OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

Iedereen even gezond in Brussel?

Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

Iedereen even gezond in Brussel?

Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

COLOFON

Auteurs
Sarah MISSINNE
Hervé AVALOSSE (Intermutualistisch Agentschap)
Sarah LUYTEN

Nalezing
Elise MENDES DA COSTA
Olivier GILLIS

Vertaling
Brussels Language Services sprl

Lay-out
Nathalie da Costa Maya

Wettelijke depotnummer
D/2019/9334/52

Voor meer informatie
Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Belliardstraat 71, bus 1 – 1040 Brussel
Tel.: 02/552 01 89
observat@ggc.brussels
www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil

Sarah MISSINNE
Tel: 02/552 01 17
smissinne@ggc.brussels

Gelieve te refereren als
Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019.

Ce document est également disponible en français.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING ... 8

1.1. Doelstellingen ... 8

1.2. Theoretisch kader ... 8

2. DATA EN METHODOLOGIE ... 10

2.1. Het Intermutualistisch Agentschap ... 10

2.1.1. Populatie ... 10

2.1.2. Socio-economische positie ... 10

2.1.3. Gezondheidsindicatoren ... 11

2.2. Gezondheidsenquête ... 12

2.3. Statistische formulieren voor geboorte en sterfte ... 12

3. SOCIO-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID ... 13

3.1. Mortinataliteit en infantiele sterfte ... 13

3.2. Opname pediatrie of neonatologie ... 14

3.3. Statuut chronische aandoening ... 14

3.4. Hartaandoening ... 15

3.5. Obstructieve luchtwegaandoening ... 16

3.6. Chronisch obstructief longlijden (COPD) ... 16

3.7. Diabetes ... 17

3.8. Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit ... 17

3.9. Mentale gezondheid ... 18

3.10. Mondgezondheid ... 20

3.11. Mortaliteit ... 21

4. DETERMINANTEN ... 22

4.1. Structurele determinanten ... 22

4.1.1. Socio-economische en politieke context ... 22

4.1.2. Socio-economische positie ... 23

4.2. Sociaal kapitaal ... 24

4.3. Intermediaire determinanten ... 24

4.3.1. Materiële condities ... 24

4.3.2. Gezondheidsgedrag en preventie ... 25

4.3.3. Psychosociale factoren en sociale omgeving ... 29

4.3.4. Gezondheidszorg ... 29

5. GEOGRAFISCHE ONGELIJKHEDEN **33**

5.1. Inleiding 33

5.1.1. Socio-economische verschillen tussen de Brusselse buurten 33

5.1.2. Interpretatie van de kaarten 35

5.2. Cartografie 36

6. BESLUIT EN AANBEVELINGEN **51**

6.1. Bevindingen 51

6.2. Structurele determinanten versus individuele verantwoordelijkheid 51

6.3. Proportioneel universalisme 52

6.4. Nood aan een gecoördineerd beleid 52

6.5. Verder onderzoek 53

REFERENTIES **54**

BIJLAGEN **58**

LIJST VAN FIGUREN, TABELLEN EN KAARTEN

Figuren

Figuur 1: Conceptueel kader voor gezondheidsongelijkheden opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie 9

Figuur 2: Aandeel doodgeborenen en infantiele sterfte naargelang het aantal inkomens in het huishouden, Brussels Gewest, 2016-2017 13

Figuur 3: Opnames op pediatrie of neonatologie naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 14

Figuur 4: Statuut chronische aandoening naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 14

Figuur 5: Cardiale therapie naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 15

Figuur 6: Obstructieve luchtwegaandoeningen naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 16

Figuur 7: Chronische obstructieve longaandoening (COPD) naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 16

Figuur 8: Diabetes naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 17

Figuur 9: Primaire arbeidsongeschiktheid naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 17

Figuur 10: Invaliditeit naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 18

Figuur 11: De prevalentie van depressie en slaapproblemen naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013 18

Figuur 12: Antidepressiva (a) en antipsychotica (b) naar inkomensgroep, Brussels Gewest, 2016 19

Figuur 13: Opname in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 20

Figuur 14: Mondgezondheid naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013 20

Figuur 15: Mortaliteit naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 21

Figuur 16: Conceptueel kader voor gezondheidsongelijkheden opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie 22

Figuur 17: Percentage huishoudens met een comfortprobleem in hun woning, naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013 25

Figuur 18: Aandeel van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat in hun woonbuurt gehinderd werd door een bepaalde omgevingsfactor, naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013 25

Figuur 19: Baarmoederhalsscreening (a), borstkankerpreventie-ongeacht het type onderzoek (b), colonoscopie (c) en griepvaccinatie (d), naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 27

Figuur 20: Borstkankerpreventie – via bevolkingsonderzoek naar inkomensgroep, Brussels Gewest, 2016 28

Figuur 21: Percentage van de bevolking van 15 jaar of ouder dat zijn sociale ondersteuning als zwak omschrijft, die moeilijk praktische hulp van de buren kunnen verkrijgen en die ontevreden zijn over hun sociale contacten, naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013 29

Figuur 22: Percentage huishoudens die verklaren in het afgelopen jaar gezondheidszorgen te hebben moeten uitstellen om financiële redenen, naargelang financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013 30

Figuur 23: Preventieve tandzorg bij kinderen (18 jaar of jonger)(a) en volwassenen (ouder dan 18 jaar) (b) naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 31

Figuur 24: Geen contact met de tandarts gedurende 3 opeenvolgende jaren (a) en orthodontische behandeling (b) naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016 32

Tabellen

Tabel 1: Overzicht van de mediane inkomens die elke groep van statistische sectoren begrenst, volgens regio, 2016 11

Tabel 2: Overzicht van het bestaan van een sociale gradiënt voor verschillende gezondheidsgedragingen, naar financiële draagkracht en opleiding, Brussels Gewest, 2013 26

Kaarten

Kaart 1: Geografische spreiding van de groepen van statistische sectoren binnen het Brussels Gewest, 2016 11

Kaart 2: Ruimtelijke structuur van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 34

Kaart 3: Baarmoederhalsscreening gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 37

Kaart 4: Borstkankerpreventie-ongeacht het type onderzoek gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 37

Kaart 5: Colonoscopie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 38

Kaart 6: Preventieve tandzorgen bij volwassenen, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 38

Kaart 7: Borstkankerpreventie – via bevolkingsonderzoek gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 39

Kaart 8: Orthodontische behandeling gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 39

Kaart 9: Diabetes gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 40

Kaart 10: Griepvaccinatie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 41

Kaart 11: Gebruik van antidepressiva gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 41

Kaart 12: Geen contact met de tandarts (laatste 3 jaar) gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 42

Kaart 13: Primaire arbeidsongeschiktheid gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 43

Kaart 14: Invaliditeit gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 43

Kaart 15: Obstructieve luchtwegaandoeningen gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 44

Kaart 16: Chronische obstructieve longaandoening (COPD) gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 45

Kaart 17: Statuut chronische aandoening gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 45

Kaart 18: Preventieve tandzorgen bij kinderen, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 46

Kaart 19: Cardiale therapie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 47

Kaart 20: Gebruik van antipsychotica gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 47

Kaart 21: Opname in psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 48

Kaart 22: Opnames op pediatrie of neonatologie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 48

Kaart 23: Mortaliteit gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016 49

Kaart 24: Gestandaardiseerde sterftecijfers per wijk op basis van het Rijksregister, Brussels Gewest, 2004 50

Kaart A: Het aandeel sociale woningen, Brussels Gewest, 2016 58

Kaart B: Bevolkingsdichtheid, Brussels Gewest, 2016 58

Kaart C: Het percentage IMA leden dat ook geregistreerd staat in het Rijksregister, Brussels Gewest, 2016 59

Kaart D: De gemeenten van het Brussels Gewest 59

I. INLEIDING

Een pasgeborene waarvan de moeder in Sint-Pieters-Woluwe woont, zal een levensverwachting hebben van 85 jaar, terwijl dat voor een pasgeborene van een moeder woonachtig in Sint-Joost-ten-Noode maar liefst 5 jaar[1] minder bedraagt. Dit grote verschil kan vooral verklaard worden door het feit dat de gemiddelde inwoner van Sint-Joost-ten-Node een veel zwakker socio-economisch profiel heeft (gemiddeld mediaan inkomen: €14 931; 26 % kans op werkloosheid) dan een inwoner van Sint-Pieters-Woluwe (gemiddeld mediaan inkomen van € 25 321; 9 % kans op werkloosheid)[2]. Dat iemands' socio-economische positie zo'n sterke invloed heeft op gezondheid is reeds veelvuldig aangetoond in zowel nationale als internationale studies.

Om deze ongelijkheden terug te dringen, hebben we in eerste instantie nood aan overzicht van de huidige situatie. Regionale beleidsmaatregelen hebben een invloed op de levenssituatie van mensen, hun gezondheid en bijgevolg ook op gezondheidsongelijkheden. Dit rapport zal dan ook uitgebreid ingaan op de socio-economische verschillen in gezondheid in het Brussels Gewest[3]. Het is belangrijk om in te zoomen op de specifieke Brusselse situatie, aangezien het hoofdstedelijk Gewest op vele vlakken verschilt van de twee andere Belgische gewesten. De grootstedelijke context kenmerkt zich onder meer door een jonge bevolking, een vaker arme bevolking, een hoge (jeugd)werkloosheid, veel inwoners met een buitenlandse nationaliteit en de vele verhuisbewegingen. Binnen het Brussels Gewest bestaan er belangrijke sociaal-ruimtelijke ongelijkheden door de grote verschillen in socio-economische situatie tussen de Brusselse wijken.

1.1. DOELSTELLINGEN

Dit rapport geeft een **overzicht van de bestaande socio-economische ongelijkheden** in gezondheid in het Brussels Gewest en de **belangrijkste determinanten** die hierbij een rol spelen, met het theoretisch kader van de Wereldgezondheidsorganisatie als leidraad. We maken hierbij hoofdzakelijk gebruik van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA), de Gezondheids-enquête uitgevoerd door Sciensano[4] en de Statistische formulieren voor geboorte en sterfte. Het IMA focust in zijn meest recente publicatie over gezondheidsongelijkheden op de algemene tendensen voor gans België (Avalosse et al., 2019). We bestuderen hier in meer detail **de specificiteit van het Brussels Gewest**.

Naast het bespreken van de socio-economische ongelijkheden aan de hand van **grafieken**, worden verschillen tussen Brusselse buurten ook besproken aan de hand van **kaarten voor alle IMA-indicatoren**. Deze kaarten leveren bijkomende inzichten op over de ruimtelijke verdeling van de gezondheidsindicatoren.

1.2. THEORETISCH KADER

Een speciale commissie van de Wereldgezondheids-organisatie ontwikkelde een conceptueel kader op basis van de bestaande evidentie en theorievorming rond socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Dit kader (Solar en Irwin, 2010) wordt hier als leidraad gebruikt (zie figuur 1).

Socio-economische positie staat centraal in het model. Het model benadrukt langs de ene kant hoe personen hun socio-economische positie mee bepaald wordt door de algemenere socio-economische en politieke context in de samenleving. Dit worden de **structurele** determinanten genoemd, aangezien zij de dieper onderliggende oorzaak vormen van socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Langs de andere kant, heeft de socio-economische positie van personen een enorme invloed op de gezondheid via verschillende **intermediaire** determinanten (materiële condities, gezondheidsgedrag en preventie en psychosociale factoren).

Er worden verschillende achterliggende mechanismen geïdentificeerd. Ten eerste verschilt de blootstelling aan gezondheidsrisico's (zoals ongezonde woningen, gevaarlijk werk etc.) naargelang de plaats die personen innemen op de maatschappelijke ladder. Ten tweede verschilt de kwetsbaarheid van personen op vlak van gezondheid (bv. het risico om te vallen hangt af van iemands' gezondheidstoestand) en op vlak van hulpbronnen indien ze geconfronteerd worden met ziekte(risico's). Ten derde kunnen de sociale en economische gevolgen van gezondheidsproblemen anders zijn naargelang socio-economische positie (bv. werk verliezen na zware ziekte door de onmogelijkheid om de werkcondities aan te passen). Ook kunnen de gevolgen van een gezondheidsprobleem verschillen naargelang iemands' socio-economische positie en voorafgaande gezondheidstoestand. Ten slotte wordt het gezondheidszorgsysteem gezien als een cruciale speler om

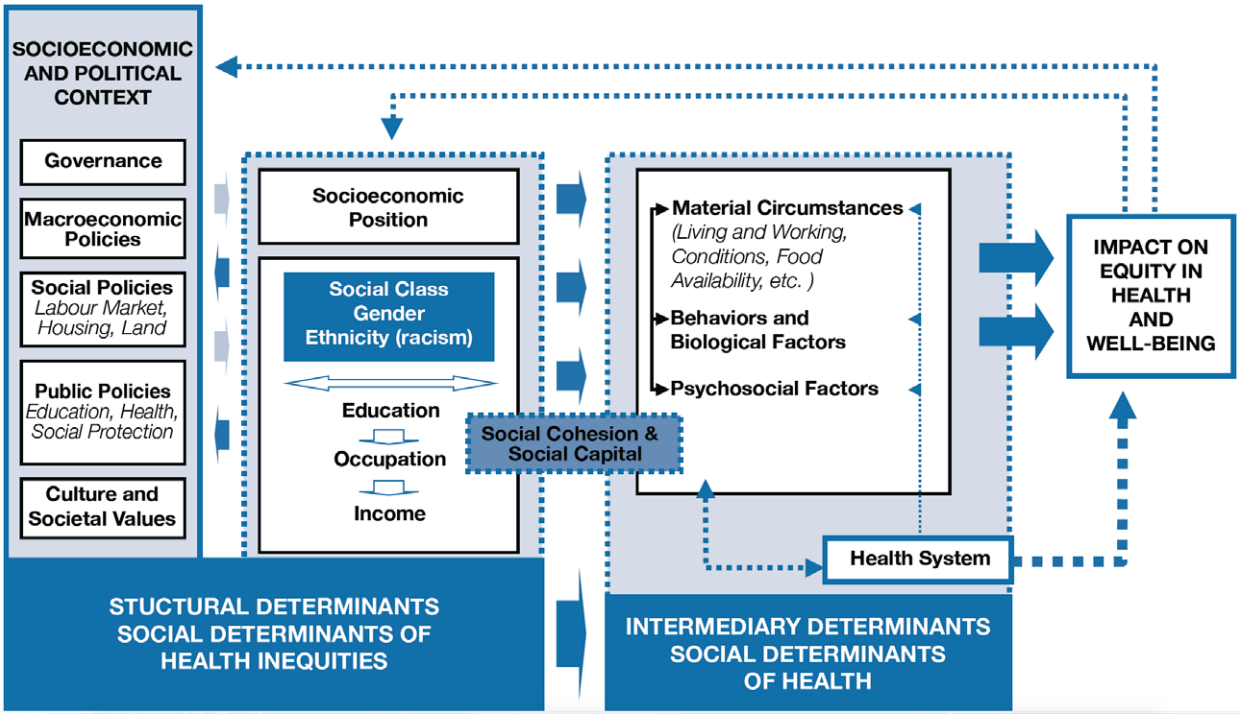
1 Resultaten op basis van de Statistische formulieren voor Sterfte, zie punt 2.3. Cijfers van 2011-2015, mannen en vrouwen samen.

2 Cijfers van 2016, mediaan totaal netto belastbaar inkomen der aangiften (bron: BISA) en werkloosheidsgraad (gemiddelde van 2016) (bron: Actiris).

3 Interessante Belgisch onderzoek is o.a. het TAHIB-project (Van Oyen et al., 2011), het project van de Koning Boudewijnstichting (2007); de studies van het Christelijke Ziekenfonds (Avalosse et al., 2008; Avalosse et al., 2015), Solidaris (2018) en de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2019)

4 Het voormalige Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV-ISP).

Figuur 1: Conceptueel kader voor gezondheidsongelijkheden opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)



Overgenomen met toestemming van de uitgever: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), p. 48, copyright (2010).

de nadelige effecten van deze gezondheidsdeterminanten te mediëren.

Al van voor de geboorte kan een kind nadelige gezondheidsgevolgen ondervinden door de moeilijke socio-economische positie van de ouders (zie verder, punt 3.1.). Vervolgens **accumuleren** de socio-economische ongelijkheden in levensomstandigheden en gezondheid zich tijdens het verdere leven. Personen met een moeilijkere socio-economische positie accumuleren zo **veel kwetsbaarheden** (bv. door stress, moeilijke werkomstandigheden, ongezonde woning, etc.) terwijl ze **net minder middelen** hebben **om zich hiertegen te beschermen** (minder goede immuniteit, minder sociale steun, een moeilijkere toegang tot evenwichtige voeding, etc.) **of de nadelige gevolgen te beperken** (toegang en kennis over het gezondheidssysteem, informele zorg, preventie, etc.).

Socio-economische ongelijkheden in gezondheid beperken zich niet tot verschillen in gezondheid tussen de bevolkingsgroep met de laagste socio-economische positie en de rest van de bevolking. Integendeel, **de volledige bevolking is eraan onderhevig**, waarbij de gezondheidstoestand stelselmatig slechter is naarmate men daalt op de maatschappelijke ladder. Daarom wordt er gesproken over een **sociale gradiënt**.

2. DATA EN METHODOLOGIE

2.1. HET INTERMUTUALISTISCH AGENTSCHAP

2.1.1. POPULATIE

Het IMA brengt de informatie bijeen van alle terugbetalingen van zorg door de zeven ziekenfondsen in België[5]. Zodoende hebben we de administratieve en de facturatiegegevens van terugbetaalde zorg en medicatie van iedereen die is aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering in België.

Voor Brussel is dit 93,5 % van de bevolking die is ingeschreven in het Rijksregister in 2016 (voor België is dit 97,6 %). In 2016, gaat dit om 1 106 181 personen[6] (Atlas IMA, 2018). Personen die niet in orde zijn met hun ziekteverzekering en internationale werknemers met een private ziekteverzekering of een ziekteverzekering in hun land van herkomst, vallen buiten de analyses. Dit aandeel is groter voor Brussel (6,5 %), dan voor het ganse land (2,4 %) (Atlas IMA, 2018). Naast de officiële bevolking in het Rijksregister telt het Brussels Gewest ook nog een aantal personen dat er wel woont, maar niet tot de officiële bevolking wordt gerekend (studenten die niet in één van de Brusselse gemeenten gedomicilieerd zijn, asielzoekers, vreemdelingen in een onregelmatige verblijfssituatie, diplomaten en hun gezinsleden, etc.). Hoewel precieze cijfers over die groepen niet voorhanden zijn, weten we dat deze relatief gezien meer in Brussel aanwezig zijn dan in de andere Gewesten. Deze laatste groepen zijn ook niet aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering en worden dus in onze analyses ook buiten beschouwing gelaten. Desondanks blijven de gegevens van het IMA een waardevolle bron van informatie.

2.1.2. SOCIO-ECONOMISCHE POSITIE

De IMA-databank bevat geen informatie over financiële middelen of opleidingsniveau om de socio-economische positie van personen in te schatten. Wel is de locatie (via de statistische sector[7]) van de woonplaats van de leden beschikbaar, en dit kan gebruikt worden om bij benadering de socio-economische positie in te schatten. Zeker in Brussel zijn de ruimtelijke ongelijkheden groot, en wonen personen met een gelijkaardig socio-economisch profiel vaak in dezelfde buurten.

Bijgevolg kan de fiscale informatie over de statistische sector waar personen wonen, een indicatie[8] geven van de socio-economische situatie van de inwoners in kwestie. De FOD Economie heeft informatie over het mediaan inkomen per statistische sector, berekend op basis van de belastingaangiftes. De fiscale gegevens van 2016 (d.w.z. aanslagjaar 2017) worden hier gebruikt.

Naast het mediane inkomen per statistische sector, weten we ook op hoeveel belastingaangiftes dit mediaan inkomen werd berekend door de FOD Economie. Om een sociale schaal op te stellen, zijn we als volgt tewerk gegaan: de statistische sectoren worden volgens hun mediane inkomen in stijgende lijn opgelijst. Vervolgens worden deze in groepen opgedeeld zodat elke groep 20% van de belastingsaangiften bevat. Tabel 1 geeft een overzicht van de boven- en ondergrenzen van de mediane inkomens die elke groep statistische sectoren begrenst. De inkomensgrenzen per kwintiel liggen telkens een stuk lager in Brussel in vergelijking met Wallonië en Vlaanderen.

Deze opgestelde sociale schaal werkt dus volgens oplopende waarden. In de eerste groep zitten de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het laagst is, en de vijfde groep bevat de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het hoogst is. De 2e, 3e en 4e groep liggen daartussen. Alle personen worden vervolgens ingedeeld in functie van de statistische sector van hun woonplaats[9].

5 Wij vermelden hier de belangrijkste methodologische informatie. Voor sommige indicatoren kunnen bijkomende details worden gevonden in de recente IMA-publicatie (Avalosse et al., 2019) of in de indicatorenfiches van de IMA-atlas (http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees)

6 Aangezien je tot 2 jaar de tijd hebt om getuigschriften in te dienen bij de mutualiteit zit er steeds minstens 2 jaar vertraging op deze gegevens.

7 De statistische sectoren vertegenwoordigen de kleinste administratieve eenheid en zijn het resultaat van de onderverdeling van het grondgebied door de Algemene Directie Statistiek, op basis van structurele kenmerken die worden geïdentificeerd via volkstellingen.

8 Er moet echter rekening worden gehouden met de beperkingen van fiscale statistieken: deze statistieken bevatten informatie over inkomens op basis van de aangiften in de personenbelastingen van personen die hun hoofdverblijfplaats in België hebben. Om deze te kunnen interpreteren moet men rekening houden met een aantal zaken. De gegevens hebben enkel betrekking op de inkomens die onderworpen zijn aan de personenbelasting. Sommige soorten inkomens zijn niet belastbaar en worden dus niet mee opgenomen in de fiscale statistieken. Dit betekent dat sommige sociale transfers (leefloon, equivalent leefloon en kinderbijslag in het bijzonder) vrijgesteld zijn van belastingen en dus niet mee opgenomen worden in het belastbaar inkomen. Ook zijn er bepaalde bewoners met een hoog inkomen dat evenwel niet belastbaar is via het nationaal systeem, zoals de buitenlandse diplomaten of internationale ambtenaren. De personen met deze verschillende soorten niet belastbare inkomens kunnen worden opgenomen in de aangiften waarvan het belastbaar inkomen nul is (en dus niet worden vermeld in de meeste fiscale statistieken) of in de lage inkomensklassen. Daarenboven onderschatten fiscale statistieken de inkomens uit kapitaal (roerende goederen en vastgoed) zwaar. Meer informatie op: www.bisa.brussels

9 Met uitzondering van 486 personen (0,0 %) die niet kunnen worden opgedeeld omdat de statistische sector niet kan worden gevonden aan de hand van het

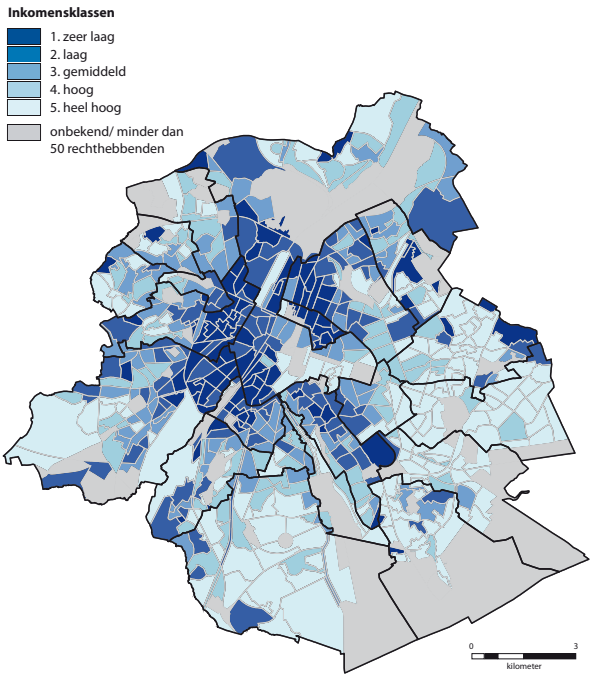
Tabel 1: Overzicht van de mediane inkomens die elke groep van statistische sectoren begrenst, volgens regio, 2016

	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	België
laagste inkomens	]0; 16.217 €]	]0; 22.529 €]	]0; 19.094 €]	]0; 20.348 €]
lage	]16.217 €; 18.115 €]	]22.529 €; 24.944 €]	]19.094 €; 21.506 €]	]20.348 €; 23.209 €]
midden	]18.115 €; 20.873 €]	]24.944 €; 26.902 €]	]21.506 €; 23.940 €]	]23.209 €; 25.735 €]
hoog	]20.873 €; 23.161 €]	]26.902 €; 29.108 €]	]23.940 €; 27.071 €]	]25.735 €; 28.350 €]
hoogste inkomens	]23.161 €; …]	]29.108 €; …]	]27.071 €; …]	]28.350 €; …]

Bron: Avalosse et al., 2019

Op onderstaande kaart worden deze vijf groepen geografisch weergegeven. Brussel kent grote geografische verschillen, met een heel duidelijke arme zone, de zogenaamde 'arme sikkel' ten noorden en ten westen van het stadscentrum (de vijfhoek), voor een belangrijk stuk langs het kanaal. Deze zone vormt al meerdere decennia een concentratie van de op economisch vlak meest kansarme bevolkingsgroepen. In het zuidoosten vindt men de hoogste inkomens (Observatorium, 2006 en de jaarlijkse barometers van het Observatorium). In deel 5 gaan we uitgebreider in op de geografische patronen binnen het Brussels Gewest.

Kaart 1: Geografische spreiding van de groepen van statistische sectoren binnen het Brussels Gewest, 2016



Bron: FOD Economie
Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

adres, of omdat er geen mediane inkomsten berekend zijn voor de statistische sector in kwestie (door het beperkt aantal inwoners).

2.1.3. GEZONDHEIDSINDICATOREN

De ziekenfondsen hebben geen informatie over de medische diagnose van hun leden. De indicatoren die hier worden gepresenteerd zijn gebaseerd op de facturatiegegevens voor terugbetaalde zorg binnen de ziekteverzekering (bijvoorbeeld een consult bij een tandarts, huisarts, bepaalde voorgeschreven medicatie, etc.) of zijn afgeleid van administratieve gegevens (bijvoorbeeld opname in het ziekenhuis, primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeitsstatuut, etc.). Dit betekent dat personen die geen behandeling ondergaan voor een bepaalde aandoening of niet weten dat ze een aandoening hebben, hier niet als dusdanig worden geïdentificeerd.

Voor de ene indicator zal deze proxy nauwer aansluiten bij de realiteit dan de ander. Voor secundaire preventie[10] (bijvoorbeeld baarmoederhalskankerscreening of borstkankerscreening), geeft de IMA-data een relatief volledig beeld van de werkelijke situatie, aangezien er telkens een prestatie wordt geregistreerd in de gegevensbanken van de mutualiteiten (als de administratieve procedures correct gevolgd worden welteverstaan).

De indicatoren, gebaseerd op gezondheidszorggebruik, geven niet altijd een correcte beeld van de prevalentie van een aandoening. Bijvoorbeeld, we veronderstellen dat medicatiegebruik een goede proxy vormt van de prevalentie van depressie. Echter de proxy zal minder goed zijn, indien er een belangrijke onderdiagnose en/of onderbehandeling bestaat van depressie. De interpretatie beperkt zich dan beter in de zin van zorg(onder)gebruik. Hetzelfde geldt voor indicatoren over het zorggebruik (bijvoorbeeld opname pediatrie/neonatologie en tandzorg) die een combinatie zijn van prevalentie en zorggebruik. Het is dan ook nuttig om voor deze indicatoren op zoek te gaan naar andere informatiebronnen indien deze beschikbaar zijn.

De focus ligt hier niet op het berekenen van absolute prevalenties, maar op de vergelijking tussen de socio-economische groepen. Waarschijnlijk zullen socio-economische ongelijkheden eerder onderschat worden,

10 Bij secundaire preventie wordt de nadruk gelegd op het vroeg ontdekken van een eventuele ziekte om zo het verloop ervan gunstig te beïnvloeden. Bij primaire preventie, zoals gezonde eet- en beweeggewoonten en stoppen met roken, ligt de focus op het voorkomen van een ziekte.

aangezien personen met een lagere socio-economische positie vaker zorg en medicatie uitstellen, zoals telkens opnieuw wordt aangetoond door de Gezondheidsenquête (Demarest, 2015). Toch wordt naast deze relatieve cijfers per inkomensgroep, voor elke IMA-indicator telkens ook het globale absolute aandeel in de referentiepopulatie weergeven, om een inschatting te kunnen meegeven van de grootte van het fenomeen. Dit is eveneens belangrijk vanuit het perspectief van volksgezondheid om bijvoorbeeld de prioritaire acties en doelstellingen te helpen bepalen.

Voor elke gezondheidsindicator, wordt een gestandaardiseerde index naar leeftijd en geslacht berekend voor elk van de vijf groepen van de sociale schaal. De gestandaardiseerde index geeft de verhouding weer tussen het aantal waargenomen gebeurtenissen en het aantal verwachte gebeurtenissen. Deze laatsten worden berekend door de geobserveerde prevalentie van elke subgroep van de referentiepopulatie (in termen van leeftijd en geslacht) toe te passen op de overeenkomstige subgroep van de betreffende inkomensgroep. Voor de totale referentiegroep wordt de waarde op de index op 100 vastgelegd. Een gestandaardiseerde index van bijvoorbeeld 130 voor een bepaalde gezondheidsindicator en een bepaalde sociale groep, betekent dat in die bepaalde groep, de gebeurtenis 30 % vaker voorkomt dan bij de referentiepopulatie. Bij de grafieken kan de schaal van de gestandaardiseerde index en de referentiepopulatie verschillen per indicator. De betrouwbaarheidsintervallen (95 %) worden ook getoond. Dezelfde gestandaardiseerde index wordt voorgesteld op de kaarten (zie punt 5).

2.2. GEZONDHEIDSENQUÊTE

De Gezondheidsenquête wordt uitgevoerd voor gans België[11]. In tegenstelling tot de IMA-data hebben we hier geen gegevens van meer dan 90 % van de bevolking die is ingeschreven in het Rijksregister, maar van een steekproef. Ondanks de grote methodologische inspanningen (Charafeddine et al., 2013), kunnen bepaalde fenomenen die inherent zijn aan een steekproef niet volledig worden uitgesloten, zoals sociaal wenselijk antwoorden, (selectieve) non-respons, meetfouten, etc. (de Leeuw et al., 2008).

De grote meerwaarde van de Gezondheidsenquête is, dat het de enige bron is die inzicht verschaft in bijvoorbeeld de vele gezondheidsgedragingen (roken, alcoholgebruik, gezonde voeding etc …), die niet kunnen worden afgeleid uit facturatie – en administratieve gegevens. Ook wordt de prevalentie van aandoeningen rechtstreeks bevraagd en niet afgeleid uit facturatiegegevens van medicatie en/of zorggebruik. Bovendien wordt de socio-economische positie van de deelnemers in verschillende dimensies bevraagd en kunnen bijvoorbeeld opleidingsverschillen naast inkomensverschillen worden geanalyseerd, hetgeen ons bijkomende inzichten kan verschaffen in de achterliggende oorzaken van de geobserveerde socio-economische verschillen (zie 4.1.2 en 4.3.2.). Inkomensverschillen worden hier ingeschat op basis van de gestelde vraag "Met het globale inkomen (van uw huishouden) voor ogen, is uw gezin in staat om de eindjes aan elkaar te knopen?". Het voordeel van deze vraag is dat deze in de enquête minder ontbrekende antwoorden oplevert dan de vraag naar inkomen waarbij een bedrag moet worden opgegeven. Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat het een valide indicator is van het feitelijke inkomen (Whelan et al., 2001).

2.3. STATISTISCHE FORMULIEREN VOOR GEBOORTE EN STERFTE

Voor de indicatoren mortinataliteit en infantiele sterfte maken we gebruik van nog een derde gegevensbron, namelijk de geboorte – en sterfteformulieren. Deze moeten verplicht worden ingevuld voor elke geboorte en overlijden op Belgische bodem (AD Statistiek - Statistics Belgium). Aangezien voor iedereen, ongeacht woonsituatie (in België of elders) of verblijfsstatus (legaal of niet), een formulier moet worden ingevuld is dit de meest exhaustieve informatiebron voor twee sleutelmomenten in het leven (geboorte en overlijden). Het is de enige gegevensbron die informatie verschaft van personen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister. De populatie is dus groter dan die van het Rijksregister en eveneens dan de IMA- populatie. Voor de verzameling en verwerking van de gegevens van de bevolking van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd.

11 De laatste beschikbare cijfers dateren van 2013. De eerste resultaten van de gegevensverzameling in 2018 zijn nu beschikbaar in de vorm van algemene rapporten voor bepaalde thema's, maar we beschikken nog niet over de databank om alle gewenste analyses uit te voeren.

3. SOCIO-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID

Hieronder zal worden geïllustreerd hoe socio-economische positie samenhangt met gezondheid, en dit vanaf (en zelfs al van voor) de geboorte. Kinderen die geboren worden in een 'kansarmer' gezin hebben reeds bij de geboorte meer kans op een slechtere gezondheid ten opzichte van kinderen geboren in een 'kansrijker' gezin, en de ongelijkheden zullen zich doorzetten en accumuleren tijdens het verdere leven. Finaal zullen deze resulteren in grote verschillen in levensverwachting, dewelke dus het resultaat zijn van een optelsom van heel veel factoren. Het kan zijn dat er voor bepaalde gezondheidsaspecten een omgekeerde sociale gradiënt of geen gradiënt wordt gevonden, maar gezien de alomtegenwoordigheid van socio-economische ongelijkheden zal de optelsom duidelijk negatief zijn voor personen in een moeilijke socio-economische situatie en omgekeerd.

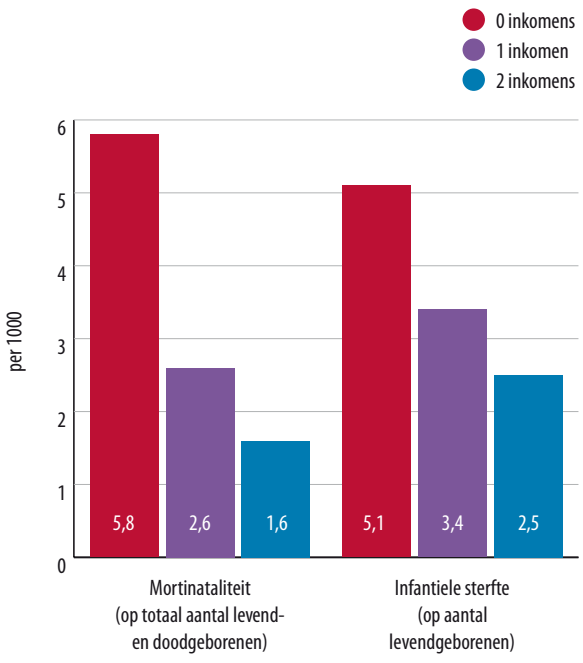
Gezien de socio-economische segregatie in het Brussels Gewest, bestuderen we de IMA-gezondheidsindicatoren ook ruimtelijk. De kaarten (zie deel 5) tonen aan dat voor een deel van de indicatoren de gekende geografische patronen teruggevonden worden die sterk samenhangen met deze socio-economische segregatie. Voor andere indicatoren is dit minder het geval. Het is uitermate nuttig om voor elke IMA-indicator die hieronder wordt besproken, de bijhorende kaart te bekijken.

3.1. MORTINATALITEIT EN INFANTIELE STERFTE

In 2017 werd in het Brussels Gewest 1 op de 5 kinderen (19 %) geboren in een huishouden zonder inkomen uit werk[12]. En 34 % van de kinderen worden geboren in een huishouden met 1 inkomen en 16 % bij een alleenstaande moeder. Van de alleenstaande moeders beschikt 63 % niet over een arbeidsinkomen.

Vanaf de geboorte (en zelfs al voordien) wordt de gezondheid van een kind beïnvloed door de socio-economische positie van de ouders. Figuur 2 illustreert de mortinataliteit[13] en de infantiele sterfte[14] in functie van het aantal inkomens van het huishouden. In 2016-2017 lag het risico op een doodgeboorte (= mortinataliteit) in huishoudens zonder inkomen uit arbeid meer dan 3 keer zo hoog (3,63 = 5,8/1,6) dan in een huishouden met 2 inkomens. Bij de levendgeboren kinderen in een huishouden zonder arbeidsinkomsten is het risico op overlijden in het eerste levensjaar (= infantiele sterfte) dubbel zo groot (2,04=5,1/2,5) dan bij gezinnen met 2 inkomens uit werk.

Figuur 2: Aandeel doodgeborenen en infantiele sterfte naargelang het aantal inkomens in het huishouden, Brussels Gewest, 2016-2017



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel, Statistische formulieren voor geboorte 2016-2017

12 Het socio-economische niveau van een huishouden wordt benaderd door middel van een proxy berekend op basis van het aantal beroepsinkomens in het huishouden. De beschikbaarheid van een beroepsinkomen wordt bepaald op basis van de huidige beroepssituatie: actief of niet-actief. De hoogte van de inkomens of de stabiliteit van de tewerkstelling kunnen er niet mee worden bepaald. Het aantal inkomens van het huishouden wordt bepaald aan de hand van drie variabelen: gezinstoestand, beroepssituatie en statuut in het beroep. Om te beginnen wordt bepaald of de moeder alleen of samenwoont. Wanneer ze samenwoont, wordt ook rekening gehouden met de gegevens over de vader. De variabele 'huidige beroepssituatie' van elk van beide ouders wordt gebruikt om te bepalen of de ouders al dan niet actief zijn en beschikken over een inkomen. Elke actieve ouder telt voor een inkomen. In geval van twijfel over de beroepssituatie (voor alle "overige" situaties), wordt de variabele 'Sociaal statuut in het beroep' gebruikt om te duiden of er een inkomen bestaat. Wanneer de beroepssituatie van een van de ouders of de gezinstoestand ontbreken of incoherent zijn, wordt de geboorte uit de analyse uitgesloten.

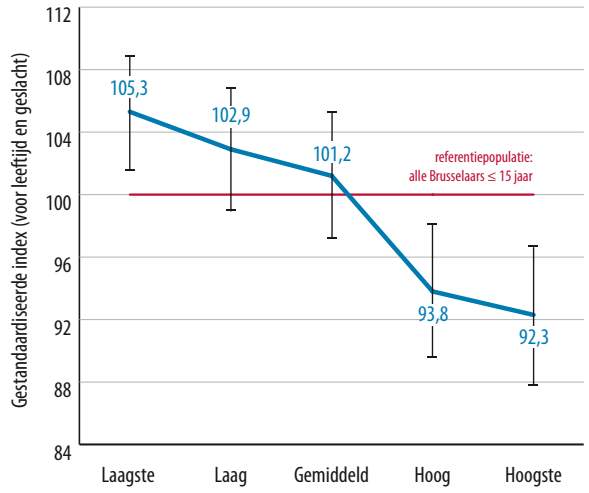
13 De mortinataliteit of foetale sterfte wordt bepaald door het aantal overlijdens voor of tijdens de bevalling wanneer er 22 zwangerschapsweken overschreden zijn of de foetus 500 gram of meer weegt, per 1000 geboorten (levend en dood) (Koninklijk Besluit van 17 juni 1999).

14 De infantiele sterfte wordt bepaald door het aantal levendgeborenen dat overleed voor de 365ste levensdag per 1000 levendgeborenen.

3.2. OPNAME PEDIATRIE OF NEONATOLOGIE

Kinderen met de laagste socio-economische positie worden doorgaans 5,3 % vaker dan gemiddeld opgenomen op de dienst neonatologie of pediatrie (totaal aandeel onder de kinderen van 15 jaar of jonger in het Brussels Gewest: 5,03/100). Dit verschilt significant van de 2 hoogste socio-economische groepen, waarbij er respectievelijk gemiddeld 6,2 % en 7,7 % minder opnames zijn (zie figuur 3).

Figuur 3: Opnames op pediatrie of neonatologie naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



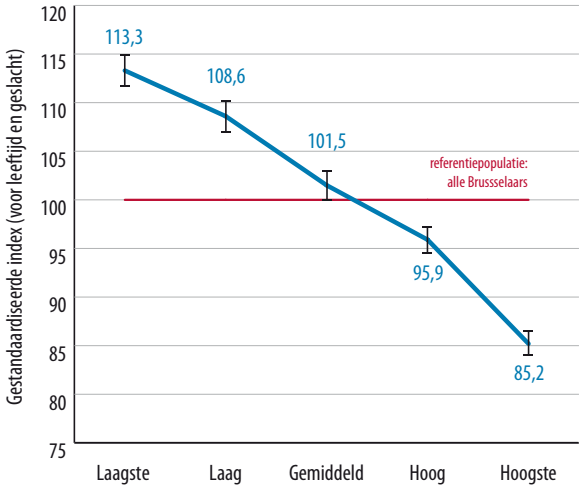
Bron: InterMutualistisch Agentschap, 2019

De verschillen in opname op pediatrie of neonatologie tussen de laagste groep en de twee hoogste socio-economische groepen, zullen voor een deel te wijten zijn aan een verschillende nood aan gezondheidszorg door een slechtere gezondheidstoestand. Zo weten we bijvoorbeeld uit de geboorteformulieren dat een vroeggeboorte, met de bijhorende verhoogde gezondheidsrisico's, vaker voorkomt bij vrouwen met een lagere socio-economische positie (Hercot et al., 2015). Anderzijds zou het ook kunnen dat zorgverleners kinderen in een precaire socio-economische situatie sneller zullen opnemen omdat ze inschatten dat de verzorgingsmogelijkheden thuis mogelijks minder gunstig zijn gezien de moeilijkere levensomstandigheden (van Ryn en Burke; 2000).

3.3. STATUUT CHRONISCHE AANDOENING

Chronisch zieken kunnen op grond van bepaalde criteria bijzondere terugbetalingsvoorwaarden van zorg genieten indien ze het 'statuut van een chronische aandoening' toegewezen krijgen[15]. In het Brussels Gewest gaat dit om 8,35 % van de bevolking (alle leeftijden samen). Ook hier zien we duidelijk een sociale gradiënt (zie figuur 4), waarbij elke 'lagere' socio-economische groep een significant hogere aandeel personen heeft met een chronisch ziekenstatuut. Zo heeft de laagste socio-economische groep maar liefst 33,0 % meer kans op een dergelijk statuut dan personen met de hoogste socio-economische positie (1,33=113,3/85,2). Op basis van de Gezondheidsenquête werden gelijkaardige socio-economische verschillen waargenomen in de prevalentie van chronische aandoeningen in de bevolking (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2018).

Figuur 4: Statuut chronische aandoening naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

Het verkrijgen van het 'statuut van een chronische aandoening' hangt niet enkel af van het zorggebruik, het impliceert ook een goede administratie. Het is mogelijk dat het aantal chronisch zieken hier wordt onderschat, en bijgevolg ook de socio-economische ongelijkheden. We weten immers dat personen met een lagere socio-economische positie, zorg en medicatie vaker uitstellen (zie punt 4.3.4.). Ook heeft het thematisch rapport "Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest" (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017) aangetoond dat er allerlei drempels bestaan bij het opnemen van bepaalde

15 Voor meer info, zie de website van het RIZIV: https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/Paginas/statuut-persoon-chronische-aandoening-toegang-zorgen.aspx

rechten, zoals ook bij dit statuut het geval zou kunnen zijn. Het ziekenfonds kent het statuut van chronische aandoening wel automatisch toe[16], en dit aan personen die gedurende 8 opeenvolgende kwartalen (twee kalenderjaren) meer dan €300 kosten[17] hebben of aan personen die recht hebben op het forfait voor chronische zieken. Dit is zeer positief, maar het betekent wel dat je in orde moet zijn met je administratie. Bovendien is het hier belangrijk om de getuigschriften tijdig in te dienen, om zo op tijd een overzicht te krijgen van de medische kosten.

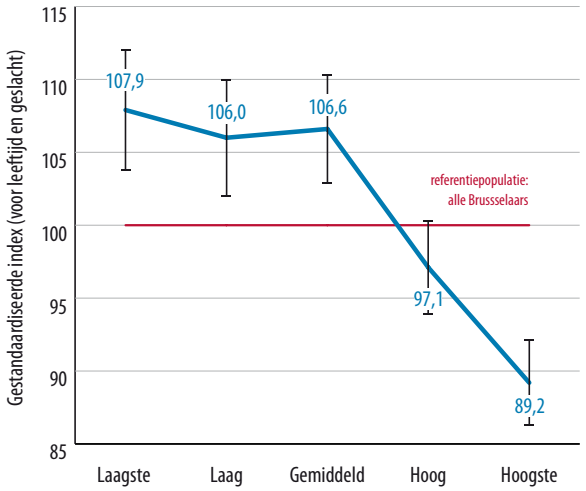
3.4. HARTAANDOENING

Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak bij de Brusselse bevolking (Verduyckt et al., 2017). We bekijken hieronder een groep medicijnen die typisch worden gebruikt voor hartdecompensatie, angina pectoris en hartritme stoornissen (ATC classificatie, groep C01; ≥ 90 Defined Daily Doses (DDD)). Dit komt niet overeen met alle cardiovasculaire ziekten, maar het gebruik van deze medicatie is een goede indicator voor een hartaandoening (Avalosse et al., 2019) (totaal aandeel onder de Brusselaars: 1,44/100).

Bij een hartaandoening zijn er verschillen zichtbaar tussen de drie laagste socio-economische groepen enerzijds en de twee hoogste socio-economische groepen. De hoogste socio-economische groep heeft 10,8 % minder kans dan gemiddeld om geneesmiddelen te (moeten) nemen voor een hartproblematiek ('cardiale therapie'), terwijl die kans voor de drie laagste socio-economische groepen tussen de 6,0 % en 7,9 % hoger is (zie figuur 5).

Het feit dat de drie laagste socio-economische groepen een gelijkaardige consumptie hebben van medicatie voor een hartaandoening wijst mogelijks op een onderconsumptie van deze medicijnen. We verwachtten immers een sociale gradiënt te vinden, aangezien we voor vele risicofactoren van hart- en vaatziekten[18] wel een systematische gradiënt observeren waarbij er tussen elke socio-economische groep een significant verschil bestaat. In Vlaanderen en Wallonië wordt bovendien wel een systematische sociale gradiënt geobserveerd voor cardiale therapie (Avalosse et al., 2019), wat dus doet vermoeden dat er bij de twee laagste socio-economische groepen in Brussel sprake is van een onderconsumptie van cardiale therapie.

Figuur 5: Cardiale therapie naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

16 Enkel in het geval van zeldzame ziekten, moet de patiënt zelf een aanvraag indienen.

17 Dit omvat zowel het deel dat het ziekenfonds betaalt als het persoonlijk aandeel (remgeld).

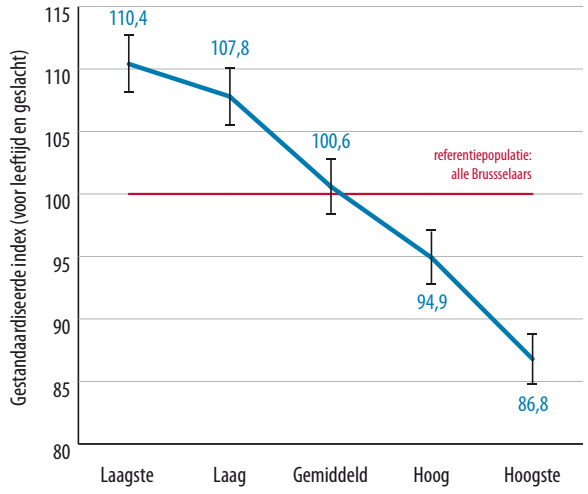
18 Naast een té hoge bloeddruk en een verhoogde cholesterol, zijn alcoholgebruik, tabaksgebruik, ongezonde eet- en beweeggewoonten en obesitas belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten (Lim et al., 2013). Een aantal van deze gezondheidsgedragingen worden verder in dit document uitgebreid besproken.

3.5. OBSTRUCTIEVE LUCHTWEGAANDOENING

Obstructieve luchtwegaandoeningen zijn een brede groep van ademhalingsziekten. Op basis van de IMA-data kunnen de personen worden geïdentificeerd aan wie geneesmiddelen werden afgeleverd voor de behandeling van obstructieve luchtwegaandoeningen (ATC-code R03; ≥ 90 DDD). Het totaal aandeel onder de Brusselaars van alle leeftijden is 3,70/100.

Zeer waarschijnlijk spelen factoren uit de leefomgeving mede een rol bij deze groep ademhalingsziekten. Naast buitenluchtvervuiling (Kurt et al., 2017), wordt ook binnenhuisvervuiling gelinkt aan de aantasting van de onderste luchtwegen (Leefmilieu Brussel, 2008). Er worden duidelijke socio-economische verschillen geobserveerd voor obstructieve luchtwegaandoeningen. De twee laagste socio-economische groepen nemen deze medicatie respectievelijk 10,4 % en 7,8 % vaker dan gemiddeld, terwijl de op één na rijkste groep dat 5,1 % minder vaak doet en de rijkste groep 13,2 % minder vaak dan gemiddeld (figuur 6).

Figuur 6: Obstructieve luchtwegaandoeningen naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



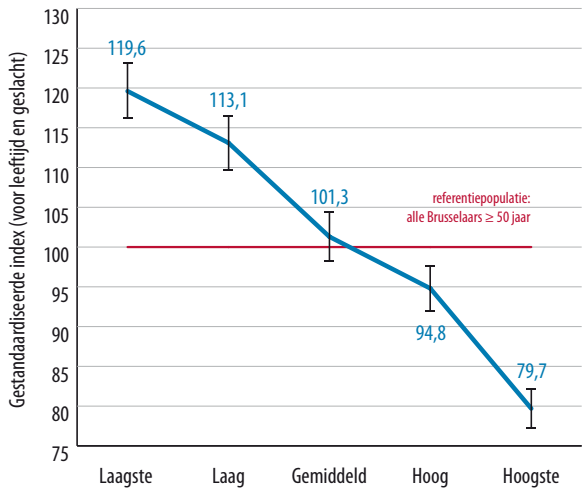
Bron: InterMutualistisch Agentschap

3.6. CHRONISCH OBSTRUCTIEF LONGLIJDEN (COPD)

Binnen de groep medicijnen voor obstructieve luchtwegaandoeningen vindt men een bepaald aantal geneesmiddelen terug specifiek voor de behandeling van chronisch obstructief longlijnen (COPD) (R03A-R03BA-R03BB-R03DA04; ≥ 90 DDD). COPD is een ernstige en veel voorkomende longziekte (totaal aandeel onder de Brusselaars van 50 jaar of ouder: 6,57/100). Het is een ernstige en zeer slopende aandoening, waarbij er een langzame en progressieve obstructie van de luchtwegen plaatsvindt. Roken of passief roken is vaak de boosdoener (Avalosse et al., 2019). Recent onderzoek wijst ook op de rol van de blootstelling aan andere omgevingsfactoren, zoals luchtvervuiling en schadelijke stoffen op de werkvloer (Salvi en Barnes, 2009). Door onder meer de toenemende bezorgdheid over de gezondheidsgevolgen van de luchtvervuiling, verschijnen er recentelijk meer wetenschappelijke studies over de oorzaken van COPD bij niet-rokers. Nog meer dan buitenluchtvervuiling wordt binnenhuisvervuiling als de belangrijkste oorzakelijke factor aangewezen bij niet-rokers met COPD (Jindal, 2018).

We bekijken hier voor de 50-plussers de socio-economische verschillen in medicatiegebruik voor COPD (figuur 7). De armste groep 50-plussers krijgt 19,6 % vaker dan gemiddeld deze medicatie terugbetaald, voor de volgende groep is dat 13,1 %, de op één na rijkste groep consumeert dan weer ongeveer 5,2 % minder dan gemiddeld en de rijkste groep doet dit maar liefst 20,3 % minder vaak dan gemiddeld. Verderop wordt beschreven dat een sociale gradiënt inderdaad ook zichtbaar is voor het rookgedrag (zie punt 4.3.2.).

Figuur 7: Chronische obstructieve longaandoening (COPD) naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



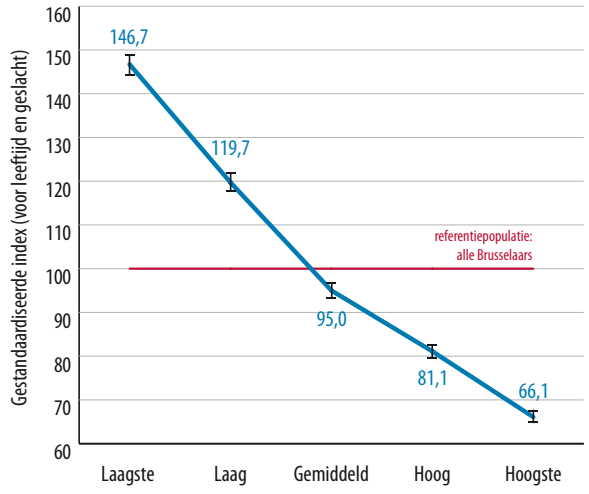
Bron: InterMutualistisch Agentschap

3.7. DIABETES

Diabetes brengt verschillende gezondheidsproblemen met zich mee. We bekijken hier de prevalentie van diabetes op basis van het gebruik van medicijnen in verband met diabetes (ATC code A10) en/of de prestaties van gezondheidszorg in de verplichte ziekteverzekering die zeker naar diabetes verwijzen zoals de diabetesconventie, diabetespas en het zorgtraject diabetes[19] (totaal aandeel onder de Brusselaars: 5,62/100). Veel personen lijden aan diabetes zonder het te weten en de prevalentie van de aandoening wordt bijgevolg onderschat. Zelfs in rijke landen wordt geschat dat het percentage niet-gediagnosticeerde diabetes tot 30 à 50 % kan zijn. Een vroege diagnose is nochtans cruciaal om zo goed mogelijk te kunnen leven met diabetes en de gezondheidsklachten zoveel mogelijk te beperken (WHO, 2016). Het zou kunnen dat de socio-economische ongelijkheden nog worden onderschat, aangezien personen met een lagere socio-economische positie vaker zorg of medicatiegebruik uitstellen zoals bij punt 4.3.4 zal worden geïllustreerd.

Figuur 8 toont aan dat personen met een lagere socio-economische positie systematisch vaker worden behandeld voor diabetes. De socio-economische verschillen zijn zeer groot tussen elke inkomensgroep. De laagste socio-economische groep heeft maar liefst 46,7 % meer kans op diabetes dan gemiddeld, bij de tweede laagste socio-economische groep is dat 19,7 % en de sociale gradiënt gaat zo systematisch verder voor de andere socio-economische groepen. Van type-2 diabetes, de meest voorkomende vorm van diabetes (WHO, 2016), weten we dat het deels kan worden voorkomen. Type-2 diabetes wordt namelijk duidelijk gelinkt aan overgewicht (zie 4.3.2.), naast erfelijke aanleg en leeftijd.

Figuur 8: Diabetes naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

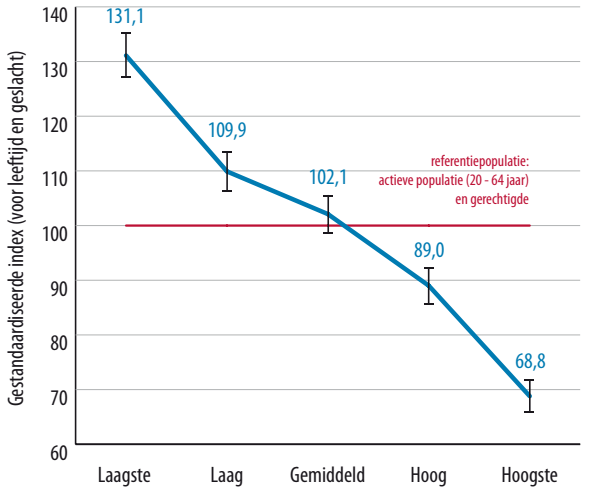
19 Diabetes kan ook optreden tijdens de zwangerschap. Aangezien het hier om een tijdelijk fenomeen gaat, en dus niet om een chronische aandoening, wordt zwangerschapsdiabetes hier buiten beschouwing gelaten.

3.8. ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN INVALIDITEIT

Personen die arbeidsongeschikt zijn, krijgen een uitkering via de mutualiteit. Met de IMA-data kunnen we deze personen dus identificeren. Hier bekijken we het feit dat aan de betrokkene minstens 30 dagen arbeidsongeschiktheid werd uitgekeerd (na de periode gewaarborgd loon of de opgelegde carenzperiode)[20] (totaal aandeel onder de actieve gerechtigden (20-64 jaar) in het Brussels Gewest: 3,78/100).

Er bestaan heel grote socio-economische verschillen in arbeidsongeschiktheid. Dit komt maar liefst 31,1 % vaker voor dan gemiddeld bij de laagste socio-economische groep en het aandeel neemt systematisch verder af naargelang de socio-economische positie beter is. Ruwweg gezegd komt arbeidsongeschiktheid bijna dubbel zo vaak voor bij de laagste socio-economische groep dan bij de hoogste socio-economische groep (1,91 =131,1/68,8) (figuur 9).

Figuur 9: Primaire arbeidsongeschiktheid naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



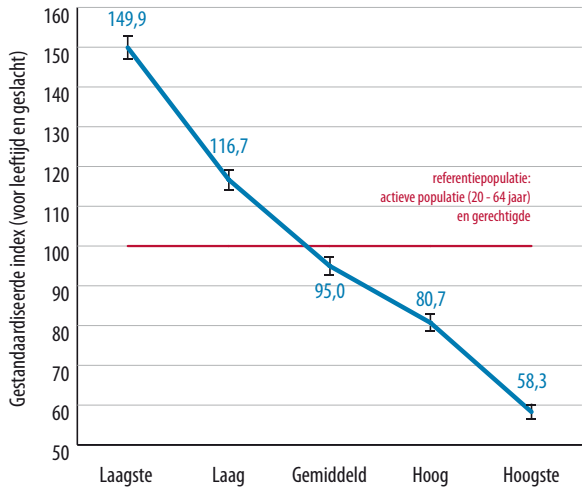
Bron: InterMutualistisch Agentschap

20 De referentiepopulatie is hier de actieve gerechtigden (inclusief werklozen) tussen 20 en 64 jaar. Aangezien ambtenaren rechtstreeks door de staat worden uitbetaald, heeft het IMA over deze groep geen gegevens. Deze worden dan ook niet in de noemer opgenomen. Gerechtigden die reeds onder het statuut van invalide vallen evenmin.

Personen die meer dan 12 maanden arbeidsongeschikt zijn ten gevolge van een ziekte of een ongeval kunnen worden erkend als 'invalide' en een uitkering ontvangen[21] (totaal aandeel onder de actieve gerechtigden (20-64 jaar) in het Brussels Gewest: 7,35/100). Chronische aandoeningen liggen aan de bron van meer dan 90 % van de gevallen van invaliditeit, met psychische stoornissen (35,4 % bij loontrekkenden en 22,1 % bij zelfstandigen) en musculoskeletale aandoeningen (30,3 % bij loontrekkenden en 30 % bij zelfstandigen) als twee voornaamste oorzaken (RIZIV, 2018).

De socio-economische ongelijkheden zijn nog groter voor invaliditeit dan voor arbeidsongeschiktheid. Opnieuw is een heel duidelijke sociale gradiënt zichtbaar over de vijf inkomensgroepen heen, met aan de uitersten maar liefst 2,6 keer meer kans bij armste gerechtigden om invalide te worden verklaard dan bij de rijkste gerechtigden (2,6= 149,9/58,3) (figuur 10).

Figuur 10: Invaliditeit naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

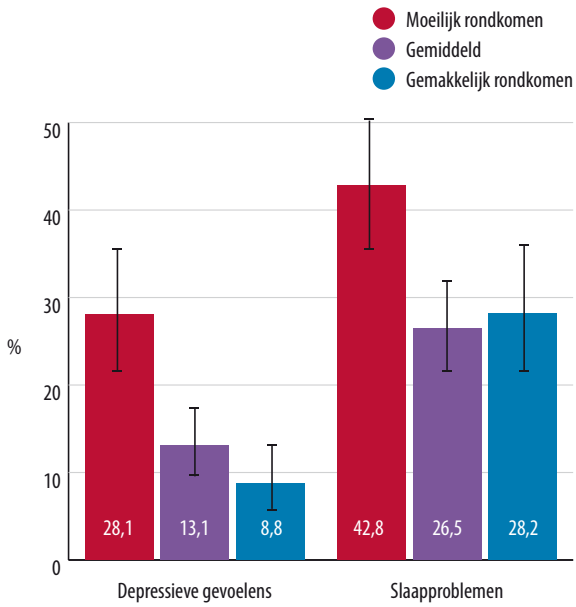
3.9. MENTALE GEZONDHEID

Op basis van de Gezondheidsenquête (2013) weten we dat er een groter aandeel van de bevolking met mentale gezondheidsproblemen kampt in Brussel dan in de twee andere gewesten. Maar liefst 40 % van de Brusselse bevolking geeft psychisch onwelbevinden aan (Gisle, 2014). Psychische problemen zijn de belangrijkste oorzaak van invaliditeit (zie supra). Een zeer duidelijke sociale gradiënt wordt waargenomen bij veelvoorkomende psychische aandoeningen zoals depressie en slaapstoornissen, ook in Brussel (zie figuur 11). Personen die het financieel moeilijk hebben, hebben maar liefst 28,1 % kans op een depressie terwijl dit het geval is bij 13,1 % onder hen die gemiddeld rondkomen en 8,8 % onder hen die gemakkelijk rond te komen. Bij slaapproblemen is de prevalentie beduidend hoger (42,8 %) bij hen met een beperkte financiële draagkracht in vergelijking met de personen die gemiddeld of gemakkelijk rondkomen (26,5-28,2 %).

Het lijkt zo te zijn dat hoewel de prevalentie van depressie hoger is bij lagere socio-economische groepen, antidepressiva (≥ 90 DDD, N06A) juist minder vaak door hen worden gebruikt (zie figuur 12a; totaal aandeel onder de Brusselaars: 6,37/100). De verschillen zijn niet zeer groot, maar wel significant. Zo zal de armste groep 9,5 % minder vaak dan gemiddeld medicatie gebruiken, terwijl de op 1 na rijkste groep 6,4 % vaker antidepressiva gebruikt[22].

Deze onderconsumptie van antidepressiva bij de drie laagste socio-economische groepen doet zich niet voor in Vlaanderen en Wallonië. In beide andere regio's is de "verwachte" sociale gradiënt -gezien de ingeschatte prevalentie- wel zichtbaar, waarbij het gebruik van antidepressiva dus systematisch hoger is naarmate de socio-economische positie lager (Avalosse et al., 2019).

Figuur 11: De prevalentie van depressie en slaapproblemen naar financiële draagkracht, Brusselaars van 15 jaar en ouder, 2013*

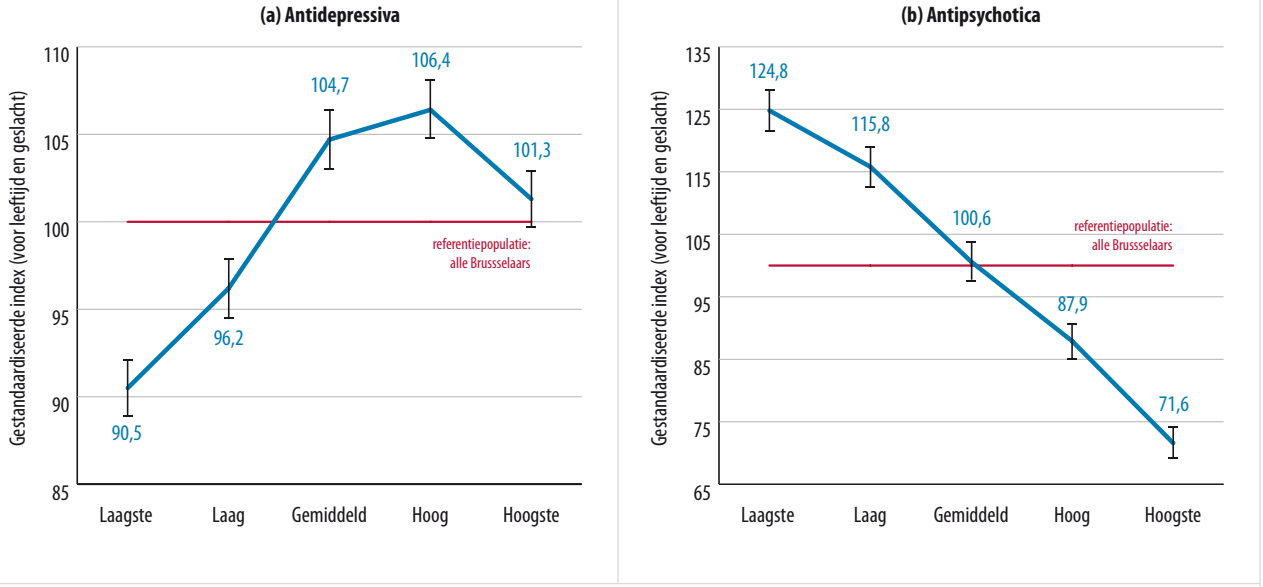


*Gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht (Europese referentiepopulatie, 2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013
Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

21 De referentiepopulatie is hier de actieve gerechtigden (inclusief werklozen) tussen 20 en 64 jaar. Aangezien ambtenaren rechtstreeks door de staat worden uitbetaald, heeft het IMA over deze groep geen gegevens. Deze worden dan ook niet in de noemer opgenomen.

22 Of nog exacter: deze medicatie werd aan deze persoon terugbetaald. We weten uiteraard niet of die dan ook effectief wordt ingenomen.

Figuur 12: Antidepressiva (a) en antipsychotica (b) naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

Mogelijks is deze onderconsumptie te wijten aan het feit dat de Brusselse personen uit de laagste inkomensgroepen een nog lagere koopkracht hebben dan hun tegenhangers in de andere regio's en dus meer financiële moeilijkheden om antidepressiva aan te kopen. Ter herinnering, de inkomensgroepen van de sociale schaal zijn gebaseerd op de verdeling van inkomens per regio, en die liggen duidelijk gemiddeld lager in Brussel (zie punt 2.1.2.). Het blijkt inderdaad zo te zijn dat maar liefst 19,4 % van de Brusselaars die moeilijk rondkomt, het aankopen van voorgeschreven medicatie[23] uitstelt omwille van financiële redenen. In Vlaanderen is dat respectievelijk "slechts" 5,0 % en in Wallonië 9,4 % (Gezondheidsenquête, 2013). Anderzijds lijkt de onderconsumptie zich niet enkel voor te doen bij de armste groepen. Dit doet vermoeden dat er naast een mogelijke financiële drempel voor antidepressiva, nog andere redenen zijn voor het atypische patroon in Brussel.

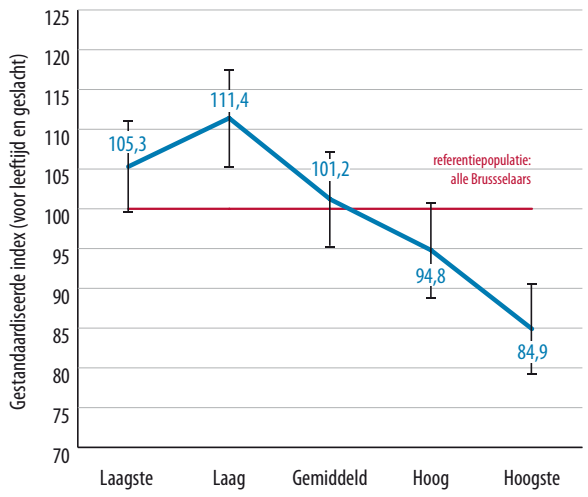
Psychotherapie kan een alternatief of aanvulling zijn voor antidepressiva. Het is minstens even efficiënt en zelfs duurzamer dan medicatie (Kohn et al, 2016). Indien de lage inkomens meer beroep zouden doen op psychotherapie, zou dat voor een deel de onverwachte resultaten met betrekking tot het gebruik van antidepressiva kunnen verklaren. Maar op basis van de Gezondheidsenquête (2013) weten we dat het niet zo is dat de lagere socio-economische groepen juist vaker psychotherapie volgen dan hogere socio-economische groepen. Er zijn geen significante verschillen voor psychotherapie tussen inkomensgroepen in Brussel. Net als antidepressiva, is dus ook psychotherapie voor de lagere socio-economische groepen vaker niet toegankelijk, wat doet vermoeden dat een aanzienlijk deel van de bevolking niet wordt behandeld voor depressie. Er wordt ingeschat, op basis van de Gezondheidsenquête 2013, dat 8,5 % van de Brusselaars die financieel moeilijk rondkomen mentale zorg (psycholoog, psychiater) uitstelt ten opzichte van 1,4 % onder hen die gemakkelijk rondkomen en bijna niemand die makkelijk rondkomt stelt deze zorg uit (0,1 %) (zie figuur 22 bij punt 4.3.4.).

In tegenstelling tot depressie, hebben we geen gegevens over een geschatte prevalentie van psychose op basis van de Gezondheidsenquête, maar internationaal onderzoek geeft aan dat ook psychose vaker voorkomt bij sociaal zwakkeren (Fryers et al. 2013). Op basis van de IMA-gegevens vinden we wel de "verwachte" sociale gradiënt terug voor het gebruik van antipsychotica (≥ 30 DDD, N05A), waarbij deze medicatie vaker werden terugbetaald naargelang het inkomen lager is (totaal aandeel onder de Brusselaars: 1,97/100). De laagste socio-economische groep, gebruikt 24,8 % vaker antipsychotica dan gemiddeld, en dit neemt stelselmatig af, zodat de hoogste socio-economische groep nog 28,4 % minder vaak dan gemiddeld deze medicijnen slikt (figuur 12b). Het is mogelijk dat medicatie voor psychose minder wordt uitgesteld, gezien het meer acute en/of ernstigere karakter. Ook kan het zijn dat de verschillende gebruikte referentieperiode een rol speelt (30 dagen voor psychose in vergelijking met 90 dagen voor depressie).

23 Deze vraag werd gesteld voor medicatie in het algemeen, en niet voor antidepressiva specifiek.

De lagere socio-economische groepen worden wel significant vaker opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis[24] (totaal aandeel onder de Brusselaars: 0,51/100) (figuur 13). Echter, de verschillen tussen de drie laagste socio-economische groepen zijn niet significant, terwijl dat in Vlaanderen en Wallonië wel duidelijk het geval is (Avalosse, 2019). Ook bij de opname omwille van mentale gezondheidsproblemen, blijken andere factoren in Brussel mee te spelen dan in de Wallonië en Vlaanderen. Het kan ook zijn dat deze afwijkingen te wijten zijn aan de kleine cijfers van het fenomeen en bijgevolg meer onderhevig zijn aan toevalsschommelingen.

Figuur 13: Opname in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



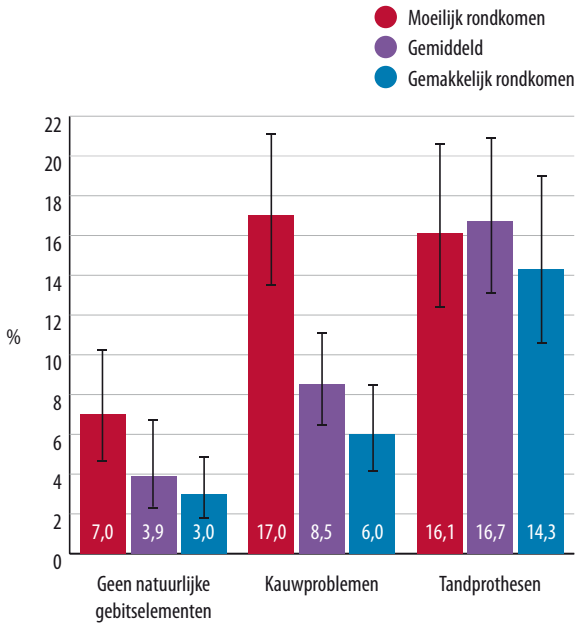
Bron: InterMutualistisch Agentschap

3.10. MONDGEZONDHEID

Een gezond gebit hangt niet alleen samen met een goede algemene gezondheid (Griffin et al., 2009), ook het esthetische en het sociale aspect zijn zeer belangrijk. Denk bijvoorbeeld aan het belang van een verzorgd voorkomen bij het solliciteren voor een nieuwe job (Gilmore et al., 1986). Indien de tandproblemen duidelijk zichtbaar zijn, kan het dus extra moeilijk zijn om uit de cirkel van sociale uitsluiting te breken.

Dankzij de Gezondheidsenquête[25] weten we dat personen die moeilijk rondkomen significant vaker geen natuurlijke gebitselementen meer hebben, en vaker moeilijkheden hebben om hard voedsel te kauwen. Zo heeft maar liefst 17,0 % onder hen die moeilijk rondkomen, problemen om hard voedsel te kauwen. Dit aandeel ligt veel hoger dan bij de twee andere inkomensgroepen. Ondanks deze slechtere mondgezondheid, hebben personen die moeilijk rondkomen niet significant vaker tandvervangende prothesen (implantaten en uitneembare prothesen) (figuur 14). Waarschijnlijk speelt de hoge kostprijs van tandprothesen hierin een belangrijke rol. Zoals hieronder zal worden besproken (zie punt 4.3.4.), is tandzorg het type zorg[26] dat het vaakst wordt uitgesteld omwille van financiële redenen door de Brusselaars (Gezondheidsenquête, 2013). Mondgezondheid blijft zeker en vast één van de domeinen waarin socio-economische ongelijkheden het meest uitgesproken zijn.

Figuur 14: Mondgezondheid naar financiële draagkracht, Brusselaars van 15 jaar en ouder, 2013*



*Gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht (Europese referentiepopulatie, 2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013
Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

24 Hier worden alle opnames in die afdelingen bekeken, ongeacht welke diagnose.

25 De bevraagde indicatoren leveren een beperkt doch interessant beeld op van de mondgezondheid in de populatie. Deze indicatoren maken deel uit van een uitgebreide lijst van essentiële mondgezondheidsindicatoren in Europa die in 2004 door een expertgroep werd samengesteld. Om een nog gedetailleerder beeld te krijgen is een bevolkingsonderzoek door professionele zorgverleners nodig (Van der Heyden, 2013).

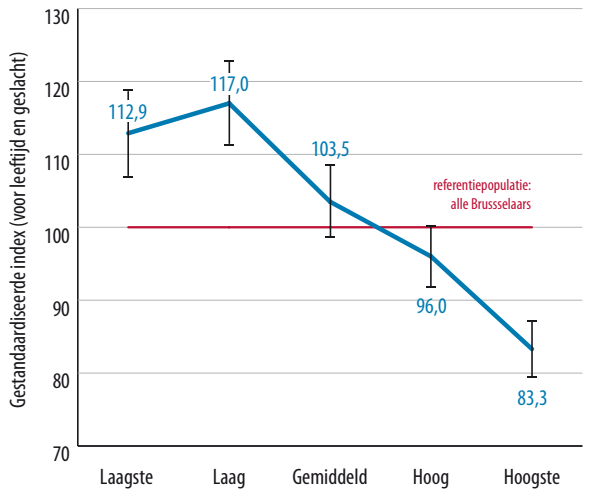
26 De volgende types zorg werden bevraagd: medische zorg of een operatie, tandverzorging, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of mentale zorg

3.11. MORTALITEIT

Socio-economische ongelijkheden in levens- en werkomstandigheden en gezondheid accumuleren zich tijdens het gehele leven en resulteren uiteindelijk in een verschillend sterfterisico. Op basis van de IMA-data zien we een sociale gradiënt in mortaliteit (totaal aandeel onder de Brusselaars: 0,78/100), met uitzondering voor de laagste socio-economische groep die een afwijkend resultaat vertoont. Personen uit de tweede laagste socio-economische groep hebben 17,0 % meer kans dan gemiddeld om dat jaar te sterven, terwijl het sterfterisico 16,7 % lager ligt voor de hoogste socio-economische groep. In vergelijking met de personen die in de rijkste buurten wonen, hebben zij uit de armste wijken 35,5 % meer kans om te sterven (=[112,9/83,3]-1) (figuur 15).

Tegen de verwachtingen in, verschilt in het Brussels Gewest het sterfterisico van de laagste socio-economische groep niet significant van de tweede laagste socio-economische groep. Dit in tegenstelling tot wat wordt gevonden in Wallonië, Vlaanderen en wanneer we kijken voor gans België op basis van diezelfde IMA-data. Daar verschillen de sterfterisico's wel significant tussen elke socio-economische groep en is er telkens een zeer duidelijke sociale gradiënt zichtbaar (Avalosse et al., 2019). Ook in (inter)nationaal onderzoek is de sociale gradiënt in mortaliteit een robuuste bevinding (Solar en Irwin, 2010; Renard et al., 2017).

Figuur 15: Mortaliteit naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

Bovendien is de observatie dat de sociale gradiënt kleiner is in Brussel (35,5 % verschil tussen de laagste en hoogste socio-economische positie) dan in Vlaanderen (58,5 % verschil) en Wallonië (65,7 % verschil) (Avalosse et al., 2019) niet in lijn met de verwachtingen. Onderzoek op basis van data uit het Rijksregister (Renard et al., 2017) heeft immers duidelijk aangetoond dat de socio-economische verschillen in mortaliteit het grootst zijn in Brussel, gevolgd door Wallonië en Vlaanderen en dit voor alle verschillende berekeningsmethoden die werden gebruikt. Ook is de inkomensongelijkheid het grootst in Brussel in vergelijking met andere grote steden in Vlaanderen en Wallonië (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2018).

We vermoeden dat er verschillende methodologische zaken aan de basis kunnen liggen van het verschil tussen de verwachtte en de gevonden resultaten voor Brussel. De resultaten kunnen immers extra gevoelig zijn voor toevallige schommelingen gezien de kleine aantallen van het fenomeen, wat zich ook uit in grote betrouwbaarheidsintervallen. Mogelijks draagt het feit dat we een proxy gebruiken om de individuele socio-economische positie te bepalen eveneens mee bij aan deze onstabiele resultaten bij kleine aantallen. Eenzelfde "afwijking" van het verwachte resultaat is eveneens zichtbaar voor de opname in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis (zie punt 3.9).

4. DETERMINANTEN

In het model van de Wereldgezondheidsorganisatie (2010), wordt de nadruk gelegd op de structurele determinanten van gezondheid, de zogenaamde 'oorzaken van de oorzaken', en hoe deze de gezondheid beïnvloeden via intermediaire factoren (figuur 16). Hieronder gaan we uitgebreid in op zowel de structurele en intermediaire determinanten van gezondheidsongelijkheden in Brussel aan de hand van vele voorbeelden.

4.1. STRUCTURELE DETERMINANTEN

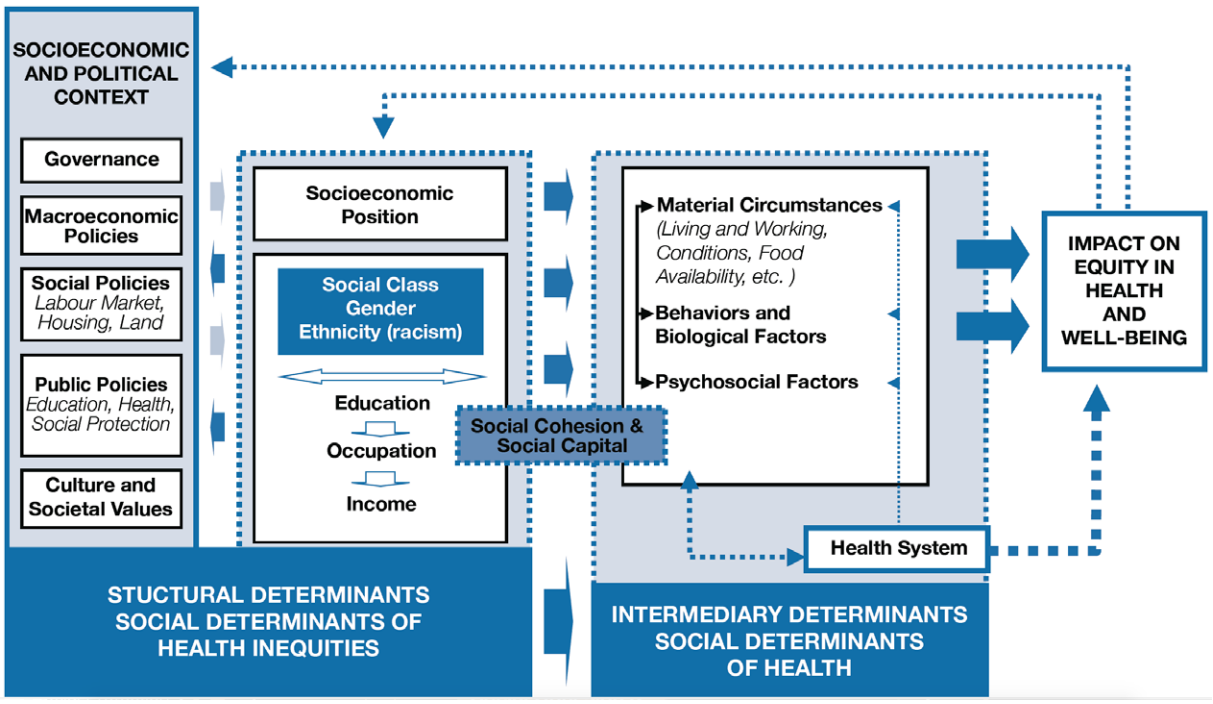
De algemene socio-economische en politieke context van een land of een regio beïnvloedt de omvang van socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Hierbij denken we aan de arbeidsmarkt, het onderwijssysteem, politieke instellingen en heersende culturele en sociale normen. Gezien de overweldigende invloed op gezondheid, wordt iemands' socio-economische positie zelf ook als een structurele determinant gezien.

4.1.1. SOCIO-ECONOMISCHE EN POLITIEKE CONTEXT

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn publiceert jaarlijks haar 'Welzijnsbarometer' waarin uitgebreid wordt ingegaan op de socio-economische context in Brussel en de gevolgen van beleidsmaatregelen voor de bevolking. De Welzijnsbarometer beschrijft zeer uitgebreid de socio-economische situatie van de Brusselaars en dit voor verschillende levensdomeinen, namelijk inkomen, werk, opleiding, huisvesting en maatschappelijke participatie. Hier geven we enkel heel kort enkele kenmerken van het Brusselse Gewest mee. Bij de beschrijving van de geografische ongelijkheden (deel 5) gaan we dieper in op de historische tendensen en hoe die geleid hebben tot de huidige duidelijke socio-economische segregatie binnen het Brussels Gewest.

Brussel is een economisch rijk Gewest (hoog BBP per inwoner), maar desondanks loopt ongeveer een derde van de bevolking het risico op armoede of sociale uitsluiting

Figuur 16: Conceptueel kader voor gezondheidsongelijkheden opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)



Overgenomen met toestemming van de uitgever: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), p. 48, copyright (2010).

(cijfers 2016). Dit komt onder meer doordat er een mismatch is tussen het grote aandeel laagopgeleiden in de Brusselse bevolking en het hoog aantal jobs voor hooggeschoolden. Ongeveer de helft van de jobs die gecreëerd worden in Brussel, wordt ingenomen door pendelaars uit Vlaanderen of Wallonië. De werkloosheidsgraad onder de Brusselaars is hoog, net als het aandeel vroegtijdige schoolverlaters. Er is bovendien een grote inkomensongelijkheid, die ook ruimtelijk zichtbaar is. De wijken met de laagste inkomens bevinden zich grotendeels in de 'arme sikkel[27]', de rijkere wijken bevinden zich hoofdzakelijk in het zuidoosten van het Gewest (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2006). Deze sterke geografische segregatie zorgt ervoor dat sociale en gezondheidsproblemen zich vaak accumuleren in een buurt.

De totale bevolking blijft toenemen in Brussel, met de nodige druk op onder andere de woningmarkt en het onderwijs als gevolg. De Brusselse bevolking is een uitgesproken jonge bevolking, in tegenstelling tot de andere Gewesten waar de bevolking veroudert. Het hoofdstedelijke Gewest kent een groot aandeel bewoners met een buitenlandse nationaliteit en huisvest ook een onbekend maar niet te verwaarlozen aantal personen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister.

De verschillende politieke bevoegdheden in het domein van gezondheid en welzijn zijn opgedeeld in het Brussels Gewest aangezien er drie verschillende Gemeenschapscommissies de gemeenschapsbevoegdheden opnemen (Vlaamse Gemeenschapscommissie, Franstalige Gemeenschaps-commissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschaps-commissie), naast de Franstalige Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap. Deze versnippering zorgt ervoor dat zowel gebruikers als professionelen soms hun weg niet vinden in het kluwen aan sociale- en gezondheidsvoor-zieningen.

4.1.2. SOCIO-ECONOMISCHE POSITIE

Iemands' socio-economische positie bepaalt in zeer belangrijke mate in welke condities er wordt geleefd en gewerkt en heeft vervolgens een overweldigende invloed op gezondheid. Iemands' socio-economische positie zorgt voor een accumulatie aan nadelige of voordelige determinanten voor gezondheid, met de gekende duidelijke socio-economische ongelijkheden in gezondheid als gevolg. Personen met een moeilijkere socio-economische positie accumuleren zo veel kwetsbaarheden (bv. door stress, moeilijke werkomstandigheden, ongezonde woning, etc.) terwijl ze net minder middelen hebben om zich hiertegen te beschermen (minder goede immuniteit, minder sociale steun, een moeilijkere toegang tot evenwichtige voeding, etc.) of de nadelige gevolgen te beperken (toegang en kennis over het gezondheidssysteem, informele zorg, preventie, etc.).

De positie op de maatschappelijke ladder, en dus iemands' socio-economische positie, wordt in belangrijke mate bepaald door zijn of haar sociale klasse, beroepsstatus, opleidingsniveau en inkomen. Ook etniciteit en geslacht kunnen iemands socio-economische positie mee beïnvloeden via mechanismen van (positieve of negatieve) discriminatie. De verschillende onderdelen van iemands socio-economische positie hangen vaak grotendeels samen. Van alle Europese lidstaten zijn de inkomens-verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden het grootst in België. Er is een toenemend armoederisico voor Belgen met een laag opleidingsniveau waardoor de kloof tussen laag- en hoogopgeleiden verder toeneemt. De drempel om de arbeidsmarkt te betreden is voor laaggeschoolden zeer hoog en de uitkeringen zijn meestal te laag om boven de armoedegrens te blijven en actief deel te nemen aan de samenleving (FOD sociale zekerheid, 2018). De welzijnsbarometers illustreren dat er ook in Brussel belangrijke ongelijkheden bestaan op het vlak van toegang tot de arbeidsmarkt naargelang geslacht, gezinstype, leeftijd, diploma of nationaliteit. Zo is bijvoorbeeld bijna één op drie actieve Brusselaars met een laag opleidingsniveau werkloos, tegenover één op zes hoogopgeleiden. Een recente studie door Actiris (2019), de openbare tewerkstellingsdienst in Brussel, toont aan dat de ongelijkheid volgens origine zeer groot is op de Brusselse arbeidsmarkt. Zo is de werkloos-heidsgraad van Brusselaars met Maghrebijnse of Afrikaanse roots maar liefst 3 tot 4 keer hoger dan bij Brusselaars van Belgische origine.

Het laatste thematische rapport "Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest" (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017) toont aan dat in Brussel vele kwetsbare personen ook nog eens door de mazen van het net van de sociale bescherming vallen en hun rechten (op uitkeringen of voordelen) niet opnemen. Dit doordat ze hun rechten niet kennen, niet opvragen, niet aangeboden krijgen of ervan uitgesloten werden, professionelen geen tijd of budget genoeg hebben of door de ingewikkelde procedures en toenemende toelatingscriteria.

Socio-economische verschillen in gezondheid worden vaak gemeten aan de hand van één indicator (bijvoorbeeld opleiding, beroepsstatus of inkomen). Hoewel de indicatoren vaak sterk samenhangen, is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat elke indicator een ander aspect meet van de socio-economische stratificatie en dus mogelijks ook een andere relatie heeft met gezondheid (zie Galobardes, 2006 voor een uitgebreide discussie). Inkomen bijvoorbeeld is eerder een middel dat kan worden ingezet voor een goede gezondheid. Opleiding daarentegen brengt bepaalde vaardigheden met zich mee, zoals het verwerken van informatie en het kunnen doeltreffend handelen ('*self-efficacy*'). Hogeropgeleiden hebben vaak een groter gevoel van controle over hun leven, waardoor ze vaker doelen op

27 Zone van het Brussels Gewest waar al meerdere decennia een concentratie van de op economisch vlak meest kansarme bevolkingsgroepen woont. Deze bestaat uit de wijken in het noorden en het westen van de eerste kroon. Deze wijken behoren tot de armste wijken van het Brussels Gewest, ze vormen een sikkel rond het stadscentrum, van de lage gedeelten van Vorst tot Sint-Joost-ten-Node.

lange termijn nastreven, zoals bij preventieve gezondheidsmaatregelen (Mirowsky en Ross, 2003). Sigaretten bijvoorbeeld zijn duur, maar toch roken lageropgeleiden vaker (zie punt 4.3.2.). Hier spelen financiële middelen dus minder een rol.

Hier in deze studie wordt iemands' socio-economische positie ingeschat aan de hand van informatie over inkomen[28]. Het is echter ook zeer nuttig om ongelijkheden op basis van bijvoorbeeld opleiding, inkomen, beroepsstatus alsook nationaliteit naast elkaar te bekijken, aangezien het inzicht kan verschaffen in de achterliggende mechanismen (Lorant, 2004). Binnen het bestek van deze studie, zullen we dit enkel doen bij de bespreking van gezondheidsgedrag (zie punt 4.3.2.).

4.2. SOCIAAL KAPITAAL

Er bestaat geen eensgezindheid over de definitie van het concept van sociaal kapitaal. Dit theoretische concept is namelijk erg ideologisch geladen. We gaan er hier dan ook niet verder op in. Echter, dit mag niet worden verward met andere psychosociale factoren, zoals het sociaal netwerk van personen, de kwaliteit van hun sociale relaties, de mate van sociale steun, etc. dewelke een duidelijke invloed hebben op gezondheid. Deze aspecten worden hieronder besproken bij psychosociale factoren en sociale omgeving (punt 4.3.3.).

4.3. INTERMEDIAIRE DETERMINANTEN

De invloed van de structurele determinanten op gezondheid gebeurt via de zogenaamde intermediaire determinanten. In het model worden deze opgedeeld in vier grote groepen namelijk materiële condities, gezondheidsgedrag en preventie, psychosociale factoren en sociale omgeving en gezondheidszorg.

4.3.1. MATERIËLE CONDITIES

Onder materiële condities worden onder andere de werkcondities gezien, de huisvesting en de financiële koopkracht.

De **werkcondities** van een fabrieksarbeider zijn doorgaans minder gunstig dan die van een bediende of een kaderlid. Denken we hierbij niet enkel aan de blootstelling aan gevaarlijke stoffen of werksituaties, maar ook aan de werkcondities die belangrijk zijn voor het mentale welzijn zoals de mate van autonomie en verantwoordelijkheid, de werkdruk en de job (on)zekerheid (Siegrist, 1996). Het Observatorium berekende dat arbeidsongevallen bij arbeiders in het Brussels Gewest vaker ernstige gevolgen hebben dan de ongevallen bij bedienden. In 2015 leidde 17,5 % van de ongevallen bij arbeiders tot blijvende arbeidsongeschiktheid, tegenover 11,2 % van de ongevallen bij bedienden (Mazina et al., 2017).

Bepaalde aspecten van **huisvesting** kunnen een directe invloed hebben op gezondheid, zoals overbevolking, vochtproblemen en andere soorten binnenhuisvervuiling. Binnenhuisvervuiling wordt gelinkt aan de aantasting van de onderste luchtwegen, naast gastro-intestinale klachten, huidklachten, chronische vermoeidheid, asthenie, hoofdpijn en neurologische klachten (Leefmilieu Brussel, 2008). Een overbevolkte woning is niet enkel nadelig voor de verspreiding van besmettelijke ziekten, maar het genereert ook stress en geluidsoverlast. Verschillende problemen met de ondermaatse kwaliteit van de woning worden vaak gecumuleerd.

Ook de voor- of nadelen van de **woonbuurt** komen vaak in een *'package deal'*. Een kwaliteitsvolle en ruime woning in een meer gegoede buurt schept een geheel ander levenskader met vaak ook minder geluidsoverlast, meer groene ruimtes en sportvoorzieningen. Een ander sprekend voorbeeld van socio-economische verschillen in leefomgeving in Brussel, is het protest tegen de nachtvluchten. Het protest was goed georganiseerd in de welstellende buitenwijken van het Brussels Gewest. Dit heeft geleid tot een toename van de nachtvluchten over de centraler gelegen wijken die dichtbevolkt zijn en gemiddeld genomen een stuk minder welstellend zijn (Cornut et al., 2007). Dus ook minder 'fysieke' kenmerken, zoals de sociale dynamiek van de leefomgeving kunnen een invloed hebben op de gezondheid, denk hierbij ook bijvoorbeeld aan vertrouwen, subculturen of normen rond bijvoorbeeld roken of druggebruik maar ook aan sociale steun (zie punt 4.3.3.).

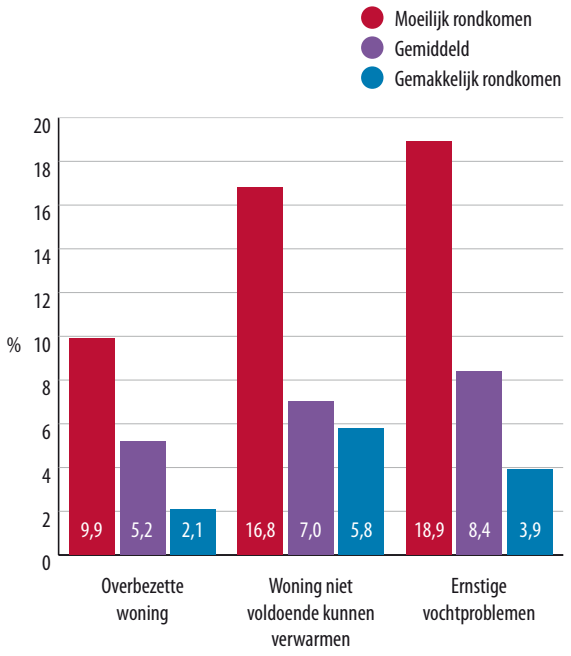
Zeker in Brussel is de sociale segregatie groot en bestaan er dus de grote verschillen tussen buurten. De sterke differentiatie binnen de Brusselse huisvesting is het resultaat van historische, economische en sociale evoluties die zich vandaag de dag ook nog voortzetten. Zo blijven de onaantrekkelijke en verloederde arbeidersbuurten de meest kansarme huishoudens aantrekken, terwijl de groene en rustige omgeving in het zuidoosten een gegeerde woonplaats blijft voor de meest welgestelde gezinnen

28 Voor de analyses op basis van de Gezondheidsenquête gebruiken we meer specifiek, de informatie over de financiële draagkracht van de respondent. Deze is gebaseerd op de vraag "Met dit inkomen voor ogen, is uw huishouden in staat om de eindjes aan elkaar te knopen?". Deze indicator heeft als voordeel dat er minder ontbrekende waarden zijn dan voor de indicator van inkomen in een bedrag. Bovendien krijgen we zo een idee van de gehele financiële draagkracht van een gezin, aangezien personen vaak verschillende inkomensbronnen (levensverzekeringen, inkomsten uit vastgoed, …) hebben naast een inkomen uit werk.

(Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2006, p74) (zie ook punt 5).

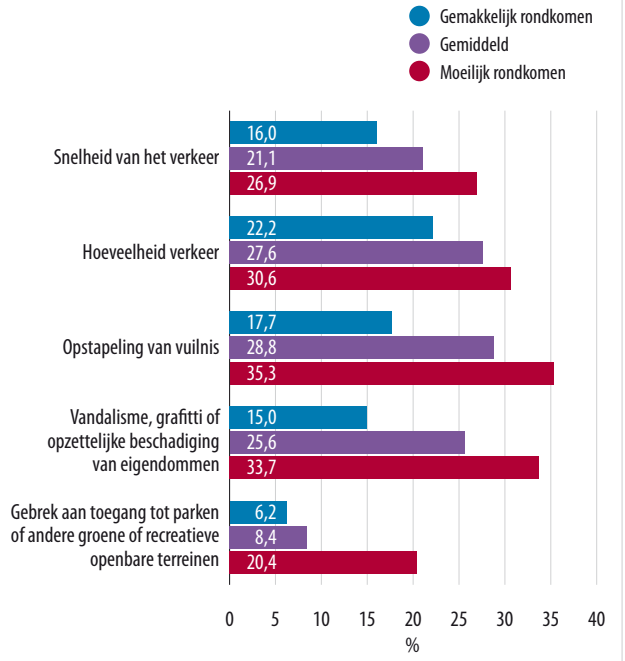
De Gezondheidsenquête geeft ons een idee van de socio-economische verschillen in leefomgeving. Onder de Brusselse huishoudens die aangeven dat ze moeilijk rondkomen, meldt 34 % minstens één probleem met de kwaliteit van hun woning (vocht in de woning, overbezetting en/of problemen met verwarming), tegenover 11 % onder de Brusselse huishoudens die gemakkelijk rondkomen (niet geïllustreerd). Figuur 17 geeft een overzicht van de verschillen voor elk van deze aspecten van woonkwaliteit apart. De duidelijke socio-economische ongelijkheden voor nog enkele andere omgevingsfactoren met een invloed op de gezondheid (toegang tot groen, vandalisme, vuilnis, verkeer) zijn terug te vinden in figuur 18.

Figuur 17: Percentage huishoudens met een comfortprobleem in hun woning, naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013
Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Figuur 18: Aandeel van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat in hun woonbuurt gehinderd werd door een bepaalde omgevingsfactor, naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013
Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

4.3.2. GEZONDHEIDSGEDRAG EN PREVENTIE

Inleiding

Bij gezondheidsgedrag en preventie denken we aan voeding, fysieke activiteit, roken, alcoholgebruik, de deelname aan kankerscreeningscampagnes, enz. Het is niet altijd louter een rationele "keuze" om een bepaald (on)gezond gedrag te stellen. Het moet worden gekaderd binnen de opportuniteiten en de moeilijkheden die samenhangen met iemands' socio-economische levenssituatie (Cockerham, 2007).

Hieronder worden de socio-economische ongelijkheden voor een aantal gezondheidsgedragingen geïllustreerd. Drie belangrijke zaken moeten hierbij in het achterhoofd worden gehouden. Ten eerste, kan het best zijn dat er ook een omgekeerde relatie wordt gevonden (bv. het aandeel alcoholdrinkers is hoger onder de hoogopgeleiden) of geen relatie (bv. lichaamsbeweging verschilt niet naar socio-economische positie in Brussel). Culturele aspecten kunnen ook deels meespelen. Het gaat echter om de gezamenlijke bijdrage van alle verschillende determinanten op gezondheid.

Ten tweede, wordt er in onderzoek veel aandacht geschonken aan de link tussen socio-economische positie en gezondheidsgedrag, maar dit wil niet zeggen dat

gezondheidsgedrag ook de belangrijkste determinant is van socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Wanneer geen rekening wordt gehouden met de sociale context waarbinnen personen hun gezondheids-"keuzes" maken, bestaat het impliciete risico dat mensen volledig verantwoordelijk geacht worden voor hun gezondheidsproblemen (Cohn, 2014; Lynch, 2017).

Ten derde, bekijken we voor de geïllustreerde gezondheidsgedragingen (roken, passief roken, voldoende lichaamsbeweging, dagelijks fruit en groeten eten, tanden poetsen en alcoholgebruik) de samenhang met zowel de financiële draagkracht als het opleidingsniveau. Zoals hierboven werd aangehaald (zie punt 4.1.2.), kunnen op die manier verschillende onderliggende mechanismen duidelijk worden. We kunnen dit enkel doen voor de indicatoren die gebaseerd zijn op de Gezondheidsenquête. Dat is niet mogelijk voor de IMA-indicatoren aangezien deze databank geen informatie over gezondheidsgedragingen bevat, noch over opleidingsniveau.

Gezondheidsgedrag

De focus ligt hier op het geven van een overzicht van het al dan niet bestaan van een sociale gradiënt voor verschillende gezondheidsgedragingen en dit voor zowel inkomens- als opleidingsverschillen (zie tabel 2).

Tabel 2: Overzicht van het al dan niet bestaan van een sociale gradiënt voor verschillende gezondheidsgedragingen, naar financiële draagkracht en opleiding, Brussels Gewest, 2013

	Brussel*	
	Per financiële draagkracht	Per opleidingsniveau
Dagelijks 2 porties fruit	Geen sociale gradiënt	Sociale gradiënt
Dagelijks 2 porties groenten	Geen sociale gradiënt	Sociale gradiënt
Tanden poetsen 2 x per dag	Geen sociale gradiënt	Sociale gradiënt**
Dagelijkse roken	Sociale gradiënt	Sociale gradiënt**
Passief roken	Sociale gradiënt	Sociale gradiënt
Voldoende lichaamsbeweging	Geen sociale gradiënt	Geen sociale gradiënt
Alcoholgebruik (het afgelopen jaar)	Omgekeerde sociale gradiënt	Omgekeerde sociale gradiënt

Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013
Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel
* Na standaardisatie voor geslacht en leeftijd (Europese referentiepopulatie, 2013); 95 % betrouwbaarheidsniveau. Een sociale gradiënt wordt hier opgetekend wanneer deze zichtbaar is, en er minstens tussen twee groepen een statistische significant verschil bestaat.
** Betrouwbaarheidsniveau 90 % ipv 95 %

Tanden poesten en het dagelijks eten van de aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit verschilt niet significant naar financiële draagkracht maar wel naar opleidingsniveau. Bij deze gezondheidsgedragingen is de financiële kost beperkt en gaat het waarschijnlijk eerder om het belang dat er aan wordt gehecht net als het stellen van lange termijn doelstellingen voor gezondheid. Hiervoor is immers niet altijd ruimte als er vele andere (monetaire) dagdagelijkse zorgen zijn die zich dwingender en op veel kortere termijn aandienen.

Voor roken en passief roken vinden we een sociale gradiënt als we kijken naar inkomensverschillen én naar opleidingsverschillen. Lageropgeleiden en personen met een beperktere financiële draagkracht zijn vaker rokers en roken vaker mee. Hoewel sigaretten veel geld kosten, zijn financiële motieven dus toch van ondergeschikt belang. Roken kan een manier zijn om de dagelijkse stress beter te verdragen die moeilijke werk of levensomstandigheden met zich meebrengen, waardoor het nastreven van gezondheid (zoals het vermijden van een COPD, zie punt 3.6) eveneens naar de achtergrond verdwijnt.

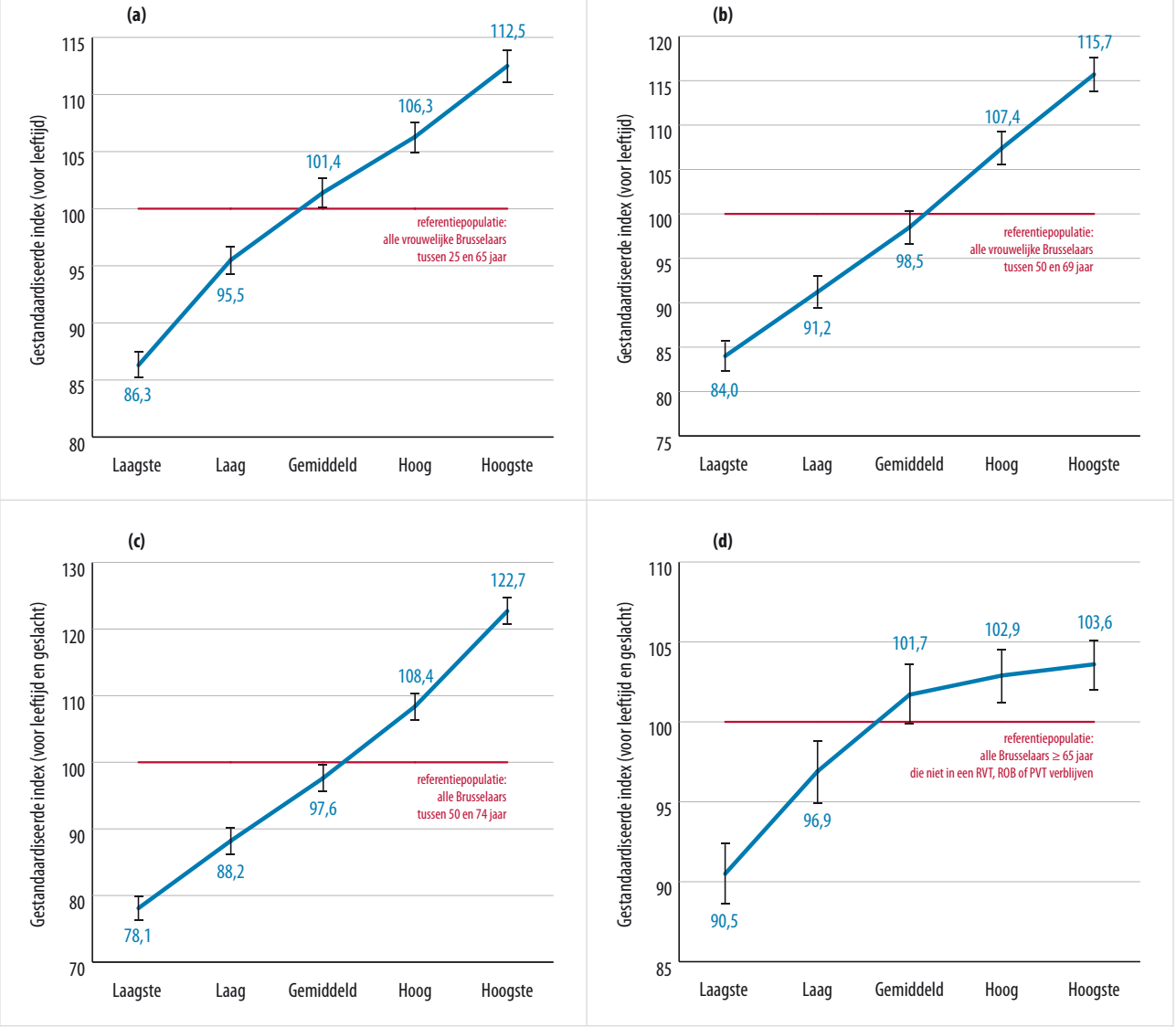
Voldoende lichaamsbeweging kan op verschillende manieren worden gedefinieerd. Hier kijken we naar het uitoefenen van voldoende lichaamsbeweging om een positieve impact te hebben op gezondheid[29] en zien we geen verschillen naar inkomen noch naar opleiding. Dit is verschillend dan voor het ganse land waar wel significante opleidingsverschillen worden gevonden (Drieskens, 2014). In welke mate de stedelijke context hierin een rol speelt in minder duidelijk. Hoewel voor deze indicator geen significante verschillen worden gevonden tussen de verstedelijkte en landelijke gebieden in België, is dat wel het geval voor de hoeveelheid lichaamsbeweging die nodig is om gewichtstoename te voorkomen, de lichaamsbeweging die nodig is om cardiovasculaire ziekten te voorkomen, en 30 min lichaamsbeweging per dag. Volgens deze laatste drie definities wordt in stedelijke gebieden duidelijk minder bewogen dan in landelijke gebieden (Drieskens, 2014).

In Brussel vinden we een omgekeerde gradiënt voor het drinken van alcohol het afgelopen jaar en dit zowel voor verschillen in financiële draagkracht als voor opleidingsniveau. Het beeld is wel complexer als we de verschillende geconsumeerde hoeveelheden alcohol in beschouwing nemen (Gisle, 2014). Wel is duidelijk dat het aandeel geheelonthouders groter is in Brussel dan in de andere grote steden. Dit is voornamelijk te verklaren door de grote aanwezigheid in Brussel van gemeenschappen die geen alcohol gebruiken omwille van culturele of religieuze redenen. In totaal heeft 26 % van de Brusselaars ouder dan 15 jaar geen alcohol gedronken gedurende de 12 maanden voorafgaand aan de enquête in 2013. Dit ligt een stuk hoger dan in Vlaanderen (16 %) en Wallonië (20 %) (Missinne et al., 2017).

Op basis van de data van het IMA kunnen we deelname aan kankerscreening en het griepvaccin bestuderen (figuur 19). In België wordt sinds 2009 om de drie jaar een uitstrijkje terugbetaald aan alle vrouwen tussen de 25 en de 65 jaar

29 Een indicator aangemaakt volgens de *'International Physical Activity Questionnaire'* (IPAQ) 2004 aanbevelingen, zie Driekens et al. (2014) voor meer methodologische details.

Figuur 19: Baarmoederhalsscreening (a), borstkankerpreventie-ongeacht het type onderzoek (b), colonoscopie (c) en griepvaccinatie (d), naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

(Arbyn et al., 2015) (screeningsdekking[30] bij de Brusselse vrouwen tussen de 25-65 jaar: 39,06/100).

Voor borstkanker bestaan er een georganiseerde opsporings-programma's in de drie regio's voor vrouwen van 50 t.e.m. 69 jaar (Stichting tegen Kanker, 2019[31]). Aangezien in Brussel veel vrouwen een zogenaamde "diagnostische" mammografie laten uitvoeren (opportunistische screening) buiten het georganiseerde opsporingsprogramma ('mammotest'), worden hier de cijfers getoond voor beide vormen van opsporing samen (screeningsdekking bij de Brusselse vrouwen van 50-69 jaar: 52,17/100). Sinds oktober 2018 wordt een nieuw gecoördineerd screeningsprogramma voor dikkedarmkankerscreening uitgetest in Brussel voor 50-74 jarigen[32]. De gegevens over dit zeer recente programma zijn nog niet beschikbaar. We bekijken hier de socio-economische verschillen voor het ondergaan van een colonoscopie (uitvoering van minstens één colonoscopie tussen 2006 en 2016: totaal aandeel onder de Brusselaars tussen 50-74 jaar: 19,1/100). Een colonoscopie is de tweede stap in de opsporing van darmkanker en wordt uitgevoerd indien er in de eerste fase een indicatie werd gevonden via een stoelgangtest[33].

30 Er dient opgemerkt te worden dat de cijfers van het IMA mogelijks het reële aandeel vrouwen dat een uitstrijkje liet uitvoeren onderschat (zie Devos et al., 2019).

31 https://www.kanker.be/alles-over-kanker/alle-types-kanker/borstkanker/onderzoeken (geconsulteerd op 29/08/2019)

32 http://www.ccc-ggc.irisnet.be/nl/opsporing-van-dikkedarmkanker-het-brussels-gewest

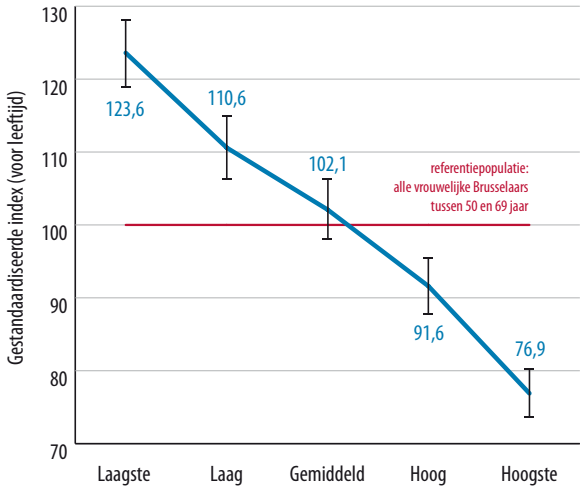
33 We kunnen evenwel niet uitsluiten dat een colonoscopie voor een andere reden dan voor kankeropsporing werd uitgevoerd.

Een griepvaccin wordt aangeraden voor kwetsbare groepen, zoals chronische zieken, zwangere vrouwen en personen van 65 jaar en ouder (WHO, 2018). We bekijken de socio-economische ongelijkheden voor de 65-plussers[34] (totaal aandeel onder de referentiepopulatie: 44,7/100).

Voor de drie types van kankeropsporing zien we een heel duidelijke sociale gradiënt, waarbij de kans op een preventieve screening systematisch hoger is, naarmate de socio-economische positie toeneemt. Voor alle drie de kankeropsporingen is het verschil tussen de rijkste en armste groep zeer groot (ratio baarmoederhalskanker: 1,30; borstkanker: 1,38; dikke darmkanker: 1,57). De zwakste socio-economische groep wordt ook significant minder vaak gevaccineerd (9,5 %), net als de hieropvolgende groep (3,1 %). Tussen de drie hoogste socio-economische groepen zijn er geen significante verschillen voor griepvaccinatie.

In Brussel bereikt het georganiseerde borstkanker-opsporingsprogramma, dat gratis is, in verhouding meer sociaal zwakkere vrouwen en kan een omgekeerde sociale gradient worden waargenomen (figuur 20). De armste vrouwen nemen gemiddeld 23,6 % vaker dan gemiddeld deel aan het screeningprogramma. De volgende groepen gaan systematisch minder vaak naargelang hun inkomen hoger is. Echter, gezien de beperkte deelname aan het georganiseerde screeningsprogramma (10,9 % van de Brusselse vrouwen tussen de 50-69 jaar) worden de grote socio-economische verschillen die er bestaan bij het opportunistisch screenen (41,3 % van de Brusselse vrouwen tussen de 50-69 jaar, niet geïllustreerd) niet gecompenseerd en blijft er een zeer sterke sociale gradiënt bestaan voor borstkankerscreening in zijn geheel (figuur 19b).

Figuur 20: Borstkankerpreventie – via bevolkingsonderzoek naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

34 De personen die in een rusthuis, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven vallen buiten de analyse, aangezien deze vaccinaties door de instelling worden georganiseerd.

Gezondheidsvaardigheden (*'health literacy'*)

Het verschil in gezondheidsvaardigheden (*'health literacy'*) wordt vaak aangewend als verklaring voor de socio-economische verschillen in gezondheidsgedrag, maar het is belangrijk om voorzichtig te zijn met dit concept (zie verder). Gezondheidsvaardigheden worden gedefinieerd als "de motivatie en het vermogen van personen om de juiste informatie over gezondheid te vinden, ze te kunnen begrijpen, te evalueren en toe te passen bij het nemen van beslissingen over medische zorgen, ziektepreventie en gezondheidsbevordering" (Sorensen, 2017, p.3). Verschillen in gezondheidsvaardigheden moeten worden gezien als een continuüm, net zoals ook de socio-economische verschillen in gezondheid geen zaak zijn van een beperkte groep, maar een sociale gradiënt vormen over de gehele bevolking.

Het niveau van gezondheidsvaardigheden hangt sterk samen met het opleidingsniveau en het niveau van algemene geletterdheid (Sorensen et al., 2012), ook in België (Van den Broucke en Renward, 2014; Avalosse et al., 2017). Opleiding zorgt voor de ontwikkeling van allerlei cognitieve vaardigheden zoals het verwerken van informatie en het kunnen doeltreffend handelen (Mirowsky en Ross, 2003). Volgens de redenering van wetenschappers, maken lageropgeleiden vaker ongezonde keuzes door hun beperktere gezondheidsvaardigheden. De recentste Belgische studie, berekende dat in Brussel bijna 4/10 personen (38 %) "onvoldoende" gezondheidsvaardigheden hebben, wat evenveel is als in Vlaanderen en iets minder dan in Wallonië (Avalosse et al., 2017).

Belangrijk is om dit concept in zijn context te plaatsen. Tot voor kort, was het hoofdzakelijk in de Verenigde Staten en in Canada dat het werd aangewend. De laatste 10 jaar krijgt het concept ook in Europa veel wetenschappelijke en politieke aandacht. Initieel werd het accent gelegd op individuele vaardigheden in een medische zorgcontext, zoals de interactie tussen dokter en patiënt. Recentelijk werd het concept ook uitgebreid naar ziektepreventie en gezondheidspromotie, zoals duidelijk werd uit bovenstaande definitie uit 2012 (Sorensen et al., 2012). Echter, door te benadrukken dat een tekort aan vaardigheden aan de basis ligt van ongezonde gewoonten, bestaat het gevaar dat het als een individueel probleem gezien wordt, terwijl de onderliggende structurele determinanten vergeten of genegeerd worden. Tegenwoordig ligt de focus nog steeds te veel op individuele interventies, terwijl verschillen in gezondheidsvaardigheden op verschillende niveaus moeten worden aangepakt (onderwijs, gezondheidszorg, …). Het moet worden vermeden dat dit "nieuwe concept" gebruikt wordt zonder iets te veranderen aan de huidige gang van zaken. Zo is het bijvoorbeeld de taak van de volledige gezondheidszorg (overheden, zorgverleners, etc.) om administratieve drempels weg te werken, om risicopatiënten te identificeren en adequaat te begeleiden. Het is dus niet enkel de individuele verantwoordelijkheid van het individu met beperkte gezondheidsvaardigheden (Van den Broucke, 2015).

4.3.3. PSYCHOSOCIALE FACTOREN EN SOCIALE OMGEVING

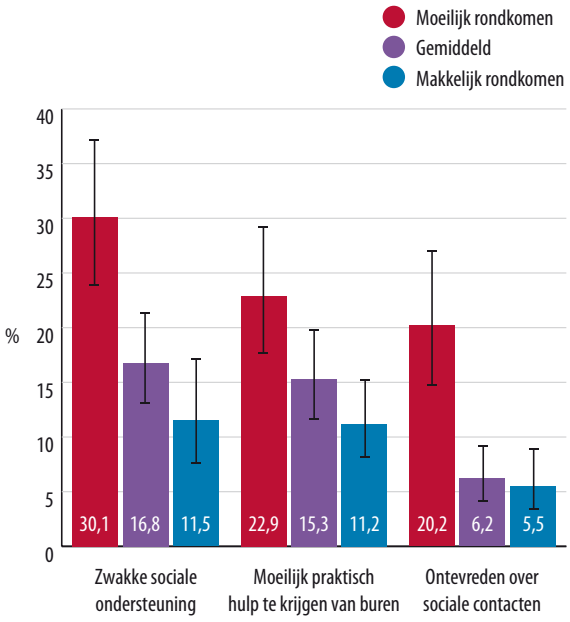
Een volgende groep intermediaire determinanten omvat het sociaal netwerk, de sociale relaties, de mate van sociale steun, maar ook de psychosociale kenmerken van de levens- en werkomstandigheden (stress, de mate van autonomie) en de mogelijke coping-mechanismen om hiermee om te gaan.

Iemands' sociale netwerk kan op verschillende manieren een belangrijke rol spelen. Sociale steun beschermt mensen tegen ziekten aangezien het beantwoordt aan de fundamentele behoefte om zich veilig en genegen te voelen en het helpt om beter met stress te kunnen omgaan. Epidemiologische studies tonen enerzijds een rechtstreeks verband tussen sociale steun en fysieke en mentale gezondheid. Anderzijds kan sociale steun ook indirect de gezondheid beïnvloeden doordat het mensen beschermt tegen de nefaste gevolgen van stress op de gezondheid. Mensen die sociaal gesteund worden kunnen beter omgaan met alle gebeurtenissen en tegenslagen in het leven (Demarest, 2015).

Figuur 21 illustreert dat onder de personen met de zwakste financiële draagkracht, 30,1 % aangeeft een zwakke sociale ondersteuning te hebben en 22,9 % geeft aan dat het moeilijk is om praktische hulp te krijgen van buren. Onder de personen die gemiddeld rondkomen liggen deze aandelen lager (respectievelijk 16,8 % en 15,3 %) en ze liggen nog lager voor zij die gemakkelijk rondkomen (respectievelijk 11,5 % en 11,2 %). We bekijken nog een derde indicator die eerder naar de tevredenheid met de sociale contacten peilt. Hier zien we een heel groot verschil tussen enerzijds de personen die moeilijk rondkomen (20,2 %) en anderzijds de personen die gemiddeld of makkelijk rondkomen waarbij een veel kleiner aandeel ontevreden is over hun sociale contacten (telkens rond de 6 %).

Ook kan het sociaal netwerk op nog een andere manier de gezondheid beïnvloeden. Er wordt al eens advies of een gunst gevraagd aan bijvoorbeeld een bevriend advocaat of arts. Vooral hoogopgeleiden zullen die mogelijkheid hebben, aangezien het sociaal netwerk vaak bestaat uit personen met een gelijkaardig socio-economisch profiel. Ook kunnen personen beïnvloed worden door het gezondheidsgedrag van de personen in hun sociale omgeving. Onderzoek heeft het belang van groepsdynamieken reeds aangetoond voor bijvoorbeeld alcoholgebruik (Rosenquist et al., 2010), eetgewoonten (Christakis en Fowler, 2007; Pachucki et al., 2011), het stoppen met roken (Christakis en Fowler, 2007) of omgekeerd, het beginnen roken (Lorant et al., 2015). Deze laatstgenoemde studie toonde bijvoorbeeld de grote impact van enkele rokende, zeer populaire leerlingen op het rookgedrag van hun schoolvrienden.

Figuur 21: Percentage van de bevolking van 15 jaar of ouder dat zijn sociale ondersteuning als zwak omschrijft , die moeilijk praktische hulp van de buren kunnen verkrijgen en die ontevreden zijn over hun sociale contacten, naar financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013*



*Gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht (Europese referentiepopulatie, 2013)
Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013
Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

4.3.4. GEZONDHEIDSZORG

Ten slotte wordt de gezondheidszorg gezien als een cruciale speler om de nadelige effecten van de gezondheidsdeterminanten te mediëren. Het kan dus zelf ook een intermediaire determinant zijn. Een toegankelijke gezondheidszorg kan namelijk de nadelige gevolgen enigszins temperen van een grotere blootstelling aan gezondheidsrisico's of de grotere kwetsbaarheid van personen met een lagere socio-economische positie. Dit wil evenwel niet zeggen dat beleidsmaatregelen gericht op gezondheidsongelijkheden zich kunnen beperken tot het domein van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg moet gezien worden als één van de cruciale determinanten voor gezondheidsongelijkheden, naast de vele andere determinanten hierboven besproken. Al te vaak wordt gezondheidsbeleid, wat veel ruimer is (gezondheidsbevordering, initiatieven mbt huisvesting, werk, opleiding, …) verward met of verengd tot beleid over het gezondheidszorgsysteem. Dit is problematisch, zoals Sir Michael Marmot, een autoriteit op het gebied van gezondheidsongelijkheden, het sprekend verwoordt: *"Why treat people and send them back to the conditions that made them sick?"* (Marmot, 2015). Uiteraard moeten mensen worden verzorgd, maar de onderliggende determinanten moeten eveneens worden aangepakt.

Bovendien als het gaat over gezondheidszorg, mag de aandacht ook niet worden beperkt tot de financiële toegankelijkheid van zorg en preventie. Ook andere aspecten zijn belangrijk zoals de afwezigheid van sociale, culturele – en taalbarrières, patiëntervaringen (wachttijden, voldoende tijd voor patiënt, verstaanbare uitleg en mogelijkheid tot het stellen van vragen, …) en een overzichtelijke organisatie en informatiedoorstroming tussen zorgverleners. In Brussel is het aanbod aan zorg en sociale dienstverlening erg versnipperd waardoor niet alleen de patiënt maar ook zorgverstrekkers zich dreigen te verliezen in het aanbod. Hervormingen zijn momenteel aan de gang, waaronder het oprichten van een eengemaakte structuur ter ondersteuning van de eerstelijnszorg[35].

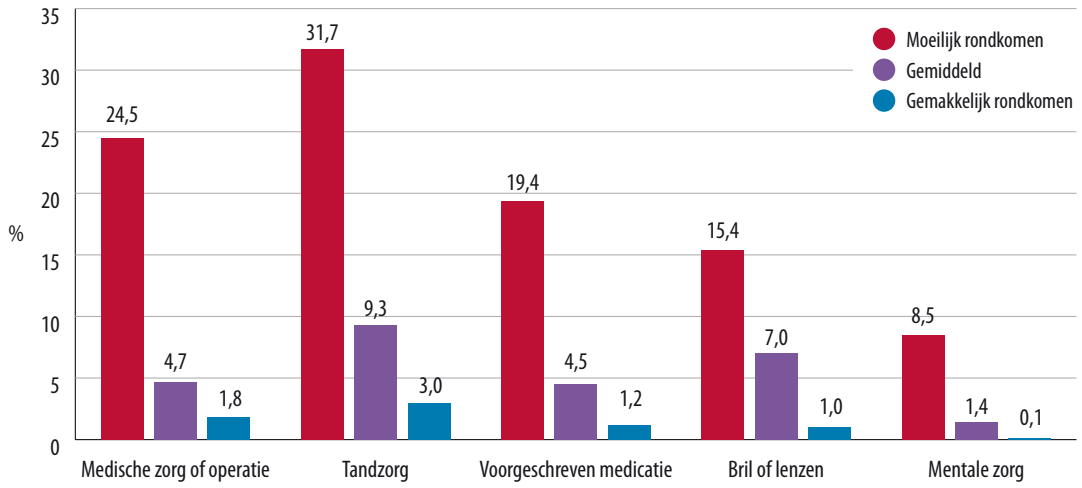
Financiële toegankelijkheid

De financiële toegang tot gezondheidszorgen blijft moeilijk voor heel wat Brusselse huishoudens. Uit de Gezondheidsenquête 2013 blijkt dat 22,5 % van de Brusselaars verklaart enige vorm van gezondheidszorg te hebben uitgesteld omwille van financiële redenen[36]. Het uitstellen van gezondheidszorgen neemt systematisch toe, naarmate men financieel moeilijker rondkomt (figuur 22). Huishoudens die het financieel moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen, stellen vaker zorgen of zorgaankopen uit. Het vaakst stellen zij tandzorg uit (31,7 %). Ook wordt medische zorg of een operatie (24,5 %), de aankoop van voorgeschreven medicatie (19,4 %) en de aankoop van een bril of lenzen (15,4 %) regelmatig door hen uitgesteld. Mentale zorg wordt uitgesteld door 8,5 % van de huishoudens in financiële moeilijkheden. Opnieuw wordt een sociale gradiënt geobserveerd.

In Brussel is een veel groter aandeel van de bevolking (12,6 % van de IMA-bevolking in 2016) ingeschreven bij een wijkgezondheidscentrum of medisch huis (*'maison médicale'*) dan in Vlaanderen (1,6 % van de IMA-bevolking in 2016) en Wallonië (3,9 % van de IMA-bevolking in 2016) (Atlas IMA, 2019). Medische huizen zijn doorgaans financieel toegankelijker. Een studie van het IMA (2017) toonde aan dat zorgverlening via wijkgezondheidscentra/medische huizen de overheid evenveel kost als de klassiekere prestatiegeneeskunde. Echter, de patiënt is goedkoper af, aangezien er meestal geen remgeld moet worden betaald. Mits enkele uitzonderingen liggen de meeste medische huizen in het centrum van Brussel en in de arme sikkel (Missinne en Luyten, 2018).

Aangezien socio-economisch zwakkere groepen zorg vaker uitstellen en vaker geconfronteerd worden met comorbiditeit(en) kan specialistische zorg, een hospitalisatie of een spoedopname sneller nodig zijn. Echter, in Brussel is het aandeel specialisten dat geconventioneerd[37] is een stuk lager dan in de twee andere regio's (atlas IMA, 2019). De patiënt riskeert dus vaker om bijkomende supplementen

Figuur 22: Percentage huishoudens die verklaren in het afgelopen jaar gezondheidszorgen te hebben moeten uitstellen om financiële redenen, naargelang financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013



Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

35 Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid van 4 april 2019

36 De Gezondheidsenquête vormt hier een zéér belangrijke aanvulling op de IMA-gegevens. Deze zijn immers minder geschikt om de (financiële) toegankelijkheid te bestuderen aangezien de facturatiegegevens per definitie enkel de personen bevatten die de stap naar de zorgverlener hebben gemaakt.

37 Een geconventioneerde arts houdt zich aan de officiële tarieven en de patiënten moeten dus geen (ereloon)supplementen betalen. Cijfers van 2018, beschikbaar via http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees; geconsulteerd op 01/06/2019

te moeten betalen die niet terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering. Ook bij ziekenhuisopnames is de kans om (hoge) ereloonsupplementen te moeten betalen een stuk hoger in Brussel (31 %), dan in Wallonië (21 %) en Vlaanderen (16 %) (Atlas IMA, 2019). Bovendien moeten de Brusselaars gemiddeld hogere bedragen aan ereloonsupplementen betalen bij een klassieke ziekenhuisopname en is het risico om dan ook geconfronteerd te worden met heel hoge ereloonsupplementen veel groter in Brussel. Er bestaan grote praktijkverschillen in het aanrekenen van supplementen tussen de ziekenhuizen in Brussel, maar de patiënt krijgt hierover veel te weinig adequate informatie (Ackaert et al., 2019).

Patiëntenervaringen

Naast de financiële toegankelijkheid zijn ook andere aspecten van de gezondheidszorg belangrijk voor gezondheidsongelijkheden. In de Gezondheidsenquête 2013 worden enkele patiëntenervaringen bevraagd, namelijk of de arts voldoende tijd per patiënt besteedt, zaken op een verstaanbare manier uitlegt en de gelegenheid geeft tot het stellen van vragen. In het algemeen scoort België zeer goed, en komt het als beste (of op één na beste) leerling uit de vergelijking met 14 andere landen van de Internationale Organisatie voor Economische samenleving en ontwikkeling (OESO) (Van der Heyden, 2013; OESO, 2018).

Brussel doet het iets slechter dan de andere Belgische regio's wat betreft de wachttijd voor het maken van een afspraak en de wachttijden in de wachtkamer, bij zowel de huisarts als de specialist. Met als gevolg dat een groter aandeel van de bevolking aangaf zorg uit te stellen omdat het te lang duurde vooraleer een afspraak kon worden vastgelegd (9,2 % in Brussel; 3,9 % in Wallonië en 2,5 % in Vlaanderen). Hogeropgeleiden gaven significant vaker dan lageropgeleiden aan dat de specialist zaken op een verstaanbare manier uitlegde en dat ze de gelegenheid kregen om vragen te stellen of bezorgdheden te uiten. Bij de huisarts worden geen socio-economische verschillen waargenomen voor deze twee indicatoren (Van der Heyden, 2013).

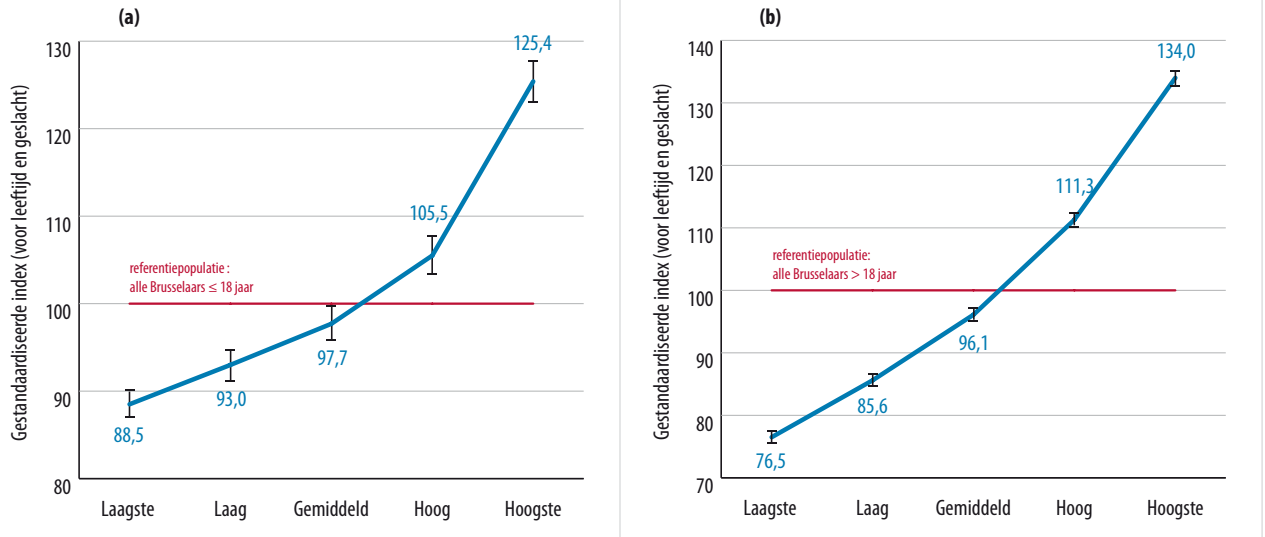
Een focus op tandzorg

We zoomen nog even in op tandzorg, aangezien dit de zorg is die het vaakst wordt uitgesteld door personen die het moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen (zie hierboven). De OESO schat dat in België 15,9 % van de totale kosten voor gezondheid uit eigen zak worden betaald. Voor tandzorg ligt dat echter nog een stuk hoger. De eigen betalingen voor tandzorg worden in 2016 op maar liefst 57,6 % geschat, wat een stijging is ten opzichte van 2004 (50 %) (Devos, 2019).

Het wordt aangeraden om minstens elk jaar naar de tandarts te gaan. Zo'n jaarlijkse controle is belangrijk voor de mondgezondheid en de algemene gezondheid. Er zijn grote socio-economische verschillen in preventieve tandzorg, zowel voor kinderen onder de 18 jaar als voor volwassenen (zie figuur 23) (totaal aandeel onder de Brusselse kinderen (≤ 18 jaar): 20,12/100; totaal aandeel onder de Brusselse volwassenen: 22,63/100).

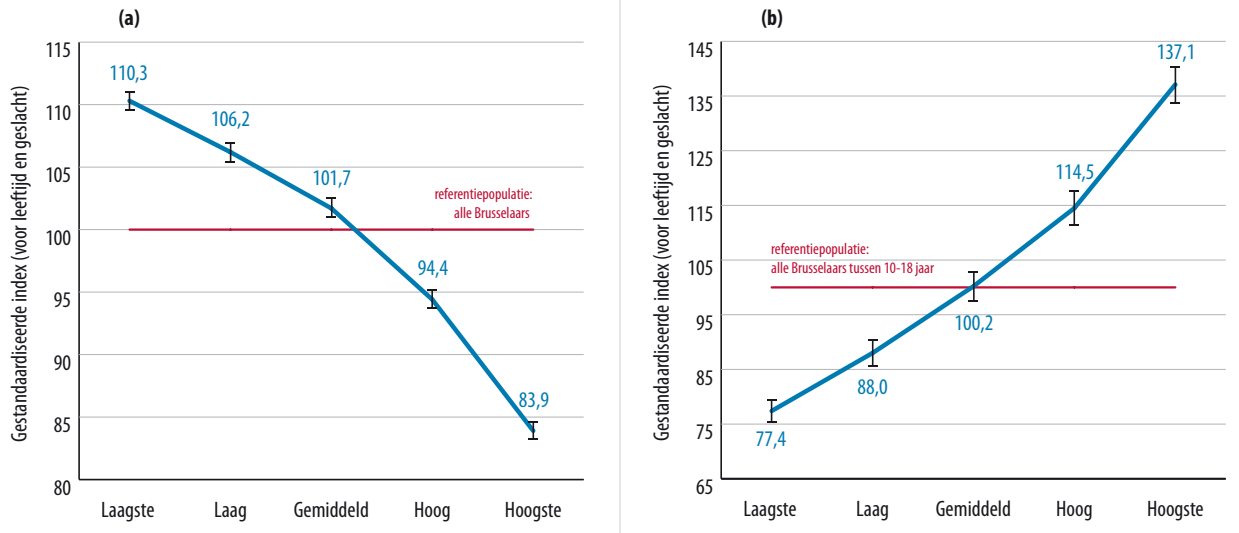
Kinderen uit de socio-economisch zwakste groep krijgen 11,5 % minder vaak dan gemiddeld preventieve tandzorg, voor de volgende groep is dat nog 7 % minder vaak. De hoogste socio-economische groep daarentegen neemt zijn kinderen 25,4 % vaker dan gemiddeld mee voor preventieve tandzorgen. Er blijven dus ongelijkheden bestaan ondanks het feit dat alle tandzorgen tot aan de 18e verjaardag volledig wordt terugbetaald. Echter, enkel indien

Figuur 23: Preventieve tandzorg bij kinderen (18 jaar of jonger) (a) en volwassenen (ouder dan 18 jaar) (b) naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

Figuur 24: Geen contact met de tandarts gedurende 3 opeenvolgende jaren (a) en orthodontische behandeling (b) naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016



Bron: InterMutualistisch Agentschap

de tandarts zich houdt aan de officieel afgesproken tarieven met de ziekenfondsen (en dus 'geconventioneerd' is), is die zorg voor de patiënt ook volledig gratis. Slechts 41 % van de Brusselse tandartsen is volledig geconventioneerd[38], en 16 % is deels geconventioneerd[39] in 2018[40]. Bovendien wordt bij tandartsen het systeem van de derdebetaler niet automatisch toegepast voor personen met recht op een verhoogde tegemoetkoming, zoals wel het geval is bij huisartsen. Ook andere dan financiële drempels kunnen meespelen. De socio-economische ongelijkheden zijn voor kinderen wel relatief gezien kleiner dan bij volwassen. De volwassenen met de hoogste socio-economische positie gaat maar liefst 75 % vaker naar de tandarts voor preventieve zorg, dan de laagste groep (ratio: 1,75 = 134/76,5). Deze ongelijkheden worden wel mogelijks ietwat mis ingeschat door de manier waarop preventieve tandzorg wordt geregistreerd[41].

Als we naar tandartsbezoek gedurende de laatste 3 jaar kijken (totaal aandeel onder de Brusselaars: 33,70/100) zien we eenzelfde gradiënt. Het aandeel personen dat geen enkel contact met de tandarts heeft gehad tussen 2014 en 2016, ligt systematisch hoger naarmate het socio-economisch profiel zwakker is (zie figuur 24a) en dit ondanks het feit dat socio-economisch zwakkeren gemiddeld juist een slechtere mondgezondheid hebben (zie punt 3.10) en dus meer nood hebben aan zorg. Vanaf 1 juli 2016 (voor volwassenen die geen recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming voor de ziekteverzekering (geen VT)) en vanaf 1 januari 2017 (voor volwassenen met een verhoogde tegemoetkoming (VT)) werd het mondzorgtraject ingevoerd om het bezoek aan de tandarts aan te moedigen. Sinds dan is het persoonlijk aandeel van bepaalde tandzorgen hoger indien de patiënt het voorbije jaar niet bij de tandarts is geweest. Aangezien wij de cijfers van 2014 tot 2016 bekijken, zal de invoering van deze maatregel zich waarschijnlijk nog maar slechts heel beperkt reflecteren in de cijfers. Een recente studie (Vandeleene et al., 2019) heeft wel reeds aangetoond dat dit mondzorgtraject niet efficiënt is en eigenlijk ook niet echt eerlijk. Andere maatregelen dan een dergelijke negatieve financiële incentive zullen nodig zijn om alle drempels -financiële maar ook socio-culturele- te verlagen.

Socio-economisch zwakker groepen krijgen ook systematisch minder vaak een orthodontische behandeling (zie figuur 24b; totaal aandeel onder de Brusselse jongeren van 10-18 jaar: 25,37/100). Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) berekende dat in 2008, een orthodontische behandeling gemiddeld €1000 kostte (Carels et al., 2008). Hoewel orthodontie soms als een luxe wordt gezien, kan een scheefstand van de tanden ervoor zorgen dat praten, eten of een goede verzorging moeilijker is. Ook het esthetische aspect is sociaal gezien belangrijk. Personen worden bijvoorbeeld beoordeeld op hun voorkomen tijdens een sollicitatiegesprek en het kan dus de kans op het verkrijgen van een job mee helpen bepalen (Gilmore et al., 1986) en op die manier de socio-economische positie mee bepalen.

38 Gegevens op basis van het domicilieadres van de tandarts. Het praktijkadres is (nog) niet beschikbaar voor alle tandartsen.

39 Gedeeltelijke conventionering betekent dat de zorgverleners het akkoord met de ziekenfondsen aanvaarden en dus enkel het officiële tarief aanrekenen, maar dit enkel op bepaalde plaatsen en/of tijdstippen.

40 Beschikbaar via http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees; geconsulteerd op 01/06/2019

41 Tandartsen kunnen immers niet op eenzelfde dag bij eenzelfde patiënt preventieve en curatieve behandelingen attesteren. In het geval een patiënt op dezelfde dag zowel een curatieve als een preventieve behandeling krijgt, zal deze laatste niet worden geattesteerd. Hoe vaak dit gemiddeld voorkomt, kan mogelijks verschillen tussen SEP-groepen en tussen kinderen en volwassenen.

5. GEOGRAFISCHE ONGELIJKHEDEN

5.1. INLEIDING

Gezien de sterke socio-economische verschillen tussen Brusselse buurten, is het interessant om te bekijken in welke mate we gelijkaardige geografische patronen vinden voor gezondheid. We kunnen dit doen voor alle indicatoren die gebaseerd zijn op de IMA-gegevens aangezien we voor elke persoon in de IMA-databank de statistische sector van zijn woonplaats kennen. Ruimtelijke patronen of lokale afwijkingen van de hierboven beschreven algemene tendensen van socio-economische ongelijkheden kunnen de geobserveerde gradiënt in de grafieken nuanceren, maar kunnen ook bijkomende inzichten opleveren over deze ongelijkheden.

In het voorgaande werd de bevolking opgedeeld in vijf groepen, naargelang het mediaan inkomen van de statistische sector waar men woont. Dit inkomen werd gebruikt als proxy voor hun socio-economische positie. Voor dit deel bekijken we de gezondheidsongelijkheden vanuit een iets andere invalshoek. Per statistische sector wordt gekeken naar de prevalentie van een gezondheidsindicator. Zo krijgen we een beeld van de geografische verschillen, zonder per definitie een link te leggen met het mediaan inkomen van de statistische sector. Nemen we ter illustratie, het extreme hypothetische geval waarbij in twee buurten met een laag mediaan inkomen, het in de ene buurt gaat om een "foutief" laag inkomen (veel diplomaten, studenten zonder eigen inkomen) en in de andere buurt om een "terecht" laag inkomen (arme werkenden in dezelfde laagste inkomensgroep, personen zonder inkomen). Bij voorgaande analyses zullen deze twee buurten in dezelfde laagste inkomensgroep terecht komen, en is de waarde op de gezondheidsindicator een "gemiddelde" van zeer verschillende groepen. In de geografische analyses zullen de buurten zich (waarschijnlijk) in heel andere categorieën bevinden, omdat daar gekeken wordt naar de prevalentie per buurt, ongeacht de inkomensgroep waartoe ze behoren.

Gezien de methodologische beperkingen van zowel de IMA-data als de fiscale statistieken, blijft ook voor deze geografische analyses de interpretaties soms moeilijk. Hoewel statistische sectoren een zekere homogeniteit vormen, kan men moeilijk stellen dat de bevolking in die buurten een volledig zelfde profiel heeft. Alle aanwezige verschillen zullen op hun beurt de gezondheidssituatie en het gezondheidszorggebruik beïnvloeden. Het blijft dus een sterke vereenvoudiging van de realiteit, maar deze invalshoek laat wel toe om een algemeen beeld te krijgen over de, soms zeer diverse, situatie in het Brussels Gewest.

Voor meer details over de lokale situatie verwijzen we graag naar de gemeentefiches die het Observatorium heeft opgesteld samen met het Brussels Instituut voor Statistiek (BISA). Deze rapporten bevatten een schat aan informatie en kunnen helpen om inzicht te geven in de specifieke situatie van de buurten. De socio-economische situatie van elke van de 19 Brusselse gemeenten wordt er in detail[42] besproken, waarbij ook verschillen tussen wijken worden toegelicht.

5.1.1. SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN TUSSEN DE BRUSSELSE BUURTEN

In dit deel wordt gekeken hoe sociale gezondheidsongelijkheden ruimtelijke structuren volgen die historisch zijn bepaald. Deze ruimtelijke structuren worden hier kort toegelicht en dienen als leidraad voor de interpretatie van de kaarten. We baseren ons hiervoor op de welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad gepubliceerd door het Observatorium in 2006, in samenwerking met drie universitaire ploegen (ULB, VUB, KULeuven). Het bevat een schat van informatie over de geografische verdeling van de demografische, sociale, economische en gezondheidskenmerken van de Brusselse bevolking en van haar woonomgeving.

De sociaal-ruimtelijke structuren zijn gevormd door enerzijds de concentrische (in cirkels) ontwikkeling van de stad en anderzijds een sterke oost-west tegenstelling. Het **concentrisch patroon** ontstond ten gevolge van de groei van de stad. Opeenvolgende uitbreidingen van de stad vertonen hierdoor een zekere stedenbouwkundige, en bijgevolg vaak ook een maatschappelijke, homogeniteit. We onderscheiden hierbij het historische centrum (de vijfhoek), de eerste kroon en de tweede kroon. De **eerste kroon** van het Brussels Gewest verwijst naar de wijken tussen de lanen van de kleine ring en de middenring gevormd door de grote lanen in het zuiden (Churchillaan) en in het oosten (Generaal Jacqueslaan, Louis Schmidtlaan, Saint-Michellaan, Brand Whitlocklaan, August Reyerslaan en Lambermontlaan) en de spoorlijnen in het westen. Deze eerste kroon was volledig verstedelijkt rond 1930. De **tweede kroon** omvat de wijken die het meest aan de buitenkant van de stad liggen, buiten de middenring. Vooral de Brusselse burgerij verliet het centrum van de stad ten voordele van de periferie waarnaartoe ze o.a. werd getrokken door de eengezinswoningen. Zo groeide de stad in oppervlakte verder aan. Deze tweede kroon kende een latere

42 En dit aan de hand van sleutelindicatoren en hun interpretatie in een groot aantal domeinen: demografie, jonge kinderen, onderwijs, de situatie van de inwoners op de arbeidsmarkt en in termen van inkomens, de economische activiteit op het gemeentelijk grondgebied, de gemeentelijke financiën, huisvesting en gezondheid. Beschikbaar via de website: https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publicaties/zoom-op-de-gemeenten

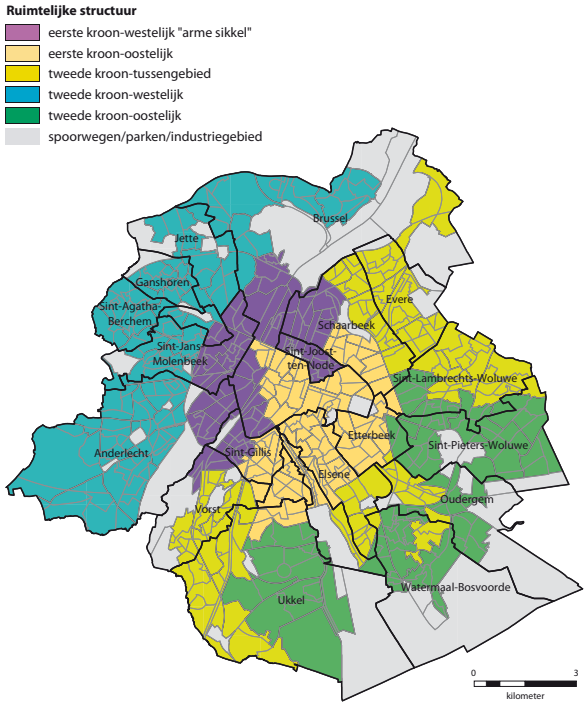
verstedelijking dan de eerste kroon en bereikte de grenzen van het Brussels Gewest rond 1960.

Naast deze concentrische en chronologische structurering kent de stad **ook een oost-west structuur**, die voornamelijk het reliëf van de stad volgt. De meest volkse wijken, de vroegere arbeiderswijken, werden historisch naar het westen verdrongen, dat moerassig was (met een zwakke helling weg van de Zenne en de Maalbeek) en het minst geschikt was om te wonen. De oostelijke helling met een uitgesproken reliëf trok de aristocratie aan. Nu nog trekken de meest welgestelden naar het zuiden en oosten, waar zowel de woningen als de woonomgeving door het groene kader van uitzonderlijke kwaliteit zijn.

Door economische en demografische processen en historische gebeurtenissen kent het Brusselse Gewest buurten met een (kans)arme bevolking in het centrum. In andere grootsteden bevinden deze achtergestelde buurten zich vaker in de periferie (vb. de Parijse banlieues). Op economisch vlak verdween de industrie uit de stad en zo ook de traditionele Brusselse arbeidersklasse, maar de wijken met arbeiderswoningen bleven echter wel bestaan. Door de suburbanisatie van de hogere en middenklasse kwamen er veel woningen vrij in het centrum, die later omgevormd werden tot opbrengsthuizen op de private huurmarkt. Het Brussels Gewest bleef gespaard van de vernieling van haar woningbestand tijdens de oorlog. Dit verklaart de aanwezigheid van tal van oude woningen die vaak van slechte kwaliteit zijn aan de rand van het zakencentrum, die nu worden verhuurd aan de meest kwetsbare bevolkingsgroepen. Vaak gaat het om een bevolking die zich dankzij de internationale migratie in Brussel is komen vestigen. In een stad waar voornamelijk de tertiaire sector aan belang wint, met veel tewerkstelling voor hooggeschoolden, hebben deze laaggeschoolden migranten weinig kans op een beroepsinschakeling.

Kaart 2 toont deze ruimtelijke ontwikkeling van het Brussels Gewest in verschillende zones met elk hun eigen socio-demografische kenmerken. Sterk vereenvoudigd kunnen we het Brussels Gewest indelen in vijf bewoonde zones. In het paars zijn de **buurten van het westelijk deel van de eerste kroon**. Hier zijn de 19de - eeuwse arbeidersbuurten die nu bevolkt worden door een voornamelijk kansarme bevolking. Door de ligging nabij het centrum zijn er wel meer en meer buurten aan het 'gentrificeren' (zie verder). Deze zone omvat de zogenaamde 'arme sikkel'. Er wonen relatief veel migrantenfamilies met kinderen. In het oranje zijn de **buurten van de oostelijke zijde van de eerste kroon** weergegeven. Dit is historisch het rijkere deel, met meer aristocratische woningen. Momenteel is het een mengeling van kantoorwijken (o.a. de Europese wijk), en meer volkse buurten waar de vroegere herenwoningen werden opgedeeld in appartementen. Hier wonen in verhouding veel jongvolwassenen en gezinnen zonder kinderen. De zone in het geel ligt in de **tweede kroon** en heeft de kenmerken van een **tussenzone**. Het **westelijk deel van de tweede kroon** is blauw gekleurd. Dit zijn buurten met veel woningen uit de jaren zestig en appartementsblokken. Huishoudens die de arme sikkel konden verlaten door een stijgende welvaart vonden vaak hier een nieuwe thuis. Tot slot bevinden veruit de rijkste buurten van het Brussels Gewest zich in het **zuidoosten**, deze zijn groen ingekleurd op de kaart.

Kaart 2: Ruimtelijke structuur van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Bron: BISA, wijkmonitoring; Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel, 2006. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

Kaart 1 (zie hierboven bij punt 2.1.2.) toont het mediane inkomen van de fiscale aangiftes per statistische sector. Hierbij is de arme sikkel duidelijk zichtbaar, de 'eerste kroon-oostelijk' heeft eveneens lagere inkomens, dit valt echter deels te verklaren door de gebreken eigen aan de fiscale inkomens (zie verder). De 'tweede kroon-westelijk' heeft een iets heterogenere structuur met statistische sectoren met hoge, middelhoge en lage inkomens. De 'tweede kroon-oostelijk' heeft daarentegen quasi uitsluitend rijke buurten. Hier vormen de sociale woonwijken de enige buurten met lage inkomens (zoals Floréal, le logis-noord en le logis-sud in Watermaal Bosvoorde). Ook qua bevolkingssamenstelling verschillen de zones van elkaar. Zo wordt de arme sikkel gekenmerkt door een zeer jonge bevolking met veel kinderen, in de 'eerste kroon oostelijk' wonen veel alleenstaanden en in de 'tweede kroon westelijk' leven voornamelijk (grote) gezinnen (niet geïllustreerd).

Kaart A in bijlage, geeft een overzicht van het aandeel sociale huisvesting per statistische sector. Dit kan helpen om lokale resultaten te duiden. Er zijn niet enkel opvallende lage inkomensbuurten in een rijk deel van het Brussels Gewest, wat kan worden verklaard door de aanwezigheid

van sociale woningen, ook het omgekeerde is mogelijk, namelijk dat er zich als het ware een rijk 'eiland' bevindt ten midden van een armere zone. Een duidelijk voorbeeld in Brussel doet zich voor langs het kanaal (Maritiemwijk in Molenbeek) (Observatorium, 2006). Dit is een duidelijk geval van gentrificatie waarbij de buurt ingenomen wordt door kapitaalkrachtigen, waardoor de koop- en huurprijzen omhoog gaan en de wijk stilaan onbetaalbaar wordt voor veel oorspronkelijke bewoners[43].

Fiscale inkomens geven geen perfect beeld van het welvaartsniveau van een buurt. De fiscale inkomens onderschatten immers soms het werkelijke vermogen van de inwoners. Dit is onder meer het geval in die buurten waar veel Europese ambtenaren wonen (bijvoorbeeld in de buurten rond de Louizalaan), aangezien hun inkomen niet in België wordt belast en dus niet in de fiscale statistieken terechtkomen. Volgens een recent onderzoek (Desiere et al., 2018) is de internationale tewerkstelling in het Brussels Gewest erg geconcentreerd in een aantal gemeenten, namelijk Brussel-Stad, Elsene en Etterbeek (zone eerste kroon-oostelijk op de kaart 2). Bijna drie kwart van deze internationale werknemers woont ook in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en dan hoofdzakelijk ook in deze drie gemeenten. Dit verklaart zich doordat de drie belangrijkste Europese instellingen (Commissie, Raad en Parlement) zich daar bevinden en doordat deze 65 % van de internationale werknemers[44] in het Brussels Gewest tewerkstellen. Ook wordt de financiële draagkracht waarschijnlijk onderschat in buurten waar veel studenten wonen. Op de kaart zijn verschillende universiteitscampussen en universitaire ziekenhuizen duidelijk zichtbaar (donkerdere kleur dan de omringende buurten), bijvoorbeeld het ULB Erasmus ziekenhuis in Anderlecht, de campus van de VUB en de ULB in Elsene, het VUB-Ziekenhuis in Jette en het UCL Sint-Lucas ziekenhuis in Sint-Lambrechts-Woluwe.

Niet enkel de aanwezigheid van Europese ambtenaren en studenten bemoeilijken de interpretatie van de fiscale statistieken. In het algemeen worden de inkomens die niet belastbaar zijn, niet mee opgenomen in de fiscale statistieken. Dit betekent dat ook sommige sociale transfers (leefloon, equivalent leefloon en kinderbijslag in het bijzonder) vrijgesteld zijn van belastingen en dus niet mee opgenomen worden in het belastbaar inkomen. Daarenboven onderschatten de fiscale statistieken de inkomens uit kapitaal (roerende goederen en vastgoed) zwaar (BISA, 2016).

5.1.2. INTERPRETATIE VAN DE KAARTEN

Gestandaardiseerde index

Dezelfde gestandaardiseerde index als bij de figuren wordt gebruikt, maar hier wordt de gemiddelde waarde per statistische sector gepresenteerd. Deze index houdt dus rekening met de specifieke leeftijds- en geslachtsstructuur per statistische sector, zodat we hier geen rekening mee moeten houden bij het interpreteren van de geografische patronen. Deze standaardisering is nodig aangezien de leeftijdsstructuren sterk verschillen tussen de Brusselse buurten[45]. We vergelijken met andere woorden de buurten die we theoretisch dezelfde samenstelling geven qua leeftijd en geslacht en bekijken hoe de waarde op de gezondheidsindicator in een bepaalde statistische sector afwijkt van het gemiddelde voor het Brussels Gewest.

Visuele effecten

Statistische sectoren zijn de kleinste geografische eenheid waarop we in België analyses kunnen doen. De cijfers zullen per statistische sector worden gepresenteerd om een zo gedetailleerd mogelijk beeld te krijgen. Hierbij dient wel in het achterhoofd te worden gehouden dat het aantal inwoners per statistische sector sterk kan verschillen. In het stadcentrum bijvoorbeeld wonen heel veel personen op een kleine oppervlakte, terwijl er elders maar zeer weinig personen wonen op een veel grotere oppervlakte. Deze dunbevolkte statistische sectoren wegen in de berekening van de sociale gradiënt voor de vijf inkomensgroepen (zie grafieken) relatief gezien minder door, aangezien individuen de analyse-eenheid zijn (waaraan een inkomensniveau wordt toegekend op basis van woonplaats).

Echter, voor de kaarten worden de statistische sectoren ingedeeld in vier groepen naargelang hun resultaat op de indicator, ongeacht hun aantal inwoners[46]. Daardoor kan het zijn dat indien het resultaat in dunbevolkte statistische sectoren afwijkt van de algemene tendens, deze soms "te" sterk het beeld op de kaart beïnvloedt, aangezien de dunbevolkte statistische sectoren vaak groot in oppervlakte zijn zoals het geval is voor industriële woonzones en gebieden rond de spoorwegen (bijvoorbeeld Bollinckx bij het Zuidstation), meer rurale gebieden (bijvoorbeeld Neerpede in Anderlecht) of de campussen van de universiteiten van de VUB/ULB en de UCL. Op deze manier, kunnen afwijkingen van de algemene tendens visueel worden uitvergroot[47]. De kaart waarop

43 Zie ook https://www.bruzz.be/stedenbouw/klein-vlaanderen-aan-het-kanaal-2018-06-14.

44 Het aantal werknemers die bij Europese en internationale instellingen werken in het Brussels Gewest en die er ook wonen wordt geschat op 30 627 personen (Desiere et al., 2018). Over hoeveel personen het in totaal gaat weten we niet, aangezien deze personen ook nog verschillende personen ten laste kunnen hebben.

45 Via http://wijkmonitoring.brussels, kunnen verschillende kaarten ter illustratie hiervan, worden opgevraagd.

46 De grenzen van de groepen verschillen naargelang de indicator. Telkens zijn er twee groepen met een index die lager is dan 100, waar het fenomeen dus minder voorkomt dan gemiddeld in het Brussels Gewest rekening houdende met de leeftijds- en geslachtsstructuur van de statistische sector, en twee groepen met een index hoger dan 100. Daarnaast werd getracht om zo goed mogelijk gelijke aantallen van sectoren te bekomen.

47 Om dit voor een deel op te vangen, hebben we de statistische sectoren met minder dan 50 personen uit de IMA-populatie grijs ingekleurd. We zouden de

de bevolkingsdichtheid wordt getoond per statistische sector (zie kaart B, in bijlage), kan helpen om eventuele 'uitschieters' te verklaren.

Mogelijk selectief deel van de bevolking

In Brussel is 93,5 % van de officiële bevolking in het Rijksregister ook aangesloten bij de Belgische verplichte ziekteverzekering en deze zitten dus in de IMA-databank die hier werd geanalyseerd (zie punt 2.1.1. en Avalosse et al., 2019). Dit aandeel kan echter per Brusselse buurt sterk verschillen door onder meer de aanwezigheid van vele internationale werknemers (bijvoorbeeld Steenwegwijk, Pascalstraat-H Sacrement, Schuman, Leopold) of studenten (bijvoorbeeld campus VUB Etterbeek, VUB-ziekenhuis Jette, UCL Sint-Lucas ziekenhuis Sint-Lambrechts-Woluwe)[48]. Het is ook mogelijk dat er meer personen zijn aangesloten bij het ziekenfonds dan dat er officiële inwoners zijn. Dit is het geval in buurten met veel vreemdelingen, aangezien verschillende groepen onder hen (o.a. erkende vluchtelingen, personen die subsidiaire bescherming genieten, EU-burgers o.b.v. het feit dat ze in België werken) zich mogen aansluiten bij de verplichte ziekteverzekering maar niet in het Rijksregister zijn opgenomen[49] (zie ook Lammens et al., 2009 voor een uitgebreide discussie).

In bijlage (kaart C) geven we een overzicht van het aandeel personen die aangesloten is (en in die in orde is) met het ziekenfonds ten opzichte van het totaal aantal officiële bewoners volgens het Rijksregister per statistische sector. Ook deze kaart kan helpen verklaren waarom een bepaald gezondheidsfenomeen zich in een bepaalde buurt opvallend meer of minder voordoet dan verwacht, aangezien de onderzochte IMA-populatie mogelijks niet representatief is voor de bevolking die in de buurt woont. Ook zijn er nog personen die wel in Brussel wonen maar niet tot de officiële Brusselse bevolking worden gerekend en ook niet in de IMA-databank zitten (studenten die niet in één van de Brusselse gemeenten gedomicilieerd zijn, asielzoekers, vreemdelingen in een onregelmatige verblijfssituatie, diplomaten en hun gezinsleden, etc.)

5.2. CARTOGRAFIE

De kaarten zullen hier worden besproken volgens de mate waarin de geografische patronen van de gezondheids-indicator overeenkomt met de geografische socio-economische ongelijkheden zoals beschreven in punt 5.1.1..

Arme sikkel onderscheidt zich van de rest van het Gewest

Ten eerste zien we voor bijna alle indicatoren van secundaire preventie, namelijk **baarmoedershalsscreening, borstkankerscreening (ongeacht het type onderzoek), colonoscopie en preventieve tandzorg bij volwassen** (kaarten 3 tot 6), dat het geografische patroon bijna perfect overeenkomt met de inkomensverdeling in het Brussels Gewest (zie kaart 1). De arme sikkel is telkens duidelijk zichtbaar, terwijl in de meer bemiddelde buurten de inwoners duidelijk gemiddeld meer aan deze vormen van preventie doen.

Als we enkel naar de **deelname aan het georganiseerde bevolkingsonderzoek voor de opsporing van borstkanker** (kaart 7) kijken, zien we een eerder omgekeerd patroon. De arme sikkel is duidelijk zichtbaar maar hier in de zin dat personen uit de arme sikkel net vaker deelnemen aan het programma, net als inwoners uit delen van het noordwesten. Figuur 20 illustreerde inderdaad dat er een omgekeerde sociale gradiënt bestaat voor de deelname aan het georganiseerde bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Echter, doordat de algemene deelnamegraad heel laag ligt, bestaat er wel een heel duidelijke sociale gradiënt indien we de beide types van onderzoek naar borstkanker samen bekijken. Ook voor preventieve tandzorg bij kinderen wijkt het patroon iets meer af (zie hieronder).

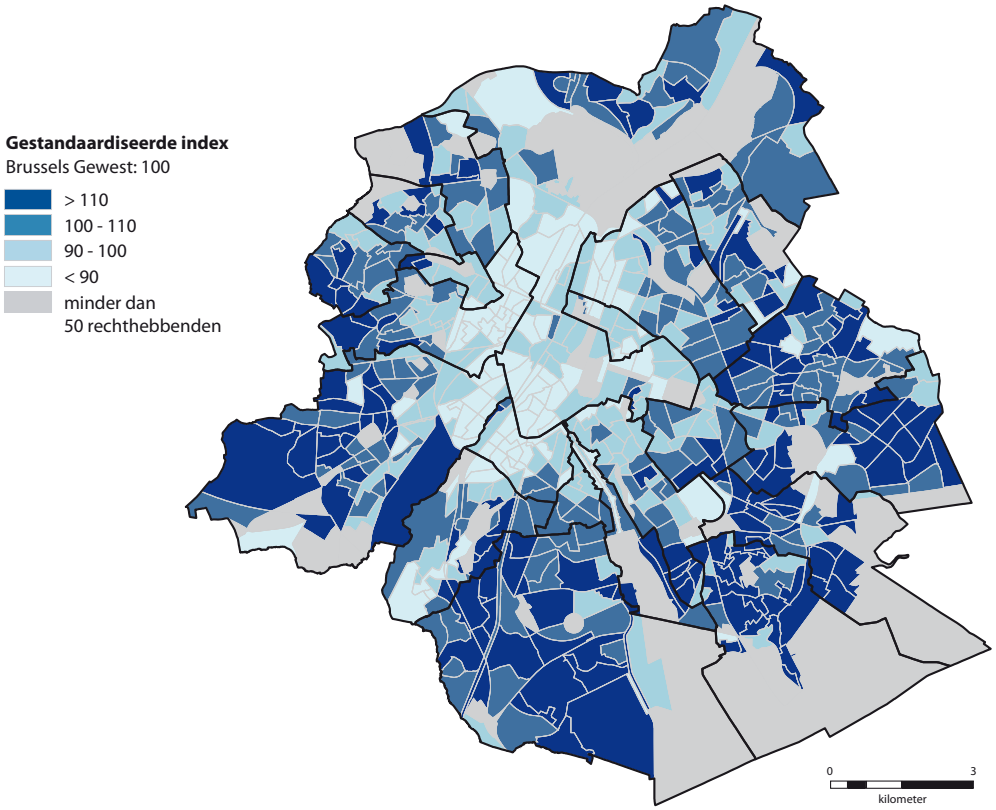
grens hoger kunnen leggen, maar dan worden de resultaten niet getoond voor een aanzienlijk meer aantal statistische sectoren.

48 Studenten kunnen tot hun 25ste bij hun ouders ingeschreven staan bij het ziekenfonds, ook al zijn ze niet meer thuis gedomicilieerd.

49 http://www.medimmigrant.be/index.asp?idbericht=281&idmenu=1&state=0&onclick=nl

Kaart 3: Baarmoederhalsscreening gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

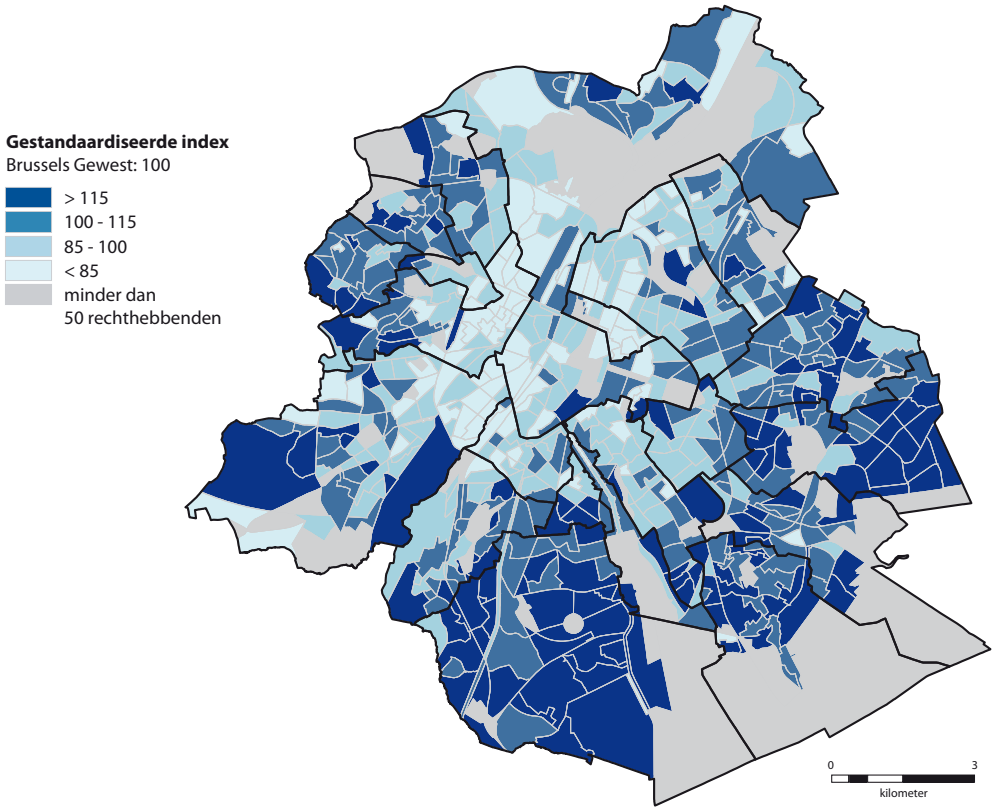
Referentiepopulatie: Alle Brusselse vrouwen tussen 25-65 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 4: Borstkankerpreventie-ongeacht het type onderzoek gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

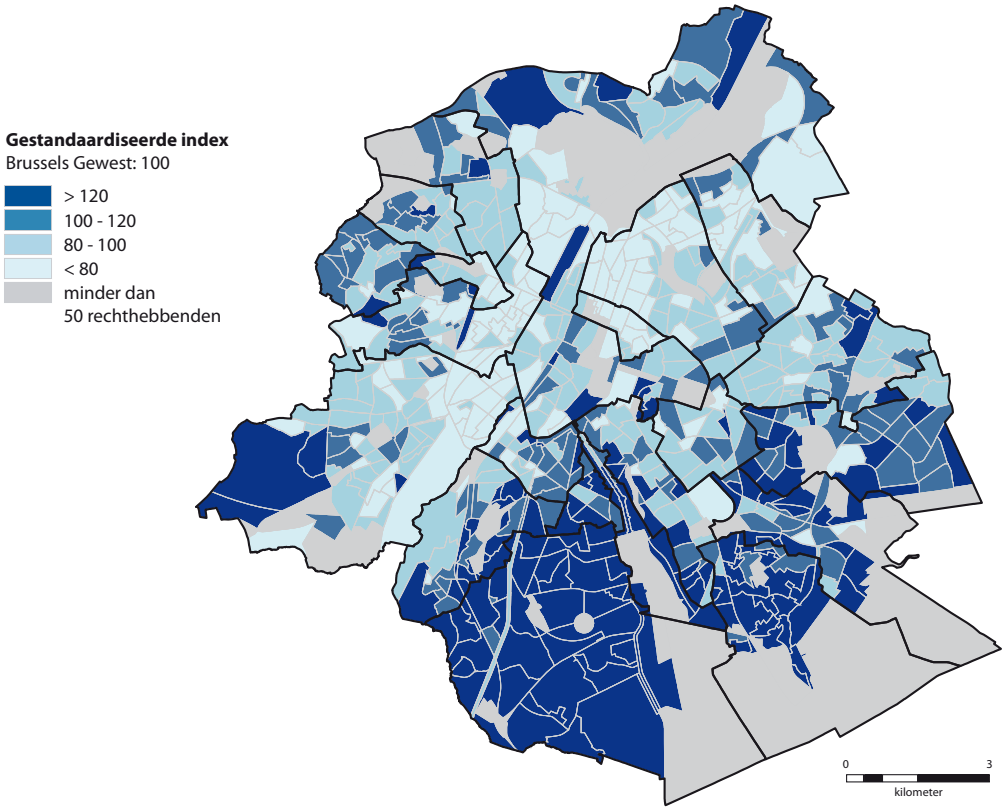
Referentiepopulatie: alle Brusselse vrouwen tussen 50-69 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 5: Colonoscopie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

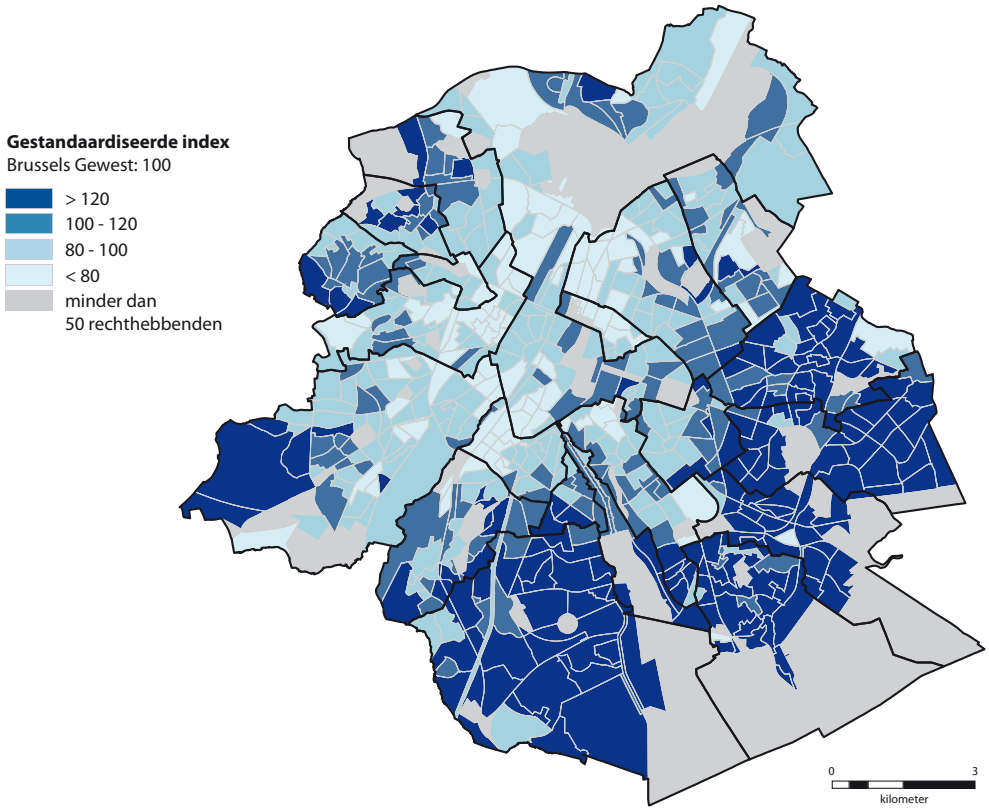
Referentiepopulatie: alle Brusselaars tussen 50-74 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 6: Preventieve tandzorgen bij volwassenen, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

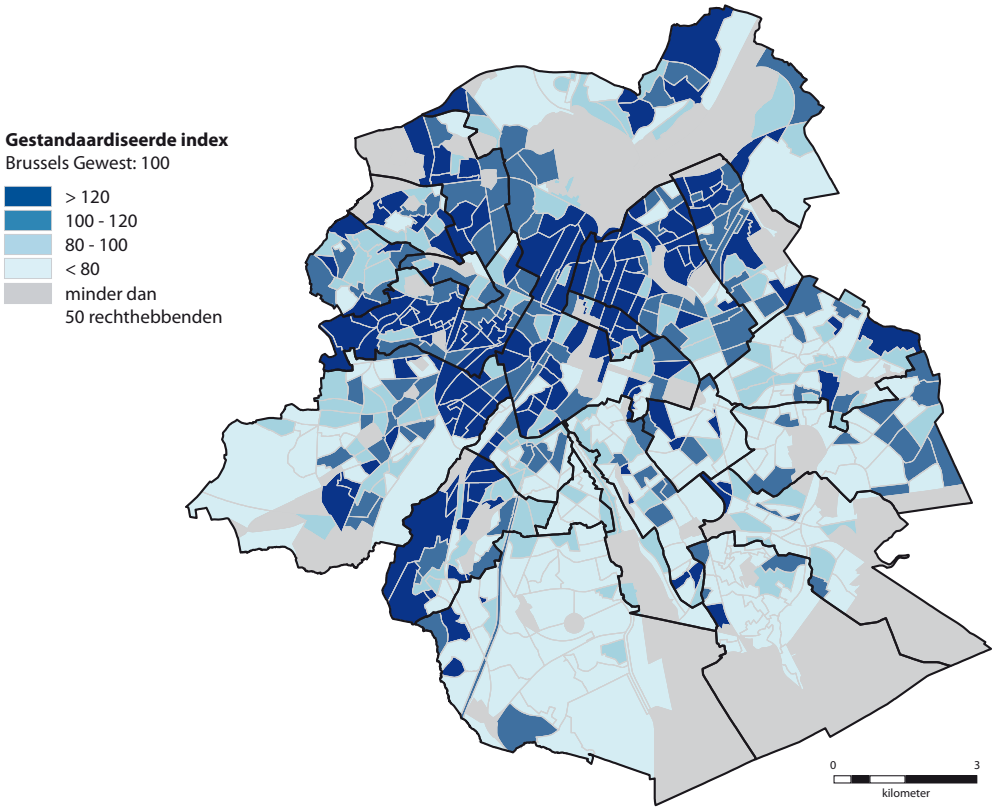
Referentiepopulatie: alle Brusselaars ouder dan 18 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 7: Borstkankerpreventie – via bevolkingsonderzoek gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

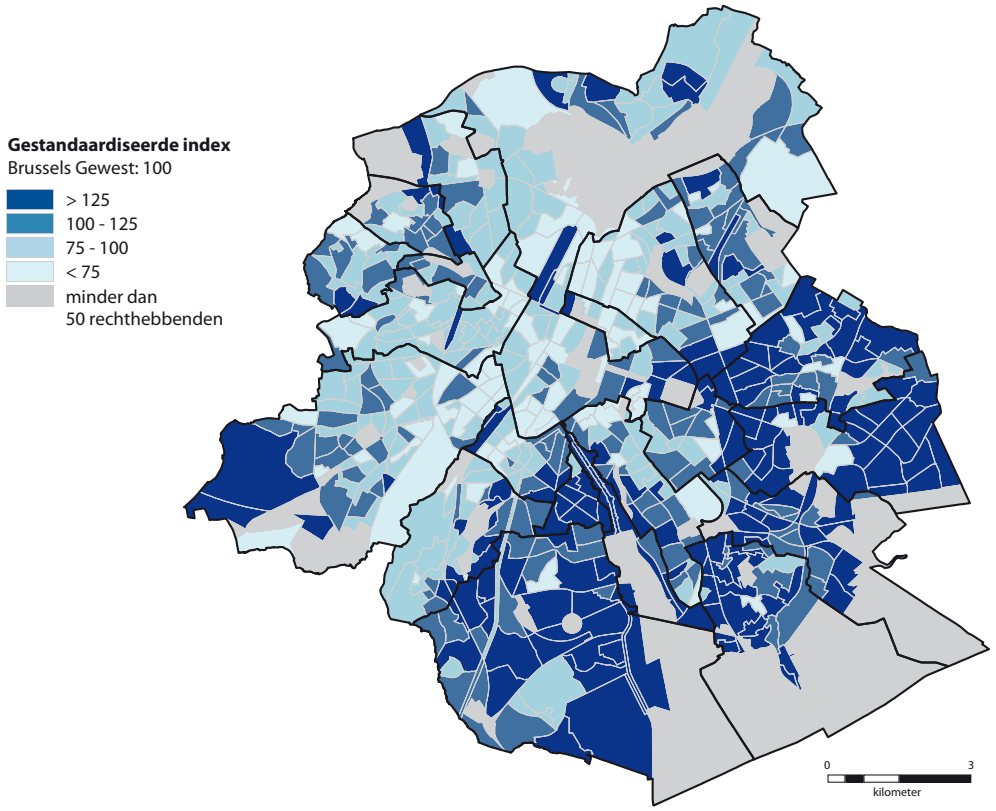
Referentiepopulatie: alle Brusselse vrouwen tussen 50-69 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 8: Orthodontische behandeling gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

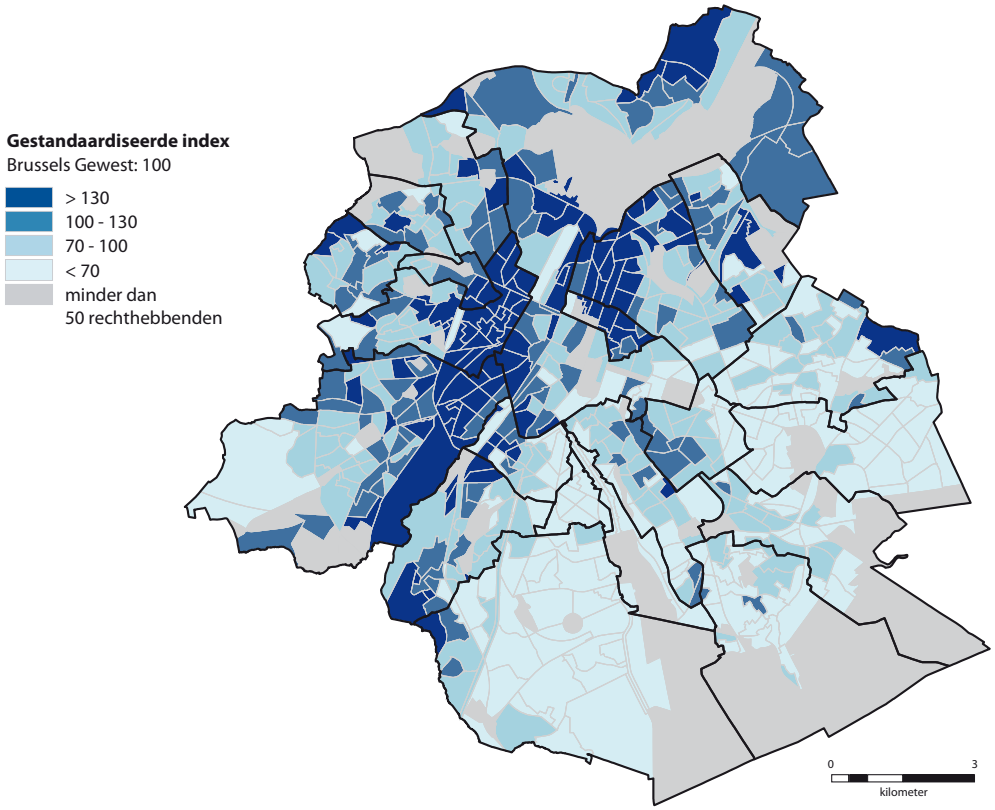
Referentiepopulatie: Brusselse jongeren van 10-18 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 9: Diabetes gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Ook **orthodontie en diabetes** volgen dit patroon van scherpe socio-economische ongelijkheden (zie kaarten 8 en 9). De geobserveerde ruimtelijke socio-economische verschillen bevestigen dus het bestaan van een zeer sterke sociale gradiënt voor elk van deze indicatoren zoals werd geïllustreerd in de grafieken. Het IMA zal ook voor orthodontie quasi[50] alle gegevens hebben, aangezien een deel ervan wordt terugbetaald en dus in de data kan worden teruggevonden. Voor diabetes, wordt er echter vermoed dat er een belangrijke onderdiagnose bestaat van diabetes (WHO, 2016) en we hebben geen zicht op de mate waarin deze onderdiagnose mogelijks verschilt tussen socio-economische groepen.

Arme sikkel tekent zich af tegenover een variabel beeld in de rest van het Gewest

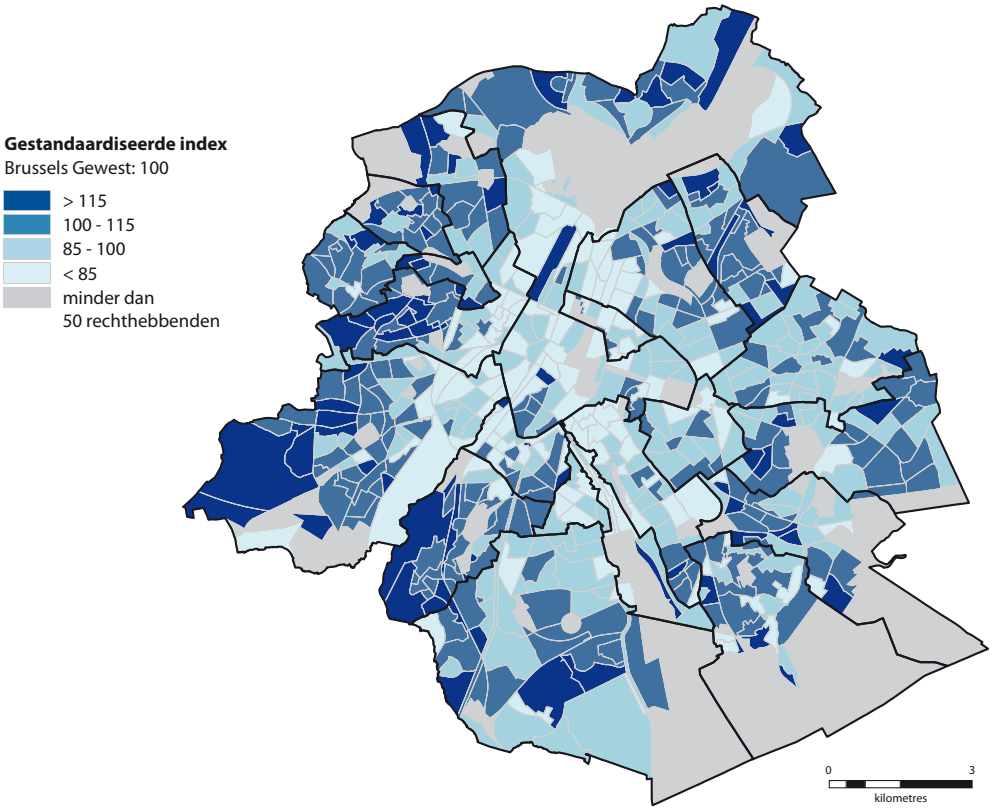
Het **vaccin tegen de griep** bij 65-plussers wordt duidelijk minder vaak toegediend bij de personen die in de arme sikkel wonen (kaart 10). In de rest van het Gewest daarentegen zijn er veel minder duidelijke patronen waar te nemen. Het kan zijn dat de resultaten beïnvloed worden door het feit dat we enkel thuiswonende ouderen bekijken. Ouderen die een instelling verblijven (zoals RVT/ROB, psychiatrische verzorgingstehuizen) vallen buiten de analyse, aangezien de vaccinatie daar normaalgesproken gebeurt in het kader van het gezondheidsbeleid van de instelling (Avalosse et al., 2019).

In weliswaar iets minder mate, is ook voor **antidepressiva** de arme sikkel nog zichtbaar (kaart 11). Deze keer echter in omgekeerde zin, namelijk dat deze zone gunstiger uit de vergelijking komt wat tegen de verwachtingen ingaat. De situatie in de rest van het Gewest is zeer variabel. Ook de grafiek waarbij de verdeling van antidepressiva per inkomenskwintiel wordt weergegeven toonde een afwijkend patroon in Brussel t.o.v. de andere Gewesten (figuur 12a).

50 Enkel niet indien de kosten niet worden ingediend bij de mutualiteit.

Kaart 10: Griepvaccinatie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

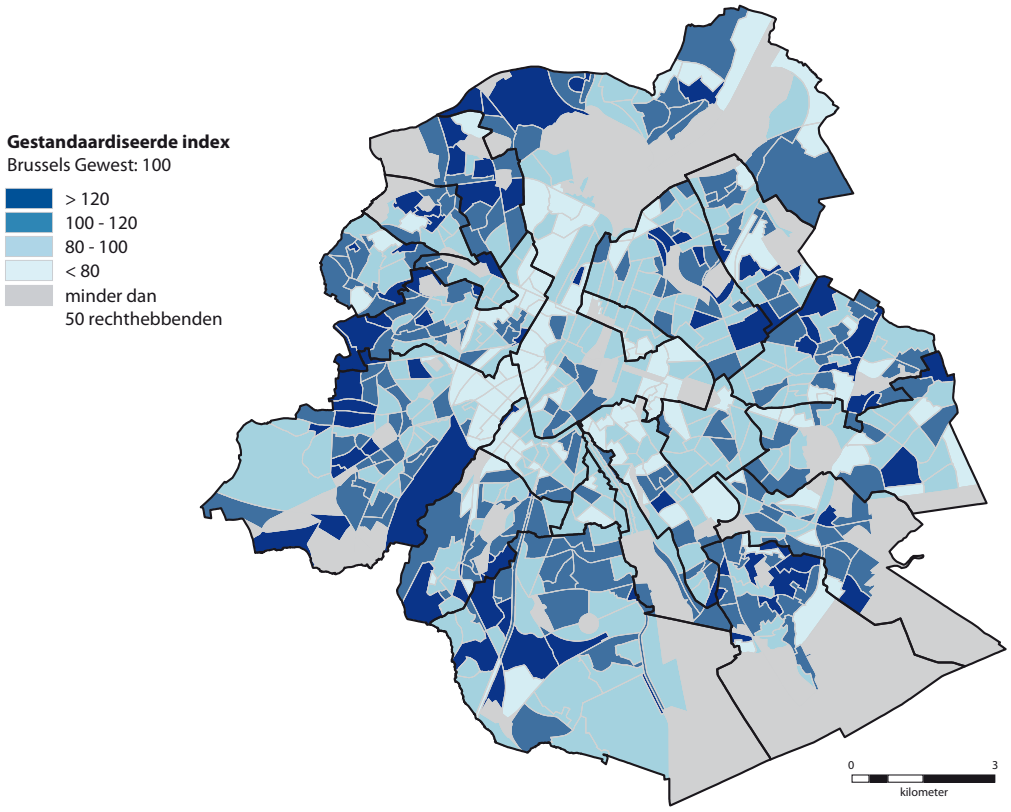
Referentiepopulatie: alle Brusselaars ≥ 65 jaar die niet in een RVT, ROB of PVT verblijven



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 11: Gebruik van antidepressiva gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

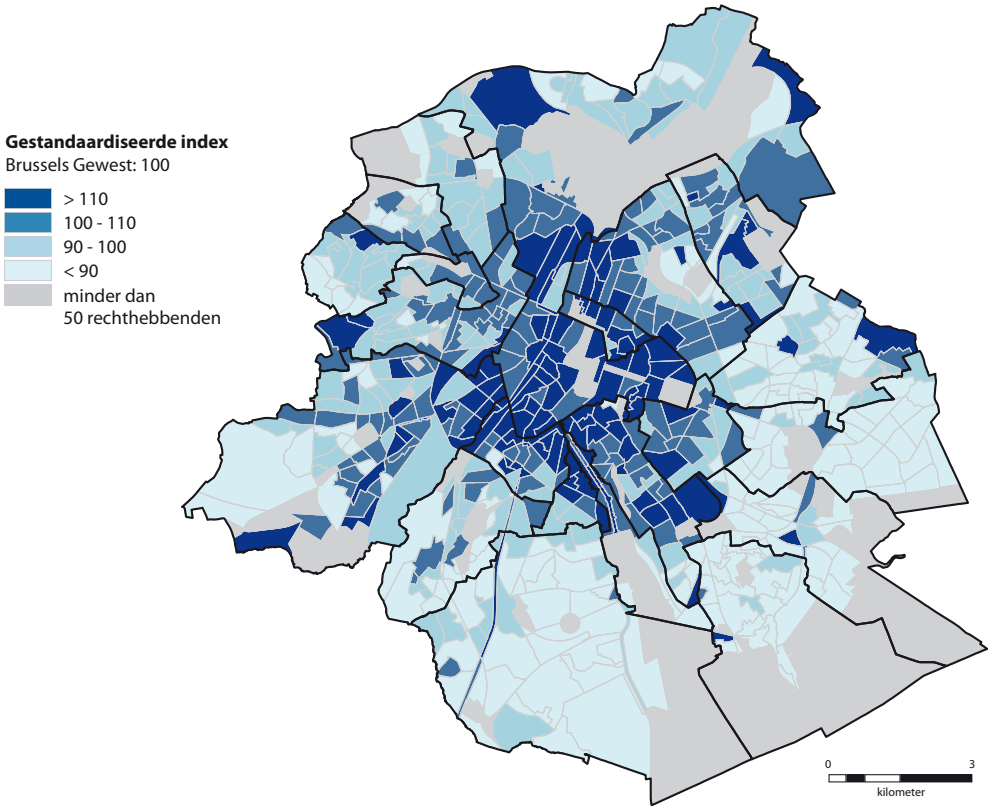
Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 12: Geen contact met de tandarts (laatste 3 jaar) gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Eerste kroon duidelijk minder gunstig, zuidoosten homogeen gunstiger

De geografische verdeling van **geen bezoek aan de tandarts** -de afgelopen drie jaar- verschilt lichtjes van het socio-economisch patroon die we doorgaans systematisch waarnemen (kaart 12). Bij de indicator tandartsbezoek komt de arme sikkel veel minder duidelijk naar voren. De inwoners van het volledige centrum van het Brussels Gewest, inclusief de vijfhoek en alle omliggende buurten gaan duidelijk gemiddeld minder naar de tandarts. Bijna alle rijkere buurten in het oosten en het zuiden komen zoals steeds weer beter uit de vergelijking.

We bekijken hier tandartsbezoek, ongeacht of het gaat over een preventieve of curatieve behandeling. Deze indicator vat dus een combinatie van preventie en een slechtere mondgezondheid, waardoor een bezoek aan de tandarts zich kan opdringen voor een curatieve behandeling. Het feit dat de arme sikkel zich minder duidelijk aftekent, kan dus waarschijnlijk worden verklaard doordat de laagste socio-economische groepen ook een slechtere mondgezondheid hebben (zie punt 3.10) en dus toch genoodzaakt zijn een tandarts te bezoeken. We zagen ook reeds dat de sociale gradiënt voor tandartsbezoek kleiner is dan voor preventieve tandzorg (zie punt 3.4.3.). Inderdaad, voor de indicator van preventieve tandzorg tellen enkel tandartsconsultaties mee waarbij uitsluitende preventieve behandelingen werden uitgevoerd. Indien zowel curatieve als preventieve behandelingen op dezelfde dag worden uitgevoerd, wordt het preventieve luik niet geattesteerd (Atlas IMA, 2018).

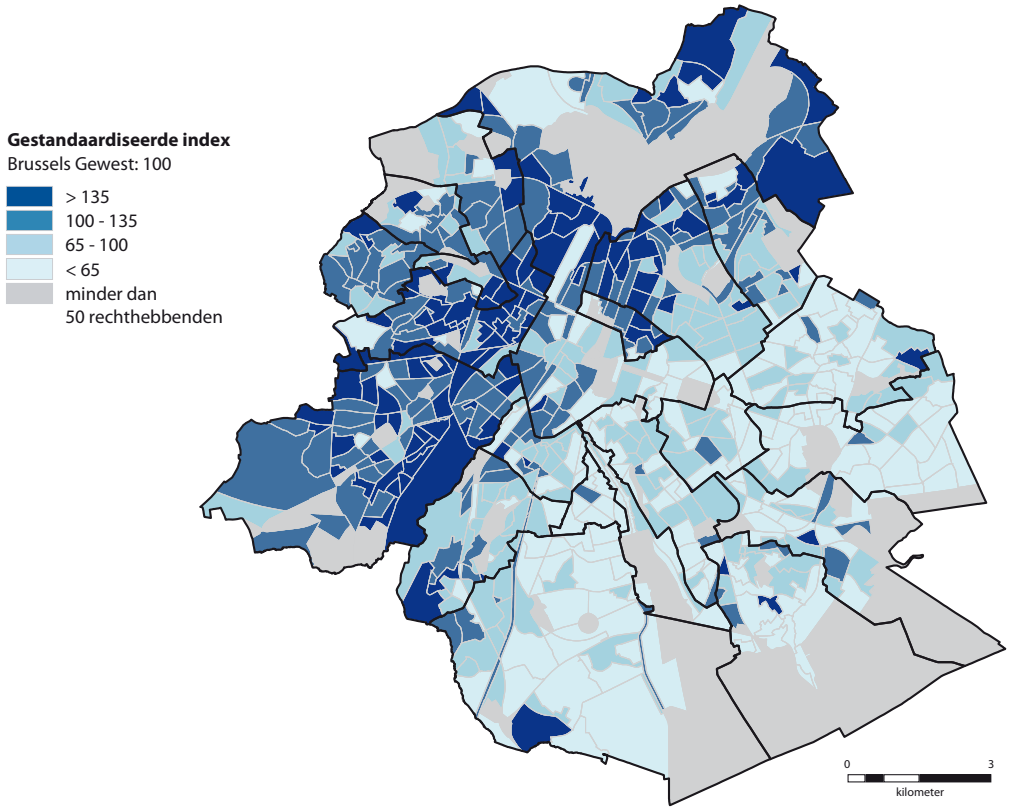
Noordwesten minder gunstig versus zuidoosten gunstiger

Voor **primaire arbeidsongeschiktheid** (van minstens 30 dagen) (kaart 13) en voor **invaliditeit** (kaart 14) zien we, weliswaar in mindere mate, een tweedeling met in het noordwesten een belangrijk aandeel en in het zuidoosten een laag aandeel. In de Kanaalzone en de arme sikkel zijn de aandelen van de primaire arbeidsongeschiktheid het hoogst. Deze zone kent het hoogste aandeel arbeiders onder hun werkende bevolking en dit is het beroepsstatuut met het hoogste risico op arbeidsongeschiktheid en invaliditeit (Observatorium 2006; Zoom op de gemeenten Jette, Ganshoren, Sint-Agatha-Berchem (BISA en Observatorium, 2016)).

Ook hier zorgen enerzijds de buurten met veel sociale woningen en anderzijds de gentrificatie-buurten voor variatie in het algemene ruimtelijke beeld.

Kaart 13: Primaire arbeidsongeschiktheid gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

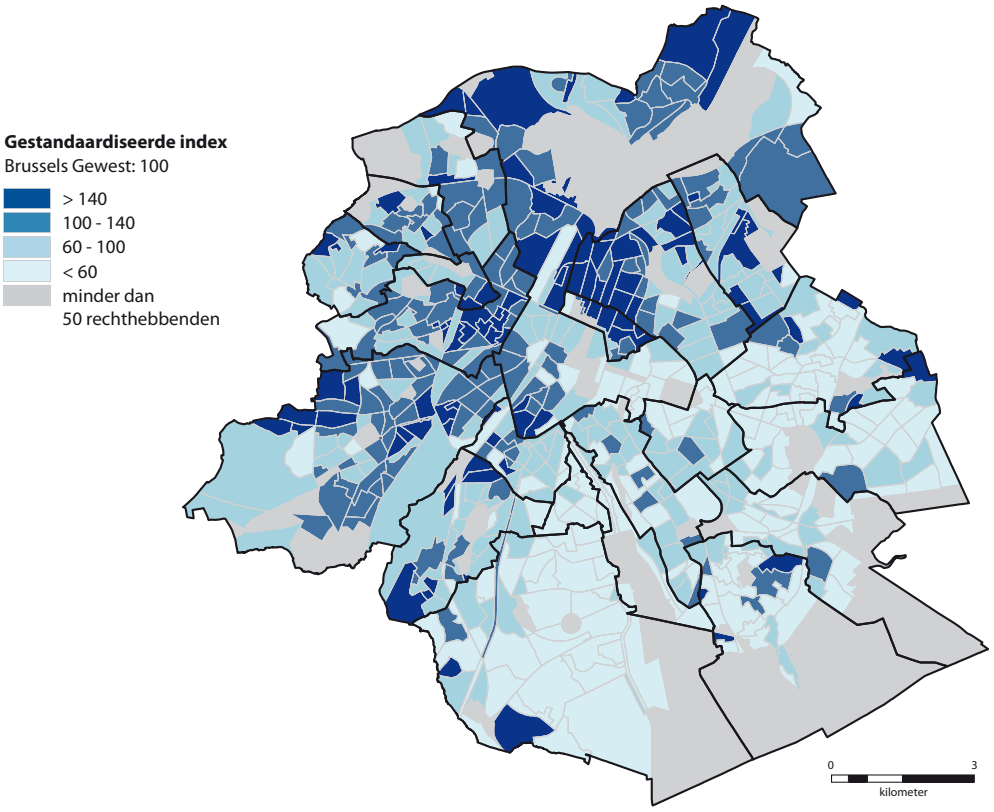
Referentiepopulatie: actieve populatie (20 - 64 jaar) en gerechtigde



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 14: Invaliditeit gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

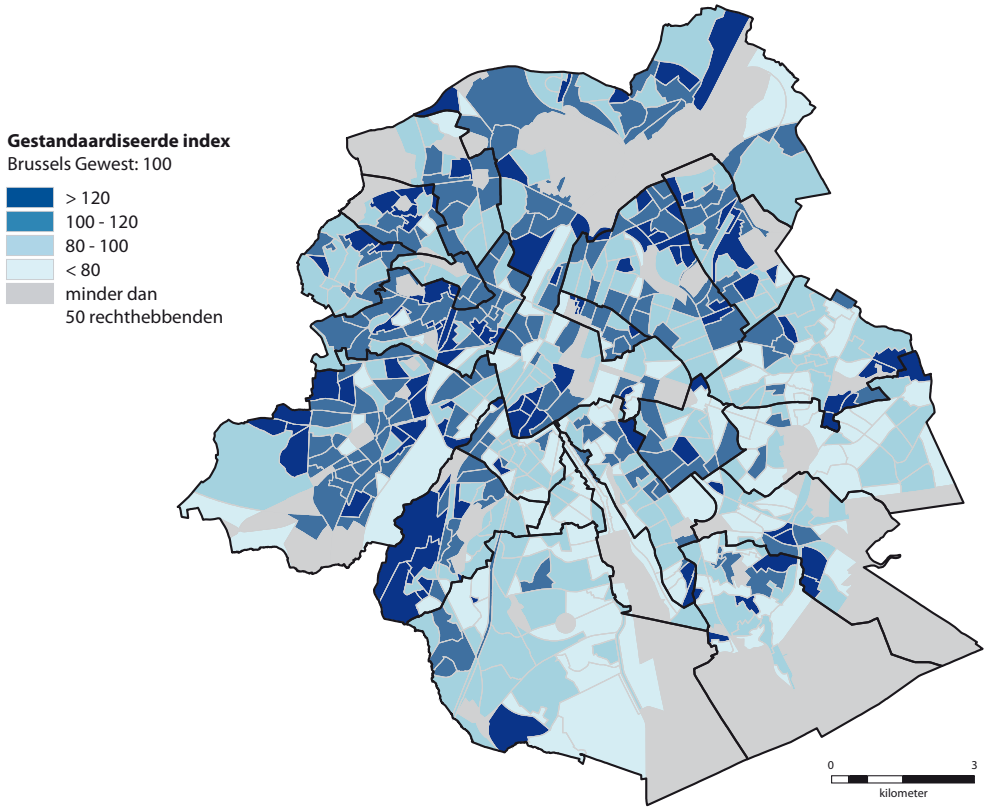
Referentiepopulatie: actieve populatie (20 - 64 jaar) en gerechtigde



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 15: Obstructieve luchtwegaandoeningen gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

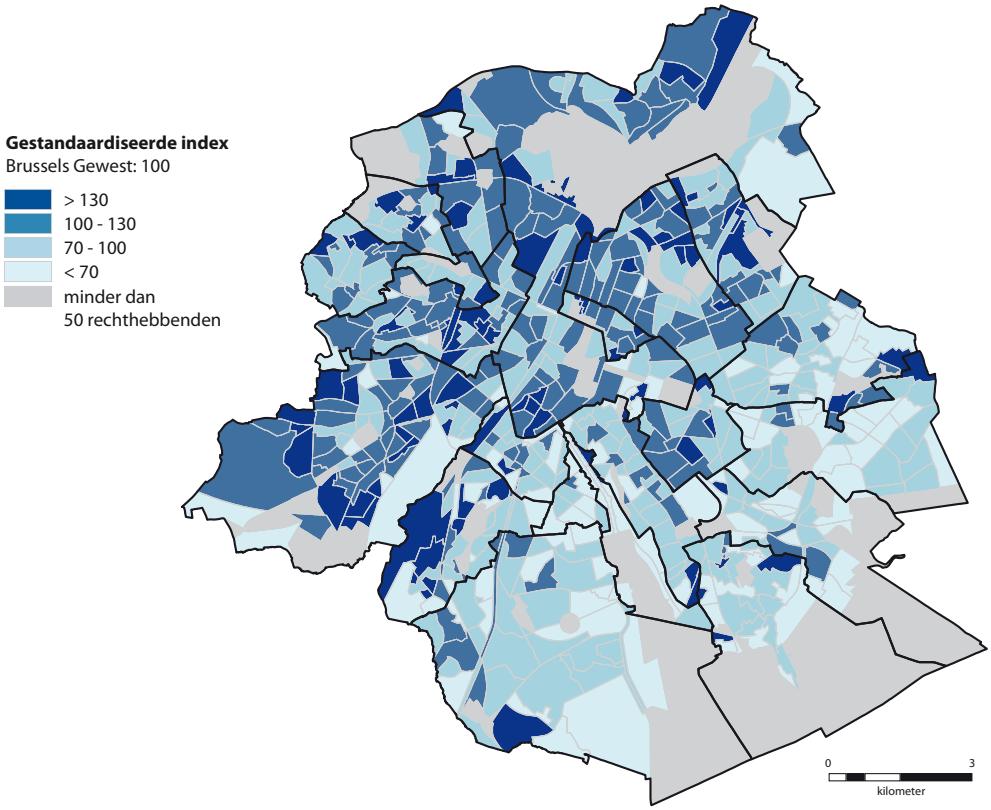
Het zuidoosten tekent zich duidelijk af, variabel beeld in de rest van het Gewest

Voor **obstructieve luchtwegaandoeningen en COPD** zien we duidelijk dat de situatie het gunstigst is in het zuidoosten, met uitzondering van de buurten waar veel sociale woningen zijn (kaart 15 en 16). In de rest van het Gewest is de situatie in het algemeen minder gunstig, maar er bestaan soms grote verschillen tussen aangrenzende buurten. Dit is nog iets meer het geval voor de brede groep van obstructieve luchtwegaandoeningen, in vergelijking met COPD. In het centrum bijvoorbeeld zijn daar alle kleuren vertegenwoordigd. Dit meer verdeelde patroon is waarschijnlijk het gevolg van de verschillende mate waarin de factoren bijdragen tot een verhoogde prevalentie van deze luchtwegaandoeningen in een bepaalde buurt. Minder bevoordeelde burgers roken in het algemeen vaker zelf en ze roken ook vaker passief mee. Ook wonen zij vaker in woningen van slechte kwaliteit, waar er meer binnenhuisvervuiling is (zie punt 4.3.1.) met een verhoogd risico op luchtwegaandoeningen tot gevolg.

We zien ook duidelijk dat de inwoners van het zuidoosten, relatief gezien minder vaak een **statuut van chronische aandoening** hebben (kaart 17). In de buurten in het noorden en het westen van het Gewest en de vijfhoek hebben mensen gemiddeld vaker een dergelijk statuut. De arme sikkel komt ook hier dus minder duidelijk naar voor. Zoals hierboven beschreven (zie punt 3.3.) vermoeden we dat socio-economische ongelijkheden voor dit statuut onderschat worden.

Kaart 16: Chronische obstructieve longaandoening (COPD) gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

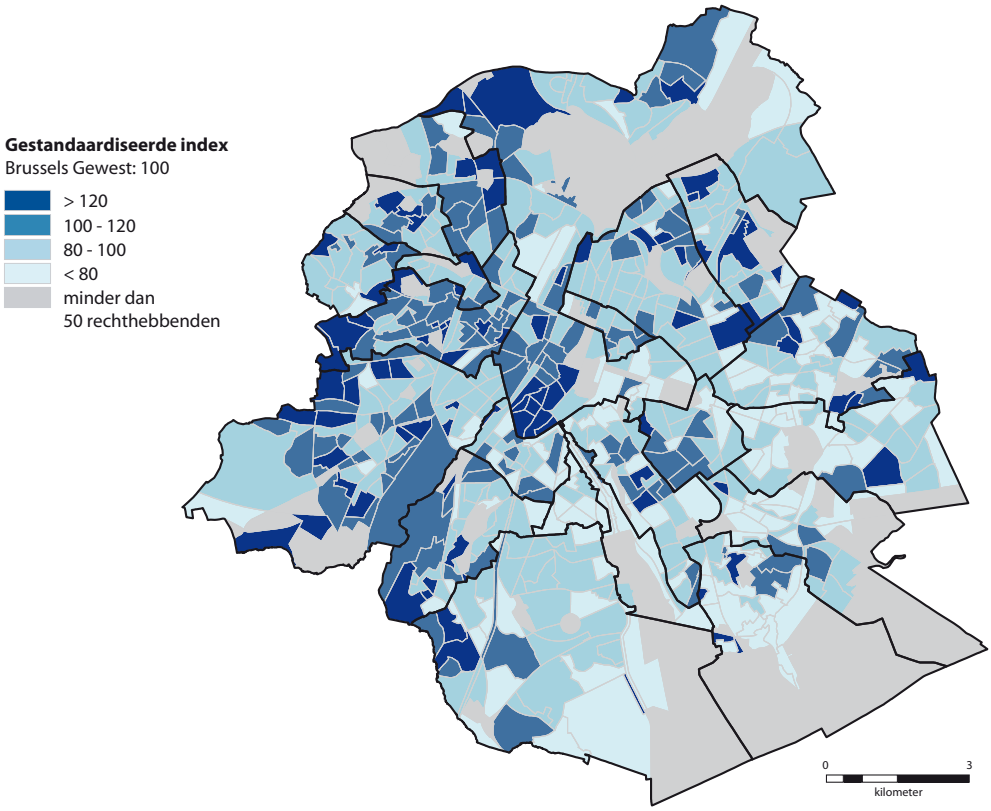
Referentiepopulatie: alle Brusselaars ≥ 50 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 17: Statuut chronische aandoening gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

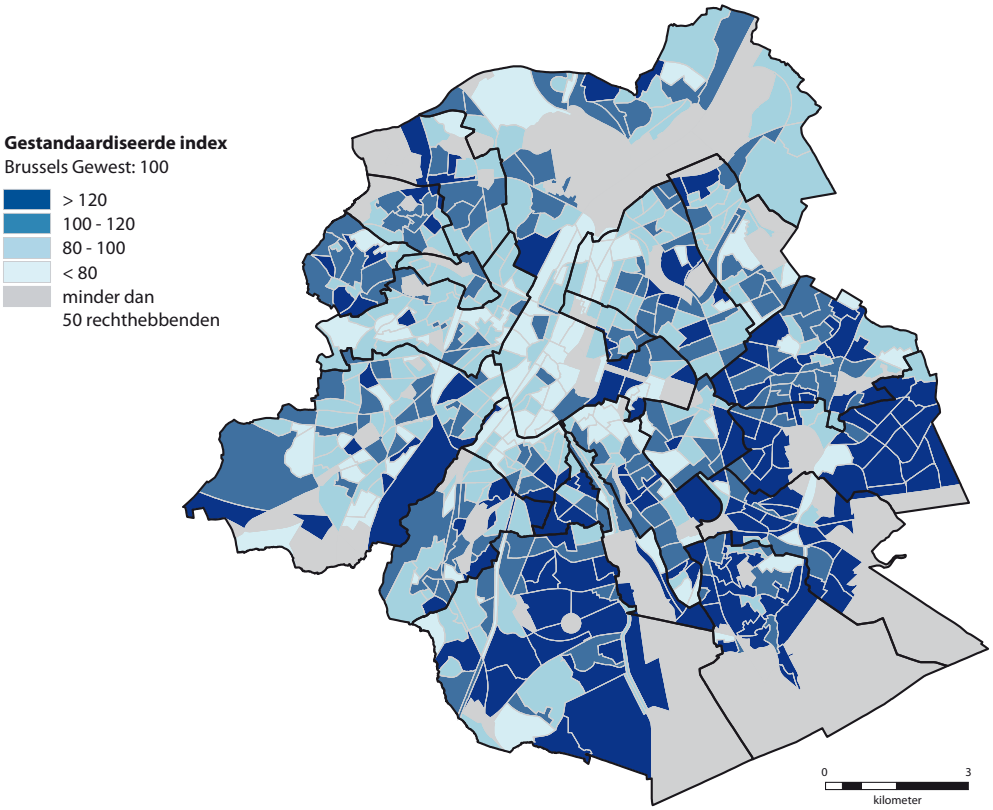
Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 18: Preventieve tandzorgen bij kinderen, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: alle Brusselaars ≤ 18 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Ook krijgen in het zuidoosten van het Gewest de **kinderen** gemiddeld vaker **preventieve tandzorgen**. Binnen de vijfhoek en bepaalde zones rond de vijfhoek krijgen een kleiner aandeel kinderen en jongeren (18 jaar of jonger) deze zorgen, maar ook hier is de arme sikkel niet zichtbaar (kaart 18). De maatregel dat alle tandzorgen gratis zijn voor kinderen onder de 18 jaar, bij geconventioneerde tandartsen weliswaar, heeft hierbij waarschijnlijk een positieve rol gespeeld. Mogelijks hebben de grote preventiecampagnes rond mondgezondheid die via de scholen werden gevoerd (bijvoorbeeld souriez.be/glimlachen.be), ook hun positief effect niet gemist. De sociale gradiënt in preventieve tandzorg is inderdaad groter bij volwassenen dan bij kinderen.

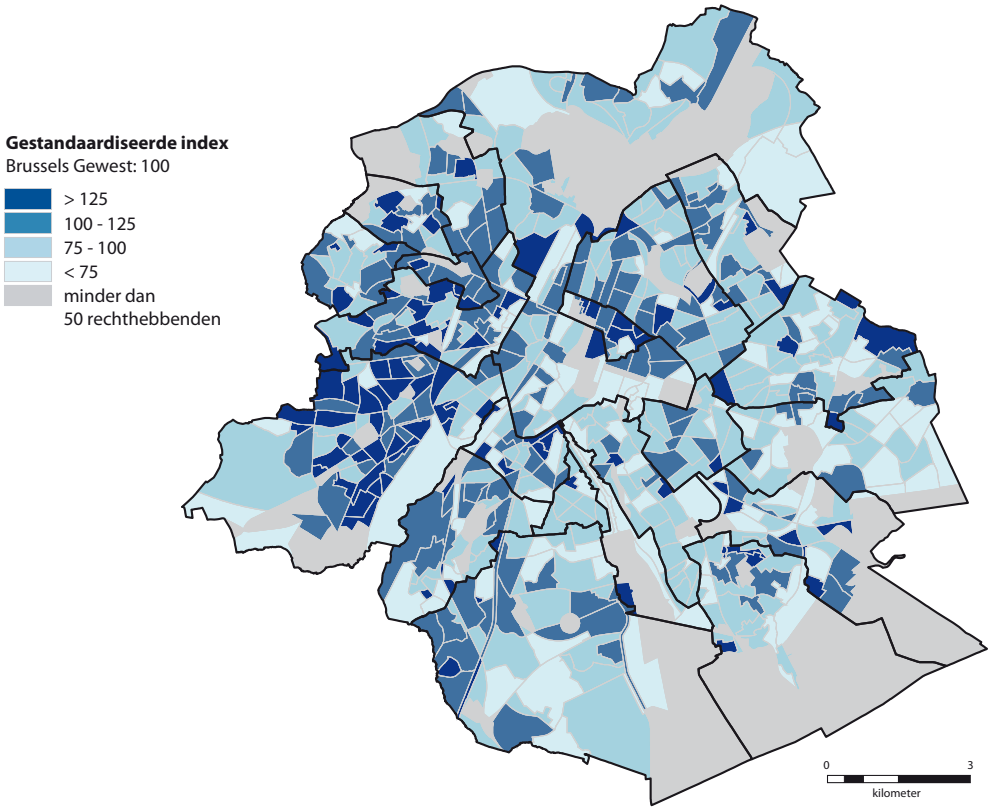
Minder duidelijke geografische patronen

Een hartaandoening (**cardiale therapie**) komt relatief gezien vaker voor in het noordwesten van het Gewest, maar de situatie in het zuidoosten is deze keer minder homogeen gunstiger (kaart 19). Voor **antipsychotica, opname in een psychiatrisch ziekenhuis en opname op de pediatrie** zijn de geografische patronen nog minder in lijn met de verwachtingen (kaarten 20-22).

Voor een hartaandoening en de opname in een psychiatrisch ziekenhuis toonden ook de Brusselse grafieken van de sociale gradiënt een afwijkende tendens ten opzichte van Vlaanderen en Wallonië.

Kaart 19: Cardiale therapie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

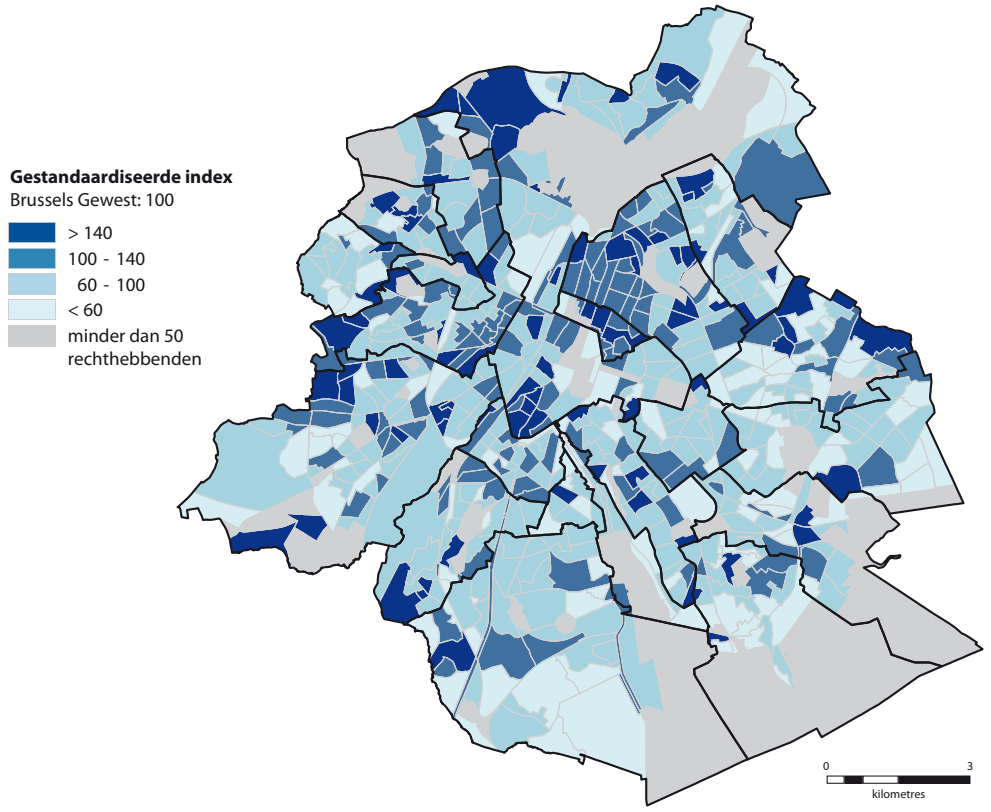
Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 20: Gebruik van antipsychotica gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

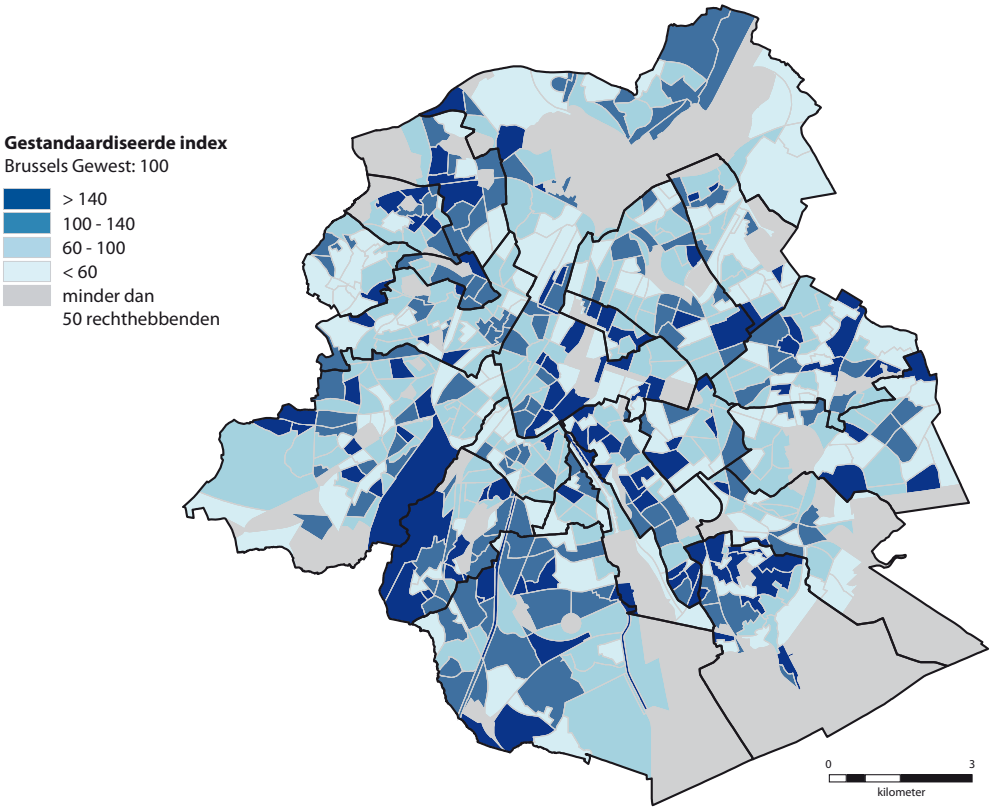
Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 21: Opname in psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

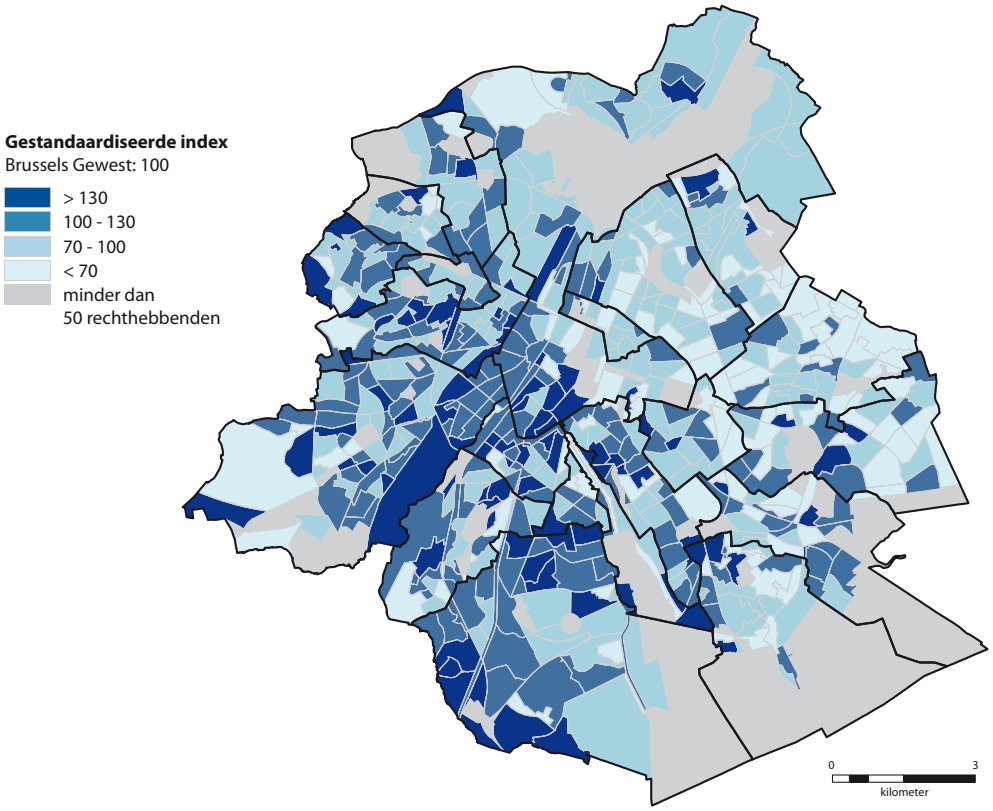
Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 22: Opnames op pediatrie of neonatologie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

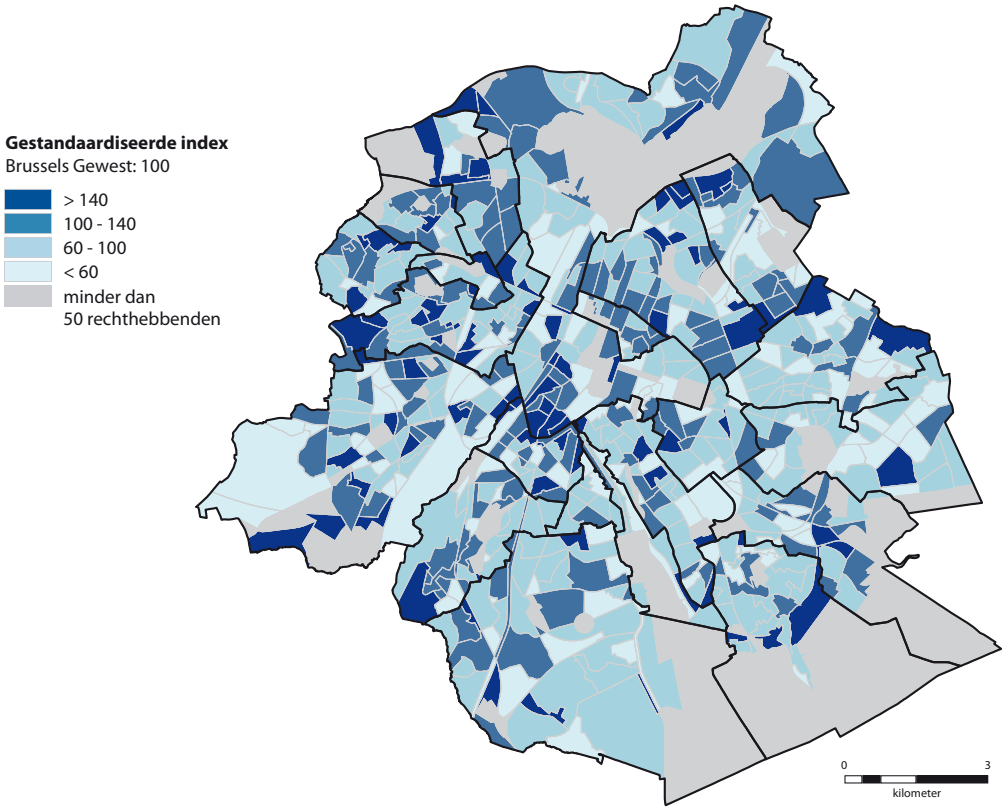
Referentiepopulatie: alle Brusselaars ≤ 15 jaar



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Kaart 23: Mortaliteit gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: alle Brusselaars



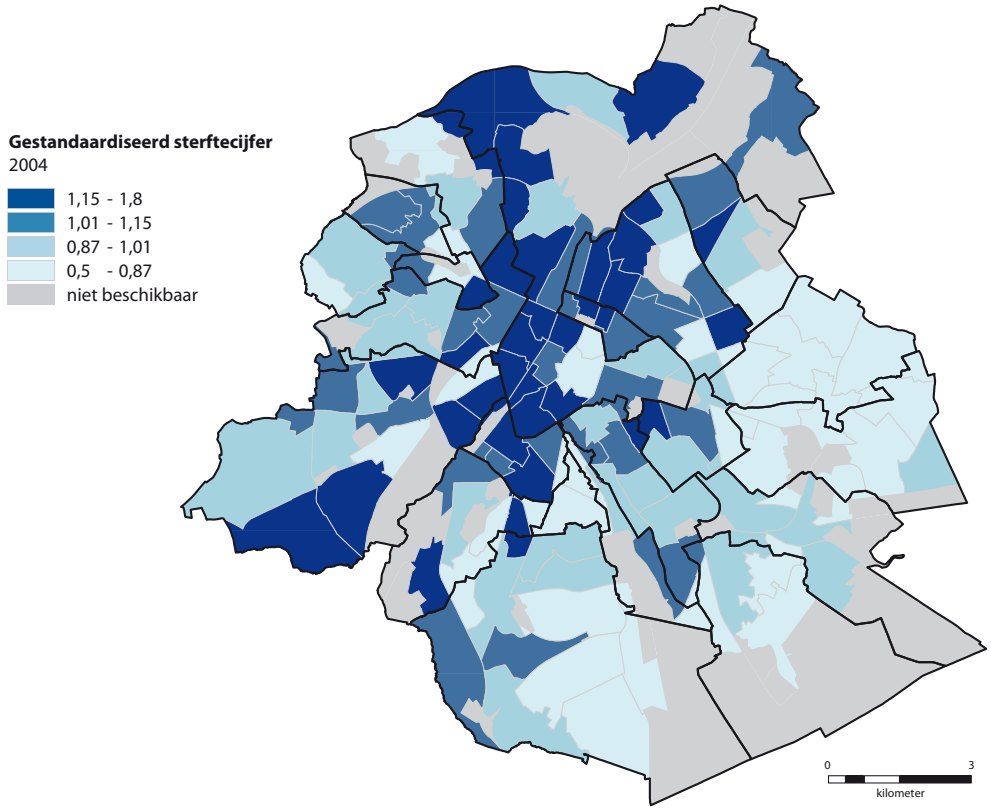
Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Zoals besproken bij punt 3.11., zijn er waarschijnlijk methodologische moeilijkheden bij de berekening van socio-economische verschillen in **mortaliteit** (kaart 23). Daarbij komt nog dat statistische sectoren waarschijnlijk niet het meest geschikte niveau zijn om geografische patronen te bestuderen. Volgens de wijkmonitoring[51] moet mortaliteit minimum op het niveau van wijken worden bestudeerd en zelfs dan blijven de methodologische uitdagingen groot. Toevalsschommelingen in wijken met een te kleine bevolking maken het moeilijk om significante verschillen te vinden. Er wordt gesuggereerd om de resultaten voorzichtig te interpreteren en aggregatietechnieken over verschillende jaren toe te passen. Deze laatste hebben dan wel weer als nadeel dat de bevolkingssamenstelling van een wijk te snel verandert gezien de vele verhuisbewegingen in Brussel. Bovendien zijn er grote verschillen tussen statistische sectoren in het aandeel van de officiële bevolking dat ook is ingeschreven bij de verplichte ziekteverzekering (zie kaart C in bijlage), hetgeen de interpretatie van de geografische patronen in mortaliteit op basis van de IMA-gegevens extra moeilijk maakt, gezien de kleine cijfers. De geografische patronen (per wijk) van mortaliteit op basis van het Rijksregister (Wijkmonitoring) volgen veel duidelijker de socio-economische indeling van het Brussels Gewest (kaart 24).

51 https://wijkmonitoring.brussels/indicators/gestandaardiseerd-sterftecijfer/

Kaart 24: Gestandaardiseerde sterftecijfers per wijk op basis van het Rijksregister, Brussels Gewest, 2004

Referentiepopulatie: alle Brusselaars



Bronnen: VUB, Rijkregister. Wijkmonitoring-BISA © - Brussels UrbIS ®©

6. BESLUIT EN AANBEVELINGEN

6.1. BEVINDINGEN

Dat socio-economische ongelijkheden ook in het Brussels Gewest alomtegenwoordig zijn voor bijna alle aspecten van gezondheid werd in dit rapport duidelijk geïllustreerd. De grote verschillen die er bestaan tussen inkomensgroepen, uiten zich bovendien in scherpe geografische tegenstellingen binnen het Gewest.

Het is hierbij belangrijk te benadrukken dat socio-economische ongelijkheden in gezondheid reeds vanaf de geboorte aanwezig zijn, zoals de cijfers van mortinataliteit en infantiele sterfte aantonen. De accumulatie van voor- of nadelige levenscondities en levensgebeurtenissen uiten zich vervolgens verder in socio-economische verschillen in de gezondheidstoestand over het gehele verdere leven. De levenskansen van personen worden in grote mate bepaald door hun eigen socio-economische positie en de meer algemene socio-economische en politieke context die hiermee samenhangt. De grote verschillen die er bestaan binnen het Brussels Gewest in werk- en levenscondities, gezondheidsgedrag en gebruik van gezondheidszorg worden keer op keer aangetoond in de studies van het Observatorium.

Eveneens belangrijk is te benadrukken dat de verschillen zich niet beperken tot de meest fragiele groep in de samenleving. Integendeel, er is vaak een duidelijke sociale gradiënt zichtbaar waarbij gezondheidswinst dus ook nog mogelijk is voor alle groepen die in het midden op de maatschappelijke ladder staan.

6.2. STRUCTURELE DETERMINANTEN VERSUS INDIVIDUELE VERANTWOORDELIJKHEID

Meer en meer wordt verwacht van burgers dat ze zelf actief beslissingen nemen met betrekking tot gezondheid en dat ze geïnformeerde patiënten worden binnen de gezondheidszorg. Beleidsmakers leggen veel nadruk op een gezond gezondheidsgedrag en op de gezondheidszorg omwille van ideologische, historische en praktische redenen, eerder dan te focussen op de achterliggende structurele determinanten van gezondheidsongelijkheden.

Hierdoor worden de individuen zelf meer verantwoordelijk gesteld voor hun eigen gezondheid, terwijl de ruimere socio-economische context waarbinnen personen hun "keuzes" maken met betrekking tot gezondheid op de achtergrond verdwijnen. Deze "keuzes" worden niet altijd zo rationeel en bewust genomen (Abel en Frohlich 2012), vandaar dat we aanhalingstekens plaatsen. We gaven reeds het voorbeeld dat roken een copings-mechanisme kan zijn om met de stress om te gaan van de moeilijkere werk- en leefomstandigheden waarin de persoon zich bevindt. Maar ook de levensomstandigheden in de kindertijd kunnen blijvende gevolgen hebben aangezien personen vaak handelen volgens het voorbeeld dat hun ouders stelden, zo ook voor een gezondheidsgedrag. Het zijn de ouders die hun kinderen bijvoorbeeld moeten meenemen voor een preventief tandartsbezoek. Gezondheidsongelijkheden kunnen dus van generatie op generatie worden overgedragen en de achterliggende processen zijn vaak heel subtiel en weinig zichtbaar (Missinne et al., 2014).

6.3. PROPORTIONEEL UNIVERSALISME

Doordat gezondheidsongelijkheden zich niet beperken tot de meest achtergestelde groep, moeten er universele maatregelen worden genomen. Indien interventies zich specifiek richten tot één specifieke groep, bestaat bovendien de kans dat deze groep word gestigmatiseerd (Koning Boudewijnstichting, 2007).

Echter, om de sociale gradiënt in gezondheidsongelijkheden te verkleinen moeten universele acties soms worden aangevuld met extra inspanningen die proportioneel zijn volgens de mate van sociale achterstelling. Ook moeten de methoden soms worden aangepast naargelang de socio-economische groep (het principe van proportioneel universalisme, Marmot et al., 2010). Dit is nodig aangezien geweten is dat het vaak net de meer bevoordeelde personen zijn die sneller hun gezondheidsgedrag aanpassen bij de introductie van nieuwe universele beleidsmaatregelen of er meer voordeel uithalen, waardoor de socio-economische ongelijkheden onbedoeld juist kunnen toenemen. Een bekend voorbeeld is de sociale gradiënt in roken die zich pas duidelijk is beginnen manifesteren eens er vanaf de jaren '50 meer en meer kennis begon te komen over de negatieve gezondheidseffecten van de sigaret. De meer bevoordeelde socio-economische groepen hebben hun rookgedrag sindsdien sneller aangepast, en hebben ook meer gevolg gegeven aan antirookcampagnes of beleidsmaatregelen (Lawlor et al., 2003).

6.4. NOOD AAN EEN GECOÖRDINEERD BELEID

Doordat gezondheidsongelijkheden zo diep geworteld zijn in de ruimere socio-economische maatschappelijke context, kunnen beleidsmaatregelen zich niet beperken tot de gezondheidszorg. Echter, in België gebeurde dit tot voor kort wel en streefde het gezondheidsbeleid in ons land vooral de universele aanwezigheid en toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen na (Koning Boudewijnstichting, 2007). Er is een grote systemische verwarring tussen gezondheidsbeleid en gezondheidsZORGbeleid. Het is bijvoorbeeld heel moeilijk om socio-economische ongelijkheden in gezondheid op een integrale manier, zoals in dit dossier, op de federale beleidsagenda te zetten aangezien het wordt verengd tot ongelijkheden in de toegang tot zorg (De Spiegelaere, 2011).

Michael Marmot (2015) pleit voor een grote paradigma shift die ons doet nadenken over de vraag waarom we mensen verzorgen maar dan terug sturen naar de levenscondities die hen ziek maken. Vele beleidsdomeinen hebben dus een invloed op gezondheid, zoals werk, onderwijs, huisvesting, leefmilieu, sociale zekerheid, … Om gezondheidsongelijkheden aan te pakken, is het dan ook belangrijk dat gezondheid wordt opgenomen in alle beleidsdomeinen, zoals het principe van *'health in all policies'* van de Wereldgezondheidsorganisatie voorschrijft. Goede initiatieven worden hiertoe reeds genomen in Brussel, met het opnemen van het principe in het Brussels Gezondheidsplan[52] en de reflecties over hoe de publieke ruimte kan bijdragen aan het welzijn van iedereen[53].

Dit wil echter niet zeggen dat de gezondheidszorg geen cruciale rol heeft, integendeel. Een toegankelijke zorg zal zeker bijdragen tot het verkleinen van gezondheidsongelijkheden. Ook op dat vlak moet er nog werk worden verzet zoals de resultaten van deze studie opnieuw aantonen. En ook binnen de gezondheidszorg kunnen verschillende beleidsdomeinen nog beter op elkaar worden afgestemd. De linken tussen o.a. de curatieve en preventieve gezondheidszorg, gezondheidspromotie en welzijnsbeleid moeten worden versterkt (Koning Boudewijnstichting, 2007).

52 https://www.ccc-ggc.brussels/nl/news/brussels-gezondheidsplan-opgroeien-en-leven-goede-gezondheid-brussel

53 https://perspective.brussels/nl/studies-en-observatoria/gezondheid-en-welzijn/se-soigner-dans-la-ville-zorg-de-stad-studiedag

6.5. VERDER ONDERZOEK

Voor vele aspecten van gezondheid is het nu duidelijk dat er sociale ongelijkheden bestaan. Naast de nood aan beleidsactie, is er op vlak van onderzoek vooral nood aan **meer inzicht in de achterliggende mechanismen** (Koning Boudewijnstichting, 2007) om beleidsinterventies daar nog meer op af te stellen. Meer inzicht in de mechanismen kan door stil te staan welk aspect van socio-economische status juist wordt gemeten bij kwantitatief onderzoek. Maar er is vooral **nood aan meer kwalitatief onderzoek en een betere terreinkennis**. Cijfers kunnen immers nooit het hele verhaal vertellen.

Er is ook nood aan meer kennis over de **impact van beleidsmaatregelen en interventies**, maar dit is moeilijk te meten. Het vraagt namelijk tijd vooraleer de (positieve) effecten voor gezondheid of voor de socio-economische positie zich manifesteren. En bovendien vallen deze effecten moeilijk te scheiden van evoluties op andere vlakken (Graham, 2004). Wanneer interventies heel lokaal worden uitgevoerd is het bovendien niet gemakkelijk om 'best practices' te bepalen die breder kunnen worden toegepast.

Ook de **rol van contextuele factoren voor gezondheidsongelijkheden** verdient ruimere aandacht. De grote verschillen in gezondheid die gevonden worden tussen de Brusselse buurten zijn vaak het resultaat van een combinatie van contextuele effecten (o.a. openbare infrastructuur, groene ruimtes, milieuvervuiling) en compositie-effecten (aandeel inwoners met een zwakker of sterker individueel socio-economisch profiel). Deze context – en compositie-effecten hangen samen, waardoor de effecten niet gemakkelijk los van elkaar te becijferen zijn. Hierdoor worden al te vaak de contextuele factoren 'statistisch weg verklaard' door compositie-effecten, waardoor hun rol onderbelicht blijft. Het is echter niet altijd wenselijk om deze effecten statistisch van elkaar te scheiden. Belangrijker is om terreinkennis te ontwikkelen, aangezien beleidsmaatregelen best worden aangepast aan de specifieke context waarin de doelgroep leeft en werkt.

Tenslotte is er nog te weinig gekend over de invloed van **een buitenlandse nationaliteit of het hebben van een migratieachtergrond** voor gezondheidsongelijkheden, net als over de rol van (positieve) discriminatie die hiermee kan samengaan. Dit is natuurlijk een hele klus in Brussel, gezien de grote diversiteit binnen de Brusselse bevolking. Onder de officiële bevolking zonder de Belgische nationaliteit is in 2017 twee derde (66 %) afkomstig uit één van de 28 lidstaten van de Europese Unie (EU28). In 2017 blijven de Fransen veruit het best vertegenwoordigd onder de personen van buitenlandse nationaliteit in het Brussels Gewest, gevolgd door de Roemenen, Marokkanen en Italianen. We weten nog te weinig over de rol van socio-culturele aspecten voor gezondheidsongelijkheden. Het is echter zeker niet zo dat personen met een niet-Belgische nationaliteit daarom altijd een slechtere socio-economische positie hebben. Onderzoeksresultaten uit andere landen of zelfs uit de andere Belgische regio's, kunnen daarom niet zomaar worden overgenomen voor Brussel.

REFERENTIES

Abel, T. & Frohlich, K., 2012. Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. Social Science & Medicine, 74, 236-244

Ackaert, K., Demyttenaerte, B., De Wolf, F., Dolphens, M., Guillaume, J., Landtmeters, B., Lona, M. 2019. Ereloon-supplementen geattesteerd tijdens ziekenhuisverblijven. IMA: Brussel. Beschikbaar via: https://ima-aim.be/IMG/pdf/ima-rapport_-_ereloonsupplementen_geattesteerd_tijdens_ziekenhuisverblijven_-_data_2017.pdf

Actiris. 2019. Profiel en traject van de werkzoekenden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest-monitoring volgens origine. Actiris, Brussel

Arbyn M, Haelens A, Desomer A, Verdoodt F, Thiry N, Francart J, Hanquet G, Robays J. Cervical cancer screening program and Human Papillomavirus (HPV) testing, part II: Update on HPV primary screening. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 238. D/2015/10.273/17.

Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., Mertens, R. 2008. Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van de Ziekenfondsen. CM informatie 233: 3-15

Avalosse, H., Vancorenland, S. & Verniest, R. 2015. De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan. CM-Informatie 262: 26-39

Avalosse, H., Verniest, R., Vancorenland, S. et al. 2017. Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen. CM Informatie: 37-47

Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J. Allaoui, E., Di zinno, T. 2019. Ongelijkheid in gezondheid. IMA, Brussel

Boutsen, M., Camilotti, G., Di Zinno, T., Pirson, A., Van Cutsem, P., Vervoort, K. 2017. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Een update. IMA, Brussel. Beschikbaar via https://ima-aim.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima-2.pdf

Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse en Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie). 2016. Zoom op de gemeenten: Jette

Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse en Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie). 2016. Zoom op de gemeenten: Ganshoren

Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse en Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie). 2016. Zoom op de gemeenten: Sint-Agatha-Berchem

Carels, C., De Ridder, L., Van Loock, N., Bogaerts, K., Eyssen, M., Obyn, C. 2008. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. Health Services Resaearch (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 77A (D/2008/10.273/20)

Charafeddine, R. et al. 2013. Health Intervieuw Survey 2013. Research Protocol. Scientific Institute of Public Health, Brussels

Christakis, N. A. & Fowler, J.H. 2007. The spread of obesity in a large social network over 32 years. New England Journal of Medicine, 357(4), 370-379

Cockerham, W.C. 2007. Social Causes of Health and Disease. Cambridge: Polity Press

Cohn, S. 2014. From health behaviours to health practices: an introduction. Sociology of Health & Illness, 36(2)

Cornut, P., Bauler, T. & Zaccaï. 2007. Environnement et inégalités sociales, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles

de Leeuw, Hox, Dillman (eds.). International handbook of survey methodology, New York, NY: Lawrence Eribaum Associate

Demarest S. 2015. Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. In: Drieskens, S., Gisle, L. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids en welzijnsdiensten. WIV-ISP, Brussel

Demarest S. 2015. Sociale gezondheid. In: Charafeddine, R., Demarest, S. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 4: Fysieke en sociale omgeving. WIV-ISP, Brussel

Desiere, S., Struyven, L., Cuyvers, D. Gangji, A. De internationale tewerkstelling: eindelijk aanwezig in de arbeidsmarktstatistieken. Brussels Instituut voor Statistische Analyse, Focus nr. 24, Brussel

De Spiegelaere, M. 2011. How to move towards a more integrated health system and more coherent health policies taking into account the Brussels realities. In Schokkaert & Van de Voorde (Eds.): belgium's healthcare system should the communities/regions take it over? or the sickness funds? Re-Bel initiative

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleesschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., Meeus, P. 2019. De performantie van het Belgische gezondheids-systeem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32

Drieskens, S. 2014. Lichaamsbeweging. In: Gisle L, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel

FOD sociale zekerheid. 2018. The evolution of the social situation and social protection in Belgium 2018. Beschikbaar via: https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/analysis-social-situation-and-protection-belgium-2018-en_2.pdf

Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. 2003. Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38: 229

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. 2006a. Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health, 60(1), 7-12

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. 2006b. Indicators of socioeconomic position (part 2). J Epidemiol Community Health, 60(2), 95-101

Gilmore, David C., Terry A. Beehr, and Kevin G. Love. 1986. Effects of applicant sex, applicant physical attractiveness, type of rater and type of job on interview decisions. Journal of occupational psychology 59.2: 103-109

Gisle, L. 2014. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden, J., Charafeddine, R. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel

Gisle, L. 2014. Alcoholgebruik. In: Gisle, L, Demarest, S. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel

Graham, H. 2004. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. The Milbank Quarterly 82.1: 101-124

Griffin, SO., Barker, LK., Griffin, PM, Cleveland, JL, Kohn, W. 2009. Oral health needs among adults in the United States with chronic diseases. The Journal of the American Dental Association, 140 (10): 1266-1274

Hercot, D., Mazina, D., Verduyckt, P., Deguerry, M. 2015. Geboren worden als Brusselaar; Perinatale gezondheids-indicatoren van de Brusselaars 2000-2012. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel

Jindal SK. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers - Is it a different phenotype?. Indian J Med Res. 2018;147(4):337-339

Kohn L., Obyn C., Adriaenssens J., Christiaens W., Van Cauter X., Eyssen M. 2016, Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 265. D/2016/10.273/34

Koning Boudewijnstichting. 2007. Ongelijkheid in gezondheid. Aanbevelingen van de werkgroep 'ongelijkheid in gezondheid' van de Koning Boudewijnstichting voor alle overheden in België. D/2007/2893/38

Kurt, O. K., Zhang, J., & Pinkerton, K. E. 2016. Pulmonary health effects of air pollution. Current opinion in pulmonary medicine, 22(2), 138

Lammens, L., De Spiegelaere, M. & Deboosere, P. 2009. Haalbaarheidsstudie naar het gebruik van IMA gegevens voor de constructie van gezondheidsindicatoren op wijkniveau. Brussel: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Lawlor, Debbie A, Frankel, Stephen, Shaw, Mary, Ebrahim, Shah, Smith, George Davey. 2003. Smoking and Ill Health: Does Lay Epidemiology Explain the Failure of Smoking Cessation Programs Among Deprived Populations? Am J Public Health, 93: 266-270

Leefmilieu Brussel. 2008. Welke verbanden bestaan er tussen de verontreiniging van het binnenmilieu en de gezondheid? Gids voor de milieu-en gezondheidsprofessional. Brussel

Lim, S. et al. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 380 (9859), 2224-2260

Lorant, V & Dauhpin N. (2004). Comparaison de l'enquête de santé 2001 et de l'enquête socio-économique 2001. UCL : Bruxelles. Beschikbaar via http://www.ccc-ggc.irisnet.be/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/comparaison-de-lenquete-de-sante-2001-et-de-lenquete-socio-economique-2001.pdf

Lorant, V., Robert, P., Soto, V., Tihon, M. 2015. Les écoles renferment le terreau des inégalités de santé. Education Santé (308). Beschikbaar via http://educationsante.be/article/les-ecoles-renferment-le-terreau-des-inegalites-de-sante/

Lynch, J. 2017. Reframing inequality? The health inequalities turn as a dangerous frame shift. Journal of Public Health, 39(4), 653-660

Marmot, et al. 2010. The Marmot review: Fair society, healthy lives. The Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010

Marmot, M. 2015. The health gap. London: Bloomsbury

Mazina, D., Missinne, S., Verduyckt, P., Deguerry M. 2017. Gezondheidsindicatoren van het Brusselse Gewest - Ongevallen. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad, Gemeenschappelijke Gemeenschaps-commissie. Brussel

Mirowsky, J. & Ross, C.E. 2003. Education, social status, and health. New York: de Gruyter, Inc.

Missinne, S., Neels, K. & Bracke, P. 2014. Reconsidering inequalities in preventive health care: an application of cultural health capital theory and the life-course perspective to the take-up of mammography screening. Sociology of health & illness 36.8: 1259-1275

Missinne, S. & Luyten, S. 2018. Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn

mogelijke tekorten? Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel

Missinne, S., Verduyckt, P., Hercot, D. 2017. Gezondheids-indicatoren van het Brusselse Gewest - Chronische ziekten. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2006. Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad. 2017. Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest, Thematisch katern van het Armoederapport van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2016, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2017. Welzijnsbarometer 2017. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2018. Welzijnsbarometer 2018. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel

OECD/EU. 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD PUblishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Omran, A. R. 1971. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q, 49(4), 509-538

Onafhankelijke ziekenfondsen. 2019. Ongelijkheden op vlak van medische zorg, een jeugd lang … https://www.mloz.be/nl/persberichten/ongelijkheden-op-vlak-van-medische-zorg-een-jeugd-lang

Renard, et al. 2017. Educational inequalities in premature mortality by region in the Belgian population in the 2000s. Archives of Public Health 75.1: 44

RIZIV (2018). Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden. Beschikbaar via https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_verklarende_factoren_invaliditeit_2007_2016.pdf

Rosenquist, J. N., Murabito, J., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. 2010. The Spread of Alcohol Consumption Behavior in a Large Social Network. Annals of Internal Medicine, 152(7), 426-W141

Salvi, SS., Barnes, PJ. 2009. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. Lancet. 374:733–743

Siegrist, J. 1996. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions, Journal of Occupational Health Psychology, 1,27-41

Solar, O., Irwin A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), World Health Organisation

Solidaris. 2018. Où en sont les inégalités aujourd'hui ? Le thermomètre des Belges http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2019/01/ThermoXI-Rapport-complet.pdf

Sørensen .K., Van den broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., for (hls-eu) consortium health literacy project european. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12:80

Tehranifar, P., Neugut A., Phelan, J. Link. B., Liao, Y. Desai, M., Terry, M. 2009. Medical advances and racial/ethnic disparities in cancer survival. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 18.10:2701-2708

Treutens, P. 2016. Fiscale statistiek van de inkomens, een geschikte gegevensbron om de levensstrandaard van de Brusselaars te meten? Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse, Focus nr. 14, februari 2016

Van den Broucke, S. & Renwart, A. 2014. La littératie en santé en Belgique: un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé. Louvain la Neuve: Université catholique de Louvain.

Van den Broucke, S. 2015. Interview in Education Santé, n. 302 http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/

Vandeleene, G. & Lambert, L. 2019. Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld. CM-Informatie 276: 4-19

Van der Heyden, J. 2014. Mondgezondheid. In: Gisle, L., Demarest, S. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel

van Ryn, M. & Burke, J. 2000. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. Social Science & Medicine, 50(6):813-28

Van Tielen, R., Karakaya, G., Amrous, K., 2017. Tandzorg in België in de periode 2011-2015. Welke verzorging? Welke terugbetalingen? Welke kosten voor het gezin? Onafhankelijke Ziekenfondsen, Brussel

Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V. Charafeddine, R. (Eds.). 2011. Sociale ongelijkheden in gezondheid in België, Gent: Academia Press

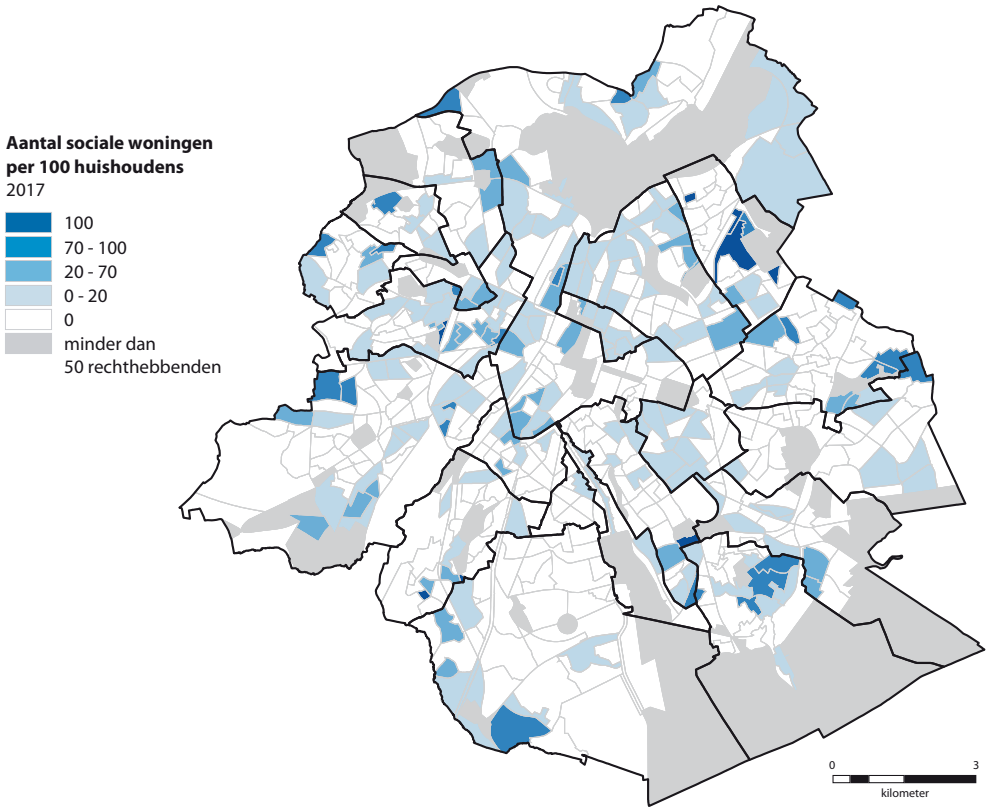
Verduyckt, P., Hercot, D., Deguerry, M. 2016. Gezondheids-indicatoren van het Brusselse Gewest - Mortaliteit. Overzicht van de overlijdens voor de periode 1998-2013. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel

Wereldgezondheidsorganisatie, 2016. Diabetes-fact sheet. Geraadpleegd op 23-08-2019 via https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Wereldgezondheidsorganisatie, 2018. Influenza (seasonal) – fact sheet. Geraadpleegd op 23-08-2019 via https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)

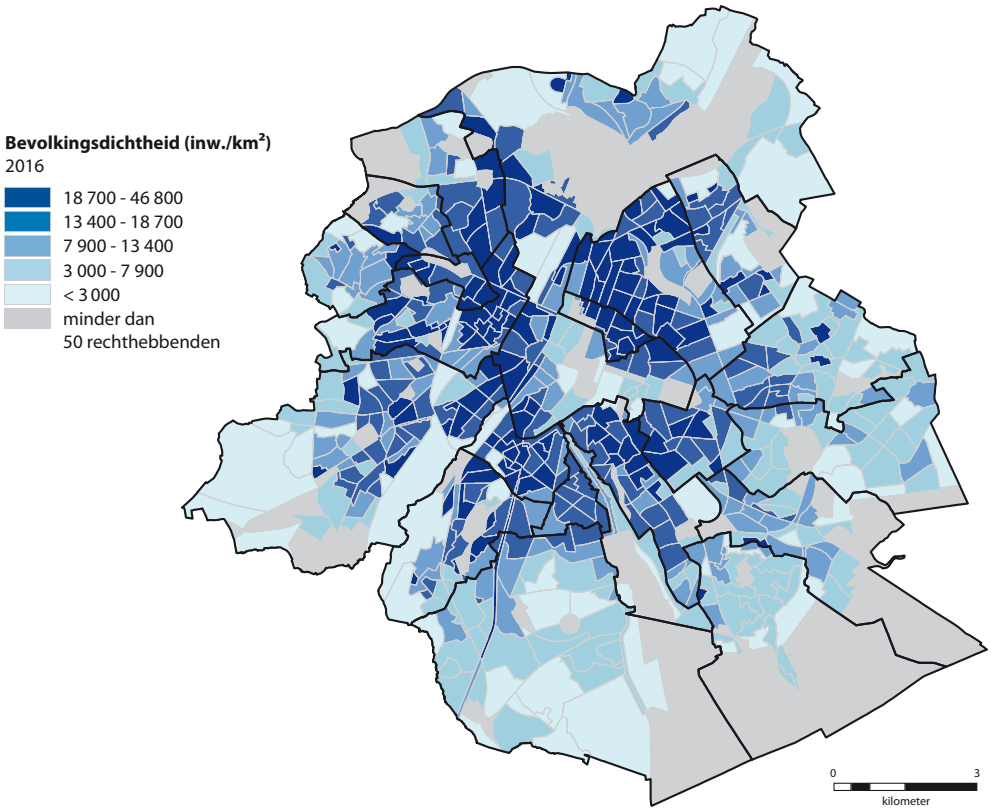
Whelan, C.T., Layte, R., Maitre, B. & Nolan, B. 2001. Income, deprivation, and economic strain. An analysis of the European community household panel. European Sociological Review 17:357- 372

Kaart A: Het aandeel sociale woningen, Brussels Gewest, 2016



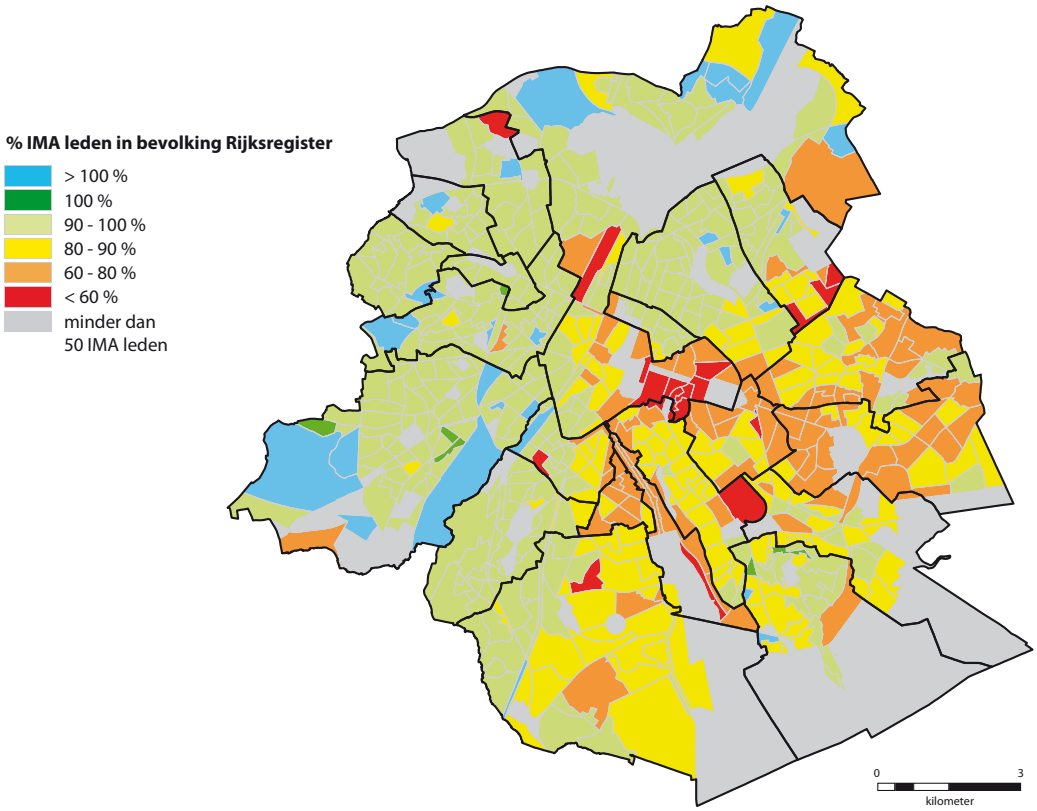
Bron: Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse, Wijkmonitoring

Kaart B: Bevolkingsdichtheid, Brussels Gewest, 2016



Bron: Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse, Wijkmonitoring

Kaart C: Het percentage IMA leden dat ook geregistreerd staat in het Rijksregister, Brussels Gewest, 2016



Bron: Het InterMutualistisch Agentschap; Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse, Wijkmonitoring

Kaart D: De gemeenten van het Brussels Gewest



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid

Dit rapport geeft een overzicht van de bestaande socio-economische ongelijkheden in gezondheid in het Brussels Gewest en de belangrijkste determinanten die hierbij een rol spelen, met het theoretisch kader van de Wereldgezondheids-organisatie als leidraad.

We maken hierbij hoofdzakelijk gebruik van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA), de Gezondheids-enquête uitgevoerd door Sciensano en de Statistische formulieren voor geboorte en sterfte.

Naast het bespreken van de socio-economische ongelijk-heden aan de hand van grafieken, worden verschillen tussen Brusselse buurten ook besproken aan de hand van kaarten voor alle IMA-indicatoren. Deze kaarten leveren bijkomende inzichten op over de ruimtelijke verdeling van de gezondheidsindicatoren.

http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil

Dit document is eveneens beschikbaar in het frans.

Ce document est également disponible en français sous le titre :
**«Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?
Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé»**