

Evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden: een nieuw startpunt voor gezondheidsbeleid ?

Alle ambities van nationaal en lokaal preventiebeleid ten spijt, zijn verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische groepen in Nederland de afgelopen decennia niet kleiner geworden. Dit beleid kan een nieuwe impuls gegeven worden door het concept 'evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden' als startpunt te nemen.

Deze policy brief vloeit voort uit het door NWO gefinancierde project Socioeconomic inequalities in health and quality of life: which indicators to use in research, and in health (care) policies? Contact: Karien Stronks, Amsterdam UMC, locatie AMC (k.stronks@amc.uva.nl) en Marcel Verweij, Wageningen Universiteit (marcel.verweij@wur.nl) (uitgave juni 2019)

Waarom stagneert beleid ter verkleining van gezondheidsverschillen?

Vaak start beleid ter verkleining van gezondheidsverschillen met het benoemen van het gewenste einddoel. Zo heeft het toenmalige kabinet (2002) naar aanleiding van het rapport van de commissie Albeda zich als doel gesteld het verschil in gezonde levensverwachting tussen de hoogst en laagst opgeleiden met drie jaar te reduceren (van 12 naar 9 jaar). Het ideaal dat eronder ligt is dat van 'gelijke kansen op gezondheid' - een ideaal dat in Nederland breed gedeeld lijkt. Maar wanneer een vertaling wordt gemaakt naar de maatregelen die nodig zijn om gezondheidsverschillen te verkleinen, blijkt de consensus broos: opvattingen over bijvoorbeeld de inkomensverdeling, of beïnvloeding van ongezond gedrag (bijv. roken) door de overheid, verschillen juist over het politieke spectrum. Gebrek aan overeenstemming over dergelijke kwesties is één van de redenen voor het uitblijven van concrete maatregelen om gezondheidsverschillen te verkleinen.

Een alternatieve benadering om beleid te starten is door evidente onrechtvaardigheden (“manifest injustices”) te benoemen. Dit voorstel is van Nobelprijswinnaar Amartya Sen, die onder meer hongersnood als gevolg van corrupt overheidsbeleid als voorbeeld geeft. Door concrete situaties in het hier en nu te benoemen waarover consensus bestaat dat ze ‘evident onrechtvaardig’ zijn, ontstaat een sterke basis voor gezondheidsbeleid dat in die situaties verandering kan brengen. We verwachten dat beleid dan beter van de grond komt dan wanneer het start vanuit het abstracte ideaal van verkleinen van gezondheidsverschillen.

Tegen deze achtergrond zijn we in een aantal focusgroepen op zoek gegaan naar voorbeelden van ‘evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden’. Die focusgroepen bestonden in totaal uit ca. 50 beleidsmakers, professionals en onderzoekers uit het veld van de publieke gezondheid, alsook politiek filosofen. In die groepen bleek het goed mogelijk om concrete voorbeelden van evident onrechtvaardige situaties te benoemen. Deze hebben we herleid tot drie typen situaties, die we hieronder met enkele voorbeelden illustreren.

1. Een beperkte toegankelijkheid van voorzieningen waar iedereen recht op heeft

- Preventieve voorzieningen zoals ondersteuning bij stoppen met roken zijn minder toegankelijk voor mensen die laaggeletterd zijn. Dit verklaart deels waarom deze groep relatief ongezond is.
- In Nederland leven ca. 1 miljoen mensen in armoede. Inkomensondersteuning en andere voorzieningen om armoede te voorkomen zijn voor hen blijkbaar onvoldoende toegankelijk. Dit vormt een deel van de verklaring voor de gezondheidsachterstand van deze groep.

Omdat voorzieningen zoals preventieve zorg of inkomensondersteuning in beginsel voor alle burgers gelijkmatig toegankelijk moeten zijn, wordt de gezondheidsachterstand als gevolg van een beperkte toegang als evident onrechtvaardig gezien.

2. Een ongezonde omgeving waaraan men zich redelijkerwijs niet kan onttrekken

- De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor zijn/haar gezondheid als volwassene. Kinderen die in sociaal-economische achterstand opgroeien, kennen een relatief slechte start, bijvoorbeeld als gevolg van blootstelling aan ongezonde voeding, stress, of psychische problematiek bij ouders.
- Door de omgeving (gezin, school, wijk) waarin deze kinderen opgroeien, waar gezondheidsschadend gedrag als roken en ongezonde voedingsgewoonten relatief vaak voorkomen, hebben die kinderen op latere leeftijd ook meer kans op dergelijke leefgewoonten.

Omdat iemand zich redelijkerwijs niet aan zo'n ongezonde omgeving kan onttrekken, wordt de resulterende gezondheidsachterstand als evident onrechtvaardig gezien. Dit argument gaat in sterke mate op voor kinderen.

3. Een oneerlijke verdeling van baten en lasten van welvaartsproductie

Activiteiten die economische welvaart verhogen (bouw, infrastructuur etc.), hebben hun keerzijde in de vorm van gezondheidsrisico's, zoals arbeidsongeschiktheid. Wanneer groepen die de meeste gezondheidsrisico's lopen het minst van de welvaart profiteren – d.w.z. als er van een oneerlijke verdeling van baten en lasten sprake is – wordt de gezondheidsachterstand als evident onrechtvaardig gezien. Voorbeelden hiervan zijn:

- Bepaalde beroepsgroepen in de bouw hebben als gevolg van hun arbeidsomstandigheden een hoger risico op gezondheidsklachten, alsook op arbeidsongeschiktheid.
- De mensen die in achterstandswijken wonen worden vaker aan milieurisico's zoals fijnstof blootgesteld, wat een deel van hun verhoogde kans op ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker verklaart.

Van evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden naar acties

Beleid ter verbetering van de gezondheid van lagere sociaal-economische groepen kan een nieuwe impuls krijgen door te starten vanuit concrete gezondheidsachterstanden waarover consensus bestaat dat ze onrechtvaardig zijn. Uitgaande van de genoemde onrechtvaardigheden geven de volgende vragen richting aan (gezondheids)beleid:

- Hoe kunnen we voorkomen dat sommige groepen onvoldoende toegang hebben tot maatschappelijke voorzieningen waar iedereen recht op heeft?
- Hoe kunnen gezondheidsondermijnende factoren in de sociale en fysieke omgeving, waar individuen zich niet goed aan kunnen onttrekken, worden teruggedrongen?
- Hoe kunnen de gezondheidsrisico's die voortvloeien uit welvaartsproductie en vooral neerslaan bij die maatschappelijke groepen die er het minst van profiteren, worden beperkt?

Recente ervaringen in het preventiebeleid ondersteunen de verwachting dat deze benadering op brede steun kan rekenen. Zo groeit de laatste jaren de steun voor een verbod op kindermarketing, vanuit de gedachte dat kinderen zich niet aan dit aspect van een obesogene omgeving kunnen onttrekken. Ook wordt de noodzaak om informatie over preventie (darmkankerscreening, vaccinatie) zo toegankelijk mogelijk te maken, alom erkend.

Een bredere consensus over beleid ter verbetering van de gezondheid van lagere sociaal-economische groepen lijkt dus mogelijk als we vertrekken vanuit concrete situaties die als evident onrechtvaardig worden ervaren. Wij roepen politici, beleidsmakers, professionals en wetenschappers op om dit in de praktijk uit te testen.