Universiteit
Leiden
The Netherlands

Health, disadvantage, and the welfare state

Goijaerts, J.M.

Citation
Goijaerts, J. M. (2025, November 4). *Health, disadvantage, and the welfare state*. Retrieved from https://hdl.handle.net/1887/4282073

Version:	Publisher's Version
License:	Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden
Downloaded from:	https://hdl.handle.net/1887/4282073

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Samenvatting (Dutch summary)

In Nederland leven mensen met de laagste inkomens gemiddeld acht jaar korter en brengen zij zelfs 21 jaar langer door in minder goede gezondheid dan mensen met de hoogste inkomens. Nederland is hierin geen uitzondering: in landen met een goed ontwikkelde verzorgingsstaat, zoals de Scandinavische landen, zijn de sociaaleconomische gezondheidsverschillen juist het grootst. Dit wordt in de literatuur de paradox van gezondheidsongelijkheid genoemd. Dit proefschrift richt zich op de vraag *hoe de organisatie van de verzorgingsstaat in Nederland gezondheidsuitkomsten van mensen in een kwetsbare positie beïnvloedt*. En in het verlengde daarvan: hoe de verzorgingsstaat bijdraagt aan een oplossing voor gezondheidsverschillen of deze juist belemmert?

De hoofdvraag heb ik uitgesplitst in vier deelvragen. Ik begin theoretisch door twee wetenschappelijke disciplines met elkaar te verbinden: de studie van de verzorgingsstaat enerzijds, en de sociale epidemiologie en sociale geneeskunde anderzijds. In **hoofdstuk 2** laat ik zien wat deze vakgebieden van elkaar kunnen leren. Onderzoekers van de verzorgingsstaat kunnen leren van de sociale geneeskunde door gebruik te maken van het conceptuele kader van de sociale determinanten van gezondheid. Daaruit volgt dat gezondheid niet enkel uitkomst is van beleid in de zorgsector, maar van beleid in álle sectoren van de verzorgingsstaat. Omgekeerd kunnen sociale epidemiologen en sociaal geneeskundigen leren van verzorgingsstaatonderzoek hoe instituties maatschappelijke uitkomsten – waaronder gezondheid – mede sturen.

In de drie daaropvolgende empirische hoofdstukken onderzoek ik dit thema op verschillende niveaus: van micro-, via meso-, naar macroniveau.

In **hoofdstuk 3** onderzoek ik hoe sociaaleconomische en gezondheidsproblemen verweven raken in het leven van mensen in een kwetsbare positie binnen de context van de verzorgingsstaat. Hiervoor gebruikte ik de biografisch-narratieve-interpretatieve methode. Deze interviewmethode begint met één open biografische vraag, waarna verdiepende vragen volgen om een rijk levensverhaal op te halen. In totaal zijn vijftien mensen op deze wijze geïnterviewd. De belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk laten zien dat de levensloop van mensen in een kwetsbare positie gekenmerkt wordt door complexiteit: sociaaleconomische en gezondheidsproblemen beïnvloeden elkaar, maar vertonen daarin grillige patronen in plaats van een rechtlijnig verloop. Gezondheidsproblemen veroorzaken sociaaleconomische problemen én andersom; soms worden problemen in één klap erger, of staan ze jarenlang stil; en tot slot spelen externe factoren een grote rol, zowel in pech als in hulp.

In **hoofdstuk 4** analyseer ik de perspectieven van middenmanagers binnen publieke organisaties op de dienstverlening aan mensen met gecombineerde sociaaleconomische en gezondheidsproblemen. Hiervoor gebruikte ik de vignette-interviewmethode, waarbij vijfentwintig middenmanagers zijn geïnterviewd. De

vignetten bestaan uit samenvattingen van levensverhalen uit de vorige studie. De respondenten werd gevraagd te reflecteren op hoe hun organisatie zou handelen in deze situaties en welke ondersteuning zij zouden bieden. Middenmanagers ervaren een kloof tussen beleidsambities en de dagelijkse praktijk van hun dienstverlening. In de manier waarop zij hun ambigue rol in deze kloof verwoorden, blijkt dat de verantwoordelijkheid om de kloof te overbruggen vaak bij het individu wordt gelegd – bij de professional of bij de cliënt zelf. Tegelijkertijd blijft de noodzaak van structurele verandering van beleid en systemen onderbelicht.

In **hoofdstuk 5** verschuift de analyse naar het macroniveau. Hier onderzoek ik welke factoren in Nederland de adoptie van de beleidsstrategie *Health in All Policies* (HiAP) beïnvloeden – een aanpak die gezondheid integreert in álle beleidsdomeinen. Ik bestudeer beleidsdocumenten en rapporten (primaire bronnen), aangevuld met secundaire literatuur, en vergelijk het Nederlandse adoptieproces met dat van Finland en Engeland. Beiden zijn landen waarop de huidige verklaringen van HiAP adoptie in de literatuur zijn gebaseerd, daarom fungeren ze in dit onderzoek als schaduw casussen. Uit de analyse blijkt dat niet alleen de aanwezigheid van kennis belangrijk is voor de adoptie van HiAP in Nederland, maar ook de mate van politieke en maatschappelijke aandacht voor gezondheidsverschillen. De politieke relevantie van gezondheidsongelijkheid speelde ook deze beslissende, maar minder zichtbare rol in Finland en Engeland.

Op basis van dit proefschrift formuleer ik drie hoofdconclusies. *Ten eerste vraagt een brede kijk op gezondheid om een brede kijk op de verzorgingsstaat.* Gezondheid wordt niet alleen beïnvloed door de gezondheidszorg, maar door alle onderdelen van de verzorgingsstaat, zoals bijvoorbeeld inkomensondersteuning. *Ten tweede concludeer ik dat de manier van dienstverlening mede bepaalt hoe middelen over verschillende groepen worden verdeeld.* Daarom is het van groot belang dat deze diensten goed toegankelijk georganiseerd worden voor mensen in kwetsbare posities. *Ten derde, hoewel de gezondheid van het individu uiteindelijk voortvloeit uit bredere sociale determinanten, betekent dit niet dat sociale beleidsmaatregelen gemedicaliseerd moeten worden om de gezondheid te verbeteren.* Beleidsmaatregelen hoeven bestuurlijk niet verbonden te zijn met het domein van gezondheidsbeleid om een positief effect op gezondheid te hebben. Gezondheid kan daarentegen wel worden gebruikt als argument om investeringen in sociaal beleid te prioriteren.

Deze bevindingen roepen de fundamentele vraag op of de (huidige) verzorgingsstaat de complexe verwevenheid van sociaaleconomische en gezondheidsproblemen kan voorkomen of sturen. De praktische implicatie voor beleid is dat niet maatwerk alleen, maar juist universeel beleid dat toegankelijkheid vooropstelt, beter in staat is om deze groep met zowel sociaaleconomische als gezondheidsproblemen te ondersteunen en – op termijn – gezondheidsverschillen te verkleinen.