

**V58
1987**

Voorstudies en
achtergronden

De ongelijke verdeling van gezondheid

Verslag van een conferentie
gehouden op 16–17 maart 1987

**W
E L
Z I J N
V O L K S
G E Z O N D
H E I D E N
C U L T U U R**

Ongelijke

De ongelijke verdeling van gezondheid : verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987. - 's-Gravenhage : Staatsuitgeverij. - (Vorstudies en achtergronden / Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, ISSN 0169-6688 ; V 58)
ISBN 90-12-05569-5
SISO 601.51 UDC [351:614.2](492)
Trefw.: gezondheidszorg ; Nederland ; overheidsbeleid.

WOORD VOORAF

Op 16 en 17 maart 1987 hebben het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid gezamenlijk een conferentie gehouden over het thema "Gezondheidsverschillen en sociaal-economische status". Dit onderwerp staat momenteel internationaal in de belangstelling nadat in 1982 in Engeland het zgn. Black Report verscheen, waaruit bleek dat gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status (inkomen, beroep, opleiding) in de naoorlogse periode geenszins zijn afgenomen. Ook Zweden met zijn zeer hoge standaard van gezondheid kent nog steeds belangrijke verschillen en heeft nu een specifiek programma ontwikkeld om deze, waar mogelijk, weg te werken.

In Nederland is het onderwerp laatstelijk weer door de regering aan de orde gesteld in de Nota 2000, die een hoofdstuk aan het thema wijdde. Maar ook al eerder was aandacht gevraagd voor deze problematiek. Zo organiseerde de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde haar jubileumcongres in 1980 rond het thema Sociale Ongelijkheid in Gezondheid en Gezondheidszorg.

In diezelfde periode hebben de resultaten van het Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam veel publiciteit gekregen. Toch moet men constateren dat signalering van het probleem vanuit de gezondheidszorg er tot op heden niet toe heeft geleid dat actief stappen zijn ondernomen om deze ongelijkheid te verminderen.

Een en ander was voor het Ministerie van WVC en de WRR aanleiding om "de verschillen in gezondheid" in een breder verband aan de orde te stellen. Hiertoe werd de onderhavige conferentie georganiseerd, waarvoor vertegenwoordigers uit vele geledingen van de gezondheidszorg, politieke partijen, werkgevers- en werknemersorganisaties, de overheid en het bedrijfsleven werden uitgenodigd.

De doelstellingen van de conferentie kunnen als volgt worden samengevat:

Een *eerste* doel was te komen tot een meer precieze *vaststelling* en analyse van het – allerminst eenvoudige – probleem "Gezondheidsverschillen in relatie tot sociaal-economische status".

Een *tweede* doel was zoveel mogelijk *alle personen en partijen bijeen te brengen* die bij het probleem zijn betrokken of daarbij betrokken zouden moeten zijn. Hierbij gaat het om betrokkenen in de sfeer van het beleid, de politiek, de hulpverlening, het bedrijfsleven, de financiers, de wetenschap, etc.

Een *derde* doel was te komen tot *aanbevelingen voor de ontwikkeling van een beleid* en voor mogelijke *oplossingen*, zowel in de praktijk van de gezondheidszorg als in andere relevante sectoren.

Een *vierde* doel was, op basis van een goed overzicht van de stand van de wetenschappelijke kennis omtrent het vraagstuk en van de belangrijkste leemten in die kennis te komen tot *aanbevelingen voor een onderzoeksprogramma*.

Deze publicatie bevat de volledige tekst van de op de conferentie gehouden inleidingen, alsmede een analytisch verslag van de gevoerde discussie. Deze worden voorafgegaan door een bijdrage van drs. L.J. Gunning-Scheepers, waarin de achtergronden worden behandeld van de belangstelling voor sociaal-economisch bepaalde gezondheidsverschillen en waarin de conclusies die men, terugkijkend op de conferentie, zou kunnen trekken, worden samengevat.

Voorzitter van de conferentie was prof.dr.mr. C.J.M. Schuyt, lid van de WRR. Het discussieverslag werd gemaakt door Karien Stronks, studente aan de Studierichting Algemene Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Met deze publicatie in de serie Voorstudies en achtergronden hopen het Ministerie van WVC en de WRR een bijdrage te leveren aan verdere studie, teneinde te voorkomen dat dit onderwerp opnieuw in de vergetelheid raakt.

D.J.D. Dees,
staatssecretaris, ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

W. Albeda,
voorzitter Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|-----|
| WOORD VOORAF | 3 |
| DE ONGELIJKE VERDELING VAN GEZONDHEID; EEN SYNTHESE VAN DE CONFERENTIE (L.J. Gunning-Schepers) | 7 |
| OPENING VAN DE CONFERENTIE | 25 |
| I SOCIALE ONGELIJKHEID EN VERSCHILLEN IN GEZONDHEID (W. Albeda) | 27 |
| II REDUCING INEQUITIES IN HEALTH; SOME SWEDISH EXPERIENCES (G. Dahlgren) | 35 |
| III GEZONDHEIDSVERSCHILLEN EN SOCIAAL- ECONOMISCHE STATUS; EEN TERREINVERKENNING (J. van Londen) | 53 |
| IV SOCIALE ONGELIJKHEID EN VERSCHILLEN IN GEZONDHEID; EEN OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSBEVINDINGEN (J.P. Mackenbach) | 59 |
| V SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS, STERFTE EN DE ROL VAN GEDRAG - EEN STUDIE NAAR BEROEPSKLASSE, ROKEN EN STERFTE IN ZUTPHEN (I.P. Spruit) | 97 |
| VI GEZONDHEIDSVERSCHILLEN, ZIEKTEVERZUIM EN ARBEIDSONGESCHIKTHEID (J.T. Allegro) | 113 |
| VII GEZONDHEIDSVERSCHILLEN IN DE KLINISCHE PRAKTIJK (A.J. Dunning) | 133 |
| VIII EEN ECONOMISCHE BESCHOUWING OVER GELIJKHEID IN DE GEZONDHEIDSZORG (F.H. Rutten) | 143 |
| IX SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDS- VERSCHILLEN; OP WEG NAAR EEN ONDERZOEKSSTRATEGIE (P.J. van der Maas) | 157 |
| X DE BELEIDSVORMING TEN AANZIEN VAN SOCIALE VERSCHILLEN IN GEZONDHEID (G.M. van Etten) | 171 |
| AFSLUITING VAN DE CONFERENTIE (C.J.M. Schuyt) | 183 |
| LIJST VAN INLEIDERS | 189 |

**DE ONGELIJKE VERDELING VAN GEZONDHEID;
EEN SYNTHESE VAN DE CONFERENTIE**

L.J. Gunning-Schepers

*"Disease generally begins
that equality which
death completes"*

Samuel Johnson 1750

1. Verschillen in gezondheid

Zieken van alle rangen en standen zijn weliswaar gelijk maar ziekte treft niet iedereen in gelijke mate. Gezondheid blijkt niet gelijkmatig verdeeld te zijn in onze samenleving. Sommigen leven langer en zijn minder vaak ziek. Hoe die gezondheid is verdeeld over sociaal-economische groepen en in hoeverre deze ongelijkheid als onaanvaardbaar wordt beoordeeld, is het onderwerp van deze bundel en van de conferentie waarop zij gebaseerd is.

Verschillen in gezondheid, niet alleen tussen individuen maar vooral tussen groepen in de bevolking, zijn altijd van groot belang geweest bij het onderzoek in de geneeskunde naar de oorzaken van ziekte en sterfte. Factoren die een rol spelen bij het ontstaan van ziekte zijn dan te identificeren doordat ze vaker bij de zieken dan bij de gezonden worden gevonden. Uit de analyse van dergelijke "macro"verschillen in gezondheid, zoals in de epidemiologie gebruikelijk, weten we dat mijnwerkers vaker stoflongen hebben, jonge mannen vaker auto-ongelukken, ouderen vaker dementie. Cijfers over het "ongelijk" voorkomen van ziekten in de bevolking zijn erg belangrijk wanneer we zoeken naar gerichte preventiemogelijkheden en wanneer we willen weten hoeveel en waar bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen nodig zijn. We zijn op die manier al veel te weten gekomen over verschillen in gezondheid, naar leeftijd, naar geslacht, naar ras, naar regio en soms naar sociaal-economische status. Het is deze laatste groep van gezondheidsverschillen die in deze publicatie centraal staat, omdat het vermoeden bestaat dat we op grond van die kennis in staat zullen zijn om die bevolkingsgroepen te identificeren waar preventieve en curatieve zorg meer effect zouden kunnen sorteren. Voor een volksgezondheidsbeleid gericht op gezondheid kan dergelijke kennis essentieel zijn. Voor de samenleving als geheel, is kennis van deze gezondheidsverschillen van belang, omdat het sociaal-economisch karakter een samenhang met andere verdelingsvraagstukken suggereert. Net als bij andere sociaal-economische "ongelijkheid" komt dan het vraagstuk van de onbillijkheid om de hoek kijken.

Uit de bijdragen van met name Dahlgren en Mackenbach volgt dat er aanzienlijke verschillen in gezondheid kunnen bestaan tussen sociaal-economische groepen in één bevolking. Hoewel het meest overtuigende bewijsmateriaal uit het buitenland komt, is er geen reden om te veronderstellen dat deze situatie in Nederland anders zou zijn. De gegevens uit de Zutphenstudie ¹, het Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam ² en ook de cijfers over het arbeidsverzuim en de WAO tonen aan dat er in Nederland aanwijsbare verschillen in sterfte en morbiditeit te vinden zijn wanneer men de gegevens indeelt naar beroep, opleiding of inkomen.

Of men de geconstateerde verschillen onbillijk acht, blijkt een minder eenvoudige zaak. Immers, het feit dat een zestigjarige gemiddeld vaker ziek is dan een twintigjarige zal niemand verbazen, noch aanleiding zijn tot beleidsinterventies om die ongelijkheid te verminderen, hoogstens om in gebieden met een oudere bevolking meer gezondheidszorgvoorzieningen beschikbaar te stellen. Dat dit verschil geen aanleiding is tot interventies is gedeeltelijk te verklaren uit het biologische, en dus onontkoombare, karakter van het verouderingsproces.

Het feit dat vrouwen al heel lang een langere levensverwachting hebben

dan mannen en dat dit verschil bovendien tot voor kort alleen maar is toegenomen is al een interessanter voorbeeld. Tenslotte laat slechts een deel van dat verschil zich verklaren door biologische verschillen, het overige deel wordt mede veroorzaakt door de gemiddeld hogere beroepsrisico's van mannen en het vaker voorkomen van riskante leefgewoontes zoals bijv. roken, drinken en het in aanraking komen met geweld. Dat dit mede het gevolg is van geaccepteerde sociaal-culturele rolpatronen, zou het verschil in gezondheid tussen mannen en vrouwen wel degelijk object van interventies kunnen maken. Wellicht dat dit niet gebeurt omdat juist vrouwen langer leven dan mannen. De ervaren onrechtvaardigheid wordt gedeeltelijk gecompenseerd door de ongelijkheid in de verdeling van andere goederen. Schuyt³ noemt die ongelijke verdeling van ongelijkheid als een mogelijkheid om verschillen in de samenleving draaglijk te maken. Waren het de vrouwen geweest, die naast een achterstandspositie op andere terreinen, ook nog in gezondheid een achterstand hadden, dan was dit gezondheidsverschil waarschijnlijk allang een onderwerp van onderzoek en beleid geweest.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat criteria die verschillen tot onbillijke ongelijkheden maken, mede geïnspireerd zijn op de causaliteit (is het door de natuur gegeven of het gevolg van in beginsel op te heffen omstandigheden?), maar ook op de samenhang met andere verdelingsvraagstukken in de maatschappij. De vraag of de door onderzoekers geconstateerde sociaal-economische gezondheidsverschillen slechts geregistreerd hoeven te worden als een interessante wetenschappelijke observatie of dat ze als onbillijk ervaren worden en dus belangrijk genoeg gevonden worden om op de politieke agenda te worden opgenomen, zal mede afhangen van de groepen die getroffen worden en de oorzaken die voor de verschillen kunnen worden aangewezen.

2. Verdeling en oorzaak van sociaal-economische gezondheidsverschillen

2.1. Wie zijn er het slechtst aan toe en hoe verandert dat in de tijd?

Voor wat betreft de eerste vraag konden alle inleiders aantonen dat de groepen in de samenleving met de laagste inkomens, de laagste opleidingsniveaus en de beroepen met het minste aanzien, er qua gezondheid over het algemeen het slechtst aan toe zijn. In een aantal landen waaronder Frankrijk en Engeland zijn al vele jaren gezondheidsgegevens verzameld naar sociaal-economische status (SES). Vaak worden de SES-groepen met beroepscategorieën aangeduid. In Zweden, waar al een aantal jaren intensief onderzoek gedaan wordt naar sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV), zijn deze verschillen ook uitgesplitst naar diagnosegroep en blijkt dat bepaalde doodsoorzaken vaker bij bepaalde beroepsgroepen voorkomen.

Wanneer we voor elke ziektecategorie de SES-groepen ordenen van de hoogste naar de laagste mortaliteit dan blijkt die rangorde niet altijd identiek te zijn. Dat wist Mackenbach ook van andere landen te rapporteren. Een bekend voorbeeld in Nederland van een afwijkende rangorde is borstkanker, die veel vaker voorkomt bij vrouwen uit de hogere sociaal-economische groepen.

Maar over het algemeen genomen is het zo dat de laagste sociaal-economische klasse er qua gezondheid het slechtst aan toe is of in engelse cijfers ('70-'71) uitgedrukt dat de lagere SES-groepen gemiddeld 5 à 7 jaar eerder sterven dan de hoogste SES-groep. Anders, en misschien dramatischer uitgedrukt, zei Van der Maas, betekent dit in Amsterdam dat de inwoners uit de minst gunstige wijk op elke leeftijd een tweemaal zo hoge kans lopen om dood te gaan. Dit verschil heeft niets te maken met subjectief ervaren gezondheid, "relatieve (gezondheids)armoede" t.o.v. de hogere SES-groepen: het is gewoon een hard gegeven dat in Nederland, net als in

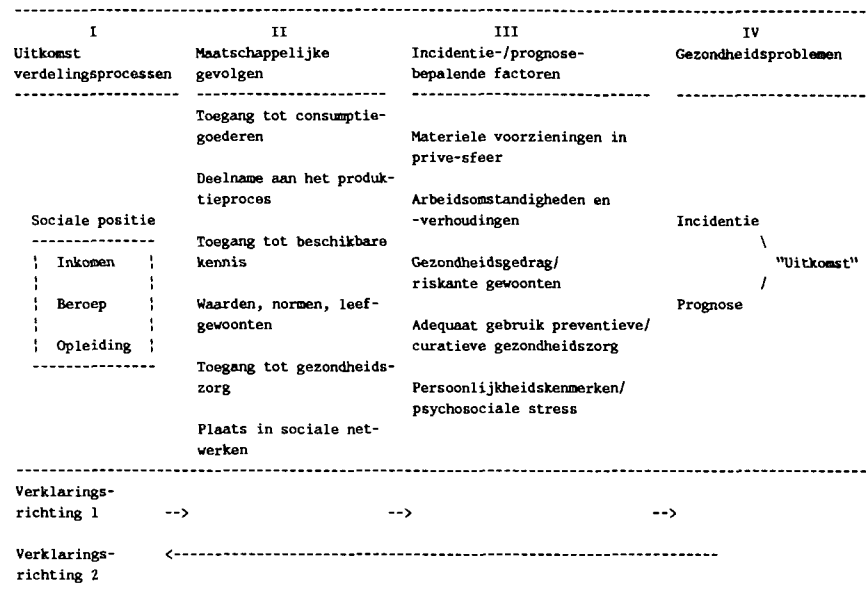
andere westerse landen, die groepen die er wat betreft inkomen, opleiding en beroep het slechtst aan toe zijn, ook een slechtere gezondheid hebben, vaker hun arbeid verzuimen, vaker in de WAO terecht komen en eerder overlijden.

Wanneer we kijken naar hoe deze verschillen zich in de loop van de tijd ontwikkeld hebben, moeten we naar buitenlandse gegevens kijken, omdat hiervoor geen Nederlands materiaal beschikbaar is. We zien dan dat de verschillen eerder toe- dan afgenomen zijn. De levensverwachting is weliswaar voor alle groepen gestegen, alleen voor de hoogste SES-groep veel sneller dan voor de laagste groep.

2.2. Wat veroorzaakt die verschillen en zijn ze te vermijden?

De factoren en de mogelijke interacties die ten grondslag liggen aan het verband tussen SES en SEGV zijn in de bijdrage van Mackenbach en Van der Maas in een schema in kaart gebracht. Op de conferentie werd dit sterk vereenvoudigd als volgt gepresenteerd:

Fig. 2.1 Een mogelijk verklaringsmodel voor de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen



De belangrijkste tweedeling bij deze discussie komt dan ook van de twee richtingen waarin de pijlen lopen: veroorzaakt een slechte gezondheid een lagere sociaal-economische status (de selectietheorie) of veroorzaakt een lagere sociaal-economische status een slechtere gezondheid of hogere sociaal-economische status een betere gezondheid (de causatietheorie). Beide werden op de conferentie uitvoerig besproken.

2.2.1. Selectie

Mackenbach stelde in zijn bijdrage expliciet het fenomeen selectie aan de orde, dwz. dat diegenen die gezond zijn een opwaartse sociale mobiliteit vertonen en diegenen die tobben met hun gezondheid juist achterblijven of zelfs afdalen op de sociale ladder. Uit het schaarse empirisch onderzoek dat over dit onderwerp bestaat liet hij zien dat een dergelijke selectie wel degelijk optreedt en wel eens mede een belangrijke rol zou kunnen spelen bij de verklaring van de sociaal-economische gezondheidsverschillen.

De engelse cijfers over de o.i.v. gezondheid toegenomen sociale mobiliteit tussen 1930 en 1970, suggereren dat een dergelijk selectie mechanisme mede tot gevolg heeft dat in de laagste sociaal-economische groep uiteindelijk een kleiner maar qua slechte gezondheid, homogener deel van de bevolking overblijft.

Hoewel er tot nu toe weinig onderzoek gedaan is naar de bijdrage van het selectiemechanisme aan de sociaal-economische gezondheidsverschillen, zal het deze nooit volledig kunnen verklaren. Het grillige patroon van doodsoorzaken bij de verschillende beroepsgroepen in Zweden toont aan dat er geen sprake is van een uniforme selectie naar SES maar veeleer van een door sociaal-economische omstandigheden veroorzaakt verschil in gezondheid.

2.2.2. *Causatie*

Het constateren van verschillen in gezondheid bij verschillende sociaal-economische groepen, meestal ingedeeld naar inkomen, beroep en/of opleiding, roept onmiddellijk de vraag op of de ongelijke verdeling van deze "goederen" die ongelijkheid in gezondheid ook rechtstreeks veroorzaakt. Wanneer we echter de tijdtrends in sociaal-economische gezondheidsverschillen in Engeland en Zweden bekijken zoals ze op de conferentie gepresenteerd werden, dan moeten we constateren dat in een periode waarin de meeste westerse landen een ontwikkeling van inkomens- en opleidingsnivellering hebben doorgemaakt (en dat geldt met name voor Zweden) de verschillen in gezondheid geenszins zijn afgenomen. Integendeel, veel wijst erop dat ze zijn toegenomen.

Nu zou dit veroorzaakt kunnen worden doordat in de hoogste SES-groepen de gezondheid veel sneller is verbeterd dan in de gemiddelde bevolking. In dat geval zou men de oorzaken van SEGV vooral moeten zoeken in de positieve gezondheidseffecten van een hoge sociaal-economische status. Deze groepen blijken vaak als eerste gebruik te maken van nieuwe preventiemogelijkheden, en als eerste toegang te hebben tot nieuwe curatieve mogelijkheden waardoor de prognose verbetert. Dit voorlopigen bij het innovatieproces is niet (alleen) bepaald door financiële mogelijkheden maar eerder door een doorgaans effectiever gebruik van bestaande voorzieningen door de hogere SES-groepen. Dit wordt ook vanuit andere sectoren dan de gezondheidszorg geconstateerd⁴. Dit betekent niet alleen een cumulatie van gezonden in de hoogste SES-klasse maar tevens een cumulatie van de voordelen van innovatie. Dit mechanisme hoeft nog niet als onbillijk ervaren te worden als het betekent dat de gezondheidsverbetering, zij het met een fase verschil vervolgens ook doorsijpelt naar de lagere SES-groepen. Zolang de absolute gezondheid van de laagste SES-groepen er uiteindelijk op vooruitgaat, zij het langzamer dan bij de hogere SES-groepen, zou men gezondheidsverschillen kunnen interpreteren als de noodzakelijke of onontkoombare bijverschijnselen van de voortschrijdende verbetering van de gezondheid van de bevolking. Wel kan men zich afvragen of het noodzakelijk is dat de hogere SES-groepen altijd voorlopigen bij het innovatieproces.

Naast de voordelen van een hogere SES zijn echter waarschijnlijk de aan een lage SES verbonden risico's, veel belangrijker in de verklaring van SEGV. Het is duidelijk dat het verband tussen SES en gezondheid in ieder geval geen eenvoudig rechtstreeks verband is. Er zitten een aantal tussenstappen in die in de bijdrage van Mackenbach en Van der Maas in kaart gebracht zijn. Die tussenstappen bestaan uit een aantal risicofactoren voor een slechte gezondheid waarvan verondersteld wordt dat de verdeling ervan over de bevolking samenhangt met, of veroorzaakt wordt door SES. Deze risicofactoren, maar vooral hun onderlinge interacties, zouden een verklaring kunnen leveren voor de geconstateerde sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Spruit presenteerde onderzoeksgegevens uit de Zutphenstudie waar een dergelijke hypothese rechtstreeks werd onderzocht, aan de hand van de volgende vragen: Is er verschil in sterfte naar SES? is er verschil in sterfte naar rookgewoontes? is er verschil in rookgewoontes naar SES? en tot slot want daar gaat het natuurlijk uiteindelijk om, verklaart het, door het rookgedrag veroorzaakte sterfteverschil, het sterfteverschil naar SES? Op deze laatste vraag moest uiteindelijk een ontkenkend antwoord gegeven worden. Het is kennelijk ook niet zo eenvoudig dat een ongelijke verdeling van één bekende risicofactor, de verschillen in gezondheid naar SES verklaren kan.

Toch zouden sociaal-economische gezondheidsverschillen theoretisch gezien te verklaren moeten zijn met dezelfde determinanten die in het algemeen gezondheid in een bevolking verklaren. Wanneer we daartoe de grove indeling hanteren die de Nota 2000⁵ gebruikt, en die ook in de Zweedse activiteiten op dit gebied is terug te vinden, dan kan men een vijftal categorieën onderscheiden waarvoor een verband met gezondheid is aangetoond en die dus ook mogelijk door een ongelijke verdeling over SES-groepen de gevonden gezondheidsverschillen zouden kunnen veroorzaken.

Allereerst zijn er de *erfelijke factoren*, het genetisch materiaal bij de geboorte bepaald, door Rutten het "gezondheidskapitaal" genoemd, dat bij de start beschikbaar is. Er bestaan verschillen binnen de bevolking in dit genetisch materiaal, en hoewel het denkbaar is dat een ongelijke verdeling van genetisch materiaal over SES-groepen de ongelijkheid in gezondheid veroorzaakt, zijn de aanwijzingen daartoe heel summier. Zo rapporteerde Mackenbach dat er geen duidelijke verschillen bestaan in de verdeling van bloedgroepen, als een voorbeeld van een genetisch bepaald risico voor de gezondheid, over SES-groepen. Hoogstens zou men kunnen veronderstellen dat er een onderliggend genetisch mechanisme is dat zowel de sociale positie als de gezondheidstoestand bepaalt, maar enig bewijsmateriaal daarvoor ontbreekt.

Als tweede grote groep factoren zou men de *fysieke omgevingsfactoren* kunnen noemen: de woonomstandigheden, arbeidsomstandigheden ed. Allegro liet zien dat factoren zoals vuil, stank en lawaai veel vaker voorkomen in de arbeidsomstandigheden van de zgn. "handarbeiders". Dat deze categorie vervolgens ook een veel hoger verzuim en WAO toetredingspercentage vertoont, doet vermoeden dat hier een verband bestaat. Historisch gezien is het beroep vaak een goede indicator voor de te verwachten doodsoorzaak geweest. Ook in Zweden ziet men dat elk beroep zijn eigen ziektes met zich meebrengt.

Uit de bijdrage van Allegro en de discussies over arbeidsomstandigheden als een bepalende factor voor SEGV, kwam ook duidelijk de psychosociale kant hiervan naar voren. De arbeidsverhoudingen in een bedrijf, de promotiekansen, de aansluiting werk en opleiding en de ontplooiingsmogelijkheden lijken alle mede bepalend voor de gezondheidsproblemen die men bij werknemers vindt, en aangezien deze vaak ongelijk verdeeld zijn, ook mede bepalend voor de gezondheidsverschillen. Alvorens verder te gaan naar de maatschappelijke omgevingsfactoren die natuurlijk nauw bij het bovenstaande aansluiten, is het goed een punt naar voren te brengen dat slechts kort aandacht kreeg. De fysieke risico's bij arbeidsomstandigheden, vooral op het mechanische vlak, zijn sterk afgenomen. Deze risico's werden "zichtbaar" omdat ze aanleiding waren tot acute aandoeningen, die snel leidden tot duidelijke verschillen in gezondheid. In de afgelopen jaren is het aantal nieuwe chemische stoffen waar werknemers mee in aanraking komen, sterk toegenomen. Dergelijk langdurige "low-level" exposities zullen pas na lange tijd leiden tot verschillen in gezondheid. De "onzichtbaarheid" van de verschillen en daarmee van de risico-

factoren maakt dat deze veel moeilijker op te sporen zijn en aan een veiligheidsbeleid te onderwerpen.

De *maatschappelijke omgevingsfactoren* die gezondheid beïnvloeden zijn vaak naar voren gebracht als de oorzaak van SEGV. Het milieu waarin een kind opgroeit, zo zegt men, bepaalt niet alleen zijn kansen op het voltooien van een opleiding en het krijgen van een baan maar tevens zijn "gezondheidskapitaal" door de voeding en woonomstandigheden in de vroege jeugd, het aanleren van gezond gedrag en (in de adolescentie) de kans om in aanraking te komen met geweld. Aan dit aspect is op de conferentie slechts zeer zijdelings aandacht besteed, hoewel het verband houdt met de door Schuyt genoemde ophoping/clusters van ongelijkheden. Twee aspecten van die maatschappelijke omgevingsfactoren zijn wel uitdrukkelijk genoemd, nl. werkloosheid en het behoren tot een etnische minderheid. Het "zonder werk zitten" hoeft op zich geen risico voor de gezondheid te betekenen, per slot van rekening worden zelfs een aantal arbeidsrisico's uitgeschakeld. Afgezien van de financiële achteruitgang, wordt het wel een probleem zodra werkloosheid een sociaal stigma met zich meebrengt en daardoor aanleiding is tot eenzaamheid, afname in zelfrespect, verhoogd alcohol- en tabaksgebruik, enz. Het ontbreken van enig toekomstperspectief maakt investeren in gezondheid om die toekomst te verlengen zinloos. Met andere woorden het ophouden met roken nu, om t.z.t. drie jaar langer te leven, heeft alleen zin als die drie jaar er aantrekkelijk uitzien.

Etnische minderheden vertegenwoordigen in ons land in toenemende mate de laagste sociaal-economische klasse. Dit vloeit niet alleen voort uit het soort werk waarvoor ze indertijd naar Nederland gehaald zijn, maar ook, vooral bij de tweede generatie, uit een gedeeltelijk cultureel bepaalde achterstandspositie t.a.v. opleiding en beroepskansen. Deze groepen zijn voor de discussie over sociale ongelijkheid van belang omdat ze naast de door de lage SES veroorzaakte gezondheidsongelijkheid ook nog een sociaal-cultureel bepaalde achterstand hebben t.a.v. het gebruik van voorzieningen (waaronder de gezondheidszorg) die in onze samenleving bestaan om sociale ongelijkheid gedeeltelijk te compenseren. Het is interessant om te kunnen constateren dat dit tevens een groep is waarop men vanuit de gezondheidszorg al een aantal jaren, bewust interventies gericht heeft om een adequaat gebruik van voorzieningen te bevorderen.

Uit die maatschappelijke factoren vloeien de zgn. "individuele" risicofactoren of *leefwijzen* voort: de genotsmiddelen, de voeding, de lichamelijke verzorging en de seksuele gewoonten. Over het effect van deze risicofactoren op gezondheid is uit de epidemiologie relatief veel bekend evenals over de verdeling aan deze risicofactoren over de SES-groepen. Ze zijn dan ook lang een favoriete uitleg geweest voor sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een belangrijk aspect daarbij is de veronderstelling dat leefwijzen berusten op de vrije keuze van het individu. Deze vrije keuze is om een aantal redenen van groot belang. Zolang ongelijkheid nl. berust op vrije keuze zal direct overheidsingrijpen, als paternalistisch ervaren worden. De sociale ongelijkheid in de verdeling van skiletsels wordt zelden als een SEGV probleem ervaren, aangezien het een vrijwillig aangegaan risico is. Sommigen zouden dezelfde redenering graag toepassen op het rookgedrag: wie zo onverstandig is om te roken moet zelf maar voor de gevolgen opdraaien, de door de ongelijke verdeling in rookgedrag veroorzaakte ongelijkheid in gezondheid zou geen reden tot interventie zijn.

Wanneer we echter wat nader op dit rookgedrag ingaan dan kunnen we aan de hand daarvan een aantal van de mechanismen zien die de causaliteit tussen SES en gezondheidsverschillen zo complex maken. Allereerst zien we uit de Zweedse cijfers dat de verdeling van het rookgedrag over SES-groepen geenszins constant is geweest over de tijd. Eerst was roken een

gewoonte van hogere sociale klassen en van mannen, pas later ziet men dat het percentage rokers in de lagere SES-groepen en bij vrouwen toeneemt, terwijl dit in de hogere SES-groepen al aan het afnemen is. Een aantal verklaringen hiervoor kan van belang zijn voor toekomstige beleidsinterventies op SEGV. Allereerst het *kostenaspect*: uit Amerikaans onderzoek⁶ is bekend dat de verhouding tussen kosten van sigaretten en beschikbaar inkomen voor de lagere inkomensgroepen een belangrijke determinant is voor het rookgedrag, veel meer (en dat is niet verbazend) dan bij de hogere inkomensgroepen. Met andere woorden naarmate het economisch beter gaat en naarmate de lagere inkomens dichter bij de hogere komen, zal er in de lagere SES-groepen meer gerookt worden; ze kunnen het zich permitteren. Hetzelfde geldt voor alcohol. Deze "betaalbaarheid" van riskante leefgewoontes voor de lagere sociale groepen zou mede een verklaring kunnen zijn voor de toegenomen SEGV in een tijd van economische vooruitgang en inkomensnivellering: "welvaartziekten eindelijk binnen het bereik van de massa!"

Een tweede aspect van het veranderde rookgedrag is het effect van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO). Al in de jaren zestig is er actief voorlichting gegeven over de gevaren van sigarettenrook. In toeneemende mate weten we nu dat dergelijke GVO campagnes in eerste instantie aanslaan bij de mensen met een hogere opleiding. Daarna pas sijpelt het gezonde gedrag, onder invloed van de voorbeeldfunctie, langzaam door in de samenleving. Dit is een illustratie van de reeds eerder genoemde innovatievoorsprong van de hogere sociaal-economische groepen.

Tenslotte illustreert het rookvoorbeeld hoe ogenschijnlijk vrije keuzen ook door andere factoren beïnvloed kunnen worden bijv. via het verslavende karakter. Hoewel men kan beweren dat de eerste sigaret een vrije keuze is, is daarna het stoppen met roken niet altijd zo gemakkelijk. Als het opgroeien in een milieu waar veel gerookt wordt bepalend is voor de eerste sigaret en de verslaving bepalend voor de daaropvolgende sigaretten, dan is van vrije keuze geen sprake meer. De verslaving aan heroïne is een extreem voorbeeld van de onvrijwilligheid van de uiteindelijke gezondheidsrisico's die bij het eerste "vrijwillige" gebruik niet voorzien werden. Dunning noemde de verslaafden als een voorbeeld van een sociaal-economische groep, die een extreem slechte gezondheid heeft maar waaraan relatief weinig aandacht besteed wordt vanuit het onderzoek, de gezondheidszorg of het volksgezondheidsbeleid. Wellicht dat in dit geval ten onrechte dit element van vrije keuze een rol speelt bij het niet als onbillijk ervaren van de resulterende gezondheidsverschillen. Het principe van de "eigen verantwoordelijkheid" begint dan steeds meer de betekenis van "eigen schuld" te krijgen.

Echter, de veronderstelling van een vrije keuze t.a.v. leefgewoontes en het idee dat daarmee GVO, kennis omtrent de gezondheidseffecten, voldoende interventie is om door leefwijzen veroorzaakte verschillen in gezondheid op te heffen, gaat voorbij aan de structurele factoren die deze vrije keuze beïnvloeden. Dit wordt geïllustreerd door de storm van protest die onlangs in Engeland losbarstte toen de staatssecretaris Mrs. Edwina Currie de noordelijke provincies met hun gemiddeld hoge werkloosheid en lage sociaal-economische status, verweet dat de hogere sterfte in het noorden hun eigen schuld was omdat ze slechte voedingsgewoonten hadden. Structurele factoren zoals beschikbaar inkomen, milieu, en overheidsbeleid t.a.v. het prijspeil van voedingsmiddelen zijn evenzeer bepalend voor voedingsgewoonten als individuele voorkeur en kennis omtrent de gezondheidseffecten.

Tenslotte moet de *gezondheidszorg* zelf genoemd worden als een determinant van gezondheid. De gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg is allang geen onderwerp van discussie meer in het volksgezondheids-

beleid. De solidariteitsgedachte die aan de Ziekenfondswet en de AWBZ ten grondslag ligt, betekent in Nederland dat aan niemand, ongeacht zijn financiële situatie zorg die hij nodig heeft ontzegd zal worden. Rutten liet zien hoe dit uitgangspunt van (financiële) toegankelijkheid door Mooney steeds verder verfijnd is om ook andere factoren die het "effectief" gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen beïnvloeden, duidelijk naar voren te brengen. Uit de bijdrage van Dunning bleek dat de door de wet geschapen gelijkheid in recht op zorg in de praktijk niet altijd leidt tot gelijke zorg naar behoefte of tot een gelijk resultaat van de zorg. Ondanks gelijke toegankelijkheid van de zorg blijven er ook in Nederland verschillen tussen SES-groepen bestaan, in het gebruik van voorzieningen en in het effect van de zorg, de uiteindelijke prognose.

Niet alleen de individuele hulpverlener, maar ook het totaal aanbod van voorzieningen bepaalt de ongelijkheid in het gebruik. Rutten liet zien hoe bij een tekort aan ziekenhuisbedden de hogere sociale klassen onevenredig meer ziekenhuisopnames hebben, terwijl bij een hogere "beddichtheid" de lagere SES-groepen aan bod komen, uiteindelijk leidend tot een overconsumptie t.o.v. de hogere klassen. Deze gedachte doortrekkend kan het zijn dat bij een beleid gericht op het in het algemeen terugdringen van het aanbod om de doelmatigheid in de gezondheidszorg te verhogen, een kritieke grens wordt overschreden waarna dit beleid rechtstreeks leidt tot een toename in ongelijkheid. Van Londen noemde de angst voor sociaal-economische ongelijkheid in het gebruik van gezondheidszorg, juist als één van de redenen voor de discussie rond de stelselherziening. Wanneer de kosten immers blijven stijgen, bij beperkte financiële middelen, kan er ook een situatie van schaarste ontstaan, niet zozeer schaarste in aanbod van voorzieningen, maar wel in de financiering ervan. Ook een dergelijke schaarste kan aanleiding zijn tot ongelijkheid in de toegankelijkheid van zorg.

Hoewel dus een restrictief beleid, gericht op de vergroting van de doelmatigheid mede ingegeven kan zijn door angst voor ongelijkheid, moet een dergelijk beleid tevens bedacht zijn op de mogelijkheid dat een te ver doorgevoerde doelmatigheid zelf weer ongelijkheid met zich mee brengt. Dit is dan de kritieke grens van Rutten.

De ongelijkheid in effectief gebruik van voorzieningen is een gebied waarop veel onderzoek gedaan is. De discrepantie in de opleiding en dus in sociaal-economische status, kan in de communicatie tussen arts en patiënt tot problemen leiden. Extreem is dit aangetoond in het geval van de etnische minderheden. Op dit gebied bestaat ook reeds ervaring met interventies. Niet alleen het huidige financieringsstelsel met zijn verschil tussen ziekenfonds- en particulieverzekerden is hiervan een voorbeeld, maar ook de programma's gericht op de etnische minderheden tonen de mogelijkheden van positieve discriminatie.

2.3. Conclusies

Uit bovenstaande (her)ordering van de op de conferentie, maar ook in deze bundel, gepresenteerde feitenkennis komt naar voren, dat sociaal-economische gezondheidsverschillen wel degelijk bestaan en dat de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid geen eenvoudige is. Deels berusten de sociaal-economische gezondheidsverschillen op selectie, maar belangrijker is waarschijnlijk het oorzakelijk verband tussen SES en gezondheid. Dit laatste kan bestaan uit een positief effect voor de hogere SES-groepen (de innovatievoorsprong) maar ook zeer zeker uit een negatief effect voor de lagere SES-groepen. Dit is een verward en complex samenspel van allerlei factoren die elk op zich de sociaal-economische gezondheidsverschillen niet kunnen verklaren, maar die doordat ze zich ophopen in bepaalde groepen in onze bevolking, in onderlinge samenhang wel aanzienlijke gezondheidsverschillen veroorzaken. Het "clusteren" van

deze voor de gezondheid negatieve factoren verhoogt het gevoel van onrechtvaardigheid bij deze gezondheidsverschillen.

Wat de huidige discussie over sociaal-economische gezondheidsverschillen zo interessant maakt is dat er meer en meer erkenning komt voor het feit dat de gezondheidszorg slechts ten dele de gezondheid bepaalt en dat gelijkheid in gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen (hoe dan ook gedefinieerd) nog geen gelijkheid in gezondheid oplevert.

Als men dus besluit dat de geconstateerde verschillen onaanvaardbaar zijn dan kan de discussie over de te nemen maatregelen niet langer alleen binnen de gezondheidszorg gevoerd worden.

3. Vermijdbare ongelijkheid in gezondheid: wat is wenselijk, onbillijk of aanvaardbaar?

Albeda stelde in zijn bijdrage aan de conferentie, dat ongelijkheid in gezondheid in tegenstelling tot andere ongelijkheidsvraagstukken, geen bestaansrecht heeft, omdat deze op zich geen enkel doel dient, niet nuttig is.

Dit betekent dat wij als samenleving niet bewust sociaal- economische gezondheidsverschillen nastreven, zoals bijv. bij inkomensongelijkheid wel het geval kan zijn. Ze ontstaan desalniettemin als een bijverschijnsel van andere ontwikkelingen in de maatschappij. Onze reactie kan dan drie kanten opgaan.

We begroeten ze met vreugde omdat ze aangeven dat een andere, door ons wenselijk geachte, ontwikkeling plaatsvindt; we vinden ze onbillijk omdat ze een voor ons onaanvaardbare grens overschrijden of we aanvaarden ze als negatieve, maar onontkoombare gevolgen van weloverwogen keuzes, die we in onze samenleving gemaakt hebben.

3.1. Wenselijkheid

Het enige punt waar men zou kunnen spreken van wenselijke gezondheidsverschillen is bij de bijdrage van het innovatiemechanisme.

In dat geval is die vergroting van de ongelijkheid een teken dat er een innovatieproces op gang is gebracht dat uiteindelijk de algemene gezondheid kan verbeteren.

Zolang die voorsprong beschouwd kan worden als een tijdelijk faseverschil tussen de verbeterde gezondheid van de hogere en de lagere SES-groepen, m.a.w. dat ook de lagere SES-groepen na verloop van tijd van de innovatie zullen profiteren, dan zou die "tijdelijke" ongelijkheid als iets positiefs ervaren kunnen worden. Voorbeelden van dergelijk faseverschil zijn te zien in de verschuiving van het rookgedrag over SES-groepen, in de golfbeweging in de populariteit van borstvoeding (extreem in de Verenigde Staten) en bij de cariësbestrijding bij kinderen. Van essentieel belang hierbij is natuurlijk wel dat die voordelen van innovatie ook inderdaad naar beneden doorsijpelen. Dit kan alleen wanneer de geconstateerde ongelijkheid de reactie oproept dat de lagere SES-groepen omhoog getrokken moeten worden naar het niveau van de hogere SES-groepen. Een "achterover zitten" en tevreden constateren dat ongelijkheid vooruitgang betekent zal tot gevolg hebben dat de lagere SES-groepen er in absolute zin niet op vooruitgaan en de ongelijkheid alleen maar toeneemt. Een terugdringen van de ongelijkheid door het "tegenhouden" van de innovatievoorsprong van de hogere SES-groepen, zal weliswaar een vermindering van de ongelijkheid tot gevolg hebben maar tevens een stagnatie van de vooruitgang van gezondheid in de laagste SES-groepen, in absolute zin. Wel zou men zich af kunnen vragen of het voor innovatie noodzakelijk is dat het altijd de hoogste SES-groepen zijn die in eerste instantie van de voordelen profiteren.

3.2. Onbillijkheid

Op drie punten blijken sociaal-economische gezondheidsverschillen als onaanvaardbaar te worden beschouwd. Dezelfde overwegingen liggen in feite ook ten grondslag aan onze organisatie en financiering van de gezondheidszorg en aan ons sociale verzekeringsstelsel.

Armoede

In onze samenleving wordt er vanuit gegaan dat niemand zodanig beneden het bestaansminimum mag komen dat er ernstige gezondheidsproblemen ontstaan die door armoede worden veroorzaakt: zoals bv. ernstige ondervoeding, onderkoeling en totaal gebrek aan hygiëne. Dit komt niet uitsluitend voort uit een gevoel van barmhartigheid, maar heeft ook economische redenen. Immers, wanneer inkomensverschillen worden gehanteerd als een middel om de algemene productiviteit in een samenleving te verhogen, dan hebben diegenen die in de door Albeda aangehaalde, vicieuze cirkel van armoede en slechte gezondheid belanden, daarop uitsluitend een negatief effect. Zodra slechte gezondheid een ernstige belemmering vormt voor de productiviteit en de sociale mobiliteit van het individu, verliest het inkomensverschil zijn functie. Los van de morele aspecten is het dus niet verstandig van een samenleving om zo'n niveau van armoede te laten ontstaan. Dit zou ook een argument zijn om wanneer door selectiemechanismen, de mensen met een echt slechte gezondheid in de laagste SES-groep terecht komen, er in ieder geval voor te zorgen dat zij niet ook nog eens beneden het bestaansminimum terechtkomen, gegeven de vaak hoge extra kosten verbonden aan chronische aandoeningen.

Andersom zijn met name bij kinderen de gezondheidsgevolgen van armoede van extra belang. Zodra de gezondheidsproblemen de opleidingskansen negatief beïnvloeden, zoals bij Mackenbach geconstateerd, ondervindt niet alleen het individu maar de samenleving als geheel daarvan in de toekomst de negatieve effecten. We veronderstellen meestal dat een dergelijke niveau van armoede in ons land met ons sociaal zekerheidsstelsel, niet voorkomt en waarschijnlijk heeft Albeda gelijk wanneer hij stelt dat dit probleem voorlopig in ons land marginaal is. Dunning merkte echter terecht op dat een aantal groepen buiten de gebruikelijke statistiek vallen en dat voor hen mogelijk een dergelijk onaanvaardbare vorm van gezondheidsachterstand geldt. Hij noemde m.n. de verslaafden en de illegaal verblijvende buitenlanders. Wanneer we dergelijke armoede en de daarmee gepaard gaande gezondheidsproblemen willen vermijden dan is het belangrijk, zeker in een tijd waarin veel verandering in het stelsel van sociale zekerheid worden aangebracht, om gericht naar deze groepen te zoeken. Het zou zelfs zo kunnen zijn dat de gezondheidseffecten de eerste zichtbare signalen zijn waarmee het bestaan van "echte" armoede aan het licht komt. Een voorbeeld hiervan is het recent, voor het eerst sinds de tweede wereldoorlog, weer vinden van wandluis in een dagverblijf voor daklozen in Rotterdam.

Het ontbreken van noodzakelijke curatieve zorg

In Nederland vinden wij in tegenstelling tot bijv. de Verenigde Staten, dat het onaanvaardbaar is dat iemand die gezondheidszorg nodig heeft deze om financiële redenen niet krijgt. De solidariteitsgedachte, die aan de Ziekenfondswet en de AWBZ ten grondslag ligt, maar ook aan ons stelsel van sociale zekerheid, staat niet toe dat we iemand op de stoep van het ziekenhuis laten doodbloeden omdat hij geen geld heeft voor de zorg. De huidige hang naar doelmatigheid die terug te vinden is in de discussies rond de stelselwijziging, de nadruk op het marktmechanisme, de concurrentie en misschien zelfs de commercialisering in de gezondheidszorg, kunnen consequenties hebben voor wat betreft grotere ongelijkheid. Het

streven naar een hogere doelmatigheid in de gezondheidszorg wordt veelal verdedigd door te constateren dat er in de gezondheidszorg veel "verspilling" is, veel overconsumptie, zowel vanuit de vraagzijde als door het aanbod veroorzaakt. Doelmatigheidsbevordering zou dan ook bevorderend voor de gezondheid kunnen zijn: immers zowel overconsumptie als onderconsumptie kan schadelijk zijn voor de gezondheid.

Als we nu kijken naar figuur 2 uit de bijdrage van Rutten, dan zien we dat een bepaald niveau van voorzieningen gepaard gaat met een bepaald niveau van ongelijkheid. We zien daarin ook een niveau van voorzieningen waar de ongelijkheid in consumptie minimaal is. Indien dit gecorrigeerd is voor de verschillen in gezondheidstoestand tussen SES-groepen, dan is dit het punt waar noch van over- noch van onderconsumptie door de lagere SES-groepen sprake is. Dit is het optimum voor wat betreft het evenwicht tussen doelmatigheid en ongelijkheid. Een verdere inkrimping van het aanbod van voorzieningen beneden dat niveau zou onherroepelijk leiden tot het ontbreken van noodzakelijke zorg voor de laagste sociaal-economische groepen. En dat vinden wij allen onaanvaardbaar. Dit betekent dat bij een stelselwijziging en bij een voorzieningenbeleid gericht op inkrimping, het van groot belang is om de veranderingen in ongelijkheid in de consumptie van zorg te blijven volgen en bovendien om heel zorgvuldig te kijken naar de gezondheidseffecten in de laagste SES-klasse, omdat daar de eerste signalen te vinden zullen zijn wanneer het eerder genoemde kritieke punt wordt overschreden. In de Verenigde Staten is een dergelijk systeem van "monitoring" voorgesteld, waarbij het voorkomen van door de gezondheidszorg vermijdbare sterfte en morbiditeit in de lagere SES-groepen zorgvuldig gevolgd wordt als een gevoelige indicator voor het ontbreken van voldoende noodzakelijke zorg.

Het ontbreken van noodzakelijke preventieve gezondheidszorg

In het verlengde van bovenstaande redenering vinden we in het algemeen ook dat een ieder ongeacht zijn financiële positie recht heeft op een goed niveau van preventieve zorg.

Zolang deze vanuit de gezondheidszorg komt is dit ook meestal wel het geval. Ongeacht de sociaal-economische status worden kinderen gevaccineerd en via de consultatiebureaus in hun ontwikkeling gevolgd. Het egalitaire karakter van deze preventieve voorzieningen, wordt nog al eens genoemd als de reden waarom zij zo'n groot deel van onze bevolking bereiken. De meer recente vormen van preventie zoals GVO campagnes blijken over het algemeen sneller aan te slaan bij de hogere SES-groepen en zoals we eerder zagen, daardoor in feite bij te dragen tot een vergroten van de ongelijkheid. Vinden we dit onaanvaardbaar dan zullen er concrete veranderingen in de aanpak van GVO moeten komen, bijv. de al eerder genoemde positieve discriminatie.

Bij preventieve mogelijkheden buiten de gezondheidszorg, valt de vanzelfsprekendheid van de gelijke behandeling weg: waarom is het wel vanzelfsprekend dat elke woning in Nederland aangesloten is op waterleiding en riolering, ter voorkoming van infectieziekten, maar is het niet vanzelfsprekend dat elke woning aan minimumeisen t.a.v. bijv. de vochtigheid beantwoordt? Bij arbeidsrisico's is het niet vanzelfsprekend dat voor alle werknemers de risico's tot een zelfde niveau worden teruggebracht.

Preventie buiten de gezondheidszorg, het zgn. facetbeleid van de Nota 2000, blijkt keer op keer het resultaat te zijn van het afwegen van de voordelen in gezondheid tegenover de nadelen op andere terreinen. En daarmee belanden we vanzelf in het grijze gebied waar verschillen in gezondheid aanvaardbaar zijn als de onontkoombare bijproducten van een ander, wellicht hoger, goed.

3.3. Aanvaardbaarheid

Een voorbeeld van dergelijk aanvaardbare gezondheidsverschillen zijn

de eerder genoemde skiletsels. De doelbewuste vrijwillige keuze waarmee het risico wordt aangegaan maakt niet alleen dat we de daaruit voortvloeiende ongelijkheid in gezondheid accepteren maar zelfs dat we de solidariteitsgedachte daarop niet van toepassing achten getuige de apart af te sluiten skiverzekeringen (hoewel we wel bereid zijn de kosten van eventueel ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid uit de collectieve middelen te betalen). We vinden de keuzevrijheid van het individu, zeker in het huidige tijdsgewricht, een belangrijk goed en aanvaarden de daaruit voortvloeiende ongelijkheid. Dat in sommige gevallen keuzevrijheid belangrijker geacht wordt dan gezondheidsverschillen is in principe duidelijk. In de praktijk blijkt het voor wat betreft gezondheidsrisico's niet altijd even gemakkelijk toe te passen. Eerder werden al de beperkingen genoemd van keuzevrijheid inzake gezond gedrag. Daarnaast blijken er nog aanzienlijke meningsverschillen te bestaan tussen bijv. diegenen die, op grond van keuzevrijheid, alle verantwoordelijkheid van een slechte gezondheid en dus ook voor gezondheidsverschillen bij het individu leggen, en diegenen die zich niet kunnen voorstellen dat zelfs wanneer iemand in het bezit is van alle nodige informatie omtrent gezondheidsrisico's, hij toch nog de keuze van ongezond gedrag mag/kan maken.

In dit voorbeeld wordt ongelijkheid ondergeschikt gemaakt aan iets dat in de samenleving als heel positief wordt gewaardeerd. Anders ligt dat op het gebied waar ongelijkheid in gezondheid, mede voortvloeit uit de ongelijke verdeling van inkomen, opleiding, arbeidsrisico's, woonomstandigheden, etc. Een terrein waar ongelijkheid in gezondheid zou kunnen worden teruggedrongen maar waar dit gepaard zou gaan met offers op andere terreinen: betere arbeidsomstandigheden kosten meer geld; minder vet in de voeding betekent ruzie met de zuivelindustrie en de melkveehouders; het verhogen van de accijnzen op tabak vermindert de inkomsten van de overheid. Ongelijkheid in gezondheid moet het dan in de politieke arena opnemen tegen andere belangen.

Dahlgren wees er op dat zolang de lagere SES-groepen zich er niet van bewust zijn dat hun slechtere gezondheid niet berust op toevallige individuele fluctuaties, maar een karakteristiek is van de SES-groep waarin ze verkeren, er nooit een politieke belangengroep zal zijn om in dit grijze gebied de ongelijkheid in gezondheid te laten prevaleren boven de belangen van de andere partijen. Een samenleving moet besluiten of ongelijkheden in gezondheid een aanvaardbaar bijverschijnsel zijn van een meer algemeen politiek beleid. Wil die afweging ooit gemaakt kunnen worden, dan zullen sociaal-economische gezondheidsverschillen op de politieke agenda moeten komen.

4. En hoe nu verder?

Als we terugkijken op de conferentie, en op de bijdragen van de sprekers in deze bundel, zijn de volgende conclusies te trekken:

1. Het is aannemelijk gemaakt dat ook in Nederland aanzienlijke gezondheidsverschillen bestaan naar sociaal-economische status. In vergelijking met het buitenland hebben we, wat betreft de kennis op dit gebied een duidelijke achterstand.
2. De mechanismen die leiden tot deze ongelijkheid zijn gedeeltelijk aangetoond, hoewel over de precieze omvang van de bijdragen en de interacties tussen factoren nog relatief weinig bekend is.
3. Het is in ieder geval duidelijk dat zowel selectie als gedragsfactoren, leefomstandigheden, arbeidsomstandigheden, de organisatie van de gezondheidszorg, maar ook diegenen die binnen de gezondheidszorg werken, bijdragen tot het ontstaan of verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

4. Een aantal van de mogelijke oorzaken voor sociaal-economische gezondheidsverschillen zoals armoede of onvoldoende medische zorg, wordt over het algemeen als onrechtvaardig beoordeeld.
5. Algemeen aanvaard is dat bij de afweging doelmatigheid en gelijkheid, ook bij gezondheid, het niet verder achteruitgaan van de laagste categorieën als een minimum doelstelling moet worden gezien.

Op grond van bovenstaande algemene conclusies kan men een aantal gerichte activiteiten voor de komende tijd formuleren. Deze voorstellen worden verder uitgewerkt in de bijdragen van Van der Maas en Van Etten.

- Er moeten ook in Nederland betrouwbare gegevens komen over het vóórkomen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, en bij voorkeur over de ontwikkeling daarvan in de tijd.
- Er moet verder onderzoek komen naar de mogelijke oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen om te beslissen of beleidsinterventies wenselijk zijn, en zo ja welke.
- Vanuit het Ministerie van WVC kunnen nu reeds stappen ondernomen worden om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Dit is ondermeer noodzakelijk wanneer Nederland wil voldoen aan de WHO doelstelling, die het mede heeft ondertekend. Het gezondheidsbeleid, dat uiteengezet wordt in de Nota 2000 biedt hiertoe aanknopingspunten.

Hiermee zou men kunnen concluderen, heeft de conferentie zijn doelstellingen bereikt. Immers een groot aantal geledingen was aanwezig en heeft actief deel genomen aan de discussie, de bestaande kennis omtrent sociaal-economische gezondheidsverschillen is zorgvuldig in kaart gebracht en er zijn zowel onderzoeks- als beleidsvoornemens geformuleerd.

Het gevaar van bovenstaande conclusie en daarmee tevens het gevaar van een dergelijke conferentie, is dat de deelnemers na afloop tevreden naar huis gaan, gerust omdat de verdere afwikkeling in deskundige handen is achtergelaten: de onderzoekers zullen de komende jaren in staat zijn een deel van de nog onopgehelderde problemen op te lossen en de overheid kan een aantal beleidsinterventies formuleren.

Voor de aanpak van een probleem als deze sociaal-economische ongelijkheden, zo heeft de conferentie nu juist aangetoond, is een dergelijk "laissez-faire" funest. Het is een maatschappelijk probleem dat vele facetten vertoont en door de cumulatie van risicofactoren niet door één interventie op te lossen is. Wil men werkelijk in het jaar 2000 kunnen constateren dat wij de bestaande verschillen met 25% verminderd hebben (de WHO doelstelling) dan zullen we nu reeds op vele fronten actie moeten ondernemen.

Hoewel de spreiding van risicofactoren niet alle gezondheidsverschillen verklaart, kan het zeker geen kwaad om nu al bij preventieve en curatieve gezondheidszorg gericht vooral die groepen te benaderen die een cumulatie van risico's vertonen, bijv. via de zgn. positieve discriminatie. Dit hoeft niet noodzakelijk via overheidsbeleid maar kan reeds door elke voorziening of beroepsbeoefenaar in zijn eigen dagelijkse praktijk gebeuren. Het feit dat dit op verschillende plaatsen al voor de etnische minderheden gebeurt, bewijst dat het kan. Wel moet het met de nodige omzichtigheid gebeuren omdat positieve discriminatie altijd op gespannen voet staat met het materiële gelijkheidsbeginsel en hier ook privacy aspecten in het geding zijn. Een statistisch hoger risico voor een groep betekent nog niet

zekerheid over een verhoogd risico op individueel niveau. Maar een vermindering van de ongelijkheid in de verdeling en in de effecten van risico's zal zeker een vermindering in de sociaal-economische gezondheidsverschillen tot gevolg hebben.

Werkgevers en werknemers kunnen nu reeds bekijken hoe binnen hun eigen bedrijf de ongelijkheden in bedrijfsongevallen, ziekteverzuim en WAO verminderd kunnen worden. Allegro gaf een voorbeeld van een mogelijke aanpak daarvoor. Andere ministeries zullen zich bewust moeten zijn van de gezondheidsgevolgen van hun beleidsbeslissingen. In een dergelijk intersectoraal beleid zullen de sociaal-economische gezondheidsverschillen in een kosten-baten analyse afgewogen moeten worden tegen de andere belangen.

Deze laatste keuzen zullen met name een grote rol moeten spelen bij de politieke afwegingen t.a.v. de door de zgn. Commissie Dekker voorgestelde wijzigingen van het financieringsstelsel in de gezondheidszorg. Door de Gezondheidsraad is in zijn rapport "Grenzen aan de zorg" gewezen op de mogelijke consequenties voor ongelijkheid in gezondheid van bijv. een eigen bijdrage.

Het voorzieningenbeleid en de stelselherziening in de gezondheidszorg zullen kritisch gevolgd moeten worden om de gevolgen voor de ongelijkheid in gezondheid en voor absolute achteruitgang voor de laagste SES-groepen tijdig te kunnen signaleren en te vermijden.

Tot slot zal men bij een politiek beleid dat gepaard gaat met veranderingen in het stelsel van sociale zekerheid, alert moeten zijn op groepen die beneden de armoede grens komen, om te voorkomen dat de vicieuze cirkel armoede-slechte gezondheid ontstaat. De huidige statistieken zullen dit waarschijnlijk niet oppikken en gericht onderzoek naar deze groepen lijkt onontbeerlijk.

Wat uit deze conferentie duidelijk gebleken is, is dat sociaal-economische gezondheidsverschillen in onze samenleving niet altijd met het blote oog te zien zijn, zoals in de Middeleeuwen wel het geval was, maar dat we ze niettemin even schrijnend en onaanvaardbaar vinden. Albeda besloot zijn inleiding, waarmee de conferentie geopend werd als volgt:

"Ik denk dat wij in Nederland impliciet er vanuit gaan, dat, welke ongelijkheid wij ook willen accepteren, dit niet geldt voor ongelijkheid in gezondheid en levensduur. De vraag waarover wij het hebben, is of we ook doen wat ervoor nodig is om dit te realiseren".

Om te voorkomen dat wij ongemerkt een onacceptabele situatie laten ontstaan of voortbestaan, zal het heel belangrijk zijn de door deze conferentie grof in beeld gebrachte problematiek verder in kaart te brengen. Het is niet een probleem dat door wetenschappers onderzocht en door de overheid opgelost kan worden, daarvoor heeft het teveel facetten. De vele maatschappelijke groeperingen die bij de conferentie aanwezig waren, maken het mogelijk dat deze discussie verder gevoerd wordt op vele niveaus en vanuit vele invalshoeken. Wel een taak van de overheid is deze groeperingen zo nu en dan weer bij elkaar te brengen om ervaringen uit te wisselen, resultaten van onderzoek te horen en vorderingen te rapporteren. Deze publicatie is daartoe een eerste stap.

Noten

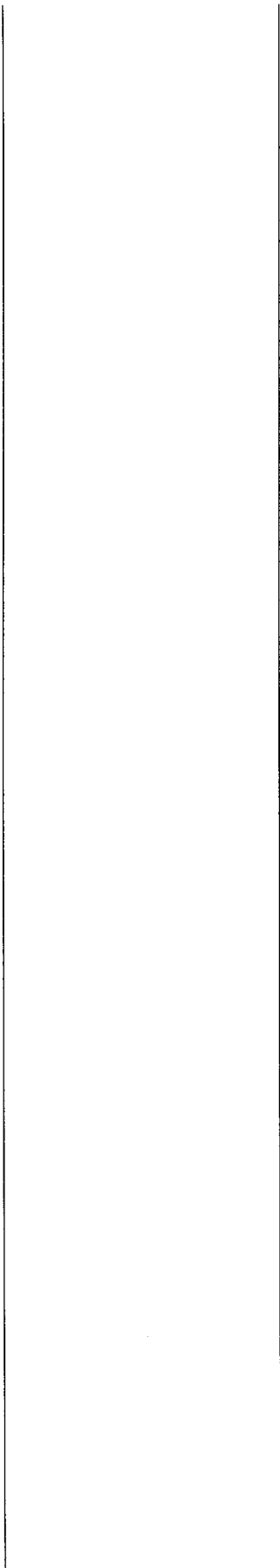
1. Zie bijdrage van I.P. Spruit aan deze bundel.
2. Eindrapport Vergelijkend Buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam. GG en GD, Amsterdam 1980.
3. Schuyt C.J.M. Maatschappelijke Ongelijkheid. Een sociologische interpretatie. ESB 25-2-1987, p. 195-198.
4. De Kam C.A., Pommer E.J. De ontwikkeling van de sociale ongelijkheid. ESB 25-2-1987, p. 180-186.
5. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede kamer vergaderingen, 1985-86, 19500, nrs. 1-2.
6. Milio, N. Health policy and the emerging tobacco reality. Social Science and medicine, 21 (1985), p. 603-613.

OPENING VAN DE CONFERENTIE

De conferentie wordt geopend door de voorzitter, *prof. dr. mr. C.J.M. Schuyt*, die alle deelnemers en in het bijzonder dr. G. Dahlgren, Ministerie van Volksgezondheid in Zweden, van harte welkom heet.

Hij spreekt het welkomstwoord uit namens het Ministerie van WVC en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Hiermee zijn tevens twee van de drie partijen die op deze conferentie vertegenwoordigd zijn, aangegeven: de wetenschap en het beleid.

De derde partij wordt gevormd door de praktijk, waarvan de voorzitter zegt verheugd te zijn dat deze hier zo sterk vertegenwoordigd is. De voorzitter hoopt dat deze conferentie een gelijkwaardige ontmoeting zal worden tussen deze groeperingen, en dat er uit deze bijeenkomst contacten zullen voortvloeien die leiden tot de aanpak van de problematiek van sociaal-economische gezondheidsverschillen.



I. SOCIALE ONGELIJKHEID EN VERSCHILLEN IN GEZONDHEID

W. Albeda

Sociale ongelijkheid is een gegeven, dat zo oud is als de mensheid. Het probleem dat wij erin zien, zal ongetwijfeld de mensheid blijven vergezellen. Gezondheid is naar uit enquêtes blijkt één van de hoogst gewaardeerde menselijke eigenschappen. Gezondheid discrimineert tussen jong en oud ongeacht de sociale of economische status. Die discriminatie mag korter of langer verborgen blijven, ooit komt zij aan het licht. Maar deze discriminatie staat los van de sociaal-economische ongelijkheid. Als je maar gezond mag zijn....

Maar ligt het wel zo simpel, lopen er niet evenzeer lijnen van de sociaal-economische verschillen naar de verschillen in gezondheid? Liggen er niet voor de hand liggende, of niet zo voor de hand liggende verbanden tussen de sociale status, sociale activiteiten, entree tot gezondheidszorg en gezondheid? En indien dat zo is, is dat dan een gegevenheid, waarmee men maar moet leven? Eigenlijk kan ik zo het thema van onze bijeenkomst samenvatten: Er is sociale ongelijkheid, die sociale ongelijkheid houdt, wellicht, verband met de gezondheid en kan leiden tot verschillen in gezondheid. Moeten wij daar wat aan doen? Hoort het, met andere woorden, op onze politieke agenda thuis?

De belangstelling voor sociale ongelijkheid kent een eigen conjunctuur. Er zijn tijden, waarin de sociale ongelijkheid hoog op de agenda staat maar er zijn evenzeer perioden, waarin de sociaal-economische gelijkheid als probleem verdrongen wordt door andere problemen.

Ik denk, dat de mate waarin de sociale ongelijkheid scoort als politiek probleem te maken heeft met de functie, die men aan die ongelijkheid toekent in het economisch proces. Men heeft ooit laten zien hoe links en rechts denken, vanuit diametraal tegenover elkaar staande posities, naar elkaar toe wandelen onder de indruk van de economische feitelijkheid. Links gaat uit van de wenselijkheid van verregaande gelijkheid van inkomens als belangrijkste indicator voor de sociale gelijkheid, maar is bereid concessies te doen met het oog op de doelmatige werking van het economisch stelsel. Rechts aanvaardt de sociale ongelijkheid als onvermijdelijk resultaat van de in de natuur gegeven fundamentele ongelijkheid van mensen, maar is bereid met het oog op de gevolgen voor de kwaliteit van het samenleven concessies te doen.

Rawls heeft de logische conclusie getrokken uit deze ontwikkeling van links en rechts: Streef naar inkomensverschillen, die zo klein zijn, dat het verlies aan economische doelmatigheid door die nivellering, niet leidt tot lagere inkomens voor de laagste inkomensstrekkers, dan bij denivellering het geval zou zijn. Een fraaie formulering die, denk ik, velen zal bevredigen, doch niet gemakkelijk zo concreet is in te vullen, dat de politieke discussies verdwijnen.

Gaat men van deze algemeenheden naar de sociaal-economische en politieke praktijk dan kan men vaststellen, dat wij in Nederland op de top van de hoogconjunctuur ons meer druk maakten over sociale ongelijkheid, dan het geval was toen de diepte en de hardnekkigheid van de depressie eenmaal goed tot ons was doorgedrongen. Neem ik, nog steeds, het inkomen als de enige indicator van de ongelijkheid, dan werd tot 1979 een beleid gevoerd, dat door het streven de laagstbetaalden te sparen, nivellerend uitwerkte. Daarna veranderde het beleid. De financiële sanering en de herstructurering van de sociale zekerheid deden de inkomensnivellering, die sinds 1971 was opgetreden grotendeels teniet. In hun bijdrage aan het recente congres over sociale ongelijkheid van het Nederlands Gesprek Centrum stellen De Kam en Pommer "dat in de periode 1959-1982 de 'overall' ongelijkheid van de personele inkomensverdeling voortdurend is afgenomen, zij het in afzwakkend tempo"¹. Dat afzwakkende tempo had ik zoëven op het oog. Er is, stellen zij, "geen aanwijzing gevonden dat in Nederland op dit moment reeds sprake is van een snelle en scherpe toeneming van de sociale ongelijkheid". Wel wijzen zij op de relatieve verslechtering van de positie van (langdurig) werklozen en (andere) bijstandsontvangers. De geleidelijke generalisering van het tweeverdienerschap schijnt de financiële ongelijkheid tussen huishoudens in dezelfde

periode per saldo niet te hebben vergroot. De groei van de aantallen huishoudens met dubbele inkomens vond vooral in de laagste segmenten van de inkomensverdeling plaats. Wie spreekt over een groeiende tweedeling in onze samenleving overdrijft. Maar wie stelt, dat er niets aan de hand is heeft evenmin gelijk.

Ik heb tot nu toe alleen maar gesproken over de sociale ongelijkheid zoals die blijkt uit de inkomens. Dat is een eenzijdigheid al kan men daaraan onmiddellijk de vaststelling vastknopen, dat andere aspecten van sociale ongelijkheid: wonen, onderwijs, kwaliteit van de arbeid daarmee zijn gecorreleerd.

In hetzelfde nummer van ESB, dat ik zoëven citeerde, laat Schuyt zien, dat wat het onderwijs betreft, het voornaamste toedelingsinstituut in onze samenleving, de ongelijkheid in en door het onderwijs in de periode tussen 1955 en 1985 is verminderd, maar niet verdwenen. Wat het wonen betreft geldt, denk ik, een soortgelijke vaststelling. Gegeven het voorraadkarakter van de woningmarkt geldt, dat veranderingen lange tijd kosten. Wellicht moet men stellen, dat door de groei van de etnische minderheden, die wat inkomen, wonen, onderwijs en banen betreft, duidelijk achter staan en blijven bij de rest, een nieuwe dimensie aan de sociale ongelijkheid is toegevoegd. Daarnaast kan gewezen worden op de zogenoemde "feminisering van de armoede" (bijstandsmoeders).

Ook zonder elk van de door mij aangeduide punten nader uit te werken lijkt het mij duidelijk, dat de sociale ongelijkheid iets trager terugloopt dan velen zouden wensen en dat ze op enkele punten vergroot wordt. Ze blijft zodoende op onze politieke agenda staan. De voortdurende spanning tussen doelmatigheid en rechtvaardigheid blijft één van de frontlijnen in het politieke spel.

Hoe plaatsen wij de gezondheid als factor binnen dit geheel? In de Nota over de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid (Nota 2000) van de minister van WVC, aangeboden aan de Tweede Kamer in april 1986, wordt geconcludeerd, dat het streven erop gericht is de reële verschillen in de gezondheid van de bevolking terug te dringen. In die nota wordt dan ook aandacht besteed aan verschillen, die in relatie gebracht kunnen worden met sociaal-economische factoren.

Bij het onderzoek naar verschillen in gezondheid in relatie tot sociaal economische status doen zich nogal wat problemen voor. Het gaat daarbij vooral om definitieproblemen, opsporingsproblemen en causaliteitsproblemen.

Het SCP constateert in de jaren '70 en '80 een meer dominant worden van de waardering van een goede gezondheid. Wat is gezondheid? Grote invloed op het gezondheidsperspectief is uitgegaan van de zeer ruime definitie van gezondheid, die in de naoorlogse periode zijn stempel heeft gedrukt op het gezondheidszorgbeleid. Kenmerkend hiervoor is de definitie van de WHO: "Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek"². Historisch gezien heeft zich in het begrip gezondheid een verschuiving voorgedaan van gezondheid, opgevat als het ontbreken van ziekte, naar gezondheid als een positief in te vullen waarde, die geoptimaliseerd kan worden. Wat gezondheid precies is, valt dan ook moeilijk te definiëren. In onderzoek worden weliswaar verschillende gezondheidsindicatoren gebruikt, maar deze zeggen nog weinig over de subjectieve gezondheidsbeleving van mensen.

Een definitieprobleem doet zich eveneens voor als het gaat om het aanwijzen van indicatoren voor sociale ongelijkheid. De keuze van indicatoren is medebepalend voor de omvang van de groepen met een lage sociaal-economische status. Differentiatie binnen deze groepen stelt ons evenzeer voor problemen. Stel dat we gezondheid en sociaal-economische status kunnen definiëren en afbakenen, dan is de volgende vraag hoe verschillen in gezondheid opgespoord kunnen worden. Meet je verschillen af aan het gebruik van voorzieningen? Het is een algemeen bekend beeld, dat mensen met een lage sociaal-economische status vaker een beroep

doen op de medische dienstverlening (geldt alleen voor de eerstelijns) dan mensen uit hogere inkomensgroepen. Hun medische consumptie is hoog, maar niet hoger dan dat van zieken in het algemeen³. Kun je hieruit concluderen dat mensen uit lagere sociale klassen vaker ziek zijn? Zo ja, waar ligt dat dan aan?

Mackenbach (1984) wijst op het cumulatieve effect van schadelijke invloeden, die direct of indirect verbonden zijn met inkomen, beroep en opleiding. Te denken valt aan woonsituatie en huisvesting, beroepsrisico's, eetgewoonten, rookgedrag en dergelijke. Vergeet ook niet de invloed van het feit dat mensen voor het realiseren van hun behoeften op enkele belangrijke terreinen afhankelijk zijn van een "medische indicatie" (toewijzing van woningen, arbeidsongeschiktheidsverklaring). Als we verschillen in gezondheid niet opsporen aan de hand van de medische consumptie, richten we ons dan op de subjectieve gezondheidsbeleving of op objectief vast te stellen gezondheidskenmerken of -risico's? Bij de subjectieve gezondheidsbeleving speelt relatieve deprivatie en daarmee het beleefde verschil in gezondheid ten opzichte van anderen een rol. Vinden we dat wenselijk (vgl. het inkomensverdelingsvraagstuk) of is het wellicht meer voor de hand liggend ons op objectief vaststelbare kenmerken te richten (bijv. mortaliteitscijfers, ziektepatronen e.d.)?

Vanuit het beleid gezien is, dunkt me, de causaliteitsvraag het belangrijkste probleem. Wat zijn de determinanten van de verschillen in gezondheid in relatie tot de sociaal-economische status, vooropgesteld dat deze verschillen objectief kunnen worden aangetoond? Als empirisch aanwijsbare factoren in de omgeving mede als verklaring worden gehanteerd voor gezondheidsverschillen gekoppeld aan lage sociaal-economische status, betekent dit dan, dat een verandering van de omgeving tot een betere gezondheid leidt? Alvorens eventueel beleid te formuleren, zal er gedegen onderzoek moeten plaatsvinden naar de verklaring van eventuele verschillen in gezondheid. Het voeren van een beleid dat gebaseerd is op een veronderstelde, maar niet aantoonbare causaliteit is altijd een hachelijke onderneming. Niet alleen kan zo'n beleid uiterst ineffectief blijken te zijn, maar ook weinig doelmatig.

Een vraag die nu centraal staat is of door de overheid beleid ontwikkeld moet worden als mocht blijken, dat er aanwijsbare verschillen in gezondheid bestaan in samenhang met een lage sociaal-economische status. Het kan ook zijn dat we tot de conclusie komen dat bestaande verschillen (op z'n minst) niet verder moeten worden vergroot bij de voorgenomen wijzigingen van de structuur en organisatie van het gezondheidszorgstelsel.

Laat ik om te beginnen het probleem wat relativeren. Wanneer men zich verdiept in de relatie tussen sociale positie en gezondheid, dan moet allereerst gewezen worden op de duidelijke band, die er tussen deze beide verschijnselen bestaat, indien er sprake is van een grote mate van ongelijkheid en dus van echte armoede. Ik denk dan aan armoede, gekenmerkt door zeer lage inkomens, slechte en ongezonde huisvesting, gebrekkig onderwijs, marginale positie op de arbeidsmarkt, zoals bijvoorbeeld in de Verenigde Staten nog steeds voorkomt. Het verband tussen de armoede in die zin en de gezondheid laat zich duidelijk vaststellen.

Martin Rein constateert voor de VS, dat mensen met een laag inkomen meer klagen over ziekte, langer absent zijn van hun werk wegens ziekte en dat de gevolgen van ziekte voor deze groepen ernstiger zijn. Het gaat niet zozeer daarom, dat laag inkomen leidt tot ziekte, maar ziekte tast het vermogen aan om een zelfstandige inkomensstroom te handhaven³. Onvoldoende voeding, slechte huisvesting en inkomen en bij gevolg een zwakke gezondheid horen niet alleen bij armoede, maar dragen bij tot de continuering ervan. Wie armoede werkelijk wil aanpakken, stelt Rein, moet aandacht besteden aan medische zorg, huisvesting en aan financiële bijstand. Romanshyn stelt, dat ziekte mensen arm maakt en dat armoede

mensen ziek maakt ⁴. Ondanks het feit, dat mensen met lage inkomens meer ziek zijn en zij meer behoefte hebben aan gezondheidszorg, ontvangen zij in de VS minder gezondheidszorg dan mensen met hoge inkomens. Dit heeft te maken met het stelsel voor het leveren van gezondheidszorg in de VS. Met nadruk wijst Romanshyn er echter op, dat voor de armen geldt, dat meer inkomen, betere huisvesting, fatsoenlijke werkgelegenheid, onderwijs en mogelijkheden voor zelfrespect belangrijker zijn voor hun gezondheid, dan een uitbreiding van de gezondheidszorg.

Deze opmerkingen uit een sociaal-economische omgeving, die grotere sociale ongelijkheid kent, dan wij gewend zijn, laten wel zien hoe gecompliceerd de verhoudingen liggen. Wel kunnen wij nu reeds vaststellen, dat naar de mate waarin armoedeverschijnselen in Nederland zich zullen vermenigvuldigen, deze problematiek zich ook in Nederland zal voordoen, zelfs indien men mag aannemen, dat ons stelsel van gezondheidszorg beter toegankelijk is voor de lagere inkomensgroepen dan het Amerikaanse.

Is er armoede in Nederland? Deze vraag alleen al kan leiden tot een oeverloze discussie. In wezen is het moeilijk veel verder te komen, dan de vaststelling dat armoede slechts gedefinieerd kan worden in relatie tot het gemiddelde inkomen van een samenleving. Voor ons onderwerp betekent armoede, lijkt mij, dat voor zover bepaalde inkomensposities zouden leiden tot ondervoeding, ongezonde huisvesting en mede daardoor slechte gezondheid gesproken kan worden van armoede. In ons land is dit, naar mijn oppervlakkig oordeel een marginaal verschijnsel. Gaat men verder en wordt gesteld dat het gaat om de vraag in hoeverre men achterblijft bij de omringende gemeenschap en kan participeren in de gemeenschap, dan neem ik aan, dat armoede zeer zeker aanwezig is. In het verband van ons onderwerp lijkt mij de meer absolute benadering van zoëven echter meer toepasbaar. Dat zou dan betekenen, dat slechts in marginale zin verbanden gelegd kunnen worden, zoals die door Rein en Romanshyn worden gelegd. Wel moet gewezen worden op het verschijnsel armoede als neven-effect van drankmisbruik, drugsgebruik enzovoort. De door de Amerikaanse schrijvers vermelde relaties komen in die zin zeker voor in Nederland en vragen onze aandacht.

In deze conferentie gaat het om het verdelingsvraagstuk in relatie tot de gezondheid. De politiek-inhoudelijke discussie over verdelingsvraagstukken en sociale gelijkheid hebben zich hier in Nederland tot nu toe vooral toegespitst op onderwijs, inkomen en arbeid. Gezondheid bleef daarbij meestal buiten beschouwing. In zekere mate gold dat ook voor welzijn. Het is duidelijk en blijkt ook uit het voorgaande, dat één van de redenen waarom gezondheid niet op de politieke agenda voorkomt als verdelingsvraagstuk de feitelijkheid is, dat gezondheid niet gezien wordt als een maatschappelijk goed, waarbij zich een verdelingsvraagstuk voordoet. Daarbij speelt ook een rol, dat men bij discussies over de "sociale kwestie" gezondheid en gezondheidszorg gezien heeft als min of meer afgeleide vraagstukken. Bovendien denk ik dat men er vanuit gaat, dat met de instelling van het ziekenfonds en de AWBZ, met Kruisverenigingen en dergelijke de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg voor iedereen gegarandeerd is, zodat dit probleem zich niet voordoet. Uit de telkens weer opblaiende discussie over de "eigen bijdrage" blijkt dat politieke gemoederen wel degelijk verhit raken op het moment dat men financiële barrières ziet voor die toegankelijkheid.

Gelijkheid met betrekking tot gezondheid wordt doorgaans vertaald door gelijke toegang tot voorzieningen voor gezondheidszorg. De tertiäre en niet de secundaire inkomensverdeling wordt daarop aangesproken.

Zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg zijn thans vragen aan de orde, die de vraag naar verschillen in gezondheid of liever, verschillen met betrekking tot de entree tot de gezondheidszorg ten gevolge van sociale ongelijkheid, weer op zou kunnen rakelen. In de eerste plaats is er de discussie over de betaalbaarheid van de gezondheids-

zorg. Ik noemde reeds de commotie rond de eigen bijdrage. De discussie rond de Boerema klinieken wijst in dezelfde richting. Bij velen is de vrees aanwezig, dat structurele ingrepen in ons stelsel van gezondheidszorg de eraan ten grondslag liggende solidariteit zou kunnen bedreigen. Met name het naar voren schuiven van een eventueel beroep op de werking van het marktmechanisme leidt tot een dergelijke vrees.

In mijn ogen hangt dit beroep op het marktmechanisme vooral samen met de omstandigheid, dat in de huidige structuur van de gezondheidszorg met name artsen, specialisten en ziekenhuizen onvoldoende gemotiveerd zijn om de kosten van medische zorg te minimaliseren. Overal waar zo'n positie bestaat is het de moeite waard na te denken over de mogelijkheid een marktmechanisme in te schakelen. Dit geldt destemeeer in een wereld, waar door de wijze van inkomensvorming de marktwerking gedeeltelijk wel degelijk reeds z'n invloed heeft op het gedrag van de betrokkenen. De Commissie-Dekker zal op deze zaken zeker ingaan. Ik wijs ook op de recente voorstudie, gepubliceerd door de WRR⁵. Mits men de verworven gelijke entree tot de zorg als randvoorwaarde wil handhaven lijkt het probleem, waarvoor men vreest, zich niet voor te doen. De zorg voor die randvoorwaarde blijft uiteraard, op zichzelf dit onderwerp wèl op de agenda houden. Wel lijkt de positie van de minderheidsgroepen bijzondere aandacht te vragen, met name waar het de entree tot de verschillende deelgebieden van de gezondheidszorg betreft.

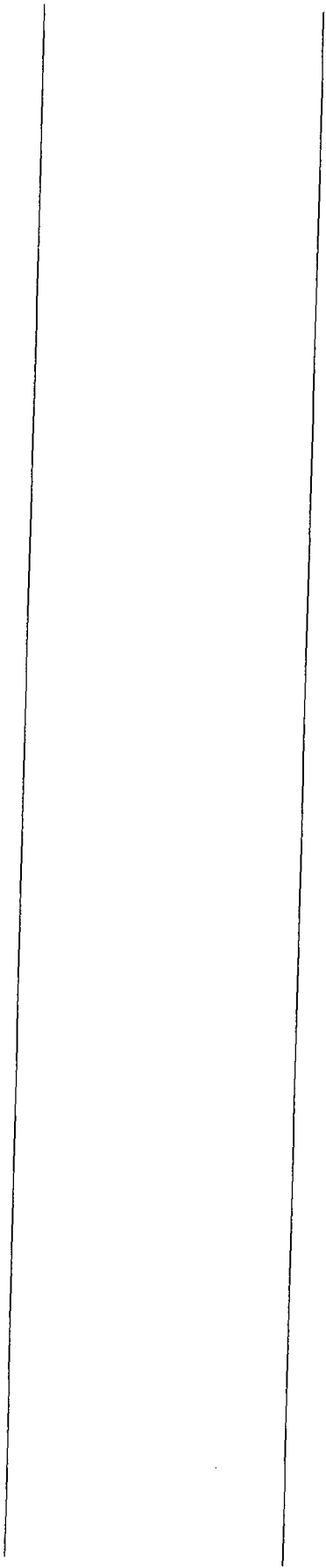
Wanneer men spreekt van de noodzaak om te komen tot een "hardere verzorgingsstaat" dan behoeft dat op zichzelf niet deze problematiek te raken. Het blijft echter de moeite waard deze ontwikkeling vanuit dit gezichtspunt opletend te blijven volgen.

In de tweede plaats ligt er het hernieuwde inzicht, dat er, ondanks het ontbreken van relatief grote verschillen in sociaal-economische positie en de dus relatief geringe betekenis van armoede als oorzaak van verschillen in gezondheid, een complex verband ligt tussen werken en niet werken en gezondheid, tussen de kwaliteit van het werk en de gezondheid; tussen de kwaliteit van woning en woonomgeving en gezondheid; tussen hoogte van het inkomen en gezondheid. En met name doordat er correlatie is tussen zulke factoren onderling kunnen ook de relatief niet zulke grote verschillen in sociale positie, als Nederland nu eenmaal heeft, betekenis hebben voor de gezondheid. Ook in dit verband lijkt het goed op de etnische minderheden als duidelijk bedreigde categorieën te wijzen, gegeven hun achterstandspositie in huisvesting, onderwijs en beroepsleven. Ik neem aan dat verschillende sprekers op zulke verbanden meer gedetailleerd en meer deskundig zullen ingaan, dan binnen mijn vermogen en binnen mijn opdracht ligt.

Ik denk en laat mij daarmee eindigen, dat wij in Nederland impliciet er vanuit gaan, dat, welke ongelijkheid wij ook willen accepteren, dit niet geldt voor ongelijkheid in gezondheid en levensduur. De vraag waarover wij het hebben is, of we ook doen wat er voor nodig is om dit te realiseren.

Noten

1. Gepubliceerd in ESB van 25 februari 1987.
2. Herwaardering van welzijnsbeleid, (blz.43), Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982
3. SCP-rapport86, blz.32, 33
Martin Rein, Social Policy, New York 1970, pag.420.
4. John M. Romanshyn, Social Welfare, New York 1971, pag. 278.
5. C. de Klein en J. Collaris, Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.



II. REDUCING INEQUITIES IN HEALTH – SOME SWEDISH EXPERIENCES

G. Dahlgren

I feel very privileged to have this opportunity to participate in your top level conference focusing upon social inequities in health.

This is a topic of growing concern also in my own country Sweden and I will briefly review some experiences gained in our efforts to combat inequities in health.

The main steps towards an equity oriented health policy can be described as follows:

1. Recognize existing inequities in health.
2. Analyse possible causes to observed inequities in mortality and morbidity.
3. Initiate multisectoral actions for health.

1. Recognize social inequities in health

Ten years ago the general attitude among Swedish politicians and health professionals was that significant social inequities in health belonged to the past in the welfare state of Sweden.

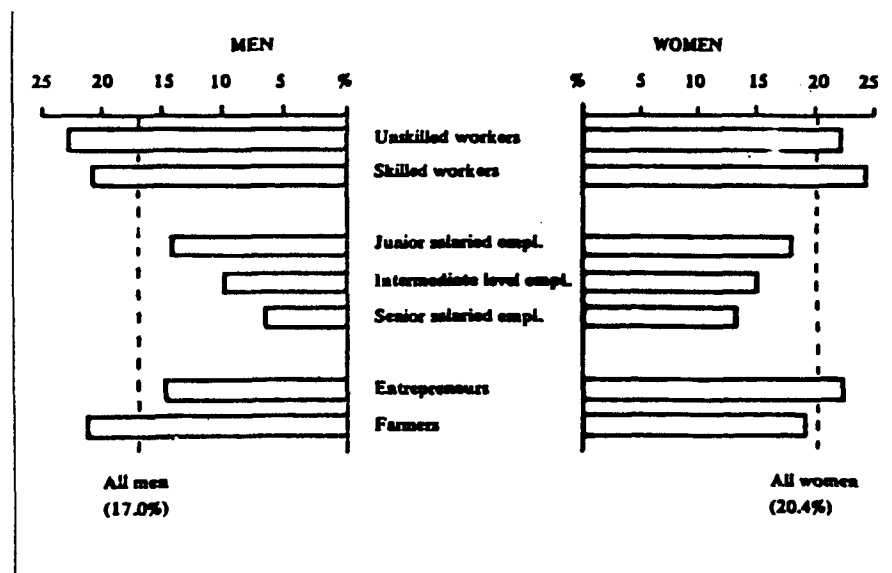
This assumption was questioned by a Governmental Commission on health and health services for the 90'ties initiated in 1978 by the then liberal-conservative government. One of the tasks for this commission – often referred to as the HS 90 study – was to describe and analyse the socio-economic and occupational distribution of poor health.

The following health measures were then used:

1.1. Perceived health

The magnitude of observed inequities in perceived health between different occupational classes is illustrated below as regards the social gradient of chronic illness.

Fig. 1.1 Percentage of men and women aged 16-84 years suffering from severe chronic illness (with severe pain and/or disability), according to ULF 1980/1981. The data are age standardized. (ULF is the regular survey of living conditions carried out by the National Bureau for Statistics)



Considerable social inequities in health are regularly reported for almost all the health related components in the level of living surveys.

Impaired mobility is for example twice as common in social group III as compared with social group I.

Impaired vision is almost twice as common in social group III as in social group I.

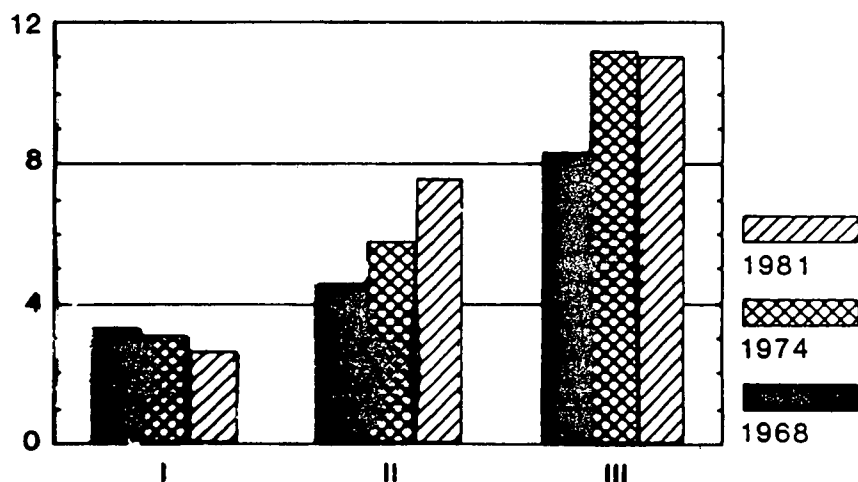
Impaired hearing is three times as common in certain occupational groups e.g. among metal- and building workers as compared with office workers and chief executives.

A key question when describing and analyzing social inequities in health is of course how they change over time. Increasing inequities are – per se – a signal for special consideration.

Health interviews carried out in a longitudinal cohort study (1968, 1974 and 1981) provide a very valid base for assessing to what extent social inequities in health have been increasing or decreasing.

The following graph illustrates – as regards people suffering from pains within various socio-economic groups – increasing inequities between 1968 and 1981.

Fig. 1.2 Percentage of people suffering from pains within various socio-economic groups



Source: Governmental report HS 90 study
SOU 1984:40

The tendency of increasing inequities in health was also found for several other measures of perceived health such as impaired mobility and impaired vision.

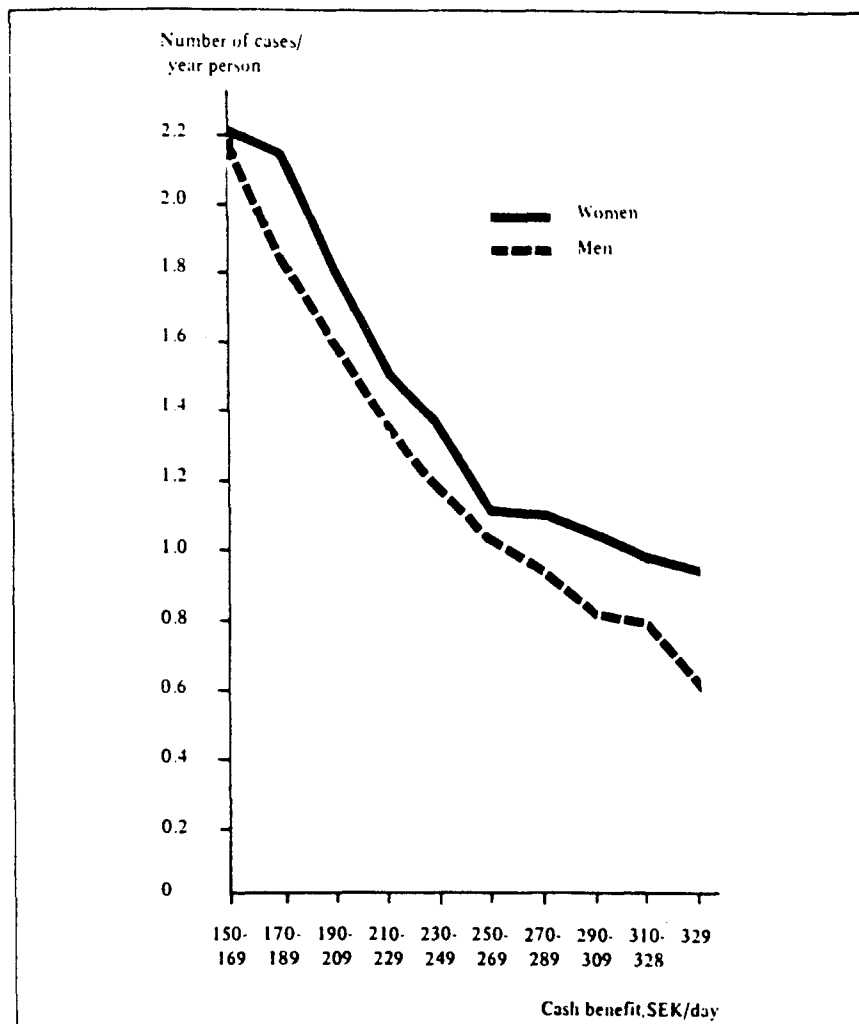
1.2 Sick leave

Absence from work due to illness is a sensitive indicator of poor health among the working age population.

It is, however, less valid as an indicator for assessing changes over time as changes in administrative rules rather than changes in health status may be reflected in observed trends.

There is a clear correlation between income and sick leave for both men and women. There is – of course – no reason to assume that income in itself is an explanation to the differences observed; the covariance found rather reflects general living and working conditions.

Fig. 1.3 Number of cases of sickness cash benefit terminated in 1982 per person insured for sickness cash benefit, distributed by the amount of the daily benefit



Source: Based on Statistics from the National Swedish Social Insurance Board

1.3 Use of health care

Utilization of e.g. in-patient care is usually considered a poor indicator of morbidity within the population. The general rule known to be that the output of health services rather than the need for health services is determining the general level as regards the use of health services.

Furthermore it is a well known fact in many countries that those at greatest need for health services have less access to these services as compared with affluent groups with less need. Consequently "the inverse law of care" is reflected in a higher utilization of health services among affluent groups with less need but greater possibilities to demand the services they want.

An equal per capita utilization of health services also reflect this inverse law of care as long as social inequities in health and thus need for health care exist in our societies.

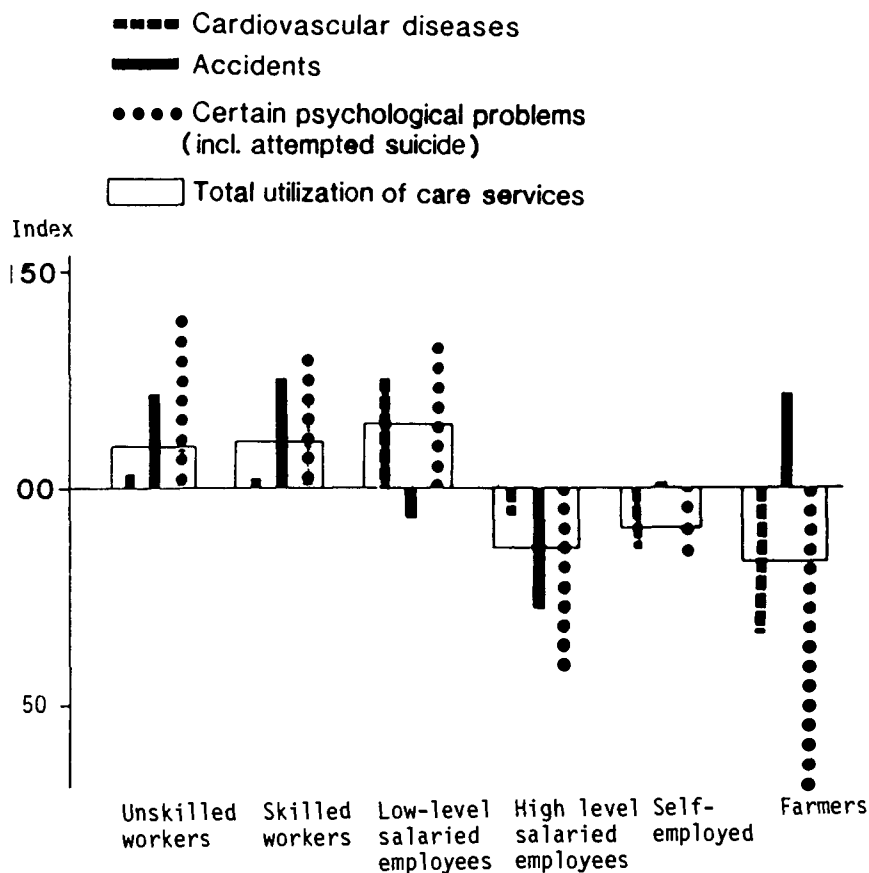
In spite of this utilization of e.g. in-patient services can be used as an indicator of poor health provided

- a. a given output of services
- b. a fairly good access to care for all socio-economic groups.

In-patient data have against this background been used in the HS90 study as a health indicator as related to diseases usually treated at hospitals and in in-patient care.

The social gradient which then emerged when studying all diagnoses for in-patient care was the expected one, i.e. the highest utilization among unskilled and skilled workers and low level salaried employees. For specific disease groups one could both recognize this general class-pattern but also specific occupational characteristics for certain diseases, e.g. a high level of accidents not only among the groups with an excess risk for poor health but also among farmers.

Fig. 1.4 Utilization of care services for six different socio-economic groups (Men 45-64 years of age)



Source: Governmental report Health and Health services for the 90's HS 90 SOU 1984:40

1.4 Mortality based measurements

The regular mortality data in Sweden are not directly related to any socio-economic background variables as is the case e.g. in England and Wales.

Social and occupational gradients can – however – be identified by linking mortality statistics to existing periodic records of occupational

status. The inequities found as regards the risk for early deaths between different occupational groups are considerable.

Table 1.1 Indirect standardized mortality rate (SMR) among Swedish men aged 25-64 years (all causes), 1976-1980

| Occupational category | 25-44 yrs | 45-64 yrs |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| Technical and scientific | 71 | 85 |
| Administrative and clerical | 87 | 96 |
| Commercial | 90 | 100 |
| Forest and agriculture | 103 | 82 |
| Mining and stoneworks | 168 | 128 |
| Transportation | 110 | 108 |
| Industry and construction | 112 | 108 |
| Service and domestic | 118 | 112 |
| Not economically active | 204 | 245 |
| All men | 100 | 100 |

Source: National Bureau of Statistics; data to be published

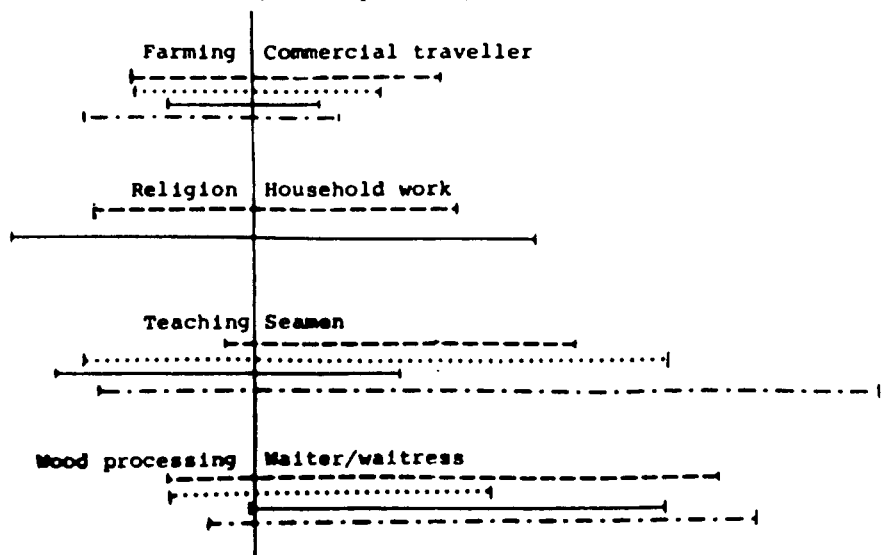
The occupational profile as regards the risk for early deaths is furthermore quite similar in e.g. Sweden, Norway, Finland and Denmark.

1.5 Strengthen the epidemiological base – some suggestions

In the health policy bill of 1985 the minister of health stressed the importance of strengthening the epidemiological base in order to facilitate e.g. identification of groups at particular risk and how their health conditions change over time.

Considering that good health constitutes one of the most important dimensions of our welfare it is of utmost importance to inform politicians and the general public about the health status within the population. Health issues e.g. how to reduce certain health hazards and how to balance these efforts against other targets must be part of the political process.

Fig. 1.5 Deathrates in various occupational groups – men
 Sweden 1966-1970, born 1901-1920, occupation 1968, number of deaths/persons years
 Norway 1970-1973, 20-69 years, occupation 1960 + 1970, SMR
 Finland 1971-1975, 35-64 years, occupation 1970, SMR
 Denmark 1970-1975, 20-64 years, occupation 1970, SMR



Against this background it was decided that parliament every third year should be presented a report focusing upon health conditions within the population in general and especially how they change within groups at particular risk.

Equally important is that the integrity of the individual is secured also in the field of health related problems. The fast expansion of data systems – in particular at the local level – has rapidly increased the number of persons with access to health data. A new legislation aiming at stricter rules for an exchange of data will be presented to parliament during 1987.

Finally it must be fully understood that demonstrations of general associations between indicators of poor health and various socio-economic variables do not indicate any causal relationships.

The next steps must therefore be to try to analyse the etiology of inequities observed and to initiate actions for reducing these inequities.

Two approaches were developed in the health policy bill of 1985.

One approach is the disease reduction approach focusing upon e.g. the social gradient of specific diseases and the distribution of various riskfactors between different socio-economic and occupational groups.

Fig. 1.5 Health policy matrix – some non-communicable diseases; the connection between health hazards and disease categories

| | Cardiovascular diseases | Mental illness | Skeletomuscular disease | Tumors | Injuries | Respiratory diseases |
|--|-------------------------|----------------|-------------------------|--------|----------|----------------------|
| Social upbringing environment | • | •• | | | • | • |
| Social work environment and unemployment | •• | •• | | | | |
| Physical work environment | | • | •• | •• | •• | •• |
| Social living environment | | • | | | | |
| Physical living environment | | | | • | •• | • |
| Air/water pollutants | | | | • | | • |
| Traffic | | | | • | •• | • |
| Diet | •• | | | •• | | • |
| Alcohol and drugs | • | •• | | • | •• | • |
| Tobacco | •• | | | •• | | •• |

• some correlation •• strong correlation

(* indicates some degree of relationship; ** indicates a close relationship)

Source: Dahlgren & Diderichssen, Strategies for Equity in Health in Sweden. Int. Journal of Health Services, Vol 16, No. 4, p. 529, 1986

The other approach is the sectoral risk reductions approach focusing on the health component within various sectors of society and possibilities to

develop a healthy public policy e.g. in the field of agriculture, housing or employment.

The complementary character of these two approaches to health development can be illustrated by a health policy matrix.

2. Disease reduction programmes from an equity point of view

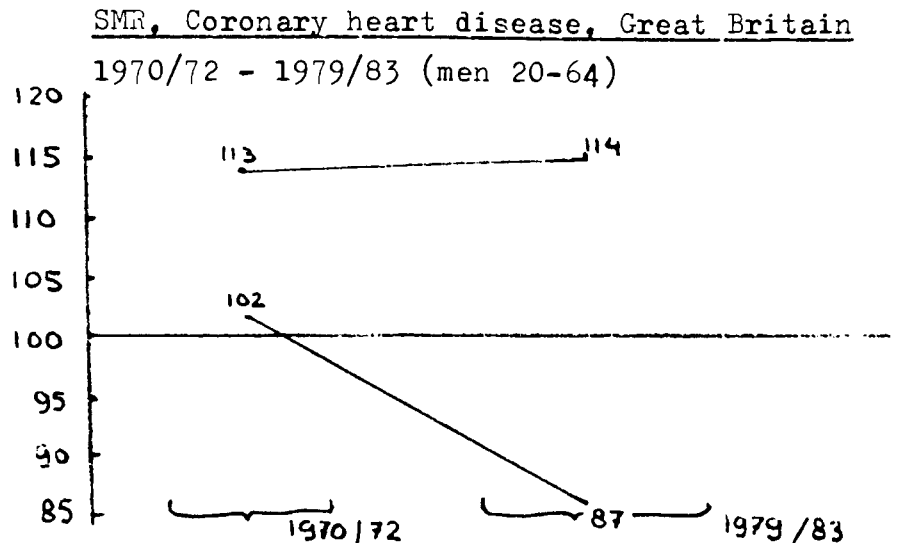
2.1. Cardiovascular diseases

2.1.1. Social epidemiology

Mortality caused by cardiovascular diseases often reveals considerable – and increasing – inequities between manual and non-manual occupations.

This has been observed e.g. in Great Britain as between 1970-1972 to 1979-1983.

Fig. 2.1



(SMR for all men in 1979/83 is 100; the 1970/72 figures were standardized with the 1979/83 rates)

Source: Marmot, M.G. and McDowall, M.E. Mortality Decline and widening social inequities. *The Lancet* p. 275, August 2, 1986

In analyzing changes over time such as these it is important to clarify if – and to what extent – they reflect e.g. changes in disease classifications, social class composition and/or changes in socio-economic/lifestyle factors. The conclusions of such an analysis – presented in *The Lancet*¹ were that "changes in classification could certainly not account for the steeper decline in all-cause mortality of the non-manual groups. Neither could changes in the social class composition explain any significant proportion of the widening gap between manual and non-manual groups".

This type of longitudinal studies are not yet available in Sweden as regards mortality.

The morbidity in cardiovascular diseases – measured in terms of in-patient care – was analysed for various socio-economic groups in the county council of Stockholm. It was then found that workers had a 50% higher risk than higher officials. Furthermore increasing inequities were

observed between 1976 to 1981. The trend was the same as for CV-mortality in England i.e. a markedly reduced risk among higher officials and a constant or somewhat increasing risk level among manual workers and low paid office workers.

2.1.2 *Etiology of inequities*

Extensive research into the causal mechanisms of cardiovascular disease has identified the following main risk factors:

- Cigarette smoking.
- Unhealthy diet.
- Unsatisfactory psycho-social working conditions.
- Unemployment.
- Hypertension.

The "etiology of inequities" is an attempt to assess to what extent each of these different risk factors explains the inequities observed. The basic assumption is that the social gradient of various risk factors in combination with traditional etiological facts can contribute to the understanding of how disease-specific inequities are produced and reduced.

Cigarette smoking is far more common among working class people as compared to middle and upper classes and these differences in smoking habits seem to increase in many countries.

A reduction of smoking among the high risk groups identified above is probably the one single measure which would most rapidly reduce their incidence of CV-diseases.

Unhealthy diets with a high content of fat are most likely to be found among working class families. It has for example been reported that lower socio-economic groups in Finland consume more butter, fat milk, eggs, salt, sugar and coffee; and less vegetables, fruits and berries than the upper groups.² The reasons for this are usually partly related to living standard (income), partly to culturally determined eating habits. These two factors are interrelated as the cultural accessibility in most cases has been closely linked to economic possibilities during previous periods. Consequently healthier diets can only be achieved by combined efforts of structural changes in terms of "healthier" agricultural and food industry policies, active marketing of "good for your heart" – food, improved quality from a health point of view of collective meals in schools/ workplaces and active information in particular to groups at risk. An equity-oriented strategy must thus aim at "making the healthy choice an easy choice".

Psycho-social working conditions such as combination of stress, lack of stimulus and limited possibilities to influence the workplace are shown to be major risk factors for CV-diseases. This is also reflected in the fact that occupational groups experiencing this type of psycho-social working environment also experience – as described in the previous section – an elevated CV-mortality.

Poor psycho-social working conditions – in Sweden – have for example been estimated to contribute to heart infarctions to the same extent as smoking among men up to the age of 45.³

Poor psycho-social working conditions are, however, not recognized and acted upon to the same extent as poor physical working conditions.

An important dimension of an equity-oriented health policy to reduce CV-diseases must therefore be increased efforts to improve the psycho-

social working environment e.g. by increasing the possibilities to influence one's own work.

Unemployment is associated with increased risks for CV-diseases. The risk of being unemployed is furthermore far greater among working class people. Consequently the possibilities to combat unemployment are of critical importance for improving health and reducing inequities in terms of CV-diseases.

Disease reduction programmes have been developed in Sweden not only for cardiovascular diseases but also for cancer and accidents. The equity dimension has – however – not been very distinct.

This will be changed in the next generations of disease reduction programmes to be presented during 1987.

These programmes focusing upon possibilities and constraints to reduce mental problems and diseases of the locomotive organs can be seen as a real step towards an explicit equity oriented health strategy.

3. Analysis of causes to observed inequities in health

The social epidemiology of almost all major disease groups reveals the same pattern i.e. that workers experience an excess risk as compared to other occupational groups. One of the few exceptions being breast cancer which is more common among women from social group I.

The inequities in health observed between different socio-economic groups can – in brief – be:

- a. An artifact which has no causal significance. There is very little empirical evidence that the artifact explanation has any relevance for explaining existing inequities in health.
- b. A result of selection. The relationship is then that the health status is a major determinant of social status rather than vice versa.

The social mobility can also be affected by the health status in countries like Sweden.

Available data clearly indicate that this type of selection processes is not a major factor in explaining the overall socio-economic and occupational distribution of poor health and early deaths.

The opposite selection process, that is to say that unhealthy workers have to leave their jobs because of poor health, is probably more common.

The health status of the remaining work force does not reflect this drop out due to poor health. This "healthy worker" effect thus reduces the occupational inequities in health.

- c. Differences in living conditions and – for some diseases – differences in lifestyle.

The last explanation is almost self evident in a historical and global perspective. In depth analyses of the etiology of inequities of our most common diseases illustrate the importance of the same socio-economic determinants of health.

Against this background the following statements were made in the Health Policy bill of 1985:

- a. Our most common diseases are often characterized as diseases of affluence also within a national context. This is a very misleading terminology as the most affluent groups are those experiencing the lowest risk and the least affluent the highest. A more appropriate terminology is to talk about diseases of inadequate living conditions.
- b. Social inequities in health indicate the potential role of health promotion as these inequities are caused by factors in living conditions and life styles amenable to change.
- c. Multidisciplinary research analysing social and economic determination of health and their contribution to social inequities in health must be given high priority.
Particular attention should be paid to the cumulative effects of various health hazards as experienced in everyday life by groups at excess risk for high morbidity and early deaths.
- d. There is an urgent need for strengthening the training and research possibilities in the field of Public Health and epidemiology.

It might also be of interest to know that no specific equity targets were stated in this equity oriented health policy bill. One reason for this being the difficulties to directly link means to ends. In a historical perspective – however – national equity targets have been formulated.

The National Board of Health stated for example (1935) in a policy document that "There is no reason to accept an infant mortality for any group of society that is higher than the infant mortality rate for children born in the most wealthy families". "What one social group can buy for money society must provide for others".

4. Multisectoral actions for health

Inequities in health are produced and reduced – as illustrated above – in many sectors of our society.

The tradition to identify and develop the health component within various sectors varies between different sectors. There is for example a long standing tradition to focus and act upon the health effects as related to work environment, and transport.

The health effects of agriculture and food policies, educational planning and employment policies are usually not yet explicit.

The health effects of different economic policies are usually not explicitly recognized by policy makers.

The very heart of an equity oriented health strategy is to develop the health component within health related sectors in such a way that the possibilities to live a healthy life are increased in particular among groups at particular risk.

The role of the health sector is in this perspective two-fold:

1. The first task is to provide equal access to good preventive and curative health services for the whole population. In countries like Sweden, however, existing inequalities in health services are not a major cause to observed inequities in health between various socio-economic groups.

2. The second task is to provide other health related sectors with epidemiological data as regards e.g. social inequities in health and analyses of possible causes.

This is of strategic importance from an equity point of view.

These two roles of the health sectors were stated in the health policy bill of 1985.

It remains still to be seen to what extent this type of intersectoral actions for health will be developed. Even if the equity issue is on the political and to some extent also on the professional agenda there is no explicit national strategy to combat inequities in health.

A summary of the present state of the art might be that social inequities in health are recognized, the need for research focusing upon the etiology of inequities in health stressed but that intersectoral actions to reduce inequities in health are still an implicit rather than an explicit part of our health policy at national as well as local levels.

Notes

1. Marmot, M.G. and Mc Dowall, M.E. Mortality decline and widening social inequities. *The Lancet*, p. 275-276, August 2, 1986
2. Koskinen, S., Melkas, M. and Vienonen, M. Finland Country Paper in Health and Health Care, the Nordic School of Public Health, 1985:5
3. Dahlgren, G. Hälsopolitik i praktiken. Rapport från svenska sjukhusföreningens årsmöte. 1984

Discussie

De vragen aan Dahlgren betreffen vooral de aanpak van de problematiek van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Zweden.

De discussie naar aanleiding van Albeda's inleiding spitst zich toe op de werking van het marktmechanisme in de gezondheidszorg: wat is het nut hiervan en wat zijn de consequenties van deze aanpak voor de bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen?

Dahlgren heeft aangegeven dat er in Zweden geen sociaal beleid bestaat dat zich expliciet richt op de verkleining van mortaliteitsverschillen tussen sociaal-economische statusgroepen.

Mevrouw dr. I. P. Spruit, Wetenschappelijk hoofddocente Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, vraagt Dahlgren in hoeverre in Zweden sociaal beleid op andere terreinen de sociaal-economische gezondheidsverschillen heeft kunnen verkleinen.

Dahlgren illustreert het belang van sociaal beleid op andere terreinen aan de hand van de ontwikkeling van de sociale gradiënt van kindersterfte in de tijd. Niet alleen is door betere voeding en hygiëne en betere gezondheidszorgvoorzieningen de kindersterfte aanzienlijk gedaald, ook de verschillen in sterfte tussen de hoogste en laagste sociaal-economische status-groep zijn tot een minimum teruggebracht.

Prof. dr. H.J.J. Leenen, Instituut voor Sociale Geneeskunde in Amsterdam, vraagt Dahlgren naar zijn ervaringen met de multisectorale benadering van het probleem van verschillen in gezondheid. Hoe reageren de sectoren die vanuit hun eigen invalshoek bij de aanpak van dit probleem betrokken zijn, wanneer ze geconfronteerd worden met een doelstelling waarin gezondheid centraal staat?

Zoals *Dahlgren* ook al in zijn inleiding heeft aangegeven, verschillen deze sectoren wat betreft hun traditie op het gebied van zaken die gerelateerd zijn aan gezondheid. In sommige sectoren bestaat een lange traditie wat betreft het identificeren van de gezondheidscomponent. Zo is bijvoorbeeld de aandacht voor gezondheid op het gebied van de milieuvervuiling zelfs veel sterker dan binnen de gezondheidszorgsector zelf; Dahlgren verklaart deze aandacht uit de publieke belangstelling die voor het probleem van milieuhygiëne bestaat. In andere sectoren is die traditie zwak of ontbreekt deze geheel (bijvoorbeeld op het gebied van het economisch beleid).

Om de gezamenlijke aanpak van het probleem te bevorderen, bestaat er geformaliseerd overleg tussen de directeuren-generaal van de betreffende departementen met betrekking tot zaken die rechtstreeks met de gezondheidstoestand van de bevolking te maken hebben. Over het algemeen bestaat hierbij gelijkwaardigheid tussen de verschillende partijen: van superioriteit van het Ministerie van Volksgezondheid kan niet gesproken worden. Eerder is het zo dat dit ministerie soms buitengesloten wordt wanneer het aankomt op het formuleren van concrete doelstellingen ten aanzien van problemen die een ander beleid bestrijken. Maar langzamerhand begint de rol van dit ministerie op deze gebieden steeds groter te worden.

Dahlgren heeft erop gewezen dat meer onderzoek nodig is om de factoren die van invloed zijn op sociaal-economische gezondheidsverschillen te achterhalen. Hiervoor is een betere toegang tot data noodzakelijk, maar tegelijkertijd doemt dan het probleem van de privacy-bescherming op. In Zweden zijn daarom wijzigingen in de wetgeving met betrekking tot de privacy-bescherming in voorbereiding.

Dr. J. K. S. van Ginneken, Centraal Bureau voor de Statistiek, stelt dat de privacy-bescherming ook in Nederland een probleem vormt. Met het oog hierop vraagt hij welke veranderingen in de wetgeving in Zweden

noodzakelijk worden geacht om de toegankelijkheid van data te vergroten, maar tegelijkertijd de privacy van het individu te beschermen.

Dahlgren geeft de essentie van de geplande veranderingen in de wetgeving als volgt weer: de toegang tot data wordt voorbehouden aan een beperkt aantal personen op het centrale niveau. Zo wordt voorkomen dat te veel mensen op lokaal niveau toegang hebben tot gegevens.

Mevrouw dr. M. Mootz, Sociaal en Cultureel Planbureau, stelt dat gezondheidsverschillen er altijd zijn geweest, en er ook altijd zullen blijven. Ze verbaast zich echter over het feit dat in Zweden de verschillen toegenomen zijn. Heeft *Dahlgren* hier een verklaring voor?

Voor een deel ligt dit volgens *Dahlgren* aan het feit dat de gezondheids-toestand van de hogere klassen sneller verbeterd is dan die van de lagere klassen. *Dahlgren* meent dat deze ontwikkeling onder andere verklaard kan worden uit het verschil in effectiviteit van Gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsactiviteiten. Deze is in de hogere klassen waarschijnlijk groter dan in de lagere.

Een ander deel van de verklaring wordt gevormd door het feit dat de leefomstandigheden in de verschillende sociaal-economische status-groepen op uiteenlopende wijze veranderen. Werkloosheid, maar ook de kans om werkloos te worden zijn bijvoorbeeld beide factoren die van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand; het percentage werklozen in de lagere sociaal-economische status-groepen is groter dan in de hogere, evenals de kans om werkloos te worden. Alleen deze factor zorgt er dus al voor dat de leefomstandigheden van de laagste groepen er meer op achteruit of minder op vooruit gaan dan die van de hogere.

Hier komt nog bij dat de mensen in de lagere sociaal-economische status-groepen in veel mindere mate dan in de hogere de middelen bezitten (zowel materieel als immaterieel) om hun stem in het politieke proces te doen gelden, vooral omdat de issues met betrekking tot gezondheid niet als zodanig op de politieke agenda staan.

Deze problematiek zou onder de aandacht van de politiek gebracht kunnen worden door de minst bevoorrechten bewust te maken van de achterstand in gezondheid die zij in vergelijking met de hogere sociaal-economische status-groepen hebben. Dit bewustzijn ontbreekt vaak, omdat een slechte gezondheid wordt gezien als iets wat een individu treft – en waarvoor hij tot op zekere hoogte zelf verantwoordelijk is – en niet als een karakteristiek van een groep. In Zweden is een programma opgezet om dit bewustzijn bij de minst bevoorrechten te kweken.

Dahlgren doet deze suggestie, die ertoe kan bijdragen dat deze problematiek expliciet op de politieke agenda vermeld wordt, in de richting van *mr. drs. B. Wijnberg*, plaatsvervangend hoofd Stafbureau Beleidsontwikkeling, Ministerie van WVC. Hij reageert hiermee op diens vraag naar de factoren die er toe bijdragen dat de problematiek van sociale ongelijkheid in het algemeen en sociaal-economische gezondheidsverschillen in het bijzonder zo onregelmatig op de politieke agenda staat, en hoe daar iets aan gedaan zou kunnen worden.

De heer J. W. H. Garvelink, directeur van de GG en GD te Den Haag, stelt dat de manier waarop verschillende inkomensgroepen hun geld besteden, van belang kan zijn voor de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Is *Dahlgren* iets bekend over verschillen in het bestedingspatroon van hogere en lagere sociaal-economische status-groepen?

Dahlgren antwoordt dat hem geen studies bekend zijn naar het bestedingspatroon van inkomensgroepen waarbij een relatie wordt gelegd met de gezondheidstoestand van die groep.

De voorzitter merkt op dat dit punt misschien als suggestie voor verder onderzoek opgepakt kan worden.

Dr. H.G. van Bueren, Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid, merkt op dat de beide inleiders niet hebben gesproken over de manier waarop verschillende sociaal-economische status-groepen door de gezondheidszorg benaderd worden. Hij meent dat dit een factor kan zijn die van invloed is op het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Alleen het feit al dat er veel meer ziekenfonds- dan particulier verzekerden zijn (waarbij dit onderscheid ongeveer parallel loopt aan het onderscheid naar lagere en hogere sociaal-economische status-groepen), en dus de zorg voor de eerste categorie een veel massaler karakter kent, zou van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van de zorg.

Albeda antwoordt dat het feit dat hij hier weinig gegevens over had, hem heeft doen besluiten dit punt niet in zijn inleiding mee te nemen. Op basis van eigen ervaringen bestaat bij hem echter het vermoeden dat deze verschillen wel bestaan, en dat deze in meer of mindere mate bijdragen aan het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Dahlgren voegt hier vanuit de Zweedse situatie aan toe dat verschillen in kwaliteit van de zorg en de verschillen in het moment waarop iemand met zijn klachten naar de arts stapt, terug te vinden zijn in de verschillen in prognose van lagere en hogere sociaal-economische status-groepen nadat een bepaalde diagnose is gesteld; voor de hogere sociaal-economische status-groepen is deze prognose vaak veel gunstiger dan voor de lagere.

De heer J. van Londen, directeur-generaal voor de Volksgezondheid, Ministerie van WVC, reageert op de stelling van *Albeda* dat de belangstelling die momenteel binnen de gezondheidszorg bestaat voor het marktmechanisme samenhangt met de omstandigheid dat in de huidige structuur van de gezondheidszorg met name artsen, specialisten en ziekenhuizen onvoldoende gemotiveerd zijn om de kosten van medische zorg te minimaliseren.

Hij brengt tegen deze stelling in dat vanuit artsenorganisaties wel degelijk kostenbewustzijn wordt getoond; dit is onder andere zichtbaar in beleidsstukken van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst en de Landelijke Specialisten Vereniging. Maar: aan deze uitingen van de wil om de kosten te beheersen wordt jammer genoeg weinig aandacht besteed. In de publieke opinie overheerst de aandacht voor de discussie over de hoogte van het artseninkomen.

Met betrekking tot het ontbreken van een stimulans voor de individuele arts tot efficiënt werken, merkt *dr. W.H. Cense*, voorzitter van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst op, dat één ding in deze discussie vaak wordt vergeten. Met de omschakeling van open-eind-financiering van de gezondheidszorg naar budgetfinanciering, werden artsen gedwongen efficiënter te werken. Tegelijkertijd bleef echter de druk op de artsen vanuit de vraagkant bestaan. De artsen zijn zodoende in een spanningsveld komen te staan van enerzijds kostenminimalisatie en anderzijds verrichtingenmaximalisatie.

Albeda antwoordt dat hij niet heeft willen stellen dat kostenbewustzijn bij artsen ontbreekt. Hij heeft er slechts op willen wijzen dat er vanuit de organisatie van onze gezondheidszorg voor iedere arts afzonderlijk weinig stimulans uitgaat om bij zijn handelen rekening te houden met de kosten die ermee gepaard gaan. De ervaring leert dat in een dergelijke situatie het marktmechanisme als instrument om kostenbewustzijn en kostenbewust handelen te bevorderen, goede diensten kan bewijzen.

Wanneer concurrentie in de gezondheidszorg een rol gaat spelen zal een aantal functies efficiënter verlopen, denk bijvoorbeeld aan de hotelfunctie van een ziekenhuis.

Met beperkte introductie van het marktmechanisme bedoelt *Albeda* dat op één of andere manier concurrentie tussen verschillende marktpartijen binnen de gezondheidszorg een rol gaat spelen. Deze situatie moet worden onderscheiden, zo benadrukt *mevrouw M.A. Müller-van Ast*, Tweede Kamerlid voor de PvdA, van commerciële gezondheidszorg, waarbij het winststreven op de voorgrond staat.

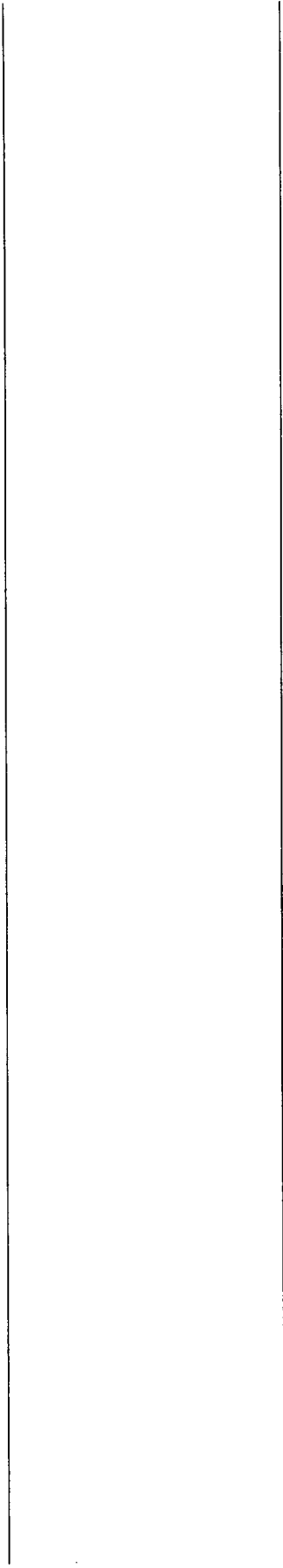
Albeda heeft in zijn inleiding gesteld dat in Nederland armoede in absolute zin niet aanwezig is, maar wel in termen van een achterstandssituatie, een situatie waarin sommige groepen achterblijven bij de rest van de samenleving.

Dr. A.L. Den Broeder, plaatsvervangend directeur-generaal voor Sociale Zekerheid, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, merkt ten aanzien van dit armoedebegrip op dat de situatie in Nederland in zijn ogen het meest benaderd wordt met de term "relatieve deprivatie". Er zijn groepen die zich arm voelen omdat ze zich beneden de algemeen geaccepteerde welvaartsnorm bevinden, en ze het gevoel hebben dat ze minder bezitten dan waar ze recht op hebben in een land waarin ons welvaartspeil is bereikt. Den Broeder wijst erop dat een aantal groepen die zich al in een achterstandssituatie bevinden, er bovendien met het huidige kabinetsbeleid nog verder op achteruit gaan. Bovendien zijn het juist die groepen die in deze conferentie centraal staan, als zijnde de meest ongezonden in onze samenleving.

Dahlgren voegt hier aan toe dat de gezondheidstoestand van het individu gehanteerd kan worden als indicator voor de armoede waarin deze zich bevindt. De gezondheidstoestand wordt immers deels bepaald door de omstandigheden, bijvoorbeeld de woon- en werksituatie, waarin een individu zich bevindt.

Hoe moet, zo vraagt *Den Broeder* vervolgens aan Albeda, de concurrentie die de commissie-Dekker voor ons ziektekosten-verzekeringstelsel zal voorstellen, beoordeeld worden, met het oog op het voorkomen van het zich steeds meer opstapelen van problemen binnen de zwakste groepen? Gaat dit beleid niet lijnrecht in tegen pogingen om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen?

Albeda antwoordt dat hij van mening is dat wanneer het marktmechanisme de gezondheidszorg wordt binnengeloodst, als randvoorwaarde gesteld moet worden dat dit niet mag leiden tot vergroting van verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische status-groepen. Ongelijkheid binnen de Nederlandse gezondheidszorg wordt niet acceptabel geacht, ook door Albeda niet, vooral omdat deze vorm van ongelijkheid, in tegenstelling tot bijvoorbeeld ongelijkheid in inkomen, geen functie heeft.



**III. GEZONDHEIDSVERSCHILLEN EN SOCIAAL-ECONOMISCHE
STATUS; EEN TERREINVERKENNING**

J. van Londen

Het thema gezondheidsverschillen nodigt uit tot verstrekkende gedachten. Het is nodig om ons inzicht in dit moeilijke vraagstuk van gelijkheid en ongelijkheid te verdiepen, en het is nodig dat velen uit de samenleving, en niet alleen de overheid, zich daarmee bezighouden. Na de voorafgaande inleidingen en discussie moeten we nu een aantal onderwerpen nader bezien, en wel met z'n allen. U weet het: het parool is dat de overheid terugtreedt. De overheid moet meer plaatsmaken voor de markt. Eens te meer zal er dan aandacht moeten zijn voor gelijkheid en ongelijkheid.

De Nota 2000, die door de vorige staatssecretaris werd uitgebracht, is de aanzet geweest voor de discussie welke wij deze dagen met elkaar hebben. Op de achtergrond van die Nota stond een document van de Wereldgezondheidsorganisatie, dat sprak over "Health for All by the year 2000". Toen wij die Nota 2000 vorm gaven en schreven, konden wij niet vermoeden hoeveel aandacht het thema gelijkheid, ongelijkheid en verschillen inmiddels zou krijgen. In de Nota 2000 stond immers slechts een zeer bescheiden hoofdstuk over dit onderwerp. Inmiddels heeft een aantal van U het advies van de Gezondheidsraad over de grenzen van de zorg kunnen lezen, waarin de gelijkheid als een van de hoofdcriteria fungeert om een goed stelsel van zorg aan af te meten. Twee weken geleden verscheen een speciaal nummer van Economisch Statistische Berichten naar aanleiding van een dag welke door het Nederlands Gesprek Centrum georganiseerd was. Wij kunnen ons dan ook gelukkig prijzen met de huidige bijeenkomst waarvoor de WRR een van de initiatiefnemers is geweest.

Ik sprak U al even over de overheid. Waar komt die zorg over gelijkheid en verschillen vandaan? Zou er meer ongelijkheid, *ongerechtvaardigde* ongelijkheid bedoel ik, ontstaan indien we het huidige stelsel op zijn beloop lieten? Zou dat een zodanig onbetaalbaar stelsel worden dat daar als het ware automatisch ongelijkheden in zouden zijn ingebakken? Dat zouden ongelijkheden zijn die tot de uitdrukking komen in ongelijke toegang tot de zorg, resulterend in ongelijke gezondheid. Wellicht is dat het huiveringwekkende beeld dat de regering voor ogen stond toen zij advies vroeg over de grenzen van de zorg, en zij de commissie Dekker installeerde. Ik bedoel de commissie Dekker die over de Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg gaat. Tegenover dat beeld van die verder oprukkende overheid wordt de laatste maanden een ander beeld geplaatst. U heeft het kunnen lezen in rapporten van wetenschappelijke bureau's van politieke partijen. In die rapporten komen meer marktgerichte benaderingen aan de orde. Ook bij de opdracht aan de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg werd gesproken over dit soort benaderingen. Bij die opdracht is het woord ongelijkheid niet gevallen. Dat is onze zorg voor vandaag, omdat je natuurlijk moet uitsluiten dat in marktverhoudingen alleen de beurs, ik bedoel de portemonnee, kan werken. Dat creëert ongelijkheid.

U ziet dus: grenzen enerzijds, ongelijkheid anderzijds. Ik heb me afgevraagd waar die vermeerderde aandacht plotseling vandaan komt. Vanuit mijn achtergrond in de psychiatrie zal het U niet verbazen dat ik U een hypothese uit die sfeer zou willen voorleggen. Met de grotere nadruk op denivellering en individuele prestatie, zelfzorg, eigen verantwoordelijkheid en wat dies meer zij, zijn we ons ook, wellicht wat calvinistisch en schuldbewust voorzichtig gaan afvragen of we dan geen onrecht doen aan de rechtvaardigheid. Vanuit die schuldbewuste gedachte krijgen wij vervolgens weer oog voor de hoegrootheid van de verschillen. Het mag "niet te veel" zijn, en alleen "met mate". Eigenlijk zouden we ons doel alleen willen bereiken door het zoveel mogelijk optrekken van de ondergrens uit alle statistieken van gezondheid en ongezondheid. In Engeland is wel eens gezegd: "Zolang er bij de lagere sociaal-economische klassen nog meer

kinderen sterven dan in de hogere klassen, moeten we er met alle middelen naar streven om die sterftcijfers te veranderen". Dat is niet alleen een problematiek van derde-wereldlanden, maar ook voor ons.

Daarmee kom ik aan de inleiding van de onderwerpen voor vandaag. Het grote voordeel vind ik dat de focus gezondheid zelf is, en niet alleen de zorg voor die gezondheid. Vandaar dat de WRR en het Ministerie er naar gestreefd hebben diverse sprekers met diverse invalshoeken uit te nodigen. Ik wil niet zeggen dat WVC hier buiten zijn oevers treedt, maar het is toch wel een bredere, meer intersectorale blik dan gebruikelijk. Dat is een blik die aansluit bij de internationale tendens.

Allereerst zult U van de heer Mackenbach enig algemeen inzicht krijgen in een verzameling feiten die wellicht een probleem vormen, namelijk ongelijkheden in gezondheid en in zorg. De tweede spreker, mw. Spruit, sluit enigszins aan bij de benadering uit de Nota 2000, doordat zij op één van de determinanten van ongezondheid ingaat. Haar betoog, voor zover ik daarvan al kennis heb kunnen nemen, beoogt een illustratie te zijn van hoe moeilijk bepaalde simpel lijkende verbanden al kunnen zijn, en welke maatregelen we desniettemin kunnen nemen. Zij heeft in ieder geval een zeer relevante determinant gekozen.

Professor Allegro zal een andere omgevingsfactor belichten, namelijk de arbeid en de gevolgen voor de gezondheid. Misschien is een enkele toelichting van mijn zijde op deze keus op zijn plaats. De interesse van het hele kabinet moet natuurlijk uitgaan naar het resultaat, in wetenschappelijke termen ook wel output geheten, namelijk gezonde mensen. Aan de zijde van het Ministerie van Sociale Zaken zijn er dan als ik het goed zie twee invalshoeken. Voor het Directoraat-Generaal van de Arbeid is een belangrijke component dat er weinig arbeidsverzuim is en dat de werknemers gezond zijn. Voor directoraten-generaal die zich meer met de sociale zekerheid bezighouden zal ongetwijfeld een belangrijke overweging zijn dat op die manier geen hoge financiële lasten opgelopen worden. Betaalbaarheid van het stelsel is ook daar in het geding. Voor het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid is een combinatie van factoren van belang: de gezondheid van de mensen, het gebruik van voorzieningen en ook voor ons, de premiedruk. Het zijn dus een aantal invalshoeken die de politieke relevantie van het onderwerp tonen.

Daarna hebben we een onderwerp gezocht dicht bij het volksgezondheidshuis: de blik van de clinicus, in dit geval professor Dunning, op ongelijkheden in de zorg. Ik ben bijzonder verheugd dat er van artsenzijde, en niet alleen aan de kant van de sociale geneeskunde, belangstelling is voor dit onderwerp. Het lijkt mij inderdaad hoognodig dat ook de specialisten en andere artsen in de curatieve sector aandacht aan ongelijkheden gaan besteden. Er is wel eens door Leenen gezegd, en hij werkt in de sociale geneeskunde als jurist: "Ze zien het niet, die clinici in mijn omgeving". Vandaag treft U er ongetwijfeld één die het wel ziet. Ik hoop dat anderen in dit opzicht in zijn voetsporen zullen treden.

Een tweede onderwerp van dicht bij huis is het verzekeringsstelsel. Bracht prof. Allegro de verbanden aan met de grote sociale zekerheid, prof. Rutten zal meer in het bijzonder ingaan op het gezondheidsverzekeringsstelsel. Op de gevolgen van bepaalde regelgeving en de voorwaarden waaraan die regelgeving met het oog op gelijkheid in gezondheid en in zorg zou moeten voldoen.

Tenslotte zal professor Van der Maas aandacht besteden aan noodzakelijk onderzoek en Van Etten aan noodzakelijke beleidsmaatregelen. Over die laatste wil ook ik een enkel ding al vast kwijt. Het zal enerzijds nodig zijn om inhoudelijk beleid te voeren om de verschillen die niet

gerechtvaardigd zijn weg te werken en om ongunstige gezondheidsstatistieken gunstiger te krijgen. Anderzijds zal het nodig zijn om onze aandacht te richten op het gebrek aan aandacht dat het onderwerp ongelijkheid nu al jaren ten deel valt. We leven tien jaar na de aanvang van de werkzaamheden aan het Engelse Black-Report, we leven tien jaar na de WRR-studie "Over sociale ongelijkheid", we leven naar ik meen al weer een jaar of vijf na de destijds geruchtmakende studie over verschillen tussen Amsterdamse woonwijken. En waarom gebeurde er dan niets na die tijd, of is dat maar schijn? Voor dat vraagstuk is dus aparte aandacht nodig.

Wij hebben vandaag een bijzonder gezelschap bijeen. Wetenschapsmensen zullen spreken met bestuurders en praktijkmensen. Allebei hebben zij een rol. Luisteren enerzijds en antwoorden en discussiëren anderzijds in een verhouding wetenschap staat tot praktijk van ongeveer 3 : 2. Uw eigen verantwoordelijkheid als maatschappelijke organisaties is in het geding, of de overheid nu terugtreedt of niet.

Ik wens U een vruchtbare discussie in dit weliswaar ongelijke, maar ik zou nog liever willen zeggen geschakeerde gezelschap. Misschien dat we aan het eind van de dag over ongelijkheid iets gelijker denken, maar de verschillen wel scherper zien.

**IV. SOCIALE ONGELIJKHEID EN VERSCHILLEN IN
GEZONDHEID; EEN OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE
ONDERZOEKSBEVINDINGEN**

J.P. Mackenbach

P.J. van der Maas

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|-------|---|----|
| | SAMENVATTING | 61 |
| 1. | INLEIDING | 61 |
| 2. | ENKELE OPMERKINGEN VOORAF | 62 |
| 2.1 | Wat is sociale ongelijkheid | 62 |
| 2.2 | Onderzoek naar het verband tussen SES en de frequentie van gezondheidsproblemen | 63 |
| 2.3 | Mogelijke verklaringen | 65 |
| 3. | HET VERBAND TUSSEN SES EN VERSCHILLENDE TYPEN GEZONDHEIDSPROBLEMEN | 66 |
| 3.1 | Verschillende "uitkomst"gegevens | 66 |
| 3.1.1 | <i>Sterfte en levensverwachting</i> | 66 |
| 3.1.2 | <i>Andere "uitkomst"gegevens</i> | 71 |
| 3.2 | Incidentie en prognose en gezondheidsproblemen | 73 |
| 3.2.1 | <i>Incidentie</i> | 73 |
| 3.2.2 | <i>Prognose</i> | 74 |
| 4. | ELEMENTEN VAN EEN VERKLARING | 74 |
| 4.1 | De invloed van selectieprocessen | 74 |
| 4.1.1 | <i>Intragenerationele sociale mobiliteit</i> | 75 |
| 4.1.2 | <i>Intergenerationele sociale mobiliteit</i> | 75 |
| 4.1.3 | <i>Trends in sociale ongelijkheid voor de dood en trends in intergenerationele sociale mobiliteit</i> | 77 |
| 4.1.4 | <i>Enkele opmerkingen over de rol van erfelijkheid</i> | 78 |
| 4.2 | De bijdrage van verschillen in leefomstandigheden | 78 |
| 4.2.1 | <i>Materiële voorzieningen in de privé-sfeer</i> | 79 |
| 4.2.2 | <i>Arbeidsomstandigheden en -verhoudingen</i> | 80 |
| 4.2.3 | <i>Gezondheidsgedrag en riskante gewoonten</i> | 82 |
| 4.2.4 | <i>Adequaat gebruik van preventieve en curatieve gezondheidszorg</i> | 83 |
| 4.2.5 | <i>Psychologische factoren</i> | 86 |
| 5. | CONCLUSIES | 86 |
| | DANKWOORD | 88 |
| | LIJST VAN NOTEN | 88 |

Samenvatting

In een groot aantal onderzoeken is aangetoond, dat in met Nederland vergelijkbare landen belangrijke verschillen in gezondheid bestaan tussen mensen met een verschillende sociale positie ("sociaal-economische status"). Deze verschillen, die vrijwel steeds in het nadeel zijn van mensen met een lagere sociaal-economische status, komen tot uitdrukking in cijfers over sterfte, chronische ziekte, handicaps, lichaamslengte, en de incidentie en mogelijk ook prognose van een aantal ziekten. Hoewel voor Nederland het bewijsmateriaal beperkt is, wijst alles erop dat deze verschillen ook in ons land bestaan.

De verklaring van deze verschillen is een gecompliceerd vraagstuk. In een in deze bijdrage daartoe ontwikkeld verklaringsmodel wordt onderscheid gemaakt tussen de bijdrage van selectieprocessen en de bijdrage van verschillen in leefomstandigheden samenhangend met de sociaal-economische status. Hoogstwaarschijnlijk spelen beide groepen factoren een rol. Resultaten van buitenlands onderzoek maken aannemelijk, dat bij selectieprocessen vooral gedacht moet worden aan de invloed van de gezondheid (of met de gezondheid nauw samenhangende factoren) op de sociale mobiliteit van mensen. Bij verschillen in leefomstandigheden moet gedacht worden aan een aantal, voor de gezondheid belangrijke zaken als de materiele voorzieningen in de prive-sfeer (duurzame consumptiegoederen, woning enz.), arbeidsomstandigheden, riskante gewoonten, en het gebruik van preventieve en curatieve gezondheidszorg. Deze lijken alle een rol te spelen. De bijdrage van psychologische factoren is minder duidelijk.

Elk van de genoemde factoren levert een aandachtspunt voor het gezondheidsbeleid op, dat juist in dit verband de traditionele grenzen van het beleidsterrein volksgezondheid overschrijdt.

1. Inleiding

"Een menselijke samenleving zonder verdelingsvraagstukken is nauwelijks denkbaar", luidt de eerste zin van een inmiddels 10 jaar oud rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid "Over sociale ongelijkheid"¹. De waardering van een ongelijke verdeling van kennis, inkomen, arbeid, bezit en macht verschilt echter sterk. Enkele politieke stromingen vinden zelfs hun oorsprong in opvattingen over sociale ongelijkheid². Het vroege liberalisme zette zich in voor ongelijkheid gebaseerd op individuele prestatie. Het traditionalisme/conservatisme beriep zich op de continuïteit van de erfelijke standenongelijkheid. Het egalitarisme, één van de wortels van socialisme en communisme, verwierp juist elk van beide vormen van sociale ongelijkheid.

Een aspect van sociale ongelijkheid dat, buiten een kleine kring van deskundigen, niet zo erg in de belangstelling staat, is de samenhang met ongelijkheid in gezondheid. Mensen met een hogere sociale positie zijn in het algemeen gezonder dan mensen met een lagere sociale positie, en leven dan ook gemiddeld langer. Dit is een bijzonder hardnekkig verschijnsel, dat ook met de komst van de verzorgingsstaat niet verdwenen is.

In die verzorgingsstaat is een gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor alle groepen in de bevolking een belangrijk principe. In Nederland en vele andere landen heeft men daarom "sociale" ziektekostenverzekeringen opgericht (de Nederlandse ziekenfondsen dateren al van 1941). In enkele landen is men zelfs verder gegaan. Zo is in 1946 de Britse gezondheidszorg genationaliseerd³. In de Verenigde Staten is vooral tijdens de regering Johnson een groot aantal maatregelen op dit terrein genomen; de oprichting van Medicare en Medicaid (ziektekostenvergoedingsstelsels voor ouderen resp. armen) werd daar geflankeerd door onder meer de instelling van "neighborhood health centers" en de

uitvoering van speciale programma's voor moeder- en kindzorg⁴. Hoewel er geen twijfel over hoeft te bestaan dat door deze en andere maatregelen de medische consumptie van de lagere inkomensgroepen sterker gestegen is dan die van de gehele bevolking^{5,6}, bestaan de verschillen in gezondheid gewoon voort. Deze situatie is in Engeland recent weer sterk in de aandacht gebracht door de publicatie van het zgn. Black Report⁷.

Nederland heeft op het gebied van onderzoek naar de relatie tussen sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen maar een bescheiden traditie^{8,9}. Toch staat onomstotelijk vast dat ook in Nederland verschillen in sociale positie samengaan met verschillen in gezondheid. Met de bedoeling een goede basis te leggen voor discussies over mogelijk onderzoek én mogelijk beleid ten aanzien van dit verschijnsel, wordt in deze bijdrage een overzicht gegeven van de "stand van de wetenschap" op dit moment (1987). We zullen proberen de volgende vragen te beantwoorden:

1. Wat is er in beschrijvende zin bekend over de relatie tussen sociale positie en gezondheidsproblemen?
In dit verband zullen we ingaan op: de onderlinge relatie tussen verschillen in sterfte, incidentie (nieuwe gevallen van een aandoening per tijdseenheid) en prognose (beloop van de aandoening); uitzonderingen op de relatie hogere sociale positie/minder ziekte; en de ontwikkeling van de verschillen in de tijd (par. 3).
2. Welke factoren dragen bij aan het verband tussen sociale positie en gezondheidsproblemen?
Hierbij zullen we aandacht besteden aan zowel de bijdrage van selectieprocessen als de bijdrage van ongunstige leefomstandigheden (par. 4).
3. Wat is met behulp van beschikbare kennis te zeggen over de mogelijkheid de verschillen in gezondheid naar sociale positie te verminderen?
Deze laatste vraag is tegelijk de belangrijkste én de moeilijkste. Hoewel onze kennis de nodige lacunes heeft, is het wel degelijk mogelijk enkele algemene lijnen aan te geven (par. 5).

Bij de samenstelling van dit overzicht hebben we het terrein van de psychische stoornissen geheel buiten beschouwing moeten laten, hoewel ook voor deze gezondheidsproblemen een samenhang met sociale positie bestaat^{10,11}. Verder zijn we, door de genoemde bescheiden bijdrage van Nederland aan dit onderzoeksterrein, gedwongen veel van buitenlandse onderzoeksresultaten gebruik te maken. Waar mogelijk zijn de illustraties echter zoveel mogelijk aan Nederlands materiaal ontleend.

2. Enkele opmerkingen vooraf

2.1. Wat is sociale ongelijkheid?

Veel begerenswaardige zaken zijn in de Nederlandse en andere samenlevingen ongelijk verdeeld: opleiding, werk, inkomen, macht en bezit zijn daarvan belangrijke voorbeelden. Ingewikkelde verdelingsprocessen zorgen ervoor dat de één een hogere opleiding, een betere baan, een hoger inkomen en/of meer maatschappelijke invloed en bezittingen heeft dan de ander. Die verdelingsprocessen zijn ingewikkeld, omdat de genoemde elementen niet alleen in zichzelf begerenswaardig zijn, maar veelal ook een middel vormen met behulp waarvan één van de andere elementen kan worden verworven: opleiding kan een middel zijn om aan een goede baan te komen; een goede baan leidt veelal tot een goed inkomen, en door de opgedane kennis, ervaring en contacten tot meer maatschappelijke invloed; en een hoog inkomen vergroot de mogelijkheden tot vermogensvorming¹. Doordat ouders met deze middelen invloed kunnen uitoefenen op de uitkomst van die verdelingsprocessen voor hun kinderen, verschillen bovendien de startposities aanzienlijk.

De verdeling van de elementen opleiding, werk, inkomen, macht en bezit brengt ook een bepaalde structuur in de samenleving. De positie die personen in die verschillende verdelingen innemen is bepalend voor hun positie ten opzichte van elkaar; voor hun maatschappelijk aanzien of "status"; voor de sociale rangorde. Met "sociale ongelijkheid" wordt bedoeld dat mensen in die rangorde verschillende plaatsen bezetten. De resulterende gelaagdheid van de samenleving wordt aangeduid met de term "sociale stratificatie"¹.

In sociaal-medisch onderzoek wordt veel van het begrip "sociaal-economische status" (verder af te korten als SES) gebruik gemaakt. Wij zullen dat in deze bijdrage ook doen, onder andere omdat in deze terminologie de onderlinge verwevenheid tussen de economische en de sociale dimensie goed tot uitdrukking wordt gebracht. De in deze onderzoekstraditie meest bekende operationalisatie van sociaal-economische status (verder af te korten als SES) is een classificatie op basis van het beroep, die ontworpen is voor de Britse Registrar General voor de analyse van demografische gegevens (tabel 2.1).

Tabel 2.1 In Engeland gebruikelijke indeling van beroepen naar SES

| Titel | Voorbeelden van beroepen | % van mannelijke bevolking |
|-------------------------|--|----------------------------|
| I Professional | Accountant, arts, jurist | 5 |
| II Intermediate | Manager, verpleegkundige, onderwijzer | 18 |
| IIIN Skilled non-manual | Beambte, secretaresse, winkelbediende | 12 |
| IIIM Skilled manual | Buschauffeur, slager, timmerman | 38 |
| IV Partly skilled | Landbouwer, busconducteur, postbezorger | 18 |
| V Unskilled | Schoonmaker, havenarbeider, handarbeider | 9 |

Bron: ref. 2, pag. 18

Beroepen zijn in deze classificatie geordend naar maatschappelijk aanzien. Voor de indeling van kinderen en gehuwde vrouwen wordt veelal van het beroep van vader/echtgenoot gebruik gemaakt. Onlangs is overigens aan het licht gekomen, dat bij de totstandkoming van deze classificatie enige manipulatie heeft plaatsgevonden. Om te bereiken dat min of meer "gladde" gradiënten van bijvoorbeeld sterftcijfers zouden resulteren, heeft de ontwerper van deze classificatie in de jaren twintig, in strijd met de wetenschappelijke zeden, ook de hoogte van de zuigelingensterfte als indelingscriterium gebruikt³.

Behalve deze classificatie worden nog vele andere indelingen gebruikt, waarbij behalve het beroep ook opleiding en inkomen als criterium veelvuldig voorkomen^{4,5}. Ook is het mogelijk met behulp van het woonadres en een indeling van kleine woongebieden naar gemiddelde SES een benaderende indeling van individuen te maken⁶. Hoewel tussen de verschillende kenmerken op individueel niveau in het algemeen een flinke correlatie bestaat, kan de ene indeling naar SES toch tot enigszins andere verbanden met de gezondheidstoestand leiden dan de andere⁴. Het ontbreken van een theoretisch gefundeerd concept van sociale stratificatie, op grond waarvan met goede gegevens een zorgvuldige indeling naar SES plaatsvindt, is aan te merken als één van de zwakke punten in deze onderzoekstraditie⁷.

2.2. Onderzoek naar het verband tussen SES en de frequentie van gezondheidsproblemen.

De bekendste gegevens over het verband tussen SES en gezondheidsproblemen zijn afkomstig uit de Engelse "Occupational Mortality"-studies^{8,9}. Hierin worden, op basis van de in tabel 2.1 weergegeven indeling,

verschillen in sterfte tussen SES-groepen geanalyseerd. Aan deze studies kleven twee belangrijke problemen.

1. Voor het berekenen van sterftcijfers naar SES is uiteraard zowel een teller (overledenen) als een noemer ("person-years-at-risk") nodig. Zowel de overledenen als de "person-years-at-risk" (de omvang van de bevolking) moeten worden ingedeeld naar SES. Voor de teller gebeurt dat in deze studies met behulp van gegevens afkomstig uit de aangifte van overlijden (vaak informatie van verwanten). Voor de noemer gebeurt dat met behulp van gegevens afkomstig uit volkstellingen (informatie van de betrokkene zelf). Door dit verschil in herkomst van de gegevens ontstaat een mogelijkheid van vertekening ("teller/noemer bias")⁹.

Een voorbeeld hiervan is het volgende. Als personen zonder werk (hetzij door werkloosheid, hetzij door chronische ziekte) overlijden, wordt bij de aangifte daarvan veelal het laatst uitgeoefende beroep vermeld. Bij de volkstelling geven deze mensen zich, dankzij de zorgvuldige vraagstelling op de formulieren, op als "zonder werk". Bij de berekening van de sterftcijfers worden deze mensen nu in de teller meegeteld bij de SES-groep van hun laatste beroep, in de noemer bij een restrubriek "zonder werk". Aangezien mensen uit de lagere beroepsklassen een grotere kans hebben al dan niet door ziekte "zonder werk" te raken (en werkloosheid weer samengaat met grotere sterftekansen), leidt dit mechanisme tot overschatting van de, overigens wel bestaande, sterfteverschillen naar SES¹⁰.

2. Door in de teller uit te gaan van het laatst uitgeoefende beroep, en in de noemer van het actuele beroep, is het in deze studies niet mogelijk het effect van bepaalde selectie uit te sluiten dan wel na te gaan. Zowel het laatst uitgeoefende als het actuele beroep kunnen tot stand zijn gekomen onder invloed van gezondheidsproblemen: iemand die ziek is, daalt wellicht op de sociale ladder (zie ook paragraaf 4.1.).

Om deze 2 problemen op te lossen is een longitudinale onderzoeksoepzet (een prospectieve cohortstudie) nodig. De Engelse OPCS Longitudinal Study is hiervan een voorbeeld¹¹. Hierin wordt een steekproef van 1% van de Engelse bevolking sinds de volkstelling van 1971 vervolgd. Omdat bij overlijden van een lid van de steekproef voor het beroepsgegeven gebruik wordt gemaakt van de volkstellingsgegevens, is teller/noemer-bias onmogelijk. Omdat beroepsgegevens van inmiddels meer dan 10 jaar geleden met de sterfte in verband gebracht kunnen worden, is de werking van de bedoelde selectieprocessen ook uitgeschakeld (en zelfs te bestuderen, zie par. 4.1.1.).

Bij voorkeur zou voor de analyse van verschillen in sterfte tussen SES-groepen dan ook van deze en andere longitudinale onderzoeken gebruik moeten worden gemaakt. Toch zullen we in deze bijdrage veelvuldig "Occupational Mortality"-gegevens presenteren, omdat deze op veel grotere aantallen zijn gebaseerd en daardoor een veel gedetailleerder beeld van doodsoorzaken kunnen geven. Omdat in het laatste "Occupational Mortality"-rapport⁹ vanwege de mogelijk sterk toegenomen teller/noemer-bias weinig gegevens naar SES worden gepresenteerd, zullen we meestal teruggrijpen op gegevens uit het begin van de jaren zeventig⁸.

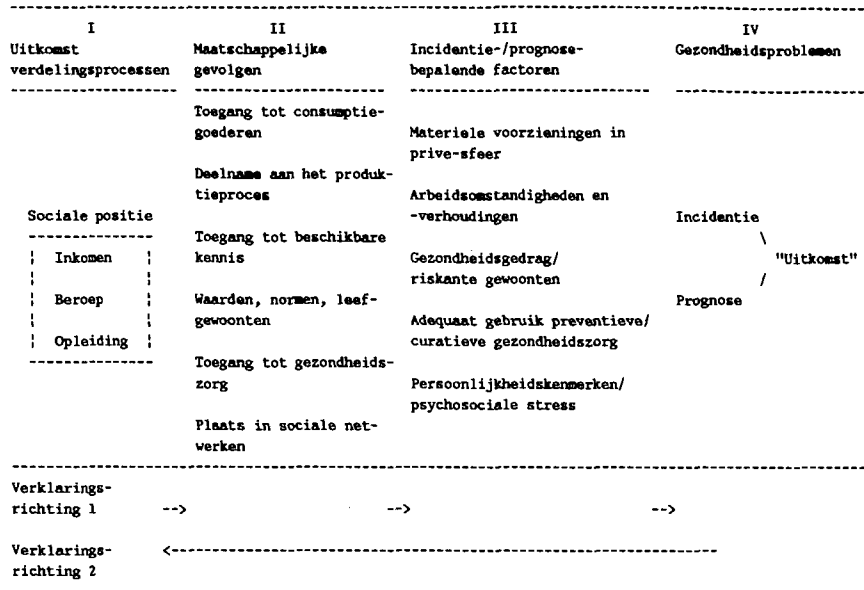
Met sterftcijfers kan uiteraard geen volledig beeld van verschillen in gezondheid tussen SES-groepen worden gegeven. Sterftcijfers zijn de resultante van de incidentie van (bepaalde) gezondheidsproblemen, en de kans om aan die problemen te overlijden. Behalve tot sterfte kunnen gezondheidsproblemen ook tot andere uitkomsten leiden, zoals handicaps en chronische ziekte. Over al deze aspecten is informatie nodig, wanneer

we ons een beeld willen vormen van verschillen in de frequentie van gezondheidsproblemen.

2.3. Mogelijke verklaringen

Hoe moeten we ons het verband tussen SES en gezondheidsproblemen voorstellen? Dat verband is ingewikkelder dan dat tussen bijvoorbeeld roken, voeding en milieuverontreiniging en gezondheid, omdat SES zich als het ware verder "terug" bevindt in causale ketens¹². Tussen SES, of de afzonderlijke elementen opleiding, werk, inkomen enz., en gezondheidsproblemen moeten meer specifieke omstandigheden aan het werk zijn. Figuur 2.1. is een poging deze in kaart te brengen.

Fig. 2.1 Een mogelijk verklaringsmodel voor de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen



In deze figuur worden 4 niveaus onderscheiden, die van algemeen (I: uitkomst verdelingsprocessen) naar specifiek (IV: gezondheidsproblemen) gaan. De sociale positie, of de elementen die tot sociale positie aanleiding geven, heeft een aantal gevolgen, die voor de gezondheid van belang kunnen zijn (II: maatschappelijke gevolgen: voor de gezondheid potentieel van belang zijnde leefomstandigheden). Deze op hun beurt kunnen concrete gevolgen hebben voor materiële, psychologische enz. omstandigheden die rechtstreeks met processen van gezondheid en ziekte in verband staan (III: incidentie-/prognosebepalende factoren).

Behalve verbanden die van SES naar gezondheidsproblemen lopen, zijn ook andere mechanismen denkbaar, met name selectieprocessen. Wanneer de uitkomst van maatschappelijke verdelingsprocessen (kolom I) mede bepaald wordt door de gezondheid, of door met de gezondheid nauw samenhangende factoren, ontstaat als vanzelf een samenhang tussen SES en gezondheid, die echter niet in termen van door SES "veroorzaakte" leefomstandigheden moet worden geïnterpreteerd¹³.

De weinig "proximale" positie van SES ten opzichte van de gezondheidstoestand (hoeveel eenvoudiger ligt dit niet bij roken!) heeft enkele belangrijke gevolgen:

1. Door de grote "afstand" tussen SES en gezondheidsproblemen is de relatie minder consistent dan die tussen meer concrete omstandigheden als roken, voeding en milieuverontreiniging en de gezondheid. Dit

wordt goed geïllustreerd door het feit dat in Engeland de relatie tussen SES en sterfte juist bij aandoeningen van de ademhalingsorganen sterk opvalt, en in Frankrijk bij levercirrhose¹⁴. Toepassing van de bevindingen uit het ene, op de situatie in een ander land moet dan ook met voorzichtigheid geschieden.

2. Doordat SES met een groot aantal levensomstandigheden samenhangt, is de specificiteit van de relatie met gezondheidsproblemen gering¹². De verbanden waaieren als het ware uit, en een breed scala van gezondheidsaspecten blijkt een vergelijkbaar verband met SES te vertonen. Sommigen denken dit verschijnsel te moeten verklaren uit het feit dat mensen in lagere SES-groepen in het algemeen "vatbaarder" zijn voor ziekte, bijvoorbeeld door een met achterstandssituatie samenhangende stress^{15, 16}. Wij geven echter de voorkeur aan meer specifieke verklaringen, en zien de weinig "proximale" positie van SES als oorzaak voor het grote aantal associaties.
3. Een eenvoudig oorzaak-gevolg denken is in de meeste gevallen niet mogelijk. Weliswaar scheidt het inkomen bepaalde randvoorwaarden voor, wat in figuur 2.1 heet, de materiële voorzieningen in de privésfeer, maar de in een sociale groep heersende waarden/normen/gewoonten bepalen hoe mensen binnen die randvoorwaarden hun geld precies besteden. Wisselwerkingen tussen verschillende in het schema onderscheiden elementen compliceren de verklaring aanzienlijk. Om die reden is ook afgezien van een gedetailleerde invulling met "pijl-tjes".

Hoewel het voor het verwerven van meer inzicht noodzakelijk is de verschillende mechanismen te ontwarren, verliest het achtergrondkenmerk SES daarmee niet zijn informatieve waarde. Juist doordat verschillende ongunstige omstandigheden zich in bepaalde bevolkingsgroepen concentreren en elkaar versterken, is sociale ongelijkheid voor het gezondheids(zorg)beleid een belangrijk gegeven.

3. Het verband tussen sociaal-economische status en verschillende typen gezondheidsproblemen

3.1. Verschillende "uitkomst"-gegevens

Einduitkomsten waarover onderzoeksgegevens beschikbaar zijn, zijn sterfte en levensverwachting (par. 3.1.1.), (prevalentie van) chronische ziekten en handicaps (par. 3.1.2.) en lichaamslengte (par. 3.1.3.).

3.1.1. Sterfte en levensverwachting

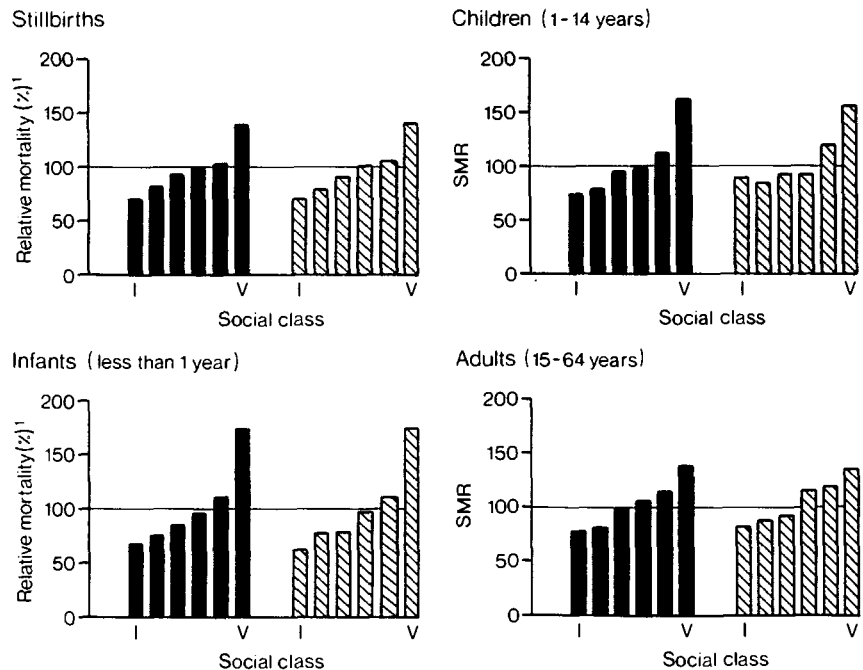
"Occupational mortality", Engeland/Wales, 1970-72¹.

Globale gegevens over de relatie tussen SES en sterfte, zonder onderscheid naar doodsoorzaak, zijn weergegeven in figuur 3.1 (p. 67).

Er bestaat, in alle onderscheiden leeftijdsgroepen, een negatieve samenhang tussen "sociale klasse" en de hoogte van de sterfte (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw): hoe "lager" de sociale klasse, des te hoger de sterfte. De samenhang is tamelijk sterk (vrijwel steeds heeft van twee aangrenzende sociale klassen de laagste een hogere sterfte) en de gradiënt is tamelijk steil (voor 15-64 jarige mannen is de sterfte in klasse V ruim anderhalfmaal zo groot als in klasse I).

Wanneer de in 1970-72 waargenomen sterftetekansen in de leeftijdscategorieën van 0-64 jaar als uitgangspunt worden genomen, en wanneer wordt aangenomen dat na het 65ste jaar de sterfte in klasse I 20% lager en in klasse V 20% hoger dan gemiddeld is, kan worden berekend dat de

Fig. 3.1 Sterfte naar SES-groep, leeftijd en geslacht, Engeland, 1970-72
(Zwart = mannen; gearceerd = vrouwen)



SES-groep: zie tabel 2.1
Bron : ref. 1, pag. 196

¹ Ratios of rates for the social class to the rates for all males (females)

gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor iemand uit klasse I 72.19 jaar is, en voor iemand uit klasse V 65.02 jaar ¹.

Wanneer de sterfte wordt onderscheiden naar doodsoorzaak, dan blijkt deze negatieve samenhang voor vrijwel alle categorieën te bestaan. Zeer steile gradiënten worden gezien voor de hoofdgroepen "Infectieziekten", "Respiratoire aandoeningen", en "Ongevallen, vergiftigingen, geweld".

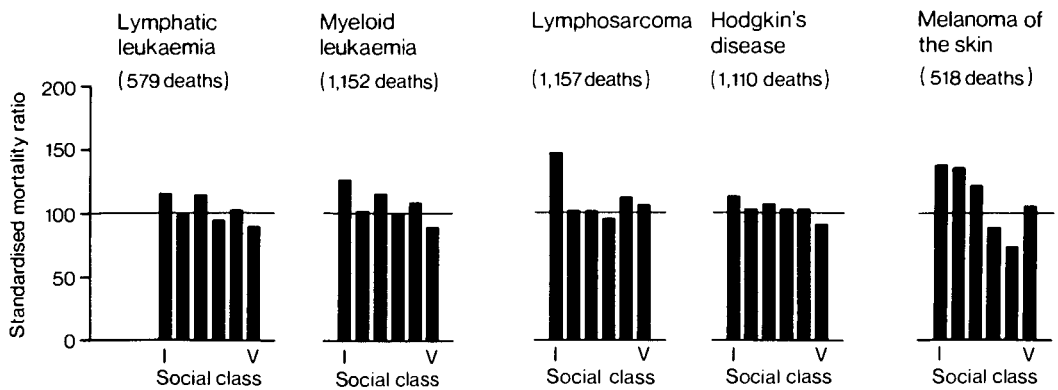
Er zijn echter ook uitzonderingen. Voor een aantal aandoeningen wordt geen duidelijk verband tussen sterfte en "sociale klasse" aangetroffen, bijvoorbeeld voor kanker van colon en pancreas. Voor enkele andere wordt een positief verband aangetroffen (hoe "hoger" de "sociale klasse", des te hoger de sterfte). De belangrijkste daarvan zijn een aantal vormen van kanker: maligne melanoom van de huid, borstkanker, hersenkanker, testiskanker, de ziekte van Hodgkin en bepaalde vormen van leukemie. Daarnaast wordt dit "omgekeerde" verband aangetroffen bij kindersterfte tengevolge van astma. Enkele voorbeelden van positieve samenhangen zijn weergegeven in figuur 3.2 (p. 68).

Gegevens uit andere sterftestudies

Behalve deze Engelse "Occupational mortality"-gegevens zijn in de internationale literatuur nog vele andere gegevens over sterfteverschillen naar sociaal-economische status beschikbaar. De studies waaruit deze afkomstig zijn laten zich indelen in twee typen ³ (vgl. par. 2.2):

1. Studies volgens de "Occupational Mortality"-opzet, waarbij het beroepsgegeven van de overledene van de doodsoorzaakverklaring afkomstig is. Behalve in Engeland ^{1, 4} zijn dergelijke studies uitgevoerd in Finland ⁵, Nieuw Zeeland ⁶ en Australië ⁷. In Nederland is rond de volkstelling van 1960 een vergelijkbare poging gedaan ⁸.

Fig. 3.2 Voorbeelden van aandoeningen waarvoor de sterfte hoger is in hogere SES-groepen, Engeland, 1970-72. Mannen, 15-64 jaar



SES-groep: zie tabel 2.1

Bron : ref. 1, figuur 4.9

2. "Longitudinale" studies waarbij het beroepsgegeven door koppeling met volkstellingsgegevens tot stand komt, of anders gesteld, waarbij (een steekproef uit) de bij de volkstelling ingedeelde bevolking over een aantal jaren vervolgd wordt. Dergelijke studies zijn/worden uitgevoerd in Engeland⁹, Frankrijk¹⁰, Denemarken¹¹, Noorwegen¹² en Finland¹³.

Een beknopt overzicht van de resultaten van deze studies, voor zover het de sterfte (alle doodsoorzaken) van mannen tussen (meestal) 15 en 64 jaar betreft, is opgenomen in tabel 3.1 (p. 69).

Vergelijkingen tussen landen worden bemoeilijkt door:

- verschillen in de gebruikte classificatiesystemen (de verdeling van specifieke beroepen over SES-groepen kan uiteenlopen);
- verschillen in behandeling van "bijzondere" groepen, zoals allochthonen, werklozen, boeren (in Frankrijk zijn allochthonen buiten de studie gelaten, in Engeland niet; in Denemarken zijn zelfstandige boeren ingedeeld in klasse 1-2, in Finland in een (niet in de tabel opgenomen) afzonderlijke klasse).

Toch is interessant dat het verband tussen SES-groep en sterfte zoals dat in de Engelse "Occupational Mortality"-cijfers wordt aangetroffen, in andere studies niet zo fraai wordt teruggevonden. De vloeiende gradiënt die we in deze Engelse gegevens zagen, zien we eigenlijk nergens terug.

Dit geldt in de eerste plaats voor de Engelse Longitudinale Studie. Deze levert, zoals in par. 2.2. uiteengezet, meer valide gegevens op over het verband tussen SES-groep en sterfte. Het is belangrijk om te constateren dat niet alleen de gradiënt minder vloeiend is, maar ook de verschillen tussen de beide uiterste groepen (I en V) kleiner dan in de "Occupational Mortality"-gegevens van 1970-72. De verschillen in de "Occupational Mortality"-gegevens van 1979-83 zijn nog groter dan die in 1970-72. Dit wordt toegeschreven aan een toename van de teller/noemer-bias, door veranderingen in de registratie van beroepen in de volkstelling van 1981⁴.

In grote trekken is overigens de situatie in alle landen waarover in tabel 3.1. gegevens vermeld zijn hetzelfde: de sterfte is hoger in de lagere SES-groepen. Dit gold ook voor Nederland rond 1960: arbeiders hadden een hoger dan gemiddelde sterftetekans (indexcijfer 107), employés, ambtenaren en vrije beroepen een lagere (indexcijfer 95). Het belangrijkste recente

Nederlandse onderzoek naar sterfteverschillen tussen SES-groepen is het *Vergelijkend Buurtonderzoek uit Amsterdam*. Tussen Amsterdamse stadsbuurten bleken belangrijke sterfteverschillen te bestaan: hoe lager de "gemiddelde" SES, des te hoger de sterfte (en des te hoger de frequentie van ziekenhuisopname en arbeidsongeschiktheid) ¹⁴.

Ontwikkeling van de verschillen in de tijd

In de negentiende eeuw bestonden grote sterfteverschillen naar sociaal-economische status, tot uitdrukking komend in enorme verschillen in gemiddelde levensverwachting. Een analyse van de gemiddelde leeftijd van overledenen (overigens een gebrekkige maat voor de levensverwachting) in een voorstad van Londen in 1839 bracht aan het licht dat "gentlemen, professional men and their families" bij overlijden een gemiddelde leeftijd van 45 jaar hadden, en "mechanics, servants, labourers and their families" een van 16 jaar ¹⁵. In het begin van de jaren dertig was de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor Engelse mannen van SES-groep I 63.1 jaar, en van klasse V 55.7 jaar ¹⁵. Zoals we al vermeldden was de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte in 1970-72 72.1 resp. 65.0 jaar ¹.

Tabel 3.1 Sterfteverschillen in een aantal landen, mannen van circa 15-64 jaar (indexcijfers, het gemiddelde voor ieder land is op 100 gesteld).

| | SES-groep | | | | | | Ref. |
|---------------------------------------|-----------|----------|------------|-------------|-----------|-----------|------|
| | Hoog | | | Laag | | | |
| "Occupational mortality"-opzet | | | | | | | |
| Engeland/Wales 1970-72 | I 77 | II 81 | IIIN 99 | IIIM 106 | IV 114 | V 137 | (1) |
| Engeland/Wales 1979-83 | I 66 | II 76 | IIIN 94 | IIIM 106 | IV 116 | V 165 | (4) |
| Finland 1969-72 | I 78 | | II 95 | III 92 | | IV 148 | (5) |
| Nieuw-Zeeland 1974-78 | I 87 | II 84 | IIIN 92 | IIIM 103 | IV 107 | V 187 | (6) |
| Australië 1970-72/75-77 | A 70 | | B 90 | | C 89 | D 131 | (7) |
| Nederland 1959-61 | | | 95 | | 107 | | (8) |
| Longitudinale opzet | | | | | | | |
| Engeland/Wales 1971-75 | I 83 | II 80 | IIIN 89 | IIIM 93 | IV 93 | V 116 | (9) |
| Frankrijk 1975-80 | | | | | | 145 | (10) |
| Denemarken 1970-75 | 1-2 90 | | 5 95 | | 6 108 | 7 110 | (11) |
| Noorwegen 1970-73 | A 91 | | B 111 | | C 102 | D 112 | (12) |

SES-groep: de gegevens van afzonderlijke landen zijn zodanig gerangschikt, dat een zo groot mogelijke overeenstemming met de Engelse indeling ontstond.

Bron: bewerking van gegevens vermeld in de in kolom "ref." aangegeven publicaties.

Als we aannemen dat deze cijfers althans in heel globale zin te vergelijken zijn, dan blijkt eruit dat sinds de negentiende eeuw de verschillen in levensverwachting zowel in absolute als in relatieve zin sterk gereduceerd zijn. Sinds de jaren dertig zijn de verschillen in absolute zin ongeveer gelijk gebleven; in relatieve zin zijn ze, door de verdere toename van de levensverwachting, iets afgenomen.

De wat minder gunstige ontwikkeling sinds de jaren dertig is herhaaldelijk gesignaleerd^{16, 17} en ook recent nog onderwerp van bespreking in het Black Report². Het gaat hierbij niet om verschillen in levensverwachting, maar om verhoudingscijfers van de jaarlijkse sterftetekansen van de verschillende SES-groepen (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2 Ontwikkeling van de verschillen in sterfte sinds 1930, Engeland

| Occupational class | | Men aged 15-64 | | | | | |
|--------------------|----------------------------------|----------------|----------|-----------------------|-----|-----------------------|-----|
| | | 1930-32 | 1949-53* | 1959-63 unadjusted | | 1970-72 unadjusted | |
| | | | | adjusted † | | adjusted † | |
| I | Professional | 90 | 86 | 76 | 75 | 77 | 75 |
| II | Managerial | 94 | 92 | 81 | — | 81 | — |
| III | Skilled manual and non-manual | 97 | 10 | 100 | — | 104 | — |
| IV | Partly skilled | 102 | 104 | 103 | — | 114 | — |
| V | Unskilled | 111 | 118 | 143 | 127 | 137 | 121 |

* Corrected figures as published in *Registrar General's Decennial Supplement England and Wales, 1961: Occupational Mortality Tables*, London, HMSO, 1971, p. 21.

† Occupations in 1959-63 and 1970-72 have been reclassified according to the 1950 classification.

Bron: ref. 2, tabel 7.

In de jaren 1930-32 was het indexcijfer voor de sterfte in groep I (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw) 90, in groep V 111 (het gemiddelde voor heel Engeland = 100). De verhouding tussen de sterftecijfers van deze twee uiterste groepen was $111/90 = 1.2$. Wanneer de cijfers voor latere jaren worden aangepast in verband met wijzigingen die in de beroepenclassificatie zijn opgetreden, blijkt de verhouding in de periode 1970-72 te zijn opgelopen tot $121/75 = 1.6$.

Nu is, ook wanneer met veranderingen in beroepenclassificatie wordt rekening gehouden, de situatie in 1930 niet helemaal vergelijkbaar met die in 1970. Het aandeel van klasse I in de economisch actieve bevolking bedroeg in 1931 nog 2.2%, in 1971 5.0%; voor klasse V zijn de cijfers 17.8% en 8.4%², pag. 217). De klasse met de meest ongunstige cijfers is dus sterk in omvang teruggelopen. Dit wijst op twee problemen:

- Aan een gegeven verschil (verhoudingscijfer) kan niet meer hetzelfde "gewicht" worden toegekend als vroeger. Een betere maat voor de omvang van de ongelijkheid zou niet alleen met de verschillen in sterfte maar ook met de omvang van de bevolkingsgroepen rekening houden. Zo'n maat is de Gini-coëfficiënt; gebruik hiervan laat overigens zien dat de verschillen tussen 1930-32 en 1970-72 werkelijk zijn toegenomen¹⁸.
- Degenen die in 1970-72 deel uitmaakten van sociale klasse V vormen ten opzichte van de overeenkomstige groep in 1930-32 een bepaalde selectie. Hoogstwaarschijnlijk is deze groep homogener wat betreft zijn (ongunstige) sterftetekansen dan de oorspronkelijke, inmiddels over een aantal sociale klassen verspreid geraakte groep (zie verder par. 4.1.).

Hoewel Nederland op dit gebied niet over registratiegegevens beschikt, zijn in het verleden wel op incidentele basis onderzoeken van sociale ongelijkheid in sterftekansen uitgevoerd. Wanneer deze studies, voor wat betreft de sterfte onder volwassen mannen sinds het einde van de vorige eeuw, worden vergeleken, dan lijkt van een trend naar egalisatie geen sprake¹⁹. Wat betreft de zuigelingensterfte komt Van Poppel tot de conclusie, dat de verschillen sinds eind negentiende eeuw weliswaar in absolute zin zijn afgenomen (met de algemene daling van de zuigelingensterfte), maar in relatieve zin veel minder²⁰.

Trends voor afzonderlijke doodsoorzaken

Voor diabetes mellitus was in de jaren '20 en '30 de sterfte het hoogst in de hogere sociale klassen. Na de Tweede Wereldoorlog heeft deze gradiënt zich geleidelijk omgekeerd, en in 1970-72 was de sterfte het hoogst in de lagere sociale klassen¹. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk: de onderkenning is in de lagere sociale klassen verbeterd; de introductie van insuline is vooral aan de hogere sociale klassen ten goede gekomen; eetgewoonten met een hoog diabetesrisico hebben zich van de hogere naar de lagere sociale klassen verplaatst.

Hoewel de gegevens door veranderingen in diagnostische gewoonten niet geheel vergelijkbaar zijn, heeft zich vermoedelijk ook bij ischaemische hartziekten zo'n omkering voorgedaan^{21, 22}. Van een "managersziekte" werd het hartinfarct een volksziekte, met een ook van andere aandoeningen bekende verdeling over de SES-groepen. Deze omkering kan vermoedelijk worden verklaard uit een wijziging van het verband tussen SES en bepaalde risicofactoren van hartvaatziekten^{23, 24}.

Een derde voorbeeld van een ziekte waarvoor de samenhang in de loop der jaren veranderd is, is borstkanker. Nog steeds (1971) hebben vrouwen uit de hogere SES-groepen een grotere sterftekans tengevolge van borstkanker, maar deze gradiënt was vroeger (1931, 1951) veel steiler²⁵.

Deze voorbeelden laten zien dat het bij het verband tussen SES en gezondheidsproblemen niet zozeer om biologische wetmatigheden gaat, als wel om (veranderlijke) levensomstandigheden.

3.1.2. *Andere "uitkomst"-gegevens*

Gezondheidsproblemen die niet tot de dood leiden kunnen andere blijvende gevolgen hebben: chronische ziekte; beperkingen en handicaps; verminderde lichaamslengte.

Chronische ziekte

Gegevens uit de Nederlandse Gezondheidsenquête²⁶ wijzen op een grotere prevalentie van chronische aandoeningen onder lager opgeleiden (tabel 3.3).

Een vergelijkbaar verband werd in een Amsterdams onderzoek naar chronische zieken gevonden²⁷.

Tabel 3.3 Verschillen in prevalentie van chronische aandoeningen, Nederland, 1981-1984

| Opleidingsniveau | Aantal chronische aandoeningen per 100 van de bevolking | |
|----------------------|---|---------|
| | Mannen | Vrouwen |
| Lagere school | 44 | 46 |
| Beroepsopleiding | 35 | 39 |
| Voortgezet onderwijs | 32 | 42 |
| HBO | 29 | 40 |
| Universiteit | 22 | 35 |

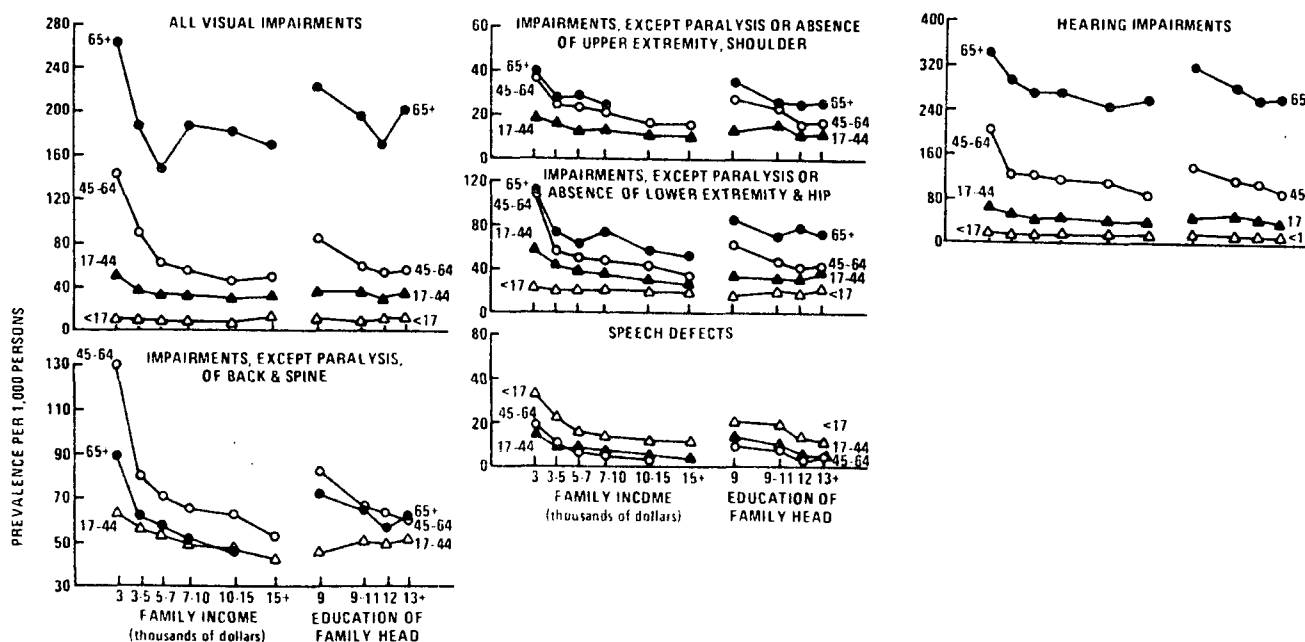
Bron: ref. 26, tabel 4

Met behulp van gegevens uit de National Health Interview en Health Examination Surveys (ca. 1970) heeft Luft een uitgebreid overzicht gemaakt van de prevalentie van afzonderlijke chronische aandoeningen in de Amerikaanse bevolking, onderscheiden naar inkomen en opleiding²⁸. Op een aantal uitzonderingen na zijn er in het algemeen negatieve samenhangen met inkomen en opleiding. Hoe lager het inkomen, en hoe geringer de opleiding, des te groter is de prevalentie van onder meer hypertensie, spataderen, liesbreuk, galblaasaandoeningen, obstipatie, likdoorns en gewrichtsaandoeningen. Positieve samenhangen worden voornamelijk waargenomen bij een aantal aandoeningen waarvoor differentiële rapportage waarschijnlijk is: hooikoorts, eczeem, dermatitis en urticaria, acne, en enteritis en colitis.

Beperkingen en handicaps

Zowel in de Amerikaanse National Health Examination Surveys (1960-62) als in de National Health Interview Surveys (ca. 1970) worden over het algemeen negatieve samenhangen gevonden tussen inkomen en opleiding enerzijds en de prevalentie van lichamelijke beperkingen anderzijds²⁸.

Fig. 3.3 Verschillen in prevalentie van enkele veel voorkomende beperkingen, Verenigde Staten, 1971



Bron: ref. 28, figuur 3.1

Een samenvatting van de resultaten voor de 6 meest voorkomende beperkingen is weergegeven in figuur 3.3. De relatie tussen beperkingen en inkomen is uiteraard complex: het hebben van een beperking zal immers ook de hoogte van het inkomen kunnen beïnvloeden (zie hierover verder par. 4.1.).

Lichaamslengte

De lichaamslengte is, behalve van erfelijke factoren, ook van de gezondheidstoestand tijdens de groeiperiode afhankelijk. Verschillen in gemiddelde lengte worden daarom wel gebruikt als indicatoren van (vroegere) voedingstoestand en gezondheidsproblemen.

Er blijkt over vrijwel de gehele wereld een negatieve samenhang tussen sociaal-economische status (van de ouders) en de lengte van kinderen op verschillende leeftijden te bestaan²⁹. Ook in Nederland is dit het geval³⁰. In een Zweeds onderzoek onder 9-jarige kinderen die van 1964 tot 1971 vervolgd werden werden geen verschillen in lengte naar sociaal-economische status aangetroffen, in tegenstelling tot eerdere onderzoeken in dat land³¹. Dit onderzoek wordt wel aangehaald als illustratie van het succes van de Zweedse gelijkheidspolitiek.

De lichaamslengte van Nederlandse volwassenen hangt duidelijk samen met opleiding en inkomen; na correctie voor leeftijdsverschillen is de lengte van bijvoorbeeld mannen met alleen lagere school ca. 5 cm. minder dan die van mannen met een universitaire opleiding (tabel 3.4).

Tabel 3.4 Verschillen in gemiddelde lengte van de volwassen bevolking, Nederland, 1981-1983 (cm.)

| Opleiding | Lichaamslengte | |
|----------------------|----------------|---------|
| | Mannen | Vrouwen |
| Lagere school | 175.1 | 165.4 |
| Beroepsopleiding | 176.5 | 166.0 |
| Voortgezet onderwijs | 178.0 | 166.4 |
| HBO | 179.0 | 167.5 |
| Universiteit | 180.0 | 167.7 |

Bron: ref. 32, tabel 1

3.2. Incidentie en prognose

In de literatuur over het verband tussen SES en gezondheidsproblemen overheersen de onderzoeken gebaseerd op sterfte- en andere als "uitkomst"-gegevens op te vatten cijfers. De interpretatie zou worden vergemakkelijkt als bekend was, in hoeverre het hier gaat om incidentie- dan wel prognoseverschillen. (De "incidentie" van een aandoening is het aantal nieuwe gevallen per tijdseenheid. De "prognose" is een aspect van het beloop van de aandoening, en betreft in dit geval de kans aan de aandoening te overlijden). Het is echter niet zo eenvoudig om verschillen in incidentie en prognose naar sociaal-economische status vast te stellen, omdat er maar weinig registraties zijn waarin werkelijk incidentie en prognose worden bepaald.

3.2.1. Incidentie

Uit een literatuuroverzicht ten behoeve waarvan zowel gegevens over sterfteverschillen als gegevens over incidentie- en prevalentieverschillen naar SES werden verzameld, komt naar voren dat voor de meeste gezondheidsproblemen de sterfteverschillen ook in onderzoek naar incidentieverschillen worden teruggevonden¹. Voor kanker komt dit heel duidelijk tot uitdrukking.

Met betrekking tot de incidentie van kanker, die door kankerregistraties in een aantal landen wordt vastgelegd, zijn relatief veel gegevens beschikbaar. Niet alleen de sterfte aan longkanker, maar ook de incidentie vertoont in de V.S. in veel studies de bekende negatieve samenhang met SES-indicatoren². Ditzelfde geldt voor kanker van de baarmoederhals³. Het positieve verband met borstkanker wordt eveneens zowel in sterfte- als in incidentiegegevens aangetroffen³. Voor prostaatkanker wordt in sterfecijfers meestal geen duidelijk verband met SES aangetroffen, en dit geldt evenzeer voor incidentiecijfers⁴. In een Zweedse studie werden de kankerincidentiegegevens over de periode 1961-1979 gepoold, en per

localisatie geanalyseerd op de relatie met beroepsstatus. De vanuit de sterftcijfers vertrouwde patronen worden ook hier aangetroffen ⁵.

3.2.2. *Prognose*

Slechts voor twee groepen gezondheidsproblemen bestaat een redelijke hoeveelheid onderzoeksmateriaal betreffende verschillen in prognose tussen SES-groepen, te weten kanker en ischaemische hartziekten.

Er is in sommige onderzoeken wel, in andere niet gevonden dat mensen met een lage SES een kortere gemiddelde overlevingsduur hebben na de diagnose "kanker". "Positieve" studies vonden een dergelijk verband voor borstkanker ⁶, prostaatkanker ⁷, multipel myeloom ⁸, lymfoblastische leukemie ⁹ en een aantal kankers van het spijsverteringskanaal ¹⁰. In een onderzoek naar de overleving bij longkanker, colonkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker werd het verband wel bij colon- en borstkanker, en in mindere mate bij baarmoederhalskanker aangetroffen, maar niet bij longkanker ¹¹. Misschien wordt de inconsistentie van de onderzoeksresultaten verklaard doordat de verschillen vooral worden aangetroffen bij vormen van kanker die wat grotere overlevingskansen hebben ¹².

Voor de verklaring van deze verschillen zijn verschillende mogelijkheden. Behalve verschillen in gezondheidszorg (bijv. in tijdstip van zich met klachten bij een arts melden; in kwaliteit van de zorg) zouden er ook verschillen kunnen zijn in biologische kenmerken (bijv. in effectiviteit van het immuunsysteem van de patient; in histologie en maligniteit van de tumoren).

Er zijn ook enkele aanwijzingen voor een slechtere prognose (geringere overleving) na een hartinfarct voor patiënten met een lagere sociaal-economische status ^{13, 14, 15}.

4. Elementen van een verklaring

4.1. De invloed van selectieprocessen

De mogelijke invloed van selectieprocessen op de waargenomen samenhang tussen SES en gezondheidsproblemen heeft in het onderzoek op dit terrein tot nu toe onvoldoende aandacht gekregen. Selectieprocessen zouden op 2 manieren een bijdrage aan de verklaring van die samenhang kunnen leveren:

- doordat problemen met de gezondheid de kans op "opwaartse" dan wel "neerwaartse" sociale mobiliteit verkleinen resp. vergroten;
- of doordat de bereikte sociale positie én voor de gezondheid belangrijke leefomstandigheden beide bepaald worden door één of meer andere factoren, bijvoorbeeld intelligentie, persoonlijkheidskenmerken, een neiging tot planning van het eigen bestaan, e.d.

Het eerste mechanisme is in figuur 2.1 weergegeven met de van rechts naar links lopende pijl; het tweede mechanisme is moeilijk weer te geven zonder het schema erg ingewikkeld te maken, maar is zeker niet minder plausibel.

Voor beide mechanismen geldt dat ze alleen kunnen optreden wanneer er enige sociale mobiliteit is. Hierbij zullen we een onderscheid maken tussen "intragenerationele" sociale mobiliteit (men komt tijdens het verdere leven in een andere SES-groep terecht na die waarmee men zijn/haar volwassen leven begon) en "intergenerationele" sociale mobiliteit (personen geraken dankzij school- en eventueel huwelijks carrière in een andere SES-groep dan die van hun ouders).

4.1.1. Intragenerationele mobiliteit

Tijdens het beroepsleven kan ziekte opwaartse mobiliteit in de weg staan of neerwaartse mobiliteit in de hand werken. Het ligt voor de hand dat dit niet voor alle ziekten en alle beroepen in gelijke mate geldt. Uit een onderzoek onder lichamelijk gehandicapten in de Verenigde Staten bleek dat de kans om hetzelfde werk als vóór het ontstaan van de handicap te houden, afhankelijk was van de relatie tussen taakinhoud en functionele beperkingen¹. Mensen met een beroep dat lichamelijke eisen stelt, zullen hun baan eerder kwijtraken wanneer ze door ziekte of ongeval een lichamelijke beperking oplopen, dan hoofdarbeiders.

Hoewel psychische stoornissen buiten het kader van deze bijdrage vallen, willen we enkele onderzoeksresultaten over schizofrenie vermelden, omdat deze goed het effect van een dergelijke chronische ziekte op sociale mobiliteit illustreren. In verschillende onderzoeken, ook in Nederland, is aangetoond dat schizofrene patiënten na het ontstaan van hun ziekte zowel een grote kans hebben om hun werk te verliezen, als een groter dan gemiddelde kans hebben om bij behoud van werk in lager geklasseerde beroepen terecht te komen^{2, 3}.

Hoe fragmentarisch deze bevindingen ook zijn, ze maken duidelijk dat intragenerationele sociale mobiliteit waarschijnlijk selectief is ten aanzien van gezondheidsproblemen. Levert dit mechanisme dan ook een belangrijke bijdrage aan de waargenomen sterfteverschillen naar SES? De OPCS Longitudinal Study biedt de mogelijkheid deze vraag te beantwoorden (tabel 4.1.).

Tabel 4.1 Sterfte naar sociale klasse onder mannen van 15-64 jaar in de OPCS Longitudinal Study (SMR's)

| Sociale klasse in 1971 | Periode waarop de sterftecijfers betrekking hebben | |
|--------------------------|--|---------|
| | 1971-75 | 1976-81 |
| I | 81 | 66 |
| II | 79 | 77 |
| IIIN | 91 | 105 |
| IIIM | 92 | 96 |
| IV | 96 | 109 |
| V | 116 | 124 |
| "Armed Forces" | 72 | 92 |
| "Inadequately described" | 174 | 191 |
| "Unoccupied" | 299 | 213 |
| totaal | 100 | 100 |

Bron: ref. 4, tabel 1

De sterftecijfers zoals die in de periode 1971-75 werden geobserveerd zouden bepaald kunnen zijn door differentiële sociale mobiliteit in de jaren voorafgaande aan 1971, het jaar waarop de indeling in sociale klassen van de bestudeerde mannen is gebaseerd. Wanneer dit mechanisme een belangrijke rol zou spelen, dan zou men verwachten dat de verschillen in sterfte tussen de sociale klassen in de loop van de tijd afnemen. Dit is echter niet het geval; integendeel. Het lijkt er dus op dat dit selectiemechanisme niet zo'n belangrijke bijdrage levert aan de bekende sociaal-economische sterftegradiënten⁴.

4.1.2. Intergenerationele sociale mobiliteit

Voor de, op de wat langere termijn werkende, intergenerationele sociale mobiliteit ligt dat waarschijnlijk anders. Deze vorm van sociale

mobilititeit wordt veelal bestudeerd door de SES-groep waartoe mensen ten tijde van het onderzoek behoren, te vergelijken met die van hun ouders (meestal afgemeten aan het beroep van de vader). In Nederland en met Nederland vergelijkbare landen als Engeland, Frankrijk en Zweden blijkt een behoorlijke intergenerationele mobiliteit te bestaan^{5, 6, 7, 8}.

Tabel 4.2 Intergenerationele sociale mobiliteit in Nederland: verdeling van mannen naar eigen beroep en dat van hun vader, 1977 (in %)

| Beroepsklasse van de vader | Beroepsklasse van de zoon | | | | | | totaal |
|----------------------------|---------------------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 1.9 | 1.6 | .5 | .6 | .0 | .0 | 4.7 |
| 2 | 2.4 | 3.4 | 1.6 | 2.0 | .3 | .4 | 10.2 |
| 3 | 1.0 | 1.4 | 1.3 | 3.1 | 1.5 | .2 | 8.6 |
| 4 | 3.7 | 7.1 | 8.3 | 21.7 | 8.0 | 1.6 | 50.3 |
| 5 | 1.0 | 2.5 | 2.3 | 9.8 | 5.1 | 1.0 | 21.7 |
| 6 | .4 | .2 | .5 | 1.9 | 1.2 | .5 | 4.6 |
| totaal | 10.5 | 16.2 | 14.5 | 39.1 | 16.0 | 3.7 | 100 |

Beroepsklassen: 1 vrije en academische beroepen e.d.
 2 hoge employé's e.d.
 3 middelbare employé's e.d.
 4 geschoolde arbeiders, lagere employé's, kleine middenstand e.d.
 5 geofefende arbeiders e.d.
 6 ongeofefende arbeiders e.d.

Bron: ref. 6, tabel 1.

In tabel 4.2. zijn bij wijze van illustratie een aantal Nederlandse gegevens opgenomen. De getallen op de diagonaal in deze tabel (deze zijn onderstreept) betreffen de mannen die ten tijde van het onderzoek een beroep uitoefenden in dezelfde klasse als hun vader op een vroeger tijdstip. Linksonder deze diagonaal staan de getallen over opwaarts mobiele zonen, rechtsboven de getallen over neerwaarts mobiele zonen. In 1977 was ca. 2/3 van de mannelijke Nederlandse bevolking intergenerationeel mobiel geweest, waarvan het grootste deel "opwaarts".

Deze mobiliteit is voor een deel "structureel" bepaald, dat wil zeggen vloeit voort uit veranderingen in de beroepenstructuur van de Nederlandse werkgelegenheid. Het feit dat Nederlandse mannen in 1977 gemiddeld een hogere beroepsklasse hadden dan hun vaders vroeger (vgl. de "horizontale" totaalcijfers met de "verticale"), is in zekere zin een gevolg van veranderingen in de structuur van de werkgelegenheid.

Gegeven deze forse intergenerationele sociale mobiliteit hoeft alleen nog maar aangetoond te worden dat deze selectief is ten aanzien van gezondheid dan wel gezondheidsbepalende factoren, om aannemelijk te maken dat dit mechanisme een bijdrage zou kunnen leveren aan de geobserveerde sociaal-economische sterftegradiënten. De hierover beschikbare informatie valt uiteen in gegevens over selectieprocessen tijdens de schoolcarrière, en gegevens over selectieprocessen tijdens de "huwelijks-carrière".

Schoolcarrière

In veel studies is een verband gevonden tussen de gezondheid van kinderen en hun cognitieve ontwikkeling of hun schoolprestaties^{9, 10}. Gezondheidsproblemen hebben een negatieve invloed op de schoolresultaten, ook als de invloed van de SES van de ouders in de analyse wordt uitgeschaald⁹. Hoewel gezondheidsproblemen als zodanig een rechtstreekse invloed op het schoolfunctioneren kunnen hebben, is het ook mogelijk dat de cognitieve ontwikkeling van kinderen én de schoolprestaties én de gezondheidstoestand beïnvloedt¹⁰. Dit versterkt de bedoelde selectieprocessen.

"Huwelijkscarrière"

Het meest aangehaalde onderzoek naar de effecten van selectieprocessen op verschillen in gezondheid tussen SES-groepen is een al wat ouder, maar recent up to date gebracht onderzoek uit Aberdeen^{11, 12}. In dit onderzoek werd van een aantal voor de eerste maal zwangere vrouwen zowel de SES-groep van de vader als die van de echtgenoot bepaald. Een samenvatting van de relatie tussen sociale mobiliteit en één van de beschikbare gezondheidsindicatoren (perinatale sterfte) is weergegeven in tabel 4.3.

Tabel 4.3 Intergenerationele sociale mobiliteit van vrouwen en perinatale sterfte tijdens de eerste zwangerschap, Aberdeen

| Sociale klasse van de echtgenoot | Sociale klasse van de vader | Perinatale sterfte (dodgeboorte & eerste weeksterfte per 1000 geboren) | |
|----------------------------------|-----------------------------|--|---------|
| | | 1951-54 | 1969-75 |
| I & II | I & II | 30 | 18 |
| | III - V | 14 | 9 |
| IV & V | I - III | 55 | 26 |
| | IV & V | 55 | 19 |

Bron: ref. 12, tabellen 2.2 en 2.3.

Onder babies van vrouwen die stegen op de maatschappelijke ladder (van sociale klasse III-V naar I & II) was de perinatale sterfte in beide perioden zelfs lager dan die onder babies van vrouwen die in sociale klasse I & II bleven. Omgekeerd hebben neerwaarts mobiele vrouwen een relatief hoge perinatale sterfte. Vergelijkbare verschillen werden aangetroffen voor 2 andere indicatoren van de gezondheidstoestand, te weten de lichaamslengte en een algemene beoordeling van de lichamelijke toestand. Kennelijk is deze vorm van sociale mobiliteit selectief t.a.v. de gezondheid.

Interessant is verder dat de opwaarts mobiele vrouwen een veel hogere intelligentie hadden dan de vrouwen die in een lagere sociale klasse geboren werden én daarbinnen huwden. Voor vrouwen die neerwaarts mobiel waren, gold het omgekeerde. Dit zou erop kunnen wijzen dat het niet (alleen) de gezondheid zelf is die de kansen op een "goed huwelijk" bepaalt, maar (ook) factoren die meer indirect met de gezondheid samenhangen.

4.1.3. Trends in sociale ongelijkheid voor de dood en trends in intergenerationele sociale mobiliteit

De in par. 4.1.2. besproken gegevens maken voldoende aannemelijk dat intergenerationele sociale mobiliteit gezondheidsselectief is. Wanneer nu die sociale mobiliteit in de loop van de tijd in intensiteit verandert, is alleen al op grond daarvan een verandering in omvang van bijvoorbeeld sociaal-economische sterfteverschillen te verwachten¹³.

Uit zowel Nederlandse als buitenlandse studies blijkt, dat opeenvolgende generaties een steeds grotere opwaartse sociale mobiliteit hadden^{6, 7}. Tabel 4.4. illustreert dit voor Nederland (p. 78).

Van mannen die in 1954 werden ondervraagd, was 58,9% mobiel geweest ten opzichte van hun vader; in 1977 was dit getal gestegen tot 66,1%. Deze toename in de mobiliteit blijkt uitsluitend een toename in de opwaartse mobiliteit te zijn geweest, samenhangend met de eerder vermelde wijzigingen in werkgelegenheidsstructuur.

Tabel 4.4 Veranderingen in intergenerationale sociale mobiliteit in Nederland: mannen die t.o.v. hun vader "(im)mobiel" waren, 1954 en 1977 (in %)

| Beroepsklasse zoon vs. beroepsklasse vader | 1954 | 1977 |
|--|------------|------------|
| "immobiel" | 41.1 | 33.9 |
| "mobiel" | 58.9 | 66.1 |
| - gestegen | 32.7 | 43.6 |
| - 1 stap omhoog | 20.4 | 23.1 |
| - 2 stappen omhoog | 9.6 | 12.3 |
| - 3 of meer stappen omhoog | 2.7 | 8.3 |
| - gedaald | 26.3 | 22.6 |
| - 1 stap omlaag | 18.4 | 15.4 |
| - 2 stappen omlaag | 5.5 | 5.6 |
| - 3 of meer stappen omlaag | 1.2 | 1.6 |
| totaal | 100 | 100 |

Beroepsklassen: zie tabel 4.2

Bron: ref. 6, pag. 31

Wanneer deze netto-opwaartse beweging gezondheidsselectief was, dan moet hierdoor, *ceteris paribus*, in de lagere SES-groepen de gemiddelde gezondheidstoestand zijn afgenomen. Het is zeer wel denkbaar dat de in Engeland gesignaleerde toename sinds 1950 van de sterfteverschillen tussen sociale klasse I en V (tabel 3.2) ten dele uit dit proces verklaarbaar is. Deze gedachte lijkt te worden bevestigd door het feit dat juist in 1930 en 1950 de sterfteverschillen vrij klein waren (tabel 3.2): in deze periode was de omvang van de sociale mobiliteit beperkt ⁷.

4.1.4. Enkele opmerkingen over de rol van erfelijkheid

De in het voorgaande beschreven selectieprocessen zouden in de loop van de geschiedenis ook tot een ongelijke verdeling van erfelijk materiaal over SES-groepen kunnen hebben geleid. Wanneer de genen die een grotere kans op ziekte geven zich, doordat de resulterende gezondheidsproblemen leiden tot sociale daling, geconcentreerd zouden hebben in de lagere SES-groepen, dan zouden daarmee de huidige verschillen in gezondheid wellicht voor een deel verklaard zijn ¹⁴.

Onderzoek heeft hiervoor echter geen duidelijke aanwijzingen opgeleverd. De sterfte ten gevolge van aangeboren misvormingen (die slechts ten dele uit erfelijke afwijkingen voortkomt) is weliswaar in lagere SES-groepen wat hoger, maar de betreffende gradiënt is minder steil dan die van de belangrijkste andere sterfte-oorzaken ¹⁵. De verschillen wat betreft antropometrische kenmerken die tussen Franse dienstplichtigen uit verschillende SES-groepen zijn beschreven worden vaak beschouwd als aanwijzing voor een verschil in erfelijke bagage ¹⁶. Hierbij wordt echter vergeeten dat kenmerken als schedelvorm en -maten ook niet volledig genetisch bepaald zijn; bovendien is de betekenis van antropometrische kenmerken voor de gezondheid onduidelijk. Op het gebied van de bloedgroepen, wel een volledig genetisch bepaald kenmerk met een belang voor de kans op sommige ziekten, bestaan geen duidelijke verschillen tussen SES-groepen ^{17, 18}. Mogelijk zullen nieuwe onderzoeksmethoden (genekaarten?) duidelijker aanwijzingen voor genetische verschillen opleveren.

4.2. De bijdrage van verschillen in leefomstandigheden

Hoewel juist naar de bijdrage van verschillen in leefomstandigheden aan de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen veel onderzoek is gedaan, blijft het moeilijk hierover duidelijke en goed onderbouwde uitspraken te doen. De redenen hiervoor zijn tweërlei.

In de eerste plaats beperkt veel onderzoek zich ertoe, vast te stellen dat er een relatie is tussen SES en voor de gezondheid van belang zijnde leef-

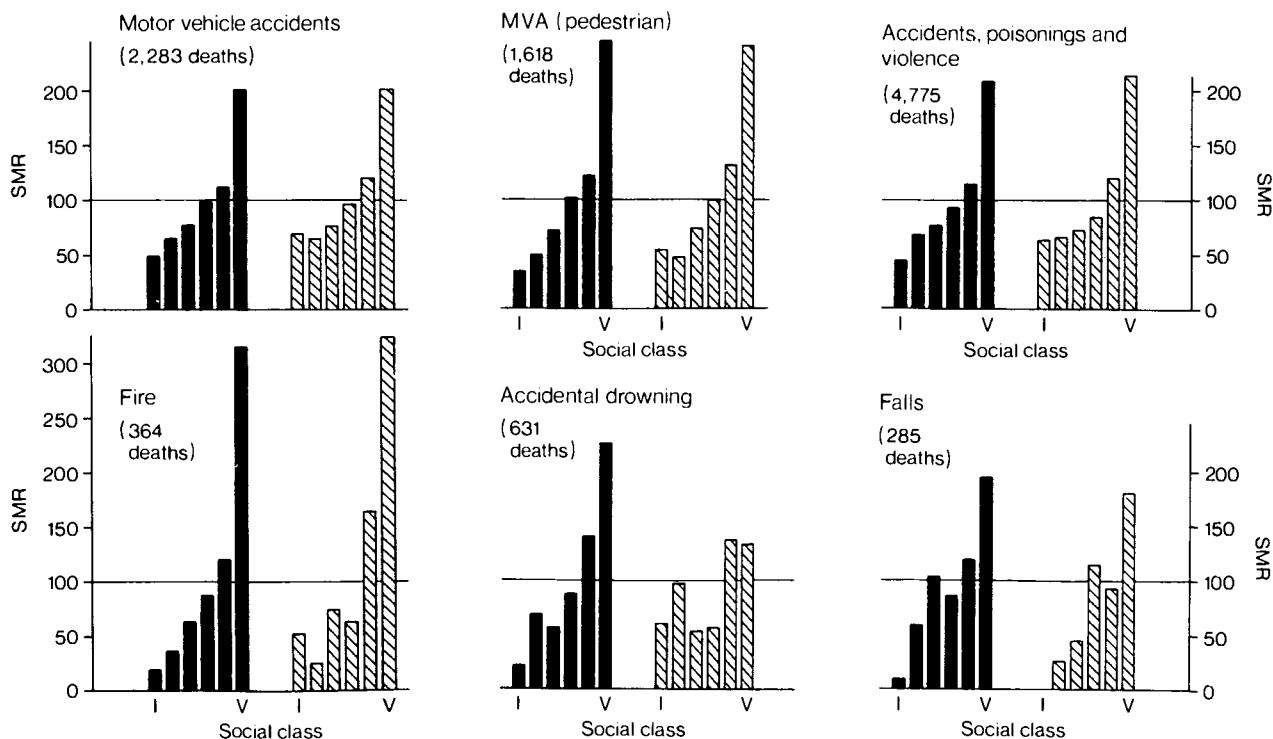
omstandigheden (in figuur 2.1: I vs. II/III). Ook wanneer uit ander onderzoek bekend is, dat dit type leefomstandigheden inderdaad de incidentie of prognose van gezondheidsproblemen kunnen beïnvloeden (II/III vs. IV), dan is daarmee nog niet vastgesteld wat de bijdrage van deze omstandigheden aan de geobserveerde relatie tussen SES en gezondheidsproblemen is. Daarvoor is het noodzakelijk in één en hetzelfde gegevensbestand SES via leefomstandigheden met de frequentie van gezondheidsproblemen in verband te brengen.

In de tweede plaats is juist door de concentratie van ongunstige leefomstandigheden in lagere SES-groepen de samenhang tussen deze factoren zo groot, dat het moeilijk is de bijdrage van afzonderlijke leefomstandigheden in de analyse te onderscheiden. Dit maakt onderzoek op geaggregeerd niveau (de waarnemingen hebben betrekking op groepen individuen, bijvoorbeeld geografische eenheden), waarin die samenhang meestal nog sterker is, voor een ontrafeling van die verbanden in feite minder geschikt. Dit type onderzoek, dat een betrekkelijk groot aandeel heeft in de totale productie op dit gebied, is met name nuttig in de fase van "hypothesevorming", niet in die van "hypothesetoetsing".

4.2.1. Materiële voorzieningen in de privé-sfeer

Van alle leefomstandigheden die aan de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen kunnen bijdragen, hebben deze de meest directe relatie met het inkomen. Sinds de jaren dertig is de inkomensongelijkheid in Nederland sterk afgenomen¹. Dit proces heeft zich tot in de jaren zeventig voortgezet², maar op dit moment lijken de verschillen weer wat toe te nemen³.

Fig. 4.1 Verschillen in sterfte ten gevolge van ongevallen onder kinderen beneden 15 jaar, Engeland, 1970-72 (SMR's)



SES-groep: zie tabel 2.1

Bron : ref. 5, figuur 7.4

Doordat het niveau van de laagste inkomensgroepen aanzienlijk is opgetrokken, zijn ondervoeding en kou gelukkig geen doodsoorzaken van betekenis. Dit geldt zowel voor Nederland als voor andere West-Europese landen, hoewel uit Engeland in koude winters berichten komen over bejaarden die door geldgebrek onvoldoende verwarming hebben, en daaraan overlijden. Wel wijzen sommige gegevens op een verband tussen "relatieve" materiële deprivatie en sterftekansen (figuur 4.1, p. 79).

Kinderen zijn uiteraard een kwetsbare groep als het om de materiële uitrusting van de privé-sfeer gaat. De kindersterfte vertoont in het algemeen al een forse SES-gradiënt, maar voor ongevallen geldt dit nog sterker. Kinderen uit de laagste SES-groepen worden veel vaker door een auto aangereden, en overlijden veel vaker door val, verbranding of verdrinking. Deze verschillen hebben zonder twijfel te maken met de uitrusting van de woonomgeving (hoewel gedragsfactoren ook wel een bijdrage zullen leveren).

Ook Nederlandse gegevens wijzen op verschillen tussen SES-groepen in materiële levensomstandigheden (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Verschillen in materiële voorzieningen in de privé-sfeer, Nederland, 1983 (in %)

| | SES-groep | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|----|----|---------|----|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 / 5 | 6 | 7 | |
| Aanwezigheid duurzame goederen: | | | | | | | |
| - diepvriezer | 56 | 55 | 46 | 63 / 65 | 88 | 46 | |
| - wasdroger | 35 | 17 | 16 | 17 / 38 | 24 | 13 | |
| - vaatwasmachine | 37 | 15 | 7 | 5 / 25 | 30 | 7 | |
| - videorecorder | 14 | 10 | 12 | 7 / 23 | 13 | 7 | |
| - auto | 93 | 90 | 80 | 82 / 96 | 94 | 53 | |
| Woning: | | | | | | | |
| - geen vocht of lekkage | 84 | 81 | 74 | 73 / 82 | 77 | 80 | |
| - geen kou of tocht | 81 | 71 | 65 | 70 / 75 | 71 | 67 | |
| - groenvoorzieningen < 15 min. lopen | 96 | 94 | 93 | 91 / 95 | 80 | 89 | |
| Vakantie: | | | | | | | |
| - meer dan 1x/jaar | 48 | 35 | 24 | 16 / 21 | 6 | 19 | |

SES-groep: 1 hogere beroepen
 2 middelbare employé's
 3 lagere employé's
 4 arbeiders
 5 kleine zelfstandigen
 6 landbouwers
 7 overigen

Bron: ref. 4, tabellen 2.12, 3.18 en 4.7.

De in deze tabel weergegeven verschillen in aanwezigheid van duurzame consumptiegoederen, hoewel zelf niet direct voor de gezondheid van belang, zijn vermoedelijk indicatief voor verschillen in aanwezigheid van kwalitatief goede huishoudelijke apparatuur, kinderspeelgoed en vervoermiddelen (ongevalsrisico's!). Verschillen in kwaliteit van woning en woonomgeving zouden, behalve tot verschillen in ongevalsrisico's, ook kunnen leiden tot verschillen in voorkomen van CARA en reuma en blootstelling aan schadelijke stoffen uit het milieu. De woondichtheid, niet vermeld in de tabel, beïnvloedt de kans op overdracht van infectieziekten. De mogelijkheid om met vakantie te gaan en andere vormen van vrijetijdsbesteding te bekostigen zou van invloed kunnen zijn op bijvoorbeeld de kansen op herstel bij overbelasting en ziekte.

4.2.2. Arbeidsomstandigheden en -verhoudingen

Tussen SES-groepen bestaan belangrijke verschillen in kenmerken van de arbeidssituatie die voor de gezondheid van belang kunnen zijn (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Verschillen in arbeidsomstandigheden in Nederland, 1983 (in %)

| | SES-groep | | | | | | |
|-----------------|-----------|----|----|---------|---|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 / 5 | 6 | 7 | |
| Ploegendienst | 3 | 13 | 15 | 13 / 8 | - | - | |
| Lawaai op werk | 15 | 17 | 15 | 40 / 24 | - | - | |
| Vuil werk | 6 | 10 | 10 | 52 / 34 | - | - | |
| Stank op werk | 6 | 13 | 5 | 15 / 12 | - | - | |
| Gevaarlijk werk | 6 | 7 | 3 | 18 / 16 | - | - | |
| Zwaar werk | 10 | 12 | 12 | 37 / 36 | - | - | |
| Hoog tempo | 62 | 50 | 53 | 38 / 55 | - | - | |
| Eentonig werk | 3 | 4 | 14 | 21 / 4 | - | - | |

SES-groepen: zie tabel 4.5

Bron: ref. 4, tabel 2.16

Vrijwel alle als onprettig beleefde, en gezondheidsrisico's met zich meebrengende arbeidsomstandigheden komen in lagere beroepen meer voor dan in hogere; alleen voor een "hoog tempo" geldt het omgekeerde.

Tabel 4.7 Combinaties van beroepsgroepen en doodsoorzaken waarbij de sterftcijfers onder mannen van 15-64 jaar hoger zijn dan die van hun echtgenotes, Engeland, 1970-72

| | Sterftcijfer (SMR)* | |
|--|---------------------|---------|
| | Mannen | Vrouwen |
| I Farmers, foresters, fishermen | | |
| Accidents, poisonings, violence | 124 | 100 |
| II Miners and quarrymen | | |
| Infective and parasitic diseases | 189 | 110 |
| Diseases of respiratory system | 251 | 202 |
| Accidents, poisonings, violence | 176 | 105 |
| IV Glass and ceramic makers | | |
| Diseases of respiratory system | 178 | 119 |
| V Furnace, forge, etc. workers | | |
| Diseases of respiratory system | 172 | 141 |
| XI Clothing workers | | |
| Diseases of blood (-forming organs) | 402 | 124 |
| Diseases of musculoskeletal system/connective tissue | 405 | 27 |
| XV Construction workers | | |
| Accidents, poisonings, violence | 134 | 95 |
| XVIII Labourers nec | | |
| Mental disorders | 223 | 69 |
| I11-defined causes | 308 | 175 |
| Accidents, poisoning, violence | 189 | 134 |
| XIX Transport and communicationsworkers | | |
| Accidents, poisonings, violence | 129 | 84 |
| XX Warehousmen, storekeepers etc. | | |
| Malignant neoplasms | 111 | 101 |
| Disease of genito-urinary system | 143 | 97 |
| XXI Clerical workers | | |
| Endocrine, nutritional, metabolic diseases | 114 | 72 |
| Diseases of circulatory system | 115 | 85 |
| Congenital anomalies | 154 | 65 |
| XXII Sales workers | | |
| Endocrine, nutritional, metabolic diseases | 107 | 66 |
| Diseases of circulatory system | 96 | 80 |
| XXIII Service, sport, recreation workers | | |
| Malignant neoplasms | 134 | 108 |
| Diseases of circulatory system | 117 | 107 |
| Diseases of respiratory system | 122 | 107 |
| Diseases of digestive system | 169 | 121 |
| XXIV Administrators and managers | | |
| Diseases of circulatory system | 86 | 65 |
| XXV Professional, technical workers etc. | | |
| Diseases of circulatory system | 85 | 66 |

* De sterfte van alle Engelse gehuwde mannen resp. vrouwen van 15-64 jaar is op 100 gesteld

Bron: ref. 5, tabel 5I

Een eenvoudige manier om een eerste indruk te krijgen van de bijdrage van werk-gebonden factoren aan de verklaring van sociaal-economische sterfteverschillen is, de sterftcijfers naar beroepsgroep van mannen te vergelijken met die van hun echtgenotes^{6,7}. Hierbij moet men aannemen dat gehuwde vrouwen niet aan dezelfde of vergelijkbare beroepsrisico's blootstaan, en dat overige invloeden gelijkelijk op mannen en vrouwen inwerken. Aan deze voorwaarden is waarschijnlijk niet steeds meer voldaan⁶. Toch kan zo'n vergelijking nog wel instructief zijn (tabel 4.7, p. 81).

In de tabel zijn alleen de combinaties van beroepen en doodsoorzaken vermeld waarbij mannen een hogere sterfte hebben dan hun vrouwen. (Het omgekeerde komt niet minder vaak voor, en de verschillen naar SES-groep in totale sterfte zijn voor vrouwen dan ook van ongeveer dezelfde omvang als die voor mannen). Bij de beroepsgroepen die grotendeels in de lagere SES-groepen zouden worden ingedeeld blijken ongevalen onder mannen een belangrijker doodsoorzaak dan onder hun echtgenotes. Ook voor ziekten van de ademhalingsorganen is dit het geval; een relatie met stof ligt voor de hand: bij bijvoorbeeld mijnwerkers gaat het inderdaad onder andere om pneumoconiose (= stoflong). Opmerkelijk is verder wellicht dat kanker (malignant neoplasms) in de tabel eigenlijk nauwelijks voorkomt. Hoewel voor bepaalde specifieke vormen van kanker, zoals kanker van neus en sinussen, mesothelioom, en blaaskanker, duidelijke verbanden met blootstelling aan schadelijke stoffen in het beroep bestaan, wijst dit gegeven erop dat over het geheel genomen beroepsgebonden risico's voor het krijgen van kanker geen belangrijke bijdrage leveren aan het verband tussen SES en de totale sterfte.

4.2.3. Gezondheidsgedrag en riskante gewoonten

Uit een veelheid van studies is duidelijk geworden dat mensen uit lagere SES-groepen zich in een aantal opzichten minder gezond gedragen. Tabel 4.8. geeft hierover enkele Nederlandse cijfers.

Tabel 4.8 Verschillen in enkele aspecten van gezondheidsgedrag/riskante gewoonten in Nederland, 1983 (in %)

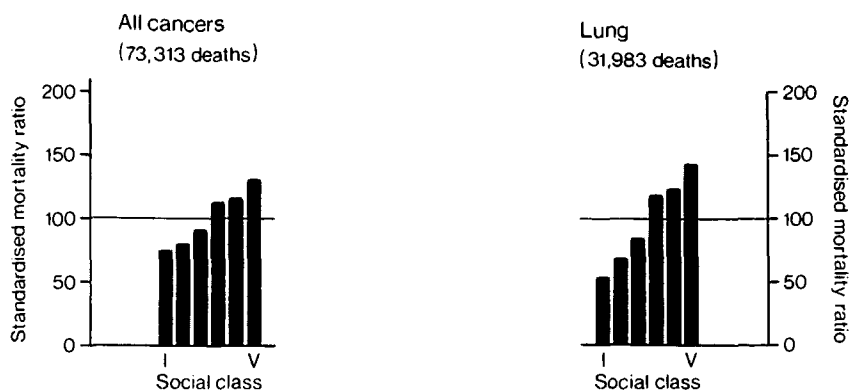
| | SES-groep | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|----|----|---------|----|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 / 5 | 6 | 7 | |
| Rookt niet | 58 | 59 | 55 | 51 / 43 | 68 | 64 | |
| Drinkt niet | 14 | 18 | 22 | 30 / 22 | 30 | 43 | |
| Deelname aan sport | | | | | | | |
| – zwemmen | 53 | 54 | 46 | 47 / 51 | 35 | 24 | |
| – andere lichamelijke sport | 59 | 59 | 56 | 40 / 45 | 29 | 22 | |

SES-groep: zie tabel 4.5

Bron: ref. 4, tabellen 3.2, 5.6, 5.8

In lagere SES-groepen wordt bijvoorbeeld meer gerookt (geldt voor mannen al sinds de jaren zestig, voor vrouwen is het een recenter verschijnsel⁸), en minder aan sport gedaan. Uit andere Nederlandse studies blijkt dat ook een aantal andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten in lagere SES-groepen meer voorkomt^{9,10}. De 3 belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten (hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte, sigaretten roken), waarvan er tenminste 2 op één of andere manier met gedrag te maken hebben, komen althans tegenwoordig in de lagere SES-groepen meer voor^{11,12}. Alcoholgebruik lijkt op dit patroon een uitzondering te vormen. In Nederland wordt in hogere SES-groepen meer gedronken dan in lagere¹³. Desalniettemin is het totale patroon, bijvoorbeeld afgemeten aan het uit een bekende Amerikaanse studie afkomstige pakket van 6 zgn. "health practices", meestal duidelijk genoeg: in lagere SES-groepen gedraagt men zich ongezonder^{14,15}.

Figuur 4.2 Verschillen in sterfte ten gevolge van kanker, resp. longkanker onder mannen van 15-64 jaar, Engeland, 1970-72 (SMR's)



SES-groep: zie tabel 2.1

Bron : ref. 5, figuur 4.9

De bijdrage van deze verschillen in gezondheidsgedrag/riskante gewoonten aan de geobserveerde sterfteverschillen is vermoedelijk niet gering. Uit figuur 4.2 blijkt dat de sterftegradiënt voor longkanker een belangrijke bijdrage levert aan de verschillen in kankersterfte (doodsoorzaak no. 2) tussen SES-groepen. Verschillen in rookgewoonten zullen hierin zeker een rol spelen. Een vergelijkbare redenering gaat op voor een aantal andere combinaties van risicofactoren en doodsoorzaken, zoals roken in de zwangerschap en perinatale sterfte (in lagere SES-groepen wordt ook tijdens de zwangerschap meer gerookt, met nadelige gevolgen voor de babies, onder meer via een lager geboortegewicht^{16, 17}).

4.2.4. Adequaat gebruik van preventieve en curatieve gezondheidszorg

Mensen uit lagere SES-groepen nemen in het algemeen minder deel aan preventieve gezondheidszorgprogramma's^{18, 19}. Een Nederlandse illustratie daarvan is dat kinderen van goed opgeleide moeders voor een groter percentage in contact komen met een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters, dan kinderen van moeders met lagere opleidingen²⁰. Hoewel deelname aan bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker niet zonder meer met SES lijkt samen te hangen²¹, zijn vrouwen uit buurten met een hogere SES gemiddeld wel beter "beschermd", dankzij het maken van uitstrijkjes elders en het ondergaan van baarmoederextirpaties²².

Het gebruik van curatieve gezondheidszorgvoorzieningen is op dit moment in lagere SES-groepen hoger. Dit blijkt ook in Nederland het geval te zijn (tabel 4.9, p. 84).

Lager opgeleiden komen vaker bij de huisarts en (minder duidelijk) de specialist, en liggen vaker in het ziekenhuis. Dit is uiteraard mede een gevolg van de slechtere gezondheidstoestand en correctie hiervoor leidt dan ook tot een ander beeld, met name voor specialist en ziekenhuis. Hoger opgeleiden blijken, gegeven een bepaalde gezondheidstoestand, meer contact met de specialist te hebben dan lager opgeleiden. Bij de huisarts worden de verschillen weliswaar wat afgevlakt, maar blijft er toch sprake van meer consumptie van lager opgeleiden (een gevolg van het abonnementssysteem van de ziekenfondsen, waardoor ziekenfondsverzekerden "gratis" huisartsenzorg hebben?).

Tabel 4.9 Verschillen in gebruik van gezondheidsvoorzieningen in Nederland, 1981-84 (contacten per 100 personen per jaar)

| | SES-groep | | | | |
|---|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Huisarts | 229 | 304 | 343 | 377 | 450 |
| idem, na correctie voor leeftijd en gezondheidstoestand | 281 | 339 | 379 | 393 | 379 |
| Specialist | 184 | 184 | 169 | 175 | 209 |
| idem, na correctie voor leeftijd en gezondheidstoestand | 218 | 207 | 192 | 186 | 163 |
| Ziekenhuisopname | 8 | 6 | 8 | 8 | 12 |
| idem, na correctie voor leeftijd en gezondheidstoestand | 10 | 8 | 10 | 9 | 9 |

SES-groep: 1 Universitaire opleiding
 2 HBO
 3 voortgezet onderwijs
 4 beroepsonderwijs
 5 alleen lagere school

Bron: ref. 23, tabel 10

Ook in het buitenland is bij herhaling gevonden dat in lagere SES-groepen, gegeven een bepaalde gezondheidstoestand, niet meer gebruik van de gezondheidszorg wordt gemaakt²⁴. Het meergebruik van huisartsenzorg blijkt in Engeland vooral bij ernstiger aandoeningen te bestaan, opnieuw een bevestiging dat het grotendeels gaat om "harde" verschillen in gezondheidstoestand²⁵.

Hoewel over het geheel genomen het gebruik van curatieve gezondheidszorg in de lagere SES-groepen althans in Nederland niet veel minder lijkt, zijn er mogelijk wel verschillen in kwaliteit van de ontvangen zorg. Het feit dat beter opgeleiden in Nederland een groter stuk van hun medische verzorging van een specialist krijgen (tabel 4.9) zou daar een indicatie van kunnen zijn. Ook het feit dat regionale verschillen in ziekenhuisopnamefrequentie voor ziekenfondsverzekerden wel, maar voor particulieverzekerden niet samenhangt met het beddenaanbod²⁶, zou op verschillen in behandeling kunnen wijzen. In de Verenigde Staten blijken minder ernstige operaties onder de lage inkomensgroepen minder vaak te worden uitgevoerd²⁷. Voor keizersneden geldt hetzelfde, hoewel de noodzaak hiervan in de lagere inkomensgroepen gemiddeld groter is²⁸.

Of deze verschillen ook werkelijk belangrijk zijn voor de geobserveerde verschillen in bijvoorbeeld sterfte tussen SES-groepen is moeilijk te zeggen. We zagen al dat er mogelijk verschillen zijn in prognose van kanker en ischaemische hartziekten (par. 3.2.2.). Verschillen zijn er zeker in het vlak van de incidentie van gezondheidsproblemen, en een bijdrage van de gezondheidszorg hieraan moet vooral op preventief gebied worden gezocht.

Van alle doodsoorzaken zijn sommige beter beïnvloedbaar door de gezondheidszorg, in preventieve dan wel in curatieve zin, dan andere²⁹. De sterfteverschillen naar SES zoals die in Engeland voor een aantal van deze "vermijdbare" doodsoorzaken worden waargenomen, zijn weergegeven in tabel 4.10 (p. 85).

Voor de meeste van deze doodsoorzaken wordt het bekende verband met SES-groep aangetroffen, hetgeen zou kunnen betekenen dat het gebruik van de gezondheidszorg inderdaad ook een bijdrage aan het verband tussen SES en sterfte levert. Onder volwassen mannen springen, bij vergelijking met de sterfte aan alle doodsoorzaken, vooral tuberculose en pneumonie (longontsteking) eruit.

Tabel 4.10 Verschillen in sterfte aan enkele geselecteerde aandoeningen, Engeland, 1970-72 (SMR's)

| | SES-groep | | | | | | totaal |
|------------------------------------|-----------|-----|------|------|-----|-----|--------|
| | I | II | IIIN | IIIM | IV | V | |
| Geborenen | | | | | | | |
| Perinatale sterfte | 72 | 82 | 90 | 99 | 106 | 143 | 100 |
| Vrouwen 15-64 jaar | | | | | | | |
| Maternale sterfte | 79 | 63 | 86 | 99 | 147 | 144 | 100 |
| Mannen 15-64 jaar | | | | | | | |
| Respiratoire tuberculose | 26 | 41 | 84 | 89 | 124 | 254 | 100 |
| Pneumonie | 41 | 53 | 78 | 92 | 115 | 195 | 100 |
| Chronische rheumatische hartziekte | 77 | 80 | 117 | 103 | 116 | 124 | 100 |
| Hypertensie | 71 | 85 | 104 | 104 | 112 | 141 | 100 |
| Cerebrovasculair accident | 80 | 86 | 98 | 106 | 111 | 136 | 100 |
| Appendicitis | 60 | 95 | 125 | 99 | 89 | 117 | 100 |
| Abdominale hernia | 60 | 56 | 65 | 88 | 130 | 143 | 100 |
| Cholelithiasis en -cystitis | 114 | 102 | 99 | 88 | 127 | 80 | 100 |
| Alle doodsoorzaken | 77 | 81 | 99 | 106 | 114 | 137 | 100 |

SES-groep: zie tabel 2.1

Bron: ref. 5, tabel 7.4, 7.7, 4A

Tabel 4.11 Verschillen in psychische klachten onder Nederlandse mannen

| Inkomen | n | psychische gezondheidsklachten | | | | | | | |
|---|-----|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------|---|----------------------|--|
| | | psycho-somatische klachten (VOEG) | neuroticisme (DY) | depressieve klachten (Zung) | somatisering (ABY-NS) | neurotische klachten (Langner) | algemene psychiatrische klachten (Eysenk) | psychotisme (MMP-Sc) | mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMP-Sc) |
| 1 Meer dan f 1300,- per maand (tot f 4000,-) | 342 | 36,0 | 31,9 | 35,4 | 21,8 | 23,1 | 21,9 | 35,1 | 18,4 |
| 2 Tussen f 990,- en f 1300,- per maand | 797 | 39,0 | 35,8 | 29,4 | 25,2 | 32,4 | 27,5 | 37,5 | 21,8 |
| 3 Minder dan f 990,- per maand (netto) | 405 | 50,6 | 44,4 | 27,7 | 42,4 | 43,5 | 36,8 | 44,4 | 30,9 |
| χ^2 | | 20,21 | 13,97 | 5,86 | 42,50 | 35,18 | 21,20 | 7,97 | 18,39 |

p. ($\chi^2 \geq 13,82$ | Ho) = ,001 ; df = 2

(Uit: G. Nijhof, *Sociale ongelijkheid en psychische storingen*, Nijmegen, 1979, 93, tabel 6.)

Bron: ref. 30, tabel 4

4.2.5. *Psychologische factoren*

Hoewel over de relatie tussen SES en psychologische factoren als persoonlijkheidskenmerken en stress, én over de relatie tussen die psychologische factoren en de gezondheidstoestand niet erg veel bekend is, willen we aan een mogelijke bijdrage van deze factoren niet helemaal voorbijgaan.

Zoals uit tabel 4.11 blijkt, worden psychische klachten vaker aangetroffen bij mannen met een lager inkomen (p. 85).

Over de bijdrage hiervan aan verschillen in (somatische) gezondheidstoestand kunnen we slechts speculeren. (In Engelse gegevens hebben mannen in de laagste SES-groepen in elk geval wel verhoogde sterftekan- sen ten gevolge van "mentale stoornissen" en suicide.) Vanuit de gedachte dat "sociale netwerken" stress-reducerend werken, is in de Verenigde Staten wel enig onderzoek gedaan naar de bijdrage daarvan aan het ver- band tussen SES en sterfte. Hoewel er enige aanwijzingen zijn dat mensen uit lagere SES-groepen minder sociale banden hebben, en mensen met weinig sociale contacten een hogere sterfte, is over dit probleem het laatste woord nog niet gezegd^{31, 32, 33}.

5. **Conclusies**

Uit de voorgaande hoofdstukken, die ongetwijfeld niet alles weergeven wat er over verschillen in gezondheid tussen SES-groepen bekend is, mag één ding heel duidelijk zijn geworden. Deze verschillen zijn het resultaat van een zeer ingewikkeld samenspel van factoren, die elk op zich ook een grote maatschappelijke verwevenheid vertonen. Een simpel overzicht van de omvang van de verschillen, hun oorzaken en hun mogelijke "therapie" is niet te geven. In dit hoofdstuk zullen we proberen de bijeengebrachte bouwstenen tot een redelijk bouwwerk samen te voegen. Daarbij staat de vraag "wat weten we?" centraal. De vraag naar wat er allemaal nog verder onderzocht zou moeten worden wordt elders besproken¹.

Op de vraag wat er in beschrijvende zin bekend is over de relatie tussen sociale positie en gezondheidsproblemen kunnen we het volgende ant- woorden. In een aantal landen is, in een groot aantal onderzoeken, aange- toond dat er belangrijke sterfteverschillen zijn tussen SES-groepen. Deze verschillen zijn voor uiteenlopende doodsoorzaken aangetoond, en berus- ten tenminste voor een flink deel op verschillen in incidentie van de betref- fende gezondheidsproblemen. Anderzijds kunnen verschillen in prognose ook niet worden uitgesloten. Hoewel voor Nederland het bewijsmateriaal beperkt is, vooral door het ontbreken van sociaal-economische gegevens in de sterftestatistiek, zijn er voldoende aanwijzingen dat deze verschillen ook in ons land bestaan.

Behalve verschillen in sterfte zijn er tussen SES-groepen ook belangrijke verschillen in prevalentie van chronische ziekten, handicaps en lichaams- lengte. Deze verschillen zijn ook in Nederland aangetoond.

Sinds de negentiende eeuw lijken de verschillen in sterfte, afgemeten aan de resulterende levensverwachting duidelijk afgenomen. Voor de laatste dertig jaar is het beeld onduidelijker; de interpretatie van het ge- geven dat een zekere toename van de sterfteverschillen wordt waargenomen, wordt ernstig bemoeilijkt door veranderingen in beroepenstructuur en daardoor teweeggebrachte sociale mobiliteit.

Wat betreft de vraag welke factoren aan het verband tussen sociale positie en gezondheid bijdragen, willen we allereerst nog eens wijzen op het door ons ontwikkelde en in figuur 2.1 weergegeven verklaringsmodel. Onzes inziens moet aan beide in deze figuur aangegeven verklaringsrich- tingen evenveel betekenis worden toegekend. Selectieprocessen zijn totnutoe in het onderzoek op dit terrein tamelijk verwaarloosd, terwijl

selectieve (intergenerationele) mobiliteit goed een belangrijke bijdrage kan leveren.

Daarnaast spelen bepaalde leefomstandigheden in de andere verklaringsrichting een rol. Verschillen in gezondheidsgedrag/riskante gewoonten zijn hiervan het best gedocumenteerd. Hierbij is van belang dat "gezond" gedrag zich geleidelijk, vanuit de hogere SES-groepen, over alle lagen van de bevolking lijkt uit te breiden, zoals ook eerst het "ongezonde" gedrag dat tot longkanker, ischaemische hartziekten enz. leidt, in de hoogste SES-groepen is begonnen. Het is onzes inziens niet juist deze verschillen in gedrag op te vatten als louter uitingen van vrije keuzen van individuen. Daarvoor hangen deze verschillen teveel samen met andere aspecten van de leefsituatie van verschillende SES-groepen, zoals de toegang tot beschikbare kennis over gezondheidsrisico's, de financiële ruimte om keuzes te maken, de waarden en normen van de groep waartoe men behoort enz.^{2,3}.

Overigens geldt zelfs voor ischaemische hartziekten dat lang niet de totale omvang van de verschillen tussen SES-groepen door verschillen in de bekende (min of meer door gedrag bepaalde) risicofactoren kan worden verklaard^{4,5}.

Van de overige leefomstandigheden spelen vermoedelijk zowel materiële voorzieningen in de privé-sfeer, als arbeidsomstandigheden en -verhoudingen, als adequaat gebruik van preventieve en curatieve gezondheidszorg een rol. De bijdrage van psychologische factoren is, mede omdat onderzoek op dit punt heel moeilijk is, minder duidelijk.

Resteert de vraag, wat er met behulp van beschikbare kennis te zeggen is over de mogelijkheid, de verschillen in gezondheid naar sociale positie te verminderen. Hoewel we hiernaar niet systematisch gezocht hebben, is wel duidelijk dat er een groot gebrek aan goede interventiestudies bestaat op dit terrein. Dit mag echter geen alibi zijn om van handelen af te zien. Eigenlijk geldt het omgekeerde: juist goed geëvalueerde interventies zouden veel aan ons inzicht in de relatie tussen SES en gezondheid bijdragen.

Hoewel het voortdurende voortbestaan van gezondheidsverschillen tussen SES-groepen bescheiden moet stemmen, lijken er toch wel enkele lijnen voor gezondheidsbeleid aan te geven.

Wat betreft selectieprocessen zou de aandacht uit kunnen gaan naar aspecten van het sociaal-economische beleid, in het bijzonder naar de plaats die daarin aan de kwetsbaren in onze samenleving wordt toegedacht. Een zorgvuldig omspringen met het stelsel van sociale zekerheid is van belang voor het minimaliseren van de invloed van gezondheid op de sociale positie (inkomen, opleiding, werk). Ook voor de gezondheidszorg zou hier een taak weggelegd kunnen zijn, bijvoorbeeld door vanuit de jeugdgezondheidszorg de invloed van de gezondheid van kinderen op hun schoolcarrière te minimaliseren.

Wat betreft de besproken leefomstandigheden lijken zowel de materiële voorzieningen, als de arbeid, de riskante gewoonten en de gezondheidszorg belangrijke ingangen voor beleid te bieden. Woningbouwbeleid is nog steeds (mede) gezondheidsbeleid. Rond arbeidsomstandigheden liggen veel goede mogelijkheden om beleid te voeren. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) heeft totnutoe niet tot verkleining van verschillen in riskante gewoonten tussen SES-groepen geleid⁶. GVO-campagnes slaan vermoedelijk minder goed aan in lagere SES-groepen; dit kan komen doordat in de overige leefomstandigheden belemmeringen zitten voor gedragsverandering, en/of doordat GVO-campagnes teveel vanuit een "middle class"-perspectief worden bedreven⁷. Andere benaderingen, bijv. door gebruik te maken van bovenvermelde "fashion trends" van hoog naar laag⁸, hebben wellicht meer succes. Aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in een tijd van bezuinigingen is van cruciaal belang (vgl. de resultaten van het grote RAND-experiment met eigen bijdragen⁹, en de effecten van bezuinigingen op prenatale zorg

voor lage inkomensgroepen in de VS¹⁰). Ook zou met doordachte gezondheidszorgprogramma's waarschijnlijk nog wel het één en ander te bereiken zijn^{11, 12, 13}.

Het is duidelijk dat een beleid gericht op reductie van gezondheidsverschillen samenhangend met sociaal-economische status de traditionele grenzen van het beleidsterrein volksgezondheid overschrijdt. Andere beleidsterreinen (o.a. volkshuisvesting, sociale zaken, economische zaken) zouden aan een dergelijk streven ook moeten bijdragen. Omgekeerd zou het weleens zo kunnen zijn dat de gezondheidszorg kan bijdragen aan het verminderen van sociale ongelijkheid, voor zover deze berust op de volgende vicieuze cirkel: een lage sociale positie brengt gezondheidsrisico's met zich mee, en gezondheidsproblemen belemmeren (opwaartse) sociale mobiliteit.

Zijn met deze, op de mechanismen tussen sociale positie en gezondheid gerichte, maatregelen de gezondheidsverschillen nu volledig te elimineren? Die kans lijkt ons klein, vooral omdat met het voortbestaan van een ongelijke verdeling van opleiding, werk, inkomen, macht en bezit, en met het voortbestaan van een grote waardering voor een goede gezondheid en een lang leven, de meer bevoorrechten natuurlijk altijd een zekere voor-sprong zullen behouden. Hoe ongelijker deze verdelingen uitpakken, des te moeilijker zal het zijn met maatregelen als hierboven gesuggereerd de gezondheidsverschillen weg te nemen. Gezondheidsverschillen zijn onlosmakelijk met sociale ongelijkheid verbonden, en vormen een extra argument om sociale ongelijkheid terug te dringen. Op het gevaar af de grote verdelingsvraagstukken nog ingewikkelder te maken dan ze al zijn, willen we dit argument voor bestrijding van sociale ongelijkheid toch in de warme aandacht van beleidsmakers en politici aanbevelen.

Dankwoord

Met dank aan Gouke Bonsel, Louise Gunning, Anton Kunst, Inge Spruit en Bart Wijnberg voor suggesties en kritische opmerkingen bij een eerdere versie van deze bijdrage. Sommige van de ideeën in deze bijdrage hebben vormgekregen in en naar aanleiding van discussies tijdens een weekend van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg in Dalfsen, 1986.

LIJST VAN NOTEN

Bij hoofdstuk 1

1. WRR, *Over sociale ongelijkheid; een beleidsgerichte probleemverkenning*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977
2. J.W. Oerlemans, *Sociale ongelijkheid als cultuurhistorisch thema*; Groningen, Wolters-Noordhoff, 1987
3. V. Navarro, *Class struggle, the state and medicine*; London, Martin Robertson, 1978
4. A. Mooney, "The great society and health: policies for narrowing the gaps in health status between the poor and the nonpoor"; *Medical Care*, 1977, 15e band nr. 8, blz. 611
5. R. Andersen, J.F. Newman, "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States"; *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1973, 51e band, blz. 95
6. K. Davis, C. Schoen, *Health and the war on poverty: a ten year appraisal*; Washington DC, Brookings, 1978
7. *Inequalities in health (the Black Report)*; onder redactie van P. Townsend, N. Davidson; Middlesex, Penguin Books, 1982
8. F. van Poppel, "A review of research into the socio-economic determinants of mortality in the Netherlands since the Second World War"; in: *Socio-economic differential mortality in industrialized societies Vol. 1*; Paris, CICRED, 1981
9. *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg*; onder redactie van G.A. de Jong, Tijdschrift Sociale Geneeskunde (supplement oktober 1980), 58e band
10. B. Dohrenwend, B. Dohrenwend, *Social status and psychological disorder*; New York, Wiley, 1969
11. G. Nijhof, *Sociale ongelijkheid en psychische storingen*; Nijmegen, Link, 1979

Bij hoofdstuk 2

1. WRR, *Over sociale ongelijkheid; een beleidsgerichte probleemverkenning*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977
2. *Inequalities in health (the Black Report)*, onder redactie van P. Townsend, N. Davidson, Middlesex, Penguin Books, 1982
3. I.G. Jones, D. Cameron, "Social class analysis – an embarrassment to epidemiology"; *Community Medicine*, 1984, 6e band, blz. 37
4. J.H. Abramson, R. Gofin, J. Habib, H. Pridan, J. Gofin, "Indicators of social class; a comparative appraisal of measures for use in epidemiological studies"; *Social Science & Medicine*; 1982, 16e band, blz. 1739
5. A. Daniel, "The measurement of social class"; *Community Health Studies*, 1984, 8e band nr. 2
6. M. Morgan, "Measuring social inequality: occupational classifications and their alternatives"; *Community Medicine*, 1983, 5e band, blz. 116
7. D. Cameron, I. Jones, "For discussion: theory in community medicine"; *Community Medicine*, 1984, 4e band, blz. 3
8. Office of Population Censuses and Surveys, *Occupational mortality 1970-1972 England and Wales*; London, Her Majesty's Stationery Office, 1978
9. Office of Population Censuses and Surveys, *Occupational mortality 1979-80, 1982-83 Great Britain*; London, Her Majesty's Stationery Office, 1986
10. A.J. Fox, P.O. Goldblatt, A.M. Adelstein, "Selection and mortality differentials"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1982, 36e band, blz. 69
11. A.J. Fox, P.O. Goldblatt, Longitudinal study: socio-demographic mortality differentials 1971-1975 England and Wales; London, Her Majesty's Stationery Office, 1982
12. M.G. Marmot, J.N. Morris, "The social environment"; in: *Oxford Textbook of Public Health* Vol. 1; door W.W. Holland, R. Detels, G. Knox, Oxford, Oxford University Press, 1984
13. R. Illsley, K. Mullen, "The health needs of disadvantaged client groups", in: *Oxford Textbook of Public Health* Vol. IV; door W.W. Holland, R. Detels, E. Knox, Oxford, Oxford University Press, 1984
14. A. Leclerc, F. Lert, M. Goldberg, "Les inegalites sociales devant la mort en Grande-Bretagne et en France"; *Social Science & Medicine*, 1984, 19e band nr. 5, blz. 479
15. S.L. Syme, L.F. Berkman, "Social class, susceptibility and sickness"; *American Journal of Epidemiology*, 1976, 104e band nr. 1, blz. 1
16. M.G. Marmot, M.J. Shipley, G. Rose, "Inequalities in death – specific explanations or a general pattern?"; *The Lancet*, May 5 1984, blz. 1003

Bij hoofdstuk 3.1

1. Office of Population Censuses and Surveys, *Occupational mortality 1970-1972 England and Wales*; London, Her Majesty's Stationery Office, 1978
2. *Inequalities in health (the Black Report)*, onder redactie van P. Townsend, N. Davidson, Middlesex, Penguin Books, 1982
3. I. Jansen, *Medische en maatschappelijke determinanten van sterfte in hoogontwikkelde landen 1870-1980: een literatuuronderzoek*; Voorburg, Nationaal Programma Demografisch Onderzoek, 1983
4. Office of Population Censuses and Surveys, *Occupational mortality 1979-1980, 1982-1983 Great Britain*; London, Her Majesty's Stationery Office, 1986
5. S. Nayha, "Social group and mortality in Finland"; *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1977, 31e band, blz. 231
6. N. Pearce, P.B. Davis, A.H. Smith, F.H. Foster, "Social class, ethnic group, and male mortality in New Zealand, 1974-8"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1985, 39e band, blz. 9
7. A.J. McMichael, "Social class (as estimated by occupational prestige) and mortality in Australian males in the 1970s"; *Community Health Studies*, 1985, 9e band nr. 3, blz. 220
8. G.A.B. Frinking, "Sociale ongelijkheid voor de dood: fictie of realiteit"; *Bulletin van het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut*, juni 1974 nr. 7
9. A.J. Fox, P.O. Goldblatt, Longitudinal study: socio-demographic mortality differentials 1971-1975 England and Wales; London, Her Majesty's Stationery Office, 1982
10. G. Desplanques, "L'inégalité sociale devant la mort en France (1975-1980)"; *Sozial und Praeventivmedizin*, 1984, 29e band, blz. 268
11. E. Lynge, "Occupational mortality in Denmark 1970-1975"; *Scandinavian Population Studies*, 1979, 5e band
12. CBS, *Yrke og dodelighet (Occupational mortality) 1970-1973*; Statistiske analyse nr. 21, Oslo, 1976
13. H. Sauli, "The socio-economic aspects of occupational mortality in Finland"; *Scandinavian Population Studies*, 1979, 5e band, blz. 131
14. T. v.d. Bos, A. Lau-IJzerman, J.D.F. Habbema, P.J. v.d. Maas, "Ongelijkheid in de grote stad I en II"; *Medisch Contact*, 1981, nr. 12 blz. 335, nr. 13 blz. 385
15. A. Antonovsky, "Social class, life expectancy and overall mortality"; *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1967, 45e band, blz. 31
16. J.N. Morris, "Social inequalities undiminished"; *The Lancet*, January 13, 1979, blz. 87
17. J.R. Hollingsworth, "Inequality in levels of health in England and Wales, 1891-1971"; *Journal of Health and Social Behavior*, 1981, 22e band, blz. 268

18. S.H. Preston, M.R. Haines, E. Pamuk, "Effects of industrialization and urbanization on mortality in developed countries"; *Proceedings of the International Population Conference in Manila, 1981*, Luik, IVSSP, 1981, blz. 233
19. J. van Reek, W.M. van Zutphen, "Sterfte naar sociale klasse bij volwassenen in Nederland sinds de negentiende eeuw"; *Bevolking en Gezin*, 1985, 2e band, blz. 179
20. F. van Poppel, "Sociale ongelijkheid voor de dood. Het verband tussen sociaal-economische positie en zuigelingen- en kindersterfte in Nederland in de periode 1850-1940"; *Tijdschrift voor sociale geschiedenis*, 1982, 8e band, blz. 231
21. M.G. Marmot, A.M. Adelstein, N. Robinson, G.A. Rose, "Changing social-class distribution of heart disease"; *British Medical Journal*, 1978, 2e band, blz. 1109
22. M.L. Halliday, T.W. Anderson, "The sex differential in ischaemic heart disease: trends by social class 1931 to 1971"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1979, 33e band, blz. 74
23. J.C. Cassel, "Summary of major findings of the Evans County Cardiovascular Studies"; *Archives of Internal Medicine*, 1971, 128e band, blz. 887
24. H. Morgenstern, "The changing association between social status and coronary heart disease in a rural population"; *Social Science & Medicine*, 1980, 14e band, blz. 191
25. G. Hems, "Associations between breast-cancer mortality rates, child-bearing and diet in the United Kingdom"; *British Journal of Cancer*, 1980, 41e band, blz. 429
26. J.K. van Ginneken, W.J. Appelboom, *Influence of socio-economic factors of perceived morbidity and use of health services: results of the continuous health survey in the Netherlands in 1981-1984*; Voorburg and Heerlen, Dept. for Health Statistics, Netherlands Central Bureau of Statistics, 1986
27. G.A.M. van den Bos, J. Mohrs, J.D.F. Habbema, P.J. van der Maas, J.G.C. Verhey, J.F. Wendte, S.J. Huisman, *Chronische aandoeningen, hulpbehoevendheid en zorggebruik*; Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1986.
28. H.S. Luft, *Poverty and health; economic causes and consequences of health problems*; Cambridge, Ballinger Publishing Company, 1978
29. H.V. Meredith, "Body size of infants and children around the world in relation to socioeconomic status"; *Advances in Child Development and Behavior*, 1984, 18e band, blz. 81
30. M.J. Roede, J.C. van Wieringen, "Growth Diagram 1980"; *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 1985, 63e band, supplement, blz. 1
31. G. Lindgren, "Height, weight and menarche in Swedish urban school children in relation to socio-economic and regional factors"; *Annals of Human Biology*, 1976, 3e band, blz. 501
32. J.L.A. van Sonsbeek, "Nederlanders, gemeten en gewogen. Lengteverschillen en onderen overgewicht bij de volwassen bevolking"; *Maandbericht Gezondheid (CBS)*, 1985, 6e band, blz. 5

Bij hoofdstuk 3.2

1. A. Leclerc, P. Aiach, A. Philippe, M. Vennin, D. Cebe, "Morbidity, mortality et classe sociale. Revue bibliographique portant sur divers aspects de la pathologie, et discussion"; *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique (Paris)*, 1979, 27e band, blz. 331
2. S.S. Devesa, E.L. Diamond, "Socioeconomic and racial differences in lung cancer incidence"; *American Journal of Epidemiology*, 1983, 118e band, blz. 818
3. S.S. Devesa, E.L. Diamond, "Association of breast cancer and cervical cancer incidences with income and education among whites and blacks"; *Journal of the National Cancer Institute*, 1980, 65e band, blz. 515
4. V.L. Ernster, S. Selvin, S.T. Sacks, D.F. Austin, S.M. Brown, W. Winkelstein jr., "Prostatic cancer: mortality and incidence rates by race and social class"; *American Journal of Epidemiology*, 1978, 107e band nr. 4, blz. 311
5. D. Vagero, G. Persson, "Occurrence of cancer in socioeconomic groups in Sweden"; *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1986, 14e band, blz. 151
6. H.H. Dayal, R.N. Power, C. Chiu, "Race and socio-economic status in survival from breast-cancer"; *Journal of Chronic Diseases*, 1982, 35e band, blz. 675
7. H.H. Dayal, L. Polissar, S. Dahlberg, "Race, socioeconomic status, and other prognostic factors for survival from prostate cancer"; *Journal of the National Cancer Institute*, 1985, 74e band nr. 5, blz. 1001
8. D. Savage, J. Lindenbaum, J. Van Ryzin, E. Struening, T.J. Garrett, "Race, poverty and survival in multiple myeloma"; *International Journal of Health Services*, 1985, 15e band nr. 2, blz. 321
9. W.R. McWhirter, H. Smith, K.M. McWhirter, "Social class as a prognostic variable in acute lymphoblastic leukaemia"; *The Medical Journal of Australia*, 1983, 139e band, blz. 319
10. T.N. Chirikos, R.D. Horner, "Economic status and survivorship in digestive system cancers"; *Cancer*, 1985, 56e band, blz. 210
11. A. Bonett, D. Roder, A. Esterman, "Determinants of case survival for cancers of the lung, colon, breast and cervix in South Australia"; *The Medical Journal of Australia*, 1984, 141e band, blz. 705
12. J.W. Berg, R. Ross, H.B. Latourette, "Economic status and survival of cancer patients"; *Cancer*, 1977, 39e band, blz. 467
13. Z. Hrubec, W.J. Zukel, "Socioeconomic differentials in prognosis following episodes of coronary heart disease"; *Journal of Chronic Diseases*, 1971, 23e band, blz. 881

14. S. Shapiro, E. Weinblatt, C.W. Frank, R.V. Sager, "Social factors in the prognosis of men following first myocardial infarction"; *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1970, 48e band, blz. 37
15. E. Weinblatt, W. Ruberman, J.D. Goldberg, S.W. Frank, S. Shapiro, B.S. Chaudhary, "Relation of education to sudden death after myocardial infarction"; *New England Journal of Medicine*, 1978, 299e band nr. 2, blz. 60

Bij hoofdstuk 4.1

1. H.S. Luft, *Poverty and health; economic causes and consequences of health problems*; Cambridge, Ballinger Publishing Company, 1978
2. E.M. Goldberg, S.L. Morrison, "Schizophrenia and social class"; *British Journal of Psychiatry*, 1963, 109e band, blz. 785
3. D. Wiersma, R. Giel, A. de Jong, C.J. Slooff, "Social class and schizophrenia in a Dutch cohort"; *Psychological Medicine*, 1983, 13e band, blz. 141
4. A.J. Fox, P.O. Goldblatt, D.R. Jones, "Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances?"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1985, 39e band, blz. 1
5. Utrecht Mobility Seminar, *Intergenerational class mobility in the Netherlands in historical and comparative perspective*; Utrecht, University of Utrecht, 1985
6. H. Ganzeboom, P. de Graaf, "Beroepsmobiliteit tussen generaties in Nederland in 1954 en 1977"; *Mens en Maatschappij*, 1983, 58e band nr. 1, blz. 28
7. A. Health, *Social mobility*; Glasgow, William Collins Sons & Co. Ltd., 1981
8. R. Erikson, J.H. Goldthorpe, L. Portocarero, "Intergenerational class mobility in three Western European societies: England, France and Sweden"; *British Journal of Sociology*, 1979, 30e band nr. 4, blz. 415
9. B.L. Wolfe, "The influence of health on school outcomes"; *Medical Care*, oktober 1985, 23e band nr. 10, blz. 1127
10. R.A. Shakotko, L.N. Edwards, M. Grossman, "An exploration of the dynamic relationship between health and cognitive development in adolescence"; in: *Health, Economics, and Health Economics*; onder redactie van J. van der Gaag, M. Perlman, North-Holland Publishing Company, 1981
11. R. Illsley, "Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths"; *British Medical Journal*, 24 december 1955, blz. 1520
12. R. Illsley, *Professional or Public Health? Sociology in health and medicine*; London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1980
13. J. Stern, "Social mobility and the interpretation of social class mortality differentials"; *Journal of Social Policy*, 1983, 12e band nr. 1, blz. 27
14. H. Himsforth, "Epidemiology, genetics and sociology"; *Journal of the Biosocial Sciences*, 1984, 16e band, blz. 159
15. Office of Population Censuses and Surveys, *Occupational Mortality 1970-1972 England and Wales*; London, Her Majesty's Stationery, 1978
16. G. Olivier, "Hypothese sur la cause des différences biologiques entre catégories sociales"; *L'Anthropologie (Paris)*, 1977, 81e band nr. 4, blz. 579
17. J.A. Beardmore, F. Karimi-Booshehri, "ABO genes are differentially distributed in socio-economic groups in England"; *Nature*, 9 juni 1983, 303e band, blz. 522
18. Ingezonden brieven en commentaar betreffende "Blood group and socio-economic class"; *Nature*, 31 mei 1984, 309e band, blz. 395

Bij hoofdstuk 4.2

1. J. Pen, J. Tinbergen, "Hoeveel bedraagt de inkomensegalisatie sinds 1938?"; *Economisch Statistische Berichten*, 1976, 61e band, blz. 880
2. J.P. de Kleijn, H. van de Stadt, "Ontwikkelingen in de inkomensverdeling sinds 1970"; *Economisch Statistische Berichten*, 1985, 70e band, blz. 1004
3. F. de Kam, "Denivelleren mag weer"; *Intermediair*, 9 januari 1987, 22e band nr. 1/2, blz. 45
4. Centraal Bureau voor de Statistiek, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1983*; 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1984
5. Office of Population Censuses and Surveys, *Occupational Mortality 1970-1972 England and Wales*; London, Her Majesty's Stationery Office, 1978
6. A.J. Fox, A.M. Adelstein, "Occupational mortality: work or way of life?"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, 32e band, blz. 73
7. R.F. Heller, H. Williams, Y. Sittampalam, "Social class and ischaemic heart disease: use of the male:female ratio to identify possible occupational hazards"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1984, 38e band, blz. 198
8. J. van Reek, "Rookgedrag in Nederland van 1958-1982"; *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, 1983, 9e band nr. 3, blz. 99
9. F. van der Haar, D. Kromhout, *Food intake, nutritional anthropometry and blood chemical parameters in 3 selected Dutch schoolchildren populations*; Wageningen, Dissertatie, 1978
10. J.A.H. Baecke, J. Burema, J.E.R. Frijters, J.G.A.J. Hautvast, W.A.M. van der Wiel-Wetzels, "Obesity in young Dutch adults: I, socio-demographic variables and body mass index"; *International Journal of Obesity*, 1983, 7e band, blz. 1

11. I. Holme, I. Hjermand, A. Helgeland, P. Leren, "The Oslo Study: diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary preventive trial in middle-aged men"; *Preventive Medicine*, 1985, 14e band, blz. 279
12. J.F. Kraus, N.O. Borhani, C.E. Franti, "Socioeconomic status, ethnicity, and risk of coronary heart disease"; *American Journal of Epidemiology*, 1980, 111e band nr. 4, blz. 407
13. R.A. Knibbe, M.J. Drop, J. van Reek, G. Saenger, "The development of alcohol consumption in the Netherlands: 1958-1981"; *British Journal of Addiction*, 1985, 80e band, blz. 411
14. L.F. Berkman, L. Breslow, *Health and ways of living*; New York, Oxford University Press, 1983
15. D.L. Wingard, L.F. Berkman, R.J. Brand, "A multivariate analysis of health-related practices"; *American Journal of Epidemiology*, 1982, 116e band nr. 5, blz. 765
16. J.C. Kleinman, J.H. Madans, "The effects of maternal smoking, physical stature, and educational attainment of the incidence of low birth weight"; *American Journal of Epidemiology*, 1985, 121e band nr. 6, blz. 843
17. D. Rush, P. Cassano, "Relationship of cigarette smoking and social class to birth weight and perinatal mortality among all births in Britain, 5-11 april 1970"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1983, 37e band, blz. 249
18. J.B. Terpstra, "Preventie en sociale ongelijkheid: een interpretatie van onderzoeksresultaten"; *Sociologische Gids*, 1980, 27e band, blz. 146
19. K. Davis, M. Gold, D. Makuc, "Access to health care for the poor: does the gap remain?"; *Annual Review of Public Health*, 1981, 2e band, blz. 159
20. H.W.A.M. Swinkels, "Contacten van zuigelingen en kleuters met het consultatiebureau, 1981-1983"; *Maandbericht Gezondheid (CBS)*, 1985, 7e band
21. H.B. Haveman, "Deelname aan bevolkingsonderzoek in Nederland"; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1985, 63e band nr. 15, blz. 649
22. C.L.M. Appelman, "Opkomst bij bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom"; *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 1980, 58e band, supplement, blz. 138
23. J.K. van Ginneken, W.J. Appelboom, *Influence of socio-economic factors on perceived morbidity and use of health services: results of the continuous health survey in the Netherlands in 1981-1984*; Voorburg and Heerlen, Department for Health Statistics, Netherlands Central Bureau of Statistics, 1986
24. J.C. Kleinman, M. Gold, D. Makuc, "Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity"; *Medical Care*, 1981, 19e band nr. 10, blz. 1011
25. M. Blaxter, "Equity and consultation rates in general practice"; *British Medical Journal*, 30 juni 1984, 288e band, blz. 1963
26. E.M. Hooijmans, F.F.H. Rutten, "The impact of supply on the use of the hospital facilities. Differences between high and low income groups in the Netherlands"; *Acta Hospitalia*, 1984, 2e band, blz. 41
27. C. Bombardier, V.R. Fuchs, L.A. Lillard, K.E. Warner, "Socioeconomic factors affecting the utilization of surgical operations"; *New England Journal of Medicine*, 1977, 297e band, blz. 699
28. M. Hurst, P.S. Summey, "Childbirth and social class: the case of Cesarean delivery"; *Social Science & Medicine*, 1984, 18e band nr. 8, blz. 621
29. D.D. Rutstein, W. Berenberg, Th.C. Chalines, C.G. Child, A.P. Fishman, E.B. Perin, "Measuring the quality of medical care"; *New England Journal of Medicine*, 1976, 294e band, blz. 582
30. G. Nijhof, "Ongelijkheid in status en gezondheidsstoringen"; in: *Medisch Jaar 1981*, onder redactie van P.Q. Gerlings et al, 1981, blz. 475
31. L.F. Berkman, S.L. Syme, "Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents"; *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109e band nr. 2, blz. 186
32. L.F. Berkman, L. Breslow, *Health and ways of living*; New York, Oxford University Press, 1983
33. V.J. Schoenbach, B.H. Kaplan, L. Fredman, D.G. Kleinbaum, "Social ties and mortality in Evans County, Georgia"; *American Journal of Epidemiology*, 1986, 123e band nr. 4, blz. 577

Bij hoofdstuk 5

1. P.J. van der Maas, J.P. Mackenbach, L.J. Gunning-Schepers, "Sociaal-economische gezondheidsverschillen: op weg naar een onderzoeksstrategie"; elders in deze bundel.
2. *Inequalities in health (the Black Report)*; onder redactie van P. Townsend, N. Davidson, Middlesex, Penguin Books, 1982
3. R. Crawford, "You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming"; *International Journal of Health Services*, 1977, 7e band nr. 4, blz. 663
4. G. Rose, M.G. Marmot, "Social class and coronary heart disease"; *British Heart Journal*, 1981, 45e band, blz. 13
5. J.T. Salonen, "Socioeconomic status and risk of cancer, cerebral stroke, and death due to coronary heart disease and any disease: a longitudinal study in eastern Finland"; *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1982, 36e band, blz. 294
6. S. Aro, L. Rasanen, R. Telama, "Social class and changes in health related habits in Finland in 1973-1983"; *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1986, 14e band, blz. 39

7. M. Calman, "Maintaining health and preventing illness: a comparison of the perception of women from different social classes"; *Health Promotion*, 1986, 1e band, blz. 167
8. J. Brotherston, "The Galton lecture: 1975. Inequality: is it inevitable?"; in: *Equalities and Inequalities in Health*; onder redactie van C.O. Carter, J. Peel, London, Academic Press, 1976
9. K.N. Lohr, R.H. Brook, C.J. Kamberg, G.A. Goldberg, A. Leibowitz, J. Keesey, D. Reboussin, J.P. Newhouse, "Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment"; *Medical Care*, 1976, 24e band, supplement
10. T.R. Moore, W. Origel, T.C. Key, R. Resnik, "The perinatal and economic impact of prenatal care in a low-socioeconomic population"; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1986, 154e band, blz. 29
11. R.A. Carr-Hill, M. Tahlin, S. Johansson, "Pregnancy, social status and health in Sweden"; *Social Science & Medicine*, 1983, 17e band nr. 6, blz. 343
12. D. Hansen-Koenig, M. Manciaux, J.-P. Deschamps, "La mortalité péri-natale au Grand-Duché de Luxembourg. Evolution de 1969 a 1979"; *Revue d'Epidemiologie et Sant Publique*, 1983, 31e band, blz. 129
13. M. Blaxter, "Health services as a defence against the consequences of poverty in industrialised societies"; *Social Science & Medicine*, 1983, 17e band nr. 16, blz. 1139

Discussie

In de discussie die ontstaat naar aanleiding van het door Mackenbach gegeven overzicht van onderzoek naar verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische status-groepen, staat een gedifferentieerd aanbod van zorg als antwoord op verschillen in gezondheid centraal. Uitgangspunt is daarbij de (h)erkenning van risicogroepen. Er wordt ingegegaan op het nut en de consequenties van deze aanpak.

Dr. H. Rengelink, directeur GG en GD Amsterdam, merkt op dat er al meer dan een eeuw aandacht bestaat voor de problematiek van sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar dat deze aandacht tot nu toe nog nauwelijks omgezet is in actie. Ingrijpen is naar zijn oordeel gewenst, gezien de grootte van de verschillen. In dit verband vraagt hij zich af of deze verschillen in gezondheid niet beantwoord moeten worden met een gedifferentieerd zorgaanbod, waarbij zorg selectief wordt aangeboden, en wel aan die groepen die in de samenleving de grootste risico's lopen. Is Mackenbach iets bekend over de effecten van een gedifferentieerd zorgaanbod op de gezondheidstoestand van de risicogroepen?

Mackenbach antwoordt dat er aanwijzingen zijn dat selectieve zorg de verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische status-groepen kan verkleinen. Deze aanwijzingen kunnen bijvoorbeeld gevonden worden in de resultaten van programma's in de jaren '60/'70 in de VS, gericht op de bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen van moeders en kleine kinderen. De speciale voorzieningen op het gebied van pre- en perinatale zorg die in het kader van deze programma's zijn opgezet, lijken inderdaad te hebben bijgedragen aan de verkleining van deze verschillen, mede gezien het feit dat nu de programma's door de regering-Reagan weer enigzins zijn teruggedraaid, de verschillen weer iets toegenomen lijken te zijn. Wel moet hierbij de kanttekening worden gemaakt dat een gedifferentieerd aanbod van zorg de verschillen in gezondheid nooit helemaal kan wegnemen, gezien het feit dat gezondheid niet uitsluitend door gezondheidszorg bepaald wordt.

De heer J. van Londen, directeur-generaal voor de Volksgezondheid, Ministerie van WVC, voegt hier aan toe dat de gerichte benadering van groepen die een specifiek risico dragen, zijn grenzen kent. Door de groepen een etiket van risicodragend op te plakken, en er vervolgens gericht op af te stappen, bestaat namelijk het gevaar voor stigmatisering, die ervaren wordt als discriminatie. Overigens wordt differentiatie in het zorgaanbod in de huidige gezondheidszorg al toegepast; denk bijvoorbeeld aan het gericht opzoeken van heroïneprostituées, met als doel het verstrekken van schone injectienaalden om de kans op bijvoorbeeld verspreiding van aids te verminderen.

Vanuit de sociaal-geneeskundige hoek wordt hierop gereageerd door te stellen dat het aanbieden van specifieke zorg aan risicogroepen in zichzelf niet als discriminatie (in de "negatieve" betekenis) opgevat moet worden. In deze benadering wordt slechts gezocht naar bevolkingsgroepen die een verhoogd risico dragen op de aandoening waarop de zorg gericht is, en dit kan juist heel effectief zijn. Dit succes kan geïllustreerd worden aan de hand van activiteiten die in de vorige eeuw door sociaal-geneeskundigen ondernomen zijn om de sociale ongelijkheid te verkleinen.

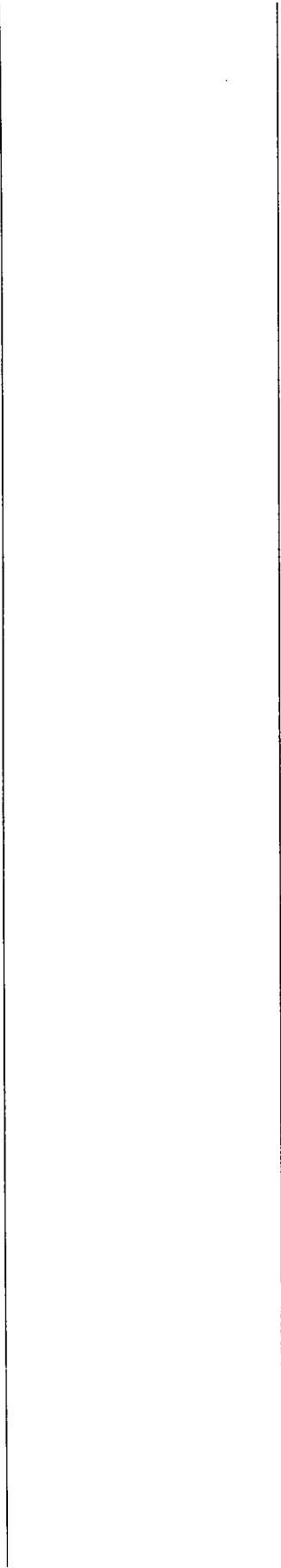
Dr. J.C. van Wieringen, GG en GD te Utrecht, wijst er op dat binnen de schoolgezondheidszorg vaak onderscheid wordt gemaakt naar risicogroepen. Zinvoller is het, zo meent Van Wieringen vanuit zijn eigen ervaringen, om te spreken in termen van individuen die een groot aantal risico's met zich meedragen of in hun omgeving hebben.

Mevrouw dr. C. Hermann, Centraal Bestuur van de Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen, voegt hier aan toe dat men in de schoolgezondheidszorg wel degelijk met de vrees voor discriminatie geconfronteerd wordt; gegevens van de sociale achtergrond van een kind worden om die reden vaak niet geregistreerd.

Dr. P.A. van Wely, directeur Bedrijfsgeneeskundige Dienst Philips, merkt op dat in de bedrijfsgezondheidszorg de tijd die een bedrijfsgeneeskundige aan verschillende groepen werknemers besteedt, omgekeerd evenredig is aan de sociaal-economische status van die groepen. Omdat deze tijd met name gaat zitten in de verbetering van arbeidsomstandigheden van de laagste functies, en dus niet direct gericht is op de individuele werknemer, wordt een dergelijke benadering in de bedrijfsgezondheidszorg niet als discriminerend ervaren.

Van Londen is het volledig eens met de stelling dat een selectief zorgaanbod in zichzelf niet als discriminatie opgevat kan worden; het nut van een dergelijk aanbodselectief beleid wordt bovendien door hem geheel onderschreven. Hij heeft slechts willen wijzen op de grenzen van deze benadering die gelegen zijn in de privacy van het individu.

Mevrouw M.A. Müller-van Ast, Tweede Kamerlid voor de Partij van de Arbeid, vraagt naar de mogelijke oorzaken van de hoge consumptie van zorg door ziekenfondsverzekerden in vergelijking met particulier verzekerden. *Mackenbach* antwoordt dat veel van deze verschillen in consumptie terug te voeren zijn op objectieve verschillen in de gezondheidstoestand van beide groepen. De vraag in hoeverre de factor consumptiegevoeligheid bij de verklaring van deze verschillen een rol speelt, valt buiten deze discussie.



**V. SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS; STERFTE EN DE ROL VAN
GEDRAG – EEN STUDIE NAAR BEROEPSKLASSE, ROKEN EN
STERFTE IN ZUTPHEN**

I.P. Spruit

D. Kromhout

T.J. Dijkers

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|-----|
| SAMENVATTING | 99 |
| 1. INLEIDING | 99 |
| 2. ONDERZOEKSOPZET EN VRAAGSTELLINGEN | 100 |
| 2.1. Zijn er verschillen in rookgedrag naar sociaal-economische status? | 100 |
| 2.2. Is er verschil in sterfte naar sociaal-economische status? | 102 |
| 2.3. Is er verschil in sterfte naar rookgedrag? | 104 |
| 3. SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS EN ROKEN IN RELATIE TOT STERFTE | 104 |
| 4. EVALUATIE VAN DE BEVINDINGEN | 105 |
| 4.1. Wat is de strekking van wat we nu weten? | 106 |
| 4.2. Wat weten we met deze analyses nog niet? | 107 |
| 4.3. Conclusie | 108 |

Samenvatting

Van 878 Zutphense mannen, waarvan bijna de helft in de loop van 25 jaar is overleden, is nagegaan of er verband bestaat tussen hun sociaal-economische status (geïndiceerd door beroep) en daaropvolgende 25-jaars sterfte. Centraal in de vraagstelling stond echter vooral of verwachte sociaal-economisch gebonden sterfteverschillen verklaard kunnen worden uit het rookgedrag. Hoewel er zowel naar rookgedrag als naar sterfte verbanden met sociaal-economische categorieën bestaan, blijken deze volledig onafhankelijk van elkaar. Het onderzoek, dat is gedaan met behulp van secundaire analyse van reeds bestaande data, biedt een aantal nuances die nader besproken worden. Daarbij wordt met name ingegaan op wat we wel en niet weten en vragen die daarbij van belang zijn.

1. Inleiding

In opdracht van het Ministerie van W.V.C. werd met behulp van secundaire analyse nagegaan welk verband er bestaat tussen sociaal-economische status, sterfte en rookgewoonten in een kleine Nederlandse stad. Hiervoor werd gebruik gemaakt van gegevens uit de "Zutphen Studie". Dit Nederlandse onderzoek is een bijdrage aan de "Zeven Landen Studie", een longitudinaal onderzoek naar risicofactoren op het terrein van hart- en vaatziekten, gecoördineerd door Prof. dr. A. Keys, Minneapolis, Minnesota.

De data die geanalyseerd worden zijn weliswaar geschikt om vragen uit het brede terrein van de relatie tussen sociaal-economische status en sterfterisico's te analyseren, maar zij zijn niet speciaal voor dat doel verzameld. Dat betekent dat er ook beperkingen zitten aan de mogelijkheid om uitspraken te doen. Om deze reden zal extra aandacht worden gegeven aan de evaluatie van de te presenteren resultaten.

De analyses zijn ondernomen in het kader van het in de Nota 2000 gepresenteerde voornemen om bestaande Nederlandse studies te onderzoeken op relevante, relatief snel en eenvoudig te verkrijgen gegevens over ongelijkheid in gezondheid (in dit geval sterfte). Onderzocht zal worden of er verschillen zijn in de 25-jaars sterfte van 40-59 jarige mannen. Daarmee wordt bijgedragen aan het, tot nu toe schaarse, Nederlandse materiaal waarin onderzocht is of het verband tussen sociaal-economische status en mortaliteit ook hier te lande aanwezig is¹. Een ander doel is een bijdrage te leveren aan vraagstellingen die door de tot nu toe uitgevoerde onderzoeken nog onvoldoende beantwoord zijn. Zo is een belangrijk deel van het onderzoek naar sociaal-economische status en sterfte "aggregate level" onderzoek, waaraan een aantal methodologische problemen kleven, die alleen met andersoortige onderzoeksdesigns kunnen worden opgelost². Een cohort-onderzoek zoals de Zutphen Studie kan daarvoor zeer bruikbare informatie leveren.

Er is ook nog onvoldoende inzicht in oorzaak-gevolg relaties op dit gebied. Hiermee wordt niet alleen bedoeld of het één (sociaal-economische status) dan wel het ander (ongezondheid) oorzaak of gevolg is. Zo eenvoudig liggen de aanwijzingen niet³. Onopgehelderd is enerzijds de bijdrage van structurele sociale en economische factoren aan het verband tussen sociaal-economische status en sterfte. Anderzijds is onduidelijk welke rol gedragsfactoren spelen bij het verklaren van dit verband, bijvoorbeeld gedrag dat gezondheidsrisico's oplevert. Hoewel meerdere gedragsfactoren gemeten zijn, noodzakelijk de omstandigheden ons om deze analyse te beperken tot één, doch zeer belangrijke gedragsvariabele: rookgewoonten.

In deze bijdrage zal een beschrijving worden gegeven van de invloed van zowel rookgewoonten als sociaal-economische status op de sterfte. De term sociaal-economische status zal hier verder worden aangegeven met SES.

2. Onderzoekopzet en vraagstellingen

Het onderzoek betreft een volledig *aselecte steekproef* van 878 Zutphense mannen die in 1960 40-59 jaar oud waren. Vier op de negen mannen van deze leeftijd werd uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. Het enige criterium dat naast de leeftijd werd aangehouden was dat zij minstens vijf jaar in Zutphen moesten wonen, omdat het een longitudinaal onderzoek zou worden waarbij de deelnemers meerdere malen zouden worden onderzocht. Zutphen werd als onderzoekslocatie gekozen omdat het een kleine stad betrof, waarvan de doelgroep vrij sterk plaatsgebonden was en grote bereidheid toonde tot deelname. Bij deze mannen is informatie over o.a. beroep en rookgewoonten verzameld in 1960, 1965, 1970, 1977/78 en 1985. Vanaf 1960 heeft een continue mortaliteitsregistratie plaatsgevonden. In de periode 1960-1985 zijn 430 mannen overleden. De doodsoorzaken van de overledenen zijn gecodeerd volgens de 8-ste revisie van de International Classification of Diseases. Voor meer gedetailleerde informatie over deze opzet wordt verwezen naar de tussenrapportage aan het Ministerie van WVC⁴ en eerdere publicaties⁵.

De vraag naar het verband tussen SES, roken en 25-jaars sterfte, is uitgesplitst naar een aantal deelvragen, waardoor we eventuele onderlinge beïnvloeding van factoren waarin we geïnteresseerd zijn kunnen blootleggen. Deze deelvragen zijn:

1. Zijn er verschillen in rookgewoonten tussen groepen met een verschillende SES?
2. Zijn er verschillen in mortaliteit tussen groepen met een verschillende SES? Is een verhoogde sterfte bij groepen met een lagere SES in dit onderzoek aantoonbaar?
3. Is verband tussen roken en mortaliteit ook bij deze onderzoeks populatie aantoonbaar?
4. Geven verschillen in rookgewoonten een verklaring voor verschillen in mortaliteit tussen groepen met verschillende sociaal-economische status?

In de huidige analyse is als indicator voor de sociaal economische status het beroep van de respondent gebruikt. De beroepen zijn als volgt ingedeeld:

1. Hoger en middelbaar leidinggevende en onderwijzende beroepen (SES1), 16%.
2. Zelfstandigen, niet in loondienst (SES2), 21%.
3. Lagere administratieve beroepen en employees (SES3), 25%.
4. Industrie- en landarbeiders (SES4), 37%.

Ruim 1% bleek werkloos of in de W.A.O. (in 1960). Deze zijn buiten de analyse gehouden.

De groep zelfstandigen (SES2) bleek zowel wat de rookgewoonten als wat de mortaliteit betreft nogal af te wijken van de andere groepen. Deze groep zal daarom in de meeste tabellen en een aantal toetsen apart worden weergegeven.

2.1. Zijn er verschillen in rookgedrag naar SES?

Uit eerder onderzoek is gebleken dat het rookgedrag kan verschillen in de verschillende sociale strata⁶. Er zal dus eerst moeten worden vastgesteld of een dergelijke relatie in deze populatie ook bestaat. Niet alleen om vast te stellen of we dit hier ook tegenkomen. Als immers een dergelijke relatie bestaat, op dezelfde wijze als er verband is tussen SES en sterfte, dan zou het zeer denkbaar zijn dat die relatie in feite wordt veroorzaakt door het rookgedrag, wanneer we voor die factor niet controleren.

Rookgewoonten zijn zeer complex. Mensen roken verschillende soorten rookwaar in verschillende hoeveelheden en in verschillende tijdsduren. We beperken ons in dit onderzoek tot het roken van sigaretten (en shag) omdat uit eerder onderzoek^{7,8} is gebleken dat dit veruit de grootste

gezondheidsrisico's oplevert. Daarnaast zijn er bv. mensen die nooit gerookt hebben en mensen die gestopt zijn met roken. Hoewel dit laatste op zich de gezondheidsrisico's verlaagt, stoppen mensen nogal eens (al dan niet op doktersadvies) als zij al gezondheidsklachten hebben. Dit kan zich in statistieken zodanig uiten dat het lijkt alsof stoppen met roken, vooral in de eerste vijf jaar daarna, juist een verhoogd gezondheidsrisico oplevert⁷. Om dergelijke vertekeningen te vermijden bepalen we alleen hoe lang iemand sigaretten had gerookt in 1960. De verhouding tussen rookduur en aantallen is uitgedrukt in "packyears". Een packyear is het aantal sigaretten per dag, gedeeld door 20, maal het aantal gerookte jaren.

Van de 878 onderzochte mannen rookte in 1960 74,6% sigaretten/shag. De rokers bleken daarenboven gemiddeld 2 jaar jonger te zijn dan de niet-rokers en er waren aanzienlijke verschillen naar SES. Vanwege het significante verschil in leeftijd worden in tabel 1 de gegevens over het roken uitgesplitst naar geboortejaar.

Tabel 1 Percentage sigarettenrokers in 1960, naar geboortejaar

| | Geboortejaar | | | |
|--------|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | 1900-1904 | 1905-1909 | 1910-1914 | 1915-1919 |
| SES1 | 55,6% | 54,4% | 73,5% | 81,4% |
| SES3 | 63,4% | 60,0% | 84,6% | 82,2% |
| SES4 | 82,1% | 76,7% | 88,4% | 81,8% |
| SES2 | 56,3% | 55,8% | 75,9% | 82,2% |
| totaal | 56,3% | 55,8% | 82,6% | 82,0% |
| N | 183 | 216 | 235 | 222 |
| | p=0,01 | p=0,05 | N.S. | N.S. |

Uit deze tabel is af te lezen, dat de *verschillen* in rookgedrag naar *sociaal-economische status* alleen bij de oudere categorieën* significant zijn. In de jongere categorieën is er géén verschil van betekenis op dit punt, maar bij de ouderen is het aanzienlijk. Er moet benadrukt worden dat het hier gaat om een dwarsdoorsnede van de situatie in 1960.

Binnen deze doorsnede zien we echter óók dat de oudere mannen tesa-men minder roken dan de jongeren. Dit roept de volgende vragen op:

1. Werd er door de oudere groep altijd al minder gerookt, of
2. Zijn de mannen naarmate ze ouder werden minder gaan roken?
3. Zijn de mannen in de hogere sociaal-economische strata in relatief sterkere mate met roken gestopt?
4. Is er relatief meer sterfte opgetreden onder rokers in de hogere sociaal-economische strata?

De vierde vraag hangt samen met onderzoeksvragen 2 en 3 en komt later aan de orde. De eerste drie vragen kunnen op twee manieren beantwoord worden. In 1960 is retrospectief aan de mensen gevraagd hoe lang zij al rookten, hoeveel, of zij wel eens gestopt waren, en zo ja, hoe lang. Daarnaast zijn er prospectieve gegevens over veranderingen in het rookgedrag tussen 1960 en 1970. We beginnen met deze laatste gegevens.

Wanneer we het percentage van de respondenten, die in 1960 rookten en tussen 1960 en 1970 gestopt zijn met roken, uitsplitsen naar SES krijgen we de resultaten volgens tabel 2. De verschillen zijn significant ($p = 0,01$).

* Met oudere groepen wordt hier en ook in het vervolg gerefereerd aan het jaar 1960; "ouder" zijn de mannen van 50-59 jaar, "jonger" de mannen van 40-49 jaar.

Tabel 2 Percentage van in 1960 rokende respondenten, die tussen 1960 en 1970 gestopt zijn, naar sociaal-economische status

Gestopt in 1970 (N = 54)

SES1 25,0%

SES3 20,3%

SES4 13,0%

SES2 25,7%

Het aantal mensen dat op latere leeftijd nog gaat roken is gering, evenals het aantal dat opnieuw gaat roken, na een periode van 5 jaar of meer niet gerookt te hebben. We zien dat een aanzienlijk deel van de mannen stopte met roken naarmate ze ouder werden en dat dit zich in sterkere mate voordeed naarmate de sociaal-economische status hoger is.

Naast veranderingen in het rookgedrag 10 jaar later, kunnen we ook kijken naar veranderingen in het rookgedrag 10 jaar vóór 1960. We hebben daartoe het rookgedrag van degenen die in 1950 40-45 jaar oud waren vergeleken met dat van degenen die in 1960 dezelfde leeftijd hadden. We hebben m.n. deze leeftijdsgroep nader geanalyseerd omdat we bij hen in 1960 geen verband vonden met SES.

Tabel 3 Percentage 40-45 jarigen die roken in 1950 en 1960 en in 1960 gestopt zijn met roken

| | % rokers in | | |
|------|-------------|-------|-----------------|
| | 1950 | 1960 | gestopt in 1960 |
| SES1 | 93,4% | 54,3% | 39,1% |
| SES3 | 80,0% | 60,0% | 20,0% |
| SES4 | 80,7% | 76,7% | 14,0% |
| SES2 | 73,1% | 55,8% | 17,3% |
| N | 216 | | |

In tabel 3 is te zien dat het retrospectieve materiaal dezelfde lijn vertoont als het prospectieve. Een sterke tendens om minder te gaan roken bij stijgende leeftijd en een versterkt effect hiervan bij hogere sociale status. Kijken we naar de hoogste SES-categorie, dan zien we dat daar in 1950 een opvallend hoog percentage rokers aanwezig was, terwijl juist hier na 10 jaar een sterke daling te zien was. In de laagste SES-categorie valt op dat het percentage rokers steeds ca. 80 bedroeg en dat er vrijwel geen daling optrad.

Samengevat:

Er zijn dus verschillen in rookgedrag, in die zin dat in alle lagere SES-strata meer gerookt wordt en een vrij stabiel rookgedrag bestaat. Onderscheiden naar leeftijd zien we dat in alle jongere categorieën ongeveer evenveel gerookt wordt, onafhankelijk van SES. Bij de ouderen zien we echter wel SES-verschillen: hoe hoger de categorie, hoe minder men rookt. De verschillen bestaan vooral omdat mannen naarmate ze ouder werden vaker stopten met roken en dit bovendien vaker gebeurt naarmate men tot een hogere SES-categorie behoort. We moeten vervolgens kijken of er verschillen zijn in sterfte naar SES, afgezien van een evt. invloed van roken.

2.2. Is er verschil in sterfte naar SES?

Alvorens een mogelijk verband tussen sterfte en SES te analyseren kan worden bestudeerd hoe de stabiliteit is van de mensen binnen hun sociale

laag. We kunnen dit nagaan vanaf minimaal de middelbare leeftijd (gegeven de aanvangsleeftijd bij het onderzoek). We zijn daarvoor nagegaan of de mannen tussen 1960 en 1970 zodanig van beroepsgroep veranderd zijn dat zij in een ander sociaal stratum terecht zouden komen. Het bleek dat van de 878 mannen er 23 een beweging in neerwaartse en 47 een beweging in opwaartse richting gemaakt hadden. Deze aantallen zijn te klein om er aparte categorieën van te maken.

Kijken we naar de mortaliteit als zodanig, dan worden significante verschillen (Mantel-Haenzel, chi-kwadraat voor trend $p=0,01$) aangetroffen in de verwachte richting: naarmate de SES lager is, is de sterfte hoger. Er is echter één uitzondering: de categorie zelfstandigen (SES 2). Deze vertonen de hoogste sterfte. Deze gegevens zijn echter niet zonder meer bruikbaar, omdat niet gecorrigeerd is voor leeftijd. Het betreft hier longitudinaal onderzoek, waarin de mensen bij het begin van het onderzoek verschillende leeftijden hadden. Leeftijd kan dan een storende doorkruisende factor vormen. Er is daarom een survival-analyse uitgevoerd volgens het "proportional hazards model" (Cox's regressie). Hiermee kan worden vastgesteld of de verschillen in mortaliteit tussen de strata blijven bestaan als men corrigeert voor leeftijd. Voor ieder stratum van de onafhankelijke variabelen kunnen relatieve risico's berekend worden (Tabel 4). De sterfte van SES categorie 1, de referentie-categorie, is op 1 gesteld. We kunnen dan zien hoeveel groter de sterfte bij de andere strata is ten opzichte van deze referentie-categorie.

Tabel 4 Cox's regressie-analyse. Verband tussen leeftijd en sociaal-economische status en mortaliteit (N = 856)

| Variabele | regressie-coëfficiënt | relatief risico | p-waarde |
|-----------|-----------------------|-----------------|----------|
| Leeftijd | 0,10 | 1,10 | 0,01 |
| SES3 | 0,07 | 1,07 | N.S. |
| SES4 | 0,17 | 1,19 | N.S. |
| SES2 | 0,19 | 1,21 | N.S. |

Ook na correctie voor leeftijd blijven de zelfstandigen de hoogste sterfte vertonen. In de SES categorieën 3 en 4 zijn er verschillen ten opzichte van SES categorie 1 in de verwachte richting, maar zij zijn minder groot en statistisch niet significant. Dat betekent dat de relatie tussen SES en sterfte door leeftijd beïnvloed wordt. Daarom is vervolgens gestratificeerd naar leeftijd. Daarvoor is de populatie gesplitst in 40-49 jarigen en 50-59 jarigen (leeftijd van 1960).

Bij deze analyse bleek dat er in de oudere groep, waar *wel* een belangrijk verschil in rookgedrag is, géén verband bestaat tussen SES en mortaliteit. Bij de jongere categorie, waar naar rookgedrag *geen* significante verschillen bestaan, komt het verband met SES nu wel sterker naar voren. Dit is te zien in tabel 5.

Tabel 5 Mortaliteit en sociaal-economische status bij respondenten, die in 1960 tussen 40 en 49 jaar oud waren volgens het Cox's regressiemodel (N = 457)

| Variabele | regressie-coëfficiënt | relatief risico | p-waarde |
|-----------|-----------------------|-----------------|----------|
| Leeftijd | 0,10 | 1,10 | 0,01 |
| SES3 | 0,49 | 1,63 | N.S. |
| SES4 | 0,73 | 2,07 | 0,01 |
| SES2 | 0,81 | 2,25 | 0,01 |

Een aantal achterliggende verschijnselen zou op deze bevinding van invloed kunnen zijn. Het zou bv. kunnen zijn dat:

- degenen die tot de hoogste risicogroepen behoorden, in de zin van de meest vatbaren voor SES en gedragseffecten (of de sterkste representanten van de categorie), reeds zijn overleden en dat de overblijvenden een min of meer gelijk sterfterisico hebben,
- leeftijd, wanneer men ouder is dan 50 jaar, een grotere risicofactor is dan SES of rookgedrag,
- gedrags- en/of SES factoren hun schadelijke invloed vooral uitoefenen vóór het 50e levensjaar. Wordt men ouder, dan heeft men wellicht een fysiek-biologische constitutie die bestand was (en is) tegen risicofactoren voortkomend uit SES en riskant gedrag.

Voorlopig kunnen hierover echter geen nadere uitspraken worden gedaan.

Samengevat:

Er mag worden geconcludeerd dat er verband bestaat tussen SES en sterfte, vooral bij de jongere leeftijdscategorie. Het is voorlopig niet duidelijk hoe het bijna geheel verdwijnen van het verband (in dit onderzoek) bij de categorie 50-59 jarigen moet worden geïnterpreteerd.

2.3. Is er verschil in sterfte naar rookgedrag?

Gegeven de inmiddels zeer bekende literatuur moet verwacht worden dat ook in dit onderzoek een sterk verband gevonden wordt tussen roken en sterfte. Met behulp van Cox's regressie bleek onder de onderzochte mannen inderdaad een relatief risico te bestaan van 1,012 *per* gerookt packyear. Het effect van roken is significant aanwezig binnen de verschillende strata, ook na correctie voor leeftijd, en vertoont een lichte tendens iets zwakker te worden bij hogere leeftijd.

3. SES en roken in relatie tot sterfte

Hoewel reeds uit het materiaal naar voren komt dat de sterfteverschillen naar SES juist groter zijn in de leeftijdscategorie waar nauwelijks SES-verschillen naar rookgedrag bestaan, is zowel invloed van rookgedrag als van SES op de sterfte vastgesteld. De belangrijkste vraag is vervolgens of deze twee factoren uit elkaar voortvloeien. Vooral is van belang of het verband tussen SES en sterfte in feite veroorzaakt wordt door het rookgedrag. Daarom is nagegaan of de verbanden tussen roken en sterfte enerzijds en tussen SES en sterfte anderzijds onafhankelijk van elkaar zijn. Voor dat doel zijn achtereenvolgens twee vragen geanalyseerd. De eerste is of de SES-verschillen in sterfte in feite kunnen worden gereduceerd tot verschillen in rookgedrag en de tweede is of er interactie (feitelijk samengaan) bestaat tussen risico's van het roken en het behoren tot een SES-categorie.

Voor het beantwoorden van de eerste vraag is een gecombineerde analyse gemaakt van de invloed van zowel roken als SES (en leeftijd) op de sterfte. Tabel 6 geeft hiervan de resultaten. De relatieve risico's van zowel SES als packyears zijn berekend met Cox's analyse.

Tabel 6. Verband tussen leeftijd, sociaal-economische status, roken en mortaliteit (N = 863)

| Variabele | regressie coëfficiënt | relatief risico | p-waarde |
|-----------|--------------------------|--------------------|----------|
| Leeftijd | 0,096 | 1,092 | 0,01 |
| SES3 | 0,084 | 1,088 | N.S. |
| SES4 | 0,146 | 1,156 | N.S. |
| SES2 | 0,160 | 1,173 | N.S. |
| Packyears | 0,012 | 1,012 | 0,01 |

Zowel de relatieve risico's als de regressie-coëfficiënten liggen op ongeveer hetzelfde niveau als die van SES (tabel 5) en packyears afzonderlijk. Herhaling van de analyse voor de jongere categorie apart (bij hen was immers het effect van SES alleen reeds significant) geeft dezelfde resultaten te zien (tabel 7).

Tabel 7. Verband tussen leeftijd, sociaal-economische status, roken en mortaliteit voor de geboortejaren 1910-1919 (N = 457)

| Variabele | regressie coëfficiënt | relatief risico | p-waarde |
|-----------|--------------------------|--------------------|----------|
| Leeftijd | 0,093 | 1,089 | 0,01 |
| SES3 | 0,484 | 1,622 | N.S. |
| SES4 | 0,700 | 2,014 | 0,01 |
| SES2 | 0,754 | 2,126 | 0,01 |
| Packyears | 0,016 | 1,016 | 0,01 |

Ook voor de jongere groep blijkt de gecombineerde analyse bijna dezelfde resultaten (m.b.t. relatief risico en regressiecoëfficiënten) te geven als analyse van de invloed van SES en packyears afzonderlijk. Er mag dan ook geconcludeerd worden dat zowel SES als roken onafhankelijk van elkaar invloed hebben op de mortaliteit. De invloed van die factoren is niet tot elkaar te herleiden, oftewel de verschillen in sterfte naar SES kunnen niet worden gereduceerd tot verschillen in rookgedrag.

Om de tweede vraag naar de onafhankelijke invloed van beide factoren nader te beantwoorden, is nagegaan of er interactie bestaat tussen de risico's van het behoren tot een sociale laag en het roken van sigaretten. Nagegaan is dus of het rookgedrag in de ene sociale laag riskanter is dan in een andere. Hiervoor zijn schattingen gemaakt van de interactietermen van SES en packyears. Deze termen bleken geen gewichten van betekenis te hebben. Dat betekent dat roken en SES onafhankelijk van elkaar de mortaliteit beïnvloeden.

Tenslotte hebben wij nog gekeken naar de doodsoorzaak-specifieke mortaliteit. De sterfte aan longkanker bleek vooral sterk gerelateerd aan het aantal packyears en niet aan SES. De overige sterfte aan kanker toonde geen verband met packyears en evenmin met SES. Sterfte aan coronaire hartziekten werd significant vaker bij de "jongere" zelfstandigen (SES2) gevonden. Fatale cerebrovasculaire aandoeningen traden vaker op bij de "oudere" categorie met de laagste SES.

Samengevat:

Hoewel er, gemeten aan de 25-jaars sterfte bij oudere (40-59 jaar) Zutphense mannen, verband is tussen:

1. Rookgedrag en sterfte
2. Rookgedrag en SES (vooral bij ouderen), en
3. SES en sterfte (vooral bij jongeren) zijn de verbanden tussen roken en sterfte en SES en sterfte *volledig* onafhankelijk van elkaar. Dat wil dus zeggen dat de invloed die het behoren tot een sociale laag heeft op de sterfte, *niet* kan worden verklaard door het rookgedrag.

4. Evaluatie van de bevindingen

In de loop van 25 jaar is 48,6% van een aselechte steekproef van 878 40-59 jarige Zutphense mannen uit 1960 overleden. Er blijkt verband te bestaan tussen SES en sterfte, maar ook het roken van sigaretten (en shag) is een belangrijke risicofactor, met name voor sterfte aan longkanker. Tot zover komen de resultaten van dit onderzoek overeen met de

verwachtingen die men mag hebben op basis van eerder onderzoek en geven zij weer dat deze bevindingen in een Nederlands cohort replicerbaar zijn. Er zijn echter een aantal nuanceringen en bevindingen die nadere evaluatie behoeven. We zullen daarom datgene wat we nu te weten zijn gekomen, maar óók datgene wat we hiermee nog niet weten, nader interpreteren in het kader van de bestaande know-how op dit terrein.

4.1. Wat is de strekking van wat we nu weten?

De veronderstelling dat het verband tussen SES en gezondheid c.q. sterfte, vooral gezocht moet worden in ongezond gedrag of "riskante gewoonten"⁹ is vrij gangbaar, maar nog niet eerder rechtstreeks getoetst. Tegen dit licht is in dit onderzoek belangrijk, dat met name is gezocht naar het samengaan van het risico van één zo'n riskante gewoonte en het SES-sterfte risico. Derhalve is ook de bevinding belangrijk dat het rookgedrag op geen enkele wijze een verklaring blijkt te zijn voor de gevonden sterfteverschillen tussen de diverse strata. Zo'n bevinding heeft gevolgen voor verwachtingen die men van interventies c.q. preventie kan opstellen. Van maatregelen gericht op rookgedrag (m.n. stoppen met roken) zal men wél effect op de mortaliteit mogen verwachten, maar géén verkleining van de relatieve sterfteverschillen tussen de strata. Uiteraard is het echter wel gewenst dat de bevindingen uit dit onderzoek getoetst worden in breder maar eveneens prospectief onderzoek, met een grotere spreiding naar leeftijd (en beide sexen).

Hiermee komen we aan een tweede interpretatie-aspect. De studie is regionaal beperkt, en betreft de 25-jaars mortaliteit van oudere mannen. Naast het belangrijke voordeel dat het hier *prospectief* onderzoek op individuen betreft, die qua sterfte langdurig gevolgd zijn ná het vaststellen van hun SES, hetgeen het gevaar van kunstmatige verbanden aanzienlijk reduceert, spelen ook nadelen. Een daarvan is dat met name resultaten die niet, of niet helemaal, overeenkomen met eerdere bevindingen, niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden. Wel moeten de gevonden tendenzen als mogelijke indicatoren van bestaande (nieuwe of nog niet eerder onderzochte) tendenzen worden beschouwd. Dit betreft met name twee bevindingen: het relatief "jonge" verdwijnen van de relatie tussen SES en sterfte en de positie van SES2 (zelfstandigen).

Wat betreft de geringe relatie tussen SES en sterfte bij de ouderen kan erop gewezen worden dat i.h.a. de relatie tussen SES en sterfte zwakker wordt naarmate de leeftijd toeneemt en dat verwacht zou mogen worden dat deze uiteindelijk verdwijnt, evt. zelfs omdraait. Tot nu toe echter zou hiervan pas op zeer hoge leeftijd sprake kunnen zijn en worden i.h.a. in *alle* leeftijdscategorieën de relatieve verschillen gevonden¹⁰. We weten dus niet of het hier een tijd- en plaatsgebonden Zutphens verschijnsel betreft, of een indicatie voor een algemenere tendens, dat mogelijk de SES-gebonden sterfteverschillen onder bepaalde (onbekende) omstandigheden tot op minder hoge leeftijd blijven voortbestaan. Tenslotte is het ook niet mogelijk om met de bestaande gegevens te zeggen of het wegvallen van het verband bij ouderen als gunstig moet worden geschouwd. Als dit immers veroorzaakt zou zijn door betrekkelijke "oversterfte", in de tien jaar daarvóór, van hoog risicogroepen, staat dit in een heel ander licht dan wanneer dit bv. het eindresultaat zou zijn van een alreeds glijdend afnemend risico.

Wat betreft de afwijkende risicopositie van SES2 is het nog moeilijker iets naders te zeggen. Uiteraard kan ook dit een tijd- en plaatsgebonden Zutphense bevinding zijn of een bevinding behorend bij regio's die op Zutphen lijken, of een indicatie voor een (recent) Nederlands verschijnsel. Frinking¹¹ vindt echter niet iets dergelijks in zijn studie over de periode '55-'65. In Amsterdam¹² werd m.b.t. vooroorlogse zuigelingensterfte een even groot risico gevonden voor SES2 en 4. In die studie werd eenzelfde SES-constructie gebruikt als in Zutphen. Al met al is de bevinding zonder verder onderzoek moeilijk nader te interpreteren. Het belang van SES-

gebonden sterfteverschillen, gevonden in prospectief onderzoek, wordt echter door dit resultaat niet doorkruist of verzwakt.

4.2. Wat weten we met deze analyses nog niet?

Uitgaande van de veronderstelling dat a) riskant gedrag, zoals roken, een gedeeltelijke verklaring zou kunnen bieden voor SES-gebonden sterfteverschillen, waarmee een deeltje van de mechanismen binnen dit verband zichtbaar geworden zou zijn, en b) dit deeltje met deze studie gekwantificeerd zou kunnen worden, heeft het resultaat dat er nu ligt twee kanten. We hebben een antwoord: roken verklaart geen SES-gebonden sterfteverschillen, zelfs geen klein beetje ervan, hetgeen betekent dat we nu weten waar we één verklaring niet meer hoeven te zoeken. De vraag naar mechanismen ligt verder echter weer open. Kort gezegd: we weten welke factor niet verantwoordelijk is voor het verband tussen SES en sterfte, maar niet welke factoren (in welke constellaties) daar wél verantwoordelijk voor zijn¹³⁻¹⁵.

Waarom we dat niet weten kan worden nagegaan door de tot nu toe veronderstelde risicofactoren te beschouwen in het licht van cruciale vragen die met betrekking tot die factoren gesteld kunnen worden. Veronderstelde risicofactoren zijn in dit verband factoren waarvan enerzijds bekend is dat zij invloed hebben op gezondheid en/of sterfte en anderzijds dat zij ongelijk over de verschillende SES verdeeld zijn, en wel in dezelfde richting als de sterfterisicoverdeling. We kunnen deze factoren onderscheiden in "leef-omstandigheden" (d.w.z. structurele en culturele factoren) en "leefstijl" (d.w.z. psycho-sociale factoren en gedragskeuzen). Structurele factoren zijn bv. arbeid, wonen, milieu, werkloosheid en uiteenlopende voorzieningen. Deleek wijst in dit verband ook op het scheve gebruik van de "in het raam van de verzorgingsstaat door de overheid collectief beschikbaar gestelde welvaartselementen op gebied van onderwijs, geneeskundige verzorging, huisvesting, cultuur, recreatie"¹⁶. In dit licht is het bijvoorbeeld frappant dat sterfteverschillen naar SES het grootst zijn op gebieden waarop de geneeskunde curatief het beste kan interveniëren^{10, 17}. Ook bestaande verschillen naar cultuur, zoals waarden, normen, attitudes, cognities en percepties m.b.t. gezondheid, levensproblemen, levensdoelen en handelingsprioriteiten zijn van belang. Zij beïnvloeden zowel gezondheids-, riskant en hulpzoekend gedrag als probleem-oplossende- en gedragsstrategieën. Gezin, "peer-group" en referentiegroepen^{18, 19, 20} hebben op een groot aantal gedragingen een sturende invloed omdat zij controle hebben over meerdere levensgebieden van het individu. Met betrekking tot psycho-sociale en gedragsfactoren²¹⁻²³ kan naast voeding, alcohol, rookwaar, ontspanning, lichamelijke inspanning etc., gewezen worden op de breedte van het sociale netwerk, sociale steun, het doormaken van stressvolle levensgebeurtenissen, de beschikbaarheid van materiële en immateriële hulpbronnen ten behoeve van het voorkómen en oplossen van problemen, efficiënt copinggedrag en de mate van internal of external control^{24, 26}.

We kennen dus wel een breed scala aan mogelijke beïnvloedende factoren, maar we weten daarvan niet of slechts ten dele:

1. in welke constellatie(s) welke factoren zich in de werkelijkheid bij welke groepen clusteren,
2. welke factoren méér tot minder schadelijk zijn; hoewel dit van een beperkt aantal afzonderlijke factoren wel (en ook ten opzichte van elkaar) bekend is, is deze kennis over de gehele breedte nog deficiënt,
3. in welke constellaties met name clusters van factoren, zoals ze empirisch vóórkomen, risicoverhogend of -verlagend (kunnen) werken.

Juist omdat de samenhang tussen diverse factoren in de sociale werkelijkheid zo groot en complex is, zijn dergelijke vragen waarschijnlijk van even groot of meer belang dan die naar de invloed van afzonderlijke factoren.

4.3. Conclusie

Interventie, bevordering van preventie en zeer zeker bewaking van (sluipende) toename van ongelijkheid, behoeven niet te worden uitgesteld tot (alle) kennis verzameld is. Wel is het geïndiceerd rekening te houden met het niveau en de omvang van bestaande know-how.

Relevante kennis is in deze zin: a) dat sociaal-economisch gebonden sterfteverschillen bestaan, b) dat een aantal risicogroepen, m.n. hoog risicogroepen, identificeerbaar zijn, c) dat over veronderstelde risico factoren gedeeltelijk uitspraken mogelijk zijn. Van een aantal risicofactoren (bv. arbeid, wonen) is zowel de indicatie dat zij tot de hogere risico's behoren, als de sterkere ongelijke spreiding in vóórkomen, vrij duidelijk. Conclusies uit de hier gerapporteerde analyse zijn aanleiding voorzichtigheid te betrachten m.b.t. gedragsfactoren en m.n. de verhouding tussen structurele- en gedragsfactoren niet te onderschatten.

Daarnaast is relevant dat niet al te omvangrijke, zorgvuldig opgezette en goed geëvalueerde experimentele interventies, zowel tot kennis over veroorzakende mechanismen als tot inzicht in de veranderbaarheid kunnen leiden. Deze vergen wel een expliciete alertheid op onbedoelde, maar ongewenste schadelijke neveneffecten.

Naast deze randvoorwaarden is er een laatste belangrijke randvoorwaarde, die afgeleid kan worden uit experimenten op diverse andere terreinen (bv. G.V.O. en bestrijding van (gevolgen van) werkloosheid). Al te vaak blijkt dat, ondanks nut van deze trials, juist de (hoog-risico) doelgroep niet bereikt wordt^{26, 27}, waardoor juist ten aanzien van hen onbedoelde averechtse effecten optreden, in termen van cummulatie van problematiek of kwetsbaarheid en vergroting van ongelijkheid^{28, 29}. Door rekening te houden met de multifunctionaliteit van risicofactoren in het dagelijks leven van mensen³⁰⁻³¹ en door in voorlichting en stijl van aanbieden expliciet rekening te houden met differentiële verschillen in normen, waarden, leefomstandigheden en gedragskeuzen van diverse risicogroepen, is een dergelijk bezwaar bij zorgvuldige planning in belangrijke mate te onder-
vangen.

Noten:

1. Mackenbach J.P., Van der Maas P.J., Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid. *Opgenomen in deze bundel.*
2. Spruit I.P., Unemployment and health in macro-social analysis. *Soc. Sci. & Med.* 16, 1982, pp. 1903-1917.
3. Macintyre S., The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research. *Soc. Sci. & Med.* 23, (4), 1986, pp. 393-415.
4. Spruit I.P., Kromhout D., Duijkers T., *Sociaal-economische status, mortaliteit en rookgewoonten*; een onderzoek op basis van secundaire analyse van gegevens uit de "Zutphen Studie". Inst. Sociale Geneeskunde, R.U. Leiden, 1987.
5. Epidemiologisch onderzoek: "Voeding en atherosclerose in Zutphen". *Rapport Voedingsraad* (rapporteurs D. Kromhout en B.C. Breedveld). Verslagen, Adviezen en Rapporten, Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, no. 26, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage 1984.
6. Townsend P., Davidson N., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, Middlesex, 1982.
7. Doll R., Peto R., Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. *British Med. J.*, dec. 1976, pp. 1525-1531.
8. Doll R., Peto R., The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J. Nat. Cancer Inst.*, 66, (6), 1981, pp. 1193-1308.
9. Morris J.N., Social inequalities undiminished. *Tijdschrift Soc. Geneesk.*, 58 suppl., 1980, pp. 13-18.
10. Jansen J., e.a., *Medische en maatschappelijke determinanten van sterfte in hoogontwikkelde landen, 1870-1980*. Nat. Programma Demografisch Onderzoek, Rapp. no. 17.
11. Frinking G., Sociale ongelijkheid voor de dood; fictie of realiteit. *Demografie* 7, 1974.
12. Zuigelingensterfte naar sociale groepen in Amsterdam. *Kwartaal berichten Bureau Statistiek Gemeente Amsterdam*, 59, juli-sept. 1953, pp. 145-151.
13. Marmot M.G., McDowall M.E., Mortality decline and widening social inequalities. *The Lancet*, aug. 2, 1986, pp. 274-276.
14. Connolly J., Mediating mechanisms between life-setting and disease. *J. Psychosom. Res.*, 28, 1984, pp. 351-352.

15. Slater C.H., Lorimor R.J., Lairson D.R., The independent contributions of socio-economic status and health practices to health status. *Prev. Med.*, 14, 1985, pp. 372-378.
16. Deleeck H., *De ongelijke verdeling der sociale overheidsuitgaven en de armoede*. Rede, R.U. Leiden, 26 nov. 1985, op. cit. p. 11.
17. Scott-Samuel A., Social inequalities in health: back on the agenda. *The Lancet*, May 10, 1986, pp. 1084-1085.
18. Jansen H.A.M., Het gezin als bemiddelende instantie tussen sociale klasse en psychische stoornis. *Gezondh. & Samenl.*, 2, 1981, pp. 153-167.
19. Curtis R.F., Household and family in theory on inequality. *Am. Soc. Rev.*, 51, 1986, pp. 168-183.
20. Leigh J.P., Who chooses risky jobs? *Soc. Sci. & Med.*, 23, 1986, pp. 57-64.
21. Badura B., Life-style and health: some remarks on different viewpoints. *Soc. Sci. & Med.*, 19, 1984, pp. 341-347.
22. Blackfield Cohen J., Brody J.A., The epidemiologic importance of psycho-social factors in longevity. *Am. J. Epidem.*, 114, 1981, pp. 451-461.
23. W.H.O. Health Education Unit, Life-styles and health. *Soc. Sci. & Med.*, 22, 1986, pp. 117-124.
24. Totman R., *Social causes of illness*. Souvenir, London 1979.
25. Mechanic D., Stress, crisis and social adaptation. In: Mechanic D., *Medical Sociology*. Wiley, New York 1978, pp. 290-311.
26. Spruit I.P., Tazelaar F., (red.) *Leven met werkloosheid*. Wolters-Noordhoff, Groningen 1987.
27. Tijnstra Tj., Gezondheidsbevordering en preventie. In: Aakster C.W., Kuiper G., (red.) *Leerboek medische sociologie*. Wolters-Noordhoff, Groningen 1984, pp. 123-135.
28. Deleeck H., Berghman J., Van Heddegem P., Vereijcken L., *De sociale zekerheid tussen droom en daad*. Van Loghum-Slaterus, Deventer/Antwerpen 1980.
29. Engbersen G., Van der Veen R., Op het breukvlak van de welvaartsstaat: maatschappelijke gevolgen van nieuwe armoede. *T. v. Arb. vraagstukken*, 2, 1986 pp. 13-24.
30. Wellen J.G.M., Is gezondheid de mens een zorg? *Tijdsch. Soc. Gezondheidszorg*, 65, (2), 1987, pp. 44-48.
31. Leenen H.J.J., Problemen op weg naar gezondheidspolitiek en een pleidooi voor sociale geneeskunde. *Tijdsch. Soc. Gezondheidszorg*, 65, (2), 1987, pp. 40-44.

Discussie

Naar aanleiding van de inleiding van mevrouw Spruit wordt in deze discussie verder ingegaan op de conclusies die aan dit en vergelijkbaar onderzoek verbonden kunnen worden; hierbij staat de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheidstoestand centraal, en de mogelijke verklaring daarvan uit de ongelijke verdeling van risicofactoren.

Prof. dr. A.J. Dunning, vakgroep Cardiologie van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, merkt ten aanzien van het door mevrouw Spruit aangehaalde Zutphen-onderzoek op dat het hierbij gaat om de Nederlandse bijdrage aan de "Zeven-landen Studie"; een longitudinaal onderzoek, dat als doel had het achterhalen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Twee jaar geleden verscheen naar aanleiding van dit onderzoek een publicatie waarin werd aangetoond dat voedingsgewoonten sterk samenhangen met de kans op een dodelijk hartinfarct; meer specifiek bleek dat de bevolking die regelmatig vis at, het minste risico liep op een dodelijk hartinfarct.

Overigens betrof het hier volgens Dunning een selecte steekproef uit de op het desbetreffende moment gezonde mannelijke populatie. Dit is vooral van belang met het oog op de geldigheid van algemene conclusies die aan het onderzoek verbonden kunnen worden.

Mevrouw Spruit licht toe dat zij de data uit dit Zutphen-onderzoek gebruikt heeft om meer te weten te komen over het verband tussen sociaal-economische status, sterfte en risicogedrag. Hiervoor is gebruik gemaakt van een a-selecte steekproef uit de gehele mannelijke populatie. In het door Dunning aangehaalde onderzoek met betrekking tot voedingsgewoonten, is daarentegen sprake van een selecte steekproef uit de gezonde mannelijke Zutphense bevolking.

De keuze voor een gedragsfactor is ingegeven door tijdsgebrek, en hierbij is gekozen voor rookgedrag omdat roken veel schade aan de gezondheid toebrengt.

Dr. G. Dahlgren, directeur-generaal Volksgezondheid in Zweden, gaat verder in op het punt van de conclusies die uit een onderzoek naar de relatie tussen gedragsfactoren en sterfte, uitgesplitst naar sociaal-economische status, getrokken kunnen worden. Hij licht zijn betoog toe aan de hand van onderzoek dat in Zweden is gedaan naar de relatie tussen rookgedrag en sterfte aan longkanker, uitgesplitst naar verschillende sociaal-economische status-groepen. Hieruit is gebleken dat de trend in rookgewoonten in de laagste en hoogste sociaal-economische status-groep tegengesteld in de tijd is: in de jaren '40/'50 lag het percentage rokers in de hoogste sociaal-economische status-groep veel hoger dan in de laagste.

Nu is dit omgekeerd. Gelet op het feit dat er een sterk verband bestaat tussen roken en longkanker, zou je verwachten dat het mortaliteitspatroon in dezelfde richting veranderd is. Dit is echter niet het geval: de sterfte ten gevolge van longkanker was en is, zo blijkt uit onderzoek, nog steeds het grootste in de lagere sociaal-economische status-groepen.

Hieruit kan geconcludeerd worden, parallel aan de conclusies van mevrouw Spruit, dat roken niet de enige risicofactor voor longkanker vormt, maar dat hiervoor een cluster van factoren verantwoordelijk gesteld moet worden.

Dahlgren wijst erop dat gegevens met betrekking tot de spreiding van ziekten en sterfte over verschillende sociaal-economische status-groepen, zoals hierboven gegeven, gebruikt kunnen worden om risicofactoren voor een bepaalde ziekte op te sporen. Gegeven een bepaalde spreiding van deze risicofactoren over de verschillende sociaal-economische status-groepen, kunnen deze worden aangegrepen om de kans op een bepaalde ziekte in een bepaalde groep te verminderen, waarmee een bijdrage geleverd kan worden aan de reductie van gezondheidsverschillen.

Dr. A.L. Den Broeder, plaatsvervangend directeur-generaal Sociale Zekerheid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, concludeert dat de causale relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid binnen de huidige wetenschap nog niet helder is. Op basis van deze constatering vraagt hij zich af of we wel op zoek zijn naar de juiste relatie; met andere woorden: kan het behoren tot een bepaalde sociaal-economische klasse een verklaringsgrond zijn voor verschillen in gezondheid? Zijn er geen andere, veel concretere factoren aan te wijzen die van invloed zijn op gezondheid en sterfte, en die tevens een handvat bieden om concrete beleidsmaatregelen te nemen om de verschillen in gezondheid te verminderen? Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan arbeidsomstandigheden.

Den Broeder verwijst naar de nadruk die Mackenbach legde op het belang van sociale mobiliteit als verklaring voor sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hieruit volgt dat de verschillen verkleind kunnen worden door het bevorderen van sociale mobiliteit. Meer mensen zullen zo een kans krijgen om op de maatschappelijke ladder te stijgen, maar er zal altijd een onderste laag blijven waarin de ongezonden zich zullen concentreren. Is het niet veel verstandiger de specifieke omgevingsfactoren die tot ongezondheid leiden op te sporen, om deze vervolgens aan te grijpen om verschillen in gezondheid te verkleinen?

Mevrouw Spruit stelt vast dat het betoog van Den Broeder de aard van de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid goed weer geeft. Immers: een bepaalde sociaal-economische status verwijst naar een bepaalde positie op de maatschappelijke ladder, maar van die positie gaat op zichzelf geen invloed uit op de gezondheidstoestand. Deze positie gaat samen met een samenspel van achterliggende factoren, waarop nu juist Den Broeder doelt, die afzonderlijk of in een bepaalde clustering risicofactoren voor de gezondheid vormen. Onderzoek is erop gericht om deze factoren en hun invloed op het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen te achterhalen.

De heer J. van Londen, directeur-generaal voor de Volksgezondheid, Ministerie van WVC, maakt bezwaar tegen de redenering van Den Broeder. Door je te richten op de gezondheidsproblemen van de personen in de laagste sociaal-economische status-groep, vergroot je immers de kansen van de personen in deze klasse op betere woon-, werk- en andere omstandigheden, zodat hun uiteindelijke gezondheidstoestand zal verbeteren. Het actief verbeteren van de gezondheidstoestand van deze laagste sociaal-economische status-groep is dus belangrijk, ook al worden de gezondheidsverschillen er niet direct door verkleind.

**VI. GEZONDHEIDSVerschillen, Ziekteverzuimen
Arbedsongeschktheid**

J.T. Allegro

1. Cijfers over ziekteverzuim* en arbeidsongeschiktheid

Inleiding

Uit sociale verzekeringsgegevens blijkt een aantal duidelijke verbanden tussen sociaal-ekonomische status (SES) en gezondheid. Beschikbare indicatoren zijn:

- *Ziekteverzuimgegevens***)
- *WAO-gegevens***)

Daarbij dient te worden aangetekend dat deze beide soorten gegevens enigszins problematisch zijn vanwege onder andere de beperking van deze gegevens tot werknemers in loondienst, het feit dat sommige ziektes niet tot arbeidsongeschiktheid leiden en er soms in geval van ziekte doorgewerkt wordt. Daarnaast is er ook sprake van een "healthy worker effect" vanwege selectie bij indiensttreding en uitstoot. Met inachtneming van deze beperkingen zijn het echter toch informatieve indicatoren en kan worden nagegaan wat

- bestaande statistieken kunnen vertellen;
- en wat specifieke ziekteverzuim/WAO-studies in Nederland (en eventueel elders) opleveren.

Er dient aangetekend te worden dat de complexe relatie die tussen SES-factoren en gezondheidsverschillen gekonstateerd wordt (MacKenbach, 1987) ook op dit aandachtsterrein onverminderd van toepassing is.

1.1 Algemene gegevens over ziekteverzuim

Volgens de CBS/NIPG-statistiek was er van 1955 tot 1979 sprake van meer dan een verdubbeling van het verzuim (4,5% - 9,7%); daarna heeft zich een daling voorgedaan (1985 6,9%), die echter niet gelijkmatig was in alle bedrijfstakken. Deze cijfers zijn echter niet representatief, daar ze met name gebaseerd zijn op grotere bedrijven in de industriële sektor. Op grond van vergelijkend onderzoek van de verschillende cijferbronnen die in Nederland voorhanden zijn is een reëlere schatting van de ontwikkeling van het ziekteverzuim te geven. Deze komt uit op een lichte daling van 7,3% in 1979 tot 6,8% in 1986 (Vrijhof, 1986).

Het verschil tussen beide bovenstaande getallenreeksen lijkt vooral voort te komen uit ongunstige ontwikkelingen in ziekteverzuim in de niet-kommerciële dienstverlening en bij de overheid. In bedrijven waar een daling van het ziekteverzuim optreedt, is sprake van uiteenlopende ontwikkelingen voor verschillende groepen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat er bij groepen die langdurig in dienst zijn bij dezelfde werkgever, sprake is van een stijging. Deze is slechts ten dele aan veroudering toe te schrijven. Het betreft vooral de niet-leidinggevenden (Kruidenier en Bakker, 1985). De overall-daling die zich voordoet is vooral toe te schrijven aan interne en externe selectie van gezonde werknemers (bij werving en uitstoot).

1.2. Algemene cijfers over arbeidsongeschiktheid

De WAO heeft zijn intrede gedaan in 1967 en verving daarmee de andere wetgeving op dit terrein. Het aantal personen dat van deze wetgeving gebruik maakt is met name tot 1980 stormachtig gegroeid, zoals uit onderstaande tabel valt af te lezen.

*) Met dank aan dr. F. van Dijk, arts, ir. H.J. Kruidenier, en drs. R. Prins voor het kritische en aanvullende commentaar.

***) Onder ziekteverzuim (= tijdelijke arbeidsongeschiktheid van maximaal 365 dagen) vallen ziekte, bedrijfsongevallen en privé-ongevallen, beroepsziekten, zwangerschaps- en bevallingsverlof. Indien na 365 dagen geen werkherhvatting plaatsvindt, is er doorgaans sprake van intrede in de WAO/AAW.

Personen met een WAO/AAW uitkering (x 1000)

| | | | | | |
|------|------|------|------|-------|-------|
| 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1986* | 1987* |
| 295 | 406 | 680 | 783 | 796 | 798 |

(* = schatting)

Sinds 1981 is de instroom fors verminderd. Dit lijkt met name veroorzaakt door alternatieve regelingen voor de WAO: de VUT en interne sociale afspraken. Er wordt vanaf 1987 een daling verwacht in het aantal uitkeringsjaren vanwege de wisselende omvang van de verschillende bevolkingsgroepen, maar met name door de stelselherziening, in het bijzonder de afschaffing van de verdiskontering van de werkloosheidskomponent (Financiële nota Sociale Zekerheid, 1987).

Ziekteverzuim

De relatie tussen SES (naar beroep, opleiding en/of inkomen) en verzuim is onderzocht door Vrijhof (1986) met behulp van het ziekteverzuim-registratiesysteem van de Stichting CCOZ. Dit systeem registreert longitudinaal – op individueel nivo – zeventien persoons- en funktiekenmerken van + 40.000 werknemers, verdeeld over 170 organisaties (1987). Deze gegevens zijn strikt genomen niet representatief, maar op z'n minst wel indicatief en geschikt voor specifieke studies.

Soort werk en verzuim

| | aantal | werkelijke waarden*) | | | indices*) | | |
|---------------|---------------|----------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | | % | frek. | duur | % | frek. | duur |
| beambte | 9.474 | 6,7 | 1,8 | 13,2 | 71 | 92 | 76 |
| handarbeider | 12.369 | 11,4 | 2,0 | 20,3 | 121 | 104 | 116 |
| onbekend | 2.262 | | | | | | |
| totaal | 24.106 | 9,4 | 2,0 | 17,4 | 100 | 100 | 100 |

- *) Percentage = De som van de verzuimde dagen in een bepaald jaar, gedeeld door de som van de personeelssterktes per kalenderdag van dat jaar, maal 100.
- Frekw. = Het aantal in het betreffende jaar aangevangen verzuimgevallen, gedeeld door de gemiddelde personeelssterkte in dat jaar.
- Duur (gemiddelde verzuimduur) = De som van de duur van verzuimgevallen die in een bepaald jaar geëindigd zijn, gedeeld door het aantal van deze gevallen.
- Indices = de verhouding tussen het verzuim van een bepaalde groep werknemers in een bepaald jaar en het verzuim van alle werknemers, vermenigvuldigd met 100.

Uit bovenstaande grove indeling van werknemers naar soort werk (overwegend hoofd-arbeid en grotendeels handmatige arbeid) blijkt een aanzienlijk verschil in ziekteverzuim tussen deze twee groepen. Handarbeiders hebben driekwart meer verloren dagen wegens ziekte.

Blijkens de frekwentie en duercijfers wordt dit hogere volume niet zozeer veroorzaakt doordat handarbeiders zich zoveel vaker ziek melden, maar hun ziekteverzuimgevallen duren de helft langer dan die van de beampten. Daar de verzuimduur ook als een indicatie van de ernst kan worden beschouwd, duiden deze gegevens erop dat onder handarbeiders relatief meer ernstige ziektegevallen voorkomen.

nivo

| | aantal | werkelijke waarden | | | indices | | |
|-----------------|---------------|--------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | | % | frekw | duur | % | frekw | duur |
| geen | 19.256 | 10,1 | 2,1 | 17,9 | 107 | 105 | 102 |
| lager kader | 1.502 | 7,0 | 1,6 | 16,4 | 74 | 82 | 94 |
| middenkader | 1.804 | 6,2 | 1,4 | 15,5 | 66 | 69 | 89 |
| bedrijfsleiding | 725 | 3,9 | 1,0 | 15,0 | 41 | 53 | 86 |
| onbekend | 817 | | | | | | |
| totaal | 24.106 | 9,4 | 2,0 | 17,4 | 100 | 100 | 100 |

Ook ten aanzien van de faktor leidinggeven zien we aanzienlijke verschillen, met name tussen de niet leidinggevende groepen enerzijds en de leidinggevendenden anderzijds. Daarbinnen valt vooral het lage verzuim van de bedrijfsleiding op, al zijn de aantallen hier laag.

opleiding: algemeen

| | aantal | werkelijke waarden | | | indices | | |
|-----------------|---------------|--------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | | % | frekw | duur | % | frekw | duur |
| geen onderwijs | 137 | 17,8 | 2,1 | 30,1 | 189 | 109 | 173 |
| lager onderwijs | 10.827 | 11,4 | 2,0 | 21 | 121 | 103 | 121 |
| LAVO | 2.292 | 8,3 | 1,9 | 15,8 | 88 | 95 | 91 |
| MAVO | 4.311 | 6,7 | 2,0 | 11,5 | 71 | 101 | 66 |
| HAVO | 1.230 | 5,1 | 1,9 | 9,6 | 54 | 99 | 55 |
| VWO | 1.347 | 4,8 | 1,6 | 11,6 | 51 | 82 | 66 |
| Onbekend | 3.959 | | | | | | |
| totaal | 24.106 | 9,4 | 2,0 | 17,4 | 100 | 100 | 100 |

Opleiding/vakonderwijs

| | aantal | werkelijke waarden | | | indices | | |
|---------------|---------------|--------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | | % | frekw | duur | % | frekw | duur |
| geen | 7.936 | 11,6 | 2,0 | 21,7 | 123 | 100 | 125 |
| LBO | 6.291 | 9,5 | 2,1 | 16,4 | 101 | 108 | 94 |
| MBO | 3.854 | 7,1 | 2,0 | 13,2 | 76 | 100 | 76 |
| HBO | 1.526 | 4,9 | 1,5 | 11,2 | 52 | 78 | 64 |
| WO | 535 | 3,7 | 1,4 | 8,0 | 39 | 72 | 46 |
| onbekend | 3.961 | | | | | | |
| totaal | 24.106 | 9,4 | 2,0 | 17,4 | 100 | 100 | 100 |

Vooral werknemers met alleen lager onderwijs hebben een hoog ziekteverzuim, waarbij opnieuw in het bijzonder de gemiddelde duur hoger is. Overloop met de eerder besproken indeling naar soort werk speelt hierbij ongetwijfeld een rol.

Indien we nader ingaan op opleiding/vakonderwijs zijn het opnieuw diegenen zonder vakopleiding dan wel een lagere opleiding die een hoog ziekteverzuim vertonen, terwijl net als bij opleiding/algemeen de hoogste groepen nogal laag skoren.

KONKLUSIES

Uit het voorafgaande is af te leiden dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen SES-kenmerken en ziekteverzuim. Naarmate de sociaal-ekonomische status lager is (geïndiceerd door beroepsstatus, opleidingsnivo) is het ziekteverzuim hoger. Dit verschil wordt met name door de incidentie van langdurige ziekte(verzuim)gevallen veroorzaakt. Verder valt op dat het verband niet rechtlijnig is; veeleer lijkt er sprake te zijn van een

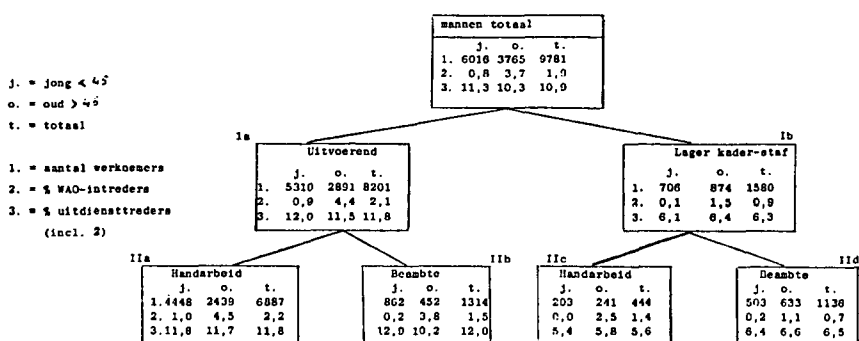
"sociale dichotomie": ongeschoold en weinig geschoold zijn de hoge risikogroepen, de rest behoort tot de lage risikogroep met kleine verschillen.

Ook in andere bronnen (Smulders, 1984, ISSA, 1981) wordt deze samenhang aangetroffen. Nader onderzoek is hier dringend gewenst, met name onderzoek dat de complexiteit van deze relatie onderzoekt en dat bovendien representatief is.

Uit WAO-onderzoek kan men konkluderen dat de categorie werknemers met het hoogste invaliditeitsrisiko gekarakteriseerd wordt door het beroep van handarbeider, niet behorend tot het leidinggevend personeel en met een lagere opleiding.

De hieronder weergegeven cijfers zijn enerzijds ontleend aan het ziekteverzuimregistratiesysteem van de CCOZ (Kruidenier, 1981) en anderzijds aan een onderzoek in een groot industrieel bedrijf (Van Dijk, Van Haselen, Lenshoek, 1985). Ze zijn opnieuw niet zozeer representatief als wel indicatief.

De CCOZ-gegevens laten het volgende zien:



De cijfers uit een groot nederlands bedrijf leveren een analoog beeld op voor wat betreft kans op WAO-toetreding per 100 werknemers (nederlandse mannen), uitgesplitst naar leeftijd en gemiddeld over 1975-1983.

| Beroep | leeftijd | | | | |
|-----------|----------|-------|-------|-------|-------|
| | t/m 29 | 30-44 | 45-54 | 55-59 | 60-64 |
| productie | 1,1 | 1,9 | 3,8 | 9,4 | 15,5 |
| onderhoud | 0,5 | 1,3 | 3,5 | 7,8 | 11,6 |
| kantoor | 0,1 | 0,5 | 1,7 | 3,0 | 8,5 |

Het verschil tussen productie- en kantoorpersoneel is met name toe te schrijven aan het vier tot zes maal grotere risico op ziekten aan onder andere het bewegingsapparaat, de consistent grotere risico's vanwege psychische problematiek en aan een vijftal andere diagnosecategorieën. Opnieuw tonen de handarbeiders het hoogste risico tot WAO-toetredingen.

Ook binnen de onderscheiden groepen doen zich weer aanmerkelijke verschillen voor in SES en WAO, zoals blijkt uit onderstaand overzicht over kantoorpersoneel. De werknemers in de laagste functiegroepen lopen het grootste risico.

WAO-toetredingsrisiko bij mannelijk kantoorpersoneel per 100 werknemers, gekumuleerd, 1975 t/m 1983

| leeftijd < 45 | 45-54 | 55-64 jaar | |
|---------------|-------|------------|-----|
| Functiegroep | | | |
| 5- 8 | 0,9 | 3,6 | 9,2 |
| 9-14 | 0,4 | 1,9 | 6,6 |
| 15+ | 0,2 | 0,7 | 3,3 |

Bron: F. van Dijk, D.A. van Haselen, D.E. Lenshoek, 1985

Afsluitend past hier een enkele opmerking over de konsekwenties van arbeidsongeschiktheid voor de medische consumptie.

Zo blijkt uit literatuuronderzoek van Groothof (1981) dat bij een vergelijking van arbeidsongeschikten en ziekenfondsverzekerden arbeidsongeschikten in de eerste drie maanden vaker worden doorverwezen dan ziekenfondsverzekerden in een heel jaar. Kruidenier (1975) constateert dat WAO-ers bijna drieënhalve maal zoveel dagen in het ziekenhuis doorbrengen dan de overige verzekerden. Nader onderzoek op recent materiaal is hier dringend gewenst.

KONKLUSIES

Uit de hier aangehaalde cijfers komt naar voren dat, ongeacht de leeftijd, in het algemeen steeds dezelfde relatie tussen SES-kenmerken en WAO-toetredingskans waarneembaar is: naarmate men in een hogere groep zit, neemt de kans op arbeidsongeschiktheid af. Ook uit andere bronnen wordt dit beeld bevestigd.

Zo komt uit een eerste analyse van het WAO-determinantenonderzoek (Aarts, e.a. 1982) naar voren dat behalve leeftijd, ook andere factoren zoals opleiding en gezondheid daarbij een grote rol spelen. Als verdere factoren komen de verbondenheid met de werkgever en in een latere analyse de uitkeringshoogte naar voren (Aarts en De Jong, 1987).

II Achtergronden en aanpak van het verzuim

Hieronder zullen nu de belangrijkste factoren, die de omvang van het ziekteverzuim bepalen, gegroepeerd worden weergegeven.

Tevens zal aandacht worden geschonken aan de beïnvloeding van die factoren, waarbij met name gekeken zal worden naar beïnvloeding via het sociale- en organisatiebeleid.

A. Individuele factoren

De leeftijd is met gezondheid de belangrijkste factor die met verschillen in ziekteverzuim samenhangt. Ouderen verzuimen minder vaak dan jongeren, maar de gemiddelde duur ligt hoger.

Een ruimere interpretatie van het begrip ziekte speelt ongetwijfeld een rol bij de toename van ziekteverzuim en WAO. Zo definieert de WHO gezondheid als een toestand welke gekenmerkt wordt door een lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Vroeger ging het vooral om duidelijke, zogenaamde objectieve factoren, die ook nu nog steeds een grote rol spelen (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, 11% bij toetreding WAO/AAW, 1985). Tegenwoordig spelen psychische klachten een steeds grotere rol. Zo blijkt dat er bij WAO/AAW-toetreding een stijgend aantal mensen is, met als eerste diagnose psychische stoornissen (27% in 1985).

Verder gaat er soms een verhoogde werking op het ziekteverzuim uit van de verbetering en uitbreiding van diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Vrouwen

Vrouwen verzuimen meer dan mannen en wel op die manier dat ze vaker verzuimen, maar korter. Dit gegeven wordt sterk beïnvloed door de lagere posities/banen van vrouwen.

Onderzoek toont verder aan dat gehuwden met kinderen en oudere werknemers, in tegenstelling tot wat vaak wordt aangenomen, niet de risico-groepen zijn (Schokking-Siegerist, 1979).

Uit recent onderzoek naar pas bevallen moeders komt verder naar voren dat drie maanden na de bevalling, er bij de jonge moeders die aan het werk bleven, geen verschil in ziekteverzuim meer is in vergelijking met vergelijkbare werknemers die geen kind gekregen hebben (Lenshoek en Van Amstel, 1986).

In de bedrijfspraktijk leidt onvoldoende of eenzijdige informatie over ziekteverzuim vaak tot interne en externe selectie. Interne selectie is selektieren vanuit het eigen bestand op gezonde en flexibele werknemers. Externe selectie is het werven van nieuw gezond personeel.

Dit beleid levert vaak (op korte termijn) een daling op, omdat werknemers met een laag verzuimrisiko overblijven. Het gaat echter voorbij aan het belang van goed gemotiveerde werknemers voor de kwantiteit en kwaliteit van de produktie/dienstverlening.

B. Wetgeving, sociale verzekering en gezondheidszorg

De wetgeving met betrekking tot de Arboret biedt een kader, waarin richting gegeven wordt aan het te ontwikkelen beleid in organisaties (De Roos, 1987). De betekenis van de ontwikkelingen in de sociale verzekeringen is nog niet te overzien, maar is groot. Blijkens lopend onderzoek (Prins, 1986) hangt het internationaal gezien hogere ziekteverzuim in Nederland met name samen met de hoge cijfers van de WAO-intrede. Met name de afschaffing van de verdiskontering van de verminderde kansen op de arbeidsmarkt in de WAO en de introductie van de WAGW (Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers) (Van Loo, 1987), zouden hier invloed op kunnen hebben. Meer aandacht voor de organisatie van de gezondheidszorg en voor de sociaal-medische begeleiding van langdurig zieken zal verder ook remmend kunnen werken op de ziekteduur (zie Tordoir, 1978, Buijs, 1985).

Meer en meer komt verder de aandacht van de bedrijfsgezondheidszorg naar voren als een faktor die van grote betekenis is, zeker in samenwerking met andere disciplines voor het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en bevorderen van de gezondheid van de werknemers. Daarnaast kan gewezen worden op het belang van de bedrijfsveiligheidszorg in verband met beroepsziekten en ongevallen.

C. Persoonlijke levenssituatie

Het betreft hier de betekenis van de persoonlijke levenssituatie zoals de objektieve en subjektieve persoonlijke belasting en riskante levensgewoonten als teveel drinken, roken, eten en onverantwoord sporten. Daarnaast kan gewezen worden op een veranderende waarde-oriëntatie waarin naast werk en gezag vrije tijd en zeggenschap een grote rol spelen. Daar dit onderdeel reeds elders (Spruyt) besproken wordt, zal hier niet verder op worden ingegaan, met uitzondering van de situatie rond alcohol en werk.

Voor wat betreft de reikwijdte van dit onderwerp kan gewezen worden op een schatting vanuit het voorlichtingsproject Alcohol en Werk, dat een percentage hanteert van 5 à 6 van de beroepsbevolking dat problemen met alcohol ondervindt. Uit buitenlands onderzoek is vastgesteld dat problematisch drinkende werknemers vaker verzuimen, meer betrokken zijn bij

bedrijfsongevallen en daarnaast een aanzienlijk lagere produktiviteit hebben.

Door de ontwikkeling van een bedrijfsalkoholbeleid, dat in Nederland nog nauwelijks ontwikkeld is, lijkt dit probleem succesvol aangepakt te kunnen worden. Nader onderzoek is dringend gewenst (Ziekemeijer, 1987).

D. Arbeid en arbeidsomstandigheden

Dit hele veld, ook wel aangeduid als sociaal en organisatiebeleid, dan wel als kwaliteit van de arbeid, kan worden aangegeven met vier dimensies: arbeidsinhoud, materiële arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden.

De betekenis hiervan voor het ziekteverzuim is groot. Philipsen bijvoorbeeld stelt in een inmiddels klassiek geworden onderzoek (1969) dat tussen de 50% en 80% van de verschillen in ziekteverzuim tussen organisaties verklaard worden door organisatie-kenmerken.

Ook uit diverse andere bronnen (onder andere Ris, 1978; WRR, 1981; Nijhuis en Soeters, 1982; Draaisma en Smulders, 1978; Smulders, 1981, 1984) komt het belang van arbeid en arbeidsomstandigheden tot uiting.

Hoe is het nu met arbeid en arbeidsomstandigheden gesteld in Nederland? Deze stand van zaken kunnen we behandelen aan de hand van de eerder geformuleerde dimensies. Daarbij zal het, in tegenstelling tot de gegevens met betrekking tot ziekteverzuim en WAO, ten aanzien van de objectieve resultaten niet goed mogelijk zijn om de relatie met verschillende SES-kenmerken te onderscheiden.

Voorafgaand aan een bespreking van de vier dimensies dient in z'n algemeenheid opgemerkt te worden dat door de vele reorganisaties en inkrimpingen een negatieve invloed te constateren/verwachten is ten aanzien van gezondheid. Daarbij dient met name gedacht te worden aan de resulterende intensivering van de arbeid met zowel effecten op de werkenden als op de zieken, waardoor reïntegratie bemoeilijkt wordt.

a. Arbeidsinhoud

De problemen komen onder andere voort uit de toenemende diskrepancie tussen het gemiddeld gestegen opleidingsnivo van de werknemers en het nivo van de aangeboden functies, met als resultaat dat steeds meer werknemers hoger zijn opgeleid dan hun functie vraagt.

Zo blijkt uit onderzoek van Conen en Huygen (1983) op grond van de arbeidskrachtentellingen van 1971 en 1977 dat voor alle nivo's van opleiding, de kwaliteit van het werk, gemeten naar het nivo van de arbeidsinhoud, gedaald is. Uit onderzoek van het CBS (1985) over de belevingskant kan tevens worden opgemerkt dat men de aansluiting van het werk bij de opleiding en/of ervaring negatiever is gaan beleven.

Daarbij zijn er voor de verschillende beroepssectoren verschillende ontwikkelingen.

Verder kan gewezen worden op specifieke problemen voor bepaalde beroepsgroepen met een hoog verzuim, zoals bijvoorbeeld de verkeersdrukte en het vandalisme bij het openbaar vervoer, de klassegroote respectievelijk gezagsverhoudingen op school, de perceptief mentale belasting van beeldschermwerkers.

b. Materiële arbeidsomstandigheden

Ten aanzien van de ontwikkelingen in de materiële arbeidsomstandigheden is er volgens de WRR (1981) en het SCP (1984) een tendens waarneembaar dat zij in de loop der tijd verbeterd zijn. Al zijn er ook voorbeel-

den van het tegendeel te noemen, zoals het veel meer voorkomende gebruik van chemische stoffen in een groot aantal bedrijfssectoren, meer statische spierbelasting onder andere bij beeldschermen en langere reistijden.

Met name is het zo dat nog steeds grote groepen van de nederlandse industriële bevolking onder belastende omstandigheden werken (zie ook Fortuin en Wijnen, 1980, Terra en Tappèl, 1985).

c. Arbeidsverhoudingen

Voor wat betreft de arbeidsverhoudingen is er ten aanzien van institutionele structuren sprake van een langzame maar gestage ontwikkeling. Zo is er sinds de nieuwe Wet op de Ondernemingsraden bijvoorbeeld sprake van een instemmingsrecht van de OR ten aanzien van delen van het sociaal beleid. Het werkoverleg vertoont echter op veel plaatsen nog slechts een gebrekkige ontwikkeling. De Arbeidsomstandighedenwet kan verder een stimulans betekenen, ondanks de vertraging in de gefaseerde uitvoering.

Men dient zich af te vragen of bovenstaande ontwikkelingen tred blijken te houden met de veranderende gezagsnormen en normen met betrekking tot werk en vrije tijd. Een duidelijke ontwikkeling daarbij is dat in de huidige economische situatie andere waarden, bijvoorbeeld behoud van het werk, centraler lijken te staan.

4. Arbeidsvoorwaarden

Voor wat betreft de primaire arbeidsvoorwaarden is er sinds de jaren '70 voor velen op z'n gunstigst sprake van stabilisatie. Voor vele werknemers nam verder de werkonzekerheid toe, hetgeen soms leidde tot problemen rond gezondheid (Bastiaanse e.a., 1985).

Verschillen per beroepsgroep

Al met al vormen dit ontwikkelingen die niet steeds tot optimisme stemmen en die op een aantal plaatsen vragen om beleid met betrekking tot humanisering van de arbeid in de zin van een beleid gericht op meer veiligheid, gezondheid en welzijn. Daarbij dient aangetekend te worden dat er nieuwe risikogroepen lijken te ontstaan door jeugdwerkloosheid, flexibele arbeidscontracten en thuiswerken onder andere met beeldschermen.

In dit artikel wordt echter eerst een toespitsing gemaakt op de ongelijke verdeling van de kwaliteit van de arbeid. Daarbij zal een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende beroepsgroepen (hoofdarbeiders en handarbeiders en verschillende opleidingsnivo's).

De gegevens zijn ontleend aan een onderzoek van het CBS (1985) naar de leefsituatie van de nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder, gebaseerd op een steekproef uit 1983 van 4000 respondenten, waarvan ongeveer de helft betaald werk verrichtte. Daarbij is beroepsgroep 3 (SBI-kode), te weten administratieve functies, geklassificeerd als hoofdarbeiders en beroepsgroep 7/8/9 (ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies) geklassificeerd als handarbeider.

% werkzame personen met een negatief oordeel over arbeidsomstandigheden

| | lawaai | vuil | stank | gevaarlijk werk | lichamelijk zwaar werk | hoog tempo | eentonig werk |
|----------------|--------|------|-------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| hoofdarbeiders | 13 -*) | 5 - | 4 - | 3 - | 3 - | 42 | 16 |
| handarbeiders | 44 + | 57 + | 20 + | 23 + | 42 + | 40 | 19 |

*) + significant groter dan populatiegemiddelde
- significant kleiner dan populatiegemiddelde

Uit de gegevens kan afgeleid worden dat handarbeiders aanzienlijk slechtere arbeidsomstandigheden kennen dan het populatiegemiddelde, met uitzondering van het tempo en de eentonigheid in het werk.

% werkzame personen met een positief oordeel over enkele aspecten van het werk

| | ontplooiing | aansluiting werk/ opleiding | baan safe | goede promotie- kansen | goede beloning |
|----------------|-------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------|
| hoofdarbeiders | 60 | 60 | 73 | 30 | 71 |
| handarbeiders | 56 | 61 | 50- | 18- | 56- |

- + significant groter dan populatiegemiddelde
- significant kleiner dan populatiegemiddelde

Het blijkt ook dat handarbeiders met name in de sfeer van arbeidsvoorwaarden negatiever skoren dan het populatiegemiddelde. Daarnaast vallen er (verrassende) overeenkomsten te konstateren rond ontplooiing en aansluiting van werk en opleiding.

Samenvattend menen we te mogen stellen dat handarbeiders slechter af zijn ten aanzien van een aantal materiële arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden dan de gemiddelde nederlandse beroepsbevolking.

Ten aanzien van het opleidingsnivo kan men konkluderen dat de groep zonder voortgezette opleiding vaker dan de gemiddelde beroepsbevolking negatief oordeelt over arbeidsomstandigheden, met als duidelijke uitzondering minder klachten over tempo, hetgeen vooral voor het hoogste opleidingsnivo bezwaarlijk is. Voor wat betreft overige aspecten van het werk differentieert met name de ontplooiing en aansluiting van werk en opleiding.

% werkzame personen met een negatief oordeel over enige arbeidsomstandigheden

| opleidingsnivo*) | lawaai | vuil | stank | gevaarlijk werk | lichamelijk zwaar werk | hoog tempo | eentonig werk |
|------------------|--------|------|-------|--------------------|---------------------------|---------------|------------------|
| 1e nivo | 31 + | 41 + | 12 | 13 | 33 + | 30- | 25 + |
| 2e nivo, 1e trap | 24 | 31 | 10 | 11 | 26 | 42 | 18 |
| 2e nivo, 2e trap | 25 | 27 | 9 | 11 | 22 | 43 | 10 |
| 3e nivo | 12- | 4- | 4- | 2- | 8- | 52 + | 4- |

% werkzame personen met een positief oordeel over enkele aspecten van het werk

| opleidingsnivo | ontplooiing | aansluiting werk/ opleiding | baan safe | goede promotie- kansen | goede beloning |
|------------------|-------------|-----------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------|
| 1e nivo | 49- | 55- | 59 | 21 | 63 |
| 2e nivo, 1e trap | 54- | 54- | 63 | 23 | 62 |
| 2e nivo, 2e trap | 64 | 71 + | 60 | 28 | 62 |
| 3e nivo | 76 + | 79 + | 56 | 29 | 71 |

- + significant groter dan populatiegemiddelde
- significant kleiner dan populatiegemiddelde

*) Indeling is gebaseerd op het hoogste behaalde onderwijsdiploma.

- 1e nivo : basisonderwijs
- 2e nivo, 1e trap : MULO, MAVO, 3 klassen HAVO en dergelijk lager onderwijs
- 2e nivo, 2e trap : HAVO, HBS, gymnasium, middelbaar beroepsonderwijs
- 3e nivo : kandidaats- of doctoraal examen universitaire opleiding, hoger beroepsonderwijs, middelbaar onderwijs A- en B-akten en dergelijke

Aanpak

Gegeven de noodzaak tot verbetering van deze situatie, valt nu een belangrijke verbinding te leggen met een groot aantal veranderingsprojecten, dat ondernomen is om werksituaties te humaniseren met een vergroting of op z'n minst gelijkblijvend nivo van doelmatigheid. Daarbij kan met name gedacht worden aan een aantal projecten op het gebied van werkoverleg, werkstructurering en dergelijke (zie onder andere Allegro, 1985).

Daarnaast zijn er de laatste jaren ook vanuit een wat andere invalshoek verschillende visies ontstaan op bestrijding van de economische problemen en/of ter handhaving of verbetering van de concurrentiepositie, waarbij menselijke factoren centraal werden gesteld. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan de ideeën rond kwaliteitscirkels en de speciale variant daarop van de Stichting MANS (1983).

Een van de afhankelijke variabelen is daarbij steeds het verzuim geweest. De meeste projecten zijn daar echter niet voor opgezet. Dit heeft er onder andere toe geleid dat het ziekteverzuim onvoldoende gemeten is, al zijn er dikwijls invloeden op het ziekteverzuim te constateren. Ook dient aangetekend te worden dat deze projecten niet bedoeld zijn om gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status te verminderen, al zullen ze bij een succesvol project wel dit effect hebben, gezien het vaak hoge nivo van ziekteverzuim in de lagere sociaal-economische klassen.

Recent zijn er echter enige projecten uitgevoerd, die wel primair vanuit de beperking van het ziekteverzuim zijn opgezet.

Een duidelijk voorbeeld van een project dat zich richt op het sociaal- en organisatiebeleid en dat daarbij het verzuim wel als invalshoek heeft, is het GAK-project Verzuimadvisering, (Van Rooyen, 1986). Een soortgelijk project is uitgevoerd bij het Gemeentelijk Vervoerbedrijf Utrecht (Koenen, 1987).

Een project dat een integrale innovatie van het sociaal- en organisatiebeleid tot doel had is dat bij Sigma Coatings (Masselink & Zandvliet, 1986).

Er zijn aanwijzingen dat bedrijven die een consistent meersporenbeleid hebben ontwikkeld, dat wil zeggen op technisch, economisch en sociaal vlak, de meeste resultaten boeken met betrekking tot verzuim.

Dit beleid is echter altijd meer dan een verzuimbeleid, is vooral gericht op een totaal nieuw sociaal- en organisatiebeleid en draagt op die wijze onder bepaalde voorwaarden ook bij aan het doelmatig functioneren van de organisatie (Steensma en Vrooland, 1986).

Hieronder zal nu aangegeven worden hoe de aanpak van arbeid en arbeidsomstandigheden, met als doel het verzuim te beïnvloeden, verloopt.

III Beleidsinstrumenten

Sinds begin 1980 vindt er een GAK-project Verzuimadvisering plaats. Dit project beoogt aangesloten bedrijven middels professionele begeleiding te ondersteunen bij het opsporen en oplossen van die problemen in de eigen werksituatie, die het ziekteverzuim negatief beïnvloeden. Het project is geschikt voor bedrijven die beschikken over een interne of externe personeelsfunctionaris, die intern het project zal moeten trekken.

De werkwijze is als volgt. Een werkgroep uit het bedrijf onder begeleiding van een organisatie-adviseur van het GAK brengt door middel van onderzoek de verzuimbeïnvloedende problematiek van het bedrijf en zijn onderdelen in kaart. Vervolgens bedenkt de werkgroep een praktische structuur, waarbinnen het verantwoordelijke management samen met de betrokken medewerkers de aangetroffen problemen kunnen aanpakken.

Deze aanpak vraagt een doorlooptijd van één jaar, waarbinnen een twaalf-tal werkbijeenkomsten van 2 à 3 uur plaatsvinden. Naast deze structurele aanpak is er een individuele aanpak van het ziekteverzuim door een ingesteld "sociaal-medisch team", waarin onder andere de verzekeringsgeneeskundige van het GAK een rol speelt.

Deze combinatie van aanpakken leidt tot allerlei maatregelen.

De aard en de omvang van de genomen maatregelen tegen de aangetroffen problemen worden sterk bepaald door het vermogen en de bereidheid van het bedrijf om de nodige financiële en/of psychologische investeringen te doen.

De maatregelen liggen per bedrijf uiteraard verschillend. Als het echter goed is, liggen deze zowel op het structurele als het individuele vlak. Structurele maatregelen die zoal genomen worden, liggen op het gebied van:

a. *werkinhoud*

- job-roulatie bij zwaar, eentonig en sociaal-isolerend machinegebonden werk;
- (vervroegde) aanschaf van nieuwe machines, die vervelend werk overnemen;
- individuele taken herstructureren tot groepstaken;

b. *werkomstandigheden*

- lawaai- en tochtbestrijding, temperatuurregulering, veiligheidsvoorzieningen;
- (vervroegde) nieuwbouw met extra aandacht voor werkomstandigheden;

c. *werkverhoudingen*

- managementtrainingen en -opleidingen;
- start met managementoverleg en werkoverleg;
- verbetering van samenwerking en sfeer binnen en tussen afdelingen;
- herstructurering van de organisatie;

d. *personeelsbeleid*

- soepele snipperdagregelingen, betere klachtenbehandeling.

Maatregelen van individuele aard betreffen onder andere:

- meer zorg voor en begeleiding van langdurig zieken (afdelingskontakten, arbeidsplaatsaanpassing, mogelijk part-time inschakeling, goede opvang van herstelde langdurig zieken door chef);
- ziek-en herstelmeldingen aan directe chef;
- meer aandacht voor frekwent verzuimers (gesprekken met personeelszaken of bij voorkeur met de chef over mogelijke oorzaken).

Resultaten

In de 32 aan het projekt deelnemende bedrijven was één jaar na beëindiging van de adviesrelatie het ziekteverzuim gemiddeld 1,5%-punt verder gedaald dan de landelijke daling, hetgeen neerkwam op 40.000 verzuimdagen minder. Sedertdien is het projekt voortgezet met integratie van de bedrijfsgerichte GAK-activiteiten van de "medische dienst" en "adviesring bedrijfsveiligheid". Deze gekoördineerde aanpak lijkt nog succesvoller te zijn. De extra daling ligt gemiddeld op 2,5%-punt.

Het is niet bekend of de diverse sociaal-ekonomische groepen hierbij verschillend reageren.

Verder vallen er positieve effecten op het doelmatig functioneren van de organisaties te konstaten.

IV. Konklusies en suggesties voor nader onderzoek

Uit de indicatieve gegevens over ziekteverzuim en WAO komt duidelijk een relatie met sociaal-ekonomische status naar voren. Werknemers met een lage opleiding in laag betaalde functies hebben een aanzienlijk hoger ziekteverzuim en WAO-incidenties dan de beter gekwalificeerde kollega's.

Daarbij dient wel aangetekend te worden dat ziekteverzuim en WAO slechts een indikator vormen voor gezondheid en dat de samenhang met SES-kenmerken een komplexe is.

Ziekteverzuim en WAO blijken verder een relatie te hebben met medische konsumptie.

Ziekteverzuim en WAO hangen nauw samen met arbeidsomstandigheden. Door verbetering van arbeidsomstandigheden is het mogelijk het ziekteverzuim in gunstige zin te beïnvloeden.

De volgende verder uit te werken suggesties voor onderzoek kunnen op grond van het voorgaande worden gedaan:

1. Diepgaande analyse van dié gedetailleerde gegevensbestanden, onder andere het CCOZ-registratiesysteem, die informatie bevatten over de relatie tussen SES-kenmerken, andere persoons- en funktiekenmerken, ziekteverzuim en WAO met als vraagstelling deze komplexe relatie nader uit te diepen.
2. Aanvulling van bovenstaande gegevens met andere relevante SES-kenmerken, zoals een beroepencode en meer exakte inkomensgegevens (uitwerking van een uniforme codering is daartoe noodzakelijk) en bijvoorbeeld medische diagnoses, behorend bij verzuim.
3. Onderzoek naar het tegelijkertijd voorkomen van belastende "thuisituaties" en belastende werksituaties bij werknemers met lage SES, mogelijk leidend tot ziekte en ziekteverzuim.
4. Het expliciet opnemen van SES-kenmerken in veranderingsprojekten, gericht op verbetering van arbeidsomstandigheden om tot beïnvloeding van het ziekteverzuim te komen, dan wel oude projekten nader analyseren.
5. Het nader onderzoeken van de relatie ziekteverzuim, WAO en medische konsumptie; met name ook nagaan hoe deze beïnvloed wordt door een daling van ziekteverzuim en WAO. Daarbij tevens de invloed van de stelselherziening betrekken, die waarschijnlijk differentieel zal inwerken op de verschillende sociaal-ekonomische groepen.
6. Onderzoek naar werkwijze en effecten van het handelen van personeelsdiensten, bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskundige zorg, respektievelijk Arbeidsinspectie ten aanzien van groepen met lage SES-kenmerken.
7. Onderzoek naar gezondheid van groepen met lage SES in enerzijds beroepssectoren en funktiegroepen die meer en meer onder druk komen, zoals bijvoorbeeld gezondheidszorg en onderwijs, anderzijds situaties die belastend werken, zoals die ten gevolge van automatisering dan wel die met flexibele kontrakten.

Literatuur

- Aarts, L., H. Bruinsma en Ph. de Jong
Beschrijving van WAO-toetreders, deelrapport Determinanten Onderzoek WAO
Zoetermeer, Sociale Verzekeringsraad, 1982
- Aarts, L. en Ph. de Jong
Arbeidsverleden en uitkeringshoogte als determinante van WAO-toetreding,
Zoetermeer, Sociale Verzekeringsraad, 1987 (in druk)
- Allegro, J.T.
Humanisering van de arbeid; een plaatsbepaling.
In: Modern organiseren en menselijker werken
(red. Steensma, Van der Vlist, Allegro), Den Haag 1985
- Bastiaansen, J. e.a.
Werk, Werkloosheid en Gezondheid,
Leiden, 1985
- Buijs, P.C.
Curatieve Gezondheidszorg, Ziekteverzuim en Arbeidsongeschiktheid.
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1985
- Centraal Bureau voor de Statistiek
Supplement bij de Sociaal-ekonomische Maandstatistiek, 1985, nr. 4
- Conen, G. en F. Huijgen
De kwalitatieve structuur van de werkgelegenheid in 1960, 1971 en 1977
ESB, 1983, 27-4
- Dijk, F.J. van, D.A. van Haselen en D.E. Lenshoek
Verschil in WAO-toetredingsrisiko
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1985
- Financiële nota Sociale Zekerheid,
Den Haag, 1987
- Fortuin, R.J. en D. Wijnen
Evaluatie subsidieregeling arbeidsplaatsverbetering 1977;
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1980
- Groothof, J.W.
Gezondheidszorg en driemaands verzuimgevallen;
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, supplement 28 oktober 1981
- ISSA
Absentism and Social security studies and research;
Genève, 1981, nr. 16
- Koenen, C.
De case Gemeentelijk Vervoerbedrijf Utrecht;
Amsterdam, Euroforum, 1987
- Kruidenier, H.J.
Het ontbrekende alternatief, een onderzoek naar de persoons- en funktiekenmerken van
WAO-toetreders;
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1980
- Kruidenier, H.J. en T.P.V. Bakker
Vermindering en vervanging van personeel en de ontwikkeling van het ziekteverzuim;
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1985, 63, nr. 8, 302-308
- Lenshoek, D.E. en R.J. van Amstel
Zwangerschap, moederschap in combinatie met betaalde arbeid: een onderzoek onder
recent bevallen vrouwen in Nederland naar de situatie in de praktijk;
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1986
- Lenshoek, D.E., en R.J. van Amstel
Werken en zwangerschap een zware bevalling? Structuur en ontwikkeling van het
ziekteverzuim tijdens en direct na de bevalling;
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1986
- Loo, P.F. van
Consequenties stelselherziening sociale zekerheid
Amsterdam, Euroforum, 1987

Mackenbach, J.P. en P.J. van der Maas
Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid;
Den Haag, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), 1987

Masselink, W. en C.G. Zandvliet
Vernieuwing van Werk en Organisatie, een voorbeeld uit de industrie;
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1986

Nijhuis, F. en J. Soeters
Werk en ziekte,
Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1982

Philipsen, H.
Afwezigheid wegens ziekte; proefschrift
Groningen, 1969

Prins, R.
Ziekteverzuim in België, West-Duitsland en Nederland, institutionele context en enkele cijfers;
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 63, nr. 8, 1985, 308-315

Ris, B.G.M.
Personeelbeleid en lange ziekteduur;
Leiden, NIPG/TNO, 1978

Rooijen, H.P. van
GAK-project Verzuimadvisering;
Amsterdam, Euroforum, 1987

Roos, A.J. de
Nieuwste ontwikkelingen in de arbowet;
Amsterdam, Euroforum, 1987

Schokking-Siegerist, E.C.
Ziekteverzuim en vrouwelijke werknemers;
Leiden, NIPG/TNO, 1979

Smulders, P.G.W.
De balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek;
Leiden, NIPG/TNO, 1984

Smulders, P.G.W.
De effecten van maatregelen om het ziekteverzuim te beïnvloeden;
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken, 1981

Spruijt, I.P.
Sociaal economische status (SES) en ongelijkheid in gezondheid;
Amsterdam, 1987

Steensma, H.O., V.Chr. Vrooland e.a.
Winst voor werk en organisatie, nieuwe wegen voor bedrijfsleven en overheid;
Amsterdam, Stichting CCOZ - Projecten Werk en Gezondheid, 1986

Stichting MANS
In nieuwe stijl op weg naar betere tijden;
Zoetermeer, 1983

Terra, N.G.M. en B.J. Tappèl
Het werkt anders, een overzicht van maatregelen tegen veel voorkomende problemen met de kwaliteit van de arbeid van arbeidsplaatsen in de industrie;
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1986

Tordoir, W.F. e.a.
Gezondheidszorg en lange ziekteduren;
Leiden, NIPG/TNO, 1978

Vrijhof, B.J.
De ontwikkeling van het verzuim in Nederland, een evaluatie van de vergelijkbaarheid en de bruikbaarheid van de beschikbare cijfers;
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1986

Vrijhof, B.J.
Ziekteverzuim 1981 – 1985, enkele cijfers uit het informatiesysteem van de Stichting
CCOZ;
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1986

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)
Vernieuwingen in het arbeidsbestel; Den Haag, 1981

Ziekemeijer, M.A.
Het alcoholgebruik in Nederland en de consequenties voor de arbeidssituaties;
Amsterdam, Stichting CCOZ (interne notitie), 1986

Discussie

De heer H. Muller, secretaris Sociale Zekerheid van de FNV, gaat in op de opmerking van *Allegro* dat ten gevolge van de stelselherziening in 1987 een daling wordt verwacht van het aantal uitkeringsjaren in het kader van de WAO. Deze daling wordt onder andere veroorzaakt doordat een bepaalde groep onder dit stelsel gedeeltelijk werkloos en gedeeltelijk arbeidsongeschikt raakt. Zou het niet zinvol zijn om voordat een dergelijke stelselwijziging wordt ingevoerd, na te gaan wat de effecten zijn voor degenen van wie de financiële positie onder het nieuwe stelsel verandert (onder andere bovengenoemde groep)? Gelet op het onderwerp van deze conferentie zijn hierbij vooral de effecten in de materiële sfeer en in de sfeer van de gezondheidstoestand van belang.

Allegro onderschrijft het nut van een ex-ante evaluatie van wijzigingen in het sociale zekerheidsstelsel, waarbij de effecten op de persoonlijke leefsituatie centraal staan. Hij benadrukt dat dit punt ook als suggestie voor verder onderzoek in zijn inleiding is opgenomen; maar ook nu al worden activiteiten in deze richting ontplooid door de Coördinatie Commissie Ongevallen en Ziekteverzuim. Op dit moment zijn informele besprekingen gaande tussen de CCOZ en ambtenaren van het ministerie van Sociale Zaken over mogelijke effecten van de stelselwijziging op de persoonlijke leefsituatie van bepaalde groepen uitkeringsgerechtigden. Punt van bespreking wordt daar bijvoorbeeld gevormd door te verwachten effecten van de situatie waarin iemand gedeeltelijk werkloos en gedeeltelijk arbeidsongeschikt raakt. Gevolg hiervan kan zijn dat zieke werknemers zoveel mogelijk proberen te voorkomen dat ze na één jaar Ziektewet in de WAO terecht komen, door weer voor korte tijd aan het werk te gaan om daarna opnieuw onder de Ziektewet te vallen.

Mevrouw dr. E. Borst-Eilers, vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, vraagt zich af of de aandacht binnen de maatschappij voor het verbeteren van arbeidsomstandigheden varieert in de tijd, en zo ja, hoe deze fluctuaties dan te verklaren is. Om dit toe te lichten grijpt zij terug op de inleiding van *Albeda*, waarin hij wees op het spanningsveld tussen doelmatigheid en gelijkheid. *Albeda* stelde dat in de praktijk de aandacht voor sociale ongelijkheid omgekeerd evenredig is aan die voor economisch herstel. Is zo'n verband ook te herkennen in de aandacht voor de verbetering van arbeidsomstandigheden? Verzwakt de aandacht voor verbetering van arbeidsomstandigheden wanneer het doelmatigheidsvraagstuk voorop staat, om weer toe te nemen in tijden van economische bloei?

Allegro meent dat dit patroon inderdaad in de werkelijkheid terug te vinden is. De jaren '60 en '70 werden gekenmerkt door een groot aantal projecten waarin verbetering van de arbeidsomstandigheden centraal stond.

Daarna liep deze ontwikkeling terug en werd door de overheid ook nauwelijks gestimuleerd. Opvallend is echter dat de stimulans tot verbetering van de arbeidsomstandigheden momenteel afkomstig lijkt te zijn van de werkgevers zelf: vanuit de behoefte aan gemotiveerde, zelfstandige werknemers, met het oog op een doelmatig functioneren van het bedrijf, ontstaat een toenemende aandacht voor de kwaliteit van de arbeid. Momenteel kan daarom gesproken worden van een samengaan van het streven naar doelmatigheid en gelijkheid.

Dr. P.A. Van Wely bevestigt vanuit zijn ervaringen als directeur van de Bedrijfsgeneeskundige Dienst Philips, dat de materiële arbeidsomstandigheden van invloed zijn op de hoogte van het ziekteverzuim, althans, zo voegt hij hieraan toe, voor zover deze zich onder bepaalde kritische grenzen bewegen. Boven deze grenzen wordt de invloed van de stijl van leidinggeven op de hoogte van het ziekteverzuim veel groter. Hij meent dat vooral van de participatieve stijl van leidinggeven een gunstige uitwerking is waar te nemen op de hoogte van het ziekteverzuim.

Ook gaat Van Wely in op het punt van overmatig alcoholgebruik door werknemers. Hij vraagt Allegro hoe het te verklaren is dat bedrijfsalcoholprogramma's succesvoller lijken te zijn dan de meer algemene Gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsprogramma's, gericht op de bestrijding van alcoholmisbruik. Speelt de angst voor verlies van de eigen baan hier misschien een rol?

Allegro wijst erop dat de invloed van arbeidsomstandigheden en stijl van leidinggeven per bedrijf kan verschillen. Dit idee ligt tevens ten grondslag aan het GAK-project "Verzuimadvisering", waarbinnen per bedrijf een analyse wordt gemaakt van factoren die op de omvang van het ziekteverzuim van invloed zijn.

Het succes van een bedrijfsalcoholbeleid is volgens Allegro deels toe te schrijven aan het feit dat de sociale druk in een bedrijf veel groter is dan in de thuissituatie.

Allegro stelt in zijn inleiding dat er steeds meer aandacht bestaat voor de bedrijfsgezondheidszorg als factor die van betekenis kan zijn, zeker in samenhang met andere disciplines voor het verbeteren van arbeidsomstandigheden en het bevorderen van de gezondheid van de werknemers.

De samenwerking tussen de bedrijfsarts en de behandelend arts, zo voegt *Allegro* in de discussie toe, gaat vaak gepaard met communicatiestoornissen. Uit onderzoek is gebleken dat deze communicatiestoornissen tussen beiden vaak de periode van ziekteverzuim langer maken dan noodzakelijk is.

Mevrouw dr. C. Hermann, Centraal Bestuur van de Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen, stelt dat de communicatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts vaak bemoeilijkt wordt door het verschil van inzicht ten aanzien van het belang dat moet prevaleren, namelijk dat van de persoon als werknemer of als patiënt.

Op de vraag van *drs. A. M. C. van de Zandt*, voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging, of hem iets bekend is over de manier waarop de samenwerking tussen beide artsen in het buitenland verloopt, antwoordt *Allegro* dat op dit moment binnen de CCOZ de Nederlandse, Belgische en Duitse situatie op dit terrein met elkaar worden vergeleken. Het lijkt erop dat de samenwerking tussen het sociale verzekeringssysteem en de curatieve gezondheidszorg in het buitenland op een aantal punten beter werkt.

De *voorzitter* wijst erop dat deze communicatiestoornissen wel eens één van de oorzaken zou kunnen zijn voor de hoge medische consumptie van WAO-ers. Ook de organisatie van de zorg, met de huisarts als intermediair tussen de WAO-er en de andere betrokken artsen, zou hier aan bij kunnen dragen. In feite zou de medische consumptie dan kunstmatig hoog zijn.

Prof. dr. H. J. J. Leenen, Instituut voor Sociale Geneeskunde te Amsterdam, vraagt Allegro of bij de verklaring van de daling in het ziekteverzuim die de afgelopen jaren is opgetreden, rekening wordt gehouden met de veranderingen aan de instroomzijde van het arbeidsproces. Hij wijst op de mogelijke invloed van de aanstellingskeuring die, zo vermoedt hij, de laatste jaren aanzienlijk verscherpt is. Als dit vermoeden juist is, betekent dit dat aan de instroomzijde van het arbeidsproces selectie plaatsvindt die er toe leidt dat de werkende beroepsbevolking uiteindelijk in zijn geheel gezonder is, en het ziekteverzuim afneemt.

Allegro meent dat Leenen er terecht op wijst dat bij de verklaring van de daling van het ziekteverzuim de invloed van selectieprocessen meegenomen moet worden. Ook bij de Coördinatie Commissie Ongevallen en Ziekteverzuim bestaat de indruk dat de selectie van de beroepsbevolking verscherpt is, zowel aan de in- als aan de uitstroomzijde van het bedrijf. In de evaluatie van projecten die door dit instituut worden uitgevoerd, wordt altijd rekening gehouden met deze selectie, door na te gaan of er binnen

een bedrijf wijzigingen in de beroepsbevolking hebben plaatsgevonden die uiteindelijk aan een gezondere populatie hebben bijgedragen.

Mevrouw dr. I.P. Spruit, Wetenschappelijk hoofddocente Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, voegt hier aan toe dat uit onderzoek onder oudere werklozen is gebleken dat bij de uitstoot wordt geselecteerd naar gezondheid, en dat dezelfde selectie bij de aanname plaatsvindt, in die zin dat minder gezonden minder kans hebben om weer in het arbeidsproces terug te keren. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat, wanneer iemand na een werkloosheidsperiode weer aan het werk komt, dit vaak in een functie is die lager is dan die waarin hij of zij voor zijn ontslag werkzaam was.

VII. GEZONDHEIDSVerschillen in de klinische praktijk

A.J. Dunning

De klinische praktijk en met name de ziekenhuisgeneeskunde is de slechtst denkbare observatiepost voor het waarnemen van sociaal-economische verschillen in gezondheid. Het ziekenhuis ontdoet de patiënt van alle persoonlijke kenmerken, trekt hem het uniform van ziekenhuiskleding aan en verwacht dat hij of zij – in het ergste geval die heupfractuur of dat thrombosebeen op kamer tien als pars pro toto – zich ook als patiënt zal gedragen. Het is een rol waarin weinig persoonlijke of sociale expressie gevegd wordt. Pas bij ontslag, als de patiënt aangekleed en als individu weer teruggaat naar huis en werk, komen problemen van hulp, huisvesting of hervatten van bezigheden aan de orde en wordt enig zicht geboden op de realiteit buiten de ziekenhuismuren.

Het ziekenhuis isoleert de artsen die er bij dag, nacht en ontij lange werkweken maken, van de samenleving erbuiten en ziekenhuisgeneeskunde maakt enkeling tot geval en leeft van reductie en abstractie van gezondheidsproblemen.

Vanuit die ziekenhuisgeneeskunde komt dan ook weinig feitelijke informatie over sociaal-economische verschillen bij ziekte en gezondheid. Er is, bij ontslag, een landelijke morbiditeitsregistratie, naar leeftijd, geslacht en ontslagdiagnose. Bewerking van die gegevens heeft veel waardevols opgeleverd over patronen van ziekte, gebrek en letsel maar los van maatschappelijke achtergrond. Op zichzelf zou dit systeem van registratie, aangevuld met enkele gegevens over beroep, ethnische afkomst en woonplek (bijvoorbeeld postcode) belangrijke informatie kunnen geven maar die kans wordt vrijwel onbenut gelaten omdat gebrek aan belangstelling en wellicht privacybescherming zich daartegen verzetten.

Vaak is getracht uit de opnamefrequentie in ziekenhuizen uit verschillende bevolkingsgroepen enige conclusie te trekken, zoals gedaan werd in het vergelijkend buurtonderzoek in Amsterdam¹. In het algemeen blijkt echter de opnamefrequentie landelijk vergeleken eerder bepaald te worden door de regionale beddenscapaciteit dan door sociaal-economische verschillen. Waarneming van verschillen in gezondheid tussen verschillende sociaal-economische groepen wordt nog bemoeilijkt door het beperkte spectrum in een bevolking waar inkomensverschillen relatief gezien niet groot zijn en verschillen vooral opvallen door vergelijking van uitersten in dat spectrum. Het werk in een universitair ziekenhuis, eerst in de Amsterdamse binnenstad, nu aan de rand van een ethnische en sociaal zeer heterogene regio als Amsterdam Zuidoost en omliggende dorpen, bood die gelegenheid waarvan ik enig verslag zou willen doen. Daarbij zou ik aan drie goed gedefinieerde sociaal-economische categorieën en hun gezondheidsverschillen zo goed als aan de medische en maatschappelijke aanpak ervan aandacht willen geven. Het betreft drugsverslaafden, immigranten uit het Middellandse Zeegebied en artsen, ten dele Nederlandse ingezetenen, maar allen gebruikers van onze gezondheidszorg.

Drugsverslaafden en gezondheidszorg

In de afgelopen tien jaar werden in Amsterdam 349 overledenen aangetroffen na een vermoedelijke overdosering van drugs, in portieken, kraakpanden, hotelkamers of op straat. Een derde was Nederlander, een derde Westduits, de anderen kwamen uit allerlei landen, met een piek van 73 doden in 1984, op een gemiddelde leeftijd van net 26 jaar. Anecdotische beschrijvingen van ziekte en gezondheid onder verslaafden zijn legio, al was het maar uit de annalen van hulpverleners, politie of justitie, maar enig wetenschappelijk Nederlands onderzoek ontbreekt vrijwel. Bij al deze sterfte, goddeels in openbare gelegenheden, werd geen sectie verricht, geen toxicologisch onderzoek gedaan of contacten opgespoord en het staat allerm minst vast dat dit zogenaamde heroïnedoden waren. Onderzoek in het buitenland heeft uitgewezen dat vergiftiging door bijmenging, afkoeling onder invloed van alcohol of zelfmoord evenzovele verklaringen kunnen zijn.

In het verslag van het Amsterdamse methadonproject uit 1981 bleek de gemiddelde drugsverslaafde f 1.600,- per week uit te geven voor de aanschaf van drugs² en het is niet onverwacht dat de samenleving een diepe afkeer heeft ontwikkeld van de criminaliteit in onze binnensteden, die daaraan verbonden is. Drugsverslaafden mijden dan ook als regel de zorg van die samenleving en zoeken pas ziekenhuishulp in de late stadia van hun verslaving met ernstige infecties, dodelijk verlopende hersenbeschadiging, leverontsteking, hartklepaantasting of levensbedreigende, acute complicaties van druggebruik. Tegemoetkoming aan die verslaving heeft de eerste en absolute prioriteit, ongeacht ethnische herkomst, woonverband, opleiding of beroep en al het andere is secundair.

De tolerantie van onze samenleving tegenover dat probleem is allang verworden tot volstrekte onverschilligheid, ook in de gezondheidszorg. Wie even het begrip heroïne vervangt door bijvoorbeeld andijvie kan zich indenken dat bij een dergelijke sterfte, welke die aan AIDS in Amsterdam verre overtreft, allerlei onderzoek zou worden verricht en de laatste krop in beslag zou worden genomen voor analyse op het politielaboratorium. Verslaafden en samenleving haten elkaar, om uiteenlopende redenen en dit uit zich in een passieve gezondheidszorg die alleen in uitersten hulp biedt. Riskant gedrag wat zich ook bij rokers, drinkers of sexuele promiscuïteit voordoet, is sociaal kennelijk voldoende gekanaliseerd om tot begrip, hulp en onderzoek te prikkelen, drugsverslaving doet dat niet.

Het betekent niet dat onderzoek naar verslavingsgedrag, hulpverlening of sterfte het probleem zou kunnen oplossen, maar dat geldt evenzo voor AIDS besmetting, een probleem van dezelfde omvang, dat zich in dagelijkse publiciteit mag verheugen.

Heroïneprostituée's zijn vermoedelijk de beklagenswaardigste van alle schepselen maar worden van straat naar kade verdreven zonder enig mededogen. Pas als bron voor AIDS besmetting worden ze wetenschappelijk en politiek interessant en is de samenleving bereid de prostituant af te ruilen tegen vrij verstrekte heroïne. Het verslavingsprobleem is bij alles ook een gezondheidsprobleem van jonge, vaak goed opgeleide mensen, met familie, vrienden of beroep, uit velerlei landen en culturen. De extase op korte termijn levert ziekte en dood binnen jaren maar het maatschappelijk stigma bepaalt ook de mate waarin gezondheidszorg tegemoet wil komen aan die zeer eigensoortige verschillen in de gezondheid.

Immigranten

In veel van onze landgenoten vloeit geen Nederlands bloed door de aderen en dat betekent niet alleen andere ziekten maar ook andere ziektebeleving. Die beleving is gebonden aan ethnische afkomst maar ook aan de mate van ethnisch isolement. In die groepen waarin weinig verloop door immigratie of remigratie voorkomt, penetreert de Nederlandse samenleving vooral de tweede generatie, die zich aanpast in gedrag, kindertal en gewoonten. Die aanpassing, in cultuur, opleiding en welvaart, is tegelijk een bron van generatieconflicten die het isolement en de vervreemding van ouders en kinderen beiden vergroot en bijvoorbeeld bij Marokkaanse jongeren zou kunnen bijdragen tot aanzienlijke drugsverslaving.

Immigranten behoren vrijwel allen tot lagere sociale klassen maar tonen bij die overeenkomst ook grote gezondheidsverschillen. Het begint al met legale of illegale aanwezigheid, omdat de laatste een verplichte gezondheidscontrole voor sommige immigrantencategorieën ontwijkt. Immigranten importeren tropenziekten als mijnwormziekte, schistosomiasis en afwijkingen van de bloedkleurstof hemoglobine, die de Nederlandse arts niet of onvoldoende bekend zijn. Het kan leiden tot onnodig of verkeerd

gericht onderzoek, vermijdbare complicaties indien de ziekte eerder was herkend, terwijl de specifieke ziektebeleving zelf geen aandacht krijgt. Immigranten importeren ook armoedeziekten als longtuberculose, waarvan de aanwezigheidskans twintig maal hoger is dan bij Nederlanders³, vitamine D gebrek door eenzijdige voeding waarbij een donkere huid en ons weinige zonlicht de eigen vitamineproductie niet stimuleert, en tenslotte hartklepafwijkingen, ontstaan in de kinderjaren door acuut reuma, een in Nederland sinds een generatie verdwenen ziekte. Ook daar schiet, naast alle communicatieproblemen, onze zorg vaak tekort, niet omdat die ziekten de Nederlandse arts niet geleerd zouden zijn, maar hun zeldzaamheid vertraagt de herkenning.

Tenslotte verwerven immigranten de ziekten van het rijke Westen, waaronder drugsverslaving, geslachtsziekten, longkanker en vooral beroepsziekten en ongevallen door arbeidsrisico's die de Duitse auteur Günther Walraff in de vermomming van de Turkse gastarbeider Ali uit ervaring kon beschrijven.

Gezondheidsproblemen en verschillen zijn bij immigranten zeer uitgesproken aanwezig maar zijn niet bekend, worden niet herkend of hun expressievorm, ook in psychosociaal opzicht, krijgt geen aandacht. Werkloosheid, isolement, discriminatie en generatieconflicten dragen het hunne bij aan de last van ziekte en gebrek maar ook hier is er een interactie, of liever een gebrek daaraan, tussen vragers en aanbieders van zorg, wat tot vergroting van die verschillen leidt⁴. Daarbij hebben de immigrantengroepen die zich blijvend vestigen de keus te maken tussen aanpassing aan het Nederlandse samenlevingspatroon of het behoud van eigen cultuur, een keus die voor werkende man en thuisblijvende vrouw, maar ook tussen ouders en kinderen tot grote psychische en sociale problemen kan leiden.

Artsen

Artsen behoren tot de best opgeleide en hoogste sociale klasse en zijn het beste geïnformeerd inzake gezondheidsrisico's. Over gezondheidsgedrag, ziekterisico's en hun sterftecijfers zijn beperkte gegevens beschikbaar waarbij niet alleen vergelijking met de totale beroepsbevolking noodzakelijk is, maar ook met vergelijkbare beroepen in dezelfde sociaal-economische klasse, wil de vergelijking zin hebben.

Aangenomen wordt dat onder artsen meer verslaafden worden gevonden dan onder andere, vergelijkbare beroeps categorieën, maar de gemakkelijke beschikbaarheid van opiaten en het verborgen karakter van de verslaving maken dat weinig betrouwbare gegevens voorhanden zijn. Artsen in Engeland en Wales zijn goeddeels bij één maatschappij verzekerd en hun gezondheidsgedrag werd uitvoerig bestudeerd. Daarbij bleken mannelijke artsen steeds minder sigaretten te roken, met een daling van sterfte aan longkanker en ischemische hartziekten. Een deel van deze winst in leven werd echter weer teniet gedaan door excessief alcoholgebruik, het 3 tot 4 maal frequenter optreden van levercirrhose in vergelijking met de totale bevolking en een relatief hoog zelfmoordpercentage.

Nederlandse gegevens zijn beschikbaar uit het proefschrift van Lens, waarbij een steekproef per enquête werd gedaan onder 555 huisartsen met een vergelijkbare groep tandartsen als controle⁵. Het ziektegedrag bleek daarbij opvallend. De geënquêteerde artsen zochten laat hulp, dokterden zelf, gebruikten veel geneesmiddelen en beschikten niet over een eigen huisarts, in tegenstelling tot de controlegroep. Hun familieleden ondergingen vaker chirurgische ingrepen en de helft van de artsen vertoonde een ongezond gedrag in eten, drinken, lichamelijke activiteit en ontspanning.

Adriaanse ⁶ toonde aan dat de helft van de Nederlandse huisartsen nog sigaren of sigaretten rookt, meer dan hun patiënten. In vele Europese landen zijn artsen trendsetters door minder te roken dan de algemene bevolking, in Nederland zijn de huisartsen in rookgedrag bijna vijf jaar ten achter bij die bevolking. De arts is dan ook kennelijk geen voorbeeld voor zijn patiënten.

Een Fins onderzoek, recent gepubliceerd ⁷, laat dat ook zien in sterftecijfers. Ziekte en sterfte bij 4500 Finse artsen werd tussen 1971 en 1980 onderzocht waarbij die sterfte weliswaar lager was dan die van de totale beroepsbevolking maar significant hoger dan van vergelijkbare beroeps-groepen als ingenieurs of leraren. Naast beperkte verschillen in sterfte aan kanker of hart- en vaatziekten, viel vooral het hoge zelfmoordcijfer op, het dubbele in vergelijking met overeenkomstige beroepen en een bevinding die ook in ander Brits en Scandinavisch onderzoek werd gedaan. De conclusie is dat artsen hun specifieke kennis van ziekte en gezondheid niet ten eigen bate aanwenden, of dat andere, negatieve factoren, gekoppeld aan het beroep, die winst in verlies omzetten, waarbij psychische druk eerder dan lichamelijke aandoening een risicofactor lijkt.

Conclusie

Ook in Nederland met een vrij homogene bevolking en beperkte sociaal-economische verschillen, bestaat er ongelijke gezondheid, die echter maar ten dele verklaard kan worden uit die sociaal-economische verschillen. Bij verslaafden, immigranten en artsen is gezondheid kennelijk niet het hoogste goed of de eerste prioriteit, maar het voldoen aan verslavingsswens, het handhaven van eigen cultuur in vreemde omgeving of een beroepsuitoefening met als prijs nadelige gezondheidseffecten. De verwaarlozing van eigen gezondheid of de bedreiging ervan door ethnische status, ziekten uit het land van herkomst dan wel de psychische druk in beroepsuitoefening zijn factoren die vooral persoons- of groepsgebonden zijn, ongeacht de sociale status. Die gezondheidsverschillen kunnen worden versterkt doordat samenleving en gezondheidszorg die problemen niet onderkennen of er geen oplossing voor kunnen of willen vinden.

In de Nota 2000, door de Staatssecretaris van Volksgezondheid in 1986 aan de Kamer aangeboden, wordt vooral nadruk gelegd op de gezondheidsbevordering bij achtergestelde groepen in onze samenleving. Over die groepen bestaat beperkte, objectieve informatie en er zijn grote witte plekken op de kaart van sociaal en medisch wetenschappelijk onderzoek. Zonder die nu gebrekkige kennis zal het moeilijk blijken aan die vermoede achterstand iets te doen. Daarnaast lijkt het aannemelijk dat opvallende gezondheidsverschillen, zoals besproken, niet alleen of in hoofdzaak gebonden zijn aan sociaal-economische staat. Beroep, persoonlijkheid, drijfveren en ambitie zijn even belangrijk als de plaats op de sporten van de maatschappelijke ladder, zo goed als de beschaving waarin men opgroeit. Gezondheidsverschillen lijken complexe oorzaken te hebben waarover wij onvoldoende weten, zeker in eigen land. Ook vanuit de klinische praktijk zijn die verschillen waarneembaar maar niet op eenvoudige wijze verklaarbaar.

Noten

1. Eindrapport. Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam. GG en GD, Amsterdam 1980.
2. Sylbing G. Methadon GG en GD Amsterdam. Stichting voor wetenschappelijk onderzoek van alcohol- en druggebruik. Amsterdam 1981.
3. Meyer J. Tuberculose bij gastarbeiders in Nederland. Ned. Tijdschrift Geneesk 1976; 120:1419-22.
4. Meysen SG. Handicaps bij de tweede generatie buitenlanders. Ned. Tijdschrift Geneesk 1981; 125:1683-4.
5. Lens P. Zieke dokters. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht, 1984.
6. Adriaanse H, Van Reek J en Metsemakers J. Het rookgedrag van Nederlandse huisartsen in de periode 1977-1983. Ned. Tijdschrift Geneesk 1985; 129:2414-7.
7. Rumpelä A.H. et al. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? Lancet 1987; 1:84-7.

Discussie

In deze discussieronde staat één van de door Dunning besproken groepen centraal: de immigranten. Veelal vanuit de eigen ervaring wordt door de deelnemers aan de discussie van gedachten gewisseld over de toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem voor deze categorie patiënten en over het belang van een registratiesysteem waarmee de problemen van deze groep geïdentificeerd kunnen worden. Tot slot van deze discussie komt de positie van de Tropengeneeskunde aan de orde.

Dr. H. Rengelink, directeur van de GG en GD te Amsterdam, gaat in op de toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem voor immigranten. Hoe denkt Dunning over de vraag bij wie de verantwoordelijkheid voor de bereikbaarheid van ons systeem voor de immigranten behoort te liggen? Is dit bij de individuele immigrant, onder voorwaarde dat, wil hij deze verantwoordelijkheid daadwerkelijk kunnen effectueren, hem voorlichting wordt gegeven? Het vertrouwen van Rengelink in deze oplossing is zeer gering. Hij zegt meer heil te zien in de tweede mogelijkheid, namelijk de situatie waarin de verantwoordelijkheid bij het gezondheidszorgsysteem zelf ligt.

Rengelink illustreert de wijze waarop door de extramurale gezondheidszorg aan deze verantwoordelijkheid vormgegeven kan worden aan de hand van programma's die door de Amsterdamse GG en GD zijn opgezet: onder andere het opnemen van immigranten in het drugshulpverleners-team, en het inschakelen van tolken binnen de jeugdgezondheidszorg. Na uitvoering van deze programma's bleek dat immigranten op dezelfde wijze van deze voorzieningen gebruik maakten als Nederlanders.

Hoe is het gesteld, zo luidt de vraag aan Dunning, met de toegankelijkheid van de intramurale zorg voor buitenlanders? En wat wordt er aan gedaan wanneer geconstateerd wordt dat deze te laag is?

Dunning is van mening dat de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg bij dit systeem zelf behoort te liggen. Daarbij dient door de gezondheidszorg ingespeeld te worden op problemen die een effectief gebruik van de gezondheidszorg in de weg staan. De individuele immigrant kan hierdoor echter niet geheel zijn eigen verantwoordelijkheid ontnomen worden.

Het grootste obstakel in de toegankelijkheid van ons systeem is gelegen in het feit dat de symptomen waarmee immigranten bij de arts komen vaak niet herkend worden als behorende bij een specifieke ziekte of een bepaald probleem, omdat het cultuurpatroon waarin zij deze beleven anders is dan het onze (buikpijn kan bijvoorbeeld staan voor heimwee). Dit obstakel wordt nog groter door het geringe voorstellingsvermogen van artsen over de woon- en werksituatie van deze mensen.

Gegeven dit probleem, zou de toegankelijkheid verhoogd kunnen worden door degenen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg kennis en voorstellingsvermogen met betrekking tot de cultuur van de immigranten bij te brengen. Een andere mogelijkheid, die overigens al binnen ziekenhuizen wordt toegepast, is bijvoorbeeld het inschakelen van artsen die uit de immigrantencultuur afkomstig zijn, en het raadplegen van geestelijke leiders met betrekking tot de interpretatie van bepaalde klachten.

Mevrouw dr. E. Borst-Eilers, vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, sluit zich aan bij de opmerking van Dunning dat de Nederlandse gezondheidszorg zal moeten inspelen op het culturele verschil door er als het ware voor te zorgen dat de immigranten zich binnen ons systeem thuisvoelen. Zij illustreert de wijze waarop dit kan gebeuren aan de hand van een succesvol project dat in het verleden in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht heeft plaatsgevonden. Hierbij werd onder andere aangepaste voeding gegeven, een arts aangetrokken, afkomstig uit de immigrantencultuur, om klachten te interpreteren en er werden voorlichtingsprojecten opgezet, waarbij ingespeeld werd op het kennisniveau en begripsvermogen van de doelgroepen.

Dr. P.A.H. Verbraak, directeur van de GGD te Rotterdam, voegt hieraan zijn ervaring met de Rotterdamse situatie toe. Ook in Rotterdam wordt geprobeerd de toegankelijkheid van de intramurale zorg te verhogen door specifieke zorg voor immigranten te leveren die aansluit bij hun eigen cultuur. Verbraak plaatst echter vraagtekens bij een ontwikkeling die hij signaleert, namelijk dat één ziekenhuis zich op dit gebied gaat specialiseren, waarbij juist dit ziekenhuis een tekort in de exploitatie kent, omdat Nederlanders er steeds meer wegblijven. Zou het niet wenselijk zijn wanneer vrijwel ieder ziekenhuis een dergelijke functie vervult, om op deze manier een bijdrage te leveren aan "het zich thuis laten voelen" van de immigranten binnen de Nederlandse gezondheidszorg, en daarmee aan het niet onnodig vergroten van gezondheidsverschillen?

Verder merkt Verbraak op dat in een aantal Rotterdamse wijken het merendeel van de bevolking uit immigrantenkinderen bestaat, een groep waarvan het beroepsperspectief niet erg rooskleurig is. Moeten voor dergelijke groepen in de grootstedelijke situatie geen specifieke scenario's ontwikkeld worden om te voorkomen dat de verschillen in gezondheid alleen maar groter zullen worden?

Dunning is het eens met Verbraak dat de situatie waarin categorale ziekenhuizen voor immigranten bestaan, geen wenselijke is. Hij stelt dat de meeste problemen van deze groep met inzet van de betrokkenen op vrij simpele wijze binnen ieder ziekenhuis opgelost kunnen worden, bijvoorbeeld door tolken in te schakelen. Slechts voor zeer specifieke problemen is gespecialiseerde zorg nodig. De immigranten worden op deze manier niet apart gezet naast de Nederlandse bevolking, maar benaderd zoals andere specifieke groepen in de Nederlandse gezondheidszorg, bijvoorbeeld bejaarden en kleuters.

Dr. D.B. Kagenaar, medisch adviseur van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor te Amsterdam, benadrukt nog eens de vraag die als een rode draad door de gehele conferentie loopt, namelijk: wat willen we uiteindelijk doen met de gegevens over gezondheidsverschillen waar we tot nu toe over beschikken? Als besloten wordt deze verschillen te verkleinen, door in dit geval de gezondheidsproblemen van immigranten aan te pakken, is het dan niet tevens noodzakelijk dat er een goed registratiesysteem wordt opgezet (met alle mogelijke privacy-waarborgen) waarmee niet alleen de problemen en hun omvang geïdentificeerd, maar ook maatregelen op hun effectiviteit getoetst kunnen worden?

Dunning onderschrijft het belang van een goed registratiesysteem, dat ons in staat stelt een bepaalde groep en hun specifieke gezondheidsproblemen te identificeren en met specifieke zorg tegemoet te treden. Het probleem van de privacy-bescherming bestaat, maar mag niet als argument gebruikt worden om af te zien van het registreren van gegevens met betrekking tot sociaal-economische kenmerken. Het moet mogelijk zijn dit systeem zo in te richten dat de groep geïdentificeerd, en het individu geanonimiseerd wordt.

Met de komst van immigranten is het aantal gevallen van tropenziekten sterk toegenomen. Veel van deze ziekten worden door Nederlandse artsen niet herkend.

Met het oog hierop vraagt *de heer J. Van Londen*, directeur-generaal voor de Volksgezondheid, Ministerie van WVC, speciale aandacht voor de toekomstige positie van de Tropengeneeskunde in Nederland. Onder invloed van de "Groei en Krimp"-operatie wordt aan de tropenziekten binnen een aantal medische faculteiten op dit ogenblik geen prioriteit meer toegekend. Een tweede ontwikkeling die in dit verband van belang is, is de meer marktgerichte benadering van het Ministerie voor Ontwikkelingssamenwerking. Het Tropeninstituut, dat voor de financiering van onderzoek en het uitzenden van Nederlandse artsen tot nu toe afhankelijk was van dit ministerie, komt als gevolg hiervan niet meer automatisch in aanmerking om opdrachten voor dit departement uit te voeren: men gaat

op zoek, ook over de landsgrenzen heen, naar het instituut dat een bepaald onderzoek tegen de laagste kosten kan uitvoeren. Hierop heeft het Ministerie van WVC gereageerd door het uitzenden van Nederlandse artsen om ervaring op te doen op het gebied van tropische ziekten, te subsidiëren. Is het niet dringend noodzakelijk dat, wanneer het gezondheidskundig onderzoek in het kader van de Sectorraad besproken wordt, de positie van de Tropeneeskunde in Nederland een bijzonder aandachtspunt vormt? Van Londen legt deze vraag in het bijzonder voor aan prof. dr. E. Mandema, voorzitter van de Raad voor Gezondheidsonderzoek.

Mandema beantwoordt deze vraag bevestigend. Hij voegt hieraan toe dat dit punt waarschijnlijk ook in het kader van het Disciplineplan Geneeskunde bijzondere aandacht zal krijgen, om te voorkomen dat Nederland op het gebied van de Tropeneeskunde in internationaal verband achterop raakt.

**VIII. EEN ECONOMISCHE BESCHOUWING OVER GELIJKHEID
IN DE GEZONDHEIDSZORG**

F.F.H. Rutten

R.T.J.M. Janssen

1. Inleiding

Centraal in deze bijdrage staat de relatie tussen gezondheidsverschillen en het verzekeringssysteem. De kernvraag hierbij is: "Aan welke voorwaarden moet een systeem voldoen om gelijke toegang tot de zorg te waarborgen?" Nu wordt "gelijke toegang tot de zorg" vaak geïdentificeerd met een situatie, waarin er voor de gehele bevolking een zo uitgebreid mogelijke verzekering tegen ziektekosten bestaat. Er wordt dan vervolgens verondersteld, dat zo'n situatie van volledige verzekering automatisch leidt tot het bereiken van een belangrijke doelstelling van gezondheidszorg, namelijk gelijke mogelijkheden voor ieder gegeven zijn of haar gezondheidstoestand. In deze bijdrage zullen we laten zien dat het wegemen van financiële drempels tot de zorg zeker geen voldoende voorwaarde is om dit doel te bereiken. Maar ook kan men zich afvragen of deze doelstelling wel in extremis moet worden nagestreefd. Om dit te verduidelijken zullen we enkele economische begrippen introduceren. In paragraaf 2 worden kort de belangrijkste effecten van ziektekostenverzekering beschreven, nl. "moral hazard" en "adverse selection". Dan volgen economische beschouwingen over verschillen in gezondheidstoestand (paragraaf 3), verschillen in gebruik van voorzieningen (paragraaf 4) en verschillen in lasten voorzover deze bestaan tussen verschillende SES-klassen (paragraaf 5). We besluiten met het noemen van enkele beleidsinstrumenten, welke kunnen worden ingezet voor het oplossen van geconstateerde knelpunten in de verdelingsproblematiek.

Een econoom onderscheidt meestal twee basisdoelstellingen van te ondernemen activiteiten, namelijk doelmatigheid of efficiency en gelijkheid of "equity". In de utilitaire filosofie wordt een zodanige allocatie van middelen nagestreefd, dat het surplus van baten over kosten wordt gemaximeerd en op deze wijze een doelmatige verdeling tot stand komt. De meeste economische beschouwingen steunen op het basisbegrip "nutsmaximering" en passen als zodanig in een utilitaire traditie. In een egalitaire visie wordt de doelstelling "gelijkheid" boven doelmatigheid geplaatst, waarbij overigens de invulling van het begrip gelijkheid op zeer verschillende wijze kan plaatsvinden. Het zal duidelijk zijn dat er een spanning bestaat tussen deze twee begrippen doelmatigheid en gelijkheid in de zin dat het nastreven van de ene doelstelling ten koste zal gaan van de voortgang in de richting van de andere doelstelling. Vult men het begrip gelijkheid bijvoorbeeld in als gelijke toegankelijkheid van ziekenhuishulp, dan zou dit voor de planning van ziekenhuizen in een dunbevolkte regio kunnen impliceren, dat vele kleine ziekenhuisfaciliteiten, gelijkmatig verspreid over de regio, worden opgezet. Uit de economische literatuur is anderzijds bekend, dat ziekenhuizen met minder dan 200 bedden geen efficiënte zorg leveren, gegeven althans dat men een behoorlijk pakket aan functies voert. In de praktijk zal dus een compromis moeten worden gevonden, waarbij met beide doelstellingen wordt rekening gehouden. De spanning tussen beide doeleinden heeft Rawls er bijvoorbeeld toe gebracht om zijn bekende maximin regel te formuleren m.b.t. de toelaatbare mate van ongelijkheid. Deze regel houdt in dat ongelijkheid getolereerd wordt voorzover deze tot voordeel strekt van met name de minst bedeelden¹.

Beschouwen we het begrip gelijkheid nader, dan valt op dat in de discussie hierover vaak zeer verschillende concepten voor het begrip gelijkheid worden gehanteerd. In navolging van o.a. Mooney² hebben we in tabel 1 een aantal opties voor de invulling van dit begrip aangegeven. De mogelijke invulling gaat van gelijkheid van uitgaven per hoofd aan de ene kant tot gelijkheid van gezondheidstoestand aan de andere kant van het spectrum. De pijlen tussen de verschillende concepten geven aan welke grootheden worden geïncorporeerd bij overgang van het ene naar het andere concept. In begrip 2 wordt in tegenstelling tot begrip 1 rekening gehouden met prijsverschillen. Dit impliceert dat bijv. de regio met hogere prijzen

een hoger budget dient te krijgen indien men concept 2 nastreeft. De overgang van het concept "gelijke toegankelijkheid naar behoefte" naar het concept "gelijk gebruik naar behoefte" wordt hierdoor bepaald, dat in het laatste concept rekening wordt gehouden met verschillen in individuele voorkeuren, tijdsprijzen, inkomen e.d. welke leiden van potentiële vraag naar gezondheidszorg tot feitelijk uitgeoefende vraag. Afhankelijk van de vraag of je wel of niet rekening wilt houden met individuele voorkeuren kies je een bepaald gelijkheidsconcept als politieke doelstelling.

Tabel 1 Het begrip "gelijkheid" nader aangeduid

1. Gelijkheid van uitgaven per hoofd
(prijsverschillen)
- ↓
2. Gelijkheid van inputs per hoofd
(verschillen in morbiditeit)
- ↓
3. Gelijkheid van inputs naar behoefte
(verschillen in spreiding, etc.)
- ↓
4. Gelijke toegankelijkheid naar behoefte
(verschillen in preferenties, tijdsprijzen, etc.)
- ↓
5. Gelijk gebruik naar behoefte
(compensatie)
- ↓
6. Gelijke gezondheidstoestand

Bron: Adaptatie van Mooney²

In de discussie over gelijkheid worden gelijke toegankelijkheid en gelijk gebruik vaak door elkaar gebruikt, hetgeen soms leidt tot enige verwarring. Vanuit de manier, waarop de concepten in tabel 1 zijn gerangschikt, zal duidelijk zijn, dat het nastreven van de doelstelling "gelijk gebruik" alleen bereikt kan worden door introductie van bepaalde vormen van discriminatie t.a.v. het toegankelijk maken van de zorg. Hierbij is niet alleen te denken aan inkomensafhankelijke prijzen of eigen bijdragen, maar ook aan het selectief aanbieden van zorg aan bepaalde risicogroepen.

Keren we nog even terug naar de spanning tussen doelmatigheid en gelijkheid, dan zien we nu, dat die spanning varieert met de manier, waarop het begrip "gelijkheid" inhoud wordt gegeven. Het zal duidelijk zijn dat de beide extremen "gelijke uitgaven per hoofd" en "gelijke gezondheidstoestand" de grootste kosten met zich mee zullen brengen in termen van doelmatigheid. De voorkeur voor wat betreft de invulling van het begrip gelijkheid zal in het algemeen in de buurt van het vierde en vijfde concept liggen. Duidelijk moet voorts zijn dat de begrippen weinig zeggen over de zogenaamde verticale ongelijkheid, welke de ongelijke behandeling van ongelijken betreft. Vanuit de economie kan hierover alleen uitsluitel worden gegeven, als men een utilitair uitgangspunt hanteert. Men zal dan eerst diegene behandelen, waarvan de behandeling een hoog nut in termen van gezondheidswinst per geïnvesteerde gulden genereert totdat de kosteneffectiviteitsratio tot een niveau is gedaald, waarbij het budget voor gezondheidszorg is uitgeput.

Overigens is het zeer wel mogelijk om in een utilitaire benadering bepaalde normen of zelfs egalitaire principes te incorporeren. Een binnen de medische professie traditioneel belangrijke norm als het "prioriteit geven aan bestrijding van sterfte" kan in een utiliteitsanalyse worden gehonoreerd door verlenging van leven ongeacht kwaliteit een belangrijk gewicht te geven. Anderzijds kunnen egalitaire overwegingen worden gehonoreerd door compenserende maatregelen voor mensen met een relatief slechte gezondheid een hoog gewicht toe te kennen. In deze zin is een verzoening van doelmatigheid en gelijkheid tot op zekere hoogte mogelijk.

2. Moral hazard en adverse selection

De spanning tussen doelmatigheid en een rechtvaardige verdeling komt duidelijk naar voren bij nadere beschouwing van de markt voor gezondheidszorg. Belangrijke karakteristiek is de noodzaak voor de consument om zich te verzekeren gegeven diens onzekerheid over moment en omvang van optredende kosten voor gezondheidszorg. Verzekering beïnvloedt het gedrag van de consument op twee manieren: ten eerste zal bij verlaging of ontbreken van een directe prijs meer geconsumeerd worden omdat geen afweging wordt gemaakt tussen alle kosten en de opbrengsten; ten tweede wordt de prikkel weggenomen om voorzover de consument dit zelf in de hand heeft risico's te verkleinen door bijvoorbeeld gezond gedrag. Beide verschijnselen worden in de literatuur aangeduid met het begrip "moral hazard". Martin Feldstein³ heeft het welvaartsverlies t.g.v. oververzekering in de Verenigde Staten in 1969 geschat op meer dan 4 miljard dollar.

Door de prijs van gezondheidszorg tot nul te reduceren, wordt de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg onafhankelijk gemaakt van het inkomen. Dit draagt uiteraard bij tot gelijke toegankelijkheid. De kosten daarvan in termen van verlies aan doelmatigheid lijken echter niet onaanzienlijk. Dit volgt ondermeer uit de resultaten van de Rand Health Insurance-studie⁴, waar bleek dat bij volledige verzekering de totale uitgaven 50% hoger waren dan bij een verzekeringspolis waarin 95% van alle uitgaven beneden maximaal \$1000 (afhankelijk van het gezinsinkomen) zelf moesten worden betaald. En dat resultaat werd gevonden zonder dat noemenswaardige effecten van die eigen bijdragen op gezondheidstoestand konden worden waargenomen, althans volgens het artikel van Brook e.a.⁵. Op dit laatste gunstige effect is later afgedongen door nieuwe resultaten, waaruit bleek dat er toch wel enig effect was op de gezondheidstoestand o.a. in termen van verhoogde bloeddruk en dat er sprake was van lage consumptie door eigen bijdragen, ook in geval van ernstige klachten. Deze effecten treden dan uiteraard vooral op bij de lagere inkomensgroepen. In het rapport Grenzen aan de Zorg van de Gezondheidsraad⁶ wordt een overzicht van de resultaten gegeven.

Verlaging van moral hazard wordt betaald in termen van een ander verschijnsel, namelijk dat van de negatieve selectie ofwel "adverse selection". Hiermee wordt aangeduid het proces, waarbij de "goede" risico's zich afzonderen van de "slechte" risico's in een vrije verzekeringsmarkt. Dit leidt tot ongelijkheid ten aanzien van de verdeling van de lasten van gezondheidszorg over bevolkingsgroepen en beïnvloedt daarmee eveneens de toegankelijkheid van de zorg. Zowel verzekerden als verzekeraars kunnen door hun gedrag dit proces bevorderen en met name verhevigde concurrentie tussen verzekeraars zal deze afbrokkeling van de solidariteit tussen verzekerden in de hand werken. Hieronder zullen we laten zien, dat niet alleen de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt in Nederland door toenemende concurrentie dit probleem vergroot, maar dat de inrichting van ons gehele ziektekostenverzekeringsstelsel tot vele onbillikheden leidt in de sfeer van de lastenverdeling.

3. Verschillen in gezondheidstoestand

Een van de meest bekende studies naar verschillen in gezondheid en gebruik van voorzieningen is verricht door de Working Group on Inequalities in Health, een Engelse staatscommissie onder voorzitterschap van Sir Douglas Black. Het rapport van de commissie werd bekend onder de betekenisvolle naam "the Black Report"⁷. De resultaten van dit rapport zijn genoegzaam bekend. We willen hier echter wat verder ingaan op de passage m.b.t. de verklaring van de waargenomen verschillen.

Er worden 4 categorieën van verklaringen aangedragen:

1. De artefact verklaring.

In deze benadering wordt gesteld dat ter operationalisering van zowel sociale klasse als gezondheid artificiële variabelen zijn ontwikkeld in een poging sociale fenomenen te meten. Men stelt dat de relatie tussen beide eveneens een artefact is met een geringe causale betekenis. Met name longitudinale studies op deze begrippen gebaseerd, houden onvoldoende rekening met de dynamiek van de maatschappelijke werkelijkheid.

2. Selectietheorieën.

Hierbij wordt gesteld dat de waargenomen verschillen het resultaat zijn van op- en neerwaartse mobiliteit, die veroorzaakt wordt door een goede resp. slechte gezondheidstoestand. Kortom, niet sociaal-economische variabelen determineren iemands sociale positie c.q. gezondheid maar omgekeerd de gezondheid bepaalt deze.

3. De materialistische benadering.

Bij deze benadering wordt de nadruk gelegd op de slechte inkomenspositie van bepaalde groepen als gevolg waarvan deze slechter behuisd zijn, ongezonder eten, in ongezondere werkomstandigheden verkeren, etc.

4. De gedragsbenadering.

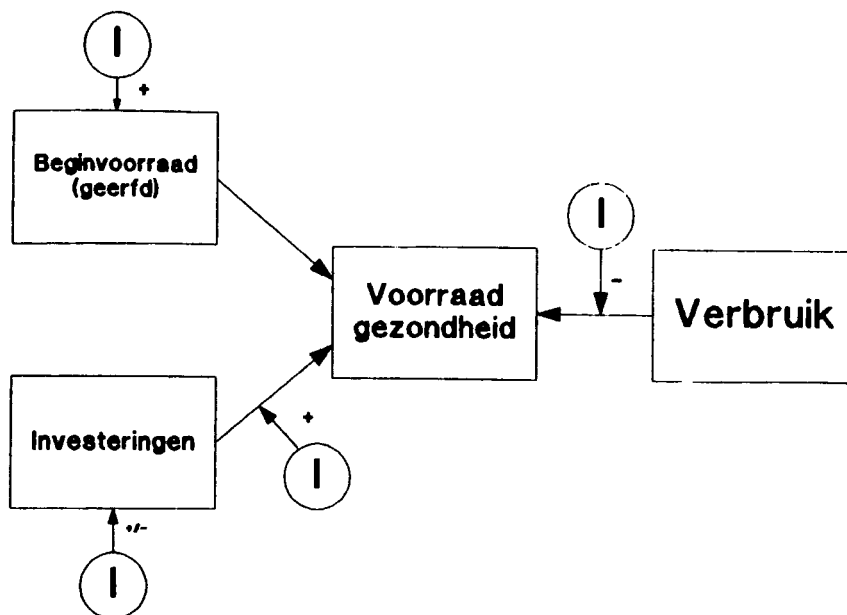
Hier wordt de nadruk gelegd op de keuzes die het individu maakt. Gezond en ongezond gedrag is het resultaat van individuele keuzes. In lagere klasasen bevinden zich nu eenmaal slechter opgeleide of geïnformeerde mensen, die zich over het algemeen minder verantwoordelijk gedragen.

In alle vier benaderingen kan wel een stukje van de werkelijkheid worden herkend. In het navolgende dragen we een benadering vanuit de gezondheidseconomie aan die in zekere zin de hiervoor genoemde verklaringen combineert en in één theoretisch concept samenbundelt.

Grossman⁸ ontwikkelde een benadering, waarbij gezondheid wordt opgevat als een kapitaalgoed, analoog aan andere vormen van menselijk kapitaal zoals kennis. De gezondheid van een individu, ofwel de voorraad van dit menselijk kapitaalgoed, wordt bepaald door enerzijds gezondheidsbevorderende activiteiten en anderzijds het "verbruik" van deze voorraad. Het verbruik van deze voorraad volgt ondermeer uit het natuurlijk depreciatieproces van het ouder worden. Dit proces kan (deels) gecompenseerd worden door investeringen in de vorm van gezondheidsbevorderende activiteiten zoals gezonde voeding, lichamelijke training en het gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen. Deze inputs in het productieproces van gezondheid vragen ook om een tijdsinvestering, welke in de beschouwing kan worden betrokken met behulp van het begrip "opportunity-kosten" (gederfde opbrengsten van alternatieve toepassingen). Ondermeer door variatie in tijd- en geldprijzen zullen de hoeveelheden van de productiefactoren, die men bereid is in te zetten, variëren.

In deze theorie is het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen een functie van het niveau van de gezondheidsvoorraad, welke een individu wil aanhouden. Dit niveau wordt op haar beurt bepaald door kosten/baten afwegingen, d.w.z. een individu zal tot zover in zijn gezondheidstoestand investeren, dat de marginale opbrengsten van die investeringen gelijk zijn aan de marginale kosten. Hierbij wordt, zoals gebruikelijk in economische investeringsmodellen, uitgegaan van afnemende marginale opbrengsten. Opbrengsten dienen in dit verband beschouwd te worden als verlenging of verbeterde kwaliteit van leven oftewel een groter vermogen tot werk en inkomensverwerving. Hoe inkomen hierop inwerkt wordt in figuur 1 aangegeven.

Figuur 1 Schematische weergave van de investeringsbenadering t.a.v. gezondheid in relatie tot inkomen



I is inkomen

Gaan we terug naar het probleem van de verschillen in gezondheid dan zien we op de eerste plaats, dat kinderen van ouders uit de lagere klassen gemiddeld genomen hun leven zullen starten met een lagere initiële gezondheidsvoorraad. Dit is het gevolg van erfelijkheidsfactoren gecombineerd met feit, dat het selectiemechanisme nu eenmaal personen met een slechtere gezondheid in lagere klassen brengt en personen met goede gezondheid meer kans geeft op succesvolle opwaartse mobiliteit⁹. Ten tweede zullen personen uit lagere klassen een relatief hoog verbruik hebben van hun initiële gezondheidsvoorraad als gevolg van bijv. slechtere woon- en werkomstandigheden. Dit, in combinatie met de relatief geringere opbrengsten van een goede gezondheid, maakt dat individuen uit lagere klassen een lagere gezondheidsvoorraad zullen aanhouden. Dit lagere niveau wordt tenslotte mede veroorzaakt doordat de technische productiefunctie van gezondheid bij individuen uit lagere klassen als gevolg van minder opleiding en geïnformeerdheid minder efficiënt is. Met andere woorden personen uit hogere klassen zijn in staat om op een meer efficiënte wijze gezondheid te produceren.

Gezamenlijk leiden de elementen van deze theorie tot de voorspelling dat personen uit lagere SES-klassen een minder goede gezondheid zullen hebben. Dat dit ook voor Nederland geldt blijkt bijvoorbeeld uit de bijdragen van Mackenbach, Spruit en Allegro aan deze bundel. De theorie biedt echter meer aanknopingspunten bij de verklaring van verschillen in gebruik, die nu zullen worden beschouwd.

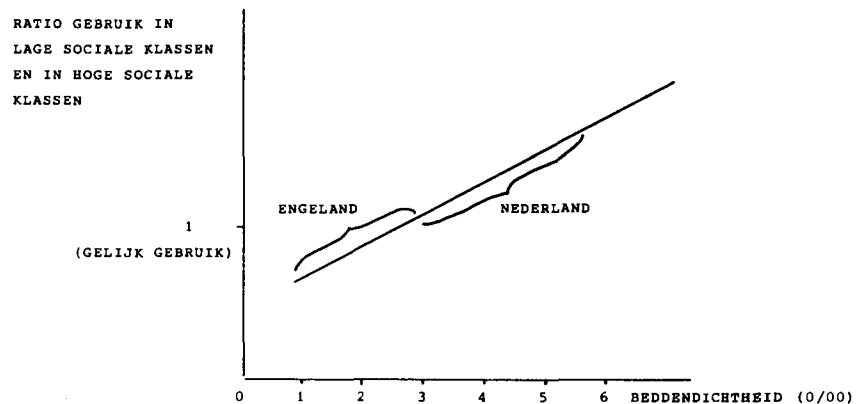
4. Verschillen in gebruik

Met name in vergelijking tot de Angelsaksische wereld is in Nederland relatief weinig onderzoek gedaan naar verschillen in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen over verschillende SES-groepen. In een overzichtsartikel in 1980 van Van de Ven e.a.¹⁰ werd reeds vastgesteld dat er weinig bekend is in Nederland omtrent consumptieverschillen per inkomensgroep, laat staan van de factoren, die deze verschillen veroorzaken.

Inmiddels is de situatie verbeterd in de zin, dat in de tachtiger jaren is begonnen met de enquête "Medische Consumptie" van het C.B.S. waarmee het mogelijk werd in onderzoek een verband te leggen tussen inkomens, consumptie en een aantal andere belangrijke met consumptie samenhangende variabelen. Hieronder geven we een overzicht van het onderzoek op basis van deze enquête.

Eerst gaan we echter nog eens terug naar een analyse van Hooijmans en Rutten¹¹. Uitgangspunt van de analyse destijds was de observatie, dat ziekenfondsverzekerden ruim de helft meer verpleegdagen consumeren dan particulier verzekerden, waaraan met name een veel hogere opnamecoëfficiënt van ziekenfondsverzekerden ten grondslag lag. Nadere analyse van consumptiedata van ziekenfonds- en particulier verzekerden leerde, dat de aanbodelasticiteit van het gebruik van ziekenhuisbedden voor particulier verzekerden minder dan half zo groot is als de aanbodelasticiteit met betrekking tot het beddengebruik van ziekenfondsverzekerden. Anders gezegd betekent dit, dat in gebieden in Nederland met een hoge beddensluis relatief veel meer ziekenfondsverzekerden in het ziekenhuis liggen dan in gebieden met een lage beddensluis, althans in de periode waarop de analyse betrekking heeft en dat is het midden van de zeventiger jaren. Dit duidt op een toenemend meer gebruik van ziekenfondsverzekerden naarmate de ziekenhuiscapaciteit toeneemt, zoals ook weergegeven is in figuur 2. Op de verticale as staat het aantal verpleegdagen per inwoner in de lage sociale klassen gedeeld door dezelfde maat voor het beddengebruik in hoge sociale klassen. In het geval dat de ratio de waarde 1 heeft is het gebruik voor beide groepen gelijk. Is deze lager dan 1 dan hebben hogere klassen een hoger gebruik.

Figuur 2 De relatie tussen beddensluis en het relatieve gebruik in hoge en lage sociale klassen



Gegevens van de General Household Survey in Engeland¹² laten nu juist zien dat het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen gecorrigeerd voor morbiditeit voor de hogere SES-groepen beduidend hoger ligt dan voor de lagere SES-groepen. Wanneer gecorrigeerd wordt voor leeftijd en geslacht zijn de uitgaven per ziektegeval in de hoogste groep 41% hoger dan in de laagste groep. Voeg daarbij dat in de beschouwde periode de beddenratio in Engeland 3,1 pro mille was tegenover 5,4 pro mille in Nederland, en de Engelse gegevens passen zeer goed in het linker deel van figuur 2.

Deze uitkomsten roepen tenminste twee vragen op. De eerste vraag is, welke mechanismen achter deze relatie liggen en daarmee gelieerd is de vraag, of een hoog gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen per definitie als een baat voor de betreffende SES-groep moet worden aangemerkt.

Bij dit verband plaatsten Hooijmans en Rutten destijds het volgende commentaar: bij laag beddenschaarste zie je een meer gebruik door hoge sociale klassen, hetgeen duidt op een zekere competitie tussen bevolkingsgroepen om de relatief schaarse bedden. De hogere SES-groepen zijn hierbij meer succesvol dan de lagere SES-groepen. Bij hogere beddenschaarste wordt de prikkel om de aanwezige capaciteit te benutten dominant, hetgeen leidt tot een hogere consumptie door lagere sociale klassen. Hogere sociale klassen hebben een hogere tijdsprijs en zijn dan minder geneigd langer dan noodzakelijk van ziekenhuisdiensten gebruik te maken.

Let op, dat deze verklaring zowel aanbodeffecten als vraageffecten meeneemt. In de zeventiger jaren was er overcapaciteit in de intramurale zorg en was er een systeem voor ziekenhuisfinanciering waarin marginale opbrengsten voor de instelling de marginale kosten verre overtroffen. Zo'n systeem met zgn. "adverse incentives" kennen we nu nog voor wat betreft de specialistenbeprijding. In de Europese landbouw leidt zo'n systeem tot boterbergen; in de gezondheidszorg is voorraadvorming door de aard van het verhandelde goed niet mogelijk, maar de kostenconsequenties zijn niet minder desastreus.

De theorie van Grossman geeft een aantal voorspellingen omtrent de manier, waarop verschillende sociale klassen gebruik zullen maken van voorzieningen en eventueel weerstand zullen bieden aan deze druk van de aanbodzijde. Laten we daarom eens nagaan wat de effecten zijn van een inkomensstijging op de vraag naar voorzieningen.

Ten eerste verwachten we op basis van een positieve inkomenselasticiteit (groter dan nul) een toenemende vraag. Tegelijkertijd leidt een inkomensstijging tot hogere tijdsprijzen (de tijd wordt kostbaarder), waardoor de kosten van het aanhouden van een bepaalde gezondheidsvoorraad stijgen. Dit mechanisme heeft dus een negatief effect op het vraagniveau. Tot slot brengt het investeringsconcept ons op een derde effect, namelijk dat het kapitaalgoed gezondheid meer waard wordt. Immers gezonde tijd brengt nu meer op. Het uiteindelijke effect van een inkomensstijging vormt het saldo van de hierboven genoemde mechanismen en is mede afhankelijk van de relatieve prijzen van de verschillende productiefactoren¹³.

Op een intuïtieve wijze kunnen we wel waarschijnlijke effecten voorspellen. Zo zullen tijdintensieve voorzieningen zoals ziekenhuisopname negatief samenhangen met hogere inkomens, indien er substitutiemogelijkheden zijn in de vorm van bijvoorbeeld poliklinische hulp. Minder tijdintensieve voorzieningen zullen in het algemeen meer door hogere inkomensgroepen gevraagd worden, omdat het evenwichtsniveau van de marginale opbrengsten respectievelijk marginale kosten bij een grotere gezondheidsvoorraad ligt. In Nederland is er relatief weinig onderzoek gedaan naar verschillen in gebruik naar SES-groepen. Daarentegen is er relatief veel onderzoek gedaan naar verschillen in gebruik van voorzieningen door ziekenfonds respectievelijk particulier verzekerden, een onderscheid wat in zekere zin ook als een duale SES-indeling beschouwd kan worden.

Tabel 2 (p. 152) laat zien dat zonder enige correctie het gebruik van ziekenfondsverzekerden aanzienlijk hoger ligt dan dat van particulier verzekerden. Na correctie voor leeftijd (ziekenfondsverzekerden zijn gemiddeld ouder), geslacht en gezondheidstoestand (ziekenfondsverzekerden hebben meer langdurige aandoeningen en beoordelen hun gezondheid slechter) is het verschil in gebruik aanmerkelijk gereduceerd, zoals onder rubriek C blijkt. Bij het aantal ziekenhuisdagen is er geen verschil meer en de particulier verzekerden hebben nu 16% meer specialistenconsulten. De ziekenfondsverzekerden gaan echter meer naar de huisarts en gebruiken meer door de huisarts voorgeschreven medicijnen. Verder

Tabel 2 Verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, voor en na standaardisatie

| Relatieve verschillen ziekenfonds t.o.v. particulier | | | |
|---|------|------|------|
| | A | B | C |
| Aantal huisartsconsulten (in 3 maanden) | +22% | +13% | + 8% |
| Aantal door de huisarts voorgeschreven medicijnen (in 14 dagen) | +42% | +30% | +12% |
| Aantal specialistconsulten (in 3 maanden) | - 2% | - 5% | -16% |
| Aantal ziekenhuisligdagen (in 1 jaar) | +34% | +23% | (2%) |

A Steekproef (CBS Gezondheidsenquête 1981).

B Na directe standaardisatie voor leeftijd, geslacht.

C Na multivariate standaardisatie voor leeftijd, geslacht, gezondheid en diverse achtergrondkenmerken (*exclusief* verzekeringsdekking).

Bron: Van Vliet en Van de Ven ¹⁴

blijkt uit dit onderzoek dat particulier verzekerden ruim 30% vaker naar de tandarts gaan, tweemaal zo vaak bij een alternatieve genezer komen en 20-30% meer kans hebben op het gebruik van niet voorgeschreven medicijnen ¹⁵. Op basis van het bovenstaande kunnen we stellen dat met uitzondering van tijdvrage voorvoorzieningen als huisartsconsulten en verpleegdagen particulier verzekerden en dus personen met een hoger inkomen en opleiding tenderen meer van voorzieningen te gebruiken. Dit lijkt een bevestiging van het gedragsmodel op basis van het investeringsconcept. Deze negatieve effecten van hogere tijdsprijzen op het gebruik van tijdsintensieve voorzieningen is onlangs nog eens voor de Nederlandse situatie bevestigd ¹⁶.

Het blijft echter een probleem om dit model voor Nederland goed te toetsen, daar samen met specifieke kenmerken van beide verzekeringsregimes, de honorering van hulpverleners verschilt. Samenvattend kunnen we stellen gezien vanuit ons theoretisch kader op de verschillen in gezondheidstoestand en gebruik van voorzieningen de volgende variabelen van invloed zijn:

- geldprijs c.q. verzekeringsdekking
- tijdsprijs
- inkomen
- opleiding
- substitutiemogelijkheden

5. Verschillen in lasten

Tot slot gaan we in op verschillen in de lasten van de gezondheidszorg voor verschillende inkomensgroepen. In Nederland is de premieheffing zoals deze in de Ziekenfondswet geregeld is, gebaseerd op het draagkrachtbeginsel. Inkomenssolidariteit ontbreekt echter grotendeels binnen het particuliere stelsel. Daarnaast is hier in tegenstelling tot bij de Ziekenfondswet de premie gebaseerd op het ingebrachte risico (equivalentiebeginsel). Nu zijn in Nederland alleen gegevens bekend van de verdeling van lasten en baten over inkomensgroepen binnen de verplichte ziekenfondsverzekering ¹⁷. Uit tabel 3 blijkt dat met name de huishoudens in het hoogste inkomensquintiel gemiddeld f 2056,- meer aan premie betalen dan zij in de vorm van kosten van verstrekkingen genieten. Daarnaast zijn het met name de personen in het eerste en derde quintiel die meer "genieten" dan betalen (respectievelijk f 186,- en f 291,- per huishouden). Uit deze gegevens blijkt dat de last van de inkomenssolidariteit die in het ziekenfondsstelsel ligt opgesloten voor het hoogste quintiel veel zwaarder is dan voor het tweede en vierde quintiel. Het gaat in dit hoogste quintiel vooral om tweeverdieners. Overigens blijkt uit recente gegevens, dat een zekere inkomenssolidariteit volgens een belangrijke meerderheid (72%), ook van particulier verzekerden, uitgangspunt dient te zijn voor een nieuw ziektekostenverzekeringstelsel ¹⁸.

Tabel 3. Baten en lasten in de verplichte ziekenfondsverzekering (1977)

| | quintielen | | | | | |
|----------------------|------------|-----|------|------|------|-------|
| | totaal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Per huishouden: | | | | | | |
| verstrekkingen (gld) | 1699 | 593 | 1257 | 2361 | 2194 | 1777 |
| premie (gld) | 1957 | 407 | 1549 | 2070 | 2427 | 3833 |
| saldo (gld) | -258 | 186 | -292 | 291 | -233 | -2056 |

Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau ¹⁷**Tabel 4 Procentueel beslag ziektekosten op bruto gezinsinkomen (1981)**

| bruto-inkomen per jaar | werknemers/bedrijven | | | rijksoverheid | | | zelfstandigen | | | bejaarden | |
|------------------------|----------------------|------|--------------|---------------|------|--------------|---------------|------|--------------|-----------|------|
| | ongeh. | geh. | geh. 2 kind. | ongeh. | geh. | geh. 2 kind. | ongeh. | geh. | geh. 2 kind. | ongeh. | geh. |
| 17.000 | 4,3 | 4,3 | 4,3 | 5,1 | - | - | 13,3 | 12,7 | 12,7 | 2,1 | 4,2 |
| 28.500 | 4,3 | 4,3 | 4,3 | 3,0 | 6,0 | 6,0 | 9,2 | 15,3 | 15,3 | 6,1 | 12,2 |
| 40.000 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 2,2 | 4,3 | 4,3 | 7,4 | 11,8 | 11,8 | 4,4 | 8,7 |
| 51.500 | 2,7 | 5,4 | 8,0 | 1,0 | 2,0 | 4,5 | 5,6 | 8,3 | 10,8 | 3,8 | 7,6 |
| 63.000 | 2,2 | 4,4 | 6,5 | 0,9 | 1,7 | 3,7 | 4,6 | 6,8 | 8,9 | 3,1 | 6,2 |

Bron: Van Duuren en Rutten ¹⁹

Beschouwen we alleen de lastenkant en beperken we ons niet alleen tot de sociale ziektekostenverzekering, dan is tabel 4 relevant, waarin het procentueel beslag van de ziektekosten op het bruto gezinsinkomen wordt gegeven voor verschillende categorieën en inkomensgroepen. Dit wel zeer grillige beeld verandert overigens nauwelijks door de recente wijzigingen in het ziektekostenverzekeringstelsel.

6. Afsluiting

Ons huidige ziektekostenverzekeringstelsel leidt tot een bepaalde verdeling van baten en lasten van gezondheidszorg over inkomensgroepen. Knelpunten daarin lijken voor wat betreft de batenkant het gebrek aan doelmatigheid van de inzet van middelen althans als de capaciteit niet drastisch wordt beperkt (zie par. 4) en aan de lastenkant de ongelijkheid en willekeur in de verdeling. Uit het bovenstaande is duidelijk geworden dat maatregelen op uiteenlopende beleidsterreinen de besproken verschillen tussen SES-groepen kunnen beïnvloeden. Daarbij valt te denken aan inkomenspolitiek, voorlichtingsbeleid, huisvestingsbeleid, spreiding van voorzieningen, honorering van hulpverleners, etc. Het hiervoor gepresenteerde model van Grossman biedt zeker mogelijkheden tot steun bij het ontwerpen van een beleidsprogramma, dat aangrijpt zowel aan de kant van de investeringen voor gezondheid als aan de kant van consumptie van gezondheidszorg. Met name wordt dan duidelijk dat de doelstelling "gelijkheid" nadere operationalisering behoeft en wordt duidelijk hoe beleidsmaatregelen verschillend kunnen uitwerken in het licht van de beoogde doelstellingen. Denk bijv. aan de effecten van een gezondheidszorg zonder financiële drempels. Ons beperkend tot het ziektekostenverzekeringstelsel noemen we tenslotte de volgende beleidsopties:

- Reductie van "moral hazard" door introductie van beperkte geldprijzen, zo mogelijk inkomensafhankelijk of met een inkomensafhankelijk maximum om de doelstelling "gelijk gebruik bij gelijke behoefte" zoveel mogelijk te benaderen.
- Verwijdering van onbillijkheden uit de lastenverdeling door introductie van een uniforme sociale ziektekostenverzekering met inkomensafhankelijke premiestelling, gedifferentieerd voor aantal verzekerden per polis en met een minimum en maximum premie ²⁰.

- Verzekeraars stimuleren tot kosteneffectieve inzet van middelen en introductie van vormen van concurrentie tussen aanbieders van zorg²¹. Dat laatste dient met name de doelmatigheid van de zorgverlening, en behoeft, onder bepaalde voorwaarden, niet ten koste te gaan van gelijkheid.

In de beschouwing is de spanning tussen doelmatigheid en gelijkheid of rechtvaardigheid benadrukt. Vanuit een korte termijn perspectief kan dit tot moeilijke keuzen leiden. Wel dient daarbij te worden bedacht dat doelmatigheid op de langere termijn de doelstelling van "gelijkheid" kan ondersteunen. Het in stand houden van inefficiënties in de zorgverlening brengt het probleem van de "grenzen aan de zorg" eerder op de politieke agenda en kan dan leiden tot verschraling van het sociale ziekte-kostenverzekeringssysteem. Een situatie als in Engeland waar de hogere inkomensgroepen de problemen van de National Health Service ontlopen door een beroep te doen op de particuliere sector, is dan niet ondenkbaar.

Literatuur

1. W. Luipen, *Rechtvaardigheid*, Zwolle, Tjeenk Willink, 1979
2. G. Mooney, *Equity in health care: confronting the confusion*, in: *Effective Health Care*, 1983, 1e jaargang, nr. 4, pp. 179 e.v.
3. M. Feldstein, *The welfare loss of excess health insurance*, in: *Journal of Political Economy*, maart-april 1973, pp. 251 e.v.
4. J.P. Newhouse, W.G. Manning, C.N. Morris, et al., *Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance*, in: *The New England Journal of Medicine*, December 17, 1981, pp. 1501-1507
5. R.H. Brook, J.E. Ware, W.H. Rogers, et al., *Does free care improve adults' health*, in: *The New England Journal of Medicine*, December 8, 1983, pp. 1426-1434
6. Gezondheidsraad, rapport "Grenzen aan de Zorg", Den Haag, 1986
7. P. Townsend and N. Davidsen, *Inequalities in Health*, Middlesex, Penguin Books, 1982
8. M. Grossman, *The Demand for Health*, New York, Columbia University Press, 1972
9. J. LeGrand, *Inequalities in Health*, in: *Nuffield/York Portfolio's*, 1985, No. 5, pp. 1-7
10. W. van de Ven, F. Nauta, R. van Vliet en F. Rutten, *Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden*, in: *Gezondheid en Samenleving*, jaargang 1, nr. 4, 1980, pp 224-254
11. E.M. Hooijmans en F.F.H. Rutten, *The impact of supply on the use of hospital facilities; differences between high and low income groups in the Netherlands*, in: *Acta Hospitalia*, nr. 24, 1984, pp 41-48
12. J. LeGrand, *The distribution of public expenditure; the case of health care*, in: *Economica*, 1978, nr. 45, pp. 125-142
13. R. Janssen en W. van Ettinger, *Tijdprijseffecten op het gebruik van huisartsenhulp*, in: *Acta Hospitalia*, 1986, nr. 4, pp 23-33
14. R. van Vliet en W. van de Ven, *Consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden nader onderzocht*, in: *Gezondheid en Samenleving*, 1986, 7e jaargang, nr. 2, pp 81-94
15. Ibid
16. R. Janssen en W. van Ettinger, op cit.
17. Sociaal Cultureel Planbureau, *Profijt van de Overheid*, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981
18. R. Janssen, J. van den Berg en H. Haveman, *Solidariteit in het ziektekostenverzekeringstelsel*, in: *Gezondheid en Samenleving*, 1987, jrg. 8, nr. 1
19. R. van Duuren en F.F.H. Rutten, *Ongelijke verdeling van lasten in de gezondheidszorg*, Rijksuniversiteit Limburg, juni 1983
20. H. Roscam Abbing en F.F.H. Rutten, *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringstelsel in Nederland*, Kluwer, Deventer, 1985
21. F.F.H. Rutten en W.P.M.M. van de Ven, *Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg*, *Economisch Statistische Berichten*, 1985, nr. 70, pp. 521-525

Discussie

De discussie spitst zich toe op één van de beleidsopties die Rutten in zijn inleiding heeft voorgesteld met het oog op de vergroting van de doelmatigheid binnen de gezondheidszorg: de introductie van eigen bijdragen. Door de deelnemers worden de positieve en negatieve effecten van deze maatregel bediscussieerd.

De heer A.J. Molendijk, secretaris van het CNV, legt aan Rutten de vraag voor of het mogelijk is gelijke toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen via een ziektekostenverzekeringssysteem waar eigen bijdragen ingebouwd zijn.

Is niet het effect van invoering van eigen bijdragen dat drempels opgeworpen worden voor die inkomensgroepen, namelijk de laagste, die gekenmerkt worden door een relatief slechte gezondheidstoestand? Wanneer de toegang voor die groep bemoeilijkt wordt, zou hun gezondheidstoestand er nog verder op achteruit kunnen gaan.

Ditzelfde kan gesteld worden voor het invoeren van een beperkt basispakket, met de mogelijkheid van aanvullende verzekering: in deze situatie zal risicoselectie optreden, doordat "goede" risico's zich niet aanvullend zullen verzekeren.

Rutten antwoordt dat over de effecten van eigen bijdragen op de consumptie van gezondheidszorg en op de gezondheidstoestand van de bevolking gegevens bekend zijn uit het Health Insurance Experiment van de Rand Corporation (VS). Uit dit onderzoek is gebleken dat invoering van inkomensafhankelijke bijdragen het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen aanzienlijk doet afnemen.

Het effect hiervan op de gezondheidstoestand van de bevolking is minder eenduidig. Hoewel er aanvankelijk geen significante gezondheidseffecten op leken te treden, bleek uit latere resultaten dat deze effecten er wél waren, en dat deze zich concentreerden in de laagste inkomensgroepen.

Rutten trekt uit deze resultaten echter niet de conclusie dat, gelet op deze negatieve effecten op de gezondheidstoestand van de bevolking, afgezien moet worden van de introductie van eigen bijdragen. Hij veronderstelt dat het mogelijk moet zijn om tot een stelsel van maatregelen te komen waarin het introduceren van een drempel om de doelmatigheid te verhogen gecombineerd wordt met waarborgen om nadelige effecten op de verschillen in gezondheidstoestand zoveel mogelijk te voorkomen. Uitgewerkt voor een vrij te kiezen (aanvullend) verzekeringspakket, waarbij het verschijnsel van "adverse selection" kan optreden, betekent dit dat nauwkeurig nagegaan moet worden voor welke voorzieningen deze selectie niet acceptabel wordt geacht, zodat deze niet in de aanvullende verzekering, maar in het basispakket opgenomen kunnen worden.

De heer H. Muller, secretaris Sociale Zekerheid van de FNV, haakt hier vervolgens op in door aan Rutten te vragen op welke manier de nadelige effecten van eigen bijdragen op de gezondheidstoestand opgevangen kunnen worden. Ervan uitgaande dat de introductie van eigen bijdragen deze nadelige effecten op de gezondheidstoestand van de bevolking heeft, zullen door de invoering van eigen bijdragen in het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen de verschillen in gezondheid tussen de hogere en lagere sociaal-economische status-groepen alleen maar toenemen. Hoe kan dit voorkomen worden? Indien de situatie zo is dat dergelijke negatieve effecten niet opgevangen kunnen worden, moet de introductie van eigen bijdragen, met als doel kostenverlaging, in het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen dan wel plaatsvinden?

De voorzitter maakt een aanvullende opmerking met betrekking tot de kostenverlagende werking van eigen bijdragen. Uit observaties in Engeland (door Titmuss) is gebleken dat ten gevolge van de eigen bijdragen de consumptie van gezondheidszorg door de lagere inkomensgroepen wordt uitgesteld. Hierdoor wordt de kostenverlaging die in eerste instantie optrad, teniet gedaan door de relatief hoge kosten van medische behandeling in een later stadium.

Rutten roept vervolgens in herinnering dat hij in zijn inleiding heeft aangegeven dat er een spanning bestaat tussen de waarden doelmatigheid en gelijkheid. Omdat beide doelstellingen nastrevenswaardig zijn, zal in de praktijk een compromis moeten worden gevonden.

In de huidige gezondheidszorg vindt veel verspilling plaats. Er kan daarom van een ondoelmatige inzet van middelen worden gesproken. Voor een deel liggen de oorzaken voor deze verspilling aan de aanbodkant: hier zijn weinig prikkels tot doelmatig werken aanwezig. Maar voor een deel kunnen ook oorzaken aan de vraagzijde worden gevonden. Via bijvoorbeeld eigen bijdragen of het beperken van het sociale verzekeringspakket zou een doelmatig gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen gestimuleerd kunnen worden. De toename van ongelijkheid die door het invoeren van deze maatregelen zal ontstaan, acht *Rutten* acceptabel wanneer hij deze afzet tegen de verhoging van de doelmatigheid van de inzet van middelen. Uiteindelijk hebben de minst bevoorrechten bovendien meer baat bij zo'n hervorming dan bij continuering van het huidige stelsel, zo stelt *Rutten*, op dit punt aansluitend bij *Rawls*, die stelt dat vergroting van ongelijkheid in de verdeling van sociaal-economische goederen is toegestaan wanneer deze aantoonbaar tot voordeel strekt van de minst bevoorrechten in de samenleving.

Een voorbeeld van eigen bijdragen die de verspilling binnen de gezondheidszorg zullen doen afnemen, en tegelijkertijd de ongelijkheid niet te veel zullen doen toenemen, is bijvoorbeeld de inkomensafhankelijke eigen bijdrage; hierdoor worden voor verschillende inkomens gelijke drempels opgeworpen.

Door deze beleids optie te geven heeft *Rutten* niet willen ontkennen dat belangrijke oorzaken voor de verspilling binnen de gezondheidszorg aan de aanbodkant kunnen worden gevonden. Hij reageert hiermee op de opmerking van *mevrouw M.A. Müller-van Ast*, dat een patiënt, eenmaal in het medisch circuit, zelf weinig invloed heeft op zijn consumptie van zorg. Het is in die situatie de pen van de medicus die de hoge kosten veroorzaakt. Hoe kunnen in die situatie zinvolle eigen bijdragen worden geheven?

Rutten antwoordt dat op basis van bestaand onderzoek naar determinanten van de vraag naar voorzieningen, ideeën ontwikkeld kunnen worden over de plaats waar eigen bijdragen in ons gezondheidszorgsysteem het meeste effect (in de sfeer van reductie van verspilling) zouden hebben.

**IX. SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN;
OP WEG NAAR EEN ONDERZOEKSSTRATEGIE**

P.J. van der Maas

J.P. Mackenbach

L.J. Gunning-Schepers

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|---|---|------------|
| | INVALSHOEKEN VOOR ONDERZOEK NAAR SOCIAAL- ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen | 158 |
| 1 | Inleiding | 158 |
| 2 | Beschrijvend onderzoek | 161 |
| 3 | Verklarend onderzoek | 161 |
| 4 | Interventie onderzoek | 162 |
| 5 | Beleidsonderzoek | 164 |
| | EEN ONDERZOEKSPROGRAMMA | 164 |
| 6 | Elementen van een onderzoeksprogramma | 165 |
| 7 | Op weg naar een onderzoeksstrategie | 168 |

INVALSHOEKEN VOOR ONDERZOEK NAAR SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen (SEGV)

1. Inleiding

Het voor handen zijnde "bewijsmateriaal" (cf. de bijdrage van Mackenbach en Van der Maas in deze bundel), laat weinig ruimte voor twijfel aan het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen, ook in Nederland. De omvang van deze verschillen blijft echter moeilijk aan te geven, en kan hooguit ten dele afgeleid worden uit buitenlandse cijfers. Over het tot stand komen van deze verschillen kan iets vergelijkbaars gezegd worden: de verklarende factoren zijn wel aan te wijzen, en grotendeels ook gedocumenteerd. Maar de relatieve bijdrage van elk van deze factoren is niet goed te kwantificeren, laat staan hun onderlinge beïnvloeding, die waarschijnlijk van eminent belang is. Wie tenslotte wil aangeven hoe dergelijke sociaal-economische gezondheidsverschillen te beïnvloeden zijn zal niet veel verder komen dan verwijzen naar enerzijds algemene verdelingskwesties in de samenleving, waar gezondheid zeker mee samenhangt, en anderzijds specifieke risicofactoren die een sociaal economische gradiënt vertonen (bijvoorbeeld in de sfeer van arbeid, riskante gewoonten etc.). Met dit laatste is nadrukkelijk niet gezegd dat zinvolle interventie nog niet mogelijk is. Integendeel: wanneer besluitvorming rond verdelingskwesties of specifieke preventie systematisch getoetst wordt op zijn gevolgen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen, dan kan er stellig al veel bereikt worden. Wanneer hier voorstellen volgen voor een onderzoeksprogramma is het startpunt niet volstrekte onwetendheid, maar een kennisniveau dat het mogelijk maakt om voor het jaar 2000 een groot deel van het probleem in kaart te hebben gebracht.

Er zijn tenminste twee redenen waarom er over het verschijnsel sociaal-economische gezondheidsverschillen verhoudingsgewijs zo weinig bekend is en het zo weinig in de aandacht van onderzoekers staat. De eerste reden is de "onzichtbaarheid" van het verschijnsel. Waren honderd jaar geleden sociale verschillen in gezondheid nog moeiteloos op straat en in het bedrijf waar te nemen, tegenwoordig zijn mensen in alle lagen van de bevolking gemiddeld veel gezonder en zullen de sociaal-economische gezondheidsverschillen middels gericht onderzoek zichtbaar gemaakt moeten worden. Bij het begin van het Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam in 1976 ontmoetten we alom sceptis over de te verwachten gezondheidsverschillen. Het aangetroffen verschil in gemiddelde levensverwachting van vijf jaar tussen de meest en de minst welvarende buurt komt echter goed overeen met wat bijvoorbeeld in Engeland wordt aangetroffen.

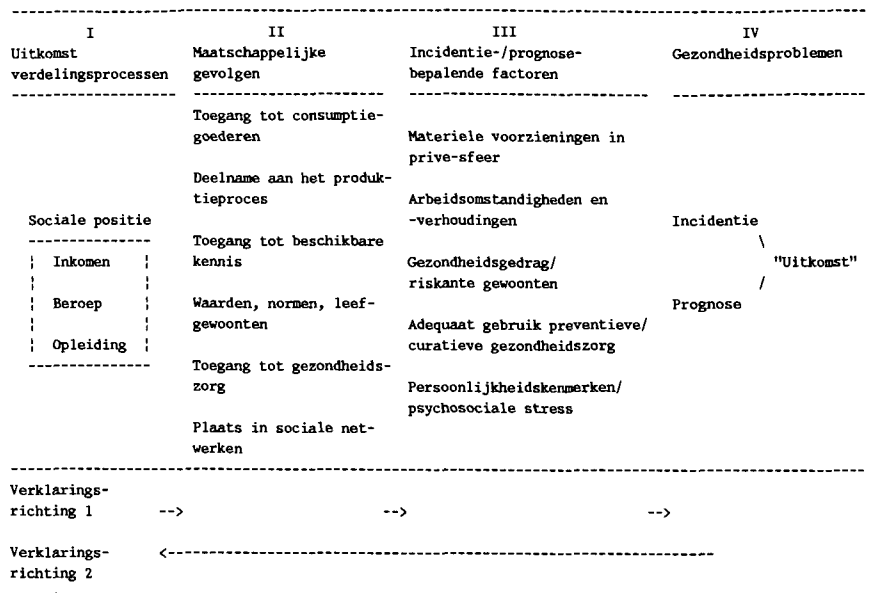
De tweede reden voor de betrekkelijk geringe kennis van het verschijnsel sociaal-economische gezondheidsverschillen is de *ingewikkeldheid* van het probleem. Het gaat om een aantal zeer uiteenlopende oorzakelijke factoren die samen voorkomen, die elkaar sterk kunnen beïnvloeden en die elk veelal een grote maatschappelijke verwevenheid vertonen.

Dit maakt het ontwikkelen van een onderzoeksprogramma tot een boeiende uitdaging.

Als uitgangspunt bij het opstellen van een onderzoeksprogramma kan het schema (figuur 2.1) uit de bijdrage van Mackenbach en Van der Maas dienen (p. 160).

Wanneer over alle relaties in dit "model" kwantitatieve gegevens bekend zouden zijn, is in principe het probleem grotendeels opgehelderd. Dit gedachtenexperiment kan nog verder vervolgd worden. Van alle elementen van het model zou kunnen worden vastgesteld in hoeverre ze onder invloed van gericht beleid kunnen veranderen. En dan zou dus ook bekend zijn in hoeverre met welk beleid en tegen welke inspanning en

Fig. 2.1 Een mogelijk verklaringsmodel voor de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen



kosten sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland te beïnvloeden zijn. Maar dan komt het probleem van de te verwachten maatschappelijke terugkoppelingen om de hoek kijken: sommige riskante arbeid zal (moeten) blijven gebeuren, het zoeken van risico in sport of ander gedrag hoort nu eenmaal bij verschillende subculturen, innovatie gaat gepaard met een eerste schaap dat over de dam moet komen, met alle risico's van dien.

Kortom: de dynamiek van al deze processen blijft slechts zeer ten dele voorspelbaar. Toch geeft dit kleine gedachtenexperiment nog een belangrijk aanknopingspunt: wanneer in alle registraties en in alle epidemiologisch- en gezondheidszorgonderzoek van de laatste twintig jaar tenminste opleiding, inkomen en beroep op uniforme wijze zouden zijn vastgelegd en op vergelijkbare manier in de analyse betrokken, dan zou dit modelletje toch redelijk door te rekenen zijn geweest. Het toevoegen van een aantal gezondheidsvragen in allerlei sociaal-wetenschappelijk onderzoek zou daaraan complementaire inzichten hebben opgeleverd. En daarmee zouden zonder een al te grote extra inspanning veel van de nu openstaande vragen beantwoord zijn. Dat daarmee zowel de preventieve en curatieve gezondheidszorg als het wetenschappelijk onderzoek zeer gediend zouden zijn geweest behoeft geen betoog.

Invalshoeken voor een mogelijk onderzoeksprogramma zijn:

- beschrijvend onderzoek*: zijn er sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland, hoe groot zijn zij, hoe is hun ontwikkeling in de tijd?
- verklarend onderzoek*: hoe komen sociaal-economische gezondheidsverschillen tot stand? wat is de bijdrage van de verschillende determinanten, hoe beïnvloeden deze elkaar?
- interventie-onderzoek*: waar kan worden ingegrepen zodat sociaal-economische gezondheidsverschillen veranderen, en wat is het te verwachten effect?
- beleidsonderzoek*: worden sociaal-economische gezondheidsverschillen als politiek- of beleidsprobleem ervaren en hoe valt dat te beïnvloeden? Op welke punten is interventie acceptabel?

2. Beschrijvend onderzoek

Het beschrijven van de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland blijkt in de praktijk uiterst moeizaam. De reden is hiervoor eenvoudig dat in bijna geen enkele belangrijke registratie in de gezondheidszorg gegevens over opleiding, inkomen en beroep routinematig worden vastgelegd. Dus op nationale schaal is er over de teller van deze breuk bijna niets bekend. Het ontbreken van een volkstelling maakt dat de benodigde gegevens voor de noemer van deze breuk ook indirect moeten worden afgeleid. Het lijkt overigens niet uitgesloten dat de Arbeidskrachtentelling van het CBS daarvoor een acceptabel alternatief oplevert.

Enige jaren terug heeft een werkgroep onder leiding van Hoogendoorn onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om in Nederland tot een sociaal-economisch gedifferentieerde sterftestatistiek te komen. De resultaten waren teleurstellend. ("Onderzoek naar de mogelijkheden van een doods-oorzakenstatistiek, gedifferentieerd naar socio-economische kenmerken", CBS 1983).

Wie dus in Nederland beschrijvend onderzoek wil doen naar sociaal-economische gezondheidsverschillen op grond van registratiegegevens, zal dat alleen benaderend kunnen doen, bijvoorbeeld door de sterfte of andere gezondheidskenmerken in stadswijken te vergelijken (over stadswijken zijn veelal wel enige sociaal-economische indicatoren bekend). Dat vergt vaak een grote inspanning, met een – zeker internationaal gezien – bescheiden resultaat.

Het is onzes inziens wel degelijk denkbaar dat voor sterftestatistieken een beperkt aantal proefregio's wordt aangewezen waar de kwaliteit van de overlijdensverklaring extra aandacht krijgt, en waarbij meer gegevens worden vastgelegd dan alleen datgene wat op de wettelijk voorgeschreven overlijdensverklaring staat.

De hele registratieproblematiek kan hier niet verder uitgewerkt worden. Een begin zou gemaakt kunnen worden in proefgebieden, en wanneer de politieke wil daar is en de steun van de beroepsgroepen eveneens, zou het mogelijk moeten zijn om op deze wijze een deel van de sociaal-economische gezondheidsverschillen in kaart te brengen. Overheid, registrerende instellingen, de Werkgroep Classificatie en Coderingen, en onderzoekers zullen tot een grote gezamenlijke inspanning moeten komen, willen we over een aantal jaren niet een nog grotere achterstand hebben op een aantal andere landen met betrekking tot onze kennis over sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het is niet overdreven om die achterstand nu op 10 à 15 jaar te stellen.

Naast registraties zijn er natuurlijk ook veel eenmalige of periodieke onderzoeken die zich qua steekproefselectie heel goed lenen om inzicht op te leveren over de verdeling van gezondheid en ziekte naar opleiding, inkomen en beroep. Een voor de hand liggend voorbeeld is de periodieke gezondheidsenquête van het CBS, die in dit opzicht dan ook zeer waardevolle informatie oplevert (van Ginneken en Appelboom, *Maandbericht gezondheidsstatistiek 10*, 1986). Maar ook bevolkingsonderzoek en huisartsenregistraties kunnen hierbij onder bepaalde condities zeer nuttig zijn.

3. Verklarend onderzoek

Voor een nader inzicht in het waarom van de sociaal-economische gezondheidsverschillen is het noodzakelijk meer inzicht te verkrijgen in de verbanden tussen sociaal-economische sterfteverschillen en risicofactoren, zoals in het schema (figuur 1) geschetst. Een eerste stap is het verkrijgen van kennis over de verdeling van risicofactoren naar opleiding, inkomen en beroep. Ook in dat opzicht is er nog zeer veel onbekend. Redenen hiervoor zijn ook weer:

- gegevens over opleiding, inkomen en beroep worden vaak niet vastgelegd;
- als ze wel worden vastgelegd gebeurt dat niet op uniforme wijze;
- de gegevens worden niet uniform geanalyseerd of gepresenteerd.

Ook hier is met een relatief bescheiden inspanning van afzonderlijke onderzoekers een grote winst te behalen.

Het presenteren van risicofactoren, onderverdeeld naar genoemde kenmerken, is op zich te zien als beschrijvend onderzoek. Samen met gegevens over de verdeling van gezondheid en ziekte naar deze kenmerken krijgen ze echter al een verklarend karakter, zoals in de inleiding werd uiteengezet.

Daarmee ontstaan echter alleen vrij sterk geaggregeerde gegevens, die in een macromodel voor de volksgezondheid van onschatbare waarde zijn, maar die lang niet voldoende inzicht kunnen geven in de precieze mechanismen waardoor sociaal-economische gezondheidsverschillen tot stand komen, en met name niet in de onderlinge beïnvloeding van de oorzakelijke factoren. En die speelt ongetwijfeld een grote rol bij het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar bepaalt evenzeer de slaagkans van pogingen deze te beïnvloeden.

Daarvoor is gericht onderzoek van individuen noodzakelijk. En in de praktijk zal dat onderzoek zijn waarin de tijdsvolgorde van gebeurtenissen ook duidelijk wordt vastgelegd, omdat men anders al gauw blijft steken in een vruchteloze kip-ei discussie, die als conclusies vaak niet meer kan opleveren dan: "Beter rijk en gezond dan arm en ziek". De tijdsvolgorde kan empirisch vastgelegd worden door in transversaal (eenmalig) onderzoek naar het verleden te vragen, door personen gedurende kortere of langere tijd te volgen, of door een combinatie van beide.

Het door middel van transversaal onderzoek reconstrueren van het verleden met betrekking tot risicofactoren en gezondheid kan slechts in beperkte mate, om de voor de hand liggende reden dat men is aangewezen op het geheugen van de respondent, die helaas over veel relevante informatie nooit heeft beschikt of er niet meer over beschikt.

Longitudinaal onderzoek ligt dus voor de hand. Wil men in dat opzicht toch snel resultaten zien, dan kan het gebruik maken van oude gegevensbestanden en daar recente informatie aan koppelen effectief zijn. De op dit symposium gepresenteerde Zutphen studie is daar een goed voorbeeld van.

Toch zijn veel deskundigen het erover eens dat het opzetten van nieuw longitudinaal onderzoek naar het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen inzichten kan opleveren die op geen andere wijze te verkrijgen zijn. Een dergelijke onderneming is echter zeer kostbaar en vereist een zeer goede voorbereiding en gegarandeerde infrastructuur voor een aantal jaren.

4. Interventieonderzoek

Zo zeker als het is dat sociaal-economische gezondheidsverschillen te beïnvloeden zijn, zo zeker is het ook dat ze nooit op te heffen zullen zijn, tenzij misschien in negatieve zin: een nivellering in de richting van de minst bevoorrechte groepen.

Maar de vraag van de *mogelijkheid* van interventie kan onafhankelijk gezien worden van de vraag naar de *wenselijkheid* van verschillende vormen van interventie. De onderzoeker zal zich op voorhand geen restricties moeten opleggen in het ter discussie stellen van de mogelijkheden tot beïnvloeding van elk van de "hokjes" in het eerder gepresenteerde schema, ook wanneer dat een impopulaire of politiek onwenselijke ingreep zou betekenen. De politieke haalbaarheid van verschillende interventies zal eerder onderwerp voor afzonderlijk onderzoek zijn (zie sectie 5). Een vraag naar de beïnvloedbaarheid van gezondheidsverschillen door middel

van het beïnvloeden van de inkomensverdeling kan dus met evenveel recht gesteld worden als de vraag naar de effecten van verschillende vormen van al dan niet selectieve gezondheidsvoorlichting- en opvoeding op sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Evenals in de vorige secties kan ook hier begonnen worden met een pleidooi voor het op gestandaardiseerde wijze opnemen van gegevens over opleiding, inkomen en beroep in allerhande interventiestudies. Daarmee kan inzicht verkregen worden in de (differentiële) effectiviteit van interventie in verschillende bevolkingsgroepen.

In de bijdrage van Mackenbach en Van der Maas wordt in de slotsectie ingegaan op de mogelijkheden voor interventie in sociaal-economische gezondheidsverschillen. Daar wordt vastgesteld dat op grond van de huidige kennis van sociaal-economische gezondheidsverschillen en hun oorzaken interventie wel degelijk mogelijk is. Maar omdat de verschillende oorzakelijke factoren én vaak tegelijk voorkomen én elkaar beïnvloeden is het waarschijnlijk noodzakelijk om op verschillende factoren tegelijk te interveniëren. En de omvang van de te verwachten interventieeffecten is moeilijk te schatten, enerzijds vanwege de zojuist genoemde samenhangen, anderzijds bij gebrek aan gedetailleerde kennis. Daarbij moet bedacht worden dat in de epidemiologie de resultaten van onderzoek naar oorzakelijke factoren, bijvoorbeeld met betrekking tot hart- en vaatziekten, zelden een redelijke voorspelling opleveren voor de resultaten van interventieonderzoek. Meestal is het zo dat interventie op datgene wat onomstotelijk als risicofactor is geïdentificeerd, een geringer effect laat zien dan men verwachtte. Het is overigens zeer wel mogelijk dat dit verschil tussen geschat risico en de omvang van het interventieeffect juist toe is te schrijven aan het tegelijk voorkomen van zeer uiteenlopende andere gezondheidsrisico's en er zo dus weer een direct verband bestaat met sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Uitgaande van het schema in figuur 1 kan men zich globaal drie typen interventieonderzoek voorstellen:

- I Onderzoek naar de gevolgen van interventie in de verdeling van opleiding, inkomen en beroep (kolom I).
- II Onderzoek naar de gevolgen van interventie in elk van de in kolommen II/III genoemde maatschappelijke resp. incidentie/prognosebepalende factoren.
- III Onderzoek naar de gevolgen van interventie op de verdeling van effecten.

ad I.

Het is duidelijk dat pogingen om sociaal-economische gezondheidsverschillen op nationale schaal te verminderen bijna altijd grote maatschappelijke ingrepen, incl. pogingen tot mentaliteitsbeïnvloeding, vergen. Ingrepen in de verdeling van opleiding, inkomen en beroep zijn daarvan uiteraard wel de meest ingrijpende, die zelden alleen met verwijzing naar gezondheidsverschillen tot stand gebracht zullen kunnen worden. En zeker niet als de grootte van het effect op voorhand niet goed te schatten is.

Wel is het mogelijk om terug te gaan naar veranderingen in de verdeling van opleiding of inkomen in het recente verleden om te zien of deze ook verandering in sociaal-economische gezondheidsverschillen tot gevolg hebben gehad. Dergelijke "natuurlijke" experimenten zouden een indicatie kunnen geven van de mogelijke sociaal-economische gezondheidsverschillen gevolgen van interventies op dit niveau. Ook onderzoek naar de situatie in andere landen in dit opzicht kunnen als bruikbare "natuurlijke experimenten" gezien worden.

ad II.

Niet alle maatschappelijke en incidentie/prognosebepalende factoren lenen zich even goed voor interventieonderzoek. Het meest toegankelijk zijn: arbeidsomstandigheden, woonsituatie in ruime zin, mogelijk (gezondheids)gedrag en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Met dit laatste wordt niet alleen het gebruik van de curatieve zorgvoorzieningen bedoeld. Het zou ook interessant zijn om onderzoek te doen naar de mogelijkheden van gerichte preventie voor lagere opleidings- en inkomensgroepen, om te zien of daardoor de verdeling van risicofactoren over de sociaal-economische groepen verandert.

ad III.

Met 'interventie in de verdeling van effecten' worden twee zaken bedoeld. Ten eerste: wanneer er eenmaal sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn opgetreden, is het denkbaar dat men de curatieve gezondheidszorg er sterker op richt om die effecten te neutraliseren. Dan dient men dus verder te gaan dan alleen het garanderen van gelijke toegankelijkheid, maar de zorg juist sterker te richten op lagere, sociaal-economisch minder bevoorrechte groepen.

Ten tweede: sociale mobiliteit is vermoedelijk gezondheidselectief. Het stelsel van sociale zekerheid, garanties voor minder validen rond toegang tot de arbeidsmarkt, de woonomgeving etc. zijn van grote invloed op de bijdrage van dit mechanisme aan sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ook hier zijn veel aanknopingspunten voor verder onderzoek.

5. Beleidsonderzoek

Kennis van de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen, van hun verklaring en van de mogelijkheden om ze te beïnvloeden vormen alle noodzakelijke voorwaarden om tot gerichte interventie te komen. Tezamen vormen ze echter nog geen voldoende voorwaarde daartoe.

Daartoe is geheel andersoortig onderzoek vereist, waarbij vragen aan de orde komen als:

- vormen sociaal-economische gezondheidsverschillen in de ogen van de bevolking en van "het beleid" een probleem?
- wat zijn wel en niet acceptabele vormen van sociaal-economische gezondheidsverschillen?
- hoe is het onderwerp "sociaal-economische gezondheidsverschillen" op de "agenda" van politici en onderzoekers te krijgen of te houden?

Kortom, zoals altijd in dit soort situaties is er de vraag naar de politieke en maatschappelijke wil om de noodzakelijke kennis te vergaren en toe te passen. In onze – ook bestuurlijk – complexe samenleving vereist het beantwoorden van die vraag een geheel eigen onderzoeks- en inspanningsdeskundigheid.

EEN ONDERZOEKSPROGRAMMA

Aspecten waarvan bij het ontwikkelen van een onderzoeksprogramma aandacht moet worden besteed, zijn:

- doel van het onderzoek. Daarbij worden vier hoofddoelen onderscheiden: beschrijving, verklaring, interventie, beleid (zie de inleiding van dit hoofdstuk);
- aard van de gegevensverzameling: primair onderzoek (nieuwe gegevensverzameling), secundair onderzoek (onderzoek van bestaande gegevens, eventueel met daaraan toegevoegd een aantal nieuwe gegevens) en standaardisering van informatie over opleiding, inkomen en beroep voor onderzoek en registratie;
- looptijd van het onderzoek: kort (2 jaar), middellang (4 à 5 jaar), lang (langer dan 5 jaar);

- niveau van de gegevensverzameling: individueel of geaggregeerd (bijvoorbeeld op wijk- of regioniveau).

6. Elementen van een onderzoeksprogramma

Uit de voorgaande secties blijkt nog eens dat het niet toevallig is dat over een belangrijk fenomeen als sociaal-economische gezondheidsverschillen verhoudingsgewijs zo weinig bekend is. Het gaat om een verschijnsel dat bestaat bij gratie van de interactie tussen een groot aantal factoren, die elk op zich weer een grote maatschappelijke verwevenheid vertonen. Sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn misschien wel te beschouwen als een samenvattend diagnostisch plaatje van een hele samenleving.

Onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen kan per definitie nooit het hele probleem in kaart brengen. Gegeven de huidige stand van de kennis zal onderzoek op dit terrein de volgende kenmerken moeten vertonen:

- Het zal een onderzoeksprogramma moeten zijn. Vanwege de complexiteit van het onderwerp, is het onontbeerlijk dat afzonderlijke onderzoeksprojecten op dit terrein goed op elkaar worden afgestemd omdat het hele plaatje slechts te zien zal zijn als stukjes in elkaar passen. Dit zal een goede coördinatie van het onderzoeksprogramma vereisen.
- Het onderzoeksprogramma zal bestaan uit *reeksen deelonderzoeken*. De vele verschillende invalshoeken van de sociaal-economische gezondheidsverschillen vragen om verschillende onderzoeksopzetten. Dit kan het beste verwezenlijkt worden door een reeks samenhangende deelonderzoeken die elk op zichzelf een afgerond geheel vormen, maar die zodanig op elkaar zijn afgestemd dat de resultaten met elkaar tot nieuwe conclusies/inzichten kunnen leiden.
- Het onderzoek zal een *multidisciplinair* karakter hebben. Omdat het probleem van de sociaal-economische gezondheidsverschillen ligt op het raakvlak van economische, sociale en medische factoren, zal onderzoek hiernaar gebruik moeten maken van veel verschillende deskundigheden.
- Het zal een onderzoeksinspanning op *langere termijn* vergen. Wil men niet alleen de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland beschrijven, maar ook proberen inzicht te krijgen in de mogelijke oorzaken en dus aangrijpingspunten voor interventies, dan is longitudinaal onderzoek onontbeerlijk. Dit betekent dat een onderzoeksprogramma alleen dan zin heeft als de continuïteit voor een aantal jaren gewaarborgd is.

Een onderzoeksprogramma rond sociaal-economische gezondheidsverschillen voor zes jaar kan onder meer de volgende elementen omvatten.

a. Beschrijvend onderzoek

1. Het ontwikkelen van sociaal-economische kenmerken/klassificaties die geschikt zijn voor uniform gebruik in registraties en wetenschappelijk onderzoek. Daarbij moet tevens voorzien worden hoe deze gebruikt zullen worden voor een uniforme presentatie van onderzoeksresultaten en registratiegegevens naar SES. Naast opleiding, inkomen en beroep moeten ook benaderende variabelen (zoals postcode) overwogen worden. Deze classificaties zullen getoetst moeten worden in proefgebieden, wellicht met regionale invoeringsexperimenten.
2. Het opsporen van Nederlandse gegevensbestanden waarin informatie over opleiding, inkomen of beroep is opgenomen, evenals verklarende factoren en/of gezondheidseffecten. Dergelijke bestanden kunnen de basis vormen voor gerichte heranalyses, dan wel voor follow-up met betrekking tot deze drie groepen kenmerken.

Hier is te denken aan bestanden die ooit zijn aangemaakt met wetenschappelijke doeleinden, maar ook aan werknemersregistraties uit bedrijven. Van beide zijn er bruikbare voorbeelden in Nederland (bijvoorbeeld de Zutphen studie resp. de werknemersregistratie van Philips Medische Dienst, waarin sociaal-economische gezondheidsverschillen reeds zijn aangetoond). Andere voorbeelden zouden zijn: overleving van gepensioneerden naar sociaal-economische kenmerken (waarvoor mogelijke gegevens van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds te gebruiken zouden zijn), schoolcarrières van zuigelingen en kleuters naar aanleiding van status uit de jeugdgezondheidszorg e.d. Uiteraard zou de CBS-gezondheidsenquête ook een fraaie basis voor follow-up onderzoek kunnen vormen.

b. Verklarend onderzoek

3. Onderzoek naar gezondheidselectieve sociale mobiliteit. De bijdrage van dit selectie-effect is in de literatuur nog niet vaak geschat op grond van empirisch onderzoek. Sociale mobiliteit is op zich echter een bekend onderwerp voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Aansluitend bij die traditie kan deze voor het sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzoek zo cruciale vraag redelijk beantwoord worden.
4. Onderzoek naar de verdeling van incidentie/prognosebepalende factoren over sociaal-economische strata, zoals:
 - De gevolgen van verandering in levensstandaard.
 - De verdeling van beroepsrisico's en arbeidsongeschiktheid (zie ook de bijdrage van Allegro in deze bundel).
 - De verdeling van riskante gewoonten over sociaal-economische strata (een voorbeeld hiervan vormt de bijdrage over de Zutphen studie in deze bundel).
 - De verschillen in gezondheidsgedrag en effectief gebruik van de gezondheidszorg. Dit is in feite een onderzoek naar de vermijdbare sociaal-economische gezondheidsverschillen (zie ook onder b.5).
 - De mogelijke bijdrage van een - in de toekomst misschien grotere - selectieve toegankelijkheid van de gezondheidszorg (zie ook de bijdrage van Rutten).
5. Nader onderzoek naar de rol van de gezondheidszorg. Het begrip "vermijdbare sterfte" verwijst naar de sterfte aan ziekten die voorkomen of genezen kunnen worden. In Europees verband wordt onderzoek verricht naar regionale verschillen in vermijdbare sterfte, in Nederland ook naar trends in de tijd. Vermijdbare sterfte hangt duidelijk samen met opleiding, inkomen en beroep. In Engeland verricht men nu ook onderzoek naar individuele sterfgevallen aan deze ziekten waarbij gezocht wordt naar de samenloop van oorzaken buiten en binnen de gezondheidszorg die in zo'n geval tot overlijden voerden.
6. Onderzoek naar de relatie tussen innovatieprocessen en sociaal-economische gezondheidsverschillen.
Het idee dat innovatie en verbetering van gezondheidsniveaus in een populatie bijna altijd gepaard gaan met sociaal-economische gezondheidsverschillen, roept de vraag op wat het effect dan zou zijn van een vermindering in sociaal-economische gezondheidsverschillen op innovatie en absolute gezondheidsniveaus. Hierbij valt wellicht iets te leren van onderzoek naar ongelijkheid in het onderwijs in de VS en verdeelvraagstukken in de ontwikkelingseconomie.

c. Longitudinaal onderzoek

7. Wetenschappelijk het meest productief is een longitudinaal opgezette registratie met een lange looptijd. Hierin worden periodiek nieuwe (steekproeven uit) cohorten opgenomen. De onderzoeksofzet dient geheel op de hier besproken vraagstelling gericht te zijn.

Men kan zich voorstellen dat er periodiek cohorten van 0-jarigen worden opgenomen (dan wel van zwangeren), die voor langere tijd gevolgd worden. Tegelijkertijd zou men ook een aantal oudere cohorten kunnen opnemen om na een aantal jaren ook reeds iets te kunnen zeggen over de factoren die op latere leeftijd een rol spelen in het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een dergelijke onderzoekspopulatie kan ook een zeer goede basis vormen voor "nested case control studies", waarbij op betrekkelijk eenvoudige wijze de interpretatie van de resultaten op een vroeger tijdstip in het onderzoek kan plaatsvinden.

De wetenschappelijke productiviteit van een dergelijke aanpak moet uiteraard zorgvuldig afgewogen worden tegen de kosten en risico's, die ook groot zijn.

Belangrijke elementen in deze afweging zijn:

- de mogelijke selectiviteit met name in de laagste sociaal-economische strata
- de privacyrisico's, die ook het onderzoek voortdurend zullen bedreigen
- de relatief grote basisinvestering en het tijdsverloop voordat de resultaten beginnen te komen.

Voor het overige zijn hier vele lessen te leren uit de Engelse cohort-onderzoeken. Een medewerkster van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg heeft onderzoek naar de daarbij opgedane ervaringen verricht. Ook in Nederland is relevante ervaring aanwezig in een aantal longitudinale projecten met een andere vraagstelling.

Vanwege de relatief grote investeringen en de risico's die aan een dergelijk onderzoek verbonden zijn, zal het noodzakelijk zijn dat het heel zorgvuldig wordt voorbereid. De volgende punten zijn daarbij van belang:

- Van tevoren zal goed nagedacht moeten worden over de vraag welke factoren en interacties in een dergelijk project simultaan onderzocht kunnen worden.
- De organisatie, het concipiëren, voorbereiden en begeleiden van dataverzameling en analyse zullen zeer arbeidsintensief zijn.
- De vervolgrondes zullen er steeds zodanig "aangeplakt" moeten worden dat ze enerzijds zelfstandig relevante informatie opleveren, en anderzijds qua informatie perfect aansluiten op voorafgaande rondes zodat de continuïteit gewaarborgd is.
- Het zal een samenwerking vereisen van een aantal onderzoekers en/of onderzoeksinstituten.

d. Interventie-onderzoek

8. Interventie-onderzoek zal zelden alleen gericht zijn op het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Wel zij nogmaals verwezen naar het belang van het opnemen van gegevens over opleiding, inkomen en beroep in allerhande interventieonderzoek.

Overigens kunnen de te verwachten fundamentele veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg en het stelsel van ziektekostenverzekering mogelijk ook gebruikt worden voor onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Daarbij is te denken aan zaken als voor- en nameting, maar ook aan (regionale) invoeringsexperimenten e.d. Het praktisch nut daarvan behoeft geen betoog.

9. Onderzoek met behulp van computermodellen voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Veel van de kennis over gezondheidsverschillen en hun verklaringen, evenals gegevens over mogelijke effecten van interventie is zeer ongelijksoortig en soms op het eerste gezicht niet te rijmen. Een goede methode om naar een onderlinge samenhang te zoeken is het ontwikkelen van computermodellen. Deze geven een mogelijkheid om interventie-effecten te schatten. Daarbij kan zowel gedacht worden aan de gevolgen van allerhande interventies voor sociaal-economische gezondheidsverschillen, als aan de grenzen die sociaal-economische gezondheidsverschillen in veel gevallen zullen stellen aan het totale effect op verschillende interventies op de volksgezondheid.

7. Op weg naar een onderzoeksstrategie

In de vorige sectie werd reeds uiteengezet dat bij een serieuze poging om een beter inzicht in sociaal-economische gezondheidsverschillen te krijgen, er sprake moet zijn van een samenhangend meerjarenprogramma, waarin verschillende disciplines vertegenwoordigd zijn. Een aantal mogelijke elementen uit zo'n programma werd daar besproken. Hier zullen die elementen samengebracht worden in een strategische aanpak.

- a. Er wordt een niet te grote programma commissie geformeerd, waarin de volgende deskundigheden zijn vertegenwoordigd: geneeskunde, epidemiologie, economie, sociologie, psychologie, registratiedeskundigheid. De commissie kan bestaan uit een kerncommissie, bestaande uit een aantal op het terrein actieve onderzoekers, die elkaar bijvoorbeeld 6-8x per jaar spreken, en een brede commissie, waarin ook het beleid en andere deskundigheden vertegenwoordigd zijn en die 2-3x per jaar bijeenkomt. De taakafbakening ligt voor de hand: de kerncommissie bemoeit zich primair met onderzoekstechnische zaken, de brede commissie meer met programmatische kwesties.

Deze commissie werkt in zes maanden een programma uit met een looptijd van zes jaar, waarna evaluatie van het programma plaatsvindt.

Doelstellingen van het programma zijn tenminste:

1. het vormen van een documentatiecentrum over sociaal-economische gezondheidsverschillen
 2. het op ruime schaal onder de aandacht brengen van sociaal-economische gezondheidsverschillen bij publiek, onderzoekers, registrerende instellingen en politici
 3. het stimuleren van het op uniforme wijze opnemen van sociaal-economische kenmerken in registraties en in epidemiologisch onderzoek
 4. het tot stand brengen en de coördinatie van een aantal onderzoeksprojecten met korte en middellange looptijd
 5. het voorbereiden van longitudinaal onderzoek rond sociaal-economische gezondheidsverschillen en het tot standbrengen van een of twee onderzoeksronden daarvan
 6. het leggen van internationale contacten om tot internationale afstemming en samenwerking te komen.
- b. Een globale – zij het nogal ambitieuze – tijdsfasering kan er als volgt uitzien:

Jaar 1 – nadere uitwerking onderzoeksprogramma
– start documentatiecentrum
– voorbereiding van een aantal kortlopende projecten (zie in sectie 6 bijvoorbeeld onder b.3–b.6)

- brede steun zoeken in de wereld van onderzoek en registratie (zie vorige sectie onder a.1).
- Jaar 2
 - opsporen gegevensbestanden (zie vorige sectie onder a.2)
 - start van de kortlopende projecten
 - begin voorbereiding van een longitudinaal onderzoek (zie vorige sectie onder c.7)
- Jaar 3
 - publicatie van een voor een breed publiek toegankelijk boek over de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland
 - proefronde longitudinaal onderzoek (c.7)
 - verslag van de SES registratie-mogelijkheden met een work-shop (a.1)
 - start van een aantal proefprojecten van registraties (a.1)
- Jaar 4
 - eerste ronde van het longitudinale onderzoek (c.1)
 - verslag van een aantal kortlopende projecten
- Jaar 5
 - eerste follow-up longitudinaal onderzoek
 - besluitvorming rond de registraties (a.1)
- Jaar 6
 - afronding projecten, eindverslagen
 - verslag eerste ervaringen longitudinaal project
 - evaluatierapport onderzoeksprogramma
 - workshops eindevaluatie.

TOT SLOT

In de inleiding van dit hoofdstuk werd gewezen op de betrekkelijke onbekendheid van het vraagstuk van de sociaal-economische gezondheidsverschillen, zowel in de wereld van het wetenschappelijk onderzoek als die van het beleid. Twee mogelijke verklaringen werden gegeven: de relatieve "onzichtbaarheid" van het probleem en de ingewikkeldheid ervan. Afgezien daarvan heeft Nederland wat betreft gegevens over en onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen een duidelijke achterstand op een aantal andere landen. Wij menen dat een programma in de lijn van de hier ontwikkelde gedachten gepaard aan een goede internationale samenwerking een belangrijke bijdrage kan leveren aan het zichtbaar maken van het probleem, het ontwarren van de ingewikkelde achterliggende mechanismen en daarmee tevens aan het inlopen van de Nederlandse achterstand op dit terrein.

**X. DE BELEIDSVORMING TEN AANZIEN VAN SOCIALE
VERSCHILLEN IN GEZONDHEID**

G.M. van Etten

1. Inleiding

Over het vraagstuk van sociale ongelijkheid in gezondheid worden doorgaans twee uiterste standpunten ingenomen. Volgens het ene standpunt is er van echte problemen nog geen sprake. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking is, naar internationale maatstaven gerekend, goed te noemen, en ook staat de gezondheidszorg kwantitatief en kwalitatief op een hoog peil. Bovendien beschikt Nederland over een goed stelsel van ziektekostenverzekering.

Volgens het andere standpunt is er sprake van een mate van maatschappelijke ongelijkheid in de sector volksgezondheid waarvan de grenzen van wat in de huidige samenleving als aanvaardbaar wordt geacht worden overschreden.

De bijdragen aan deze conferentie leiden tot de conclusie – zij het door het ontbreken van gedetailleerde gegevens met de nodige voorzichtigheid getrokken – dat er in ons land aanzienlijke verschillen in gezondheid en gezondheidszorg bestaan. Ook is naar voren gebracht dat deze verschillen het resultaat zijn van een ingewikkeld samenspel van factoren, waarin sociaal-economische omstandigheden, de woon- en werkomgeving alsmede gezondheidsgedrag en gezondheidszorg een rol spelen. M.a.w. er is sprake van een multicausale aard van deze verschillen en deze constatering houdt de waarschuwing in dat over de mogelijke oplossing van deze problemen niet lichtvaardig gedacht mag worden.

Schuyt¹ heeft bovendien in het recente themanummer van Economisch-Statistische Berichten over "sociale ongelijkheid" naar voren gebracht, dat maatschappelijke ongelijkheid een meerdimensionaal verschijnsel is, d.w.z. tot uiting komt in ondermeer een laag inkomen, slechte huisvesting, geringe deelneming aan maatschappelijke organisaties, ongezonde woon- en werkomgeving, maar zich tevens bij specifieke groepen van de bevolking opstapelt. Het is met name deze opeenhoping van verschillende aspecten van maatschappelijke ongelijkheid bij dezelfde bevolkingsgroepen die deze ongelijkheid tot een probleem maakt.

Ik wil in dit verband nog wijzen op een rapport van de Harmonisatieraad voor het Welzijnsbeleid (HRWB)² getiteld "*Welzijn en Bestaanszekerheid; de ontwikkeling van de leefsituatie van de lage inkomensgroepen 1980-1985*". In dit rapport heeft de HRWB gegevens over welzijn die met bestaanszekerheid zijn verbonden gekoppeld aan inkomensgegevens. Als bestaansonzekerden van de jaren tachtig gelden vooral de langdurig werklozen, de oudere alleenstaanden en de éénoudergezinnen en tot de achterstandsgroepen behoren ethnische minderheden, gehandicapten, weduwen en gescheiden vrouwen. De Raad stelt vast dat de bestaanszekerheid en het welzijn van de lage inkomensgroepen in de genoemde periode sterker achteruit zijn gegaan dan die van andere inkomensgroepen. Volgens de Raad geldt dat de "nieuwe armoede" in ons land geen puur financieel vraagstuk is, maar dat er een samenhang blijkt te zijn tussen inkomensproblemen en drie in het rapport uitgewerkte welzijnsvariabelen: arbeid, gezondheid en welbevinden. De Raad constateert ook dat er een relatie bestaat tussen de gezondheidstoestand en het inkomen, en dat de lage inkomensgroepen er in dit opzicht slechter voorstaan dan andere.

Uit bovenstaande gegevens kan worden afgeleid dat voor een doeltreffende aanpak van de knelpunten veel meer inzicht in de leefsituatie van de lage inkomensgroepen is vereist, waarbij arbeid, inkomen, onderwijs, woonomgeving en gezondheid belangrijke elementen vormen. Bovendien kan hieraan de conclusie worden verbonden dat de oplossing van deze problematiek in een veel ruimer kader dan de sector volksgezondheid gezocht dient te worden en dat een intersectorale aanpak derhalve geboden is.

2. Wat te doen?

De kernvragen waarvoor deze conferentie zich gesteld ziet is of de gesignaleerde maatschappelijke ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg maatregelen ter vermindering ervan vereisen en zo ja welke instanties de meest geëigende zijn om deze maatregelen te treffen.

In het vervolg van mijn bijdrage zal ik een aantal overwegingen naar voren brengen die in de verdere discussie een rol zullen kunnen spelen.

Ik begin met een standpuntbepaling van de regering – zij het een voorlopige – in de *Nota 2000*³, uitgebracht in 1986. De *Nota 2000* heeft twee belangrijke karakteristieken:

ten eerste, heeft zij betrekking op het volksgezondheidsbeleid op de lange termijn, en ten tweede, is zij bedoeld om het beleid te heroriënteren op gezondheid, terwijl dit beleid tot nu toe sterk gericht was op voorzieningen.

Blijkens de *Nota 2000* wil de regering het inzicht in de verschillen in gezondheid verdiepen, in de eerste plaats door een zodanige aanvulling van de gegevensverzameling door het CBS dat sterftecijfers en andere gegevens in verband gebracht kunnen worden met sociaal-economische aspecten (*Nota 2000*, pp. 205, 329, 349). Om dat inzicht te vergroten acht de regering ook onderzoek noodzakelijk (*Nota 2000*, pp. 205, 335, 349) en zij heeft het onderzoek naar sociaal-economisch gebonden verschillen in gezondheid, ziekte en sterfte inmiddels aangewezen als één der speerpunten in het kader van de *Nota Stimuleringsprogramma Gezondsonderzoek*⁴, waarvoor ook extra gelden beschikbaar zijn gesteld. De regering heeft ook kenbaar gemaakt de reële verschillen in gezondheid te willen terugbrengen. Behalve met betrekking tot de informatievoorziening en het onderzoek heeft de regering echter voor de nadere beleidsontwikkeling op dit terrein nog geen standpunten bekend gemaakt, maar de hulp ingeroepen van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid hetgeen tot deze conferentie heeft geleid. Met nadruk dient erop gewezen te worden dat niet alleen van de overheid, maar ook van de maatschappelijke organisaties een bijdrage gevraagd wordt om de verschillen in gezondheid te verminderen.

Het verschijnen van de *Nota 2000*, en de daarin beoogde accentverschuiving van voorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid markeert overigens een omslag in de belangstelling van de overheid voor het vraagstuk van de sociale ongelijkheid in de sector van de volksgezondheid. Tot nu toe bestonden in beleidsdocumenten van de overheid nauwelijks verwijzingen naar deze problematiek⁵. Mede onder invloed van de *WHO-Strategy Health for All by the year 2000* is hierin verandering gekomen en ook het Europese kantoor van de WHO heeft voor het vraagstuk van de ongelijkheid speciale aandacht gevraagd⁶.

Er is echter een tweede ontwikkeling die in dit verband van belang is, namelijk de discussie over de "*Grenzen van de Zorg*", naar aanleiding van de desbetreffende adviesaanvragen van de regering aan de Gezondheidsraad, de Nationale Raad en de Ziekenfondsraad. In elk van deze adviezen worden essentiële ontwikkelingen in de gezondheidszorg aan de orde gesteld die dwingen tot een herbezinning over de doelstellingen en de verdeling van middelen. Met name de Gezondheidsraad⁷ wijdt in zijn recente advies speciale aandacht aan het vraagstuk van de verdeling van middelen in de gezondheidszorg en aan sociale verschillen in gezondheid. In zijn beschouwingen over het verdelingsvraagstuk in de gezondheidszorg gaat de Raad in op de relevantie van de vier verdelingstheorieën te weten het egalitarisme (gelijkwaardigheid), het utilitarisme (doelmatigheid), het model van de verzorgingsstaat en de vrije-marktfilosofie, voor beslissingen op het niveau van de landelijke overheid. Ook worden de implicaties van

de diverse verdelingstheorieën voor het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg aan de orde geveld, waarbij als mogelijke beleidsopties door de Raad worden onderscheiden:

- herverdeling van inkomen, kennis en andere relevante sociaal-economische factoren;
- behoud en bevordering van de kwaliteit van de externe omgeving, met name door middel van de openbare gezondheidszorg;
- beïnvloeding van het gedrag en opvattingen van burgers door middel van GVO;
- beschikbaarstelling en herverdeling van gezondheidszorgvoorzieningen.

De Raad bepleit dat bij het formuleren van uitgangspunten voor een herziening van de gezondheidszorg elementen uit de verschillende verdelingstheorieën worden gecombineerd, waarbij zowel rechtvaardigheid en gelijkheid als doelmatigheid in het geding zijn. Concreet gezegd: toepassing van het beginsel van een evenwichtige en rechtvaardige lastenverdeling (solidariteit), vertaald in een basisverzekering met een premie naar draagkracht, met een garantie voor een minimumpakket aan zorg (gelijke toegang), en met toepassing van een zakelijke bedrijfsvoering (doelmatigheid).

Sociale ongelijkheid in gezondheid wordt door de Raad een niet aflatend verschijnsel genoemd. De Raad concludeert dat de gezondheidszorg sociale verschillen in kennis, inkomen, en macht niet kan redresseren, zo dat al gewenst zou zijn, maar wel compenseren. Hij meent dat het bestaan van sociale ongelijkheid in gezondheid een punt van overweging moet zijn bij het formuleren van uitgangspunten voor hervormingen in de gezondheidszorg, en hij bepleit dat aanpassingen van de gezondheidszorg niet mogen leiden tot een versterking van de bestaande sociale verschillen in gezondheid.

In mijn verkenning van de mogelijkheden voor beleid wil ik vervolgens kort ingaan op de voorstellen op dit punt van de verschillende inleiders op deze conferentie.

Mackenbach en Van der Maas noemen verschillende mogelijkheden voor gezondheidsbeleid, naar gelang de factoren die ten grondslag liggen aan de gezondheidsverschillen tussen verschillende sociaal-economische groepen. Wat betreft de selectieprocessen wordt gepleit voor aandacht voor aspecten van het sociaal-economisch beleid, voor een zorgvuldige inrichting van het stelsel van sociale zekerheid en voor de jeugdgezondheidszorg waarbinnen de invloed van de gezondheid van kinderen op hun schoolcarrière geminimaliseerd kan worden. Wat de leefomstandigheden betreft wordt gewezen op de mogelijkheden voor beleid in de sfeer van woningbouw, arbeidsomstandigheden, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding alsmede gelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Allegro vermeldt het GAK-experiment inzake "verzuimadvisering" waarbij bedrijven met behulp van speciale begeleiding en op basis van zowel structurele als individuele maatregelen trachten problemen in de eigen werksituatie op te sporen en op te lossen die het ziekteverzuim negatief beïnvloeden. Hoewel de resultaten van dit experiment bevredigend genoemd worden is niet bekend in hoeverre lagere sociaal-economische groepen hierdoor ook minder ziekteverzuim vertonen. Verder wijst hij op de bedrijfsgezondheidszorg, de bedrijfsveiligheidszorg, en meer in het algemeen de arbeidsomstandighedenwetgeving als mogelijke instrumenten voor beleid. Ook *Rutten* memoreert dat maatregelen op uiteenlopende beleidsterreinen de verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische groepen kunnen beïnvloeden, maar wijst in het bijzonder op de volgende maatregelen in de sfeer van de ziektekostenverzekering:

- introductie van beperkte geldprijzen om de doelstelling "gelijk gebruik bij gelijke behoefte" zoveel mogelijk te benaderen;
- introductie van een uniforme sociale ziektekostenverzekering met inkomensafhankelijke premiestelling, leidend tot verwijdering van onbillijkheden uit de lastenverdeling;
- introductie van concurrentie tussen aanbieders van zorg.

Spruit et al. bespreken de mogelijkheden van gedragsverandering van mensen, van wijzigingen in gezondheidsgedragingen dus, die ofwel bepaald worden door structuren van buitenaf ofwel een zaak zijn van een individuele rationele keuze. *Dunning* wijst, sprekend vanuit het perspectief van de klinische praktijk, vooral op de gebrekkige informatievoorziening in de Ziekenhuisgeneeskunde, in het bijzonder over de verschillen in gezondheid. *Dahlgren* stelt tenslotte voor Zweden twee elkaar aanvullende benaderingen voor: de ene richt zich op bepaalde ziektecategorieën, met name hart- en vaatziekten en ongevallen, waarvan de spreiding in de bevolking wordt geanalyseerd en waarvoor specifieke actieprogramma's vanuit de gezondheidszorg worden ontwikkeld; de andere richt zich op verbetering in de kennis van gezondheidsrisico's en hun relatie met sociaal-economische factoren zoals arbeid, huisvesting, inkomen, op basis waarvan intersectoraal beleid gevoerd kan worden. Terzijde zij opgemerkt dat ook in het zg. Black-report voor Engeland soortgelijke beleidsmaatregelen worden genoemd die enerzijds zich uitstrekken tot verschillende terreinen van de gezondheidszorg zoals de zuigelingen- en jeugdgezondheidszorg en openbare gezondheidszorg, en die anderzijds de traditionele grenzen van de gezondheidszorg overschrijden (sociaal-economisch beleid, arbeidsomstandigheden, woonomgeving).

Tot zover de suggesties voor mogelijke koersbepalingen voor het beleid. Daarbij wordt ook, zij het vaak impliciet, een belangrijke rol toebedacht aan de overheid. Toch is het wenselijk om bij die rol van de overheid in het terugbrengen van de sociale ongelijkheid in de gezondheid en gezondheidszorg wat langer stil te staan. Niet ten onrechte werd de titel van het door het Nederlands Gesprek Centrum recent georganiseerde symposium "maatschappelijke ongelijkheid; de overheid een zorg?" met een vraagteken voorzien. Ook werd er tijdens het symposium op gewezen dat zich sedert enkele jaren in onze samenleving zowel politiek als maatschappelijk een duidelijke omslag in het streven naar steeds grotere gelijkheid is gaan aftekenen.

De afruil ("big-trade-off", naar Okun) die er bestaat tussen rechtvaardigheid en doelmatigheid is sterk in de richting van de laatste verschoven. Er is een afnemend vertrouwen in de mogelijkheid en effectiviteit van overheidsingrijpen. In economische termen betekent dit een herwaardering van de markt.

Ook in de gezondheidszorg van vandaag wordt de roep om een meer marktgerichte benadering luider. Onder het begrip marktgerichte benadering kunnen een veelheid van manieren tot invoeren van financiële prikkels worden verstaan, gericht op het bevorderen van de doelmatigheid in de gezondheidszorg⁸. Commercialisering is slechts één – en voor ons land wellicht te verwerpen – variant van marktwerking. Naar verluidt zal de Commissie Dekker, die binnenkort adviseert over de structuur en financiering van de gezondheidszorg, aan de marktgerichtheid in de gezondheidszorg veel aandacht schenken. Het is hier niet op zijn plaats om de voors en tegens van een marktgerichte benadering in de gezondheidszorg te analyseren. Wel kan worden opgemerkt dat de ideeën hierover met name uit de Verenigde Staten komen en dat met het overnemen van deze ideeën grote voorzichtigheid is geboden. Een recent verschenen studie van het Amerikaanse *Institute of Medicine* over commerciële ziekenhuizen bevestigt die indruk. In het bijzonder dient hier als waarschuwing te gelden

het advies van de Gezondheidsraad in zijn reeds eerder genoemde rapport over de "*Grenzen van de Zorg*" nl. dat hervormingen in de gezondheidszorg niet mogen leiden tot een versterking van de bestaande sociale verschillen in gezondheid. Bij eventuele wijzigingen van het stelsel van gezondheidszorg of belangrijke onderdelen ervan moet derhalve goed gelet worden op mogelijke effecten op sociale gezondheidsverschillen. In dit verband kan nog gewezen worden op meer recente resultaten van het RAND-experiment, een omvangrijk en belangrijk onderzoek naar de effecten van eigen bijdragen, die laten zien dat ziektekostenverzekeringen met bijbetalingen schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid van de laagste inkomensgroepen.

M.a.w. een bezinning op de filosofie en praktijk van de verzorgingsstaat is aanvaardbaar mits het uitgangspunt dat gezondheidszorg een wetenschappelijk goed is en geen koopwaar, gewaarborgd blijft. Anders gezegd: het vraagstuk van de sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg is zeer wel te benaderen door elementen van overheidsregulering en beheerste marktregulering met elkaar te combineren.

Sprekend over de rol van de overheid wil ik nog wijzen op de belangrijke rol die de andere overheden dan de Rijksoverheid kunnen spelen in het signaleren en verminderen van verschillen in gezondheid. Het inmiddels befaamde Amsterdamse buurtonderzoek, dat tegen het eind van de jaren zeventig werd verricht en waarbij ziekte en gezondheid ongelijk verdeeld over de diverse wijken bleken, biedt aanknopingspunten voor gemeentelijk beleid. Hetzelfde geldt voor een soortgelijk onderzoek dat later in Rotterdam werd verricht. Ook hier is van toepassing hetgeen voor het rijksoverheidsbeleid is gesteld nl. dat voor dit type gezondheidsbeleid vaak de traditionele grenzen van het gezondheidszorgbeleid zullen moeten worden overschreden. De noodzaak van een integrale aanpak met name in de grote steden is onlangs ook door de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid (RAWB) onder woorden gebracht in zijn rapport getiteld "*Onderzoek in grote steden*".⁹

Op de mogelijke rol van de ziektekostenverzekeraars is in de verschillende bijdragen reeds gewezen.

Afzonderlijke aandacht dient besteed te worden aan de rol van de instellingen en beroepsbeoefenaars. Het is doorgaans niet gebruikelijk, en ook niet eenvoudig, om het vraagstuk van de sociale ongelijkheid in gezondheid vanuit de activiteiten van instellingen en beroepsbeoefenaars te beschouwen.

Toch doen zich ook op dit micro-niveau vraagstukken van verdeling van middelen en van selectie van patiënten voor. Zo heeft de Gezondheidsraad in zijn advies over de "*Grenzen van de Zorg*" het vraagstuk van de rantsoenering in discussie gebracht.

Met rantsoenering wordt bedoeld dat (een element van) de zorg beperkt wordt ingevoerd, hetgeen tot gevolg heeft dat tussen patiënten moet worden gekozen. Een selectie dus, die vele vormen kan aannemen inclusief de wachtlijst; bovendien een geformaliseerde selectie door toepassing van inzichtelijke, in brede kring aanvaarde selectiecriteria.

3. Mogelijke beleidsopties

Ik kom nu aan een opsomming van mogelijke beleidsopties.

In de eerste plaats heeft Van der Maas een voorstel gedaan voor een onderzoeksprogramma over verschillen in gezondheid naar Sociaal-economische status.

Het Ministerie van WVC is van plan dit voorstel verder te laten uitwerken en te bespreken met het onderzoeksveld.

Tevens zal het Ministerie van WVC nagaan op welke wijze dit onderzoeksprogramma opgenomen kan worden in het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, en tevens welke rol de Raad van Gezondheidsonderzoek bij het opstellen en uitvoeren van dit onderzoeksprogramma kan vervullen.

In de tweede plaats is het overheidsbeleid met betrekking tot de informatie- en registratievoorziening in het geding. Zo zullen in de gegevensverzameling van het CBS met name de sterftcijfers in verband gebracht moeten worden met sociaal-economische kenmerken. Het CBS zal gevraagd worden daartoe de nodige maatregelen te treffen. Daarnaast verdient de morbiditeitsregistratie van het SIG aanpassing, teneinde klinische verschillen in gezondheid te kunnen opsporen.

Ten derde zal een adviesaanvraag worden gezonden aan de WRR, die verzocht zal worden op basis van de uitkomsten van deze conferentie een nadere verkenning te verrichten, met name gericht op de samenhang met andere terreinen van overheidsbeleid. Tevens zal de doelstelling van de WHO worden voorgelegd, waarin het streven van de Nederlandse Overheid wordt verwoord om de verschillen in gezondheid naar sociaal-economische status tot het jaar 2000 met 25% te reduceren. Nagegaan zou moeten worden op welke wijze deze doelstelling bereikt zou kunnen worden.

Ten vierde heeft de regering zich in de Nota 2000 voorgenomen de WHO doelstellingen ter vermindering van een aantal ziekte-categorieën over te nemen. Bij het invoeren van bepaalde maatregelen om de doelstellingen te kunnen realiseren zal aparte aandacht aan de sociaal-economische factoren besteed moeten worden. Het gaat hier om de ziekte-categorieën hart- en vaatziekten, kanker, chronische ziekten en ongevallen.

Ten vijfde is er sprake van inhoudelijk beleid vanuit de sector van de gezondheidszorg zelf: ik denk hierbij aan de rol van de basisgezondheidszorg in de meest brede zin, waaronder begrepen de zorg voor de jeugdgezondheid, de openbare gezondheid alsmede het milieu.

Ten zesde het beleid waarvoor het Ministerie van WVC niet rechtstreeks verantwoordelijk is, het intersectoraal beleid. Ook aan dit beleids-terrein wordt in de Nota 2000 ruime aandacht besteed. Deze conferentie heeft een aantal terreinen verkend zoals Ziekteverzuim en arbeidsomstandigheden; het stelsel van ziektekostenverzekering en daarmee samenhangend het gehele stelsel van sociale zekerheid.

Het Ministerie zal in overleg treden met het Ministerie van Sociale Zaken om na te gaan op welke wijze aandacht gegeven kan worden aan de genoemde problematiek.

In de Nota 2000 is aangegeven, dat een voortgangsrapportage gewenst is. In deze voortgangsrapportage zal aparte rapportage moeten worden opgenomen over de verschillen in gezondheid naar sociaal-economische status.

Ten slotte wil ik wijzen op de medeverantwoordelijkheid van alle betrokkenen. De overheid kan en mag niet alleen de gesignaleerde problemen oplossen. Bij het opstellen van het conferentieprogramma is – bewust – niet voorzien in schriftelijk bijdragen van de kant van de genodigden, afkomstig uit de diverse politieke en maatschappelijke groeperingen. Het is gewenst om in een vervolgconferentie een dergelijke – tweede – stap te zetten. Het gaat tenslotte om een complex vraagstuk dat slechts in het kader van een brede maatschappelijke discussie en in een proces van geleidelijkheid tot resultaten kan leiden.

Noten

1. Schuyt, C.J.M., Maatschappelijke ongelijkheid: een sociologische interpretatie, in: *Economisch-Statistische Berichten*, Themanummer over sociale ongelijkheid, 72, nr. 3595, 1987, 195-198
2. Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, *Welzijn en bestaanszekerheid; de ontwikkeling van de leefsituatie van de lage inkomensgroepen 1980-1985*, 's Gravenhage, 1986
3. *Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*, 's Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1986
4. *Nota Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek*, 's Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1985
5. de Jong, G.A., *Ongelijkheid in gezondheid, Sociaal-medisch onderzoek en beleid*, Proefschrift, EUR, 1986
6. World Health Organization, Regional Office for Europe, *The health burden of social inequalities*, Copenhagen, 1986
7. Gezondheidsraad, *Advies inzake Grenzen van de Zorg*, 's Gravenhage, 1986
8. Elsinga, E., Marktelementen in de gezondheidszorg, *Medisch Contact*, 42, nr. 9, 1987, 271-275
9. Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid, *Advies inzake onderzoek grote steden*, 's Gravenhage, 1986

Discussie

In de slotdiscussie worden door de deelnemers suggesties gedaan over "hoe het verder moet". Er wordt gewezen op mogelijke beleidsinterventies, gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische status groepen.

Maar voordat beleidsinterventies plaats kunnen vinden is het noodzakelijk om meer te weten te komen over de risicofactoren voor gezondheid, die, bij een ongelijke spreiding over de bevolking, tot sociaal-economische gezondheidsverschillen leiden. Om deze te achterhalen is meer onderzoek nodig, en hiervoor worden enkele technische suggesties gedaan.

Door de deelnemers wordt tevens de noodzaak gesignaleerd om, willen daadwerkelijk beleidsinterventies plaatsvinden, de problematiek van sociaal-economische gezondheidsverschillen op de politieke agenda te brengen en te houden. Er wordt aangegeven welke wegen er zijn om dit te realiseren.

Prof. dr. H.J.J. Leenen, Instituut voor Sociale Geneeskunde te Amsterdam, signaleert twee problemen bij de vertaling van resultaten van onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen naar beleidsinterventies.

Ten eerste zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen moeilijk zichtbaar te maken en daardoor is de problematiek moeilijk hanteerbaar, waardoor deze de neiging heeft weer van de agenda te verdwijnen (getuige het Vergelijkend Buurtonderzoek in Amsterdam). Leenen meent dat er, om dit te voorkomen, concrete doeleinden gesteld moeten worden, zogenaamde targets, waarin de na te streven reductie van verschillen wordt geconcretiseerd.

Ten tweede gaat het hierbij om een probleem waarvan de oplossing door verschillende sectoren van de maatschappij, dus niet alleen door die van de volksgezondheid, aangepakt zal moeten worden.

Om te zorgen dat de betrokken sectoren met elkaar in contact komen en blijven, zou, zo doet Leenen de suggestie, een soort forum ingesteld kunnen worden waarin vertegenwoordigers van de verschillende sectoren uit de particuliere- en overheidsfeer zitting hebben. Dit forum (een lichte structuur) zou via een wetenschappelijke programmacommissie zoals Van der Maas die voorstelt, contact kunnen houden met de onderzoekers die zich met deze problematiek bezighouden.

Van der Maas onderschrijft het idee van Leenen dat er, om tot concrete beleidsinterventies te komen, samenspraak tussen onderzoek en beleid nodig is, ook omdat vertegenwoordigers uit de verschillende sectoren van de maatschappij zicht zouden kunnen verschaffen op de mogelijkheden van implementatie van het beleid in de praktijk.

Dr. G.M. Van Etten, hoofd Stafbureau Beleidsontwikkeling, Ministerie van WVC, merkt op dat voor de Sectorraad voor Gezondheidsonderzoek een belangrijke rol is weggelegd om het probleem onder de aandacht van de onderzoekers te houden. Continuïteit in het beleid zou bijvoorbeeld bereikt kunnen worden door geformaliseerd overleg tussen de betrokken departementen op het niveau van directeur-generaal, waarbij het departement voor de Volksgezondheid de verantwoordelijkheid heeft om het probleem onder de aandacht van de andere sectoren te brengen.

Dr. A.L. Den Broeder, plaatsvervangend directeur-generaal Sociale Zekerheid, Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid, tekent hierbij aan dat zowel in de onderzoeks- als in de beleidsfeer niet alle heil van de overheid verwacht moet worden. Een bundeling van geïnstitutionaliseerde activiteiten op dit gebied is nodig, onder andere van de Bedrijfsgezondheidsdiensten, sociale partners, CCOZ etc. Een gezamenlijke aanpak zal tot een groter probleemoplossend vermogen kunnen leiden.

Mevrouw dr. E. Borst-Eilers, vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, doet de suggestie om ook op korte termijn iets te doen op het gebied van onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Zij stelt voor om de wijzigingen in het ziektekostenverzekeringsstelsel, zoals die zullen worden ingevoerd naar aanleiding van de voorstellen van de commissie-Dekker, als een soort natuurlijk experiment te volgen. Op deze manier kan meer zicht worden verkregen op het ontstaan van de verschillen en de factoren die hierop van invloed zijn. Hiervoor is het noodzakelijk dat op het moment dat de wijzigingen ingevoerd worden, de onderzoeksvoorbereidingen zoals die door Van der Maas zijn voorgesteld (bijvoorbeeld standaardisatie van sociaal-economische status-registratie) uitgevoerd zijn.

Door *drs. H.B. Haveman*, stafafdeling Epidemiologie en Informatica, Ministerie van WVC, wordt hieraan toegevoegd dat al vòòr de invoering van de betreffende maatregelen een nulmeting plaatsgevonden zal moeten hebben om de wijzigingen in de verschillen in gezondheid vast te kunnen stellen.

Van der Maas is het eens met de opmerking van mevrouw Borst dat de invoering van bijvoorbeeld wijzigingen in het ziektekostenverzekeringsstelsel gebruikt kan worden om een aantal registraties te starten. Hij voegt hieraan toe dat de registratie niet direct het hele land hoeft te bestrijken, maar bijvoorbeeld slechts een beperkt aantal ziekenfondsen. Ook op deze manier zouden nuttige gegevens kunnen worden verkregen.

Met betrekking tot het registreren van gegevens merkt *dr. J.K.S. van Ginneken*, Centraal Bureau voor de Statistiek op dat, als gevolg van de angst die in Nederland bestaat voor oneigenlijk gebruik van databestanden, een schat aan gegevens die inzicht kunnen verschaffen in sociaal-economische gezondheidsverschillen, ontbreekt. Hij wijst hierbij op het ontbreken van een volkstelling en op het feit dat in vragenlijsten vaak geen vragen met betrekking tot sociaal-economische kenmerken worden opgenomen.

Met het oog hierop dringt Van Ginneken erop aan dat op korte termijn maatregelen worden genomen met betrekking tot het oneigenlijk gebruik van grote databestanden en ten aanzien van de kwestie van de privacy-bescherming.

Van der Maas herkent de waarneming van Van Ginneken: het privacy-probleem vormt in zijn ogen één van de belangrijkste obstakels voor onderzoek op dit terrein, waardoor Nederland in internationaal verband ongeveer vijftien jaar achterloopt.

In andere landen is inmiddels een groot aantal onderzoeken gedaan waarin het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen is aangetoond.

De volgende stap is het achterhalen van risicofactoren voor de gezondheidstoestand; hiervoor is gericht onderzoek op individueel niveau noodzakelijk, omdat geaggregeerde gegevens niet voldoende inzicht kunnen verschaffen in de precieze mechanismen waardoor sociaal-economische gezondheidsverschillen tot stand komen. Van der Maas reageert hiermee op een opmerking van *Den Broeder*, die er op wees dat momenteel een registratiesysteem voor de Sociale Zekerheid in voorbereiding is, waardoor gegevens op geaggregeerd niveau voor onderzoek beschikbaar komen. Wel kan dit registratiesysteem, aldus Van der Maas, gebruikt worden als sluitstuk van bijvoorbeeld werknemers- en sterfteregistratie en een volkstelling, die gezamenlijk inzicht kunnen geven in specifieke beroepsrisico's. Voorwaarde hiervoor is dat verschillende registratiesystemen aan elkaar gekoppeld kunnen worden.

Aan het eind van de discussie wordt er van verschillende kanten op aangedrongen om het vervolg op deze conferentie méér te laten zijn dan verder onderzoek en het organiseren van een tweede conferentie over dit onderwerp.

De heer H. Muller, secretaris Sociale Zekerheid van de FNV, concludeert dat, hoewel er nog weinig bekend is over de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische status-groepen, er ook zonder verder onderzoek een aantal duidelijke verbanden zijn waar te nemen, bijvoorbeeld tussen het inkomensniveau en factoren die van invloed kunnen zijn op de incidentie van ziekten (woonsituatie, recreatiemogelijkheden). Kunnen we niet voorkomen dat de bestaande verschillen in gezondheid versterkt worden door de inkomensverschillen in ieder geval niet groter te laten worden, bijvoorbeeld door herstel van de koppeling tussen lonen en uitkeringen?

Dr. H.G. Van Bueren, Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid, zou graag zien dat ervoor gezorgd wordt dat de sociaal zwakke groepen in de samenleving er niet verder op achteruit gaan. Want juist deze groepen zullen, met het advies van de commissie-Dekker in het vooruitzicht, in het bijzonder gevaar lopen, omdat zij de financiële consequenties van een bepaalde aandoening niet meer kunnen dragen (reuma, ouderdomsziekten etc.).

Mevrouw M.A. Müller-van Ast, Tweede Kamerlid voor de PvdA, doet de suggestie om een eerste stap te zetten door de maatregelen zoals die onder andere in het Regeerakkoord worden voorgesteld, voordat deze uitgevoerd worden, na te lopen op de consequenties voor de bestaande verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische status-groepen.

AFSLUITING VAN DE CONFERENTIE

C.J.M. Schuyt

Het is altijd moeilijk aan het eind van een conferentie uit de diversiteit van de bijdragen een conclusie te trekken. Ik wil het toch proberen aan de hand van vier vragen.

De eerste vraag: is het een reëel probleem waar deze conferentie aan gewijd is? Is er sprake van verschillen in gezondheid, die met het begrip onbillijk, oneerlijk of onrechtvaardig zouden kunnen worden omschreven?

Mijn antwoord op deze eerste vraag is ja. De bijdragen van respectievelijk de heer Dahlgren, mevrouw Spruit en de heer Allegro wijzen uit dat er inderdaad een probleem is dat niet zomaar mag worden verwaarloosd en terzijde geschoven. Sterker nog, als je, zoals de heer Dahlgren, relaties gaat leggen tussen specifieke beroepsgroepen en specifieke mortaliteit, dan komen een aantal problemen nog scherper onder de aandacht. Ik dacht ook dat de laatste opmerking van de heer Van der Maas hierop sloeg. We zijn in Nederland achter met onderzoek op dit terrein en we kunnen nog niet dit soort concrete, gespecificeerde samenhangen aantonen.

De tweede vraag: wat is dan precies de aard van het probleem? Deze vraag is moeilijker te beantwoorden. Er is allereerst het algemene probleem van maatschappelijke ongelijkheid. Deze conferentie betrof de doorwerking van dit algemene probleem op de gezondheidstoestand van mensen, maar de causaliteitsketen, juist bij de relatie tussen het algemene fenomeen van duurzame maatschappelijke ongelijkheid en gezondheidsstoestandverschillen, is nog niet precies vast te stellen. Ik heb toch wel uit de conferentie gehaald dat men ongelooflijk voorzichtig is om uitdrukkelijk te zeggen: "het ligt daaraan". De methodologie is schoorvoetend aan de orde gesteld, vooral als men gaat specificeren. Bovendien komt daar nog een probleem bij in de befaamde 'black box' van de heer Mackenbach, waarin de levenswijzen, inclusief riskante gewoonten, van de Nederlandse samenleving aan de orde komen, waarbij wellicht ook een impliciet moreel oordeel een rol speelt, in de zin van: "misschien hebben die mensen het allemaal een beetje aan zich zelf te wijten". De levenswijze is moeilijk te vatten en precies vast te stellen. Uit het onderzoek van mevrouw Spruit blijkt dat elke factor – zij noemde riskant gedrag, zoals roken, maar ook sociaal-economische status – een eigen bijdrage levert aan de uiteindelijke mortaliteit. Het probleem met dit soort onderzoek is altijd dat we wel kunnen formuleren welke factoren een rol spelen, maar nooit precies kunnen schatten hoeveel deze factoren bijdragen aan het uiteindelijke resultaat. Ook weten we niet hoe die ene factor past in het geheel van alle andere factoren. Ik denk dat dit een lastig probleem is voor de wetenschap, "multiple causation".

Misschien moeten we ook een andere denkwijze hanteren, zoals deze in de biologie is ontwikkeld. De "formative causation", niet precies die ene factor eruit willen halen, maar het samenstel van factoren gemeenschappelijk naar voren brengen. Dit betekent dat multipele deprivaties via multi-pele causatie worden benaderd. En bij de multipele deprivatie komt altijd het gezondheidsprobleem erbij. Ik heb een paar jaar geleden zelf onderzoek gedaan onder wao'ers en daar viel het vooral op dat zij gekenmerkt werden door een multipele stress-situatie. Met de nadruk op multipele. De meeste mensen zijn wel in staat om één probleem in hun levenssituatie op te lossen, maar als veel problemen tegelijkertijd komen, dat wil zeggen verlies van arbeid, van inkomen en van de sociale relaties die met het werk verbonden zijn, waarbij vaak ook nog relatieproblemen komen in de primaire sfeer door veranderingen in het rolpatroon, en vaak moeilijk definieerbare gezondheidsklachten, en ook nog problemen met de kinderen, dan is die multipele stress-situatie hun vaak te veel. Het interessante is dat onze Nederlandse verzorgingsstaat wel voor elk probleem afzonderlijk instanties heeft ingericht, maar dat tegenover die multipele stress-situatie geen multipele benaderingswijze bestaat.

De conclusie uit de tweede vraag luidt dus: we moeten meer weten, en vooral, we moeten dat weten meer systematisch aanpakken. De suggestie van de heer Dahlgren sprak mij bijzonder aan om twee- of driejaarlijks

een rapport te maken en dat aan te bieden aan het parlement. Een soort macro-medische verkenningen, waarin juist dit soort macro-sociale indicatoren voor de gezondheidstoestand duidelijk onder de aandacht zouden worden gebracht. Misschien is dat een suggestie om aan het ministerie van WVC door te geven.

Dan kom ik aan mijn *derde vraag*: wat is er aan het probleem te doen? Hoe effectief zijn beleidsmaatregelen en beleidsinstrumenten? Uit Zweden hebben we geleerd dat het precieze, op bepaalde ziekten gerichte reductieprogramma, ertoe bijgedragen heeft een aantal duidelijke verschillen in gezondheidstoestand weg te nemen. Bij de heer Allegro hebben we gezien dat gerichte, goed gemotiveerde, goed georganiseerde interventie inderdaad resultaten kan afwerpen. Mevrouw Hermann heeft erop gewezen dat voorzieningen vooral concreet moeten zijn, bijvoorbeeld voor jeugdgezondheidszorg, in plaats van algemene voorlichting die vooral 'middle class buyers' aantrekt. En zowel de heer Dunning als mevrouw Borst hebben erop gewezen dat bij aparte groepen, met name de immigranten, een heel specifiek programma van maatregelen nodig is om succes te hebben. Ze hebben beiden indringend gewezen op de noodzaak de culturele en sociale kenmerken van deze groepen in acht te nemen bij de organisatie van de gezondheidszorg en bij het geven van geneeskundige behandelingen. (Interessant is dat twee van de drie groepen van de heer Dunning eigenlijk buiten de officiële statistieken vallen. Vooral de groep drugsverslaafden zit bijna per definitie buiten elke steekproef.) Tot slot, de heer Rutten heeft laten zien dat, ook op basis van onderzoek in Amerika, interventies wel degelijk bepaalde effecten kunnen hebben.

Mede op grond van onderzoek in andere sectoren, zoals de juridische hulpverlening, zou ik op twee algemene wetmatigheden willen wijzen die misschien ook opgaan voor het onderhavige probleem. Bij generieke maatregelen van de overheid zie je altijd een groep "middle class buyers" ontstaan. Niet de groep waar de maatregelen vooral op gericht waren, profiteert er het meest van, maar doorgaans profiteren de middengroepen iets meer dan de lagere groepen.

De tweede wetmatigheid is dat specifieke maatregelen vooral de "top-dogs van de underdogs" bereiken, de mensen die de boventoon voeren bij de onderliggende achterstandsgroepen. De spraakmakers van Turkse en Marokaanse gemeenschappen.

Je ziet binnen die gemeenschappen een duidelijke hiërarchie en ook de specifieke maatregelen treffen zo vaak niet die "hard to reach"-groepen waar het nu echt om gaat. Wil je deze "hard to reach"-groepen toch bereiken, dan zul je daarvoor vooral programma's moeten ontwikkelen gebaseerd op recrutering van personen uit dezelfde groepering, dus artsen en advocaten uit dezelfde etnische groeperingen. Het probleem daarbij is dat je die wel kunt opleiden, maar als ze eenmaal opgeleid zijn willen ze eigenlijk niet terugkeren naar de hulpverlening aan de groep waaruit ze voortkomen. Toegewijde hulpverleners die de culturele problemen van deze groepen zeer van nabij kennen, zouden hier hele grote diensten kunnen bewijzen.

Dan kom ik bij de laatste vraag. Hoe komt het dat deze issue telkens weer uit de aandacht verdwijnt en hoe is deze aandacht vast te houden? De heer Wijnberg heeft er gisteravond aandacht voor gevraagd. Daarbij is het doel niet om volledige gelijkheid te bewerkstelligen (dat kan bijna nooit), maar de *onbillijke* ongelijkheden, de multi-pele ongelijkheden, aan de hand van normen van beschaafd samenleven aan de orde stellen. Elders heb ik ervoor gepleit om verschillende maatstaven van gelijkheid te ontwikkelen en verschillende maatstaven van beoordeling en beloning van mensen in de verschillende sectoren van de samenleving. Wat het onderhavige onderwerp betreft, zou ongelijkheid in andere sectoren misschien beter te dragen zijn als arme mensen in ieder geval niet vaker ziek zouden zijn. Dit lijkt mij een behoorlijk argument voor het verbeteren van de gezondheidstoestand van de leden van de lagere sociaal-economische klasse, ongeacht of het leidt tot economisch herstel of verhoging van de

produktiviteit; het is een waarde op zich, om deze personen in deze levensomstandigheden, die nooit in drie jaar volledig kunnen worden veranderd, omdat maatschappelijke ongelijkheid duurzaam is, in ieder geval de fatsoenlijke medische zorg te geven die wij in onze samenleving voor iedereen billijk achten.

Wat kan er nog meer gedaan worden? Ik denk dat in elk geval de documentatie die zowel door de heer Van der Maas als door de heer Van Etten genoemd is, verbeterd moet worden. Dit is een belangrijke conclusie uit deze conferentie. Dat we op dit gebied in Nederland vijftien jaar achter zijn moet een belangrijk signaal zijn. Iedereen hier aanwezig zou in zijn of haar eigen handelen, of in zijn of haar eigen behandeling van patiënten, bewuster rekening kunnen gaan houden met die sociale verschillen of ook door de eigen behandeling de registratie van sociaal-economische verschillen kunnen bevorderen.

Eén ding is, naar mij is opgevallen, niet aan de orde gekomen dat toch eigenlijk wel te verwachten viel bij het onderwerp, namelijk dat we ons in het tijdperk bevinden van de tragische keuzes bij schaarser wordende middelen. De dilemma's van wie wél en niet voor zeer dure medische ingrepen in aanmerking komen zullen ook weer tot veel problemen van gelijkheid en ongelijkheid leiden. In deze conferentie lag het accent op de macro-medische ongelijkheid, maar ook op het terrein van de micro-medische verschillen speelt dit soort keuzes een grote rol. Misschien zouden wij bij volgende conferenties dit onderwerp tegelijkertijd kunnen meenemen. Twee issues helpt altijd beter dan één, vooral bij afwezigheid van een sterke politieke pressiegroep (zieken en mensen die met hun gezondheid tobben, zijn nooit de meest aangewezen figuren om en masse naar Den Haag toe te gaan). Gaarne sluit ik met deze gedachte de conferentie af.

INLEIDERS

Prof. dr. W. Albeda, econoom
Voorzitter Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Plein 1813, nr. 2
2514 JN DEN HAAG

Prof. dr. J.T. Allegro, organisatie-psycholoog
Coördinatiecommissie Ongevallen en Ziekteverzuim
De Boelelaan 30
1083 HJ AMSTERDAM

Dr. G. Dahlgren, Assistent Undersecretary of State,
Ministry of Health and Social Affairs,
103 33 STOCKHOLM
SWEDEN

Prof. dr. A.J. Dunning, cardioloog
Academisch Medisch Centrum
Meibergdreef 15
1105 AZ AMSTERDAM

Dr. G.M. van Etten, socioloog
Hoofd Stafbureau Beleidsontwikkeling
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Postbus 5406
2280 HK RIJSWIJK

Mw. drs. L. Gunning-Schepers, master of science in International Health
Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam
Postbus 1738
3000 DR ROTTERDAM

J. van Londen, zenuwarts
Directeur-Generaal van de Volksgezondheid
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Postbus 5406
2280 HK RIJSWIJK

Prof. dr. P.J. van der Maas, sociaal geneeskundige
Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit
Postbus 1738
3000 DR ROTTERDAM

Drs. J.P. Mackenbach, arts
Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit
Postbus 1738
3000 DR ROTTERDAM

Prof. dr. F.H. Rutten, econometrist
Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Prof. dr. mr. C.J.M. Schuyt, socioloog en jurist
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Plein 1813, nr. 4
2514 JN DEN HAAG

Mw. dr. I.P. Spruit, medisch socioloog
Rijksuniversiteit Leiden en Vereniging
voor Volksgezondheid en Wetenschap
Postbus 965
2300 RC LEIDEN

In de reeks 'Vorstudies en achtergronden' van de WRR zijn tot nu toe verschenen:

In de eerste raadsperiode:

- V 1. W.A.W. van Walstijn e.a.: Kansen op onderwijs; een literatuurstudie over ongelijkheid in het Nederlandse onderwijs (1975)*
- V 2. I.J. Schoonenboom en H.M. In 't Veld-Langeveld: De emancipatie van de vrouw (1976)*
- V 3. G.R. Mustert: Van dubbeltjes en kwartjes: een literatuurstudie over ongelijkheid in de Nederlandse inkomensverdeling (1976)*
- V 4. IVA/Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Hogeschool Tilburg: De verdeling en de waardering van arbeid; een studie over ongelijkheid in het arbeidsbestel (1976)*
- V 5. 'Adviseren aan de overheid', met bijdragen van economische, juridische en politicologische bestuurskundigen (1977)*
- V 6. Verslag Eerste Raadsperiode: 1972-1977*

In de tweede raadsperiode:

- V 7. J.J.C. Voorhoeve: Internationale macht en interne autonomie - Een verkenning van de Nederlandse situatie (1978)*
- V 8. W.M. de Jong: Techniek en wetenschap als basis voor industriële innovatie - Verslag van een reeks van interviews (1978)*
- V 9. R. Gerritse/Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: De publieke sector: ontwikkeling en waardevorming - Een vooronderzoek (1979)*
- V10. Vakgroep Planning en Beleid/Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Utrecht: Konsumptieverandering in maatschappelijk perspectief (1979)*
- V11. R. Penninx: Naar een algemeen etnisch minderhedenbeleid? Opgenomen in rapport nr. 17 (1979)
- V12. De quartaire sector - Maatschappelijke behoeften en werkgelegenheid - Verslag van een werkconferentie (1979)
- V13. W. Driehuis en P.J. van den Noord: Productie, werkgelegenheid en sectorstructuur in Nederland 1960-1985
Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V14. S.K. Kuipers, J. Muysken, D.J. van den Berg en A.H. van Zon:
Sectorstructuur en economische groei: een eenvoudig groeimodel met zes sectoren van de Nederlandse economie in de periode na de tweede wereldoorlog. Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V15. F. Muller, P.J.J. Lesuis en N.M. Boxhoorn: Een multisectormodel voor de Nederlandse economie in 23 bedrijfstakken
F. Muller: Veranderingen in de sectorstructuur van de Nederlandse industrie (1980)
- V16. A.B.T.M. van Schaik: Arbeidsplaatsen, bezettingsgraad en werkgelegenheid in dertien bedrijfstakken
Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*

* Uitverkocht

- V17. A.J. Basoski, A. Budd, A. Kalff, L.B.M. Mennes, F. Racké en J.C. Ramaer: Exportbeleid en sectorstructuurbeleid
Pre-adviezen bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V18. J.J. van Duijn, M.J. Ellman, C.A. de Feyter, C. Inja, H.W. de Jong, M.L. Mogendorff en P. VerLoren van Themaat: Sectorstructuurbeleid: mogelijkheden en beperkingen
Pre-adviezen bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V19. C.P.A. Bartels: Regio's aan het werk: ontwikkelingen in de ruimtelijke spreiding van economische activiteiten in Nederland
Studie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V20. M.Th. Brouwer, W. Driehuis, K.A. Koekoek, J. Kol, L.B.M. Mennes, P.J. van den Noord, D. Sinke, K. Vijlbrief en J.C. van Ours: Raming van de finale bestedingen en enkele andere grootheden in Nederland in 1985
Technische nota's bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V21. J.A.H. Bron: Arbeidsaanbod-projecties 1980-2000 (1980)*
- V22. P. Thoenes, R.J. In 't Veld, I.Th.M. Snellen, A. Faludi: Benaderingen van planning Vier pre-adviezen over beleidsvorming in het openbaar bestuur (1980)*
- V23. Beleid en toekomst
Verslag van een symposium over het rapport Beleidsgerichte toekomstverkenning deel 1 (1981)
- V24. L.J. van den Bosch, G. van Enckevort, Ria Jaarsma, D.B.P. Kallen, P.N. Karstanje, K.B. Koster: Educatie en welzijn (1981)*
- V25. J.C. van Ours, D. Hamersma, G. Hupkes, P.H. Admiraal: Consumptiebeleid voor de werkgelegenheid
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V26. J.C. van Ours, C. Molenaar, J.A.M. Heijke: De wisselwerking tussen schaarsteverhoudingen en beloningsstructuur
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V27. A.A. van Duijn, W.H.C. Kerkhoff, L.U. de Sitter, Ch.J. de Wolff, F. Sturmans: Kwaliteit van de arbeid
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V28. J.G. Lambooy, P.C.M. Huigsloot en R.E. van de Lustgraaf: Greep op de stad? Een institutionele visie op stedelijke ontwikkeling en de beïnvloedbaarheid daarvan (1982)*
- V29. J.C. Hess, F. Wielenga: Duitsland in de Nederlandse pers - altijd een probleem? Drie dagbladen over de Bondsrepubliek 1969-1980 (1982)
- V30. C.W.A.M. van Paridon, E.K. Greup, A. Ketting: De handelsbetrekkingen tussen Nederland en de Bondsrepubliek Duitsland (1982)
- V31. W.A. Smit, G.W.M. Tiemessen, R. Geerts: Ahaus, Lingen en Kalkar; Duitse nucleaire installaties en de gevolgen voor Nederland (1983)
- V32. J.H. von Eije: Geldstromen en inkomensverdeling in de verzorgingsstaat (1982)
- V33. Verslag van de tweede Raadsperiode 1978-1982

* Uitverkocht

- V34. P. den Hoed, W.G.M. Salet en H. van der Sluijs: *Planning als onderneming* (1983)
- V35. H.F. Munneke e.a.: *Organen en rechtspersonen rondom de centrale overheid* (1983); 2 delen
- V36. M.C. Brands, H.J.G. Beunders, H.H. Selier: *Denkend aan Duitsland; Een essay over moderne Duitse geschiedenis en enige hoofdstukken over de Nederlands-Duitse betrekkingen in de jaren zeventig* (1983)
- V37. L.G. Gerrichhauzen: *Woningcorporaties; Een beleidsanalyse* (1983)
- V38. J. Kassies: *Notities over een heroriëntatie van het kunstbeleid* (1983)
- V39. Leo Jansen: *Sociocratische tendenties in West-Europa* (1983)

In de derde raadsperiode:

- V40. G.J. van Driel, C. van Ravenzwaal, J. Spronk en F.R. Veeneklaas: *Grenzen en mogelijkheden van het economisch stelsel in Nederland* (1983)
- V41. *Adviesorganen in de politieke besluitvorming. Symposiumverslag onder redactie van A.Th. van Delden en J. Kooiman* (1983)
- V42. E.W. van Luijk, R.J. de Bruijn: *Vrijwilligerswerk tussen betaald en huishoudelijk werk; een verkennende studie op basis van een enquête* (1984)
- V43. *Planning en beleid; verslag van een symposium over de studie Planning als onderneming* (1984)
- V44. W.J. van der Weijden, H. van der Wal, H.J. de Graaf, N.A. van Brussel, W.J. ter Keurs: *Bouwstenen voor een geïntegreerde landbouw* (1984)*
- V45. J.F. Vos, P. de Koning, S. Blom: *Onderwijs op de tweesprong; over de inrichting van basisvorming in de eerste fase van het voortgezet onderwijs* (1985)
- V46. G. Meester, D. Strijker, *Het Europese landbouwbeleid voorbij de scheidslijn van zelfvoorziening* (1985)
- V47. J. Pelkmans: *De interne EG-markt voor industriële produkten* (1985)
- V48. J.J. Feenstra, K.J.M. Mortelmans: *Gedifferentieerde integratie en Gemeenschapsrecht: institutioneel- en materieelrechtelijke aspecten* (1985)
- V49. T.H.A. van der Voort, M. Beishuizen: *Massamedia en basisvorming* (1986)
- V50. C.A. Adriaansens, H. Priemus: *Marges van volkshuisvestingsbeleid* (1986)
- V51. E.F.L. Smeets, Th.J.N.N. Buis: *Leraren over de eerste fase van het voortgezet onderwijs* (1986)
- V52. J. Moonen: *Toepassing van computersystemen in het onderwijs* (1986)
- V53. A.L. Heinink (red.), H. Riddersma, J. Braaksma: *Basisvorming in het buitenland* (1986)
- V54. *Zelfstandige bestuursorganen; verslag van de studiedag op 12 november 1985* (1986)
- V55. *Europese integratie in beweging; verslag van een conferentie, gehouden op 16 mei 1986* (1986)
- V56. C. de Klein, J. Collaris, *Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief* (1987)
- V57. R.M.A. Jansweijer: *Private leefvormen, publieke gevolgen; naar een overheidsbeleid met betrekking tot individualisering* (1987)

* Uitverkocht

De serie 'Voorstudies en achtergronden mediabeleid' bestaat uit de volgende delen:

- M 1. J.M. de Meij: Overheid en uitingsvrijheid (1982)
- M 2. E.H. Hollander: Kleinschalige massacommunicatie: lokale omroepvormen in West-Europa (1982)
- M 3. L.J. Heinsman/NOS: De kulturele betekenis van de instroom van buitenlandse televisieprogramma's in Nederland - Een literatuurstudie (1982)
- M 4. L.P.H. Schoonderwoerd, W.P. Knulst/Sociaal en Cultureel Planbureau: Mediagebruik bij verruiming van het aanbod (1982)
- M 5. N. Boerma, J.J. van Cuilenburg, E. Diemer, J.J. Oostenbrink, J. van Putten: De omroep: wet en beleid; een juridisch-politicologische evaluatie van de omroepwet (1982)*
- M 6. Intomart b.v.: Etherpiraten in Nederland (1982)*
- M 7. P.J. Kalff/Instituut voor Grafische Techniek TNO: Nieuwe technieken voor productie en distributie van dagbladen en tijdschriften (1982)
- M 8. J.J. van Cuilenburg, D. McQuail: Media en pluriformiteit; Een beoordeling van de stand van zaken (1982)*
- M 9. K.J. Alsem, M.A. Boorsma, G.J. van Helden, J.C. Hoekstra, P.S.H. Leeflang, H.H.M. Visser: De aanbodstructuur van de periodiek verschijnende pers in Nederland (1982)
- M10. W.P. Knulst/Sociaal en Cultureel Planbureau: Mediabeleid en cultuurbeleid; Een studie over de samenhang tussen de twee beleidsvelden (1982)*
- M11. A.P. Bolle: Het gebruik van glasvezelkabel in lokale telecommunicatienetten (1982)
- M12. P. te Nuyl: Structuur en ontwikkeling van vraag en aanbod op de markt voor televisieproducties (1982)*
- M13. P.J.M. Wilms/Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: Horen, zien en betalen; Een inventariserende studie naar de toekomstige kosten en bekostiging van de omroep (1982)
- M14. W.M. de Jong: Informatietechniek in beweging; consequenties en mogelijkheden voor Nederland (1982)*
- M15. J.C. van Ours: Mediaconsumptie; Een analyse van het verleden, een verkenning van de toekomst (1982)
- M16. J.G. Stappers, A.D. Reijnders, W.A.J. Möller: De werking van massa-media; Een overzicht van inzichten (1983)*
- M17. F.J. Schrijver: De invoering van kabeltelevisie in Nederland (1983)

* Uitverkocht

De Raad heeft tot nu toe de volgende Rapporten aan de Regering uitgebracht:

In de eerste Raadsperiode:

1. Europese Unie
2. Structuur van de Nederlandse economie
3. Energiebeleid
Gebundeld in één publikatie (1974)*
4. Milieubeleid (1974)*
5. Bevolkingsgroei (1974)*
6. De organisatie van het openbaar bestuur (1975)*
7. Buitenlandse invloeden op Nederland: Internationale migratie (1976)*
8. Buitenlandse invloeden op Nederland:
Beschikbaarheid van wetenschappelijke en technische kennis (1976)*
9. Commentaar op de Discussienota Sectorraden (1976)*
10. Commentaar op de nota Contouren van een toekomstig onderwijsbestel (1976)*
11. Overzicht externe adviesorganen van de centrale overheid (1976)*
12. Externe adviesorganen van de centrale overheid (1977)
13. Maken wij er werk van?
Verkenningen omtrent de verhouding tussen actieven en niet-actieven (1977)*
14. Interne adviesorganen van de centrale overheid (1977)*
15. De komende vijftienvig jaar - Een toekomstverkenning voor Nederland (1977)
16. Over sociale ongelijkheid - Een beleidsgerichte probleemverkenning (1977)*

In de tweede raadsperiode:

17. Etnische minderheden (1979)*
 - A. Rapport aan de Regering
 - B. Naar een algemeen etnisch minderhedenbeleid?
18. Plaats een toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
19. Beleidsgerichte toekomstverkenning
Deel 1: Een poging tot uitlokking (1980)*
20. Democratie en geweld
Problemanalyse naar aanleiding van de gebeurtenissen in Amsterdam op 30 april 1980
21. Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1981)*
22. Herwaardering van welzijnsbeleid (1982)
23. Onder invloed van Duitsland
Een onderzoek naar gevoeligheid en kwetsbaarheid in de betrekkingen tussen Nederland en de Bondsrepubliek (1982)
24. Samenhangend mediabeleid (1982)

In de derde raadsperiode:

25. Beleidsgerichte toekomstverkenning
Deel 2: Een verruiming van perspectief (1983)
26. Waarborgen voor zekerheid
Een nieuw stelsel van sociale zekerheid in hoofdlijnen (1985)
27. Basisvorming in het onderwijs (1986)
28. De onvoltooide Europese integratie (1986)

* Uitverkocht

Alle publikaties van de Raad zijn verkrijgbaar via de Staatsuitgeverij,
Christoffel Plantijnstraat 1, Postbus 20014, 2500 EA 's-Gravenhage, tel. 070-789911
of in de boekhandel.

