
Preventie en sociale ongelijkheid: een interpretatie van onderzoeksresultaten

J.B. Terpstra

1 Inleiding

De laatste jaren is er, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, een groeiende belangstelling voor preventie van ziekte. Meer dan voorheen is men zich er in de medische wereld van bewust dat het menselijk gedrag een belangrijke rol speelt in het ontstaan van ziekte, hetgeen onder meer blijkt uit de opkomst van het begrip 'gedragsziekte'. In veel gevallen ziet men de gewenste vorm van preventie dan ook gelegen in gedragsverandering.

Deze ontwikkeling heeft geleid tot de opkomst van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Bij vele kruisverenigingen, gemeentelijke of districtsgezondheidsdiensten zijn de laatste jaren zgn. GVO-konsulenten aangesteld. Bij een verdere ontwikkeling van de GVO in de toekomst, zal de vraag naar de effectiviteit sterker naar voren komen.

Uitgangspunt in dit artikel is het uit meerdere onderzoeken bekende gegeven dat die vormen van preventie waarin gedragsverandering een belangrijke rol speelt (naast de GVO kan gedacht worden aan screeningsprogramma's) in de lagere sociaal-ekonomische milieu's minder effect hebben. Dit gegeven is des te ernstiger omdat er aanwijzingen bestaan dat de gezondheidsproblemen bij deze categorie groter zijn dan bij hogere sociale lagen. Met andere woorden, de indruk bestaat dat die categorie die het meest baat zou kunnen hebben van de genoemde preventieve programma's, er het minst van profiteert.¹ Dit is des te opmerkelijker omdat financiële drempels hier niet of nauwelijks een rol spelen en dus geen verklaring kunnen bieden voor dit verschijnsel.

Dit betekent dat voor de verklaring van het minder succesvol zijn van de preventie bij de lagere sociale categorieën gezocht moet worden naar andere factoren. Daarbij kan gedacht worden aan de volgende drie categorieën van factoren, namelijk de leefsituatie van de niet-bereikten, kenmerken van de preventieve programma's en de onderlinge afstemming van deze twee. In dit artikel zal de aandacht beperkt blijven tot de eerste. Daarbij zullen we ons concentreren op slechts een deel van de lagere sociale categorieën, nl. de (stedelijke) handarbeiders. Nagegaan zal worden waardoor de leefsituatie van

handarbeiders kan worden gekenmerkt en op welke wijze het gezondheidsgedrag bij deze categorie is te begrijpen vanuit de leefsituatie.

Alvorens in te gaan op de leefsituatie van handarbeiders (paragraaf 4), zal eerst worden ingegaan op het concept 'gezondheidsgedrag' en op het belangrijkste model op dit terrein (paragraaf 2). In paragraaf 3 worden enkele resultaten uit onderzoeken gepresenteerd ter onderbouwing van de stelling dat de preventie bij de lagere sociale categorieën minder resultaat boekt. In paragraaf 5 komt de centrale vraag aan de orde, namelijk hoe het gezondheidsgedrag bij handarbeiders begrepen kan worden uit de leefsituatie van deze mensen.

2 Gezondheidsgedrag

Onder gezondheidsgedrag kan worden verstaan 'al die activiteiten die een persoon verricht om ziekte te voorkomen of ziekte in een a-symptomatische fase op te (laten) sporen'.² Zowel het gebruik van preventieve medische diensten (doorlichting, screening) als de van de geïnstitutionaliseerde medische zorg los staande gedragspatronen waarvan het individu meent dat ze bevorderlijk zijn voor zijn gezondheid (stoppen met roken, minder vet eten, enz.) vallen onder dit begrip gezondheidsgedrag. Het verschil tussen gezondheidsgedrag en ziektegedrag is er in gelegen dat bij het eerste voor een leek manifeste symptomen ontbreken.

De vraag zou kunnen worden gesteld in hoeverre het begrip gezondheidsgedrag verwijst naar een empirisch verschijnsel. Als aan mensen wordt gevraagd hoe belangrijk ze 'gezondheid' vinden, dan antwoorden ze vaak in de stijl van 'gezondheid is het belangrijkste in het leven'. Het blijkt echter tevens iets te zijn waarover men zich in het alledaagse leven niet al te druk maakt.³

'Gezondheid' is in het leven van alledag iets vanzelfsprekends waaraan verder geen aandacht wordt besteed. Ook voor het omgaan met 'gezondheid' maken we gebruik van onze 'recipe knowledge', d.w.z. kennis die gebonden is aan het pragmatisch vermogen om de alledaagse routine uit te voeren. 'Normaal gesproken, heb ik er weinig belang bij om verder te gaan dan deze pragmatisch noodzakelijke kennis zolang ik de problemen inderdaad met behulp van die kennis de baas kan'.⁴

We gaan ons pas met gezondheid bezig houden op het moment dat dat belangrijk wordt voor onze doeleinden. Overigens, het is nog niet eens zozeer de aanwezigheid van symptomen die mensen er toe brengt aandacht te besteden aan hun gezondheid als wel het optreden van zgn. 'kritische voorvallen'.⁵ Deze bepalen wanneer gezondheid relevant wordt en object van handelen. Wil men het optreden of achterwege blijven van gezondheidsgedrag begrijpen, dan moet de relevantie van 'gezondheid' worden nagegaan en dat vereist dat de taken en praktische doeleinden die mensen in het alledaags leven hanteren, duidelijk worden.

In de rest van deze paragraaf zullen we kort aandacht besteden aan het belangrijkste model dat er bestaat t.a.v. het gezondheidsgedrag. Dit model staat bekend onder de naam 'Health Belief Model' en komt in verschillende versies voor, maar deze wijken niet fundamenteel af van de volgende formulering. Het Health Belief Model stelt dat de kans dat een individu actie zal ondernemen om ziekte te vermijden, groter wordt indien:

1. hij gelooft dat hij persoonlijk vatbaar is voor de ziekte;
2. hij gelooft dat het optreden van de ziekte ernstige gevolgen voor hem heeft;
3. hij gelooft dat de actie de vatbaarheid en ernst zal reduceren, en dat deze niet bepaalde psychologische barrières met zich meebrengt;
4. de mate waarin deze 'bereidheidsvariabelen' worden geactiveerd, hangt af van het bestaan van bepaalde stimuli ('cues' of 'triggers').

Centraal staat in dit model de bereidheid tot gezondheidsgedrag. De 'noodzaak' en 'mogelijkheid tot gezondheidsgedrag' blijven buiten beschouwing. De vraag in hoeverre gezondheid voor het individu relevant genoeg is om tot daden over te gaan, blijft onduidelijk, wellicht mede omdat 'gezondheid' geïsoleerd wordt bekeken en niet vergeleken met andere doeleinden die een individu hanteert. Het model lijkt te veronderstellen dat 'gezondheid' voor iedereen een zelfde betekenis en relevantie heeft.

Impliciet lijkt aan dit model de opvatting van een 'rational health man' te liggen.⁶ Weliswaar betreft het hier een model, maar juist deze (impliciete) opvatting kan het begrijpen van het niet-optreden van gezondheidsgedrag belemmeren. Tevens lijkt het alsof het model er van uitgaat dat gezondheidsgedrag een gevolg is van motivatie. Niet alleen is dit de vraag, maar tevens lijkt het hier om een zeer bepaalde motivatie te gaan, nl. de motivatie om gezond te blijven.⁷

Het grootste bezwaar tegen dit model is echter dat het geen licht werpt op de vraag op welke wijze het optreden van gezondheidsgedrag afhangt van 'sociale situaties'. Weliswaar zijn er versies van het model in omloop waarin factoren zoals sociaal-ekonomische status zijn opgenomen, maar dan blijft het onduidelijk hoe men zich de relaties tussen dergelijke factoren en het optreden van gezondheidsgedrag moet voorstellen.

Dit betekent dat de waarde van het Health Belief Model voor de beantwoording van de vraag die in dit artikel centraal staat, zeer beperkt is.

3 Enige empirische gegevens

In deze paragraaf zullen enkele resultaten worden vermeld van evaluatie-studies naar de effectiviteit van preventieve programma's.⁸ We zullen ons daarbij richten op verschillen in effectiviteit bij enerzijds de lagere en anderszijds de hogere sociale categorieën.

In verschillende Nederlandse tandheelkundige GVO-projecten kwam men

tot de konklusie dat de effecten van de voorlichting in de hogere sociale strata groter zijn dan in de lagere sociale strata. In de hogere sociale strata is het percentage kinderen dat na voorlichting fluoride-tabletten gebruikt, groter. De verbetering van het gebit van de kinderen tijdens de voorlichtingscampagne was in de hogere sociale milieu's groter dan in de lagere.⁹

Ook GVO gericht op het 'stoppen met roken' heeft bij leden van de lagere sociale strata gemiddeld minder effect. Graham en Gibson (1971) konden de hypothese bevestigen dat zij die met roken zijn gestopt, meer tot de hogere sociale laag behoren en gemiddeld een hogere opleiding hebben genoten. Uit een evaluatie-onderzoek naar de T.V.-kursus 'Roken? Zo kom je ervan af' bleek dat leden van de hogere sociale klasse geen betere resultaten behaalden. Echter, in de groep kursisten waartoe het onderzoek zich beperkte, was het hoge beroepsniveau duidelijk oververtegenwoordigd. Met name mensen uit de hogere sociale strata hadden zich voor de cursus opgegeven.¹⁰

Meerdere Amerikaanse onderzoeken komen tot de konklusie dat de sociale laag waartoe het individu behoort, de belangrijkste variabele is ter verklaring van gezondheidsgedrag en van participatie in een preventief gezondheidsprogramma. Tot een vergelijkbare konklusie komt Mechanic die een vijftiental onderzoeken vermeldt waaruit blijkt dat sociaal-ekonomische factoren positief zijn gekorreleerd met uiteenlopende zaken zoals kennis over ziekte, gebruik van medische en tandheelkundige diensten, het accepteren van preventieve maatregelen, enz.¹¹

In haar onderzoek naar participatie in een screeningsprogramma (met begeleidende voorlichting) voor baarmoederhalskanker in Manchester komt Sansom tot de konklusie dat vrouwen uit de laagste twee van de vijf onderscheiden sociale klassen in de uiteindelijk bereikte groep ondervertegenwoordigd zijn. Onderzoek in Finland leidde tot vergelijkbare resultaten. In beide gevallen wordt bovendien het vermoeden uitgesproken dat het hier wel eens om een risico-groep zou kunnen gaan.¹²

Moody en Gray (1972) vermelden twee onderzoeken waaruit blijkt dat sociaal-ekonomische status positief is gekorreleerd met deelname aan vrijwillige t.b.c.-borstonderzoeken.

Bezoek aan een arts, niet vanwege ziekteklachten, maar om ziekte vroegtijdig op te laten sporen, kan eveneens als gezondheidsgedrag worden beschouwd. Ook ten aanzien van deze vorm van gezondheidsgedrag werd gevonden dat ze in de hogere sociale lagen meer voorkomt.¹³ Een onderzoek in de BRD leidde eveneens tot de konklusie dat leden van de hogere sociale klassen zich gemiddeld vaker met preventief oogmerk door een arts laten onderzoeken dan leden van de onderste sociale laag, alhoewel er geen verschil werd gevonden tussen de sociale klassen wat betreft het belang dat wordt toegekend aan deze preventieve onderzoeken.¹⁴

Verschillen in ziektegedrag tussen de sociale lagen is een reeds lang bekend verschijnsel. Er zijn echter redenen om aan te nemen dat de verschillen tussen de sociale lagen bij gezondheidsgedrag groter zijn dan bij het op genezing of herstel gerichte ziektegedrag. Juist het preventief gedrag is in het handarbeidersmilieu het minst ontwikkeld.¹⁵

4 De leefsituatie van handarbeiders

Zoals gezegd zullen we ons in het volgende concentreren op het gezondheidsgedrag bij handarbeiders. Daarmee stuiten we onmiddellijk op de vraag of we in Nederland nog wel kunnen spreken van een (stedelijke) handarbeidersklasse, met een eigen, afwijkende situatie en leefwijze. Is de arbeiderssubcultuur of een voor deze groepering kenmerkende levensstijl niet door de toegenomen welvaart en de groei van de verzorgingsstaat verdwenen? Met name in Engeland is veel onderzoek gedaan naar deze 'these van de verburgerlijking van de arbeiders'. Goldthorpe e.a. (1969) konden in hun onderzoek in Luton echter geen bevestiging vinden voor deze these. De levenswijze van de handarbeiders blijft, ook in de moderne nieuwbouwwijken, verschillen van die van de middenklasse. De Regt (1977) meent dat we ook in Nederland bij stedelijke industrie-arbeiders kunnen spreken van een cultuur-patroon dat in veel opzichten vergelijkbaar is met dat van Engelse arbeidersmilieu's.

Voor de leden van deze categorie geldt dat hun levenspeil aanzienlijk afwijkt van de levensstandaard. Op verschillende terreinen, zoals het werk, de huisvesting, het onderwijs, het inkomen en het eigendom, hebben de leden van deze klasse beperkte kansen op het min of meer aanvaarde en wenselijk geachte.

Schematisch kunnen we zeggen dat in de handarbeidersmilieu's in vergelijking met de hogere sociale klassen minder middelen ter beschikking staan om de omgeving te controleren.¹⁶ Bovendien worden de leden van deze klasse gekonfronteerd met relatief veel 'problemen', waarvan het optreden vaak niet is te voorzien, en die met de voorradige middelen moeilijk zijn te voorkomen of onder controle te krijgen. Daarom wordt hun bestaan gekenmerkt door een (potentiële) relatieve instabiliteit en een daarmee gepaard gaande onzekerheid.¹⁷ De mogelijkheden om uit deze situatie te komen, bijvoorbeeld door verticale mobiliteit, zijn beperkt. De voor deze categorie kenmerkende 'levensstijl' of subcultuur kan dan ook begrepen worden als een poging tot een min of meer functioneel antwoord op een dergelijke situatie.

Daar leden van de handarbeidersklasse minder middelen ter beschikking staan om een 'groter gebied' te controleren, liggen hun relevanties meer in het hier, het nu en het concrete dan in verder verwijderende zaken. In tegenstelling tot de middenklasse zou men vooral geïnteresseerd zijn (bijv. in het werk, het onderwijs) in 'getting by' in plaats van in 'getting ahead'.¹⁸

Het bestaan in deze lagere klasse zou worden gekenmerkt door een gerichtheid op het onmiddellijk heden en een relatief ontbreken van een toekomstoriëntatie.¹⁹ Het ligt voor de hand dit te begrijpen als een poging tot een antwoord op een potentieel instabiele en onzekere situatie. Het zich richten op de toekomst zal vermoedelijk minder gauw optreden, indien de middelen ontbreken om deze te beïnvloeden.

De voor traditionele arbeiderswijken kenmerkende hechte buurt- en familierelaties kunnen eveneens in dit kader begrepen worden en wel als een poging sterke onderlinge hulpverleningspatronen te scheppen die als een 'verzekering' functioneren in een verder relatief instabiele situatie. Samenvattend, de leden van deze klasse staan voor de 'taak' een 'levensstijl' te ontwikkelen die hun onzekerheid en instabiliteit reduceert en hun macht zoveel mogelijk versterkt, waarbij deze niet afhangt van prestaties in de universalistische sektor (het werk). De 'oplossing' hiervoor is een relatief gesloten netwerk met mensen in dezelfde omstandigheid die elkaar status en hulp bieden. 'De arbeiderssubcultuur is een antwoord op het probleem hoe te leven met een laag inkomen, met geringe status en weinig kansen op sociale stijging' (De Regt (1977), blz. 319).

5 Gezondheidsgedrag, begrepen vanuit de leefsituatie

Voor het geringe succes van preventieve gezondheidsprogramma's bij handarbeiders zijn in de loop van de tijd verschillende verklaringen gelanceerd. Gebrekkige financiële middelen, een gebrekkig ontwikkeld medisch denken of een armoedekultuur bij handarbeiders komen in verschillende vaak matig uitgewerkte verklaringen voor als oorzaak van het geringe succes. Eigenlijk zijn al deze verklaringen te beperkt. Het geen-geld-motief lijkt in het geval van de GVO nauwelijks een rol te kunnen spelen. Het toeschrijven van het geringe succes aan een gebrekkig ontwikkeld medisch denken is nauwelijks een verklaring te noemen. Het feit dat de verspreiding van een bepaalde manier van denken weinig succes heeft, kan m.i. toch nauwelijks worden verklaard uit de afwezigheid van die manier van denken. De verklaring vanuit de armoedekultuur is te algemeen van aard om adequaat genoemd te worden (in ieder geval voor wat betreft de Nederlandse situatie).

In het volgende zal geprobeerd worden om tot een adequatere interpretatie te komen, daarbij uitgaande van wat in de vorige paragrafen werd opgemerkt over 'gezondheidsgedrag' en over de leefsituatie van handarbeiders.

Het bestaan van de handarbeiders wordt gekenmerkt door het optreden van relatief veel problemen die buiten het 'kontrole-gebied' vallen, en waarvan het optreden vaak niet is te voorzien. Voor leden van deze klasse vormt ziekte/gezondheid slechts één van de problemen waarmee men wordt geconfronteerd, en wellicht niet het meest dringende probleem.²⁰

Onderzoeksgegevens laten twee, schijnbaar tegengestelde, manieren van omgaan met gezondheid in dit milieu zien. Schijnbaar, omdat ze dezelfde functie lijken te vervullen.

In de eerste plaats zijn er auteurs die menen dat men zich in de lagere sociale klasse in het algemeen minder met 'gezondheid' bezighoudt, omdat men primair te maken heeft met problemen op andere terreinen. 'Health problems are just one among many problems they (JBT: de leden van de lagere klasse) must try to cope with, control, or just live with'.²¹

Juist omdat men primair te maken heeft met problemen op andere terreinen, is 'het je zorgen maken over je gezondheid (zeker zolang deze geen directe belemmering vormt voor de uitvoering van relevant geachte taken) iets dat ver weg staat'. Lichte fysieke stoornissen worden getolereerd omdat de aandacht aan meer dringende kwesties moet worden besteed, bijvoorbeeld het huishoudgeld. 'The same medical problem is likely to stand out much sharper for the higher income person, because his energies tend to be quickly mobilized by anything threatening his health'.²²

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat arbeiders een bezoek aan de huisarts pas gerechtvaardigd vinden bij ernstiger kwalen. Leden van de hogere sociale lagen zijn daarentegen vaker van mening dat men ook bij lichtere kwalen, die de uitvoering van de alledaagse rollen niet direct belemmeren, al naar de dokter moet gaan.²³ Met andere woorden de aan de sociale positie van handarbeiders verbonden problemen, taken, verwachtingen en eisen zorgen ervoor dat de relevanties in hun konstruktie van de werkelijkheid anders liggen dan bij hogere sociale posities. In de lagere milieus zou het 'zich bekommeren om de gezondheid' eerder als niet-relevant verschijnen.

Schijnbaar tegengesteld aan deze resultaten zijn de opvattingen van een aantal auteurs die menen dat men in de lagere sociale klasse vaker 'gezondheid' verabsoluteert. In de lagere sociale klasse zou sprake zijn van een gezondheidsopvatting, waarin 'gezondheid', 'minder doelmatig' en 'meer emotioneel' wordt beschouwd. Cassee (1973) spreekt van een traditioneel-magische ziektebenadering die meer voorkomt bij mensen met een lagere opleiding. Deze ziektebenadering wordt o.a. gekenmerkt door de aanwezigheid van gezondheidsanomia ('een gevoel van machteloosheid t.a.v. de eigen gezondheid') en 'irrationele' opvattingen over ziekte en gezondheid. Schmädel (1975) spreekt van een op 'doelmatigheid ingestelde houding' ten opzichte van gezondheid bij de bovenste sociale laag, terwijl de onderste laag eerder gezondheid verabsoluteert en emotioneler benadert. Bij de hogere lagen komt het vaker voor dat men gezondheid 'rationeel' definieert, in termen van lichamelijk functioneren, terwijl de leden van de onderste laag eerder emotioneel getinte stereotypen hanteren.²⁴

Zien we in het eerste geval dat men gezondheid als niet-belangrijk zou beschouwen, in het tweede geval vindt men het wel degelijk belangrijk. In dat

laatste geval is er sprake van een zingeving aan gezondheid, waarbij deze zodanig wordt gedefinieerd dat ze buiten het te beïnvloeden gebied valt. Daarmee wordt een antwoord gevonden op een situatie waarin optredende problemen vaak niet voldoende controleerbaar zijn. De eerste oplossing, het eenvoudigweg gezondheid niet belangrijk vinden, zou in principe de zelfde functie kunnen vervullen. Echter, zij zou wel eens een 'fatalistische' oplossing kunnen blijken te zijn, en daarmee wellicht dysfunktioneel. Door een zingeving waarin gezondheid wel als belangrijk verschijnt, maar tegelijk als behorende tot een niet te beïnvloeden gebied, wordt zowel het fatalisme vermeden, als een zeker antwoord op en 'verklaring' van de gezondheidsproblemen gevonden.

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat het relatief ontbreken van een duidelijke 'toekomst-oriëntatie' ook op het gebied van de gezondheid een rol kan spelen. Reeds eerder werd er op gewezen dat symptomen die niet direkt het handelen belemmeren, in de lagere sociale klasse minder aandacht krijgen.

Dit betekent dat een preventieve gezondheidszorg, waaronder de GVO, met haar op de toekomst gerichte en 'op waarschijnlijkheid' gebaseerde argumenten een toekomst-oriëntatie veronderstelt die bij deze sociale categorie nogal eens zal ontbreken. Dit kan inhouden dat het 'ontbreken van een preventieve gezondheidsoriëntatie' wel eens een andere dimensie van het ontbreken van een algemene toekomst-oriëntatie zou kunnen zijn.²⁵

Deasy (1956) veronderstelt dat de heersende wijze van denken in de lagere sociale strata niet in termen van het voorkomen van eventuele toekomstige ziekten plaatsvindt, maar in termen van 'het overkomt je'. Zij spreekt van een 'fatalistisch accepteren'. Het ontbreken van een toekomst-oriëntatie, het in de eerste plaats streven naar stabiliteit en zekerheid in een verder relatief instabiele en onzekere situatie, kan wellicht een verklaring bieden van het reeds eerder genoemde verschijnsel, dat juist het preventief gezondheidsgedrag bij handarbeiders slecht ontwikkeld is.

Het traditioneel handarbeidersmilieu wordt gekenmerkt door hechte buurt- en familierelaties. Deze netwerken spelen niet alleen in het ziektegedrag een rol als hulpverleningspatronen, maar zijn ook voor het gezondheidsgedrag van invloed. De netwerken spelen een rol in de waarneming en waardering van ziekte en gezondheid. Tussen de verschillende netwerken zijn verschillen aan te geven in de waarneming van ziekte. Deze verschillen kunnen begrepen worden in samenhang met de probleem-oplossingsmogelijkheden die het netwerk toestaat. De interpretatie en waardering van ziekte en gezondheid hangen af van de mogelijkheden 'om er iets aan te doen'. Een waarneming van een symptoom zal weinig relevantie hebben indien het niet goed mogelijk is er in het handelen iets aan te doen. Of dat mogelijk is, hangt in sterke mate af van het netwerk waarin men verkeert.

De netwerken in het traditioneel handarbeidersmilieu zijn relatief gesloten.

Oplossingen voor ziekte- en gezondheidsproblemen worden meer binnen het eigen netwerk gezocht dan in de hogere sociale lagen. De kongruentie tussen leken- en professioneel referentiekader is er geringer dan in de midden- of hogere klasse. Tevens is de sociale controle er sterker. Dit maakt begrijpelijk waarom de sociale afstand tot de professionele zorg er relatief groot is.

Bovenstaande houdt in dat er relatief veel belemmeringen in dit netwerk aanwezig zijn om de geïnstitutionaliseerde zorg op te zoeken. Maar tevens heeft dit gevolgen voor de mogelijkheden van de GVO om (van buiten af) deze mensen met haar boodschap te bereiken. Zelfs als dat wel lukt, bestaat de kans dat de overgedragen kennis niet aansluit bij de situatie in de netwerken.

Het bekendst op dit gebied zijn de onderzoeken van Suchman. Hij onderscheidde twee globale medische oriëntaties, nl. een scientific en een popular health orientation. Daarnaast onderscheidde hij twee typen netwerken, nl. kosmopolitaire en parochiale sociale organisatie. Zijn onderzoeken leiden inderdaad tot de konklusie dat er een samenhang bestaat tussen het type netwerk en de heersende gezondheidsoriëntatie. Alhoewel zowel type netwerk als oriëntatie ook samenhangen met 'sociaal-ekonomische status', kon de relatie tussen netwerk en oriëntatie niet geheel uit de sociaal-ekonomische status worden verklaard. Dit betekent dat het netwerk een ten opzichte van de sociaal-ekonomische status autonome invloed uitoefent op de gezondheidsoriëntatie.

Volledigheidshalve zij opgemerkt dat een tien jaar later uitgevoerd replikatie-onderzoek de resultaten van Suchman niet kon bevestigen.²⁶ Merkwaardig is bovendien dat er geen aanwijzingen konden worden gevonden dat verschillen in preventief gedrag binnen de arbeidersklasse samenhangen met type netwerk.²⁷ Thorbecke komt op dit punt echter tot een tegenovergestelde konklusie, nl. dat de netwerkstructuren juist wel invloed hebben op houding en gedrag tegenover gezondheid. Dit is een ondersteuning van de hier gegeven interpretatie over de samenhang tussen type netwerk en gezondheidsgedrag.

Men kan zich afvragen of bovenstaande ook opgaat voor arbeidersgezinnen die in de moderne buitenwijken leven. Wanneer de arbeidersgezinnen naar de nieuwbouw trekken, gaan de kontakten met de oude buurt meestal verloren. Door de ruimtelijke afstand tot de familie-leden, de gereduceerde burenelaties en 'het niet gemakkelijk nieuwe vrienden maken', worden met name de onderlinge hulppatronen bij ziekte getroffen. Dit betekent echter niet dat arbeidersgezinnen die in moderne nieuwbouwwijken wonen daarmee een middle-class referentiekader krijgen.

Ook wat betreft het ziekte- en gezondheidsgedrag moet de 'verburgerlijkingsthese' worden verworpen. Bij afname van de onderlinge hulppatronen via buurt en familie worden deze vermoedelijk niet door de geïnstitutionaliseerde zorg vervangen.²⁸ Dit vermoeden wordt nog versterkt doordat na verloop van tijd in nieuwbouwwijken het oude patroon van buurt-relaties weer schijnt te ontstaan.²⁹

Juist in deze arbeidersgezinnen bestaat een grote mate van tolerantie tegenover fysiek en psychisch belastende omstandigheden. Dit lijkt samen te hangen met hun meer instrumentele, extrinsieke oriëntatie tegenover het werk, waarbij het willen bereiken van een zo hoog mogelijk loon centraal staat. Dit leidt ertoe dat er minder acht wordt geslagen op tekens van toekomstige ziekten, vooral niet wanneer afwezigheid wegens ziekte invloed heeft op de zekerheid van de arbeidsplaats. Dit zou vooral bij het ouder worden een rol spelen.³⁰

Volledigheidshalve moet hier nog gewezen worden op enkele factoren die in de literatuur regelmatig naar voren komen voor de verklaring van het gezondheidsgedrag in het handarbeidersmilieu. Te denken valt hierbij aan 'onwetendheid over ziekte en gezondheid', een gering ontwikkelde symptoomopmerksaamheid, een hoge symptoomtolerantie en een relatief grote angst voor ziekte en gezondheidszorg. Deze elementen zijn m.i. in het hier geleverde interpretatiekader goed in te passen. Een nadere uitwerking hiervan zou echter het kader van dit artikel te buiten gaan. Wel moet worden opgemerkt dat 'angst' het accepteren van preventieve maatregelen kan verhinderen en een belemmering kan zijn voor de gedragsverandering die de GVO tot stand wil brengen.

6 Slot

In het voorgaande is een interpretatie gegeven van het merendeels op slechts statistische verbanden berustende gegeven dat preventieve gezondheidsprogramma's in het handarbeidersmilieu minder succes boeken dan in hogere sociale lagen. Alhoewel deze interpretatie ondersteund lijkt te worden door verschillende onderzoeksresultaten, zal slechts gerichter onderzoek kunnen uitwijzen in hoeverre deze interpretatie juist is.

Tot slot van dit artikel kan gewezen worden op enkele konsekventies van het voorgaande voor de opzet van preventieve gezondheidsprogramma's. In de eerste plaats is het duidelijk dat de ongelijkheid in succes een extra aandachtspunt zou moeten betekenen voor de preventie.

Wellicht belangrijker is dat er rekening moet worden gehouden met het feit dat juist in dit milieu de kans groter is dat 'gezondheid' óf weinig relevantie wordt toegekend óf beschouwd wordt als iets dat niet is te beïnvloeden. In het voorgaande is aangegeven hoe deze wijze van denken is verankerd in de leefsituatie.

Hiermee stuiten we op de grenzen van de gezondheidsvoorlichting, in zoverre die gebaseerd is op kennisoverdracht en vrijwilligheid. De nadruk die men in de GVO tegenkomt op de eigen verantwoordelijkheid van de mens om te beslissen over een gezondere leefwijze,³¹ lijkt te appelleren aan een wijze van denken die juist in dit milieu minder voorkomt. Hetzelfde kan worden gezegd van de op waarschijnlijkheid en mogelijke toekomstige gezondheidsstoornissen geba-

seerde voorlichting. Ook deze doet een beroep op een toekomst-oriëntatie die hier minder vaak zal voorkomen.

Daarmee lijkt de paradox compleet. Juist dat deel van de gezondheidszorg dat zich het meest beroept op emancipatoire argumenten (nl. het *zelf* beslissen van de cliënt), draagt de kiemen in zich van de grootste ongelijkheid.

Noten

1. Zie voor deze konklusie o.a.: GVO Projekt Nijmegen (1973), ten Hoopen (1976), Jensen (1974), Plasschaert en König (1973), Sansom (1969), Sansom, Pinnock en Wakefield (1971), Vuori (1972).
2. Kasl en Cobb (1966).
3. Zie o.a. Cassee (1973), bladzijde 12-16 en Schmadel (1975), bladzijde 114-115.
4. Berger en Luckman (1967), bladzijde 56-57.
5. Zola (1965); voorbeelden van dergelijke 'kritische voorvallen' zijn onder meer het optreden van een 'interpersoonlijke crisis' en een verstoring in de arbeidsroutines. Deze voorvallen brengen mensen ertoe iets aan hun 'gezondheid' te gaan doen, en hoeven niet of nauwelijks (en dan op een soms medische arbitraire wijze) met de symptomen samen te hangen.
6. Oliver (1974) gebruikt een formulering van de 'rational health man' die identiek is aan de formulering van het Health Belief Model.
7. Sansom (1969) vond bijvoorbeeld dat bij het meedoen aan een screeningsprogramma heel andere motivaties van belang bleken dan de motivatie om 'gezond te blijven'.
8. Zie voor een uitgebreid overzicht van de resultaten van dergelijke onderzoeken Jan Terpstra, Gezondheidsgedrag in de 'lagere' sociale klasse, Wageningen, 1978, blz. 3-15.
9. GVO-Projekt Nijmegen (1973) en ten Hoopen (1976); zie voor buitenlandse literatuur die tot vergelijkbare konklusies komt onder meer Young (1970), blz. 15-17, Richards (1971) en Jensen (1974).
10. Marsman en Peters (1979).
11. Zie behalve Mechanic (1974) ook Coburn en Pope (1974), Rosenstock (1974 en 1975), Suchman (1965).
12. Sansom (1969), Sansom, Wakefield en Pinnock (1971) en Vuori, Rimpelä en Grönroos (1972).
13. Coburn en Pope (1974) en Steele en McBroom (1972).
14. Schmadel (1975), blz. 116.
15. Zie onder meer Thorbecke (1975), blz. 74 en Mechanic (1974).
16. Zie o.a. Kosa (1975) en Tucket (1976, blz. 127-129).
17. Zie Bowman (1965), Irelon (1967) en Strauss (1969).
18. Miller en Riesman (1965) en Goldthorpe, e.a. (1969, blz. 72/73 en 77).
19. Fiselier (1976), Kosa (1975), Strauss (1969) en Goldthorpe, e.a. (1969).
20. Rosenblatt en Suchman (1965), blz. 342.
21. Strauss (1969), blz. 155.
22. Strauss (1969).
23. Schmadel (1975), blz. 117 en Thorbecke (1975), blz. 63.
24. Zie bijvoorbeeld ook Baumann (1961).
25. Rosenblatt en Suchman (1965), blz. 344.
26. Reeder en Berkanovic (1973); zie ook Geertsens, e.a. (1975).

27. Rosenblatt en Suchman (1974).
28. Thorbecke (1975), blz. 70/71.
29. De Regt (1977).
30. Zie o.a. J. H. Goldthorpe, e.a., *The Affluent Worker: industrial attitudes and behavior*, Cambridge, 1968, blz. 19/20 en 25; Thorbecke (1975), blz. 95-97.
31. Zie bijvoorbeeld Rouwenhorst (1977), blz. 118 voor een omschrijving van de doelstelling van de GVO waar dit element duidelijk uit blijkt.

Literatuur

- Baumann, B., Diversities in Conceptions of Health and Physical Fitness, *Journ. of Hlth. and Hum. Beh.*, 2 (1961), p. 39-46.
- Berger, P. L. and Th. Luckmann, *The Social Construction of Reality*, a treatise in the sociology of knowledge, 1966.
- Bowman, C. G., Mental Health in the Worker's World, In: *Blue-collar World*, Studies of the American Worker, A. B. Shostack and W. Gomberg (ed.), New Jersey, 1965², pag. 371-381.
- Cassee, E. Th., *Naar de Dokter*, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel, 1973.
- Coburn, D., and C. R. Pope, Socio-economic Status and Preventive Behavior, *Journ. of Hlth. and Soc. Beh.*, 15 (1974), p. 67-78.
- Deasy, L. C., Socio-Economic Status and Participation in the Poliomyelitis Vaccine Trial, *Am. Soc. Rev.*, 21 (1956), p. 185-191.
- Fiselier, A. A. M., *Laagstgeklasseerden in Nederland*, Een voorstel voor een empirisch onderzoek naar huishoudens met een laag inkomen op basis van gegevens van de Volkstelling 1971 tegen de achtergrond van een literatuurstudie over het verschijnsel achterblijven, Interimrapporten censusmonografieën, SISWO, Amsterdam, 1976.
- Geertsen, R., e.a., A Re-examination of Suchman's Views on Social Factors in Health Care Utilization, *Journ. of Hlth. and Soc. Beh.*, 16 (1975) p. 226-237.
- Goldthorpe, J. H., D. Lockwood, F. Bechhofer, and J. Platt, *The Affluent Worker in the Class Structure*. Cambridge, 1969.
- Graham, S., and R. W. Gibson, Cessation of Patterned Behavior: Withdrawal from Smoking, *Soc. Sci. and Med.*, 5 (1971), p. 319-337.
- GVO Projekt Nijmegen*, Verslag over het 2e halfjaar 1973. Nijmegen, 1973, hoofdstuk IV.
- Hoopen, W. L. ten, Lokale Aanpak van GVO, *Tijdschr. v. Soc. Geneesk.*, 54 (1976), p. 834-840.
- Irelon, L. M., *Low-Income Life-Styles*, U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Washington D.C., 1967.
- Jensen, K., Dental Care Practices and Socio-Economic Status in Denmark, *Community Dent. Oral Epidemiol.*, (1974) 2, p. 273-281.
- Kasl, S. V., and S. Cobb, Health Behavior, Illness Behavior, and Sickrole Behavior, *Arch. Environ. Health*, 12 (1966), p. 531-541.
- Kosa, J., The Nature of Poverty, in: *Poverty and Health*, a sociological analysis, J. Kosa and I. K. Zola (ed.). Cambridge/London, 1975³, blz. 1-39.
- Marsman, G. W. en G. J. Peters, *Stoppen met roken*. Een evaluatie-onderzoek van de NCRV-serie 'Roken? Zo kom je ervan af'. Nijmegen, 1979.
- Mechanic, D., Sociology and Public Health: Perspective for Application, in: *Politics, Medicine and Social Science*. New York, 1974b, blz. 9-20.

- Miller, S. M., and F. Riesman, The Working-Class Subculture: A New View, in: *Blue-Collar World*, 1965, blz. 24-36.
- Moody, P. M., and R. M. Gray, Social Class Integration, and the Use of Preventive Health Services, in: *Patients, Physicians, and Illness*, a sourcebook in behavioral science and health, E. G. Jaco (ed.), 1972², blz. 250-261.
- Oliver, V., Some limitations of Rational-Choice Models, *Int. Journ. of Health Educat.*, 17 (1974), p. 163-169.
- Plasschaert, A. J. M., en K. G. König, Het effect van motiverende en informatieve beïnvloeding op de cariës-toename bij schoolkinderen: resultaten van een experimentele periode van 2 jaar, *Ned. Tijdschr. Tandheelk.*, 80 (1973), p. 21-35.
- Reeder, L. G., and E. Berkanovic, Sociological Concomitants of Health Orientations: A partial replication of Suchman, *Journ. of Hlth. and Soc. Beh.*, 14 (1973), p. 134-143.
- Regt, A. J. de, Arbeiderssubcultuur in Engeland en Nederland: een vergelijking, *Soc. Gids*, 24 (1977) 5, p. 310-331.
- Richards, N. D., Utilization of Dental Services, In: *Social Sciences and Dentistry: A critical Bibliography*, N. D. Richards and L. K. Cohen (ed.), The Hague, 1971, blz. 209-240.
- Rosenblatt, D. and E. A. Suchman, The Under-Utilization of Medical-Care Services by Blue-Collarities, in: *Blue-Collar World*, 1965, blz. 341-349.
- Rosenblatt, D., und E. A. Suchman, Die Einstellung von Arbeitern zu und ihre Information über Gesundheit und Krankheit, in: *Analyse des Gesundheitssystems*, Krankheitsstruktur, ärztlicher Arbeitsprozess, Sozialstaat: Reader zur Medizinsoziologie, V. Volkholz, u.a. (hrsg.), 1974, blz. 127-140.
- Rosenstock, I. M., The Health Belief Model and Preventive Health Behavior, *Hlth. Educ. Monogr.*, 2 (1974) 4, p. 354-386.
- Rosenstock, I. M., Prevention of Illness and Maintenance of Health, in: *Poverty and Health*, 1975, blz. 193-223.
- Rouwenhorst, W., *Leren gezond te zijn?* Over de plaats en mogelijkheden van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de zorg voor gezondheid. Alphen aan de Rijn, 1977.
- Sansom, C. D., A cytological screening programme in the U.K.: The influence of Social Studies, *Int. Journ. of Hlth. Educ.*, 12 (1969), p. 132-136.
- Sansom, C. D., J. Wakefield, and K. M. Pinnock, Choice or Chance? How women come to have a cytostest done by their family doctor, *Int. Journ. of Hlth. Educ.*, 14 (1971), p. 127-138.
- Schmädel, D., Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Bevölkerung der BRD, in: *Der Arzt, sein Patient, und die Gesellschaft*, D. Ritter-Röhr (ed.), Frankfurt/Main, 1975a, blz. 112-124.
- Steele, J. L., and W. H. McBroom, Conceptual and Empirical Dimensions of Health Behavior, *Journ. of Hlth. and Soc. Beh.*, 13 (1972), p. 382-392.
- Strauss, A. L., Medical Organization, Medical Care and Lower Income Groups, *Soc. Sci. and Med.*, 3 (1969), p. 143-177.
- Suchman, E. A., Social Patterns of Illness and Medical Care, *Journ. of Hlth. and Hum. Beh.*, 6 (1965), p. 2-16.
- Thorbecke, R., Bewältigung von Krankheitsepisoden in der Familie, in: *Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft*, 1975, blz. 52-112.
- Tuckett, D., *Introduction to Medical Sociology*, London, 1976 (hfdst. 4, 5 en 6).
- Vuori, H., M. Rimpelä, and M. Grönroos, Cytological Programmes: the problem of non-participation, *Int. Journ. of Hlth. Educ.*, 15 (1972), p. 22-32.
- Young, M. A. C., Dental Health Education. An Overview of Selected Concepts and

Principles Relevant to Programme Planning, *Int. Journ. of Hlth. Educ.*, 13 (1970), p. 2-27.

Zola, I. K., Illness Behavior of the Working Class: Implications and Recommendations, in: *Blue-Collar World*, 1965, blz. 350-361.