

Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen?

Een essay over de oorzaken en
de oplossingen

Semiha Denktaş,

hoogleraar gezondheidspsychologie,
Erasmus Universiteit Rotterdam

Alex Burdorf,

hoogleraar determinanten van volksgezondheid,
Erasmus MC

Rotterdam, september 2016

Dit essay is geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving ter inspiratie van de door de Raad te organiseren conferentie "De zorg van morgen: ieders zorg. Over dilemma's en oplossingen", 10 oktober 2016

Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen?

Een essay over de oorzaken en de oplossingen

**Semiha Denктаş, hoogleraar gezondheidspsychologie,
Erasmus Universiteit Rotterdam**

**Alex Burdorf, hoogleraar determinanten van
volksgezondheid, Erasmus MC**

**Erasmus
University
Rotterdam**



Erasmus MC
University Medical Center Rotterdam



1. Denkbeelden over ziekte en gezondheid

Het is tien jaar geleden dat het nieuwe zorgstelsel werd ingevoerd. Dit najaar organiseert de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving een conferentie om stil te staan bij wat is bereikt, en vooral om vooruit te kijken. Het is een gegeven dat door de eeuwen heen het denken over ziekte en gezondheid en de rol van de gezondheidszorg is veranderd. Dit is niet gek want de wereld waarin we leven is voortdurend aan verandering onderhevig. Wezenlijke veranderingen worden ook wel **paradigmaverschuivingen** genoemd. Een paradigma biedt ons een set met theorieën en uitgangspunten waarmee we een bepaald vraagstuk kunnen benaderen, overigens zonder de zekerheid dat we daarmee het vraagstuk ook kunnen oplossen. Er kleeft wel een nadeel aan een paradigma: als we ons eenmaal het denkmodel hebben eigen gemaakt, kost het daarna veel moeite het los te laten, ook al leidt zij niet tot verbeteringen.

Enkele paradigmaverschuivingen in de volksgezondheid, belangrijk voor het begrijpen van oorzaken van ziektepatronen in de samenleving, bespreken we allereerst kort.

Van het individu naar het collectief

In de 19^e eeuw met de uitbarsting van de cholera in 1832 ontstond het idee dat de cholera een goede voedingsbodem vond in het vuil van de stad. Ofschoon arme gebieden harder getroffen werden dan de welgestelde gebieden, maakte deze ziekte geen onderscheid naar jong of oud, rijk of arm. Iedereen liep het gevaar besmet te kunnen worden, wat leidde tot het inzicht dat ziekte niet langer een individueel, maar een collectief probleem was. Er ontstond een beweging onder medici die streefde naar een goed gezondheidsbeleid waarin de openbare en persoonlijke hygiëne centraal stond. Deze zogenoemde hygiënisten wezen op een samenhang tussen gezondheid en de leefomstandigheden van mensen. In welk deel van de stad je woonde en onder wat voor omstandigheden je daar woonde, bepaalde mede je kansen op ziekte en sterfte. Met behulp van de statistiek als nieuwe methode werden dergelijke samenhangen steeds beter in beeld gebracht. De geneeskundige hervorming richtte zich daarom op de verbetering van de openbare hygiëne, de volksgezondheid en het milieu met daarbij geneeskundige hulp van gelijke kwaliteit voor iedereen. Bovendien vereiste dit denkmodel samenwerking tussen bestuurders, artsen en ingenieurs. Men begreep dat collectieve gezondheidsproblemen vroegen om collectieve oplossingen¹. Het intersectorale model was geboren waarin verbeteringen in drinkwatervoorziening en riolering hand in hand gingen met medische hulp aan mensen met besmettelijke ziekten. In 2007 kozen de lezers van het British Medical Journal de introductie van drinkwaterleidingen en riolering als een van de belangrijkste medische doorbraken ooit².

Van het collectief terug naar het individu

Allerlei ontwikkelingen zetten zich voort. Louis Pasteur en Robert Koch waren de grote ontdekkers van de bacteriologie waarmee de oorzaak van vele besmettelijke en andere infectieziekten werden verklaard wat leidde tot betere behandelingen. De hygiëne en de immunologie boekten grote winsten. In 1936 werden de sulfonamiden en in 1942 de antibiotica ontdekt waarmee onder meer tuberculose doeltreffend kon worden bestreden. Ongelooflijk snelle ontwikkelingen in het genetisch onderzoek en de orgaantransplantatie deden zich voor. Nieuwe geneesmiddelen kwamen ter beschikking en vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw kwamen door het gebruik van talrijke vaccins diverse infectieziekten amper meer voor. Er werden reuzensprongen gemaakt in de gezondheidszorg en de medische technologie die in een hoog tempo voor een groot aantal ziektes nieuwe succesvolle behandelwijzen kon bieden. Het ziektepatroon verschoof van infectieziekten op alle leeftijden naar chronische ziekten op met name oudere leeftijd, vooral veroorzaakt door gedragsdeterminanten. In deze epidemiologische transitie raakte het inzicht

dat ziekte en gezondheid een relatie kan hebben met maatschappelijke en omgevingsfactoren op de achtergrond: niet de volksgezondheid, maar het individuele gezondheidsgedrag en de behandeling van het individu kwamen op de voorgrond². De relatie tussen het medische en het sociale werd doorbroken en de verantwoordelijkheid voor ziekte werd volledig neergelegd bij het gezondheidszorgsysteem. Samenwerking tussen medici en andere beroepsgroepen was nauwelijks meer aan de orde.

Terug naar het collectief met grote verantwoordelijkheid van het individu

In 1974 verscheen het baanbrekende Lalonde-rapport in Canada dat aandacht vroeg voor de grote wisselwerking tussen de invloed van de fysieke en sociale omgeving, leefstijl en gezondheidszorg op de volksgezondheid³. Kort daarna verscheen het beroemde "Black report" van de Britse werkgroep over ongelijkheden in gezondheid⁴. Het rapport toonde in detail de omvang van die ongelijkheid in gezondheid en sterfte in de Britse bevolking aan. De harde werkelijkheid was dat ongelijkheden groter waren geworden in plaats van afgenomen. De verklaring van deze ongelijkheden moesten gezocht worden in andere sociale ongelijkheden die de gezondheid beïnvloeden: inkomen, onderwijs, huisvesting, voeding, werkgelegenheid en arbeidsvoorwaarden. In 1985 verscheen het inmiddels klassieke wetenschappelijk artikel van Geoffrey Rose, waarin hij de oorzaken van ziekten en consequenties voor preventie en zorg kernachtig samenvatte onder de titel: "sick individuals and sick populations"⁵.

Het denkmodel met uitsluitend een medische benadering bleek geen antwoord te hebben op de grote ongelijkheden in gezondheid. Het oude volksgezondheidsmodel werd afgestoft en de Wereldgezondheidsorganisatie initieerde internationaal een aantal accentverschuivingen: er moest meer nadruk op preventie en gezondheidsbevordering komen naast alleen curatie, er moet meer aandacht zijn voor basisgezondheidszorg en minder op medisch hooggespecialiseerde zorg, ook moest er meer ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van het individu voor de eigen gezondheid komen en tenslotte nadrukkelijk aandacht voor sociale en fysieke factoren die invloed hebben op de gezondheid⁶⁻⁹. Opnieuw werd getracht een intersectorale samenwerking vorm en inhoud te geven.

2. Waar staan we nu?

Steeds ouder en gezonder

Het gaat uitstekend met ons. De levensverwachting is de afgelopen decennia sterk toegenomen. Op dit moment is de levensverwachting in Nederland van pasgeboren meisjes ongeveer 83,3 jaar en van pasgeboren jongens bijna 80 jaar. Mannen boekten vanaf 1980 een winst van 7,4 jaar, vrouwen werden gemiddeld 4,1 jaar ouder. Ook de levensverwachting op 65-jarige leeftijd is gestegen, zij het met ruwweg de helft. Er overlijden relatief weinig mensen voor hun 65ste verjaardag en de gestegen levensverwachting is vooral een gevolg van betere gezondheid op oudere leeftijd. Deze ontwikkeling in levensverwachting is een sterk bewijs dat de volksgezondheid steeds verder toeneemt. In internationaal perspectief blijft Nederland overigens iets achter. Dertig jaar geleden behoorden Nederlandse vrouwen steevast tot de mondiale kopgroep, maar inmiddels zijn we op de Europese ranglijst gezakt tot de 15^{de} plaats. De Nederlandse mannen doen het overigens iets beter in internationaal perspectief met een 7^{de} plaats op de Europese meetlat van levensverwachting¹⁰.

Grote gezondheidsverschillen nog niet opgelost

Het goede nieuws is tegelijkertijd ook het slechte nieuws. Niet iedereen profiteert in dezelfde mate van de gestegen levensverwachting. Anno 2016 zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen nog steeds een maatschappelijk gegeven; gezondheidsproblemen komen vaker voor bij mensen uit de lagere sociaaleconomische klassen dan bij diegenen met een betere maatschappelijke positie. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland zijn groot en hardnekkig. In Nederland leven mensen met een hoge opleiding gemiddeld 6 à 7 jaar langer dan mensen met een lage opleiding. Deze verschillen zijn al zichtbaar van de start van het leven: er zijn grote verschillen in perinatale sterfte naar opleidingsniveau. Het verschil naar opleiding in levensjaren waarin mensen de gezondheid als goed ervaren bedraagt zelfs 16 à 19 jaar. Alledaagse ziekten komen aanmerkelijk vaker voor bij mensen in de lagere opleiding- en inkomensgroepen¹¹.

Bronnen voor gezondheid

De grote gezondheidsverschillen zijn structureel en hardnekkig verankerd. De bekende Franse socioloog Bourdieu kan ons helpen deze ongelijkheden te duiden^{12,13}. Hij stelt dat de wisselwerking tussen maatschappij en individu op diverse terreinen plaatsvindt, en dat mensen economisch, sociaal en cultureel kapitaal (de bronnen) nodig hebben om die wisselwerking te beïnvloeden. De kern van zijn theorie is de reproductie van ongelijkheid. We lichten dit toe. Het **economisch kapitaal** bestaat uit de financiële bronnen die mensen hebben om macht en invloed te bereiken binnen een samenleving. Deze bronnen kunnen mensen vergaren door succesvol een goede opleiding af te ronden en te werken. Het nest waarin iemand geboren, speelt ook mee bij het vergaren van financiële bronnen. Als je voor een dubbeltje wordt geboren, word je maar moeilijk een kwartje. Voor kinderen die geboren worden in een arm gezin, is het veel lastiger om later zelf economisch kapitaal te verwerven. Hoe werkt dit door? Ouders geven hun kapitaal (welke vorm dan ook) door aan hun kinderen. Dat maakt ongelijkheid structureel en reproducerend. Een groter economische kapitaal vertaalt zich namelijk in betere huisvesting in een groene, schonere buurt. Voor kinderen betekent dit het verschil in wel of geen eigen kamer hebben om rustig huiswerk te kunnen maken en wel of geen speeltuin in de buurt te hebben om veilig buiten te spelen. Dit kan effecten hebben op de leerprestaties, sociale contacten en fysieke activiteit en daarmee ook op de gezondheid. Het **sociale kapitaal** betreft de relaties en netwerken die mensen hebben die hun in staat stellen een variatie aan sociale hulpbronnen te mobiliseren en macht en invloed uit te oefenen in de samenleving. Mensen hebben dus een netwerk en bepaalde contacten nodig om te stijgen op de sociale ladder. Als het netwerk slechts beperkt is tot contacten binnen de eigen (etnische minderheid, lage sociale) groep dan blijft het sociale kapitaal klein. Contacten hoger

op de maatschappelijke ladder zijn doorgaans waardevoller voor sociale stijging dan andere. De overheid probeert daarop in te grijpen door bijvoorbeeld sociale woningbouw te initiëren in rijkere buurten of andersom koopwoningen te zetten in achterstandswijken. **Cultureel kapitaal** komt hier waarschijnlijk het beste in de buurt van de Franse term 'culturel' met een breed begrip van onderwijs (de Duitse term hier is "Bildung"¹⁴), die alle vormen van leren omhelst dus niet alleen het verwerven van kennis, maar ook leren hoe je correct te gedragen, wat mooi en goed is. Percepties, vaardigheden en kennis kunnen worden opgevat als culturele bronnen die worden verworven door middel van een sociale klasse-specifieke psychosociaal leerproces wat een levenslang proces is. Kennis van dit culturele kapitaal maakt het mogelijk toegang te krijgen tot de hogere sociale posities binnen een samenleving. Socialisatie is hier belangrijk. Kinderen die gesocialiseerd zijn in een gezin waarbij de ouders tot de sociaal hogere klasse behoren, zullen het beter doen op school. Zij nemen immers het culturele kapitaal, de kennis en waarden van hun ouders over. In het onderwijs gaat deze statusreproductie verder. Een recente studie¹⁵ maakt heel duidelijk hoe dit mechanisme werkt. In het onderwijs wordt door leerkrachten van kinderen verwacht dat ze zich gedragen in lijn met de culturele elite. Deze set van gedragingen die bovendien veel beter aansluiten bij de standaard curricula in het onderwijs, wordt door docenten op alle onderwijsniveaus meer gewaardeerd dan de gedragsrepertoires van kinderen uit andere milieus. De consequentie is dat kinderen die opgroeien in milieus met veel cultureel kapitaal aanzienlijk verder komen in het onderwijs dan kinderen die opgroeien in milieus met weinig cultureel kapitaal.

Talrijke studies hebben het verband tussen materiële en immateriële bronnen met het risico op ziekte en sterfte aangetoond¹⁶⁻²⁰. Deze studies richten zich vooral op de economische (bijv. inkomen) en de sociale (bijv. lidmaatschap van een vereniging) factoren die de sociaaleconomische positie van een individu bepalen en de gevolgen hiervan voor de gezondheid. Er is ook groeiend bewijs voor het verband tussen cultureel kapitaal, gezondheidsgedrag en gezondheid²¹. Steeds vaker wordt gewezen op de mogelijke interactie tussen het economisch, sociaal en cultureel kapitaal en gezondheid^{15,22}. Economisch kapitaal voorziet in mogelijkheden die relevant zijn voor gezondheid, zoals het afsluiten van een uitgebreide zorgverzekering, het wonen in een veilige, schone buurt of het kopen van voedzame voeding. Het cultureel kapitaal is echter ook van grote invloed op de mogelijkheden die het economisch kapitaal biedt. De waarde die men hecht aan gezondheid, de kennis die men heeft over gezondheidseffecten van bepaalde voedingsmiddelen, alcohol en tabak, en normen die gezondheidsgedrag beïnvloeden, zijn allemaal culturele bronnen die voorkeuren, keuzes en gedrag structureren. Het cultureel kapitaal beïnvloedt het sociaal kapitaal eveneens. Behalve de financiële middelen om toegang te krijgen tot bijvoorbeeld een sportclub, wordt ook een bepaalde waardeoriëntatie en bepaald gedrag verwacht van leden om toegang te krijgen tot rijkere netwerken. Eenmaal lid van dat netwerk, kunnen culturele bronnen ook faciliteren dat een individu gebruik maakt van gezondheidsvoordelen, denk bijvoorbeeld aan toegang tot kennis over het gezondheidbevorderend gedrag of het zorgsysteem. Kortom, klasse gerelateerde culturele hulpbronnen interacteren met het economisch en het sociaal kapitaal in de sociale structurering van de gezondheidskansen en keuzes van mensen. Op basis van het voorgaande kunnen we concluderen dat keuzes in gezondheidsgedrag nauwelijks "vrije" keuzes zijn. Ze worden beperkt door restricties die worden bepaald door de mate van kapitaal die een individu tot zijn beschikking heeft.

Sociale ongelijkheid en ongelijkheid in gezondheid

Laten we in meer detail kijken naar deze gezondheidsongelijkheden. In het recente Periodiek Onderzoek Leefsituatie (Pols) blijkt dat lager opgeleiden ruim 2,5 keer zo vaak ernstig overgewicht hebben dan hoger opgeleiden. Ook voor roken, gebrek aan lichaamsbeweging en overmatige alcoholconsumptie worden opmerkelijke verschillen geconstateerd²³. Doordat hoogopgeleiden vaker stoppen met roken, worden de gezondheidsverschillen zelfs weer groter. Overgewicht laat een vergelijkbare trend zien. Ernstig overgewicht is de afgelopen jaren nog wel toegenomen onder laagopgeleiden, maar afgenomen onder hoogopgeleiden waardoor de kloof weer groter is geworden. Nu is het niet altijd zo dat ongezonde gedragingen altijd vaker voorkomen onder de sociaaleconomisch zwakkere groepen. Sommige gedragingen blijken juist cultureel acceptabel in hogere kringen. De recente gegevens over leefstijl in Nederland laten zien dat met name onder 65 jarigen en ouder problematisch alcohol het meest voorkomt onder hoger opgeleiden, vooral vrouwen²⁴.

Dit ongezonde gedrag heeft zijn consequenties. Roken is de belangrijkste oorzaak van verlies aan (gezonde) levensverwachting, gevolgd door obesitas en verder op enige afstand gebrek aan lichaamsbeweging, alcohol en een ongezond voedingspatroon. Roken kost gemiddeld zo'n 4 jaar van je leven, obesitas ruim 3 jaar, overgewicht 1,2 jaar, gebrek aan lichaamsbeweging 0,9 jaar en overmatig alcoholgebruik 0,6 jaar²⁵. Over de invloed van leefstijl wordt weleens spottend gezegd: we gaan dood aan onze eigen welvaart.

Er is er toenemend inzicht in de wisselwerking tussen ongezond gedrag, sociale en culturele factoren en de leefomgeving in hun invloed op gezondheid. We geven hier ter illustratie twee voorbeelden waarin de verschillende vormen van kapitaal duidelijk interacteren en hun weerslag op gezondheid laten hebben. Het eerste voorbeeld laat zien hoe armoede en een suboptimale gezondheid onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden²⁶⁻²⁸. Armoede kan op vele manieren een negatieve invloed hebben op de gezondheid: materiële deprivatie (slechtere kwaliteit van voedsel, slechtere huisvesting), sociale deprivatie (geen geld voor lidmaatschap van een sportclub of sociale activiteiten), gebrek aan informatie over gezondheid bevorderend gedrag (verminderde toegang tot goed onderwijs en kennisbronnen) en verminderde zelfredzaamheid. Het cumulatieve effect van deze factoren verlaagt kansen en begrenst keuzemogelijkheden en als gevolg bedreigt de gezondheid. Het is duidelijk dat in deze kwetsbare groep problemen zich opstapelen, waardoor er slechts weinig ruimte voor hen is om gezondheidsgedrag overwegen. De belangrijkste zorg wordt de dagelijkse strijd om rond te komen.

Een volgend voorbeeld is migratie. In de afgelopen 70 jaar hebben de meeste Europese landen een transitie doorgemaakt van een emigratie naar een immigratie samenleving. De meeste Europese steden bestaan vandaag de dag uit grote groepen immigranten met een niet-westerse achtergrond. Zo is Rotterdam met zijn sterke achtergrond in de industrie en transport gerelateerde economie de eerste stad in Nederland waar immigranten en hun nakomelingen het grootste deel van de bevolking vormen. In deze steden zijn bewoners met een migrantenachtergrond sterk oververtegenwoordigd in de achterstandswijken. Zij hebben doorgaans een lagere sociaaleconomische status – de kenmerken die we zonet bij armoede hebben opgesomd zijn hier ook van toepassing. Hier komt bovenop dat met name eerste generatie migranten de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, waardoor contacten met de Nederlandse samenleving moeilijk verloopt. Het sociale kapitaal is vaak beperkt tot de eigen etnische groep. Daarnaast hebben zij een minder goede gezondheid vergeleken met westerse migranten en autochtone Nederlanders²⁹. Diabetes komt vaker voor bij Turken, Marokkanen en Surinamers²⁹, overgewicht onder Antillianen, Marokkanen en Turken, en hypertensie vaker bij Surinamers³⁰. Verder zien we etnische verschillen bij zwangerschapsuitkomsten, waarbij de niet-westerse vrouwen een ongunstige positie innemen ten opzichte van de autochtoon Nederlandse vrouwen³¹. Etnische verschillen in toegang tot en inadequaat gebruik van de gezondheidszorg onder niet-westerse immigranten hebben invloed op zorg en herstel³²⁻³³. In deze ongelijkheden in gezondheid en ziekte spelen sociaal en cultureel kapitaal een belangrijke rol. Heeft deze groep voldoende contacten in de samenleving om kennis over de Nederlandse gezondheidszorg te vergaren? Het antwoord is: niet altijd in voldoende mate. Om contacten te leggen buiten het eigen netwerk is Nederlandse taalvaardigheid absoluut noodzakelijk. Bij zeker de oudere eerste generatie migranten is dit een probleem en bij recent gearriveerde vluchtelingen die geen Engels spreken zal het contact maken met een breder sociaal netwerk ook een probleem zijn. Voor kennis over het Nederlands zorgsysteem is deze groep dus aangewezen op het eigen netwerk.

Deze ongunstige gezondheidspositie van mensen met een lage sociaaleconomische achtergrond en van immigranten en hun nakomelingen heeft grotere gevolgen dan voorheen voorzien.

3. Propositions

De theorie van wederkerigheid

Gezondheidsverschillen en hun onderliggende oorzaken zijn direct zichtbaar op het terrein waar gezondheid van een individu en de samenleving elkaar direct beïnvloeden. Een goede gezondheid draagt bij aan deelname aan de maatschappij. Het stelt mensen in staat de dingen te doen die ze moeten en willen doen. Daarmee draagt participatie sterk bij aan economisch, cultureel en sociaal kapitaal. Maatschappelijke participatie kan ook de gezondheid bevorderen³⁴. Daarmee ontstaat er een wederkerigheid in de sterke wisselwerking tussen gezondheid en participatie.

De wisselwerking tussen gezondheid en arbeidsparticipatie vormt een belangrijke verklaring voor de relatief slechte gezondheid van mensen uit lagere sociaaleconomische groepen. In onderzoek in de vier grote steden waren de gezondheidsverschillen tussen werkenden en niet-werkenden even groot, zo niet groter, dan de gezondheidsverschillen naar opleidingsniveau. De werkloosheid was aanmerkelijk hoger onder laag- dan hoogopgeleiden³⁵. Hierbij spelen twee mechanismen een cruciale rol: selectie en causatie³⁶. Het selectiemechanisme duidt aan dat personen met gezondheidsproblemen een kleinere kans hebben toe te treden tot de arbeidsmarkt of aan het werk te blijven. Voor het krijgen én behouden van betaalde arbeid is een goede gezondheid net zo belangrijk als een goede opleiding. Werkenden worden deels geselecteerd op gezondheid. Hierdoor zal onder niet-werkenden een relatief groter deel van de personen gezondheidsproblemen hebben. Volgens het causatie-mechanisme heeft het verliezen van betaalde arbeid negatieve consequenties voor de gezondheid. Er is hierbij sprake van zowel directe effecten, bijvoorbeeld een toename van depressieve klachten onder werklozen, als van indirecte effecten, bijvoorbeeld meer roken en een verhoogd alcoholgebruik onder werklozen. Andersom tonen studies aan dat het weer krijgen van betaalde arbeid positieve effecten heeft op de gezondheid.

Gezondheid en arbeidsparticipatie

Empirische gegevens kunnen deze wederkerigheid verder verhelderen. De eerste stap in het selectieproces vindt al plaats bij het betreden van de arbeidsmarkt. Een studie onder ruim 500 Rotterdamse werklozen laat zien dat een matig tot slechte ervaren gezondheid de kans op het starten in een betaalde baan binnen zes maanden met 40% reduceert. Ruwweg een derde van deze lagere kans is toe te schrijven aan de invloed van gezondheid op het gedrag: werklozen met gezondheidsproblemen vinden een betaalde baan minder belangrijk, denken dat ze minder kans hebben op werk en zoeken dan ook minder actief naar werk³⁷. Naast gezondheid is beperkt cultureel kapitaal (opleiding, taalvaardigheid) een belangrijke barrière voor het vinden van betaalde arbeid. Hierdoor is werkloosheid aanmerkelijk hoger onder laagopgeleiden en migrantengroepen.

De tweede stap in het selectieproces geschiedt tijdens het werk. Gezondheidsproblemen zijn een belangrijke oorzaak van een verminderd werkvermogen. Werkenden met een slechter werkvermogen bezoeken vaker de huisarts, fysiotherapeut, medisch specialist en psycholoog of psychiater. Werkenden met een slecht werkvermogen hebben gemiddeld €1085 hogere zorgkosten per jaar dan werkenden met een uitstekend werkvermogen³⁸. Gezondheid is ook een belangrijke reden van uitval uit het arbeidsproces. In een driejarige longitudinale studie onder ruim 8000 werknemers in Nederland verhoogden chronische gezondheidsproblemen de kans op arbeidsongeschiktheid 1,5 keer tot 2,8 keer. Verschillende gezondheidsklachten, met name psychische klachten en hartproblemen, leidden ook tot meer werkloosheid³⁹. Ook hier zijn groepen met een lage sociaaleconomische positie dubbel de klos: ze hebben vaker gezondheidsproblemen waardoor ze arbeidsongeschikt of werkloos worden én ze hebben vaker banen met weinig aan regelmogelijkheden waardoor ze, gegeven de aanwezigheid van een chronische aandoening, minder makkelijk hun werk kunnen aanpassen.

Het verlies van betaalde arbeid is op zichzelf weer een oorzaak van slechtere gezondheid. Werkloosheid leidt tot een hogere incidentie van diverse ziekten, met name psychische aandoeningen en hart- en vaatziekten. De krachtigste ondersteuning voor dit causatie-mechanisme is de grote gezondheidswinst onder werkhervatters. Een studie onder bijna duizend langdurig werklozen in Rotterdam liet zien dat als mensen weer betaalde arbeid kregen hun algemene gezondheid, fysieke functioneren en vitaliteit binnen enkele maanden fors verbeterden, en dat zij minder beperkingen en pijn zeiden te ervaren⁴⁰. In een recente evaluatie van een re-integratie programma voor langdurig werklozen met ernstige psychische problemen verbeterde de mentale (21%) en fysieke gezondheid (16%) aanzienlijk méér bij cliënten die starten met betaald werk in vergelijking met cliënten die werkloos bleven. Het starten met betaald werk had daarnaast ook een positieve invloed op de zelfwaardering, ervaren controle over gebeurtenissen en de mate van geluk. Deze positieve effecten van werk waren van invloed op de zorgkosten. De totale kosten voor contacten met de huisarts, fysiotherapeut, medisch specialist of psycholoog waren voor de continue werklozen ruim €180 per maand. Voor de mensen die starten met betaald werk daalde de zorgkosten van €184 per maand naar zo'n €83 per maand⁴¹. Beide studies onderbouwen overtuigend de opvatting: "Arbeid als medicijn".

Gezondheid, arbeidsparticipatie en sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Betaalde arbeid als economisch kapitaal is een van de belangrijkste determinanten van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Daarnaast spelen ook sociaal en cultureel kapitaal een belangrijke rol, zowel als onderliggende oorzaak van mechanismen om betaalde arbeid te vinden en te behouden als factoren die gezondheid beïnvloeden. Op de arbeidsmarkt is segregatie duidelijk zichtbaar; laagopgeleiden en migranten hebben aanmerkelijk vaker onzekere arbeidscontracten met lage beloning. Door deze preciaire arbeid behoren deze sociale groepen vaak tot de onderkant van de arbeidsmarkt. Daarnaast zijn deze groepen sterk oververtegenwoordigd onder werkzoekenden. De verwachting is dat in Nederland de komende 10 jaar de ongelijkheid in betaalde arbeid en inkomen zal toenemen⁴². De slechtere positie op de arbeidsmarkt heeft negatieve gevolgen voor het huishoudinkomen en daarmee stapelen de structurele determinanten van ziekte en sterfte zich op: lage opleiding, geen werk, laag inkomen en armoede.

In deze vicieuze cirkel is toegang tot goede banen essentieel. Ook hier is het ontwikkelen van voldoende cultureel kapitaal een belangrijke voorwaarde. Het vinden van betaalde arbeid is een moeilijk proces dat veel zelfregulatie (ook wel zelfcontrole genoemd) en motivatie vereist. Zelfregulatie is een cyclisch proces van doelen stellen, plannen, uitvoeren, evalueren en weer opnieuw doelen stellen. Deze vaardigheden zijn minder ontwikkeld bij laagopgeleiden en juist nu worden hieraan in de samenleving grotere eisen aan gesteld. Re-integratieprogramma's voor lager opgeleiden en ook diverse migrantengroepen moeten dus worden afgestemd het bevorderen van deze zelfregulatie. Een recente studie onder langdurig werklozen met lage opleiding laat zien dat bij een moeilijke en complexe taak als het zoeken naar betaalde arbeid het stellen van de zogenaamde leerdoelen (een doel waarin het proces centraal staat; 'learning by doing') veel effectiever is dan het stellen van competitiegerichte doelen (10 sollicitatiebrieven schrijven). De specifieke training volgens het leerdoelen-principe leidde tot meer betaalde arbeid⁴³⁻⁴⁴. Het stellen van leerdoelen zorgde onder andere voor een verbetering in het gevoel dat iemand in staat is om werk te zoeken ('vertrouwen in eigen kunnen'). Dit gevoel van persoonlijke controle is belangrijk om zelfregulatie en motivatie in stand te houden en maakt dat tegenslagen beter verwerkt worden.

4. Zijn we toe aan een nieuw denkmodel?

Het denken over gezondheid, ziekte en zorg is door de tijd aan verandering onderhevig zoals we in dit essay hebben uiteengezet. We zijn van het individu naar het collectief gegaan en weer terug, en daarna weer naar het collectief met een grote verantwoordelijkheid voor het individu. We constateren een opvallende paradox dat de oorzaken van verschillen in gezondheid op maatschappelijk collectief niveau en in de omgeving liggen, terwijl de aanpak steeds individueel gericht is met een grote nadruk op zelfmanagement en zelfregie. Dit denkmodel heeft de wijze waarop het zorgstelsel is vormgegeven gedomineerd met als resultaat dat gezondheidsverschillen niet zijn afgenomen maar eerder zijn toegenomen. Zelfregie en zelfmanagement zullen in de praktijk alleen werken indien iedereen in voldoende mate beschikt over de verschillende vormen van economisch, sociaal en cultureel kapitaal. We hebben betoogd hoe lastig het is de interactie tussen deze soorten kapitaal te doorbreken. Het voorbeeld van arbeidsparticipatie maakt duidelijk hoe gezondheid, cultureel kapitaal (opleiding, taalvaardigheid) en arbeidsmarkt met elkaar zijn verbonden. Het voorbeeld van arbeidsparticipatie laat ook treffend zien dat de sterke nadruk op de individuele aanpak problematisch is voor de risicogroepen. Mensen met beperkingen en een grote afstand tot de arbeidsmarkt kregen voorheen door collectieve voorzieningen, zoals de sociale werkplaats, goede mogelijkheden binnen hun vermogen te werken. De verschuiving naar individuele bemiddeling naar reguliere arbeid beperkt hun toegang tot de arbeidsmarkt. Het is onze stellige verwachting dat dit de segregatie in de samenleving zal bevorderen met negatieve invloed op de gezondheid van deze groepen.

We beseffen dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen een weerbarstig karakter hebben. Er ligt een grote diversiteit aan oorzaken ten grondslag aan deze gezondheidsverschillen. De politieke programma's om deze verschillen sterk te reduceren, zijn tot nu toe weinig succesvol geweest. De oorzaak moet hierbij ook zeker gezocht worden in beperkte politieke wil tot een radicale én grootschalige aanpak van de grote veroorzakers van deze gezondheidsverschillen⁴⁵.

In het huidige beleid wordt meer zelfredzaamheid van individuen in zwakkere groepen verwacht dan we op basis van het beschikbare kapitaal van hen kunnen verwachten. Meer dan voorheen is duidelijk geworden dat investering in het cultureel kapitaal van groot belang is en dat vraagt naast een individuele aanpak ook om een sterke oriëntatie op maatschappelijke voorzieningen. Voor preventie en zorg betekent dit de koppeling van ontwikkeling van individuele vaardigheden aan benodigde gezondheidskennis en –vaardigheden. We moeten concluderen dat het huidige denkmodel over gezondheid, ziekte en zorg niet meer volstaat. We moeten er afscheid van nemen en ons richten op wat wel werkt om gezondheidsverschillen te verkleinen. Hiertoe zullen we een aantal voorstellen doen.

5. Naar een betere volksgezondheid

Intersectorale aanpak

Gezien de weerbaarheid en complexiteit van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is de inzet vanuit verschillende beleidsterreinen vereist. Maatschappelijke omstandigheden hebben een grote invloed op de gezondheid, zoals onderwijs, werkgelegenheid, inkomen en de sociale en fysieke leefomgeving. Mensen hebben sterke banden met hun fysieke en sociale omgeving. Aan de hand van de theorie van Bourdieu, gestaafd met empirisch bewijs, hebben we betoogd dat individuen niet steeds vrij zijn in het maken van keuzes. Daarom moet een omgeving gecreëerd en gestimuleerd worden die het maken van gezonde keuzes ondersteunt. Tegelijkertijd moeten in diezelfde omgeving door voorbeeldgedrag van bijvoorbeeld gezagsdragers een omgeving geschapen worden waarin duidelijk waarneembaar is dat de overheid waarde hecht aan gezondheid door er daadwerkelijk iets aan te doen.

De aandacht voor de noodzaak van een intersectorale aanpak van volksgezondheid is het best zichtbaar in de Health in All Policies (HiAP) - benadering, een initiatief dat startte tijdens het Finse voorzitterschap van de Europese Unie in de tweede helft van 2006. Dit initiatief wil zichtbaar maken wat de invloed van allerlei beleidsmaatregelen is op de volksgezondheid⁴⁶. Het HiAP-idee staat in een groeiende belangstelling van bestuurders en beleidsmakers, en is dan vooral bekend onder de term intersectoraal gezondheidsbeleid. Volgens de Nederlandse overheid moet lokaal gezondheidsbeleid dan ook vooral gebaseerd zijn op een integrale aanpak op wijkniveau om gezondheidsachterstanden te verminderen⁴⁷. In het recente advies "Buiten de gebaande paden" van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg wordt vooral ingezet op maatregelen in het onderwijs, arbeidsomstandigheden en lokaal bestuur om gezondheidswinst te realiseren⁴⁸. Hier liggen de wortels van ongezondheid en radicale maatregelen zijn nodig op deze terreinen om de gezondheidsverschillen te verkleinen. Bij de uitvoering daarvan is het daarom van belang dat van meet af aan onder andere de gemeente, de GGD, de (lokale) zorgverzekeraar, zorgprofessionals, woningcorporaties, scholen, en werkgevers betrokken worden. De gemeente zou daarbij logischerwijs de regierol kunnen vervullen, ook gegeven haar wettelijke taken op dit terrein en vanwege het eerdergenoemde argument: de overheid laat zien dat zij gezondheid belangrijk vindt!

De ervaringen in Engeland laten zien dat intersectoraal beleid vaak moeizaam tot stand komt. De evaluatie van de omvangrijke programma's in de periode 1997-2010 op sociaal-economische gezondheidsverschillen, met een totaal budget van meer dan 20 miljard pond, laat een teleurstellend resultaat zien: kleine successen op enkele deeltherreinen maar geen reductie van de verschillen op de belangrijkste indicatoren kindersterfte en levensverwachting. De evaluatie noemt hiervoor drie belangrijke oorzaken: te weinig interventies gericht op de relevante determinanten, weinig gebruik van bewezen effectieve interventies, en te beperkt bereik in de bevolking om een verandering in volksgezondheid te kunnen veroorzaken⁴⁹. De noodzaak tot intersectoraal beleid is duidelijk, maar ook in Nederland zal dit op nationaal en lokaal niveau sterke politieke regie vereisen. Het is spannend in de komende jaren te ontdekken of de huidige initiatieven, zoals het "Alles is Gezondheid" programma, zullen leiden tot een optimistischere conclusie dan de evaluatie van de Engelse strategie.

Een deel van de oplossing ligt ook in het probleem: gedrag en gezondheid

Een intersectorale aanpak is een belangrijke voorwaarde om de omgeving optimaal in te richten teneinde gezond gedrag te bevorderen. We lichten toe waarom dit zo belangrijk is. Ziekten die verband houden met gezondheidsgedrag zoals hart- en vaatziekten en diabetes nemen nemen toe in onze samenleving. De toename van deze ziekten is ernstig. Onderzoek naar de

effectiviteit van interventies om gezond gedrag te bevorderen, die specifiek voor mensen uit lage sociaaleconomische groepen zijn ontwikkeld, geven tot nu toe weinig reden tot optimisme⁵⁰. Bij de aanpak van gezondheidsproblemen is er traditioneel veel aandacht voor educatie en coaching om gedrag te veranderen. De landelijk aanbevolen interventies grijpen vooral aan op kennisverwerving en kennisoverdracht. Deze aanpak voldoet niet goed om het gedrag van mensen te veranderen. Over het bereik en de effectiviteit van interventies gericht op migrantengroepen is eigenlijk heel weinig bekend. In de beschikbare evaluatie-onderzoeken gaan de uitkomstmaten veelal over verandering in kennis en opvattingen en in mindere mate op verandering in daadwerkelijk gedrag of in gezondheid. Waarom zijn deze interventies onvoldoende succesvol? We grijpen terug naar het eerder geconstateerde paradox van de oorzaken van verschillen in gezondheid die op maatschappelijk collectief niveau en in de omgeving liggen, terwijl de aanpak steeds individueel gericht is met een grote nadruk op zelfmanagement en zelfregie. Het vertellen aan mensen dat roken kanker veroorzaakt verandert in onvoldoende mate het gedrag, terwijl het verbieden van roken in publieke ruimten het percentage rokers in de afgelopen 20 jaar enorm heeft doen dalen. Nog niet zolang geleden adviseerde de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid over de wijze waarop gedragswetenschappelijke kennis een prominentere rol kan spelen in de beleidsvorming. Zij stellen dat een van de lessen van de gedragswetenschappen is dat er grenzen zijn aan de hoeveelheid keuzes en verleidingen die mensen aankunnen:

Als de 'keuzedruk' te hoog oploopt, neemt de kwaliteit van hun beslissingen af en zwichten zij eerder voor verleidingen, zoals ongezond voedsel of onverantwoorde impulsaankopen. Dit betekent dat er een discrepantie kan ontstaan tussen enerzijds het aantal keuzes en verleidingen dat mensen psychologisch redelijkerwijs aankunnen en anderzijds de feitelijke keuzedruk waarmee zij worden geconfronteerd.⁵¹

Recente initiatieven in diverse sectoren in het buitenland laten zien dat gedrag veranderd kan worden door middel van kleine ingrepen in de omgeving. Het Behavioural Insights Team in Groot-Brittannië experimenteerde succesvol met deze ingrepen⁵². Door bijvoorbeeld mensen te motiveren hun snelheidsboete op tijd te betalen door een sticker met "betaal nu!" op de factuur te zetten. Door deze simpele ingreep steeg het aantal mensen dat hun boete op tijd betaalde van 14% naar 17%. Deze stijging leidde tot een extra inkomen van ongeveer 9 miljoen euro voor de overheid en een kostenbesparing van 73.000 euro omdat er geen betaalherinneringen geprint en verstuurd hoefden te worden. Bovendien werd voorkomen dat 8000 mensen per jaar hun rijbewijs werd ingenomen. In toenemende mate wordt deze gedragswetenschappelijke kennis ingezet in experimenten voor de gezondheidsbevordering. Inmiddels groeit het bewijs voor de effectiviteit van deze aanpak. We noemen hier wat voorbeelden ter illustratie. In een studie werd met mensen een datum en tijd afgesproken voor een griepvaccinatie. Deze simpele ingreep leidde tot een verschil van 4,2% in vaccinatie tussen de controlegroep en de interventiegroep⁵³. In twee andere studies werd aangetoond dat de plaatsing van gezonde voedingsmiddelen op een opvallende plek waar je bovendien makkelijk bij kunt, leidde tot een significante daling van de verkoop en consumptie van ongezonde voedingsmiddelen⁵⁴⁻⁵⁵.

Gedrag en omgeving

De interventies die hierboven genoemd worden, zijn voorbeelden van nudges. Nudges zijn vrij vertaald kleine duwtjes in de rug waarmee mensen hun gedrag in de gewenste richting aanpassen. In plaats van in een keer een grote verandering te vragen, wordt er vooral naar een kleine, maar snelle verandering gestreefd. Belangrijk onderdeel van de ontwikkeling van nudges is het goed door te denken wie de doelgroep is en 'het probleem' vanuit hun beleving te benaderen en van daaruit tot een oplossing te komen. De clou zit in de verandering van de omgeving: we proberen niet per se het individu te veranderen, maar wel de omgeving zodat het individu zonder belemmeringen zich gezond kan gedragen. Zonder dat we het ons realiseren, worden we namelijk dagelijks belemmerd in gezond gedrag en bevorderd in ongezond gedrag. Zo is bijvoorbeeld in onze obesogene omgeving het aanbod van ongezonde snacks niet alleen groter en makkelijker te verkrijgen, maar ook veel goedkoper waardoor we ons zonder problemen duurzaam ongezond kunnen gedragen. Of het ontbreken van een veilige speelplek voor kinderen om buiten te spelen waardoor zij langdurig voor de tv of achter een spelcomputer kunnen zitten waardoor ongemerkt fysieke inactiviteit wordt bevorderd.

We hoeven inmiddels niet meer aan te tonen welke leefstijlrisicofactoren leiden tot ziekten. We weten welk gedrag veranderd moet worden, het gaat nu om het ontrafelen van de formule voor duurzame gedragsverandering. Belemmerende of bevorderende factoren in de omgeving identificeren en veranderen door kleine ingrepen en het mogelijk maken het gewenste gedrag makkelijk uitvoerbaar te maken, lijken cruciale onderdelen van die formule. De wethouder Onderwijs, Jeugd en Zorg, de wethouder Financiën, Organisatie, Haven, Binnenstad en Sport en de RET-directeur openden onlangs de pianotrap op het Centraal Station van Rotterdam. Als iemand over de trap loopt, maakt deze een vrolijk muzikaal geluid of speelt een voorgeprogrammeerd liedje af. De pianotrap maakt traplopen in elk geval een stuk leuker terwijl niemand wordt verboden de roltrap te nemen. Bovendien doet het geen beroep op welke vorm van kapitaal die een persoon al dan niet bezit. Het idee komt uit Stockholm. Daar nam 66 procent van de reizigers vaker de muzikale trap in plaats van de roltrap of lift. De trap is een mooi voorbeeld van een breder beleid van de gemeente Rotterdam om gezonde keuzes aantrekkelijker te maken. Zo gaat zij samen met de Erasmus Universiteit via het nieuw opgerichte Centrum voor Gezondheids promotie de komende jaren bedenken en uittesten hoe we met nudges Rotterdammers kunnen verleiden tot gezond gedrag⁵⁶.

Preventie en gezondheidsbevordering: kansen en belemmeringen

Voortbordurend op onze analyse in dit essay, betogen we hier ook dat de gezondheidszorg zich niet alleen moet richten op curatie, maar vooral op preventie en gezondheidsbevordering. In de financiering van de zorg is preventie nog steeds stiefmoederlijk bedeed. In de afgelopen jaren is het besef gegroeid dat ook in de curatieve gezondheidszorg meer kan worden gedaan aan preventie. In de gezondheidszorg worden jaarlijks immers grote aantallen mensen gezien, die vanwege hun gezondheidsklachten extra gemotiveerd kunnen worden aan preventieve interventies mee te werken. In steeds meer behandelrichtlijnen van huisartsen en specialisten wordt ingaan op mogelijkheden voor preventie. Mogelijkheden voor primaire preventie binnen de curatieve gezondheidszorg liggen vooral bij gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Veelal zal het hierbij gaan om mensen met een verhoogd risico (selectieve preventie) of mensen met een beginnende ziekte (geïndiceerde preventie).

Een grote belemmering voor de uitvoering van preventie en gezondheidsbevordering is, is de huidige zorgverzekeringswet. Zij regelt de vergoeding van de curatieve zorg in Nederland. In de basisverzekering gaat het over doelmatigheid en kwaliteit van de curatieve zorg met zeer weinig ruimte voor preventieve programma's. Op zijn best vergoedt de zorgverzekeraar preventieve programma's die directe invloed hebben op medische behandelkosten⁵⁷. De zorgverzekeraar is nauwelijks geïnteresseerd in toekomstige gezondheidswinst; langer leven met een hogere kwaliteit van gezondheid (quality adjusted life years) laat zich nu eenmaal moeilijk monetariseren. Er wordt zonder enige moeite €50.000 uit gegeven voor een kankerbehandeling met een jaar levenswinst op korte termijn, terwijl een investering van enkele honderden euro's in een leefstijlprogramma (stop met roken) met grote toekomstige gezondheidswinst nauwelijks de moeite waard wordt geacht. Om in de woorden van gezondheidseconoom Polder te spreken: De zorgeuro's zijn hard (zorg), maar de nut-euro's zijn zacht (preventie)⁵⁸. In een maatschappelijke kosten-baten analyse kan dat inzichtelijk worden gemaakt. Welke partij betaald, en welke partij krijgt de financiële en maatschappelijke opbrengsten? Is het in dit kader niet reëel de zorgverzekeraar te vragen de re-integratie van werklozen met psychische problemen (deels) te betalen, omdat werkhervatting de zorgkosten drastisch zal reduceren. In zo'n integrale aanpak delen de gemeenten (afdeling Werk & inkomen) en de zorgverzekeraar samen de kosten en de baten.

6. Tot slot: voorstellen voor het nieuwe zorgstelsel

Wij concluderen in dit essay, op basis van empirisch bewijs en op basis van de lessen die we uit het verleden kunnen trekken dat het huidige zorgstelsel de sociaaleconomische gezondheidsverschillen niet alleen in standhoudt maar waarschijnlijk ook zelfs zal vergroten. We hebben betoogd dat we toe zijn aan een nieuw denkmodel. In dit laatste deel doen we een aantal beleidsaanbevelingen.

Preventie en gezondheidsbevordering in het basispakket van de zorg

Investeer in nieuwe vormen van primaire en secundaire preventie – en gezondheidsbevordering, immers daar is op populatieniveau de grootste gezondheidswinst te behalen. Bovendien liggen hier ook de grote kansen om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Een systematische evaluatie van bijna 3000 interventies laat zien dat veranderingen in de sociale en fysieke omgeving over het algemeen een aanmerkelijk betere kosteneffectiviteit hebben dan individuele gedragsinterventies en klinische interventies⁵⁹. Wat moeten die nieuwe vormen dan zijn? Het basisidee is simpel: laten we uitgaan van een meer realistisch model van menselijk gedrag en we zullen waarschijnlijk meer in staat zijn oplossingen te vinden die effectief zijn en ook goedkoper. Gebaseerd op meer dan een eeuw psychologisch onderzoek en kennis uit het veld, weten we nu dat mensen gewoonweg geen ‘rationele nuts maximaliseerders’ blijken te zijn. Gezondheidsbevorderaars zijn zich hier over het algemeen heel goed bewust van. Zij weten dat mensen met overgewicht zich realiseren dat overgewicht ongezond is en dat zij menigmaal gepoogd hebben af te vallen. De echte stap voorwaarts is dus niet alleen maar erkennen dat mensen, doorgaans, beïnvloed worden door meerdere factoren, vooral ook omgevingsfactoren, maar deze kennis in een systematische wijze op te nemen in de te ontwikkelen interventies en deze toe te passen. In plaats van in één keer een grote verandering te implementeren moet er vooral naar kleine, maar snelle verandering gestreefd. Dit betekent dat we op een iteratieve manier moeten werken. Belangrijk onderdeel hiervan is het goed onderzoeken wie de doelgroep is en ‘het probleem’ vanuit de beleving van deze doelgroep benaderen en vandaaruit tot een oplossing komen. Met de kennis van nu en het empirische bewijs dat er ligt, kunnen we verder het eerder betoogde punt van intersectoraal samenwerken hier niet onbenoemd laten. Een goede gezondheid is niet alleen de zorg van het individu of de gezondheidszorg, maar van iedereen en van alle sectoren.

- We stellen voor dat de overheid omvangrijke investeringen gaat doen in de ontwikkeling en implementatie van nieuwe kosteneffectieve interventies die lopen via onder andere de lijn leef-, woon- en werkomgeving. Kortweg, het Preventie Programma bij ZonMW moet minimaal terug worden gebracht op het niveau van 2008-2010 en liefst worden uitgebreid;
- Wij stellen voor dat de inrichting van een gezonde leef-, woon- en werkomgeving de verantwoordelijkheid is van overheid en private partijen.

Een grotere investering in preventie en gezondheidsbevordering betekent evenwel een herschikking van middelen.

- Wij stellen ook voor de inzet van preventie in de zorg door zorgverzekeraars aanmerkelijk wordt geïntensiveerd met minimaal een verdubbeling in de komende 5 jaar.
- We stellen voor dat preventieprogramma's om gezond gedrag te bevorderen worden opgenomen in het basispakket met uitvoering in de eerste en tweede lijn gezondheidszorg

Gezondheid en participatie moeten elkaar versterken

Het bevorderen van de gezondheid van werkenden en het ondersteunen van diegenen met gezondheidsproblemen in de arbeidsmarkt is een van de belangrijkste maatschappelijke opgaven. Een effectief systeem van publieke gezondheid en zorg kan de gezondheid van oudere werknemers bevorderen, voorkomen dat gezondheidsproblemen bij deze werknemers leiden tot voortijdige uittreding uit de arbeidsmarkt, en aldus een grote bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van het stelsel van sociale zekerheid én de zorg. Daarnaast is dit een belangrijk aanknopingspunt voor het verminderen van de grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland.

- Wij stellen voor dat de curatieve zorg (arbeids)participatie als relevante patiëntgebonden uitkomstmaat opneemt.
- Wij bepleiten de invoering van Arbo curatieve zorg als integraal onderdeel van de patiëntenzorg, inclusief bijbehorende financiering. Dit betreft gerichte arbeidsanamnese door medisch specialisten (komt uw ziekte door werk, heeft uw ziekte invloed op uw werk), opname van arbeid gerelateerde aspecten in klinische richtlijnen en inzet van professionals bij re-integratie in eigen of aangepast werk. De huidige financieringsstructuur moet hiervoor dringend worden herzien. Daarnaast moet de Arbo curatieve samenwerking door financiële prikkels worden geïntensiveerd.
- Wij stellen voor speciale programma's voor langdurig werklozen en mensen met een arbeidsbeperking waarin re-integratie en zorg integraal worden aangeboden. Er is sterke bewijskracht dat zo'n integrale aanpak noodzakelijk is voor effectieve re-integratie naar betaalde arbeid en dat deze aanpak leidt tot aanzienlijke reductie in zorgkosten. Een concreet voorbeeld waaraan het zorgstelsel per direct moet gaan werken, is het realiseren van ambulante GGZ-aanbod in re-integratie van werklozen met ernstige psychische problemen, bijv. financiering van bewezen effectieve interventies zoals "Individual Placement and Support" vanuit het zorgstelsel.

We beseffen dat de zorgverzekeraars niet als pinautomaat voor alle mooie wensen voor preventie en intersectoraal beleid moeten dienen. Het is een belangrijke constatering dat het zorgstelsel niet alleen verantwoordelijk moet worden gehouden voor de ongelijke verdeling van gezondheid in onze samenleving. Een serieuze poging om de huidige grote sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen, vraagt om een actieve opstelling van het zorgstelsel waarin het probleem centraal staat en niet de organisatie of de financieringsstructuur. We wensen het zorgstelsel veel dwarse denkers en doeners toe, die buiten de gebaande paden op zoek gaan naar de nieuwe wegen om de gezondheidsverschillen ook eindelijk te verminderen.

References

1. Houwaart E. *De Hygiënisten: Artsen, Staat En Volksgezondheid In Nederland*. Groningen: Historische Uitgeverij; 1991.
2. Godlee F. Milestones on the long road to knowledge. *BMJ*. 2007;334(suppl_1):s2-s3. doi:10.1136/bmj.39062.570856.94.
3. Lalonde M. *A New Perspective On The Health Of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, reprint; 1981.
4. Black D. *Inequalities In Health: Report Of A Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security; 1980.
5. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14(1):32-38. doi:10.1093/ije/14.1.32.
6. WHO. *Declaration Of Alma-Ata. International Conference On Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 1978. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Accessed June 3, 2015.
7. WHO. *Ottawa Charter For Health Promotion*. 1st ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986. Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>. Accessed June 3, 2015.
8. WHO. *Health21: The Health For All Policy Framework For The WHO European Region*. 1st ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999. Available at: http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf. Accessed June 3, 2015.
9. UN. *Agenda 21*. New York: United Nations Division for Sustainable Development; 1992.
10. Levensverwachting Nederlandse vrouwen loopt steeds meer achter. CBS. 2016. Available at: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/53/levensverwachting-nederlandse-vrouwen-loopt-steeds-meer-achter>. Accessed January 2, 2016.
11. Mackenbach J, Stronks K. *Volksgezondheidszorg En Gezondheidszorg*. 8th ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
12. Bourdieu Passeron J. *La Reproduction. Éléments Pour Une Théorie Du Système D'enseignement*. Paris: Ed. de Minuit; 1970.
13. Bourdieu P. *La Distinction. Critique Sociale Du Jugement*. Paris: Les Ed. de Minuit; 1979.
14. Humboldt W. *Theorie Der Bildung Des Menschen. Bruckstück*. In: *Idem*. (1785-1795): *Werke In Fünf Bänden 1, Andreas Plitner & Klaus Giel*. Darmstadt; 1793:282-287.
15. van der Waal Jde Koster W. Naar een analytische stratificatiesociologie. Over klasse, status en ongelijkheid. *Sociologie*. 2015;11(3):1-14. doi:10.5117/sociologie/157433142015011003004.
16. House J, Landis K, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988;241:540-545. doi:10.1126/science.3399889.
17. Schölmerich V, Erdem Ö, Borsboom G et al. The Association of Neighborhood Social Capital and Ethnic (Minority) Density with Pregnancy Outcomes in the Netherlands. *PLoS ONE*. 2014;9(5):e95873. doi:10.1371/journal.pone.0095873.
18. Lynch J, Davey S, Kaplan G, et al. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. 2000;320:200-204. doi:10.1136/bmj.320.7243.1200.
19. Kawachi I. Social Capital for Health and Human Development. *Development*. 2001;44(S1):31-35. doi:10.1057/palgrave.development.1110211.
20. Szreter Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol*. 2004;33:650-667. doi:10.1093/ije/dyh013.
21. Kamphuis C, Jansen T, Mackenbach J, van Lenthe F. Bourdieu's Cultural Capital in Relation to Food Choices: A Systematic Review of Cultural Capital Indicators and an Empirical Proof of Concept. *PLoS ONE*. 2015;10(8):e0130695. doi:10.1371/journal.pone.0130695.

22. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Commun Health*. 2008;62(7):e13. doi:10.1136/jech.2007.066159.
23. CBS. Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl, gewijzigd op 16 maart 2010. *Statline*. 2010.
24. CBS. *Alcoholgebruik Onder 65-Plussers Stijgt Met De Leeftijd.*; 2016.
25. Hoeymans N, Melse J, Schoemaker C. *Gezondheid En Determinanten. Deelrapport Van De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van Gezond Naar Beter*. 1st ed. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. Available at: http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9228_rivm02-gezondheid-en-determinanten-vtv-2010.pdf. Accessed September 7, 2016.
26. Whitley E, Batty G, Hunt K, Popham F, Benzeval M. The Role of Health Behaviours Across the Life Course in the Socioeconomic Patterning of All-Cause Mortality: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *Ann Behavior Med*. 2014;47(2):148-157. doi:10.1007/s12160-013-9539-x.
27. Hart C, Gruer L, Watt G. Cause specific mortality, social position, and obesity among women who had never smoked: 28 year cohort study. *BMJ*. 2011;342:d3785. doi:10.1136/bmj.d3785.
28. Gruer L, Hart C, Gordon D, Watt G. Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *BMJ*. 2009;338:b480. doi:10.1136/bmj.b480.
29. Lanting L, Joung I, Vogel I, Bootsma A, Lamberts S, Mackenbach J. Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behavior. *Patient Educ Counseling*. 2008;72:146-154. doi:10.1016/j.pec.2008.03.008.
30. Hosper K, Nierkens V, Nicolaou M, Stronks K. Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population?. *Eur J Epidemiol*. 2007;22(3):163-172. doi:10.1007/s10654-007-9104-7.
31. de Graaf J, Ravelli A, Wildschut H et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152:2734-2740.
32. Uiters E, Devillé W, Groenewegen P. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ?. *Eur J Public Health*. 2006;16(4):388-393. doi:10.1093/eurpub/ckl040.
33. Denктаş S, Koopmans G, Birnie E, Foets M, Bonsel G. Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *Int J Equity Health*. 2009;8(1):35-43. doi:10.1186/1475-9276-8-35.
34. Harbers M, Hoeymans N. *Gezondheid En Maatschappelijke Participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. RIVM; 2013.
35. Erdem Ö, Prins R, Voorham T, van Lenthe F, Burdorf A. Structural neighbourhood conditions, social cohesion and psychological distress in the Netherlands. *Eur J Public Health*. 2015;25(6):995-1001. doi:10.1093/eurpub/ckv120.
36. Schuring M, Burdorf L, Kunst A, Mackenbach J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *J Epidemiol Commun Health*. 2007;61(7):597-604. doi:10.1136/jech.2006.047456.
37. Carlier B, Schuring M, van Lenthe F, Burdorf A. Influence of health on job-search behavior and re-employment: the role of job-search cognitions and coping resources. *J Occup Rehab*. 2014;24(4):670-679. doi:10.1007/s10926-014-9499-4.
38. Reeuwijk K, Robroek S, Molenaar D, Burdorf A. De associaties tussen een verminderde inzetbaarheid en frequentie en kosten van medische zorg. *TBV*. 2013;21(7):298-304. doi:10.1007/s12498-013-0138-3.
39. Leijten F, de Wind A, van den Heuvel S et al. The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *J Epidemiol Commun Health*. 2015;69:1058-1065. doi:10.1136/jech-2015-205719.
40. Schuring M, Mackenbach J, Voorham T, Burdorf A. The effect of re-employment on perceived health. *J Epidemiol Commun Health*. 2011;65:639-644. doi:10.1136/jech.2009.103838.
41. Schuring M, Burdorf A. *Evaluatie Fit4work: Effectiviteit Van Een Integrale Aanpak Gericht Op Snelle Toeleiding Naar Betaald Werk Van Mensen Met Psychische Problematiek*. Rotterdam: Erasmus MC; 2016.
42. Centraal Planbureau / Sociaal-Cultureel Planbureau. *De Onderkant Van De Arbeidsmarkt In 2025*. Den Haag: CPB/SCP; 2015.

43. van Hooft ENoordzij G. The effects of goal orientation on job search and reemployment: A field experiment among unemployed job seekers. *J App Psychol.* 2009;94(6):1581-1590. doi:10.1037/a0017592.
44. Noordzij G, van Hooft E, van Mierlo H, van Dam A, Born M. The effects of a learning-goal orientation training on self-regulation: A field experiment among unemployed job seekers. *Personnel Psychol.* 2013;66:723-755. doi:10.1111/peps.12011.
45. Mackenbach J. *Health Inequalities In Europe. New Insights From Comparative Studies.* Rotterdam: Erasmus MC; 2016.
46. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. *Health In All Policies. Prospects And Potentials.* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
47. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Naar Een Weerbare Samenleving. Beleidsplan Aanpak Gezondheidsverschillen Op Basis Van Sociaaleconomische Achtergronden.* Den Haag: Twee Kamerstuk; 2008.
48. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Buiten De Gebaande Paden. Advies Over Intersectoraal Gezondheidsbeleid.* Den Haag; 2009.
49. Mackenbach J. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *J Epidemiol Commun Health.* 2011;65(7):568-575. doi:10.1136/jech.2010.128280.
50. Busch MSchrijvers C. *Effecten Van Leefstijlinterventies Voor Lage SES Groepen.* Bilthoven: RIVM; 2010.
51. *Met Kennis Van Gedrag Beleid Maken.* Amsterdam: University Press; 2014.
52. Halpern D. *Inside The Nudge Unit. How Small Changes Can Make A Big Difference.* London: WH Allen; 2015.
53. Milkman K, Beshears J, Choi J, Laibson D, Madrian B. Using implementation intentions prompts to enhance influenza vaccination rates. *Procs Nat Acad Sciences.* 2011;108:10415-10420. doi:10.1073/pnas.1103170108.
54. Hanks A, Just D, Smith L, Wansink B. Healthy convenience: nudging students toward healthier choices in the lunchroom. *J Public Health.* 2012;34(3):370-376. doi:10.1093/pubmed/fds003.
55. Rozin P, Scott S, Dingley M, Urbaneck J, Jiang H, Kaltenbach M. Nudge to nobesity I: Minor changes in accessibility decrease food intake. *Judgment and Decision Making.* 2011;6:323.
56. Rotterdam Vitale Stad. *Nota Publieke Gezondheid 2016-2020.* Rotterdam: Gemeente Rotterdam; 2016.
57. Helderma J. Reflecting on "The evaluation of lifestyle interventions in the Netherlands". *Health Econ policy Law.* 2015;10:461-465. doi:10.1017/s1744133115000225.
58. Polder J. Een neuro is geen zeuro. *TSG.* 2015;5:157-158. doi:10.1007/s12508-015-0059-x.
59. Chokshi DFarley T. The Cost-Effectiveness of Environmental Approaches to Disease Prevention. *N Eng J Med.* 2012;367:295-297. doi:10.1056/nejmp1206268.

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, The Netherlands
www.eur.nl/fsw

Erasmus MC
Faculteit der Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen
Wytemaweg 80
3015 CN Rotterdam
www.erasmusmc.nl