

Ongelijkheid

4797

Als in Nederland ziektepatronen onder de loep worden genomen, dan wordt daarbij gewoonlijk slechts een beperkt aantal gegevens gehanteerd: leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad. Het valt op dat in de meeste statistieken gegevens over de relatie met het beroep en met de sociale stratificatie nauwelijks voorkomen; deze gegevens ontbreken ook in de sterftestatistieken. Merkwaardig, omdat uit buitenlandse gegevens blijkt dat er grote verschillen in ziekte en sterfte tussen beroepsgroepen en sociale klassen bestaan¹.

Uit Australische gegevens blijkt bijvoorbeeld dat in 1970-1972 het gestandaardiseerde sterftecijfer voor wetenschappelijke en technische vakspecialisten 88,6 was (op een gemiddelde van 100 voor de gehele bevolking), voor mijnwerkers echter 162,5. Een recent onderzoek in Australië heeft aangetoond², dat er hoe lager het inkomen is significant meer chronische ziekten voorkomen bij mannen en vrouwen van middelbare leeftijd en bij vrouwen boven de 65 jaar. In de periode 1955-1971 was in Frankrijk de gemiddelde levensduur na de 35-jarige leeftijd voor ongeschoolde arbeiders 32,9 jaar, voor onderwijzers 40,9 jaar. Uit het Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam³, blijkt dat er aanzienlijke verschillen in sterfte, arbeidsongeschiktheid en ziekenhuisopnames in achttien geografische eenheden van Amsterdam bestaan; uit een nadere analyse blijkt dat vooral de sociaal-economische status een verklarende factor is. In Engeland is de perinatale sterfte in gezinnen van ongeschoolde arbeiders tweemaal zo hoog als bij gezinnen van 'professionals'⁴. Ook de doodsoorzaken zijn verschillend verdeeld; grote verschillen treft men onder andere aan bij sterfte door ongevallen, infectieziekten, respiratoire aandoeningen. Chronisch ziek zijn komt in Engeland bij ongeschoolde arbeiders driemaal zo vaak voor als in de hoogste sociale laag. De relatie tussen sociaal-economische omstandigheden en beroepsuitoefening enerzijds en de gezondheidstoestand anderzijds is complex. Afgezien van beroepsrisico's (ongevallen bij handarbeiders, levercirrose bij horecawerkers) bestaan er ook grote verschillen in levensgewoonten (voeding, roken) en in gezondheidsgedrag. Brenner is echter op grond van analyses van Amerikaanse economische gegevens in relatie tot ziekte- en sterftecijfers bovendien van oordeel dat economische recessies van invloed zijn op een aantal ge-

J. C. van Es

Weerbaarheid
versus
afhankelijkheid

zondheidsindicatoren⁵: slechtere economische toestanden worden gevolgd door onder andere hogere sterfte ten gevolge van cardiovasculaire ziekten, levercirrose, suicide. Genoemde studies leren ons dat de samenleving kwetsbare groeperingen kent, die in een slechtere gezondheidstoestand verkeren en relatief geringere levenskansen hebben dan beter bedeelenden, en dat over de hele linie de economische situatie van invloed is op de gezondheidstoestand van een bevolking, hetgeen onze economen wel zorg zou moeten baren!

In dit licht gezien is een recent verschenen rapport van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid van belang. Onder de titel: 'Dwarskijken' wordt een aantal rapporten gepubliceerd, waaronder één over de begrippen 'welzijn en de zwaksten in de samenleving'. In dit rapport wordt onder andere geanalyseerd op welke wijze de regering het begrip 'zwaksten in de samenleving' in de loop van de tijd heeft omschreven. Het kabinet-Van Agt I (1978) noemde mensen in achterstandsituaties: werklozen, gehandicapten, behoeftige bejaarden en culturele minderheden. Het huidige kabinet-Lubbers noemt deze zelfde groeperingen, maar bovendien: de zieken, de verslaafden en de jongeren, en daarnaast de zogenaamde 'echte minima', die koopkracht nodig hebben.

In de eerste begrotingstoelichting van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1984) wordt als uitgangspunt voor een beleid gesteld: de bescherming van de zwaksten en het leven, in het bijzonder 'het beginnend en naar een einde naderend leven', met speciale aandacht voor hoogbejaarden, alleenstaanden, éénoudergezinnen en leden van culturele minderheidsgroepen. Deze benadering verschilt sterk van die uit de jaren zeventig. Toen werd gestreefd naar een maatschappij die in de behoeften van alledag voorziet, maar waarin de nadruk wordt gelegd op de *emancipatie* van de zwaksten. Echte armoede kwam in Nederland toen niet

meer voor; het beleid was erop gericht kansen voor iedereen te scheppen. Dit streven naar ontplooiing komt men nu niet meer in regeringsuitspraken tegen. Het zwaartepunt van het beleid verschuift van ontplooiingsmogelijkheden voor iedereen naar een bescherming van bepaalde categorieën. Dit heeft onder andere tot gevolg dat een achterstandsbeleid vooral tot uitdrukking komt in een doelgroepenbeleid en veel minder in algemene, emancipatiebevorderende middelen.

Bij krappe middelen is een dergelijk beleid begrijpelijk, maar er zijn op de lange termijn ook voor de gezondheidszorg wel enkele fundamentele bezwaren aan verbonden. Om te beginnen kan er van dit beleid een stigmatiserend effect uitgaan. Er ontstaat weer iets dat op liefdadigheid lijkt, maar dan liefdadigheid van overheidswegen. Wellicht nog belangrijker is echter het bezwaar dat deze benadering er niet toe zal bijdragen de zorgbehoefte van de betrokken categorieën te doen afnemen; zij worden immers in een passieve situatie gebracht.

Terugdringen van de zorgbehoefte vergt in de eerste plaats een verdergaande ontwikkeling van eigen identiteit en van een gevoel van eigenwaarde. Immers: zelfzorg vergt een adequaat kunnen omgaan met belastende situaties. Hiervoor is een probleemoplossend vermogen ('coping capability') nodig. Een benadering waarin de weerbaarheid onder belastende omstandigheden wordt vergroot, spant het paard niet achter maar vóór de wagen en zal onder andere leiden tot een grotere zelfstandigheid in gezondheids- en ziektegedrag. Bevordering van een dergelijk actief zorgbegrip verdient verre de voorkeur boven een tot afhankelijkheid leidende, uitsluitend materiële bescherming van de zwakken, hetgeen overigens geen pleidooi voor een 'survival of the fittest' inhoudt! ■

1. Poppel F van. Sociale ongelijkheid van de dood I en II. Demografie, Bulletin van het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut 1978, 32 en 33.

2. Broom DH. The social distribution of illness: is Australia more equal? Social Science and Medicine 1984; 18, 11: 909-17.

3. Habbema JDF et al. Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1980; 58, Supplement, 101-6.

4. Townsend P, Davidson N. Inequalities in health (The Black report). Penguin Books, 1982.

5. Townsend P, Davidson N. *ibid*.

6. Dwarskijken III, Deel A. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, december 1983.