7e Arie Groenevelt lezing

Houten, 05-03-2018

Prof. dr. Paul Robben

Lokale gezondheidspolitiek, het verschil tussen arm en rijk

Arie Groenevelt werd door anderen wel getypeerd als een vierkante man, hij kon zich wel vinden in deze omschrijving. Vierkant in de zin van principieel, vasthoudend eigenwijs en trouw. Maar hij had ook een kwajongensachtige kant.

Twee weken voor zijn overlijden in het Hospice in Houten vertelde hij me, met een grijns op zijn gezicht, over zijn ervaringen met het koningshuis. Gerrie, zijn echtgenote is mijn getuige, ze was ook bij het gesprek. Eind jaren zeventig ontmoette hij Koningin Beatrix tijdens een officiële herdenking, hij was een van degenen die als voorzitter van de Industriebond een kort woordje met haar mocht wisselen. Een aantal jaren later kwam de Koningin op werkbezoek bij het FNV. Alle bondsbestuurders aan een enorme vergadertafel. Wim Kok als voorzitter van het FNV stelde de bondsbestuurders netjes één voor één voor. Toen ze bij Arie waren aanbeland en voordat Wim Kok iets kon zeggen, begroette Koningin Beatrix Arie Groenevelt hartelijk met naam en al; de ontmoeting een aantal jaren geleden had blijkbaar indruk gemaakt op haar. Voorstellen door Wim Kok was niet nodig, die keek verbaasd en gereserveerd toe. Na afloop van de bijeenkomst werd Arie er door zijn collega bondsbestuurders op aangesproken; dit hoorde niet bij het protocol en waarom kende de Koningin hem wel en de anderen niet, ze waren jaloers. Hij stookte het vuurtje nog wat verder op en antwoorde; ja ik ben natuurlijk wel de voorzitter van veruit de grootste vakbond, toen hadden de andere voorzitters er helemaal de pee in. Nu was het Koningshuis niet zijn favoriete onderwerp maar over deze gebeurtenis vertelde hij met een kwajongensachtig genoegen.

Over het Hospice was hij vol lof en stak dat ook niet onder stoelen of banken. Ze wilden hem wel in zijn bed naar deze lezing brengen, dat had hij al geregeld met de medewerkers en het zou ongetwijfeld uitgevoerd zijn als hij niet was overleden.

In mijn verhaal eerst het goede nieuws, dan het slechte nieuws om positief te eindigen met de aanzet voor een nationaal maar vooral lokaal gezondheidsprogramma.

Nederland is een van de welvarendste landen van Europa en Nederlanders voelen zich gemiddeld gelukkiger dan andere wereldburgers. De gezondheid van de Nederlandse bevolking is nog nooit zo goed geweest als nu en het wordt nog steeds beter. Maar we zijn in dit opzicht niet het beste van Europa. Het gaat niet om grote verschillen maar de levensverwachting in landen als Italië, Frankrijk en Spanje is met een gemiddelde levensverwachting van 82 jaar toch een jaar langer dan Nederland met 81 jaar. Qua levensverwachting zijn we in we in Europa een middenmoter. We worden ook in Nederland gemiddeld steeds ouder in goede gezondheid, voor mannen geldt dit nog sterker dan voor vrouwen. De mannen halen de achterstand op vrouwen langzaam maar zeker in qua levensverwachting. De reden is vooral dat de negatieve effecten van roken bij vrouwen nu zichtbaar worden.

De kwaliteit van de gezondheidszorg staat op een hoog peil. De gezondheidszorg zou voor ongeveer de helft verantwoordelijk zijn voor de toegenomen levensverwachting, de andere helft komt door de toegenomen welvaart. We betalen er wel fors voor. Nederland heeft van Europa, op Noorwegen en Zwitserland na, de duurste gezondheidszorg. Als we de uitgaven aan gezondheid uitdrukken in het percentage van het nationaal inkomen zijn we zelfs het duurste van Europa. Of we dat geld goed besteden is de vraag: de duurste gezondheidszorg met een levensverwachting van een Europese middenmoter.

Internationale vergelijkingen van de gezondheidszorg moeten met een korreltje zout genomen worden. De plek op de internationale ranglijst hangt af van waar je naar kijkt en hoe je meet. En de uitkomsten worden nog al eens politiek gebruikt, ook in ons land. Maar de conclusie is toch dat vergeleken met andere landen de zorg In Nederland snel en goed toegankelijk is voor patiënten, ook buiten kantooruren en ook voor de lagere inkomensgroepen. Nederland behoort tot de landen met de laagste sterftecijfers bij aandoeningen die goed behandelbaar of te voorkomen zijn. Nederlandse artsen schrijven het minst snel antibiotica voor. Allemaal positieve eigenschappen van de Nederlandse zorg.

De gemeente Houten is binnen Nederland dan ook nog eens een oase van geluk. De levensverwachting in Houten ligt boven het landelijk gemiddelde en is bijvoorbeeld twee jaar langer dan in de gemeente Utrecht. Deze kop positie van Houten geldt ook voor de welvaart in het algemeen. In Houten leven 17 van de 1000 inwoners van de Bijstand, in Utrecht is dit 48 van de 1000 en in onze buurgemeente Nieuwegein is dat 34 per 1000. Van de senioren in Houten geeft 7% aan financieel moeilijk rond te komen, voor Nederland ligt dit percentage op 14% van de senioren.

De zorgkosten in Houten per persoon liggen onder het landelijke gemiddelde, ook als wordt gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het is lastig om in alle gezondheid en zorg gegevens zaken te vinden waarbij Houten niet in een koppositie zit. Ze zijn er natuurlijk wel: Houten mag dan graag koketteren met het feit dat ze fietsstad van het jaar is maar in Bunnik wordt toch echt meer gefietst en ze hebben meer sportaccommodaties, beiden goed voor de gezondheid. Jammer voor de Houtenaren; deze gegevens zijn objectief onderbouwd.

Heeft u al genoeg van deze goednieuwsshow? Zijn deze gegevens nu reden om voldaan achterover te leunen en te stoppen met deze bijeenkomst om ons welgemoed te gaan laven aan een drankje in de foyer. Zeker niet en dan kom ik bij het slechte nieuws. Het verschil tussen arm en rijk in gezondheid is groot en schokkend. Mensen met de laagste inkomens, de minste scholing en een laag beroepsniveau **leven gemiddeld zeven jaar korter en negentien jaar langer met chronische aandoeningen dan hoger opgeleiden. En deze verschillen in gezondheid worden de laatste jaren niet kleiner maar groter.** Dit is geen nieuws, we weten het al tientallen jaren maar accepteren dit als een soort natuurverschijnsel waar niets aan te doen is. In 1872 schreef Ali Cohen, als inspecteur van het Staatstoezicht, een vroege collega van de huidige inspecteur-generaal Ronnie van Diemen, die straks aan het debat zal deelnemen, zijn handboek der openbare gezondheidsregeling. Hij was van mening dat de autoriteiten, ook lokaal, het voortouw moesten nemen in de strijd tegen de gevaren die de gezondheid van burgers bedreigden. Dat de gevaren nu van een andere orde zijn doet aan zijn stelling niets af.

Gezondheid is sterk afhankelijk van het niveau van opleiding, inkomen en beroep. Deze drie factoren vormen tezamen een goede voorspeller van gezondheid en hangen ook nauw samen. Weinig scholing hangt vaak samen met een laag inkomen en ongeschoold werk. In het onderzoek gebruiken we hiervoor de maat SES: Sociaal Economische Status, die dus wordt bepaald door de drie elementen scholing, inkomen en beroep. Hoge lager de SES hoe slechter de gezondheid. Mensen met een lage SES wonen vaak geconcentreerd in wijken van de grote steden, maar ook in specifieke wijken van kleinere steden en dorpen. Het is wel goed om ons ter realiseren dat dit geldt op groepsniveau en dat je niet kunt generaliseren naar individuen. Natuurlijk kan iemand met weinig scholing en een laag inkomen heel gezond zijn en heel oud worden.

Een paar feiten over gezondheidsverschillen:

- De toename in chronische aandoeningen zoals suikerziekte, gewrichtsproblemen, hoge bloeddruk en hartziekten concentreren zich bij laag opgeleide mensen. Er vindt bij deze groep een stapeling van problemen plaats.
- Bij mensen met alleen basisonderwijs komt overgewicht anderhalf keer zo vaak voor als bij mensen met een hbo-opleiding. Zwaarlijvigheid , door sommige wetenschappers wel de cholera van de 21^{e} eeuw genoemd, komt voort uit de omgeving en de oplossing is de omgeving te veranderen. Het is een illusie te verwachten dat artsen deze problemen kunnen oplossen in hun spreekkamer. Hiervoor is actie en draagvlak bij de nationale en lokale politiek en overheid nodig. Een prijsverhoging met 10% van suikerhoudende drankjes vermindert de consumptie daarvan met 11%.
- Maatschappelijke problemen, zoals werkeloosheid, slechte huisvesting en schulden hebben hun weerslag op de gezondheid. Het hebben van schulden veroorzaakt depressies en een minder gezonde leefstijl. Laaggeletterdheid maakt het moelijker optimaal gebruik te maken van de gezondheidszorg. Hoe hoger opgeleid hoe meer er geprofiteerd wordt van preventie en gezondheidszorg.
- Van de mensen met een hoger inkomen geeft 6% aan dat ze soms afzien van zorg door de kosten die daarmee gepaard gaan. Voor de lage inkomens is dat maar liefst 23 %
- Bij kanker is de overlevingskans groter bij hoogopgeleiden.
- Arme mensen hebben een drie maal zo hoog risico om te overlijden aan longkanker door tabaksgebruik. Tabak draagt voor ongeveer een derde bij aan het grote verschil in levensverwachting tussen arm en rijk.
- Tabakscontrole is minder effectief bij groepen met een laag inkomen en weinig scholing. Dit is al zichtbaar in de adolescentie: naarmate het opleidingsniveau lager is, is de kans op gaan roken groter. Zij die het meeste nodig hebben profiteren het minst van preventie. Op het individu gerichte preventie en leefstijlprogramma's bereiken de laagste inkomens groepen niet goed.
- Hoogopgeleiden eten meer groente, fruit en vis. De laatste jaren wordt gezond voedsel duurder en ongezond voedsel goedkoper. Het lukt nauwelijks op nationaal niveau om minder zout, vet en suiker aan voedingsmiddelen toe te voegen. De industrie heeft er geen belang bij gezonder te produceren. Convenanten tussen de overheid en de voedingsindustrie zetten onvoldoende zoden aan de dijk. Verbetering hiervan is niet het primaire belang van de industrie Blijkbaar is krachtig overheidsoptreden geboden.

- De tandarts kan aan de mond de postcode van de patiënt af lezen. Hoe lager de SES, hoe meer gaatjes.
- Bij de inrichting van de openbare ruimtes wordt onvoldoende rekening gehouden met lichaamsbeweging, die zo belangrijk is voor onze gezondheid. Het percentage kinderen dat voldoende beweging heeft neemt alleen maar af.

Het zijn maar een paar voorbeelden van de verschillen tussen arm en rijk in gezondheid. De lijst is veel langer en als we een probleem oplossen steekt het volgende al weer de kop op. We komen vaak niet verder dan symptoombestrijding zonder de achterliggende oorzaak op te lossen.

Hoe groot is de groep achterblijvers als ik het zo mag noemen. De achterblijvers, zo'n 5-7% van de bevolking, blijft de afgelopen 25 jaar procentueel even groot, maar de verschillen met de rest van bevolking worden groter. Ze hebben een steeds slechter gevoel over hun leven. 40% van deze groep voelt zich ongelukkig. Ze zijn minder aan sport gaan doen, hun kinderen krijgen minder kansen, ze hebben een kleiner sociaal netwerk en ze gaan niet stemmen bij verkiezingen. Flexibilisering van de arbeidsmarkt en digitalisering van de samenleving maken het nog moeilijker voor ze.

Hoe zijn deze verschillen te verklaren. Op basis van Europees onderzoek uitgevoerd door mijn collega Johan Mackenbach van de Erasmus Universiteit lijkt het zeer aannemelijk dat het gaat om politieke wil om deze verschillen onder ogen te willen zien en te willen oplossen. We leggen het bij Europese vergelijkingen als het gaat om gezondheid en gezondheidszorg meestal af tegen Scandinavië. En laat nu juist in deze noordelijke landen de afgelopen decennia regeringsdeelname van sociaal democratische partijen aanzienlijk groter te zijn dan in Nederland. In de periode tussen 1990 en 2009 hadden de sociaal-democraten bijvoorbeeld in Zweden gemiddeld 69% van de kabinetszetels tegen 32% in Nederland. Sociaal democraten investeren meer in tabaksbeleid dat in Nederland juist sterk is achtergebleven. In dit onderzoek zijn alle andere mogelijke verklaringen uitgesloten. Wat over blijft is de politieke wil deze gezondheidsverschillen te verkleinen. Gezondheid en gezondheidszorg zijn politiek.

We spreken hier niet over de onvoorstelbare ongelijkheid dat de rijkste 1% van de wereldbevolking meer dan de helft van alle rijkdom bezit, de rijkste 42 mensen op onze wereld hebben evenveel geld als de armste 3,7 miljard mensen. Het doekje voor het bloeden is dan de Filantropie; de rijken doen toch veel aan weldadigheid, die mij overigens vooral doet denken aan de negentiende -eeuwse armenzorg. Dat heeft echt niets te maken met het programma van Arie Groenevelt. Hij stond als vakbondsleider voor maatschappelijke veranderingen gebaseerd op solidariteit en een eerlijke deling van kennis, macht en inkomen. Deze eerlijke deling is uiteindelijk de enige weg om gezondheidsverschillen op te heffen.

Maar wat kunnen we nu in Nederland en onze regio doen zodat iedereen mee kan komen, ook in gezondheid. Dat het verschil in gezondheid tussen arm en rijk geen natuurverschijnsel is heb ik duidelijk gemaakt. Onderzoek laat steeds weer zien dat een eerlijker verdeling van welvaart leidt tot minder grote gezondheidsverschillen tussen arm en rijk.

Eerst het nationaal gezondheidsbeleid. Collectieve preventie, zoals tabaks en alcohol ontmoedigingsbeleid, gezonde voeding en een omgeving die stimuleert tot bewegen komt in sociaal democratieën beter van de grond. In Nederland zijn de liberale politieke partijen

veel minder enthousiast over collectieve preventie, zo blijkt uit een analyse van partijprogramma's.

Ter illustratie een citaat uit het VVD verkiezingsprogramma 2017: "*Wat een gezonde leefstijl is verschilt voor iedereen. Wij vinden dat iedereen zelf mag bepalen hoe hij of zij leeft. De overheid kan zorgen voor goede voorlichting, maar mag uiteindelijk niet bepalen hoe hij of zij leeft. Dat blijft een eigen keuze",* einde citaat.

Helaas hebben ook de linkse partijen, blijkt uit hun verkiezingsprogramma's, geen overtuigend preventiebeleid. Een citaat uit het landelijk PvdA verkiezingsprogramma 2017 (misschien veelzeggend, het citaat komt pas op pagina 57): *"preventieve maatregelen die de gezondheid vergroten brengen we onder in het basispakket. We investeren met verzekeraars in preventieve programma's zoals meer bewegen, stoppen met roken en gezonder eten. Kinderen tot 18 jaar beschermen we expliciet tegen roken, drank en drugs. Meer inzet voor minder suiker, zout en kunstmatige toevoegingen en verzadigde vetten in ons voedsel"*

Dit is toch andere koek om bij voedsel te blijven maar het is niet genoeg en te vrijblijvend. Collectieve preventie vraagt om een sterke overheid en niet de dominantie van de markt. Levensstijl is niet alleen de verantwoordelijkheid van het individu. Waarom staan we toe dat we voortdurend, onzichtbaar en doelbewust worden gemanipuleerd door de voedings en genots-industrie en de supermarkten? Is dat individuele keuzevrijheid of collectieve bedotterij? Een citaat uit het NRC van afgelopen zaterdag uit een artikel over suikerconsumptie: "*je kunt ongezonde keuzes zoals veel suiker in voedingsmiddelen ook moeilijker maken, maar de fabrikant zal dat nooit uit zichzelf doen. Minder lekker is minder winst. Dat pikken de aandeelhouders niet"*.

Is collectieve preventie als onderdeel van democratisch overheidsbeleid ethisch en moreel niet te verkiezen boven ondemocratische beïnvloeding van de industrie? Een treffend voorbeeld:

Er is heel recent, aangestoken door een aantal activistische mensen en gesteund door een snelgroeiende maatschappelijke beweging, heel veel aandacht voor de sjoemelsigaret. Er worden in de filters van sigaretten microscopische kleine gaatjes gemaakt zodat de rookmachines waarmee getest wordt of er niet teveel schadelijke stoffen in de sigaret zitten opzettelijk worden misleidt. Bij het roken sluiten de vingers de gaatjes af zodat er veel meer schadelijke stoffen binnenkomen dan de testen aangeven. Pure misleiding. Deze misleiding wordt al vanaf de jaren veertig van de vorige eeuw gebruikt. De overheden wisten hiervan maar hebben regelgeving noch testmethoden tachtig jaar lang niet aangepast. Vergelijk dat eens met sjoemeldieselauto's. Europa is te klein als in 2015 openbaar wordt dat we massaal bedot worden door de auto industrie en er wordt in hoog tempo aangepaste regelgeving en nieuwe afspraken over testen gemaakt. Sjoemelauto's leiden tot veel meer maatschappelijke verontwaardiging en actie dan sjoemelsigaretten die zoals we hebben kunnen uitrekenen tot veel meer zieken en doden leiden.

Terug naar de vraag of we ons geld goed besteden? Nederland heeft van Europa, zoals ik al noemde, de duurste gezondheidszorg zonder dat we de hoogste gemiddelde levensverwachting hebben. Door de hoge uitgaven zijn de gezondheidszorg en levensverwachting verbeterd maar er is veel meer winst te halen door meer investering in collectieve preventie, waarvan de uitgaven sterk zijn achtergebleven bij andere onderdelen van de gezondheidszorg. Sterker nog de uitgaven aan collectieve preventie zijn de laatste

jaren alleen maar afgenomen. We zouden meer middelen aan collectieve preventieve maatregelen moeten besteden desnoods ten koste van andere vormen van zorg. Voorkomen is beter dan genezen, het probleem is dat de winst van preventie pas na langere tijd zichtbaar wordt, ook voor zorgverzekeraars, die vaak niet verder kijken dan een paar jaar. We kunnen ons collectieve geld beter besteden en dat is een politieke en daarmee maatschappelijke keuze.

Wat kunnen we lokaal doen om gezondheidsverschillen te verkleinen. We zijn vanavond in Houten dus laten we de situatie hier eens onder de loep nemen. Houten een welvarende stad, eerder noemde ik het een oase van geluk. Misschien is dit ook de reden dat de armen en de gezondheidsverschillen hier zo weinig zichtbaar zijn. Dat geldt ook voor de andere gemeenten in onze omgeving maar dan minder sterk. Deze problematiek is in een stad als Utrecht veel duidelijker aanwezig.

Hoe groot is de groep achterblijvers in Houten? In Houten leven bijna 1600 huishoudens op bijstandsniveau en maken bij 150 mensen gebruik van de voedselbank. Grote verschillen in gezondheid bestaan ook in Houten en omringende gemeenten. Het probleem wordt pas zichtbaar als er een analyse op wijk niveau wordt gemaakt, daar begint lokale gezondheidspolitiek mee. We moeten ons niet in slaap laten sussen door gemiddelde cijfers op stadsniveau, die bieden geen handelingsperspectief om verschillen tussen arm en rijk te verminderen. Hoe groot de groep inwoners met een lage SES in Houten en omringende gemeenten is, heb ik niet uitgerekend maar dat wordt in de discussie misschien wel duidelijk.

Naast landelijk beleid kunnen we ook lokaal het verschil maken. Het is bewezen effectief als het lokale beleid en de lokale zorg zich richten op een wijkgerichte aanpak. Een aanpak die is gebaseerd op cijfers over inkomensverdeling, armoede en gezondheidstoestand per wijk. Zoals het RIVM doet in het project Preventie in de buurt. In samenwerking met de stad Utrecht bijvoorbeeld zijn plannen gemaakt voor gezonde wijken met een combinatie van maatregelen voor gezonde lucht, voldoende voorzieningen, versterking van de eerstelijns gezondheidszorg, en een veilige, schone en groene omgeving. Wijkmaatregelen gericht op een gezonde, actieve en sociale leefstijl. Plannen die per wijk en dan met name de achterstandswijken gemaakt worden en per wijk kunnen verschillen. We moeten dan wel het adagium loslaten dat de zorg overal het zelfde moet zijn. Dit uitgangspunt is een verkeerde solidariteit en helpt niet om gezondheidsverschillen te verkleinen.

Lokaal gaat het om samenwerking tussen huisartsen, andere eerstelijnshulpverleners en de gemeente. De hoge werkdruk van huisartsen, die geen structurele vergoeding krijgen voor deze vormen van hulp, is hierbij wel een belemmering.

Juist in tijden van welvaart hebben we de plicht duurzaam te investeren om verschillen in gezondheid kleiner te maken. Juist rijke gemeentes zouden hierin voorop kunnen lopen. Zijn we dat niet aan ons zelf verplicht? Mogelijk is het zeker. We zijn er welvarend genoeg voor.

Nog een keer terug naar Arie Groenevelt. Een eerlijker deling van kennis, macht en inkomen vraagt om landelijke en lokale inspanning en zal leiden tot afname van de oneerlijke gezondheidsverschillen.