

Ongezonde verschillen

Deel I. Sociaal-economische achterstand en gezondheid

S.A. Reijneveld^{1,2}
L.J. Gunning-Schepers¹

Samenvatting. Sociaal-economische achterstand gaat vaak samen met een achterstand op het gebied van gezondheid. In dit artikel wordt de beschikbare kennis over sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland samengevat. Daarnaast wordt ingegaan op verklaringen voor het bestaan van deze gezondheidsverschillen. Sociaal-economische achterstand leidt veelal tot een slechtere gezondheid, maar ook het omgekeerde is soms het geval. Nationaal politiek beleid met betrekking tot de oorzaken van deze verschillen betreft onder andere inkomensverdeling en werkgelegenheid. Gezondheidszorg kan vooral een compensatie bieden voor de gezondheidseffecten van sociaal-economische achterstand.

REIJNEVELD SA, GUNNING-SCHEPERS LJ. Ongezonde verschillen. I. Sociaal-economische achterstand en gezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 47-9.

Uit 'het Instituut voor Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Amsterdam.

Trefwoorden: Volksgezondheid – Sociaal-economische status – Gezondheidsbeleid

Datum van acceptatie: 18 november 1996.

Adres: Dr. S.A. Reijneveld, AMC, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

1 Inleiding

Sociaal-economische achterstand gaat vaak samen met een achterstand op het gebied van gezondheid. Deze slechtere gezondheidstoestand kan vervolgens weer leiden tot meer behoefte aan en gebruik van gezondheidszorg.¹

Sociaal-economische verschillen in gezondheid kregen in (en buiten) Nederland al in de vorige eeuw veel aandacht. Onderzoek van Israël's uit het midden van de vorige eeuw laat bijvoorbeeld voor Amsterdamse kinderen aanzienlijke sociaal-economische verschillen zien.² In de periode na de Tweede Wereldoorlog nam de welvaart in Nederland sterk toe en werd een uitgebreid systeem van sociale zekerheid en zorg opgebouwd, vaak aangeduid als de verzorgingsstaat. Hetzelfde gebeurde bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk. De algemene verwachting was dat daardoor de sociaal-economische verschillen in gezondheid sterk zouden worden verkleind of zelfs zouden verdwijnen. Dat laatste bleek niet het geval te zijn. In 1980 versijnt een onderzoeksrapport van een Britse regeringscommissie dat laat zien dat er (nog steeds) aanzienlijke sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn.³ Diverse onderzoeken bevestigen deze bevinding voor Nederland.¹

In dit artikel wordt samengevat wat er bekend is over sociaal-economische verschillen in gezondheid en zorggebruik in Nederland. Vervolgens wordt ingegaan op verklaringen voor het bestaan van deze verschillen en op strategieën om deze gezondheidsverschillen te verkleinen.

2 Sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland

Gezondheidsverschillen tussen personen naar sociaal-economische status (SEGV) worden veelal uitgedrukt naar opleiding, inkomen en beroepspositie.⁴ Deze drie kenmerken meten verschillende aspecten van het begrip 'sociaal-economische status' (SES). Inkomen geeft bijvoorbeeld vooral aan in hoeverre iemand toegang heeft tot economische hulpmiddelen. Beroepspositie daarentegen betreft vooral het prestige dat een persoon heeft op grond van zijn of haar werk. Beroepen met een hoog prestige vereisen veelal ook een hoog opleidingsniveau en leiden ook vaak tot een hoog inkomen. De samenhang is echter niet perfect: ook academici zijn soms werkloos en hebben dan (veelal) een laag inkomen.

Onderzoek bevestigt het bestaan van SEGV in Nederland, zowel wat betreft door personen zelf gerapporteerde ('subjectieve') gezondheidsproblemen als wat betreft een aantal medisch

vastgestelde aandoeningen.¹ Achtenzeventig procent van alle Nederlanders beoordeelde in 1994 in de gezondheidsenquête van het CBS de eigen gezondheid als (zeer) goed. Voor Nederlanders met alleen een diploma van de lagere school is dit cijfer – gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht – 67% en voor Nederlanders met een HBO- of universitaire diploma 89% (afb. 1). Verschillen wat betreft klachten over eigen gezondheid, chronische functiebeperkingen, etc. zijn van een vergelijkbare omvang.⁵

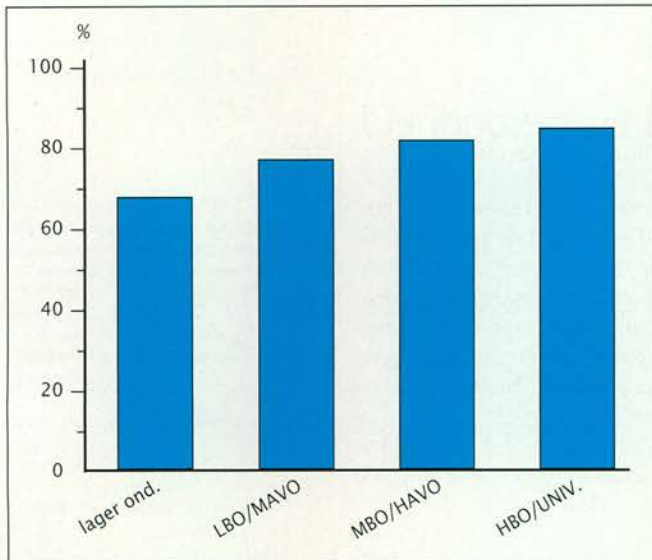
Medisch vastgestelde aandoeningen betreffen bijvoorbeeld chronische luchtwegaandoeningen zoals CARA, psychiatrische problemen, de overlevingsduur bij een aantal vormen van kanker zoals long- en borstkanker, cariës bij kinderen, en sterfte in het algemeen.¹ Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat bij de geboorte de levensverwachting van de groep met de hoogste sociaal-economische status ongeveer vijf jaar langer is dan die van de laagste SES-groep. Wat betreft gezonde levensverwachting is dit verschil ongeveer tien jaar. De laagste SES-groep leeft dus niet alleen gemiddeld korter, maar brengt ook een langer deel van dit kortere leven door met beperkingen.⁶ Onderzoek naar cariës bij Amsterdamse kinderen laat zien dat opleidingsniveau van de ouders een belangrijke determinant is van cariës bij kinderen, belangrijker dan bijvoorbeeld etniciteit (afb. 2).⁷

SEGV tussen gebieden zijn eveneens groot, vooral in de grote steden.⁸ Onderzoek in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht laat zien dat de sterfte in de 20% minst welvarende buurten 1/3 tot meer dan de helft hoger is dan in de 20% meest welvarende buurten.⁹

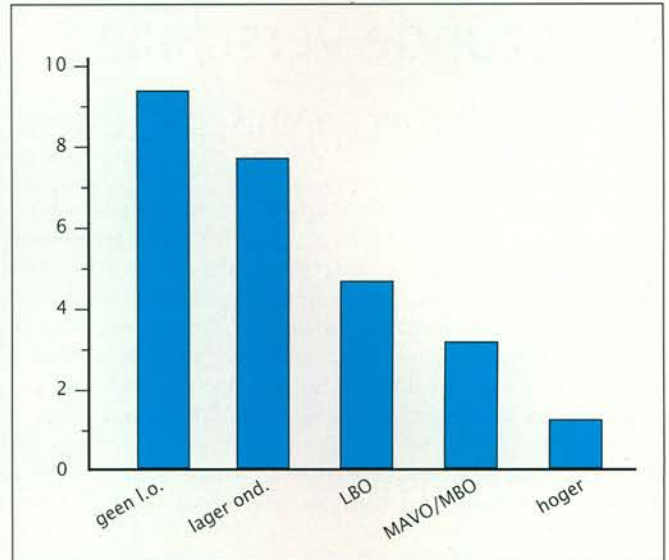
De gemiddeld slechtere gezondheid van personen met een lage SES kan leiden tot een hoger zorggebruik. Daarbij spelen echter ook verschillen in hulpzoekgedrag een rol en de vorm van ziektekostenverzekering. Particulier verzekerden betalen huisarts en tandarts veelal zelf, wat leidt tot minder gebruik van bijvoorbeeld huisartsenzorg. Onderzoek laat zien dat personen met een lage SES vaker naar de huisarts gaan en meer in het ziekenhuis worden opgenomen dan andere leeftijdsgenoten.¹⁰ Voor bezoek aan de medisch specialist en de tandarts geldt het omgekeerde. Correctie voor gezondheid laat zien dat Nederlanders met een lage SES veelal minder zorg gebruikten dan vergelijkbare Nederlanders met een hoge SES. Dat geldt in het bijzonder voor de medisch specialist, de tandarts, de alternatieve genezers, de fysiotherapeut en zelfmedicatie.

3 Verklaringen

SEGV kunnen ontstaan via verschillende mechanismen. In het algemeen kan een gevonden samenhang tussen twee factoren,



Afb. 1. Percentage Nederlanders van 16 jaar en ouder dat de eigen gezondheid als (zeer) goed beoordeelt naar opleidingsniveau (hoogst behaalde diploma), gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht naar de Nederlandse bevolking; 1994.⁵



Afb. 2. Gemiddeld aantal cariëslaesies (dmfs-score) onder Amsterdamse kinderen van 5 jaar, naar opleidingsniveau (hoogst behaalde diploma) van de ouders.⁷

zoals gezondheid en SES, worden verklaard doordat één factor de andere veroorzaakt of andersom (afb. 3). Ten eerste kan een lage SES leiden tot een slechtere gezondheid. Een voorbeeld hiervan is een laag inkomen dat kan leiden tot slechtere woonomstandigheden of kan samen gaan met slechte werkomstandigheden. Woon- en werkomstandigheden kunnen op hun beurt leiden tot gezondheidsproblemen en dus een slechtere gezondheid. Ze worden ook wel aangeduid als intermediaire factoren voor het ontstaan van SE-verschillen in gezondheid. Het is bekend dat sommige intermediaire factoren inderdaad ongunstiger zijn voor groepen met een lage SES. Dit betreft bijvoorbeeld woon- en werkomstandigheden of leefwijzen zoals roken en voeding.¹¹ Van de Nederlanders van 16 jaar en ouder met alleen een diploma van de lagere school rookte bijvoorbeeld in 1994 45%, tegen 30% van de Nederlanders met een diploma van universiteit of hoger beroepsonderwijs (gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en geslacht).

Ten tweede kan een slechte gezondheid leiden tot minder kansen op de arbeids- en scholingsmarkt en daarmee ook tot een lager inkomen. In dit geval is een slechte gezondheid dus de oorzaak van een lage SES, in plaats van andersom. Uit beschikbaar onderzoek is bekend dat in het verleden de invloed van een slechte gezondheid op de SES in Nederland beperkt was.¹

Tot slot kan de gevonden samenhang het gevolg zijn van fouten in onderzoekopzet en interpretatie van onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij enquêtes over gezondheid, als personen met een lage SES stelselmatig een bepaalde gezondheidstoestand als slechter beoordelen dan anderen. Onderzoek hierover in Nederland laat zien dat deze verklaring nauwelijks opgaat.¹

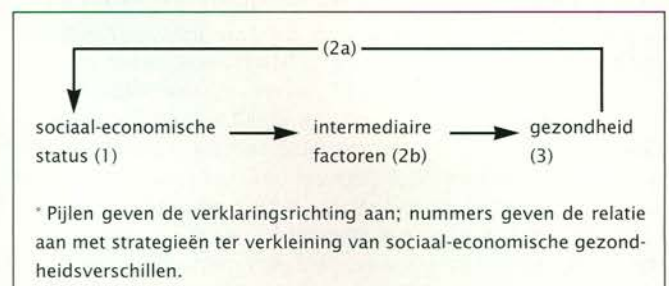
In Nederland nemen sinds een aantal jaren inkomensverschillen toe. Vooral het inkomen van uitkeringstrekkers blijft daarbij achter. Herziening van de wetgeving rond arbeidsongeschiktheid leidt daarnaast tot lagere inkomens voor mensen met een slechte gezondheid. Voorstelbaar is dat dit zal leiden tot vergroting van sociaal-economische gezondheidsverschillen.¹² Monitoring van de ontwikkelingen op dit terrein is dan ook gewenst. Hetzelfde geldt voor de gevolgen van de inkrimping van het ziekenfondspakket, bijvoorbeeld wat betreft tandheelkundige zorg.

4 Strategieën om SEGV te verkleinen

Alle elementen in afbeelding 3 kunnen in theorie een aangrijpingspunt vormen voor beleid ter verkleining van SE-verschillen in gezondheid. Het eerste aangrijpingspunt is het optrekken van het opleidings-, beroeps- en inkomensniveau in de bevolking (1). Dit is een zaak van nationaal politiek beleid. In de tweede plaats kan worden getracht het negatieve effect van een slechte gezondheid op de sociaal-economische status te verkleinen (2a). Dat kan bijvoorbeeld door het voorhandig makkelijker te maken om aan werk te komen. Ten derde kan worden getracht de blootstelling aan intermediaire factoren in de lagere sociaal-economische groepen te verminderen (2b). Preventie van roken onder jongeren in het lager beroepsonderwijs is daarvan een voorbeeld. Tot slot kan aan de lagere sociaal-economische groepen extra gezondheidszorg worden aangeboden ter compensatie van de slechtere gezondheidstoestand (3). Mensen met een lage SES kan bijvoorbeeld meer tandheelkundige zorg worden aangeboden.

Niet alleen de vraag hoe SEGV kunnen worden verkleind is van belang, maar ook de vraag door wie en door welke organisaties. De rol van de gezondheidszorg is daarbij beperkt. Immers, oorzakelijke factoren als inkomensverdeling, sociale wetgeving en onderwijs worden elders bepaald. Wel heeft de gezondheidszorg invloed op een aantal intermediaire factoren in de relatie tussen SES en gezondheid, vooral op het gebied van preventie. Gezondheidsvoorlichting op individueel en

Afb. 3. Het ontstaan van SE-verschillen in gezondheid via verschillende mechanismen.*



collectief niveau ten aanzien van riskante leefwijzen en preventief gezondheidsgedrag kan leiden tot verbetering van de situatie onder groepen met een lage SES. De resultaten van in Nederland uitgevoerde interventies laten zien dat persoonlijke begeleiding en educatieve interventies daarbij het meest effectief zijn.¹³ Verder kan goede arbeidsgezondheidszorg bijdragen aan de verkleining van SE-gezondheidsverschillen. Personen met een lage SES zijn namelijk veel vaker blootgesteld aan riskante en potentieel schadelijke factoren tijdens het werk.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld de situatie in de Verenigde Staten draagt een slechte toegankelijkheid van de curatieve zorg voor personen met een lage SES in Nederland waarschijnlijk nauwelijks bij aan het ontstaan van SEGV. De curatieve zorg kan echter wel een deel van de gezondheidsschade door sociaal-economische achterstand compenseren. Voorbeelden daarvan zijn extra tandheelkundige zorg voor personen met een lage SES of extra huisartsenzorg voor deze groep.

Het verkleinen van SE-verschillen in gezondheid vereist in het algemeen interventies die vooral effectief zijn onder personen met een lage SES. Hierover is voor Europa,¹⁴ en meer specifiek voor Nederland,¹³ relatief weinig bekend. Het meeste evaluatie-onderzoek is gedaan in de Verenigde Staten. De resultaten hiervan zijn maar beperkt toepasbaar in Nederland, vanwege de grote verschillen in organisatie tussen de Amerikaanse en Nederlandse gezondheidszorg. De tweede programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen stimuleert daarom onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke interventies in Nederland.¹⁵

Literatuur

- 1 Mackenbach JP. Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.
- 2 Israëls AH. De sterfte der kinderen in de eerste drie jaren des levens te

Amsterdam in de jaren 1850-1859 Ned Tijdschr Geneesk 1862; 6: 289-302.

- 3 Townsend P, Davidson N, Whitehead M (eds). Inequalities in health (the Black Report & the Health Divide). London: Penguin Books, 1988.
- 4 Van Berkel-van Schaik AB, Tax B. Naar een standaard-operationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Den Haag: DOP, 1990 (SEGV-reeks nr 6).
- 5 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête; gezondheidsindicatoren 1981-1994. Mndber Gezondheid (CBS) 1995; 14 (8): 5-36.
- 6 Boshuizen HC, Van de Water HPA, Perenboom RJM. Sociaal-economische verschillen in de gezonde levensverwachting. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994; 72: 122-7.
- 7 Verrips GH, Kalsbeek H, Frencken JE, ter Horst G, Filedt-Kok Weimar TL. Cariës bij kinderen uit etnische groepen: een onderzoek bij vijfjarige Amsterdamse kinderen en hun ouders naar risico-indicatoren en -factoren. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 71-4.
- 8 Reijneveld SA. The measurement of local public health: studies on the health status of an urban population. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1995 (proefschrift Universiteit van Amsterdam).
- 9 Haverkate I, Reijneveld SA, Van Oers JAM, Van Steenberghe JE, Struben H. Sterfte per buurt naar sociaal-economische positie in de vier grootste Nederlandse steden. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1993.
- 10 Ooijendijk WTM, Stompedissel I, Van Ginneken JKS, Schaapveld K. Sociaal-economische status, gezondheid en medische consumptie. Den Haag: SDU/uitgeverij, 1991 (CBS-publikatie).
- 11 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête; aspecten van (on)gezond gedrag. Mndber Gezondheid (CBS) 1995; 14 (12): 4-17.
- 12 Davey Smith G. Income inequality and mortality: why are they related? Br Med J 1996; 312: 987-8.
- 13 Gepkens A, Gunning-Schepers LJ. Interventies bij sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 1262-4.
- 14 Arblaster L, Entwistle V, Lambert M, Sheldon T, Watt I. Review of the research on the effectiveness of health service interventions to reduce variations in health. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1995.
- 15 Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Eindverslag en aanbevelingen. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994 (SEGV-reeks nr 16).

Summary

UNHEALTHY DIFFERENCES PART I. SOCIOECONOMIC DEPRIVATION AND HEALTH CARE

Key words: Public health – Socio-economic status – Health policy

Socio-economic deprivation often concurs with deprivation in health. In this paper, the available evidence on socio-economic health differences in The Netherlands is summarized. Furthermore explanations for the existence of these differences are given. Socio-economic deprivation often leads to a worse health, but the reverse can also occur sometimes. Policies on the causes of these health differences usually concern fields like income distribution and employment. Health care can offer a compensation for the adverse health effects of socioeconomic deprivation.