

Arme mensen verouderen sneller door hun omgeving

Arme mensen leven in Nederland 8 tot 12 jaar korter dan rijke mensen. Dat komt vooral omdat ze vaker en op jongere leeftijd chronisch ziek worden. Wat is aan deze gezondheidskloof te doen?

IN HET KORT

- Roken, alcohol en overgewicht verklaren tien procent van het verschil in chronische ziektelast; de leefomgeving doet dertig procent.
- Preventiebeleid dat de gezondheidskloof wil verkleinen, focust op de leefomgeving, niet alleen op individuele gedragingen.

JOHANNES SPINNEWIJN
Hoogleraar aan de
London School of
Economics

De verschillen in levensverwachting tussen arm en rijk zijn heel fors: vrouwen uit de armste huishoudens leven in Nederland gemiddeld 7,6 jaar korter dan vrouwen uit de rijkste huishoudens, en bij mannen loopt dat verschil zelfs op tot 11,6 jaar (CBS). De Europese Unie verwijst naar deze verschillen als de grote ongelijkmaker en er is een aanzienlijke beleidsinspanning om die te beperken (EU, 2018).

Het klassieke wapen om deze gezondheidskloof te dichten, is om te investeren in de zorg, in combinatie met het garanderen van gelijke toegang tot die zorg. Maar bij de universele gezondheidszorg is voor het dichten van de gezondheidskloof niet veel meer te halen: in Nederland rapporteert slechts 0,4 procent van de armste huishoudens onvervulde medische behoeften (Eurostat, 2023) en in de Verenigde Staten is de gezondheidskloof niet veel groter, ondanks de slechtere toegang tot zorg (Chetty et al., 2016).

Om de gezondheidskloof toch te verkleinen, is er daarom steeds meer aandacht voor preventie, vooral gefocust op roken, alcohol en overgewicht, zoals bijvoorbeeld in het Nationaal Preventieakkoord (MinVWS, 2018). Als we verschillen in levensstijl tussen arm en rijk al op jongere leeftijd kunnen wegwerken, dan zullen deze, zo is het idee, zich op oudere leeftijd ook niet kunnen vertalen in verschillen in ziektelast en kans op overlijden. Inzetten op preventie is minder echter effectief als de causaliteit andersom loopt, waarbij mensen een lager inkomen krijgen omdat ze met een slechtere gezondheid kampen, maar ook als de gezondheidskloof veroorzaakt wordt door andere factoren.

Voor meer inzicht in de oorzaken van de gezondheidskloof koppelt ons onderzoek (Kaveh et al., 2024) data van alle Nederlanders over individuele gezondheidsrisico's en socio-economische factoren aan data over medicijngebruik voorgeschreven voor chronische aandoeningen. We tonen hoe belangrijk verschillen in levensstijl of andere factoren zijn en in welke mate preventie de gezondheidskloof kan verkleinen.

Toegang oké behalve voor de armsten

Chronische ziekten spelen een cruciale rol in de ongelijkheid in levensverwachting. Hart- en vaatziekten, aandoeningen van longen en luchtwegen, en diabetes, maar ook psychische aandoeningen komen vaker voor bij mensen met een lager dan mediaan inkomen (figuur 1). De verschillen in gemeten chronische aandoeningen zijn groot en verklaren dertig tot veertig procent van het sterfteverschil tussen lage- en hoge-inkomensgroepen (Kaveh et al., 2024).

We vinden ook dat de geleverde zorg en de sterftecijfers bij chronische aandoeningen niet verschillen voor mensen met een laag en mensen met een hoog inkomen. Ze krijgen dezelfde behandeling en gaan net zo snel of langzaam dood. De uitzondering daarop zijn de armsten, bij wie er nog steeds onder-diagnose en ook oversterfte bestaat. Zo valt in Figuur 1 op dat hart- en vaatziekten minder vaak voorkomen in deze groep, terwijl dat niet aannemelijk is. Algemene kanttekening bij onze resultaten is dat we het belang van kanker onderschatten omdat het lijden hieraan lastig vastgesteld kan worden aan de hand van informatie over voorgeschreven medicatie.

Verschillen in gezondheid al vroeg zichtbaar

Terwijl verschillen in sterfterisico's het meest zichtbaar zijn op latere leeftijd, zijn de onderliggende krachten al veel eerder in het leven werkzaam. Mensen met een laag inkomen 'verouderen' sneller. Een door ons geconstrueerde Chronische Ziekte Index (CDI) die voor elk individu op elke leeftijd weergeeft hoe zijn of haar chronische aandoeningen vertalen in een sterfterisico op zeventigjarige leeftijd laat dit zien. Figuur 2 toont de ontwikkeling van de gemiddelde CDI voor de laagste helft van de inkomens en voor de hoogste helft ervan. Ongeveer de helft van de gezondheidskloof die we op zeventigjarige leeftijd zien, heeft zich al op veertigjarige leeftijd gemanifesteerd. Dit verschil in de snelheid van veroudering is de belangrijkste oorzaak van de gezondheidskloof tussen inkomensgroepen.

Snellere veroudering verklaart zestig procent

Tegelijk zien we ook dat mensen met een slechte gezondheid vaker in de lagere inkomensgroepen – en vaak ook de allerlaagste – terechtkomen. Inkomen vergaren is met een chronische ziekte nu eenmaal lastiger dan zonder. Dit samenstellingseffect versterkt de gezondheidskloof tussen inkomens.

In Kaveh et al. (2024) maken we een simulatie waarin we dit samenstellingseffect uitschakelen en vinden dat het primaire verschil in veroudering zestig procent van de gezondheidskloof verklaart (figuur 2). Het samenstellingseffect doet de resterende veertig procent.

Het zijn de hart- en vaatziekten, luchtwegaandoeningen en diabetes die het meest bijdragen tot het verschil in veroudering. Psychische aandoeningen zijn ook belangrijk, maar de data suggereren dat mensen met zulke aandoeningen vaker lagere inkomens hebben, niet dat mensen met lage inkomens vaker psychische problemen ontwikkelen.

Richt beleid op betere leefomgeving

Verschillen in chronische ziektelast blijken een belangrijke motor voor de gezondheidskloof, belangrijker dan het verschil in de behandeling van deze ziektelast. Wie de gezondheidskloof wil dichtten, moet zich dus richten op gezondheidsverbetering, en dus op preventief beleid voor mensen van jongere en middelbare leeftijd.

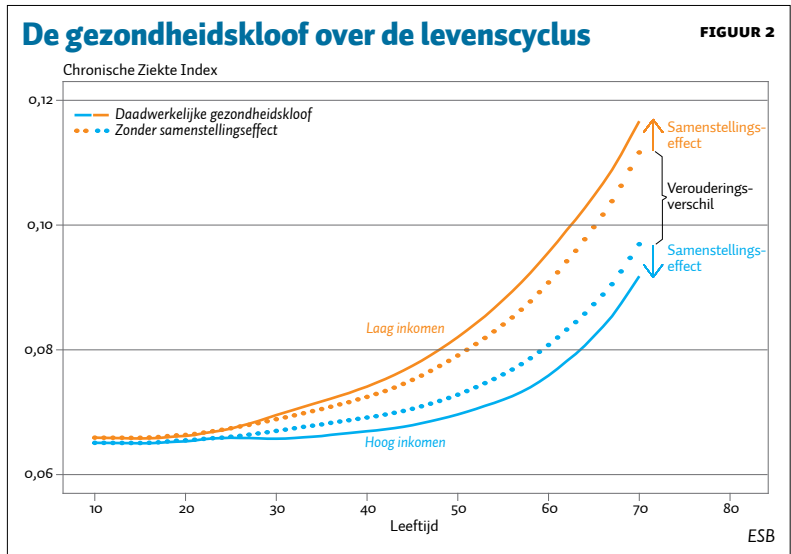
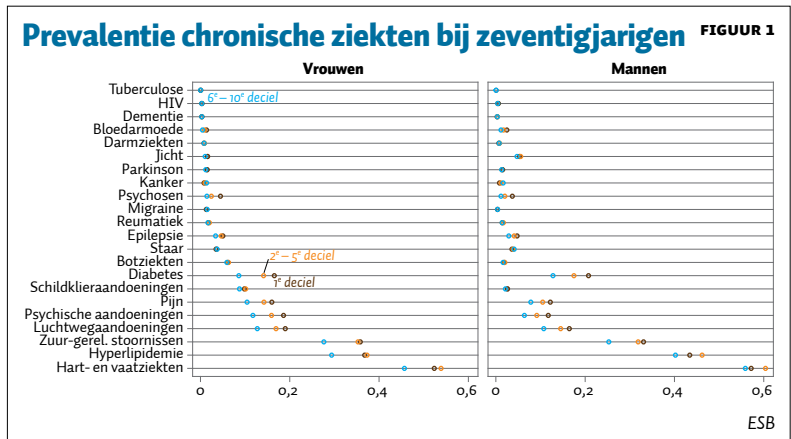
Door onze data te koppelen aan gegevens uit de groot-schalige Gezondheidsmonitor leren we welke factoren het belangrijkst zijn in het verklaren van de hogere chronische ziektelast. Verschillen in sociaal-economische status en geografische factoren (zoals de woongemeente en de luchtvervuiling daar) blijken beiden ongeveer een derde van het verschil in het verouderingsproces te kunnen verklaren. Kleinere rollen zijn er voor biologische factoren, gemeten via de CDI van de ouders, arbeidsgerelateerde factoren zoals de sector en de baan waarin men werkt en de gemeten gezondheidsgewoonten (dat wil zeggen roken, drinken, lichaamsbeweging en BMI). Zelfs op middelbare leeftijd zijn deze gewoonten verantwoordelijk voor minder dan tien percent van de verklaarde verschillen.

Deze bevindingen vormen een contrast met de focus van het preventiebeleid dat zich voornamelijk op die individuele gedragingen richt. Onze analyse toont duidelijk aan dat een beleid dat zich alleen richt op ongezonde gewoonten zoals roken en drinken, niet voldoende zal zijn om de grote verschillen in levensverwachting weg te werken.

We kunnen die verrassende conclusie nog scherper stellen door te tonen dat we tot andere, maar dus verkeerde conclusies komen wanneer we werken met beperkte data of met een te eenzijdige focus. Zo vinden we dat we het belang van bijvoorbeeld roken en overgewicht overschatten als we geen rekening houden met sociaal-economische en geografische verschillen. Hetzelfde geldt wanneer we eerder naar de *prevalentie* dan naar de *incidentie* van de chronische aandoeningen kijken. Dit is niet zo verwonderlijk. De individuele gedragingen die we wel standaard meten, gaan samen met een veelheid aan andere factoren die we veel minder meten. Maar die hebben ook een directe impact op onze gezondheid. Denk maar aan chronische stress of een ongunstige leefomgeving. De persoonlijke 'keuzes' kunnen ook het onmiddellijke gevolg zijn van de slechte gezondheid zelf. Deze bevindingen onderstrepen opnieuw het belang van goede data.

Beleidsimplicaties

Omdat de verschillen in gezondheid al op jonge leeftijd ontstaan en vandaaraf toenemen, hebben investeringen in preventieve beleidsmaatregelen veel potentieel in het verkleinen van de gezondheidskloof. Het tijdig aanpakken van deze verschillen is essentieel om gezondheidsongelijkheid te verminderen en omdat mensen met een slechtere gezondheid vaak ook een lager inkomen gaan verdienen



kan het verkleinen van de gezondheidskloof ook zo de verschillen in inkomens verminderen.

Het dichtten van de gezondheidskloof vereist niet alleen een tijdige, maar ook een holistische aanpak, waarbij we verder kijken dan de huidige focus op individuele keuzes en ongezonde gewoonten zoals roken, fysieke inactiviteit en alcohol. Het is essentieel om ook sociale en geografische determinanten van gezondheid aan te pakken voordat deze zich vertalen in chronische ziekten. Een eenvoudige opgave is dit natuurlijk niet voor de beleidsmaker. In de zorg zijn preventieve ingrepen vaak al lastiger te financieren dan ingrepen gericht op behandeling. Binnen de preventieve maatregelen zal die financiering nog lastiger te vinden zijn voor het verbeteren van de sociale en geografische omstandigheden. Maar voor wie de gezondheidskloof substantieel wil verkleinen, is het wel de te bewandelen weg.

Literatuur

Chetty, R., M. Stepner, S. Abraham et al. (2016) The association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA*, 315(16), 1750–1766.

EU (2018) *EU funded Joint action on health inequalities*. Europese Commissie Nieuwsbericht, 29 juni. Te vinden op ec.europa.eu.

Eurostat (2023) *EU statistics on income and living conditions microdata, Release 2 in 2023, Data 2004–2022 Version 1*. Te vinden op ec.europa.eu.

Kaveh, D., J.T. Kolstad, W.D. Parker en J. Spinnewijn (2024) *The Chronic Disease Index: Analyzing health inequalities over the lifecycle*. NBER working paper 32577.

MinVWS (2018) *Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.