

**Sociale ongelijkheid en verschillen in
gezondheid**

V. Raes, F. Kerkhofs, F. Louckx, VUB-
Press, Brussel, 1993.

Gezondheid is volgens allerlei waardenonderzoek voor velen de belangrijkste waarde in het leven. Tegen die achtergrond is het frappant dat er nauwelijks een maatschappelijke discussie bestaat over de grote maatschappelijke ongelijkheid in ziekte en dood. Eén van de hardnekkigste mythen en vaak gehoorde troostende gedachten is immers dat iedereen gelijk is in de dood. De levensverwachting van mensen uit de laagste klassen is nochtans jaren korter dan die van mensen uit de hogere klassen. Bovendien is het zo dat de ongelijkheid tegenover ziekte en vooral tegenover de dood de jongste jaren veeleer toedien afneemt. "Het zo vaak de hemel ingeprezen correctiemechanisme van de welvaartsstaat werkt blijkbaar minder goed dan we denken", stelde professor Louckx op een studiedag die vorig jaar aan dit thema gewijd werd. Veel onderzoek naar het fenomeen bestaat er niet en het weinige dat bestaat, wordt graag 'dood'gezwegen. Zo zijn in heel Frankrijk niet meer dan een tiental onderzoekers bezig met het fenomeen. In Groot-Brittannië werd een op vraag van de regering opgesteld rapport, het *Rapport Black* (genoemd naar de opsteller ervan, maar in dit geval is de naam in meer dan één opzicht een voorteken) door diezelfde regering Thatcher deskundig verdonkeremaand. In Vlaanderen was al evenmin veel aandacht voor het probleem. Alleen de Gentse professor Vuylsteek had systematisch belangstelling voor het fenomeen. Daar is recent toch enige verandering in gekomen toen Erik Derycke als staatssecretaris voor wetenschapsbeleid een

aantal steunpunten oprichtte voor maatschappelijk relevant onderzoek. Eén van die steunpunten draait rond het thema *Samenleving en Gezondheid* en wordt gecoördineerd door het team van professor Louckx aan de VUB. Het steunpunt is vooral bezig met het opstellen van een databank rond maatschappelijke ongelijkheid en gezondheidsverschillen en organiseerde vorig jaar een studiedag over het thema. De bewerkte referaten van de studiedag verschenen ook in boekvorm.

De interessantste artikelen in het boek zijn geschreven door de Rotterdamse hoogleraar Johan Mackenbach. Hij schetst in het boek een theoretisch model dat de gezondheidsverschillen moet helpen begrijpen en verklaren en geeft een overzicht van Nederlandse en buitenlandse onderzoeksbevindingen. Globaal genomen, stelt hij, worden in de literatuur vier mogelijke verklaringen aangereikt voor het verschijnsel van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De gevonden verschillen zijn volgens sommigen het resultaat van slecht onderzoek en het fenomeen van sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen bestaat eigenlijk niet. Volgens een tweede verklaring ligt selectie aan de basis van de ongelijkheid. Oorzaak en gevolg worden hier andersom met elkaar in verband gebracht; het zijn niet de sociaal-economische verschillen die leiden tot gezondheidsverschillen, maar mensen met een slechte gezondheid komen precies omdat zij een slechte gezondheid hebben, terecht in de laagste klassen. Een derde theorie zoekt de verklaring voor de verschillen in natuurlijke verschillen tussen de mensen. Een slechte gezondheid wordt veroorzaakt door een slechte genetische predispositie. Het is dus de natuur en niet de maatschappij die

verantwoordelijk is voor de gezondheidsverschillen. Waarschijnlijk speelt daar impliciet de in conservatieve kringen populaire redenering mee dat als de natuur verantwoordelijk is voor de gevonden verschillen in gezondheid en daardoor ook in klasse; de mensen uit de laagste klasse op hun natuurlijke plaats in de samenleving zijn terechtgekomen en daar ook thuishoren. Nogal wat ethici menen nochtans dat het een maatschappelijke plicht is om precies als eerste die ongelijkheden die volledig buiten de wil van de mensen door de natuur tot stand zijn gebracht, te compenseren. Het is een maatschappelijke plicht om voor de natuurlijke loterij te compenseren, schrijft Van Asperen in zijn boek *Het bedachte leven*.

De laatste hypothese, de causatiehypothese, brengt de ongelijkheden tegenover gezondheid in verband met maatschappelijke oorzaken. Bij die maatschappelijke factoren wordt een onderscheid gemaakt tussen structurele of materiële factoren, zoals welke arbeid men in welke omgeving verricht, waar men woont,... en een aantal gedragsfactoren, zoals roken of niet roken, eet- en drinkgewoonten, sporten of niet sporten. Mensen uit de lagere klassen zijn twee keer in het nadeel: ze wonen en werken ongezonder en ze leven ongezonder (ze eten vetter, roken meer, maken minder gebruik van preventieve gezondheidszorgen).

Mackenbach acht de causatiehypothese de belangrijkste verklarende factor voor de sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen, maar hij sluit andere factoren niet uit. In een ingewikkeld model heeft hij de diverse factoren en de richting waarin ze werken samengebracht.

Wat in zijn model niet aan bod komt, maar wat volgens de samenstellers

van de bundel een belangrijke rol speelt in het bestrijden van die ongelijkheden, is de bestaande structuur van de gezondheidszorg. Men kan in dit verband twee basishoudingen aannemen. Ofwel draagt de bestaande structuur van de gezondheidszorg zelf bij tot de productie van de ongelijkheid, ofwel gaat men uit van een zwakkere hypothese en denkt men dat de bestaande structuren van de gezondheidszorg inadequaat zijn om iets te doen aan de door andere maatschappelijke processen tot stand gebrachte ongelijkheden.

Welke positie het team van Louckx in deze discussie inneemt, blijkt niet echt uit het boek. Maar uit de aandacht voor lokale, wijkgerichte werkingen in veelal kansarme buurten, komt toch naar voor dat men niet gelukkig is met de bestaande organisatie van de gezondheidszorg. Werken aan de verschillen in gezondheid binnen dergelijke lokale werkingen betekent ook het opzetten van allerlei initiatieven die nauw aansluiten bij samenlevingsopbouw en vormingswerk. Bovendien spelen een aantal klassieke vragen uit het vormingswerk een belangrijke rol: hoe bereikt men als gezondheidswerker zijn doelgroep, is een categoriële werking naar bepaalde doelpopulaties binnen een wijk wel zinvol of schrikt men de kansarmen juist af als men zich specifiek op hen richt? Hoeveel van ons gezondheidsbegrip heeft te maken met sociaal-culturele vooroordelen? Wie elke dag op zoek moet naar een warme

maaltijd zal weinig belangstelling opbrengen voor preventieve gebitsverzorging. Ook bij het opzetten van allerlei campagnes moet de overheid ervoor waken om niet haar middenklasse waarden, normen en gezondheidsprofiel als uitgangspunt te nemen, zoniet versterkt zij de reeds bestaande verschillen nog.

Expliciete kritiek op de financiering van de gezondheidszorg komt eveneens aan bod in de studie. De Maese-neer wijst er in zijn bijdrage op dat de verhoging van de remgelden en de invoering van een franchise in de gezondheidszorg de reeds bestaande ongelijkheid zal vergroten.

De studie maakt één zaak duidelijk: naast de natuurlijke loterij, waardoor mensen van nature gezonder of ongezonder zijn, is er ook een maatschappelijk proces waardoor de huidige maatschappelijke structuren ongelijkheid creëren of versterken. De bijdrage van de gezondheidszorg zelf aan dat proces blijft grotendeels buiten schot. De beste gezondheidszorg vanuit een perspectief van gelijkheid is nochtans niet onze hoogtechnologische gezondheidszorg of meer gezondheidszorg maar degelijk onderwijs, een goede huisvesting voor iedereen en een consequent milieubeleid. Een recent Amerikaans onderzoek bracht aan het licht dat mensen die leven in een milieuvriendelijke stad gemiddeld drie jaar langer leven dan mensen in meer vervuilde Amerikaanse steden. De bijdrage van de gezondheidszorg aan de gezondheid op

populatie-niveau is zo goed als marginaal. Een wet die bepaalde kanker-
verwekkende producten zou verbieden, draagt waarschijnlijk veel meer bij tot de gezondheid van de bevolking dan de dure behandeling van individuele kankerpatiënten. Wetten die iets verbieden zijn evenwel niet populair en werken onzichtbaar, terwijl artsen veel aanzien en prestige halen uit het bestrijden en af en toe genezen van individuele gevallen van kanker. Enkel binnen de gezondheidszorg een verschuiving teweegbrengen van curatieve naar preventieve geneeskunde is wel noodzakelijk maar onvoldoende. Het opzetten van dergelijke preventiecampagnes moet bovendien zeer zorgvuldig worden aangepakt, niet alleen vanuit medisch, maar ook vanuit agogisch oogpunt. Preventie werkt vaak, zoals ondermeer Foucault overtuigend heeft aangetoond, tegelijk ook disciplinerend. Het inventariseren van de bestaande internationale en Belgische studies over sociaal-economische gezondheidsverschillen, zoals het steunpunt heeft gedaan, is een zinvolle bezigheid. Die inzichten zouden nu beleidsrelevant moeten gemaakt worden, niet alleen binnen de gezondheidszorg, maar als onderdeel van een totaal sociaal beleid waarbij de gezondheidszorg samen met het onderwijs, het huisvestingsbeleid en het milieubeleid vanuit een globaal maatschappelijk project wordt aangepakt.

Luc De Droogh