

## TACHTIG EN DIK

Coronablog 3. Jo Caris en Theo Poiesz, april 2020. Auteurs van Visies op zorg.

### Inleiding

Het besef dringt door dat de coronacrisis een lange adem heeft. In een poging de besmettingsgraad te beheersen, zijn delen van de samenleving stilgelegd. De dreigende economische en financiële gevolgen van de gekozen beleidslijn lokt diverse reacties uit. Een semi-bekende Nederlander vroeg zich onlangs openlijk af - wij parafraseren - hoeveel economische schade het redden van dikke oude rokers, die toch niet lang meer te leven hebben, waard is. Een hoogleraar Besturen van Veiligheid stelde in een praatprogramma dat we ons moeten realiseren dat lockdownmaatregelen, bedoeld om mensenlevens te sparen, zoveel economische schade opleveren dat die op hun beurt juist levensjaren zullen kosten. Hij onderbouwde dit met de stelling dat mensen van een lager welvaartsniveau gemiddeld minder oud worden dan welvarender mensen.

Met name de vraag over de dikke rokende oudere zorgde op Twitter direct voor veel verontwaardigde reacties. Maar er was ook bijval: een collega van de vragensteller vond dat 'het gesprek (over de afweging gezondheid – economie, TP/JC) toch echt gevoerd moet worden.'

De verschillende vragen en uitspraken suggereren, direct of indirect, en bedoeld of onbedoeld, dat bij de bestrijding van de crisis op dit moment, bij de afweging tussen economie en gezondheid (lees: welvaart en leven) de gevolgen voor de economie te licht worden gewogen. Het komt erop neer dat ze vinden dat aan het leven van sommige mensen te zwaar wordt getild. De vragenstellers lijken daar trouwens hun eigen leven niet mee te bedoelen.

In aansluiting hierop beweerde Rutte dat de tegenstelling tussen gezondheid en economie slechts schijn is – en dat het twee kanten van dezelfde medaille zijn. Kooiman en Rusman brengen in het NRC van 11/12 april j.l. de discussie terug tot de vraag wat een mensenleven waard is, zodat bepaald kan worden wat maatregelen mogen kosten om een leven te redden. Hoewel zij dit in eerste instantie als een cynische vraag typeren, gaan ze wel serieus op de vraag in met een overzicht van benaderingen van die waarde, uitgedrukt in, bijvoorbeeld, QALY's: Quality Adjusted Life Years. In Nederland wordt volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid voor een QALY een bedrag tussen 50.000 en 80.000 gehanteerd. Tot een conclusie over de afweging gezondheid-economie komen zij niet, anders dan dat economen 'het niet eens zijn over de vraag wat schadelijker is voor de economie: een lock-down of een ongebreidelde pandemie'. De vraag wat schadelijker is voor de gezondheid blijft buiten beschouwing.

### Gezondheid, economie en ethische issues

In 1729 publiceerde Jonathan Swift een geanonimiseerd satirisch essay getiteld "A Modest Proposal for Preventing the Children of Poor People from Being a Burthen to their Parents, or the Country, and for Making them Beneficial to the Publick." In dit essay stelde hij dat

jonge kinderen hun Ierse ouders vaak tot armoede brengen: ze kosten veel en ze leveren niets op. Swift pleitte ervoor om dit om te draaien. Met behulp van statistisch materiaal berekende hij hoe kinderen, als die rond hun eerste levensjaar op de markt worden verkocht ten behoeve van consumptie, te gelde gemaakt kunnen worden. Daarbij schuwde hij de suggestie van lugubere oplossingen niet. Die zullen we de lezer hier besparen. In ieder geval waarschuwde Swift drie eeuwen geleden al voor een te eenzijdige, economische benadering van maatschappelijke problemen.

Er is een parallel te trekken tussen het satirisch bedoelde pleidooi van Swift en de discussie over de afweging tussen economie en gezondheid tijdens de huidige crisis. Rutte's metafoor van de tweezijdige medaille biedt geen antwoord op de vraag hoe de verhouding tussen beide zou moeten zijn, anders dan dat ze onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Op dit laatste is op zich niets af te dingen, maar het maakt niet duidelijk in hoeverre economie voorrang heeft op gezondheid, of vice versa, en waar dit de zwakkeren van de samenleving laat.

Ethici zouden hierin een uitgelezen mogelijkheid kunnen zien om een inbreng te leveren, of in ieder geval te reageren, maar tot nu toe zijn ze muisstil. En dat terwijl beleidsmakers nu juist behoefte hebben aan een evenwichtige en integrale benadering van de crisis, zeker ook in ethische zin. Laten we hopen dat de ethici niet wachten tot de crisis voorbij is om *in retrospect* te oordelen over gemaakte afwegingen.

Zelf hebben wij geen formele achtergrond in ethiek. Toch veroorloven we ons om enkele ethische issues te presenteren die in dit verband mogelijk relevant zijn. Ze worden als stellingen gepresenteerd, maar dienen als vragen te worden gelezen.

- (Over)leven en dus gezondheid vormt het hoogste goed. De diverse maatschappelijk deelterreinen hebben tot doel de kwaliteit ervan te bewaken en te bevorderen. Die deelterreinen zijn onder andere: economie, onderwijs, zorg en cultuur, elk onderscheiden naar diverse deelgebieden. Ze staan ten dienste van het hoofddoel en zijn daarom te zien als een instrument, een afgeleide. De instrumenten economie en zorg zijn op te vatten als twee zijden van een medaille. Maar dat geldt niet voor economie en gezondheid als, respectievelijk, instrument en doel. Gezondheid heeft prioriteit boven economie (resp. leven gaat vóór geld). Gezondheid is de leidende voorzijde van de medaille; economie de ondersteunende achterkant. Wie het omdraait, is bereid levens of levensjaren op te offeren aan welvaart.
- Overheidsbeleid is sterk economisch bepaald. Een van de redenen is dat de Nederlandse bevolking absoluut en relatief gezond is en aan economische welvaart en groei veel aandacht kan worden geschonken. Een andere reden is dat economische parameters concreet beslissingsmateriaal bieden. Op het vlak van leven en gezondheid is dat bijvoorbeeld de QALY, een 'van bovenaf' bepaalde indicator die suggereert hoeveel een mensenleven waard is. Het voordeel van deze maat is dat er veel mee gerekend kan worden; het nadeel is dat het nooit over iemand gaat. Een QALY is een abstractie die haar validiteit verliest op het moment dat ze op een bepaalde persoon betrekking heeft. Maar dat is wel het niveau waarop waardebeoordeling van leven uiteindelijk moet worden bepaald. De maatschappij heeft

veel levens tot haar beschikking; een persoon maar één. Dit vereist een grotere zorgvuldigheid dan de QALY kan bieden.

- De QALY vertaalt een subjectieve waarde in een geobjectiveerde waarde (wat iets anders is dan een objectieve waarde) en stelt de beleidsmaker in staat om ingrijpende beslissingen, die consequenties hebben over leven en dood, met een zekere afstandelijkheid te nemen (even achter het gordijn te verdwijnen).
- De QALY maakt een rekenkundig correcte kosten-batenafwegingen mogelijk. Maar hierbij is te bedenken dat de kosten en baten berekend worden vanuit het perspectief van het collectief, niet vanuit dat van het individu. Diens kosten en baten vormen het spiegelbeeld van die van het collectief. Met andere woorden: economische kosten-batenafwegingen geven een werkelijkheid weer die verschilt van de werkelijkheid van degene waar het over gaat.
- Voor een groep patiënten met een bepaalde aandoening zijn de kosten van de behandeling en het gemiddelde aantal gewonnen levensjaren redelijk in te schatten. Op basis van de QALY kan het budget voor te leveren gezondheidszorg worden begrensd. Bij overschrijding van dit budget zouden bepaalde andere patiënten niet meer geholpen kunnen worden (tenminste niet op kosten van de zorgverzekering). Het algemeen uitsluiten van een behandeling voor een categorie patiënten doet geen recht aan individuele verschillen en gaat voorbij aan de morele plicht om waar mogelijk te helpen. Berekeningen selectief toepassen op bepaalde mensen of groepen is moreel verwerpelijk.
- De poging de waarde van een mensenleven (het verschil tussen leven en dood) uit te drukken in geld is als een poging aan het verschil tussen blauw en geel een numerieke waarde toe te kennen. De variabelen leven en geld zijn inherent zo verschillend dat het niet mogelijk is ze met elkaar te vergelijken, laat staan in verband te brengen. Het is zoets als de waarde van een peer uitdrukken in eenheden appel (en waar appel en peer nog tot één categorie behoren, geldt dat niet voor (over)leven en geld).  
Daar komt nog bij dat voor mensen de waarde van het leven, ook in geld, toeneemt naarmate het dichterbij de buurt van de eigen persoon komt. Men heeft over het algemeen minder moeite voor het besparen van een leven naarmate de afstand (geografisch, sociaal, tijd) toeneemt (zie ook het ingroup-outgroup effect, Tajfel, H., 1982). Dit houdt in dat als voor de kosten van de behandeling van één Nederlander misschien wel 10 mensen in Afrika kunnen behandelen, we wellicht toch kiezen voor die ene Nederlander (of we negeren gemakshalve de vergelijking). Ook wordt het als ernstiger ervaren als veel mensen binnen een korte periode sterven dan wanneer ze verspreid over tijd doodgaan. Dit verklaart misschien wel waarom de maatschappelijke aandacht voor dodelijke coronaslachtoffers verschilt van die voor 600 tot 700 dodelijke verkeersslachtoffers per jaar in Nederland. Dat wil zeggen: elk jaar.  
De persoon van wie het leven bedreigd wordt, kan hier zoveel waarde aan toekennen dat hij/zij er alles voor heeft over om het te behouden. Maar wie uitzichtloos lijdt,

kent aan het leven een lage waarde toe en maakt geen financiële kostenafweging bij de vraag of het moet worden verlengd.

De wrange conclusie is dat de waarde van een mensenleven, het hoogste goed waar überhaupt naar kan worden gestreefd, blijkbaar geen constante is maar gezien wordt als afhankelijk van de persoon, de situatie en de tijd. De poging het in geld uit te drukken is daarom bij voorbaat zinloos en onzinnig. Als de waarde van een leven niet constant maar variabel is, kan die waarde in de besluitvorming naar behoefte (of naar de grillen) van de beslisser worden aangepast. Dit maakt het moreel verwerpelijk om beslissingen over mensenlevens te verantwoorden met geld.

- Een meer kwalitatieve opvatting van waarde lost weinig op. Waarde is opbrengst minus kosten. Maar wat zijn dan de kwalitatieve opbrengsten en kosten van leven? Gaat het, bijvoorbeeld, om de kwaliteit van iemands rol of betekenis in sociale relaties? Moeten we rekening houden met de potentiële opbrengst ('in de paar jaar die iemand nog te leven heeft') of ook met de historische opbrengst – de betekenis die de persoon had voor zijn omgeving/de maatschappij? In hoeverre zijn kwalitatieve kosten (misdaden?) relevant? Omdat deze vragen zich niet laten beantwoorden, is het ook onmogelijk om de waarde van iemands leven in kwalitatieve zin te bepalen.
- De kracht van een samenleving wordt in hoge mate bepaald door interne cohesie. De onderlinge verbondenheid maakt een land weerbaar (zoals nu in de crisis). Cohesie vormt zich doordat mensen op hogere maatschappelijke posities (de sterksten?) het opnemen voor de zwaksten. Het adagium 'We laten niemand vallen' scheidt het vertrouwen dat de basis vormt voor onderlinge loyaliteit, solidariteit en ervaren billijkheid (Tabibnia, G. & Lieberman, M., 2007).  
Wie in deze periode een discussie wil starten over het negeren van de zwakkeren, tornt dus aan fundamentele maatschappelijke waarden en draagt bij aan de ondermijning van vertrouwen en solidariteit.  
De functie van samenleven is 'doen leven en overleven'. Door de samenleving is de kans op overleven voor individu en de soort groter. De vraag is dan niet wat een leven mag kosten, maar wat de overleving, de continuïteit van de samenleving het meest dient.  
Een samenleving is sterk en heeft de beste overlevingskansen als ze een zekere saamhorigheid en een optimale eenheid weet te realiseren. Het behoud van de zwakkeren is hierin een fundamenteel mechanisme. Dit geldt voor dieren in groepsverband (de Waal) en zeker ook voor mensen. De sterken kiezen voor de bescherming van de zwakkeren en versterken zo de eenheid (de Waal, F., 2015.; Kalma, A. 1989.)
- In deze crisis gelden ouderen en zieken als zwakkeren. Als we het principe loslaten dat zwakkeren beschermd moeten worden, plaatsen we de samenleving op een hellend vlak: bij volgende crises zullen steeds weer andere groepen het haasje zijn. Nu worden bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, zwaarlijvigheid en rookgedrag genoemd als criteria, maar wie garandeert dat het de volgende keer niet andere persoonlijke, lichamelijke, geestelijke of gedragscriteria zijn? Steeds zal een andere groep vogelvrij zijn. Het zou resulteren in een bijzondere samenleving die economisch sterk is, maar

moreel failliet. De 'samenleving' zou verworden tot een arena waarin alleen het recht van de sterkste geldt. Terug naar het Wilde Westen.

- In praktisch opzicht is onduidelijk wie de criteria zou moeten opstellen om te bepalen wat zwak is en wie aan die criteria dan consequenties zou moeten verbinden. *'Uw buikomvang is 103 cm? Jammer: net een centimeter te veel. U zult begrijpen dat we voor iemand met zo'n buik niet zulke kosten kunnen maken en iemand anders die zorg kunnen onthouden. Want dat kunt u uw kinderen en kleinkinderen niet aandoen. Zeker niet als u bedenkt dat u misschien nog maar korte tijd te leven heeft.'* Of: *'Mevrouw, we gaan ophouden op met die coronamaatregelen. Het spijt ons dat u hierdoor waarschijnlijk iets eerder zult overlijden. Maar ja, de horeca moet weer open.'*

Maar een benadering als deze zal niet geaccepteerd worden.

Een belangrijk criterium voor selectieve behandeling is de noodzaak van zinnige zorg. Voor bariatrische chirurgie (maagverkleining) wordt als voorwaarde een inspanningsverplichting gevraagd met betrekking tot afvallen. Voor hyperbare therapie (behandeling van slechte vaten) is stoppen met roken een voorwaarde. Die voorwaarden zijn niet zozeer bedoeld om patiënten een behandeling te weigeren maar om met de behandeling een positief resultaat te behalen. Zo kan voor een IC-opname bij coronapatiënten wellicht een bepaalde lichamelijke conditie als voorwaarde gesteld worden, die op te vatten is als de uitkomst van duale kosten-batenanalyse: een vanuit medisch perspectief en een vanuit het gezichtspunt van de patiënt. De baten betreffen het behandelresultaat; de kosten zijn ruim gedefinieerd. Ze omvatten bijvoorbeeld de belasting van de behandeling en revalidatie, de levensverwachting en kwaliteit van leven na behandeling, de risico's voor de behandelaars en, in laatste instantie, ook de financiële kosten. Bij een slechte lichamelijke conditie (hoge kwetsbaarheid, diabetes, overgewicht, longaandoeningen, etcetera) is de kans om een zeer belastende ic-opname van enkele weken te overleven misschien zo klein dat deze zorg in bepaalde gevallen als niet-zinnig beschouwd moet worden. Van belang is dan een deugdelijk protocol en een heldere besluitvormingsprocedure. Het doel hiervan is om arts en patiënt te helpen met een reële afweging, om willekeur tegen te gaan en om de behandelaars te beschermen.

#### De relatie gezondheid – economie; aanvullende overwegingen

- Hoewel de discussie rond de crisis iets anders suggereert, is het niet mogelijk om een rechtstreeks verband te leggen tussen economie en gezondheid. Eerst moeten we constateren dat het containerbegrippen zijn die relevante nuances platslaan en daardoor geen inschatting van hun onderlinge verhouding mogelijk maken. Economie en gezondheid zijn abstracte, complexe begrippen die elk uit talloze deelaspecten bestaan. Het zijn de deelaspecten die soms een onderling verband vertonen. Economie kan betrekking hebben op, bijvoorbeeld, het bruto binnenlands product, de handelsbalans, het percentage werklozen, het aantal mensen onder de armoedegrens, de beschikbaarheid van grondstoffen en energiebronnen, de

conjuncturele dynamiek, het belastingniveau, etc. Ook gezondheid is een geleed begrip. Bedoelen we hiermee iemands algemene conditie, diens biologische/genetische make-up, de kwaliteit van de motoriek, het functioneren van het immuunsysteem of de afwezigheid van beperkingen en aandoeningen? Soms moet een kwalificatie worden gerelativeerd: een hartpatiënt kan als gezond door het leven gaan als zijn conditie met medicatie onder controle gebracht is. Een gezonde persoon kan een ongezonde leefstijl hebben. Iemand kan gezond zijn en zich gezond voelen en toch relatief vroeg overlijden. Hier komt bij dat mensen niet altijd verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor de mate waarin ze (on)gezond zijn (Swaab, D., 2010). Sommige mensen hebben aangeboren aandoeningen of beperkingen. Verslavingsgevoeligheid kan het gevolg zijn van aanleg of opvoeding. Op algemeen en abstract niveau kunnen we dus geen uitspraak doen over de relatie tussen economie en gezondheid.

Op het niveau van deelaspecten zijn soms wel verbanden aan te geven. Opleidingsniveau, inkomen en levensverwachting, bijvoorbeeld, hangen positief met elkaar samen, een verband dat er ook is wanneer gecorrigeerd wordt voor leefstijl (CBS, 2015; Knoop, K. & M. van den Brakel, 2010; Marmot, M.G., 2004). De vraag is echter wat de richting is van de causaliteit. Presteren gezonde mensen beter en leidt dat tot gunstiger posities in de samenleving, of is het werk van mensen met betere posities minder belastend voor de gezondheid? Of zijn gezondheid en economie indirect gerelateerd via een derde variabele? Dergelijke onduidelijkheden maken dat we bij het interpreteren van samenhangen tussen economie en gezondheid moeten waken voor schijnsamenhangen en -causaliteiten. Ter vergelijking: ooit bleek uit een onderzoek van het AdviesBegeleidingsCentrum Amsterdam dat kinderen die thuis een grotere badkamer hadden betere schoolprestaties leverden. Niemand is om die reden de badkamer gaan verbouwen.

Bovendien geldt, vanaf een bepaald (redelijk) welvaartsniveau, dat het verband tussen economische welvaart en levensverwachting (en gezondheid) betrekking heeft op de relatieve status in de samenleving en dus niet om de absolute economisch-maatschappelijke positie (Rock, D., 2008; Kalma, A., 1989). Het gaat dus voornamelijk om de positie ten opzichte van anderen. Bij een absolute daling van het welvaartsniveau blijven, grosso modo, de relatieve posities gelijk. Daarom valt niet te verwachten dat een daling van het welvaartsniveau ook de levensverwachting (de gezondheid?) met zich meebrengt.

De suggestie dat een verslechtering van de economie indirect levens of levensjaren gaat kosten is tentatief en in de context van de crisis zinloos.

- Laten we ons realiseren dat als de bescherming van zwakkeren tot een diepe recessie leidt, dat nog steeds een diepe recessie op een hoog niveau van welvaart is. Een terugval van bijvoorbeeld 10 procent zou ons een stuk terugplaatsen in de recente historie. Maar op dat niveau vonden we destijds niet dat we het slecht hadden. Het gesprek over de verhouding gezondheid – welvaart hoeft dus nog niet gevoerd te worden. Pas als de afweging tussen het leven van de een en de welvaart van de ander verandert in een afweging tussen het leven van de een en dat van de ander, kan een kosten-batenanalyse, hoe kil ook, een hulpmiddel zijn.

## Conclusies

Er zijn dus allerlei redenen om de discussie over de te volgen aanpak van deze crisis niet een dominant economisch insteek te geven. In dit opzicht is de afsluiting van het artikel van Kooiman en Rusman (NRC, 11/12 april j.l.) het meest betekenisvol. Het betreft een door de auteurs aangehaalde uitspraak van gezondheidseconoom Wim Groot (Maastricht University): 'je moet een situatie als deze niet puur economisch benaderen. (...) Het accepteren van zeer hoge kosten is een kwestie van beschaving.' Een eveneens door hen vermelde uitspraak van Xander Koolman sluit hierbij aan: 'Je komt in morele nood als je beslissingen neemt op basis van dit soort kille berekeningen. Dat is niet hoe wij als samenleving keuzes maken'. Het artikel zou hier ook mee hebben kunnen starten, daarmee de beperktheid van een economische benadering onderstrendend. In dit verband kunnen we ook de verwijzing naar Swift herhalen.

Toen de crisis amper enkele weken oud was, werd gepleit voor een meer economische benadering. De suggestie werd gewekt dat de aandacht en zorg voor de levens van de zwakkeren in de samenleving de economie schaadt. De focus op de economische consequenties is te eenzijdig, wordt te snel in de discussie ingebracht en wordt met een te grote vanzelfsprekend gepresenteerd. Het risico van een morele recessie is misschien wel groter dan dat van een economische recessie.

## Aanbevelingen

Wie stelt dat gezondheid en economie twee kanten van dezelfde medaille zijn, wekt de indruk dat het om gelijkwaardige grootheden gaat. Maar Westerse waarden stellen de morele voorkant van gezondheid (leven) boven economisch-financiële achterkant van de welvaart. Economie is dienstbaar aan leven, niet andersom. Het is, ook bij een medaille, onmogelijk de twee kanten tegelijkertijd in beschouwing te nemen. Neem daarom de 'voorkant'- het doel - als principiële uitgangspunt voor beleid. Laat de achterkant – het instrument - niet het doel worden (tenzij ook hiermee levens gemoeid zijn). Dit voorkomt dat levens van sommigen opgeofferd worden om de welvaart van anderen veilig te stellen.

Kies voor een aanpak en een organisatievorm waarin de verschillende perspectieven integraal en gelijktijdig, en niet separaat en achtereenvolgens in de beleidsbeslissingen kunnen worden betrokken. Naast de medische en economische invalshoeken gaat het in een crisis van deze omvang ook om ethische, sociologische, psychologische en filosofische overwegingen.

Het is, zeker voor zeer dure behandelingen, aan te bevelen om een zo strikt mogelijk protocol te maken over de zinnigheid van deze zorg voor individuele patiënten. Het protocol kan ingaan op de noodzakelijke voorwaarden voor een behandeling. Het kan ook eisen stellen aan de kwaliteit van voorlichting aan patiënt en familie. Op grond hiervan kan een patiënt eventueel en op basis van de eigen afweging besluiten af te zien van op genezing gerichte behandeling.

### Tot slot

Soms maakt iemand een opmerking om een discussie op gang te brengen (of zegt achteraf dat die bedoeld was om de discussie op gang te brengen). Maar er zijn nu eenmaal onderwerpen waar we geen discussie over willen voeren. We kunnen het ons als samenleving niet veroorloven om fundamentele waarden bij de eerste forse tegenslag in 75 jaar te grabbel te gooien.

En dan als uitsmijter een barbaarse uitspraak van BNR columnist Marianne Zwagerman. Zij vergelijkt mensen in verpleeghuizen met 'dor hout' en heeft het over de natuur die weer gerespecteerd moet worden, daarmee bedoelend dat we bereid moeten zijn kwetsbare ouderen op te offeren aan het belang van anderen. Waar in de geschiedenis hebben we dit eerder gehoord?

Realiseert Zwagerman zich wel dat zij na deze uitspraken zelf nooit meer met goed fatsoen aanspraak kan maken op professionele medische zorg? De natuur moet immers haar gang kunnen gaan. Dus Zwagerman: nu consequent zijn en blijven!

### **Referenties**

CBS (2015). *Kwaliteit van leven in Nederland*. Den Haag, Heerlen, Bonaire, 23 september.

Kalma, A. (1989). *Dominantie en Onzekerheidsreductie*. Proefschrift. Utrecht, Universiteit Utrecht.

Knoops, K. & M. van den Brakel (2010). Rijke mensen leven lang en gezond. Inkomensverschillen in de gezonde levensverwachting. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88 (1)2010, 17-24.)

Marmot, M.G. (2004). *The Status Syndrome. How Social Standing Affects on Health and Longevity*. New York, Times Books.

Rock, D. (2008). Scarf: A Brainbased Model for Collaborating with and Influencing Others. *NeuroLeadership Journal*. Vol 1, no 1, 2008, 44.

Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.

Swift, J. (1729). *A Modest Proposal for Preventing the Children of Poor People from Being a Burthen to their Parents, or the Country, and for Making them Beneficial to the Publick*. Geanonimiseerd essay.

Tabibnia, G., & Lieberman, M. (2007). *Fairness and Cooperation are Rewarding. Evidence from Social Cognitive Neuroscience*. Annals. New York: New York.

Tajfel, H. (ed.). (1982). *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge, Cambridge University Press.

Waal, F. de. (2015). *Een tijd voor Empathie*. Amsterdam, Olympus.