STICHTING
SCOREN
DOE JE
SAMEN

Stichting Scoren Doe Je Samen
Oranjesingel 51
6511 NP NIJMEGEN
KvK 63432536

College van Gedeputeerde Staten van de
Provincie Gelderland
Markt 11
ARNHEM

Nijmegen, 01 JUN 2026

Betreft: Zienswijze Omgevingsvisie, paragraaf 5.5 Gezondheid

Geacht College,

Onze stichting houdt zich bezig met het verbeteren van de leefbaarheid en het welzijnsniveau voor jongeren door sportactiviteiten en coaching aan te bieden. Dit doen wij door middel van de interventie 'Futsal Chabbab' mogelijk te maken in de gemeente Nijmegen. Daarnaast doen wij onderzoek naar deze thematieken. Vanuit deze rol zenden wij uw College een drietal zienswijzen toe, die zich richten op een drietal thema's:

- Sport en bewegen,
- Gezondheid,
- Leefbaarheid.

Gezondheid is een relatief nieuw onderdeel in Omgevingsvisies. Er zijn vele kanten van het thema gezondheid. Gezondheid kan ruimtelijk-fysiek worden beschouwd, maar wij zien gezondheid vooral als sociaal onderwerp.

Wij vragen de provincie Gelderland om ook de sociale kant van het gezondheidsdomein mee te nemen.

De zienswijzen worden ook aan Provinciale Staten van Gelderland gezonden.

Hoogachtend,
het bestuur van de Stichting Scoren Doe Je Samen,

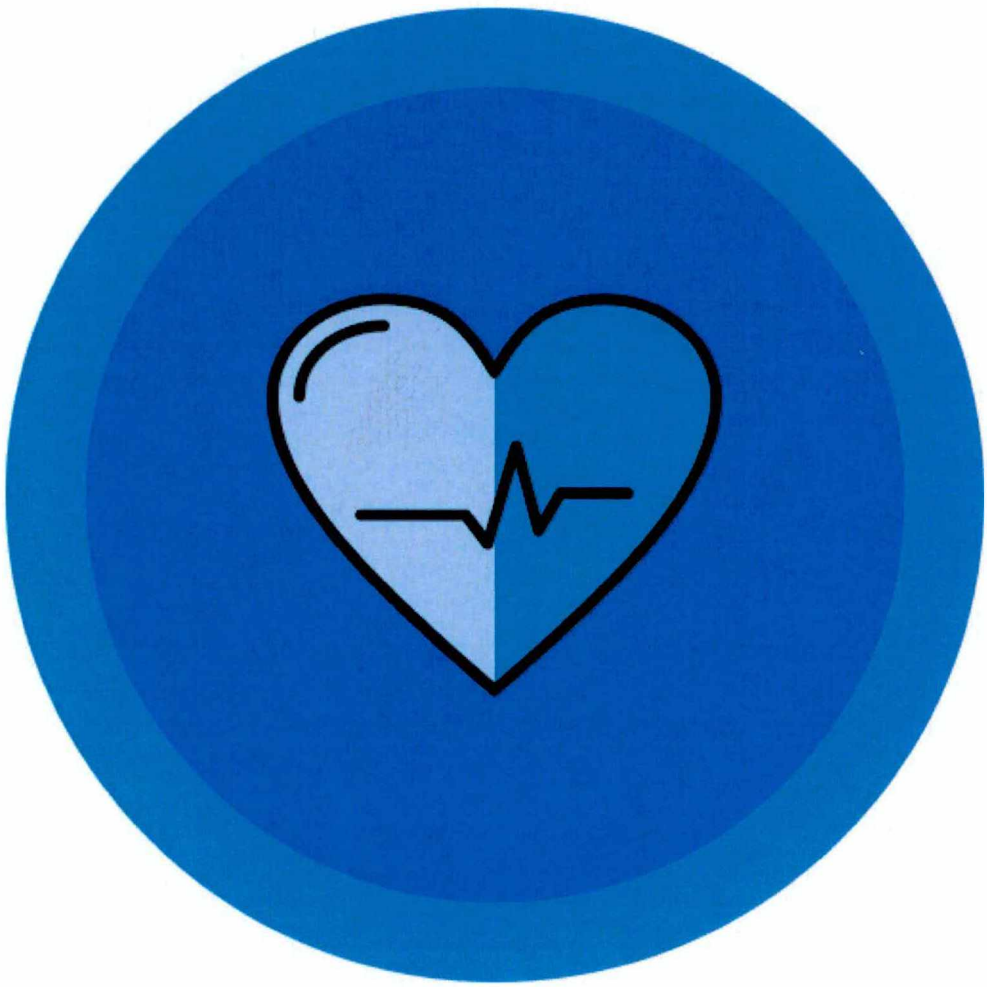
Ramon Barends,
voorzitter

Frans Steehouder,
secretaris

AANTAL BIJLAGEN: 1.

STICHTING
SCOREN
DOE JE
SAMEN

GEZONDHEID



Juni 2026

Stichting Scoren Doe Je Samen
Oranjesingel 51
6511 NP NIJMEGEN
KvK 63432536

Deze notitie maakt onderdeel uit van onze zienswijze op de Gelderse Ontwerp-omgevingsvisie.

Zaaknummer: 2026-002132
GS-besluit d.d. 14-04-2026

Inleiding

Onze stichting houdt zich bezig met het verbeteren van de leefbaarheid en het welzijnsniveau voor jongeren door sportactiviteiten en coaching aan te bieden. Vanuit deze rol zenden wij uw College een drietal zienswijzen toe, die zich richten op een drietal thema's:

- Sport en bewegen,
- Gezondheid,
- Leefbaarheid.

Gezondheid is een relatief nieuw onderdeel in Omgevingsvisies. Er zijn vele kanten van het thema gezondheid. Gezondheid kan ruimtelijk-fysiek worden beschouwd, maar wij zien gezondheid vooral als sociaal onderwerp.

Wij vragen de provincie Gelderland om ook de sociale kant van het gezondheidsdomein mee te nemen.

Nijmegen, 01 JUN 2026

Ramon Barends,
Voorzitter

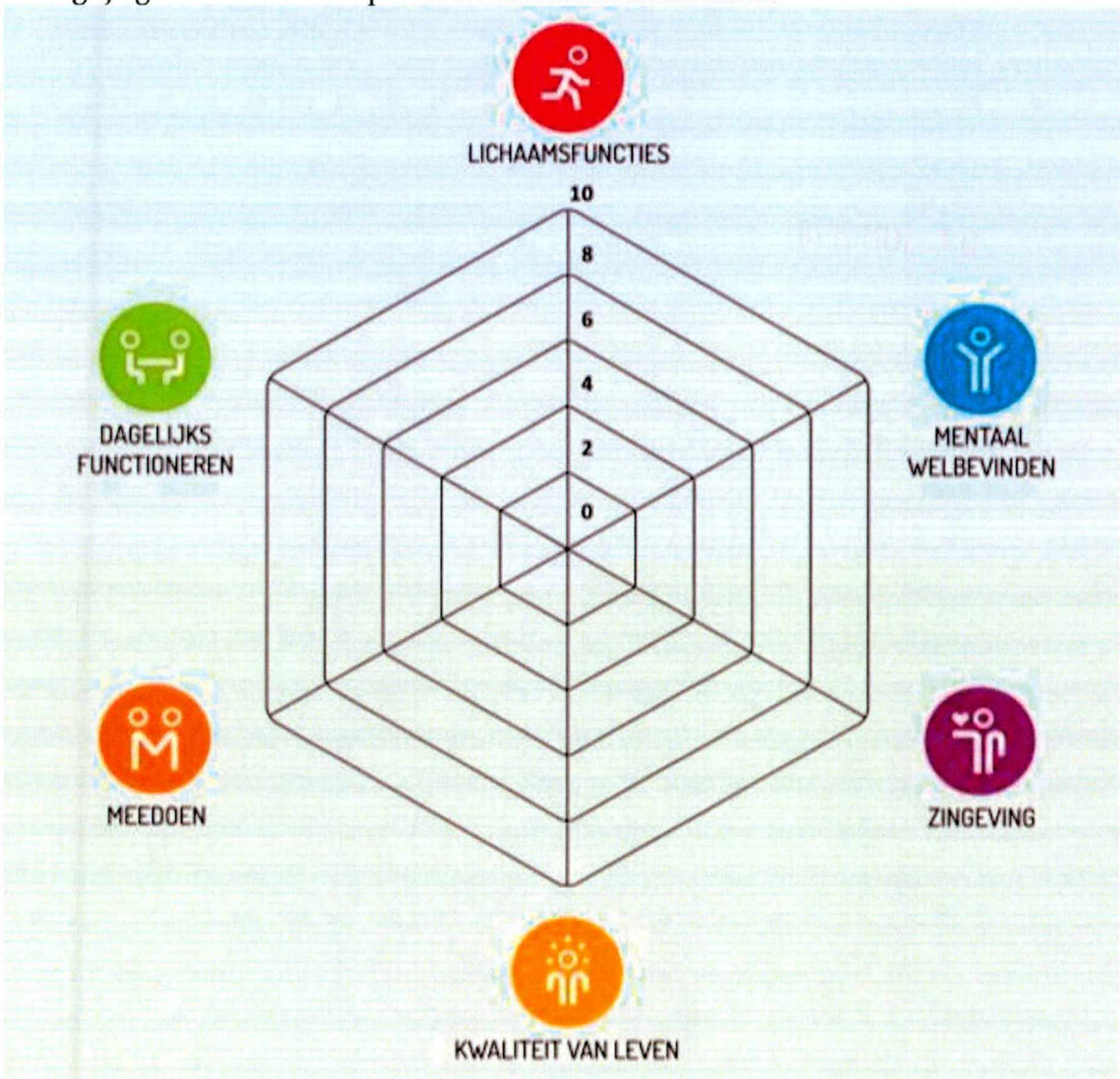
Frans Steehouder,
Secretaris

NAAR EEN GEZOND GELDERLAND!

Positieve gezondheid

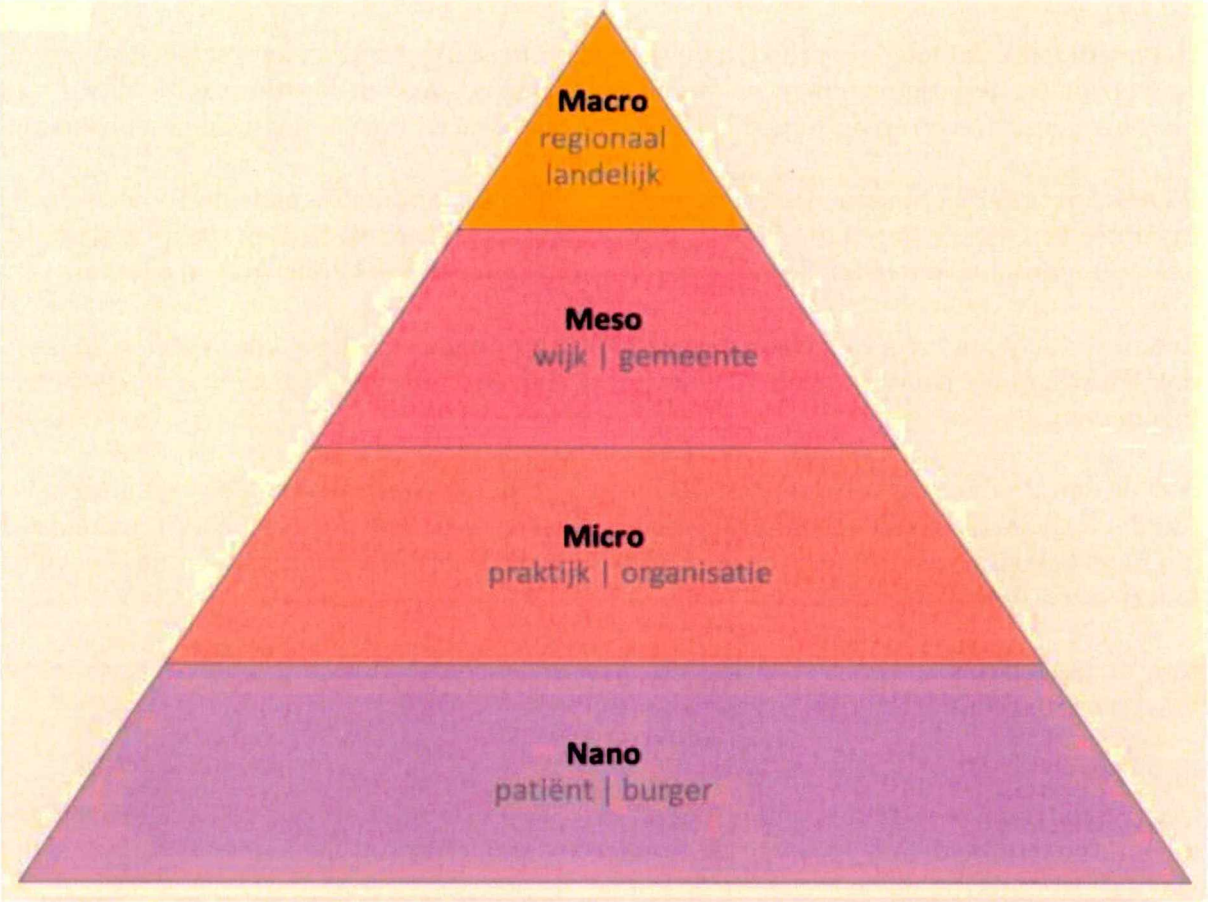
Wij zien het onderwerp gezondheid niet alleen als ruimtelijk-fysiek thema, maar ook als sociaal-economisch onderwerp. Gezondheid is voor ons een onderdeel van de sociale basis en is een bouwsteen voor een steviger welzijn en een brede welvaart.

Positieve gezondheid is voor ons een mooi voorbeeld waarmee we kunnen laten zien hoe belangrijk gezondheid is en op hoeveel domeinen zichtbaar is:



In het bovenstaande spinnenweb van Machteld Huber komen deze 6 positieve gezondheids-domeinen samen. Zij heeft de oude definitie van de WHO uit 1948 onder de loep gelegd en deze aangevuld.

Het spinnenweb is op alle niveaus in te zetten. Natuurlijk op het individuele patiënt/cliënt-niveau, maar ook op het invullen van beleid.



Wij vragen om het concept van de positieve gezondheid te betrekken bij het onderwerp gezondheid in de Gelderse Omgevingsvisie en bij de omgevingsplannen en -agenda's.

In februari 2021 heeft ons stichtingsbestuur de notitie **'Een gezonde stad ben je samen'** uitgegeven als input voor gezondheidsbeleid in de gemeente Nijmegen (bijlage 1). Wij hebben vanuit het Rijksbeleid ingezoomd op het Nijmeegse gezondheidsbeleid. Deze reflectie is ook goed bruikbaar binnen andere gemeenten en binnen de provinciale overheid. Wij vragen om toe te zeggen deze notitie uit 2021 te betrekken bij de uitwerking van het gezondheidsbeleid en het leefbaarheidsbeleid.

Een betere gezondheid is belangrijk om de sociale economische status ook gelijk te trekken voor iedereen!

Gezondheidsverschillen

De Raad Volksgezondheid & Samenleving heeft in haar rapport **'Gezondheidsverschillen voorbij'** uit 2020 geduid op de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) die voor ongelijkheid zorgen. Ook dit rapport achten wij relevant voor de Omgevingsvisie en de onderliggende omgevingsprogramma's. Wij vragen de provincie om dit rapport te betrekken bij de opstelling van de Omgevingsprogramma's.

Wij lichten een aantal concrete punten uit het RV&S-rapporten als extra relevant uit.

Lokaal beleid
Het is duidelijk dat lokale overheden de koppeling tussen gezondheidsverschillen enerzijds en welzijn, wonen, leefomgeving en onderwijs anderzijds maken. Positieve gezondheid zoals hierboven beschreven en de stijgende aandacht voor de leefomgeving worden hier benoemd.

RV&S-voorzitter Jet Bussemaker stelde het als volgt: "Gezondheid is niet alleen medisch, maar ook een sociale kwestie". Als er te veel andere sociale onzekerheden spelen kan er niet gewerkt worden aan herstel. Bestaansonzekerheid kan medisch herstel in de weg staan.

Er kan wellicht heel veel mogelijk zijn, maar de inwoner moet het niet alleen willen, maar ook kunnen doen. De WRR heeft in het rapport "Weten is nog geen doen' dit ook reeds beschreven.

Sociale marginalisering kan door een slechte gezondheid, maar ook door een verminderde (brede) welvaart in beeld komen. Dat is een probleem, waar ook de provinciale overheid zich om moet bekommeren. Volgens onderzoek van het SCP uit 2014 zou het hier om zeker een kwart van de bevolking gaan.

Kansenongelijkheid zorgt zo voor ongelijke kansen op een veerkrachtig leven en bestaan. Wij vragen om deze notie een plek te geven in de Omgevingsvisie.

Breed kijken
Gezondheid kan de sociaal-economische status (SES) bedreigen, en vice-versa. De slechtere mentale gezondheid, m.n. bij jongeren, is ook een aandachtspunt. Gezondheid is afhankelijk van de leefomgeving en de sociale en economische positie.

De punten leefomgeving, bestaans(on)zekerheid, mentale veerkracht van de samenleving en onderwijs als motor worden door de RV&S benoemd als potentiele doorbraken om breed te kijken naar sociale gezondheid.

<u>Voedselkennis</u>

Voor de paragraaf over landbouw benoemen wij de noodzaak van kennis van voedsel voor alle Gelderse inwoners. Op het platteland is deze meer aanwezig dan in de stad. Wij roepen op om de stedelingen naar het platteland te krijgen, zodat kennisdeling en bewustwording groeit.

<u>Afsluitend</u>

Deze notitie met bijlagen vraagt vooral om ook de sociaal-culturele kant van het thema Gezondheid ook een plaats te geven in het provinciaal beleid. Zo wordt ook de ruimtelijk-fysieke en de sociaal-economische kant van het onderwerp versterkt!

Inzetten op gezondheids- én op breed sociaal beleid is een investering voor de toekomst. Als stichting hebben wij dan ook zin in de toekomst! Wij vragen het College om zich daarbij aan te sluiten.

Nijmegen
0 4 MAR 2021
ingekomen stukken stadhuis

STICHTING
SCOREN
DOE JE
SAMEN

Een gezonde stad ben je samen

Een inbreng op het gezondheidsbeleid van nu

Stichting Scoren Doe Je Samen

Februari 2021


STICHTING
SCOREN
DOE JE
SAMEN



Inleiding

Gezondheid is een belangrijk beleidsdomein. Alle sectoren dragen bij aan de gezondheid: fysiek-ruimtelijk, economisch en sociaal-cultureel. In een land waar de gezondheid over het algemeen niet goed is moet wat gebeuren want er mist iets. Onze stichting houdt zich bezig met de sociaal-culturele aspecten van de samenleving, maar uiteraard weten wij dat de fysiek-ruimtelijke en de economische punten van belang zijn.

Gezonde documenten als gezonde basis

Verschillende overheidslagen houden zich in het Huis van Thorbecke bezig met het domein gezondheid. Het Rijk maakt elke 4 jaar een Landelijk Gezondheidskader. De provincies zijn verantwoordelijk voor gezondheid in de fysieke omgeving. Zij nemen dit mee in de Provinciale Omgevingsvisie. De gemeenten staan veelal voor de praktijk aan de lat. Gemeenten maken een Nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

Paul Blokhuis, staatssecretaris van VWS:

> *"Gezondheid is ons grootste bezit en helemaal niet vanzelfsprekend. Daar zijn we als samenleving keihard mee geconfronteerd de afgelopen maanden. We doen alles wat we kunnen om uit de coronacrisis te komen en tegelijkertijd is het heel belangrijk om ook nieuwe antwoorden te vinden op andere gezondheidsvraagstukken. Gezondheid staat daarbij nooit op zichzelf."*

Deze notitie dient als zienswijze op de nu voorliggende concept-nota Gezondheidsbeleid van de gemeente Nijmegen. Tijdens het Bestuurlijk Overleg met wethouder Visser d.d. 2 februari 2021 is deze zienswijze aangekondigd. Wij gaan uiteraard graag met de ambtelijke organisatie in gesprek over dit document.

Lokale verbanden, geen pleisters

Wij zien met tevredenheid dat dit beleidsveld op een integrale wijze wordt belicht. Er worden verbanden gelegd met domeinen waar we ook actief zijn. Het visietraject 'Sterke sociale basis' wordt ook hier terecht bij benoemd. Het gaat wat ons betreft echt om die lokale verbanden. Dat zou een mooie titel zijn voor deze gezondheidsnota: "**Lokale verbanden**".

Lokale akkoorden die (ver)binden

VWS heeft een tweetal akkoorden in het leven geroepen: het Sportakkoord en het Preventieakkoord. Deze akkoorden zijn omgezet in lokale varianten. Dat is een goede zaak. Ten aanzien van het Sportakkoord zijn we blij te kunnen melden dat we dit hebben ondertekend. Helaas kunnen we dat met betrekking tot het Preventieakkoord nog niet melden. Overigens vinden we het jammer dat het stil is rond het Nijmeegs Sportakkoord. Graag doen wij navraag naar de actuele stand van zaken en wij willen aangeven graag in contact te komen rond het Preventieakkoord.

Agenda voor preventief werken

Wij willen onze waardering voor de Preventieagenda 12+ (voorheen Stadsdeelagenda) uitspreken. Het is een goede zaak dat alle partners aan dezelfde tafel zitten en met elkaar lijnen uitzetten.



Uitdagingen, ambitie en uitgangspunten: S.O.S.!

Het onderwerp "kansenongelijkheid" komt opvallend pregnant naar voren. Het lijkt alsof ook hier de 'wij/zij'-problematiek naar voren komt. Die problematiek voert hier te ver om te behandelen. Wat we willen meenemen is dat lage of slechte gezondheid veel voorkomt bij Nijmegenaren met een lage of slechte economische status (ses). Wij zouden daar aan vast willen hangen een slechte sociale status (sss) en een slechte woon status (sws). En waarschijnlijk ook een sos: een slechte onderwijs status. Alle beleidsvelden hangen immers aan elkaar vast en er moet dus integraal worden gewerkt aan al deze aspecten. Wij hebben bij de behandeling van de Nijmeegse Omgevingsvisie niet voor niets ook gezondheid benoemd als belangrijk thema!

Er worden – alles overziend – 4 uitgangspunten benoemd waar het gezondheidsbeleid op wordt geschoeid:

- een brede benadering vanuit de positieve gezondheid;
- iedereen doet mee;
- het goede voorbeeld geven en stimuleren;
- preventiestructuren verder versterken en verbinden.

Wij onderstrepen en onderlijnen deze uitgangspunten vanzelfsprekend. Wij stellen dat iedereen een gelijke kans moet hebben en moet krijgen om een goede en positieve gezondheid te ontwikkelen en te hebben en – vooral – te houden.

Intermezzo: Positieve gezondheid

Machteld Huber heeft het begrip 'positieve gezondheid' gemunt en in een heldere infographic weergegeven. Deze is bijgevoegd als bijlage. Wij willen aangeven dat deze 6 domeinen die door Huber worden benoemd dat dit de basis is voor een goede gezondheid. De gemeente staat hier voor met de andere overheden en met de hele maatschappij gewoon aan de lat. Wij zien ook dat in het concept-beleidsplan dit wordt onderschreven. Wij onderstrepen dit met een dikke viltstift.

Zeven speerpunten

De hierboven genoemde ambities en uitgangspunten – die wij onderschrijven – worden verwerkt in speerpunten waar de gemeente Nijmegen mee aan de slag wil gaan. Niet alleen, maar met de samenleving. De uitspraak "It takes a village to raise a child" gaat hier op. En Nijmegen is soms een groot dorp, wordt wel eens gezegd.

Gezond en veilig opgroeien

Als kinderen op het funderend onderwijs beginnen zijn de verschillen al te zien. Daar begint de kansenongelijkheid al meteen, en die is lastig in te lopen. Er moet ingezet worden om meteen elk kind een gelijke kans te geven. Om die reden is peutersport van belang. Ook moet er dan meteen financiering voor handen zijn. Stichting Leergeld begint pas bij de leeftijd van 4 jaar zaken te vergoeden.

Het is goed om blijvend te benoemen dat kinderen en jongeren van éénoudergezinnen, kinderen uit gezinnen met een lage sociaal economische status of een laag inkomen een gezondheidsachterstand hebben of snel kunnen hebben. Er moet blijvend aandacht voor zijn, want kinderen en jongeren

worden groot en hebben dan als volwassene een slechte gezondheid. Dat laatste moeten we zien te voorkomen.

Overgewicht (obesitas) is een probleem binnen de jeugd van Nijmegen. Ongeveer 15% van de kinderen op de basisschool hebben hier mee te kampen. Wij zien dat aandacht voor gezonde voeding geven al helpt. Het goede voorbeeld als professionals geven is belangrijk (rolmodellen). Nijmegen is een gemeente zonder landbouw of agrarische sector: dat betekent dat Nijmegenaren weinig in aanraking komen met hoe hun voedsel wordt geproduceerd. Voedselkennis is belangrijk. Wellicht kan dit samen met de provincie Gelderland worden opgezet vanuit het Gelders Agrifoodbeleid.

Wij maken ons grote zorgen om het gebruik van lachgas bij jongeren (en bij volwassenen). De gemeenteraad heeft al maatregelen genomen om lachgas te verbieden. Preventie en informeren helpt hierbij. Immers, het gebruik van alcohol, drugs en sigaretten is sterk afgenomen onder jongeren. Uitgezocht moet worden welke werkzame factoren dit resultaat heeft opgeleverd.

Deze zaken zullen in de preventieplatforms ook aan de orde moeten komen. Daar kan samen worden opgetrokken om de gezondheid te versterken.

Wij denken dat het onderwijs (mbo, maar ook hbo en wo) aandacht dient te geven aan diversiteit en gelijk-zijn in alle facetten. Burgerschapsonderwijs hoort op het voortgezet onderwijs thuis, maar moet tijdig gegeven worden.

Nijmegen zou zich moeten aansluiten bij de JOGG.

Gezond gedrag

Zoals al aangegeven heeft gezondheid en gezond gedrag een sterke bestuurlijke samenhang. De diverse invalshoeken van de hierboven genoemde beleidsvelden moeten worden samengebracht. Het gaat dus om bewustzijn, goede voeding, goed onderwijs, goed welzijn, en goede beweging. Een goed leven dus; dat zorgt voor een goede gezondheid.

Preventief werken is altijd beter dan achteraf repressief werken. Ook in de gezondheid. Het is daarom een goede zaak dat op scholen gewerkt wordt met de Schoolarts van de GGD. We zouden dit verplicht willen stellen bij elke school. Dit zou uitgebreid moeten worden met Schoolmaatschappelijk Werk. Zo kunnen we op tijd signaleren en preventief werken. Ook moet het 'sociale veld' ogen open houden voor ongezond gedrag (fysiek én mentaal).Dat zou bijdragen aan de in de concept-nota genoemde stevige preventiestructuur. Zo worden gezondheidsvaardigheden versterkt.

De gemeente Nijmegen wil een inclusieve stad zijn waarin sporten en bewegen voor iedereen toegankelijk zal zijn. Er moeten middelen zijn voor iedereen waardoor zij kunnen bewegen. Sporten kost ook geld: er moeten voor mensen die minderdraagkrachtig zijn faciliteiten zijn voor sport. Sportontwikkeling zou hier een inzet in moeten geven. Ook zijn er andere initiatieven die zelfstandig sporten stimuleren, zoals de QR-fit-routes. Onder begeleiding sporten moet ook mogelijk zijn voor iedereen. CIOS- en Sport&Bewegen-studenten zouden hier bij ingezet kunnen worden.

De rol van Sportontwikkeling is belangrijk bij het stimuleren van gezond gedrag. Wij zouden graag zien dat het Jaarplan van deze afdeling jaarlijks actief openbaar wordt gemaakt. Het kan daarmee een gespreksdocument zijn bij de partners en de werkersoverleggen in de stad. Dat past bij samen werken aan gezondheid.



Mentale gezondheid

Een gezonde mens bestaat uit een gezond lichaam én een gezonde geest. De mens is een compositie van lichaam en geest. Dit heeft ook een verband met elkaar, want als de mentale gezondheid niet in orde is zal de mens geen zin of fut hebben om actief te bewegen. Ook de eetgewoonten zullen dan niet goed zijn. Je moet je gewoon goed voelen om het goede te doen. Dat is een echte wisselwerking: want je gaat je alleen goed voelen als je het goede doet. Het welzijnsveld moet hier bij – als het nodig is – helpen. Outreachend werken is hier blijvend belangrijk. Opnieuw: "It takes a village..."

We zien ook hier de kloof tussen lage en hoge sociale economische statussen terugkeren. Het aantal jongeren dat gebruikt maakt van (ambulante) jeugdhulp groeit sinds 2015. Is hier een verband te vinden? Want, als dat er is, is dat van belang voor het zoeken naar de oplossing.

Mentale gezondheid heeft verband met het al dan niet hebben van een goed gevoel van zingeving. Er zijn velen die wel 'weten hoe', maar niet 'kunnen'. Je krijgt al een beter gevoel als je het gevoel hebt dat je het zelf kan en dat je zelfredzaam bent. De WRR heeft hier onderzoek[1] naar gedaan en ook tools gemaakt rond dit thema.

De coronapandemie heeft hier haar invloed. Voor dit moment willen wij dat buiten beschouwing laten, maar wij erkennen dat wel.

Mentale gezondheid versterk je door (re)activering van mensen. Die gedachte voeren wij bij ons beweegprogramma Move2Work concreet uit. Door het bieden van een sportieve activiteit in de ochtend in groepsvorm geven de Move2Work-werkers structuur aan mensen die dat niet kennen en hebben.

Gezond ouder worden

Wij bepleiten dat de groene samenleving de grijze samenleving verzilverd. Er moet – als vanzelf – contact zijn tussen jong en oud. Binnen de Futsal Battle die wij aanbieden is dit een aandachtspunt. Dergelijke initiatieven zouden moeten worden versterkt.

Gezond met een beperkt budget

Geldzorgen bepalen je hele leven. Ook op gezondheid hebben geldzorgen gevolgen. Twijfel en onzekerheid beperken je in je hele functioneren. Door een beperkt budget ben je aan het overleven, en niet aan het leven. Gezondheidsproblemen en sociale problemen versterken elkaar wederzijds. Het is van belang dat beide problemen aangepakt worden. De gedachte van de integrale aanpak komt hier sterk naar voren: de filosofie van Huber hebben we al benoemd. Een lage SES is een lage status van gezondheid. Iemands mentale gezondheid wordt gesloopt door zorgen, stress en sociaal-economische problemen. Stichting Leergeld en de Meedoenregeling spelen hier een rol bij. Wij denken dat de gemeente Nijmegen inhoudelijk goed moet worden geïnformeerd over de verstrekkingen.

Gezonde leefomgeving

Een gezonde leefomgeving is vooral fysiek en niet sociaal. De Nijmeegse Omgevingsvisie is hier belangrijk in het Nijmeegse beleidskader. Wij hebben hier een reactie bij opgesteld. Kortheidshalve verwijzen wij naar dat document. Sport en beweging moet in het fysieke beleid terugkomen.

---

[1] WRR-rapport 'Weten is nog geen doen', nr. 97



Gezond werkgeverschap

Werk geeft voor velen zingeving in het leven. Het hebben van sociaal contact bij het werk met collega's en omgeving is goed voor de mentale gezondheid. Zoals hierboven al benoemd hebben mentale gezondheid en fysieke gezondheid een stevig verband. Zo is werk dus belangrijk voor de gezondheid. Maar, werk kan ook inbreuk maken op de gezondheid. Werkomstandigheden, maar ook werkdruk kunnen daar voor zorgen.

Covid-19

Zoals al benoemd is Covid-19 een factor bij het onderwerp gezondheid. Toch kiezen wij er voor om dit nu niet te belichten in dit document. Wel benoemen wij zorgen voor de fysieke en mentale status. Jongeren worden geraakt door de onzekerheid en de beknotting van hun levensruimte. Niet naar school kunnen, niet kunnen sporten, niet kunnen chillen, niet kunnen werken... het raakt ze rechtstreeks. En het geeft stress en onzekerheid. Factoren die niet goed zijn voor de gezondheid.

Een gezonde stad scoor je samen

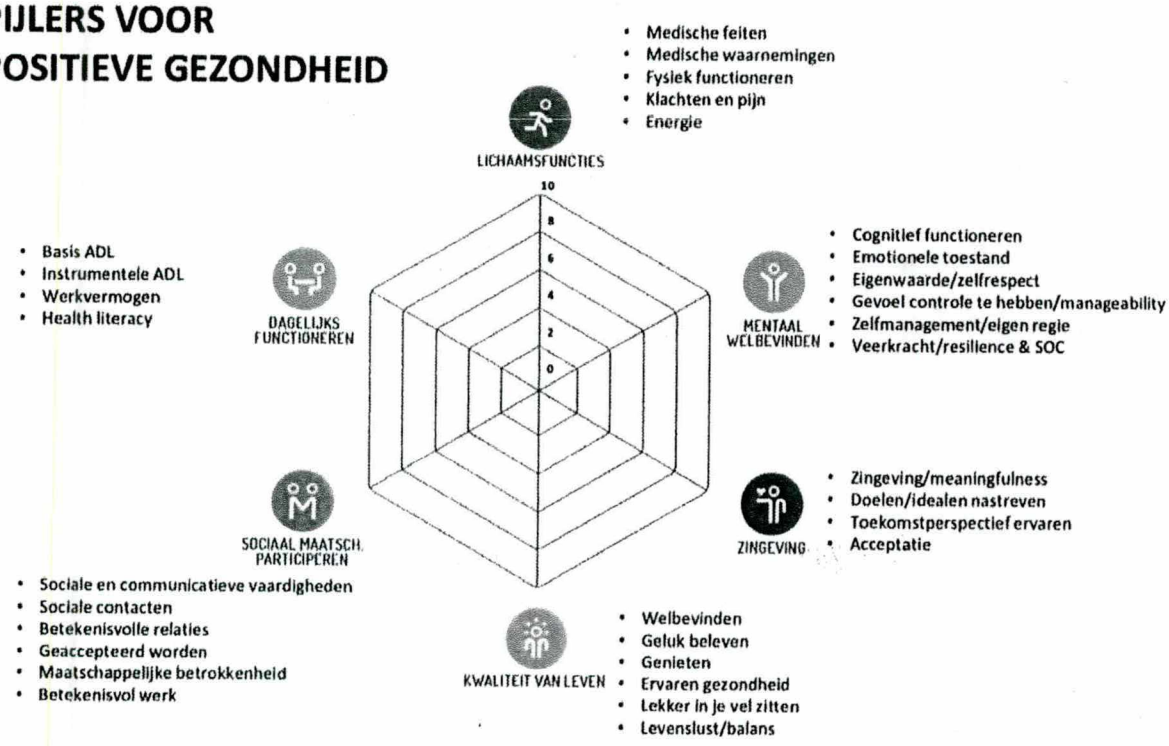
Stichting Scoren Doe Je Samen wil haar steentje bijdragen aan de gezonde stad. De uitdagingen die in de concept-nota staan onderschrijven wij van harte. Wij wensen de stad veel gezondheid!

Nijmegen, 24 FEB 2021

STICHTING SCOREN DOE JE SAMEN

Bijlage: het spinnenweb van Huber

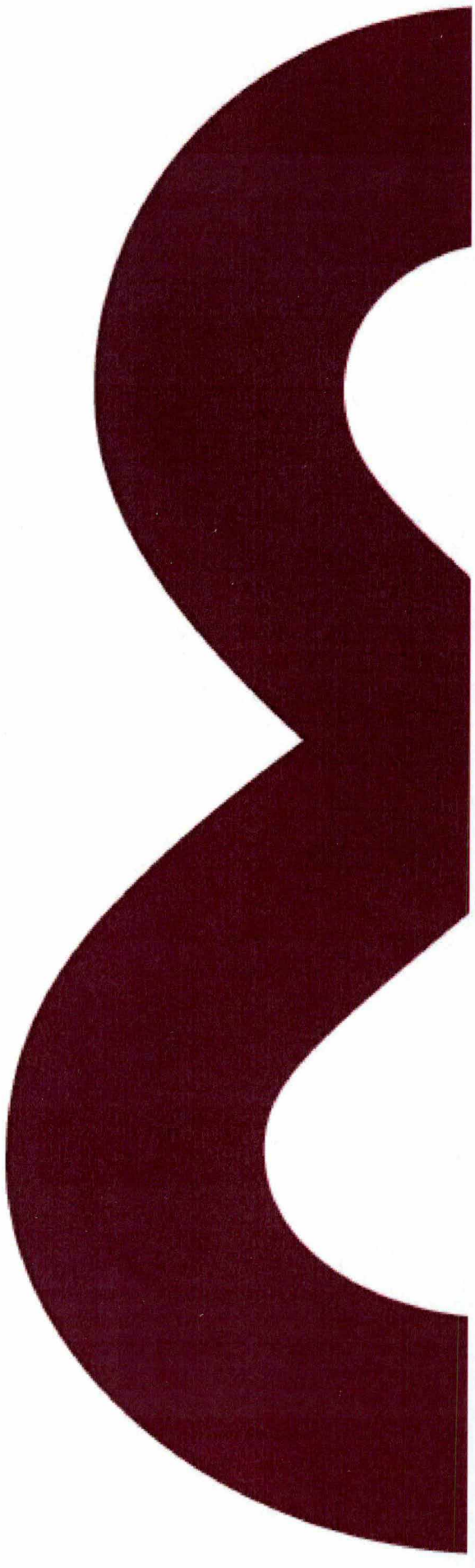
PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Gezondheidsverschillen voorbij

Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal



Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Gezondheidsverschillen voorbij

Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad
Jet Bussemaker, voorzitter
Erik Dannenberg
Daan Dohmen
Pieter Hilhorst
Jan Kremer
Bas Leerink
Liesbeth Noordegraaf-Eelens
Ageeth Ouwehand
Jeannette Pols
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2020-08
ISBN: 978-90-5732-296-9
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Den Haag, 2020

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.
U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ↳ **www.raadrvs.nl**

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**6**
1	**Huidig beleid**	**7**
	Complexe ongelijkheid	8
	Breder kijken	9
2	**Historische doorbraken: focus op de samenleving**	**11**
	Eerste doorbraak: stadshygiëne	11
	Tweede doorbraak: sociale wetgeving vanaf de industrialisatie	11
	Derde doorbraak: onderwijs	12
	Wat leren we hiervan?	13
3	**Het recente verleden: focus op het individu**	**14**
	Ongelijkheid in wonen en leefomgeving	14
	Ongelijkheid in bestaanszekerheid	16
	Ongelijkheid in onderwijs	17
	Ongelijkheid door gelijke behandeling	19
4	**Een breder perspectief dan SEGV**	**21**
	Basisprincipes voor een nieuwe aanpak	21
5	**Potentiële doorbraken**	**23**
	Leefomgeving	23
	Bestaanszekerheid	23
	Mentale veerkracht van de samenleving	24
	Onderwijs als motor	24
6	**Tot slot**	**26**
	Denk daarom met het volgende mee:	26
	Neem deel aan de discussie	**27**
	Lijst met geraadpleegde personen	**28**
	Verwijzingen	**29**
	Publicaties	**36**

Samenvatting

We leven met z'n allen langer dan ooit in goede gezondheid. En we zijn steeds beter in staat ziekte te diagnosticeren en te behandelen, ook als het om hoog-complexe zorg gaat. Je zou zeggen: tel uit je winst.

Maar tegelijkertijd kent onze samenleving grote verschillen in gezondheid. Die verschillen zijn de afgelopen decennia eerder groter dan kleiner geworden, zowel in Nederland als in andere westerse landen. Mensen met een hoog inkomen en hoog opleidingsniveau leven gemiddeld genomen niet alleen langer, maar ook langer in een goede gezondheid dan mensen met aan laag inkomen en laag opleidingsniveau.[1]

Deze verschillen worden aangeduid met 'sociaaleconomische gezondheidsverschillen' (SEGV). Gezondheidsverschillen worden echter niet alleen veroorzaakt door sociaaleconomische ongelijkheid. In werkelijkheid is de achterliggende ongelijkheid veel complexer en overstijgt deze vaak de individuele mogelijkheden om die te beïnvloeden. Zolang we die complexe ongelijkheid niet adresseren, zal de aanpak van het probleem geen succes hebben. Met alle maatschappelijke gevolgen en kosten van dien. Dat is onrechtvaardig voor het individu, veroorzaakt hogere zorguitgaven en een mindere arbeidsparticipatie, maar zet ook het menselijke en sociale kapitaal van de samenleving onder druk. Bovendien legt die ongelijkheid een hypotheek op de maatschappelijke veerkracht – het vermogen van onze samenleving om (evenredig) klappen op te vangen – en onze welvaart, zowel in economische zin als in termen van welbevinden en geluk.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) stelt dat het huidige nationale beleid te eenzijdig focust op het individu. Aanvullend daaraan is een bredere blik nodig om gezondheidsverschillen en daarmee samenhangende achterstanden daadwerkelijk te verkleinen. Met dit essay willen we samen met u die verbreding opzoeken.

1 Huidig beleid

De aandacht voor gezondheidsverschillen is groot.[2] In de centrale missie van de Kennis- en Innovatieagenda voor de topsector Gezondheid en Zorg staat bijvoorbeeld dat 'in 2040 [...] de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% [zijn] afgenomen' [3] De vraag is: halen we dit doel als we (alleen) het huidige beleid voortzetten?

De afgelopen decennia is er op lokaal en nationaal niveau veel beleid ontplooid om gezondheidsverschillen te verkleinen. Beleid dat vooral op nationaal niveau sterk gericht is geweest op individuen, primair is ingestoken vanuit een zorgperspectief, en gestoeld is op de overtuiging dat meer kennis of het geven van meer informatie leidt tot veranderingen in individueel gedrag en leefstijl.[4]

Tevens is het draagvlak voor een bredere kijk op gezondheidsverschillen de laatste jaren langzaam toegenomen, niet alleen onder wetenschappers en gezondheidsbevorderaars, maar ook onder beleidsmakers. Zo is er vooral op lokaal niveau al langer oog voor een bredere aanpak van gezondheidsverschillen, waarbij verbinding wordt gezocht met bijvoorbeeld welzijn, wonen, leefomgeving en onderwijs. Dit zien we ook terug in de *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 – 2024* die door het ministerie van VWS samen met gemeenten is vormgegeven. Deze nota geeft anders dan voorgaande nota's veel meer aandacht aan verschillende determinanten van gezondheid en stelt een domeinoverstijgende agenda voor met een stevige focus op kennisontwikkeling.[5] Met daarin de uitdrukkelijke ambitie om gezondheidsachterstanden te verkleinen. Daarbij valt het omarmen van concepten als *positieve gezondheid*[6] en aandacht voor de leefomgeving toe te juichen. Tegelijkertijd zien we dat de in de nota genoemde interventies voornamelijk gericht blijven op het individu en er wordt veel nadruk gelegd op leefstijl.

Ondanks alle inspanningen van de afgelopen decennia is het niet gelukt om de gezondheidsverschillen te verkleinen.[7] De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) constateerde in 2018 dat algemene maatregelen weliswaar wel leiden tot gezondheidswinst, maar dat de mensen bovenaan de maatschappelijke ladder daar meer van hebben geprofiteerd dan degen onderaan die ladder. De verschillen tussen groepen zijn hierdoor nauwelijks afgenomen of en dreigen op verschillende terreinen zelfs groter te worden.[8]

Met een dergelijk *track record* dringt de vraag zich op of het huidige beleid zich wel concentreert op de juiste zaken. Heeft de term 'sociaaleconomische gezondheidsverschillen' ons begrip van het probleem onbedoeld versmald en ons blind gemaakt voor de dieperliggende oorzaken achter deze ongelijkheid?

In dit essay gaat de RVS op zoek naar andere manieren om het tij te keren. Daarvoor kijken we eerst naar de achterliggende oorzaken die gezondheidsverschillen in stand houden. Vervolgens gaan we in op historische doorbraken die enorme gezondheidswinst hebben opgeleverd. Daarnaast trekken we lessen uit het meer recente verleden. Tot slot nodigen we u uit mee te denken over potentiële doorbraken die vandaag de dag mogelijk zijn om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen te verkleinen.

Complexe ongelijkheid

De werkelijkheid die gezondheidsverschillen veroorzaakt, is zeer complex. Complex omdat het zich niet laat vernauwen tot louter sociaaleconomische factoren: mensen met een hoge sociaaleconomische status die hun sociale netwerk zien afbrokkelen kunnen eenzaam worden en daardoor ziek. Complex omdat het een interactie tussen verschillende factoren betreft: ongelijkheid in onderwijs, arbeidsmarkt, sociale zekerheid, leefomgeving, gezondheid en sociale relaties staan niet op zichzelf; ze beïnvloeden elkaar, soms in negatieve, maar soms ook in positieve zin. Complex omdat het een correlatie van factoren betreft gedurende een lange periode in de tijd: verschillen ontstaan niet plots en zijn vaak een gevolg van een opstapeling van problemen gedurende de levensloop.[9]

Dat gezondheid ongelijk is verdeeld over de bevolking is ten dele onvermijdelijk. Niet ieder mens heeft bij geboorte dezelfde startpositie, omdat mensen genetisch, biologisch en psychisch nu eenmaal van elkaar verschillen. Daar komen maatschappelijke verschillen bij. Het maakt voor je gezondheid alleen al een behoorlijk verschil of je man of vrouw bent: vrouwen leven langer, maar zijn vaak minder gezond dan mannen. Dit ligt niet alleen aan biologische sekseverschillen, maar ook aan het feit dat mannen en vrouwen in cultureel, economisch en sociaal opzicht van elkaar verschillen of verschillend worden behandeld.[10]

Naast biologische factoren wordt je gezondheid voor een groot deel bepaald door de omstandigheden waarin je wordt geboren, opgroeit, woont en werkt. Allemaal factoren die traditioneel buiten het gezondheidsdomein liggen en waar niet iedereen in eenzelfde mate vat op heeft of verantwoordelijkheid over kan nemen. Wat het zo complex maakt, is dat er vaak sprake is van een stapeling en interactie van zaken. Zoals én bestaansonzekerheid én een precaire huisvesting. Of schulden én een instabiele gezinssituatie. Of laaggeletterdheid én het hebben van een migratieachtergrond. Of een migratiegeschiedenis én discriminatie.[11] Zoals Jet Bussemaker, voorzitter van de RVS en tevens hoogleraar aan de Universiteit Leiden, het in haar oratie stelde: zorg is daarom ook een sociale kwestie, niet alleen een medische.[12] Hoe meer men zich geconfronteerd ziet met een opeenstapeling van problemen, problemen die elkaar ook nog eens beïnvloeden, hoe minder het vermogen om ze zelf te verhelpen, hoe groter het effect op de gezondheid.[13]

Een slechte gezondheid verkleint de kans op werk, en werkloosheid kan de gezondheid aantasten.[14] Werkloosheid en langdurig leven in armoede kunnen bijvoorbeeld tot schulden leiden.[15] Zoals uit het WRR-rapport *Weten is nog geen doen* (2017) blijkt, kan dit aanleiding zijn om moeite te hebben je aan adviezen, voorschriften en regels te houden, wat dan weer nieuwe problemen met zich mee kan brengen.[16] Slechte en onzekere huisvesting verhoogt stress en kan zo leiden tot spanningen binnen het gezin. Wonen naast een snelweg veroorzaakt longproblemen.[17] Gevoelens van onveiligheid vergroten de kans op angst, wantrouwen, eenzaamheid en sociaal isolement. Deze opeenstapeling van factoren leidt vaak weer tot chronische stress, wat de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en depressie vergroot. Bovendien hebben chronische onzekerheid en stress ook invloed op de cognitieve vermogens en vaardigheden om met problemen om te gaan en daarmee ook op de leefstijl van mensen.[18]

De oorzaken waardoor mensen in zo'n negatieve spiraal terechtkomen verschillen sterk: van geboorte tot migratie, van het maken van foute keuzes tot simpelweg pech, van onwil tot overmacht of het ontbreken van de nodige mentale of fysieke weerbaarheid. Eenmaal in een negatieve spiraal beland, kan sociale marginalisatie versterkt worden door het verschralen van het sociale netwerk en andere beschikbare hulpbronnen. Mensen komen vast te zitten in keuzestress, terugtrekgedrag, passiviteit en zelfs sociaal isolement. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) becijferde in 2014 dat ruim een kwart van de Nederlandse bevolking tot de 'achterblijvers' of de 'onzeker werkenden' behoren. Zij hebben relatief weinig beschikbare hulpbronnen, waaronder ook sociaal en cultureel kapitaal.[19] Dat maakt van complexe ongelijkheid een maatschappelijk probleem dat de gezamenlijke veerkracht aantast; een deel van de bevolking raakt op velerlei vlakken achterop.

We concluderen dat gezondheidsachterstanden voor een substantiële groep de uitkomst is van een werkelijkheid waarin verschillende factoren stapelen en met elkaar verweven zijn. Door het nationale beleid vooral te richten op individuele leefstijl en gedrag wordt in feite – gechargeerd gezegd – vooral het symptoom bestreden en niet de kwaal. Zoals we in het welzijnswerk geleerd hebben om te kijken naar de vraag achter de vraag, moeten we in relatie tot gezondheidsverschillen kijken naar de oorzaken achter de oorzaken.[20]

Breder kijken

Er is in de loop van de afgelopen decennia iets paradoxaals in het denken over sociaaleconomische gezondheidsverschillen geslopen. De indicator waarmee we kwetsbare groepen en complexe problemen in beeld brengen, is in de loop van de tijd zowel de verklaring van het probleem als de oplossingsrichting geworden. Te weten: de sociaaleconomische status (SES), veelal gemeten aan de hand van opleidingsniveau of inkomen of beroepsstatus, is een goede voorspeller van verschillen in (ervaren) gezondheid. Maar het heeft op veel gebieden ook geleid tot een versmalling van de aanpak. Die is nu vooral gericht op het compenseren van een gebrek aan kennis door middel van voorlichting, het versterken van de individuele vaardigheden en het bevorderen van het eigen gezonde gedrag. En dat is goed, maar niet voldoende om de gestelde gezondheidsdoelen te bereiken. Dat besef begint steeds breder te leven.

Als we gezondheidsverschillen bij de kern willen aanpakken, is een brede blik gericht op de veerkracht van de samenleving als aanvulling op het bestaande beleid nodig. Daarbij is het goed te beseffen dat we nu het resultaat zien van wat jaren geleden gebeurde, en niet van wat er nu gebeurt. Het is zoals kijken naar de sterren: wat we nu waarnemen aan gezondheidsverschillen is mede het resultaat van beleid dat jaren en soms decennia geleden is ingezet.[21] Ook dat draagt bij aan de complexiteit. Bij onze zoektocht naar een bredere aanpak stellen we ons de volgende vraag:

Wat kan de samenleving doen om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen te doorbreken?

Om die vraag te beantwoorden richten we ons allereerst op historische doorbraken die grote invloed hebben gehad op de volksgezondheid in de afgelopen anderhalve eeuw. Daarna kijken we naar het meer recente verleden. Welke veranderingen zien we sinds de opkomst van het SEGV-beleid? Hieruit trekken we lessen met betrekking tot de huidige focus op het individu. Van daaruit richten we onze blik op potentiële doorbraken waarvoor de samenleving als geheel aan zet is.

2 Historische doorbraken: focus op de samenleving

Vanuit historisch perspectief zien we dat drie grote doorbraken ten aanzien van volksgezondheid, en als indirect gevolg daarvan ook gezondheidsverschillen, buiten de individuele medische zorg lagen. De gemene deler van deze maatregelen was dat ze zich primair richtten op *collectieve* problemen en in eerste instantie vooral op het verbeteren van de fysieke en sociale werk- en leefomgeving van burgers. Individuele medische problemen werden daardoor als het ware meegenomen in de aanpak van grote maatschappelijke problemen. Hierdoor ontstond een vliegwiel voor verandering.

Hierbij speelt ook de gestage economische groei als gevolg van de industrialisatie een rol. Een hogere welvaart is goed voor onze gezondheid. Er is dan zowel op collectief als individueel niveau meer geld beschikbaar om te investeren in bijvoorbeeld verbeterde hygiëne, maar ook in betere huisvesting, voeding, onderwijs, arbeidsveiligheid én gezondheidszorg. Dit geldt overigens ook andersom: verbeteringen in de volksgezondheid leiden vaak ook tot een hogere economische groei.[22]

Eerste doorbraak: stadshygiëne

Een eerste doorbraak is de opkomst van stadshygiëne in de tweede helft van de negentiende eeuw. Epidemieën als dysenterie en cholera brachten een discussie over de oorzaken ervan teweeg. Hierdoor ontstond een groep zogenaamde hygiënisten. Zij streefden naar een algehele hervorming van de volksgezondheid waarbij hun aandacht vooral uitging naar kwesties als riolering, drinkwatervoorziening en volkshuisvesting. In hun kielzog volgden een aantal ondernemende technici, medici en stadsbestuurders met radicale plannen voor stadshygiëne: Virchow in Berlijn, Von Pettenkofer in München, Villermé en Parent-Duchâtelet in Parijs, Sarphati en Liernur in Amsterdam, Shattuck in Boston en Chadwick in Londen.[23]

De aandacht voor stadshygiëne was succesvol. Riolering, afvalverwijdering, sanitaire voorzieningen en vers drinkwater, die omstreeks 1880 in steeds meer Nederlandse steden werden geïntroduceerd, vormden het begin van de openbare gezondheidszorg en werden steeds meer gezien als brede maatschappelijke opgaven in plaats van humanitair beleid voor de armen. Verhuizen naar betere wijken kon de rijkere klasse immers niet vrijwaren van ziekte, want cholera respecteerde geen grenzen, noch fysiek noch sociaal. Hierdoor werd een nieuw soort denken geïntroduceerd: 'De arts geneest de mensen stuk voor stuk, de wetgever bij miljoenen', zei Bentham omstreeks 1770.[24] Of zoals Virchow het in revolutiejaar 1848 stelde: 'Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal'.[25]

Tweede doorbraak: sociale wetgeving vanaf de industrialisatie

Een tweede belangrijke doorbraak is de ontwikkeling van de eerste sociale wetten aan het einde van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw. De industrialisatie van Nederland vanaf 1870 ging gepaard met steeds slechter wordende arbeids- en leefomstandigheden en toenemende sociale spanningen. Arbeiders en hun kinderen die vaak ook in de fabriek werkten

hadden een veel grotere kans om te overlijden dan hun bazen; al dan niet als direct gevolg van hun werk.[26] De roep om overheidsingrijpen werd groter. Langzaam drong het besef door dat de risico's die gepaard gingen met industrialisatie niet als individuele risico's konden worden afgedaan. In die tijd werd dit de 'sociale quaestie' genoemd, een kwestie van collectief belang.[27] Er ontstond – mede onder druk van het opkomende socialisme – geleidelijk aan draagvlak voor collectieve beleidsmaatregelen die huisvesting, arbeidstijden en arbeidsomstandigheden reguleerden én arbeiders tegen de inkomensgevolgen van arbeidsongevallen, (tijdelijke) invaliditeit, werkloosheid en ziekte moesten beschermen. Tegelijkertijd was het ook simpelweg een kwestie van 'verlicht of welbegrepen eigenbelang' van de regerende elite: een collectieve aanpak was noodzakelijk om de indirecte gevolgen van tekort of tegenslag (pech) van een deel van de samenleving niet over te laten slaan op de samenleving als geheel.[28]

Tussen 1871 en 1930 steeg de gemiddelde levensverwachting bij geboorte in Nederland van minder dan 40 jaar naar 65 jaar.[29] Dit kwam mede door een dalende kindersterfte onder de armere lagen van de bevolking, en als gevolg van verbeterde stadshygiëne, betere voeding en schoon drinkwater.[30] Maar ook de levensverwachting van ouderen verbeterde. Niet meer (kunnen) werken door ouderdom of invaliditeit had aan het begin van de twintigste eeuw weliswaar nog steeds ingrijpende gevolgen, maar er was wel een beter sociaal vangnet voorhanden.[31]

Ontstaan verzorgingsstaat

Deze ontwikkeling zette door in de jaren vijftig van de vorige eeuw. Vlak na de Tweede Wereldoorlog waren politieke stabiliteit en sociale vrede noodzakelijk voor de wederopbouw van de samenleving. Daardoor ontstond draagvlak om verder te interveniëren in persoonlijke levensterreinen als gezondheid, inkomen, wonen en onderwijs. En dus klonk het pleidooi voor de overheid om zich actief te gaan bemoeien met het leven van burgers. Stukje bij beetje werd de verzorgingsstaat 'van de wieg tot het graf' opgebouwd.[32] Tijdens de Duitse bezetting (1941) werd een verplichte sociale ziektekostenverzekering ingevoerd voor mensen met (beneden)modaal inkomen.[33] De invoering van de Algemene Ouderdomswet (AOW) zorgde voor een afname van armoede onder ouderen. De Algemene Bijstandswet (ABW) betekende een keerpunt in de bestrijding van armoede voor de gehele bevolking. En door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kon men aanspraak maken op langdurige zorg buiten de traditionele kaders van het gezin of de armenzorg. Bovendien vertaalde de welvaartstijging zich ook in betere woningen, voeding van hogere kwaliteit en meer ruimte voor scholing.[34] De collectieve aanpak van wonen, werken, leren en verbeteringen in de gezondheidszorg én de toegankelijkheid ervan leidde tot een enorme gezondheidswinst en kleinere gezondheidsverschillen.

Derde doorbraak: onderwijs

In dezelfde periode werd de maatschappelijke ongelijkheid verder verkleind door het onderwijs. Stoppen met de lagere school was eerder uitzondering dan regel voor de generatie die na de Tweede Wereldoorlog geboren werd. Onderwijs werd hierdoor dé emancipatiemachine[35] en het aantal hoogopgeleiden neemt sindsdien almaar toe. Dit zorgde voor een stijgend welvaartsniveau en een nooit eerder geziene sociale mobiliteit. Daar waar begin jaren zeventig van de vorige eeuw slechts 8% van de bevolking hoogopgeleid was, is in Nederland momenteel 30% van de bevolking hoogopgeleid. Binnen de leeftijdscategorie 30- tot 35-jarigen is dat maar liefst 49%.[36] Kortom, de stijging in levensverwachting sinds 1970 viel samen met een stijging van het opleidingsniveau van de bevolking.

Het verband tussen levensverwachting, gezondheidswinst, gezondheidsverschillen en onderwijsniveau is een onderwerp van wetenschappelijk debat.[37] Toch is de laatste jaren door onderzoek van bijvoorbeeld epidemiologen en gezondheidseconomen als Kaplan, Lutz, Luy, Montez en Friedman steeds meer bewijs voorhanden dat verbetering van het opleidingsniveau leidt tot gezondheidswinst, zowel op individueel als op populatieniveau. Immers, opleiding verbetert permanent de cognitieve mogelijkheden alsook controle over het eigen leven. Dit zorgt voor meer welvaart en een stijgende levensverwachting.[38]

Wat leren we hiervan?

Deze drie doorbraken leren ons het volgende: er zijn interventies die in het verleden de gezondheid en levensverwachting van mensen met grote sprongen hebben verbeterd, terwijl dat lang niet altijd het primaire doel was. De interventies werden toegepast in het belang van de samenleving als geheel. Oftewel: doorbraken in het verkleinen van gezondheidsverschillen kunnen ontstaan als neveneffect van de aanpak van maatschappelijke problemen.

3 Het recente verleden: focus op het individu

Wanneer we naar het meer recente verleden kijken, zien we dat het denken in termen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen begin jaren tachtig van de vorige eeuw zijn intrede doet. Tot dan waren sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederlands gezondheidsbeleid nog een non-issue.[39] Daar kwam verandering in door het in Engeland uitgebrachte *Black Report* in 1980. Dit rapport toonde ondubbelzinnig aan dat gezondheid ongelijk verdeeld was over de Britse bevolking. Ondanks de oprichting van de *National Health Service* (NHS) in 1948 bleken de verschillen groter in plaats van kleiner te worden. Belangrijkste conclusie was dat sociale ongelijkheden op het terrein van inkomen, huisvesting, opleidingsniveau en arbeidsomstandigheden bepalend zijn voor de gezondheid.[40]

In 1985 verscheen in Nederland de *Nota 2000*. Voor het eerst kregen ook in Nederland sociaaleconomische gezondheidsverschillen de nodige aandacht. Echter, ondanks de daarop volgende decennia van interventies en beleid op dat gebied, is er geen sprake van afname van gezondheidsverschillen. Iedereen ging er weliswaar op vooruit wat absolute gezondheid betreft. Maar het beleidsdoel van het verkleinen van gezondheidsverschillen werd niet behaald. Sterker nog, in de jaren daarna leken ze juist weer groter te worden.[41] Als we willen begrijpen wat er nu gebeurt met gezondheidsverschillen, moeten we dus kijken naar wat er sinds het verschijnen van de *Nota 2000* heeft plaatsgevonden binnen de samenleving.

- Ten eerste is er sinds de jaren tachtig sprake van toenemende ongelijkheid ten aanzien van wonen en leefomgeving.
- Ten tweede hebben veranderingen op de arbeidsmarkt én in de voorzieningen van de verzorgingsstaat invloed op de positie van werkenden.
- Ten derde beïnvloedt het denken in termen van eigen verdiensten de emancipatoire kracht van onderwijs in Nederland. De focus binnen nationaal beleid *en* de samenleving als geheel kwam steeds meer te liggen op de individuele verantwoordelijkheid. Dit lichten we hieronder toe.

Ongelijkheid in wonen en leefomgeving

Veel steden hebben geprofiteerd van de economische groei van de jaren 1990 en 2000. Verloederde wijken konden worden opgeknapt en er kon weer worden geïnvesteerd in openbaar vervoer, groen en andere voorzieningen. Verschillende steden leefden bijna letterlijk weer op en werden aantrekkelijk voor buitenstaanders. De PBL-studie *De Verdeelde Triomf* (2016) maakte duidelijk dat technologisering, agglomeratievoordelen en globalisering vooral in de grote stadsgewesten (de Randstad, maar bijvoorbeeld ook Eindhoven, Groningen en Arnhem) voor een grote groei hebben gezorgd, met name voor hoogopgeleiden. Deze groei veroorzaakt echter niet automatisch een groei van het aantal lagerbetaalde banen of de kans op een baan voor werklozen.[42]

Bijkomend hebben de verschraling van sociale woningbouw en het toenemende woningtekort, scheefwonen, stijgende huren, dalende huursubsidie en beleggingsactiviteiten op de woningmarkt het voor bepaalde groepen moeilijker gemaakt om in de stad te wonen.[43] Zij verplaatsten zich eerst naar de randen van de stad en daarna steeds vaker buiten de stad.

Hierdoor ontstonden wijken en gemeenten waarin een onevenredig groot aantal mensen wonen met eenzelfde sociale positie. Woningen, sportfaciliteiten en publieke voorzieningen zijn er vaak van mindere kwaliteit. De scholen worden er door de Onderwijsinspectie als zwak tot zeer zwak bestempeld.[44] Dit heeft niet enkel gevolgen voor die buurten waar problemen zich dreigen op te stapelen, maar ook voor de stad zelf.

In steden als Utrecht en Amsterdam wordt personeelstekort bij politie, kinderopvang , onderwijs en zorg gelinkt aan de woningnood. In bijvoorbeeld Amsterdam behoort 20% van de bevolking tot de middeninkomens, terwijl slechts 7% van het woningaanbod voor hen bestemd is.[45] Voor sommigen is het wonen in de regio's rond de stad een bewuste keuze. Zij ruilen bijvoorbeeld een korte reistijd vrijwillig in voor een groter huis met tuin. Voor anderen is dat geen bewuste, maar een afgedwongen keuze: een woning binnen de ringweg van Amsterdam zit er voor een verpleegkundige, onderwijzer of buschauffeur met een gezin lang niet altijd in.[46] Deze fenomenen worden bovendien versterkt door een regionale krimp aan de randen van Nederland, waar juist hoogopgeleide jongeren wegtrekken richting de (Rand)stad.[47]

Er zijn vanzelfsprekend regionale verschillen, maar de toename van sociale en maatschappelijke segregatie lijkt een algemeen verschijnsel, tussen én binnen regio's. Rond steden als Amsterdam en Utrecht stijgt de economische groei gestaag, in Groningen en Zuid-Limburg daalt deze. Een algemeen stijgende welvaart wordt dus ongelijk verdeeld over het land.[48] In het noorden van Nederland verdienen laagbetaalden voor hetzelfde werk minder dan in de Randstad, een loonongelijkheid die ook binnen centrumgemeenten is waar te nemen.[49] In combinatie met veranderingen op macroniveau, zoals technologisering en globalisering, hebben deze verschijnselen een direct gevolg voor de woningmarkt. Huur- en koopprijzen stijgen, starters komen knel te zitten, wachttijden voor sociale woningen groeien fors, verkamering in grote steden, krimp in buitenstedelijke gebieden en (sociale) homogenisering van wijken en buurten. Dit alles heeft gevolgen voor de persoonlijke kansen en levenssfeer.

Stapeling van problemen

Het feit dat steeds meer mensen met uiteenlopende sociale problemen samenwonen in dezelfde wijk heeft niet geringe effecten. Na jaren van beleid gericht op achterstandswijken concludeerde Aedes dit jaar dat de situatie alleen maar urgenter is geworden. Volgens de koepel van woningbouwcorporaties is het in 10% van deze buurten nu één voor twaalf. De leefbaarheid en het veiligheidsgevoel in deze buurten en wijken erodeert zienderogen, als gevolg van de toename van bewoners in een kwetsbare positie: een grote afstand tot de arbeidsmarkt, mensen met een licht verstandelijke beperking en mensen met psychiatrische problemen.[50]

Maar er zijn meer nadelige effecten. Zo blijkt de wijk waar iemand geboren wordt doorslaggevend voor succes in het onderwijs.[51] De zorguitgaven voor baby's en kinderen in achterstandsbuurten kunnen tot gemiddeld 1.000 euro per jaar hoger zijn dan in buurten waar geen accumulatie van armoede en werkloosheid heerst.[52] Bijkomend lopen kinderen die opgroeien in multiprobleemgezinnen meer kans op het ontwikkelen van emotionele problemen, gedragsproblemen en ontwikkelingsproblemen. Bij de aanwezigheid van vier (onderling samenhangende) risicofactoren, te weten: slechte woonsituatie, armoede, gescheiden ouders en beperkte structuur in het leven of de huishouding is de kans dat een kind op latere leeftijd zelf problemen ontwikkelt meer dan 30%.[53] Als we nu niet ingrijpen zullen zowel deze mensen individueel als de samenleving in haar geheel daarvan binnen enkele decennia de nadelige gevolgen ondervinden.

Luchtkwaliteit en groen

Uit Belgisch onderzoek blijkt dat kinderen die onderwijs volgen in gebieden met slechte luchtkwaliteit - vaak aan de rand van de stad en dichtbij de uitvalswegen - minder goede schoolresultaten behalen.[54] Vergroening zou daarvoor een oplossing kunnen zijn. Steeds meer gemeenten, zoals Utrecht, Rotterdam, Amsterdam en Apeldoorn, pakken deze uitdaging op en investeren fors in de aanleg van meer groen en blauw (water) in de stad.[55] Dit soort brede collectieve investeringen in de fysieke leefomgeving komt de gehele stedelijke gemeenschap ten goede.

Dit geldt in veel mindere mate voor goedbedoelde overheidssubsidies voor de 'vergroening' van huishoudens. Deze subsidieprogramma's vereisen over het algemeen vaak eigen kapitaal. De *haves* kunnen het zich veroorloven, en krijgen dus ook de subsidies, de *have nots* niet. De 'winst' van 'vergroening' wordt dus niet evenredig verdeeld.[56] Onderzoeksbureau CE Delft becijferde (2017) dat van 750 miljoen euro aan subsidies en belastingvoordelen slechts een vijfde de armere huishoudens heeft bereikt. Zo'n subsidie vergroot onbedoeld de kloof tussen *'greens'* en *'green nots'*.[57] Een kloof die in potentie alleen maar groter wordt. Immers, duurzaam gedrag is veelal aangeleerd gedrag en afhankelijk van het opleidingsniveau. Zo hebben laagopgeleiden minder vertrouwen in het aanpakken van het klimaatprobleem dan hoger opgeleiden. Bewust kiezen aan de kassa gebeurt eveneens meer door hoger opgeleiden, en jongeren.[58] Niet voor niets waarschuwde Kim Putters, directeur van het SCP, dat het duurzaamheidsvraagstuk is uitgegroeid tot een sociale kwestie.[59]

Ongelijkheid in bestaanszekerheid

Collectieve verzekeringen beschermden oorspronkelijk arbeiders tegen armoede, ziekte, arbeidsongeschiktheid en (tijdelijke) invaliditeit en zorgden zo voor inkomenszekerheid en sociale stabiliteit. Deze maatregelen hebben in de loop van de tijd een ander karakter gekregen. Sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw is er veel veranderd op de arbeidsmarkt: het aantal vrouwen dat werkt is revolutionair toegenomen; lang niet iedereen werkt meer een leven lang voor dezelfde baas; deeltijdwerk, zelfstandigen zonder personeel en flexibel werk hebben – soms uit vrije keuze, soms uit gebrek aan ander perspectief – een hoge vlucht genomen.

Tegelijkertijd heeft de overheid in veel maatschappelijke domeinen een stap terug gedaan, zijn overheidsdiensten geliberaliseerd of geprivatiseerd en kwam de focus te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Betaalbaarheid, rechtmatigheid, doelmatigheid en keuzevrijheid werden belangrijke politieke ambities.[60] Daardoor werd meer verwacht van de individuele burger, ook in relatie tot sociale voorzieningen.[61] Illustratief hiervoor is het feit dat overheidsdiensten steeds meer als product werden gedefinieerd met burgers als klant of consument. Risico's rondom inkomen, werk en gezondheid werden meer gekoppeld aan individuele verantwoordelijkheid én keuzevrijheid dan voordien. Dit heeft geleid tot technisch gedetailleerde maar complexe voorzieningen waar niet iedereen zijn weg in weet te vinden. Gevolgen zijn kwetsbare jongeren die jeugdzorg mislopen, oproepen voor minder complexe ouderenzorg, en oplopende wachtlijsten voor mensen met de behoefte aan complexe GGZ-zorg.

Onzeker inkomen

De flexibilisering op de arbeidsmarkt is de laatste jaren doorgeschoten. Recent noemde de commissie-Borstlap dit onomwonden 'een nieuwe sociale kwestie'.[62] De opkomst van flexibele arbeid heeft – volgens de commissie – een nieuwe kloof gecreëerd, waarbij hoogopgeleiden meer inkomenszekerheid genieten dan laagopgeleiden. Werknemers met een flexibele arbeidsrelatie en ZZP'ers vormen in Nederland samen 3 miljoen flexwerkers. Dat is 34% van alle werkenden.[63] Dit ondermijnt de emancipatorische kracht van arbeid voor een groot deel van de Nederlanders en zorgt voor een versterking van sociale scheidslijnen. Zowel in sociale als economische termen neemt de waarde van arbeid af. Bij wijze van voorbeeld: een kwart van de ZZP'ers is volgens eigen zeggen uit noodzaak gestart. Ze vinden geen baan in loondienst, waardoor voor hen een groot deel van de rechten, die de laatste decennia zijn verworven, niet beschikbaar zijn: pensioenopbouw, arbeids- en zorgregelingen, werkloosheidsuitkering en vakantiegeld. Verschillende groepen zien zich dus in een verschillende mate beschermd en bovendien is niet iedereen even weerbaar. Met betrekking tot het verouderen van de kennis nodig voor het uitoefenen van een beroep, stelt de commissie-Borstlap dat dit niet per definitie een individueel risico moet zijn.

Onzeker wonen

Cijfers van het Nibud (2019) maken duidelijk dat van de huurders in Nederland 50% moeite heeft met rondkomen, dat 40% financiële schaarste ervaart en 30% met betalingsachterstanden te kampen heeft. Ongeveer 30% van de huurders in de vrije sector woont in een huis dat gezien hun financiële situatie eigenlijk te duur is. Een kwart van de huurders, oftewel 800.000 huishoudens, heeft te weinig middelen om in het levensonderhoud te voorzien. Dit betreft met name mensen die in een sociale huurwoning wonen, alleenstaanden en huurders tussen de 25 en 45 jaar.[64] Dat maakt hun woonsituatie in financiële zin permanent kwetsbaar. Uit het advies 'Herstel begint met een huis' (2020) van de RVS onthouden we dat het aantal daklozen het laatste decennium verdubbeld is en dat het clichébeeld van de zwerver niet langer opgaat. Steeds vaker zijn het mensen die na een *life event* in de problemen komen, hun sociale netwerk uitgeput zien en pas dan bij de maatschappelijke opvang aankloppen. Zij zijn echter het topje van de ijsberg. Anno 2020 weten we dat een precaire woonsituatie en het hebben van een onzeker inkomen een groot negatief effect hebben op de fysieke en mentale gezondheid van mensen.[65]

Grote groep precairen

Zoals eerder al aangestipt, ervaart meer dan een vierde van de Nederlanders op verschillende levensdomeinen verregaande problemen. Het SCP concludeert dat deze groep tekort komt op zowel persoonlijk, cultureel, economisch als sociaal kapitaal. Meer concreet: ze hebben geen ondersteunend informeel netwerk, geen stabiele woonsituatie, geen werk of dagbesteding, ze zijn laagopgeleid, vaak onzeker en er zijn onvoldoende financiële middelen. Bovendien hebben ze te maken met een slechte fysieke of mentale gezondheid.[66] Zij leven in permanente onzekerheid over hun toekomst. Dit brengt chronische stress en andere gezondheidsklachten met zich mee. Het verdwijnen van stabiliteit in bestaanszekerheid betekent voor hen achteruitgang in gezondheid.

Ongelijkheid in onderwijs

De laatste decennia is een sterk geloof ontstaan in een meritocratische samenleving waarin je maatschappelijke positie vooral wordt bepaald door je eigen verdiensten (*merites*), ofwel je eigen kennis en vaardigheden. Hoewel deze opvatting op zichzelf natuurlijk niet verkeerd is,

bestaat het gevaar dat de sociaaleconomische positie hierdoor gereduceerd wordt tot een puur persoonlijke prestatie *of* persoonlijk falen.[67] En het is maar zeer de vraag of dit opgaat. Zo laat het rapport *Kwalitatief goed onderwijs met kansen voor iedereen* (2020) zien dat het gezin, de straat, de wijk en de omgeving waarin een kind opgroeit *ook* een grote bijdrage leveren aan het later behaalde succes. Die factoren heb je als individu niet (altijd) in eigen hand. De grote druk van diploma's en de toenemende sociale segregatie – nog eens versterkt door het dreigende lerarentekort – leiden tot toenemende kansenongelijkheid in het onderwijs. Ook hier versterken effecten elkaar; scholen in wijken met veel problemen hebben meer moeite goede leraren te vinden. Kinderen uit gezinnen met weinig werkervaring hebben meer moeite een goede school- en beroepskeuze te maken, en zijn eerder schoolverlater.[68]

Gezinnen met ouders met een hogere opleiding en inkomsten zullen proberen mogelijke tekortkomingen in het reguliere onderwijs buiten de school te compenseren. Uitgaven voor schaduwonderwijs (bijvoorbeeld bijles, studiecoaching, huiswerkbegeleiding, examentraining, etc.) zijn de laatste jaren fors toegenomen: van circa 30 miljoen euro in 1995 tot bijna 200 miljoen euro in 2016.[69] Dat vergroot de ongelijkheid in onderwijskansen.

De oorzaken die voor deze toename genoemd worden zijn divers en duiden andermaal op een achterliggende complexiteit: van algemene sociale segregatie, vermeend kwaliteitsgebrek, te grote klassen en te weinig maatwerk, toename van competitie en prestatiedruk (waardoor men via bijscholing hogere cijfers probeert te halen) tot het inzetten van schaduwonderwijs als verlengde kinderopvang omdat beide ouders werken (en het dus kunnen bekostigen). Eén van de zorgen die aan de opkomst van het schaduwonderwijs gekoppeld wordt is dat verborgen privatisering van het publieke onderwijsbestel leidt tot minder kansengelijkheid, waardoor de toegankelijkheid van het gehele onderwijs in het geding komt.[70]

Diploma-inflatie

Zoals gezegd zien we de laatste decennia een enorme stijging van het aantal hoogopgeleiden. Dit heeft als paradoxaal effect gehad dat de waarde van een diploma is gedaald. [71] Dit wil zeggen dat diegenen die sinds de jaren zestig massaal op de maatschappelijke ladder konden stijgen door het behalen van een hoger diploma, er de meeste vruchten van geplukt hebben. De huidige generatie heeft omwille van die diploma-inflatie andere hefbomen nodig om een gunstige maatschappelijke positie te verwerven.[72] Een mooi diploma op je CV is niet langer voldoende: vrijwilligerswerk, stages, bijbaantjes of deelname aan internationale uitwisseling worden steeds belangrijker.

Daarbij is er weinig oog voor verschillen in omstandigheden van jongeren. Jongeren die opgroeien in armoede (ongeveer 8% van alle kinderen) of jongeren met een slechte gezondheid (ruim 25% van de jongeren tot 25 jaar heeft een chronische aandoening) hebben niet altijd de ruimte voor 'extra' activiteiten. Ook voor jonge mantelzorgers (ongeveer 6 tot 8% van de jongeren tussen 13 en 17 jaar) is het lastiger om aan te geven wat zij als extra's te bieden hebben.[73] Hun inspanningen kunnen echter veel betekenisvoller zijn dan een extra huiswerkcursus of extra-curriculaire activiteiten. De bijdrage die onderwijs kan leveren aan gezondheid, zoals hierboven betoogd, is dus niet voor iedereen gelijk, omdat onderwijskansen niet gelijk zijn verdeeld over de bevolking. Het meritocratische ideaal vertelt maar een deel van het verhaal.

Prestatiedruk

Scholieren en studenten staan, mede door diploma-inflatie, onder grote druk om goed te presteren. In 2018 vroeg de RVS hier in het essay *Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen* al aandacht voor.[74] Uit een recente analyse van het RIVM, het Trimbos Instituut en het Amsterdam UMC (2019) blijkt dat het aantal jongeren tussen de 12 en 25 jaar met psychische problemen is toegenomen ten opzichte van tien jaar terug[75], vooral onder vrouwen. Niet toevallig is dat juist de groep die de laatste jaren een steeds hoger opleidingsniveau heeft verkregen. Ook de ervaren druk door schoolwerk onder jongeren tussen 12 en 16 neemt de laatste jaren sterk toe.[76] Op de basisschool en de middelbare school neemt de druk toe om een 'goed' vervolgadvies te krijgen, net als de angst om een 'foute' studiekeuze te maken. Bij studenten spelen meer factoren een rol; daar gaat het om een combinatie van bindend studieadvies, leenstelsel, sociale verwachtingen (denk aan *social media*), gecombineerd met onzekerheid over hun toekomstige kansen op de woning- en arbeidsmarkt. Het past allemaal in een bredere maatschappelijke trend van meer druk.

Ongelijkheid door gelijke behandeling

In Nederland worden gelijke gevallen op grond van het rechtsstatelijke gelijkheidsbeginsel gelijk behandeld. Het is lastiger gebleken om ongelijke gevallen ook ongelijk te behandelen. De verzorgingsstaat is niet goed in het inspelen op verschillen tussen mensen. Met name daar waar het complexe problematiek betreft, zien we dat verschillende logica's van het zorgsysteem met elkaar kunnen botsen. Gevolg is dan een dure maar weinig efficiënte hulpverlening, zoals bleek uit het RVS-advies *Complexe zorg, eenvoudige toegang* (2019).[77] En dat is juist ten aanzien van gezondheidsverschillen problematisch. Ziehier dus het zogenoemde Mattheüseffect*: beleid en maatregelen die gericht zijn op groepen met een lagere sociaaleconomische status hebben door hun universele karakter een gunstig effect op die groepen, maar een nog groter positief effect op groepen die het al goed doen.[78] Dit heeft als implicatie dat universeel beleid gericht op gezondheid effectief bijdraagt aan een betere gezondheid voor iedereen, en dat het tegelijkertijd leidt tot grotere ongelijkheid.

* Cf Matteüs 25:29 (NBV), 'Want wie heeft zal nog meer krijgen, en wel in overvloed, maar wie niets heeft, hem zal zelfs wat hij heeft nog worden ontnomen'.

4 Een breder perspectief dan SEGV

Gezien de complexe werkelijkheid achter gezondheidsverschillen vindt de RVS dat de term 'sociaaleconomische gezondheidsverschillen' toe is aan heroverweging. Iemands sociaaleconomische status was jarenlang de indicator voor sociale ongelijkheid – inkomen en opleidingsniveau werden daarmee gaandeweg dé bepalende factoren waar andere verschillen als het ware uit voortvloeiden. Maar in onze huidige samenleving zijn ook vaardigheden nodig om richting aan je leven te geven en met complexe problemen om te kunnen gaan, waaronder je weg vinden in een complexe maatschappij.

De blik op het verleden leert ons dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen het sterkst verminderden bij een aanpak die de hele samenleving betrof, en niet bij een aanpak gericht op het individu of een beperkte groep. Maar ook dat die aanpak niet per definitie het doel had die verschillen te verkleinen. Beide constateringen bevestigen dat de oorzaken van (on)gezondheid verder gaan dan louter individueel gedrag of het ontbreken van een trapveldje in een wijk.

De conclusie die de brede blik oplevert, is dat we meer oog moeten hebben voor interventies die collectief gericht zijn alsook voor culturele en mentale aspecten. Zolang de focus gericht blijft op het individu, op basis van inkomen en cognitieve vaardigheden, zal de hardnekkigheid van de gezondheidsverschillen die we nu kennen nog lang voortduren. De WRR zoekt een ander perspectief door niet langer te spreken over gezondheidsverschillen, maar het gezondheidspotentieel centraal te stellen, en je af te vragen waar en bij wie de grootste gezondheidswinst te behalen is. Bovendien pleit de WRR voor een meer universele benadering van gezondheid en gezondheidsverschillen met extra aandacht voor 'achterblijvers'. Deze benadering noemt de WRR 'universeel proportionalisme'.[79] Dat is een stap vooruit ten opzichte van de traditionele benadering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen van de Rijksoverheid, maar blijft beperkt binnen de zorg. Ook de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 – 2024[80] is zoals eerder gesteld een stap in de goede richting.

De RVS bouwt hier graag op voort, maar kiest voor een nog breder perspectief. Een perspectief waarin niet het individu, gezondheidszorg en preventie voorop staan, maar de 'complexe ongelijkheid' achter gezondheidsverschillen. We moeten ons richten op 'the causes of the causes', zoals arts en epidemioloog Michael Marmot het ooit noemde.[81] Onze blik richten op deze ongelijkheid is meer behulpzaam en accuraat voor het begrijpen, duiden en aanpakken van gezondheidsverschillen door overheden, professionals en maatschappelijke organisaties dan ons richten op de term 'sociaaleconomisch'. En als we het hebben over die complexe ongelijkheid hebben we het over de samenleving als geheel. De zorg voor ons allemaal, die zowel sociaal, maatschappelijk als medisch is. Dat maakt van complexe ongelijkheid misschien wel dé sociale kwestie van deze tijd.

Basisprincipes voor een nieuwe aanpak

Tot besluit van dit essay willen we verkennen welke doorbraken vandaag de dag mogelijk zijn om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen daadwerkelijk te verkleinen. Daarbij is de inzet breder dan gezondheid, het beleidsterrein breder dan zorg en de reikwijdte eerder collectief dan individueel. Om deze te duiden zullen we eerst enkele basisprincipes voor nieuw, aanvullend beleid voorstellen.

Een nieuwe bijdrage aan de geschiedenis

Wat we nodig hebben is een doorbraak gericht op de complexe ongelijkheid die achter gezondheidsverschillen schuilgaat. Denk hierbij aan de eerste historische doorbraak: de aanleg van riolering, afvalverwijdering en schoon drinkwater kwamen iedereen ten goede en bevorderden de gezondheid bijna als mooi neveneffect. Het is in ons welbegrepen eigenbelang én ons gezamenlijk belang dat we inzien dat complexe ongelijkheid ten koste gaat van onze maatschappelijke welvaart, veerkracht én onze volksgezondheid. Het aanpakken van die complexiteit verdient een eigen langetermijndoelstelling. We moeten dus op zoek naar de riolering van deze tijd.

1) Daarbij zijn duurzaamheid en continuïteit in beleid allereerst noodzakelijk, aangezien resultaten van interventies in complexe ongelijkheid pas jaren later zichtbaar zijn. Dit beleid vergt, zoals de Sociaal Economische Raad (SER) recentelijk ook bepleitte, niet alleen een langetermijnvisie en langetermijnfinanciering, maar juist ook bestuurlijk doorzettingsvermogen.[82] Beleidsmakers, vooral op nationaal niveau, moeten verder durven kijken dan wat er kan worden bereikt in één kabinets- of gemeenteraadstermijn. Dit geldt voor zowel individuele als collectieve interventies. Net als klimaatdoelstellingen, de doelstellingen als het gaat om Brede Welvaart, de *Sustainable Development Goals*[83] of de Kennis- en Innovatieagenda voor de topsector Gezondheid en Zorg, kunnen we ook doelstellingen met betrekking tot complexe ongelijkheid opstellen. Dan mag het niet alleen gaan over het benoemen van het terugdringen van de gezondheidsverschillen op zich, maar moet het ook gaan over de factoren die deze verschillen zo hardnekkig en cultureel ingebakken maken.

2) Ook hebben we aanvullend beleid gericht op het collectief en de samenleving nodig. Beleid op het gebied van complexe ongelijkheid vraagt samenwerking, over vakdepartementen heen. Het waren niet voor niets sociale wetten die grote verschillen in gezondheid wisten terug te dringen. Dat betekent echter niet dat dit beleid exclusief bij de politiek belegd moet worden. De politiek geneest bij de miljoenen, maar het waren artsen die de oorzaak van de cholera ontdekten. Het waren de architecten en de ontwerpers die de oplossing bedachten. Zo kunnen we allemaal ons steentje bijdragen aan het wegwerken van complexe ongelijkheid: bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en burgers: *it takes a society to fight complex inequality*. Zoals terug te zien in het idee van de *health in all policies* en de Monitor Brede Welvaart. Dat is een mooie ontwikkeling. Nog mooier zou zijn als er *resilient society in all policies* zou komen.

3) Een derde aspect is dat interventies aanvullend op het huidige beleid minder gericht moeten zijn op het terugdringen van gezondheidsverschillen als doel in zichzelf. Bredere ambities hebben mogelijk indirect een veel positiever effect. Door te erkennen dat achter gezondheidsverschillen een complexe ongelijkheid schuilt, erkennen we dat niet alleen individuele burgers aan zet zijn, maar de hele samenleving.

5 Potentiële doorbraken

We hebben gekeken naar de complexe oorzaken van gezondheidsverschillen en lessen getrokken uit historische doorbraken en ontwikkelingen in het meer recente verleden. Tot slot nodigen we u uit om samen met ons op zoek te gaan naar potentiële doorbraken die gezondheidsverschillen daadwerkelijk zullen verkleinen. We hopen dat u daarbij niet schroomt radicaal te denken. Verschillende maatschappelijke en economische vergezichten lijken radicaal omdat ze het bestaande verregaand willen veranderen. Maar daarbij kan ook het 'welbegrepen eigenbelang' de leidraad zijn voor collectieve maatregelen.

En een radicale doorbraak is nodig. Want hoe veerkrachtig is een samenleving wanneer een vierde van haar burgers in verregaande onzekerheid leeft? Hoe weerbaar is de arbeidsmarkt als haar flexibiliteit een nieuwe sociale kwestie wordt genoemd? Over hoeveel koopkracht beschikt een samenleving waarvan een vierde bestaansonzekerheid kent, maar ook het aantal zeer vermogenden toeneemt? Hoe faciliteren we ontmoeting en sociale cohesie waar burgers elkaar niet vanzelf treffen? Hoe komen mensen tot bloei als problematische schulden jaar op jaar stijgen? Hieronder doen we een voorzet voor potentiële doorbraken.

Leefomgeving

Als we kijken naar de gevolgen van beleid van enkele decennia terug, zien we dat gezondheid en leefomgeving met elkaar verbonden zijn. Schonere lucht en een groene omgeving bijvoorbeeld, komen ons allemaal ten goede. Met veranderingen in klimaat en leefomgeving op wijk-, stads- of regioniveau valt gezondheidswinst te boeken. Dit hoeft trouwens niet alleen te gebeuren door gemeenten, getuige het spoorpark in Tilburg, zowat het grootste burgerinitiatief dat ons land rijk is. Het stimuleren van publiek-private samenwerking voor de inrichting van de publieke ruimte overstijgt het politieke belang.[84] We moeten daarom blijvend inzetten op een gezonde leefomgeving die zowel het individu als diens netwerk stimuleren tot participatie, ontmoeting en een gezonde leefstijl, zoals *de Landelijke nota gezondheidsbeleid* aangeeft.

De Omgevingswet die in 2021 van kracht wordt, biedt volop ruimte om gezondheid te verbinden aan ruimtelijke ordening. Bovendien zijn er al tal van landelijke, regionale en lokale organisaties, gemeenten en kennisinstellingen bezig om die verbinding te maken en inspiratie te bieden.[85]

De middelen voor particulieren of buurten om te investeren in duurzaamheid zijn niet gelijk verdeeld. Het aanpakken van wijken in termen van duurzaamheid moet daarom gepaard gaan met een aanpak in termen van leefbaarheid van de wijken. Dat betekent dat collectieve verduurzaming het uitgangspunt is – naar analogie van de inzet op collectieve verbetering van openbare hygiëne in het midden van de negentiende eeuw. In plaats van aanvullende financiële tegemoetkomingen bij individueel duurzaam gedrag, kan een overheid er ook voor kiezen om collectief te investeren in het verduurzamen van de publieke ruimte.

Bestaanszekerheid

Het is denkbaar dat nieuw beleid op een andere manier bestaanszekerheid bevordert, net zoals de opkomst van bescherming tegen arbeids- en bestaansrisico's van begin 1900. Op dit moment kan iemand die op het bestaansminimum leeft in principe 'geholpen' worden met maar liefst 27

inkomensondersteunende maatregelen.[86] De vraag is of dit de beste manier is. Zijn radicale ideeën als een basisbaan[87] of een basisinkomen juist met oog op hun betekenis voor de volksgezondheid niet alsnog het overwegen waard? En zou een reconfiguratie van het onderwijs niet opnieuw de emancipatorische kracht van de toekomst kunnen zijn?

Investeren in de bestaanszekerheid van burgers betekent investeren in mens, maatschappij en economie. Het liberale kabinet Pierson werd na het doorvoeren van de eerste sociale wetten niet voor niets het kabinet van de sociale rechtvaardigheid genoemd. Misschien is het hiervoor nodig om los te komen van paradigma's die al decennia leidend zijn, maar de verschillen niet kleiner gemaakt hebben.

Mentale veerkracht van de samenleving

Gezondheidsverschillen verzwakken het gevoel van solidariteit en daarmee de veerkracht van de samenleving. Alleen een veerkrachtige samenleving kan klappen opvangen. In plaats van in te zetten op zorg zouden we – naar analogie van de betekenis van onderwijs na de Tweede Wereldoorlog – het welzijns- en jongerenwerk, sportverenigingen en andere maatschappelijke organisaties naast het onderwijs een grotere rol kunnen geven bij het ontwikkelen van mentale veerkracht van de samenleving.

In hun scholingsjaren bouwen kinderen mentale weerbaarheid op om hun weg te kunnen vinden in de complexe samenleving. De focus komt dan minder te liggen op cognitieve vaardigheden en meer op relationele en reflectieve vaardigheden. Dat zet niet alleen onderwijsverschillen in een ander daglicht, het werkt ook door op gezondheidsverschillen: op de scheidslijnen die psychische problemen met zich mee brengen én op de manier waarop collectieve middelen worden verdeeld. Maar ook hier geldt: de sleutel ligt niet bij het onderwijs alleen. Ook het inzetten op sport, welzijnsinitiatieven op maat van de buurt, de creatie van informele sociale netwerken en het stimuleren van burgerparticipatie dient te gebeuren met als doel het bevorderen van de collectieve mentale veerkracht.[88]

Voordat zo'n vergezicht dichterbij kan komen, zullen we moeten accepteren dat ongelijke gevallen in sommige opzichten een ongelijke behandeling verdienen. Dit betekent maatwerk waarbij niet de protocollen maar de individuele behoeften de leidraad zijn. Dat betekent dat we niet bij iedereen met dezelfde symptomen medicijnen voorschrijven, maar kijken hoe bijvoorbeeld sociale netwerken als medicijn kunnen dienen. Initiatieven hiervoor bestaan al (zoals *Welzijn op recept*[89]) en hun uitgangspunten verdienen het om breed geïmplementeerd te worden. Dat betekent dat we niet starten bij de vraag waar iemand recht op heeft, of welke *evidence based* behandeling toegepast wordt op deze groep, maar bij de vraag wat iemand nodig heeft. Dus: duurzaam investeren in mensen, niet met het oog op verbetering van de situatie in het heden, maar op het bieden van perspectief in de toekomst. Kort door de bocht: investeren in de oorzaken van problemen, en niet in het wegnemen van symptomen.

Onderwijs als motor

Een nieuwe aanpak zou zich dan ook moeten richten op een andere manier van samenleven. Het gaat dan niet langer over hoe we binnen het bestaande kunnen samenleven, maar over de vraag hóe we willen samenleven, nu en in de toekomst. Startpunt is dan leren samenwerken over domeinen heen en in verbinding: kunst met wetenschap of zorg en techniek bijvoorbeeld.

Waarbij we naast het vergaren van kennis ook ruimte creëren voor verbeelding. Daarbij is ontmoeting essentieel tussen verschillende disciplines, tussen verschillende generaties, tussen verschillende wereldbeelden en tussen verschillende sociale klassen.

Onderwijs was dé emancipatiemotor van de twintigste eeuw, en die motor lijkt stil te zijn gevallen. Kansen(on)gelijkheid lijkt nu een toevallige uitkomst van een onderwijssysteem met het overbrengen van kennis als kerntaak. Maar kansengelijkheid zou een wezenlijk onderdeel van het onderwijs moeten zijn. Dat vraagt een evenwicht tussen de kennisoverdracht, verbinding en *Bildung* in het onderwijs, maar ook om een herwaardering van praktische vaardigheden, zoals werken met je handen. En soms kan het ook iets vragen in de verandering van structuren, bijvoorbeeld waar vroege selectie talentontwikkeling hindert. De *capability approach* biedt inspiratie om te kijken vanuit de mogelijkheden van de individuele leerling; naar wat iemand wél kan, in plaats van wat iemand niet kan. Dat bevordert zelfvertrouwen en veerkracht van jongeren, wat ook de samenleving ten goede komt. Net zoals in het verleden het openstellen van het onderwijs voor iedereen alsook het afschaffen van kinderarbeid ons allemaal veel gebracht heeft: gelijkheid en waardigheid voorop.

6 Tot slot

Met dit essay nodigen we u uit om samen met ons te kijken naar de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen en potentiële doorbraken te vinden om die verschillen te verkleinen. We roepen op om bij die aanpak lessen te trekken uit historische doorbraken en met een bredere blik te kijken. Wij zien dit als een startpunt voor een heroverweging van de huidige smalle focus. Wat de RVS betreft gaat het over de vraag welke samenleving we willen we op lange termijn, en hoe we die willen vormgeven. Dat is niet alleen een opdracht voor politici, maar voor de gehele samenleving. Ook u. De centrale vraagstelling van dit essay was: wat kan de samenleving doen om de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen te doorbreken? U bent dus ook aan zet.

Denk daarom met het volgende mee:

We hebben door te kijken naar historische doorbraken aangetoond dat het verkleinen van gezondheidsverschillen vaak geen doel op zich was. Sterker nog, decennia van beleid expliciet gericht op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen hebben het probleem niet kleiner gemaakt. Voor ons de overtuiging om tot het schrijven van dit essay over te gaan. Dit is ons 'waarom'. *Waarom zouden we volgens u de term sociaaleconomische gezondheidsverschillen wel of niet moeten laten vallen?*

De volgende stap is dan het 'hoe'. Net zoals we steeds vaker zien dat andere indicatoren dan het bruto binnenlands product gebruikt worden om welvaart te meten en te duiden, hebben we aangetoond dat sociaaleconomische status als begrip niet langer toereikend is voor het duiden van de complexe ongelijkheid achter gezondheidsverschillen. We moeten op zoek naar indicatoren van complexe ongelijkheid, waarbij het in ons welbegrepen eigenbelang is dat we ze verminderen. *Hoe kunnen we volgens u het begrip complexe ongelijkheid verder laden met inachtneming van het welbegrepen eigenbelang?*

Ten slotte is er het 'wat'. Het moet mogelijk zijn om op termijn de verschillende determinanten van complexe ongelijkheid breed te bestrijden. Binnen een welvarend land als Nederland verdient dat een formele opdracht aan onze beleidsmakers. Maar ook een opdracht aan onszelf. Een breed gedragen missie over complexe ongelijkheid is dan nodig. We moeten over beroepsgroepen, sectoren, sociale klassen, maatschappelijke posities en vakspecifieke kennis heen onszelf en de ander uitdagen om een einde te maken aan de complexe ongelijkheid. *Wat moet er volgens u in een landelijke missie staan die het terugdringen van complexe ongelijkheid tot topprioriteit maakt?*

Neem deel aan de discussie

Met dit essay brengen wij verschillende perspectieven op complexe ongelijkheid in beeld. Graag horen wij wat uw ideeën en inzichten na het lezen van dit essay zijn. Wij nodigen u uit deel te nemen aan onze LinkedIn discussiegroep (RVS – Verschillen in de samenleving). Om onder andere met elkaar te spreken over hoe we sociaaleconomische gezondheidsverschillen zouden moeten benaderen en welke prioriteiten hierbij centraal moeten staan.

Lijst met geraadpleegde personen

De volgende personen hebben in verschillende stadia van dit essay kritisch meegelezen. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving is evenwel geheel verantwoordelijk voor de inhoud van het essay.

David ter Avest MSc (Hogeschool InHolland)

dr. Jeroen Boelhouwer (SCP)

dr. Lia van Doorn (Hogeschool Utrecht)

dr. Sjoerd Kooiker (SCP)

dr. Fons van der Lucht (RIVM)

prof.dr. Maria van den Muijsenbergh (Radboud UMC / Pharos)

Abassin Nessar MSc (ministerie BZK)

Bart van Overbeek MSc (ministerie VWS)

dr. Ellen Uiters (RIVM)

Nick Zonneveld MSc (Vilans)

Verwijzingen

[1] Mackenbach, J.P. (1994) Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Van Gorcum: Assen.

Mackenbach, J., I. Kulkhánova, 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.

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.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2006) Gezondheidsachterstanden. In: Hollander, A.E.M. de, N. Hoeymans, J.M. Melse, J.A.M. van Oers en J.J. Polder (red.), Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, blz. 195–218. Bilthoven: RIVM

[2] Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024 (Ministerie VWS 2020) en Kwetsbaarheid en veerkracht. WRR-reflecties op de langetermijngevolgen van de coronacrisis (WRR 2020).

[3] Health Holland (2019) Kennis- en Innovatieagenda 2020-2023 voor Gezondheid & Zorg. Utrecht: Health Holland. Geraadpleegd van: https://www.health-holland.com/public/publications/kia/kennis-en-innovatieagenda-2020-2023-gezondheid-en-zorg.pdf

[4] 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.

Gezond gedrag bevorderd Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie Interdepartementaal beleidsonderzoek, 2006-2007, nr. 1

[5] Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2020) Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. Den Haag: VWS, p. 6.

[6] Huber, M., Vliet, M. van & I. Boers (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 160: A7720.

[7] Centraal Bureau voor de Statistiek Statline (2019, 16 augustus) Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau. Geraadpleegd van: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83780NED/table?fromstatweb

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018) Gezondheidsverschillen.Hoe ontwikkelen zich gezondheidsverschillen in de toekomst? Geraadpleegd van: https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen

[8] 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.

[9] Werfhorst, H. van, de & E. van Hest (2019, 16 mei) Veelkoppige ongelijkheid vergt veelkoppige aanpak. Geraadpleegd van https://www.socialevraagstukken.nl/de-hydra-van-de-ongelijkheid-vergt-veelkoppige-aanpak/

[10] Knoops, K. & P. Elferink (2018) Emancipatiemonitor 2018. Geraadpleegd van https://digitaal.scp.nl/emancipatiemonitor2018/vrouwen-leven-langer-maar-zijn-ze-ook-gezonder/

ZonMW (2020) Prorgamma gender en gezondheid. Geraadpleegd van: https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/diversiteit/gender-en-gezondheid/programmas/programma-detail/gender-en-gezondheid/

[11] Pharos (2019, 01 juli) Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV) Sociaaleconomische status en gezondheid. Geraadpleegd van: https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/

Schuring, M., Reijenga, F.A.,Carlier, B. & A. Burdorf (2011) Gezondheidsbeleving van werklozen: Wat is bekend en wat zijn witte vlekken? Rotterdam: Erasmus MC

[12] Bussemaker, J. (2019, 15 februari) Zorg als sociale kwestie. Oratie uitgesproken ter aanvaarding van het ambt van hoogleraar Beleid, wetenschap en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg aan het Leids Universitair Medisch Centrum en de Faculteit Governance and Global Affairs aan de Universiteit Leiden

[13] Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid (2017) Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag: WRR

[14] Muilwijk-Vriend, S., Tempelman, C., Kroon, L. & M. Lammers (2019) Gezondheidsproblemen in WW en bijstand. Amsterdam: SEO

[15] Luijben, G. F. den Hartig, F. van der Lucht (2019) Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag : Een verkenning op basis van group model building, Bilthoven: RIVM. https://www.rivm.nl/publicaties/armoede-chronische-stress-en-gezondheid-in-gemeente-den-haag-verkenning-op-basis-van

[16] Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid (2017) Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag: WRR

[17] Rice MB, Li W, Dorans KS, et al. Exposure to Traffic Emissions and Fine Particulate Matter and Computed Tomography Measures of the Lung and Airways. Epidemiology (Cambridge, Mass.). 2018 May;29(3):333-341. DOI: 10.1097/ede.0000000000000809.

Brugge, D., Durant, J.L. & Rioux, C. Near-highway pollutants in motor vehicle exhaust: A review of epidemiologic evidence of cardiac and pulmonary health risks. *Environ Health* **6,** 23 (2007). https://doi.org/10.1186/1476-069X-6-23

[18] Pharos (2019, 01 juli) Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV) Sociaaleconomische status en gezondheid. Geraadpleegd van: https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/

Van den Muijsenbergh, M. (2018) Verschil moet er zijn! Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op vrijdag 9 maart 2018. Geraadpleegd van https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Verschil_moet_er_zijn_oratie_Pharos.pdf

Rijksintituut voor Volksgezondheid en Milieu (2020) Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag. Een verkenning op basis van group model building. Bilthoven: RIVM

[19] Van Delden, P. (2019) Marginalisatie Meedoen in een complexe samenleving. Amsterdam: Uitgeverij van Gennep

Van Delden (2019, 15 oktober) Sociale marginalisatie in een complexe samenleving. Geraadpleegd van https://www.wbs.nl/publicaties/sociale-marginalisatie-een-complexe-samenleving

Vrooman, J., Gijsberts, M. & J. Boelhouwer (2014). Verschil in Nederland. Den Haag: SCP.

Putters, K. (2018) Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving. Den Haag: SCP

[20] Marmot M., Atkinson T., Bell J. et al. (2010) Fair society, healthy lives: the Marmot review; strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review

[21] Putnam, R. (2015) Our Kids. The American Dream in Crisis. New York: Simon & Schuster

[22] David E. Bloom, D., Kuhn, M. & K. Pretrner (2018). Health and economic growth. Discussion paper series. Bonn: Institute of Labor Economics

[23] de Swaan, A. (1989) Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bert Bakker

[24] Sepmle, J. (1993) Bentham's Utilitarianism and the Provision of Medical Care in Doctors, Politics and Society: Historical Essays. Clio Medica Online, Volume: 23. 30-45

[25] Siân Anis, J. (2006). Virchow misquoted, part-quoted, and the real McCoy. Journal of Epidemiology and Community Health, 60(8), 671.

[26] Bijlsma, J. & H. Janssen (2008) Sociaal Werk in Nederland. Vijfhonderd jaar verheffen en verbinden. Bussum: Coutinho.

[27] Van der Lans, J. (2016, 11 maart) 1874 De sociale quaestie. De overheid als schild tegen onrecht. Geraadpleegd van: https://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?cps=14

[28] Klamer, H., Dolsma, G. & J. Van den Braak (2005) Perspectief op een participatiemaatschappij. Op weg naar een duurzaam sociaal stelsel. Assen: Van Gorcum.

de Swaan, A. (1989) Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bert Bakker.

[29] Centraal Bureau voor de Statistiek Statline (2019, 01 december) Levensverwachting; geslacht, geboortegeneratie. Geraadpleegd van: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80333NED/table?fromstatweb

[30] van Poppel, F., Deerenberg, I., Wolleswinkel-Van den Bosch, J. & P. Ekamper (2005) Hoe lang leefden wij? Historische veranderingen in de levensduur en het doodsoorzakenpatroon in CBS, Bevolkingstrends derde kwartaal 2005, 13-25.

[31] Schuyt, C.M.J. & E. Taverne (2000) 1950. Welvaart in zwart-wit. Den Haag: Sdu Uitgevers.

[32] Sociale zekerheid. Rapport van de Commissie, ingesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te stellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale verzekering in Nederland.

Giebels, L. (2009) Zo kwam de AOW tot stand. De noodwet van Drees. Historisch Nieuwsblad, 2009: 10.

[33] Vonk, R.A.A. (2012) 'Een taak voor de staat? De Duitse bezetting en de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in Nederland, 1939-1949. *BMGN-Low Countries Historical Review* 127:3, pp. 3-28. https://doi.org/10.18352/bmgn-lchr.8149

[34] Van der Lans, J. (2016, 18 maart) 1965 Marga Klompé en de Bijstandswet. Van genade naar recht (naar verplichte participatie). Geraadpleegd van https://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?cps=32

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010) Gezondheid en Determinanten. Deelrapport van de VTV 2010: Van gezond naar beter. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

[35] Bussemaker, J. (2019) Broedplaatsen van burgerschap. Over de waarde(n) van weten. Comeniuslezing 30 maart 2019

[36] Centraal Bureau voor de Statistiek Statline (2018) De sociale staat van nederland 2018: onderwijs. Geraadpleegd van: https://digitaal.scp.nl/ssn2018/onderwijs/

Van Gaalen, R. (2014) Veranderingen in relatie en gezinsvorming van Generatie X naar Y. Demografische profielen van 30-jarigen naar geslacht en opleidingsniveau. Den Haag: CBS.

Ministerie OCW (2020) Aandeel hoogopgeleiden (30-34 jaar). Geraadpleegd van https://www.ocwincijfers.nl/verantwoord-begroten/internationaal/eu2020-strategie/percentage-hoger-opgeleiden-in-de-leeftijdsgroep-30-34-jarigen

[37] KNAW (2018) Health Inequalities. An Interdisciplinary Exploration of Socioeconomic Position, Health and Causality. Discussion Paper of the FEAM/ALLEA Committee on Health Inequalities. Den Haag: KNAW. https://knaw.nl/en/news/publications/health-inequalities.

[38] Luy, M., Zannella, M., Wegner-Siegmundt, C., Minagawa, Y., Lutz, W. & G. Caselli (2019) The impact of increasing education levels on rising life expectancy: a decomposition analysis for Italy, Denmark, and the USA. Genus 75 (1).

Montez, J. K., & Friedman, E. M. (2015). Educational attainment and adult health: contextualizing causality. Social Science & Medicine Special Issue. Elsevier.

Luy, M., Wegner-Siegmundt, C., Wiedemann, A., & Spijker, J. (2015). Life expectancy by education, income and occupation in Germany: estimations using the longitudinal survival method. Comparative Population Studies, 40(4), 399–436.

Lutz, W., Muttarak, R., & Striessnig, E. (2014). Universal education is key to enhanced climate adaptation. Science, 346(6213), 1061–1062.

Kaplan, R. M., Spittel, M. L., & Zeno, T. L. (2014). Educational attainment and life expectancy. Policy Insights From the Behavioral and Brain Sciences, 1(1), 189–194.

[39] Mackenbach, P. & K. Stronks (2004) The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. International Journal for Equity in Health 3(1): 11.

[40] Gray, A. M. (1982) Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment. International Journal of Health Services, 12(3), 349–380.

[41] 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.

[42] Planbureau voor de Leefomgeving (2016) De verdeelde triomf. Banengroei en economische ongelijkheid in de 22 stadsgewesten. Geraadpleegd van https://themasites.pbl.nl/o/verdeelde-triomf-banengroei-en-economische-ongelijkheid/

[43] Hochstenbach, C. & S. Musterd (2018) Gentrification and the suburbanization of poverty: changing urban geographies through boom and bust periods. urban geography, 39(1): 26-53.

Van Gent, W. & C. Hochstenbach (2019, 18 juni) De nieuwe stedelijke geografie: ongelijkheid en segregatie. Geraadpleegd van https://geografie.nl/artikel/de-nieuwe-stedelijke-geografie-ongelijkheid-en-segregatie

[44] Hochstenbach, C. (2017) Inequality in the gentrifying European city. Amsterdam: academisch proefschrift ter verkrijging van de graagd van doctor

[45] Zie hiervoor onder meer https://www.trouw.nl/binnenland/amsterdam-en-utrecht-zijn-laaiend-ollongren-jaagt-middenklasse-de-stad-uit-met-huurverhoging~b6973671/ en https://leidsche-rijn.nieuws.nl/2020/05/22/utrecht-vindt-dat-minister-middenklasse-de-stad-uit-jaagt-met-huurverhoging/#:~:text=Vitale%20beroepskrachten%20zoals%20docenten%2C%20politieagenten,hiermee%20de%20stad%20uit%20gejaagd.&text=Hierdoor%20worden%20woningen%20onbetaalbaar%2C%20waardoor,hun%20eigen%20omgeving%20werk%20vinden.

[46] Musterd, S., Marcińczak, S., van Ham, M. & T. Tammaru (2016) Socioeconomic segregation in European capital cities. Increasing separation between poor and rich, Urban Geography, 38 (7): 1062-1083.

Hochstenbach, C. (2017, 04 september). Uitsluiting door gentrificatie. Geraadpleegd van https://www.socialevraagstukken.nl/uitsluiting-door-gentrificatie/

[47] Planbureau voor de Leefomgeving (2016) De verdeelde triomf. Banengroei en economische ongelijkheid in de 22 stadsgewesten. Geraadpleegd van https://themasites.pbl.nl/o/verdeelde-triomf-banengroei-en-economische-ongelijkheid/

[48] Centraal bureau voor de Statistiek (2020, 04 april). Hoogste economische groei in 2019 in Almere en Haarlemmermeer. Geraadpleegd van https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/17/hoogste-economische-groei-in-2019-in-almere-en-haarlemmermeer

[49] Planbureau voor de Leefomgeving (2016) De verdeelde triomf. Banengroei en economische ongelijkheid in de 22 stadsgewesten. Geraadpleegd van https://themasites.pbl.nl/o/verdeelde-triomf-banengroei-en-economische-ongelijkheid/

[50] Aedes (2020) Aedes: 'Achterstandswijken' terug in Nederland? Geraadpleegd van: https://www.aedes.nl/artikelen/klant-en-wonen/wijkaanpak-en-leefbaarheid/leefbaarheid/aedes-achterstandswijken-terug-in-nederland.html

[51] ABN AMRO Foudnation (2019, 05 april) Seminar 2019 – ongelijke kansen in het onderwijs. Problematiek op basisscholen in achterstandswijken is fors. Geraadpleegd van https://www.kinderpostzegels.nl/Uploaded_files/Zelf/abn-amro-foundation-seminar-2019-rapportage.bbf54b.pdf

Algemene Verneiging Schoolleiders (2019, 09 mei) Leerkrachten signaleren ongelijke onderwijskansen in achterstandswijken. Geraadpleegd van https://avs.nl/actueel/nieuws/leerkrachten-signaleren-ongelijke-onderwijskansen-in-achterstandswijken/

Putnam, R. (2015) Our Kids. The American Dream in Crisis. New York: Simon & Schuster.

[52] Sociaal Werk Nederland (2018, 05 november) Kind in arme wijk heeft bij geboorte al hogere zorgkosten. Geraadpleegd van: https://www.sociaalwerknederland.nl/thema/sociale-basis-preventie/nieuws/6633-kind-in-arme-wijk-heeft-bij-geboorte-al-hogere-zorgkosten

[53] Nederlands Jeugdinstituut (2020) Multiprobleemgezinnen: risicofactoren. Geraadpleegd van https://www.nji.nl/Multiprobleemgezinnen-Probleemschets-Risicofactoren.

[54] Saenen, N., Provost, E., Viaene, M., Vanpoucke, C., Lefebvre, W., Vrijens, K., Harry A. Roels, H. & T. Nawrot (2016) Recent versus chronic exposure to particulate matter air pollution in association with neurobehavioral performance in a panel study of primary schoolchildren. Environ Int (2016).

[55] Zie bijvoorbeeld: UTRECHT Urban-Regional Innovation Partnership (URIP) (z.d.), geraadpleegd van: https://naturvation.eu/location/europe/nl/utrecht; Gemeente Apeldoorn (2018, 28 juni), Forse investeringen om Apeldoorn groener te maken. Geraadpleegd van: https://www.apeldoorn.nl/Forse-investeringen-om-Apeldoorn-groener-te-maken; Gemeente Amsterdam, (z.d.). De Hoofdgroenstructuur, geraadpleegd van: https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/ruimte-economie/ruimte-duurzaamheid/hoofdgroenstructuur/

[56] Kruize, H. (2007) On environmental equity: Exploring the distribution of environmental quality among socio-economic categories in the Netherlands. Utrecht: academisch proefschrift ter verkrijging van de graagd van doctor

[57] Vergeer, R. (2017, april) Wie profiteert van het klimaatbeleid? Verdeling van subsidies en belastingkortingen tussen armere en rijkere huishoudens. Delft: CE Delft

[58] Shyns, P. (2016) Kiezen bij de kassa. Een verkenning van maatschappelijk bewust consumeren in Nederland. Den Haag: SCP

[59] Putters, K. (2017, 06 juni) Vraagstuk van duurzaamheid is ook een sociale kwestie geworden. Opiniestuk in het Financieel dagblad.

[60] Schuyt, C. (1991) Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat. Leiden: Stenfert Kroese.

[61] Koning, P. (2000) Arbeid en sociale zekerheid: participatie en differentiatie in Trends, dilemma's en beleid Essays over ontwikkelingen op langere termijn. Den Haag: SCP & CPB

Geugjes, H. (2019) Socialezekerheidsrecht begrepen. Den Haag: Boom Juridisch.

[62] Rijksoverheid (2020) In wat voor land willen wij werken? Naar een nieuw ontwerp voor de regulering van werk. Eindrapport van de Commissie Regulering van Werk 23 januari 2020.

[63] Centraal Bureau voor de Statistiek (2019) Hoeveel flexwerkers zijn er? Geraadpleegd van https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/flexwerk/hoeveel-flexwerkers-zijn-er-

[64] Verberk, M., Warnaar, M. & J Bos (2019) Inkomenscriteria voor huurders en kopers. Onderzoek n.a.v. motie Koerhuis. Utrecht: Nibud.

[65] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2020) Herstel begint met een huis. Den Haag: RVS.

[66] Vrooman, J., Gijsberts, M. & J. Boelhouwer (2014). Verschil in Nederland. Den Haag: SCP.

[67] Young, Michael (1958). The rise of the meritocracy, 1870-2033: An essay on education and inequality. London: Thames & Hudson.

de Beer, P.& M. van Pinxteren (2016) Meritocratie: op weg naar een nieuwe klassensamenleving? Amsterdam: Amsterdam University Press.

[68] Rijksoverheid (2020) Fundament op orde: kwalitatief goed onderwijs met kansen voor iedereen. #Hoedan. Brede maatschappelijke heroverweging. Inspectie der Rijksfinanciën.

[69] Rijksoverheid (2020) Fundament op orde: kwalitatief goed onderwijs met kansen voor iedereen. #Hoedan. Brede maatschappelijke heroverweging. Inspectie der Rijksfinanciën.

[70] Elffers L. & D. Jansen (2019) De opkomst van schaduwonderwijs in Nederland: wat weten we en welke vragen liggen nog open? Amsterdam: Universiteit van Amsterdam & Nationaal Regieorgaan onderwijsonderzoek.

[71] Wolbers, M. & J. Tolsma (2010) Onderwijs als nieuwe sociale scheidslijn? De gevolgen van onderwijsexpansie voor sociale mobiliteit, de waarde van diploma's en het relatieve belang van opleiding in Nederland. Tijdschrift voor Sociologie. 31 (3): 239-259.

[72] Bovens, M. (2016, 11 juni) Wat er mis is met de meritocratie in Nederland? Geraadpleegd van: https://www.socialevraagstukken.nl/wat-er-mis-is-met-de-meritocratie-in-nederland/

[73] CBS (2019) Armoede en sociale uitsluiting in 2019. Den Haag: CBS. Geraadpleegd van: https://longreads.cbs.nl/armoede-en-sociale-uitsluiting-2019/

SCP (2019) Hoe is het om jonge mantelzorger te zijn? Den Haag: SCP. Geraadpleegd van: https://www.scp.nl/publicaties/infographics/2019/11/09/hoe-is-het-om-jonge-mantelzorger-te-zijn

Verwey-Jonker Instituut (2019) Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland. Omvang, Samenstelling en participatie. Utrecht: Verwey Jonker Instituut. Geraadpleegd van: https://www.verwey-jonker.nl/doc/2019/217026_actueel_perspectief_op_kinderen_en_WEB.pdf

[74] RVS, *Overbezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Geraadgepleegd van: https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2018/07/12/maatschappelijke-verwachtingen-en-mentale-druk-bij-jongvolwassenen

[75] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2019) Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen. Bilthoven: RIVM, Trimbos & AUMC

[76] Trimbos (2018, 15 september) HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Geraadpleegd van: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/nederlandse-jeugd-nog-steeds-gelukkig-maar-schooldruk-neemt-toe

[77] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019) Complexe problemen, eenvoudige toegang. Den Haag: RVS.

[78] 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.

[79] 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.

[80] Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2020) Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. Den Haag: VWS

[81] Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization

Marmot, M. (2017) The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: the argument. *International journal of epidemiology*, 46(4), 1312–1318. https://doi.org/10.1093/ije/dyx163

Marmot, M. (2020) Health equity in England: the Marmot review 10 years on, BMJ, 368 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m693

[82] Sociaal-Economische Raad (2020) Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg. Den Haag: SER, pp. 75-76. Geraadpleegd van: https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2020/zorg-voor-de-toekomst.pdf

[83] Centraal Bureau voor de Statistiek (2020, 20 mei) Monitor Brede Welvaart en Sustainable Development Goals. Geraadpleegd van: https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/21/monitor-brede-welvaart-de-sustainable-development-goals-2020

PBL, SCP, CPB (2017) Naar een Verkenning Brede welvaart. Den Haag: PBL, SCP, CPB. Geraadpleegd van: https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/pbl-2017-naar-een-brede-verkenning-brede-welvaart-2919.pdf

[84] Zie hiervoor pleidooi Wim Pijbes in Buitenhof (2020, 17 mei) Meer groen meer stadsparken. Geraadpleegd van https://www.vpro.nl/buitenhof/speel~POMS_AT_16151653~meer-groen-meer-stadsparken-wim-pijbes~.html en opiniestuk in de Volkskrant (2019, 18 augustus) Bij een fijn stadspark denkt en doet de burger mee. Geraadpleegd van: https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/bij-een-fijn-stadspark-denkt-en-doet-de-burger-mee~b52feeof/

[85] RIVM (z.d.) Stappenplan agendasetting gezondheid en Omgevingswet. Geraadpleegd van: https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezonde-leefomgeving/stappenplan-gezondheid-en-omgevingswet

Fastadvies (2019) Gezonde Leefomgeving in gemeentelijke coalitieakkoorden 2018 –2022. Utrecht: Fastadvies. Geraadpleegd van: http://www.fastadvies.com/wordpress/wp-content/uploads/2019/02/Gezonde-Leefomgeving-en-gemeentelijke-coalitieakkoorden.pdf

RIVM, GGD GHOR Nederland, Rijkswaterstaat (z.d.) Gezonde leefomgeving. Geraadpleegd van: https://www.gezondeleefomgeving.nl/

ZonMw (z.d.) Maak ruimte voor gezondheid!. Geraadpleegd van: https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/maak-ruimte-voor-gezondheid/

[86] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2020) Herstel begint met een huis. Den Haag: RVS.

[87] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2020) Kwetsbaarheid en veerkracht. WRR-reflecties op de langetermijngevolgen van de coronacrisis. Den Haag: WRR.

[88] Zie hiervoor De argumentenfabriek (2019, 09 december) Hoe vergroten we de mentale veerkracht in Nederland? https://www.argumentenfabriek.nl/nl/nieuws/hoe-vergroten-we-de-mentale-veerkracht-in-nederland/

[89] Trimbos Insituut (2020) Welzijn op recept. Geraadpleegd van: https://www.trimbos.nl/aanbod/opdrachtgevers-projecten/project/welzijn-op-recept

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

ontvangen op
16 JUNI 2026
Provincie Gelderland

GEDEPUTEERDE

STATEN

T.A.V. TEAM OMGEVINGSVISIE