



WRR-Policy Brief 7

Van verschil naar potentieel Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen

2018

In deze Policy Brief pleit de WRR voor een nieuw perspectief op de manier waarop we in Nederland het preventiebeleid in de zorg vormgeven en evalueren. Sinds decennia heeft dit beleid als voornaamste doel om gezondheidsverschillen tussen de hoge en lage sociaaleconomische groepen te verkleinen. Na enkele decennia van beleidsinspanningen kunnen we vaststellen dat Nederlanders gezonder zijn geworden. We leven langer en het aantal jaren dat we ons gezond voelen neemt toe. De verschillen tussen de sociaaleconomische groepen zijn evenwel nauwelijks afgenomen, en op sommige punten zelfs toegenomen.

Dennis Broeders, Djurre Das, Roel Jennissen, Will Tiemeijer en Marianne de Visser

SAMENVATTING

De WRR stelt voor om het preventiebeleid een nieuwe impuls te geven door niet langer de gezondheidsverschillen centraal te stellen maar het gezondheidspotentieel. We dienen ons dan af te vragen hoe zoveel mogelijk gezondheidswinst kan worden behaald, en hoe gezondheidsverlies zoveel mogelijk kan worden voorkomen.

Dat brengt ons tot drie prioriteiten:

- nadruk op aanpak in het begin van de levensloop (van de periode vlak voor de zwangerschap tot en met het 18de levensjaar);
- extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand (zoals mensen met een lage sociaaleconomische status);
- keuze voor drie bekende speerpunten die de oorzaak zijn van een groot deel van de ziektelast in Nederland: roken, overgewicht en een ongezond eet- en beweegpatroon, en problematisch alcoholgebruik.

Ook pleiten we voor verkenning van psychische gezondheid als nieuwe en urgente prioriteit. Stemnings- en angststoornissen gaan gepaard met een grote ziektelast, komen vaker voor bij mensen met een lagere sociaaleconomische status en worden in toenemende mate bij jongeren gesignaleerd. Tot slot is het van groot belang te investeren in onderzoek en monitoring. Er is nog te weinig bekend over de effecten van beleid en interventies om het aanwezige gezondheidspotentieel te realiseren, en al helemaal niet uitgesplitst naar kwetsbare groepen.

WRR-Policy Briefs zijn korte publicaties waarin wordt gereflecteerd op een actueel beleidsthema vanuit de wetenschappelijke kennis en op basis waarvan de WRR handreikingen doet voor het beleid.

Augustus 2018, nr. 7

Uitgever: WRR

Redactie: WRR

Omslagafbeelding: Martin Barraud/OJO Images/Getty Images

Ontwerp en vormgeving: Textcetera, Den Haag

ISSN: 2352-1392

Deze publicatie graag citeren als:

Broeders, D.W.J., H.D. Das, R.P.W. Jennissen, W.L. Tiemeijer en M. de Visser (2018) *Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*, WRR-Policy Brief 7, Den Haag: WRR.

INHOUD

Voorwoord	5
Preambule	6
1 Inleiding	7
2 De cijfers: hardnekkige verschillen, grote winst	10
3 Een ander beleidskader?	14
4 Prioriteiten voor beleid	19
5 Beleidsgeschiedenis	23
6 Proportioneel universalisme in de praktijk	28
7 Conclusies en beleidsaanbevelingen	35
Literatuur	41



VOORWOORD

Met deze Policy Brief wil de WRR het decennialang gevoerde beleid ten aanzien van gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen een nieuwe impuls geven. We kunnen constateren dat Nederlanders gezonder zijn geworden door het preventiebeleid in de zorg. We leven langer en het aantal jaren dat we ons gezond voelen neemt toe. De verschillen tussen de sociaaleconomische groepen zijn evenwel nauwelijks afgenomen, en op sommige punten zelfs toegenomen.

De WRR stelt een paradigmaverschuiving voor door niet langer de gezondheidsverschillen centraal te stellen, maar het gezondheids*potentieel*. Om een zo groot mogelijke gezondheidswinst te behalen hebben wij prioriteiten in het preventiebeleid van de zorg gesteld die als beleidsaanbevelingen zijn geformuleerd.

Wij zijn velen erkentelijk voor de totstandkoming van deze Policy Brief. In de eerste plaats Fons van der Lucht (senioronderzoeker publieke gezondheid) en Ellen Uiters (wetenschappelijk medewerker levensloopepidemiologie), beiden werkzaam bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Gedurende het gehele traject is er sprake geweest van een constructieve samenwerking en gedachtewisseling. De wetenschappelijke onderbouwing van onze beleidsaanbevelingen draagt voor een belangrijk deel hun stempel.

De data die het raamwerk vormen van deze Policy Brief zijn verkregen via het RIVM en het Centraal Bureau voor Statistiek.

Annemarth Idenburg (aanvankelijk projectcoördinator), Anne-Greet Keizer, beiden WRR-stafleden) en Maaïke de Vries (destijds Manager Volksgezondheid Toekomst Verkenning bij het RIVM) zijn wij veel dank verschuldigd voor hun grote denkkraft.

Wij danken de deskundigen die bereid zijn geweest kritisch en constructief commentaar te leveren op onze Policy Brief: Batrijs Haverkamp, André Knottnerus, Anja Koornstra, Johan Mackenbach, Karien Stronks en Marcel Verweij.

Tenslotte een woord van dank voor degenen die tijdens een tweetal expertsessies hun ideeën over (de aanpak van) gezondheidsverschillen met ons hebben willen delen.

PREAMBULE

We beginnen met een voorbeeld.¹ Roken is een van de belangrijkste oorzaken van latere gezondheidsproblemen. Stel dat de overheid een beleidsinspanning pleegt om het roken te ontmoedigen en dat leidt tot de volgende resultaten:

- onder mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) daalt het percentage rokers van 35 naar 25 procent;
- onder mensen met een hoge sociaaleconomische status (SES) daalt het percentage rokers van 25 naar 10 procent.

Is dit beleid nu geslaagd of niet? Het ligt eraan welke maatstaf wordt gebruikt. In termen van absolute gezondheidswinst is het een succes. Over de hele linie is het aantal rokers flink gedaald, en daardoor is de kans dat mensen gezond oud worden flink toegenomen. In termen van gelijke uitkomsten is het beleid echter geen succes. Het verschil in percentage rokers tussen lage en hoge SES is namelijk gestegen van 10 naar 15 procent. Dat betekent dat het verschil in kansen op gezond oud worden tussen lage en hoge SES ook is toegenomen.

Dit voorbeeld is allerm minst imaginair. De bovenstaande cijfers geven namelijk grosso modo de ontwikkeling weer van het roken in Nederland sinds 1990. En het patroon is ook allerm minst uniek. Andere indicatoren voor gezondheid tonen een vergelijkbare trend. Over de hele linie is de levensverwachting van Nederlanders fors toegenomen. Maar ondanks dat mooie resultaat, is er bij onderzoekers, gezondheidszorgprofessionals en beleidsmakers toch sprake van teleurstelling. Na decennia van inspanningen is het verschil tussen lagere en hogere SES-groepen namelijk nog altijd even groot, of neemt het zelfs toe.

Hoe moeten we een en ander nu waarderen? In deze Policy Brief willen we het perspectief verleggen van een focus op *gezondheidsverschil* naar focus op *gezondheidspotentieel*, dat wil zeggen naar een focus op de mogelijkheden voor het behalen van gezondheidswinst of het voorkomen van gezondheidsverlies. In dit perspectief is reduceren of elimineren van verschillen in gezondheid *niet langer een eigenstandig doel*.

¹ Het hierboven beschreven voorbeeld is ontleend aan een artikel van Johan Mackenbach, hoogleraar Public Health aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en onderzoeker van gezondheidsverschillen van het eerste uur. Hierin bespreekt hij de relatieve en absolute afname van sterftecijfers van mensen met een hoog en een laag inkomen vanuit een rekenkundig en sociaal epidemiologisch perspectief (Mackenbach 2015).

1 INLEIDING

De verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en een lage sociaal-economische status (SES) zijn groot en bovendien in de afgelopen decennia niet of nauwelijks veranderd. Dat geldt voor zowel Nederland als de meeste andere westerse verzorgingsstaten.² Wie rijker en beter opgeleid is, leeft gemiddeld langer en in betere gezondheid.

Het is niet vreemd dat dit verschil vaak in termen van onrechtvaardigheid wordt besproken en dat onderzoekers, professionals in de gezondheidszorg en beleidsmakers zich sterk maken om het verschil terug te dringen.

Na 35 jaar beleid en inspanning zijn de verschillen op de meeste indicatoren echter nog nagenoeg gelijk: de relatieve achterstand is groot, stabiel en soms zelfs groeiende. Dat maakt het probleem frustrerend – er lijkt geen vooruitgang – en moreel onbevredigend, omdat de onrechtvaardigheid van het verschil blijft bestaan. Bovendien lijkt het probleem geformuleerd als sociaaleconomische gezondheidsverschillen in termen van beleid welhaast onoplosbaar.

Toch is dat maar een deel van het verhaal. Achter het onwrikbare verschil gaat veel dynamiek in de cijfers schuil. Sommige gezondheidsproblemen zijn door de tijd heen sterk verbeterd. Het aantal rokers is in de afgelopen decennia bijvoorbeeld over de gehele linie afgenomen. Maar omdat groepen met een hoge en met een lage SES gelijke tred hebben gehouden – of omdat de eersten zelfs meer hebben geprofiteerd – zijn de relatieve *verschillen* gelijk gebleven of zelfs gegroeid. Als de nadruk op het relatief verschil ligt, wordt deze uitkomst negatief gewaardeerd, ondanks het feit dat zowel mensen met een hoge als mensen met een lage SES er in absolute zin op vooruit zijn gegaan.

Wat zouden deze resultaten moeten betekenen voor het preventieve gezondheidsbeleid? Deze Policy Brief is een pleidooi om voortaan door een andere lens naar de problematiek te kijken. In plaats van te focussen op het reduceren van *gezondheidsverschil*, kan beter worden ingezet op het behalen van zoveel mogelijk gezondheidswinst en het zoveel mogelijk voorkomen van gezondheidsverlies. *De leidende vraag is waar het grootste gezondheidspotentieel ligt, en hoe dat potentieel zo goed mogelijk kan worden gerealiseerd.* Ook in dit alternatieve perspectief verdienen groepen met een lage SES extra aandacht en inzet, maar de effecten op *gezondheidsverschillen staan niet langer centraal.*

Terminologie

In deze Policy Brief wordt veelvuldig gesproken van *gezondheidsverschil*, *gezondheidswinst*, *gezondheidsverlies* en *gezondheidspotentieel*. Het is nuttig deze begrippen te specificeren.

² Van der Lucht en Polder (2010); Mackenbach (2012); Mackenbach et al. (2016); Jansen (2017); Hilderink en Verschuuren (2018).

Daarvoor moeten we allereerst een ‘meeteenheid’ van gezondheid bepalen. Dat is niet eenvoudig, want gezondheid is geen begrip met een natuurlijke grens.³ Veel deskundigen beschouwen gezondheid als meer dan alleen maar de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.⁴ Haverkamp en collega’s wijzen op het bestaan van diverse gezondheidsconcepten waarbij per context bepaald kan worden welke aspecten van gezondheid centraal zouden moeten staan.⁵ De laatste jaren is er ook meer aandacht voor wat mensen zelf onder gezondheid verstaan, en zijn concepten als ‘je fit voelen’, ‘goed in je vel zitten’ en ‘de dingen kunnen doen die je wilt doen’ in zwang geraakt. Een complicerende factor met subjectieve invullingen van gezondheid is echter dat er soms grote verschillen zijn in hoe mensen gezondheid zelf beleven en waarderen, en hoe experts gezondheid benaderen. Mensen met een lage SES verwijzen vaak naar dagelijkse problemen en hebben veel minder een langetermijnvisie – zeker als er sprake is van meervoudige problemen – dan waar experts de nadruk op leggen.^{6,7}

In deze Policy Brief volgen we de pragmatische benadering die wordt gehanteerd in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM, die verschillende indicatoren naast elkaar gebruikt. In navolging hiervan hanteren we twee uitkomstmaten:

- levensverwachting. Deze indicator geeft weer hoe oud mensen worden;
- *gezonde* levensverwachting. Deze indicator geeft weer hoeveel jaren mensen kunnen verwachten in goede gezondheid door te brengen en wordt berekend op basis van levensverwachting en een aantal indicatoren voor kwaliteit van leven.

Dit betekent dat gezondheidsverschillen kunnen worden uitgedrukt als het verschil in aantal jaren levensverwachting, respectievelijk aantal jaren gezonde levensverwachting tussen mensen met een hoge en mensen met een lage SES.

Het sleutelbegrip in deze Policy Brief is gezondheidspotentieel. Deze term verwijst naar de gezondheidswinst die geboekt kan worden of het gezondheidsverlies dat vermeden kan worden. Gezondheidswinst is het aantal extra jaren levensverwachting respectievelijk extra aantal jaren gezonde levensverwachting dat in een bepaalde periode wordt gerealiseerd. Gezondheidsverlies is het aantal jaren levensverwachting respectievelijk aantal jaren gezonde levensverwachting dat in een bepaalde periode verloren gaat.

In deze Policy Brief wordt gezondheidswinst of -verlies in absolute zin bedoeld, waarbij een vergelijking tussen verschillende groepen in de bevolking wordt losgelaten. Dit betekent dus dat gezondheidswinst in bijvoorbeeld een lage sociaaleconomische groep als positief wordt beoordeeld, los van de vraag hoeveel gezondheidswinst is geboekt in andere sociaaleconomische groepen.

3 Polder et al. (2012) voor een overzicht.

4 WHO (1984).

5 Haverkamp et al. (2017).

6 Kooiker (2010).

7 Stronks et al. (2018).

Bij mensen met een relatief slechte gezondheid, zoals lagere SES-groepen, is sprake van een relatief groot potentieel, omdat er bij hen nog meer ruimte voor verbetering is dan bij mensen die al heel gezond zijn. Bij mensen die jong zijn, ligt eveneens veel potentieel, omdat zij nog veel jaren voor de boeg hebben waarin gezondheidswinst behaald kan worden c.q. -verlies vermeden kan worden. De cruciale vraag is natuurlijk of het aanwezige potentieel ook daadwerkelijk gerealiseerd zal worden. Dit hangt af van diverse factoren, zoals kenmerken van de betreffende personen en kenmerken van hun leefomgeving. We komen hier in hoofdstuk 4 op terug.

Sociaaleconomische status

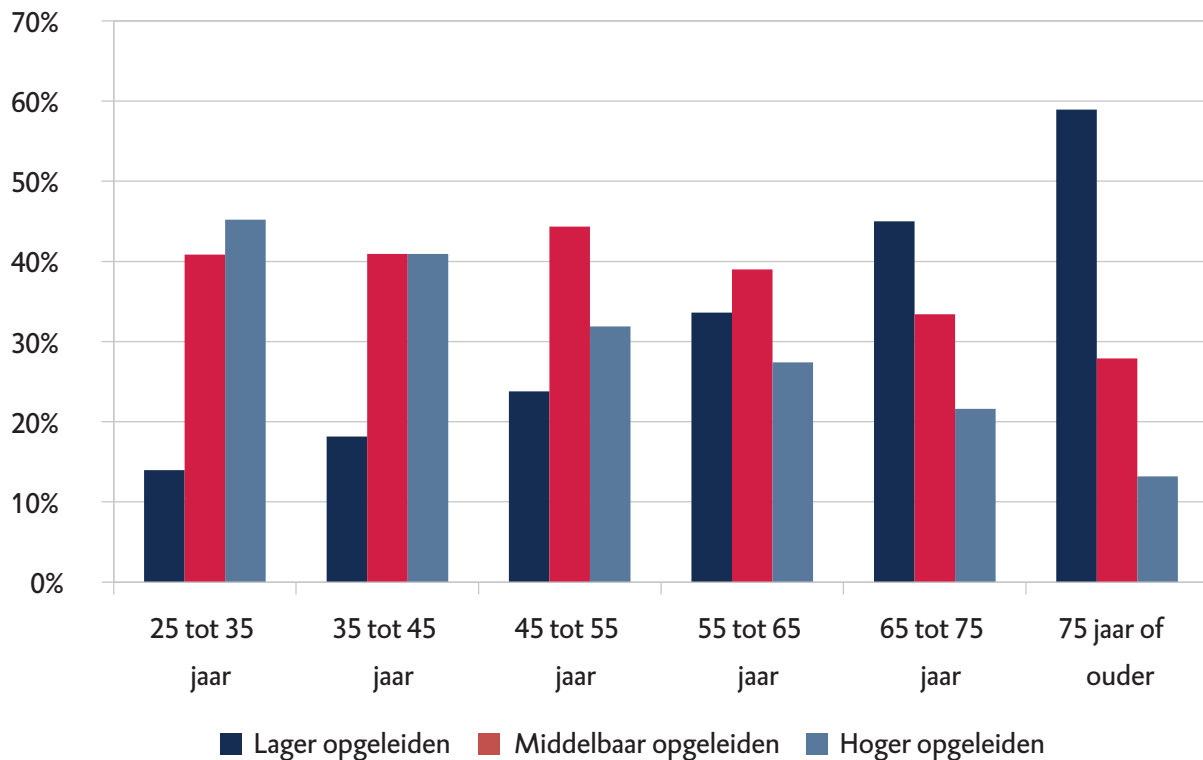
Sociaaleconomische status (SES) kan op diverse manieren worden gemeten, bijvoorbeeld met inkomen, beroepsstatus of opleidingsniveau. In Nederland wordt meestal gekozen voor die laatste indicator. Dat zullen wij in deze Policy Brief ook doen. We volgen de vaak gebruikte CBS-indeling in laag, middelbaar en hoog voltooid onderwijsniveau.⁸

Het is echter belangrijk om ons te realiseren dat wanneer we vergelijkingen over een wat langere periode willen maken, de samenstelling van de opleidingsgroepen langzaam maar zeker verandert. Dit komt doordat Nederlanders steeds vaker en langer naar school gaan. In 1930 was bijvoorbeeld nog ongeveer 80 procent van de Nederlanders lager opgeleid,⁹ maar sindsdien is dat percentage spectaculair gedaald. Er is sprake van diploma-inflatie. Dit betekent dat je met hetzelfde diploma vroeger een betere baan met een bijbehorende SES kon verwerven – opklimmen via je werk – dan tegenwoordig. Door de diploma-inflatie verandert de betekenis van opleiding voor iemands sociale positie. Ook is door deze ontwikkeling in de loop der decennia het verschil in de gemiddelde leeftijd van de lage SES-groep en de hoge SES-groep (zoals gemeten met opleidingsniveau) toegenomen. De eerste groep wordt steeds meer gedomineerd door oudere cohorten, terwijl de tweede groep steeds meer wordt gedomineerd door jongere cohorten (zie figuur 1.1).

8 Onder personen met een laag opleidingsniveau verstaat het CBS mensen die ten hoogste het basisonderwijs, het vmbo, de eerste drie leerjaren van havo/vwo of de assistentenopleiding (mbo-1) hebben voltooid. Het middelbaar onderwijs omvat de bovenbouw van havo/vwo, de basisberoepsopleiding (mbo-2), de vakopleiding (mbo-3) en de middenkader- en specialistenopleidingen (mbo-4). Het hbo en het wetenschappelijk onderwijs worden door het CBS gerekend tot het hoog onderwijs.

9 Jansen (2017).

Figuur 1.1 Hoogst behaalde onderwijsniveau naar leeftijd, 2016



© WRR & RIVM 2018 | Bron: CBS

Dit betekent dat het gezondheidspotentieel bij de toekomstige lage SES-groep weleens beperkter zou kunnen zijn dan bij de huidige lage SES-groep. De omvang van de groep lager opgeleiden neemt weliswaar af, maar de gezondheidsproblemen zouden weleens kunnen verergeren. Wat de zaak verder compliceert, is dat ook de etnische samenstelling van deze groep verandert. Lagere SES-groepen kennen een relatief groot aandeel van mensen met een migratie-achtergrond, die vaak nog weer een slechtere gezondheid hebben.¹⁰ Vergeleken met enkele decennia geleden zal het dus waarschijnlijk meer inspanningen vergen om bij de lage SES-groep gezondheidswinst te boeken dan wel (verder) gezondheidsverlies te voorkomen.

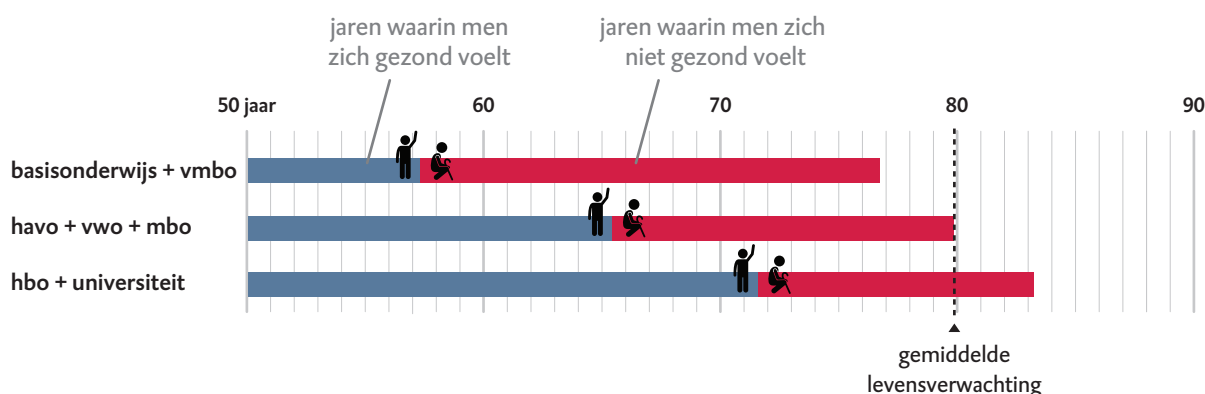
2 DE CIJFERS: HARDNEKKIGE VERSCHILLEN, GROTE WINST

Welke meetlat voor SES we ook hanteren, het algehele beeld dat uit de cijfers opdoemt, is dat de gezondheid van mensen met een lage SES sterk achterblijft bij die van mensen met een hoge SES. Figuur 2.1 laat de verschillen zien op de twee belangrijke indicatoren die we eerder hebben genoemd – ‘levensverwachting’ en ‘gezonde levensverwachting’ – afgemeten naar opleidingsniveau.

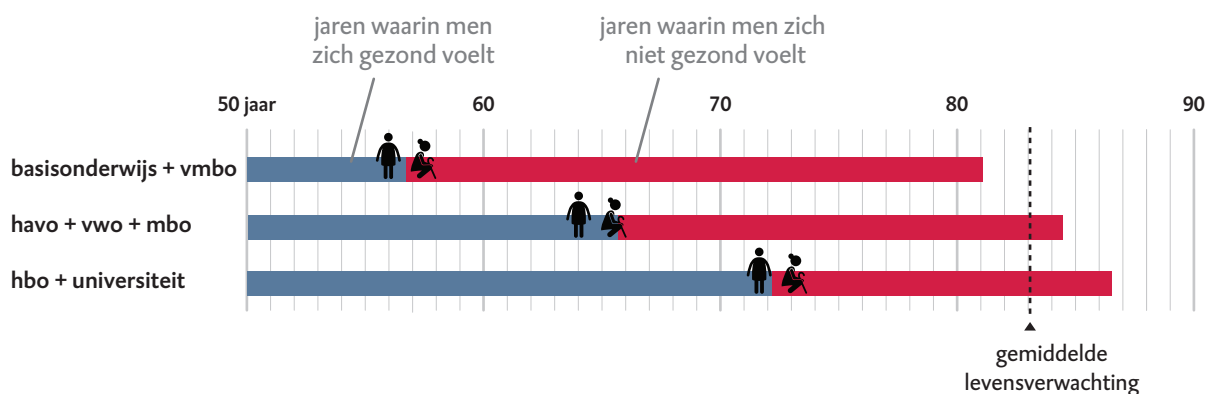
¹⁰ Ruijsbroek et al. (2011).

Figuur 2.1 Samenhang opleiding en (gezonde) levensverwachting (2013-2016)

Mannen



Vrouwen



WRR & RIVM | Bron: Volksgezondheidszorg.info 2018, CBS Statline

Tabel 2.1 (Gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau 2013-2016

Geslacht	Type levensverwachting	Laag	Middelbaar	Hoog
Mannen	Levensverwachting	76,8	79,9	83,3
Mannen	Gezonde levensverwachting	57,4	65,4	71,6
Vrouwen	Levensverwachting	81,1	84,4	86,5
Vrouwen	Gezonde levensverwachting	56,7	65,6	72,2

WRR & RIVM | Bron: Volksgezondheidszorg.info 2018, CBS Statline

Deze figuur (met bijbehorende tabel) maakt pijnlijk duidelijk hoe verschillen in opleiding samenhangen met de gezondheid van mensen. Laagopgeleide vrouwen leven gemiddeld 5,4 jaar korter dan hoogopgeleide vrouwen, terwijl het verschil bij mannen zelfs 6,5 jaar bedraagt. Het verschil in jaren gezonde levensverwachting (bij mannen zelfs 14,2 jaar en bij vrouwen 15,5 jaar) is nog veel groter.

Dat mensen met een hoge en een lage SES verschillen in gezondheid, is allesbehalve nieuw. Deze verschillen bestaan al lang.¹¹ Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw blijkt dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen over de lange termijn gemeten haast onwrikbaar zijn. De relatieve verschillen gemeten op indicatoren als levensverwachting en ervaren gezondheid zijn zo stabiel dat in 2015 – ruim 35 jaar nadat het probleem voor het eerst op de Nederlandse politieke agenda verscheen – de regering niet verder ging in het formuleren van haar ambitie dan dat “deze verschillen in 2030 gelijk zijn gebleven, of beter, afgenomen.”¹²

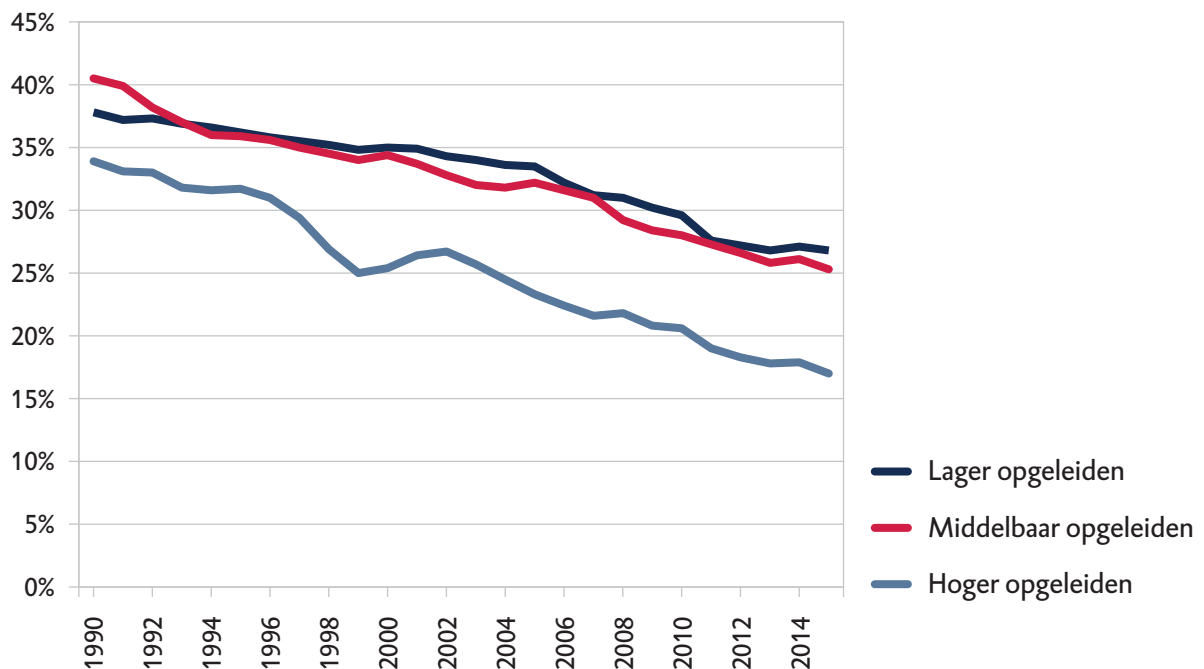
De verschillen naar SES blijken ook als naar twee belangrijke voorspellers van latere gezondheidsproblemen wordt gekeken, namelijk het aantal mensen van 25 jaar en ouder dat rookt en het aantal mensen met ernstig overgewicht. Figuur 2.2 geeft de details van het voorbeeld waarmee deze Policy Brief begon. Het aantal rokers is onder alle SES-groepen flink afgenomen, maar onder de hoge SES nog sterker dan onder de lage SES. Per saldo is het verschil in percentage rokers tussen lage en hoge SES dus groter geworden, en daarmee ook het verschil in kans dat men last zal krijgen van aan roken gerelateerde aandoeningen. Figuur 2.3 geeft hetzelfde patroon, maar dan in spiegelbeeld. Dit is het aantal mensen van 25 jaar en ouder dat lijdt aan ernstig overgewicht. Dat percentage is onder alle SES-groepen toegenomen. Voor de komende jaren is de verwachting dat ernstig overgewicht onder de lage SES nog sterker zal toenemen dan onder de hoge SES.¹³

11 Van Poppel et al. (2009).

12 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015).

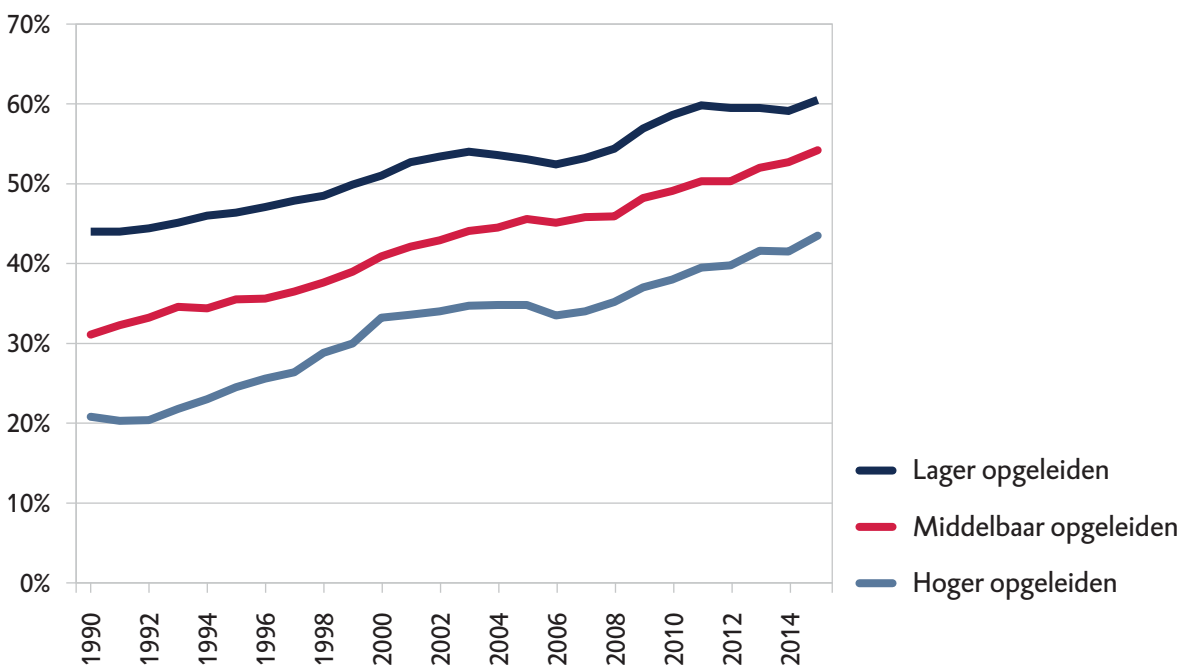
13 Hilderink en Verschuuren (2018).

Figuur 2.2 Percentage mensen (25+) die dagelijks roken



© WRR & RIVM 2018 | Bron: RIVM & CBS (<https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>)

Figuur 2.3 Percentage mensen (25+) met overgewicht (BMI ≥ 30)



© WRR & RIVM 2018 | Bron: RIVM & CBS

Conclusie

Nederland is in de afgelopen decennia een stuk gezonder geworden. Daar staat tegenover dat de relatieve verschillen in gezondheid tussen lager en hoger opgeleiden niet zijn afgenomen, en soms zelfs gegroeid. Met betrekking tot gezonde levens-

verwachting en roken doet het patroon denken aan wat wel het Mattheüs-effect wordt genoemd, en dat in veel meer sociale domeinen zichtbaar is.¹⁴ Beleid en maatregelen die vooral gunstig kunnen zijn voor de groepen bij wie de achterstanden het grootst zijn, leiden weliswaar tot enige winst bij deze groepen, maar hebben een nog *groter* effect bij de groepen die het eigenlijk al redelijk of zelfs goed doen. Iedereen is er dan wel op vooruitgegaan, maar per saldo zijn de verschillen toegenomen. Dit is een paradoxale uitkomst die met name kan optreden bij beleid dat uniform wordt ingezet voor de hele bevolking. Bijvoorbeeld omdat mensen verschillen in hun vaardigheden en (financiële) mogelijkheden, kan dit resulteren in kansenongelijkheid.

Al met al dringt de vraag zich op of het reduceren of zelfs elimineren van gezondheidsverschillen realistisch en zinvol is. Kunnen wij het perspectief van het reduceren van gezondheidsverschillen niet vervangen door een realistischer perspectief?

3 EEN ANDER BELEIDSKADER?

Dit is een pijnlijke vraag. Intuïtief voelen gezondheidsverschillen onrechtvaardig aan: zij die al beter af zijn in termen van welvaart, zijn gemiddeld ook nog eens gezonder. De morele verontwaardiging over gezondheidsverschillen is dan ook prominent in het debat aanwezig – zowel in de wetenschap als in het beleid.

In deze paragraaf pleiten we voor een ander beleidspectief. Eén dat niet exclusief in het teken van verschil staat, maar waarin de focus is gericht op gezondheidspotentieel.

Inzetten op gezondheidspotentieel

Alle nadruk in de afgelopen decennia op de (veronderstelde) onrechtvaardigheid van verschil in gezondheid, doet enigszins uit het oog verliezen dat goede gezondheid niet alleen een doel op zichzelf is, maar ook een voorwaarde voor andere dingen die mensen belangrijk vinden. Dat geldt op zowel het individuele als het collectieve niveau. Een slechte gezondheid kan mensen verhinderen om invulling te geven aan hun individuele opvatting van het goede leven, omdat het sociale, economische of maatschappelijke participatie in de weg kan staan. En een slechte gezondheid kan ook nadelig uitpakken voor collectieve doelen, omdat het kan leiden tot hogere maatschappelijke kosten en minder economische productiviteit.

Het is dus volstrekt legitiem om de vraag op te werpen hoe men de middelen voor preventieve gezondheidszorg zodanig kan inzetten dat het in de samenleving aanwezige gezondheidspotentieel zo goed mogelijk kan worden gerealiseerd. Dat is niet

¹⁴ Het Mattheüs-effect is gemunt door Merton (1968), en kreeg in de sociale wetenschappen vooral bekendheid via Deleeck et al. (1983). De term verwijst overigens naar Mattheüs 13: 12: 'Aan wie heeft zal gegeven worden en hij zal overvloed hebben, maar wie niets heeft zal ook het weinige afgenomen worden dat hij bezit.'

alleen voor het individu van belang, effectieve preventieve gezondheidszorg is ook een investering in *human capital* die de samenleving als geheel ten goede kan komen. In het domein van onderwijs is deze omslag in het denken al enkele decennia geleden gemaakt. Het is nu nauwelijks meer voorstelbaar, maar tot enkele decennia terug werd goed onderwijs in financieel-economische termen beschouwd als louter een kostenpost, niet als een investering. Die tijd ligt inmiddels achter ons. Voor de gezondheidszorg is wel eenzelfde omslag in het denken bepleit, maar vooralsnog is hier het investeringsperspectief minder gemeengoed.

Dat gezegd hebbende, willen we beklemtonen dat deze benadering haar grenzen kent. Het gaat niet *alleen* maar om economische optimalisering. Een gedachte-experiment kan dit duidelijk maken. Stel dat voortaan winst het enige doel zou zijn. Dan lijkt het – puur rekenkundig gezien – in eerste instantie logisch prioriteit te leggen bij de groepen met gemiddeld de slechtste gezondheid, doorgaans de lagere SES-groepen. Bij deze groep is er immers de meeste ruimte voor winst en dus (op individueel niveau) het grootste potentieel. Toch zou het in tweede instantie – puur rekenkundig gezien – weleens logischer kunnen lijken om juist prioriteit te leggen bij de groepen die het qua gezondheid al redelijk doen, *in casu* de midden- en hogere SES-groepen. De reden hiervoor is het mogelijke verschil in *kansen* dat het aanwezige potentieel ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. De ruimte voor winst is bij mensen met een hogere SES-klasse weliswaar beperkter, maar de *kans* dat die winst daadwerkelijk kan worden behaald, is mogelijk groter. Dit komt doordat de condities voor gedragsverandering bij de hogere SES-groepen waarschijnlijk gunstiger zijn dan bij de lagere SES-groepen. De hogere SES-groepen beschikken vaker over de noodzakelijke kennis en vaardigheden, verkeren vaker in een sociale omgeving waarin een gezonde leefstijl al de norm is, wonen vaker in buurten waar gezonde alternatieven voorhanden zijn en hebben ook vaker de financiële armslag om zich die te kunnen permitteren. Bij de lage SES-groepen zijn de condities minder gunstig. Bij hen zal eerder sprake zijn van een hardnekkige problematiek in combinatie met individuele kenmerken en omgevingsdeterminanten die gedragsverandering bemoeilijken. Daarom zal het waarschijnlijk meer inspanning vergen om bij hen een vergelijkbare gezondheidswinst te boeken.

Kortom, uitgaande van het doel om het in de bevolking aanwezig gezondheids-potentieel zo goed mogelijk te realiseren, kan een puur rekenkundige benadering ertoe leiden dat meer middelen gaan naar de groepen die toch al beter af zijn. Die uitkomst zullen veel mensen intuïtief als onrechtvaardig beoordelen.

Zes morele posities

Het gaat dus om meer dan louter economische optimalisering. De vraag is dus ook: welke uitkomst vinden mensen rechtvaardig? En wat betekent dat voor de vraag wie *prioriteit* verdienen bij de inzet van schaarse middelen voor preventieve gezondheidszorg?

Daarmee komen we terug op de verschillen. Voor velen luidt het antwoord dat we pas echt tevreden mogen zijn als de verschillen in gezondheid geheel zijn opgeheven.

Voor hen staat ongelijkheid welhaast per definitie gelijk aan onrechtvaardigheid. Toch zijn er meer morele posities mogelijk. Er bestaan ook andere opvattingen over rechtvaardigheid. In de politieke filosofie is veel studie gedaan naar de vraag wanneer een verdeling mag gelden als rechtvaardig en daaruit blijkt dat ‘ongelijk’ niet automatisch ‘onrechtvaardig’ hoeft te betekenen. Allereerst is er een grote groep van theorieën die weliswaar vasthouden aan het egalitarisme, maar afwijkingen van het uitgangspunt van gelijke uitkomsten toestaan mits daarvoor goede argumenten zijn te geven. Zij staan bijvoorbeeld verschillen toe die herleidbaar zijn tot eigen vrijwillige keuzen, bijvoorbeeld om hard te werken of juist niets te doen. Voorts zijn er theorieën die een stap verder gaan, en het egalitarisme en het uitgangspunt van gelijke uitkomsten geheel hebben verlaten. In het zogenoemde suffiëntarianisme is niet langer het doel dat iedereen over hetzelfde beschikt, maar dat iedereen beschikt over een bepaald minimum, bijvoorbeeld het minimum dat nodig is om te leven en mee te kunnen doen in de samenleving. En in het zogenoemde prioritarianisme gaat het erom dat – het woord zegt het al – diegenen die het slechtste af zijn, prioriteit krijgen. Allereerst moet hun situatie worden verbeterd. Kortom, er zijn meer concepties mogelijk van wat mag gelden als sociaal rechtvaardig.

Nu is er natuurlijk een verschil tussen gezondheid en de schaarse goederen die centraal staan in de politieke filosofie, want gezondheid is niet iets wat *herverdeeld* kan worden. Geld kun je herverdelen, bijvoorbeeld via belastingen, maar gezondheid niet. Dit is een belangrijk verschil, en in de slotbeschouwing komen we er nog uitgebreid op terug. Dat neemt niet weg dat de theorievorming uit de politieke filosofie kan helpen duidelijk te maken dat ook met betrekking tot gezondheid meer morele posities mogelijk zijn. Geïnspireerd door deze theorievorming, onderscheiden we in onderstaande tabel zes mogelijke morele posities. Tabel 3.1 combineert de drie bovengenoemde principes voor verdeling (egalitarisme, suffiëntarianisme en prioritarianisme) met twee mogelijke antwoorden op de vraag *wat* er precies verdeeld moet worden (*gezondheidsuitkomsten* of *gezondheidskansen*).

Tabel 3.1 Zes morele posities

	Egalitarisme	Suffiëntarianisme	Prioritarianisme
Focus op gezondheids- uitkomsten (verantwoordelijkheid <i>insensitief</i>)	1. Iedereen moet evenveel jaren goede gezondheid ervaren en even oud worden	2. Iedereen moet minstens x jaren goede gezondheid ervaren en minstens y jaren oud worden	3. Het aantal jaren goede gezondheid en levensjaren van degenen die het laagste scoren moet omhoog
Focus op gezondheids- kansen (verantwoordelijkheid <i>sensitief</i>)	4. Iedereen moet een <i>gelijke</i> kans krijgen zijn gezondheids-potentieel zo goed mogelijk te benutten	5. Iedereen moet een <i>voldoende</i> of <i>minimale</i> kans krijgen zijn gezondheids-potentieel zo goed mogelijk te benutten	6. De mensen met het grootste onbenutte gezondheids-potentieel moeten meer en betere kansen krijgen dat potentieel te benutten

Waar het om gaat is dit: *elk van deze posities is verdedigbaar en valide*. Het is goed mogelijk dat er voor sommige posities meer politiek draagvlak bestaat dan voor andere, het is ook goed mogelijk dat de ene positie makkelijker valt te realiseren dan de andere, en het is bovendien goed mogelijk dat sommige van deze posities op termijn meer jaren

gezondheidswinst zullen opleveren dan andere – *maar geen van deze posities is op voorhand beter dan de andere*. Elke positie geeft een denkbare invulling van sociale rechtvaardigheid.

Twee verschuivingen

Het idee dat verschillen in gezondheid uiteindelijk volledig moeten worden opgeheven, hoort bij vakje 1. Zoals de tabel duidelijk maakt, is dit slechts een van de mogelijke morele posities, en niet noodzakelijkerwijs de enig denkbare of juiste. Het is wél zonder twijfel de meest ambitieuze positie van alle zes. Alle ervaringen tot nu toe doen vermoeden dat deze positie in praktijk niet realiseerbaar is. Moet er dan nog wel naar dit ideaal worden gestreefd?

Wij pleiten voor twee verschuivingen. Ten eerste zijn er goede argumenten om meer accent te leggen op de opties in de onderste rij in tabel 3.1, dus meer nadruk te leggen op kansen in plaats van uitkomsten. Strikt genomen kan dat ook niet anders, want, zoals gezegd, kan gezondheid *zelf* niet worden herverdeeld. Het gaat in het gezondheidsdebat altijd om de herverdeling van de schaarse middelen die kunnen worden ingezet om gezondheid te bevorderen, zoals toegankelijkheid tot en betaalbaarheid van zorg of aanpakken van de leefomgeving. Dit wijst al in de richting van de verdeling van kansen in plaats van uitkomsten. Een ander argument om het meer te zoeken in de tweede regel is het principe van eigen verantwoordelijkheid.

De WRR onderschrijft *noch* een redenering waarin de overheid onverkort verantwoordelijk is voor gezondheidsuitkomsten, *noch* een beleid waarin de burger zelf onverkort verantwoordelijk wordt gemaakt voor zijn gezondheidsuitkomsten. Maar de burger heeft wel een rol te spelen als het gaat om zijn eigen gezondheid, net zo goed als de overheid een rol heeft te spelen als het gaat om het compenseren van factoren die ervoor zorgen dat burgers niet in staat zijn (financieel, cognitief, praktisch) om die verantwoordelijkheid in te vullen. Het maakt uit of gezondheidsverschillen het resultaat zijn van persoonlijke keuzes (leefstijl), vermijdbaar zijn door (menselijk) ingrijpen of onvermijdbaar zijn.¹⁵

Met betrekking tot de vermijdbare leefstijl-gerelateerde ziekten woedt er een debat over de (grenzen van de) eigen verantwoordelijkheid. Het laatste decennium heeft de idee van ‘eigen verantwoordelijkheid’ de boventoon gevoerd in het politieke debat (zie hoofdstuk 5). Het is echter de vraag of de verwachtingen van de overheid hier wel altijd even realistisch zijn. Steeds vaker wordt erop gewezen dat het vermogen van mensen om ‘gezonde’ keuzes te kunnen maken en zich tevens hieraan te houden, nogal eens wordt overschat.^{16,17} Bovendien kunnen omgevingsfactoren, zoals kwaliteit van huisvesting, aanwezigheid van voorzieningen, arbeidsomstandigheden of gezins-situatie, het maken van ‘de verantwoorde keuze’ moeilijker of zelfs onmogelijk maken. Waar een grote nadruk op ‘eigen verantwoordelijkheid’ van burgers de overheid

15 Stronks en Gunning-Schepers (1993).

16 WRR (2014, 2017).

17 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2016).

ontslaat van betrokkenheid, verlangt dit perspectief juist overheidsinspanningen en interventies om de keuze voor een gezonde leefstijl voor de burger mogelijk te maken. Daarnaast heeft de overheid een grote verantwoordelijkheid waar het de bescherming van haar burgers betreft. Als het gaat om roken redeneert filosoof Marcel Verweij (2017), uitgaande van het schadebeginsel, dat beleid dat roken ‘denormaliseert’ wenselijk is. Dat geldt in het bijzonder als de gezondheid van kinderen in het geding is, aangezien (ongeboren) kinderen moreel en juridisch gezien geen autonome keuzes kunnen maken. Bovendien, zo redeneert Verweij, is morele verantwoordelijkheid geen *zero sum game* waarbij een grotere rol voor de één automatisch een kleinere rol voor de ander betekent.¹⁸ “Met een effectief antirookbeleid neemt de overheid geen verantwoordelijkheid van individuen over, maar doet zij wat minimaal van haar verwacht mag worden.”

Ten tweede pleiten we, zoals reeds gezegd, voor een verschuiving van een focus op *gezondheidsverschillen* naar een focus op *gezondheidspotentieel*. We willen aansluiten op een benadering die de Britse arts en hoogleraar epidemiologie en volksgezondheid Michael Marmot het ‘proportioneel universalisme’ noemt. Dit houdt in dat het beleid universeel is en zich dus richt op alle burgers, maar wordt aangevuld met ondersteuning van bepaalde doelgroepen. De intensiteit van deze gerichte ondersteuning wordt bepaald door de mate van kwetsbaarheid van de doelgroep. Het doel is dus om het hele sociaaleconomische spectrum gezonder te krijgen, terwijl zoveel mogelijk recht wordt gedaan aan de reële achterstanden van lage SES-groepen, zowel feitelijk als in termen van kansen en capaciteiten. Omdat het proportioneel universalisme geen enkelzijdige focus heeft op lage SES-groepen, is het ook inclusiever ten opzichte van de verschuivingen tussen en binnen SES-groepen. Door de tijd heen verandert de omvang van de categorieën, maar ook de praktische sociaaleconomische betekenis. De groepen zijn zelf dus ook schuivende panelen, hetgeen het belang van een universele benadering als fundament verder onderstreept.¹⁹ Dit laatste kan in de praktijk twee vormen aannemen. Eén mogelijkheid is om bij de uitwerking en uitvoering van het universeel beleid zoveel mogelijk rekening te houden met de specifieke kenmerken en levensomstandigheden van de lage SES-groepen. Een andere mogelijkheid is om het universele beleid aan te vullen met maatregelen die specifiek zijn gericht op de betreffende doelgroepen. In termen van de tabel kan het proportioneel universalisme worden gezien als een combinatie van twee morele posities, namelijk die van vakje 4 en vakje 6.

Conclusie

We kiezen voor een benadering die niet langer inzet op het reduceren van gezondheidsverschillen als doel op zich, maar op het verzilveren van zoveel mogelijk gezondheidspotentieel. Daarbij gaat het echter niet alleen om waar – puur rekenkundig gezien – de meeste winst valt te behalen (of het meeste verlies valt te voorkomen). Ook

¹⁸ Verweij (2017).

¹⁹ ‘...actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism’ (Marmot et al. 2010: 15).

vanuit morele overwegingen dient vooral te worden geïnvesteerd in de groepen waar de nood het hoogst is.

4 PRIORITEITEN VOOR BELEID

Waar moeten de prioriteiten worden gelegd? Zoals gezegd, wordt het antwoord deels bepaald door de vraag waar het grootste gezondheidspotentieel ligt. Dat is afhankelijk van vier factoren:

- de *ernst* van het (verwachte) gezondheidsprobleem. Als het om een zeer ernstig gezondheidsprobleem gaat, is het potentieel groot;
- de *omvang* van het gezondheidsprobleem. Als een probleem bij veel mensen voorkomt, is (op geaggregeerd niveau) het potentieel groot;
- de *duur* van het gezondheidsprobleem. Als een probleem al vroeg in de levensloop ontstaat, is het potentieel groot;
- een *veelvoud* van gezondheidsproblemen. Als er stapeling van gezondheidsproblemen optreedt, is het potentieel groot.

Deze vier factoren zijn uiteraard niet onderling uitsluitend en ze kunnen elkaar zowel versterken als verzwakken. Bijvoorbeeld: het aanpakken van een ernstig gezondheidsprobleem zoals roken heeft een groter potentieel als de groep die rookt, groot is en een kleiner potentieel als de groep klein is. Als een groep vroeg in de levensloop bereikt kan worden, is de bijdrage aan het gezondheidspotentieel groot, want die winst betaalt zich in de gehele latere levensloop uit. Dit pleit ervoor om het prioritaire beleid niet alleen te richten op de lage SES-groep, maar hiermee ook zo vroeg mogelijk te starten (van preconceptie tot de leeftijd van 18 jaar). Zoals eerder opgemerkt, wordt gezondheidswinst in absolute zin bedoeld, waarbij een vergelijking tussen verschillende groepen in de bevolking wordt losgelaten.

Een belangrijke vraag is natuurlijk of het aanwezige potentieel ook daadwerkelijk gerealiseerd kan en zal worden. Anders gezegd, in hoeverre zijn gezondheidsproblemen vermijdbaar? Dit hangt af van vele factoren. Allereerst hangt het af van de aard van die gezondheidsproblemen. Sommige ziekten en aandoeningen zijn niet of nauwelijks te voorkomen, bijvoorbeeld bepaalde erfelijke aandoeningen, of zijn gevallen van 'domme pech'. Andere, zoals een groot deel van de infectieziekten, zijn te voorkomen door middel van vaccinatie en/of basale hygiëne en daar is in de twintigste eeuw al een enorme gezondheidswinst geboekt. Weer andere gezondheidsproblemen hangen samen met de omgeving, zoals bijvoorbeeld luchtverontreiniging, geluidsoverlast of arbeidsomstandigheden. Om het hier aanwezige potentieel te realiseren, zullen vaak interventies nodig zijn in domeinen die niet ressorteren onder diegene die verantwoordelijk zijn voor het gezondheidsbeleid. En ten slotte noemen we gezondheidsproblemen die samenhangen met gedrag en leefstijl, zoals ongezonde voeding en roken. Of het hier aanwezige gezondheidspotentieel kan worden gerealiseerd, hangt af van het vermogen en de bereidheid van mensen hun gedrag te

veranderen én van de kansen en mogelijkheden die hun fysieke en sociale omgeving biedt voor deze gedragsverandering.

Op basis van bovenstaande overwegingen, komen we tot drie prioriteiten:

- roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht;
- extra inzet op de lage SES-groep;
- nadruk op het begin van de levensloop.

Focus op roken, alcohol en overgewicht

Deze keuze is niet verrassend. Ongezond gedrag, zoals roken, te weinig bewegen en ongezonde voeding leidend tot overgewicht, en problematisch alcoholgebruik, is volgens VTV's 2014 en 2018 verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast. Bij al deze determinanten valt nog veel winst te halen.

Gezien de grote schade die roken aan de gezondheid toebrengt en het percentage Nederlanders dat nog steeds rookt (25% in totaal en 20% van de zwangere vrouwen) ligt hier nog steeds een groot gezondheidspotentieel. Het feit dat de trend voor alle SES-groepen in de juiste richting gaat, is hoopgevend, maar geen reden om roken van de prioriteitenlijst te halen. Ook passief roken, zeker binnen het gezin, is een groot probleem voor kinderen.²⁰ Het is waarschijnlijk dat de grens van wat bereikt kan worden met algemene campagnes nu wel in zicht is. Het is wel zaak om daarmee door te gaan – er zijn immers telkens weer nieuwe cohorten die deze boodschap moeten horen – maar de uitdaging ligt bij de mensen die doorroken. Een deel daarvan wil niet stoppen en 80 procent kan niet stoppen, omdat roken een verslaving is. Met name in de tweede categorie zullen zich veel mensen bevinden die te maken hebben met een multiproblematiek, waarin roken slechts een van de problemen is en niet per se het probleem dat als het belangrijkste wordt ervaren.²¹ Juist deze groep zal aangesproken moeten worden op wat hun gedrag betekent voor de volgende generatie. Er zijn diverse initiatieven die zijn gericht op een toekomstige tabaksvrije generatie.²²

Ook bij alcoholgebruik valt nog veel winst te behalen. Betrouwbare cijfers over alcoholconsumptie zijn nauwelijks voorhanden, aangezien deze op basis van zelfrapportage worden samengesteld. Onderzoek laat zien dat ook veel hoger opgeleiden alcoholconsumptie rapporteren die de geadviseerde limieten overstijgt. Van oudsher drinken hoger opgeleiden meer, maar bij zwaar alcoholgebruik is het patroon weer omgekeerd.²³ Wetenschappelijk onderzoek toont een '*alcohol harm paradox*'.²⁴ Dit is het gegeven dat de hoge SES-groep weliswaar meer alcoholgebruik rapporteert, maar dat de lage SES-groep het meest getroffen wordt door '*alcohol related harms*', voornamelijk vanwege *binge drinking*.²⁵ Voor beide groepen valt er dus nog veel

20 Gezondheidsraad (2003); Volksgezondheidszorginfo.2018 (<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/huidige-situatie-volwassenen#!node-meeroken>).

21 Kooiker (2010).

22 De Kanter (2016).

23 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/alcoholgebruik>

24 Lewer et al. (2016).

25 Schmidt et al. (2010).

te winnen. De ernst van aan alcohol gerelateerde gezondheidsproblemen – zeker in de fase voorafgaande aan de conceptie, zwangerschap en borstvoeding²⁶ – en het feit dat veel mensen drinken, tellen op tot een groot potentieel.

Ook op het gebied van obesitas ligt nog veel potentieel. Obesitas heeft grote cumulatieve effecten op de gezondheid van mensen. Veel ernstige aandoeningen hangen samen met obesitas,²⁷ zoals psychosociale problemen (pesten, depressie), gewrichtsproblemen, hypertensie, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Ook kan overgewicht leiden tot arbeidsongeschiktheid. Hier geldt bij uitstek dat een slechte start zich in de latere levensloop wrekt. Kinderen met een hoog geboortegewicht vertonen bovendien een positieve correlatie met overgewicht op de kinderleeftijd.²⁸ Bovendien gaan de trends op dit punt in ons land overduidelijk de verkeerde kant uit: voor alle SES-groepen (hoog, midden, laag) neemt het aantal mensen met (zwaar) overgewicht toe, ook in de toekomstprojectie.²⁹

Extra inzet op lage SES

Deze keuze hebben we hiervoor al beargumenteerd. Omdat de gezondheid van de lagere SES-groepen relatief achterblijft, valt daar de meeste vooruitgang te boeken. De hogere SES-groepen zitten al dicht aan het plafond van hun mogelijkheden. Maar zoals gezegd, is dit ook een morele keuze. Het is rechtvaardig een extra inzet te plegen op degenen met de grootste achterstand qua gezondheid. Daarmee wordt uitdrukking gegeven aan de eerste term in het ‘proportioneel universalisme’ van Marmot.

Nadruk op begin van de levensloop

Redeneren vanuit gezondheidspotentieel betekent niet alleen prioriteit bij roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht en bij de lage SES-klassen, maar ook bij het begin van de levensloop (nader bepaald: bij de preconceptionele periode, de zwangerschap, het jonge kind en de schoolgaande jeugd). Immers, hoe vroeger in de levensloop een groep kan worden bereikt, des te groter de cumulatieve gezondheidswinst, want die winst betaalt zich door de gehele latere levensloop uit.³⁰ De zorg voor kinderen is bovendien voor ouders een sterke motivator. Mensen zijn niet altijd geneigd het beste voor zichzelf te kiezen, maar zijn vaak wel te verleiden om te doen wat het beste is voor hun kinderen.

Psychische problematiek

Dat er veel gezondheidswinst op de risicofactoren roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht is te behalen, zien we onder meer aan de ziektelast die aan deze factoren wordt toegeschreven. Deze berekeningen zijn echter gebaseerd op een model waarin

26 Gezondheidsraad (2004).

27 Bij een BMI tussen de 18,5 en de 25 is sprake van een gezond gewicht, bij een BMI tussen de 25 en de 30 heeft men overgewicht en een BMI van 30 of hoger betekent dat men ernstig overgewicht of obesitas heeft. Vanuit public health-perspectief is zowel beleid gericht op ernstig overgewicht als op overgewicht van belang, omdat overgewicht kan worden gezien als een voorstadium van ernstig overgewicht.

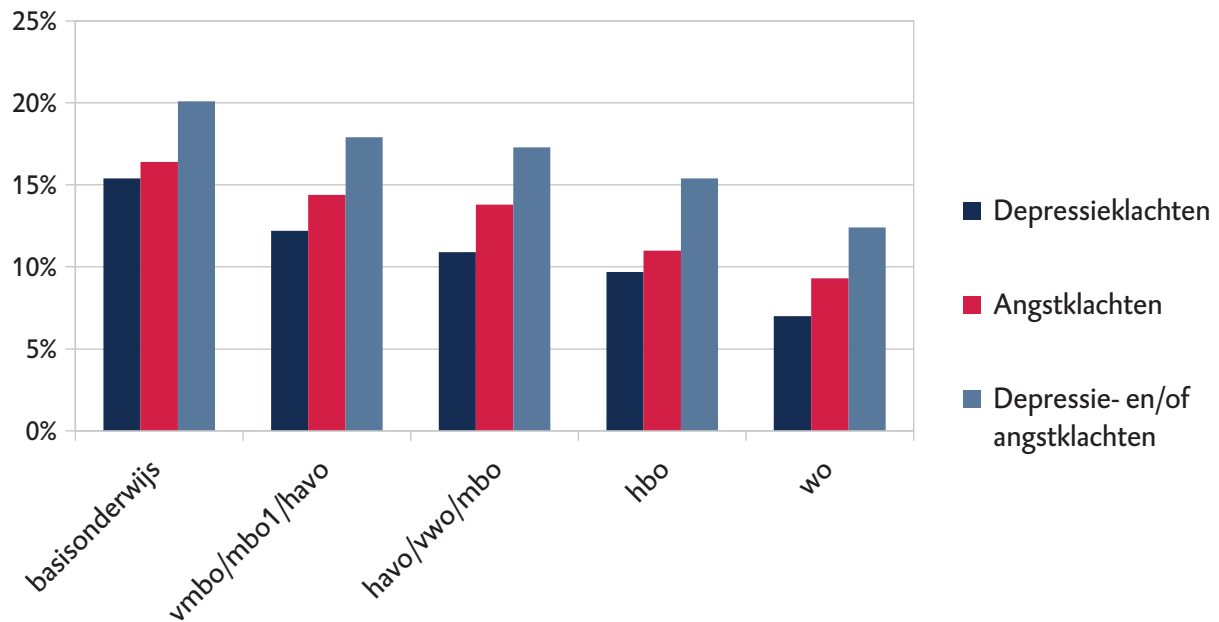
28 De Hoog et al. (2011).

29 zie <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>

30 Leopold (2016).

psychische aandoeningen ontbreken. Als we kijken naar ziektelast per aandoening, blijkt dat psychische aandoeningen het lijstje ineens aanvoeren.^{31,32} Binnen deze hoofdgroep zijn depressie- en angstklachten de aandoeningen met de grootste ziektelast. Ook bij psychische klachten zien we aanzienlijke verschillen naar opleidingsniveau, waarbij lage SES-groepen over de gehele linie zwaarder worden getroffen (zie figuur 4.1).³³

Figuur 4.1 Percentage personen met depressie en/of angstklachten (12 jaar en ouder), 2013



We willen de psychische problematiek agenderen als prioriteit voor kennisontwikkeling. Op dit vlak zullen de problemen eerder groeien dan afnemen, want volgens de meest recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning lijkt vooral de psychische druk op jongeren toe te nemen met mogelijke gevolgen voor de psychische gezondheid.³⁴ Hier ligt een groot gezondheidspotentieel, vanwege de ernst van de ziektelast, de cumulatieve effecten en de druk op lage SES-groepen. Op het punt van beïnvloedbaarheid en preventie van psychische problemen is echter nog minder kennis voorhanden dan op de ‘klassieke’ problemen zoals de aanpak van roken en overmatig alcoholgebruik.

Conclusie

Uitgaande van een focus op gezondheidspotentieel ligt het voor de hand om de beleidsaandacht primair te richten op roken, problematisch alcoholgebruik en

31 Hoeymans et al. (2014); RIVM (2014).

32 http://www.eengezondernederland.nl/Heden_en_verleden/Ziekten

33 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/psychische-gezondheid/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-psychische-klachten-naar-opleiding>. Bron: CBS Gezondheidsenquête. Het gaat hier om psychische klachten en niet om gediagnosticeerde aandoeningen. Respondenten is gevraagd of ze afgelopen jaar angst- of depressieklachten hebben ervaren.

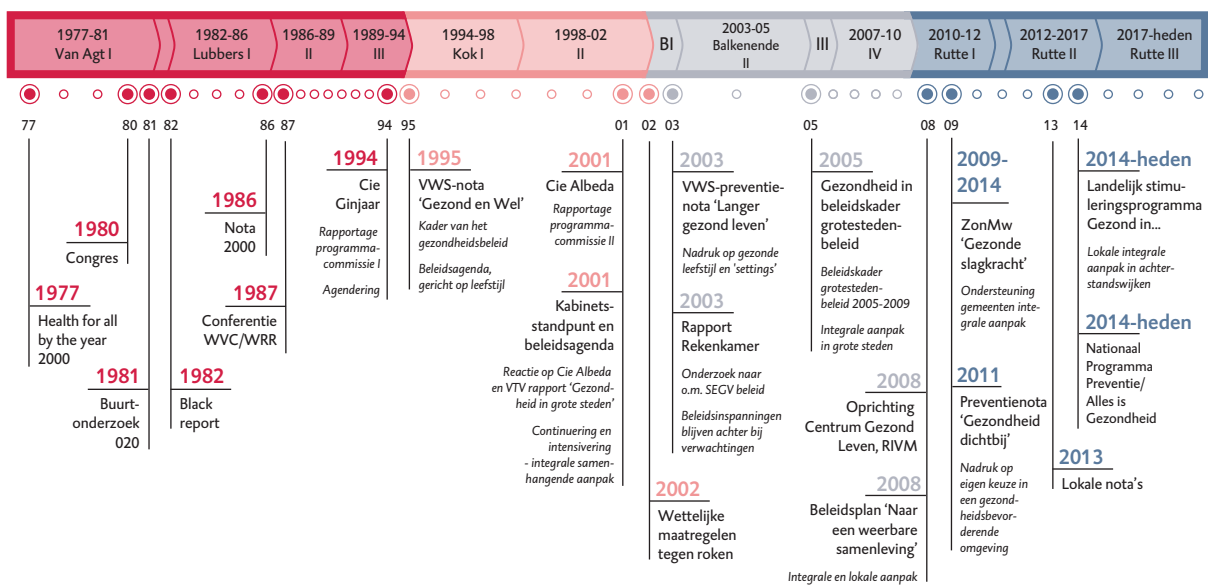
34 <https://www.vtv2018.nl/druk-op-jongeren>

overgewicht, determinanten die gepaard gaan met grote ziektelast. Op deze gebieden, met name op gebied van roken, is de afgelopen jaren weliswaar in absolute zin winst geboekt, maar het is belangrijk het universele beleid gericht op *alle* Nederlanders te continueren. In aanvulling hierop zijn specifieke maatregelen wenselijk, gericht op de lage SES-groep en op het begin van de levensloop. Met name hier ligt een groot gezondheidspotentieel. Tot slot, voor de prioriteit psychische stoornissen is er dringend behoefte aan meer kennis.

5 BELEIDSGESCHIEDENIS

We hebben het al enkele malen gezegd: de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn ondanks circa 35 jaar beleidsinspanningen nog steeds even groot. Reden om terug te blikken op het gevoerde beleid (figuur 5.1). In dit hoofdstuk geven we een korte samenvatting van het overheidsbeleid sinds 1989.

Figuur 5.1 Overzicht (beleids)focus op sociaaleconomische gezondheidsverschillen



1989-2002: het begin van SEGV-beleid

In de periode 1989-2002 straalden opeenvolgende kabinetten urgentie uit. Gezaghebbende rapporten uit binnen- en buitenland³⁵ signaleerden aanzienlijke gezondheidsverschillen naar SES. Actie was dus geboden. Zonder dralen financierde het

35 World Health Organization (1977); het verslag van het jaarcongres van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde over ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg (1980), een rapportage van buurtonderzoek in Amsterdam (Lau-IJzerman A, et al. GG&GD, 1981), het zgn. Black report uit het Verenigd Koninkrijk ('Inequalities in health', 1982) en Nota 2000 (over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwing en beleidsvoornemens (1986)).

ministerie van VWS een (tweetal) nationale onderzoeks- en interventieprogramma's. Deze werden afgesloten met twee eindrapportages, namelijk van respectievelijk de commissie-Ginjar en de commissie-Albeda (zie figuur 5.1), en mondden uiteindelijk uit in een langetermijnstrategie om de verschillen te reduceren, gebaseerd op een viertal aangrijpingspunten. Beleid moest niet alleen aangrijpen op het (gezondheids)gedrag zelf, maar ook op andere voor de gezondheid relevante factoren, zoals psychosociale belasting op het werk, woonomstandigheden, opleiding en inkomen.³⁶

Vervolgens stuurde in 2001 toenmalig minister Borst van VWS de Kamer een voorstel voor een beleidsagenda. Deze behelsde een integrale en samenhangende aanpak op meerdere beleidsterreinen, aangezien de slechtere gezondheid in achterstandswijken deels werd toegeschreven aan een ongezonde leefstijl, maar deels ook aan een opeenstapeling van ongunstige sociale en fysieke omgevingsfactoren. Door politieke ontwikkelingen is deze agenda evenwel niet uitgevoerd.³⁷ Wel zijn er maatregelen getroffen om de leefstijl te verbeteren.³⁸ Zo werden onder meer de rookverboden in openbare ruimten aangescherpt.

2002-2007: eigen verantwoordelijkheid voor (on)gezond gedrag

In de periode 2002-2007 werden in het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen grote beleidsprogramma's opgezet om gezondheidsverschillen terug te dringen.³⁹ In Nederland lag de prioriteit echter bij de invoering van een nieuw zorgstelsel per 2006, en niet bij de reductie van gezondheidsverschillen. Dit kwam het ministerie van VWS op stevige kritiek te staan van de Algemene Rekenkamer.⁴⁰ Bovendien bleek ons land wat betreft levensverwachting slechts een middenmoter in Europa, met als belangrijkste oorzaak ongezond gedrag. In diverse rapporten werd zelfs een alarmerend beeld geschetst. Dit leidde in 2003 tot een preventienota waarin het bevorderen van een gezonde leefstijl centraal stond.⁴¹ In de nota werd gesteld dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor hun (on)gezonde gedrag, maar tevens werd benadrukt dat leefstijlinterventies veel beter werken als ook aandacht wordt besteed aan de leefomgeving.

36 Vier aangrijpingspunten voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen: 1) Verkleinen van verschillen in opleiding, inkomen en andere sociaaleconomische factoren door onderwijs, inkomens- en armoedebeleid; 2) Verminderen van de negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsniveau en inkomen (handhaven uitkering en betaald werk voor chronisch zieken; effectiviteit van zorg; versterking eerstelijnszorg in achterstandsgebieden); 3) Verminderen van de negatieve gezondheidseffecten (gedragsfactoren zoals roken, overgewicht, gebrek aan lichaamsbeweging, fysieke en psychosociale belasting op het werk en ongunstige woonomstandigheden) van een lage opleiding, een laag beroepsniveau en een laag inkomen; 4) Verbeteren van toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorg aan lagere sociaaleconomische groepen.

37 De val van het kabinet Kok II als gevolg van 'Srebrenica' en de dood van Fortuyn.

38 (Eerste) Preventieprogramma 1998-2002.

39 Crombie et al. (2005). Met name Zweden en Noord-Ierland richtten hun beleid op de lagere SES-groepen en legden de focus op factoren die de gezondheid het meest beïnvloeden zoals leefomstandigheden, werk, leefstijl, etc. In het Verenigd Koninkrijk was er het *Programme for Action* (2003-2006).

40 De Algemene Rekenkamer uitte kritiek op het gebrek aan urgentie ten aanzien van het SEGV-beleid (2003).

41 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2003).

De preventienota besteedde specifieke aandacht aan hardnekkige gezondheidsverschillen in grote steden, Zuid-Limburg en noordoost Nederland.⁴² Ook nu weer werd gepleit voor een gecombineerde aanpak van eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van leefstijl en aanpak van omgevingsfactoren. Het RIVM merkte hierover overigens in 2006 op: “In Nederland wordt een steeds sterker accent gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van het individu, zeker ook als het gaat om gezond gedrag en gezondheid. De individuele keuzevrijheid is echter vaak nogal betrekkelijk, vooral vanwege de genoemde invloed van de sociale en fysieke omgeving op leefstijl en gezondheid, samen met persoonsgebonden eigenschappen van het individu. De ‘gezonde’ keuze moet daarom niet alleen gemakkelijk en aantrekkelijk worden gemaakt, maar ook nog eens voor iedereen realiseerbaar.”⁴³ Ondanks de pleidooien voor aandacht voor de invloed van omgevingsfactoren kwam een bredere, samenhangende en integrale aanpak niet werkelijk van de grond.

2007-2010: integraal en lokaal als nieuwe sleutelwoorden

In deze periode volgden de kabinetsnota's elkaar in hoog tempo op. Voortbouwend op het beleid uit de vorige periode, lag de focus wederom bij gedragsverandering. Ook werd overwogen om preventieve interventies (stop-met-rokenprogramma's en beweegkuur) in de basisverzekering op te nemen.⁴⁴ Nieuw was dat de minister, hierin gesteund door een advies van de SER,⁴⁵ ook wees op het economische en maatschappelijke belang van investeren in gezondheid ('health is wealth').⁴⁶ Tevens werd het belang benadrukt van 'making the healthy choice the easy choice'.

In zijn beleidsplan uit 2008, stelde toenmalig minister Klink van VWS voor om sociaal-economische gezondheidsverschillen aan te pakken door middel van integraal en vooral op lokaal niveau uit te voeren beleid.⁴⁷ Derhalve diende het gezondheidsbeleid over departementale grenzen heen te worden uitgevoerd. Hiertoe werden verschillende onderdelen van de beleidsterreinen en de relevante begrotingen van andere departementen met elkaar verbonden. Dit was het langverwachte antwoord op voorstellen van de commissie-Albeda.⁴⁸ Concreet werden maatregelen genomen op het gebied van voortijdig schoolverlaten, integratie van minderheden, participatie, gezonde leefomgeving en bescherming van lage inkomens. Helaas bleek de praktijk weerbarstig,

-
- 42 Gezondheid en zorg behoren tot de thema's waarmee burgers en lokale partijen op wijkniveau doelstellingen formuleren (verbinden fysieke en sociale pijler). In 2007 werd de zogenoemde 'wijkaanpak' geïntroduceerd (Van probleemwijk naar prachtwijk). In tien jaar tijd moesten veertig wijken met de ernstigste problemen er aanzienlijk op vooruitgaan qua veiligheid, leefbaarheid en sociaaleconomische positie van de bewoners. Evaluatie liet geen meetbare verbetering zien in vergelijking tot andere probleemwijken waar geen interventies plaatsvonden (Sociaal en Cultureel Planbureau (2013)).
- 43 De Hollander et al. (2006).
- 44 Het stop-met-rokenprogramma is in 2011 toegelaten tot het basispakket om er in 2012 al weer te worden uitgehaald. De beweegkuur heeft het nooit gehaald.
- 45 Sociaal Economische Raad (2009).
- 46 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007).
- 47 De minister werd hierin gesteund door een aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Onderwijsraad en de Raad voor Openbaar Bestuur (ROB) gevraagd advies 'Buiten de gebaande paden.' (2009).
- 48 De minister gaf toe dat het toenmalige kabinet de aanbevelingen van de Commissie SEGV II had onderschreven, maar nooit was toegekomen aan een beleidsplan.

zoals RIVM-onderzoek naar deze overheidsmaatregelen liet zien. De conclusie was ronduit teleurstellend. Het bleek moeilijk om een verband te leggen tussen de effecten van deze maatregelen en hun bijdrage aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.⁴⁹ Achteraf kan men slechts vaststellen dat vooral sprake was van een papieren exercitie, waarbij al lopend beleid bij de diverse departementen onder één noemer werd gebracht.

2010-2012: eigen verantwoordelijkheid en makkelijker maken gezonde keuze

In het eerste kabinet-Rutte (2010-2012) verscheen de beleidsnota ‘Gezondheid dichtbij’.⁵⁰ Daarin riep de nieuw aangetreden VWS-minister Schippers op werk te maken van de door haar ambtsvoorganger gepropageerde omslag in het denken van ‘gezond moeten leven’ naar ‘makkelijker toegankelijk maken van gezonde keuzes’. Zij waarschuwde echter dat het met minder budget moest worden gerealiseerd. Het kabinet was geen voorstander van opname van leefstijlinterventies in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Minister Schippers voegde de daad bij het woord door het stop-met-rokenprogramma – op instigatie van haar ambtsvoorganger in 2011 in het basispakket gebracht – er in 2012 alweer uit te halen. De reactie van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg loog er niet om. “Preventiebeleid komt er bekaaid vanaf,” luidde het oordeel.⁵¹ De Raad wees op het stiefmoederlijk behandelen van preventie in vergelijking met overheidsbeleid aangaande gezondheidsbescherming (infectieziektebestrijding, screening, vaccinatie), en ook in vergelijking met de kosten van de curatieve zorg. En dat terwijl preventie ook grote maatschappelijke voordelen biedt, in termen van arbeidsproductiviteit en participatie in de samenleving, aldus de Raad.

2012-2017: integraal, lokaal en met actieve rol voor de burger

In 2014 zag het vijfde preventieprogramma (Nationaal Programma Preventie, NPP) het licht.⁵² Het NPP beoogt zijn doelen te bereiken door onder meer wettelijke maatregelen zoals een wijziging in de Tabaks- en rookwarenwet en door een maatschappelijke beweging op gang te brengen ('Alles is Gezondheid').⁵³ Ook een Preventieakkoord wordt als belangrijk instrument beschouwd voor de thema's roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik.⁵⁴ Om de lokale integrale aanpak te ondersteunen werd het landelijk stimuleringsprogramma ‘Gezond in...’ opgezet in 164 GIDS (Gezond in de Stad)-gemeenten, bijgestaan door Pharos in samenwerking met Platform 31. In een kamerbrief zegde Staatssecretaris Van Rijn toe dat dit programma nog tot en met 2021

49 Schrijvers en Storm (2009).

50 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2011).

51 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011).

52 Doelstellingen: vermindering van de groei van het aantal mensen met een chronische ziekte en verkleinen van de grote gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden. De focus van het programma ligt op minder alcohol, roken, depressie, diabetes, overgewicht en meer bewegen.

53 'Alles is gezondheid'... is het onderdeel van het NPP, waarin partijen afspraken maken om gezamenlijk acties te ondernemen, die een beweging op gang brengen die leidt tot een gezonder en vitaler Nederland.

54 Het Preventieakkoord wordt voortvarend opgepakt door secretaris Blokhuis (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/kamerstukken/2018/04/20/kamerbrief-over-voortgang-nationaal-preventieakkoord-en-algemeen-overleg-17-mei-2018>).

zal worden gecontinueerd.⁵⁵ Hij gaf aan overtuigd te zijn van het effect van de GIDS-aanpak en de creativiteit die hiermee binnen gemeenten wordt losgemaakt. Hoewel niet geheel duidelijk is op welke gronden de staatssecretaris hiervan overtuigd is,⁵⁶ ontbreekt het de gemeenten en Pharos niet aan enthousiasme over deze aanpak.

Het RIVM heeft een uitgebreide database met honderden gedragsinterventies gericht op de speerpunten van het preventiebeleid (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht). Uit deze database 'Gezond en Actief Leven' blijkt echter dat er relatief weinig bekend is over specifieke effectieve interventies om gezondheidsverschillen terug te brengen. Dat is niet verbazingwekkend, want systematische monitoring van de effectiviteit vindt niet plaats. Het ministerie van VWS heeft overigens aangegeven wel degelijk belang te hechten aan monitoring om inzicht te verkrijgen in de integrale aanpak van de gemeenten, en wel via een jaarlijkse enquête en de vierjaarlijkse GGD-gezondheidsmonitor. In 2017 is een eerste stap van monitoring gezet met gebiedsindicatoren op de website 'waarstaatjegemeente.nl'.⁵⁷ De doelen van het NPP zullen een plaats krijgen in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, te beginnen met VTV2018, en het RIVM zal zorgdragen voor monitoring. Tevens is een aanzet gegeven tot een pilot met als doel "werkenderweg het inzicht in de kwaliteit van het beleid en het effect hiervan op de samenleving te verbeteren. Belangrijk hierbij is dat evaluaties deel uitmaken van de beleidscyclus van VWS en zodoende alle betrokkenen actief leren van de resultaten van de evaluaties."⁵⁸

Samenvattend heeft het beleid gericht op preventie en reductie van sociaaleconomische gezondheidsverschillen met name lokaal een behoorlijke impuls gekregen. Tegelijkertijd is er ook grote diversiteit, en is het moeilijk overzicht te verkrijgen van wat er allemaal speelt en wat daarvan de effecten zijn. In dat licht is het opmerkelijk dat medio 2016 de voorzitters van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland constateerden dat het gezamenlijk organiseren van, en investeren in, preventieactiviteiten door gemeenten en zorgverzekeraars moeizaam tot stand komt. Dat heeft tot een bestuurlijke samenwerkingsagenda geleid met een aantal thema's, waaronder het vergroten van mogelijkheden voor (gezamenlijke) preventieactiviteiten.⁵⁹ In juli 2017 is de samenwerking in kaart gebracht. Daaruit blijkt

- 55 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017).
56 Uit de kamerbrief blijkt dat informatie werd vergaard door 'slechts' navraag bij de GIDS-gemeenten te doen. Onderzoek dat elders naar het verkleinen van SEGV is verricht stelt in dat opzicht niet gerust. Een evaluatie van dertien jaar zeer intensief overheidsbeleid in het Verenigd Koninkrijk gericht op gezondheidsverschillen bleek ronduit teleurstellend. Het ontlokte Mackenbach de verzuchting 'that reducing health inequalities is currently beyond our means. That is the sad but inevitable conclusion from the story of the English strategy to reduce health inequalities' (Mackenbach 2010).
57 Er zijn veertien indicatoren over onder meer zorggebruik, gezondheidsverschillen, onderwijs, wonen en leefklimaat, openbare orde en veiligheid, etc.
58 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/09/14/kamerbrief-over-pilot-beleidsvaluaties-vws>. Onder meer evaluatie van de beleidsinstrumenten *Alles is Gezondheid* en *Aanpak overgewicht jeugd* zullen worden geëvalueerd.
59 Brief Samenwerkingsagenda VNG en ZN, 19 april 2016 (<https://www.zn.nl/338067458?newsitemid=1099857920>).

dat beide partijen de samenwerking als positief ervaren, maar dat de uitvoering nog moeizaam verloopt.⁶⁰

Conclusie

Dit overzicht toont dat in de afgelopen 35 jaar achtereenvolgende kabinetten volop aandacht hebben geschonken aan preventie om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Daarbij was echter sprake van een gebrek aan continuïteit, en de accenten werden steeds weer net anders gelegd. De commissies-Ginjaar en Albeda adviseerden reeds eind vorige eeuw dat gezondheidsverschillen in een brede context moeten worden aangepakt, maar de focus van de kabinetten is vooral gericht geweest op leefstijl, met een nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. De overheid was zich er wel terdege van bewust dat zij verantwoordelijk is voor het toegankelijk maken van gezonde keuzes. Daarom ook is de samenhang van gedrag met de sociale en fysieke omgeving na 2008 focus van het beleid geweest, en dan vooral op lokaal niveau. In gemeente of wijk en gesteund door overheidsprogramma's vindt integrale aanpak van overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik en drugsgebruik plaats. De effectiviteit daarvan is echter nog onzeker.

6 PROPORTIONEEL UNIVERSALISME IN DE PRAKTIJK

De vertaling van proportioneel universalisme naar praktisch beleid vraagt om inzicht in de effectiviteit van interventies en beleid bij de groepen met het grootste gezondheidspotentieel. Om verschillende redenen is dit niet eenvoudig. Ten eerste hangen gezondheidseffecten samen met tal van individuele en maatschappelijke determinanten. Daardoor is het moeilijk te bepalen wat de effectiviteit van beleid of interventies is.⁶¹ Ten tweede wordt die effectiviteit sterk beïnvloed door de context waarin beleid en interventies worden uitgevoerd. Ten derde zijn gezondheidseffecten vaak pas op de langere termijn waarneembaar. Daardoor is het lastig om veranderingen in de gezondheid te relateren aan specifiek beleid of interventies. Ten vierde is er weinig *evidence* van hoge kwaliteit beschikbaar over de effectiviteit van uitgevoerd beleid en interventies. Het concept 'proportioneel universalisme' is de afgelopen jaren veel bediscussieerd in de literatuur, maar over de invulling hiervan in de praktijk bestaat geen duidelijkheid.⁶²

Omdat er weinig *evidence* is, zullen wij in deze Policy Brief ook naar de *plausibiliteit* kijken: in hoeverre is het *aannemelijk* dat (onderdelen van) een beleidsmaatregel of interventie effect zal sorteren op de gezondheid van kinderen tot 18 jaar met een lage

60 Factsheet samenwerking gemeenten en zorgverzekeraar rondom preventie voor risicogroepen schetst huidige stand van zaken (https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Factsheet_Samenwerking_gemeenten_en_zorgverzekeraar_rondom_preventie_voor_risicogroepen_schetst_huidige_stand_van_zaken).

61 Exworthy et al. (2006); Van den Berg en Schoenmaker (2010); Lorenc et al. (2013); Lenthe en Beenackers (2017).

62 Carey, Crammond en De Leeuw (2015).

sociaaleconomische achtergrond? Deze beleidsmaatregelen of interventies kunnen worden ingezet om de proportionele component in te vullen van beleid gebaseerd op proportioneel universalisme. Hierbij zullen wij met name gebruikmaken van beschikbare overzichtsstudies, zoals de recente publicatie van Beenackers et al.⁶³ Over het algemeen valt van een programmatische aanpak met een mix van maatregelen (zowel gericht op individueel gedrag als maatschappelijke determinanten) het grootste gezondheidseffect te verwachten. Daarbij dringt zich wel de vraag op welke combinaties van maatregelen het meeste kunnen bijdragen. Op basis van de beschikbare literatuur is een aantal effectieve maatregelen te onderscheiden die (meer) benut zouden kunnen worden. Deze zijn in figuur 6.1 weergegeven. Indachtig de focus op de vroege levensloop, kijken we daarbij vooral naar vier levensfasen: preconceptieperiode, zwangerschap, kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar en kinderen en jongeren in de schoolgaande leeftijd.

Universeel beleid

Universeel beleid is vaak gericht op de hele bevolking, maar kan ook gericht zijn op een specifieke subgroep in de bevolking, zonder dat rekening wordt gehouden met kenmerken als inkomen, opleiding en etniciteit (zoals bijvoorbeeld alle kinderen onder 6 jaar of alle inwoners van een bepaalde regio). Een voordeel van universeel beleid is dat het niet stigmatiserend is voor lage SES-groepen.⁶⁴ Met universeel beleid lijken deze groepen ook beter bereikt te worden dan met specifieke leefstijlinterventies. Proportioneel universeel beleid doelt op extra inzet qua intensiteit en schaal voor de groepen met de grootste achterstand. De potentie van proportioneel universeel beleid wordt breed onderschreven, zowel in termen van gezondheidswinst als van rechtvaardigheid.⁶⁵ In de praktijk betekent proportioneel universalisme dat maatwerk gecombineerd wordt met een universele aanpak.⁶⁶ Door deze combinatie wordt beleid gericht op de hele sociaaleconomische gradiënt in de verdeling van gezondheid over de bevolking, met als doel die gradiënt minder steil te laten zijn. Hoewel in de praktijk het onderscheid tussen universeel beleid en proportioneel universeel beleid niet altijd duidelijk te maken is, zullen wij hieronder een aantal voorbeelden geven van dit laatste.⁶⁷

Universeel beleid kan zowel gericht zijn op individueel gedrag als op maatschappelijke determinanten. Een veelgenoemde effectieve strategie om universeel beleid gericht op gedrag proportioneel in te vullen is het gebruik van financiële maatregelen. Dit is een maatregel die de hele bevolking treft, maar met name bij de lage SES-groepen werkt. Lagere SES-groepen blijken vatbaarder dan andere groepen voor maatregelen die financieel aantrekkelijk zijn. Deze maatregelen kunnen in diverse levensfasen verschillende doelen dienen. In de fase van de zwangerschap lijkt het inzetten van financiële stimulansen effectief bij het terugdringen van roken. In de latere levensfasen

63 Beenackers et al. (2015).

64 Van der Wel et al. (2016).

65 Marmot en Bell (2012).

66 Carey, Crammond en De Leeuw (2015).

67 Storm et al. (2011); Newman et al. (2015); Storm et al. (2016).

zou een financiële beloning kunnen worden ingezet bij gezond gedrag of het goedkoper maken van gezonde voeding.^{68,69}

Voor jongeren in de schoolgaande leeftijd zijn preventie van roken, alcoholgebruik en overgewicht belangrijke aandachtspunten. Effectieve maatregelen die specifiek in deze fase kunnen worden ingezet, zijn prijsmaatregelen, vermindering van het aantal verkoopplaatsen (roken en alcohol), verhoging van de minimumleeftijd en interventies die inspelen op sociale normen.⁷⁰

Universeel beleid kan ook gericht zijn op maatschappelijke determinanten.⁷¹ Tal van studies onderstrepen het belang van structurele maatregelen op het terrein van vroege ontwikkeling, scholing en armoede voor de lichamelijke, maar vooral psychische gezondheid van kinderen uit de lage SES-groepen.^{72,73,74,75} Op basis van dit beschikbare onderzoek lijkt het meeste gezondheidspotentieel te behalen van universeel beleid gericht op werkloosheid en armoede.⁷⁶

Bezien vanuit een levensloopperspectief dient universeel beleid gericht te zijn op (aanstaande) ouders door bijvoorbeeld het medische en sociale domein met elkaar te verbinden in de preconceptionele fase en tijdens de zwangerschap.⁷⁷ De effecten van armoede en achterstand op de perinatale gezondheid zijn substantieel.⁷⁸

Ook onderwijs is een belangrijke maatschappelijke determinant.⁷⁹ De Onderwijsinspectie maakt zich zorgen over de groeiende ongelijkheid tussen leerlingen. Kinderen van hoogopgeleide ouders krijgen vaak een hoger advies voor de middelbare school dan kinderen van laagopgeleide ouders ondanks gelijkwaardige Cito-eindtoetsresultaten. Voor kinderen is het essentieel dat ze basiscompetenties verwerven, zowel in cognitieve zin, als motorische en (gezondheids)vaardigheden, en een vervolgadvis voor het voortgezet onderwijs krijgen dat in lijn is met deze competenties. Voor drie op de tien volwassen Nederlanders zijn het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van gezondheidsinformatie problematisch.⁸⁰ In deze groep zijn mensen met een lage SES oververtegenwoordigd. Gezondheidsvaardigheden kunnen voor een deel worden

68 Mantzari et al. (2015).

69 De Sa en Lock (2008).

70 Beenackers et al. (2015); Kuipers et al. (2015); Kuipers et al. (2017); Brown et al. (2014); Kunst (2017); Kuipers et al. (2016), Anderson et al. (2009).

71 Marmot et al. (2012).

72 Diderichsen et al. (2011); Frank et al. (2015); Marmot et al. (2012); Pillas et al. (2014); Smith en Kandlik Eltanani (2015); Moore et al. (2015), Nederlands Jeugdinstituut (2015); SER (2017); SCP (2016); Gupta et al. (2007); Saunders et al. (2017).

73 Yoshikawa (2012).

74 Droomers et al. (2015).

75 Steegers (2017).

76 Droomers et al. (2015).

77 Steegers (2017).

78 Steegers et al. (2013).

79 Inspectie van het Onderwijs 2017, 2014.

80 Rademakers (2014).

aangeleerd, al is helaas in Nederland nog relatief weinig bekend over de effectiviteit van interventies die hierop zijn gericht.⁸¹

Leefstijlinterventies in levensloopperspectief

Analoog aan het gevoerde universele beleid, zijn ook veel individuele leefstijlinterventies gericht op het bevorderen van gezond gedrag. De effecten van deze individuele leefstijlinterventies zijn vaak relatief bescheiden en van korte duur, zeker onder de lage SES-groepen, zo blijkt uit overzichtsstudies.⁸² Er zijn aanwijzingen dat van universeel beleid in het algemeen meer effect verwacht mag worden dan van individuele leefstijlinterventies onder lage SES-groepen. Onder meer omdat lage SES-groepen lastiger bereikt kunnen worden met individuele leefstijlinterventies.⁸³ Toch is er een aantal effectieve leefstijlinterventies voor deze groep.

Interventies in de periode voor de zwangerschap zijn belangrijk voor het benutten van gezondheidspotentieel op de langere termijn. Ongunstige zwangerschapsuitkomsten komen in ons land vaker in achterstandswijken voor. In steden als Rotterdam zijn de prevalenties van perinatale sterfte en ziekten in sommige wijken twee- tot driemaal hoger dan het landelijke gemiddelde.⁸⁴

Belangrijk zijn een betere toegankelijkheid van het preconceptionele consult en bewustwording van het belang hiervan bij wensouders.⁸⁵ Daarnaast is er voldoende wetenschappelijk bewijs dat preconceptie-interventies niet alleen zwangerschapsuitkomsten positief beïnvloeden, maar ook kosteneffectief en zelfs kostenbesparend zijn.⁸⁶

Het positieve effect op zwangerschapsuitkomsten is het grootst wanneer ongezonde leefstijlgewoonten voorafgaand aan de zwangerschap zijn verminderd.⁸⁷ De zwangerschap wordt gezien als een ‘window of opportunity’, onder meer omdat de zwangerschap de risicoperceptie vergroot.⁸⁸ Dit biedt aangrijpingspunten om door de preventie van roken en alcoholgebruik gezondheidswinst te boeken bij zwangere vrouwen met een lagere SES-achtergrond, met positieve gevolgen voor de gezondheid van het kind. Bij roken lijkt counseling of het geven van feedback een effectieve strategie indien deze interventies met elkaar worden gecombineerd of met andere strategieën. Daarnaast zijn het inzetten en trainen van verloskundigen om door te verwijzen naar stoppen-met-rokenprogramma's, flexibele huisbezoeken en intensieve behandelsessies ook effectieve strategieën. Persoonlijke feedback over het alcoholgebruik aan zwangere vrouwen kan het drinkgedrag gunstig beïnvloeden.

81 Rademakers (2014).

82 Lenthe en Beenackers (2017); Beenackers et al. (2015); Jepson et al. (2010).

83 Lorenc et al. (2013); McGill et al. (2015); Oldroyd et al. (2008).

84 Steegers (2017).

85 Poels et al. (2017).

86 Gezondheidsraad (2007).

87 Poels et al. (2017); Waelput et al. (2016).

88 McBride et al. (2003).

In de leeftijdscategorie van kinderen tussen 0 en 4 jaar oud richten individuele leefstijlinterventies zich vaak op het voorkomen van overgewicht.⁸⁹ Het identificeren en begeleiden van kinderen met een verhoogd risico op overgewicht lijken onderdelen van een succesvolle strategie om overgewicht of belangrijke determinanten die hierbij een rol spelen terug te dringen in de lage SES-groepen. Programma's waarbij getrainde moeders uit de 'peer group' huisbezoeken afleggen kunnen een gunstig effect hebben op het voedingspatroon van de kinderen. Ook programma's waarbij jonge gezinnen thuis worden begeleid en die mede gericht zijn op het aanleren van opvoedings- en andere vaardigheden, zoals het bereiden van gezond eten, lijken effectief in het voorkomen van overgewicht. Naarmate kinderen ouder worden, blijken alcohol en roken ook belangrijke factoren te zijn om rekening mee te houden. De effectiviteit van schoolinterventies die educatie combineren met ouderbetrokkenheid zijn op basis van sommige onderzoeken succesvoller bij de lagere schoolniveaus, al is dit beeld niet eenduidig. Korte intensieve feedbackinterventies waarbij de feedback *face-to-face* wordt gegeven, lijken effectiever in het terugdringen van alcoholgebruik in lage SES-groepen dan via het internet of sms, maar hier is nog nadere studie nodig voor een definitieve conclusie.

Een benadering gebaseerd op een combinatie van universeel beleid aangevuld met individuele interventies lijkt ook effectief voor het bevorderen van de mentale gezondheid van kinderen.⁹⁰ Hierbij valt het meeste effect te verwachten van een combinatie van individuele (gedrags- en leefstijl) interventies gericht op het kind en universeel beleid gericht op de materiële en psychosociale omstandigheden waarin het kind opgroeit.⁹¹ Daarnaast is screenen op scholen een goede methode om kinderen in de risicogroep voor psychische problemen in een vroeg stadium te signaleren.⁹²

Samenhangende aanpak

In figuur 6.1 hebben we de strategieën samengevat die hierboven werden besproken. Op basis van de onderzoeksliteratuur is het aannemelijk dat maatregelen bestaande uit diverse elementen zoals genoemd in onderstaande *visualisatie* effect zullen sorteren.

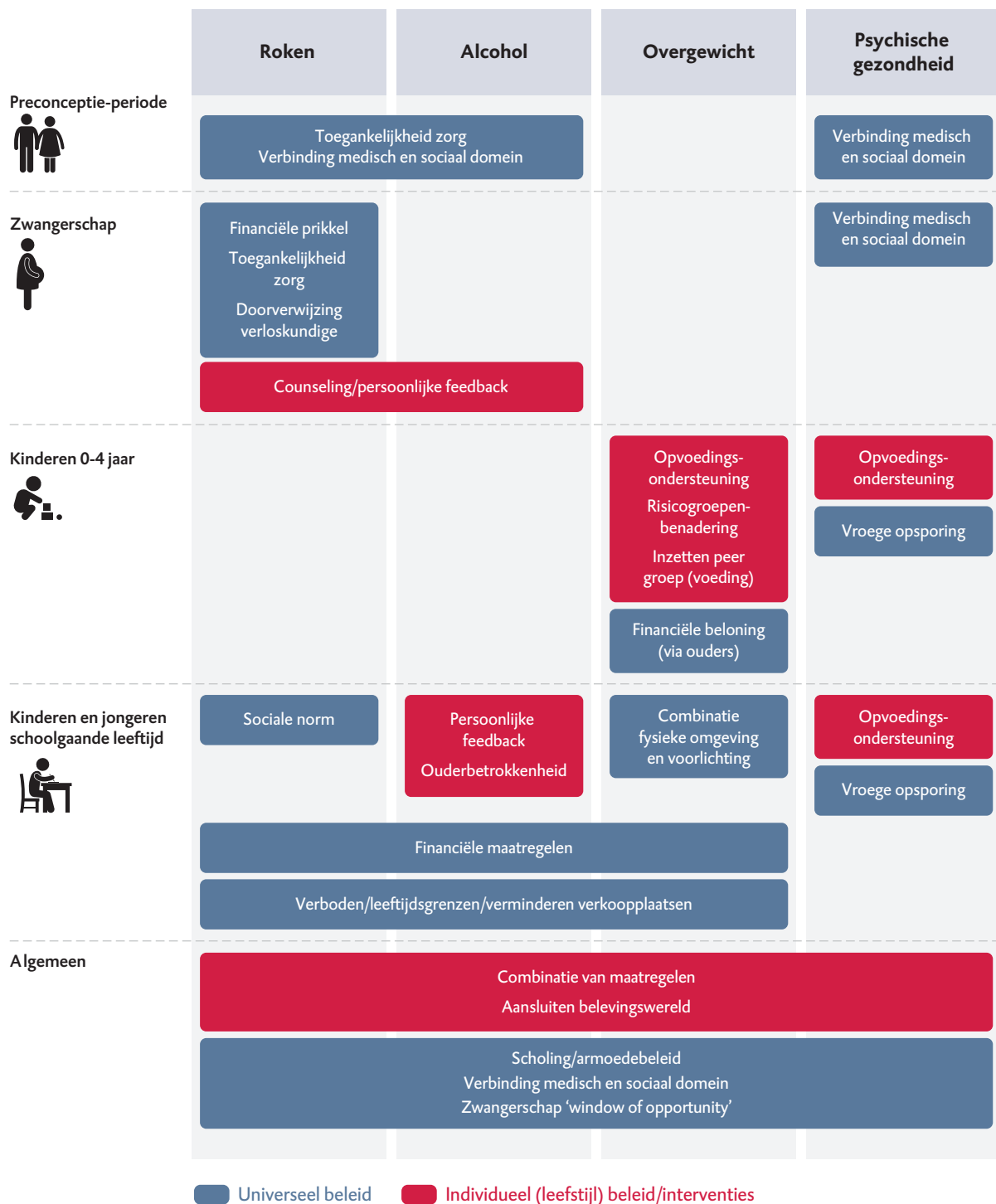
89 Waters et al. (2011).

90 Welsh et al. (2015).

91 Reiss (2013); Kurtze et al. (2013).

92 Rasing (2017); Omló (2016); Candy et al. (2007).

Figuur 6.1 Visualisatie van effectieve strategieën in levensloopperspectief



De vraag is natuurlijk welke combinatie van universeel beleid en individuele leefstijlinterventies het meeste kan bijdragen. Daarop bestaat geen eenduidig antwoord. Duidelijk is in ieder geval dat een effectieve strategie gericht op het vergroten van het gezondheidspotentieel onder lage SES-groepen zich niet beperkt tot één element, maar diverse maatregelen combineert. Juist onder deze groepen is immers sprake van een stapeling van gezondheidsproblemen die vaak verweven zijn met problemen op het

gebied van maatschappelijke determinanten. Dit vraagt om een samenhangende aanpak. We kunnen als voorbeeld overgewicht nemen. Hierbij dient men te denken aan een combinatie van het aanbrengen van veranderingen in de fysieke omgeving van bijvoorbeeld wijken of scholen (zoals veilige fietspaden en minder frisdrankautomaten), normalisering van gezond gedrag in een omgeving die juist aanzet tot ongezond gedrag, armoedebeleid, verlagen van prijzen van gezonde voeding en geven van voorlichting. Een belangrijk aandachtspunt is dat de aanpak moet aansluiten bij de belevingswereld van personen met een lage SES en de problemen die bij hen kunnen spelen.

Meer kennis

Naast het optimaal benutten van deze strategieën waarvan het plausibel is dat deze kunnen bijdragen aan het vergroten van het gezondheidspotentieel, is het essentieel om in te zetten op het ontwikkelen van kennis over en ervaring met de volgende belangrijke witte vlekken.

- Er is een gebrek aan systematisch evalueren van beleid en interventies onder groepen waar gezondheidswinst te behalen is, zoals onder de lage SES-groepen. De nadruk heeft de laatste jaren gelegen op het inzetten van beleid en interventies, niet op monitoren van effecten en evalueren van verschillende (gedrags)interventies. Hierdoor wordt weinig specifieke kennis opgebouwd, waardoor ingezet beleid of interventies niet gedurende het proces kunnen worden aangepast.
- Effecten van beleid en interventies om het gezondheidspotentieel te benutten vragen om een lange adem. Het identificeren van realistische en relevante korte- en langetermijndoelen, zowel qua proces als gezondheidsmaat, is noodzakelijk om voortgang te monitoren en zo nodig tussentijds bij te kunnen sturen. In de literatuur wordt gepleit voor een ‘adaptief’ beleid dat leidt tot lerend vermogen, zodat bijsturing mogelijk is.⁹³ Hierbij kan worden gedacht aan kortcyclische monitoring en evaluaties om ingezet beleid en interventies voortdurend door te kunnen ontwikkelen. Ook dient hierbij de vraag te worden gesteld wat essentiële randvoorwaarden zijn om beleid en interventies effectief te laten zijn, zoals voldoende bestuurlijk draagvlak.

Groepen in de bevolking verschillen qua kennis, gezondheidsvaardigheden en cultureel kapitaal. Deze elementen spelen allemaal een rol bij preventief gezondheidsgedrag.⁹⁴ Een belangrijke groep in dit kader is de groep met een migratie-achtergrond, maar ook onder andere groepen met een lage SES is aandacht voor cultureel kapitaal van belang. Als preventieve interventies gericht zijn op veranderingen in gezondheidsgedrag die (sterk) afwijken van de eigen omgeving, kan dat mogelijk de effectiviteit van de interventie verminderen. Er is nog onvoldoende bekend over de relatie tussen cultureel kapitaal en (intergenerationele overdracht van) gezondheidsgedrag en gezondheid. Ook het betrekken van de doelgroep bij de ontwikkelingen en evaluatie van beleid en

93 Carey et al. (2015).

94 Groeniger Oude en Kamphuis (2017); Jansen (2017).

interventies is belangrijk.⁹⁵ Meer inzicht hierin kan bijdragen aan een betere aansluiting van beleid en interventies bij (de percepties van) doelgroepen waar het meeste gezondheidspotentieel te behalen is, met als doel het vergroten van de effectiviteit ervan. Ook dit pleit ervoor om een brede kennisagenda te ontwikkelen gericht op het behalen van gezondheidswinst.

7 CONCLUSIES EN BELEIDSAANBEVELINGEN

In de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog waren sociaaleconomische verschillen in gezondheid nauwelijks onderwerp van beleidsaandacht. Impliciet was de gedachte dat met de verdere uitbouw van de verzorgingsstaat en de mogelijkheden voor emancipatie die zij aan de lagere klassen bood, het met de gezondheidsverschillen ook wel goed zou komen.

Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig verschenen echter enkele publicaties – zowel in binnen- als buitenland – waaruit bleek dat er nog steeds grote verschillen in gezondheid bestaan. Intuïtief voelen deze verschillen onrechtvaardig aan. Zij die al beter af zijn, profiteren ook nog eens meer van de verzorgingsstaat dan degenen in de laagste sociaaleconomische groepen. De verontwaardiging hierover werd dan ook politiek breed gedeeld. Vanaf dat moment werden de sociaaleconomische gezondheidsverschillen onderwerp van beleid. De WHO formuleerde als doel dat in het jaar 2000 “the actual differences in health status between nations and between groups within countries should be reduced by at least 25%, by improving the level of health of disadvantaged nations and groups.”⁹⁶ Nederland nam deze doelstelling in grote lijnen over. Inmiddels weten we – 35 jaar later – dat de lage SES-groepen flinke stappen hebben gezet, maar desondanks de gezondheidsverschillen met de hoogste SES-groepen niet minder zijn geworden.

Deze beknopte historische schets maakt duidelijk dat de doelstelling om gezondheidsverschillen te verkleinen, sterk is geworteld in meer algemene noties van sociaaleconomische gelijkheid, herverdeling en rechtvaardigheid. Welvaartsziekten en overgewicht kwamen in de laatste decennia van de vorige eeuw nog beduidend minder vaak voor. Er werd destijds wel meer gerookt, maar de rokers waren gelijkverdeeld over alle lagen van de bevolking. Er werd dus heel nadrukkelijk een verband gelegd tussen gezondheidsverschillen enerzijds en algemene kwesties van (onwenselijkheid van) sociaaleconomische ongelijkheid en (wenselijkheid van) herverdeling anderzijds. *En misschien zit hier wel de crux.* Hiermee werd namelijk impliciet een waarderingskader geïntroduceerd dat welbeschouwd niet goed past. Geld kun je herverdelen, waardoor je aan twee kanten van de kloof kunt interveniëren: meer geld voor de armen, minder voor de rijken, te realiseren via overdrachtsuitgaven. Dit is een klassieke *zero sum game*. Bij gezondheid kan dat niet. Sterker nog, wie probeert

95 O'Mara-Eves et al. (2015).
96 WHO (1984).

degenen onderaan op de gezondheidsladder een paar treden te laten stijgen, zal merken dat degenen hoger op de ladder tegelijkertijd vaak ook zijn geklommen – en misschien nog wel meer. Algemeen preventiebeleid is geen *zero sum game*, maar veeleer een *positive sum game*.

Concluderend, een moreel ideaal dat verbonden is met de verdeling van een waardevol goed dat *overdraagbaar* is, wordt ook gehanteerd bij de verdeling van een waardevol goed dat *niet overdraagbaar* is. Dat is helaas een recept voor teleurstelling gebleken. Nu zijn ambities en idealen natuurlijk niet alleen bedoeld om letterlijk gerealiseerd te worden, maar ook – misschien zelfs vooral – om te bezielen. Het streven naar het reduceren van vermijdbare verschillen, ook op het gebied van gezondheid, is een ideaal dat voor velen een groot enthousiasmerend en mobiliserend potentieel had en nog steeds heeft. Dit ideaal kan veel energie losmaken die productief kan worden ingezet. De afgelopen 35 jaren zijn dan ook grote resultaten geboekt. Dit streven naar gelijke gezondheidsuitkomsten wordt echter problematisch als het een juk wordt, en leidt tot moedeloosheid en de verzuchting dat ‘niets werkt’. Is het dan nog enthousiasmerend? Genereert het dan nog energie? Op zo’n moment is het goed te wijzen op bovengenoemde incongruentie tussen probleem van gezondheidsverschillen en kader. Bij niet-overdraagbare goederen hoort welbeschouwd een ander kader: zet in op het aanwezige potentieel en streef naar winst voor iedereen, vooral voor degenen die het minste hebben, zoals in de voorgaande hoofdstukken is uiteengezet.

Gaat deze wisseling in perspectief tot ander beleid leiden? Dat ligt er uiteraard aan hoe er invulling aan wordt gegeven, en dan vooral hoe de balans tussen universeel en specifiek beleid wordt gekozen. We formuleren kort onze aanbevelingen.

Universeel beleid als fundament...

Het blijft belangrijk om bij alle burgers in te zetten op tegengaan van roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht. Zoals eerder gezegd, geldt daarbij het uitgangspunt dat hoe eerder in de levensloop resultaat wordt geboekt, des te groter het gezondheidspotentieel.

Dit betekent allereerst dat het belangrijk is door te gaan met de ingezette koers ten aanzien van roken. De maatregelen van de afgelopen jaren hebben gezorgd voor forse daling van het aantal rokers. De overheid overweegt nieuwe maatregelen om het roken verder te ontmoedigen. Wat daarbij helpt, is dat inmiddels de sociale norm is veranderd en roken steeds minder aanzien heeft, ook onder de jeugd. Dit is hoopgevend, maar geen reden om roken van de prioriteitenlijst te halen. Gezien de grote gezondheidsrisico's van roken, en het feit dat steeds nieuwe cohorten moeten worden bereikt, is het doorzetten en intensiveren van een programmatische aanpak absoluut noodzakelijk. Hierbij is ontmoediging via prijsmaatregelen een beproefd concept. Verhogingen van accijnzen kunnen leiden tot verdere afname van roken. De extra inkomsten die op deze manier binnenkomen zouden geïnvesteerd moeten worden in flankerend beleid dat mensen ondersteunt die grote moeite hebben met stoppen, of in sociale programma's gericht op armoedebestrijding of verbetering van de fysieke omgeving.

Voor de aanpak van alcohol en in het bijzonder overgewicht was het beleid tot nu toe niet even succesvol. Met name als het gaat om producten die veel verborgen vet, zout of suiker bevatten, is er nog een wereld te winnen. Voor consumenten is het niet altijd eenvoudig om te begrijpen wat producten precies bevatten en veel reclame en informatie op verpakkingen zijn ronduit misleidend. In de aanpak van overgewicht is de overheid afhankelijk van andere partijen, zoals supermarkten, kantines en fabrikanten van voedsel. Om echt iets te veranderen zullen gezonde keuzes makkelijker moeten worden gemaakt en ongezonde keuzes ontmoedigd, bijvoorbeeld met behulp van betere keuzearchitectuur.⁹⁷ Bovendien moet het gebruik van het prijsmechanisme voor het ontmoedigen van de consumptie van te veel vet, zout en suiker nader worden onderzocht. Bij de verkoop van voedsel met veel (verborgen) vet, zout en suiker zijn er afspraken gemaakt met betrekking tot hoeveelheden van stoffen die producten mogen bevatten. Als overheden en bedrijfsleven daar niet vrijwillig samen uitkomen, komt een verbod als optie sterker in beeld.

Een effectieve strategie om het gezondheidspotentieel te vergroten vergt ook actie op het gebied van maatschappelijke determinanten. Dit vraagt om een samenhangende aanpak. Dus dienen ook structurele maatregelen gericht op bijvoorbeeld armoedebestrijding en verbetering van de fysieke omgeving te worden genomen.

... aangevuld met specifiek beleid

Om effectief te zijn in het aanboren van het gezondheidspotentieel zal deze universele koers moeten worden aangevuld met extra elementen die helpen om de lage SES-klassen te bereiken. Hier wreekt zich helaas dat we eigenlijk weinig weten over de faal- en slaagkansen van interventies die zich richten op specifieke doelgroepen. Uit de evaluatie van het beschikbare onderzoek in paragraaf 6 zijn wel drie algemene conclusies te trekken.

Specifieke interventies hebben meer zin als ze:

- rekening houden met de lokale en culturele context. De afgelopen jaren stevige lokale netwerken en kennisinfrastructuren opgezet. Naar onze mening is de lokale aanpak echter te breed geformuleerd, zeker gezien de schaarse middelen. Lokale professionals en hun kennisinfrastructuren zouden zich moeten richten op de jeugd om het daar aanwezige potentieel ten volle aan te spreken. Lokale context impliceert in veel gemeenten ook culturele context. Het is soms van belang om subculturen en cultuur- en taalverschillen te erkennen en daar in lokaal beleid op in te spelen;
- in praktische zin en financieel toegankelijk zijn. Het bestaan van beleid of een programma is anders betekenisloos. Soms vereist dat intensieve voorlichting om mensen op het bestaan en belang van een programma te wijzen – zoals preconceptionele zorg – en soms vereist dat het slechten van financiële drempels (preconceptionele zorg en zwangerschapsconsult). Ook taal en analfabetisme kunnen belangrijke barrières zijn;
- ingebed zijn in sociale structuren. Hoewel beleid altijd tot op zekere hoogte ‘van boven’ komt, wijst onderzoek uit dat de slaagkansen toenemen, naarmate mensen zich gesteund weten door ‘peer groups’ en enige regie over het proces ervaren.

Er bestaat weinig goed onderzoek naar de effecten van interventies – laat staan uitgesplitst naar verschillende SES-groepen. Investerings in onderzoek en monitoring zijn daarom noodzakelijk, overigens zonder daarbij te streven naar een rigide en duur systeem. Een slimme triangulatie tussen onderzoek, beleid en veld met aandacht voor het opbouwen van lerend vermogen – het zoeken naar indicatoren voor de korte en lange termijn op zowel proces als effectiviteit – is daarvoor een vereiste. Onderzoek en monitoring kunnen bovendien bijdragen aan een betere inzet van middelen. Zeker nu iedere gemeente haar eigen beleid maakt, moet het streven zijn om meer inzicht te krijgen in wat wel werkt, wat zeker niet werkt en wat nader onderzoek vergt.

Aandacht voor psychische problematiek

We willen ook het belang van meer aandacht voor psychische problematiek op de (onderzoeks)agenda zetten. Dit type aandoeningen is natuurlijk minder concreet dan roken, overmatig alcoholgebruik of voedings- en beweeggedrag, en je kunt hier ook minder makkelijk spreken van een ‘leefstijl’ waarop geïntervenieerd moet worden. Afgaande op de cijfers, zijn psychische aandoeningen, zoals angststoornissen en depressie, echter een grote bron van ziektelast, zeker als die boven op reeds aanwezige risicofactoren zoals roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht komen. Hier ligt dus een groot potentieel aan gezondheidswinst c.q. vermijdbaar gezondheidsverlies. Het is belangrijk om meer kennis te ontwikkelen over beïnvloedbaarheid en preventie van psychische problematiek.

Rollen en verantwoordelijkheden

De voorgestelde wijzigingen hebben ook gevolgen voor de rollen en verantwoordelijkheden van een aantal partijen. In het kader van het voorgenomen preventieakkoord wees het kabinet-Rutte III een lange lijst van relevante partijen aan: patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportverenigingen en -bonden, bedrijven en maatschappelijke organisaties. In deze Policy Brief adresseren we niet alle relevante spelers in het veld, maar noemen we drie partijen die in ieder geval aan zet zijn om een verschil te maken door invulling te geven aan beleid: de nationale overheid, de lokale overheden en de private sector.

Ten eerste de nationale overheid. Het ministerie van VWS zou men als ‘hoeder’ van de gezondheid van de burgers kunnen beschouwen, waarbij een sterke rol van VWS essentieel is. Om het gezondheidspotentieel maximaal te benutten, is het nodig om landelijke prioriteiten te stellen die vervolgens in lokale variëteit worden uitgewerkt. De keuze om het ‘aan het veld over te laten’ heeft als gevolg dat er duizend bloemen bloeien. De nationale overheid kan met wetgeving en/of kaders schadelijke zaken verbieden, leeftijdsgrenzen instellen, reclame reguleren en geografische beperkingen instellen. Ook is het noodzakelijk – zoals hierboven uiteengezet – dat de nationale overheid stuurt op monitoring en kennis, vooral om te voorkomen dat kennis versnipperd en iedere gemeente opnieuw het wiel aan het uitvinden is.⁹⁸

98 Faasse en Koens (2017).

Het ministerie van vws heeft ook interdepartementaal een belangrijke rol. Sommige zaken die van groot belang zijn voor het vergroten van de volksgezondheid, kunnen alleen op andere departementen worden geregeld. Een algemeen pleidooi dat andere beleidsterreinen relevant zijn voor gezondheid, is niet toereikend. Een mooi voorbeeld is de aanpak van schuldenproblematiek, om betere voorwaarden voor leefstijlverandering te scheppen, die loopt via het ministerie van SZW.

Van het ministerie van vws wordt actie verwacht als specifieke initiatieven niet zonder meer tot stand komen wanneer het alleen afhangt van het vakdepartement in kwestie. Zo gaan interventies in de bebouwde omgeving – zoals spreiding van fastfoodketens, coffeeshops of snackbars – via de band van de omgevingswet die valt onder het ministerie van BZK.

Om op termijn effectief te zijn moet de nationale overheid sterker waken over continuïteit en het zicht op de lange termijn. De behoefte aan continuïteit verhoudt zich slecht tot de huidige praktijk van nieuwe prioriteiten bij de start van elk nieuw kabinet. De lange adem die op dit terrein nodig is, is kabinetoverstijgend.

Ten tweede de lokale overheden. Ook zij hebben een belangrijke proactieve en coördinerende rol. Een aanscherping van de prioriteiten op nationaal niveau moet, om effectief te zijn, worden ingebed in de lokale netwerken van professionals, maatschappelijke organisaties en bewoners. Op lokaal niveau kunnen er creatieve en soms onorthodoxe maatregelen worden genomen die op nationaal niveau niet te bedenken, laat staan voor te schrijven, zijn. Ook ligt er op het lokale niveau een uitdaging om – binnen het bestuurlijk overleg, dus in afstemming met vws en kennisinstellingen – na te denken over een systeem van effectiviteitsonderzoek dat niet topzwaar is, maar wel voldoende lerend vermogen genereert. Slim monitoren op een beperkt aantal prioriteiten zal het veld in staat stellen om op termijn bepaalde maatregelen bij aangetoond succes te continueren, bij te stellen of bij gebrek aan het niet behalen van de doelstelling – bv. uitkomsten op procesniveau of tussenuitkomsten – te stoppen.

Ten derde de private sector. Er zijn vele private partijen die een rol kunnen spelen bij het verbeteren van gezondheid. We noemen er hier twee, namelijk voedselproducenten en supermarkten, en zorgverzekeraars. Van beide mag meer worden verwacht dan zij nu tonen. Voedselproducenten en supermarkten spelen een cruciale rol in onze consumptie. Die invloed kan zowel positief als negatief zijn. Verborgene suikers, vetten en zout, misleidende reclame: er is een wereld te winnen als het gaat om productie van en voorlichting over gezonde producten. Er is veel ruimte geweest voor de belofte van zelfregulering. Om hier echt verschil te maken in termen van gezondheidspotentieel dienen daar termijnen en getallen aan verbonden worden, en moet de optie van regulering veel prominenter op tafel liggen. Voor de zorgverzekeraars is een belangrijke rol weggelegd op het gebied van preventie, in samenwerking met de gemeenten. Zij zijn zich daar ook van bewust, maar met de daadwerkelijke uitvoering wil het nog maar niet vlotten.

Tot slot

De Nederlandse welvaartstaat is in de afgelopen decennia van gedaante veranderd. Langzaam maar zeker heeft de klassieke verzorgingsstaat van weleer plaatsgemaakt voor wat door wetenschappers wel de sociale investeringsstaat wordt genoemd.⁹⁹ Daarin draait het per definitie om investeren in menselijk kapitaal, bij voorkeur al vroeg in de levensloop.

Deze Policy Brief kan worden gelezen als een actualisering van het kader voor preventieve gezondheidszorg op deze bredere ontwikkeling naar een sociale investeringsstaat. Indachtig het idee van investering, is gepleit om breed in te zetten op ontwikkeling van het onder de bevolking aanwezige potentieel aan gezondheid, en daarbij vooral te kijken naar de vroege levensloop. Dit komt ten goede aan welzijn en welvaart van zowel het individu als de samenleving als geheel. Maar ook is bepleit om *extra* aandacht te besteden aan de groepen met de grootste gezondheidsachterstand en bij wie de nood dus het hoogst is. Niet alleen omdat daar het grootste potentieel is om individuele winst te behalen, maar ook – en misschien zelfs vooral – omdat dit rechtvaardig is.

99 Hemerijck (2017).

LITERATUUR

- Anderson, P., D. Chisholm en D.C. Fuhr (2009) 'Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol', *The Lancet* 373, 9682: 2234-2246.
- Beenackers, M.A., W. J. Nusselder, J. Oude Groeninger en F.J. van Lenthe (2015) *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*, Rotterdam: Erasmus Medical Centre, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.
- Berg, M. van den en C.G. Schoenmaker (2010) *Effecten van preventie. Deelrapport van de VTM 2010: Van gezond naar beter*, Bilthoven: RIVM.
- Black, D., J.N. Morris, C. Smith en P. Townsend (1982) 'Inequalities in health', blz. 1-240 In P. Townsend en N. Davidson (red.) *The Black Report*, Londen: Penguin Books.
- Brown, T., S. Platt en A. Amos (2014) 'Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review', *European Journal of Public Health* 24, 3: 551-556.
- Candy, B., V. Cattell, C. Clark en S.A. Stansfeld (2007), 'The health impact of policy interventions tackling the social determinants of common mental disorder: A systematic review', *Journal of Public Mental Health* 2: 28-39.
- Carey, G., B. Crammond en E. de Leeuw (2015), Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism, *International Journal for Equity in Health* 14: 81.
- Carey, G., B. Crammond, E. Malbon en N. Carey (2015). 'Adaptive policies for reducing inequalities in the social determinants of health', *International Journal of Health Policy and Management* 4, 11: 763-767.
- Crombie, I.K., L. Irvine, L. Elliot en H. Wallace (2005) *Closing the health inequalities gap: an international spectrum*, Genève: World Health Organization.
- De Algemene Rekenkamer (2003) Preventieve gezondheidszorg, *Kamerstukken II*, 2003/2004, 29300, nr. 2.
- Deleek, H., J. Huybrechts en B. Cantillon (1983) Het Matteüseffect. *De ongelijke verdeling van de sociale overheidsuitgaven in België*, Antwerpen: Kluwer.
- Diderichsen, F., I. Andersen, C. Manual, A.M. Nybo Andersen, E. Bach, M. Baadsgaard en J. Sogaard (2011) *Health inequality, determinants and policy*, Kopenhagen: Department of Public Health.
- Droomers, M., N. Hoeymans, A. Verweij en K. Stronks (2015) 'Wat is de potentiële gezondheidswinst van veranderingen in maatschappelijke determinanten van gezondheid?', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 93, 4: 139-146.
- Exworthy, M., A. Bindman, H. Davies en A. E. Washington (2006) 'Evidence into policy and practice? Measuring the progress of U.S. and U.K. policies to tackle disparities and inequalities in U.S. and U.K. health and health care', *The Milbank Quarterly* 84, 1: 75-109.
- Faasse, P. en L. Koens (2017) *Gezond verstand. Publieke kennisorganisaties in de Gezondheidszorg*, Den Haag: Rathenau Instituut.

- Frank, J., C. Bromley, L. Doi, M. Estrade, R. Jepson, J. McAteer, T. Robertson, M. Treanor en A. Williams (2015) 'Seven key investments for health equity across the lifecourse: Scotland versus the rest of the uk', *Social Science & Medicine* 140: 136-146.
- Gezondheidsraad (2003) *Volksgezondheidsschade door passiefroken*, Den Haag.
- Gezondheidsraad (2004) *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*, Den Haag.
- Gezondheidsraad (2007) *Preconceptiezorg: voor een goed begin*, Den Haag.
- Gupta, R. P., M. L. de Wit en D. McKeown (2007) 'The impact of poverty on the current and future health status of children', *Paediatrics and Child Health* 12, 8: 667-672.
- Groeniger Oude, J. en C. Kamphuis (2017) 'Cultureel kapitaal als verklaring voor sociaal economische gezondheidsverschillen', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 95: 147-148.
- Haverkamp, B., M. Verweij en K. Stronks (2017) 'Gezondheid: voor iedere context een passend begrip?', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 95, 6: 258-263.
- Hemerijck, A.C. (red.) (2017) *The uses of social investment*, Oxford: Oxford University Press.
- Hilderink, H.B.M en M. Verschuuren (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese*, Bilthoven: RIVM.
- Hoeymans, N., A.J.M. van Loon en C.G Schoenmaker (2012) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*: Bilthoven: RIVM.
- Hollander, A.E.M. de, N. Hoeymans, J.M. Melse, J.A.M. van Oers en J.J. Polder (2006) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006: Zorg voor Gezondheid*, Bilthoven: RIVM.
- Hoog, M.L. de, M. van Eijnsden, K. Stronks, R.J. Gemke en T.G. Vrijkotte (2011) 'Overweight at age two years in a multi-ethnic cohort (ABCD study): the role of prenatal factors, birth outcomes and postnatal factors', *BMC Public Health* 11: 611.
- Inspectie van het onderwijs (2014) *De staat van het onderwijs: Onderwijsverslag 2014/2015*, Den Haag.
- Inspectie van het Onderwijs (2017) *De staat van het onderwijs: Onderwijsverslag 2015/2016*, Den Haag.
- Jansen, M. (2017) 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen: een venijnig probleem', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 95: 142-143.
- Jepson, R., F. Harris, S. Platt en C. Tannahill (2010) 'The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews', *BMC Public Health* 10, 1: 538.
- Kanter, W. de (2016) *De rookvrije generatie*, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 160: D315.
- Kooiker, S. (2010) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport*, Bilthoven: RIVM.
- Kuipers, M.A.G., K. Monshouwer, M. van Laar en A.E. Kunst (2015) 'Tobacco Control and Socioeconomic Inequalities in Adolescent Smoking in Europe', *The American Journal of Preventive Medicine* 49, 5: e64-e72.
- Kuipers, M.A., R. de Korte, V.E. Soto, M. Richter, I. Moor, A.H. Rimpala, J. Perelman, B. Federico, A.E. Kunst en V. Lorant (2016) 'School smoking policies and educational inequalities in smoking behaviour of adolescents aged 14-17 years in Europe', *Journal of Epidemiology and Community Health* 70, 2: 132-9.
- Kuipers, M.A., S.D. Brandhof, K. Monshouwer, K. Stronks en A.E. Kunst (2017) 'Impact of laws restricting the sale of tobacco to minors on adolescent smoking and perceived

- obtainability of cigarettes: an intervention-control pre-post study of 19 European Union countries', *Addiction Journal* 112, 2: 320-329.
- Kunst, A.E. (2017) 'Sociaal-economische verschillen en roken. Sterke verbanden met implicaties voor tabaksbeleid', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 161, 0: D1530.
- Kurtze, N., T.A. Eikemo en C.B. Kamphuis (2013) 'Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet', *European Journal of Public Health* 23, 2: 223-229.
- Lau-IJzerman, A., J.D.F. Habbema, P.J. Van der Maas, T. van den Bos, J.B.J. Drewes, P.M. Verbeek-Heida en J.W. Oosterbaan (1981) *Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam*, Amsterdam: GG&GD.
- Lenthe, F.J. en M.A. Beenackers (2017) 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen: zonder oorzaken geen gevolg', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 4: 145-146.
- Leopold, L. (2016) 'Cumulative advantage in an egalitarian country? Socioeconomic health disparities over the life course in Sweden', *Journal of Health and Social Behavior* 57, 2: 257-273.
- Lewer, D., P. Meier, E. Beard, S. Boniface en E. Kaner (2016) 'Unravelling the alcohol harm paradox: a population-based study of social gradients across very heavy drinking thresholds', *BMC Public Health* 16: 599.
- Lorenc, T., M. Petticrew, V. Welch en P. Tugwell (2013) 'What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews', *Journal of Epidemiology and Community Health* 67, 2: 190-193.
- Lucht, F. van der en J.J. Polder (2010) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter. Kernrapport*, Bilthoven: RIVM.
- Mackenbach, J. (2010) 'Has the English strategy to reduce health inequalities failed?', *Social Science & Medicine* 71: 1249-53.
- Mackenbach, J. (2012) 'The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox', *Social Science & Medicine* 75: 761-769.
- Mackenbach, J. (2015) 'Should we aim to reduce relative or absolute inequalities in mortality?', *European Journal of Public Health* 25: 2.
- Mackenbach, J., I. Kulháňová, B. Artnik, M. Bopp, C. Borrell, T. Clemens, G. Costa, C. Dibben, R. Kalediene, O. Lundberg, P. Martikainen, G. Menvielle, O. Östergren, R. Prochorskas, M. Rodríguez-Sanz, B.H. Strand, C.W. Looman en R. de Gelder (2016) 'Changes in mortality inequalities over two decades: register based studies of European countries', *The British Medical Journal* 353: i1732.
- Mantzari, E., F. Vogt, I. Shemilt, Y. Wei, J.P. Higgins en T.M. Marteau (2015) 'Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis', *Preventive Medicine* 75: 75-85.
- Marmot, M., P. Goldblatt, J. Allen, T. Boyce, D. McNeish, M. Grady en I. Geddes (2010) *Fair society, healthy lives*, Londen: The Marmot Review.
- Marmot, M. en R. Bell (2012) 'Fair society, healthy lives', *Public Health* 126 Suppl 1: S4-10.
- Marmot, M., J. Allen, R. Bell, E. Bloomer en P. Goldblatt (2012) 'who European review of social determinants of health and the health divide', *The Lancet* 380, 9846: 1011-1029.
- McBride, C. M., K. M. Emmons en I.M. Lipkus (2003) 'Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation', *Health Education Research* 18, 2: 156-170.
- McGill, R., E. Anwar, L. Orton, H. Bromley, F. Lloyd-Williams, M. O'Flaherty, D. Taylor-Robinson, M. Guzman-Castillo, D. Gillespie, I. Moreira, K. Allen, L. Hyseni, N. Calder,

- M. Petticrew, M. White, M. Whitehead en S. Capewell (2015) 'Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact', *BMC Public Health* 15: 457.
- Merton, R.K. (1968) 'The Matthew effect in science', *Science*, 159: 56.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995) Volksgezondheidsbeleid 1995-1998 (Nota 'Gezond en wel') *Kamerstukken II* 1994/1995, 24126, nr. 2.
- Ministerie van Volksgezondheid en Sport (2000) 'Sociale Nota'. *Kamerstukken II* 1998/2000, 26802, nr. 1-2.
- Ministerie van Volksgezondheid en Sport (2001) Kabinetsstandpunt over rapport 'Gezondheidsverschillen verkleinen' van SEGV-II en RIVM-studie 'Gezondheid in de grote stad' - Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid en Sport (XVI) voor het jaar 2000, *Kamerstukken II* 2001/2002, 28000, no. 18.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003) *Langer gezond leven 2004-2007; ook een kwestie van gezond gedrag*, Den Haag: vws.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007) *Kaderbrief 2007-2011. Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie*, Den Haag: vws.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007) 'Naar een weerbare samenleving', *Kamerstukken II*, 2008/2009, 22894, nr. 209.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011) *Landelijke nota gezondheidsbeleid, Gezondheid dichtbij*, Den Haag: vws.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015) Kamerbrief Preventief gezondheidsbeleid, 4 december 2015, *Kamerstukken II* 2015/2016, 32793, nr. 204.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017) Kamerbrief over vervolg programma Gezond in de Stad (gids), 23 maart 2017, *Kamerstukken II* 2016/2017, 32793 nr. 267.
- Moore, T.G., M. McDonald, L. Carlon en K. O'Rourke (2015) 'Early childhood development and the social determinants of health inequities', *Health Promotion International* 30 Suppl 2: iii02-115.
- Nederlands Jeugdinstituut (2015) *Opgroeien en opvoeden in armoede*, Utrecht: NJI.
- Newman, L., F. Baum, S. Javanparast, K. O'Rourke en L. Carlon (2015) 'Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review', *Health Promotion International* 30 Suppl 2: iii26-143.
- Oldroyd, J., C. Burns, P. Lucas, A. Haikerwal en E. Waters (2008) 'The effectiveness of nutrition interventions on dietary outcomes by relative social disadvantage: A systematic review', *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 7: 573-579.
- O'Mara-Eves, A., G. Brunton, S. Oliver, J. Kavanagh, J. Jamal en F. Thomas (2015) 'The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis', *BMC Public Health* 15: 129.
- Omlo, J. (2016) *De aanpak van armoede: wat kunnen wij leren van empowerment en de psychologie van schaarste*, Utrecht: Movisie.
- Pillas, D., M. Marmot, K. Naicker, P. Goldblatt, J. Morrison and H. Pikhart (2014) 'Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review', *Pediatric Research* 76, 5: 418-424.
- Poels, M., H.F. van Stel, A. Franx en M.H.P. Koster (2017) Actively preparing for pregnancy is associated with healthier lifestyle of women during the preconception, *Midwifery* 50: 2.

- Polder, J.J., R.T. Hoogenveen, G. Luijben, M.V.D. Berg, H.C. Boshuizen en L.C.J. Slobbe (2012) 'Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie', blz. 109-130 In F.T. Schut, M. Varkevisser en Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde (red.) *Een economische gezonde gezondheidszorg*, Den Haag: SDU.
- Poppel, F. van, R. Jennissen en K. Mandemakers (2009) 'Time trends in social class mortality differentials in the Netherlands 1820-1920: An assessment based on indirect estimation techniques', *Social Science History* 33, 2: 119-153.
- Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen - 'Commissie Ginjaar' (1994) *Onderzoeksprogramma Sociaal-economische gezondheidsverschillen: eindverslag en aanbevelingen*, Rijswijk: Ministerie van WVC.
- Programmacommissie SEGV II - 'Commissie Albeda' (2001) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen: eindrapportage en beleidsaanbevelingen*, Den Haag: ZonMw.
- Rasing, S. (2017) *Depression and anxiety in adolescents Parental risk factors, development of symptoms, and effects of prevention*, Proefschrift Universiteit Nijmegen.
- Reiss, F. (2013) 'Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review', *Social Science & Medicine* 90: 24-31.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur (2009) *Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid*, Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2011) *Preventie van welvaartsziekten: effectief en efficiënt georganiseerd*, Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2016) *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*, Den Haag: RVS.
- Rademakers, J. (2014) *Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*, Utrecht: Nivel.
- Ruijsbroek, A., A.H. Wijga, M. Kerkhof, G.H. Koppelman, H.A. Smit en M. Droomers (2011) 'The development of socio-economic health differences in childhood: results of the Dutch longitudinal piama birth cohort', *BMC Public Health* 11: 225.
- Sa, J. de en K. Lock (2008) 'Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes', *European Journal of Public Health* 18, 6: 558-568.
- Saunders, M., B. Barr, P. McHale en C. Hamelmann (2017) *WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities*, Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Schmidt, L., P. Mäkelä, J. Rehm en R. Room (2010) 'Alcohol: equity and social determinants' in: E. Blas en A. Kurup (red.) *Equity, social determinants and public health programmes*, Genève: WHO.
- Schrijvers, C.T.M. en I. Storm (2009) *Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector*, rapport 27017100, Bilthoven: RIVM.
- Smith, K. E. en M. Kandlik Eltanani (2015) 'What kinds of policies to reduce health inequalities in the uk do researchers support?', *Journal of Public Health* 37, 1: 6-17.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2013) *Werk aan de wijk. Een quasi-experimentele evaluatie van het krachtwijkenbeleid*, Den Haag: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2016) *Een lang tekort*, Den Haag: SCP.

- Sociaal Economische Raad (2009) *Een kwestie van gezond verstand*, Den Haag: SER.
- Sociaal Economische Raad (2017) *Opgroeien zonder armoede*, Den Haag: SER.
- Steeegers, E. A. P. (2017) 'Sociale verloskunde: gelijke kansen op een gezonde start', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 161: D2277.
- Steeegers, E.A., S. Denktas, J.P. de Graaf en G.J. Bonsel (2013) 'Sociale verloskunde voorkomt armoedeval', *Medisch Contact* 68: 714-717.
- Storm, I., M. J. Aarts, J. Harting and A. J. Schuit (2011) 'Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: an explorative study on the national level', *Health Policy* 103, 2-3: 130-140.
- Storm, I., F. den Hertog, H. van Oers en A.J. Schuit (2016) 'How to improve collaboration between the public health sector and other policy sectors to reduce health inequalities? - A study in sixteen municipalities in the Netherlands', *International Journal for Equity in Health* 15: 97.
- Stronks, K. en L.J. Gunning-Schepers (1993) 'Should Equity in Health be Target Number 1?', *European Journal of Public Health* 3, 2: 104-111.
- Stronks, K., N. Hoeymans, B. Haverkamp, F.R.J. den Hertog, M.J.H van Bon-Martens, H. Galenkamp, M. Verweij en H.A.M. van Oers (2018) 'Do conceptualisations of health differ across social strata? A concept mapping study among lay people', *BMJ Open* 8: 4.
- Verweij, M. (2017) 'Actief antirookbeleid is morele taak van de overheid. Verantwoordelijkheid voor minder roken ligt bij individu én maatschappij', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 161: D1351.
- Waelput, A.J.M., A.N. Rosman, D.W. van Veen-van Bell, J. Lagendijk, M.K. Sijpkens, S.F. van Voorst, A.A. Vos, L.C. de Jong-Potjer, J.V. Been en E.A.P. Steegers (2016) 'Aanpak babysterfte in Nederlandse gemeenten. Ontwikkeling en implementatie van zorgexperimenten', *Project Healthy Pregnancy 4 All* [eindrapportage], Rotterdam: Erasmus MC.
- Waters, E., A. de Silva-Sanigorski, B.J. Hall, T. Brown, K.J. Campbell, Y. Gao, R. Armstrong, L. Prosser en C.D. Summerbell (2011) 'Interventions for preventing obesity in children', *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 12: cd001871.
- Wel, K.A. van der, E. Dahl and H. Bergsli (2016) 'The Norwegian policy to reduce health inequalities: key challenges', *Nordic Welfare Research* 1: 19-29.
- Welsh, J., L. Strazdins, L. Ford, S. Friel, K. O'Rourke, S. Carbone and L. Carlon (2015) 'Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review', *Health Promotion International* 30 Suppl 2: ii36-76.
- World Health Organization (1977) *Health for all by the year 2000*, Kopenhagen: WHO Regional Office Europe.
- World Health Organization (1984) *Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of health promotion*, Kopenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WRR (2014) *Met kennis van gedrag beleid maken*, Den Haag: WRR.
- WRR (2017) *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*, Den Haag: WRR.
- Yoshikawa, H., J.L. Aber en W.R. Beardslee (2012) 'The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention', *American Psychologist* 67, 4: 272-284.