



VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
FACULTEIT VAN DE GENEESKUNDE EN FARMACIE

Vakgroep Medische Sociologie

*Theoretische achtergrondstudies
in verband met ongelijkheid en
gezondheid*

deel 2

Miriam Beck

In opdracht van:
Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele
Aangelegenheden

Promotor: Prof. Dr. F. Louckx

Mei 2001

INHOUDSTAFEL

INLEIDING.....	2
----------------	---

HOOFDSTUK 1: HET VERKLAREN VAN SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen

Inleiding.....	5
1. Vier categorieën van verklaringen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen.....	5
2. Causatie of selectie?.....	8
3. Het life-course-perspectief.....	10
4. Verklaringsschema van Mackenbach	12
Samenvatting en besluit	13

HOOFDSTUK 2: DE INVLOED VAN LEVENSSOMSTANDIGHEDEN OP GEZONDHEID: DE IMPACT VAN HUISVESTING

Inleiding.....	18
1. Sociaal-economische positie, huisvesting en gezondheid: schema van de onderliggende relaties.....	18
2. Impact van gezondheidsbeïnvloedende chemische elementen in de woning of woon omgeving.....	20
3. Impact van specifieke biologische blootstellingen	21
4. Fysische kenmerken van de woning	23
5. Sociale, economische en culturele kenmerken van de woonplaats	25
Samenvatting en besluit	26

HOOFDSTUK 3: DE INVLOED VAN ECONOMISCHE ONGELIJKHEID OP GEZONDHEID

Inleiding.....	32
1. Een associatie tussen inkomensongelijkheid en volksgezondheid (?)	32
2. Verklaringen voor de associatie tussen inkomensongelijkheid en de gezondheid van de bevolking	35
3. Verklaringen voor het (eventuele) effect van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid	39
4. Kritiek op Wilkinson en de verruiming van het debat.....	41
5. Samenvatting en besluit	44

INLEIDING

Dit rapport maakt deel uit van het AGORA-project op het Steunpunt Samenleving en Gezondheid van de V.U.B. Het AGORA-project overkoepelt verscheidene deelstudies en spitst zich toe op twee thema's: (1) sociaal-economische verschillen in gezondheid en (2) financiële toegangsdrempels in de gezondheidszorg. Deze thema's werden reeds vanuit nationaal en internationaal perspectief benaderd. De nationale situatie inzake sociaal-economische verschillen en financiële toegangsdrempels werd in kaart gebracht via een analyse van de gegevens uit de Belgische gezondheidsenquête van 1997 (Vanroelen, 2001). Om een beeld te krijgen van de ruimere internationale context, werden de resultaten van de gezondheidsenquêtes in Nederland en Engeland bestudeerd (Beck, 2000). Zowel in Nederland en Engeland als in België werden duidelijke sociale gradiënten in gezondheid waargenomen. Mensen die lager staan op de maatschappelijke ladder, blijken voor uiteenlopende gezondheidsaspecten minder goed te scoren dan personen met een hogere SES.

Daar waar bovengenoemde rapporten vooral de feitelijke stand van zaken inzake sociaal-economische gezondheidsverschillen weergeven, gaat deze studie in een eerste hoofdstuk op zoek naar de verklaringen die hiervoor kunnen worden gevonden.

Het zoeken naar de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen is zowel vanuit wetenschappelijk als vanuit beleidsmatig oogpunt een belangrijk thema. Immers, alleen door inzicht te verwerven in de complexe onderliggende mechanismen, kunnen adequate oplossingen gezocht worden voor deze situatie van ongelijkheid. Om de mechanismen achter sociaal-economische gezondheidsverschillen te ontrafelen, zijn longitudinale studies nodig. Het is immers pas door het bestuderen van de ontwikkeling van sociaal-economische gezondheidsverschillen, dat het kluwen van oorzaken en gevolgen kan worden ontward. Het eerste hoofdstuk geeft een overzicht van wat dergelijke longitudinale studies totnogtoe aan kennis opleverden. Hierbij zien we dat de wetenschappelijke discussie zich aanvankelijk vooral concentreerde rond de vraag naar de richting van het verband tussen sociaal-economische status en gezondheid. Worden sociaal-economische gezondheidsverschillen veroorzaakt door verschillen in sociaal-economische status? Of zijn het omgekeerd de verschillen in gezondheid die leiden tot verschillen in sociaal-economische positie? In de meest recente literatuur wordt daarnaast getracht om tot een meer gedetailleerd beeld te komen van het onderliggend causaal proces. Men legt de nadruk op een tweerichtingsproces tussen gezondheid en SES en op het samensmelten over de levensloop heen van vele kleine beïnvloedende factoren tot een spiraal van toenemende of afnemende gezondheidskansen.

In het tweede hoofdstuk van dit rapport gaan we dieper in op één deeldomein van de problematiek van sociaal-economische verschillen in gezondheid. Met name de invloed die huisvesting heeft op gezondheid wordt onder de loep genomen. Huisvesting is één van de factoren die ertoe leiden dat mensen met een lagere sociaal-economische status een grotere kans op een slechte gezondheid hebben.

Het laatste hoofdstuk maakt de omgekeerde beweging: in de plaats van het uitwerken van één deelfacet, wordt de scope hier verbreed tot een macro-sociologische benadering van ongelijkheid en gezondheid. Meer bepaald zal het verband tussen inkomensongelijkheid op macro-niveau en gezondheid worden uitgediept. Verschillende studies hebben namelijk een associatie aan het licht gebracht tussen de inkomensongelijkheid in een land en de gezondheid van de bevolking: landen met een grote inkomensongelijkheid hebben over het algemeen een lagere levensverwachting. Over de verklaring van deze associatie lopen de meningen sterk uiteen. Hoofdstuk drie tracht een overzicht te geven van de verschillende standpunten in deze discussie.

Hoofdstuk 1.
**Het verklaren van sociaal-economische
gezondheidsverschillen**

Inleiding

Uit studies in verschillende Europese landen blijkt dat er substantiële gezondheidsverschillen zijn én blijven tussen verschillende bevolkingslagen binnen hetzelfde land. In verscheidene gevallen nemen de verschillen zelfs toe¹ (WHO, 1999). Ook voor België werden verscheidene significante verschillen in gezondheid aangetoond (Vanroelen, 2001). Omdat deze gezondheidsverschillen vaak als onrechtvaardig worden aanvoeld, is het belangrijk te zoeken naar oplossingen. Een eerste belangrijke stap hiernaartoe is het uitklaren van de mechanismen die sociaal-economische status en gezondheid verbinden. Hoe komt het dat lagere sociaal-economische categorieën het slechter hebben op het vlak van gezondheid?

1. Vier categorieën van verklaringen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen

Een mijlpaal in het onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen was ongetwijfeld het “Black Report” uit 1980 (Townsend en Davidson, 1988). Hierin worden vier categorieën van mogelijke verklaringen voor sociaal-economische verschillen in gezondheid naar voren geschoven. Mackenbach (1994, hoofdstuk 4) gaat dieper in op deze verklaringshypothesen.

De eerste categorie van verklaringen voor de waargenomen sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn de **“artefact verklaringen”**. Daarbij wordt gesteld dat het niet bewezen is dat er een sociale gradiënt is in gezondheid. De waargenomen sociaal-economische gezondheidsverschillen zouden louter te wijten zijn aan fouten in de gegevensverzameling of onderzoeksmethoden. Aan deze categorie van verklaringen wordt inmiddels echter nog maar weinig belang gehecht. Hiervoor zijn er verscheidene redenen. Vooreerst is er gedurende de laatste decennia bijzonder veel materiaal verzameld waarin telkens opnieuw en in uiteenlopende landen, duidelijke sociale gradiënten werden vastgesteld in talrijke gezondheidsaspecten (Drever en Whitehead, 1997; Cavelaars, 1998). Intussen werden ook substantiële sociale gradiënten in gezondheid gevonden in verschillende grootschalige onderzoeken met klinische metingen. Vertekeningen ten gevolge van methodologische problemen in verband met vragenlijsten zijn in deze gevallen dus uitgesloten. De Engelse gezondheidsenquête kan hier als voorbeeld worden genoemd van dergelijk grootschalig klinisch onderzoek (The Stationery Office, 1999). Tenslotte werd inmiddels ook aangetoond dat methodologische onvolmaaktheden niet altijd leiden tot een overschatting van sociale gradiënten in gezondheid. Er zijn ook aanwijzingen dat sociale gradiënten onderschat kunnen worden (Bloor et al., 1987).

Met dit alles is niet gezegd dat men geen oog moet hebben voor mogelijke vertekeningen in de gegevens of methodologische hindernissen. Het blijft mogelijk dat in bepaalde onderzoekssituaties een overschatting van sociaal-economische

¹ Drever en Whitehead (1997) leveren een overzicht van een aantal belangrijke Europese onderzoeken op dit vlak.

gezondheidsverschillen voorkomt. Maar het lijkt inmiddels wel duidelijk dat het verband tussen sociaal-economische status en gezondheid zeker niet kan worden wegverklaard op grond van methodologische fouten (van de Mheen, 1998). We laten de artefact verklaringen daarom verder terzijde in dit rapport.

Een tweede categorie van verklaringen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn de **selectietheorieën**. In deze theorieën staat de stelling centraal dat sociaal-economische gezondheidsverschillen ontstaan doordat verschillen in gezondheid leiden tot verschillen in sociaal-economische status. Met andere woorden: een minder goede gezondheid leidt tot neerwaartse sociale mobiliteit, waardoor minder gezonde personen terechtkomen in lagere sociale categorieën. Dit proces zou de samenhang tussen gezondheid en sociale status verklaren.

Binnen de selectieprocessen kan een onderscheid worden gemaakt tussen intragenerationale en intergenerationale selectie. De *intragenerationale* selectietheorie houdt in dat sociaal-economische gezondheidsverschillen ontstaan doordat personen met een minder goede gezondheid op volwassen leeftijd een grotere kans hebben om sociaal neerwaarts mobiel te zijn en zo in een lagere sociaal-economische categorie terecht te komen. Bij *intergenerationale* gezondheidsselectie daarentegen, wordt de nadruk gelegd op het cumulatief effect van selectie over de generaties heen. Uit theoretische berekeningen blijkt dat, onder de huidige omstandigheden van vrij sterke intergenerationele mobiliteit, zelfs een bescheiden mate van selectie op gezondheid over de tijd heen kan leiden tot aanzienlijke sociaal-economische gezondheidsverschillen (Stern, 1983).

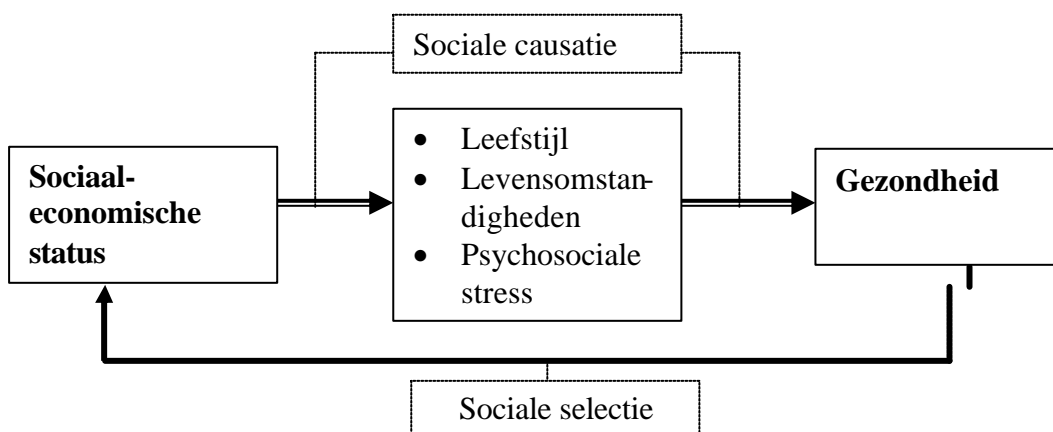
Meer recent wordt er ook een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte selectie. *Directe* selectie houdt in dat de gezondheidstoestand van personen of generaties een directe invloed heeft op hun sociale mobiliteit. *Indirecte* selectie betekent dat sociale mobiliteit selectief is naar determinanten van gezondheid en ziekte. Mackenbach (1994, p. 88) haalt de factor “toekomstgerichtheid” aan als voorbeeld van indirecte selectie. De mate van toekomstgerichtheid kan een gemeenschappelijke achtergrond vormen van zowel sociale mobiliteit als van toekomstige gezondheidsstatus. Immers, iemand die sterk toekomstgericht is, zal meer belang hechten aan opleiding en zal ook meer aandacht besteden aan een gezonde leefstijl dan iemand die weinig toekomstgericht is. Op die manier is toekomstgerichtheid een selecterende factor, die leidt tot het samengaan van gezondheidsstatus en sociaal-economische positie. Blane et al. (1993) stellen echter dat de idee van indirecte selectie niet helemaal thuishoort bij de klassieke selectietheorieën.

Een derde categorie van verklaringen voor het verband tussen gezondheid en sociaal-economische status omvat de **materialistische / structurele verklaringen**. Deze verklaringen benadrukken de rol van materiële deprivatie. Ze zien de sociaal-economische situatie als de oorzaak van gezondheidstoestand, en niet als een gevolg ervan, zoals bij de selectietheorieën het geval is. Vaak wordt beklemtoond dat het niet zo zeer de absolute materiële deprivatie of armoede is, die tot een minder gunstige gezondheid leidt, maar wel de relatieve deprivatie, de relatieve armoede van de laagstbetaalden in de (rijke westerse) samenleving. Via relatieve deprivatie leidt een

lagere sociale status tot een slechtere gezondheid. “Relatieve deprivatie” kan daarbij ruimer opgevat worden dan louter in termen van inkomen en bezit. Het gaat om alle levensomstandigheden die ongunstiger zijn in de lagere sociaal-economische categorieën en een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de gezondheidsstatus (Mackenbach, 1994).

De laatste categorie van verklaringen die in het Black Report genoemd wordt, is deze van de **culturele / gedragsmatige verklaringen**. In deze theorieën krijgen de verschillen in cultuur of gedrag de voornaamste rol toebedeeld in de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De nadruk ligt op de verschillen in leefstijl tussen verschillende bevolkingsgroepen. Zo is inmiddels meermaals aangetoond dat mensen in lagere sociaal-economische categorieën er vaker een minder gezonde leefstijl op nahouden. Volgens de culturele / gedragsmatige verklaringen zijn het vooral deze verschillen in gedrag die verantwoordelijk zijn voor de slechtere gezondheid bij personen met een lagere positie op de maatschappelijke ladder.

In tegenstelling tot de vorige categorie van verklaringen, wordt hier dus meer de nadruk gelegd op de leefstijl dan op de levensomstandigheden. Vaak echter komen beide theorieën samen voor. Sociaal-economische gezondheidsverschillen worden dan toegewezen aan verschillen in leefstijl én levensomstandigheden, die het gevolg zijn van de sociaal-economische positie waarin men zich bevindt. Naast levensomstandigheden en leefstijl, wordt recent ook een derde intermediaire factor erkend, met name de psycho-sociale factoren (Mackenbach, 1994). De redenering luidt dat een slechtere sociaal-economische positie gepaard gaat met een verhoogde kans op psycho-sociale stress. Psycho-sociale stress leidt op zijn beurt tot een verzwakking van het menselijk afweersysteem. Deze gecombineerde verklaringen, waarbij sociaal-economische status via verschillende intermediaire factoren de gezondheid beïnvloedt, worden aangeduid met de term “**causatieverklaringen**”. Schematisch kunnen we causatie- en selectieprocessen als volgt voorstellen:



De dubbele pijlen in het schema vormen het causatieproces. De enkele pijl van gezondheid naar sociaal-economische status geeft het selectieproces weer.

2. Causatie of selectie?

Over het relatieve belang van sociale selectie en sociale causatie is men het lang oneens geweest. Sommige wetenschappers hechtten alleen belang aan causatie, terwijl anderen een grotere verklarende waarde zagen in selectie. Verscheidene longitudinale studies werden opgezet om de discussie over selectie versus causatie uit te klaren. Eén van de belangrijkste studies in dit verband is deze van Power et al. (1996). Zij gaan het relatieve belang van selectie en causatie na aan de hand van de resultaten van de Britse “1958 Birth Cohort”- studie. Dit onderzoek gaat de gezondheid na van alle personen die in Engeland, Schotland en Wales geboren werden tussen 3 en 9 maart 1958. De onderzoekspopulatie werd gevolgd als baby en werd ook op de leeftijd van 7, 11, 16, 23 en 33 jaar telkens opnieuw bevraagd. Dergelijke longitudinale studies laten toe om een duidelijk onderscheid te maken tussen oorzaken en gevolgen in de ontwikkeling van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Power et al. zoeken ten eerste uit of er sprake is van selectie. Dit doen ze door na te gaan of de gezondheidstoestand op 23-jarige leeftijd gevolgen heeft op de sociale mobiliteit. Dit bleek het geval te zijn. Mannen en vrouwen die een minder goede gezondheid hadden wanneer ze 23 waren, hadden een grotere kans op neerwaartse sociale mobiliteit tussen hun 23ste en hun 33ste levensjaar dan personen die in goede gezondheid verkeerden op 23-jarige leeftijd. Neerwaartse sociale mobiliteit is dus selectief naar gezondheid. Power et al. voegen hier echter aan toe dat het aantal personen dat minder gezond is op 23-jarige leeftijd en neerwaarts mobiel is, evenwel zeer klein is in vergelijking met de totale populatie. Dit betekent dat er wel sprake is van selectie, maar dat het totale effect op populatieniveau niet erg groot is.

Ten tweede tonen de onderzoekers aan dat er ook onweerlegbaar sprake is van een causatie-effect van sociale omstandigheden op gezondheid. Om dit te bewijzen, lieten ze alle personen met een minder goede gezondheid op 23 jaar buiten beschouwing en gingen ze vervolgens voor de gezonde 23-jarigen na hoe hun gezondheid geëvolueerd was tegen hun 33ste levensjaar. Uit deze analyse bleek dat op de leeftijd van 33 jaar degenen uit de hogere beroeps categorieën gezonder waren dan degenen uit de lagere beroepsgroepen, ondanks hun vergelijkbare gezondheid op 23-jarige leeftijd. Op die manier kon, dankzij het longitudinale design van de studie, worden aangetoond dat personen in verschillende sociale omstandigheden verschillen in gezondheid, ook als ze vanuit dezelfde gezondheidsstatus vertrokken zijn. Door de analyse alleen toe te passen op gezonde 23-jarigen konden selectieverklaringen voor de sociaal-economische gezondheidsverschillen op 33-jarige leeftijd worden uitgesloten.

Tenslotte wezen de resultaten van de studie uit dat de sociaal-economische omstandigheden over de levensfase heen een groter deel van de sociaal-economische gezondheidsverschillen op 33-jarige leeftijd konden verklaren dan de gezondheidstoestand op 23-jarige leeftijd. Er werd met andere woorden aangetoond dat het causatieproces een grotere verklarende waarde heeft dan het selectieproces. Power et al. besluiten dat de sociaal-economische omstandigheden gedurende de levensloop een goede verklaring vormen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen en dat sociale mobiliteit ten gevolge van gezondheidsverschillen hierin een minder voorname rol speelt (Power et al., 1996).

Ook uit ander studiemateriaal blijkt dat selectieprocessen geen afdoende verklaring kunnen geven voor sociaal-economische gezondheidsverschillen. Blane et al. (1993) gingen de verklarende waarde van selectieprocessen na door de resultaten van verschillende studies naast elkaar te leggen. Ze verwijzen onder meer naar onderzoek op basis van de OPCS-Longitudinal Study en de bekende Britse Whitehall Study. Om de mogelijkheid na te gaan dat selectie tijdens bepaalde levensfasen meer belang heeft dan tijdens andere, maken Blane et al. een onderscheid tussen de situatie van kinderen, jongvolwassenen, volwassenen en gepensioneerden. De invloed van selectieprocessen is het meest waarschijnlijk op jongvolwassen en volwassen leeftijd, omdat sociale mobiliteit ten gevolge van gezondheidsfactoren daar het meeste effect heeft. Maar ook voor die leeftijdscategorie besluiten de auteurs dat het bewijsmateriaal er op wijst dat selectie slechts een beperkte rol speelt. De stelling dat de verklarende waarde van causatie groter is dan die van selectieprocessen, wordt door verschillende andere auteurs onderschreven (Marmot, 1999; Blane et al., 1993; Wilkinson, 1996, hoofdstuk 4).

Mackenbach (1994, hoofdstuk 4) wijst er evenwel op dat dit geen reden is om de invloed van selectieprocessen over het hoofd te zien. Hij is het er mee eens dat intragenerationale mobiliteit, hoewel bestaande, geen belangrijke rol speelt bij de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Maar hij stelt dat intergenerationale selectie in de Engelse literatuur vaak te snel werd afgedaan als van weinig belang, en dit zonder dat er voldoende cijfermateriaal beschikbaar was om hieromtrent definitieve uitspraken te doen. Mackenbach zette in Nederland een grootschalige longitudinale studie op (Mackenbach et al., 1994), waarbij hij en zijn onderzoeksgroep de selectiehypotheseën verder onderzochten. Er werd bewijsmateriaal gevonden voor selectieverklaringen. De voornaamste resultaten gaan over (1) de gevolgen van de gezondheid van kinderen op hun latere SES en (2) de gevolgen van een slechtere gezondheid op volwassen leeftijd voor in- en uittreden op de arbeidsmarkt.

Van de Mheen et al. (1998) stelden vast dat er een statistisch significant verband bestaat tussen de gezondheid van kinderen en hun SES op latere leeftijd (gemeten als het hoogst behaalde diploma). Dit verband blijft bestaan na controle voor de sociaal-economische status tijdens de kinderjaren. Met andere woorden: de gezondheid tijdens de kinderjaren heeft - ook na controle voor de sociaal-economische situatie als kind - een invloed op de SES als volwassene. Dit is dus een duidelijk voorbeeld van selectie. Dit selectieproces vormt een gedeeltelijke verklaring voor de vastgestelde sociaal-economische gezondheidsverschillen op volwassen leeftijd. Met name 5% tot 10% van de gezondheidsverschillen tussen de verschillende opleidingscategorieën is te wijten aan verschillen in gezondheid tijdens de kinderjaren (van de Mheen et al. 1998). Er is dus bewijs voor een selectiemechanisme, maar de sterkte ervan is vrij beperkt.

Daarnaast toonden Mackenbachs onderzoekers aan dat selectie ook op volwassen leeftijd belang heeft voor de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Zo blijkt dat de relatie tussen inkomen en gezondheid voor

een deel te wijten is aan het feit dat ongezonde mensen vaker uit de arbeidsmarkt vallen en zo in lagere inkomensgroepen terechtkomen (Stronks et al., 1997; van de Mheen et al., 1999).

Mackenbachs onderzoekers toonden aan de hand van deze studies aan dat selectie niet verwaarloosd mag worden als verklaringfactor voor sociaal-economische verschillen. Hun onderzoek doet evenwel niets af van de stelling dat causatiemechanismen wellicht een grotere verklarende waarde hebben. Inmiddels lijkt de onderzoekswereld het er over eens dat beide mechanismen hun eigen bijdrage leveren, waardoor de discussie “causatie versus selectie” minder zwart-wit verloopt. Er blijft evenwel een sterk besef dat de mechanismen achter het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen nog steeds onvoldoende ontrafeld zijn. Verscheidene auteurs wijzen daarom op de noodzaak om gezondheidsverschillen en de determinanten ervan te bestuderen over de levensloop van mensen heen. Op die manier deed het “life course”-perspectief zijn intrede.

3. Het life-course-perspectief

Vanuit het life-course perspectief wordt de waarde van zowel sociale causatie als sociale selectie erkend. Beide mechanismen worden gezien als complementaire processen die elkaar versterken en zo leiden tot het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Om het met de woorden van van de Mheen (1998, p. 3) te zeggen: “In a life-course perspective, the accumulation of adverse socio-economic circumstances and selection are important mechanisms, which together may cause a downward spiral, in which adverse socio-economic conditions and adverse health affect each other”. Studies waarbij een bepaald geboortecohort over de ganse levensloop wordt gevolgd, zijn het meest aangewezen onderzoeksinstrument om levensloopprocessen te bestuderen.

David Blane (1999) zet het life course perspectief op sociaal-economische gezondheidsverschillen uiteen. Volgens hem kan de levensloop gezien worden als een combinatie van biologische en sociale elementen die met elkaar interageren. De individuele biologische ontwikkeling heeft plaats binnen een sociale context die levenskansen zo structureert, dat voordelen en nadelen cross-sectioneel samenklusteren en over de tijd heen accumuleren. Het levensloopperspectief beschouwt de sociale verdeling van ziekte en gezondheid als een resultaat van deze processen van accumulerende voordelen en nadelen. Blane beschrijft drie processen van interactie tussen gezondheid en sociale elementen: sociale accumulatie, sociale mobiliteit en sociale protectie.

Sociale accumulatie wordt veroorzaakt door de continuïteit in sociale omstandigheden, waarbij de sociale klasse van de ouders een invloed heeft op de sociaal-economische omstandigheden tijdens het opgroeien en uiteindelijk ook op de sociaal-economische positie als volwassene. Sociaal-economische verschillen in gezondheid zijn daarbij niet het gevolg van één belangrijke factor – zoals bijvoorbeeld materiële deprivatie – maar eerder van een aantal grotere en kleinere verschillen die

samen een ketting van voor- of nadelen gaan vormen. Een duidelijk voorbeeld hiervan vindt Blane bij onderzoeksresultaten op basis van de Britse studie van de geboortecohorte uit 1958. Door de bevindingen van verschillende studies naast elkaar te leggen, komt hij tot volgende “ketting van nadelen”. Om te beginnen heeft de sociale klasse van de ouders een invloed op het geboortegewicht van de kinderen. Daarnaast hebben kinderen uit lagere sociale categorieën een grotere kans op slechtere financiële omstandigheden tijdens de jeugd, slechtere voeding, het leven met een groot aantal personen op een kleine oppervlakte en verstoringen van het slaapritme, die op hun beurt vertraging van de groei kunnen teweegbrengen. De sociale omstandigheden die leiden tot een tragere groei bij kinderen, leiden ook tot nadelen op de arbeidsmarkt. Zo gaat trage groei bij kinderen samen met minder goede schoolresultaten, wat leidt tot een relatief nadelige positie naar de arbeidsmarkt toe. Een slechtere arbeidsmarktpositie leidt op zijn beurt dan weer tot de gezondheidsrisico's verbonden met ongezonde werkomstandigheden en werkloosheid. De term sociale accumulatie wijst erop dat het de combinatie is van verscheidene kleinere nadelen, die op lange termijn leidt tot grote sociaal-economische (gezondheids)verschillen.

Sociale mobiliteit is een tweede proces dat zorgt voor het samengaan van gezondheid en sociale factoren over de levensloop heen. Sociale mobiliteit verwijst naar het overgaan van een bepaalde sociaal-economische categorie naar een andere. Wanneer men overgaat naar een hogere sociaal-economische categorie en men er vervolgens in slaagt dat niveau te behouden, neemt de kans op een goede gezondheid toe door een verdere accumulatie van verschillende kleine voordelen. Wanneer men daarentegen zakt naar een lagere sociaal-economische categorie, komt men in een situatie van accumulerende nadelen en heeft men bijgevolg een kleinere kans op een goede gezondheid. Nu is het zo dat de sociaal-economische situatie van de ouders een indicator vormt van de kansen op en de richting van de sociale mobiliteit van de kinderen. Kinderen uit een gegoed sociaal-economisch milieu, hebben een grotere kans op positieve sociale mobiliteit en bijgevolg op verdere gezondheidsvoordelen. Zo bleek uit de West of Scotland Collaborative Study (Blane et al. 1999 in Blane, 1999) dat kinderen van ouders met een hogere sociaal-economische status, meer kans hebben op een goede opleiding. Een goede opleiding houdt op zijn beurt een verhoging in van de kans op opwaartse mobiliteit in. Opwaartse mobiliteit betekent dan weer dat men terechtkomt in een sociale categorie waar de voordelen in verband met gezondheid verder accumuleren (via het proces van sociale accumulatie).

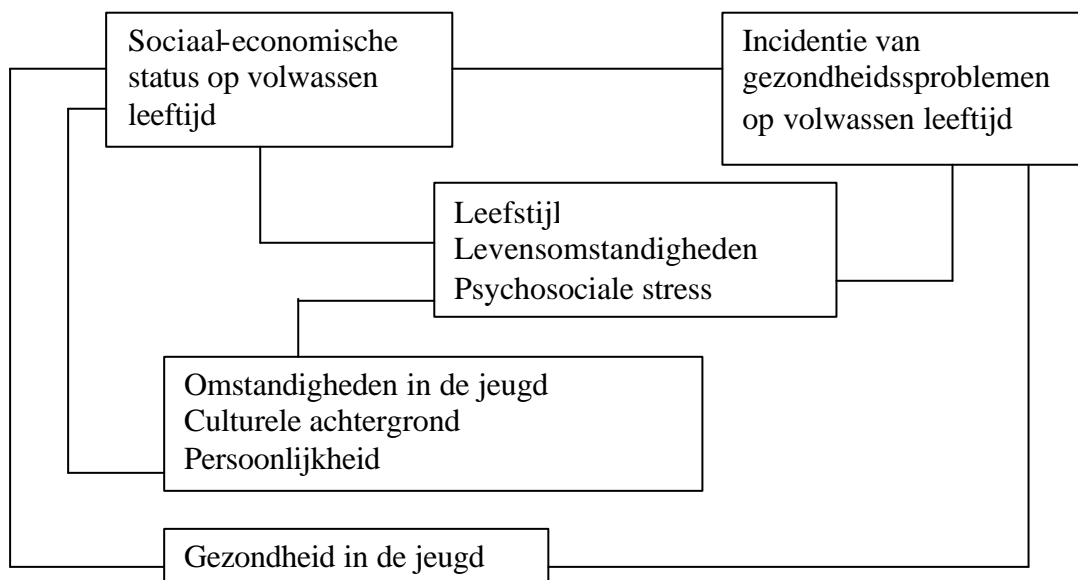
Sociale protectie, tenslotte, slaat op de wijze waarop de impact van een nieuw opduikend nadeel (bijvoorbeeld langdurige ziekte) afhangt van iemands sociaal-economische omstandigheden. Meer bepaald biedt een gunstige sociaal-economische positie vaak een betere bescherming tegen onvoorziene problemen dan een minder goede sociaal-economische positie. Zo werd op basis van de General Household Survey aangetoond dat de kans op uitsluiting uit de arbeidsmarkt ten gevolge van chronische ziekte varieert naargelang sociaal-economische positie. Personen uit de hogere beroeps categorieën die een slechte gezondheid melden, hebben een duidelijk hogere tewerkstellingsgraad dan personen met eenzelfde mate van slechte gezondheid

in lagere beroepscategorieën. Dit blijft zo over de jaren heen (Bartley en Owen, 1996 in Blane, 1999).

Het complexe samenspel tussen gezondheid en SES vormt vanuit het levensloop-perspectief de verklaring voor sociaal-economische gezondheidsverschillen. Om alle bijdragende factoren in het mechanisme te ontrafelen, is nog heel wat verder onderzoek nodig. Cohortestudies naar gezondheidsverschillen bieden hiertoe de meest geschikte basis. Een in dit opzicht problematisch gegeven is dat de bestaande cohortestudies nog relatief jong zijn. Groot-Brittannië trekt het voortouw met studies over geboortecohorten in 1946, 1958 en 1970 (Blane, 1999). Dit betekent dat zelfs de oudste onderzoekspopulatie de levensfase met de hoogste morbiditeit en mortaliteit nog niet heeft bereikt. We kunnen dan ook verwachten dat de komende decennia heel wat nieuw materiaal zullen opleveren dat het onderzoek naar de achterliggende mechanismen van sociaal-economische gezondheidsverschillen verder zal brengen.

4. Verklaringsschema van Mackenbach

Het mechanisme dat sociaal-economische status en gezondheid verbindt is gevarieerd en uiterst complex. Soms is het dan ook nodig om terug te grijpen naar overzichtelijke schema's, die de werkelijkheid per definitie in mindere of meerdere mate geweld aandoen, maar tegelijk het grote voordeel hebben de belangrijkste deelfacetten te kaderen. Bij Mackenbach (1994, p. 96) vinden we dergelijk overzichtsschema. Mackenbach erkent dat dit schema niet allesomvattend is en dat er zowel extra factoren als extra pijlen aan kunnen worden toegevoegd, maar niettemin vinden wij het een goed hulpmiddel om de voornaamste factoren van de problematiek en hun verhouding in kaart te brengen.



Mackenbach neemt in zijn schema zowel selectie- als causatieprocessen op. Zo is er de selectie waarbij de gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd een directe invloed uitoefenen op de sociaal-economische status. Daarnaast zien we het causatieproces waarbij sociaal-economische status via de leefstijl, de levensomstandigheden en de psycho-sociale stress de gezondheidsproblemen mee bepaalt. Mackenbach schenkt ook aandacht aan de omstandigheden in de jeugd, de culturele achtergrond en de persoonlijkheid, die enerzijds de sociaal-economische status op volwassen leeftijd mee bepalen en anderzijds een (indirecte) invloed hebben op de gezondheid. Deze effecten versterken elkaar. Door zowel levensomstandigheden als culturele achtergrond op te nemen, integreert Mackenbach ook zowel de structureel / materialistische benadering als de culturele / gedragsmatige component. Tenslotte speelt ook de gezondheid in de jeugd een rol, die zowel bepalend is voor de sociaal-economische status op volwassen leeftijd (selectie) als voor de latere gezondheid. De combinatie van de uiteenlopende factoren en de nadruk op de kindjaren, maken dat dit schema ook met het life-course-perspectief in overeenstemming is.

Samenvatting en besluit

Het vóórkomen van sociaal-economische verschillen in gezondheid is een over de tijd heen steeds weerkerende vaststelling, die opgaat voor de meest uiteenlopende gezondheidsaspecten. Hoe sociaal-economische gezondheidsverschillen totstandkomen, is vooralsnog niet helemaal duidelijk. Toch werden gedurende de laatste decennia, aan de hand van longitudinaal onderzoek, verscheidene stukjes van de puzzel blootgelegd. Zo kan men om te beginnen uitsluiten dat de waargenomen sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te brengen zouden zijn tot methodologische tekortkomingen en fouten in de metingen. Daarnaast werd aangetoond dat selectiemechanismen, waarbij personen met een slechtere gezondheid een grotere kans hebben op neerwaartse sociale mobiliteit, een gedeelte van de sociaal-economische gezondheidsverschillen kunnen verklaren. Anderzijds staat vast dat ook causatiemechanismen een belangrijke rol spelen: een slechtere sociaal-economische positie leidt tot een grotere kans op een slechtere gezondheid. Deze invloed van SES op gezondheid verloopt niet rechtstreeks, maar wel via een aantal intermediaire variabelen. Deze kunnen grosso modo onderverdeeld worden in drie categorieën. Ten eerste heeft de sociaal-economische positie een invloed op de levensomstandigheden. Een slechtere SES leidt vaak tot slechte huisvesting, slechtere werkomstandigheden, enzovoort. Ten tweede is de sociaal-economische positie verbonden met leefstijl. Roken is hiervan een voorbeeld. Een deel van de gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische categorieën zijn terug te voeren op verschillen in leefstijl. Ten derde wordt recent ook de categorie van psycho-sociale factoren toegevoegd aan de intermediaire factoren tussen SES en gezondheid. Het leven in nadelige sociaal-economische omstandigheden verhoogt de psycho-sociale stress, die op zijn beurt niet te onderschatten gezondheidseffecten heeft.

Doorheen de jaren heeft een aantal auteurs de nadruk gelegd op het belang van selectieprocessen en anderen op causatie. Er is inmiddels voldoende onderzoeksmateriaal bekend om te kunnen besluiten dat beide mechanismen een rol spelen, maar dat causatie wellicht de grootste verklarende waarde heeft. Voor de beleidvoering betekent dit dat het verminderen van sociaal-economische verschillen en de factoren die ermee samengaan, een noodzakelijke voorwaarde is om een grotere gelijkheid in gezondheid te bekomen.

BIBLIOGRAFIE

Bartley, M en Owen, C., 1996. Relation between socio-economic status, employment and health during economic change, 1973-1993. *British Medical Journal*, vol. 313, p. 445-449.

Beck, M., 2000. Sociaal-economische verschillen in gezondheid in Engeland en Nederland. Vakgroep Medische Sociologie, VUB, Brussel.

Blane, D., 1999. The life course, the social gradient and health. In: M. Marmot en R. Wilkinson (eds.): *Social Determinants of Health*. Oxford University Press, Oxford, p. 64-80.

Blane, D., Davey Smith, G. en Hart, C., 1999. Some social and physical correlates of intergenerational social mobility: evidence from the West of Scotland Collaborative Study. *Sociology*, vol. 33, p. 169-183.

Blane, D., Davey Smith, G. en Bartley, M., 1993. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, p. 1-15.

Bloor, M., Samphier, M. en Prior, L., 1987. Artefact explanations of inequalities in health: an assessment of the evidence. *Sociology of Health and Illness*, vol. 9, p. 231-264.

Cavelaars, A., 1998. Cross-national comparisons of socio-economic differences in health indicators. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Drever, F. en Whitehead, M., 1997. *Health Inequalities*. Office for National Statistics, Series DS n° 15, London.

Mackenbach, J.P., 1994. *Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Van Gorcum, Assen.

Mackenbach, J.P., van de Mheen, H. en Stronks, K., 1994. A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, vol. 38 (2), p. 299-308.

Marmot, M., 1999. Introduction. In: M. Marmot en R. Wilkinson (eds.): *Social Determinants of Health*. Oxford University Press, Oxford, p. 1-16.

Power, C., Matthews, S. en Manor, O., 1996. Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime circumstances or social mobility? *British Medical Journal*, vol. 313, p. 449-453.

Stern, J., 1983. Social mobility and the interpretation of social class mortality differentials. *Journal of Social Policy*, vol. 12, p. 27-49.

Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J. en Mackenbach, J.P., 1997. The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, vol. 26 (3), p. 592-600.

The Stationery Office, 1999. *Health Survey for England 1998*. London.

Townsend, P., en Davidson, N. (eds.), 1988. *The Black report*. In: P. Townsend, N. Davidson en M. Whitehead: *Inequalities in Health: The Black report & The health divide*. Penguin Books, London, p. 31-218.

van de Mheen, D., 1998. *Inequalities in Health, to be continued? A life-course perspective on socio-economic inequalities in health*. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor, Erasmus Universiteit Rotterdam.

van de Mheen, H., Stronks, K., Schrijvers, C.T. en Mackenbach, J.P., 1999. The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in The Netherlands, *Social Science and Medicine*, vol.49 (4), p. 509-518.

van de Mheen, H., Stronks, K., Looman, C.W. en Mackenbach, J.P., 1998. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52 (1), p. 15-19.

Vanroelen, C., 2001. *Sociaal-economische verschillen in gezondheidsfactoren en toegankelijkheidsproblemen in de Belgische gezondheidszorg: analyse van de Belgische Gezondheidsenquête van 1997*. Vakgroep Medische Sociologie, VUB, Brussel.

WHO, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1999. *Health 21 – Health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for all series, no. 6*, Copenhagen.

Wilkinson, R.G., 1996. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Routledge, London.

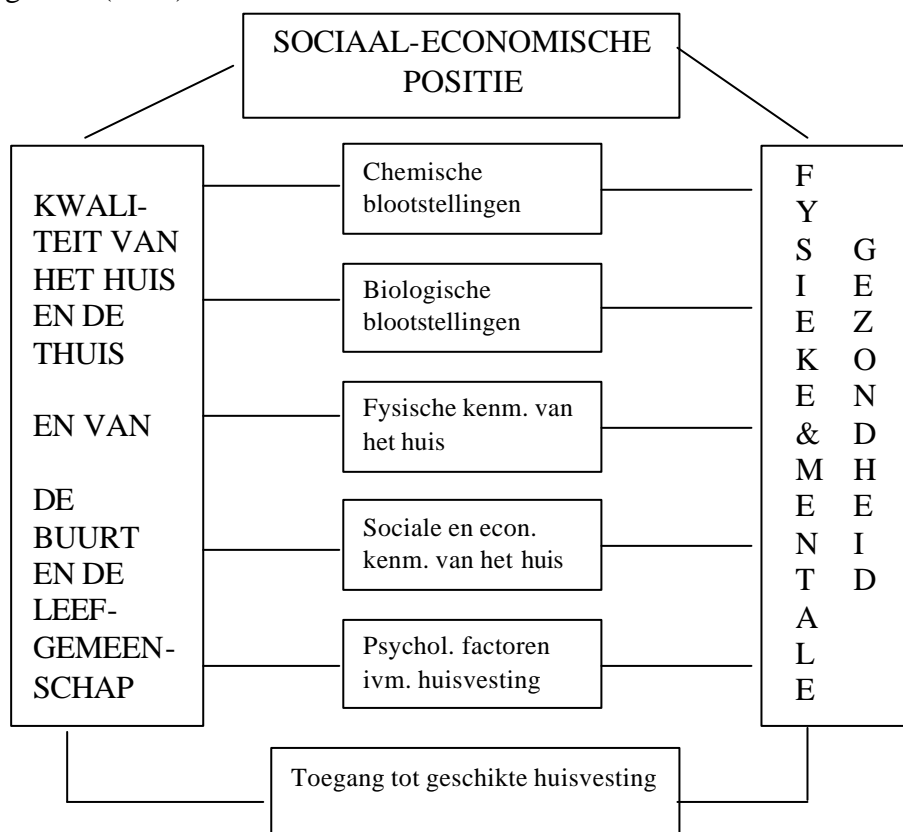
Hoofdstuk 2.
De impact van huisvesting op gezondheid

Sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn te wijten aan een complex geheel van achterliggende selectie- en causatiemechanismen. De belangrijke plaats die leefomstandigheden innemen in dit geheel werd aan het einde van het vorige hoofdstuk duidelijk gemaakt aan de hand van het verklaringsschema van Mackenbach (1994). De leefomstandigheden vormen een intermediaire variabele waarlangs zowel sociaal-economische status als individuele achtergrondfactoren een invloed uitoefenen op de gezondheid.

Mackenbach wijst op het belang van een ruime interpretatie van leefomstandigheden en pleit ervoor alle levensomstandigheden die ongunstiger zijn in de lagere sociale categorieën in beschouwing te nemen (Mackenbach, 1994, p. 91). Het spreekt voor zich dat dit in het kader van dit onderzoek volkomen onmogelijk is. Het bespreken van een zo exhaustief mogelijke lijst van levensomstandigheden met mogelijke gezondheidsgevolgen, zou alleen leiden tot een oppervlakkige behandeling. We kozen daarom voor het dieper uitspitten van één onderdeel van de leefomstandigheden: de huisvesting. Verscheidene auteurs wijzen op het belang van huisvesting als intermediaire factor, aangezien een groot deel van de tijd thuis wordt doorgebracht (Marsh et al., 2000). Het is ook een onderwerp dat de laatste jaren meer en meer aandacht krijgt. Bovendien laat het duidelijk zien dat interdisciplinariteit vereist is bij het bestuderen van de relatie tussen sociaal-economische verschillen en gezondheid. Tenslotte geeft het ook duidelijk de complexiteit van de problematiek weer.

1. Sociaal-economische positie, huisvesting en gezondheid: schema van de onderliggende relaties

Om te beginnen willen we de wijze waarop sociaal-economische positie, gezondheid en huisvesting aan elkaar gelinkt zijn schetsen. Een goed overzichtskader vinden we bij Hwang et al. (1999):

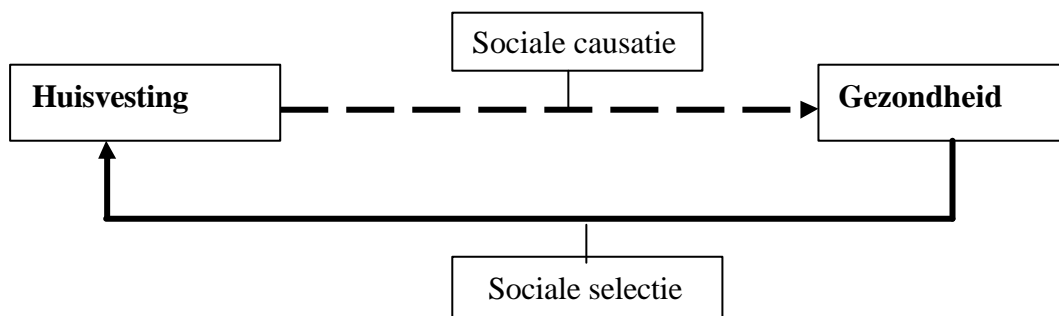


Bij deze figuur willen we een aantal zaken aanduiden.

Ten eerste willen we opmerken dat er *tussen de 'kwalitatieve staat van de woning' en de 'sociaal-economische positie' van de bewoner(s) een dubbele pijl* staat. Het is duidelijk dat iemands sociaal-economische middelen een impact hebben op de huiskeuze. Wie over weinig middelen beschikt, zal ook weinig kunnen uitgeven aan huisvesting en loopt zo een grotere kans in een kwalitatief minder goed huis te wonen. Anderzijds is er ook een omgekeerde pijl, die staat voor de redenering dat het huis waarin men woont ook bijdraagt tot de sociaal-economische status. Wonen in een dure en degelijke woning geeft status, zeker als die woning in een goede buurt ligt.

Ten tweede loopt ook *tussen sociaal-economische positie en gezondheid een dubbele pijl*. Sociaal-economische status beïnvloedt gezondheid via causatiemechanismen en gezondheid beïnvloedt de sociaal-economische status via selectiemechanismen. Beide causale richtingen kwamen aan bod in het vorige hoofdstuk.

Ten derde wijzen verschillende auteurs op het bestaan van *tweerichtingsverkeer tussen huisvesting en gezondheid*. Behalve een effect van huisvesting op gezondheid, is er namelijk ook een effect van gezondheid op huisvesting (Fuller-Thompson et al., 2000; Hwang et al., 1999). Naar analogie met de discussie over gezondheid en sociaal-economische status (zie vorig hoofdstuk), gebruiken we ook hier de termen “sociale selectie” en “sociale causatie” om de wederzijdse beïnvloeding aan te duiden. “Sociale causatie” slaat op de mechanismen die ertoe leiden dat huisvesting een invloed heeft op gezondheid en “sociale selectie” op de invloed die uitgaat van gezondheid op de kwaliteit van de huisvesting.



Het *selectiemechanisme* houdt in dat ziekte kan leiden tot verminderde kansen op de huisvestingsmarkt, onder meer via discriminatie door verhuurders. Hwang et al. (1999) geven het voorbeeld van mensen met HIV en aids, minder mobiele en mensen met een ernstige mentale aandoening, die minder en over het algemeen slechtere opties hebben in hun huisvestingskeuze. De mate waarin selectie een rol speelt, hangt af van de toegankelijkheid van de huisvestingsmarkt. In landen waar huisvesting (bijna) uitsluitend via vrij-markt-principes verloopt, zal selectie meer doorwegen dan in landen waar er via een sociaal huisvestingsbeleid voor wordt gezorgd dat mensen met gezondheidsproblemen toch op een kwaliteitsvolle woning kunnen rekenen (Fuller-Thompson et al., 2000).

Causatiemechanismen zijn alle wegen waarlangs huisvesting een invloed heeft op de gezondheid. Aanwijzingen voor een impact van huisvesting op gezondheid zijn legio (Best, 1995), maar zeer divers en uiteenlopend van aard (Hwang et al., 2000). Fuller-Thompson en collegae maakten een uitgebreide literatuurstudie op basis van ongeveer 600 boeken, artikels en rapporten. Zij brengen het bestaande onderzoeksmateriaal onder in 4 categorieën, die bijna volledig overeenstemmen met deze in het bovenstaande schema. Ten eerste onderscheiden Fuller-Thompson et al. (2000) studies die gericht zijn op de gezondheidsinvloed van specifieke chemische elementen in huizen en gebouwen. Voorbeelden hiervan zijn blootstelling aan lood en asbest. Ten tweede zijn er studies naar de impact van specifieke biologische factoren, zoals vocht, koude, huismijt en kakkerlakken. Ten derde werden ook fysische kenmerken van huizen en hun relatie met gezondheid bestudeerd. Daarbij wordt onder meer gedoeld op de invloed van de architectuur, de luchtkwaliteit binnenshuis en de woondichtheid. Ten vierde spelen ook sociale, economische en culturele factoren een rol. Hierbij denken Fuller-Thompson et al. onder meer aan het effect van tevredenheid met de woonsituatie. De psychologische factoren van huisvesting worden binnen de andere categorieën behandeld.

In wat volgt bespreken we deze vier wegen waarlangs huisvesting de gezondheid beïnvloedt. We beperken ons met andere woorden tot de causatiemechanismen, die overigens een grotere rol spelen in de samenhang tussen huisvesting en gezondheid dan de selectiemechanismen (Hwang et al., 1999).

2. Impact van gezondheidsbeïnvloedende chemische elementen in de woning of woonomgeving

Onderzoek naar chemische blootstellingen en hun invloed op gezondheid staat relatief ver, in die zin dat voor een aantal belangrijke factoren onweerlegbaar een invloed op gezondheid werd aangetoond. Lood en asbest worden hierbij het vaakst vermeld. Ook radon hoort bij de chemische stoffen die nadelig zijn voor de gezondheid.

Lood is in de context van huisvesting één van de grootste gezondheidsrisico's voor kinderen. Schilfers van loodhoudende verf, lood in de bodem en loodhoudende uitlaatgassen zijn voorbeelden van de wijze waarop loodcontaminatie in huis en nabije omgeving aanwezig kan zijn. Ook al worden loodhoudende verf en gassen niet meer gebruikt, de vervuiling die ze hebben meegebracht is nog niet verdwenen. Omdat het zenuwstelsel gedurende de kinderjaren gevoeliger is voor lood, zijn vooral kinderen kwetsbaar voor loodvergiftiging (Matte en Jacobs, 2000; Fuller-Thompson et al., 2000). Een teveel aan lood kan daarbij leiden tot verminderde intellectuele functies, maar ook tot anemie en schade aan het zenuwstelsel. Geen enkele medische therapie kan het door chronische loodabsorptie beschadigd zenuwweefsel of de verminderde intellectuele functies herstellen. Gezien het grote aantal kinderen dat ermee geconfronteerd wordt, kan loodvergiftiging beschouwd worden als een van de meest voorkomende ziekten bij kinderen (Fuller-Thompson et al., 2000).

Asbest, dat vooral gebruikt wordt als bouw- en isolatiemateriaal, is relatief onschadelijk zolang het intact is, maar bij beschadiging en vooral verwijdering ervan komen gezondheidsschadende vezels vrij. Asbest is niet de benaming van een specifieke stof, maar wel een verzamelnaam. De schadelijkheid ervan verschilt naargelang de variant (Arblaster en Hawtin, 1993; Fuller-Thompson et al., 2000). Het gezondheidsrisico dat asbest inhoudt, vergroot door een permanente lage blootstelling op jonge leeftijd (Angle, C.R., 1988).

Radon is een radio-actief gas dat uit vanuit de bodem in huizen binnendringt langs openingen en barsten in de fundering of langs bodemwater. De schadelijkheid van radon hangt af van de mate en de duur van de blootstelling. In nogal wat woongebieden is radon aanwezig, maar over het algemeen in beperkte mate. De invloed van dergelijke lagere dosissen is nog niet helemaal duidelijk, maar het is wel geweten dat hoge concentraties van radon kankerverwekkend zijn. Meer bepaald kan inademing van hoge dosissen radongas leiden tot longkanker (O’Riordan, 1990; Fuller-Thompson et al., 2000). Daarnaast kan radon ook leukemie veroorzaken (Henshaw, 1990 in Arblaster en Hawtin, 1993).

3. Impact van specifieke biologische blootstellingen

Vocht en schimmels

De invloed van vocht en schimmels op gezondheid is behoorlijk uitgebreid gedocumenteerd. Daarbij kwam vooral de invloed op ademhalingsproblemen, zoals astma, aan bod. Aanvankelijk werden vooral jonge kinderen als kwetsbare groep beschouwd in dit verband, aangezien zij erg veel tijd in huis doorbrengen. Strachan et al. (1990) vonden bij een steekproef van 1000 kinderen van 6 en 7 jaar oud, een sterk significante associatie tussen schimmel in de woning en een piepende en hijgende ademhaling, na controle voor andere kenmerken van de woning en voor sociale factoren. Meer en meer echter, wordt ook aandacht besteed aan de negatieve invloed van vocht en schimmels op de gezondheid van volwassenen en in een ruimer perspectief dan ademhalingsproblemen alleen. Zo stelden Packer et al. (1994) een sterke associatie vast tussen zelf gerapporteerde vochtproblemen in de woning en zelf gerapporteerde gezondheidsproblemen bij volwassenen. Na controle voor leeftijd, geslacht en beroepscategorie, blijkt wonen in een vochtig huis significant geassocieerd met verscheidene gezondheidsklachten, waaronder rugpijn, hoge bloeddruk en migraine. De auteurs achten het mogelijk dat een te hoge vochtigheidsgraad zorgt voor spierspanningen, die in dergelijke klachten kunnen uitmonden. Bewoners van vochtige huizen melden – ook na controle voor beroepscategorie en gezondheidsgerelateerde leefstijlfactoren – vaker een langdurige ziekte. Tenslotte werd een “dose-response”-verband gevonden tussen de mate van vochtigheid en het vóórkomen van gezondheidsproblemen: naarmate de vochtproblemen erger zijn, neemt ook de prevalentie van langdurige aandoeningen toe.

Koude

Arblaster en Hawtin (1993) en Best (1995) wijzen op het belang van een voldoende warme woning. Best stelt dat vele bejaarden die sterven ten gevolge van een ademhalingsziekte of hartaandoening, hun ziekte verergerd zagen door de koude. Arblaster en Hawtin verwijzen naar Savage (1988) die bij een steekproef van bejaarden vaststelde dat een kwart van de ondervraagden, omwille van financiële redenen, het huis minder verwarmde dan gewenst. In de meerderheid van de huizen werd een temperatuur vastgesteld lager dan de geadviseerde warmte. Op die manier kan koude duidelijk een tussenliggende factor zijn tussen sociaal-economische status en ziekte, aangezien vooral arme mensen het moeilijk hebben om hun huis voldoende te verwarmen. Bovendien is het verwarmen van verouderde huizen – onder meer ten gevolge van slechte isolatie – vaak duurder dan het verwarmen van moderne woningen. Evans et al. (2000) stellen vast dat de associatie tussen het onvoldoende kunnen verwarmen van de woning en (on)gezondheid zelfs sterker is dan de associatie tussen (on)gezondheid en vochtigheid.

Huisstofmijt

Huisstofmijten zijn microscopische organismen die allergische symptomen kunnen opwekken. Mijt-allergenen vormen een risicofactor voor de ontwikkeling van onder meer astma en kunnen bij astmapatiënten ook verdere negatieve invloed uitoefenen door de symptomen te versterken (Matte en Jacobs, 2000). De ideale omgeving voor de huismijt is een temperatuur tussen 17° en 25° en een vochtigheidsgraad van minstens 50%. Dit laatste kenmerk legt onmiddellijk de link met vochtige huizen. De huisstofmijt houdt zich op in tapijten, zetels, pluchen voorwerpen, enzovoort. Mijt-allergenen zijn vooral geconcentreerd in matrassen. Chan-Yeung et al. (1995 in Fuller-Thompson, 2000) stelden een positieve correlatie vast tussen mijtallergenen enerzijds, en ouderdom van het huis, gebruik van hoofdkussens met veren en het aantal inwonenden anderzijds. Om huisstofmijt te *voorkomen*, is het nodig dat men vochtigheid vermijdt. Voor mensen die in een vochtig huis wonen en niet over de middelen beschikken om hieraan te verhelpen, stelt dit natuurlijk een probleem. Om huisstofmijt en de bijhorende allergenen te *verwijderen*, is droogkuis de beste methode, wat voor mensen met financiële problemen opnieuw niet voor de hand ligt.

Kakkerlakken

Er zijn verschillende redenen waarom kakkerlakken ongezond zijn. Ten eerste verspreiden ze ziektekiemen. Ten tweede veroorzaken ze ook allergische symptomen. Antigenen afkomstig van kakkerlakken vormen een van de voornaamste triggers voor astma bij stadskinderen. Ook na de verwijdering van kakkerlakken, kunnen de antigenen nog lang aanwezig blijven (Fuller-Thompson et al., 2000). Bovendien zijn ook de pesticiden die worden gebruikt om kakkerlakken te verdelgen ongezond (Arblaster en Hawtin, 1993). Een voorbeeld van een typische plaats waar kakkerlakken zich ophouden zijn gemeenschappelijke vuilniskokers in flatgebouwen.

4. Fysische kenmerken van de woning

Veiligheid binnenshuis

De meest voorkomende ongevallen in huis houden verband met een val of met brand. Het vóórkomen van huisbrand is geassocieerd met werkloosheid en lage sociaal-economische status (Chandler et al., 1984 in Arblaster en Hawtin 1993). Matte en Jacobs (2000) verwijzen hierbij naar het gevaar van verouderde electriciteitsinstallaties en risicovolle verwarmingssystemen. Best (1995) wijst op de nadelen van het wonen in flats: ze zijn meestal minder brandveilig dan laagbouw en geven vaker aanleiding tot dodelijke vallen bij kinderen. Uit een studie over de periode 1973-1976 bleek dat kinderen die hoger dan de eerste verdieping woonden 57 keer meer kans hadden op een dodelijke val dan kinderen die op het gelijkvloers of de eerste verdieping woonden (Best, 1995). Matte en Jacobs (2000) halen naast vallen en brand ook verstikking en vergiftiging aan als gezondheidsrisico bij slechte huisvesting. Zo verhogen defecte verwarmingssystemen en kleine gesloten ruimten de kans op CO-vergiftiging. Het is duidelijk dat verouderde en ‘onveilige’ woningen een link kunnen vormen tussen lagere sociaal-economische positie en verhoogde gezondheidsrisico’s.

Type gebouw

Fuller-Thompson et al. (2000) wijzen op de mogelijkheid dat het type huis – waarbij men bijvoorbeeld een onderscheid kan maken tussen een alleenstaand huis, een klein appartementsgebouw en een groot appartementsblok – een invloed heeft op het welbevinden, en bijgevolg ook op de gezondheid van de bewoners. Hannay (1981, in Arblaster en Hawtin, 1993) stelt dat het aantal symptomen van mentale gezondheidsklachten stijgt met het aantal verdiepingen van het gebouw. Arblaster en Hawtin (1993) klagen de levensomstandigheden aan in verouderde appartementsblokken, die vaak ongeschikt zijn voor gezinnen met kinderen en onvoldoende speelruimte bieden. Edwards et al. (1982) stelden vast dat appartementsbewoners vaker te kampen hebben met stress-symptomen. Ze zijn ook vaker ontevreden met hun woonsituatie dan mensen die in een alleenstaand huis wonen (Mc Carthy et al., 1985). In een overzicht van de literatuur over hoogbouw en mentale gezondheid besluit Ineichen (1993, in Fuller-Thompson et al., 2000) dat de mentale gezondheid van personen die in hoge flats wonen slechter is dan die van gelijkaardige huishoudens in andere situaties. (Subjectieve) veiligheid is een van de factoren die hiertoe bijdragen.

Woondichtheid

Met te veel mensen op een te kleine oppervlakte wonen, kan leiden tot (mentale) gezondheidsproblemen en een verhoogde mortaliteit. Zo werd aangetoond dat in Londense wijken de mortaliteits bij 53- tot 60-jarigen hoger ligt in dichtbevolkte buurten, ook na controle voor beroepscategorie. Ook tussen het aantal personen per kamer en mortaliteit werd een correlatie vastgesteld (Kellet, J.M., 1993). Op niveau

van het individu kunnen we verwijzen naar Landon (1996), die vaststelde dat een hoge woondichtheid een goede predictor is van een tanende gezondheid en mortaliteit ten gevolge van hartziekten, ademhalingsproblemen, astma en tuberculose. Fuller-Thompson et al. (2000) stellen evenwel dat het nog te vroeg is om te spreken van bewezen causaal verband, gezien de methodologische tekortkomingen van de totnogtoe uitgevoerde studies. Vaak worden te weinig controlevariabelen opgenomen of zijn de onderzoeken te kleinschalig.

In relatie tot mentale gezondheid wijzen sommigen op een “overlast” ten gevolge van een hoge woondichtheid. Zo werd in verschillende studies een verband gevonden tussen woondichtheid en mentale gezondheid. Dit verband wordt echter niet door alle studies bevestigd. Fuller-Thompson et al. (2000) vermoeden dat de tegenstrijdige resultaten te wijten kunnen zijn aan het niet maken van het onderscheid tussen “density” en “overcrowding”. “Density” verwijst naar het objectieve gegeven van het aantal personen per oppervlakte. “Overcrowding” daarentegen duidt op het subjectief gevoel ‘opeengepakt’ te wonen. Beide concepten vallen niet noodzakelijk samen. In onderzoek wordt nagenoeg altijd gewerkt met de objectieve maat van ‘density’. Het is dan ook mogelijk dat de resultaten eenduidiger zouden zijn indien men het subjectieve gevoel van “overcrowding” zou onderzoeken. Ook is het mogelijk dat er geen lineair maar wel een non-lineair verband bestaat tussen mentale gezondheid en woondichtheid, waarbij mensen die met een erg hoge óf met een erg lage woondichtheid worden geconfronteerd, een grotere kans lopen op mentale gezondheidsproblemen. Zo vonden Gabe en Williams (1987) in een studie van vrouwen tussen 26 en 45 jaar een “J”-vormig verband tussen woondichtheid en een aantal symptomen van mentale gezondheidsklachten. Dit verband bleef significant na controle voor sociale variabelen.

Luchtvervuiling binnenshuis en verluchting

De meest voorkomende luchtvervuiling binnenshuis is wellicht tabaksrook. Er zijn sterke aanwijzingen dat passief roken leidt tot een verhoogde kans op astma, bronchitis, oorontstekingen bij kinderen, laag geboortegewicht en longkanker (Hwang et al., 1999). Daarnaast is het zo dat allerlei materialen gebruikt in de bouw, voor het meubilair en voor allerlei gebruiksvoorwerpen, organische stofdeeltjes vrijgeven. Sommige van deze organische samenstellingen zijn schadelijk voor de gezondheid doordat ze aanleiding geven tot problemen met het ademhalingsstelsel (Fuller-Thompson et al., 2000).

Om de invloed van luchtvervuiling binnenshuis tegen te gaan, is een goede verluchting of ventilatie nodig. In de context van huisvesting heeft luchtventilatie twee betekenissen: ten eerste het aanbrengen van frisse buitenlucht in de verschillende kamers van het gebouw en ten tweede de circulatie binnen de woning zelf. Het is belangrijk dat beide vormen van ventilatie voldoende aanwezig zijn in de woning. Behalve luchtvervuiling kan op die manier ook overdreven vochtigheid en schimmelvorming worden vermeden (Fuller-Thompson et al., 2000).

5. Sociale, economische en culturele kenmerken van de woonplaats

Fuller-Thompson et al. erkennen dat er vele mogelijke verbanden zijn tussen sociale, economische en culturele kenmerken van de woning enerzijds en gezondheid anderzijds, maar wijzen erop dat het onderzoek hierover nog in zijn kinderschoenen staat. Eén van de problemen is dat deze thematiek erg complex is en dat het gaat om multidimensionale en met elkaar verbonden factoren, wat maakt dat het afzonderen van het effect van één bepaalde factor een uiterst hachelijke onderneming is (Hwang et al., 1999).

Tevredenheid met de woning

Tevredenheid met de woning kan een bron van welbevinden, rust en bijgevolg een betere mentale en fysieke gezondheid betekenen. In studies wordt inderdaad een associatie tussen woontevredenheid en gezondheid waargenomen. Zo stelden Kearns et al. (1991) vast dat tevredenheid met de huisvesting een significante voorspellende waarde heeft ten opzichte van psychologische problemen, ook na controle voor andere variabelen die hierop een invloed hebben. Het verband tussen woonontevredenheid en ongezondheid kan wel gemedieerd worden door voldoende sociale ondersteuning, op voorwaarde dat de toestand van het huis niet extreem slecht is (Smith et al., 1993). Met deze studies is de hypothese van een invloed van woontevredenheid op gezondheid echter niet helemaal aangetoond, vermits het ook mogelijk is dat de richting van de causaliteit omgekeerd is. Het is immers ook mogelijk dat een goede gezondheid mensen tot een grotere algemene tevredenheid stemt en dat deze tevredenheid zich ook laat voelen in een grotere tevredenheid met de woonsituatie (Fuller-Thompson et al., 2000).

Huiseigendom versus huurhuis

Een belangrijk economisch element is het al dan niet bezitten van een huis. Er is uitgebreid bewijsmateriaal dat wijst op een verband met een brede waaier van gezondheidsindicatoren. Op zich zegt dit niet veel, aangezien huisbezit enorm sterk geassocieerd is met sociaal-economische status. Huisbezit wordt zelfs vaak als proxy-variabele gebruikt voor het meten van SES. Het lijkt dan ook logisch dat het samengaan van huisbezit en gezondheid terug te voeren is op het verband tussen sociaal-economische status en gezondheid. Toch zijn er een aantal onderzoeksresultaten die een argument kunnen vormen tegen deze redenering. Zo geven Arblaster en Hawtin (1993) resultaten weer waaruit blijkt dat huiseigenaars, binnen elke beroepsklasse, een lagere mortaliteitsgraad kennen dan huurders. Ellaway en Macintyre (1998) stellen vast dat huisbezit na controle voor inkomen een onafhankelijke invloed heeft op gezondheid. Een mogelijke verklaring kan zijn dat huizen in eigen bezit beter onderhouden worden, wat bijvoorbeeld van belang is om vocht en schimmels tegen te gaan.

Sociale contacten en sociale ondersteuning

De kwantiteit en vooral de kwaliteit van sociale contacten is sterk geassocieerd met een waaier van gezondheidsaspecten (House et al., 1988). Het grote belang van sociale ondersteuning voor gezondheid werd duidelijk aangetoond door het Alameda County onderzoek. Deze studie wees uit dat individuele scores op een gecombineerde sociaal-netwerk-index een sterke voorspellende waarde hadden voor mortaliteit, en dit na controle voor ervaren fysieke gezondheid, SES, rookgedrag, alcoholgebruik, sportbeoefening, zwaarlijvigheid, etnische afkomst en levensstevredenheid (Berkman en Syme, 1979 in Dunn, 2000). Dunn argumenteert dat de huisvesting de kansen op sociale contacten beïnvloedt en (onder meer) langs die weg een invloed heeft op gezondheid. Zo kan een slechte behuizing of te kleine woning mensen ervan weerhouden vrienden uit te nodigen, terwijl dit net een belangrijke manier is om sociale banden te versterken.

De buurt

Een huis staat natuurlijk niet in een sociaal vacuum. Het is dan ook niet alleen de kwaliteit van de woning die telt, ook de kwaliteit van de buurt is van groot belang. Dit bleek onder meer uit een studie van Robson (1994 in Best, 1997). Robson analyseerde de impact van overheidsinvesteringen in de meest kansarme stedelijke wijken en kwam tot het besluit dat in deze buurten het verbeteren van de huiskwaliteit niet afdoende is en op zichzelf meestal geen substantiële verbetering van de gezondheid meebrengt. Daar waar er een hoge werkloosheidsgraad is of een sterk onveiligheidsgevoel, volstaat het niet om alleen de huisvesting aan te pakken. Easterlow et al. (2000) stellen dat de associatie tussen slechte huisvesting en gezondheid deels te verklaren is door het feit dat slechte huizen vaak gelegen zijn in buurten die minder kansen bieden op gezondheid. Ze merken daarbij op dat buurten met slechtere huizen vaak hoge gezondheidsrisico's combineren met geringe gezondheidskansen. Lage gezondheidskansen uiten zich op uiteenlopende terreinen, zoals bijvoorbeeld een gebrek aan medische diensten en aan winkels met gezonde voeding, maar ook aan gezonde ontspanningsmogelijkheden. Verhoogde gezondheidsrisico's kunnen gaan van te druk verkeer en luchtvervuiling tot lage kansen op sociaal contact. Misschien hoeft het dan ook niet te verwonderen dat White (1983) vaststelde dat de kwaliteit van de buurt een betere predictor voor mentale gezondheid is dan de kwaliteit van het huis zelf.

Samenvatting en besluit

Huisvestingskwaliteit heeft verschillende facetten die elk invloed uitoefenen op gezondheid. Vooral de invloed van chemische en biologische factoren is goed gedocumenteerd. Zo werd zeer duidelijk aangetoond dat stoffen als radon, lood en asbest in de woning schadelijk zijn voor de gezondheid. Ook de negatieve effecten van vocht, schimmels, huismijt en kakkerlakken zijn bewezen. De invloed van sociaal-economische en culturele aspecten van de huisvesting op gezondheid is

minder bestudeerd en volgens Fuller-Thompson et al. is het bewijsmateriaal in deze minder overtuigend. Zij wijten dit aan drie factoren. Ten eerste zijn chemische en biologische factoren vaak beter definieerbaar en kwantitatief meetbaar. Ten tweede leent onderzoek naar gezondheidseffecten zich beter om effecten te meten van biologische en chemische invloeden dan van sociale invloeden. Het is immers veel makkelijker te bewijzen hoe een bepaalde chemische stof inwerkt op het lichaam en zo de gezondheid aantast, dan om wetenschappelijk aan te tonen waarom en op welke manier sociaal-culturele aspecten de gezondheid beïnvloeden. Ten derde zijn sociale, economische en culturele factoren sowieso complexer, multidimensioneel en met elkaar verbonden. Eén mechanisme uit die complexe samenhang isoleren en het effect ervan op specifieke gezondheidsaspecten meten, is daardoor vanuit wetenschappelijk oogpunt erg moeilijk. Dit probleem geldt natuurlijk niet alleen voor onderzoek met betrekking tot huisvesting. De moeilijkheden bij het meten van de invloed van de sociaal-economische kenmerken van huisvesting op gezondheid nemen niet weg dat er zeer sterke aanwijzingen zijn voor het bestaan ervan. Het mag ook geen reden zijn om onderzoek hiernaar te ontmoedigen. Het is integendeel een argument om dit onderzoek verder te zetten en meer bewijsmateriaal bijeen te brengen, opdat ook dit deel van de problematiek beter in kaart kan worden gebracht, met het oog op doelmatige beleidsinterventies.

BIBLIOGRAFIE

- Angle, C.R., 1988. Indoor air pollutants. *Advances in Pediatrics*, vol. 35, p. 239-280.
- Arblaster, L en Hawtin, M., 1993. *Health, housing and social policy : Homes for wealth of health*. Socialist Health Association, London.
- Berkman, L.F., en Syme, S.L., 1979. Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, vol. 109 (2), p. 186-204.
- Best, R., 1995. The housing dimension. In: M. Benzeval, K. Judge en M. Whitehead: "Tackling inequalities in health. An agenda for action" p. 53-68., King's Fund, London.
- Best, R., 1997. Health inequalities: the place of housing. In: D. Gordon, M. Shaw, D. Dorling, G. Davey Smith (eds.), 1999: *Inequalities in health. The evidence presented to the Independent Inquiry into Inequalities in Health*, chaired by Sir Donald Acheson, The Polity Press, Briston.
- Chandler, S.E., Chapman, A. en Hollington, S.J., 1984. Fire incidence, housing and social conditions – The urban situation in Britain. *Fire Prevention*, vol. 172, p. 15-20.
- Chan-Yeung, Becker, A., Lam, J., Dimich-Ward, H., Ferguson, A., Warren, P., et al., 1995. House dust mite allergen levels in two cities in Canada: effects of season, humidity and home characteristics. *Clinical Experimental Allergy*, vol. 25, p. 240-246.
- Dunn, R., 2000. Housing and health inequalities: review and prospects for research. *Housing Studies*, vol. 15 (3), p. 341-366.
- Easterlow, D., Smith, S.J. en Mallinson, S., 2000. Housing for health: the role of owner occupation. *Housing Studies*, vol. 15 (3), p. 367-386.
- Edwards, J.N., Booth, A. en Edwards, P.K., 1982. Housing type, stress and family relations. *Social Forces*, vol. 61, p. 241-257.
- Ellaway, A. en Macintyre, S., 1998. Does housing tenure predict health in the UK because it exposes people to different levels of housing related hazards in the home or its surroundings? *Health Place*, vol. 4 (2), p. 141-150.
- Evans, J. Hyndman, S., Stewart-Brown, S., Smith, D. en Petersen, S., 2000. J. An epidemiological study of the relative importance of damp housing in relation to adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 54 (9), p. 677-686.

Fuller-Thompson, E., Hulchanski, D., en Hwang, S., 2000. The housing-health relationship: what do we know? *Reviews on Environmental Health*, vol. 15 (1-2), p. 109-134.

Gabe, J. en Williams, P., 1987. Women, housing and mental health. *International Journal of Health Services*, vol. 17 (4), p. 667-679.

Hannay, D.R., 1981. Mental health and high flats. *Journal of Chronic Diseases*, vol.34, p. 431-432.

Henshaw, D.L., Eatough, J.P. en Richardson, R.B., 1990. Radon has a causative factor in induction of myeloid leukemia and other cancers. *The Lancet*, vol. 335, p. 1008-1012.

House, J.S., Landis, K.R. en Umberson, D., 1998. Social relationships and health. *Science*, vol. 241, p. 540-545.

Hwang, S., Fuller-Thompson, E., Hulchanski, D., Bryant, T., Habib, Y. en Regoeczi, W., 1999. *Housing and Population Health: a review of the literature*. Centre of Applied Social Research, University of Toronto, Canada.

Kearns, R.A., Smith, C.J. en Abbott, M.W., 1991. Another day in paradise: life on the margins in urban New-Zealand. *Social Science and Medicine*. vol.33, p. 369-379.

Kellet, J.M., 1993. Crowding and mortality in London boroughs. In: R. Burridge en D. Ormandy (eds.): *Unhealthy housing: research, remedies and reform*, p. 209-221. E.&F.N.Spon, London.

Landon, M., 1996. Intra-urban health differentials in London: Urban health indicators and policy implications. *Environmental Urbanisation*, vol. 8, p. 119-128.

Mackenbach, J.P., 1994. *Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Van Gorcum, Assen.

Marsh, A, Gordon, D., Heslop, P. en Pantazis, C., 2000. Housing deprivation and health: a longitudinal analysis. *Housing Studies*, vol. 15 (3), p. 411-428.

Matte, T.D. en Jacobs, D.E., 2000. Housing and Health: current issues and implications for research and programs. *Journal of Urban Health*, vol. 77 (1), p. 7-25.

Mc. Carthy, P., Byrne, D., Harrison, S., Keithley, J., 1985. Housing type, housing location and health. *Social Psychiatry*, vol. 20, p. 125-130.

O'Riordan, M.C., 1990. Human exposure to radon in homes: recommendations for the practical application of the Boards statement. National Radiological Protection Board, Chilton.

Packer, C.N., Stewart-Brown, S. en Fowle, S.E., 1994. Damp housing and adult health: results form a lifestyle study in Worcester, England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 48 (6), p. 555-559.

Robson, B., 1994. Assessing the impact of urban policy. University of Manchester, London.

Savage, A.V., 1988. Warmth in winter: evaluation of an information pack for elderly people. College of Medicine, Research Team for the Care of the Elderly, University of Manchester, London.

Smith, C.A. Smith, C.J., Kearns, R.A., Abbott, M.W., 1993. Housing stressors, social support and psychological distress. *Social Science and Medicine*, vol. 37, p. 603-612.

Strachan, D.P., Flanningan, B., McCabe, E.M. en McGarry, F., 1990. Quantification of airborne moulds in the homes of children with and without wheeze. *Thorax*, vol. 45, p. 382-387.

White, M.G., 1983. The quality of the residential environment as a social problem: empirical findings on the mental health consequences of poor housing and neighborhood. Society for the study of social problems, Columbia University, New York.

Hoofdstuk 3.
**De impact van inkomensongelijkheid op
gezondheid**

Inleiding

In dit derde hoofdstuk bekijken we het verband tussen gezondheid en sociaal-economische factoren vanuit macro-sociologisch perspectief. Ook hier is het niet mogelijk het volledig domein grondig te behandelen en zijn we genoodzaakt de scope van onze literatuurstudie te beperken. We kozen ervoor dieper in te gaan op de relatie tussen de inkomensongelijkheid in een land en de gezondheid van de bevolking. Internationaal vergelijkend onderzoek lijkt uit te wijzen dat een grotere inkomensongelijkheid samengaat met een slechtere gemiddelde gezondheid van de bevolking. Een dergelijke vaststelling heeft vanzelfsprekend verregaande gevolgen voor het overheidsbeleid. Misschien speelt dit laatste wel mee in het feit dat de discussie omtrent dit onderwerp soms hoog oploopt.

1. Een associatie tussen inkomensongelijkheid en volksgezondheid (?)

De eerste belangrijke publicatie over de associatie tussen economische ongelijkheid en volksgezondheid in internationaal perspectief is van Rodgers (1979). Rodgers stelde in een studie over 56 landen een significante associatie vast tussen inkomensongelijkheid en drie verschillende maten van volksgezondheid – levensverwachting bij de geboorte, levensverwachting op 50 jaar en zuigelingensterfte. Dit artikel gaf aanleiding tot de groei van aanwijzingen in dezelfde richting (Wagstaff en van Doorslaer, 2000).

Ook nu nog is er een sterke belangstelling voor dit thema. Een van de vooraanstaande figuren in de discussie rond inkomensongelijkheid en gezondheid is R.G. Wilkinson. Wilkinson (1992a) stelde vast dat er bij ontwikkelingslanden een sterk verband bestaat tussen het inkomen (gemeten als BNP per capita) en volksgezondheid, maar dat dit verband bij rijkere landen slechts zwak is. In deze rijkere landen leidt bijkomende rijkdom blijkbaar niet tot een evenredige stijging in levensverwachting. Er blijkt een inkomensgrens te bestaan waaronder bijkomend inkomen per capita een relatief grote invloed heeft op de volksgezondheid, maar waarboven bijkomend inkomen slechts weinig impact heeft. Voor de rijkere landen is inkomen per capita dus geen goede indicator voor volksgezondheid. De mate van *inkomensongelijkheid* daarentegen, is wél een goede indicator van de gezondheid van de bevolking in geïndustrialiseerde landen (Wilkinson, 1992a en 1992b).

Een voorbeeld: figuur 1 toont het verband tussen levensverwachting enerzijds en Gini-coëfficiënten van ongelijkheid anderzijds in 11 geïndustrialiseerde landen. De correlatie tussen inkomensongelijkheid en levensverwachting is zeer sterk ($r = -0.81$). Bijna tweederde van de variantie in levensverwachting kan verklaard worden door verschillen in inkomensongelijkheid tussen de landen.

Figuur 1: levensverwachting en Gini-coëfficiënten van inkomensongelijkheid na belastingbetaling (gestandaardiseerd voor huishoudgrootte)

Bron: Wilkinson (1996)

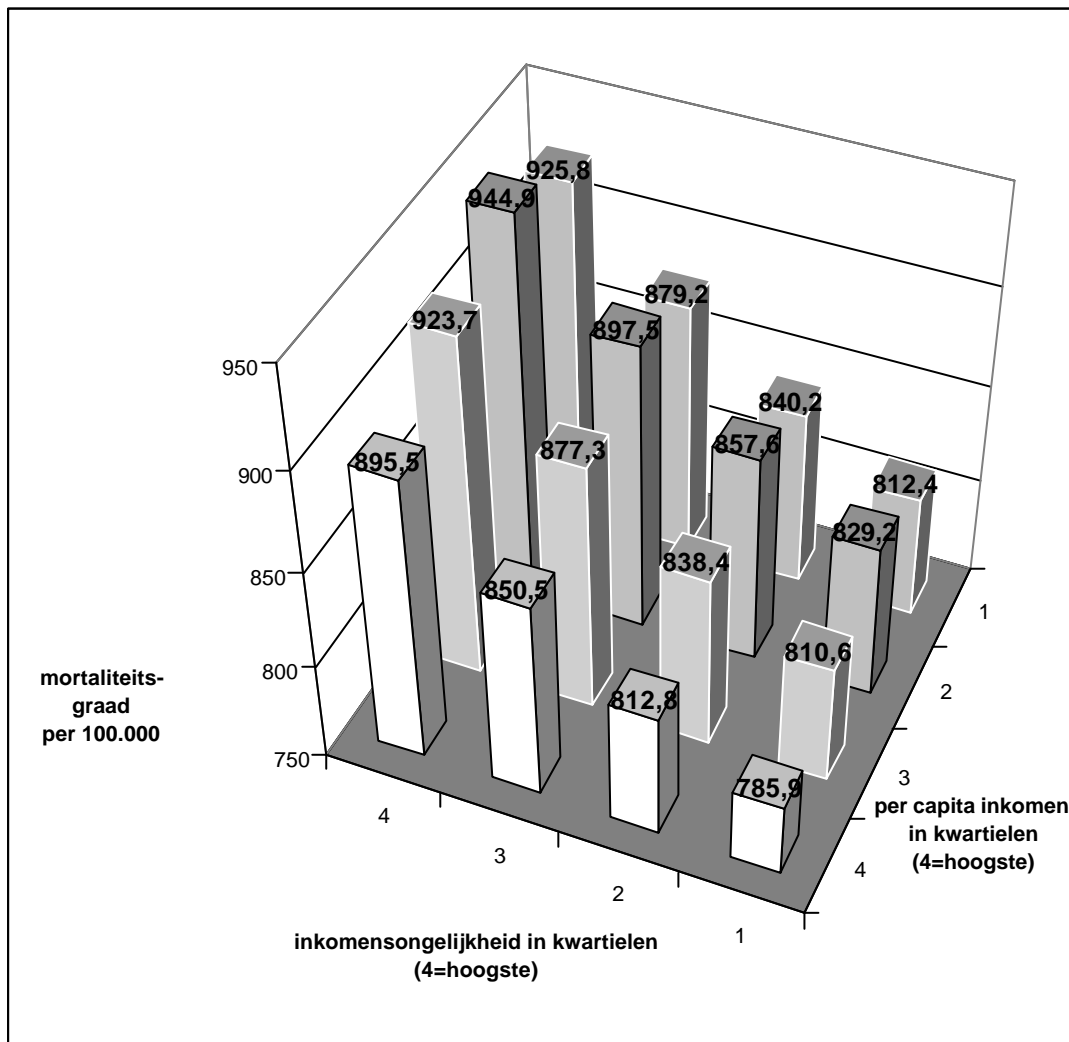
Uit de figuur blijkt dat de Verenigde Staten een goed voorbeeld zijn van een rijk land met een grote inkomensongelijkheid, en waar de levensverwachting relatief laag is. Kaplan et al. (1996 in Wilkinson 1996) toonden aan dat ook binnen de Verenigde Staten zelf de associatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid terug te vinden is. De mortaliteitscijfers van de verschillende Amerikaanse staten blijken namelijk significant geassocieerd met de inkomensongelijkheid - gemeten als het percentage van het totale inkomen van alle gezinnen samen dat naar de armste helft van de bevolking gaat.

Figuur 2: De relatie tussen inkomensverdeling en mortaliteit in 50 staten van de V.S. in 1990

Bron: Kaplan et al. (1996), presentatie overgenomen uit Wilkinson (1996).

Ook Kennedy et al. (1996) stelden bij een vergelijking van de Amerikaanse staten een associatie vast tussen mortaliteit en inkomensongelijkheid. De door hen gebruikte Robin Hood Index van ongelijkheid bleek ook significant samen te gaan met bepaalde specifieke vormen van mortaliteit: zuigelingensterfte, mortaliteit als gevolg van coronaire hartaandoeningen, kwaadaardige gezwellen en moord. Later toonden Kennedy et al. (1998) ook de link aan tussen inkomensongelijkheid en gezondheidsstatus. Lynch et al. (1998) stelden bij een steekproef van 282 grootstedelijke gebieden in de Verenigde Staten opnieuw de associatie vast tussen inkomensongelijkheid en mortaliteitsgraad. Figuur 3 laat zien dat deze associatie ook binnen elk inkomenskwartiel opgaat.

Figuur 3: Kwartielen van inkomensongelijkheid en per capita inkomen (gecorrigeerd voor huishoudgrootte) en leeftijdsgecorrigeerde mortaliteit (per 100.000) in 282 VS grootstedelijke gebieden, 1989-1991.



Bron: Lynch, et al. (1998)

Lynch et al. berekenden dat als grootstedelijke gebieden met een combinatie van hoge inkomensongelijkheid en laag per capita inkomen de mortaliteitsgraad zouden kunnen evenaren van gebieden met een lage ongelijkheid en een hoog inkomen, de mortaliteit zou dalen met 139,8 sterfgevallen per 100.000. Dit mortaliteitsverschil is groter dan de mortaliteit ten gevolge van longkanker, diabetes, verkeersongevallen, HIV, zelfmoord en moord samen (Lynch et al., 1998).

Toch is niet iedereen overtuigd van het bestaan van de associatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid. Judge (1995) en Judge et al. (1998) trekken het bestaan van een associatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid in twijfel. Ze erkennen dat vele studies, op basis van onafhankelijke data, deze associatie hebben vastgesteld en stellen zelfs dat de associatie op theoretische grond te verwachten is. Maar ze vinden het materiaal en soms ook de methoden van Wilkinson en de meeste andere studies van minderwaardige kwaliteit en bijgevolg onbetrouwbaar. In hun eigen analyse nemen ze geen associatie waar tussen inkomensongelijkheid en levensverwachting. Wilkinson (1995, 1998) is het niet eens met de kritieken die Judge uit op zijn werk en wijst daarnaast op het grote aantal onafhankelijke studies die wél een associatie tussen inkomensongelijkheid en volksgezondheid vaststellen. Als Judge kritieken heeft op deze studies, is dat nog geen reden om alle resultaten zomaar over boord te gooien, aldus Wilkinson. Het zou immers maar al te toevallig zijn dat er zoveel bewijsmateriaal gevonden wordt dat allemaal in dezelfde richting wijst, ook al zijn niet alle databanken en onderzoeken volmaakt. Bovendien zijn ook de data die Judge et al. gebruiken om de stelling te weerleggen volgens Wilkinson niet vrij van onvolkomenheden.

Gezien het nog steeds toenemende bewijsmateriaal vóór een associatie tussen inkomensongelijkheid en gezondheid (o.a. Hales et al., 1999), lijkt de meerderheid van de deelnemers aan de discussie inmiddels niet meer te twijfelen aan het bestaan ervan (Wagstaff en van Doorslaer, 2000; Lawrence, 1999).

Gedurende de afgelopen jaren gaat de discussie steeds minder over de vraag óf er een associatie is tussen inkomensongelijkheid en de gemiddelde gezondheid van de bevolking, en ligt de nadruk veel meer op de vraag hoe de associatie kan worden verklaard. Over dit laatste lopen de meningen sterk uiteen.

2. Verklaringen voor de associatie tussen inkomensongelijkheid en de gezondheid van de bevolking

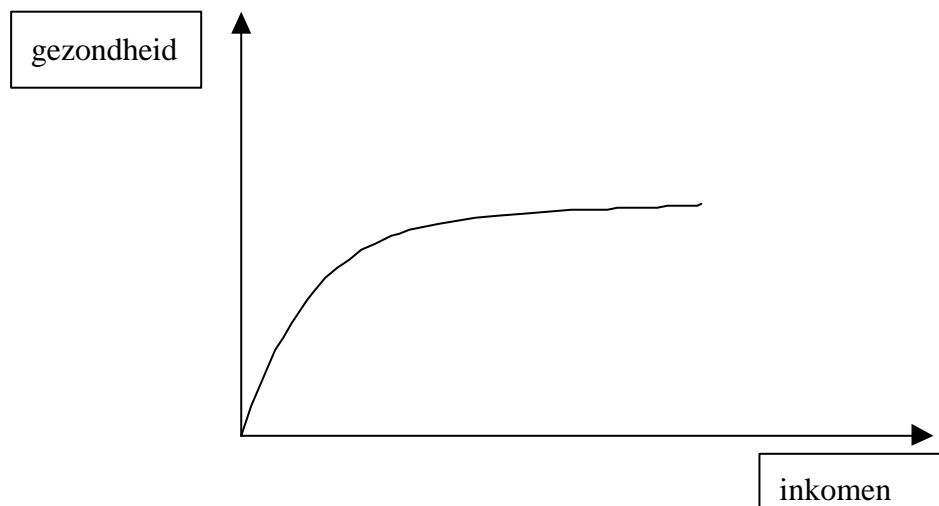
Er is een groeiende consensus over de stelling dat inkomensongelijkheid en de *gemiddelde* gezondheid van de bevolking met elkaar geassocieerd zijn. Daarmee is echter nog niet gezegd dat inkomensongelijkheid ook een invloed heeft op *individuele* gezondheid. Theoretisch is het namelijk perfect mogelijk dat inkomensongelijkheid en de *gemiddelde* gezondheid van de bevolking geassocieerd zijn zonder dat er een invloed is van inkomensongelijkheid op de *individuele* gezondheid (Gravelle, 1998).

Over de invloed van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid blijft er vooralsnog onenigheid: sommigen beweren dat inkomensongelijkheid de individuele gezondheid beïnvloedt, anderen ontkennen dat.

Degenen die ervan overtuigd zijn dat inkomensongelijkheid en individuele gezondheid géén verband houden met elkaar, verklaren de associatie tussen inkomensongelijkheid en de gemiddelde gezondheid van de bevolking via de relatie tussen inkomen op individueel niveau en gezondheid op individueel niveau. De vorm van de relatie tussen individueel inkomen en individuele gezondheid leidt ertoe dat er op geaggregeerd niveau een associatie ontstaat tussen inkomensongelijkheid en de gemiddelde gezondheid.

Op individueel niveau is er een non-lineair verband tussen inkomen en gezondheid. Gezondheid stijgt bij stijgend inkomen, maar niet altijd even sterk. Een verhoging van het inkomen met een bepaald bedrag zal tot een grotere gezondheidswinst leiden bij een arme persoon dan bij een rijke. Met andere woorden: naarmate het inkomen stijgt, zal de positieve invloed van bijkomend inkomen kleiner worden. We kunnen dit non-lineaire verband als volgt voorstellen:

Figuur 4: benadering van de relatie tussen inkomen en gezondheid op individueel niveau



De vorm van dit verband heeft wiskundig tot gevolg dat op geaggregeerd niveau, bij eenzelfde gemiddelde inkomen, landen met een grotere inkomensongelijkheid een lagere gemiddelde gezondheid hebben. Volgens deze redenering is er dus een associatie tussen gemiddelde gezondheid en inkomensongelijkheid, maar is die

associatie louter te wijten aan de vorm van het verband tussen individueel inkomen en individuele gezondheid. Inkomensongelijkheid heeft géén invloed op individuele gezondheid. We noemen deze stelling de “absoluut inkomen hypothese”, aangezien de associatie op geaggregeerd niveau volledig wordt toegeschreven aan het verband tussen gezondheid en het individuele absolute inkomen.

Niet iedereen aanvaardt deze hypothese. Zo blijkt uit onderzoek van Wolfson et al. (1999) dat het verband tussen inkomen en mortaliteit op individueel niveau niet volstaat om de associatie tussen inkomensongelijkheid en mortaliteit op geaggregeerd niveau te verklaren. In dit onderzoek werd vertrokken van de non-lineaire relatie tussen inkomen op individueel niveau en mortaliteit, en werd vervolgens aangetoond dat het extrapoleren van deze data naar populatieniveau niet volstaat om de associatie tussen inkomensongelijkheid op geaggregeerd niveau en mortaliteit te verklaren.

Verscheidene wetenschappers zijn er dan ook van overtuigd dat inkomensongelijkheid op zich wel degelijk invloed heeft op de gezondheid van het individu (Kawachi et al., 1997, Wilkinson, 1999a en 1999b). De vastgestelde verschillen op geaggregeerd niveau zijn volgens deze alternatieve hypothese niet alleen een gevolg van de non-lineaire relatie op individueel niveau, maar *ook* van een reëel effect van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid. Wilkinson stelt zelfs dat het absolute inkomen in de rijkere geïndustrialiseerde landen slechts weinig impact heeft op gezondheid.

Verskillende studies werden opgezet om via de techniek van multilevel-analyse te achterhalen welke van de twee hypothesen – de absoluut inkomen hypothese en de hypothese dat inkomensongelijkheid wel degelijk invloed heeft op de individuele gezondheid – het meest plausibel is. Multilevel-analyse heeft het voordeel dat variabelen op verschillende niveaus samen geanalyseerd kunnen worden. Concreet kunnen variabelen op individueel niveau (bv. individueel inkomen en individuele mortaliteit/gezondheid) in dezelfde analyse worden behandeld als variabelen op niveau van het land of de staat (bv. Inkomensongelijkheid, levensverwachting). Er kan worden nagegaan hoeveel van de totale variantie in individuele mortaliteit/gezondheid wordt verklaard door de in de analyse opgenomen variabelen op individueel niveau (bv. inkomen) en hoeveel van de variantie kan worden toegeschreven aan de variabelen op nationaal niveau (bv. inkomensongelijkheid). Via multilevel-analyse kan in principe worden nagegaan of inkomensongelijkheid op staatsniveau, na controle voor individueel inkomen, nog steeds geassocieerd is met mortaliteit/gezondheid op individueel niveau. De multilevel-studies die totnogtoe werden uitgevoerd om deze vraag te beantwoorden, hebben vooralsnog echter geen eenduidig beeld opgeleverd (Wagstaff en van Doorslaer, 2000, Kawachi en Kennedy, 1999; Fiscella en Franks, 2000).

Fiscella en Franks (1997) vonden na controle voor individueel inkomen geen verband tussen inkomensongelijkheid op geaggregeerd niveau en mortaliteit op individueel niveau. Deze studie vindt dus geen invloed van inkomensongelijkheid op individuele mortaliteit en suggereert met andere woorden dat de associatie op geaggregeerd niveau louter een gevolg is van de non-lineaire relatie tussen inkomen en gezondheid

op individueel niveau. Dit onderzoek ondersteunt dus de “absoluut inkomen hypothese”, maar kreeg vanuit verschillende hoeken kritiek te verduren (Wagstaff en van Doorslaer, 2000; Wilkinson, 1997; Kawachi en Kennedy, 1999).

Ook Daly et al. (1998) vonden geen verband tussen inkomensongelijkheid (op staatsniveau) en mortaliteit op individueel niveau na controle voor equivalent inkomen. Wanneer ze het verband onderzochten binnen verschillende subgroepen, vonden ze echter wél een significant verband bij 25- tot 64- jarigen uit de middenste inkomenscategorie.

Soobader en Le Clere (1999 in Wagstaff en van Doorslaer, 2000 en in Fiscella en Franks, 2000) vinden een onafhankelijk verband tussen inkomensongelijkheid en gezondheid bij blanke mannen op beroepsactieve leeftijd.

Uit een onderzoek van Lochner et al. (1999 in Fiscella en Franks, 2000) blijkt dat er een klein maar significant verband is tussen inkomensongelijkheid op niveau van de staten van de V.S. en individuele mortaliteit.

Fiscella en Franks (2000) vinden na controle voor individueel inkomen geen effect van inkomensongelijkheid op individuele mortaliteit, maar wel op individuele subjectieve gezondheid.

Tot slot vermelden we de studie van Kennedy et al. (1998). Zij stellen, na controle voor een hele reeks variabelen - waaronder geslacht, leeftijd, ras, opleidingsniveau, inkomen op huishoudniveau, roken en Body Mass Index – een significant verband vast tussen inkomensongelijkheid op staatsniveau en individuele zelf gerapporteerde gezondheid. Wanneer de analyse wordt uitgesplitst naar inkomensniveau, blijkt de associatie het meest uitgesproken bij de laagste inkomens. De associatie neemt af naarmate het inkomen stijgt en is niet langer merkbaar bij de hoogste inkomens. Inkomensongelijkheid zou dus vooral bij de armere bevolkingslagen een invloed hebben op gezondheid, ook na controle voor hun inkomen.

Algemeen moeten we besluiten dat de bestaande onderzoeksresultaten niet leiden tot een eenduidige conclusie. Sommige studies vinden geen ondersteuning voor de stelling dat inkomensongelijkheid, los van het individuele inkomen, een effect heeft op individuele gezondheid. Toch geven verscheidene andere studies aanwijzingen vóór het bestaan van een dergelijk effect. Er is meer onderzoek nodig om een definitieve uitspraak te kunnen doen in deze kwestie. Het gaat tenslotte over een vrij recente onderzoeksvraag.

Samengevat kunnen we stellen dat er wellicht een associatie is tussen inkomensongelijkheid en gezondheid/mortaliteit op geaggregeerd niveau en dat er mogelijk ook een effect is van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid. Dit laatste is evenwel een recente onderzoeksvraag die nog onvoldoende beantwoord is. Intussen wordt wel reeds gezocht naar verklaringen voor het eventuele effect van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid. Deze verklaringen vormen het onderwerp van de volgende paragraaf.

3. Verklaringen voor het (eventuele) effect van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid

Uitgaande van de mogelijkheid van een onafhankelijk effect van inkomensongelijkheid op gezondheid, stelt zich de vraag naar de verklaring van deze relatie. Hoe komt het dat inkomensongelijkheid – eventueel – een effect heeft op de gezondheidstatus van individuen? Verscheidene verklaringen werden geopperd.

Wilkinson is ook op dit terrein één van de gezaghebbende wetenschappelijke disputanten en een van de eersten om met een mogelijke verklaring naar buiten te treden. Kort samengevat luidt Wilkinsons stelling dat het psycho-sociale klimaat de intermediare variabele is tussen inkomensongelijkheid en gezondheid: inkomensongelijkheid leidt tot de afbrokkeling van de sociale cohesie en het psychisch welzijn, wat een slechtere gemiddelde gezondheid tot gevolg heeft.

Wilkinson wijst op het belang van de sociale status en het relatieve inkomen voor gezondheid. Hij stelt dat inkomen een goede predictor is van gezondheid wanneer het een uiting is van sociale status - zoals bijvoorbeeld bij de inkomensverschillen binnen een staat het geval is. Het gaat dan om het relatieve aspect van inkomen. Maar wanneer inkomen geen uiting is van persoonlijke sociale status – zoals in een vergelijking tussen verschillende landen – is het geen goede indicator voor gezondheidsverschillen. Inkomen heeft dus belang voor gezondheid in de mate dat het verwijst naar sociale status. Dit geldt althans voor de geïndustrialiseerde landen. Gezondheid staat in de geïndustrialiseerde wereld in de eerste plaats in verband met het relatieve inkomen, aldus Wilkinson. De link die het relatieve inkomen verbindt met gezondheid is het psycho-sociale klimaat.

Aanvankelijk baseerde Wilkinson zijn redenering op kwalitatieve aanwijzingen en frappante voorbeelden. Zo verwijst hij geregeld naar het voorbeeld van Groot-Brittannië tijdens de twee wereldoorlogen (Wilkinson, 1999a). Door de oorlogsomstandigheden verkleinden de inkomensverschillen sterk – de werkloosheid verminderde, er werden doorgedreven belastingen geheven en de verschillen in salarissen verkleinden. Tegelijk heerste er een sfeer van sterke samenhang. Tijdens deze oorlogen daalde de mortaliteit twee tot drie keer sneller dan in andere perioden van de 20ste eeuw. Een ander voorbeeld is Japan, dat de hoogste levensverwachting van de wereld kent en relatief gesproken een erg gelijke inkomensverdeling heeft. Japan staat bovendien bekend als een land met een sterke sociale cohesie.

In 1997 publiceerden Kawachi et al. hardere aanwijzingen voor de hypothese van Wilkinson. In hun studie werden namelijk sterke cross-sectionele correlaties gevonden tussen indicatoren van sociaal kapitaal en mortaliteitscijfers. Drie indicatoren voor sociaal kapitaal werden gebruikt. Ten eerste werd het percentage personen dat het eens is met de stelling dat “most people can’t be trusted” gebruikt als indicator voor de mate van sociaal wantrouwen. Ten tweede gebruikten de onderzoekers het percentage personen dat stelt dat “most people look out for

themselves” als indicator voor ervaren wederkerigheid. Ten derde werd het lidmaatschap (aantal per persoon) van allerhande vrijwilligersorganisaties als indicator voor sociaal kapitaal aangewend. Elk van deze drie indicatoren was geassocieerd met mortaliteit, ook na controle voor het inkomenspeil op staatsniveau en de graad van armoede (Kawachi en Kennedy, 1999). Daarnaast gaan deze indicatoren ook samen met inkomensongelijkheid. Pad-analyse wees uit dat de relatie tussen inkomensongelijkheid en hogere mortaliteit voor het grootste deel verliep via deze maten van ‘sociaal vertrouwen’ (Wilkinson, 1999a).

In zijn meest recente publicaties legt Wilkinson de nadruk op de associatie tussen geweld, inkomensongelijkheid en gezondheid (Wilkinson, 1999a en 1999b). Zowel het aantal geweldplegingen als lagere gezondheid blijken gecorreleerd met lager sociaal vertrouwen en met relatieve deprivatie. Wilkinson en Kawachi vermoeden daarom dat geweld en volksgezondheid een gemeenschappelijke maatschappelijke oorzaken hebben (Wilkinson en Kawachi, 1999). Wilkinson ziet geweld daarbij als een indicator van de kwaliteit van sociale relaties (Wilkinson, 1999a). Samengevat stelt Wilkinson dat relatieve deprivatie – zoals die ontstaat bij grotere inkomensongelijkheid – een negatief psycho-sociaal klimaat schept, op zijn minst in de gedepriveerde gebieden. Dit negatieve psycho-sociale klimaat vertaalt zich in een wantrouwen en een toename van agressie en geweld enerzijds en in een slechtere gezondheid anderzijds.

Kawachi en Kennedy (1999) hebben het eveneens over de negatieve invloed van relatieve deprivatie. Zij wijzen er op dat sociologisch onderzoek reeds uitvoerig heeft aangetoond dat relatieve deprivatie leidt tot frustratie. Voor de hypothese dat dergelijke frustratie leidt tot een slechtere gezondheid, vinden ze aanwijzingen in het werk van Dressler (Dressler, 1996; 1998; Dressler et al. 1998, alle in Kawachi en Kennedy, 1999). Gebruik makend van de antropologische “culturele consensus analyse”, toonde Dressler aan dat vele leefgemeenschappen een onderling gedeeld cultureel model hebben van wat de aanvaardbare levensstandaard is. Individuen streven ernaar deze levensstandaard te bereiken. Wanneer men hierin niet slaagt, heeft dit negatieve gevolgen voor de gezondheid. Dressler toonde aan dat de mate waarin mensen afwijken van dit cultureel ideaal een sterke predictor is van systolische bloeddruk, ook na controle voor risicofactoren als obesitas, huidskleur, beroep, opleidingsniveau en inkomen. Er is dus materiaal dat de hypothese van negatieve gezondheidseffecten van relatieve deprivatie ondersteunt.

Kawachi en Kennedy (1999) wijzen daarnaast ook op het belang van investeren in menselijk kapitaal. Ze verwijzen naar Kaplan et al. (1996), die in de V.S. sterke correlaties vaststelden tussen inkomensongelijkheid op het niveau van de staat enerzijds en indicatoren voor investeringen door die staten in menselijk kapitaal anderzijds. Staten met een hogere inkomensongelijkheid besteden een kleiner percentage van hun totaalbudget aan onderwijs, en kennen ook slechtere resultaten op het vlak van onderwijs, zoals bijvoorbeeld een slechtere gemiddelde lees- en rekenvaardigheid. Een verklaring voor het verband tussen inkomensongelijkheid en lagere investeringen in menselijk kapitaal, is dat de belangen van de (heel) rijken niet

meer samenvallen met die van een gemiddeld gezin. Mensen met een erg hoog inkomen betalen meer belastingen, maar genieten tegelijk minder van de gemeenschappelijke voorzieningen. Het komt voor hen bijvoorbeeld nadelig uit als ze veel moeten betalen voor onderwijs, terwijl ze hun eigen kinderen naar privé-scholen laten gaan. Hoe groter de inkomensverschillen, hoe groter de kloof tussen de belangen. Dit vertaalt zich in een constante druk van de rijkste bevolkingslagen om de uitgaven aan openbare diensten te verlagen. Een verlaging van sociale uitgaven leidt tot verminderde kansen voor armere mensen en bijgevolg ook tot verminderde kansen op een goede gezondheid (Kawachi en Kennedy, 1999).

4. Kritiek op Wilkinson en de verruiming van het debat

De meest recente stap in de discussie rond inkomensongelijkheid en het verband met gezondheid, is dat er kritiek rijst op het belang dat Wilkinson en gelijkgestemden hechten aan de psychologische kant van de zaak en het gebrek aan aandacht voor de materiële zijde (Muntaner et al., 1999; Coburn, 2000; Lynch, 2000; Lynch et al., 2000). Wilkinson wordt hierbij verweten geen oog te hebben voor het ontstaan van sociaal-economische ongelijkheid en voor het belang van het absolute inkomen en materiële omstandigheden.

Muntaner et al. (1999) vinden dat Wilkinsons theorie de gedepriveerde bevolkingslagen te veel 'psychopathologiseert' en de kern van de problematiek teveel ongemoeid laat. Wilkinson wordt verweten dat hij te weinig aandacht schenkt aan sociale mechanismen die aan de basis liggen van inkomensongelijkheid, zoals bijvoorbeeld uitbuiting. Muntaner et al. vinden dat hij te weinig oog heeft voor de klassenproblematiek. Door de nadruk te leggen op psycho-sociale aspecten, verwaarloost hij de werkelijke grond van de problemen en stelt hij de armere sociale klassen te veel voor als niet-samenhangend en als niet in staat tot collectieve actie. Muntaner en zijn mede-auteurs vrezen dat Wilkinsons theorie, door de aandacht toe te spitsen op sociale samenhang en niet op de oorzaken en oplossingen van inkomensongelijkheid, misbruikt kan worden als argument voor paternalistische beleidsinterventies.

Lynch et al. (2000) stellen dat Wilkinson te veel de nadruk legt op de psycho-sociale factoren en te weinig op het absolute inkomen. Ze erkennen het belang van de psychische gevolgen van relatieve deprivatie, maar stellen dat het bewijsmateriaal voor de hypothese dat psycho-sociale factoren het belangrijkste zijn, twijfelachtig is. Volgens hen moet de interpretatie van de verbanden tussen gezondheid en inkomensongelijkheid beginnen bij de structurele oorzaak van inkomensongelijkheid en niet alleen focussen op percepties van die ongelijkheid. Ze halen vier argumenten aan tegen een louter psycho-sociale interpretatie. Ten eerste wekt een dergelijke benadering volgens Lynch et al. de verkeerde indruk dat de impact van psycho-sociale factoren op gezondheid begrepen kan worden los van de materiële omstandigheden. Ten tweede laat de louter psycho-sociale interpretatie niet zien dat sociale cohesie ook

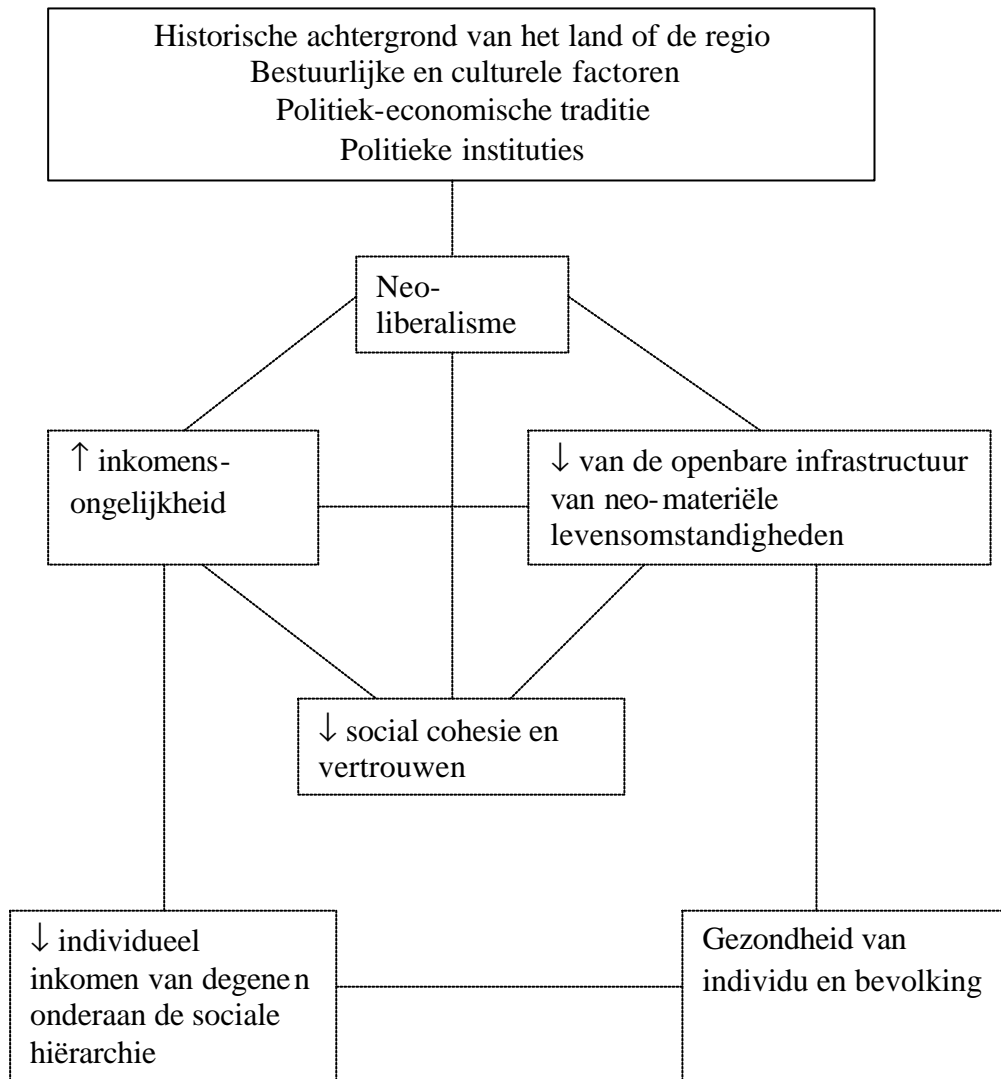
verstikkend kan werken. Een té sterke cohesie kan schadelijk zijn voor de gezondheid. Ten derde biedt de theorie geen duidelijke wegen voor het werken aan een oplossing van de problemen. De rol van politieke, economische en wettelijke factoren wordt ten onrechte ter zijde gelaten. Ten vierde wijzen ook deze auteurs op het gevaar dat de theorie in het voordeel kan spelen van conservatieve politici. Die zouden namelijk kunnen argumenteren dat de gezondheidsproblemen van de armen voortkomen uit hun gebrek aan samenhang en dat lokale gemeenschappen hun problemen bijgevolg zelf moeten oplossen.

Als alternatief stellen Lynch et al. de “neo-materialistische interpretatie” voor. Deze visie stelt dat gezondheidsverschillen het resultaat zijn van “de differentiële accumulatie van blootstellingen en ervaringen die hun oorsprong vinden in de materiële wereld”. Samengevat stellen deze auteurs dat historische, culturele en politiek-economische processen aan de basis liggen van - ten eerste - negatieve blootstellingen en gebrek aan middelen op individueel niveau en van - ten tweede - onderinvesteringen in factoren van menselijk kapitaal, gezondheidszorg en sociale infrastructuur. Het is de combinatie van deze elementen die volgens Lynch en zijn medestanders leidt tot de associatie tussen inkomensverschillen en gezondheid op geaggregeerd niveau. Inkomensverschillen zijn in dit geheel slechts één aspect van neo-materiële omstandigheden die de gezondheid van individuen beïnvloeden. Behalve het inkomen behoort immers ook de “gemeenschappelijke infrastructuur” tot de neo-materiële leefsituatie. De term “gemeenschappelijke infrastructuur” wordt daarbij zeer ruim ingevuld: het gaat om onderwijs, gezondheidszorg, transport, beschikbaarheid van gezonde voeding, wetgeving omtrent gezonde werkomstandigheden, milieureglementering, ruimtelijke ordening, enzovoort. Volgens de auteurs heeft een verbetering van deze neo-materiële omstandigheden de grootste positieve impact op gezondheid.

Ook Coburns visie (Coburn, 2000) ligt wat in deze lijn. Hij stelt dat de discussie rond inkomensongelijkheid en gezondheid in een ruimere context moet worden geplaatst, waarin er meer plaats is voor de vraag naar het waarom en het ontstaan van inkomensverschillen. In het totnogtoe gevoerde debat gaat men er volgens hem vaak ten onrechte van uit dat inkomensongelijkheid onvermijdelijk is en bijgevolg niet de moeite waard is om dieper uit te spitten. Hij is het niet eens met de stelling dat inkomensverschillen via een afbrokkeling van de sociale cohesie leiden tot een slechtere volksgezondheid. Hij is er daarentegen van overtuigd dat inkomensongelijkheid, de afbrokkeling van de sociale cohesie en een slechtere gezondheid alledrie een gemeenschappelijke oorzaak hebben, met name het neo-liberalisme.

Lynch (2000) vindt zich terug in Coburns betoog en maakte een voorstelling van de combinatie van zijn eigen neo-materialistische theorie en de benadering vanuit het neo-liberalisme van Coburn (figuur 5).

Figuur 5: Lynchs neo-materialistische interpretatie van het verband tussen inkomensongelijkheid en gezondheid



Bron: Lynch, 2000.

Volgens de figuur geven de culturele en politiek-economische achtergrondfactoren, die Coburn samenvat onder de term 'neo-liberalisme', aanleiding tot een stijgende inkomensongelijkheid, een onderinvestering in neo-materiële levensomstandigheden (zoals het 'menselijk kapitaal' waarvan sprake in Kaplan et al. (1996)) en een afbrokkeling van het sociale vertrouwen. De eerste twee van deze factoren zijn mede bepalend voor de gezondheid van individuen en de bevolking in het algemeen.

Wilkinson (1999b, 2000) verweert zich intussen tegen de kritiek die zijn theorie te verduren krijgt. Hij stelt dat de vraag naar de oorzaken van inkomensongelijkheid inderdaad belangrijk is, maar dat hij deze problematiek aan andere wetenschappers overlaat. Hij bestudeert het domein van de sociaal-economische oorzaken van

gezondheid en is geen specialist op het vlak van het ontstaan van en de oplossingen voor sociale ongelijkheid. Sociale ongelijkheid is een van de oorzaken van een minder goede gezondheid. Dat hij in zijn artikels niet is ingegaan op de discussie over de oorzaak van deze oorzaak, betekent niet dat zijn theorie slecht is.

Ook het argument dat zijn theorie kan misbruikt worden door conservatieven, is volgens Wilkinson geen grond om haar te ontcrachten, vermits het niets zegt over de juistheid van de theorie zelf. De kritiek dat hij te weinig aandacht schenkt aan de variabele 'sociale klasse' vindt Wilkinson onterecht. Hij stelt dat hij door zijn aandacht voor de psychologische kant precies poogt door te dringen tot de kern van hoe sociale status ons leven binnendringt en beheerst. Wat zijn tekort aan aandacht voor het absolute inkomen betreft, blijft Wilkinson op zijn standpunt dat in de geïndustrialiseerde wereld het relatieve en niet het absolute inkomen doorslaggevend is. Wellicht is het laatste woord in deze discussie nog niet gezegd.

5. Samenvatting en besluit

Hoewel ook hierover nog enige discussie bestaat, zijn er steeds meer onderzoeksresultaten die een negatieve associatie aantonen tussen inkomensongelijkheid en volksgezondheid op nationaal niveau. Een grote inkomensongelijkheid heeft negatieve gevolgen voor de gemiddelde gezondheid: Wanneer twee landen ongeveer even rijk zijn, zal het land met de kleinste inkomensverschillen over het algemeen een betere volksgezondheid kennen.

Over het waarom van deze associatie lopen de meningen nogal uiteen. Sommigen stellen dat de non-lineaire relatie tussen inkomen en gezondheid op individueel niveau volstaat om de associatie op geaggregeerd niveau te verklaren. De vorm van dit verband op individueel niveau zou ertoe leiden dat, bij eenzelfde gemiddelde inkomen, een grotere ongelijkheid leidt tot een slechtere gemiddelde gezondheid. Inkomensongelijkheid op zich heeft volgens deze hypothese geen effect op de individuele gezondheid. Op individueel niveau heeft alleen het absolute inkomen een gevolg voor de gezondheid en inkomensongelijkheid speelt hierbij geen rol.

Anderen zijn het niet eens met deze hypothese van het "absolute inkomen". Zij stellen dat inkomensongelijkheid zelf ook invloed heeft op de individuele gezondheid, bovenop de invloed van het individuele inkomen. Verscheidene studies hebben gepoogd een uitspraak te doen over de waarschijnlijkheid van beide hypothesen, maar totnogtoe zonder doorslaggevend resultaat.

Onder de hypothese dat inkomensongelijkheid op zich een rol speelt en dat naast het absolute inkomen dus ook inkomensongelijkheid een onafhankelijk effect heeft op de individuele gezondheid, stelt zich de vraag naar de verklaring van het verband tussen beide. Hoe komt het dat inkomensongelijkheid nadelig is voor de gezondheid van een individu? Verschillende hypothesen werden geopperd. Negatieve psychologische gevolgen van relatieve deprivatie, een afbrokkeling van de sociale cohesie en een gebrek aan investering in menselijk kapitaal werden genoemd als intermediaire

variabelen waarlangs inkomensongelijkheid een invloed uitoefent op gezondheid. Sommige auteurs willen het debat verder opentrekken en stellen dat gezocht moet worden naar de oorzaken van sociale ongelijkheid. De nadruk wordt hierbij gelegd op de politiek-economische achtergrond, als oorzaak van zowel sociale ongelijkheid als van verminderde sociale cohesie en een verslechtering van de gezondheid. Deze benadering hecht opnieuw meer belang aan het absolute inkomen en de materiële omstandigheden, maar erkent tegelijk dat ook inkomensongelijkheid de individuele gezondheid beïnvloedt.

Het is duidelijk dat deze boeiende discussie verre van afgerond is. Toch lijkt er een gemeenschappelijk element te zitten in nagenoeg alle visies. Met name de stelling dat inkomensongelijkheid een nadeel inhoudt voor de gezondheid van de bevolking als geheel strookt met bijna elke theorie. Dit blijkt duidelijk uit het overzicht van Wagstaff en van Doorslaer (2000), die de implicaties van de verschillende verklarende hypothesen overzichtelijk samenbrengen. Of men nu overtuigd is van de “absoluut inkomen hypothese” dan wel van een effect van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid, op populatieniveau verwacht men steeds dat een grotere ongelijkheid samengaat met een slechtere gemiddelde gezondheid. Het verwondert dan ook niet dat auteurs die het niet altijd eens zijn over welk mechanisme ongelijkheid en gezondheid verbindt, het vaak wel eens zijn over één conclusie: dat men kan verwachten dat het verminderen van sociale ongelijkheid een positief effect heeft op de gemiddelde gezondheid van de bevolking (Lynch et al., 1998; Davey Smith, 1996; Kawachi en Kennedy, 1997; Quick en Wilkinson, 1991; Lynch et al., 2000; Lawrence, 1999).

BIBLIOGRAFIE

Coburn, D., 2000. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science and Medicine*, vol. 51 (1), p. 135-146.

Daly, M.C., Duncan, G.F., Kaplan, G.A. en Lynch, J.W., 1998. Macro-to-micro links in the relation between income inequality and mortality. *The Milbank Quarterly*, vol. 76 (3), p. 315-339.

Davey Smith, G., 1996. Income inequality and mortality, why are they related? *British Medical Journal*, vol. 312, p. 987-988.

Dressler, W.W., 1996. Culture and blood pressure: using Consensus Analysis to create a measurement. *Cultural Anthropology Methods*, vol. 8, p. 6-8.

Dressler, W.W., 1998. Stress and hypertension in the African-American community. *Proceedings of the conference on "Public health in the 21st century : Behavioral and sociale science contribution"*, mei 7-9, Atlanta.

Dressler, W.W., Balieiro, M.C., Dos Santos, J.E., 1998. Culture, socio-economic status and physical and mental health in Brazil. *Medical anthropology quarterly*, vol. 12 (4), p.424-446.

Fiscella, K. en Franks, P., 1997. Poverty or income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, vol. 314, p. 1724-1727.

Fiscella, K. en Franks, P., 2000. Individual income, income inequality, health, and mortality: what are the relationships? *Health Services Research*, vol. 35 (1), p. 307-318.

Gravelle, H., 1998. How much of the relationship between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? *British Medical Journal*, vol. 316, p. 382-385.

Hales, S., Howden-Chapman, P., Salmond, C., Woodward, A. en Mackenbach, J.P., 1999. National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income. *Lancet*, vol. 354, p.2047.

Judge, K., 1995. Income distribution and life expectancy: a critical appraisal. *British Medical Journal*, vol. 311, p. 1282-1285.

Judge, K., Mulligan, J., en Benzeval, M., 1998. Income inequality and population health. *Social Science and Medicine*, vol. 46 (4-5), p. 567-579.

Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch, J.W., Cohen, R.D. en Balfour, J.L., 1996. Income inequality and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, vol. 312, p. 999-1003.

Kawachi, I. en Kennedy, B.P., 1997. Health and sociale cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal*, vol. 314, p. 1037-1040.

Kawachi, I en Kennedy, B.P., 1999. Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, vol. 34 (1), p. 215-227.

Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D., 1997. Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, vol. 87; p. 1491-1498.

Kennedy, B.P., Kawachi, I. en Prothrow-Stith, D., 1996. Income distribution and mortality: cross sectional ecologic study of the Robin Hood index in the United States. *British Medical Journal*, vol. 312, p. 1004-1007. (zie ook: Kennedy, B.P. et al., 1996, Important correction. Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States, *BMJ*, vol. 312, p. 1194.)

Kennedy, B.P., Kawachi, I., Glass, R. en Prothrow-Stith, D., 1998. Income distribution, socio-economic status and self rated health in the United States: multilevel analysis. *British Medical Journal*, vol. 317, p. 917-921.

Lawrence, C., 1999. The effets of income inequaltiy on health. *Australian Health*, vol. 22, p. 97-106.

Lochner, K. , Pamuk, E., Makuc, D., Kennedy, B.P. en Kawachi, I., 1999. State income inequality and individual mortality risk: a prospective multi-level study. *American Journal of Epidemiology* 149 (supplement); S23; S23 (abstract).

Lynch, J.W., 2000. Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science and Medicine.*, vol. 51 (7), p. 1001-1005.

Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Cohen, R.D., Heck, K.E., Balfour, J.L. en Yen, I.H., 1998. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *American Journal of Public Health*, vol. 88, 7, 1074-1080.

Lynch, J.W., Davey Smith, G.D., Kaplan, G.A. en House, J.S., 2000. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1200-1204.

- Muntaner, C., Lynch, J. en Oates, G.L., 1999. The social class determinants of income inequality and social cohesion. *International Journal of Health Services*, vol. 29 (4), p. 699-732.
- Quick, A. en Wilkinson, R., 1991. *Income and health*. Socialist Health Association, London.
- Rodgers, G.B., 1979. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population Studies*, vol. 33, p. 343-351.
- Soobader, M. en LeClere, F.B., 1999. Aggregation and the measurement of income inequality: effects on morbidity. *Social Science and Medicine*., vol. 48, p.733-744.
- Wagstaff, A. en van Doorslaer, E., 2000. Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*, vol. 21, p. 543-567.
- Wilkinson, R.G.,1992a. National mortality rates: the impact of inequality. *American Journal of Public Health*, vol. 82 (8), p. 1082-1084.
- Wilkinson, R.G., 1992b. Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, vol. 304, p. 165-168.
- Wilkinson, R.G., 1995. Commentary: A reply to Ken Judge: mistaken criticisms ignore overwhelming evidence. *British Medical Journal*, vol. 311, p. 1285-1287.
- Wilkinson, R.G., 1996. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Routledge, London.
- Wilkinson, R.G., 1997. Commentary: income inequality summarises the health burden of individual relative deprivation. *British Medical Journal*, vol. 314, p. 1727-1728.
- Wilkinson, R.G., 1998. Income inequality and population health. *Social Science and Medicine*, vol. 47 (3), p. 411-412.
- Wilkinson, R.G., 1999a. The social environment. In: D. Gordon, M. Shaw, D. Dorling en G. Davey Smith (eds.): *Inequalities in health*. The policy press, London.
- Wilkinson, R.G., 1999b. Income, inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory: a reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, vol. 29 (3), p. 525-543.
- Wilkinson, R.G., 2000. Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al., *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 54, p. 411-413.

Wilkinson, R.G. en Kawachi, I., 1999. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Social Science and Medicine.*, vol. 48 (6), p. 719-731.

Wolfson, M., Kaplan, G., Lynch, J., Ross, N. en Backlund, E., 1999. Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. *British Medical Journal*, vol. 319, p. 953-957.