Module gezondheidsongelijkheid
Berchem 11/05/2017

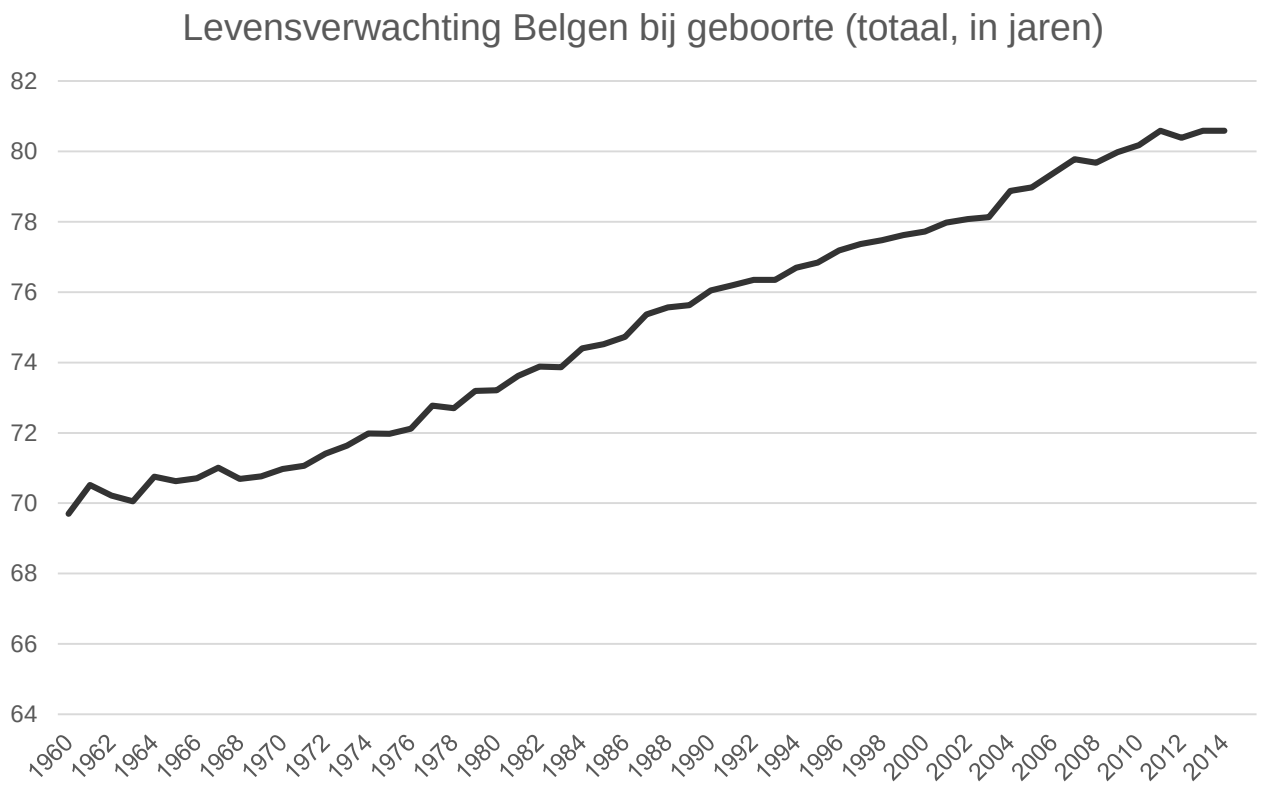
Prof. dr. Sara Willems
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Sara.Willems@ugent.be

Om wakker te worden …

Om wakker te worden …

Denk even aan een interventie die je lokaal zou willen opzetten en die inspeelt op sociale ongelijkheid in gezondheid

De levensverwachting van de Belgen neemt toe …

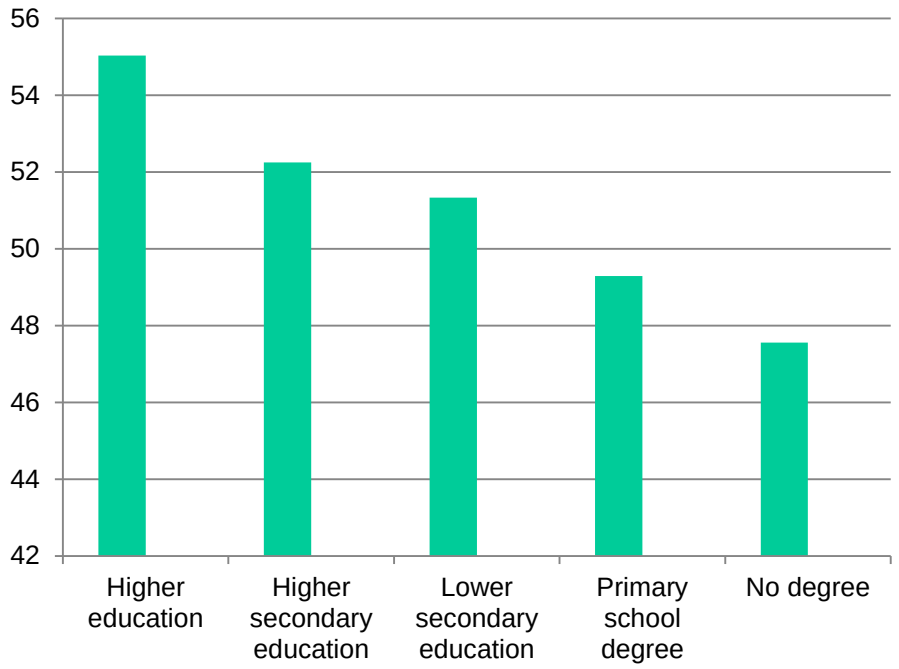


Source: World Bank Database versie 11/04/2016, eigen analyse

Maar … niet iedereen geniet in dezelfde mate van de vooruitgang

Maar … niet iedereen geniet in dezelfde mate van de vooruitgang

Levensverwachting voor mannen van 25 jaar volgens opleidingsniveau



Source: Van Oyen et al, 2010

UNIVERSITEIT GENT

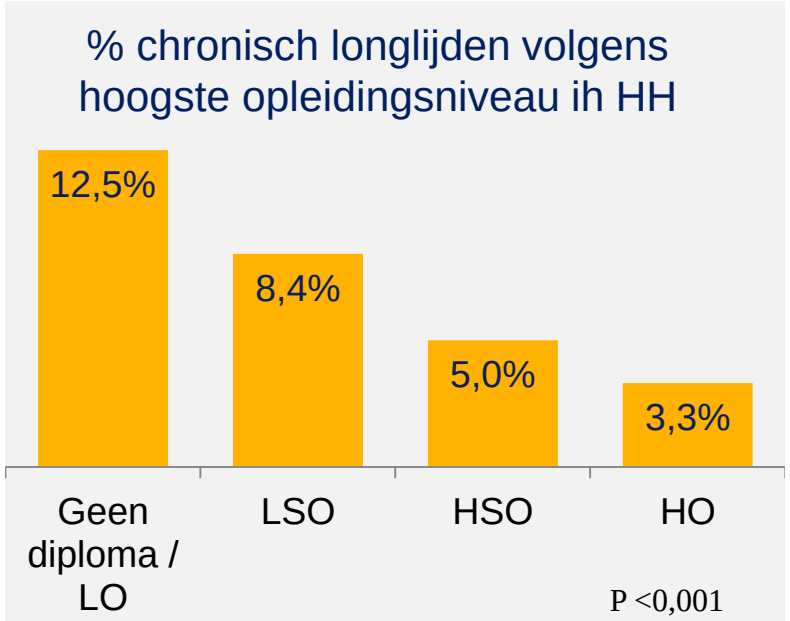
VASTSTELLING 1:
Belangrijke verschillen in gezondheid tussen sociale groepen in de maatschappij

VASTSTELLING 1:
Belangrijke verschillen in gezondheid
tussen sociale groepen in de maatschappij

?

VASTSTELLING 1:
Belangrijke verschillen in gezondheid tussen sociale groepen in de maatschappij

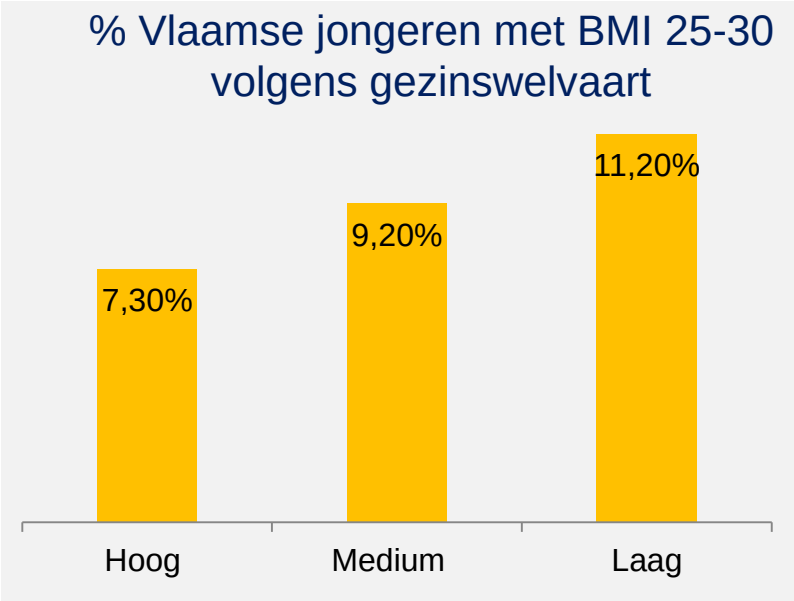
opleidingsniveau



Bron: Gezondheidsenquête (2013)

VASTSTELLING 1:
Belangrijke verschillen in gezondheid tussen sociale groepen in de maatschappij

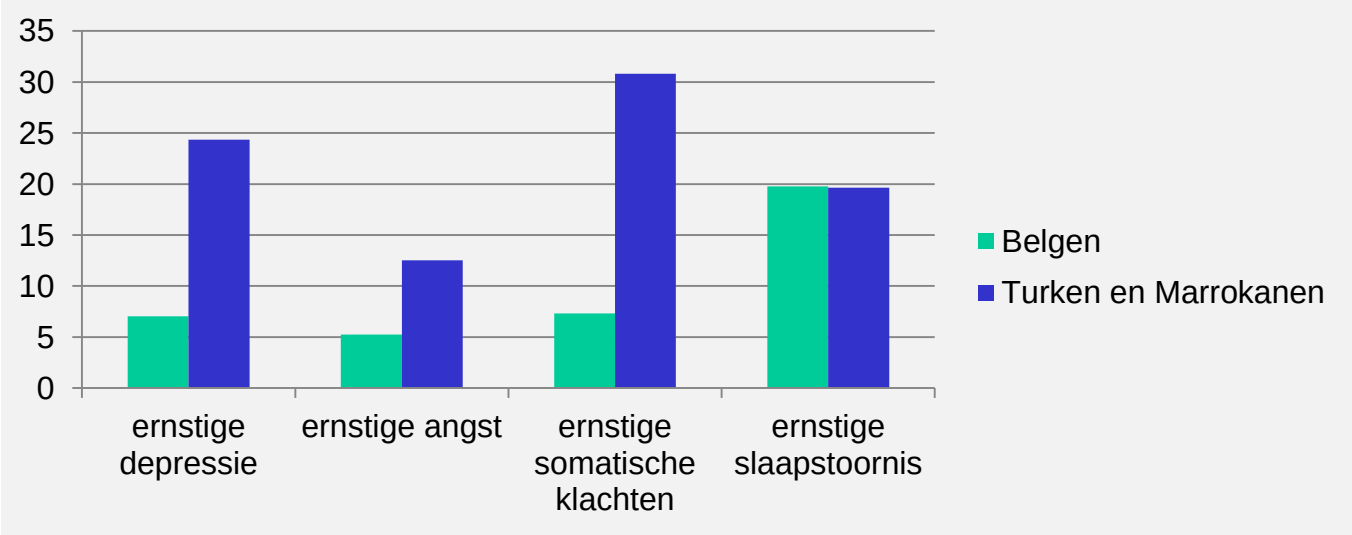
opleidingsniveau
inkomensniveau



Bron: Studie Jongeren en Gezondheid; Maes L, Vereecken C, Hublet A., Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg, Universiteit Gent, cijfers van 2006

VASTSTELLING 1:
Belangrijke verschillen in gezondheid tussen sociale groepen in de maatschappij

opleidingsniveau
inkomensniveau
ethnische achtergrond

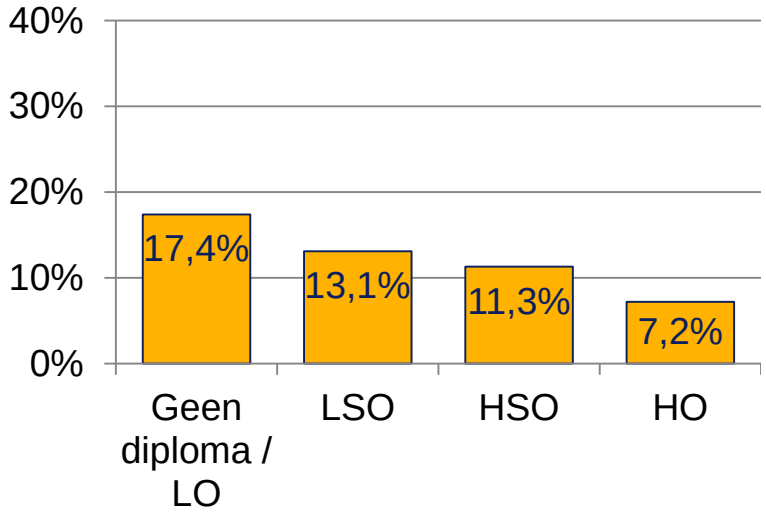


Bron: Leveque et al. Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen (2006)

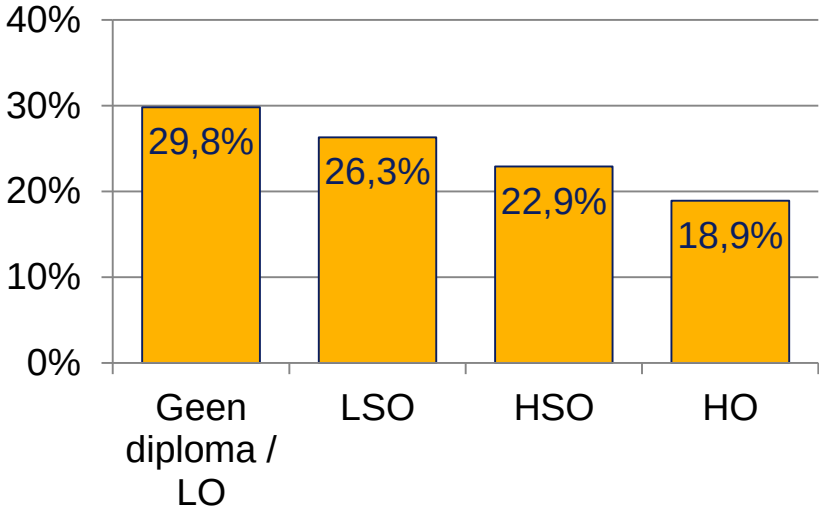
VASTSTELLING 1:
Belangrijke verschillen in gezondheid
tussen sociale groepen in de maatschappij

en dit zowel voor fysieke als geestelijke gezondheid

Depressieve stoornis



Slaapstoornis



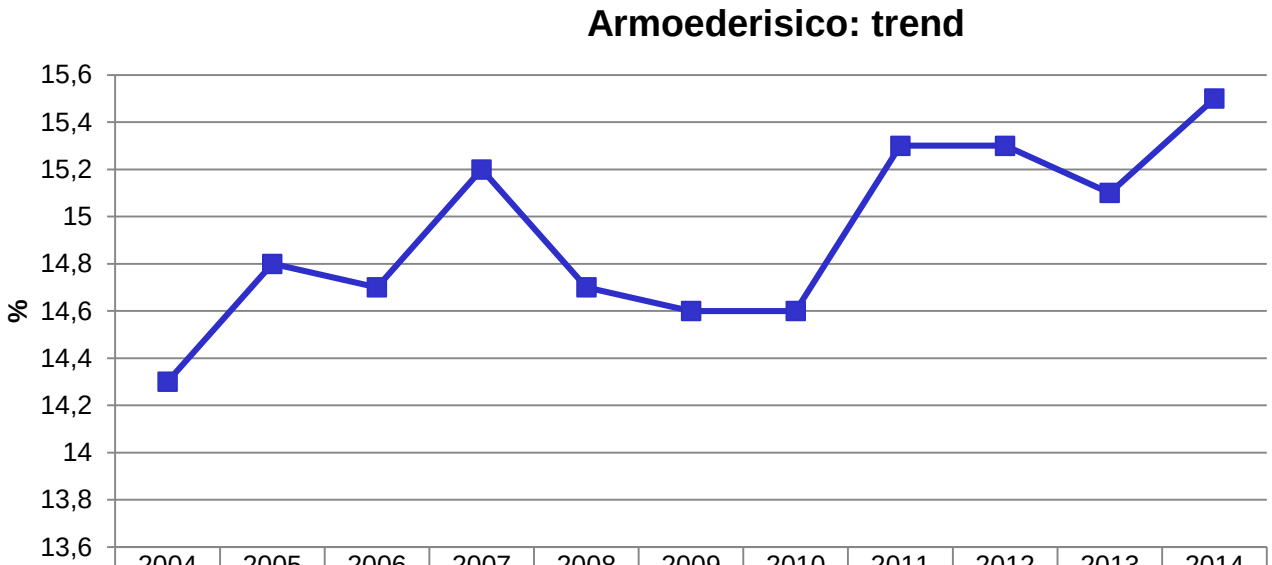
Bron: Gezondheidsenquête (2013), $p<0.001$

UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 2:

Het aantal Belgen dat leeft in armoede neemt toe

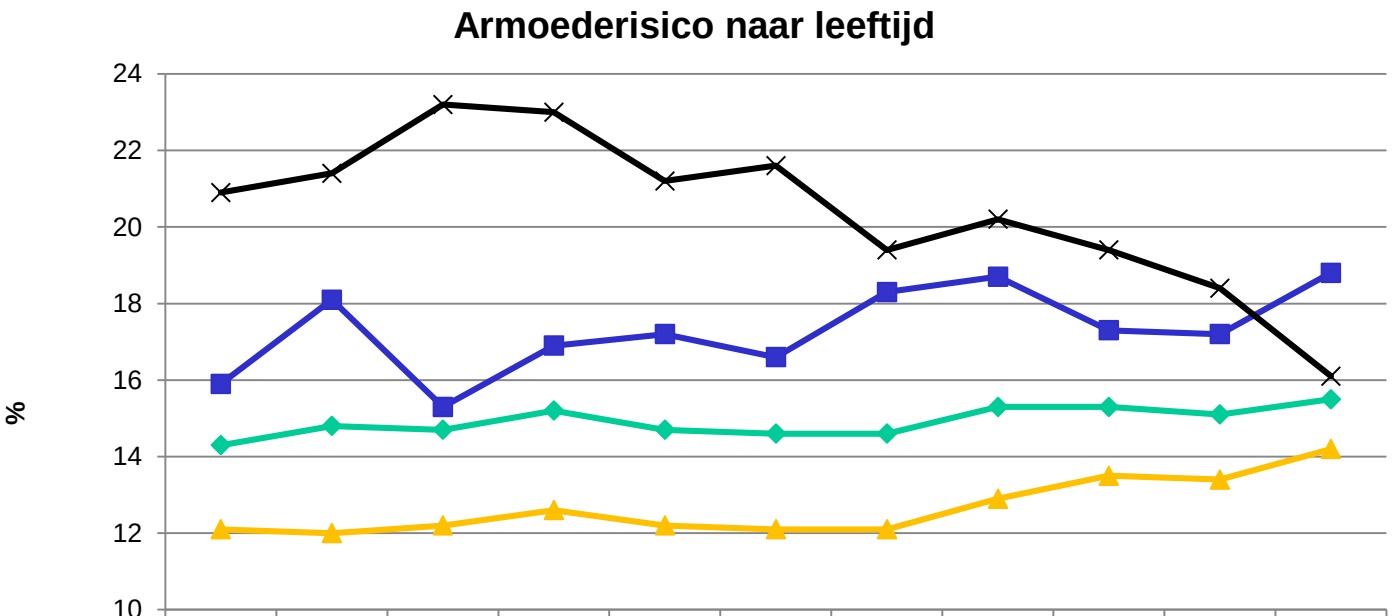
Armoede in stijgende lijn na de economische crisis (na decennia stabiliteit)



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AROP	14,3	14,8	14,7	15,2	14,7	14,6	14,6	15,3	15,3	15,1	15,5

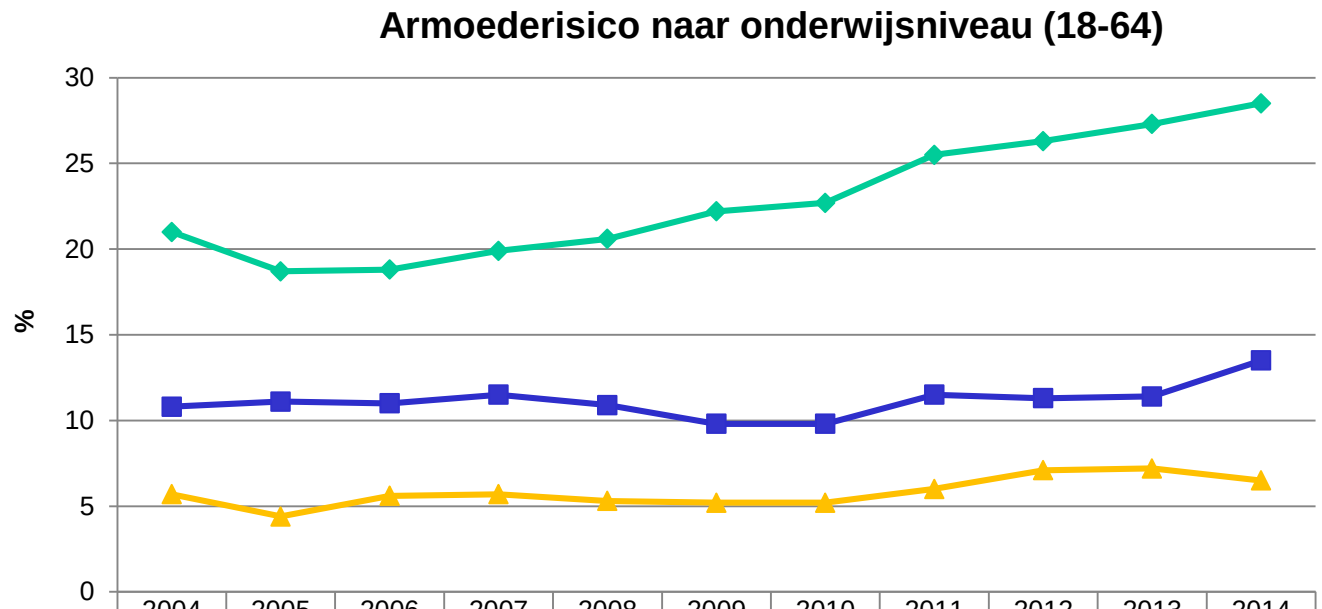
AROP: aantal gezinnen met een inkomen lager dan 60% van het gestandaardiseerd mediaan inkomen

Voor het eerst in de geschiedenis is de kinderarmoede hoger dan de armoede bij 65+



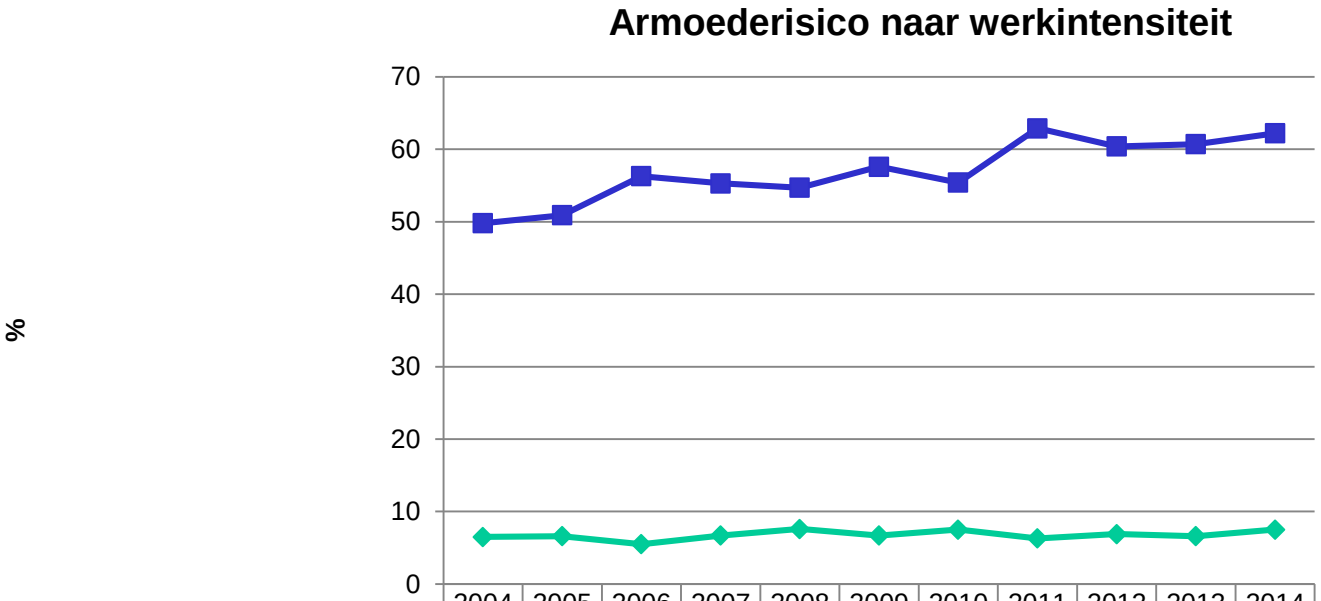
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	14,3	14,8	14,7	15,2	14,7	14,6	14,6	15,3	15,3	15,1	15,5
<18	15,9	18,1	15,3	16,9	17,2	16,6	18,3	18,7	17,3	17,2	18,8
18 - 64	12,1	12	12,2	12,6	12,2	12,1	12,1	12,9	13,5	13,4	14,2
>65	20,9	21,4	23,2	23	21,2	21,6	19,4	20,2	19,4	18,4	16,1

Bijna 1/3 laag opgeleiden leeft in armoede



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Low	21	18,7	18,8	19,9	20,6	22,2	22,7	25,5	26,3	27,3	28,5
Middle	10,8	11,1	11	11,5	10,9	9,8	9,8	11,5	11,3	11,4	13,5
High	5,7	4,4	5,6	5,7	5,3	5,2	5,2	6	7,1	7,2	6,5

Meer dan 60% van de gezinnen waar niemand aan het werk is leeft in armoede



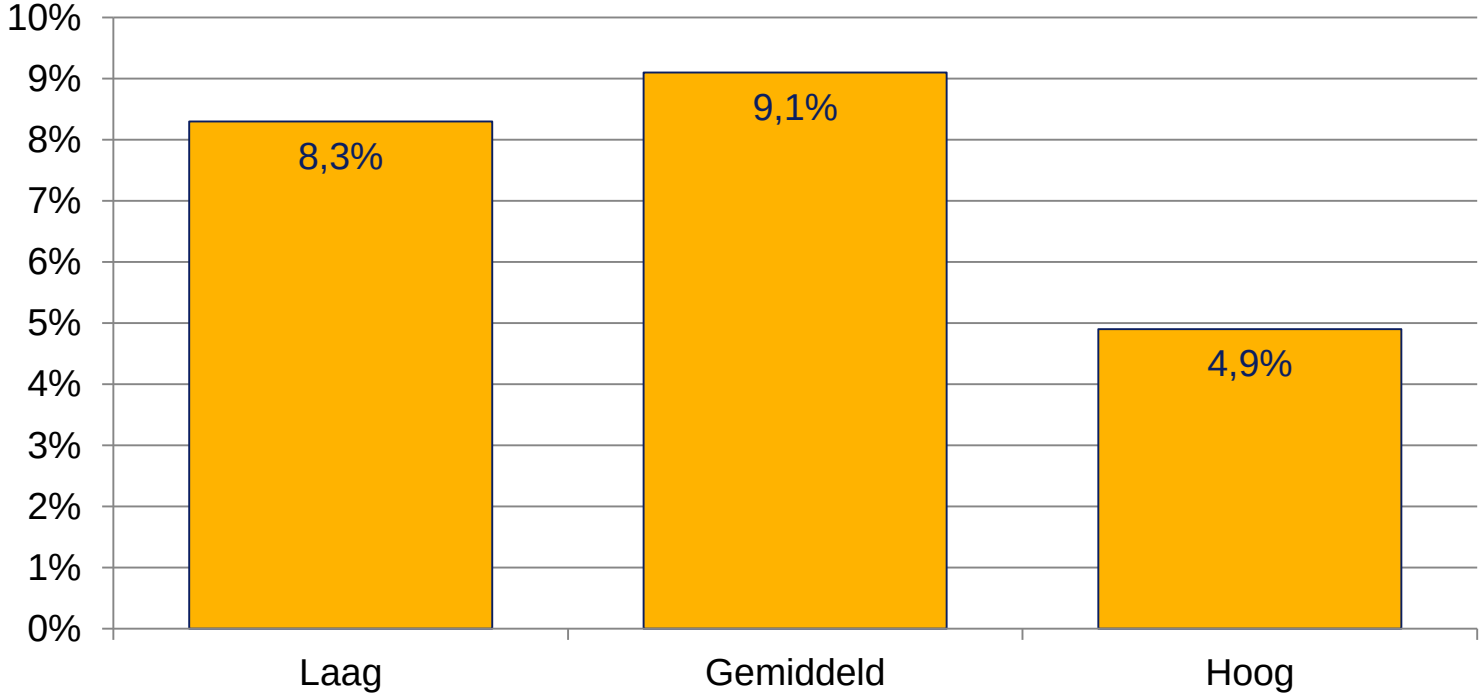
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Work intensity other than very low	6,5	6,6	5,5	6,7	7,6	6,7	7,5	6,3	6,9	6,6	7,5
Very low work intensity	49,8	50,9	56,3	55,3	54,7	57,6	55,4	62,9	60,4	60,7	62,2

UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 3:

Sociale verschillen in gezondheid beginnen al van voor de geboorte

Intra-uteriene groeiachterstand
volgens opleidingsniveau moeder

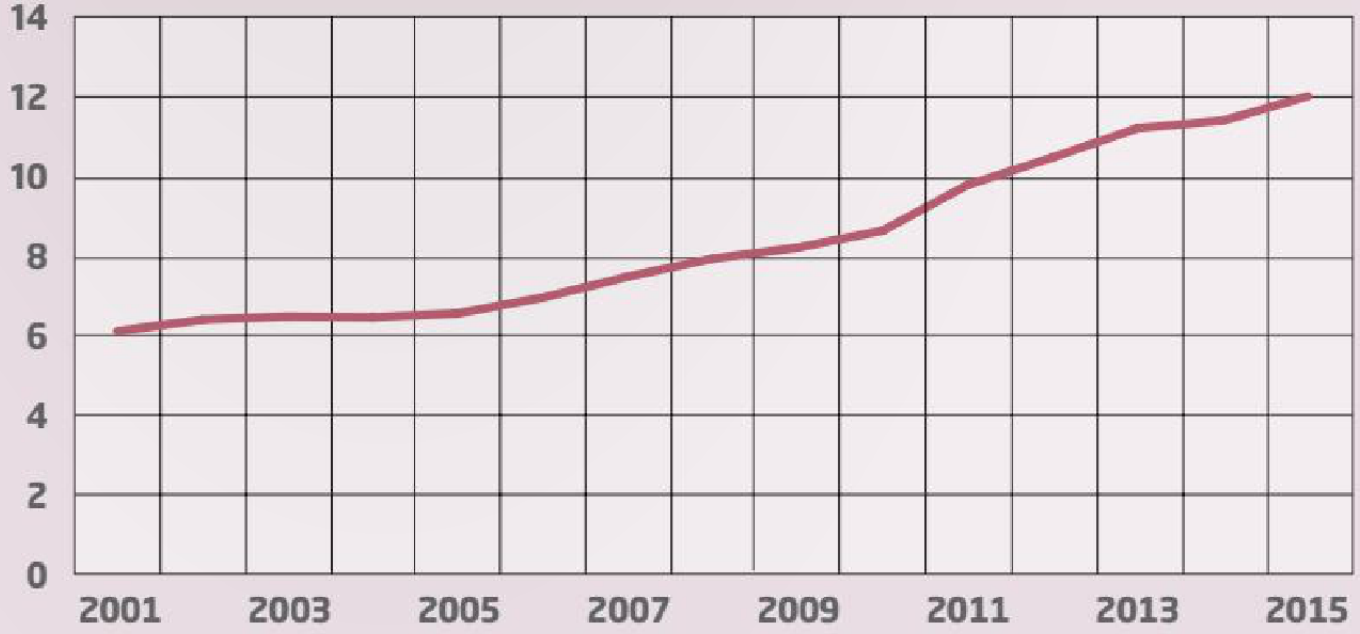


P <0,05

Bron: Steunpunt WVG (2014)

UNIVERSITEIT GENT

4.14 Evolutie kansarmoede-index bij zeer jonge kinderen



4.14 Evolutie van de kansarmoede-index bij zeer jonge kinderen sinds 2001 - Vlaams Gewest (percentage)
Bron: Kind en Gezin - Ikaros/Mirage

UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 4:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt <u>veroorzaakt door sociale mechanismen</u>

in tegenstelling tot genetische oorzaken, individuele leefstijlkeuzes, …

UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 4:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt <u>veroorzaakt door sociale mechanismen</u>

- meer blootstelling aan gezondheidsrisico's
- eenzelfde blootstelling leidt tot meer gezondheidsproblemen
- levensloopeffecten
- ongelijke verdeling middelen en macht / stigmatisering

UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 4:

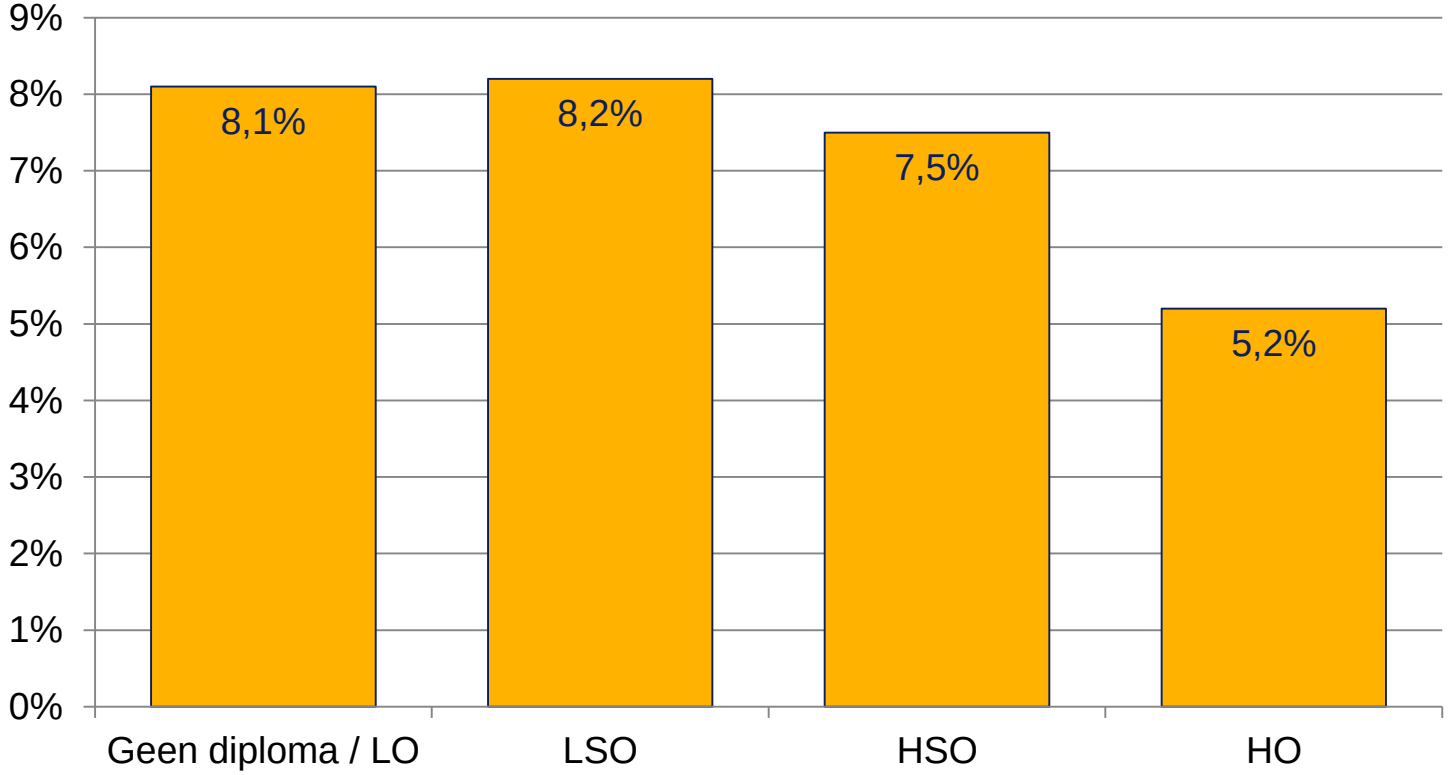
Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt <u>veroorzaakt door sociale mechanismen</u>

- **meer blootstelling aan gezondheidsrisico's**
- eenzelfde blootstelling leidt tot meer gezondheidsproblemen
- levensloopeffecten
- ongelijke verdeling middelen en macht / stigmatisering

UNIVERSITEIT GENT

The Determinants of Health (1992) Dahlgren and Whitehead

Vocht/schimmel in de woning
volgens hoogste opleidingsniveau in het huishouden



P <0,05

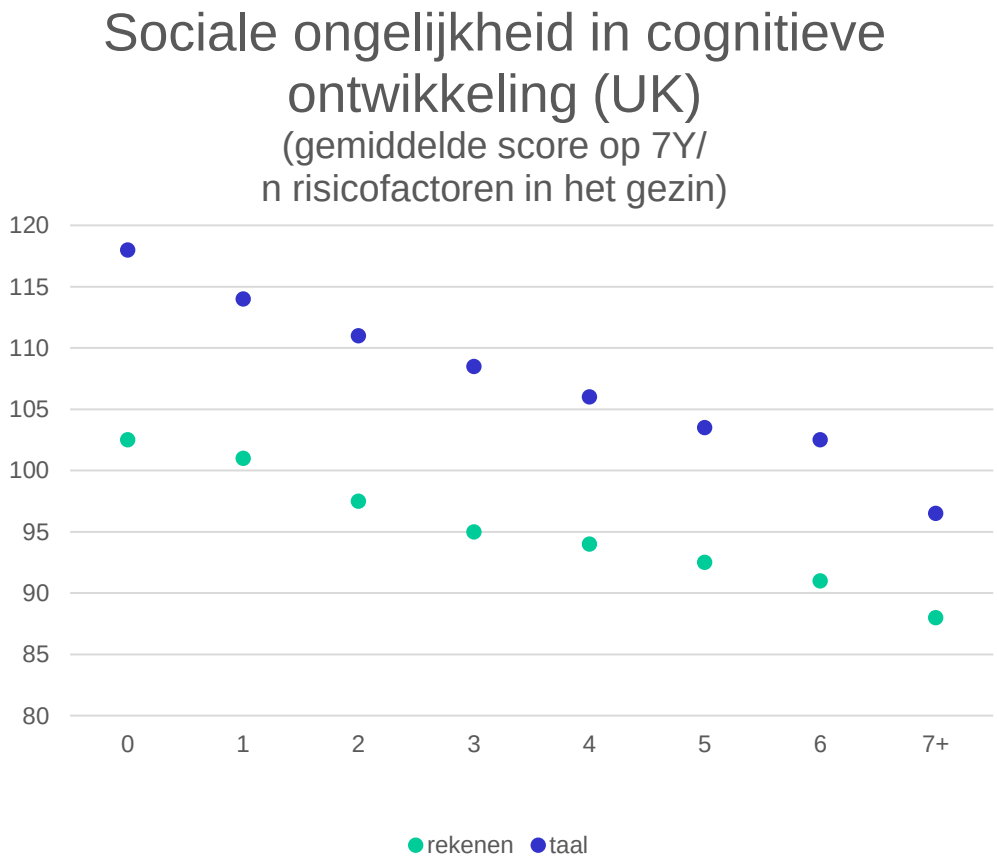
Bron: Gezondheidsenquête (2013)

UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 4:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt <u>veroorzaakt door sociale mechanismen</u>

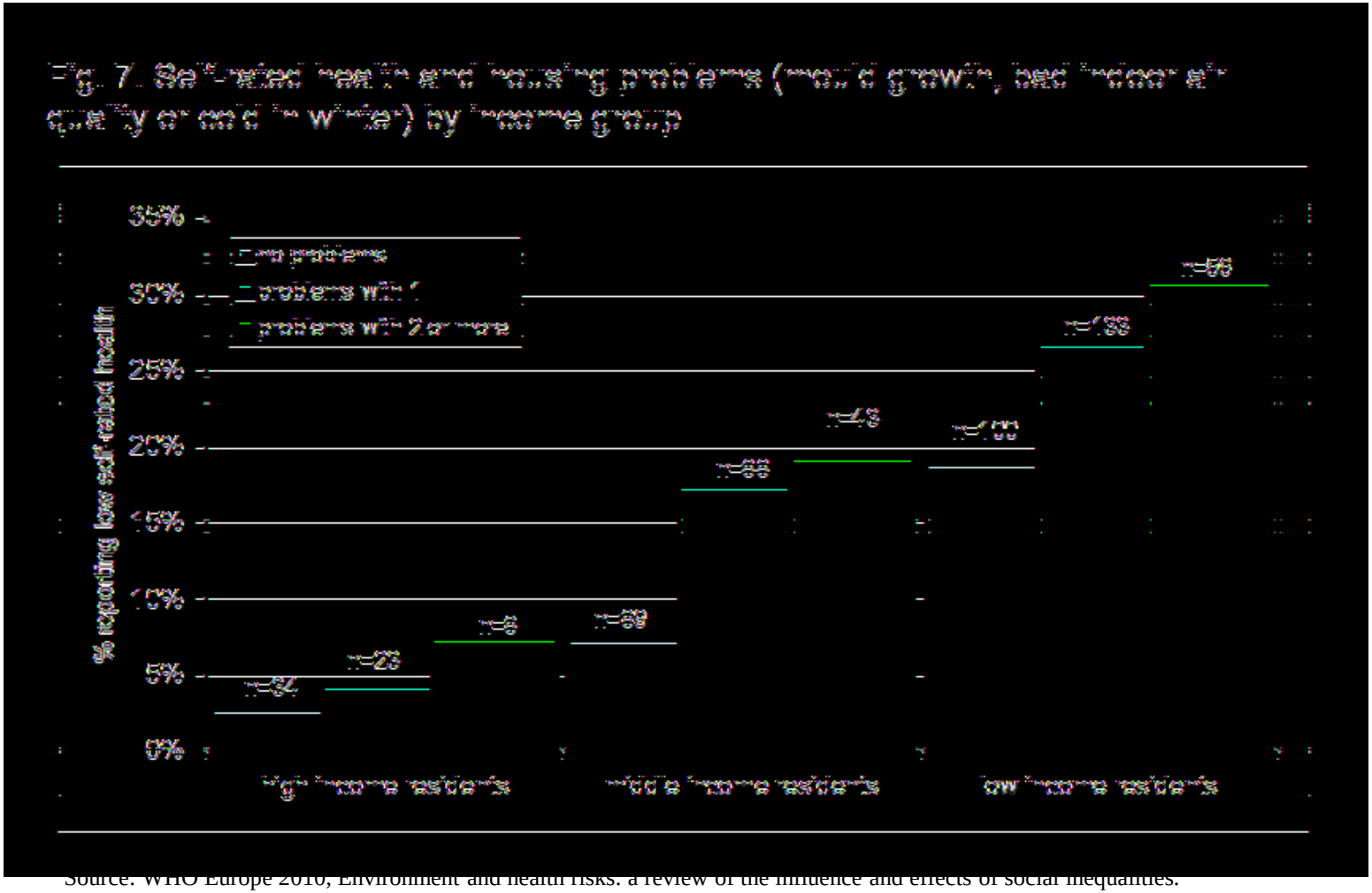
- meer blootstelling aan gezondheidsrisico's
- **eenzelfde blootstelling leidt tot meer gezondheidsproblemen**
- levensloopeffecten
- ongelijke verdeling middelen en macht / stigmatisering



Risicofactoren:

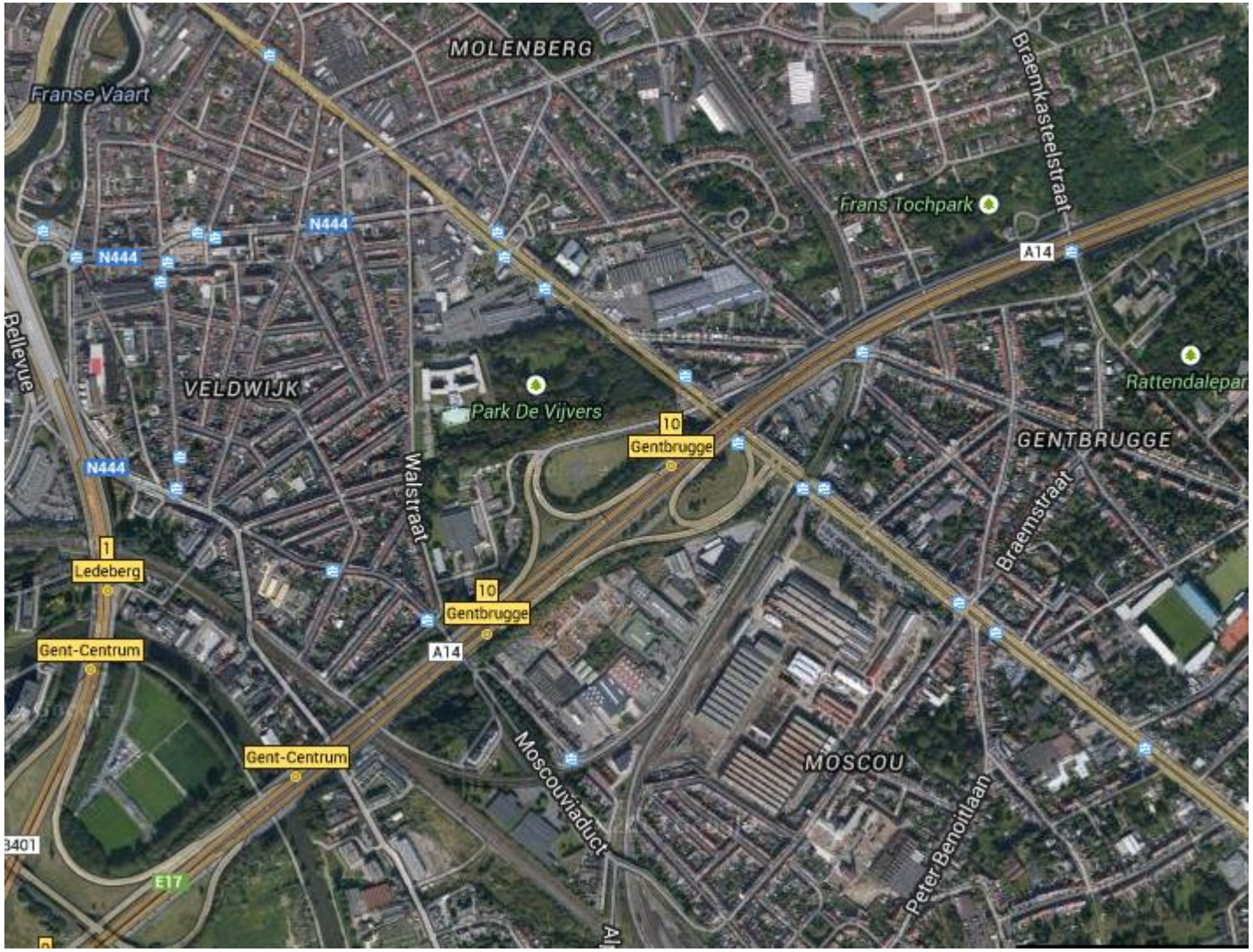
- Laag geboortegewicht
- Geen borstvoeding
- Depressie bij de moeder
- Alleenstaande ouder
- Mediaan inkomen gezin <60%
- Werkloosheid
- Opleidingsniveau moeder
- Vochtige woning
- Sociale woning
- Achterstellingsgraaad van de buurt

Source: ICLS, 2012 in M Marmot, presentatie nav doctor honoris causa 2016



Source: WHO Europe 2010, Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities.

UNIVERSITEIT GENT



UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 4:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt <u>veroorzaakt door sociale mechanismen</u>

- meer blootstelling aan gezondheidsrisico's
- eenzelfde blootstelling leidt tot meer gezondheidsproblemen
- **levensloopeffecten**
- ongelijke verdeling middelen en macht / stigmatisering

UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 4:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt <u>veroorzaakt door sociale mechanismen</u>

- meer blootstelling aan gezondheidsrisico's
- eenzelfde blootstelling leidt tot meer gezondheidsproblemen
- **levensloopeffecten (« life course effects »)**
- ongelijke verdeling middelen en macht / stigmatisering

UNIVERSITEIT GENT

evidentie voor het effect van voeding, psychosociale stress en blootstelling aan toxische stoffen in de omgeving (roken, luchtvervuiling, …)

een geheugen voor het individu, maar ook voor toekomstige generaties!

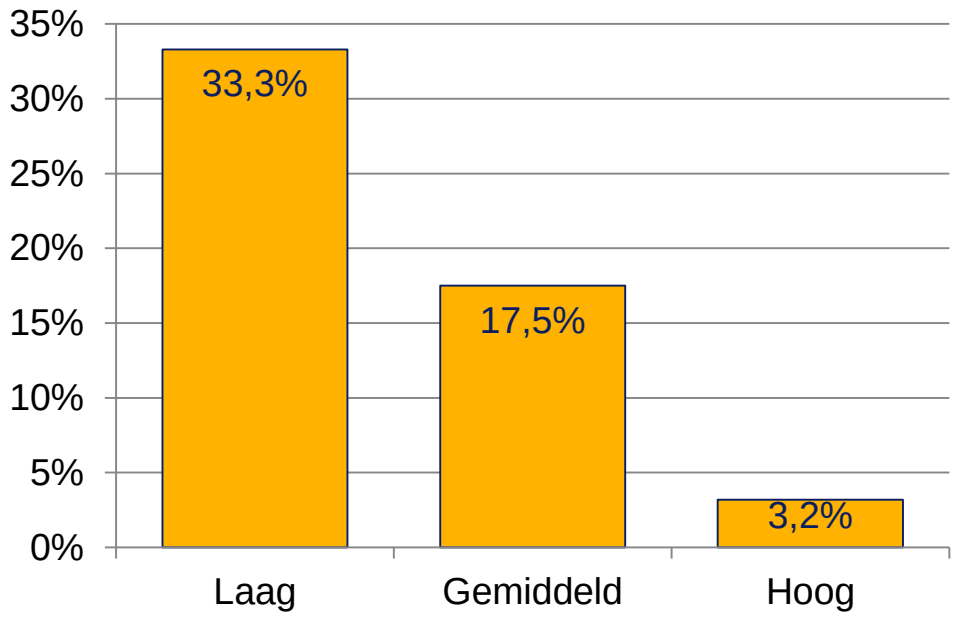
UNIVERSITEIT GENT

VASTSTELLING 4:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt <u>veroorzaakt door sociale mechanismen</u>

Wat met de individuele (leefstijl) keuze van de patiënt?

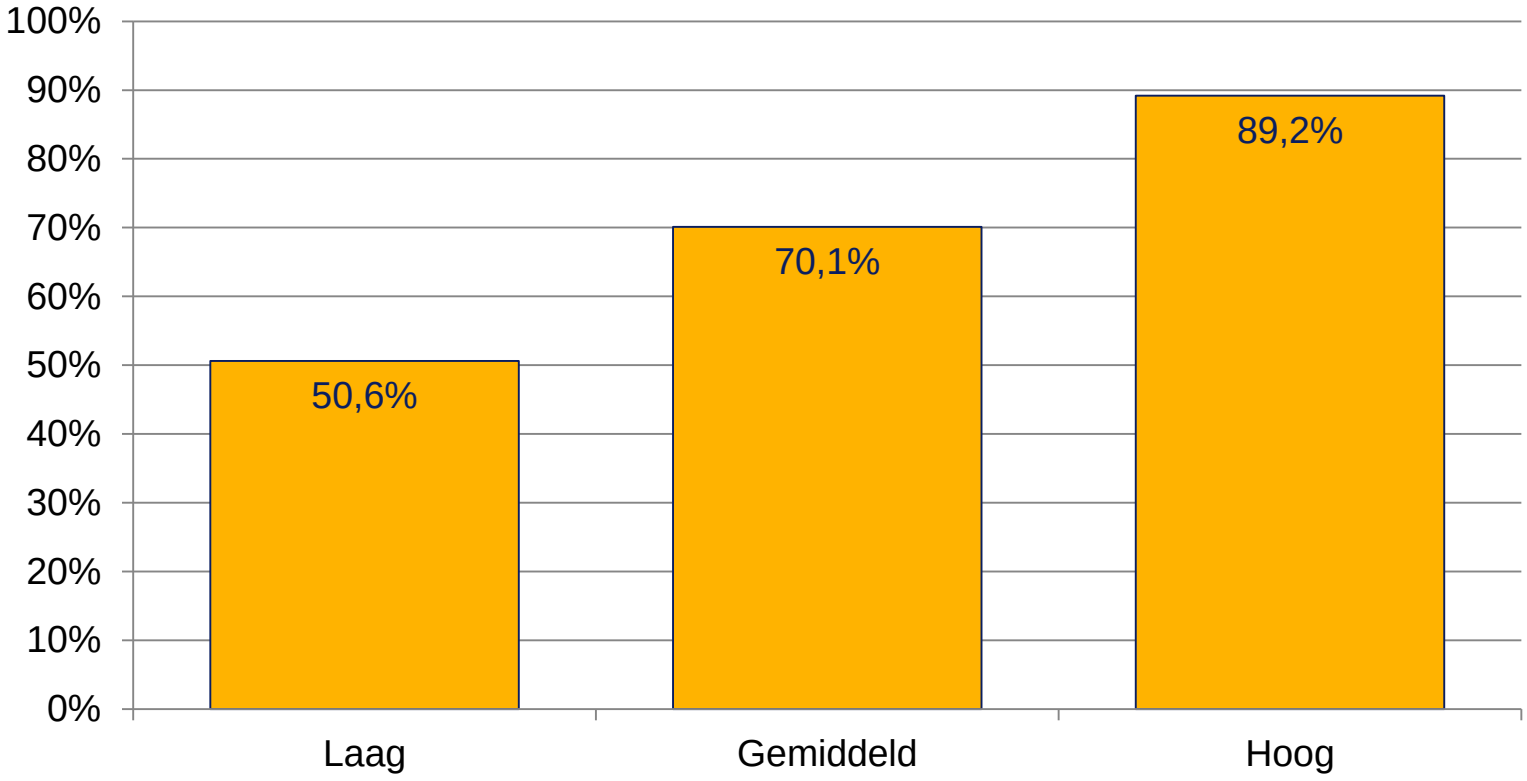
Actief roken tijdens de zwangerschap
volgens het opleidingsniveau moeder



P <0,001

Bron: Steunpunt WVG (2014)

Dagelijkse fruitconsumptie kinderen tot 36 maand
volgens opleidingsniveau van de moeder



P <0,001

Bron: Steunpunt WVG (2014)

VASTSTELLING 1:

Belangrijke verschillen in gezondheid tussen sociale groepen in de maatschappij

VASTSTELLING 2:

Sociale verschillen in gezondheid beginnen al van voor de geboorte

VASTSTELLING 3:

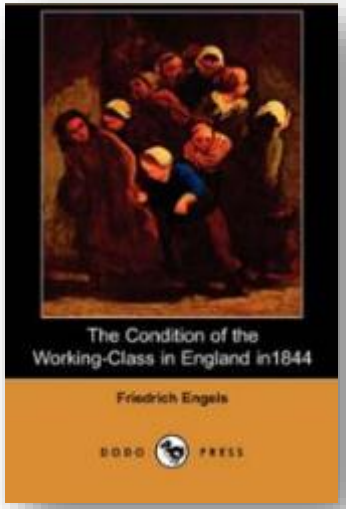
Het aantal Belgen in armoede neemt toe

VASTSTELLING 4:

Sociale verschillen in gezondheid kennen hun oorsprong o.m. in sociale mechanismen

HOE DE SOCIALE GEZONDHEIDSKLOOF DICHTEN?

UNIVERSITEIT GENT



De aanpak van de sociale mechanismen is kwestie van sociale rechtvaardigheid

Public Health

Health and social justice

Jennifer Prah Ruger

Lancet 2004; 364: 1075–80

Department of Epidemiology and Public Health, School of Medicine, Yale University, New Haven, CT 06520, USA
(J P Ruger PhD)
Correspondence to: Dr Jennifer Prah Ruger
jennifer.ruger@yale.edu

4 years into the new millennium, the health of the world's citizens is remarkably uneven. A child born today in Japan, for example, can expect to live to age 82 years on average, whereas it is unlikely that a new-born infant in Zimbabwe will reach his or her 34th birthday.[1] Over several decades, scientific progress has expanded our ability to improve human health, and many regions of the world have achieved significant health gains. Yet extreme deprivation in health is still widespread. Resolving this predicament of major health improvement in the midst of deprivation is one of the greatest global challenges of the new millennium.

These health disparities exist in a world that is becoming more closely linked in all domains, including health. The rapid spread and quick containment of severe acute respiratory syndrome (SARS) demonstrates the interconnectedness of our world as well as any recent health phenomenon. The same trend can be seen with HIV/AIDS and the potential to link solutions and best practices studied in one part of the globe with persistent health problems in another.

In the midst of such rapid global change and persistent health disparities, we need to revisit and underscore the moral and philosophical foundations for health improvement activities—to give them more forceful grounding and solidity. In this essay, I briefly survey some traditional philosophies of justice and health care. I then offer an alternative view of justice and health that is rooted in Amartya Sen's capability approach and Aristotle's political theory, and discuss the implications of this approach for health improvement across the globe.

Philosophical foundations

Theories of social justice (eg, fair and equitable treatment of people) have typically focused on justifying health care (medicine and public health) as a special social good. Rationalising greater equality in health care is typically the point of departure for most approaches to medical ethics (bioethics), even for approaches that include health assessment. In general, less attention has been paid to universal concerns of social justice with respect to health itself. This essay focuses on the question of why health, as opposed to health care, has special moral importance for social justice in health improvement activities. I also analyse the implications of equity in health and health care.

Philosophical theories have been reluctant to give health (by contrast with health care) special moral importance for at least one primary reason: they share the assumption that health is not an appropriate focal variable for assessing social justice. Egalitarian theories, for example, "propose that persons be provided an equal distribution of certain goods such as health care, but all prominent egalitarian theories of justice are cautiously formulated to avoid making equal sharing of all possible social benefits a requirement of justice".[2] Utilitarian theories, although consequentialist (eg, assessing states of affairs or actions in terms of their consequences), focus on the space of "utilities" (satisfaction, desire fulfilment, preference),[3] whereas communitarian approaches focus on community values,[4] rather than on health itself. Liberal theories of justice are disinclined to focus on health because, as John Rawls purports in his book, *A theory of justice*, natural goods like health are not included as social values or social primary goods (eg, "liberty and opportunity, income and wealth and the bases of self-respect") that are "things that every rational man is presumed to want."[5] He adds that "health and vigor, intelligence and imagination, are natural goods; although their possession is influenced by the basic structure, they are not so directly under its control."[5] Thus, according to Rawls, health is not one of the social primary goods that should be "distributed equally unless an unequal distribution of any, or all, of these values is to everyone's advantage."[5] Although he discusses basic health care later in his book, *Law of Peoples*, Rawls does not include health in the list of social primary goods subject to distributive principles.

Norman Daniels argues that, "health is an inappropriate object, but health care, action which promotes health, is appropriate."[6] He and others emphasise that ". . . a right claim to equal health is best construed as a demand for equality of access or entitlement to health *services* . . ."; and note that a "'right to health' embodies a confusion about the kind of thing which can be the object of a right claim".[7] Such reasoning illustrates the strong bias against health as a focal variable in current ethical theory.

A capability view of health

A contrasting argument is that health has special moral importance because of its status as an end of political and societal activity. According to Aristotle, society's obligation to maintain and improve health rests on the ethical principle of "human flourishing".[8–10]—the ability to live a flourishing, and thus healthy, life.[7–10] Flourishing and health are inherent to the human condition.[7–11] Indeed, certain aspects of health sustain all other aspects of human flourishing because, without being alive, no other human functionings are possible, including agency, the ability to lead a life one has reason to value.[12–14] It can be argued, therefore, that public policy should focus on the ability to function, and that health policy should aim to maintain and improve this ability by meeting health needs.[11,15] This view values health

For personal use. Only reproduce with permission from Elsevier Ltd

1. Tackling upstream causes of ill health

2. Sta stil bij het effect van beleid op de meest kwetsbare groepen in de maatschappij

3. Investeer in gezonde buurten en gemeenschappen

4. Geef elk kind de beste start in het leven en de kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen

5. Hou de toegang tot essentiële voorzieningen laagdrempelig

1. **Tackling upstream causes of ill health**

2. Sta stil bij het effect van beleid op de meest kwetsbare groepen in de maatschappij

3. Investeer in gezonde buurten en gemeenschappen

4. Geef elk kind de beste start in het leven en de kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen

5. Hou de toegang tot essentiële voorzieningen laagdrempelig

Tackling all the upstream causes of ill health …

The Determinants of Health (1992) Dahlgren and Whitehead

multilevel governance
mét professionals en het middenveld

≠ beleidsdomeinen, ≠ beleidsniveaus

Centrale begrippen:

- engagement van alle niveau's
- betrekken en afstemmen van alle niveau's
- bottom-up
- maar binnen een algemeen kader (richting, taken, …)
- afstemmen
- gecoördineerde expertiseopbouw
- netwerkvorming

multilevel governance
mét professionals en het middenveld

≠ beleidsdomeinen, ≠ beleidsniveaus

“Health in all policies”

UNIVERSITEIT GENT

BELEIDSSIGNALEN

- Startpagina
- Werkgroep signalen
- Signalen +
- Systematisch signaleren +
- Signalenproces +
- Partners
- Signalenbundels
- Contact

De Werkgroep Signalen Gent

In de schoot van het Lokaal Sociaal Beleid (LSB) Gent bestaat sedert 2007 een **'werkgroep signalen Gent'**. De werkgroep bestaat uit 11 Gentse welzijnsorganisaties en hun partnerorganisaties. Het LSB Gent wil via de werkgroep het proces **van beleidsgericht signaleren over organisaties heen naar overheden en besturen ondersteunen.** Dit extern overleg van de werkgroep bundelt krachten van hulpverleningsorganisaties door hun signalen samen te brengen op één tafel. De werkgroep signalen Gent:

§ ondersteunt organisaties die (intern) willen signaleren;

§ ontwikkelt van een gezamenlijke visie op signalen over organisaties heen;

§ maakt gezamenlijk (extern) signaleren mogelijk: signalen over organisaties heen bundelen, analyseren en uitwisselen.

§ verbreedt het draagvlak voor die gezamenlijk, structurele signalen.

UNIVERSITEIT GENT

Verminder de blootstelling aan risicofactoren en verhoog de blootstelling aan gezondheidsbevorderende factoren

BEVOLKINGS ONDERZOEK BORSTKANKER

The Determinants of Health (1992) Dahlgren and Whitehead

1. Tackling upstream causes of ill health

2. **Sta stil bij het effect van beleid op de meest kwetsbare groepen in de maatschappij**

3. Investeer in gezonde buurten en gemeenschappen

4. Geef elk kind de beste start in het leven en de kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen

5. Hou de toegang tot essentiële voorzieningen laagdrempelig

Armoederisico: min 1 procentpunt

Uit de armoedetoets die nu werd uitgevoerd door de onderzoekseenheid Economie van de KULeuven blijkt dat het armoederisico zowel op kind- als op gezinsniveau significant daalt. Het gaat om een daling van 1,3 procentpunt op gezinsniveau en 1,5 procentpunt op kindniveau(voor de gezinnen in het nieuwe systeem).

	Baseline	Bestaande gezinnen		Nieuwe gezinnen	
Kindniveau	9,9	9,6	-0,3	8,4	**-1,5**
Gezinsniveau	8,6	8,1	-0,5	7,3	**-1,3**
1 kind	8,4	7,8	-0,6	6,8	-1,6
2 kinderen	6,2	5,8	-0,4	5,2	-1,0
3 kinderen	11,3	10,5	-0,8	8,9	-2,4
4 + kinderen	19,3	19,3	0,0	19,3	0-0
Eénoudergezinnen	18,2	17,7	-0,5	16,7	-1,5

1. Tackling upstream causes of ill health

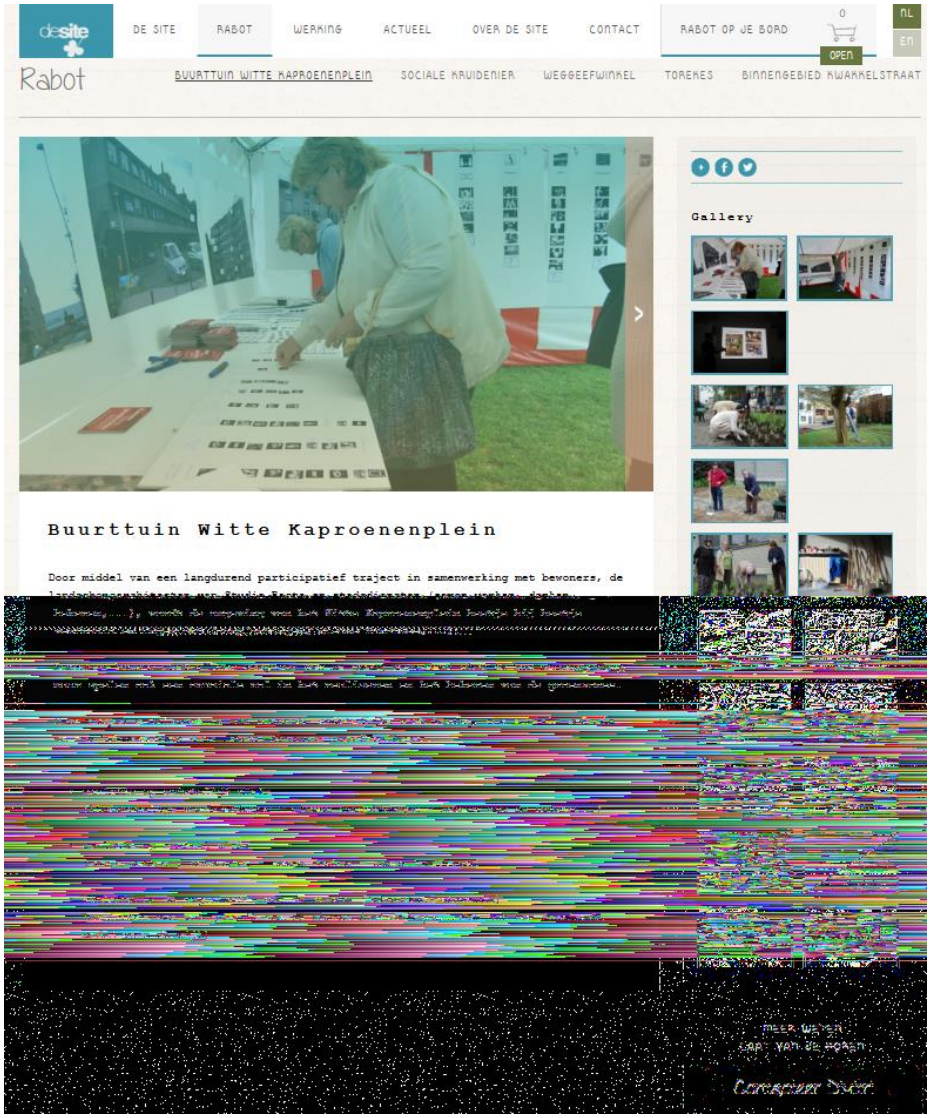
2. Sta stil bij het effect van beleid op de meest kwetsbare groepen in de maatschappij

3. **Investeer in gezonde buurten en gemeenschappen**

4. Geef elk kind de beste start in het leven en de kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen

5. Hou de toegang tot essentiële voorzieningen laagdrempelig

UNIVERSITEIT GENT



1. Tackling upstream causes of ill health

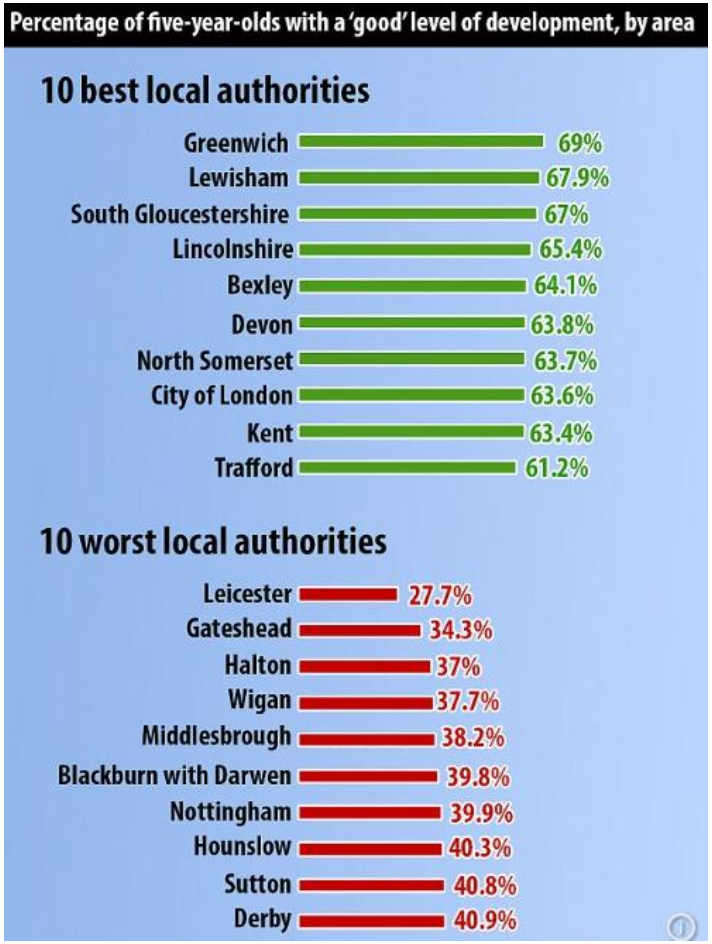
2. Sta stil bij het effect van beleid op de meest kwetsbare groepen in de maatschappij

3. Investeer in gezonde buurten en gemeenschappen

4. **Geef elk kind de beste start in het leven en de kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen**

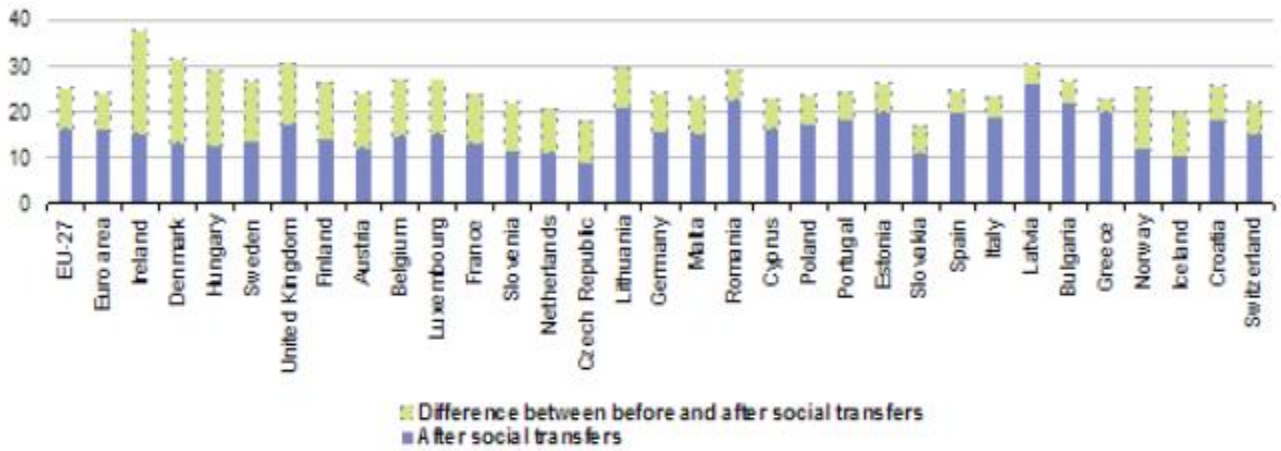
5. Hou de toegang tot essentiële voorzieningen laagdrempelig

Kinderen als doelgroep …



Bron: Dialy Mail, sept 2014

Aanpak van kinderarmoede door sociale transfers …



(1) Ranked on the difference between before and after social transfers.

Source: Eurostat (online data codes: ilc_li02 and ilc_li10)

Kinderen als doelgroep … maar ook als hefboom

1. Tackling upstream causes of ill health

2. Sta stil bij het effect van beleid op de meest kwetsbare groepen in de maatschappij

3. Investeer in gezonde buurten en gemeenschappen

4. Geef elk kind de beste start in het leven en de kansen om eigen mogelijkheden te ontwikkelen

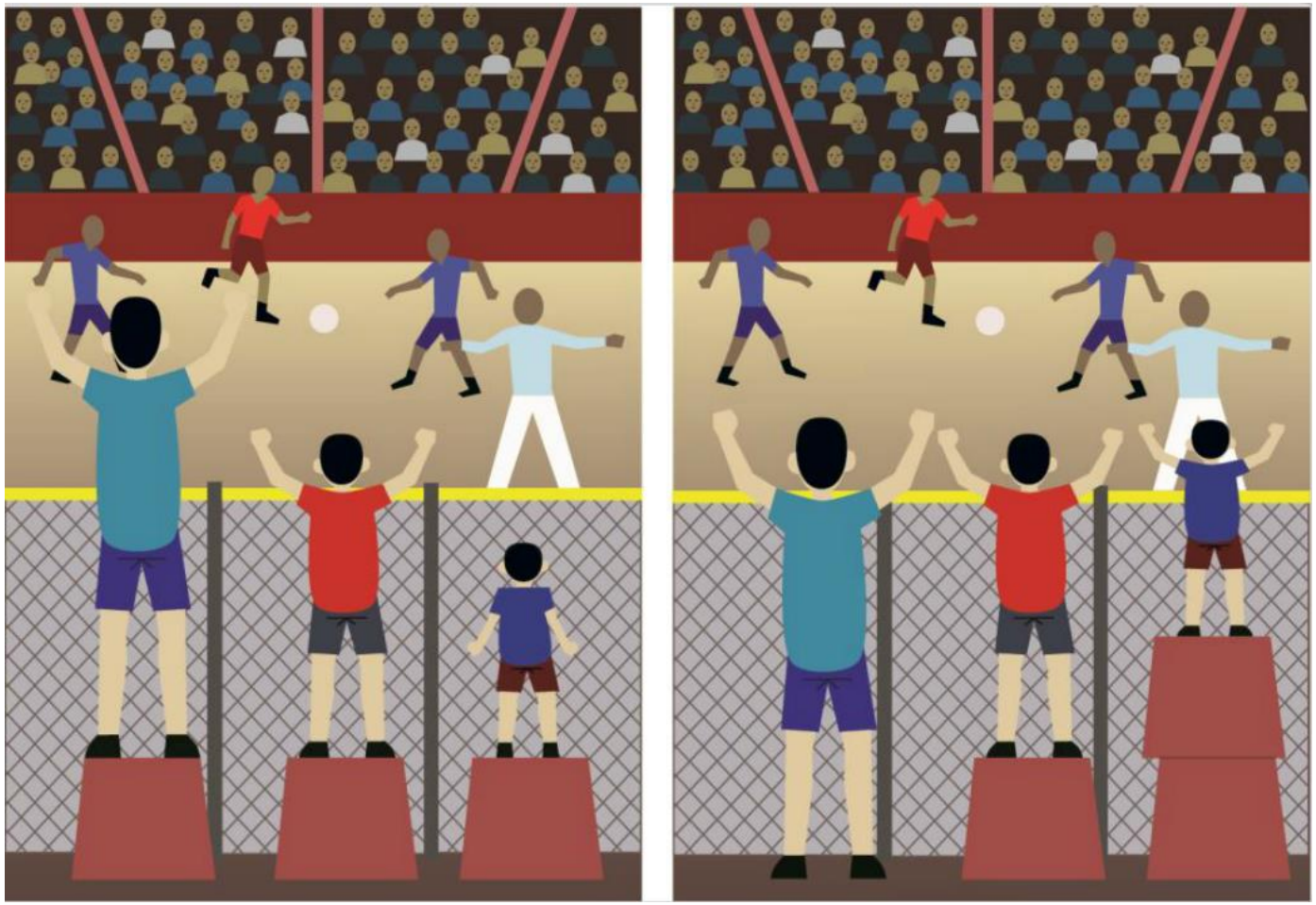
5. **Hou de toegang tot essentiële voorzieningen laagdrempelig**

UNIVERSITEIT GENT

Proportionate universalism (proportioneel universalisme)

“actions must be proportionate to the degree of disadvantage, and hence applied in some degree to all people, rather than applied solely to the most disadvantaged”

UNIVERSITEIT GENT



Contact:
Sara Willems, Sara.Willems@ugent.be