



VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
FACULTEIT VAN DE GENEESKUNDE EN FARMACIE

Vakgroep Medische Sociologie

*Beleidsinterventies
ter vermindering van sociaal-
economische gezondheidsverschillen*

Miriam Beck

In opdracht van:
Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele
Aangelegenheden

Promotor: Prof. Dr. F. Louckx

Oktober 2001

Inhoudstafel

Inleiding	2
Hoofdstuk 1: Mechanismen achter de gezondheidskloof	3
Hoofdstuk 2: Gezondheidsdeterminanten waarop het beleid kan interveniëren	6
Hoofdstuk 3: Beleidsniveaus waarop interventies mogelijk zijn	9
1. “Versterken” van het individu.....	9
2. “Versterken” van buurten.....	10
3. Verbeteren van de toegang tot essentiële voorzieningen en diensten.....	12
4. Aanmoedigen van macro-economische en –culturele veranderingen.....	13
Hoofdstuk 4: Kritieken op interventies op individueel en buurtniveau	15
1. Kritieken op interventies op individueel niveau.....	15
2. Kritieken op interventies op buurtniveau.....	18
Hoofdstuk 5: Beleidsaanbevelingen ter vermindering van sociaal-economische verschillen in gezondheid	20
1. Beleidsaanbevelingen vanuit de wereldgezondheidsorganisatie	20
2. Vanuit wetenschappelijke hoek	22
2.1. Tackling inequalities in health: an agenda for action (1995).....	22
2.2. Independent inquiry into inequalities in health report (1998)	25
2.3. Health inequalities: poverty and policy (2000).....	26
2.4. Besluit	27
Hoofdstuk 6: Kritische kijk op de beleidsvoering inzake sociaal-economische gezondheidsverschillen	28
Algemeen besluit	34
Bibliografie	36

Inleiding

Gezondheid is niet gelijk verdeeld in de samenleving. Mensen met een hoog inkomen leven gemiddeld langer dan mensen die minder verdienen, hoog opgeleiden zijn gezonder dan mensen met een lager diploma, mensen in hooggeplaatste functies hebben minder gezondheidsklachten dan arbeiders. Deze sociaal-economische gezondheidsverschillen worden teruggevonden in alle onderzochte landen (Vagerö, 1995), ook in België (Vanroelen, 2001). Deze gezondheidskloof wordt als onrechtvaardig gezien. Men lijkt het erover eens te zijn dat het onaanvaardbaar is dat een lagere opleiding of een lager inkomen tot een slechtere gezondheid leidt. De vraag stelt zich dan ook wat er aan deze misstoestand kan worden gedaan. Dit rapport gaat op zoek naar mogelijke beleidsinterventies en –initiatieven die kunnen aangewend worden om deze gezondheidskloof kleiner te maken.

Het rapport vormt hiermee het sluitstuk van het AGORA-project, dat in 1999 van start ging op het Steunpunt Samenleving en Gezondheid van de Vrije Universiteit Brussel. AGORA omvat verscheidene deelprojecten die geconcentreerd zijn rond twee hoofdthema's : (1) sociaal-economische ongelijkheid in gezondheid en (2) financiële toegangsdrempels tot de gezondheidszorg. Referenties van de andere deelrapporten vindt u in bijlage 1.

Voorliggend rapport beschrijft eerst hoe sociaal-economische verschillen in gezondheid ontstaan. Vervolgens gaan we na op welke factoren het beleid kan inspelen en op welke beleidsniveaus initiatieven mogelijk zijn. De voor- en nadelen van deze interventieniveaus worden besproken. Daarna gaan we in op de beleidsaanbevelingen die geformuleerd worden vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie en vanuit wetenschappelijke hoek. Tenslotte stellen we ons de vraag of deze aanbevelingen ook consequent worden opgevolgd door het beleid.

Hoofdstuk 1:

Mechanismen achter de gezondheidskloof

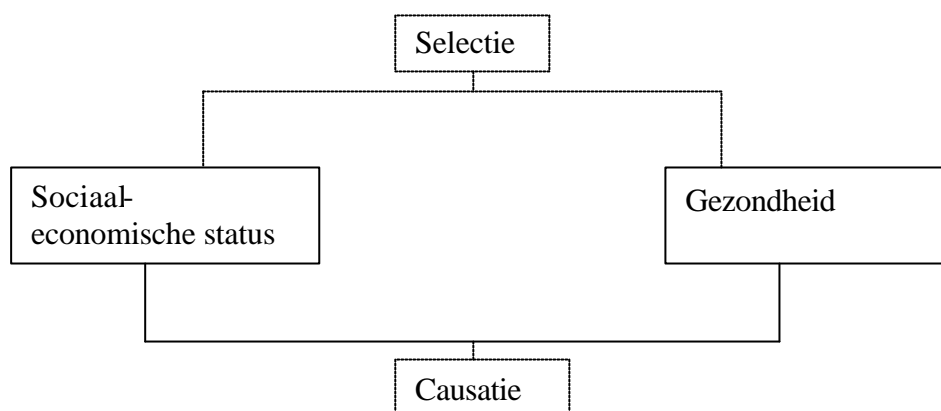
Om een zinvol antwoord te geven op de vraag hoe sociale ongelijkheid in gezondheid kan worden weggewerkt, is het eerst belangrijk te weten hoe sociale ongelijkheid in gezondheid ontstaat. Welke zijn, met andere woorden, de mechanismen die ertoe leiden dat mensen uit de lagere sociaal-economische categorieën vaak een slechtere gezondheid hebben?

In een vorig deelrapport binnen het AGORA-project van het Steunpunt Samenleving en Gezondheid werd uitvoerig ingegaan op deze vraag (Beck, 2001, hoofdstuk 1). Voor een diepgaande bespreking van de complexe samenhang tussen sociaal-economische status en gezondheid, verwijzen we dan ook naar dit rapport. Hier beperken we ons tot een overzicht van de voornaamste bevindingen.

Tussen gezondheid en sociaal-economische status bestaat er een wisselwerking. Enerzijds beïnvloedt iemands gezondheid haar of zijn sociaal-economische situatie. Kinderen met een slechte gezondheid bijvoorbeeld, zijn vaker afwezig en missen daardoor kansen op school. De mogelijkheid dat ze daardoor minder goede resultaten halen en een lager eindexamen, is reëel. Op die manier stappen ze met minder kansen naar de arbeidsmarkt. Gezondheid heeft in dit voorbeeld dus een negatieve invloed op de sociaal-economische positie in het latere leven. Maar ook bij mensen die pas op volwassen leeftijd met gezondheidsproblemen worden geconfronteerd, kunnen de gevolgen voor de sociaal-economische status belangrijk zijn. Ziek zijn vergroot de kans op het missen van een promotie en op het verliezen van werk. Het spreekt dan ook voor zich dat een slechtere gezondheid kan leiden tot neerwaartse sociale mobiliteit. Met andere woorden: een slechtere gezondheid verhoogt het risico op een lagere sociaal-economische status. Dit mechanisme wordt in de literatuur aangeduid met de term “sociale selectie”.

Anderzijds gaat er ook een invloed uit van de sociaal-economische situatie op de gezondheid. Laagopgeleiden hebben een grotere kans op ongezonde werkomstandigheden, zoals zware fysieke arbeid of blootstelling aan schadelijke stoffen. Wie minder geld heeft, heeft het moeilijker om een gezonde woning te vinden, in een gezonde buurt te wonen, gezonde voeding te kopen, enzovoort. Bovendien leiden geldzorgen tot stress, met de daarmee verbonden gevolgen voor de mentale en fysieke gezondheid. Ook het feit dat mensen uit de lagere sociale strata er een ongezondere leefstijl op nahouden, blijkt grotendeels voort te komen uit de structureel en materieel nadelige positie waarin ze zich bevinden (Schrijvers et al., 1999; ECHPD, 1999; North York Heart Health Network, 2001). Gezondheid blijkt dus voor een stuk wél met geld te koop te zijn. Al deze mechanismen waarlangs de sociaal-economische positie een impact heeft op de gezondheid, worden aangeduid met de term “sociale causatie”.

We kunnen de selectie- en causatiemechanismen als volgt visueel weergeven:



Over het relatieve belang van de selectie- en causatiemechanismen zijn wetenschappers het lang oneens geweest. Sommigen legden de nadruk op de bijdrage van selectie, anderen hechtten alleen belang aan causatie. Naarmate er meer onderzoeksmateriaal voorhanden was, werd de afzonderlijke bijdrage van beide mechanismen duidelijker. Inmiddels is er een vrij grote consensus gegroeid, waarbij de werking van selectie- én causatiemechanismen erkend wordt, maar waarbij men het er tegelijk over eens is dat de *voornaamste* verklaring voor ongelijkheid in gezondheid moet worden gezocht bij de causatiemechanismen (Beck, 2001, hoofdstuk 1). De meeste auteurs stellen dan ook dat de oorzaken van gezondheidsverschillen in de sociale en economische context moeten worden gezocht (Watt, 1996; Raphael, 2000; Carroll en Davey Smith, 1997).

In de meest recente wetenschappelijke literatuur over ongelijkheid in gezondheid, wordt meer en meer aandacht besteed aan het levensloopperspectief. Het levensloopperspectief erkent zowel de werking van selectie- als van causatiemechanismen en ziet beide als complementaire processen die elkaar versterken en zo leiden tot sociaal-economische gezondheidsverschillen. De redenering achter het levensloopperspectief gaat als volgt. De sociale context waarin iemand opgroeit en leeft, beïnvloedt diens individuele biologische ontwikkeling. De gezondheidskansen die de sociale context biedt, zijn evenwel ongelijk verdeeld over de verschillende bevolkingslagen. Mensen in lagere sociale strata worden geconfronteerd met vele kleine factoren die een negatieve invloed hebben op gezondheid. Deze accumuleren over de tijd heen en leiden tot een ketting van samenclusterende gezondheidsschadende factoren. Selectie en causatie versterken elkaars werking in dit proces, in die zin dat iemand die van in het begin in ongezondere omstandigheden leeft, vaak ook een dalende gezondheid zal kennen, die dan weer kan leiden tot een daling van de sociaal-economische positie, wat opnieuw gevolgen heeft voor de gezondheid, enzovoort. Mensen uit lagere sociaal-economische categorieën komen zo in een negatieve gezondheidsspiraal terecht, wat resulteert in substantiële gezondheidsverschillen op volwassen leeftijd (Van de Mheen, 1998; Blane, 1999).

Het levensloopperspectief laat zien dat de verschillen die we waarnemen bij de volwassen bevolking eigenlijk ontstaan zijn in de eerste kinderjaren, of zelfs nog vroeger. Een typisch voorbeeld is dat kinderen die geboren worden in lagere sociaal-economische categorieën gemiddeld een lager geboortegewicht hebben en vaker te vroeg geboren worden. Men kan dan ook stellen dat de sociale ongelijkheid in gezondheid eigenlijk al in de baarmoeder begint (Barker et al., 1989 en 1993 en Barker, 1990 in Lynch et al., 1997). Daar al start de accumulatie van verschillende kleine gezondheidsbeïnvloedende factoren en het samenspel van selectie en causatie, waardoor over de levensloop heen grote verschillen ontstaan.

De complexe samenhang tussen sociaal-economische status en gezondheid maakt dat vele factoren meespelen in het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de gezondheidsdeterminanten waarop kan worden geïntervenieerd om deze verschillen te verkleinen.

Hoofdstuk 2:

Gezondheidsdeterminanten waarop het beleid kan interveniëren

In het vorige hoofdstuk zagen we hoe complex de samenhang tussen gezondheid en sociaal-economische positie is. Vele verscheidene factoren hebben hun invloed op gezondheid en op het ontstaan van gezondheidsverschillen. In principe zijn er dan ook uiteenlopende beleidspistes denkbaar om gezondheidsverschillen terug te dringen. Bij Whitehead (1995) vinden we een duidelijk overzicht van de gezondheidsdeterminanten waarop kan worden geïntervenieerd en van de verschillende beleidsniveaus waarop men strategieën kan ontwikkelen om de gezondheidskloof te dichten. In wat volgt baseren we ons grotendeels op deze tekst.

Voor wat de determinanten betreft waarop kan worden geïntervenieerd, vertrekt Whitehead vanuit onderstaand schema (Whitehead, 1995, p23).

SCHEMA WHITEHEAD OVERNEMEN

Er zijn vele gezondheidsdeterminanten: biologische factoren, fysische en sociale omgeving, leefstijl, de gezondheidsdiensten, enzovoort. Vanuit het perspectief van beleidsinterventies verkiest Whitehead een voorstelling van gezondheidsdeterminanten in verschillende concentrische cirkels boven elkaar. In het centrum staan de individuen met hun leeftijd, geslacht en erfelijke factoren. Deze factoren hebben een belangrijke invloed op de gezondheidsstatus, maar zijn niet veranderbaar

vanuit het beleid, zodat ze in de figuur beschouwd worden als gegeven kenmerken, eigen aan het individu. Deze individuen met hun vaste kenmerken, zijn omgeven door verschillende lagen van gezondheidsbeïnvloedende factoren waarop het beleid wél kan inspelen. De binnenste laag stelt de gedragsfactoren en leefgewoonten voor waarvan is aangetoond dat ze de gezondheid kunnen schaden of bevorderen. Maar individuen leven niet in een sociaal vacuüm : ze interageren met hun familie, vrienden en andere mensen in de buurt en worden door hen beïnvloed. Zo kan ondersteuning door deze netwerken ertoe bijdragen dat iemand toch gezond blijft ondanks ongezonde levensomstandigheden. De dagelijkse interacties met anderen kunnen ook de leefstijl en het gezondheidsgedrag mee bepalen, zowel in positieve als in negatieve zin.

In de derde laag komen vervolgens de factoren aan bod die een impact hebben op de mate waarin individuen kunnen instaan voor hun eigen gezondheid. Het gaat daarbij onder meer om de omgeving waarin α wonen en werken, het voedingsaanbod en de toegang tot essentiële diensten en voorzieningen, zoals bijvoorbeeld het onderwijs. Dit alles speelt zich tenslotte af binnen de macro-economische, -culturele en ecologische omstandigheden van een land. Factoren uit deze vierde laag, zoals de economische toestand of de arbeidsmarktomstandigheden, laten zich voelen in de onderliggende lagen en op de individuele gezondheid. De macrosituatie in een land kan de individuele huisvestingskeuze beïnvloeden, maar ook de werk- en sociale interacties en de eet- en ontspanningsgewoonten. Culturele waarden en opvattingen over de positie van de vrouw of van ethnische minderheden, kunnen gevolgen hebben voor de gezondheid van deze mensen. Attitudes in verband met economische groei hebben dan weer hun weerslag op de tolerantie inzake milieuvervuiling, wat van rechtstreeks belang is voor de individuele gezondheid. Zo zijn er nog talloze voorbeelden denkbaar.

Whitehead wil met haar figuur de rijkwijdte van de verschillende determinanten weergeven en het feit benadrukken dat de verschillende lagen met elkaar samenhangen. Wanneer het beleid zich op een bepaald gezondheidsrisico richt, moeten we nagaan hoe dit zich verhoudt tot factoren in de andere lagen in het schema en moeten we ons de vraag stellen of het hier om een echte oorzaak van ongezondheid gaat, dan wel om een symptoom van een groter probleem dat zich in een andere laag situeert.

Wanneer we dit alles terug in het kader van sociale ongelijkheid in gezondheid plaatsen, zien we dat mensen met een lagere sociaal-economische status in alle lagen grotere gezondheidsrisico's lopen. Met betrekking tot het eerste niveau bijvoorbeeld, weten we dat deze mensen er gemiddeld een ongezonere leefstijl op nahouden in termen van voeding, roken, enzovoort, en dat zij ook over minder middelen beschikken om gezonde leefstijlkeuzes te maken. Op het tweede niveau stellen we vast dat mensen in de lagere sociaal-economische categorieën minder sociale netwerken en ondersteuningssystemen kennen. Bovendien leven zij vaak in buurten met minder sociale voorzieningen, een gebrek aan veilige speelplaatsen voor kinderen, enzovoort. Ook in relatie tot de derde laag in het schema is er een ongelijke spreiding van gezondheidsrisico's : gezonde huisvesting, gezondheidsdiensten en (hoger) onderwijs kosten geld, wat maakt dat de toegankelijkheid beperkter is voor mensen met een lager inkomen. Daarnaast zijn de werkomstandigheden van degenen

die weinig verdienen vaak ongezonder en gevaarlijker dan die van mensen met een hoger inkomen. In verband met het vierde niveau wijst Whitehead op de differentiële invloed van het economische en het arbeidsmarktbeleid op de verschillende subcategorieën van de bevolking.

Wanneer we de verschillen in gezondheid en in gezondheidsrisico's willen verkleinen, moeten we ons vragen stellen over de relatieve bijdrage van elk van de lagen in Whiteheads schema, over de mate waarin bepaalde factoren veranderbaar zijn en over de complementaire actie die nodig is op de andere terreinen in het schema.

Hoofdstuk 3:

Beleidsniveaus waarop interventies mogelijk zijn

Aansluitend op de vier lagen in het schema van gezondheidsdeterminanten, onderscheidt Whitehead vier niveaus voor beleidsinterventies : (1) het individuele niveau, (2) het buurniveau, (3) de diensten en voorzieningen en tenslotte (4) het macro-economische en culturele niveau. We gaan hieronder dieper in op elk van deze niveaus.

1. “Versterken” van het individu

Beleidsinterventies op het eerste niveau zijn gericht op het ‘versterken van het individu’ (strengthening individuals). De interventies gaan uit van persoonsgerichte strategieën, waarbij mensen uit de lagere sociaal-economische categorieën vaak de doelgroep zijn. Dergelijke interventies vertrekken van de redenering dat het werken aan iemands kennis, vaardigheden en attitudes ertoe leidt dat de persoon in kwestie een gezondere leefstijl kan aannemen en beter kan omgaan met de gezondheidsrisico’s en de -beperkingen die voortkomen uit de hogere gezondheidsbeïnvloedende lagen in het schema. Wat wordt aangepakt zijn individuele kenmerken en de aangeboden strategieën liggen op het terrein van opvoeding en ontwikkeling (Whitehead, 1995).

Op dit individuele niveau kunnen we twee vormen van interventies onderscheiden. Ten eerste deze die gericht zijn op een verandering van gezondheidsgerelateerde gedragspatronen en ten tweede interventies die de ‘empowerment’ van de individuen uit de doelgroep vooropstellen.

Een voorbeeld van een leefstijlinterventie was de Nederlandse foliumzuurcampagne. Het doel van de interventie was om zoveel mogelijk vrouwen met zwangerschapswens ertoe te brengen dat ze capsules met foliumzuur zouden innemen, waardoor de kans op een neuraalbuisdefect (waaronder spina bifida) bij de baby vermindert. Om de bevolking in het algemeen te bereiken, werd gekozen voor een massamediacampagne. Daarnaast werden extra voorlichtingsactiviteiten opgezet voor vrouwen uit achterstandsgroepen. Deze extra campagnemiddelen waren onder meer artikels en advertenties in regionale kranten, berichtgeving op de regionale radio, reclameposters aan de bushalte en in de bussen zelf en een speciale voorlichtingsbijeenkomst voor migrantenvrouwen (van der Paal-de Bruin et al., 1999). Indien dergelijke campagne effectief meer opgepikt en nagevolgd wordt door vrouwen uit achtergestelde bevolkingscategorieën, kan ze bijdragen tot het verkleinen van de gezondheidsverschillen.

Leefstijlcampagnes kunnen evenwel ook verder gaan dan informatieverstrekking alleen. Zo kan er naast informatieverstrekking ook worden gezorgd voor persoonlijke

ondersteuning en begeleiding van de personen in de doelgroep. Zeker wanneer lagere sociaal-economische categorieën de doelgroep van de interventie vormen, is dit van belang (Gepkens en Gunning-Schepers, 1993).

Interventies gericht op “empowerment” hebben een breder doel dan de leefstijlinterventies. Ze streven niet naar een directe gedragsverandering, maar willen een toename bekomen van zelfvertrouwen en vaardigheden bij de individuen in de doelgroep, zodat zij beter kunnen omgaan met de moeilijke omstandigheden waarin ze leven. Een voorbeeld van dergelijk initiatief vinden we bij Syme (1998). Volgens Syme is de voornaamste oorzaak van sociaal-economische gezondheidsverschillen de ongelijkheid in de mate waarin men controle heeft over het eigen lot. Mensen in lagere sociaal-economische categorieën hebben minder kansen om hun eigen lot in handen te nemen. Dit is gedeeltelijk te wijten aan het gebrek aan kennis en informatie over de instanties waar ze hulp kunnen verkrijgen, stelt Syme. Hij ontwikkelde daarom een “wellness guide”, die aan kansarmen duidelijk maakt dat ze keuzemogelijkheden hebben, hen lijsten aanbiedt van instanties die ze kunnen aanspreken en praktische tips geeft om in het bestaande systeem hun weg te vinden. Dit laatste houdt bijvoorbeeld in dat de gebruiker advies krijgt over hoe je telefonisch informatie inwint. Daarbij wordt uitgelegd dat je best een rustig ogenblik afwacht of vrijmaakt, vervolgens de vragen die je wil stellen op een papiertje schrijft zodat je je gesprek kan structureren en iets bij de hand houdt om je bezig te houden als je lang moet wachten bij een doorverbinding. Door dergelijke heel eenvoudige tips wil Syme mensen ‘aanleren’ hoe ze zelf hun weg kunnen vinden in het kluwen dat het sociaal systeem voor hen is. Hij erkent daarbij dat hierdoor geen fundamentele oplossing geboden wordt, maar hoopt dat de welzijnsgids toch een hulp kan zijn op korte termijn. Een ander voorbeeld van een “empowerment”-interventie is het «Parent-to-parent»-programma. Daarin kregen tienerouders uit achterstandgebieden gedurende minstens een jaar wekelijks bezoek van getrainde vrijwilligers, die vaak zelf tienerouder waren geweest. De bedoeling was een veilig klimaat te scheppen waarin de ouders hun persoonlijke en opvoedkundige doelen konden bespreken. Na de interventie bleken de ouders beter in staat de ontwikkeling van hun kind te signaleren (Gepkens en Gunning-Schepers, 1993).

2. “Versterken” van buurten

“Versterken” van buurten (strengthening communities) gaat in essentie over het verhogen van de mogelijkheden van kansarme buurten om als leefgemeenschap gezamenlijk problemen te definiëren en aan te pakken. Het doel is dat de inwoners van deze buurten een betere greep krijgen op hun eigen leven en gezondheid. Dit door ernaar te streven dat mensen in achtergestelde buurten samenwerken om hun omgeving via kleine, maar constructieve stappen, te verbeteren. De fysische omgeving kan verbeterd worden door gezamenlijke opruimacties, verfraaiingswerken, enzovoort. Het sociaal klimaat kan men opkrikken door allerlei vormen van buurtwerking of door bijvoorbeeld constructief samen te werken rond misdaadpreventie (Whitehead, 1995). Het is de bedoeling bij dit alles zoveel mogelijk uit te gaan van de prioriteiten die de inwoners zelf stellen. Hun mening, kennis en vaardigheden moeten gewaardeerd worden en staan boven de mening en de wensen van de gezondheidswerker. De inwoners moeten met andere woorden ondersteund

worden in de uitwerking van hun eigen ideeën en ze moeten hiertoe ook de middelen krijgen (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

Het Ottawa Charter (1986) beschrijft uiteenlopende voorbeelden van mogelijke interventies in het kader van “strengthening communities”. Het charter heeft het onder meer over de uitbouw van structuren en organisaties die volledig in handen zijn van mensen uit de buurt, al dan niet met professioneel advies ; het ondersteunen van bestaande zelfhulp- of vrijwilligersgroeperingen; het verschaffen van toegang tot informatie en middelen om informatie te verspreiden; vrije tijd bieden aan mensen die onbetaald zorgen voor kinderen, bejaarden of gehandicapten ; erop toezien dat er ontspanningsmogelijkheden zijn voor alle categorieën van mensen in de buurt ; het bevorderen van gezondheids promotie bij bestaande organisaties, zoals scholen, jeugdbewegingen, sociale en culturele groepen.

“Strengthening communities” betekent verder het uitbreiden van de middelen voor buurtgroepen en gezinnen. Ze moeten daarbij vrij over deze middelen kunnen beschikken. Het Ottawa Charter erkent dat het proces van “empowerment” van individu en leefgemeenschap bedreigend kan overkomen voor sommige gezondheidswerkers. Zij zijn namelijk vaak gewend om zelf het “probleem” in de buurt te definiëren, de strategieën uit de stippelen om het aan te pakken en vervolgens ook zelf te evalueren of de interventie gewerkt heeft. Volgens het charter is het nodig om bij dienstverleners en ambtenaren attitudes te veranderen en om de ontwikkeling van vaardigheden aan te moedigen om te kunnen werken met de wensen van de gebruikers van de diensten. Gezondheidswerkers moeten leren om de « gewone » mensen niet alleen *toe te laten* problemen aan te duiden en oplossingen aan te reiken, maar moeten ook leren die zelfbeschikking *aan te moedigen*. Het Ottawa Charter erkent verder dat er ongelijkheid is in de toegang tot gezonde voeding, huisvesting, transport, werkomstandigheden en recreatie en stelt dat «strengthening communities» noodzakelijkerwijze moet beginnen met het verwezenlijken van een fysische en sociale omgeving die voldoet aan de basisbehoeften van menselijke veiligheid, waardigheid en groei.

Als voorbeeld van het “versterken” van buurten kunnen we een project aanhalen dat gerealiseerd werd in een achtergestelde buurt in Edinburgh, Schotland. Aan het project waren een maatschappelijk werker en een gezondheidswerker verbonden. Deze moedigden de inwoners aan om in groep te werken rond bepaalde thema’s die hen aanbelangden. Eén van deze themagroepen vergaderde rond de gezondheid van vrouwen. Aanvankelijk werd er gewerkt rond stress, zwangerschap en de communicatie met artsen. Later verschoof de aandacht naar vochtproblemen in de woningen. De vrouwen maakten slides waarin het probleem werd uitgelegd en gaven een voorstelling aan de universiteit van Edinburgh, waarbij ze onderzoekers voor de uitdaging stelden iets aan de problematiek te doen. Dit resulteerde in een onderzoek naar het verband tussen vochtige woningen en de lichamelijke en mentale gezondheid van de inwoners. Deze studie werd vervolgens door verschillende groepen uit achtergestelde buurten gebruikt om huisvestingsmaatschappijen te overtuigen het vochtprobleem in de woningen aan te pakken. Op die manier brachten mensen uit een kansarme buurt één van hun problemen op de agenda van de academische en de beleidswereld (Whitehead, 1995).

3. Verbeteren van de toegang tot essentiële voorzieningen en diensten

Onder deze titel behandelt Whitehead interventies gericht op (1) de verbetering van de dagelijkse leef- en werkomgeving en (2) het toegankelijk maken van diensten en voorzieningen die een positieve invloed hebben op de gezondheid van de bevolking. Dergelijke initiatieven komen de gezondheid van de gehele bevolking ten goede, maar bieden vooral voordelen voor de minder gegoeden in de samenleving, aangezien zij minder middelen hebben om op eigen kosten in deze behoeften te voorzien. Daardoor bieden beleidsinterventies op dit niveau een goede kans op het verkleinen van de gezondheidskloof tussen rijkere en armere bevolkingscategorieën.

Dit derde niveau beslaat een brede waaier van beleidsdomeinen. Voor wat de leefomgeving betreft, kunnen we het huisvestingsbeleid als voorbeeld nemen. De belangrijke invloed die huisvesting uitoefent op gezondheid beschreven we reeds in een vorig rapport (Beck, 2001, hoofdstuk 2). Wanneer de woningmarkt overgelaten wordt aan vrije markt principes, is het duidelijk dat mensen die het financieel moeilijk hebben, genoodzaakt zijn zich tevreden te stellen met ongezondere woningen. Dit terwijl deze mensen gemiddeld gezien al een slechtere gezondheid hebben. Via een sociaal huisvestingsbeleid kan de overheid deze spiraal doorbreken en ervoor zorgen dat ook deze bevolkingscategorie toegang krijgt tot gezonde woningen.

Ook op het terrein van de werkomgeving heeft het beleid een invloed. Denken we maar aan maatregelen in verband met veiligheid op het werk of met werkuren- en verlofregeling. We kunnen hierbij verwijzen naar Zweden, dat een lange traditie heeft in het zoeken naar structurele oplossingen voor gezondheidsproblemen op de werkvloer. Daarbij werd via de wetgeving gewerkt aan de verbetering van zowel fysieke als psycho-sociale werkomstandigheden (Whitehead, 1995). Voor de periode 2000-2002 heeft de Zweedse overheid verschillende prioriteitsdomeinen vastgelegd, waaronder bijvoorbeeld preventie van ergonomische problemen. Concreet betekent dit dat de arbeidsinspectie bij zorginstellingen, de bouwsector, de goederendistributie en de warenhuissector extra controles zal uitoefenen op fysiek belastend werk¹. Een ander initiatief was het Swedish Working Life Fund, dat gedurende de eerste helft van de jaren '90 bestond. Daarbij werd er via een heffing op handel een fonds opgericht, dat vervolgens werd gebruikt als ondersteuning van bedrijven om verbeteringen door te voeren ter bevordering van de gezondheid van de werknemers. Volgens Mackenbach (1994a) is het verbeteren van de werkomstandigheden van de lagere sociaal-economische categorieën een van de belangrijkste interventiedomeinen om gezondheidsverschillen te verkleinen.

Behalve verbeteringen in de dagelijkse leef- en werkomgeving, is op dit derde beleidsniveau de toegankelijkheid van diensten en voorzieningen van belang. Onderwijs en gezondheidszorg spelen hierbij een cruciale rol, maar ook kinderopvang, openbare bibliotheken, sportfaciliteiten, enzovoort tellen mee.

Wat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg betreft, kunnen we verwijzen naar het bekende Amerikaanse RAND-experiment. In dit wetenschappelijk experiment werd gekeken naar het effect van verschillende ziektekostenverzekeringen. Dit onderzoek toonde aan dat het gratis verschaffen van gezondheidszorg de gezondheid

¹ Informatie van het "Swedish Work Environment Authority",
<http://www.av.se/english/planofactivities/organisationalchanges.shtml>

van arme volwassenen en kinderen ten goede komt, of nog, dat het moeten betalen van gezondheidszorgen negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid van de armste bevolkingscategorieën (Newhouse, 1993). Gratis gezondheidszorg zou dus bijdragen tot de gezondheid van mensen die het financieel moeilijk hebben en dus tot het verkleinen van de gezondheidskloof tussen rijk en arm.

4. Aanmoedigen van macro-economische en –culturele veranderingen

Het vierde interventieniveau beslaat het macrosociale, -culturele en -economische beleid. Dit laatste betreft bijvoorbeeld de wijze waarop de regering economische groei stimuleert, omgaat met de begroting en de staatsschuld en inflatie tegengaat. Het macrosociale beleid is vooral van belang voor de levensstandaard van de minder gegoeden in de samenleving.

Het is niet eenvoudig een voorbeeld te geven van een interventie op dit vierde niveau waarvan het effect op gezondheid werd aangetoond (Mackenbach en Gunning-Schepers, 1997 ; Macintyre et al., 2001). Ten eerste is het sowieso moeilijk om een degelijke wetenschappelijke evaluatie te maken van dergelijke ruime interventie. Er zijn immers zoveel beïnvloedende factoren die je niet onder controle kan houden, dat het quasi onmogelijk is de zuivere invloed van de interventie na te gaan. Ten tweede worden interventies op dit niveau zelden gevoerd met als beweegreden het verkleinen van de gezondheidskloof, wat maakt dat men er – zeker in het verleden – zelfs niet aan dacht de gevolgen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen te onderzoeken.

Hoe kunnen we dan toch zoeken naar de effecten die beleidsinterventies op dit niveau hebben op gezondheid ? Wanneer men een bepaalde beleidsstrategie wil doorvoeren, moet men allereerst proberen precedenten te zoeken in het buitenland en nagaan hoe de gezondheidsverschillen daar geëvolueerd zijn (Mackenbach en Gunning-Schepers, 1997 ; Macintyre et al., 2001). In dit opzicht wordt in de literatuur geregeld gewezen op het negatieve voorbeeld van Groot-Brittannië. Er zijn uitvoerige gegevens beschikbaar over de stijging van armoede en inkomensongelijkheid, ten gevolge van het gevoerde macrobeleid. Verschillende auteurs wijzen erop dat deze macro-economische ontwikkelingen gepaard zijn gegaan met toenemende gezondheidsverschillen (Carroll en Davey Smith, 1997; Davey Smith et al., 1999; Watt, 1996). Dergelijke voorbeelden geven natuurlijk geen sluitend bewijs. Internationaal vergelijkende studies naar de gevolgen van inkomensongelijkheid op gezondheidsverschillen zijn vooralsnog niet ver gevorderd en hebben nog geen sluitende resultaten opgeleverd (Lahelma, 2001).

Wel zijn er zeer sterke aanwijzingen dat inkomensongelijkheid een negatieve impact heeft op de volksgezondheid in het algemeen. In verscheidene internationale vergelijkingen werd vastgesteld dat landen waar de inkomensongelijkheid groot is, de levensverwachting relatief laag is. Om de gezondheid van de bevolking in het algemeen te verbeteren lijkt het dus belangrijk om er op macro-economisch niveau voor te zorgen dat de ongelijkheid niet toeneemt. Het negatieve verband tussen inkomensongelijkheid en volksgezondheid werd in een vorig rapport uitvoerig besproken (Beck, 2001, hoofdstuk 3).

Wat het tegengaan van gezondheidsverschillen betreft, is het in de eerste plaats belangrijk armoede te voorkomen en te bestrijden. De causale link tussen armoede en verminderde gezondheidskansen – die aan het begin van dit rapport werd besproken – is cruciaal in het ontstaan van gezondheidsverschillen. Ook hier speelt het macro-economische en –sociale beleid een grote rol. Daar waar de hierboven besproken beleidsniveaus vooral gericht zijn op het inperken van de gevolgen van armoede op gezondheid, zijn voor het aanpakken van de *grondoorzaken van armoede* vooral ingrepen op het macroniveau noodzakelijk. Zo weten we dat werkloosheid een sterke negatieve impact heeft op gezondheid. Het is dan ook belangrijk dat het tewerkstellingsbeleid de werkloosheid zoveel mogelijk tegengaat. Voor mensen die toch afhankelijk zijn van een vervangingsinkomen, moet men ervoor opletten dat zij niet in armoede afglijden.

Whitehead (1995) concludeert dat er ‘gezonde’ en ‘ongezonde’ macro-economische beleidsstrategieën zijn. Er wordt dan ook meer en meer gepleit voor het nagaan van de gevolgen van macro-sociale en macro-economische beleidsbeslissingen op de gezondheid van de bevolking en van de armsten onder de bevolking in het bijzonder (Townsend, 2000; Macintyre en Hart, 2000; Macintyre et al., 2001). Teveel nog wordt het gezondheidsbeleid gezien als een domein dat losstaat van overheidsbeslissingen op andere vlakken. Men neemt beslissingen op macro-economisch, -sociaal en -cultureel vlak zonder er rekening mee te houden dat deze beslissingen erg belangrijk kunnen zijn voor de gezondheid van de bevolking en voor de gezondheidskloof. Er is op dit terrein nog een hele weg af te leggen, vooraleer men kan komen tot globalere overzichten van de gezondheidsgevolgen van beleidsbeslissingen (Mackenbach en Gunning-Schepers, 1997).

Uit dit overzicht van beleidsniveaus blijkt duidelijk dat de overheid op erg uiteenlopende manieren kan ingrijpen om de gezondheidskloof te dichten. De vraag die zich stelt is natuurlijk welke interventies het meest effectief en efficiënt zijn. Is het beter het individu kennis bij te brengen en zelfontplooiing te stimuleren, zodat zij of hij sterker staat ten opzichte van mogelijke bedreigingen voor de gezondheid? Of is het efficiënter om macro-economische veranderingen door te voeren of te werken aan de toegankelijkheid van gezondheidszorg en onderwijs? In het verleden heeft het gezondheidsbeleid zich veruit het meest geconcentreerd rond beleidsniveau 1. Ook op het tweede niveau zijn er een behoorlijk aantal interventies doorgevoerd en geëvalueerd. In de wetenschappelijke literatuur rijst er meer en meer kritiek op deze interventies op de eerste twee niveaus, en wordt er sinds geruime tijd gepleit voor het opvoeren van beleidsinterventies op niveaus drie en vier. We geven hier eerst een overzicht van de kritieken op interventies op het eerste en het tweede niveau, om daarna in te gaan op de beleidsvoorstellen die naar voren worden geschoven vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie en onderzoeksinstituten.

Hoofdstuk 4:

Kritieken op interventies op individueel en buurtniveau

1. Kritieken op interventies op individueel niveau

Interventies op het individuele niveau kunnen leiden tot een kennisvermeerdering en gedragsverandering bij lagere sociaal-economische categorieën en daardoor leiden tot een terugdringen van de gezondheidskloof. Ook ‘empowerment’-interventies hebben bewezen positieve effecten te kunnen ressorteren. In het beste geval hebben ze ook langdurige gevolgen, bijvoorbeeld door betere voedingsgewoonten en preventieve gezondheidszorgen bij kinderen. Toch hebben interventies op het individuele niveau niet het resultaat gehaald dat ervan verwacht werd. Naast de succesvolle projecten waren er immers ook nogal wat projecten die geen resultaat oprachten in verband met het verkleinen van de gezondheidskloof. Interventies die louter uit informatieverstrekking bestaan, houden zelfs het gevaar in de gezondheidskloof te vergroten, omdat de boodschap vaak vooral terecht komt bij en bruikbaar is voor degenen bovenaan de maatschappelijke ladder (Gepkens en Gunning-Schepers, 1993 ; Macintyre, 1997). Meer succes zien we bij interventies die werken met persoonlijke begeleiding en ondersteuning van de personen in de doelgroep. Deze hebben evenwel het nadeel erg arbeidsintensief te zijn, waardoor ze kleinschalig blijven. Maar zelfs bij deze interventies zijn de resultaten niet eenduidig positief (Whitehead, 1995 ; Gepkens en Gunning-Schepers, 1993).

Wat ‘scheelt’ er met de interventies op individueel niveau? We maken opnieuw een onderscheid tussen interventies gericht op leefstijl en deze met een focus op “empowerment”. We starten met enkele kritieken die specifiek voor leefstijl-campagnes gelden.

Wat leefstijlinterventies betreft, kunnen we stellen dat de fout waarschijnlijk ligt bij het uitgangspunt. Leefstijlinterventies zijn gebaseerd op de veronderstelling dat mensen hun gezondheidsgedrag zelf in handen hebben en dat men vrij kan kiezen een gezonde leefstijl aan te nemen.

Lynch et al. (1997) vinden echter tegenargumenten voor die “vrije keuze”-hypothese, door aan te tonen dat het gedrag dat men als volwassene stelt mee bepaald wordt door de sociaal-economische situatie waarin men als kind leefde. Aangezien men de levensomstandigheden als kind zeker niet zelf gekozen heeft, mag men er ook niet van uitgaan dat leefstijl louter een kwestie is van vrije keuze. Lynch et al. verkiezen daarentegen de visie van Evans et al. (1994), die stellen dat we de leefstijl van de lagere sociaal-economische categorieën moeten zien als een antwoord op de levensomstandigheden waarin zij zich bevinden. Ook bij andere auteurs vinden we argumenten voor de stelling dat gedrag niet zonder meer zelf gekozen is. Uit een studie naar de oorzaken van de associatie tussen opleiding en sportbeoefening, blijkt bijvoorbeeld dat materiële factoren 40% van de verhoogde kans op fysieke inactiviteit

bij laaggeschoolden verklaren. Daarnaast speelt ook een aantal psychosociale factoren een belangrijke rol (Droomers et al., 1999). Leefstijl blijkt dus niet zonder meer een zaak van vrije keuze te zijn, maar wordt voor een substantieel gedeelte bepaald door factoren waarop het individu weinig vat heeft. Droomers et al. stellen dat deze materiële en psycho-sociale factoren de ontvankelijkheid voor externe motivatie om te sporten (zoals campagnes) belemmeren. Ze zijn van mening dat traditionele promotiecampagnes deze belemmeringen over het hoofd zien.

Leefstijlinterventies gaan er ook vaak van uit dat de sociale gradiënt in leefstijl te wijten is aan een verschil in kennis. De redenering luidt dan dat mensen hun gedrag zullen aanpassen zodra ze de kennis hebben. Ook dit blijkt niet juist te zijn. Coulter (1987) bijvoorbeeld, stelde vast dat alle sociaal-economische categorieën het verband tussen leefstijl en gezondheid kennen, en dat in alle sociale categorieën een substantieel gedeelte van de te zware mensen wilde vermageren, rokers wilde stoppen met roken en fysiek inactieven meer wilde sporten. Er werd dus geen verschil vastgesteld in kennis of in bereidheid om de leefstijl te verbeteren (Coulter, 1987 in Whitehead, 1995). De lagere sociaal-economische categorieën weten dus wel dat ze gezonder zouden moeten leven en willen dat ook wel doen, maar blijkbaar zijn er andere redenen dan kennis en motivatie die hen hiervan vaker weerhouden dan in het geval van de hogere sociaal-economische categorieën. Het ingrijpen op factoren als kennis en motivatie lijkt dan ook niet de aangewezen strategie om de gezondheidskloof te dichten.

Een praktisch voorbeeld vinden we bij Macintyre en Hart (2000). Zij stellen vast dat mensen uit lagere sociaal-economische categorieën minder sporten dan mensen uit hogere sociaal-economische categorieën. Uit onderzoek blijkt evenwel dat deze mensen – voor wie eigen vervoer geen evidentie is – vaker in buurten leven waar geen sportfaciliteiten of paatsen om rustig te wandelen of te fietsen voorhanden zijn. Macintyre en Hart (2000) stellen daarom dat het beter zou zijn aan deze structurele barrières te werken dan aan het overbrengen van de boodschap dat sporten gezond is.

Een ander probleem met leefstijlcampagnes is dat ze soms de indruk wekken dat gezondheid een louter kwestie is van gezonde leefstijl. Wie gezond eet en leeft, zal gezond zijn. Ook dit is een foute visie. Uit longitudinaal onderzoek blijkt immers dat het verband tussen opleiding en mortaliteit in de eerste plaats te verklaren is door materiële omstandigheden, en dat gedragsfactoren een kleinere rol spelen (Schrijvers et al., 1999). Dit betekent niet dat leefstijl onbelangrijk is voor de gezondheid, maar wel dat materiële factoren nog meer invloed hebben. Een overdreven nadruk op leefstijlcampagnes kan een vertekend beeld opleveren, als zou de gezondheidskloof louter te wijten zijn aan verschillen in gezondheidsgedrag.

Doordat leefstijlcampagnes vaak de indruk wekken dat leefstijl een kwestie is van vrije keuze, verantwoordelijkheidszin en kennis, versterken ze de idee dat wie niet gezond leeft, ofwel te weinig onderwijs heeft gekregen, ofwel gewoonweg niet de moeite doet om gezond te leven. Ze leggen de verantwoordelijkheid bij het individu. Dit is niet alleen onjuist – zoals blijkt uit hoger vermelde studies – maar kan er bovendien toe leiden dat dergelijke campagnes in plaats van een positief effect op de leefstijl, alleen een negatief effect op het zelfwaardegevoel van de doelgroep teweegbrengen. Vandaar dat een van de meest gehoorde kriteken op leefstijlinterventies is dat ze het slachtoffer de schuld geven: “blaming the victim”

(Whitehead, 1995 ; Lynch et al., 1997 ; Lindblach et al., 1998 ; Wainwright, 1996 ; Crawford, 1977).

Tenslotte is er de eerder pragmatische kritiek die Mechanic heeft op leefstijlcampagnes (1999). Hij stelt dat in het geval gezonde leefstijlcampagnes effect hebben, de impact van deze “gezonde” reclame wellicht teniet gedaan wordt door de massa aan “ongezonde” boodschappen die we dagelijks via de media krijgen.

Interventies die niet rechtstreeks op leefstijl gericht zijn, maar wel op de “empowerment” van de doelgroep, ontsnappen grotendeels aan de specifieke kritieken op leefstijlinterventies. Hier staat immers niet een directe verandering in gedrag centraal, maar wel de capaciteit van het individu om om te gaan met de vaak moeilijke levensomstandigheden. Verscheidene interventies hebben hierin ook positieve resultaten geboekt. Het gevaar van “empowerment”-interventies schuilt evenwel hierin dat de interventies het zelfvertrouwen en de waardigheid van de doelgroep niet altijd respecteren. Soms komen de interventies betuttelend over of krijgen ze, net als de leefstijlcampagnes, het verwijt de schuld bij het slachtoffer te leggen. (Whitehead, 1995). Dit laatste door de indruk te wekken dat gezondheid afhangt van het onder de knie krijgen van een aantal vaardigheden, zoals mondigheid, stressbestendigheid of het beter kunnen organiseren van het eigen leven. De doelgroep kan hierbij het gevoel krijgen dat onkunde aan de basis ligt van zijn (gezondheids)problemen.

Een grote algemene kritiek op interventies op individueel niveau is tenslotte dat ze, hoewel ze op kleine schaal eventueel tot verandering kunnen leiden, op macro-niveau weinig of niets kunnen veranderen aan de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Aangezien grootschalige informatiecampagnes hun effect blijken te missen, wordt voornamelijk met kleinschalige initiatieven gewerkt. Het resultaat van dergelijke projecten is echter nooit groot genoeg om op macro-niveau een merkbare wijziging te brengen in de gezondheidsverschillen (Whitehead, 1995). Bovendien wordt het voordeel dat lagere sociaal-economische categorieën uit de interventie kunnen halen, snel tenietgedaan door de structurele nadelen waarmee ze dagelijks worden geconfronteerd. Anders gezegd: individu-gerichte interventies kunnen wel leiden tot een tijdelijke reductie in de gezondheidskloof, maar die groeit nadien weer snel (Link en Phelan, 1995). In wezen is het dus voornamelijk symptoombestrijding, zonder dat de eigenlijke oorzaak van gezondheidsverschillen wordt aangepakt (Whitehead, 1995 ; Lynch et al., 1997 ; Link en Phelan, 1995 ; Wainwright, 1996). Tenslotte veranderen individuele campagnes niets aan de materiële omstandigheden, die uiteindelijk bepalender zijn voor gezondheid dan verschillen in gedragsfactoren.

Deze kritieken op interventies op het individuele niveau nemen niet weg dat er positieve resultaten mogelijk zijn. Zoals hoger aangegeven zijn er wel degelijk interventies die erin geslaagd zijn de gezondheid van de doelgroep te verbeteren of een vermindering teweeg te brengen in de lokale gezondheidskloof. Alleen blijkt dit niet het gepaste beleidsniveau om de gezondheidskloof in een land weg te werken. Zonder aanvulling door een gezonde beleidsvoering op hogere niveaus, hebben individu-gerichte interventies weinig zin.

2. Kritieken op interventies op buurniveau

Er zijn nogal wat voorbeelden van interventies op buurniveau die tot positieve resultaten hebben geleid. Toch was ook hier het succes niet onverdeeld (Whitehead, 1995 ; Gepkens en Gunning-Schepers, 1993). In de literatuur vinden we uiteenlopende kritieken op gezondheidspromotie via het “versterken van de buurt”.

In eerste instantie stellen deze interventies vaak een praktisch probleem. Zo gaat het meestal om vrij korte projecten. Kelly en Sewell (1988 in Petersen, 1994) gewagen van een gemiddelde duur van drie jaar. Bovendien zijn de projecten vaak erg afhankelijk van de persoonlijke inzet en het enthousiasme van de gezondheids- en sociale werkers die het runnen. Wanneer na verloop van tijd de financiering afloopt en de gezondheidswerkers vertrekken, is het vaak zo dat de opgezette werking in elkaar zakt. Er is dus vaak een schrijnend gebrek aan structurele inbedding (Gepkens en Gunning-Schepers, 1993).

Whitehead (1995) wijst ons op een aantal gevoeligheden waarvoor moet worden opgelet bij interventies op buurniveau. Ten eerste is er het gevaar dat de buurt de interventie als stigmatiserend ervaart doordat ze het label van «kansarme buurt» opgekleefd krijgt. Ten tweede dreigt er desillusie bij de bewoners wanneer ze zien dat verschillende kortstondige projecten komen en gaan, lang genoeg om hoop en verwachtingen te scheppen, maar niet lang genoeg om concrete, blijvende verbetering te brengen. Ten derde zijn er soms verschillen tussen de prioriteiten die vanuit de buurt gesteld worden en deze van de instantie die de interventie opzet. Zo is het mogelijk dat de buurt het nut van de interventie niet inziet en het geld liever anders besteedt. Ten vierde kunnen negatieve gevoelens ontstaan in nabijgelegen buurten waar geen interventie is gepland en die zich daardoor benadeeld voelen. Tenslotte moet men opletten dat de interventie geen gevoel van machteloosheid opwekt, wanneer bewoners zich bewust worden van hun penibele situatie en van het feit dat ze zelf niet over de middelen beschikken om er iets aan te veranderen.

Er zijn ook auteurs die vragen hebben die meer naar de fundamenteën van buurtinterventies gaan. Petersen (1994) stelt dat de aantrekkingskracht van “community development” vooral gelegen is in de onderliggende en algemeen gedeelde idee van democratie. Buurtontwikkeling draait om participatie van de buurt in het stellen van doelstellingen en het nemen van beslissingen, om de persoonlijke voldoening die de buurtbewoners krijgen door creatief bij te dragen tot een gemeenschappelijk project, om het bevorderen van een billijke verdeling van middelen binnen de buurt. In de literatuur over community development spreekt men in termen van ‘participatie’, ‘gelijkheid’, ‘empowerment’, ‘collectieve actie’ en ‘community building’. Het is de bedoeling dat er via buurtontwikkeling structurele en blijvende veranderingen gerealiseerd worden, zodat de buurt haar eigen lot meer in handen krijgt en de mogelijkheden voor zelfbeschikking toenemen (cf. supra : het Ottawa Charter 1986).

In zijn onderzoek gaat Petersen via een historisch overzicht van «community development»-interventies na of deze mooie rethoriek ook in de praktijk wordt gerealiseerd. Daarbij komt hij tot het besluit dat dergelijke lokale interventies voordelen hebben gehad, bijvoorbeeld inzake de verbetering van diensten en voorzieningen, maar dat er geen bredere structurele resultaten geboekt zijn in de zin

van een toename van controle of zelfbeschikking door de buurt. Het ideeëngoed van “empowering communities” wordt niet in praktijk omgezet. De onderzochte interventieprogramma’s bleven gepland vanuit de overheid en de besluitvorming bleef gecentraliseerd, zij het dat lokale groepen soms betrokken werden bij de besluitvorming. Petersen waarschuwt dan ook voor een kritiekloos omspringen met termen als “empowerment”. Hij verwijst ook naar Labonté (1990a en 1990b) die de beperkte beslissingsmacht op lokaal niveau benadrukt. Gesteld dat er sprake is van decentralisatie van de beslissingen in het lokale beleid, dan nog hebben de buurten geen vat op de economische en sociale politiek, die voor het grootste gedeelte op nationaal en internationaal niveau bepaald wordt. Het is onwaarschijnlijk dat participatie in de lokale besluitvorming ook betekent dat de buurt controle verwerft over economische middelen. De hoofdteener van Petersens kritiek is dat «community development» en «community empowerment» legitimiteit verwerven door het gebruik van een radicale rethoriek, die evenwel niet omgezet wordt in de praktijk. Interventies op dit niveau kunnen positieve resultaten bereiken, maar niet de structurele veranderingen waarvan sprake in de theorieën (Petersen, 1994).

Tot slot zijn er een aantal kritieken die buurtinterventies delen met interventies op individueel niveau. Daarbij komen we in eerste instantie terug op de kleinschaligheid. Net als bij individugerichte campagnes, moeten we ook bij interventies op buurtniveau vaststellen dat er op lokaal niveau wel wat kan worden gerealiseerd, maar dat dit vooralsnog te beperkt blijft om een voelbare invloed uit te oefenen op de gezondheidskloof op macro-niveau (Whitehead, 1995). Daarnaast geldt ook hier de opmerking dat de voordelen die de interventie brengt niet opwegen tegen de structurele nadelen waarmee de doelgroep wordt geconfronteerd (Link en Phelan, 1995). Ook op dit niveau zijn interventies voornamelijk een vorm van symptoombestrijding (Whitehead, 1995). Ondanks de mogelijkheden die buurtinterventies bieden, lijken de meeste auteurs het erover eens dat de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen te vinden zijn in de ruimere maatschappelijke context en ook op dat niveau moeten worden aangepakt (Carroll en Davey Smith, 1997 ; Whitehead, 1999 ; Watt, 1996 ; Davey Smith et al., 2001). Dit blijkt ook duidelijk uit de beleidsaanbevelingen die vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie en vanuit de wetenschappelijke wereld naar voren worden geschoven. Daarbij wordt de waarde van kleinschalige interventies niet ontkend, maar wordt benadrukt dat ze enkel ter aanvulling kunnen dienen van bredere beleidsstrategieën om ongelijkheid in gezondheid te bestrijden. In het volgende hoofdstuk gaan we in op deze beleidsaanbevelingen.

Hoofdstuk 5:

Beleidsaanbevelingen ter vermindering van sociaal-economische verschillen in gezondheid

1. Beleidsaanbevelingen vanuit de wereldgezondheidsorganisatie

In het in 1999 door de Wereldgezondheidsorganisatie gepubliceerde “Health 21 – health for All in the 21st century” wordt gelijkheid in gezondheid als hoofdprioriteit gesteld (WHO, 1999). Daarbij wordt volgende doelstelling naar voren geschoven:

“Tegen het jaar 2020 moet de gezondheidskloof tussen sociaal-economische groepen binnen elke lidstaat met een vierde zijn gereduceerd, en dit door een substantiële verbetering van de gezondheid van de benadeelde groepen.” (WHO, 1999, p.16). De Wereldgezondheidsorganisatie dringt er sterk op aan dat de verschillende lidstaten – waaronder ook België – grondig werken aan het bereiken van deze doelstelling.

Wat deze doelstelling precies inhoudt, verwoordt de Wereldgezondheidsorganisatie in vijf concretere punten (WHO, 1999, p.16) :

- Ten eerste moeten sociaal-economische verschillen in levensverwachting met 25% worden gereduceerd.
- Ten tweede wil de Wereldgezondheidsorganisatie dat er een grotere gelijkheid komt tussen de sociaal-economische categorieën voor wat de belangrijke indicatoren van morbiditeit, handicaps en mortaliteit betreft.
- Ten derde moeten sociaal-economische omstandigheden die een negatief effect hebben op de gezondheid, met name verschillen in inkomen, in opleidingsniveau en in toegang tot de arbeidsmarkt, substantieel verbeterd worden.
- Ten vierde moet de proportie armen onder de bevolking veel kleiner worden.
- Ten vijfde pleit de organisatie ervoor de mensen die omwille van hun gezondheid of hun sociale of economische situatie specifieke behoeften hebben, niet uit te sluiten en een vlotte toegang te geven tot gepaste verzorging.

De Wereldgezondheidsorganisatie geeft ook aan hoe die doelstellingen kunnen worden gerealiseerd. Daarbij verwijst ze in eerste instantie naar het sociaal-economische beleid inzake ongelijkheid in inkomen en in sociale middelen, zoals gratis toegang tot gezondheidszorg en onderwijs. Inkomen, opleidingsniveau en tewerkstelling worden door de organisatie als belangrijke determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen aangeduid. Op elk van deze drie terreinen moet er dan ook actie worden gevoerd.

Inzake inkomen, wijst de Wereldgezondheidsorganisatie erop dat het vergroten van inkomensongelijkheid negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid van de bevolking en bovendien vaak een stijging van geweld teweegbrengt. Deze factoren maken dat

ongelijkheid ook een niet te onderschatten economische kostprijs meebrengt. De Wereldgezondheidsorganisatie pleit daarom voor beleidsmaatregelen die leiden tot een gelijkere verdeling van inkomen en welvaart. Deze aanpak moet aangevuld worden met gratis gezondheidszorg en onderwijs en met gesubsidieerde huisvesting. Daarnaast worden ook tewerkstelling en sociale voorzieningen genoemd als sleutels om de gezondheid te bevorderen en sociale uitsluiting tegen te gaan. Tenslotte wil de Wereldgezondheidsorganisatie werken aan gezonde buurten door middel van beleidsmaatregelen die solidariteit, participatie en integriteit promoten, alsook pluralistische sociale en politieke netwerken.

Ook in verband met tewerkstelling en werkloosheid geeft de Wereldgezondheidsorganisatie een aantal beleidsvoorstellen, zoals het verzekeren van financiële en sociale ondersteuning voor werklozen. Daarnaast wil de Wereldgezondheidsorganisatie dat opleiding en tewerkstelling gepromoot worden, vooral voor degenen die in hun jeugd minder gunstige omstandigheden hebben gekend. Er moet ook worden geïnvesteerd in een grotere tewerkstellingszekerheid. Economische analyses zouden meer rekening moeten houden met de kosten van hoge werklust en jobonzekerheid. Er moeten flexibele regelingen komen voor deeltijds werk, alsook alternatieve vormen van sociaal en gemeenschapswerk om langdurige structurele werkloosheid tegen te gaan. Tenslotte wil de Wereldgezondheidsorganisatie het arbeidsmarktbeleid zo ingevuld zien, dat het risico op discriminatie op grond van leeftijd, geslacht of ethniciteit afneemt.

De Wereldgezondheidsorganisatie wil dat de toegankelijkheid van het onderwijs verbetert, vooral voor vrouwen en benadeelde groepen. De financiële middelen in het onderwijs moeten verdeeld worden volgens de behoeften van de onderwijsdoelgroep en in overeenstemming met wat vereist is om sociale gelijkheid te bereiken. Daarnaast moet de onderwijsstandaard verhoogd worden en moet er in kleinere klassen worden lesgegeven. Zowel voor de leerkrachten als voor de leerlingen is er onderricht over gezondheidsthema's nodig.

Ook inzake de promotie van een gezonde leefstijl pleit de Wereldgezondheidsorganisatie voor een brede aanpak. Dit betekent dat structurele veranderingen in de economische, leef- en werkomstandigheden gecombineerd moeten worden met gezondheidsopvoeding. Daarenboven moeten gezondheidspromotie en ziektepreventie ten volle rekening houden met de realiteit zoals die aangevoeld wordt door de economisch minder geprivilegeerde bevolkingscategorieën. Geïsoleerde educatieve campagnes die vertrekken vanuit de realiteit zoals die wordt ervaren door de hogere sociaal-economische categorieën, hebben vooral kans op succes bij deze laatste categorieën en riskeren op die manier net bij te dragen tot een verbreding van de gezondheidskloof. De Wereldgezondheidsorganisatie merkt voorts op dat het aanpakken van de grondoorzaken van ongelijkheid in gezondheid bijdraagt tot de slaagkansen van gezondheidsopvoeding, door barrières weg te nemen die de gezondheid in de weg staan (ECHPD, 1999).

De Wereldgezondheidsorganisatie wil tenslotte ook speciale aandacht voor de toegankelijkheid - financieel en psychosociaal - van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen, zoals armen, bejaarden, migranten en vluchtelingen.

We kunnen besluiten dat de beleidsvoorstellen van de Wereldgezondheidsorganisatie duidelijk gericht zijn op een globaal overheidsbeleid, zeker niet op het beleid in de gezondheidssector alleen. Het terugdringen van inkomensongelijkheid, het bewaren van een voldoende hoge levensstandaard voor mensen die leven van een uitkering en de toegankelijkheid van voorzieningen als onderwijs en gezondheidszorg staan centraal (WHO, 1999; ECHPD, 1999, Wilkinson en Marmot, 1998)

2. Vanuit wetenschappelijke hoek

2.1. Tackling inequalities in health: an agenda for action (1995)

Ook vanuit wetenschappelijke hoek, vooral dan vanuit beleidsondersteunend onderzoek, worden aanbevelingen naar voren geschoven voor een beleidsaanpak van de groeiende gezondheidskloof. Vooral in Groot-Brittannië kent deze onderzoekslijn een lange traditie. Algemeen kunnen we stellen dat de aanbevelingen die vanuit wetenschappelijke hoek aangedragen worden in grote mate overeenkomen met deze van de Wereldgezondheidsorganisatie. De nadruk op een brede aanpak op macro-niveau komt ook hier duidelijk terug.

Het bekende Engelse Black-report bijvoorbeeld, pleitte al in 1980 voor een structureel anti-armoedebeleid om gezondheidsverschillen terug te dringen (Townsend en Davidson, 1988). Het toonde aan dat de gezondheidsverschillen in Engeland sinds de jaren vijftig waren toegenomen en dat die trend hoofdzakelijk gerelateerd was aan sociale en materiële ongelijkheid. Als remedie pleitten de auteurs van het rapport voor een intersectorale aanpak van inkomensherverdeling, een verhoging van de uitkeringen en voor overheidsinterventie op het terrein van huisvesting en sociale voorzieningen (Townsend, 2000). Ook in de latere beleidsondersteunende rapporten vinden we deze hoofdlijn steeds terug. Dit geldt onder meer voor “Tackling inequalities in health: an agenda for action”, waarin vooraanstaande wetenschappers hun beleidsvoorstellen verwoorden (Benzeval, Judge en Whitehead, 1995). Het beleid inzake huisvesting, onderwijs, gezondheidszorg, werkloosheid, kinderopvang en de bestrijding van armoede en inkomensongelijkheid, zijn de pijlers die hierbij naar voren worden geschoven.

Sociaal-economische verschillen in huisvesting dragen bij tot verschillen in gezondheid. Richard Best (1995) pleit daarom in hogergenoemde “agenda for action” voor een sociaal huisvestingsbeleid, waarin we drie hoofdlijnen kunnen onderscheiden². Ten eerste moet er volgens Best geïnvesteerd worden in nieuwe en betere huizen, zodat risico’s op brand, ongelukken, koude en vocht verminderen. Ook mensen die in een eigen huis wonen, maar onvoldoende geld hebben voor renovaties – bijvoorbeeld bejaarden met een klein pensioen - moeten gesteund worden. Investerings in verwarming en isolatie worden door Best aangeduid als het meest

² Best gaat hierbij ook in op de financiële haalbaarheid van zijn plan. Hij stelt dat mits een aantal veranderingen in het gevoerde beleid, de middelen beter kunnen worden aangewend, zodat er geld vrijkomt voor het doorvoeren van zijn voorstellen inzake sociale huisvesting. We gaan hier niet in op deze voorstellen voor de herschikking van de middelen, omdat die te strikt gebonden zijn aan de specifieke Engelse wetgeving hieromtrent.

efficiënt, in die zin dat ze besparingen meebrengen in energieverbruik, verkommering van de woning door vocht en schimmels tegengaan en kostenbesparend zijn voor het milieu. Ten tweede pleit Best voor investeringen in de infrastructuur van kansarme buurten. Door de woonomgeving aangenamer te maken en te zorgen voor gemeenschappelijke voorzieningen kan de buurt heropleven. Wanneer men hierbij de buurtbewoners kan betrekken, is de winst dubbel, in die zin dat dan ook het sociale leven en eventueel de werkgelegenheid door de investering opgekrikt worden. Investeren in kansarme buurten heeft ook het voordeel dat er opnieuw een heterogener bewonerspubliek wordt aangetrokken, zodat aan het isolement van kansarme gezinnen een halt wordt toegeroepen. Ten derde is het van belang dat de verbeterde huizen en de gerenoveerde buurten betaalbaar blijven voor mensen met een laag inkomen. Daartoe moet er onder meer een goed systeem van sociale huisvesting uitgebouwd worden, waarbij mensen met een laag inkomen toch de kans krijgen een gezonde woning te huren. Daarnaast wil Best dat er vangnetten komen voor mensen die, bijvoorbeeld door werkverlies, in problemen komen bij de afbetaling van hun huis of geen geld meer hebben voor noodzakelijke herstellingen.

Benzeval en Webb (1995) beschrijven in “Tackling Health Inequalities” beleidsinterventies om de gezondheid van arme gezinnen te verbeteren. Opnieuw worden drie pistes uitgetekend. De eerste behandelt de preventie van armoede. Om armoede te voorkomen of te verhelpen is een degelijk betaalde job de meest efficiënte weg, aldus Benzeval en Webb. Een eerste prioriteit is volgens hen daarom het verhogen van opleidings- en tewerkstellingskansen voor mensen die van een te laag inkomen leven in het algemeen en van langdurig werklozen in het bijzonder. Ook andere drempels voor het vinden van werk moeten worden verholpen. Zo is het belangrijk dat alleenstaande moeders niet verplicht zijn thuis te blijven en van een vervangingsinkomen te leven, omdat ze anders geconfronteerd worden met te hoge kosten voor kinderopvang.

We moeten evenwel beseffen dat een betaalde baan niet voor iedereen een haalbare kaart is. Voor degenen die van een vervangingsinkomen moeten leven, is het belangrijk dat de uitkeringen voldoende hoog zijn om te participeren in de samenleving en gezond te leven, aldus Benzeval en Webb. Ze willen dat de overheid uitgaat van berekeningen die worden gemaakt van het minimale inkomen dat nodig is om aan die voorwaarden te voldoen. Vervolgens moet worden nagegaan of de huidige vervangingsinkomens die standaard wel halen. Dergelijke verbeteringen in het uitkeringssysteem vormen de tweede piste die Benzeval en Webb voorzien. Het derde interventie terrein tenslotte, is de aanpak van inkomensongelijkheid. Ook dit moet behoren tot het totaalpakket om de gezondheid van arme gezinnen te verbeteren. De weg om tot een kleinere inkomensongelijkheid te komen is volgens de auteurs het aanpassen van het belastingstelsel. De concrete voorstellen die ze doen zijn gebaseerd op de specifieke Engelse situatie, maar de algemene teneur is dat er meer belasting moet geheven worden op de hoogste inkomens en minder op de lage inkomens. Daarnaast willen ze de belasting op inkomen verhogen en deze op uitgaven (BTW) verlagen, wat eveneens een voordeel inhoudt voor de minder goedgezinnen.

Benzeval, Judge en Whitehead (1995) willen naast het belang van huisvesting en een beleid gericht op armoedebestrijding ook de rol van het onderwijs, het werkloosheidsbeleid en de kinderopvang in de verf zetten. Ze onderstrepen dat het

verbeteren van de onderwijskansen voor jongeren die in minder goede omstandigheden opgroeien een belangrijke stap is om verschillen in gezondheid weg te werken. Zeker in onze samenleving, waarin kennis een steeds centralere plaats inneemt, is het van belang ervoor te zorgen dat iedereen voldoende kansen krijgt op een degelijke opleiding, aldus Benzeval, Judge en Whitehead. Ze verwijzen daarbij naar de beleidsaanbevelingen van de National Commission on Education, die stelt dat er meer middelen moeten vrijgemaakt worden voor onderwijs in de meest achtergestelde buurten. Bij de verdeling van de onderwijsmiddelen moet rekening gehouden worden met de onderwijsbehoeften van de buurt waarin de school ligt, en moet voldoende steun geboden worden aan degenen die in moeilijker omstandigheden onderwijs verzorgen. Het is voor de leerlingen belangrijk dat deze scholen gemotiveerde en goed opgeleide leerkrachten kunnen aantrekken én behouden (NCE 1993 in Benzeval, Judge en Whitehead, 1995).

Voor het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen is het volgens Benzeval, Judge en Whitehead ook noodzakelijk om de werkloosheid zo laag mogelijk te houden, aangezien meermaals duidelijk is aangetoond dat werkloosheid een erg negatieve invloed heeft op de gezondheid. Ze zijn daarom voorstander van het verder uitbouwen van levenslang leren en opleidingsprogramma's voor langdurig werklozen. Voorts moet het uitkeringsbeleid flexibeler worden, zodat werklozen meer kansen krijgen om bij te leren of deeltijds te werken zonder inkomensverlies. Daarnaast pleiten ze voor loonsubsidies wanneer iemand een langdurig werkloze in dienst neemt. De auteurs willen ook de oprichting van "social economy organisations", waarin langdurig werklozen eerst opgeleid en vervolgens aangeworven worden in projecten van algemeen nut, zoals bijvoorbeeld milieubeheer. Tenslotte is er volgens deze auteurs meer ondersteuning nodig voor werklozen die zelfstandig ondernemer willen worden. De startkansen van deze mensen moeten vergroten door financiële en andere ondersteuning en er moet een betere opvang komen voor kleine ondernemers die failliet gaan.

Als laatste onderwerp snijden Benzeval, Judge en Whitehead de kinderopvang aan. Ze stellen dat de kosten voor kinderopvang vaak een hindernis zijn voor moeders die anders in het arbeidscircuit zouden stappen. Het gebrek aan kosteloze of goedkope kinderopvang draagt op die manier bij tot lagere inkomens bij gezinnen met kinderen en dus ook tot armoede bij kinderen (Coote, 1991 in Benzeval, Judge en Whitehead, 1995). De auteurs wijzen er op dat het gebrek aan kosteloze kinderopvang ook de gezondheid van de thuisblijvende moeder kan schaden, in die zin dat een betaalde job vaak bijdraagt tot sociale contacten, een groter gevoel van zelfwaarde en een sterkere positie door financiële onafhankelijkheid (Benzeval, Judge en Whitehead, 1995).

Concluderend kunnen we stellen dat de verschillende wetenschappers in "Tackling inequalities in health: an agenda for action" de noodzaak van een brede en drastische aanpak onderstrepen. Of zoals Benzeval, Judge en Whitehead (1995, p. 140) het zelf uitdrukken: "... any strategy to promote social justice in general and to tackle inequalities in health in particular demands a very wideranging and radical reshaping of economic and social policies".

2.2. Independent inquiry into inequalities in health report (1998)

In 1997 gaf de Engelse overheid opdracht voor een wetenschappelijk rapport over de stand van zaken met betrekking tot sociaal-economische gezondheidsverschillen en strategieën om deze verschillen weg te werken. Dit resulteerde in het “Independent inquiry into inequalities in health report” (The Stationery Office, 1998), waarin 39 beleidsaanbevelingen worden opgesomd en besproken. Ook deze aanbevelingen beslaan een erg ruim domein. Het is niet mogelijk hier uitgebreid in te gaan op elk van de beleidsvoorstellen in dat rapport. De volledige lijst is opgenomen in bijlage 2. Hier beperken we ons tot een beknopt overzicht. Om te beginnen worden in het rapport twee algemene aanbevelingen gemaakt. De eerste bepaalt dat men voor elke beleidsbeslissing die direct of indirect een invloed heeft op gezondheid, moet nagaan wat de impact zou zijn op sociaal-economische verschillen in gezondheid. Dit idee werd ook vroeger al geopperd (Whitehead en Dahlgren, 1991). De tweede algemene aanbeveling is dat de hoogste prioriteit moet uitgaan naar vrouwen op vruchtbare leeftijd, zwangere vrouwen en jonge kinderen. Na deze twee algemene aanbevelingen, komen voorstellen aan bod in verband met armoede, inkomen, het belastingstelsel en uitkeringen. Daarbij staat het verkleinen van de inkomensongelijkheid centraal, alsook het optrekken van vervangingsinkomens. In verband met onderwijs komt onder meer het voorstel terug om scholen met een armere leerlingenpopulatie extra middelen te geven. Met betrekking tot tewerkstelling wordt aangeraden te investeren in opleidingen voor werklozen en in het verhogen van de tewerkstellingsgraad. Daarnaast moeten psychosociale gezondheidsrisico's op de werkvloer verminderd worden en de gevolgen van het tewerkstellingsbeleid voor de gezondheidskloof worden onderzocht. Wat huisvesting en woonomgeving aangaat, wordt onder andere gepleit voor meer sociale woningen. Vervolgens komt een aantal voorstellen aan bod in verband met transport, waaronder het verder ontwikkelen van betaalbaar openbaar vervoer. Ook het beleid inzake voeding en landbouw moet onderworpen worden aan een onderzoek naar de gevolgen voor gezondheid en gezondheidsverschillen. In het rapport worden vervolgens specifieke maatregelen genoemd voor bepaalde categorieën van de bevolking, zoals kinderen, bejaarden, vrouwen en ethnische minderheden. Tot slot komt de gezondheidszorg aan bod. Daarbij wordt de nadruk gelegd op toegankelijkheid en op een spreiding van middelen in verhouding tot lokale behoeften.

Het “Independent inquiry into inequalities in health report” wordt op een aantal punten bekritiseerd door andere Britse wetenschappers (Davey Smith et al., 1999). Zij vinden dat het rapport onvoldoende aangeeft hoe de doelstellingen concreet moeten worden gerealiseerd en waar de prioriteiten liggen. Door geen hiërarchie aan te brengen in de 39 aanbevelingen, lijkt het alsof ze allemaal dezelfde waarde hebben. Zo lijkt de aanbeveling over het terugdringen van de armoede op dezelfde hoogte te staan als deze over snelheid in het verkeer. Davey Smith et al. vinden dat door die opbouw de fundamentele rol van materiële ongelijkheid onvoldoende wordt benadrukt en stellen dat het mogelijk is een groot aantal van de aanbevelingen door te voeren zonder de oorzaken van ongelijkheid in gezondheid werkelijk aan te pakken. Dit terwijl er om de gezondheidskloof te dichten één centrale en fundamentele politiek moet worden gevoerd, met name de vermindering van inkomensongelijkheid en het uitroeien van armoede. Door de veelheid aan aanbevelingen komt deze

boodschap volgens de auteurs onvoldoende uit de verf. De meest efficiënte werkwijze om armoede te bannen is volgens Davey Smith et al. het verhogen van de uitkeringen, het verbeteren van openbare voorzieningen en de uitbouw van sociale huisvesting (Davey Smith et al., 1999).

Townsend (2000) deelt de kritiek van Davey Smith et al. over het gebrek aan prioriteitstelling in het “Independent inquiry into health inequalities report”. Daarnaast vindt hij dat de internationale context van sociaal-economische gezondheidsverschillen te weinig aan bod komt in het rapport. Een andere tekortkoming volgens Townsend is dat er onvoldoende wordt ingegaan op de voorbije beleidsmaatregelen en de impact die ze gehad hebben op gezondheidsverschillen. In de publicatie “Health inequalities: poverty and policy” vinden we Townsends eigen beleidsideeën over sociaal-economische gezondheidsverschillen terug.

2.3. Health inequalities: poverty and policy (2000)

In het rapport “Health inequalities: poverty and policy” plaatst Townsend het beleidsvraagstuk rond ongelijkheid in gezondheid in het ruimere kader van de globalisering (Townsend, 2000). Hij stelt dat gedurende de laatste decennia de macht van internationale instellingen en van transnationale ondernemingen exponentieel is toegenomen. Grote internationale commerciële, sociale en politieke instellingen zijn steeds meer bepalend voor lokale en nationale middelen en instellingen. De veranderingen op wereldvlak hebben steeds meer invloed op het individuele niveau; ze zijn mee bepalend voor de individuele levensstandaard en dus ook voor de individuele gezondheid. De globalisering heeft evenwel niet voor iedereen dezelfde gevolgen gehad, stelt Townsend, in die zin dat ze geleid heeft tot een groeiende ongelijkheid of sociale polarisatie. Deze ongelijkheid werd aanvankelijk gezien als een tijdelijk fenomeen. Zo zou de derde wereld haar achterstand snel inhalen zodra de modernisering ook daar was doorgedrongen. Deze optimistische theorieën zijn inmiddels sterk achterhaald. In plaats van naar elkaar toe te groeien, is de kloof alleen maar toegenomen, en dit niet alleen tussen arme en rijke landen, maar ook tussen arme en rijke bevolkingslagen binnen de landen zelf. Deze vaststelling geldt ook voor gezondheidsverschillen.

Als we de gezondheidskloof willen dichten, moet deze trend niet alleen gestopt worden, maar ook teruggedraaid. Townsend stelt dat er inmiddels voldoende bewijs voorhanden is om als prioritaire strategie te opteren voor het optrekken van de lage inkomens – zowel vervangingsinkomens als de laagste inkomens uit arbeid. Dit heeft ernstige implicaties voor het beleid van internationale en nationale overheden en instellingen.

Voor zijn beleidsaanbevelingen maakt Townsend een onderscheid tussen het beleid op nationaal en op internationaal niveau. Op nationaal niveau zijn er volgens hem drie prioriteiten. Ten eerste moet er terdege werk gemaakt worden van een onderzoek naar het effect van beleidsmaatregelen op de inkomensverdeling. Townsend is voorstander van het uitwerken van een systeem van computersimulaties, waarmee het effect van beleidsvoorstellen op de inkomensverdeling bij de bevolking, kan worden gemeten. Ten tweede is het volgens Townsend tijd dat de regering expliciet omschrijft wat zij ziet als “adekwate” uitkeringen. Townsend stelt dat de huidige uitkeringen te laag

zijn. Hij verwijst daarbij naar opiniepeilingen waarin de respondenten een schatting geven hun minimale inkomensbehoeften. De werkelijke uitkeringen liggen een vierde tot de helft onder deze schattingen. Tot gelijkaardige bevindingen kwam ook statistisch en wetenschappelijk onderzoek naar de inkomensbehoeften van gezinnen. Aangezien onderzoek aantoonde dat de huidige uitkeringen lager zijn dan de werkelijke inkomensbehoeften en dat het optrekken van lage inkomens de aangewezen strategie is om gezondheidsverschillen terug te dringen, moet de regering bepalen wat volgens haar adequate uitkeringen zijn. Ten derde moet de regering dan een plan voorleggen om de huidige uitkeringen op te trekken tot deze “adequate” bedragen.

Op het internationale niveau pleit Townsend in eerste instantie voor een billijk belasting- en inkomensbeleid, binnen een internationaal afdwingbaar wettelijk kader voor een sociaal verantwoorde inkomens- en welvaartsaccumulatie. Daarnaast wil Townsend een programma voor het creëren van werkgelegenheid. Dat programma moet bewust gericht zijn op het introduceren van arbeidsintensieve projecten, om een tegengewicht te vormen tegen de heersende trend van besparingen op personeelskosten. Ook moeten de werkomstandigheden van laagbetaalde arbeidskrachten internationaal gereguleerd worden. Townsend wil stelt voorts een regeneratie van de collectieve sociale zekerheid en van openbare sociale diensten voor. Een onderdeel daarvan is het vastleggen van internationaal afdwingbare minimumlonen en – uitkeringen. Tot slot pleit Townsend voor het introduceren van een grotere sociale en democratische controle over transnationale bedrijven en internationale instellingen.

2.4. Besluit

Hoewel het zeker nuttig is de complexe samenhang tussen sociaal-economische status, ongelijkheid en gezondheid(verschillen) verder te onderzoeken, is de kennis inmiddels ruimschoots voldoende om een gericht beleid te voeren ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (Watt, 1996; WHO, 1999). Men is het erover eens dat de hoofdoorzaak van sociaal-economische gezondheidsverschillen te vinden is in de sociale en economische maatschappelijke context en dat ook op dat terrein moet worden gewerkt aan een structurele oplossing. Zowel door de Wereldgezondheidsorganisatie als in wetenschappelijke publicaties wordt, als strategie om de gezondheidskloof te dichten, duidelijk stelling genomen voor zeer brede en diepgaande hervormingen die armoede en inkomensongelijkheid tegengaan. Tot welke concrete beleidsmaatregelen deze strategie precies moet leiden, wordt niet altijd uitvoerig besproken. Toch tekent zich een algemene trend af bij de verschillende auteurs, waarbij voornamelijk gepleit wordt voor progressievere belastingen, het optrekken van uitkeringen en lage lonen en het uitbouwen van sociale voorzieningen en diensten. Dit betekent niet dat er geen lokale interventies of leefstijlcampagnes moeten worden gevoerd, maar wel dat er méér nodig is als we de oorzaken van de gezondheidskloof willen wegwerken. Volgend citaat weerspiegelt de teneur van de meeste rapporten over de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen: “Inequalities in health can only be effectively tackled by policies that reduce poverty and income inequality. ... Everybody should be entitled to a sufficient income to allow them to participate in the economic, social, cultural and political life of the country; this provision would also ensure the minimalisation of health inequalities” (Davey Smith et al., 1999, p.168).

Hoofdstuk 6:

Kritische kijk op de beleidsvoering inzake sociaal-economische gezondheidsverschillen

Dat er ongelijkheid is in gezondheid is al heel lang geweten. Gelijkheid in gezondheid staat ook al geruime tijd bovenaan de prioriteitenlijst van de Wereldgezondheidsorganisatie. De beleidsaanbevelingen om deze problematiek aan te pakken zijn duidelijk en klinken al jaren hetzelfde. Toch tekent zich eerder een trend af van toenemende ongelijkheid in gezondheid dan een van afnemende ongelijkheid (WHO, 1999). Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat er in de recente literatuur steeds meer kritische stemmen opgaan in de richting van de beleidsvoerders.

Zo schrijft Watt (1996) over Engeland dat het gezondheidsbeleid zich teveel toespitst op specifieke aandoeningen en op het niveau van het individu en de buurt, waardoor de echte oorzaken van gezondheidsverschillen niet worden aangepakt. Dit terwijl het economische beleid tot een toename van de gezondheidsverschillen leidt. Het verband tussen het economische beleid en de gezondheid van de bevolking wordt nog steeds ontkend door de beleidsverantwoordelijken, aldus Watt.

Na het verschijnen van het “Independent inquiry into inequalities in health report” heeft de Engelse overheid evenwel een nieuw programma voorgesteld, waarin aangegeven wordt hoe ze met de 39 aanbevelingen in het rapport zal omgaan (Department of Health, 1999). Volgens Townsend (2000) is dit programma een stap in de goede richting, maar gaat het niet ver genoeg. Vragen over inkomenshervreiding, het niveau van de uitkeringen en het nagaan van de effecten van het algemene beleid op gezondheidsverschillen blijven onbeantwoord. Dit terwijl de inkomensongelijkheid gedurende de afgelopen twee decennia door het beleid in de hand werd gewerkt en er vooralsnog geen gegronde aanwijzingen zijn voor veranderingen in deze trend.

De Scandinavische landen hebben een lange traditie van structurele overheidsinterventies, maar ook daar zijn er tekenen dat die ingesteldheid aan het afkalven is en dat collectieve structuren het steeds minder kunnen halen tegen de politiek van individuele verantwoordelijkheid (Linblach et al., 1998). In Finland bijvoorbeeld, zien we dat de inkomensongelijkheid gedurende lange tijd stabiel gebleven is, maar sinds 1992 aan het stijgen is (Keskimäki et al., 1999).

Ook op het Canadese beleid vinden we kritiek. Raphael (2000) stelt dat er een merkwaardige kloof gaapt tussen het discours dat in overheidsrapporten gevoerd wordt en het beleid zelf. In de beleidsdocumenten wordt het verband tussen armoede, inkomensongelijkheid en gezondheid erkend. Er wordt uitdrukkelijk gewezen op het belang van inkomen en sociale status voor gezondheid en op de nefaste gevolgen van werkloosheid en inkomensongelijkheid. Tegelijkertijd werden echter belastingshervormingen doorgevoerd in het voordeel van de goeude Canadezen. De verminderde belastinginkomsten die het gevolg waren van deze hervormingen, leidden tot een daling van de investeringen in overheidsprogramma's. Zo werden de sociale

programma's, die de gezondheidseffecten van de economische ongelijkheid binnen grenzen hielden, in 1993 afgebouwd. Dit is zowat het tegenovergestelde van wat nagenoeg alle beleidsaanbevelingen naar voren schuiven als middel om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Raphael stelt dat er aanwijzingen zijn dat de gezondheidskloof in Canada intussen toeneemt.

Het duidelijkste voorbeeld van de discrepantie tussen woord en daad, vindt Raphael (2000) in de provincie Ontario. In een provinciaal overheidsrapport over gezondheid staat: "We conclude that efforts to create health in Ontario will not come from a narrow focus ... Two sets of responses are required: policies that reduce poverty and policies that reduce the effect of poverty". Dit gezegd zijnde, werd de bouw van sociale woningen stilgelegd, werd er gesnoeid in de uitkeringen en werden de inkomensbelastingen verlaagd op een wijze die de ongelijkheid sterk in de hand werkte.

In Nederland zijn er over de periode 1993-1999 in het belastingsysteem geen noemenswaardige veranderingen aangebracht die de situatie van de lage inkomens zouden veranderen. Wel werd er vanaf het einde van de jaren '80 gesnoeid in de uitkeringen. De uitkeringen gingen omlaag en de toegankelijkheid van het systeem werd teruggeschroefd. De uitkeringen voor mensen die meer dan een jaar ziek zijn bijvoorbeeld, zijn gedaald én de voorwaarden om ervoor in aanmerking te komen zijn verscherpt (Stronks, 1999a). Deze besparingen werden onder meer gecompenseerd door de invoering op gemeentelijk niveau van individuele tegemoetkomingen. Het uiteindelijke resultaat van deze beleidsmaatregelen verschilt al naargelang de betrokken bevolkingscategorie. Algemeen kan echter gesteld worden dat het verbeterde lokale armoedebeleid te weinig middelen ter beschikking stelt om een substantieel effect te hebben op de gezondheid van de laagste inkomenscategorieën (Stronks, 1999b). Mackenbach (1994b) stelt dat het verbeteren van het opleidings-, beroeps- en inkomenspeil van dezen die zich onderaan de sociale ladder bevinden de meest fundamentele, en misschien ook de meest effectieve, benadering is om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen, maar voegt eraan toe dat het politieke klimaat daartoe een stevige hindernis vormt - zeker als het over het aanpakken van inkomensongelijkheid gaat. Volgens deze auteur lijkt men dan ook meer nadruk te leggen op het "politiek neutrale" domein van leefstijlfactoren. Daarbij wordt gefocust op de achtergestelde bevolkingscategorieën. We kunnen dan ook besluiten dat het Nederlandse programma de beleidsaanbevelingen die we in het vorige hoofdstuk zagen niet volledig opvolgt. Intussen nemen ook in Nederland de sociaal-economische gezondheidsverschillen toe (Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health, 2001).

Hoe zit het met België? België heeft vooralsnog geen beleidsplannen bekend gemaakt die expliciet gericht zijn op het verkleinen van de ongelijkheid in gezondheid, zoals dat onder andere in Groot-Brittannië wel het geval is. Ook in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen die in 1998 werden opgesteld, werd ongelijkheid in gezondheid niet vernoemd (Demeester, 1998). Sinds kort heeft het thema evenwel de Belgische en Vlaamse politieke beleidsagenda's gehaald. In december 2001 kwamen de drie ministers bevoegd voor gezondheid - Magda Aelvoet, Mieke Vogels en Nicole Maréchal - met hun Europese collega's bijeen om strategieën voor het verkleinen van de gezondheidskloof te bespreken. Sinds kort wordt met de maximale gezondheidsfactuur ook meer werk gemaakt van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ook op het vlak van armoedebestrijding is er een eerste Vlaams

actieplan, dat een stap in de goede richting kan zijn van een samenhangend beleid op lange termijn. Daarnaast is Vlaanderen gestart met de verplichte zorgverzekering. Tot slot vermelden we dat het bestaansminimum, voortaan « leefloon » genaamd, met 4% wordt opgetrokken vanaf 2002 en nog eens met 6% tegen 2005. Het ziet er dus sterk naar uit dat de in dit rapport besproken problematiek - zij het met enige vertraging ten opzichte van een aantal andere Europese landen – zijn weg gevonden heeft naar de beleidsvoering. Of er voldoende middelen zullen worden vrijgemaakt om aan substantiële oplossingen te werken, valt evenwel nog af te wachten.

Dat de tijd voor een grondige beleidsmatige aanpak gekomen is, tonen cijfers van de Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting aan (Van den Bosch, 2000 ; Vranken, 2000). Deze leren ons dat de relatieve armoede in België lijkt te stijgen. Volgens de EU-norm³ steeg het percentage huishoudens dat in armoede leeft van 5,9% in 1988 tot 7,7% in 1997. Maar niet voor alle bevolkingscategorieën is het risico op armoede toegenomen. De stijging van de armoede vinden we alleen terug bij degenen die het ook voordien al moeilijk hadden: gezinnen (alleenstaanden of koppels, al dan niet met kinderen) die van één uitkering leven. Voor een twee-oudergezin met kinderen dat van één uitkering leeft, is de kans op armoede gestegen van 14% in 1985 tot 55% in 1997. Dit is een rechtstreeks gevolg van het totnogtoe gevoerde uitkeringsbeleid, waarbij de uitkeringen steeds meer achterop geraakten ten opzichte van de welvaartsstijging bij de bevolking als geheel (Van den Bosch, 2000).

Naast de stijging van het percentage armen volgens de EU-norm, is er ook een toename van de inkomensverschillen. In 1997 beschikten de meest verdienende 10% van de gezinnen na het betalen van inkomensbelasting over 24,1% van het totale inkomen in België, terwijl de minst verdienende 10% slechts 2,4% van het totale inkomen ontving. De hoogste 10% van de inkomens heeft met andere woorden tien keer zoveel als de armste 10%. Het aandeel van de rijksten was daarmee groter dan ooit in de voorbije twee decennia (Vranken, 2000). Volgens cijfers van het CBS is de inkomensongelijkheid tussen 1985 en 1997 toegenomen met 8% à 13% , afhankelijk van de gebruikte maatstaf (Vranken, 2000). Gevreesd wordt dat de nieuwe belastingshervorming de inkomensongelijkheid nog meer in de hand zal werken.

De ongelijkheid in vermogen is nog groter dan de inkomensongelijkheid, en ook hier is er een toename vastgesteld. In 1994 had de rijkste 10% nagenoeg de helft van het totale Belgische gezinsvermogen in handen, de armste 10% slechts 1%. Anders uitgedrukt was het vermogen van de rijkste 10% vijftig maal zo groot als dat van de armste 10%. Het vermogen van de rijksten steeg, terwijl dat van de armsten afnam (Vranken, 2000).

Of de toenemende armoede en de stijgende ongelijkheid in inkomen en vermogen in ons land samengaan met een vergroting van de gezondheidskloof, kunnen we bij gebrek aan gegevens evenwel niet achterhalen. De eerste Belgische gezondheidsenquête werd immers pas in 1997 gehouden en de gegevens voor de tweede gezondheidsenquête zijn nog niet verwerkt. Het zal dus nog even duren voor

³ De EU-norm is tegenwoordig de meest gangbare maatstaf voor armoede. Mensen worden als arm beschouwd wanneer hun equivalent inkomen lager is dan de helft van de mediaan van de equivalente inkomens van een land. Het equivalent inkomen wordt daarbij als volgt berekend: equivalent inkomen = totale beschikbare gezinsinkomen / (1 voor de eerste volwassene + 0,5 voor elke bijkomende volwassene + 0,3 voor elk kind).

we trends in gezondheidsverschillen kunnen opmeten. In elk geval is het zo dat de stijgende relatieve armoede en ongelijkheid regelrecht indruisen tegen de voorschriften voor een beleid gericht op het wegwerken van gezondheidsverschillen.

Het lijkt de algemene trend te zijn dat de beleidsaanbevelingen die vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie en de wetenschappelijke wereld werden naar voren geschoven, niet ten gronde worden nageleefd. Nogal wat auteurs merken de discrepantie tussen de aanbevelingen en het in werkelijkheid gevoerde beleid op. Slechts een deel van hen gaat ook in op de vraag hoe we die tegenstelling kunnen verklaren.

Linblach et al. (1998) zoeken een verklaring in de toenemende individualisering. Ze stellen dat de gelijkheidsidee die na de tweede wereldoorlog sterk leefde, steeds meer terrein verliest door de expansie van het individualisme en het discours van individuele vrije keuze en individuele autonomie. Staatsinterventie wordt daarbij gezien als een hindernis voor de ontwikkeling van vrije en creatieve individuen. Meer en meer legt men de nadruk op eigen beslissingen en op individuele verantwoordelijkheid voor de beslissingen die men genomen heeft. Lindblach et al. stellen dat dit discours typisch is voor de dominante klassen in een samenleving. Zij zijn immers degenen die over de middelen beschikken om een toename in vrijheid optimaal te benutten. Bovendien hebben zij ook voldoende middelen om zich in te dekken tegen mogelijke risico's. Deze dominante klassen drukken hun stempel op het beleid.

Op beleidsvlak vertaalt het discours van individuele autonomie zich volgens Lindblach et al. in een afkeer van staatsinmenging en wordt de eigen verantwoordelijkheid beklemtoond : iedereen moet vrij kunnen beslissen en staat ook zelf in voor eigen risico's. Voor het gezondheidsbeleid betekent dit een nadruk op preventie, waarbij iedereen op de hoogte wordt gebracht van wat gezonde keuzes zijn. Tegelijk is er een grote terughoudendheid ten opzichte van beleidsmaatregelen die een grotere gelijkheid in gezondheid bewerkstelligen en die daardoor de individuele keuzevrijheid in zekere mate inperken. Op die manier verklaren Lindblach et al. de uitgebreide aandacht voor leefstijlcampagnes en het feit dat weinig wordt gedaan om structurele oplossingen met een meer 'regulerend' karakter door te voeren. Dit verklaart ook waarom er geen beleid gevoerd wordt dat de grondoorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen aanpakt. Het nadeel van een beleidsvoering met de individuele autonomie als centraal principe, is evenwel dat ze niet geschikt blijkt te zijn om sociaal-economische verschillen in gezondheid terug te dringen.

Ook bij Scambler en Higgs (1999) vinden we een verklaring voor het feit dat de oplossingen voor gezondheidsverschillen vrij duidelijk zijn, maar toch niet consequent opgevolgd worden door de beleidsvoerders.

Scambler en Higgs stellen dat er in het onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen te weinig aandacht gaat naar de sociale structuren in de samenleving. Zonder referentie naar klassenverhoudingen en de onderliggende machtsstrijd kan ongelijkheid in gezondheid niet worden begrepen, aldus de auteurs. Sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn immers onlosmakelijk verbonden met armoede, en armoede op haar beurt met klassenverhoudingen en macht. Armoede

bestaat en wordt in stand gehouden omdat bepaalde mensen daar een sterk materieel belang bij hebben. Om armoede en sociaal-economische gezondheidsverschillen te verklaren, kunnen we dus niet buiten een analyse van de onderliggende verhoudingen en machtsstrijd. Wanneer we de klassenverhoudingen in beeld brengen, is het niet zo moeilijk om in te zien waarom de overheid de fundamentele van sociaal-economische verschillen in gezondheid niet bestrijdt, stellen Scambler en Higgs. Vanuit het perspectief van de klassenanalyse ligt het immers voor de hand dat de machtselite zich verzet tegen elk initiatief dat een mogelijke bedreiging inhoudt van haar belangen. Vandaar dat het beleid tegen ongelijkheid in gezondheid zich in hoofdzaak beperkt tot interventies op het niveau van het individu en de buurt, en niet raakt aan de hogere lagen in Whiteheads schema. Vandaar ook dat de interventies meestal werken met de klassieke middelen binnen het domein van de gezondheidssector en geen diepgaande structurele veranderingen inhouden, aldus de auteurs.

Wainwright (1996) gaat nog een stuk verder dan de hierboven besproken auteurs, in die zin dat hij het overheidsbeleid niet alleen ineffectief vindt in de bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar er bovendien een instrument in ziet dat aangewend wordt om politieke tegenstand te belemmeren. Zoals vele anderen merkt Wainwright op dat het gezondheidsbeleid vooral inspeelt op het niveau van het individu en de buurt, terwijl een structurele aanpak van de gezondheidskloof veel effectiever is in de bestrijding van gezondheidsverschillen. Maar Wainwright vindt de interventies op Whiteheads eerste twee niveaus niet alleen een vorm van symptoombestrijding en “blaming the victim”, maar ook van ondermijning van politieke tegenstand. Interventies gericht op stressbeheersing en psycho-sociale ondersteuning bijvoorbeeld, moeten mensen leren zich aan te passen aan het systeem. Het zijn trucs om het onaanvaardbare te leren aanvaarden, stelt Wainwright, en op die manier voorkomen dergelijke interventies politieke tegenstand. Daarnaast leidt de beklemtoning van het individuele en het lokale niveau de aandacht af van de ruimere structurele determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen, waardoor politieke bewustwording wordt tegengegaan. Bovendien komen sommige interventies neer op het verhogen van het toezicht en de controle over de doelgroep, wat de ordehandhaving door de staat ten goede komt. Dit laatste idee vinden we overigens ook terug bij Petersen (1994). Wainwright stelt tenslotte dat de overheid zich tegelijkertijd wél bedient van een radicale rethoriek als ze het heeft over de bestrijding van ongelijkheid in gezondheid. Deze mooie woorden dienen volgens hem om de progressieve krachten binnen de samenleving te paaien, zodat ook zij niet in verzet gaan.

Wat deze verklaringen voor het gevoerde gezondheidsbeleid gemeen hebben, is dat ze verwijzen naar de machtsverhoudingen binnen de samenleving. Onderzoek naar deze machtsverhoudingen en de gevolgen voor beleid en gezondheidsverschillen zou een volgende stap kunnen worden in het onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Aanvankelijk lag de nadruk in het onderzoek naar gezondheidsverschillen op het aantonen en meten van de gezondheidsgradiënt; vervolgens op het zoeken naar verklaringen en mogelijke beleidsstrategieën om de gezondheidskloof te dichten. Nu inmiddels vaststaat dat er substantiële gezondheidsverschillen zijn, dat deze voornamelijk te wijten zijn aan causatiemechanismen, men het erover eens is dat er diepgaande structurele hervormingen op macro-niveau nodig zijn om de oorzaken ervan weg te werken, komt de vraag waarom de beleidsaanbevelingen niet worden opgevolgd meer en meer in de kijker.

Sociologen worden daarbij door sommigen verweten dat ze zich te lang hebben ingepast in de epidemiologische agenda van gegevensverzameling en empirische analyses, zonder een eigen sociologisch verklaringskader op te bouwen (Scambler en Higgs, 1999 ; Higgs en Scambler, 1998).

Algemeen besluit

In dit rapport werden de verschillende beleidsniveaus overlopen waarop kan worden geïntervenieerd als men sociaal-economische gezondheidsverschillen wil doen afnemen. Op het individuele niveau kunnen interventies zich richten op het promoten van gezond gedrag. Via informatiecampagnes, al dan niet met een persoonlijke begeleiding, kan men proberen de leefstijl van achtergestelde categorieën te verbeteren. Men kan ook de nadruk leggen op de psychosociale kant en de doelgroep verder helpen door te werken rond zelfwaardering, stressbeheersing en allerlei vaardigheden, die rechtstreeks of onrechtstreeks van belang zijn voor de gezondheid. De meeste interventies die totnogtoe werden doorgevoerd en geëvalueerd spelen zich af op dit individuele beleidsniveau. Daarbij werden positieve resultaten geboekt, maar zeker niet in alle gevallen. Een van de voornaamste kritieken op interventies op individueel niveau, is dat ze niet meer inhouden dan symptoombestrijding. De voornaamste oorzaak van sociaal-economische gezondheidsverschillen ligt elders.

Men kan ook interveniëren op het niveau van de buurt. Bij dergelijke initiatieven is het doel de fysieke of sociale leefomgeving te verbeteren. Daarbij wordt best zoveel mogelijk vertrokken vanuit de wensen van de buurtbewoners en worden hun eigen initiatieven gesteund en aangemoedigd. Ook voor dit beleidsniveau geldt evenwel de kritiek dat het geen fundamentele oplossing biedt voor de sociale ongelijkheid in gezondheid.

Op een derde beleidsniveau kan men de gezondheidskloof verkleinen door te werken aan een verbeterde leef- en werkomgeving en aan de uitbouw en de toegankelijkheid van diensten en voorzieningen voor de ganse bevolking. Het voordeel van dergelijke aanpak is dat vooral de minder gegoeden er wel bij varen, omdat zij degenen zijn die zich deze diensten en voorzieningen niet of moeilijk kunnen permitteren. Denken we bijvoorbeeld aan het onderwijs. Wie veel geld heeft kan privé-onderwijs betalen, dus is gratis onderwijs vooral in het voordeel van degenen die anders geen of weinig onderwijs zouden kunnen “kopen”. Hetzelfde geldt voor gezondheidszorg, gezonde recreatiemogelijkheden, enzovoort. Ook het sociaal huisvestingsbeleid valt onder dit derde beleidsniveau. Het draagt bij tot een gezonde leefomgeving voor mensen die hiervoor anders te weinig geld hebben.

Tot slot is er het macro-sociale, -culturele en -economische beleidsniveau. Dit niveau is grotendeels bepalend voor de levensstandaard van de armsten, voor het percentage armen in de samenleving en voor de werkloosheidsgraad. Voorts wordt ook de mate waarin er een gelijke-kansen-beleid wordt gevoerd grotendeels op dit niveau bepaald. Men is het er dan ook over eens dat gezondheidsverschillen niet ten gronde kunnen worden verholpen zonder hervormingen door te voeren op dit vierde niveau.

In de beleidsaanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en vanuit de wetenschappelijke wereld komt de nadruk op structurele maatregelen op het derde en vierde beleidsniveau duidelijk tot uiting. Dit betekent niet dat interventies op het niveau van het individu en de buurt niet nuttig zijn, maar wel dat zij niet volstaan om

gezondheidsverschillen substantieel te verkleinen. Zij hebben pas echt zin wanneer zij geschraagd worden door een consequent beleid op het derde en vierde niveau. Om verschillen in gezondheid terug te dringen is het cruciaal dat er gewerkt wordt aan armoedebestrijding. Het voorzien van voldoende hoge vervangingsinkomens voor wie geen betaalde job heeft en het verkleinen van de inkomensongelijkheid zijn belangrijke richtlijnen in dit verband. Daarnaast is het belangrijk dat gezonde huisvesting, onderwijs, gezondheidszorg, enzovoort, voor iedereen een haalbare kaart zijn. Dit zijn in grote lijnen de beleidspistes die naar voren geschoven worden om de “Health for all”-doelstelling, met name een vermindering van de gezondheidskloof met een vierde tegen het jaar 2020, te verwezenlijken.

Verscheidene regeringen hebben in de loop der jaren het thema opgenomen in hun beleidsplannen. Daarbij wordt gelijkheid in gezondheid vaak als een van de voornaamste prioriteiten van het gezondheidsbeleid genoemd. Maar in de praktijk valt dit vaak tegen: de gezondheidskloof lijkt eerder toe te nemen dan te verkleinen, de inkomensongelijkheid vergroot in vele westerse landen en het terugdringen van de armoede laat op zich wachten. Steeds meer auteurs stellen dan ook de discrepantie tussen het vertoog van overheidsdocumenten en de gevolgen van de macro-economische beleidsvoering aan de kaak. Sommige auteurs zoeken een verklaring voor deze kloof tussen woord en daad. Daarbij wordt gewezen op de machtsstructuur van de samenleving en op de klassenverhoudingen die zich vertalen in de inhoud van het beleid.

Waar staat België binnen dit geheel? Een expliciete overheidsstrategie gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen is er vooralsnog niet. Of de gezondheidsverschillen in ons land toenemen, kunnen we bij gebrek aan gegevens niet nagaan. Wat we wel weten, is dat de inkomensongelijkheid en de relatieve armoede stijgen. Om de bestaande ongelijkheid in gezondheid weg te werken, zal deze trend niet alleen gestopt, maar ook teruggedraaid moeten worden.

Bibliografie

Barker, D.J.P., Osmond, C., Golding, J., Kuh, D. en Wadsworth, M.J.E., 1989, Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease, *British Medical Journal*, 298: 564-567.

Barker, D.J.P., 1990, Fetal and infant origins of adult disease, *British Medical Journal*, 301: 1111.

Barker, D.J.P., Gluckman, P.D., Godfrey, K.M., Harding, J.E., Owens, J.A. en Robinson, J.S., 1993, Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life, *The Lancet*, 341: 938-994.

Beck, M., 2001, *Theoretische achtergrondstudies in verband met ongelijkheid en gezondheid*, Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

Benzeval, M., Judge, K. en Whitehead, M. (eds.), 1995, *Tackling inequalities in health: an agenda for action*, Kings's Fund, London.

Benzeval, M., Judge, K. en Whitehead, M., 1995, Unfinished business, in: M. Benzeval, K. Judge en M. Whitehead (eds.), *Tackling inequalities in health: an agenda for action*, Kings's Fund, London.

Benzeval, M. en Webb, S., 1995, Family poverty and poor health, in: M. Benzeval, K. Judge en M. Whitehead (eds.), *Tackling inequalities in health: an agenda for action*, Kings's Fund, London.

Best, R., 1995, The housing dimension, in: M. Benzeval, K. Judge en M. Whitehead (eds.), *Tackling inequalities in health: an agenda for action*, Kings's Fund, London.

Blane, D., 1999, The life course, the social gradient and health, in: M. Marmot en R. Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.

Carroll, D. en Davey Smith, G., 1997, Health and socio-economic position, *Journal of health psychology*, 2 (3): 275-282.

Coote, A., 1991, Introduction and summary, in: Cohen en Fraser (1991), *Childcare in a modern welfare system: towards a new national policy*, Insitute for Public Policy and Research, London.

Coulter, A., 1987, Lifestyles and social class : implications for primary care, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37 : 533-536.

Crawford, R., 1977, You are dangerous to your health : the ideology and politics of victim blaming, *International Journal of Health Services*, 7(4): 663-680.

Davey Smith, G., Ebrahim, S. en Frankel, S., 2001, How policy informs the evidence, *British Medical Journal*, 322 : 184-185.

Davey Smith, G., et al., 1999, The widening health gap: what are the solutions? *Critical Public Health*, 9(2): 151-170.

Demeester, W., Vlaamse Minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, 1998, *De Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998-2002*, Brussel.

Department of Health, 1999, *Reducing Health inequalities: an action report*, London.

Droomers, M., Schrijvers, C.T.M., van de Mheen, H., Mackenbach, J.P., 1999, Educational differences in leisure-time physical activity: a descriptive and explanatory study, in: Programmacommissie SEGV II, *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen 2*, Zorg Onderzoek Nederland, Den Haag.

ECHPD, European Committee for Health Promotion Development, 1999, *Reducing inequalities in health – proposals for health promotion policy and action*, World Health Organisation, Copenhagen.

Evans, R.G. en Stoddart, G.L., 1994, Producing health, consuming health care, in : R.G. Evans, M.L. Barer en T.R. Marmor (eds.), *Why are some people healthy and others not ?* Aldine De Gruyter, New York.

Gepkens, A. en Gunning-Schepers, L.J., 1993, *Interventies ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen*, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit Amsterdam.

Higgs, P. en Scambler, G., 1998, Explaining health inequalities: how useful are concepts of social class? in: G. Scambler en P. Higgs (eds.), *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000*, Routledge, London.

Kelly, A en Sewell, S., 1988, *With head, heart and hand : dimensions of community building*, Boolarong, Brisbane.

Keskimäki, I., Lahelma, E., Koskinen, S. en Valkonen, T., 1999, Policy changes related to income distribution and income differences in health in Finland in the 1990s, in: J.P. Mackenbach en M. Droomers (eds.), *Interventions and policies to reduce socioeconomic inequalities in health. Proceedings of the third workshop of the European Network on Interventions and Policies to Reduce Socioeconomic Inequalities in Health*, Rotterdam, 19-20 November 1998, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Labonté, R., 1990a, Empowerment : notes on professional and community dimensions, *Canadian Review of Social Policy*, 26: 64-75.

Labonté, R., 1990b, *Econology : health and sustainable development*, Integrating health and environment conference, Australia, 4-6 april 1990.

- Lahelma, E., 2001, Health and social stratification, in: W.C. Cockerham (ed.), *The Blackwell companion to medical sociology*, Blackwell Publishers Ltd., Oxford.
- Lindblach, E., Lyttkens, C.H., Hanson, B.S. en Ostergren, P.O., 1998, Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society, *Social Science and Medicine*, 46(8) : 1017-1025.
- Link, B.G. en Phelan, J., 1995, Social conditions as fundamental causes of disease, *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (extra issue) : 80-94.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. en Salonen, J.T., 1997, Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socio-economic lifecourse, *Social Science and Medicine*, 44(6) : 809-819.
- Macintyre, S., 1997, The Black Report and beyond : What are the issues ? *Social Science and Medicine*, 44(6) : 723-745.
- Macintyre, S. en Hart, G., 2000, *Tackling health inequalities in Scotland: a policy relevant research agenda*, Synergy: Glasgow-Strathclyde Strategic Alliance, Glasgow-Strathclyde.
- Macintyre, S., Chalmers, I., Horton, R. en Smith, R., 2001, Using evidence to inform health policy : case study, *British Medical Journal*, 322 : 222-225.
- Mackenbach, J.P., 1994a, *Ongezonde verschillen. Over stratificatie en gezondheid in Nederland*. Van Gorcum, Assen.
- Mackenbach, J.P., 1994b, Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme, *British Medical Journal*, 309 : 1487-1491.
- Mackenbach, J.P. en Gunning-Schepers, L.J., 1997, How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated ? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 359-364.
- Mechanic, D., 1999, Issues in promoting health, *Social Science and Medicine*, 48(6) : 711-718.
- NCE (Report of the Paul Hamlyn Foundation National Commission on Education), 1993, *Learning to succeed: a radical look at education today and a strategy for the future*, Heinemann, London.
- Newhouse, J.P., 1993, *Free for all ? Lessons from the RAND health insurance experiment*, Harvard University Press, Cambridge.
- North York Heart Health Network, 2001, *Inequality is bad for our hearts. Why low income and sociale exclusion are major causes of heart didease in Canada*, North York Heart Health Network, Toronto.

Ottawa Charter for Health Promotion, 1986, *Health Promotion : an International Journal*, 1(4) : 405-462.

Petersen, A.R., 1994, Community development in health promotion: empowerment or regulation? *Australian Journal of Public Health*, 18(2) : 213-217.

Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health, 2001, *Reducing socio-economic inequalities in health. Final report and policy recommendations from the second Dutch Programme Committee Socio-Economic Inequalities in Health (SEGVII)*, Health Research and Development Council of the Netherlands, Den Haag.

Raphael, D., 2000, Health inequalities in Canada: current discourses and implications for public health action, *Critical Public Health*, 10(2) : 193-216.

Scambler, G. en Higgs, P., 1999, Stratification, class and health: class relations and health inequalities in high modernity, *Sociology*, 33(2) : 275-296.

Schrijvers, C.T.M., Stronks, K., van de Mheen, H. D. en Mackenbach, J.P., 1999, Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors, in: Programmacommissie SEGV II, *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen 1*, Zorg Onderzoek Nederland, Den Haag.

Stronks, K., 1999a, Income related policies and their possible impact on inequalities in health in the Netherlands, 1993-1999, in: J.P. Mackenbach en M. Droomers (eds.), *Interventions and policies to reduce socioeconomic inequalities in health. Proceedings of the third workshop of the European Network on Interventions and Policies to Reduce Socioeconomic Inequalities in Health*, Rotterdam, 19-20 November 1998, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Stronks, K., 1999b, Gemeentelijk armoedebelid en de gezondheid van de laagste inkomensgroepen, in: Programmacommissie SEGV II, *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen 1*, Zorg Onderzoek Nederland, Den Haag.

Syme, S.L., 1998, Social and economic disparities in health: thoughts about intervention, *The Milbank Quarterly*, 76(3) : 493-505.

The Stationery Office, 1998, *Independent inquiry into inequalities in health report*, Department of Health, London.

Townsend, P., 2000, The case for structural policies – national and international – to reduce inequalities in health, in: Ian Forbes (ed.), *Health inequalities: poverty and policy*, Academy of Learned Societies for the Social Sciences, London.

Townsend, P. en Davidson, N., (eds.), 1988, The Black Report, in: P. Townsend, N. Davidson en M. Whitehead (eds.), *Inequalities in health: The Black report & The health divide*, Penguin Books, London.

Vagerö, D., 1995, Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health, *Sociology of Health and Illness*, 17(11) : 1-19.

Van de Mheen, D., 1998, *Inequalities in health, to be continued? A life-course perspective on socio-economic inequalities in health. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor*, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van der Paal-de Bruin, K.M., de Walle, H.E.K., Jeeninga, W., et al., 1999, Effect van een landelijke en een regionale interventie op de omvang van sociaal-economische verschillen in het periconceptioneel gebruik van foliumzuur, in : Programmacommissie SEGV II, *Sociaal-economische gezondheidsverschillen : van verklaren naar verkleinen 1*, Zorg Onderzoek Nederland, Den Haag.

Vanroelen, C., 2001, *Sociaal-economische verschillen in gezondheidsfactoren en toegankelijkheidsproblemen in de Belgische gezondheidszorg: analyse van de Belgische Gezondheidsenquête van 1997*, Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

Wainwright, D., 1996, The political transformation of the health inequalities debate, *Critical Social Policy*, 49(1) : 67-82.

Watt, G.C.M., 1996, All together now : why social deprivation matters to everyone, *British Medical Journal*, 312 : 1026-1029.

Whitehead, M., 1995, Tackling inequalities: a review of policy initiatives, in: M. Benzeval, K. Judge en M. Whitehead (eds.), *Tackling inequalities in health: an agenda for action*, Kings' Fund, London.

Whitehead, M., 1999, Where do we stand ? Research and policy issues concerning inequalities in health and health care, *Acta Oncologica*, 38(1) : 41-50.

Whitehead, M. en Dahlgren, G., 1991, What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338 : 1059-1063.

Wilkinson, R., en Marmot, M. (eds.), 1998, *Social determinants of health. The solid facts*, World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO, World Health Organization, 1999, *Health 21 – Health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region*, European Health for all series, no. 6, Copenhagen.

BIJLAGE 1:

Andere rapporten binnen het kader van het AGORA-project van het Steunpunt Samenleving en Gezondheid van de Vrije Universiteit Brussel

Beck, M., 2000 (maart), De financiële problematiek van kankerpatiënten. Een analyse van gegevens van de Vlaamse Liga tegen Kanker, Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

Beck, M., 2000 (augustus), Sociaal-economische verschillen in gezondheid in Engeland en Nederland, Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

Beck, M., 2000 (december), De “harde kern” van de sociale franchise. Een analyse van patiënten die gedurende drie opeenvolgende jaren een uitkering ontvingen in het kader van de sociale franchise regeling, Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

Beck, M., 2001 (mei), Theoretische achtergrondstudies in verband met ongelijkheid en gezondheid, Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

Beck, M., 2001 (maart), Naar een typologie van risicopopulaties in de Belgische gezondheidszorg? Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

Vanroelen, C., 2001, Sociaal-economische verschillen in gezondheidsfactoren en toegankelijkheidsproblemen in de Belgische gezondheidszorg: analyse van de Belgische Gezondheidsenquête van 1997, Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel.

BIJLAGE 2 :

Beleidsaanbevelingen in “Independent inquiry into inequalities in health report” (The Stationery Office, 1998)
