

Gezondheidsverschillen voorbij – Complexe ongelijkheid is van ons allemaal – 2020 Oktober

Bron RVS op <https://www.raadrvs.nl/> Datum oktober 2020

Introductie

We leven met z'n allen langer dan ooit in goede gezondheid. En we zijn steeds beter in staat ziekte te diagnosticeren en te behandelen, ook als het om hoog-complexe zorg gaat. Je zou zeggen: tel uit je winst.

Maar tegelijkertijd kent onze samenleving grote verschillen in gezondheid. Die verschillen zijn de afgelopen decennia eerder groter dan kleiner geworden, zowel in Nederland als in andere westerse landen. Mensen met een hoog inkomen en hoog opleidingsniveau leven gemiddeld genomen niet alleen langer, maar ook [langer in een goede gezondheid dan mensen met een laag inkomen en laag opleidingsniveau](#) noot1

Gezondheid, levensverwachting en gezondheidsverschillen

Deze verschillen worden aangeduid met '[sociaaleconomische gezondheidsverschillen](#)' (SEGV). Gezondheidsverschillen worden echter niet alleen veroorzaakt door sociaaleconomische ongelijkheid. In werkelijkheid is de achterliggende ongelijkheid veel complexer en overstijgt deze vaak de individuele mogelijkheden om die te beïnvloeden. Zolang we die complexe ongelijkheid niet adresseren, zal de aanpak van het probleem geen succes hebben. Met alle maatschappelijke gevolgen en kosten van dien. Dat is onrechtvaardig voor het individu, veroorzaakt hogere zorguitgaven en een mindere arbeidsparticipatie, maar zet ook het menselijke en sociale kapitaal van de samenleving onder druk. Bovendien legt die ongelijkheid een hypotheek op de maatschappelijke veerkracht – het vermogen van onze samenleving om (evenredig) klappen op te vangen – en onze welvaart, zowel in economische zin als in termen van welbevinden en geluk.

De [Raad voor Volksgezondheid & Samenleving \(RVS\)](#) stelt dat het huidige nationale beleid te eenzijdig focust op het individu. Aanvullend daaraan is een bredere blik nodig om gezondheidsverschillen en daarmee samenhangende achterstanden daadwerkelijk te verkleinen. Met dit essay willen we samen met u die verbreding opzoeken.

Huidig beleid

De aandacht voor gezondheidsverschillen is groot. noot2 In de centrale missie van de [Kennis- en Innovatieagenda voor de topsector Gezondheid en Zorg](#) staat

bijvoorbeeld dat ‘in 2040 [...] de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% [zijn] afgenomen’.^{noot3} De vraag is: halen we dit doel als we (alleen) het huidige beleid voortzetten?

De afgelopen decennia is op lokaal en nationaal niveau veel beleid ontplooid om gezondheidsverschillen te verkleinen. Beleid dat vooral op nationaal niveau sterk gericht is geweest op individuen, primair is ingestoken vanuit een zorgperspectief, en gestoeld is op de overtuiging dat meer kennis of het geven van meer informatie leidt tot veranderingen in individueel gedrag en leefstijl.^{noot4}

Tevens is het draagvlak voor een bredere kijk op gezondheidsverschillen de laatste jaren langzaam toegenomen, niet alleen onder wetenschappers en gezondheidsbevorderaars, maar ook onder beleidsmakers. Zo is er vooral op lokaal niveau al langer oog voor een bredere aanpak van gezondheidsverschillen, waarbij verbinding wordt gezocht met bijvoorbeeld welzijn, wonen, leefomgeving en onderwijs. Dit zien we ook terug in de [Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 – 2024](#) die door het ministerie van VWS samen met gemeenten is vormgegeven. Deze nota geeft anders dan voorgaande nota’s veel meer aandacht aan verschillende determinanten van gezondheid en stelt een domeinoverstijgende agenda met een stevige focus op kennisontwikkeling voor.^{noot5} Met daarin de uitdrukkelijke ambitie om gezondheidsachterstanden te verkleinen. Daarbij valt het omarmen van concepten als [positieve gezondheid](#)^{noot6} en aandacht voor de leefomgeving toe te juichen. Tegelijkertijd zien we dat de in de nota genoemde interventies voornamelijk gericht blijven op het individu en er veel nadruk wordt gelegd op leefstijl.


Ondanks alle inspanningen van de afgelopen decennia is het niet gelukt om de gezondheidsverschillen te verkleinen.^{noot7} De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) constateerde in 2018 dat algemene maatregelen weliswaar leiden tot gezondheidswinst, maar dat de mensen bovenaan de maatschappelijke ladder daar [meer van hebben geprofiteerd](#) dan degenen onderaan de ladder. De verschillen tussen groepen nemen hierdoor nauwelijks af en dreigen op verschillende terreinen zelfs groter te worden.^{noot8}


Met een dergelijk *track record* dringt de vraag zich op of het huidige beleid zich wel concentreert op de juiste zaken. Heeft de term ‘sociaaleconomische gezondheidsverschillen’ ons begrip van het probleem onbedoeld versmald en ons blind gemaakt voor de dieperliggende oorzaken achter deze ongelijkheid?




In dit essay gaat de RVS op zoek naar andere manieren om het tij te keren. Daarvoor kijken we eerst naar de achterliggende oorzaken die gezondheidsverschillen in stand houden. Vervolgens gaan we in op historische doorbraken die enorme gezondheidswinst hebben opgeleverd. Daarnaast trekken

we lessen uit het meer recente verleden. Tot slot nodigen we u uit mee te denken over potentiële doorbraken die vandaag de dag mogelijk zijn om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen te verkleinen.

Complexe ongelijkheid

De werkelijkheid die gezondheidsverschillen veroorzaakt, is zeer complex. Complex omdat het zich niet laat vernauwen tot enkel sociaaleconomische factoren: mensen met een hoge sociaaleconomische status die hun sociale netwerk zien afbrokkelen kunnen eenzaam worden en daardoor ziek. Complex omdat het een interactie tussen verschillende factoren betreft: ongelijkheid in onderwijs, arbeidsmarkt, sociale zekerheid, leefomgeving, gezondheid en sociale relaties staan niet op zichzelf; ze beïnvloeden elkaar, soms in negatieve, maar soms ook in positieve zin. Complex omdat het een correlatie van factoren betreft gedurende een lange periode in de tijd: verschillen ontstaan niet plots en zijn vaak een gevolg van een opstapeling van problemen gedurende de levensloop. 

Dat [gezondheid ongelijk is verdeeld](#) over de bevolking is ten dele onvermijdelijk. Niet ieder mens heeft bij geboorte dezelfde startpositie, omdat mensen genetisch, biologisch en psychisch nu eenmaal van elkaar verschillen. Daar komen maatschappelijke verschillen bij. Het maakt voor je gezondheid alleen al een behoorlijk verschil of je man of vrouw bent: vrouwen leven langer, maar zijn vaak minder gezond dan mannen. Dit ligt niet alleen aan biologische sekseverschillen, maar ook aan het feit dat mannen en vrouwen in cultureel, economisch en sociaal opzicht van elkaar verschillen of verschillend worden behandeld. 

Naast biologische factoren wordt je gezondheid voor een groot deel bepaald door de omstandigheden waarin je wordt geboren, opgroeit, woont en werkt. Allemaal factoren die traditioneel buiten het gezondheidsdomein liggen en waar niet iedereen in eenzelfde mate vat op heeft of verantwoordelijkheid over kan nemen. Wat het zo complex maakt, is dat er vaak sprake is van een stapeling en interactie van zaken. Zoals én bestaansonzekerheid én een precare huisvesting. Of schulden én een instabiele gezinssituatie. Of laaggeletterdheid én het hebben van een migratieachtergrond. Of een migratiegeschiedenis én discriminatie.  Zoals Jet Bussemaker, voorzitter van de RVS en tevens hoogleraar aan de Universiteit Leiden, het in haar [oratie](#) stelde: zorg is daarom ook een sociale kwestie, niet alleen een medische.  Hoe meer men zich geconfronteerd ziet met een opeenstapeling van problemen, die elkaar ook nog eens beïnvloeden, hoe minder het vermogen om ze zelf te verhelpen, en hoe groter het effect op de gezondheid. 

Wat het zo complex maakt, is dat er vaak sprake is van een stapeling en interactie van zaken.

Een slechte gezondheid verkleint de kans op werk, en werkloosheid kan de gezondheid aantasten.^{noot14} Werkloosheid en langdurig leven in armoede kunnen bijvoorbeeld tot schulden leiden.^{noot15} Zoals uit het WRR-rapport [Weten is nog geen doen \(2017\)](#) blijkt, kan dit aanleiding zijn om moeite te hebben je aan adviezen, voorschriften en regels te houden, wat dan weer nieuwe problemen met zich mee kan brengen.^{noot16} Slechte en onzekere huisvesting verhoogt stress en kan zo leiden tot spanningen binnen het gezin. Wonen naast een snelweg veroorzaakt longproblemen.^{noot17} Gevoelens van onveiligheid vergroten de kans op angst, wantrouwen, eenzaamheid en sociaal isolement. Deze opeenstapeling van factoren leidt vaak weer tot chronische stress, wat de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en depressie vergroot. Bovendien hebben chronische onzekerheid en stress ook invloed op de cognitieve vermogens en vaardigheden om met problemen om te gaan en daarmee ook op de leefstijl van mensen.^{noot18}

De oorzaken waardoor mensen in zo'n negatieve spiraal terechtkomen verschillen sterk: van geboorte tot migratie, van [het maken van foute keuzes](#) tot simpelweg pech, van onwil tot overmacht of het ontbreken van de nodige mentale of fysieke weerbaarheid. Eenmaal in een negatieve spiraal beland, kan sociale marginalisatie versterkt worden door het versralen van het sociale netwerk en andere beschikbare hulpbronnen. Mensen komen vast te zitten in keuzestress, terugtrekgedrag, passiviteit en zelfs sociaal isolement. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) becijferde in 2014 dat ruim een kwart van de Nederlandse bevolking tot de 'achterblijvers' of de 'onzeker werkenden' behoren. Zij hebben relatief weinig beschikbare hulpbronnen, waaronder ook sociaal en cultureel kapitaal.^{noot19} Dat maakt van complexe ongelijkheid een maatschappelijk probleem dat de gezamenlijke veerkracht aantast; een deel van de bevolking raakt op diverse vlakken achterop.

We concluderen dat gezondheidsachterstanden voor een substantiële groep de uitkomst is van een werkelijkheid waarin verschillende factoren stapelen en met elkaar verweven zijn. Door het nationale beleid vooral te richten op individuele leefstijl en gedrag wordt in feite – gechargeerd gezegd – vooral het symptoom bestreden en niet de kwaal. Zoals we in het welzijnswerk geleerd hebben om te kijken naar de vraag achter de vraag, moeten we in relatie tot gezondheidsverschillen kijken naar de oorzaken achter de oorzaken.^{noot20}

Breder kijken

Er is in de loop van de afgelopen decennia iets paradoxaals in het denken over sociaaleconomische gezondheidsverschillen geslopen. De indicator waarmee we kwetsbare groepen en complexe problemen in beeld brengen, is in de loop van de tijd zowel de verklaring van het probleem als de oplossingsrichting geworden. Te weten: de sociaaleconomische status (SES), veelal gemeten aan de hand van opleidingsniveau, inkomen of beroepsstatus, is een goede voorspeller van verschillen in (ervaren) gezondheid. Maar het heeft op veel gebieden ook geleid tot een versmalling van de aanpak. Die is nu vooral gericht op het compenseren van een gebrek aan kennis door middel van voorlichting, het versterken van de individuele vaardigheden en het bevorderen van het eigen gezonde gedrag. En dat is goed, maar niet voldoende om de gestelde gezondheidsdoelen te bereiken. Dat besef begint steeds breder te leven.

Als we gezondheidsverschillen bij de kern willen aanpakken, is een brede blik gericht op de veerkracht van de samenleving als aanvulling op het bestaande beleid nodig. Daarbij is het goed te beseffen dat we nu het resultaat zien van wat jaren geleden gebeurde, en niet van wat er nu gebeurt. Het is zoals kijken naar de sterren: wat we nu waarnemen aan gezondheidsverschillen is mede het resultaat van beleid dat jaren en soms decennia geleden is ingezet.^{noot21} Ook dat draagt bij aan de complexiteit. Bij onze zoektocht naar een bredere aanpak stellen we ons de volgende vraag:

Wat kan de samenleving doen om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen te doorbreken?

Om die vraag te beantwoorden richten we ons allereerst op historische doorbraken die grote invloed hebben gehad op de volksgezondheid in de afgelopen anderhalve eeuw. Daarna kijken we naar het meer recente verleden. Welke veranderingen zien we sinds de opkomst van het SEGV-beleid? Hieruit trekken we lessen met betrekking tot de huidige focus op het individu. Van daaruit richten we onze blik op potentiële doorbraken waarvoor de samenleving als geheel aan zet is.

Sociale scheidslijnen en segregatie

Historische doorbraken: focus op de samenleving

Vanuit historisch perspectief zien we dat drie grote doorbraken ten aanzien van volksgezondheid, en als indirect gevolg daarvan ook gezondheidsverschillen, buiten de individuele medische zorg lagen. De gemene deler van deze maatregelen was dat ze zich primair richtten op *collectieve* problemen en in

eerste instantie vooral op het verbeteren van de fysieke en sociale werk- en leefomgeving van burgers. Individuele medische problemen werden daardoor als het ware meegenomen in de aanpak van grote maatschappelijke problemen. Hierdoor ontstond een vliegwiel voor verandering.

Hierbij speelt ook de gestage economische groei als gevolg van de industrialisatie een rol. Een hogere welvaart is goed voor onze gezondheid. Er is dan zowel op collectief als individueel niveau meer geld beschikbaar om te investeren in bijvoorbeeld verbeterde hygiëne, maar ook in betere huisvesting, voeding, onderwijs, arbeidsveiligheid én gezondheidszorg. Dit geldt overigens ook andersom: verbeteringen in de volksgezondheid leiden vaak ook tot een hogere economische groei. noot22

Eerste doorbraak: stadshygiëne

Een eerste doorbraak is de opkomst van stadshygiëne in de tweede helft van de negentiende eeuw. Epidemieën als dysenterie en cholera brachten een discussie over de oorzaken ervan teweeg. Hierdoor ontstond een groep zogenaamde hygiënisten. Zij streefden naar een algehele hervorming van de volksgezondheid waarbij hun aandacht vooral uitging naar kwesties als riolering, drinkwatervoorziening en volkshuisvesting. In hun kielzog volgden een aantal ondernemende technici, medici en stadsbestuurders met radicale plannen voor stadshygiëne: Virchow in Berlijn, Von Pettenkofer in München, Villermé en Parent-Duchâtelet in Parijs, Sarphati en Liernur in Amsterdam, Shattuck in Boston en Chadwick in Londen. noot23

De hygiënistische beweging en sanitaire hervormingen

De aandacht voor stadshygiëne was succesvol. Riolering, afvalverwijdering, sanitaire voorzieningen en vers drinkwater, die omstreeks 1880 in steeds meer Nederlandse steden werden geïntroduceerd, vormden het begin van de openbare gezondheidszorg en werden steeds meer gezien als brede maatschappelijke opgaven in plaats van humanitair beleid voor de armen. Verhuizen naar betere wijken kon de rijkere klasse immers niet vrijwaren van ziekte, want cholera respecteerde geen grenzen, noch fysiek noch sociaal. Hierdoor werd een nieuw soort denken geïntroduceerd: ‘De arts geneest de mensen stuk voor stuk, de wetgever bij miljoenen’, zei Bentham omstreeks 1770. noot24 Of zoals Virchow het in het revolutiejaar 1848 stelde: ‘Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal’ noot25

Tweede doorbraak: sociale wetgeving vanaf de industrialisatie

Een tweede belangrijke doorbraak is de ontwikkeling van de eerste sociale wetten aan het einde van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw.

De industrialisatie van Nederland vanaf 1870 ging gepaard met steeds slechter wordende arbeids- en leefomstandigheden en toenemende sociale spanningen. Arbeiders en hun kinderen die vaak ook in de fabriek werkten hadden een veel grotere kans om te overlijden dan hun bazen; al dan niet als direct gevolg van hun werk.^{noot26} De roep om overheidsingrijpen werd groter. Langzaam drong het besef door dat de risico's die gepaard gingen met industrialisatie niet als individuele risico's konden worden afgedaan. In die tijd werd dit de '[sociale quaestie](#)' genoemd, een kwestie van collectief belang.^{noot27} Er ontstond – mede onder druk van het opkomende socialisme – geleidelijk aan draagvlak voor collectieve beleidsmaatregelen die huisvesting, arbeidstijden en arbeidsomstandigheden reguleerden én arbeiders tegen de inkomensgevolgen van arbeidsongevallen, (tijdelijke) invaliditeit, werkloosheid en ziekte moesten beschermen. Tegelijkertijd was het ook simpelweg een kwestie van 'verlicht of welbegrepen eigenbelang' van de regerende elite: een collectieve aanpak was noodzakelijk om de indirecte gevolgen van tekort of tegenslag (pech) van een deel van de samenleving niet over te laten slaan op de samenleving als geheel.^{noot28}

Tussen 1871 en 1930 steeg de gemiddelde levensverwachting bij geboorte in Nederland van minder dan 40 jaar naar 65 jaar.^{noot29} Dit kwam mede door een dalende kindersterfte onder de armere lagen van de bevolking, en als gevolg van verbeterde stadshygiëne, betere voeding en schoon drinkwater.^{noot30} Maar ook de levensverwachting van ouderen verbeterde. Niet meer (kunnen) werken door ouderdom of invaliditeit had aan het begin van de twintigste eeuw weliswaar nog steeds ingrijpende gevolgen, maar er was wel een beter sociaal vangnet voorhanden.^{noot31}

Zorg en de staat

De Nederlandse gezondheidszorg kent een lange traditie van gedeelde verantwoordelijkheid tussen staat en maatschappelijk middenveld. Tot aan het midden van de twintigste eeuw hield de rijksoverheid zich grotendeels op afstand van de zorg. Zorg voor de volksgezondheid stond weliswaar in de allereerste grondwet van Nederland: de Bataafsche staatsregeling van 1798, maar verdween hier weer uit toen deze grondwet werd vervangen door de grondwet van 1801. Pas in 1983 werd de zorg voor de volksgezondheid weer als staatsverantwoordelijkheid opgenomen in de grondwet.^{noot1}

Dat betekent overigens niet dat de Rijksoverheid zich in de negentiende eeuw helemaal niet met gezondheidszorg bemoeide. Maar de staat was hierin lange tijd erg terughoudend. Volgens de toenmalige staatsopvatting waren vooral gemeenten verantwoordelijk voor de invulling en organisatie van sociale zorg, waaronder gezondheidszorg. Dit idee is neergelegd in de Gemeentewet van 1851 die gemeentes verplichtte om 'verordeningen te maken ten behoeve van de openbare gezondheid' en verder uitgewerkt in de Armenwet van 1854.^{noot2}

De Armenwet verplichtte gemeentebesturen te zorgen voor genees-, heel- en verloskundige zorg. Maar alléén voor de echte armen, als het absoluut onvermijdelijk was en dan nog als aanvulling op de zorg van anderen zoals familie, kerk en particuliere liefdadigheid. Ook de wetgeving die daarop volgde, zoals de *Wet regelende het geneeskundige Staatstoezicht* (1865), i.p.v. de *Wet op de besmettelijke ziekten* (1872) en de *Krankzinnigenwet* (1884) gingen uit van het primaat van de gemeente én het particulier initiatief in de gezondheidszorg. ^{noot3}

De gezondheidszorg was in Nederland vanaf de negentiende eeuw dus grotendeels op private grondslag georganiseerd en werd uitgevoerd door wat we vandaag de dag het ‘maatschappelijk middenveld’ of de *civil society* zouden noemen. Een schoolvoorbeeld hiervan zijn de zogenaamde kruisverenigingen die vanaf 1875 in vrijwel alle gemeenten van Nederland werden opgericht. Deze kruisverenigingen richtten zich op preventie van ziekte, verbetering van de algemene hygiëne en gezondheidsvoorlichting. De verenigingen kwamen voort uit de bevolking en werden ook bestuurd en gefinancierd door de leden zelf. ^{noot4}

Hoewel er vanaf het begin van de twintigste eeuw heftig werd gedebatteerd over het al dan niet invoeren van een sociale ziektekostenverzekering deed de Rijksoverheid pas in 1941 echt zijn intrede in de gezondheidszorg, toen de Duitse bezetter het *Ziekenfondsenbesluit* afkondigde. Met dit besluit werd een verplichte ziektekostenverzekering voor werknemers met een beneden modaal inkomen in het leven geroepen (ongeveer 45% van de bevolking). ^{noot5} Na de Duitse bezetting breidde de overheidsinvloed over de gezondheidszorg snel uit, onder andere via de *Ziekenfondswet* (1964) en de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (1968). In dezelfde periode nam de rijksoverheid niet alleen steeds meer verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg. Ook op andere terreinen breidde de overheid het sociale vangnet uit, bijvoorbeeld via algemene volksverzekeringen op het gebied van inkomen en ouderdom, zoals de *Algemene Ouderdomswet* (1958), de *Algemene Bijstandswet* (1965) en de *Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering* (1967). De overheid kreeg niet alleen een rol in financiering en toezicht, ook de uitvoering van deze wetten werd veel centraler geregeld dan tot op dat moment het geval was. ^{noot6}

Met de invoering van de *Zorgverzekeringswet* (2006), de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (2007/2015) en de *Wet langdurige zorg* (2015) zien we dat de Rijksoverheid een groot deel van deze taken weer overdraagt aan particuliere organisatie en gemeenten.

Een eigen ministerie voor volksgezondheid?

Het toenemende maatschappelijke belang van gezondheid kan ook worden geschetst aan de hand van de plek die volksgezondheid in de verschillende ministeries van de rijksoverheid heeft ingenomen. Volksgezondheid is, zoals hierboven aangestipt, lange tijd beleidsmatig gekoppeld geweest aan armenzorg. De armenzorg viel – als gemeentelijke taak – onder het ministerie van Binnenlandse Zaken. In 1918 werd de afdeling volksgezondheid overgeheveld naar het nieuwe ministerie van Arbeid (in 1922 veranderde de naam van het ministerie naar Arbeid, Handel en Nijverheid en

in 1933 naar Sociale Zaken). Dit weerspiegelt in zekere zin een nieuwe fase in het debat over gezondheidszorg. Door de industrialisatie ging het niet langer over de zorg voor armen, maar over de zorg voor arbeiders.^{noot7}

In 1951 werd volksgezondheid voor het eerst genoemd in de naam van een departement: het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De ouderenzorg en een groot deel van de welzijnszorg viel echter onder het ministerie van Maatschappelijk Werk. In 1971 kreeg volksgezondheid een eigen ministerie: het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. In 1982 fuseerden het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tot het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Hier werd in 1994 het onderdeel Cultuur van afgesplitst, waarna het ministerie verderging als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.^{noot8} Volksgezondheid schoof in de naam van het nieuwe ministerie een plaatsje op in de rangorde ten opzichte van Welzijn.

Ontstaan verzorgingsstaat

Deze ontwikkeling zette door in de jaren vijftig van de vorige eeuw. Vlak na de Tweede Wereldoorlog waren politieke stabiliteit en sociale vrede noodzakelijk voor de wederopbouw van de samenleving. Daardoor ontstond draagvlak om verder te interveniëren in persoonlijke levenssterreinen als gezondheid, inkomen, wonen en onderwijs. En dus klonk het pleidooi voor de overheid om zich actief te gaan bemoeien met het leven van burgers. Stukje bij beetje werd de verzorgingsstaat ‘van de wieg tot het graf’ opgebouwd.^{noot32} Tijdens de Duitse bezetting (1941) werd een verplichte sociale ziektekostenverzekering ingevoerd voor mensen met (beneden)modaal inkomen.^{noot33} De invoering van de *Algemene Ouderdomswet* (AOW) zorgde voor een afname van armoede onder ouderen. De *Algemene Bijstandswet* (ABW) betekende een keerpunt in de bestrijding van armoede voor de gehele bevolking. En door de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ) kon men aanspraak maken op langdurige zorg buiten de traditionele kaders van het gezin of de armenzorg. Bovendien vertaalde de welvaartstijging zich ook in betere woningen, voeding van hogere kwaliteit en meer ruimte voor scholing.^{noot34} De collectieve aanpak van wonen, werken, leren en verbeteringen in de gezondheidszorg én de toegankelijkheid ervan leidde tot een enorme gezondheidswinst en kleinere gezondheidsverschillen.

Derde doorbraak: onderwijs

In dezelfde periode werd de maatschappelijke ongelijkheid verder verkleind door het onderwijs. Stoppen met de lagere school was eerder uitzondering dan regel voor de generatie die na de Tweede Wereldoorlog geboren werd. Onderwijs werd hierdoor dé emancipatiemachine^{noot35} en het aantal hoogopgeleiden neemt sindsdien almaar toe. Dit zorgde voor een stijgend welvaartsniveau en een nooit eerder geziene sociale mobiliteit. Daar waar begin

jaren zeventig van de vorige eeuw slechts 8% van de bevolking hoogopgeleid was, is in Nederland momenteel 30% van de bevolking hoogopgeleid. Binnen de leeftijdscategorie 30- tot 35-jarigen is dat maar liefst 49%.^{noot36} Kortom, de stijging in levensverwachting sinds 1970 viel samen met een stijging van het opleidingsniveau van de bevolking.

Het verband tussen levensverwachting, gezondheidswinst, gezondheidsverschillen en onderwijsniveau is een onderwerp van [wetenschappelijk debat](#).^{noot37} Toch is de laatste jaren door onderzoek van bijvoorbeeld epidemiologen en gezondheidseconomen als Kaplan, Lutz, Luy, Montez en Friedman steeds meer bewijs voorhanden dat verbetering van het opleidingsniveau leidt tot gezondheidswinst, zowel op individueel als op populatieniveau. Immers, opleiding verbetert permanent de cognitieve mogelijkheden alsook controle over het eigen leven. Dit zorgt voor meer welvaart en een stijgende levensverwachting.^{noot38}

Wat leren we hiervan?

Deze drie doorbraken leren ons het volgende: er zijn interventies die in het verleden de gezondheid en levensverwachting van mensen met grote sprongen hebben verbeterd, terwijl dat lang niet altijd het primaire doel was. De interventies werden toegepast in het belang van de samenleving als geheel. Oftewel:

Doorbraken in het verkleinen van gezondheidsverschillen kunnen ontstaan als neveneffect van de aanpak van maatschappelijke problemen.

Het recente verleden: focus op het individu

Wanneer we naar het meer recente verleden kijken, zien we dat het denken in termen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen begin jaren tachtig van de vorige eeuw zijn intrede doet. Tot dan waren sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederlands gezondheidsbeleid nog een non-issue.^{noot39} Daar kwam verandering in door het in Engeland uitgebrachte [Black Report in 1980](#). Dit rapport toonde ondubbelzinnig aan dat gezondheid ongelijk verdeeld was over de Britse bevolking. Ondanks de oprichting van de *National Health Service* (NHS) in 1948 bleken de verschillen groter in plaats van kleiner te worden. Belangrijkste conclusie was dat sociale ongelijkheden op het terrein

van inkomen, huisvesting, opleidingsniveau en arbeidsomstandigheden bepalend zijn voor de gezondheid. noot40

Beleid op sociaaleconomische gezondheidsverschillen

In 1985 verscheen in Nederland de *Nota 2000*. Voor het eerst kregen ook in Nederland sociaaleconomische gezondheidsverschillen de nodige aandacht. Echter, ondanks de daarop volgende decennia van interventies en beleid op dat gebied, is er geen sprake van afname van gezondheidsverschillen. Iedereen ging er weliswaar op vooruit wat absolute gezondheid betreft. Maar het beleidsdoel van het verkleinen van gezondheidsverschillen werd niet behaald. Sterker nog, in de jaren daarna leken ze juist weer groter te worden. noot41 Als we willen begrijpen wat er nu gebeurt met gezondheidsverschillen, moeten we dus kijken naar wat er sinds het verschijnen van de *Nota 2000* heeft plaatsgevonden binnen de samenleving.

- Ten eerste is er sinds de jaren tachtig sprake van toenemende ongelijkheid ten aanzien van wonen en leefomgeving.
- Ten tweede hebben veranderingen op de arbeidsmarkt én in de voorzieningen van de verzorgingsstaat invloed op de positie van werkenden.
- Ten derde beïnvloedt het denken in termen van eigen verdiensten de emancipatoire kracht van onderwijs in Nederland. De focus binnen nationaal beleid *en* de samenleving als geheel kwam steeds meer te liggen op de individuele verantwoordelijkheid. Dit lichten we hieronder toe.

Ongelijkheid in wonen en leefomgeving

Veel steden hebben geprofiteerd van de economische groei van de jaren 1990 en 2000. Verloederde wijken konden worden opgeknapt en er kon weer worden geïnvesteerd in openbaar vervoer, groen en andere voorzieningen. Verschillende steden leefden bijna letterlijk weer op en werden aantrekkelijk voor buitenstaanders. De [PBL-studie *De Verdeelde Triomf* \(2016\)](#) maakte duidelijk dat technologisering, agglomeratievoordelen en globalisering vooral in de grote stadsgewesten (de Randstad, maar bijvoorbeeld ook Eindhoven, Groningen en Arnhem) voor een grote groei hebben gezorgd, met name voor hoogopgeleiden. Deze groei veroorzaakt echter niet automatisch een groei van het aantal lager betaalde banen of de kans op een baan voor werklozen. noot42

Bijkomend hebben de verschraving van sociale woningbouw en het toenemende woningtekort, scheefwonen, stijgende huren, dalende huursubsidie en beleggingsactiviteiten op de woningmarkt het voor bepaalde groepen moeilijker gemaakt om in de stad te wonen. noot43 Zij verplaatsten zich eerst naar de randen van de stad en daarna steeds vaker buiten de stad. Hierdoor ontstonden wijken

en gemeenten waarin een onevenredig groot aantal mensen wonen met eenzelfde sociale positie. Woningen, sportfaciliteiten en publieke voorzieningen zijn er vaak van mindere kwaliteit. De scholen worden er door de Onderwijsinspectie als [zwak tot zeer zwak](#) bestempeld.^{noot44} Dit heeft niet enkel gevolgen voor die buurten waar problemen zich dreigen op te stapelen, maar ook voor de stad zelf.

In steden als Utrecht en Amsterdam wordt personeelstekort bij politie, kinderopvang, onderwijs en zorg gelinkt aan de woningnood. In bijvoorbeeld Amsterdam behoort 20% van de bevolking tot de middeninkomens, terwijl slechts 7% van het woningaanbod voor hen bestemd is.^{noot45} Voor sommigen is het wonen in de regio's rond de stad een bewuste keuze. Zij ruilen bijvoorbeeld een korte reistijd vrijwillig in voor een groter huis met tuin. Voor anderen is dat geen bewuste, maar een afgedwongen keuze: een woning binnen de ringweg van Amsterdam zit er voor een verpleegkundige, onderwijzer of buschauffeur met een gezin lang niet altijd in.^{noot46} Deze fenomenen worden bovendien versterkt door een regionale krimp aan de randen van Nederland, waar juist hoogopgeleide jongeren wegtrekken richting de (Rand)stad.^{noot47}

Er zijn vanzelfsprekend regionale verschillen, maar de toename van sociale en maatschappelijke segregatie lijkt een algemeen verschijnsel, tussen én binnen regio's. Rond steden als Amsterdam en Utrecht stijgt de economische groei gestaag, in Groningen en Zuid-Limburg daalt deze. Een algemeen stijgende welvaart wordt dus ongelijk verdeeld over het land.^{noot48} In het noorden van Nederland verdienen laagbetaalden voor hetzelfde werk minder dan in de Randstad, een loonongelijkheid die ook binnen centrumgemeenten is waar te nemen.^{noot49} In combinatie met veranderingen op macroniveau, zoals technologisering en globalisering, hebben deze verschijnselen een direct gevolg voor de woningmarkt. Huur- en koopprijzen stijgen, starters komen knel te zitten, wachttijden voor sociale woningen groeien fors, verkamering in grote steden, krimp in buitenstedelijke gebieden en (sociale) homogenisering van wijken en buurten vinden plaats. Dit alles heeft gevolgen voor de persoonlijke kansen en levenssfeer.

Stapelning van problemen

Het feit dat steeds meer mensen met uiteenlopende sociale problemen samenwonen in dezelfde wijk heeft geen geringe effecten. Na jaren van beleid gericht op achterstandswijken concludeerde Aedes dit jaar dat de situatie alleen maar [urgenter](#) is geworden. Volgens de koepel van woningbouwcorporaties is het in 10% van deze buurten nu één voor twaalf. De leefbaarheid en het veiligheidsgevoel in deze buurten en wijken erodeert zienderogen, als gevolg van de toename van bewoners in een kwetsbare positie: een grote afstand tot de arbeidsmarkt, mensen met een licht verstandelijke beperking en mensen met psychiatrische problemen.^{noot50}

Maar er zijn meer nadelige effecten. Zo blijkt de wijk waar iemand geboren wordt doorslaggevend voor succes in het onderwijs.^{noot51} De zorguitgaven voor baby's en kinderen in achterstandsbuurten kunnen tot gemiddeld 1.000 euro per jaar hoger zijn dan in buurten waar geen accumulatie van armoede en werkloosheid heerst.^{noot52} Bijkomend lopen kinderen die opgroeien in multiprobleemgezinnen meer kans op het ontwikkelen van emotionele problemen, gedragsproblemen en ontwikkelingsproblemen. Bij de aanwezigheid van vier (onderling samenhangende) risicofactoren, te weten: slechte woonsituatie, armoede, gescheiden ouders en beperkte structuur in het leven of de huishouding is de kans dat een kind op latere leeftijd zelf problemen ontwikkelt meer dan 30%.^{noot53} Als we nu niet ingrijpen zullen zowel deze mensen individueel als de samenleving in haar geheel daarvan binnen enkele decennia de nadelige gevolgen ondervinden.

Armoede, gezondheid en andere risico's

Luchtkwaliteit en groen

Uit Belgisch onderzoek blijkt dat kinderen die onderwijs volgen in gebieden met slechte [luchtkwaliteit](#) – vaak aan de rand van de stad en dichtbij de uitvalswegen – minder goede schoolresultaten behalen.^{noot54} Vergroening zou daarvoor een oplossing kunnen zijn. Steeds meer gemeenten, zoals Utrecht, Rotterdam, Amsterdam en Apeldoorn, pakken deze uitdaging op en investeren fors in de aanleg van meer groen en blauw (water) in de stad.^{noot55} Dit soort brede collectieve investeringen in de fysieke leefomgeving komt de gehele stedelijke gemeenschap ten goede.

Dit geldt in veel mindere mate voor goedbedoelde overheidssubsidies voor de 'vergroening' van huishoudens. Deze subsidieprogramma's vereisen over het algemeen vaak eigen kapitaal. De *haves* kunnen het zich veroorloven, en krijgen dus ook de subsidies, de *have nots* niet. De 'winst' van 'vergroening' wordt dus niet evenredig verdeeld.^{noot56} Onderzoeksbureau CE Delft becijferde (2017) dat van 750 miljoen euro aan subsidies en belastingvoordelen [slechts een vijfde de armere huishoudens heeft bereikt](#). Zo'n subsidie vergroot onbedoeld de kloof tussen 'greens' en 'green nots'.^{noot57} Een kloof die in potentie alleen maar groter wordt. Immers, duurzaam gedrag is veelal aangeleerd gedrag en afhankelijk van het opleidingsniveau. Zo hebben laagopgeleiden minder vertrouwen in het aanpakken van het klimaatprobleem dan hoger opgeleiden. Bewust kiezen aan de kassa gebeurt eveneens meer door hoger opgeleiden, en jongeren.^{noot58} Niet voor niets waarschuwde Kim Putters, directeur van het SCP, dat het duurzaamheidsvraagstuk is uitgroeid tot een sociale kwestie.^{noot59}

Ongelijkheid in bestaanszekerheid

Collectieve verzekeringen beschermden oorspronkelijk arbeiders tegen armoede, ziekte, arbeidsongeschiktheid en (tijdelijke) invaliditeit en zorgden zo voor inkomenszekerheid en sociale stabiliteit. Deze maatregelen hebben in de loop van de tijd een ander karakter gekregen. Sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw is er veel veranderd op de arbeidsmarkt: het aantal vrouwen dat werkt is revolutionair toegenomen; lang niet iedereen werkt meer een leven lang voor dezelfde baas; deeltijdwerk, zelfstandigen zonder personeel en flexibel werk hebben – soms uit vrije keuze, soms uit gebrek aan ander perspectief – een hoge vlucht genomen.

Tegelijkertijd heeft de overheid in veel maatschappelijke domeinen een stap terug gedaan, zijn overheidsdiensten geliberaliseerd of geprivatiseerd en kwam de focus te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Betaalbaarheid, rechtmatigheid, doelmatigheid en keuzevrijheid werden belangrijke politieke ambities.^{noot60} Daardoor werd meer verwacht van de individuele burger, ook in relatie tot sociale voorzieningen.^{noot61} Illustratief hiervoor is het feit dat overheidsdiensten steeds meer als product werden gedefinieerd met burgers als klant of consument. Risico's rondom inkomen, werk en gezondheid werden meer gekoppeld aan individuele verantwoordelijkheid én keuzevrijheid dan voordien. Dit heeft geleid tot technisch gedetailleerde maar complexe voorzieningen waar niet iedereen zijn weg in weet te vinden. Gevolgen zijn kwetsbare jongeren die jeugdzorg mislopen, oproepen voor minder complexe ouderenzorg, en oplopende wachtlijsten voor mensen met de behoefte aan complexe GGZ-zorg.

Zelfredzaamheid en beleid

Onzeker inkomen

De flexibilisering op de arbeidsmarkt is de laatste jaren doorgeschoten. Recent noemde de commissie-Borstlap dit onomwonden '[een nieuwe sociale kwestie](#)'.^{noot62} De opkomst van flexibele arbeid heeft – volgens de commissie – een nieuwe kloof gecreëerd, waarbij hoogopgeleiden meer inkomenszekerheid genieten dan laagopgeleiden. Werknemers met een flexibele arbeidsrelatie en ZZP'ers vormen in Nederland samen 3 miljoen flexwerkers. Dat is 34% van alle werkenden.^{noot63} Dit ondermijnt de emancipatorische kracht van arbeid voor een groot deel van de Nederlanders en zorgt voor een versterking van sociale scheidslijnen. Zowel in sociale als economische termen neemt de waarde van arbeid af. Bij wijze van voorbeeld: een kwart van de ZZP'ers is volgens eigen zeggen uit noodzaak gestart. Ze vinden geen baan in loondienst, waardoor voor hen een groot deel van de rechten, die de laatste decennia zijn verworven, niet beschikbaar zijn: pensioenopbouw, arbeids- en zorgregelingen, werkloosheidsuitkering en vakantiegeld. Verschillende groepen zien zich dus in een verschillende mate beschermd en bovendien is niet iedereen even weerbaar.

Met betrekking tot het verouderen van de kennis nodig voor het uitoefenen van een beroep, stelt de commissie-Borstlap dat dit niet per definitie een individueel risico moet zijn.

Onzeker wonen

Cijfers van het Nibud (2019) maken duidelijk dat van de huurders in Nederland 50% moeite heeft met rondkomen, dat 40% [financiële schaarste](#) ervaart en 30% met betalingsachterstanden te kampen heeft. Ongeveer 30% van de huurders in de vrije sector woont in een huis dat gezien hun financiële situatie eigenlijk te duur is. Een kwart van de huurders, oftewel 800.000 huishoudens, heeft te weinig middelen om in het levensonderhoud te voorzien. Dit betreft met name mensen die in een sociale huurwoning wonen, alleenstaanden en huurders tussen de 25 en 45 jaar. ^{noot64} Dat maakt hun woonsituatie in financiële zin permanent kwetsbaar. In ons advies '[Herstel begint met een huis](#)' (2020) constateren we dat het aantal daklozen het laatste decennium verdubbeld is en dat het clichébeeld van de zwerver niet langer opgaat. Steeds vaker zijn het mensen die na een *life event* in de problemen komen, hun sociale netwerk uitgeput zien en pas dan bij de maatschappelijke opvang aankloppen. Zij zijn echter pas het topje van de ijsberg. Anno 2020 weten we dat een preciaire woonsituatie en een onzeker inkomen een groot negatief effect hebben op de fysieke en mentale gezondheid van mensen. ^{noot65}

Grote groep preciairen

Zoals eerder al aangestipt, ervaart meer dan een vierde van de Nederlanders op verschillende levensdomeinen verregaande problemen. Het SCP concludeert dat deze groep tekort komt op zowel persoonlijk, cultureel, economisch als sociaal kapitaal. Meer concreet: ze hebben geen ondersteunend informeel netwerk, geen stabiele woonsituatie, geen werk of dagbesteding, ze zijn laagopgeleid, vaak onzeker en er zijn onvoldoende financiële middelen. Bovendien hebben ze te maken met een slechte fysieke of mentale gezondheid. ^{noot66} Zij leven in [permanente onzekerheid over hun toekomst](#). Dit brengt chronische stress en andere gezondheidsklachten met zich mee. Het verdwijnen van stabiliteit in bestaanszekerheid betekent voor hen achteruitgang in gezondheid.

Meer dan een vierde van de Nederlanders ervaart op verschillende levensdomeinen verregaande problemen.

Ongelijkheid in onderwijs

De laatste decennia is een sterk geloof ontstaan in een meritocratische samenleving waarin je maatschappelijke positie vooral wordt bepaald door je eigen verdiensten (*merites*), ofwel je eigen kennis en vaardigheden. Hoewel deze opvatting op zichzelf natuurlijk niet verkeerd is, bestaat het gevaar dat de sociaaleconomische positie hierdoor gereduceerd wordt tot een puur persoonlijke prestatie of persoonlijk falen.^{noot67} En het is maar zeer de vraag of dit opgaat. Zo laat het rapport *Kwalitatief goed onderwijs met kansen voor iedereen (2020)* zien dat het gezin, de straat, de wijk en de omgeving waarin een kind opgroeit ook een grote bijdrage leveren aan het later behaalde succes. Die factoren heb je als individu niet (altijd) in eigen hand. De grote druk van diploma's en de toenemende sociale segregatie – nog eens versterkt door het dreigende lerarentekort – leiden tot toenemende kansenongelijkheid in het onderwijs. Ook hier versterken effecten elkaar; scholen in wijken met veel problemen hebben meer moeite goede leraren te vinden. Kinderen uit gezinnen met weinig werkervaring hebben meer moeite een goede school- en beroepskeuze te maken, en zijn eerder schoolverlater.^{noot68}

Gezinnen met ouders met een hogere opleiding en inkomsten zullen proberen mogelijke tekortkomingen in het reguliere onderwijs buiten de school te compenseren. Uitgaven voor schaduwonderwijs (bijvoorbeeld bijles, studietoetscoaching, huiswerkbegeleiding, examentraining, etc.) zijn de laatste jaren fors toegenomen: van circa 30 miljoen euro in 1995 tot bijna 200 miljoen euro in 2016.^{noot69} Dat vergroot de ongelijkheid in onderwijskansen.

De oorzaken die voor deze toename genoemd worden zijn divers en duiden andermaal op een achterliggende complexiteit: van algemene sociale segregatie, vermeend kwaliteitsgebrek, te grote klassen en te weinig maatwerk, toename van competitie en prestatiedruk (waardoor men via bijscholing hogere cijfers probeert te halen) tot het inzetten van schaduwonderwijs als verlengde kinderopvang omdat beide ouders werken (en het dus kunnen bekostigen). Eén van de zorgen die aan de opkomst van het schaduwonderwijs gekoppeld wordt is dat verborgen privatisering van het publieke onderwijsbestel leidt tot minder kansengelijkheid, waardoor de toegankelijkheid van het gehele onderwijs in het geding komt.^{noot70}

Diploma-inflatie

Zoals gezegd zien we de laatste decennia een enorme stijging van het aantal hoogopgeleiden. Dit heeft als paradoxaal effect gehad dat de waarde van een diploma is gedaald.^{noot71} Dit wil zeggen dat diegenen die sinds de jaren zestig massaal op de maatschappelijke ladder konden stijgen door het behalen van een hoger diploma, er de meeste vruchten van geplukt hebben. De huidige generatie heeft omwille van die diploma-inflatie andere hefbomen nodig om een gunstige maatschappelijke positie te verwerven.^{noot72} Een mooi diploma op je CV is niet

langer voldoende: vrijwilligerswerk, stages, bijbaantjes of deelname aan internationale uitwisseling worden steeds belangrijker.


Daarbij is er weinig oog voor verschillen in omstandigheden van jongeren. Jongeren die opgroeien in armoede (ongeveer 8% van alle kinderen) of jongeren met een slechte gezondheid (ruim 25% van de jongeren tot 25 jaar heeft een chronische aandoening) hebben niet altijd de ruimte voor 'extra' activiteiten. Ook voor jonge mantelzorgers (ongeveer 6 tot 8% van de jongeren tussen 13 en 17 jaar) is het lastiger om aan te geven wat zij als extra's te bieden hebben.^{noot23} Hun inspanningen kunnen echter veel betekenisvoller zijn dan een extra huiswerkcurcus of extra-curriculaire activiteiten. De bijdrage die onderwijs kan leveren aan gezondheid, zoals hierboven betoogd, is dus niet voor iedereen gelijk, omdat onderwijskansen niet gelijk zijn verdeeld over de bevolking. Het meritocratische ideaal vertelt maar een deel van het verhaal.

Prestatiedruk

Scholieren en studenten staan, mede door diploma-inflatie, onder grote druk om goed te presteren. In 2018 vroeg de RVS hier in het essay *Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen* al aandacht voor.^{noot74} Uit een [recente analyse](#) van het RIVM, het Trimbos Instituut en het Amsterdam UMC (2019) blijkt dat het aantal jongeren tussen de 12 en 25 jaar met psychische problemen is toegenomen ten opzichte van tien jaar terug.^{noot75} Vooral onder vrouwen. Niet toevallig is dat juist de groep die de laatste jaren een steeds hoger opleidingsniveau heeft verkregen. Ook de ervaren druk door schoolwerk onder jongeren tussen 12 en 16 neemt de laatste jaren sterk toe.^{noot76} Op de basisschool en de middelbare school neemt de druk toe om een 'goed' vervolgadvis te krijgen, net als de angst om een 'foute' studiekeuze te maken. Bij studenten spelen meer factoren een rol; daar gaat het om een combinatie van bindend studieadvies, leenstelsel, sociale verwachtingen (denk aan sociale media), gecombineerd met onzekerheid over hun toekomstige kansen op de woning- en arbeidsmarkt. Het past allemaal in een bredere maatschappelijke trend van meer druk.

Ongelijkheid door gelijke behandeling

In Nederland worden gelijke gevallen op grond van het rechtsstatelijke gelijkheidsbeginsel gelijk behandeld. Het is lastiger gebleken om ongelijke gevallen ook ongelijk te behandelen. De verzorgingsstaat is niet goed in het inspelen op verschillen tussen mensen. Met name daar waar het complexe problematiek betreft, zien we dat verschillende logica's van het zorgsysteem met elkaar kunnen botsen. Gevolg is dan een dure maar weinig efficiënte hulpverlening, zoals bleek uit het RVS-advies *Complexe zorg, eenvoudige toegang* (2019).^{noot77} En dat is juist ten aanzien van gezondheidsverschillen

problematisch. Zie hier dus het zogenoemde [Mattheüseffect](#): beleid en maatregelen die gericht zijn op groepen met een lagere sociaaleconomische status hebben door hun universele karakter een gunstig effect op die groepen, maar een nog groter positief effect op groepen die het al goed doen.  Dit heeft als implicatie dat universeel beleid gericht op gezondheid effectief bijdraagt aan een betere gezondheid voor iedereen, en dat het tegelijkertijd leidt tot grotere ongelijkheid.

Een breder perspectief dan SEGV

Gezien de complexe werkelijkheid achter gezondheidsverschillen vindt de RVS dat de term ‘sociaaleconomische gezondheidsverschillen’ toe is aan heroverweging. Iemands sociaaleconomische status was jarenlang de indicator voor sociale ongelijkheid – inkomen en opleidingsniveau werden daarmee gaandeweg dé bepalende factoren waar andere verschillen als het ware uit voortvloeiden. Maar in onze huidige samenleving zijn ook vaardigheden nodig om richting aan je leven te geven en met complexe problemen om te kunnen gaan, waaronder je weg vinden in een complexe maatschappij.

De blik op het verleden leert ons dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen het sterkst verminderden bij een aanpak die de hele samenleving betrof, en niet bij een aanpak gericht op het individu of een beperkte groep. Maar ook dat die aanpak niet per definitie het doel had die verschillen te verkleinen. Beide constatering bevestigen dat de oorzaken van (on)gezondheid verder gaan dan louter individueel gedrag of het ontbreken van een trapveldje in een wijk.

Maar in onze huidige samenleving zijn ook vaardigheden nodig om richting aan je leven te geven en met complexe problemen om te kunnen gaan, waaronder je weg vinden in een complexe maatschappij.

De conclusie die de brede blik oplevert, is dat we meer oog moeten hebben voor interventies die collectief gericht zijn alsook voor culturele en mentale aspecten. Zolang de focus gericht blijft op het individu, op basis van inkomen en cognitieve vaardigheden, zal de hardnekkigheid van de gezondheidsverschillen die we nu kennen nog lang voortduren. De WRR zoekt een ander perspectief door niet langer te spreken over gezondheidsverschillen, maar het

gezondheidspotentieel centraal te stellen, en je af te vragen waar en bij wie de grootste gezondheidswinst te behalen is. Bovendien pleit de WRR voor een meer universele benadering van gezondheid en gezondheidsverschillen met extra aandacht voor ‘achterblijvers’. Deze benadering noemt de WRR ‘universeel proportionalisme’.^{noot79} Dat is een stap vooruit ten opzichte van de traditionele benadering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen van de Rijksoverheid, maar blijft beperkt binnen de zorg. Ook de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 – 2024^{noot80} is zoals eerder gesteld een stap in de goede richting.

De RVS bouwt hier graag op voort, maar kiest voor een nog breder perspectief. Een perspectief waarin niet het individu, gezondheidszorg en preventie voorop staan, maar de ‘complexe ongelijkheid’ achter gezondheidsverschillen. We moeten ons richten op ‘the causes of the causes’, zoals arts en epidemioloog Michael Marmot het in 2010 noemde.^{noot81} Onze blik richten op deze ongelijkheid is meer behulpzaam en accuraat voor het begrijpen, duiden en aanpakken van gezondheidsverschillen door overheden, professionals en maatschappelijke organisaties dan ons richten op de term ‘sociaaleconomisch’. En als we het hebben over die complexe ongelijkheid hebben we het over de samenleving als geheel. De zorg voor ons allemaal, die zowel sociaal, maatschappelijk als medisch is. Dat maakt van complexe ongelijkheid misschien wel dé sociale kwestie van deze tijd.

Marmot en ‘the causes of the causes’

Basisprincipes voor een nieuwe aanpak

Tot besluit van dit essay willen we verkennen welke doorbraken vandaag de dag mogelijk zijn om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen daadwerkelijk te verkleinen. Daarbij is de inzet breder dan gezondheid, het beleidsterrein breder dan zorg en de reikwijdte eerder collectief dan individueel. Om deze te duiden zullen we eerst enkele basisprincipes voor nieuw, aanvullend beleid voorstellen.

Een nieuwe bijdrage aan de geschiedenis

Wat we nodig hebben is een doorbraak gericht op de complexe ongelijkheid die achter gezondheidsverschillen schuilgaat. Denk hierbij aan de eerste historische doorbraak: de aanleg van riolering, afvalverwijdering en schoon drinkwater kwamen iedereen ten goede en bevorderden de gezondheid bijna als mooi neveneffect. Het is in ons welbegrepen eigenbelang én ons gezamenlijk belang dat we inzien dat complexe ongelijkheid ten koste gaat van onze maatschappelijke welvaart, veerkracht én onze volksgezondheid. Het aanpakken

van die complexiteit verdient een eigen langetermijndoelstelling. We moeten dus op zoek naar de riolering van deze tijd.

1. Daarbij zijn duurzaamheid en continuïteit in beleid allereerst noodzakelijk, aangezien resultaten van interventies in complexe ongelijkheid pas jaren later zichtbaar zijn. Dit beleid vergt, zoals de Sociaal Economische Raad (SER) recentelijk ook bepleitte, niet alleen een langetermijnvisie en langetermijnfinanciering, maar juist ook [bestuurlijk doorzettingsvermogen](#).^{noot82} Beleidsmakers, vooral op nationaal niveau, moeten verder durven kijken dan wat er kan worden bereikt in één kabinets- of gemeenteraadstermijn. Dit geldt voor zowel individuele als collectieve interventies. Net als klimaatdoelstellingen, de doelstellingen als het gaat om [Brede Welvaart](#), de *Sustainable Development Goals*^{noot83} of de Kennis- en Innovatieagenda voor de topsector Gezondheid en Zorg, kunnen we ook doelstellingen met betrekking tot complexe ongelijkheid opstellen. Dan mag het niet alleen gaan over het benoemen van het terugdringen van de gezondheidsverschillen op zich, maar moet het ook gaan over de factoren die deze verschillen zo hardnekkig en cultureel ingebakken maken.
2. Ook hebben we aanvullend beleid gericht op het collectief en de samenleving nodig. Beleid op het gebied van complexe ongelijkheid vraagt samenwerking, over vakdepartementen heen. Het waren niet voor niets sociale wetten die grote verschillen in gezondheid wisten terug te dringen. Dat betekent echter niet dat dit beleid exclusief bij de politiek belegd moet worden. De politiek geneest bij de miljoenen, maar het waren artsen die de oorzaak van de cholera ontdekten. Het waren de architecten en de ontwerpers die de oplossing bedachten. Zo kunnen we allemaal ons steentje bijdragen aan het wegwerken van complexe ongelijkheid: bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en burgers: *it takes a society to fight complex inequality*. Zoals terug te zien in het idee van de *health in all policies* en de Monitor Brede Welvaart. Dat is een mooie ontwikkeling. Nog mooier zou zijn als er *resilient society in all policies* zou komen.
3. Een derde aspect is dat interventies aanvullend op het huidige beleid minder gericht moeten zijn op het terugdringen van gezondheidsverschillen als doel op zichzelf. Bredere ambities hebben indirect mogelijk een veel positiever effect. Door te erkennen dat achter gezondheidsverschillen een complexe ongelijkheid schuilt, erkennen we dat niet alleen individuele burgers aan zet zijn, maar de hele samenleving.

Het besef dat gezondheid wordt beïnvloed door allerlei factoren buiten het domein

van gezondheid en zorg is de laatste jaren toegenomen.


Potentiële doorbraken


We hebben gekeken naar de complexe oorzaken van gezondheidsverschillen en lessen getrokken uit historische doorbraken en ontwikkelingen in het meer recente verleden. *Tot slot nodigen we u uit om samen met ons op zoek te gaan naar potentiële doorbraken die gezondheidsverschillen daadwerkelijk zullen verkleinen.* We hopen dat u daarbij niet schroomt radicaal te denken.

Verskillende maatschappelijke en economische vergezichten lijken radicaal omdat ze het bestaande verregaand willen veranderen. Maar daarbij kan ook het ‘welbegrepen eigenbelang’ de leidraad zijn voor collectieve maatregelen.

En een radicale doorbraak is nodig. Want hoe veerkrachtig is een samenleving wanneer een vierde van haar burgers in verregaande onzekerheid leeft? Hoe weerbaar is de arbeidsmarkt als haar flexibiliteit een nieuwe sociale kwestie wordt genoemd? Over hoeveel koopkracht beschikt een samenleving waarvan een vierde bestaansonzekerheid kent, maar ook het aantal zeer vermogenden toeneemt? Hoe faciliteren we ontmoeting en sociale cohesie waar burgers elkaar niet vanzelf treffen? Hoe komen mensen tot bloei als problematische schulden jaar op jaar stijgen? Hieronder doen we een voorzet voor potentiële doorbraken.

Leefomgeving

Als we kijken naar de gevolgen van beleid van enkele decennia terug, zien we dat gezondheid en leefomgeving met elkaar verbonden zijn. Schonere lucht en een groene omgeving bijvoorbeeld, komen ons allemaal ten goede. Met veranderingen in klimaat en leefomgeving op wijk-, stads- of regioniveau valt gezondheidswinst te boeken. Dit hoeft trouwens niet alleen te gebeuren door gemeenten, getuige het [spoorpark in Tilburg](#), zowat het grootste burgerinitiatief dat ons land rijk is. Het stimuleren van publiek-private samenwerking voor de inrichting van de publieke ruimte overstijgt het politieke belang.  We moeten daarom blijvend inzetten op een gezonde leefomgeving die zowel het individu als diens netwerk stimuleert tot participatie, ontmoeting en een gezonde leefstijl, zoals *de Landelijke nota gezondheidsbeleid* aangeeft.

De [Omgevingswet](#) die in 2021 van kracht wordt biedt volop ruimte om gezondheid te verbinden aan ruimtelijke ordening. Bovendien zijn er al tal van landelijke, regionale en lokale organisaties, gemeenten en kennisinstellingen bezig om die verbinding te maken en inspiratie te bieden. 

De middelen voor particulieren of buurten om te investeren in duurzaamheid zijn niet gelijk verdeeld. Het aanpakken van wijken in termen van duurzaamheid moet daarom gepaard gaan met een aanpak in termen van leefbaarheid van de wijken. Dat betekent dat collectieve verduurzaming het uitgangspunt is – naar analogie van de inzet op collectieve verbetering van openbare hygiëne in het midden van de negentiende eeuw. In plaats van aanvullende financiële tegemoetkomingen bij individueel duurzaam gedrag, kan een overheid er ook voor kiezen om collectief te investeren in het verduurzamen van de publieke ruimte.

Bestaanszekerheid


Het is denkbaar dat nieuw beleid op een andere manier bestaanszekerheid bevordert, net zoals de opkomst van bescherming tegen arbeids- en bestaansrisico's van begin 1900. Op dit moment kan iemand die op het bestaansminimum leeft in principe 'geholpen' worden met maar liefst 27 inkomensondersteunende maatregelen.^{noot88} De vraag is of dit de beste manier is. Zijn radicale ideeën als een basisbaan^{noot87} of een basisinkomen juist met oog op hun betekenis voor de volksgezondheid niet alsnog het overwegen waard? En zou een reconfiguratie van het onderwijs niet opnieuw de emancipatorische kracht van de toekomst kunnen zijn?


Investeren in de bestaanszekerheid van burgers betekent investeren in mens, maatschappij en economie. Het liberale [kabinet Pierson](#) werd na het doorvoeren van de eerste sociale wetten niet voor niets het kabinet van de sociale rechtvaardigheid genoemd. Misschien is het hiervoor nodig om los te komen van paradigma's die al decennia leidend zijn, maar de verschillen niet kleiner gemaakt hebben.

Mentale veerkracht van de samenleving

Gezondheidsverschillen verzwakken het gevoel van solidariteit en daarmee de veerkracht van de samenleving. Alleen een veerkrachtige samenleving kan klappen opvangen. In plaats van in te zetten op zorg zouden we – naar analogie van de betekenis van onderwijs na de Tweede Wereldoorlog – het welzijns- en jongerenwerk, sportverenigingen en andere maatschappelijke organisaties naast het onderwijs een grotere rol kunnen geven bij het ontwikkelen van mentale veerkracht van de samenleving.

In hun scholingsjaren bouwen kinderen mentale weerbaarheid op om hun weg te kunnen vinden in de complexe samenleving. De focus komt dan minder te liggen op cognitieve vaardigheden en meer op relationele en reflectieve vaardigheden. Dat zet niet alleen onderwijsverschillen in een ander daglicht, het werkt ook door op gezondheidsverschillen: op de scheidslijnen die psychische

problemen met zich meebrengen én op de manier waarop collectieve middelen worden verdeeld. Maar ook hier geldt: de sleutel ligt niet bij het onderwijs alleen. Ook het inzetten op sport, welzijnsinitiatieven op maat van de buurt, de creatie van informele sociale netwerken en het stimuleren van burgerparticipatie dient te gebeuren met als doel het bevorderen van de collectieve mentale veerkracht. 

Voordat zo'n vergezicht dichterbij kan komen, zullen we moeten accepteren dat ongelijke gevallen in sommige opzichten een ongelijke behandeling verdienen. Dit betekent maatwerk waarbij niet de protocollen, maar de individuele behoeften de leidraad zijn. Dat betekent dat we niet bij iedereen met dezelfde symptomen medicijnen voorschrijven, maar kijken hoe bijvoorbeeld sociale netwerken als medicijn kunnen dienen. Initiatieven hiervoor bestaan al (zoals *Welzijn op recept* ) en hun uitgangspunten verdienen het om breed geïmplementeerd te worden. Dat betekent dat we niet starten bij de vraag waar iemand recht op heeft, of welke *evidence based* behandeling toegepast wordt op deze groep, maar bij de vraag wat iemand nodig heeft. Dus: duurzaam investeren in mensen, niet met het oog op verbetering van de situatie in het heden, maar op het bieden van perspectief in de toekomst. Kort door de bocht: investeren in de oorzaken van problemen, en niet in het wegnemen van symptomen.

Onderwijs als motor

Een nieuwe aanpak zou zich dan ook moeten richten op een andere manier van samenleven. Het gaat dan niet langer over hoe we binnen het bestaande kunnen samenleven, maar over de vraag hóe we willen samenleven, nu en in de toekomst. Startpunt is dan leren samenwerken over domeinen heen en in verbinding: kunst met wetenschap of zorg en techniek bijvoorbeeld. Waarbij we naast het vergaren van kennis ook ruimte creëren voor verbeelding. Daarbij is ontmoeting essentieel tussen verschillende disciplines, tussen verschillende generaties, tussen verschillende wereldbeelden en tussen verschillende sociale klassen.

Onderwijs was [dé emancipatiemotor](#) van de twintigste eeuw, en die motor lijkt stil te zijn gevallen. Kansen(on)gelijkheid lijkt nu een toevallige uitkomst van een onderwijssysteem met het overbrengen van kennis als kerntaak. Maar kansengelijkheid zou een wezenlijk onderdeel van het onderwijs moeten zijn. Dat vraagt een evenwicht tussen de kennisoverdracht, verbinding en *Bildung* in het onderwijs, maar ook om een herwaardering van vakmanschap en praktische vaardigheden, zoals werken met je handen. En soms kan het ook iets vragen in de verandering van structuren, bijvoorbeeld waar vroege selectie talentontwikkeling hindert. De *capability approach* biedt inspiratie om te kijken vanuit de mogelijkheden van de individuele leerling; naar wat iemand wél kan,

in plaats van wat iemand niet kan. Dat bevordert zelfvertrouwen en veerkracht van jongeren, wat de samenleving ook ten goede komt. Net zoals in het verleden het openstellen van het onderwijs voor iedereen alsook het afschaffen van kinderarbeid ons allemaal veel gebracht heeft: gelijkheid en waardigheid voorop.

Tot slot

Met dit essay nodigen we u uit om samen met ons te kijken naar de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen en potentiële doorbraken te vinden om die verschillen te verkleinen. We roepen op om bij die aanpak lessen te trekken uit historische doorbraken en met een bredere blik te kijken. Wij zien dit als een startpunt voor een heroverweging van de huidige smalle focus. Wat de RVS betreft gaat het over de vraag welke samenleving we willen op lange termijn, en hoe we die willen vormgeven. Dat is niet alleen een opdracht voor politici, maar voor de gehele samenleving. Ook voor u. De centrale vraagstelling van dit essay was: wat kan de samenleving doen om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen te doorbreken? U bent dus ook aan zet.

Denk daarom met het volgende mee:

We hebben door te kijken naar historische doorbraken aangetoond dat het verkleinen van gezondheidsverschillen vaak geen doel op zich was. Sterker nog, decennia van beleid expliciet gericht op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen hebben het probleem niet kleiner gemaakt. Voor ons de overtuiging om tot het schrijven van dit essay over te gaan. Dit is ons ‘waarom’. *Waarom zouden we volgens u de term sociaaleconomische gezondheidsverschillen wel of niet moeten laten vallen?*

De volgende stap is dan het ‘hoe’. Net zoals we steeds vaker zien dat andere indicatoren dan het bruto binnenlands product gebruikt worden om welvaart te meten en te duiden, hebben we aangetoond dat sociaaleconomische status als begrip niet langer toereikend is voor het duiden van de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen. We moeten op zoek naar indicatoren van complexe ongelijkheid, waarbij het in ons welbegrepen eigenbelang is dat we ze verminderen. *Hoe kunnen we volgens u het begrip complexe ongelijkheid verder laden met inachtneming van het welbegrepen eigenbelang?*

Ten slotte is er het ‘wat’. Het moet mogelijk zijn om op termijn de verschillende determinanten van complexe ongelijkheid breed te bestrijden. Binnen een welvarend land als Nederland verdient dat een formele opdracht aan onze beleidsmakers. Maar ook een opdracht aan onszelf. Een breed gedragen missie over complexe ongelijkheid is dan nodig. We moeten over beroepsgroepen, sectoren, sociale klassen, maatschappelijke posities en vakspecifieke kennis

heen onszelf en elkaar uitdagen om een einde te maken aan complexe ongelijkheid. *Wat moet er volgens u in een landelijke missie staan die het terugdringen van complexe ongelijkheid tot topprioriteit maakt?*

Neem deel aan de discussie

Met dit essay brengen wij verschillende perspectieven op complexe ongelijkheid in beeld. Graag horen wij wat uw ideeën en inzichten na het lezen van dit essay zijn. Wij nodigen u uit deel te nemen aan onze [LinkedIn discussiegroep](#). Om onder andere met elkaar te spreken over hoe we sociaaleconomische gezondheidsverschillen zouden moeten benaderen en welke prioriteiten hierbij centraal moeten staan.

Discussiegroep