



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

11^e CEG-Els Borst Lezing

11^e CEG-Els Borst Lezing 2024

Onrechtvaardige gezondheids- verschillen in *ethisch perspectief*





**Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid**

Colofon

Het CEG is een samenwerkingsverband tussen de
Gezondheidsraad en de

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Ontwerp: Studio Duel

Druk: Xerox Communicatie Services

Fotografie: Ed van Rijswijk (p.11 foto Marcel Verweij)

Ilse Wolf (p.24 foto Gera Nagelhout)

Uitgave: 2024

ISBN: 978-90-5732-340-9

Disclaimer: Bij de lezingen geldt de uitgesproken tekst.

Onrechtvaardige gezondheidsverschillen in *ethisch perspectief*

11^e CEG-Els Borst Lezing



Over de CEG-Els Borst Lezing

De CEG-Els Borst Lezing is in 2013 ingesteld ter gelegenheid van het tienjarig jubileum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het CEG signaleert en informeert over nieuwe en actuele ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek, die van belang zijn voor overheidsbeleid. De lezing is vernoemd naar Els Borst, die als voormalig minister van VWS aan de wieg stond van het CEG. Els Borst-Eilers (1932-2014) heeft tijdens haar carrière veel aandacht besteed aan diverse ethische thema's. We zullen haar blijven herinneren om wat zij heeft betekend voor de gezondheidszorg en de ethiek.

Over het Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Het Centrum Ethiek en Gezondheid (CEG) signaleert actuele en beleidsrelevante ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek. Het informeert ministers, parlement, beleidsmakers en andere betrokkenen over ontwikkelingen binnen de ethiek en gezondheid.

Het CEG is in 2003 opgericht op initiatief van voormalig minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is een samenwerkingsverband tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Gezondheids- ongelijkheid als structureel onrecht

Marcel Verweij (Kaatsheuvel 1963)

Marcel Verweij werkt bij het Ethiek Instituut aan de Universiteit Utrecht. In zijn inaugurele rede als hoogleraar wijsgerige ethiek pleitte hij voor meer praktijk in de ethiek. Die praktijk zoekt hij zelf op in de publieke gezondheidszorg, onder meer in samenwerking met het RIVM en als lid van de commissie die adviseert over het basispakket van de zorgverzekering (Adviescommissie Pakket, Zorginstituut). Recent schreef Marcel over de relatie tussen solidariteit en duurzaamheid in de gezondheidszorg en over obesitas als structureel onrecht. Met rechtsfilosoof Roland Pierik publiceerde hij een boek over botsende grondrechten in het vaccinatiebeleid.



In de afgelopen 50 jaar is de levensverwachting enorm gestegen. In 1950 was die in Nederland ongeveer 71 jaar; in 2023 bijna 82.¹ Dat is prachtig. Een lang en gezond leven wensen we iedereen toe. Met die gemiddelde levensverwachting mogen we blij zijn, maar niet met hoe die in Nederland is verdeeld. Mensen in de laagste welvaartsgroep leven 8,5 jaar korter dan die in de hoogste welvaartsgroep.² Het verschil in gezonde levensverwachting is 25 jaar! Als we iedereen een goed en gezond leven gunnen, dan is dat dus onwenselijk en hebben we goede redenen om er wat aan te doen. Je zou zeggen dat het terugdringen van die verschillen heel hoog op de politieke agenda staat. Helaas valt dat in de praktijk tegen.³

Mijn stelling vandaag is dat deze verschillen niet slechts onwenselijk zijn. Ethiek kan laten zien dat deze verschillen onrechtvaardig zijn en – nog sterker – een maatschappelijk onrecht vormen. En als er sprake is van onrecht, dan is het niet slechts nastrevenswaardig dat de overheid ingrijpt en dat de maatschappij als geheel verandert; we zijn ertoe verplicht.

Het rapport van de parlementaire enquêtecommissie over de toeslagenaffaire heet Ongekend onrecht – en ik denk dat iedereen zal beamen dat hier sprake is van groot onrecht. Een onrecht dat vooral mensen in de laagste welvaartsklassen trof. De gezondheidsproblematiek waar ik me om bekommer, is ook zo'n onrecht – en een van enorme proporties.⁴ Alleen kunnen we hier geen individuele slachtoffers aanwijzen. En dat maakt het onrecht letterlijk ongekend.

Er is een heel prominente gedachtegang die weerstand zal bieden tegen het idee dat gezondheidsverschillen een maatschappelijk onrecht vormen. En die is dat gezondheidsverschillen in belangrijke mate het gevolg zijn van hoe we leven⁵ en dat we dat allemaal zelf bepalen. Denk aan roken, alcohol drinken en weinig bewegen. Velen van ons kunnen echt wel gezonder leven, maar dat is onze eigen verantwoordelijkheid. En de overheid moet daar niet in ingrijpen, moet niet 'betuttelen'. Als mijn stelling over het onrecht van gezondheidsverschillen klopt, dan maakt het betuttelingsargument het onrecht des te groter.

Onrechtvaardige verdeling

Er zijn verschillende theorieën die beargumenteren dat sociaal-economische gezondheidsverschillen onrechtvaardig zijn.⁶ De bekendste theorie, die van Norman Daniëls, legt nadruk op hoe gezondheidsverschillen voortvloeien uit de manier waarop we (kansen op) welvaart in de samenleving verdelen.⁷ En als welvaart onrechtvaardig is verdeeld en dat tot gezondheidsverschillen leidt, ja, dan zijn die verschillen natuurlijk ook onrechtvaardig. Dit is een belangrijke theorie, maar ik zet die voor nu opzij. Niet omdat de theorie onhoudbaar is, maar wel omdat het twijfelachtig is of wij het ooit eens kunnen worden over welke welvaartverschillen onrechtvaardig zijn.

Een ander soort argumentatie is niet gebaseerd op hoe welvaart verdeeld is, maar op hoe de maatschappij gezondheidsverschillen in de hand werkt en in stand houdt. Daar wil ik het over hebben.⁸

Iris Marion Young: structureel maatschappelijk onrecht

Soms ontstaat maatschappelijke gezondheidsschade bij een specifieke groep heel rechtstreeks: als een bedrijf een leefomgeving vervuult met kankerverwekkende stoffen, dan is die leefomgeving heel vaak ook nog eens een wijk met relatief veel armoede. Immers, de meer welvarende omwonenden vinden wel een gezondere plek om te wonen. Stel dat in die wijk inderdaad veel kanker voorkomt en dat dat verklaard kan worden door uitstoot van die fabriek. Dan is ook duidelijk wie op die gezondheidsschade kan worden aangesproken. Maar als het gaat om brede gezondheidsverschillen, dan is er niet één 'schuldige partij' aan te wijzen die aansprakelijk gesteld kan worden voor onrecht. Dit brengt ons bij de theorie van de feministische filosoof Iris Marion Young. Zij focust niet op rechtstreekse schade, en ook niet op de vraag wie schuldig of aansprakelijk is. Iris Marion Young is geïnteresseerd in structureel onrecht.⁹

In onze moderne maatschappij grijpen allerlei op zichzelf legitieme menselijke activiteiten, maatschappelijke processen en culturele opvattingen op elkaar in, en tezamen leiden die er soms toe dat specifieke groepen systematisch benadeeld worden en zich daar niet of nauwelijks aan kunnen onttrekken. Baten en lasten zijn dan

niet slechts ongelijk verdeeld; het maatschappelijk leven is gestructureerd op een manier die bepaalde groepen kansen ontnemt. En systematisch ontnemen van kansen bij kwetsbare groepen, ook al gebeurt het niet met opzet, kun je zien als een vorm van onderdrukking. In het geval van maatschappelijke gezondheidsverschillen: ook al zijn alle bedrijven, burgers, organisaties of overheden te goeder trouw, samen houden ze maatschappelijke structuren in stand waardoor bepaalde groepen gevangen zijn in een wereld waarin ze aan veel meer risico worden blootgesteld en waardoor hen kansen wordt ontnomen op een lang en gezond leven. Dit is wat Young structureel onrecht noemt.

Een ongezonde marktcyclus

Laat me dit illustreren aan de hand van het volksgezondheidsprobleem van overgewicht en obesitas. Dat is een complex vraagstuk dat bij uitstek sociaaleconomisch kwetsbare groepen raakt (maar natuurlijk niet alleen hen). Ik wil laten zien dat dit volksgezondheidsprobleem een vorm van structureel onrecht is.¹⁰

Een gangbaar idee is dat overgewicht en obesitas veroorzaakt worden door een disbalans tussen inname en verbruik van energie. Je eet te veel en beweegt te weinig. Nemen we dit als vertrekpunt, dan staan we direct al in het spoor van individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid. Als je te zwaar bent, moet je gewoon beter je best doen. In werkelijkheid is het veel ingewikkelder. Zo kunnen er allerlei biologische redenen zijn waarom de stofwisseling in jouw lijf niet optimaal functioneert en je energiehuishouding dus uit balans is. Maar ook werkt onze maatschappij zo'n disbalans in de hand.

In de eerste plaats is er natuurlijk een overdaad in aanbod van voedsel, en die overdaad komt vooral op het conto van ongezonde producten. Dat geldt voor de supermarkt¹¹, kiosken, horeca – eigenlijk overal. Onze voedselomgeving is niet gezond.

In de vrije markt beconcurreren bedrijven elkaar met nieuwe producten die nóg aantrekkelijker en gemakkelijker zijn. Producten worden ontwikkeld opdat we er vaak, graag en veel van nemen. Voedseltechnologen en smaakwetenschappers weten heel goed

texturen, geuren en smaken te combineren en een product te creëren dat zeer aantrekkelijk is. En makkelijk weg eet. De supermarkt stalt het vervolgens zodanig uit dat we het makkelijk zien en meteen pakken. Daar is niets immoreels aan. Maar hoe 'succesvoller' het aanbod is, hoe meer het ten koste gaat van de gezondheid van veel mensen. We leven in een obesogene samenleving.¹²

Interessant genoeg biedt de markt ook weer antwoord op de problemen die ongezond voedsel ons opleveren. Er komen lightproducten en 'gezonde' varianten die met gezondheidsclaims in de markt worden gezet. Voedselbedrijven ontwikkelen nu zelfs supplementen die vet en suiker kunnen neutraliseren in de stofwisseling.¹³ Helpt de voedselindustrie ons daarmee weer gezonder te worden? Of pikt ze vooral een graantje mee van het bestrijden van de gevolgen van het ongezonde voedselaanbod? Je zou kunnen zeggen: we worden eerst verleid tot ongezond gedrag en daarna worden we overgehaald om 'gezonder' varianten te kopen. Maar een glas cola zero is natuurlijk niet gezond, je kunt beter water drinken.

De ongezonde marktcyclus betreft niet alleen de voedselindustrie en de supermarkten. Er is een enorme markt voor producten, trainingen en coaching die je beloven te helpen met afvallen of op je gewicht letten. En sinds enkele jaren zijn er medicijnen als Ozempic en Wegovy die hongergevoelens onderdrukken. Ze leveren het Deense Novo Nordisk een ongekende omzet en winst op. De voedingsindustrie speelt vervolgens ook weer in op de trend met voedingsproducten gericht op mensen die afvallen met deze medicijnen.¹⁴

Deze 'afslank'-industrie is vooral ook groot omdat succes veelal tijdelijk is. De meeste mensen die erin slagen om gewicht te verliezen, zijn na enige tijd weer terug bij af – of nog zwaarder dan voorheen.¹⁵ En dan probeer je maar weer een ander middel. Ik vrees dat veel klanten er uiteindelijk alleen maar slechter mee af zijn, want de jojo van afvallen en aankomen blijkt zelf juist ongezond.¹⁶ Misschien kan het medicijn Wegovy een duurzamer effect hebben – maar dan zit je wel de rest van je leven vast aan de

wekelijkse prikpijl. En je moet het je natuurlijk kunnen veroorloven: reken op zo'n €5000 per jaar.

Vooroordeel en stigma

De voedselindustrie gedijt prima in een marktcyclus die voor menigeen heel ongezond is. Maar ze is niet alleen ongezond. Ze houdt ook de illusie in stand dat obesitas een individueel probleem is, veroorzaakt door de keuzes die jij maakt. En daaraan kun jij zelf wat doen. Als je te dik bent, heb je niet genoeg je best gedaan om af te vallen. Je hebt onvoldoende bewogen en te veel verkeerde dingen gegeten.

Dit is het frame van individuele verantwoordelijkheid, dat juist bij obesitas zo problematisch is. We kennen allemaal wel mensen die enorm worstelen met hun lijf en hun gewicht, en die er niet in slagen om op het gewenste gewicht te komen of te blijven. En die zich daarover misschien ook nog eens schuldig voelen. Het frame sluit bovendien naadloos aan op wijdverbreide vooroordelen waarin dik zijn samengaat met 'weinig discipline hebben', 'traag zijn', 'te veel eten' of gewoon 'minder aantrekkelijk zijn'. Vooroordelen die jouw kansen in het leven beperken. Denk aan beoordelingen krijgen tijdens een opleiding, solliciteren naar een baan, kans maken op promotie, enzovoort.¹⁷

“Als je te dik bent, heb je niet genoeg je best gedaan om af te vallen.”

Obesitas als structureel onrecht

De manier waarop de markt werkt, waarop voedselbedrijven en retail opereren en winst nastreven; het is allemaal legitiem. Maar die activiteiten haken op elkaar in op zo'n manier dat mensen met ernstig overgewicht – of risico daarop – benadeeld worden. Hun worden kansen op een goed leven ontnomen. En dat gebeurt

doordat die marktstructuren tegelijkertijd allerlei culturele en morele vooroordelen versterken. Oordelen die niet zo legitiem of terecht zijn. Negatieve oordelen over dikke mensen. En het idee dat het allemaal hun eigen keuze is.¹⁸

Een ongezonde marktcyclus, vooronderstellingen van individuele vrijheid en verantwoordelijkheid, morele oordelen over 'te dik zijn' – dit zijn enkele structurele factoren die maatschappelijk zijn ingebed. Ik zou er meer kunnen noemen, bijvoorbeeld onze manier van wetenschap bedrijven die vooral gericht is op het testen van individu-gerichte interventies.¹⁹ Deze maatschappelijke structuren maken het moeilijk, zo niet onmogelijk om het volksgezondheidsprobleem van obesitas effectief te bestrijden. En ze beperken de levenskansen van mensen met obesitas. Die lopen een groter gezondheidsrisico en hebben te kampen met vooroordelen, stigmatisering en discriminatie.²⁰ Tegelijkertijd hebben machtiger partijen en meer geprivilegieerde groepen er baat bij. Dat past in wat Young structureel onrecht noemt.

Het frame van individuele verantwoordelijkheid is heel comfortabel voor grote bedrijven die eraan verdienen. En het is plezierig voor gezonde mensen met een goede opleiding en een goed inkomen. Het geeft je het gevoel dat jouw succes en gezondheid in belangrijke mate aan jouw eigen keuzes zijn te danken. Daar valt veel op af te dingen.

In de eerste plaats waren veel van die bevoorrechte mensen al bij hun geboorte bevoorrecht.²¹ Bovendien zijn wij (ja, ook wij) in de dagelijkse keuzes die we maken over wat we consumeren niet zo vrij en rationeel als we denken. We volgen routines, we doen wat anderen doen of we grijpen wat dichtbij staat. Vooral als we weinig tijd hebben.²² En hoe minder geld je hebt, hoe groter de schulden zijn, hoe meer stress en zorgen je hebt over de dag van morgen, des te lastiger het is om keuzes te maken die je – als je minder onder druk stond – 'verstandige keuzes' zou noemen.

“Baten en lasten zijn niet slechts ongelijk verdeeld; het maatschappelijk leven is gestructureerd op een manier die bepaalde groepen kansen ontnemt.”

Het onrecht van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Dat brengt ons terug bij gezondheidsverschillen tussen mensen met lage en met hoge inkomens. Ik heb obesitas als voorbeeld gebruikt, maar het structurele onrecht van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is breder. Blootstelling aan fijnstof door autoverkeer, uitstoot van industrie, geluidsoverlast – allemaal het gevolg van meestal legitieme activiteiten die in samenhang vooral ten koste gaan van de gezondheid en de levensverwachting van mensen met minder inkomen en een lager welvaartsniveau.

Die verschillen in levensverwachting werken ook nog eens door in hoe wij onze welvaart verdelen. We betalen allemaal ons hele werkzame leven pensioenpremies. Maar mensen met de laagste inkomens werken meer jaren. En dan leven ze na hun pensioen ook nog eens veel korter dan mensen in de hogere-inkomensgroep (9 versus 16 jaar). Zo subsidiëren lage inkomens het pensioen van rijkere mensen. Ik ken geen theorie van rechtvaardigheid waarmee je dat kunt verdedigen.²³

Mijn stelling is dus dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen een structureel onrecht vormen. In de filosofie van Young impliceert dit dat iedere overheid en organisatie, en elk bedrijf en elke burger met een aandeel in het onrecht (en dat zijn er heel veel) verantwoordelijkheid draagt om dit onrecht tegen te gaan. Laat hen – laat ons – daarnaar handelen.

Een ander preventieakkoord voor maatschappelijke verandering

In 2018 werd het Preventieakkoord getekend.²⁴ Overheid, bedrijven en maatschappelijke organisaties wilden samen overgewicht en het tabaks- en alcoholgebruik tegengaan. Maar waar de partijen verantwoordelijkheid voor namen, dat hadden ze zelf bedacht en uitonderhandeld. Met ethiek heeft dat weinig te maken.²⁵ Het RIVM heeft bovendien laten zien dat de gekozen aanpak weinig oplevert.²⁶

Op basis van het argument van structureel onrecht zouden die organisaties, bedrijven en overheden opnieuw met elkaar aan tafel moeten gaan zitten. Samen met burgers. Nu niet om te onderhandelen over wie wat gaat doen – morele verantwoordelijkheid is geen zaak van bieden en afdingen. In plaats van te onderhandelen, moeten wij aan elkaar uitleggen en verantwoorden hoe we gezamenlijk het onrecht, waaraan we allemaal deelhebben, terug zullen dringen. Dat is een enorme opgave. Maar die opgave staat in verhouding tot het immense onrecht van maatschappelijke gezondheidsongelijkheid.

Noten en referenties

1. CBS. Dashbord Bevolking – Overlijden. Den Haag; 2024.
2. CBS. Bovenaan welvaarts ladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid. 21 december 2022.
3. Dat is overigens geen kwestie van het verbeteren van de gezondheidszorg, waar we altijd – zeker ook in de gezondheidsethiek – veel aandacht voor hebben en waar we een groot deel van ons nationaal inkomen aan spenderen. Gezondheidsverschillen ontstaan in het maatschappelijk leven – en als we ze willen terugdringen, moet het dáár gebeuren.
4. 44% van de gedupeerden van de toeslagenaffaire heeft een laag inkomen (onderste kwintiel): CBS. Jeugdbescherming en de Toeslagenaffaire; 2022. Verschillende soorten onrecht laten zich natuurlijk niet eenvoudig vergelijken of rangschikken. Er zijn sowieso al twee grote verschillen tussen het onrecht van de toeslagenaffaire en het onrecht van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Als het gaat om maatschappelijke gezondheidsverschillen kun je niet of nauwelijks individuele slachtoffers aanwijzen, laat staan compenseren. En het is een onrecht dat ook veel moeilijker is om te bestrijden, omdat er zo veel verschillende actoren bij betrokken zijn.
5. In een longitudinale analyse in hun studie uit 2010 concluderen Stringhini en collega's dat tot wel 72% van de verschillen in mortaliteit tussen sociaaleconomische groepen kan worden verklaard door gedragsfactoren. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimäki M et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 2010; 303(12):1159-66.
6. Beatrijs Haverkamp geeft een goed overzicht van verschillende rechtvaardigheidstheorieën in relatie tot gezondheid in haar proefschrift: *Philosophical Investigations of Socioeconomic Health Inequalities*. Wageningen: Dissertatie Wageningen Universiteit; 2019.
7. Eigenlijk gaat het in Norman Daniels' Rawlsiaanse theorie niet alleen maar om de verdeling van welvaart, maar van alle sociale primaire goederen, inclusief politieke rechten en vrijheden. Daniels N, Kennedy B, Kawachi I. Why Justice is Good for Our Health. *The Social Determinants of Health Inequalities*. *Daedalus* 1999;128(4):215-51.
8. Het idee van structureel onrecht sluit goed aan op onderzoek naar de sociale determinanten van gezondheid – met name die theorieën die de complexiteit ervan centraal stellen, zoals in Wilson J. *Public Health and Public Policy - Beyond the Neglectful State*. Oxford: Oxford University Press; 2021.
9. Een belangrijk verschil tussen de theorie van Iris Marion Young en die van Norman Daniels is dat haar theorie niet uitgaat van een ideaal van hoe de maatschappij eruit zou moeten zien, zoals dit bij Daniels' uitgangspunt voor hoe vrijheden en welvaart verdeeld moeten zijn wel het geval is. Young zou stellen dat we, in plaats van ons te richten op een ideaal (een ideaal waarover we niet zomaar brede overeenstemming zullen vinden), ons druk moeten maken om onrechtvaardigheden die de huidige maatschappij karakteriseren. Haar werk is het meest uitgebreid gepresenteerd in het postuum verschenen boek *Responsibility for Justice*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
10. Ik spreek hier van 'het volksgezondheidsprobleem van obesitas'. Soms wordt de term obesitas-epidemie of zelfs -pandemie gebruikt. Er zijn verschillende redenen om die term niet te gebruiken. Ten eerste moeten we niet suggereren (ook niet onbedoeld) dat individuen met obesitas een probleem of risico vormen voor anderen. Ook zonder de analogie met besmettelijke ziekten hebben mensen met overgewicht al te maken met stigmatisering. In de tweede plaats is het volksgezondheidsprobleem eerder endemisch dan epidemisch: er is niet een plotselinge uitbraak of verheffing; de prevalentie is juist stabiel hoog en groeit langzaam, maar gestaag, al gedurende decennia.
11. Vandevijvere S, van Dam I, Inač Y, Smets V. Unhealthy food availability, prominence and promotion in a representative sample of supermarkets in Flanders (Belgium): a detailed assessment. *Archives of Public Health* 2023;81:154.
12. Munnichs G, Dagevos H (eds). *De obesogene samenleving. Maatschappelijke perspectieven op overgewicht*. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2007.
13. Corbyn Z. Can we have our cake and eat it? Welcome to the world of sugar elimination. *The Guardian*, 24 februari 2024.
14. Lees bijvoorbeeld het onderzoek van The Investigative Desk, ook gepubliceerd in: Van den Berg I, De Jeu M. Van ongezonde snacks naar afslankmiddelen. Hoe de voedingsindustrie

verdient aan de obesitasepidemie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2024;168:C5723

15. Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew A-M, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist* 2007;62(3):220-33.
16. Zie bijvoorbeeld Zhou H, Yin P, Liu L, Duan W, Li P, Yang Y, et al. Association between weight cycling and risk of developing diabetes in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation* 2021;12:625-32. Kate Mann noemt ook verhoogde risico's op cardiovasculaire ziekten, metabole conditie en immuunfuncties. Mann K. *Unshrinking. How to fight Fatphobia*. New York: Crown; 2024 (p. 41).
17. Mann K. *Unshrinking. How to fight Fatphobia*. New York: Crown; 2024 (pp. 15-34).
18. Dit laat onverlet dat individuen wel degelijk keuzes hebben en ook een verantwoordelijkheid dragen voor hun gezondheid. Het vermogen om daar verstandig naar te handelen is echter heel ongelijk verdeeld. Verder doet de verantwoordelijkheid van de burger niets af aan die van de overheid of andere maatschappelijke actoren. Zie Verweij M, Dawson A. *Sharing Responsibility: Responsibility for Health Is Not a Zero-Sum Game*. *Public Health Ethics* 2019;12(2):99-102.
19. Verweij M, Canoy M. Obesitas als structureel onrecht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2024: D8242.
20. Mann K, *Unshrinking. How to fight Fatphobia*. New York: Crown; 2024 (pp. 15-34).
21. Het zal niemand verbazen dat er een sterke positieve relatie is tussen opleiding en inkomen van ouders, en kinderen. Zie bijvoorbeeld Causa O, Johansson Å. *Intergenerational social mobility in OECD countries*. *OECD Journal: Economic Studies* 2010/1.
22. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New York: Penguin; 2009.
23. Beatrijs Haverkamp presenteert de pensioenongelijkheid als een voorbeeld in haar argumentatie voor de stelling dat de onrechtvaardigheid van gezondheidsverschillen ook gelegen kan zijn in maatschappelijke onrechtvaardigheden die zij veroorzaken. Haverkamp B, Verweij M, Stronks K. *Why Socio-Economic Inequalities in Health Threaten Relational Justice*.

A Proposal for an Instrumental Evaluation. *Public Health Ethics* 2018;11(3):311-24.

24. VWS. *Nationaal Preventieakkoord*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018.
25. Verweij M. De morele betekenis van het Nationaal Preventieakkoord. *Opinieblog Stuk Rood Vlees*. 21 mei 2019.
26. Eykelenboom M, Boer JMA, ten Dam J, Sanderman-Nawijn EL, Hoekstra J, Bogaardt L, et al. *Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord overgewicht. Worden de ambities voor 2040 bereikt? RIVM-rapport 2023-0414*. Bilthoven: RIVM; 2024. doi:10.21945/RIVM-2023-0414



Met betrokken wetenschap gezondheids- verschillen verkleinen

Gera Nagelhout (Hattem 1985)

Gera Nagelhout is lector 'Betrokken Wetenschap' bij Centre of Expertise Perspectief in Gezondheid van Avans Hogeschool. Daarnaast is ze bijzonder hoogleraar 'Gezondheid en welzijn van mensen met een lagere sociaaleconomische positie' bij de afdeling Gezondheidsbevordering en onderzoeksschool CAPHRI van de Universiteit Maastricht. Ze is opgeleid als communicatiewetenschapper en gepromoveerd in de gezondheidswetenschappen. Haar onderzoek richt zich op gezondheid, welzijn, armoede en verslaving, waarbij ze graag samenwerkt met de mensen voor wie gezond leven het lastigste is. Zij maakt zich hard voor burgerparticipatie en het meer waarderen van ervaringskennis in alle fasen van gezondheidsonderzoek. Met haar studies streeft ze naar maatschappelijke impact en ze houdt zich daarom ook actief bezig met (participatieve) wetenschapscommunicatie.

Toen ik gevraagd werd om hier vandaag de Els Borst Lezing uit te spreken, dacht ik meteen terug aan de dag in oktober 2012 waarop ik mijn proefschrift verdedigde. Toen stond ik ook voor een grote zaal, en een van de mensen in die zaal was Els Borst. De meeste mensen kennen Els Borst als een betrokken politica. Zelf kende ik haar als een betrokken lid van de Raad van Toezicht van STIVORO, de organisatie waar ik toen werkte. Ze was er altijd bij als er iets belangrijks gebeurde en het was dan ook vanzelfsprekend voor haar om naar Maastricht te komen voor mijn promotie. Ze was zelf ook gepromoveerd en vond het (net als ik) belangrijk dat bij het formuleren van gezondheidsbeleid zowel naar de wetenschap wordt geluisterd als naar de stem van de patiënt. Ik vind het dan ook een grote eer om hier vandaag de Els Borst Lezing te mogen uitspreken.

Gedachte-experiment

Stel je eens voor dat je van heel weinig geld moet rondkomen. Je hebt elke dag te eten, maar veel en echt gezond is het niet. Je hebt een dak boven je hoofd, maar je hebt geen geld om in de winter de verwarming aan te zetten. Je weet niet beter, want zo is het je hele leven al geweest. Dit is ook hoe je moeder en je vader opgroeiden en waarschijnlijk ook hoe je kinderen later zullen leven. Je woont in een heel fijne buurt. De veiligheid, de huizen en het groen laten te wensen over, maar de mensen zijn geweldig. In jouw buurt leeft iedereen van weinig geld, maar jullie staan voor elkaar klaar en helpen elkaar wanneer dat nodig is.

Samen met je familie, vrienden en buurtgenoten heb je het wel eens over de rijke mensen die aan de andere kant van de stad wonen. Hoe kan het eigenlijk dat zij niet allemaal supergezond zijn? Sommigen hebben overgewicht of drinken te veel alcohol. En laatst hoorde je van iemand die een hartaanval had gekregen, waarschijnlijk door haar stressvolle baan. Je kunt begrijpen waarom gezond leven lastig is als je van heel weinig geld moet rondkomen, maar begrijpt totaal niet waarom ook rijke mensen soms ongezond leven. Dus je besluit op onderzoek uit te gaan.

Samen met een aantal buurtgenoten ga je op pad naar de andere kant van de stad. Je begint aan te bellen en te vragen of mensen willen meedoen aan je onderzoek. Bijna niemand wil

“Je begrijpt totaal niet waarom ook rijke mensen soms ongezond leven.”

dat. Je concludeert dat mensen die veel geld hebben een moeilijk bereikbare doelgroep zijn. Gelukkig zijn er wel een paar mensen die willen meedoen. Hen stel je allemaal heel persoonlijke vragen over hun manier van leven en je merkt dat ze niet volledig open zijn. Je concludeert dat mensen die veel geld hebben wantrouwend zijn. Daarna trek je je weer terug uit de rijke buurt en analyseer je de verzamelde data, samen met je buurtgenoten. Je schrijft een rapport met aanbevelingen voor hoe mensen die veel geld hebben gezonder kunnen gaan leven. Je ontwikkelt ook een gezondheidsinterventie die volgens jullie onderzoek perfect aansluit bij wat mensen met veel geld nodig hebben. Je hangt posters op in de rijke buurt en gooit flyers door hun brievenbussen om ze te vertellen over de datum en locatie van de eerste bijeenkomst. Niemand komt opdagen bij je gezondheidsinterventie. Je concludeert dat mensen die veel geld hebben, gezondheid niet belangrijk vinden en niet willen luisteren naar goede adviezen.¹

Gezondheidsonderzoek

Hoewel dit een extreem voorbeeld lijkt van iets wat in het echt nooit zou gebeuren, is dit exact wat we in het gezondheidsonderzoek nog veel te vaak zien. Maar dan andersom. Onderzoekers – die in het dagelijks leven nauwelijks contact hebben met mensen buiten hun eigen rijke en hoogopgeleide bubbel – die proberen om mensen in een lagere sociaaleconomische positie te betrekken in hun onderzoek of die zelfs een interventie voor hen ontwikkelen en uiteindelijk concluderen dat dit een moeilijk bereikbare doelgroep is die wantrouwend is, gezondheid niet belangrijk vindt en niet luistert naar goede adviezen.

Het gevolg hiervan is dat gezondheidsonderzoekers vooral onderzoek doen naar mensen in een middelbare of hoge sociaal-economische positie. Want die kunnen ze tenminste bereiken en

begrijpen. Dit zijn natuurlijk geen bewuste keuzes, maar dit komt voort uit hoe onze maatschappij en ons wetenschapssysteem werkt.

Om dit te illustreren, vertel ik jullie graag over een student die ik afgelopen collegejaar begeleidde bij een onderzoek naar gezond leven. In zijn onderzoeksplan schreef hij dat hij alle onderzoeksdeelnemers naar het kantoor van zijn stageorganisatie wilde laten komen om daar de interviews af te nemen. Hij had hier ook een argument voor, namelijk dat dan de onderzoekssetting voor iedereen hetzelfde zou zijn en dat het onderzoek daarmee betrouwbaarder werd. Dit lijkt een onschuldige en zelfs een goed onderbouwde keuze. Toch zullen mensen met weinig geld geen geld overhebben voor een buskaartje of benzine om naar een kantoor te reizen om mee te doen aan een onderzoek. Je krijgt dan een onderzoek waar alleen mensen die voldoende geld hebben aan meedoen. Omdat de student betrouwbaar onderzoek wil doen, eindigt hij met een onderzoek naar gezond leven waar juist de mensen voor wie gezond leven het lastigste is niet aan meedoen. Terwijl ik deze student aan het begeleiden was bij zijn scriptieonderzoek, zag ik in het klein gebeuren wat in het gezondheidsonderzoek al jaren in het groot gebeurt: onderzoekers doen kwalitatief goed en betrouwbaar onderzoek, maar onderzoeken niet de mensen om wie het echt gaat. Hierdoor weten we na decennia onderzoek doen nog steeds relatief weinig over hoe we sociaaleconomische gezondheidsverschillen kunnen verkleinen.

Vaste adviesgroep

Drie jaar geleden besloot ik samen met mijn collega Latifa Abidi om het anders te gaan doen. We wilden bij al onze onderzoeken de inbreng krijgen van mensen die weinig geld hebben. We begonnen een vaste adviesgroep met mensen uit Maastricht die van weinig geld moeten rondkomen, waarmee we vijf keer per jaar samenkomen in een buurthuis in Maastricht.² Wij vertellen wat voor onderzoek wijzelf en onze collega's bij de afdeling Gezondheidsbevordering doen. De adviesgroepleden adviseren ons over hoe dit onderzoek beter kan aansluiten bij hun leefwereld. Dit simpele concept heeft al tot heel veel mooie dingen geleid. De adviesgroepleden vinden het prettig om samen te komen met anderen die in een vergelijkbare situatie zitten. Normaal

gesproken schamen ze zich om over hun leven met weinig geld te praten, maar in deze groep mag alles gezegd worden. Natuurlijk moest dat vertrouwen groeien, maar na verloop van tijd merkten we dat adviesgroepleden steeds opener werden en oprechtere antwoorden gaven op onze vragen. Dit geeft te denken over de waarde van onderzoek waarbij een onderzoeker die geen vertrouwensband met mensen heeft en uit een heel andere leefwereld komt, een eenmalige vragenlijst of interview afneemt. Krijg je dan wel oprechte antwoorden?

In de adviesgroep leren we veel van elkaar. Als onderzoekers leren we hoe het is om van weinig geld rond te komen en hoe mensen dan met gezondheid omgaan. En de adviesgroepleden leren steeds meer over gezondheidsonderzoek doen. Het is inmiddels dan ook niet meer helemaal passend om hen alleen nog als adviseurs in te zetten. Ze zijn er klaar voor om als burgerwetenschappers samen met ons onderzoek te gaan doen. Hiervoor hebben we onlangs een gezamenlijke subsidieaanvraag ingediend.

Het systeem

Voor mij voelt het alsof het werk dat ik met deze groep doe niet per se 'goed' onderzoek is. Dus niet onderzoek dat een zeer hoge kwaliteit heeft, in de zin van hoe ik als gezondheidswetenschapper over kwaliteit heb leren denken. Maar dat het wel 'het goede' is om te doen. Ik denk ook dat we meer zullen leren over het verkleinen van gezondheidsverschillen als we ons onderzoek vanuit betrokkenheid en gelijkwaardigheid en in gezamenlijkheid met de mensen zelf doen. En toch is deze manier van werken voor bijna alle onderzoekers onhaalbaar. Ons hele wetenschappelijke systeem is er namelijk op ingericht dat we van project naar project gaan. Dat we geen jaren investeren in het leren kennen van mensen. Dat we alleen onderzoek doen en met mensen praten als we daar financiering voor hebben. Er is meer kijk- en luistergeld nodig, zoals Els Borst dat noemde.

Daarnaast leven er onder onderzoekers allerlei beelden over wat 'goede' wetenschap is, die niet helpen om 'het goede' te doen. Onderzoek onder grote groepen mensen wordt belangrijker gevonden dan de diversiteit van die groepen. Het strikt volgen

van protocollen wordt belangrijker gevonden dan meebewegen als dit voor de inclusiviteit van het onderzoek nodig is. Onderzoek moet neutraal en objectief zijn, terwijl je je kunt afvragen of dat wel bestaat én of dat wel wenselijk is.

Dit wetenschappelijke systeem moet wat mij betreft veranderen en dat is het ook heel langzaam aan het doen. Onder vooral jongere gezondheidsonderzoekers merk ik veel enthousiasme om inclusiever onderzoek te doen. Ondanks dit enthousiasme lukt het hun toch niet altijd om ook mensen in een lagere sociaaleconomische positie te bereiken met hun onderzoek. Zoals ik al eerder benoemde, komt dit onder andere doordat de meeste onderzoekers in een heel andere sociale bubbel leven dan mensen in een lagere sociaaleconomische positie. Eerder dit jaar liet een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau zien dat de rijkste en de armste Nederlanders elkaar steeds minder ontmoeten.³ Mensen blijven steeds meer in hun eigen bubbel.

“Zolang mensen nog in hun eigen bubbels leven, moeten we erover nadenken wie we onderzoek laten doen naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen.”

Uit je bubbel

Het liefste zou ik zien dat we allemaal wat minder in onze eigen bubbels blijven, aangezien deze scheiding van leefwerelden kan leiden tot kansongelijkheid.³ Maar zolang dat niet gebeurt, moeten we erover nadenken wie we onderzoek laten doen naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Willen we vooral spreidstandburgers⁴ aannemen voor dit type onderzoek, dus onderzoekers die zelf opgegroeid zijn in een lagere

sociaaleconomische positie? Of kunnen we dit onderzoekers die uit een rijke familie komen ook aanleren? Ik heb een aantal studenten en onderzoekers gezien die uit een rijke familie komen en hier toch heel goed in slagen. Dit zijn dan degenen die het zelf echt belangrijk vinden, die in een onderzoeksteam werken dat hierin gelooft én die er voldoende tijd voor hebben ingepland in hun onderzoeksplan. Ontbreekt een van deze drie voorwaarden, dan lees je achteraf in het onderzoeksrapport of proefschrift dat het helaas niet of nauwelijks gelukt is om mensen in een lagere sociaaleconomische positie te includeren in het onderzoek.

Onderzoek doen dat echt gaat helpen om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen, gaat natuurlijk verder dan alleen mensen in een lagere sociaaleconomische positie in het onderzoek includeren. Voor veel onderzoeksvragen is het belangrijk om het onderzoek ook uit te voeren samen met de mensen om wie het gaat. Idealiter werk je samen in elke fase van het onderzoek: van het gezamenlijk opstellen van de onderzoeksvragen tot het communiceren over de resultaten.

In een van onze studies onderzoeken we bijvoorbeeld inter-generationale overdracht van sociaaleconomische problemen en gezondheidsachterstanden. We doen dit met een team van onderzoekers die zelf in sociaaleconomische achterstand zijn opgegroeid. Omdat we dit onderzoek vanuit betrokkenheid en gelijkwaardigheid willen insteken, brengen we ook onze eigen ervaringen in dit onderzoek in. En omdat het intergeneratieel onderzoek is, leek het ons niet meer dan logisch om dit onderzoek samen met familieleden te doen. Onderzoek doen waarbij je zowel onderzoeker als onderzochte bent en waarbij je je moeder meeneemt, is natuurlijk behoorlijk onconventioneel. Maar we denken dat het tonen van onze eigen kwetsbaarheid en persoonlijke betrokkenheid kan leiden tot meer vertrouwen en openheid bij alle onderzoeksdeelnemers, waardoor we echtere antwoorden zullen krijgen. Misschien gaan we hierdoor wel meer leren over intergenerationale overdracht van gezondheidsverschillen dan tot nu toe bekend is.

Niet elke gezondheidsonderzoeker hoeft natuurlijk zo ver te gaan. Als onderzoeker je eigen ervaringskennis en familiebanden inzetten in je onderzoek is spannend en ingewikkeld. En een onderzoek van A tot Z samen uitvoeren met de mensen om wie het gaat, is niet aan iedereen besteed en is ook niet voor elke onderzoeksvraag nodig. Toch kan iedere gezondheidsonderzoeker wel kleine stapjes zetten om het werk relevanter te maken voor het terugdringen van gezondheidsverschillen. Samen met mijn team blijf ik me ervoor inzetten dat het steeds gebruikelijker en makkelijker wordt voor onderzoekers om hun onderzoek vanuit betrokkenheid vorm te geven, voor en met de mensen voor wie gezond leven het lastigste is.

Stel je nog eens voor dat je van heel weinig geld moet rondkomen. Je wilt onderzoek doen naar gezond leven, maar dit keer in je eigen buurt. Je werkt samen met je buurtgenoten en met een aantal gezondheidsonderzoekers die je al langere tijd kent en vertrouwt. Wordt je onderzoek neutraal, objectief en van zeer hoge wetenschappelijke kwaliteit? Of wordt het betrokken, gelijkwaardig en inclusief? En wat is belangrijker?

Referenties

- 1 Dit gedachte-experiment is geïnspireerd door een paragraaf uit het boek van Tim 's Jongers: Armoede uitgelegd aan mensen met geld. Amsterdam: De Correspondent; 2024.
- 2 Nagelhout GE, Van Koeveringe J, Abidi L. Een vaste adviesgroep met mensen die van weinig geld moeten rondkomen. Sociaal Bestek; 2023.
- 3 Vermeij L, Thijssen L. De leefwerelden van arm en rijk. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2024.
- 4 's Jongers, T. Ontsluit het organisatiekapitaal van 'spreidstand-burgers'. Sociale Vraagstukken; 8 maart 2023.

Gezondheidsverschillen: *hoe maakt ethiek het verschil?*

Hafez Ismaïli M'hamdi (Weert 1981)

Hafez Ismaïli M'hamdi is universitair hoofddocent aan de afdeling Ethics, Health and Society van Maastricht University, vicevoorzitter van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid en raadslid bij de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Zijn onderzoek richt zich onder andere op de ethiek van gezondheidsverschillen, de rechtvaardiging van volksgezondheidsinterventies en het samenspel van individuele en collectieve verantwoordelijkheid voor de gezondheid. In zijn rol als academicus en raadslid probeert Hafez de feilbare, kwetsbare en collectieve natuur van de mens serieus te nemen en die niet bij voorbaat als fout, zwakte of bias weg te zetten. Verder geeft Hafez regelmatig lezingen over hoe de filosofie kan bijdragen aan inclusiviteit in de zorg en de samenleving.



A wheel that can be turned though nothing moves with it, is not part of the mechanism

Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigations*¹

Tantalus

De data spreken voor zich. In Nederland kennen we gezondheidsverschillen. Gezondheidsverschillen die groot zijn, gezondheidsverschillen die deels te voorkomen en deels terug te dringen zijn. Deze gezondheidsverschillen zijn daarom niet een kwestie van pech en van betreuenswaardige tegenspoed. Nee, ze zijn een kwestie van onrechtvaardigheid.

Het feit dat een praktisch opgeleide vrouw 15 jaar minder in goede gezondheid leeft dan een theoretisch opgeleide vrouw.² Het feit dat er twee keer zo veel ernstig overgewicht voorkomt in de wijk IJsselmonde dan in het deftige Kralingen (respectievelijk 22,4% en 10,8%)³ en dat de sterfte rondom de geboorte twee keer zo hoog is onder pasgeborenen van niet-westerse afkomst dan onder pasgeborenen met een Nederlandse afkomst⁴ is moreel onacceptabel.

Deze verschillen zijn moreel onacceptabel, omdat er verhalen van onnodig lijden en vroegtijdig sterven achter schuilgaan. Het feit dat een praktisch opgeleide vrouw 15 jaar korter in goede gezondheid leeft dan een theoretisch opgeleide vrouw, vertelt het verhaal dat het in principe mogelijk is om als vrouw 70 jaar in goed ervaren gezondheid te leven. Maar voor de vrouwen die op onze kinderen passen, die de billen van onze opa's en oma's wassen en die onze toiletten schoonhouden, blijven van die 70 jaar de laatste 15 levensjaren gemiddeld genomen buiten bereik. Ze vertellen het verhaal dat de kans op gezondheid en geluk voor baby'tjes met welgestelde ouders in Nederland, best goed is. Maar tegen deze achtergrond van gezondheid en geluk wordt het leven van pasgeborenen van niet-westerse ouders meer dan twee keer zo vaak in de kiem gesmoord. Onnodig verlies van leven, gezondheid en geluk doet – tegen een zichtbare achtergrond van goede gezondheid en geluk – moreel pijn. In mijn ogen zijn gezondheidsverschillen de hedendaagse Tantaluskwelling. Het goede leven is in zicht; kijk maar om je heen. Maar voor jou, vrouw met mbo en zoon van Achmed, blijft dat zichtbare goede leven buiten bereik. Het is deze

kwelling van 'ogen die het goede leven kunnen zien, maar handen die dat leven niet kunnen grijpen' die maakt dat gezondheidsverschillen onrechtvaardig zijn.

Dat we wat aan onrechtvaardige gezondheidsverschillen moeten doen is evident, en al decennialang evident. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, mijn eigen Raad, stelde bijvoorbeeld terecht dat het huidige beleid te eenzijdig naar het individu kijkt en te weinig oog heeft voor de complexe ongelijkheden die er achter de gezondheidsverschillen schuilgaan.⁴ Maar hoe komt het dat de decennialange roep om de aanpak van gezondheidsverschillen een affront zijn voor een van onze meest centrale waarden, namelijk rechtvaardigheid, hoe kan het dan dat we dit mechanisme van ongelijkheid en onrechtvaardigheid niet stil kunnen leggen?

IJdel wiel

*"A wheel that can be turned though nothing moves with it, is not part of the mechanism."*⁵ Een wiel waaraan gedraaid kan worden zonder dat er iets meebeweegt, is geen onderdeel van het mechanisme. Uit Wittgensteins cryptische zin haal ik het volgende inzicht. Ethische argumenten, waarden en theorieën die je op papier kunt beschrijven, aanpassen en verfijnen, kortom *waaraan je kunt draaien*, maar die niet in verbinding staan met de wereld – zoals de wereld van de gezondheidsverschillen *waar ondanks het draaien niets meebeweegt* – maken geen deel uit van het gezondheidsmechanisme. De vraag is: staat de ethiek in verbinding met de wereld waarover zij oordeelt? Of is het vellen van deze oordelen net zo zinvol als het draaien aan een ijdel wiel?

IJdel of niet, er wordt in ieder geval gretig gedraaid aan het wiel van de ethiek, zowel door ethici als niet-ethici. Niet alleen academische artikelen, maar ook adviesrapporten, beleidsdocumenten, politieke akkoorden, partijpolitieke manifesten, visiedocumenten, missie-statements en uitingen van andere aard staan bol van de ethische analyses. In die analyses gaat het er doorgaans over dat gezondheidsverschillen niet te rijmen zijn met wat in de filosofie ruwweg *'fair equality of opportunity'*⁶ is gaan heten. Binnen de ethiek zijn er

veel variaties op dit thema: een gelijke kans op goede gezondheid, een eerlijke kans op goede gezondheid, gelijke toegang tot zorg⁷, voldoende toegang tot de centrale ‘capabilities’⁸, of een fatsoenlijk minimum aan sociale basisvoorzieningen voor iedereen. Wat men ook kiest, in essentie wordt een beroep gedaan op het fundamentele en breedgedragen argument dat elk mens er evenveel toe doet. Dat in de ogen van de overheid ieders welzijn en gezondheid evenveel gewicht in de schaal moet leggen. En dit vereist ‘gelijk respect voor’ en ‘gelijke bekommering om’ de gezondheid en het welzijn van alle burgers. De persisterende gezondheidsverschillen zijn een duidelijk signaal dat er stelselmatig niet aan deze eis wordt voldaan. De ethici argumenteren, de gezondheidsverschillen persisteren en het wiel draait maar door.

“Dit is onze ethiek, de ethiek van het kloppende hart en de ronkende maag.”

Uiteraard zijn de persisterende gezondheidsverschillen niet de schuld van de ethiek. Natuurlijk niet! Toch is het onmiskenbaar waar dat, alhoewel er ijverig gedraaid wordt aan de wiel van de ethiek, er akelig weinig meebeweegt. Onze ethische oordelen *over* de gezondheidsverschillen hebben maar beperkt grip op die gezondheidsverschillen. Maar wat voor zin hebben ethische oordelen zoals ‘gezondheidsverschillen zijn onrechtvaardig’ dan nog?

Het meest voor de hand liggende antwoord hierop is dat de ethiek op basis van argumenten kan uitleggen waarom gezondheidsverschillen onrechtvaardig zijn en waarom de overheid daarmee tekortschiet in haar plicht om de volksgezondheid te bewaken en te bevorderen. Het is echter aan de politiek om de gewenste veranderingen door te voeren. Maar zo'n antwoord getuigt naar mijn mening van een gebrek aan reflexiviteit. De kloof tussen het

ethische oordeel dat ‘gezondheidsverschillen onrechtvaardig zijn’ en het uitblijven van daadwerkelijke gezamenlijke actie is naar mijn mening zelf een belangrijk ethisch probleem. Daarom is een kleine ethiekkritiek hier op zijn plaats.

Een kleine ethiekkritiek

Want de meeste ethiek is tamelijk analytisch van aard. Zij is gericht op helderheid, precisie en logica, en maakt gebruik van wetenschappelijke inzichten. Een voorbeeld:

- (P1) In Nederland wordt gezondheid beïnvloed door een reeks factoren die door collectieve actie veranderbaar zijn, maar waarover burgers zelf slechts beperkte controle hebben.
- (P2) Gezondheidsverschillen hangen samen met variaties in deze factoren.
- (P3) Gezondheidsverschillen die volgen uit (P1) en (P2) zijn onrechtvaardig.
- (C) Gezondheidsverschillen in Nederland zijn onrechtvaardig.

Wat dit type strakke redeneringen ogenschijnlijk overtuigend maakt, is dat ze objectief en neutraal zijn. Dus zonder persoonlijk belang, emotionele betrokkenheid of socioculturele inflecties. In de filosofie spreken we daarom over de ‘impartial observer’, een onpartijdige waarnemer, die vanuit *‘the view from nowhere’*, een neutraal gezichtspunt⁹, onbevooroordeeld naar onze wereld kijkt. Het is dan aan de ethici, de politici, aan ons allen om deze onpartijdige waarnemer zo goed als dat lukt ethisch na te apen. Hoe beter dat lukt, hoe zuiverder, eerlijker en rechtvaardiger ons ethisch denken en doen is.

De filosoof Roderick Firth heeft de *impartial observer* als volgt beschreven: “*The impartial observer is ‘omniscient [alwetend], disinterested [belangeloos], dispassionate [emotieloos], but otherwise normal.*”¹⁰ Maar het punt is natuurlijk dat wij mensen *niet* alwetend, belangeloos en emotieloos zijn. En dat ons menselijk handelen *niet uitsluitend* en soms zelfs *uitsluitend niet* wordt gedreven door argumentatieve helderheid, precisie en logica, zelfs als filosofen zoals Firth ons uitnodigen om dat wel te doen. Zuiverheid van argumentatie behaagt wellicht het verstand, maar reikt simpelweg niet tot aan de bodem van onze morele drijfveren. Wat we daar wel

aantreffen, zijn drijfveren zoals passie, compassie, empathie, interesse, nieuwsgierigheid, bekommering, toewijding en een gevoel van verantwoordelijkheid of plicht. Maar een alles beheersende rationele wil die gevoed door de zuiverste argumentatieve vruchten in zijn eentje ons moreel denken en doen bestiert? Nee. Dat is echt niet meer dan fictie. En daarmee is de verwachting dat we institutioneel beleid kunnen formuleren dat de gezondheidsverschillen tegengaat op grond van *alleen* of *vooral* rationele argumenten, volgens mij niet meer dan fictie. Wij stervelingen kunnen maar weinig met een ethiek voor engelen.

De filosoof David Hume schreef: *“Reason is, and ought only to be the slave of the passions, and can never pretend to any other office than to serve and obey them.”* De rede is de slaaf van de passies en behoort dat ook te zijn¹¹. Hiermee doelde hij op de beperkte invloed van ons rationele denken vergeleken met de kracht van onze emoties om ons daadwerkelijk in beweging te zetten. Eenmaal ervan overtuigd dat gezondheidsverschillen onrechtvaardig zijn, kunnen argumenten volgens Hume zeker helpen om na te gaan wat goede manieren zijn om deze onrechtvaardigheden te bestrijden. Ze zijn van instrumenteel belang. Maar om er echt van overtuigd te zijn dat gezondheidsverschillen onrechtvaardig zijn en gemotiveerd te raken om hier iets aan te doen, moeten we emotioneel geïnvesteerd zijn in de rechtvaardige samenleving. Alleen dan komen we in actie om gezondheidsverschillen terug te dringen. Die David Hume was geen dommerik.

Affectieve toewijding

Dat brengt mij bij mijn antwoord op de centrale vraag van mijn lezing: Hoe kan de ethiek enig verschil maken als we gezondheidsverschillen willen terugdringen? Ik stel niet voor om de argumentatieve ethiek overboord te gooien, maar wel om realistisch te zijn over de beperkte invloed ervan op de menselijke drijfveren en de vorming van beleid.

We hebben meer nodig dan een ethiek van het hoofd: een ethiek van het hart. Daarmee bedoel ik de reflectie op onze affectieve morele commitments die ik *affectieve toewijdingen* noem. Waar liggen onze affectieve toewijdingen als samenleving? Ik ben blij

“Wij stervelingen kunnen maar weinig met een ethiek voor engelen.”

met het RVS-advies *Machtige mensbeelden*¹². Dit advies onthult dat de overheid een affectieve toewijding heeft om misbruik van publieke middelen door burgers te voorkomen, omdat burgers kennelijk zonder de strakke hand van de bureaucratie niet van de 'suikerpot' van de samenleving af kunnen blijven. Daarnaast is de overheid toegewijd aan het laten doordringen van de vrije markt tot in de haarvaten van onze samenleving en legitimeert zij haar beleid met denkbeelden zoals dat van de volledig zelfredzame burger die zich als een gulzig 'ik-monstertje' door de samenleving beweegt. Ik spreek van affectieve toewijding, omdat de overtuigingen dat burgers stelselmatig frauderen en dat ongebreidelde marktwerking de beste zorg voor de laagste prijs oplevert helemaal niet worden ondersteund door empirisch bewijs of overtuigende argumenten. Desalniettemin zijn dit beelden waar de overheid al decennialang aan is geëngageerd, waar zij affectief aan is toegewijd.

Hier ligt wat mij betreft precies een belangrijke taak voor de ethiek. Om ons, burgers, politici, ethici, gezondheidsprofessionals en overheid te confronteren met onze affectieve toewijdingen. Ik herhaal: waar liggen onze affectieve toewijdingen? Verlangen we naar de vrijheid van de markt en het straffen van fraudeurs? Of verlangen we naar minder verschillen in levensverwachting en kwaliteit van leven? Wat niet kan, is in de taal van rechtvaardigheid spreken, maar bureaucratisch, neoliberal beleid formuleren. Dat is onwaarachtig.

Het verkleinen van gezondheidsverschillen is niet eenvoudig, dat erken ik. Toch kunnen we de obstakels die voortkomen uit een gebrek aan toewijding aanpakken, net zoals we deden bij de invoering van de gesubsidieerde gezondheidszorg in Nederland. Dit was

alleen mogelijk door de vastberaden inzet voor gelijke toegang. Ook het succes in het terugdringen van roken was (en is) beslist geen sinecure. Maar de affectieve toewijding leidde tot hogere accijnzen, strengere wetgeving en een hele culturele omslag.

Minder ongezond voedsel op scholen, meer bewegen, een betere balans tussen economische belangen en gezondheidsbelangen, en iedereen een solide sociaaleconomische basis geven. Dit alles krijgen we niet op een presenteerblaadje en vereist dezelfde affectieve toewijding. Kijk naar uw eigen succesvolle projecten: welke waren mogelijk zonder toewijding? En waarom zou het anders zijn bij het verkleinen van gezondheidsverschillen?

Er wordt mij weleens verweten dat ik te idealistisch en te utopisch ben. Dan denk ik: wat een armoede. Wat een armoede van geest en ambitie. Wat een armoede als we alleen maar kunnen denken over de rechtvaardige samenleving als een onbereikbaar ideaal, als een dromerige utopie. En wat een armoede dat we slecht functionerende marktwerking en nutteloze bureaucratie omarmen als vormen van nuchter realisme en pragmatiek. Mijn antwoord? Laat het formuleren van de publieke waarden maar over aan de realisten. En laat het benadrukken van het belang van rechtvaardigheid en solidariteit maar over aan de nuchtere pragmatici. Iedereen is op papier voor rechtvaardigheid. De ethiek heeft op dat punt meer dan genoeg bijgedragen.

Maar op het moment waarop een stap richting een rechtvaardigere samenleving wordt gefrustreerd door financiële, praktische of juridische bezwaren; het moment waarop het terugdringen van gezondheidsverschillen wordt belemmerd door regels en richtlijnen; het moment waarop beleid wordt geformuleerd dat mensen raakt in hun toegang tot zorg, in hun kansen op fatsoenlijk onderwijs en inkomen, of in hun recht om niet door de overheid te worden geminacht of opgejaagd vanwege hun afkomst of etniciteit – precies dan draaien wij aan het wiel. En staan wij, gedreven door compassie, empathie en lotsverbondenheid, gedreven door affectieve toewijding, voor beleid dat de zwaarste financiële zorglasten toewijst aan de sterkste schouders. Beleid dat de publieke functie van supermarkten serieus neemt en de verkoop van ultrabewerkt

quasi-voedsel terugdringt. En beleid dat mensen die zijn gevlucht voor rampen en tegenspoed opvangt en hen niet, wreed en onverschillig, in de kou laat slapen. Dit is onze ethiek, de ethiek van het kloppende hart en de ronkende maag.

Dus de vraag stellen wat de ethiek kan doen om gezondheidsverschillen terug te brengen, is de vraag teruggeven. In een wereld waar we niet alles kunnen hebben wat ons hartje begeert, vraag ik u: wat mag de rechtvaardige samenleving kosten? Welke affectieve toewijdingen gaat u aan en welke laat u los?

Mijn dank gaat uit naar collega's Beatrijs Haverkamp, Carel Jansen en Myrthe Lenselink die eerdere versies van deze lezing van zeer behulpzame feedback hebben voorzien.

Referenties

1. Wittgenstein L. Philosophical investigations (§271), Basil Blackwell Ltd; 1963.
2. VZinfo. Ernstig Overgewicht. Beschikbaar via https://buurtatlas.vzinfo.nl/#ernstig_overgewicht; 2023.
3. VZinfo. Sterfte rond de geboorte. Beschikbaar via <https://www.vzinfo.nl/sterfte-rond-de-geboorte/oorzaken>; 2024.
4. RVS. Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2020.
5. Wittgenstein L. Philosophical investigations (§271), Basil Blackwell Ltd; 1963.
6. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University; 1971.
7. Daniels, N. Justice, health, and healthcare. American Journal of Bioethics 1(2): 2-16; 2001.
8. Anand PD Equity, Capabilities and Health. Social Science & Medicine 60(2): 219-222; 2005.
9. Nagel, T. The view from nowhere. Oxford: Oxford University Press; 1989.
10. Firth R. Ethical absolutism and the ideal observer. Philosophy and Phenomenological Research 12(3): 317-345; 1952.
11. Hume D. A treatise of human nature. Ottawa, Canada: East India Publishing Company; 2022.
12. RVS. Machtige mensbeelden. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2021.

Els Borst Lezingen tot nu toe:

1e CEG-Els Borst Lezing

Kleine ode aan onafhankelijkheid (2013)

Uitgesproken door Inez de Beaufort, hoogleraar Gezondheidsethiek aan het Erasmus MC, Rotterdam, ter gelegenheid van het tienjarig jubileum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

2e CEG-Els Borst Lezing

Bescheiden professies. Over evidence based werken buiten de cure (2014)

Uitgesproken door Margo Trappenburg, bijzonder hoogleraar Grondslagen van het maatschappelijk werk (vanwege de Marie Kamphuis Stichting) aan de Universiteit voor Humanistiek en hoofddocent bij Bestuurs- en Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht.

3e CEG-Els Borst Lezing

De mens achter de moleculen (2015)

Uitgesproken door Bert Keizer, arts, filosoof en schrijver.

4e CEG-Els Borst Lezing

Omwille van de feiten en de democratie (2016)

Uitgesproken door wetenschapsonderzoeker en emeritus-hoogleraar Trudy Dehue.

5e CEG-Els Borst Lezing

Kwaliteit van zorg: wie mag het zeggen? (2017)

Uitgesproken door Joris Slaets, emeritus-hoogleraar ouderengeneeskunde, directeur van Leyden Academy.

6e CEG-Els Borst Lezing

Nieuwe voortplantingstechnologie, nieuwe familievormen, nieuwe ethische vragen? (2018)

Uitgesproken door Annelien Bredenoord, hoogleraar ethiek biomedische innovatie, rector magnificus van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

7e CEG-Els Borst Lezing

De prijs van de vrijheid. Over de positie van sociaal kwetsbare jongeren met beperkte cognitieve vaardigheden in de samenleving. (2019)

Uitgesproken door Carlo Leget, hoogleraar Zorgethiek en bijzonder hoogleraar Palliatieve zorg aan de Universiteit voor Humanistiek.

8e CEG-Els Borst Lezing

Ontwrichte zorg. Over het verlies van publieke waarden in de strijd om betere (digitale) gezondheid. (2020)

Uitgesproken Tamar Sharon, hoogleraar Wijsgerige ethiek en politieke filosofie aan de Radboud Universiteit.

9e CEG-Els Borst Lezing

Een vernieuwde verhouding tussen gezondheid van mens, dier en milieu na de coronapandemie. (2022)

Uitgesproken door dr. Bernice Bovenkerk, universitair hoofddocent dier- en milieu-ethiek bij de Filosofie Groep van Wageningen Universiteit.

10e CEG-Els Borst Lezing

Wat mogen we vragen? (2023)

Uitgesproken door prof. dr. Ernst Kuipers, demissionair Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2013 tot 2022; prof. dr. Ingrid Robeyns, hoogleraar Ethiek van Instituten aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht; Teun Toebes, verpleegkundige, auteur en documentairemaker.



CEG