

Wat is gezondheid ons collectief waard?

De vraag naar wat volksgezondheid ons waard is staat niet los van normatieve, ethische vragen over bijvoorbeeld keuzevrijheid, verantwoordelijkheid en solidariteit met groepen die kwetsbaar zijn. De publieke moraal lijkt daarin heel bepalend voor de acceptatie van de inzet van publieke middelen. In een democratische liberale samenleving schippert de discussie over die middelen voortdurend tussen collectieve doelen en inspanningen, en individuele keuzen en gedrag.

Door **Mariëtte van den Hoven**

Inleiding

Preventie is onderdeel van een groter palet aan maatregelen in volksgezondheidsbeleid. Hoewel sommigen bij preventie vooral geneigd zijn te denken aan maatregelen die met verbetering van de gezondheid ten doel werden genomen, zoals bevolkingsonderzoek, vaccinaties en tijdige opsporing van ziekten en aandoeningen, hebben we inmiddels een veel diverser en daarmee gecompliceerder praktijk van volksgezondheidsbeleid (Rivm).¹⁸³ De Gezondheidsraad analyseert bijvoorbeeld de rol van omgevingsgeluid en fijnstof op de gezondheid van mensen, naast dat ze adviseert over voldoende bewegen en prenataal onderzoek, nieuwe vaccins en bevolkingsonderzoeken. De kennis over oorzaken van ziekte en ongezondheid neemt toe: voldoende bewegen en gezonder eten zijn belangrijke algemene richtlijnen voor de bevolking, die niet meer in het gezondheidszorgdomein alleen thuishoren.

Wat is die volksgezondheid ons waard? Enerzijds kunnen we deze vraag beantwoorden vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit: levert

¹⁸³ http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit_van_preventie/Over_kosteneffectiviteit_en_preventie/Opbouw_interventies_literatuurdatabase/Wat_is_preventie. Geraadpleegd op 11 september 2017.

preventie gezondheidswinst op, bijvoorbeeld uitgedrukt in Qaly's, besparing van zorgkosten? Wat is het nut en de effectiviteit van interventies? Deze vragen staan niet los van normatieve ethische 'voorvragen' zoals de vraag hoe belangrijk gezondheid eigenlijk is voor mensen; of collectieve doelen individuen mogen verplichten; of dat we solidair moeten zijn met kwetsbare groepen die meer gezondheidsrisico's lopen; of wat de overheid aan de burger (moet) overlaten als het om gezondheid gaat. Hieronder ga ik daar nader op in.

Preventie is winst

De bekende slogan 'an ounce of prevention is worth a pound of cure!' is zeer optimistisch over de winst die we met preventie en public health kunnen boeken. Er valt heel veel winst te behalen door vroegtijdig behandelingen aan te bieden en mogelijk zelfs het krijgen van ziekten te voorkomen. Door de bank genomen kunnen we vaststellen dat de gemiddelde levensverwachting in Nederland enorm is gestegen en het aantal gezonde levensjaren eveneens. Daarbij is de rol van riolering en schoon drinkwater volgens de WHO van oudsher heel groot, maar ook die van vaccinatieprogramma's is niet onbelangrijk. Ernstige infectieziekten zijn in Nederland zo goed als ingedamd en ouders die hun kinderen niet laten inenten hoeven niet direct te vrezen voor polio, difterie of de mazelen. Die winst kunnen we op verschillende manieren meten zoals in het aantal gezonde jaren dat men gemiddeld genomen leeft, de gemiddelde levensverwachting, verminderen van vermijdbare sterfte of het afnemen van ziektelast onder patiënten.

**“Los van effectiviteit en kosten spelen
normatieve beoordelingen bij volksgezondheid
ook een rol.”**

Bespaart volksgezondheid dan ook op de overheidsuitgaven? Dat is niet noodzakelijkerwijs het geval. Immers, preventief ingrijpen kost geld, het aanbieden van bevolkingsonderzoeken en het uitvoeren van het Rijksvaccinatieprogramma gaat niet vanzelf. Uiteraard zijn overwegingen

van kosteneffectiviteit ook berekend bij preventieve interventies, maar, zo betoogde het RIVM een decennium geleden al, dan is het ook goed om de maatschappelijke context daarbij ook mee te wegen, bijvoorbeeld dat mensen langer in het arbeidsproces blijven.¹⁸⁴ Zo ontstaat al snel een gecompliceerd beeld. Uit een rapport van het Britse *National Institute for Health and Care Excellence* uit 2013 wordt heel concreet ingegaan op de vraag of public health interventions ‘offer value for money’¹⁸⁵. Het gros van de interventies lijkt dit inderdaad te doen: 15% ervan besparen zorgkosten en 70.5% van de interventies zijn waarde voor je geld dat wil zeggen dat zij minder dan £20.000 per Qaly kosten. Volksgezondheidsinterventies zijn het dus grotendeels waard, zo lijkt uit dit soort getallen.

Maar zouden we ons beleid primair op kosteneffectiviteit moeten baseren? Voor sommige interventies zouden we kunnen claimen dat ze de moeite waard zijn, ook al betaalt het zich niet direct uit. Zo is het veranderen van leefstijl niet eenvoudig en is het alcoholgebruik onder jongeren een lange termijn investering van een (combinatie van) interventies die zich in de toekomst moet ‘uitbetalen’. Sommige interventies zullen juist weinig draagvlak vinden ook al zijn ze wellicht wel kosteneffectief. Wie een losbandig seksleven heeft, kan doorgaans niet op veel publieke sympathie rekenen wanneer er onvoldoende voorzorgsmaatregelen worden genomen en men vatbaar is voor SOA's en HIV. Los van effectiviteit en kosten spelen daarom normatieve beoordelingen bij volksgezondheid ook een rol.

In toenemende mate leren we ook dat sociale determinanten de mate van ongezondheid in bevolkingsgroepen kunnen verklaren. Mensen met een zogenaamde lage Sociaal-Economische Status (SES) hebben meer kans op overgewicht, hart- en vaatziekten, roken en drinken vaker en meer. Dit gegeven roept, in combinatie met leefstijl, interessante ethische vragen op. Als

184 Van Baal et al. Kosteneffectiviteit van preventie. Van gezondheidszorgperspectief naar maatschappelijk perspectief. RIVM rapport 270091011, 2009.

185 NICE, Judging whether public health interventions offer value for money, Local Government Briefing, Sept 2013. Retrieved: <https://www.nice.org.uk/advice/lgb10/chapter/judging-the-cost-effectiveness-of-public-health-activities>. Geraadpleegd op 11 september 2017.

we bijvoorbeeld een belasting zouden willen invoeren voor ongezond eten, dan weten we dat we deze groep extra hard zullen treffen. Of dat eerlijk is, is een reële vraag.

Een belangrijke gedachte achter volksgezondheid lijkt dat we alle mogelijkheden voor meer gezondheidswinst ook *moeten* nastreven. Maar is dat ook zo en is het dat ons ook waard? De overheid stuurt op statistieken en wil graag dat er minder mensen overgewicht hebben, dat borstkanker verdwijnt, dat er geen nieuwe gevallen van HIV bijkomen of dat mazelenuitbraken niet meer voorkomen, maar zal echt niet tot het uiterste gaan om dat allemaal te realiseren. In de context van een liberale democratie is dat ook niet reëel: burgers zijn in principe vrij om hun eigen keuzen te maken.

Individuele burgers op hun beurt vinden gezondheid belangrijk, maar stellen soms andere prioriteiten of zijn niet in staat zichzelf te disciplineren en lijden aan hun eigen ‘gedrag’. Ethisch gezien spelen verschillende vragen tegelijkertijd een rol, namelijk wat de status van gezondheid is in beleid en samenleving, hoe sterk argumenten voor collectieve gezondheid mogen wegen en hoe we de individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid moeten zien.

“Een belangrijke gedachte achter volksgezondheid lijkt dat we alle mogelijkheden voor meer gezondheidswinst ook *moeten* nastreven. Maar is dat ook zo en is het dat ons ook waard?”

Gezondheid als waarde of voorwaarde

De discussie over wat volksgezondheid ons *waard* is staat niet los van de vraag hoe *belangrijk* gezondheid is. Voor een overheid is goede volksgezondheid nastrevenswaardig, zoals voldoende werkgelegenheid, veiligheid en welvaart. Als die zaken botsen, zal de overheid een afweging moeten maken: woningbouw dichtbij agrarische gebieden (en andersom) is een afweging tussen het welzijn en de gezondheid van burgers enerzijds versus de economische belangen

anderzijds. Daar kunnen spanningen tussen ontstaan, zoals bij de Q-koorts die in Zuid-Nederland woedde.

De mate waarin het belang van gezondheid voorrang krijgt, is ook vanuit ethisch perspectief een belangrijke vraag: is gezondheid immers een waarde, die zo belangrijk is dat andere belangen daarvoor opzij gezet moeten worden? Of is gezondheid een middel om (andere) waarden te realiseren, zoals geluk? Onder ethici zijn er voor- en tegenstanders te vinden van het idee dat gezondheid een eigenstandige waarde is. Als gezondheid inderdaad een waarde is, dan zouden het een morele opdracht kunnen zijn deze te bevorderen en te beschermen.

Dit werpt een interessant licht op discussies die de afgelopen jaren zijn gevoerd in het kader van volksgezondheid. Er was enige tijd flink debat over de effectiviteit van bevolkingsonderzoek, met name dat naar borstkanker. In een advies van de Gezondheidsraad wordt duidelijk dat wetenschappers het er niet over eens waren of programma's waarin preventief gescreend wordt, wel zo nuttig zijn en dus of het de investering in kosten en tijd wel waard is.¹⁸⁶ Eenzelfde vraag naar nut wordt sinds enkele jaren ook bij de jaarlijkse griep prik gesteld; in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en in het *Geneesmiddelenbulletin* wordt de werking ervan ter discussie gesteld.¹⁸⁷

Als het onze morele opdracht is om gezondheid zoveel mogelijk te bevorderen, kan men niet varen op kosteneffectiviteit of bewezen effectiviteit alleen. Immers, gezondheidswinst kan dan waardevol in zichzelf zijn. Bij het invoeren van nieuwe programma's, zoals darmkankerscreening of nieuwe vaccins, is het een van de wezenlijke vragen hoeveel ziektelast en mortaliteit we acceptabel vinden met en zonder screeningsinterventie. Voor een meer Kantiaans denkend ethicus zal die afweging anders zijn dan voor een meer utilistisch geïnspireerde collega. De laatste zal het (naar de econoom Vilfredo

186 Gezondheidsraad (2014), *Bevolkingsonderzoek naar borstkanker: verwachtingen en ontwikkelingen*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienr. 2014/01.

187 Van Eijdsden, P. Bewijs voor oseltamivir bij griep blijft rammelen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2015; 159: C2482; D Bijl, Werkzaamheid en effectiviteit van influenzavaccinatie, *Geneesmiddelenbulletin* 2011; 45 (10): 109-117.

Pareto) optimum zoeken tussen winst en verlies; de eerste zal meer kiezen voor het zoveel mogelijk voorkomen van leed voor elk individu.

Collectief of individueel

Elk collectief doel vraagt individuele inspanningen. Hoe ver je daarin mag gaan, is zoeken naar een balans. Immers, je vraagt medewerking van individuen om een collectief doel te bereiken, zoals reductie van het aantal ziektegevallen of het uitbannen van een infectieziekte. Vaak levert dit geen persoonlijk voordeel op. We gaan er vanuit dat er draagvlak is voor collectieve doelen van volksgezondheid, maar dat impliceert ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid. In dat licht is het weigeren van vaccinaties voor kinderen door ouders problematisch. Niet alleen kan collectieve bescherming in gevaar komen, zoals recente uitbraken in Italië, Californië en de UK hebben laten zien, maar ook omdat individuele weigeraars kwetsbare groepen risico laten lopen.¹⁸⁸ Elders heb ik beargumenteerd dat je een *free rider* bent als je niet bijdraagt aan collectieve doelen die collectieve actie vragen.¹⁸⁹ Dat argument wordt sterker naarmate de gezondheidsschade groter wordt.

Op het moment dat schade kan optreden aan anderen, is het vaak klip en klaar dat je het handelen van mensen mag inperken. Het tabakontmoedigingsbeleid is hier een goed voorbeeld van. Lastiger is het om collectieve belangen die ‘slechts’ tot een voordeel leiden en niet direct schade voorkomen, te onderbouwen. Beleidsmakers zijn daarom enthousiast over *nudging*, omdat het burgers een duwtje in de goede richting geeft, zonder hen te dwingen tot bepaald gedrag. *Nudging* beïnvloedt echter de onbewuste keuzeprocessen van mensen en dat is controversieel. Is het niet je eigen verantwoordelijkheid om gezond te eten, langzaam te rijden binnen de bebouwde kom of de trap te nemen? Is *nudging* niet te betuttelend? Interventies

188 Zie bijvoorbeeld <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/mazelenepidemie-leidt-tot-omstreden-wet-in-italie-vaccinaties-voor-kinderen-voortaan-verplicht~a4508667/>. Geraadpleegd op 11 september 2017.

189 Hoven, M.A. van den (2012). Why One Should Do One's Bit: Thinking about Free Riding in the Context of Public Health Ethics. *Public Health Ethics*, 5(2), 154-160

die niet direct schade voorkomen zijn daarom lastiger te rechtvaardigen. Leefstijlinterventies kun je niet opdringen en lijkt vooral een zaak van het individu. Sterker nog, het is de vraag hoe ver de verantwoordelijkheid van de overheid hier reikt.

“...als mensen in hun gezondheid kwetsbaar zijn juist door factoren waar ze niet altijd invloed op hebben, is het dan wel eerlijk om hen aan te rekenen dat ze niet de gezonde keuze(n) maken? Zouden zij juist niet extra steun moeten krijgen?”

Tegelijkertijd is er een ander soort overweging vanuit het collectieve belang, namelijk die van solidariteit.¹⁹⁰ Ongezondheid hangt vaak samen met factoren waar individuen of groepen weinig invloed op uitoefenen, zoals opleidingsniveau, afkomst, welvaartsniveau, sociale omgeving. Deze sociale determinanten van (on)gezondheid verklaren gezondheidsverschillen in de samenleving en zijn misschien ook wel de sleutel tot het verkleinen ervan. Maar als mensen in hun gezondheid kwetsbaar zijn door factoren waar ze niet altijd invloed op hebben, is het dan wel eerlijk om hen aan te rekenen dat ze niet de gezonde keuze(n) maken? Zouden zij juist niet extra steun moeten krijgen?

Nu is solidariteit een begrip dat aan het afkalven is in het publieke domein; het omarmen van solidariteit, lijkt sterk afhankelijk van de vraag of je sympathie voelt voor kwetsbare groepen. Toch vraagt een notie als solidariteit ons om niet exclusief, maar juist inclusief te blijven denken en niet keuzevrijheid van een individu tegenover een ‘betuttelende overheid’ te plaatsen, maar mee te laten wegen dat gezamenlijkheid ook impliceert dat we iets voor elkaar over hebben en elkaar vooruit willen helpen. Dat sommigen daar een extra steuntje bij in de rug kunnen gebruiken om gezond te blijven of dat te worden, hoort daar dan bij. Dit past goed bij een rapport van de *Nuffield Council*, die stelt

190 A Dawson & M Verweij, Solidarity: A moral concept in need of clarification, *Public Health Ethics*, 5 (1): 1-5.

dat het de taak van de overheid is om randvoorwaarden voor gezondheid te stimuleren. Het simpelweg aan de burger overlaten door hen te informeren, is slechts de eerste trede van de zogenaamde ‘interventieladder’.¹⁹¹ Het is een serieuze opdracht na te denken wat het ons waard is gezondheidsverschillen te verkleinen.

**“Het is een serieuze opdracht na te denken
wat het ons waard is gezondheidsverschillen te
verkleinen.”**

Individuele verantwoordelijkheid

In een liberale democratie is keuzevrijheid van burgers van groot belang. In beleid zien we in toenemende mate de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid benadrukt worden. Tegelijkertijd zien we een overheid die overweegt de burger te prikkelen voor gedrag door straffen en belonen in het vooruitzicht te stellen en daarmee zich toch enigszins te bemoeien met diezelfde eigen verantwoordelijkheid.¹⁹²

Discussies rond eigen verantwoordelijkheid zijn complex. Een belangrijke vooronderstelling is dat burgers goed geïnformeerd worden over gezondheidskeuzen en op basis daarvan zelf de balans kunnen opmaken. Hierdoor wordt bij het publiek een beeld van onbegrip voor ongezond gedrag aangewakkerd. Mensen die niet gezond kiezen zijn dan dom, irrationeel of zwak. Overigens is daarbij het vizier vaak gericht op slechts enkele ongezonde aspecten van leefstijl: dikke mensen moeten het meer ontgelden dan fervente concertbezoekers met gehoorbeschadiging.¹⁹³ Met andere woorden, de publieke moraal lijkt heel bepalend voor de acceptatie van de inzet van publieke middelen. Waar Margot Trappenburg in 2000 nog constateerde dat een

191 Nuffield Council on Bioethics, *Public Health: Ethical issues*, 2007.

192 Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), *Leefstijlbeïnvloeding: tussen betuttelen en verwaarlozen*, maart 2014. Te vinden op <https://www.ceg.nl/publicaties/bekijk/leefstijlbeïnvloeding-tussen-betuttelen-en-verwaarlozen1>.

193 G. Munnichs & H Dagevos (2007) (red.) *De obesogene samenleving. Maatschappelijke perspectieven op overgewicht*, Amsterdam: Amsterdam University Press.

meerderheid van de bevolking leefstijlsolidariteit wil handhaven, is die opinie anno 2017 sterk aan het veranderen.¹⁹⁴ Wat als het publiek een leefstijl niet acceptabel vindt, zoals risicovol seksueel gedrag? Het is onduidelijk hoe sterk dit de legitimatie van collectieve middelen beïnvloedt, zeker als kosteneffectiviteit niet doorslaggevend is? Het staat open voor discussie of leefstijl inderdaad een kwestie van eigen verantwoordelijkheid is en een handen-af beleid van de overheid daarmee rechtvaardigt, of dat extra stimulansen wel degelijk wenselijk en noodzakelijk zijn.

Een ander aspect van de vrij kiezende mens is recent aangekaart in een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.¹⁹⁵ Gedragswetenschappers weten al jaren dat mensen niet zo logisch kiezen, noch in hun gedrag laten zien waar ze voor ‘willen staan’; we kiezen grillig, we kiezen ‘slecht’ en vaak niet dat wat we eigenlijk met de mond belijden. Zouden we met deze mens niet wat meer compassie moeten hebben en keuzen faciliteren in plaats van ze te compliceren?

Ten derde veronderstelt verantwoordelijkheid een causale relatie: je hebt intentioneel gekozen voor bepaald gedrag. Het is iets wat je wilt. In veel gevallen is dat niet zo. Jongeren gaan *binge* drinken mede om bij een groep te willen horen, beginnen met roken gebeurt vaak in sociale omgevingen waarin dat sociaal geaccepteerd is en gedrag is vaak niet het gevolg van bewuste keuzen. De vraag of je iemand dan ook mag ‘afrekenen’ op leefstijl is daarom lastig te beantwoorden. Nog lastiger is de vraag of je mensen dan ook van collectieve ondersteuning mag uitsluiten. Dit lijkt moeilijk te verdedigen zolang we arbitrair kiezen welk gedrag te veroordelen. Daarnaast sluiten we uit dat mensen hun leven gaan beteren: wat als ik na decennia fervent gerookt te hebben besluit dat ik vanaf nu gezond wil leven? Mag ik dan nog steeds worden uitgesloten van een COPD (chronische longziekte) behandeling als ik die nodig heb?

194 M. Trappenburg, ‘Lifestyle solidarity in the Healthcare system’, *Health Care Analysis* 2000; 8: 65-75;

195 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017), *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*.

Bovendien, als we vinden dat burgers zelf ‘op de blaren moeten zitten’, laten we die burger dan wel werkelijk vrij kiezen? Is zelf kiezen alleen goed als je de gewenste gezonde keuze maakt?

We zitten hier dus met een interessante kwestie: enerzijds mag de mens zelf beslissen en is geheel vrij en verantwoordelijk voor allerlei preventief gedrag; het volgen van diëten, sporten, bodyscans zijn allemaal de keuze van de burger zelf. Tegelijkertijd wil de overheid wel graag beïnvloeden dat die burger ook gezond wil zijn, er iets voor over heeft, en zo mogelijk sancties opleggen. Maar dan neem je verantwoordelijkheid ofwel niet helemaal serieus ofwel je vindt dat de burger wel een duwtje kan gebruiken. Daarom wordt het de hoogste tijd gezamenlijk te bepalen wat gezondheid ons collectief waard is en waar we op inzetten: het verminderen van gezondheidsverschillen en barrières wegnemen, of een toenemende zelfredzame burger voorop stellen, ook als deze menselijkerwijs niet altijd de even gezonde keuze zal maken.

Hoe kunnen we dat bepalen en waar leggen we de grens? De voorbeelden hierboven laten duidelijk zien dat er verschillende normatieve keuzen ten grondslag liggen aan de investering die we collectief willen plegen en daarmee worden verschillende prijskaartjes gehangen aan mensen. Een ‘Qaly’ kan richting geven aan debatten hoe de verhouding tussen gezondheidswinst en collectieve lasten moet liggen, maar laat onbeantwoord hoe belangrijk gezondheid voor ons is, hoe we verantwoordelijkheid toedelen, of hoe belangrijk solidariteit moet zijn. Het is daarom de moeite waard om deze vragen eens meer te expliciteren en met elkaar in samenhang te beschouwen om zo beter te kunnen bepalen wat de gezondheid van de mens ons waard is.