

GEZONDHEIDSZORG EN EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID

Judith Anna Dekker¹

Abstract – Autonomy and responsibility are related. In the Dutch health care system damage of an individual his own health is because of solidarity, damage to society as a whole. Therefore it is important that the ethic debate pays attention to the balance between solidarity and own responsibility. The criteria causality, guilt, relative efficiency, reasonableness and prohibition of discrimination might help to deliberate between solidarity and own responsibility for example in cases as smoking and statines and smoking and IVF.

In de westerse samenleving hecht men veel waarde aan de individuele autonomie én aan solidariteit. Autonomie gaat samen met de verantwoordelijkheid voor eigen handelingen en beslissingen. In ons zorgstelsel is het echter de vraag hoe eigen verantwoordelijkheid en solidariteit zich tot elkaar verhouden. Vragen die hierbij een rol spelen zijn: moet de gemeenschap betalen voor zorg aan mensen die hun eigen gezondheid schaden? Moet men solidair zijn met mensen die er zelf voor kiezen om ongezond te leven? Of betekent eigen verantwoordelijkheid voor ongezond gedrag ook zelf betalen voor de gevolgen?

1. Huidige ontwikkelingen

Zorgverzekeraars leggen steeds meer de nadruk op leefstijl. Albert Heijn en Agis slaan de handen in één. Agis helpt Albert Heijn om een gezond assortiment samen te stellen en geeft klanten van Albert Heijn korting op de zorgverzekeringspremies. Agis heeft (nog) geen inzage in bonuskaartgegevens. Wel is bekend dat Albert Heijn deze gegevens aan derden (zoals Unilever verstrekt). Andere zorgverzekeraars volgen dit voorbeeld: zorgverzekeraar VGZ (dochter van Unilever) vergoedt tegenwoordig het gebruik van Becel om het cholesterolgehalte te verlagen. Zorg en Zekerheid en Univé vergoeden afslanken met Sonja Bakker en de klant mag dan ook nog onbeperkt gratis sporten. Het is bovendien niet ondenkbaar dat niet-rokers in de toekomst korting krijgen op de zorgpremie.

Er wordt in de praktijk steeds meer afgerekend op eigen verantwoordelijkheid voor leefstijl. Daarom is een debat over de morele aanvaardbaarheid van deze ontwikkelingen belangrijk. Het kan wel degelijk moreel verantwoord zijn om in bepaalde gevallen

¹ Mr. drs. J.A. (Judith Anna) Dekker is co-assistent aan het ErasmusMC en studeert filosofie van de geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij wil Marieke van der Knoop hartelijk bedanken voor haar bruikbare suggesties bij het schrijven van dit artikel. Annegien Kenter wordt bedankt vanwege haar bijdrage aan een eerdere versie van het onderdeel 'roken en statines'. Medard Hilhorst en Sophie Vandamme waren als begeleiders betrokken bij deze eerdere versie, waarvoor dank. De auteur wenst tevens de reviewers te bedanken voor de zeer bruikbare suggesties ter verbetering van het artikel.

zorg afhankelijk te maken van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Het Kantiaanse denken gaat er immers vanuit dat de individuele autonomie (door middel van het categorisch imperatief) samen gaat met verantwoordelijkheid (Have e.a., 2003, 88). Daarnaast geeft Mill aan dat de autonomie van het ene individu begrensd wordt door de plicht het andere individu niet te schaden. In ons zorgverzekeringsstelsel betekent schade die een individu aan de eigen gezondheid toebrengt vanwege de solidariteit schade aan de gemeenschap als geheel.

2. Solidariteit en eigen verantwoordelijkheid

De gezondheidszorg is kostbaar en de medische techniek kan al veel meer dan waarvoor we bereid zijn te betalen. Daarom moeten er keuzen worden gemaakt in de verdeling van zorg. Bekend is de trechter van Dunning voor de keuzen van vergoedbare zorg. Daarin zijn de criteria van zorg: noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en eigen rekening en verantwoording (Brouwer e.a., 2004, 13). Rechtvaardigheid en solidariteit worden ook wel als aanvullende criteria genoemd (Evenblij, 2005). In dit artikel wil ik het vierde criterium van de trechter van Dunning (eigen rekening) nader invullen. Indien men een leefstijl als eigen verantwoordelijkheid wil beschouwen met als gevolg beperking van vergoeding uit publieke middelen kunnen bij de beoordeling daarvan de volgende voorwaarden een richtlijn zijn:

1. Causaliteit
2. Schuld
3. Relatieve doelmatigheid
4. Redelijkheid
5. Verbod op discriminatie

De voorwaarden schuld, causaliteit en redelijkheid zijn geselecteerd daar ze ten grondslag liggen aan het ouderschap in de zin van het strafrecht en het burgerlijk recht. Het criterium relatieve doelmatigheid is eerder in dit verband gebruikt door Van Dijk (2007). Discriminatie is een argument dat in een dergelijke context veel wordt genoemd. In deze bijdrage zal ik de eigen verantwoordelijkheid van rokers toetsen aan de bovenstaande voorwaarden. Daarvoor gebruik ik twee voorbeelden: roken en het gebruik van statines en roken en IVF.

2.1. Causaliteit

Er bestaan twee verschillende vormen van causaliteit: ex post en ex ante. Causaliteit ex ante wil zeggen dat de gevolgen van een daad om te kunnen toerekenen vooraf voorzienbaar moeten zijn. Een leefstijlcriterium heeft een probleem met de classificatie van de 'ongezonde leefstijl', met de vooruitgang in de wetenschap worden gedragingen die vroeger als gezond bekend stonden nu ontmaskerd als ongezond. Het beginsel van rechtszekerheid dient om burgers tegen willekeur van strafbepaling te beschermen. Daaruit vloeit het verbod op terugwerkende kracht, maar ook inzichtelijkheid of te wel 'lex certa' voort (Mevis, 2004, 161-162). Indien men de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid van de mens of de patiënt als criterium wil gebruiken, moet aan dit

criterium worden voldaan om willekeur te voorkomen. De nadelige gevolgen van de leefstijl moeten dus vooraf voor het individu voorzienbaar zijn om te kunnen toerekenen. Causaliteit *ex post* wil zeggen dat er achteraf gekeken wordt wat de oorzaak van een bepaald gevolg geweest is. Criteria daarbij zijn ten eerste het bewijs: er moet overtuigend bewezen ‘evidence based’ zijn dat een gedraging ongezond is én ten tweede: er moet causaal verband bestaan tussen de gedraging en het gevolg (gezondheidsschade). In de medische wereld is de systematische review de hoogste vorm van bewijs. Het strafrecht kent ‘condition sine qua non’ als minimumvereiste en redelijke toerekening als maximumvereiste voor causaal verband.

2.2. *Schuld*

De Commissie Keuzen in de Zorg wijst leefstijl af als criterium om mensen van zorg uit te sluiten: “gezond gedrag is niet altijd een morele verdienste en ongezond gedrag is niet altijd vermijdbaar of verwijtbaar” (Have e.a., 2003, 155). Nadruk op autonomie van het individu kan er, in samenhang met het toegenomen inzicht in de relatie tussen leefstijl en gezondheid, toe leiden dat de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid voor een groot deel bij het individu wordt gelegd. Dit kan ook tot gevolg hebben dat het individu de ‘schuld’ krijgt (Makenbach e.a., 2004, 116). Dit zou kunnen leiden tot maatschappelijke criminalisering en ‘blaming the victim’.

Bovenstaande bezwaren tegen toerekening zijn echter onvoldoende om haar volledig van tafel te schuiven. Schuld is natuurlijk een subjectief criterium: er wordt gekeken naar de intrinsieke motivatie van de persoon die handelde. Was hij/zij zich ten tijde van de handeling bewust van de mogelijke gevolgen die op konden treden? Het begrip schuld dekt echter zowel de persoon die bewust en mét de intentie dat de gevolgen zullen intreden een handeling stelt, als de persoon die onvoorzichtig handelt en zich daar bewust van is en de persoon die onachtzaam is, maar wel achtzaam had moeten zijn. Schuld bestaat dus in verschillende gradaties (Mevis, 2004, 513-529).

2.3. *Relatieve doelmatigheid*

Het veranderen van de leefstijl is doelmatiger dan de behandeling van de risico’s die de leefstijl met zich meebrengt. Doelmatigheid is een aspect dat bij iedere afweging van behandelopties naar voren komt. Medisch effectiviteit speelt bij de keuze tussen behandelingen, maar ook bij de keuze om al dan niet te behandelen een grote rol. Factoren die bij relatieve doelmatigheid een rol zullen spelen zijn de prijs van een behandeling, de kosten en baten voor de patiënt en de mogelijke alternatieven.

2.4. *Redelijkheid*

Redelijkheid en billijkheid zijn concepten die oorspronkelijk in de jurisprudentie werden ontwikkeld. Inmiddels zijn deze beginselen gecodificeerd in art. 6:248 lid 1 en 6:2 lid 1 BW (Nederlands Burgerlijk Wetboek). Redelijkheid als criterium is essentieel omdat sommige gedragingen die zullen voldoen aan de overige criteria toch situaties kunnen creëren waarin toerekening moreel onaanvaardbaar is. Redelijkheid vul ik in dit geval in met de eis dat algemene toegang tot zorg gegarandeerd moet zijn. Uitzondering hierop is slechts mogelijk in specifieke situaties.

Er bestaat namelijk een grondwettelijk recht op gezondheidszorg als neergelegd in art. 22 lid 1 GW: de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid en heeft daarmee de plicht de toegang tot de gezondheidszorg te bewaken. In de eed van Hippocrates staat: “Ik bevorder zo mogelijk de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de rechtvaardige verdeling van de beschikbare voorzieningen.” Gezien deze bepalingen is het bijvoorbeeld niet redelijk om de algemene toegang tot de gezondheidszorg op basis van leefstijl te weigeren. Mensen mogen niet aan hun lot over worden gelaten, maar moeten ondersteund worden tot verandering.

Het moet niet gaan om een weigering van medische zorg maar het moet gaan om het aanbieden van alternatieve zorg. Er moeten goede alternatieven zijn om de leefstijl te veranderen. Het is bijvoorbeeld niet redelijk om deze criteria toe te passen in levensbedreigende situaties. Wanneer iemand zijn hele leven heeft gerookt en vervolgens longkanker krijgt is het onredelijk om hem de toegang tot zorg te ontfeggen. Stoppen met roken is in dat geval geen redelijk alternatief voor chemotherapie.

2.5. *Verbod op discriminatie*

Weigeren van een bepaalde behandeling bij een bepaald patiënt zou discriminatie met zich mee kunnen brengen. Ook de artsen eed stelt dat de arts geen onderscheid dient te maken naar leeftijd, geslacht, ras, afkomst, status, geloof of politieke richting. De individuele arts heeft echter wel de bevoegdheid om de behandeling volgens de Nederlandse Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (art.7:460 jo. 452 BW) staken bij een patiënt die zijn behandeling aan zijn laars lapt. Het verbod op discriminatie is tevens neergelegd in art. 1 GW (Nederlandse Grondwet) en het recht op gelijke behandeling in de Wet Gelijke Behandeling. Discriminatie op welke grond dan ook is niet toegestaan. Gelijke gevallen mogen niet ongelijk worden behandeld, maar ongelijke gevallen mogen wel degelijk ongelijk worden behandeld. Daarnaast is er een verschil tussen directe en indirecte discriminatie waarvan directe discriminatie in alle gevallen verboden is.

3. Roken als leefstijl

Onderstaand zal ik beschrijven of roken als gedraging in het algemeen voldoet aan de eerder genoemde criteria: causaliteit, schuld, verbod op discriminatie. De concrete voorbeelden (statines en IVF) worden in de volgende paragraaf getoetst op de overige twee criteria (redelijkheid en relatieve doelmatigheid) en het verbod op discriminatie in het concrete geval.

Allereerst bespreek ik de causaliteit. Causaliteit ex ante is in het geval van roken aan de orde. De wetenschap dat roken voor gezondheidsschade zorgt is bij het grote publiek bekend. Sinds 1981 is de mededeling dat roken kanker en hart- en vaatziekten kan veroorzaken, zelfs verplicht bij alle tabaksreclame (Kb 29.4.1981, Stb.329). Tabaksreclame is inmiddels verboden en de gevolgen (o.a. infertiliteit) staan nu met grote letters op de verpakking van de tabaksproducten zelf. Met het oog op deze voorzienbaarheid is roken dus een ‘informed choice’.

Ook causaliteit ex post is aan de orde, want de causaliteit tussen de handeling (het roken) en het gevolg (gezondheidsschade) evidence-based en wel om drie redenen. In

wetenschappelijk onderzoek is onomstotelijk bewezen, dat roken slecht is voor de gezondheid. Voor rokers is de levensverwachting bij de geboorte namelijk zo'n zeven jaar korter (Doll e.a., 1994). Roken veroorzaakt bovendien verschillende soorten kanker en luchtwegaandoeningen.

Daarnaast kent roken nog een reeks andere gevolgen die schade opleveren. De gemiddelde geschatte kosten tijdens de levensduur van een roker zijn zesduizend dollar meer dan die van een niet-roker. Deze kosten worden doorgaans gecompenseerd doordat rokers eerder dood gaan dan niet-rokers (en daardoor minder gebruik maken van pensioen en verpleeg en verzorgingshuizen) en door middel van accijns. Als men zou stoppen met roken, zou dat op korte termijn een besparing opleveren van gezondheidszorgkosten, maar op lange termijn een verhoging (Barendregt e.a., 1997).

Er is echter nog meer schade als gevolg van roken voor de samenleving. De sociale kosten van roken zijn een combinatie van private kosten, quasi-externe kosten en externe kosten. Private kosten zijn kosten van de roker zelf: sigaretten, mortaliteit, disabiliteit, gezondheidszorgkosten, pensioen, levensverzekering. Quasi-externe kosten zijn bovenstaande kosten voor familieleden van rokers (passief meeroken) waarbij ook schade aan de foetus wordt meegerekend. Externe kosten zijn werkverzuim, productiviteitsverlies en verlies in belastinginkomsten (Sloan, 2004). Brandrisico en het verlies van dierbaren die roken kunnen ook nog als kosten worden aangemerkt.

Ten tweede kan ook schuld in de zin van 'eigen risico' aan de roker kunnen worden toegerekend (Berger, 1999, 9). De criteria voor roken als 'eigen risico' zijn dat sprake moet zijn van schuld en onzorgvuldigheid of onvoorzichtigheid. Rokers starten echter vaak in de puberteit, een levensfase waarin de 'peer influence' aanzienlijk is. Strafrechtjuristen lossen dit probleem op met de aanname van 'anterieure schuld'. Dit wil zeggen dat iemand voordat hij begon met roken had kunnen voorzien dat dit nadelige effecten heeft en dat men eraan verslaafd kan raken maar hij weloverwogen deze consequenties heeft aanvaard of op de koop heeft toegenomen door te starten met roken. Het starten met roken is ook onvoorzichtig: de omstandigheden waardoor met roken wordt gestart kunnen voor 'onvoorzichtigheid' zorgen namelijk het starten met roken met het idee: of "Het zal allemaal wel meevallen." of "Ik word toch niet verslaafd." Onzorgvuldigheid kan eruit bestaan dat een roker nauwelijks of niet in staat is om de nadelige gevolgen van zijn gedrag bij zichzelf en anderen te voorkomen.

De prijsinelastische vraag naar sigaretten (Goodin, 1989, 50) zou er echter op kunnen wijzen dat rokers verslaafd zijn en daarom bereid zijn om wat dan ook te betalen (willing to pay anything) om hun gewoonte in stand te houden. Verslaving is volgens de DSM-IV een psychiatrische aandoening. Daarbij speelt de grote vraag in hoeverre ons perspectief op ziekte toerekenbaarheid kan bepalen. Als verslaving an sich een ziekte is of als vast staat dat ontvankelijkheid voor verslaving genetisch bepaald is, kan men in alle redelijkheid dan nog wel toerekenen? Het antwoord is te vinden in het bio-psycho-sociale ontwikkelingsmodel. Hoewel genen en opvoeding een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van het individu zijn er wel degelijk eigen keuzes. Waar mensen rationeel eigen keuzes kunnen maken, kunnen ze verantwoordelijk worden geacht voor de gevolgen van hun handelen. Het wereldbeeld waarin de mens rationeel is, is bovendien terug te vinden in meerdere stromingen in de filosofie. De deontologie volgens Kant meent dat de mens verplichtingen heeft die gebaseerd zijn op gezond verstand. Ook in de teleologie is het concept van rationaliteit terug te vinden. Aristoteles, grondlegger

van de deugdenethiek veronderstelt dat de mens een sociaal en rationeel wezen is. Mill en Bentham, denkers van de gevolgenethiek gaan uit van de homo economicus of te wel de ‘rational economic man’. Bovendien is het onredelijk om éénderde van onze samenleving als wilsonbekwaam te beschouwen.

Het derde criterium: verbod op discriminatie kon wel eens problematisch zijn: het is namelijk bekend dat mensen met een lage sociaal economische status (SES) vaker roken dan mensen met een hogere SES. Veel onderzoek wijst volgens Makenbach uit dat roken een reactie is op de toch al ongunstige levensomstandigheden (Makenbach e.a., 2004, 62). Dit criterium moet in het geval van roken dus worden beoordeeld in het licht der omstandigheden van de concrete casus.

Een kanttekening bij de bovenstaande overwegingen is dat de overheid geen belang heeft bij rokers die hun gewoonte beëindigen. Accijnsopbrengsten en het feit dat rokers korter leven en daardoor minder chronisch ziek zijn zorgen ervoor dat de overheid belang heeft bij het roken omdat daarmee de kosten worden beperkt. De overheid heeft er daarnaast uit kostenoverwegingen wel belang bij om de indicatiegroep voor statines en IVF zo restrictief mogelijk te maken. Het moment waarop gedrag wordt toegerekend is in het kader van accijnsheffing ook nog van belang, want door de accijns op alcohol en tabak te heffen wordt de gebruiker vooraf ‘beboet’. Toch vloeit dit bedrag niet direct terug naar de gezondheidszorg. De burger betaalt dus omdat ze ervoor kiest voor de staat onverantwoord gedrag te vertonen, zonder dat er bewijs is dat direct daaruit gevolgen voortvloeien en zonder die gevolgen te compenseren. Als in de toekomst solidariteit in de gezondheidszorg wordt beperkt door af te rekenen op eigen verantwoordelijkheid, dan kan dat in strijd zijn met het ne-bis-in-idem-beginsel. Dit strafrechtsbeginsel geeft aan dat niet twee maal voor hetzelfde feit vervolgd mag worden. Als accijns een ander doel heeft dan toerekening van eigen verantwoordelijkheid geldt dit bezwaar echter niet.

In de volgende twee paragrafen zal ik de criteria relatieve doelmatigheid, redelijkheid en verbod op discriminatie in twee concrete gevallen toetsen namelijk statine-gebruik en IVF-gebruik van rokende vrouwen die moeder willen worden.

4. Roken en statines

In 2001 heeft de Nederlandse minister Borst na advies van de gezondheidsraad de indicaties voor cholesterolverlagende therapie bepaald. Een minderheidsstandpunt in de gezondheidsraad was toen dat mannelijke rokers van middelbare leeftijd met multiple risicofactoren ook voor deze therapie in aanmerking zouden moeten komen. Borst redeneerde toen dat deze mannen geen therapie meer nodig zouden hebben als ze zouden stoppen met roken (*Kamerstukken II* 2000/01, 27400 XVI, nr.70, p.4). Minister Borst stelde voor om cholesterolverlagers (statines) niet meer zonder meer voor te schrijven aan rokers, om zo de kosten te beperken. In plaats hiervan moeten artsen in eerste instantie hulp bij stoppen met roken aanbieden. Dit voorstel zal ik toetsen aan drie criteria: relatieve doelmatigheid, redelijkheid en het verbod op discriminatie.

4.1. *Relatieve doelmatigheid*

Verdeling van zorg volgens het utilisme is streven naar een zo gunstig mogelijk effect op een zo groot mogelijk deel van de bevolking. Hiermee wordt bedoeld dat het totale budget zo nuttig/efficiënt mogelijk worden besteed/verdeeld. Statines zijn zeer prijzig (€ 1800,- per patiënt per jaar), daarom zouden de kosten een zeer groot deel van het gezondheidsbudget opeisen wanneer iedereen met een te hoog cholesterolgehalte statines zou krijgen (één miljard euro). Daarbij komt dat de winst in levensverwachting die rokers – met een hoger absoluut risico op coronaire hartziekte – kunnen behalen met het gebruik van statines niet hoger is dan de gezondheidswinst bij niet-rokers of ex-rokers met een vergelijkbaar risicoprofiel (*Kamerstukken II* 2000/01, 27400 XVI, nr.70, p.4). Een hoog cholesterolgehalte geeft een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Er zijn verschillende manieren om het cholesterolgehalte in het bloed te verlagen en daarmee ook het risico te verkleinen. Het verminderen van het gewicht, een cholesterol verlagend dieet, meer lichaamsbeweging, maximaal twee alcoholische consumpties per dag en stoppen met roken. Door te stoppen met roken wordt niet alleen het risico op hart- en vaatziekten verlaagd maar op andere ziekten zoals op longkanker, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), astma en beroerte. Een gezonde leefstijl heeft naast een cholesterolverlagend effect ook invloed op andere factoren die samenhangen met hart- en vaatziekten. De gezondheidswinst bij een gezonde leefwijze zal daarom groter zijn dan bij enkel een cholesterolverlaging (www.rivm.nl). Statines kunnen voor een daling van 20-50% van het cholesterol zorgen. Deze middelen moeten dan voor de rest van het leven gebruikt worden, anders is de gezondheidswinst gering, maar levenslang medicijnen slikken lukt vaak niet. Het blijkt dat 55% van de gebruikers van statines daar na ongeveer twee jaar weer mee gestopt is. De meeste gezondheidswinst lijkt dus te kunnen worden behaald met het aanbieden van hulp bij stoppen met roken.

4.2. *Redelijkheid*

Statines zijn een vorm van primaire preventie, maar het begeleid stoppen met roken is ook een vorm van primaire preventie. Er wordt rokers dus geen toegang tot preventieve zorg over het algemeen geweigerd als de statines niet worden vergoed. Bovendien is het stoppen met roken een redelijk alternatief voor statine-gebruik.

Er is bij het weigeren van statines geen sprake van discriminatie tussen rokers en niet-rokers. De roker wordt namelijk niet de toegang van zorg (toegang tot preventie) geweigerd, maar er wordt hem de meest effectieve vorm van preventie (stoppen met roken met de Minimale Interventie Strategie) aangeboden. Uit het eerder overwogene volgt dat statine-gebruik door rokers kan worden beschouwd als ‘eigen (financiële) verantwoordelijkheid’.

4.3. *Verbod op discriminatie*

Het gevolg van een besluit om statines bij roken in te delen als eigen verantwoordelijkheid is rechtsongelijkheid tussen rokers en niet-rokers (omdat de kansen van rokers op coronaire hartziekten groter zijn). In wezen zorgt het huidige voorschrijfbeleid van statines ook voor rechtsgelijkheid tussen rokers en niet-rokers, omdat niet-rokers ook geen statines krijgen voorgeschreven in dezelfde situatie (hetgeen komt doordat roken een

extra risicofactor is op coronaire hartziekten). Het standpunt dat niet-rokers gediscrimineerd worden is ook verdedigbaar, omdat niet-rokers met dezelfde cholesterolwaarde niet in aanmerking komen voor statines en rokende mannen op middelbare leeftijd wel.

5. Roken en IVF

Hoogleraar infertiliteit Nick Macklon stelde in oktober 2006: “smokers should only receive IVF-treatment when they have become non-smokers” (Macklon, 2006). Dit voorstel zal ik toetsten aan drie criteria: relatieve doelmatigheid, redelijkheid en het verbod op discriminatie.

5.1. *Relatieve doelmatigheid*

IVF is een dure behandeling van zo’n drie tot vijfduizend euro per keer. De succes kans bij IVF wordt beïnvloed door verschillende factoren. Zo blijkt dat IVF bij rokende vrouwen (7,3 % absoluut verschil) minder vaak leidt tot de geboorte van een levende baby. Na een IVF-zwangerschap vindt vaker abortus plaats bij rokende vrouwen (21,4%) dan niet-rokende vrouwen (16,4%) (Lintsen e.a., 2005).

Het ontzeggen van IVF aan rokende vrouwen is een adequate reactie op het bestaan van een medische contra-indicatie. Het beschermen van de autonomie van de patiënt betekent ook dat de arts de patiënt zo goed mogelijk informeert; in dit geval over mogelijke oorzaken van subfertiliteit. Daarnaast dient de arts een behandeling te bieden die de meeste slagingskans biedt tegen de minste belasting voor de patiënt, want IVF zelf is immers ook niet zonder risico. Het is hierbij overigens van belang dat er geen sprake is van een levensbedreigende aandoening (Van Dijk, 2007).

5.2. *Redelijkheid*

Er is inmiddels veel bekend over de indrukwekkende negatieve gevolgen van prenatale blootstelling aan maternaal roken (Merkus e.a., 2007). Bewezen of waarschijnlijke effecten van passief prenataal roken op de gezondheid van het kind zijn onder andere een kleinere schedelomtrek, een toename van de incidentie van wiegendood en een toename van obstetrische complicaties als vroeggeboorte, verstoorde intra-uteriene ontwikkeling van longen en luchtwegen, persisterend verlaagde longfunctie vanaf de geboorte, toegenomen luchtwegproblematiek, een toename van middenoorontsteking en meer gedragsproblematiek, waaronder ADHD (Hofhuis e.a., 2003). Stoppen met roken zorgt niet alleen voor een hogere kans op zwangerschap, maar ook een grotere kans op een gezonde baby. Begeleid stoppen met roken is dus eveneens een behandeloptie: en een optie die veel veiliger is voor de aankomende moeder (en kind) dan IVF bij een rokende moeder, daarom is het redelijk om rokende vrouwen IVF te ontzeggen.

5.3. *Verbod op discriminatie*

Discriminatie op basis van prognostische factoren is zeer gebruikelijk bij IVF. Zo worden vrouwen boven de 41 geweigerd omdat hun leeftijd zorgt voor een zeer lage suc-

ceskans. Rokers hebben zelfs nog een kleinere kans dan niet-rokende vrouwen die tien jaar jonger zijn. Ook overgewicht verkleint de kans op een succesvolle IVF. Vrouwen met een BMI boven de 27 hebben bij de eerste IVF-poging 23 procent minder kans op een levend kind dan vrouwen met een normaal gewicht (Lintsen e.a., 2005). Daarom krijgen vrouwen met een BMI hoger dan 32 in Maastricht al geen IVF meer aangeboden. Het verbod op discriminatie verbiedt ongelijke behandeling van gelijke gevallen. In de praktijk van de IVF worden roken, leeftijd en BMI als factoren beschouwd die zorgen dat er sprake is van ongelijke behandeling van ongelijke gevallen. Rokende vrouwen uitsluiten van IVF is dan ook niet per definitie discriminerend. In sommige situaties zou het juist vreemd zijn als zij wel IVF krijgen aangeboden: daarmee zouden zij anders worden behandeld dan vrouwen ouder dan 41 jaar, die dezelfde lage succeskans hebben.

6. Conclusie

In de inleiding kwamen de volgende vragen aan de orde. Dient de gemeenschap te betalen voor zorg aan mensen die hun eigen gezondheid schaden? Moet men solidair zijn met mensen die er zelf voor kiezen om ongezond te leven? Of betekent eigen verantwoordelijkheid voor ongezond gedrag ook zelf betalen voor de gevolgen? Om deze vragen te beantwoorden heb ik een aantal criteria opgesteld en de gedraging roken in de context van twee concrete voorbeelden daaraan getoetst. Aan de hand daarvan is te concluderen dat roken een ongezonde leefstijl is waarmee de roker ervoor kiest een bepaald risico te lopen (hart en vaatziekten en verminderde kans op succesvolle zwangerschap). Er zijn daarom aanvaardbare argumenten om de preventie of compensatie van dit risico buiten de solidariteit te laten vallen. Dit geldt echter niet voor behandeling van de gevolgen in geval van verwezenlijking van eventueel mogelijke risico's die door roken in het leven worden geroepen. Behandeling mag alleen worden geweigerd indien stoppen met roken tenminste een gelijkwaardig alternatief als medische behandeling is. De criteria causaliteit, schuld, relatieve doelmatigheid, redelijkheid en verbod op discriminatie zijn geschikt om in concrete gevallen een afweging te maken ten aanzien van solidariteit en eigen verantwoordelijkheid. Deze afweging is noodzakelijk want het kan nu eenmaal niet zo zijn dat de gemeenschap betaalt voor preventie van het risico dat rokers, door hun keuze voor het roken, zelf wensen te nemen.

Literatuur

- BARENDREGT J.J., BONNEUX L., MAAS P. VAN DER. The health care cost of smoking. *NEJM*, 337, 1997: 1052-1057.
- BERGER I. Roken als eigen schuld? Rotterdam: Erasmus Universiteit 1999.
- BROUWER W.B.F, RUTTEN F.F.H. Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief. Zoetermeer: RVZ 2004.

- DIJK G. van. Roken of IVF, maar niet allebei – uitsluiting van rokende vrouwen kan gerechtvaardigd zijn. *Medisch Contact* 2007;62(18):771-773.
- DOLL R., PETO R., WHEATLEY K., GRAY R., SUTHERLAND I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-911.
- EVENBLIJ M. Kiezen is delen. Aanvullingen op de trechter van Dunning: rechtvaardigheid en solidariteit. Assen: Van Gorcum 2005 in opdracht van ZonMw.
- GOODIN R.E. No smoking: the ethical issues. Chicago: University of Chicago Press 1989.
- HAVE H., MEULEN R.H.J. TER. *Medische Ethiek*. Houten: Stafleu van Loghum 2003.
- HOFHUIS e.a. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003;88:1086-1090.
- LINTSEN A.M., PASKER –DE JONG P.C., BOER E.J. DE, BURGER C.W., JANSEN C.A., BRAAT D.D., LEEUWEN F.E. VAN. Effect of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF. *Hum Reprod.* 2005;20(2):1867-1875.
- MACKLON N. The embryo and its future. Oratie bij de aanvaarding van de leerstoel infertiliteit aan de Universiteit van Utrecht. Utrecht, 2006.
- MAKENBACH J.P., MAAS P.J. VAN DER. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg 2004.
- MERKUS P.J.F.M., JONGSTE J.C. DE. Roken of IVF, maar niet allebei. *Medisch Contact*. 2007;62(23):1011.
- MEVIS P.A.M., *Capita strafrecht – Een thematische inleiding*. Nijmegen: Ars Aequi Libri 2004 p.161-162 en Mevis p.513-529.
- SLOAN F.A. *The price of smoking*. Cambridge: MIT Press 2004.