



# **Verbeteren van gezondheidsgelijkheid doorheen de levensfasen**

**Samenvatting van bewijs en aanbevelingen van het DRIVERS-project**



DRIVERS wordt gecoördineerd door EuroHealthNet en wordt gefinancierd via het Zevende Kaderprogramma van de Europese Unie (FP7/2007-2013) onder subsidieovereenkomst nr. 278350.

**Redacteurs:**

Peter Goldblatt, Johannes Siegrist, Olle Lundberg, Claudia Marinetti, Linden Farrer, Caroline Costongs

**Medewerkers:**

Monica Åberg Yngwe, Kersti Bergqvist, Rebecca Ford, Stephanie Hagan, Hanno Hoven, Sian Jones, Yoline Kuipers, Mafalda Leal, Michael Marmot, Diego Montano, Joana Morrison, Clive Needle, Hynek Pikhart, Demetris Pillas, Milagros Ruiz, Ola Sjöberg, Anne Willmot

**Gepubliceerd als onderdeel van het DRIVERS-project door:**

UCL Institute of Health Equity  
1-19 Torrington Place  
London  
WC1E 7HB  
UK  
Tel.: +44-20-7679 8351  
E-mail: [p.goldblatt@ucl.ac.uk](mailto:p.goldblatt@ucl.ac.uk)

**En:**

EuroHealthNet  
Wetstraat 67  
1040 Brussel  
België  
Tel. +32 2 235 0330  
E-mail: [c.marinetti@eurohealthnet.eu](mailto:c.marinetti@eurohealthnet.eu)

Januari 2015

**Aanbevolen referentie:**

Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L & Costongs C (2015). "Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project." (Verbeteren van de gezondheidsgelijkheid door actie doorheen de levensfasen: Overzicht van bewijs en aanbevelingen van het DRIVERS-project) Rapport opgesteld als onderdeel van het 'DRIVERS for Health Equity' (DRIVERS voor Gezondheidsgelijkheid) project, <http://health-gradient.eu/>. Brussel: EuroHealthNet.

Dit document werd vertaald uit het Engels. Om technische redenen onderschreef het DRIVERS-consortium enkel de originele Engelstalige versie

Om de volledige licentietekst te raadplegen, ga naar: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>.



Het onderzoek dat leidde tot deze resultaten, werd uitgevoerd in het kader van het DRIVERS-project (<http://www.health-gradient.eu>), gecoördineerd door EuroHealthNet, en heeft financiële steun gekregen van de Europese Gemeenschap (FP7 2007-2013) onder subsidieovereenkomst nr. 278350.

## Achtergrond

Economische groei, democratisering en betere leefomstandigheden hebben bijgedragen tot een betere gezondheid en een stijgende levensverwachting in Europa, toch bestaan er nog steeds grote en systematische verschillen op het vlak van gezondheid. Deze verschillen vormen een gradiënt die van boven- tot onderaan de samenleving loopt, en dit patroon geldt voor alle Europese landen (1, 2). Deze gezondheidsongelijkheden hebben eeuwenlang bestaan, maar nu weten we veel meer over de oorzaken ervan - waarvan vele overigens vermeden kunnen worden. Er zijn echter hiaten in de 'evidence base' op het vlak van wat doeltreffend is in het terugdringen van deze ongelijkheden en in het toepassen van wat elders in een Europese context gekend is.

Het doel van het DRIVERS-project is de relaties die in een Europese context bestaan tussen een aantal belangrijke invloeden op gezondheid in de loop van iemands leven ( kindertijd, werk en inkomen en sociale bescherming ) beter te begrijpen en oplossingen te vinden om de gezondheid te verbeteren en gezondheidsongelijkheid te beperken.

Dit document begint met een overzicht van DRIVERS en de meest significante conclusies. Daarna volgt een beschrijving van de hoofdprincipes en -aanbevelingen om de gezondheidsongelijkheden in heel Europa te helpen beperken. Meer gedetailleerde aanbevelingen van het project vindt u in Bijlage A en opmerkingen bij gevalsanalyses in Bijlage B. Het doel van DRIVERS is een blijvende erfenis na te laten. Door het bewijs te leveren dat de implementatie onderbouwt van beleidslijnen en programma's in diverse sectoren die doeltreffend zijn in het beperken van de gezondheidsongelijkheden, de sociale rechtvaardigheid verbeteren en bijdragen tot maatschappelijke en economische vooruitgang voor iedereen.

### *Vorige samenvattende verslagen*

Er werden de afgelopen paar jaar meerdere belangrijke verslagen gepubliceerd die bewijs verzamelden en maatregelen hebben voorgesteld die de gezondheidsgelijkheid verbeteren. *The World Health Organization Commission on Social Determinants of Health (De Commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie voor Sociale Determinanten van Gezondheid)* (3) op wereldvlak, *Fair society, healthy lives: the Marmot Review*

*(Rechtvaardige samenleving, gezonde levens; de Marmot-studie)* (4) in Engeland, en *the Review of social determinants and the health divide in the WHO European region (Evaluatie van sociale determinanten en gezondheidskloof in de Europese regio van de WGO)* (1) toonden allemaal de rol aan van de sociale determinanten van gezondheid in het bepalen van zowel algemene gezondheidsniveaus als ongelijkheden in de gezondheid, en bevelen acties aan om ze te verbeteren op basis van beschikbaar bewijs. Op dergelijke uitdaging kan enkel gereageerd worden met een coherent politiek antwoord vanuit de hele samenleving en regering. Vele van de vereiste acties liggen immers buiten de gezondheidssector. Er bleven echter nog grote hiaten in de kennis van de relaties tussen de determinanten, aangezien hun effecten op elkaar inwerken en samenkomen in de loop van het leven, en gezondheidsresultaten.

De publicatie van de Europese Commissie uit 2009 *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU (Solidariteit in gezondheid: terugdringen van de gezondheidsongelijkheden in de EU)* (5) was een grote stap voorwaarts in het aangaan van deze uitdaging op Europees, nationaal en subnationaal niveau. Sindsdien heeft de financiële crisis de sociale determinanten van gezondheid in veel Europese landen ongunstig beïnvloed. Een recent verslag, *Health inequalities in the EU (Gezondheidsongelijkheden in de EU)* (2), toonde aan dat de financiële crisis in 2007-2009 en daaropvolgende fiscale maatregelen leidden tot een beperking van de inspanningen om de gezondheidsongelijkheden aan te pakken. In het verslag werd vastgesteld dat slechts een minderheid van landen op nationaal niveau iets ondernam om de ongelijkheid op gezondheidsvlak terug te dringen, via expliciete actieplannen, geruggensteund door alle regeringen, terwijl de meerderheid een losstaand beleid voerde met betrekking tot de sociale determinanten van gezondheid, maar niet op een gecoördineerde manier of helemaal niets leek te ondernemen. Pan-Europese initiatieven, zoals Equity Action, verkenden mogelijke beleidsacties die leidden tot de ontwikkeling van een reeks instrumenten en informatie over hoe het beleid op nationale en regionale niveaus rekening kan houden met gelijkheid. De conclusies van de rapporten en andere projecten werden echter niet algemeen geïmplementeerd in de beleidsvorming.

## Het DRIVERS-project

DRIVERS (2012-2015) is een onderzoeksproject gefinancierd door het zevende kaderprogramma van de Europese Unie, dat gericht is om het identificeren en dichten van kennishiaten over factoren die de drie sociale determinanten van hoger vermelde ongelijkheden in gezondheid bepalen, en de impact die ze hebben op vermijdbare gezondheidsongelijkheden. Bovendien richtte het project zich op de analyse van de methodes die gebruikt worden om deze effecten te beoordelen, zodat ze verbeterd kunnen worden of zodat nieuwe methodes ontwikkeld kunnen worden, om de differentiële conclusies van beleidslijnen en programma's rond gezondheidsgelijkheid beter vorm te geven.

DRIVERS heeft:

- Bestaande kennis samengebracht en theorieën getest over hoe verschillende invloeden tijdens de levensloop, de ongelijkheden op gezondheidvlak beïnvloeden, gebruik makend van systematische evaluaties, meta-analyse en comparatieve gegevensanalyses in alle lidstaten van de EU.
- De bestaande methodologie beoordeeld en er een efficiëntere ontwikkeld voor het bepalen van de differentiële resultaten van acties om gezondheidsongelijkheden aan te pakken, gebruik makend van longitudinale datasets.
- Diverse methodes geïmplementeerd in gevalsanalyses over heel Europa, om de onderzoeksconclusies aan te vullen en beter te doorgronden.
- Actief gezocht naar de betrokkenheid van een reeks stakeholders, om gebruik te maken van de perspectieven van burgers, artsen en het maatschappelijke middenveld.
- Talloze academische artikels en publieke rapporten (6) gepubliceerd, verschillende workshops en slotevenementen georganiseerd en actief conclusies verspreid onder een groot aantal stakeholders.
- Een reeks overkoepelende principes ontwikkeld en meer gedetailleerde praktische aanbevelingen geformuleerd voor het beleid en de praktijk, gaande van interventies op individueel niveau tot beleidslijnen op Europees niveau, om de ongelijkheden op het vlak van gezondheid te verminderen en de billijkheid op het vlak van gezondheid te verbeteren.

## **Significante conclusies**

### *Ontwikkeling van het jonge kind (7)*

De prille kindertijd is een grote bepalende factor in ongelijkheid op het vlak van gezondheid. Dit komt omdat tegenslag in deze vroege levensfase vaak een negatief effect blijkt te hebben op alle verschillende domeinen van de ontwikkeling van het kind - op het vlak van cognitieve, communicatie-, taal-, sociale en emotionele vaardigheden. Wanneer deze vaardigheden onvoldoende ontwikkeld worden, heeft dit verregaande gevolgen op de resultaten die het kind boekt in de rest van zijn leven. Het bewijs hiervan wordt echter vooral duidelijk in een klein aantal Europese landen en buiten Europa. In vergelijking is er weinig bekend over de mate waarin sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid en ontwikkeling in de kindertijd in schaal verschillen doorheen Europa, hoe de mechanismen die deze ongelijkheden verklaren, werken in verschillende contexten, of over de impact die programma's en beleidslijnen voor het aanpakken van sociale ongelijkheden in de vroege kindertijd, hebben in verschillende contexten.

Om deze kloof in het bewijs te dichten, werd in eerste instantie een systematisch onderzoek gevoerd naar sociale ongelijkheden in de ontwikkeling en de gezondheid van het jonge kind (8). Dit toonde aan dat een kansarme buurt, een laag inkomen/vermogen van de ouders, het opleidingsniveau, sociale beroepsklasse, hogere werklast van de ouders, werkloosheid van de ouders, gebrek aan een eigen huis en materiële ontbering in het gezin belangrijke factoren waren die geassocieerd worden met een brede waaier aan ongunstige gevolgen wat de gezondheid en de ontwikkeling van het kind betreft. De tendens van deze associaties was gelijkaardig in de meeste Europese landen, met slechts kleine verschillen tussen landen onderling. Bovendien werden de resultaten duidelijker naarmate de leeftijd toenam.

Ten tweede werd een systematisch onderzoek gevoerd om interventies te identificeren die de gezondheid van het jonge kind verbeteren (9). Er werd gekeken naar de interventies in de lidstaten van de EU van 1999-2013 en men stelde vast dat de meeste interventies die beschreven worden in de literatuur, plaatsvonden in het Verenigd Koninkrijk en de Ierse Republiek. De meerderheid ervan was gericht op het verbeteren van de ouderschapsvaardigheden door beide ouders te steunen, en een aantal ervan werd aangevuld met extra componenten zoals het voorzien van dagopvang, het verbeteren van de huisvesting, of spraak- en psychologische therapie voor kinderen. De beste resultaten werden bereikt met

programma's die intensieve ondersteuning, informatie en huisbezoeken boden, die gebruik maakten van een psycho-opvoedkundige benadering en die gericht waren op de ontwikkeling van de vaardigheden van de kinderen en van de ouders. Slechts twee van de besproken studies werden aangeboden voor meerdere sociale groepen en alle andere waren gericht op kinderen en gezinnen in kansarme gebieden.

Er werden longitudinale analyses uitgevoerd om deze bevindingen verder te onderzoeken, gebruik makend van geboortecohortgegevens uit 12 landen over heel Europa (10). De resultaten die verkregen werden uit de meeste cohorten, toonden aan dat kinderen van moeders met een laag opleidingsniveau, later gezondheidsproblemen kregen, hoewel de grootte van het effect verschilde. De resultaten van de grotere cohorten wezen er ook op dat verschillende sociale factoren de weg naar een slechte gezondheid beïnvloeden. Het gezinsinkomen en kansarmoede in de buurt bleken bijvoorbeeld belangrijke bepalende factoren te zijn voor astma bij kinderen, zelfs na aanpassing voor andere eerder vastgestelde individuele risicofactoren. Ook psychologische problemen van de moeder en sociaal-economische achterstand in de vroege kindertijd bleken een negatieve impact te hebben op de mentale gezondheid en het welzijn van het kind.

Samengevat, wijzen deze vaststellingen op het belang van het verschaffen van toegang tot een brede waaier kwalitatieve diensten in de eerste levensjaren, om ongelijkheden in de vroege ontwikkeling van kinderen tegen te gaan, in het bijzonder voor diegenen met een kansarmoede-achtergrond. Om op doeltreffende wijze verstrekt te worden, zouden de diensten universeel moeten zijn, maar aangepast op maat aan de sociale en economische noden en zouden de kennis en de vaardigheden van de ouders met betrekking tot de ontwikkeling van hun kinderen, erkend moeten worden.

#### *Tewerkstelling & arbeidsomstandigheden (11)*

Tewerkstelling en arbeidsomstandigheden zijn van essentieel belang in het leven van veel mensen. Ze hebben zowel rechtstreeks (bijv. door goede of slechte omstandigheden) als onrechtstreeks (bijv. door inkomensniveau) een invloed. Beide effecten volgen een sociale gradiënt. Mensen met minder vaardigheden of een lagere socio-economische positie zullen wellicht meer risico lopen om geconfronteerd te worden met ongunstige arbeidsomstandigheden, zowel op fysiek als op psychosociaal vlak, dan diegenen die beter geschoold zijn of die een hogere socio-economische achtergrond hebben.

Er werden verschillende systematische onderzoeken gevoerd om een uitgebreide kennisbasis op te bouwen en bij te werken. Twee onderzoeken toonden aan dat lager geschoolde werknemers meer blootstaan aan chemische en biologische risico's en vaker last hebben van spier- en skeletaandoeningen. Een verder onderzoek van 26 prospectieve cohortstudies werd uitgevoerd om na te gaan welk aandeel stressvolle psychosociale omstandigheden in de werkomgeving hebben in sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid. De resultaten toonden aan dat banen met hoge eisen en geringe controle en deze die gekenmerkt worden door een gebrek aan evenwicht tussen geleverde inspanningen en ontvangen beloning tot op zekere hoogte een verklaring boden voor de relatie tussen een lage plaats op de beroeps ladder en een groter risico op een slechte gezondheid (12).

Daarna werden secundaire data-analyses van recente gegevenssets van over heel Europa uitgevoerd om de verbanden tussen werk en gezondheidsongelijkheid verder te staven. Een belangrijke vaststelling was de bijna lineaire relatie tussen het percentage van het BBP dat door een land besteed wordt aan een actief arbeidsmarktbeleid dat gericht is op de integratie van kansarme bevolkingsgroepen en het gemiddelde niveau stresserend werk van de werkende bevolking van het land. Dit toont aan dat een meer ontwikkeld arbeidsmarktbeleid in verband gebracht wordt met werk met een lager stressniveau. Dit beleid is minder goed ontwikkeld in de landen van Zuid- en Oost-Europa, en de last van door werk veroorzaakte ziekte is hier hoger dan in de landen van West- en Noord-Europa (13).

Hoe doeltreffend zijn interventies die gericht zijn op het verkleinen van de sociale gradiënt in gezondheid, door schadelijk werk aan te pakken? Antwoorden op deze vraag werden gegeven door twee systematische evaluaties en meta-analyses, één gebaseerd op 39 studies van interventies op organisatieniveau, en één gebaseerd op 36 gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken. Ze toonden aan dat de effecten van interventies op individueel vlak en op het niveau van de organisatie over het algemeen klein en consistent zijn, en dat de beroepsgroepen met het hoogste risico op psychosociale en fysieke stress veroorzakende factoren ondervertegenwoordigd zijn in standaardonderzoek naar interventies op de werkplek (14).

Samengevat toont DRIVERS aan dat de kwaliteit van arbeid en tewerkstelling verbeterd moeten worden door structurele maatregelen op verschillende beleidsniveaus. Dergelijke



maatregelen bieden veelbelovende toegangskanalen voor het verminderen van gezondheidsongelijkheden bij de beroepsbevolking over heel Europa.

### *Inkomen & sociale bescherming (15)*

Inkomen en leefomstandigheden zijn belangrijk voor de gezondheid en verschillen aanzienlijk tussen de sociale groepen. Een sociaal beschermbeleid en bredere regelingen voor een welvaartstaat kunnen de gevolgen van inkomensverlies verminderen en kunnen derhalve ook belangrijk zijn om gezondheidsongelijkheden terug te dringen.

Een groot deel van het onderzoek naar de verbanden tussen welvaarsystemen en gezondheidsongelijkheden is echter gebaseerd op analyses die landen groeperen in zogenaamde welvaartregimetypes, d.w.z. gebaseerd op een samenvatting van hoe de welvaartvoorziening georganiseerd is.

Door het bewijs van het onderzoek samen te bundelen, heeft DRIVERS aangetoond dat deze benadering uiteenlopende en onduidelijke resultaten oplevert. Bovendien kan de beleidsrelevantie van dergelijke analyses in vraag gesteld worden, omdat het niet duidelijk is wat ertoe leidt dat een groep landen een betere gezondheid of lagere niveaus van ongelijkheid heeft. Het is daarentegen nuttiger om specifieke aspecten van het sociale beleid te onderzoeken (16).

Deze benadering werd gevolgd door een reeks empirische analyses die gebruik maakten van datasets van uit heel Europa, zoals de European Social Survey (Europese Sociale Enquête) en EU-SILC, om de kennis over hoe specifieke aspecten van sociale bescherming gekoppeld zijn aan gezondheidsongelijkheden, te onderzoeken en te verdiepen. Een belangrijk werkstuk bracht twee centrale aspecten van werkloosheidsuitkeringprogramma's aan het licht, met name het aandeel van de actieve bevolking dat werd bedekt (*dekking*) en het niveau van voordelen in verhouding tot de lonen (*vervanging*). Het toonde aan dat een hogere vervangingsgraad gekoppeld is aan een betere gezondheid en dat deze relatie sterker is bij diegenen met een lager opleidingsniveau. Deze relatie geldt echter enkel wanneer de dekkingsgraad hoog is, en niet in landen met geringe of middelhoge dekking. Dit wijst erop dat vervangingstarieven enkel belangrijk zijn voor gezondheid en gezondheidsongelijkheden als de sociale beschermprogramma's in kwestie bijna alle mensen bereiken – bijvoorbeeld in het geval van werkloosheidsverzekering, 90 procent of meer. Interessant is dat deze positieve voordelen niet beperkt zijn tot werklozen, aangezien hun bestaan zelfs de levenskwaliteit van mensen die er geen gebruik van hoeven te maken, lijkt te verbeteren (17).

Uit een andere studie bleek dat een duidelijk actief arbeidsmarktbeleid en hogere niveaus van werkloosheidsuitkeringen een positief effect hebben op de zelf beoordeelde gezondheid van jonge volwassenen. Hierdoor daalde de sociale gradiënt in gezondheid echter niet in uitgesproken mate.

Gelet op de sterke invloed van armoede op een slechte gezondheid, is het bestaansminimum een andere belangrijke component van het nationale welvaartbeleid. Een analyse gebaseerd op OESO- en andere gegevens, toonde aan dat landen die een hoger bestaansminimum bieden, lagere sterftecijfers hebben (18). Een afzonderlijke analyse, gebruik makend van longitudinale gegevens, toonde aan dat beleid dat rekening houdt met inkomen, relevant is in het geval van vroegtijdig verlaten van de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld als gevolg van een ernstige ziekte of handicap.

Globaal gezien onderstrepen deze conclusies de belangrijke bijdrage die geleverd wordt aan gezondheidsniveaus en gezondheidsongelijkheden door zowel de dekkings- als de vervangingsgraad die in verband gebracht worden met het sociaal beschermbeleid alsook een actief een arbeidsmarktbeleid dat bedoeld is om mensen (opnieuw) aan werk te helpen.

#### *Gevalsanalyses (19)*

Er werden in heel Europa negentien studies uitgevoerd als onderdeel van het DRIVERS-project. Daarvan waren er 14 bedoeld om de conclusies die hierboven vermeld worden, verder uit te diepen en vijf droegen bij tot een beter begrip van de bewijsbasis voor het bepleiten van gezondheidsgelijkheid, een andere domein dat tijdens het project diepgaand werd onderzocht. Ze werden uitgevoerd in nauwe samenwerking met partners die de openbare gezondheidssector, het maatschappelijk middenveld en de bedrijfswereld vertegenwoordigen en droegen bij tot het verstrekken van informatie over context en hoe interventies en beleid ervaren worden door diegenen die het ergst getroffen worden, en tot het ontwikkelen van haalbare aanbevelingen over hoe actie op de drie 'drivers' kan bijdragen tot een grotere gelijkheid in de gezondheid.

Specifieke doelstellingen waren:

- Identificeren en beschrijven van de interventies in de vroege kindertijd met het potentieel om ongelijkheden in de gezondheid en ontwikkeling bij kinderen te verminderen.
- Toegang krijgen tot de potentiële gezondheids- en psychosociale voordelen van programma's voor herintreding in het arbeidsproces en herinschakelingsregelingen in Zwitserland en het VK.
- Onderzoeken van de percepties en ervaringen van sociale beschermingsystemen bij de mensen die er toegang toe hebben, en van de impact van deze systemen op gezondheidsongelijkheden.

De belangrijkste vaststellingen waren:

- Het verlenen van flexibele diensten, opvoedingsactiviteiten en gestructureerd spel, onder toezicht van een multidisciplinair team, aangepast aan kinderen in vroege stadia van het leven en hun families, verbetert een gezonde ontwikkeling, vooral in de situaties waarin er sprake is van een laag verstrekingsniveau van deze diensten. Een uitgebreid gamma diensten voor het jonge kind zou geboden moeten worden aan alle ouders en kinderen, waar het ondersteuningsniveau aangepast wordt aan de noden, en die al tijdens de zwangerschap van start gaan. De bijkomende steun op maat zou het potentieel moeten hebben om sociale ongelijkheden tijdens de prille kindertijd te verminderen.
- Sociaal en arbeidsmarktbeleid en programma's van gespecialiseerde kantoren kunnen de kansen van de maatschappelijk achtergestelde en risicogroepen verbeteren en ervoor zorgen dat ze werk vinden dat overeenstemt met hun volledige potentieel. Werkgevers kunnen een belangrijke rol spelen, als gevolg van zelfmotivatie of wettelijke reglementeringen. Deze verbeteringen zouden de sociale en gezondheidsongelijkheden die deze groepen ervaren, verkleinen.
- Sociale beschermingsystemen zijn levensnoodzakelijke hulpmiddelen en een lagere dekkings- en vervangingsgraad beïnvloedt de kansarmen en hun gezondheid wellicht in negatieve zin. Het is mogelijk dat diegenen met complexe behoeften een gepersonaliseerde ondersteuning op maat nodig hebben om toegang te krijgen tot de dienstverlening. Mensen moeten weten dat ze kunnen rekenen op sociale bescherming om hen te helpen een gezonde levensstandaard te handhaven, áls en wanneer ze geconfronteerd worden met ongunstige omstandigheden. De 'interface' tussen

diegenen die toegang hebben tot sociale bescherming en de mensen die deze in de praktijk verstrekken, lijkt doorslaggevend te zijn in het vergoten van de opname en het wegwerken van de hindernissen voor de opname.

### **Methodologische overeenkomsten en synergieën**

*Ten eerste* gebruikte het onderzoeksteam vergelijkende gegevens die een groot aantal Europese landen bestrijken. Daardoor breidde de basis voor kennis over de sociale determinanten van gezondheid uit tot buiten de weinige Europese landen die tot nog toe het sterkste empirische bewijs hebben geleverd (6). Dit nieuwe bewijs heeft rechtstreekse politieke gevolgen op nationaal en Europees niveau, omdat sociale tegenslagen meestal meer uitgesproken zijn in landen waar gegevens en analyse minder goed ontwikkeld zijn.

*Ten tweede*, toonde het onderzoeksteam, door gebruik te maken van recente ontwikkelingen in statistische analyse (bijv. modellering in verschillende niveaus), de sterke impact aan van de bredere sociale context op individuele gezondheid, onafhankelijk van - en naast - meer 'dichtstbijzijnde' omstandigheden die vooral werden geanalyseerd in het traditionele onderzoek naar gezondheidsongelijkheden. Het uitbreiden van het analysekader naar een bredere sociale context, heeft verstrekkende gevolgen voor de ontwikkeling van een intersectoraal en horizontaal beleid. Hierdoor wordt in het bijzonder de nadruk gelegd op de behoefte aan sectoroverschrijdende benaderingen en interventies in diverse domeinen om de gezondheidsgelijkheid te verbeteren.

*Ten derde* paste elk onderzoeksteam een combinatie toe van systematische evaluatie en gegevensanalyse door het genereren van een bijgewerkte kennisbasis. Dit liet de teams toe relevante hiaten in kennis en onderzoek te identificeren, aanbevelingen te formuleren over hoe het onderzoek verbeterd en verder ontwikkeld kan worden en om innoverende wetenschappelijke conclusies te genereren. Zo werden bijvoorbeeld nieuwe aspecten van het welvaartstaatsbeleid en stresserende psychosociale omstandigheden in de werkomgeving aan het licht gebracht en werden hun verbanden met ongelijke gezondheid vastgesteld.

*Ten vierde* bleek duidelijk uit de systematische evaluaties van interventies dat gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) slechts een beperkte rol spelen in het beoordelen van grote openbare gezondheidsinterventies met betrekking tot de gezondheid van

de bevolking en de determinanten ervan. Dit blijkt ook duidelijk uit bredere evaluatiekaders van het beleid. Derhalve moeten naast de RCT's aanvullende benaderingen voor het opbouwen van de wetenschappelijke bewijsbasis geïmplementeerd of ontwikkeld worden. Een aantal van de aanvullende benaderingen voor het beoordelen van de rol van determinanten en de doeltreffendheid van interventies werden onderzocht door longitudinale gegevens te analyseren en aan de hand van gevalsanalyses, die kwalitatieve methodes gebruikten zoals focusgroepen en interviews.

In het algemeen legden de onderzoeksteams nieuw bewijs voor van doordringende sociale gezondheidsgradiënten over heel Europa. Deze gradiënten zien met doorheen alle levensfasen, van de conceptie, over de kindertijd, de beroepsloopbaan tot aan het pensioen. Deze tonen aan dat kansarmen een veel slechtere gezondheid hebben dan mensen die in meer bevoorrechte omstandigheden leven. Bovenop sociale gezondheidsgradiënten binnen een samenleving, werd vastgesteld dat bepaalde bevolkingsgroepen met een grotere kwetsbaarheid, die blootstaan aan meerdere en cumulatieve ongunstige factoren, een veel slechtere gezondheid hebben en bijzonder veel steun nodig hebben.

## **Conclusies**

DRIVERS heeft de bestaande bewijsbasis uitgebreid en kritisch geëvalueerd aan de hand van een reeks systematische evaluaties en nieuwe gegevensanalyses. Op basis van de hierboven toegelichte analyses, was het mogelijk om voort te bouwen op vorig onderzoek en aanbevelingen voor beleidsherzieningen. In dit verband zijn de aanbevelingen van het Europees onderzoek van de WGO (1) zeer belangrijk. Een aantal van deze aanbevelingen hebben rechtstreeks betrekking op de drie DRIVERS-domeinen en liggen ten grondslag aan onderstaande aanbevelingen. Ten behoeve van de duidelijkheid en om de verwijzing te vergemakkelijken, zijn deze in detail opgenomen in bijlage C.

Een overkoepelende conclusie van het onderzoek in de drie DRIVERS-domeinen is dat om de gezondheid te verbeteren en de gezondheidsongelijkheden terug te dringen, iedereen het recht zou moeten hebben om toegang te krijgen tot kwaliteitsvolle diensten en sociale bescherming. Het doel zou moeten zijn om kwaliteitsvolle kinderjaren, arbeids- en leefomstandigheden te creëren voor iedereen, in heel Europa. Beleid, praktijken en diensten zouden universeel verstrekt moeten worden en op een intensiteitsniveau dat overeenstemt met de sociale en

gezondheidsbehoeften. Dit omvat gepersonaliseerde steun voor diegenen die het nodig hebben. Kortom, ze moeten 'aangepast zijn aan de noden'. Er zou een vroege preventieve actie ondernomen moeten worden, in het begin van de levensloop, om mensen de mogelijkheid te bieden om voorspoedig te leven, met een betere gezondheid en welzijn in alle segmenten van de samenleving, via een beleid dat contextueel aangepast is en gebaseerd is op maatschappelijke troeven. Over het algemeen zou de dienstverstrekking 'van de eerste keer goed' moeten zijn, en de behoefte aan duurdere interventies in de toekomst, moeten voorkomen. Er is een doeltreffende aanpak vereist, over alle sectoren en kantoren heen, om ervoor te zorgen dat de middelen zo doeltreffend mogelijk gebruikt worden.

DRIVERS versterkt het besef dat veel van de oorzaken van gezondheidsongelijkheid mogelijk vermeden kunnen worden. Dat komt omdat ze betrekking hebben op zowel de omstandigheden van het dagelijkse leven - waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden - als op de structurele omstandigheden in een samenleving, die leiden tot ongelijke leefomstandigheden en de kansen op een gezond leven in gevaar brengen (3). Deze factoren dragen er tevens toe bij dat ongelijkheden, leefwijzen en gedrag die een impact hebben op de gezondheid, van generatie op generatie worden doorgegeven. Naast de rechtstreekse aanpak van deze structuren en omstandigheden van het dagelijkse leven, moet een aangepast beleid ook een oplossing bieden voor de kenmerkende gevolgen ervan doorheen alle sociale groepen en de hele levensloop. DRIVERS suggereert dat dit kan leiden tot een universele toegang en diverse vormen van nadelen kan wegwerken.

## **Aanbevelingen**

De uitdaging van het wegwerken van gezondheidsongelijkheden kan enkel aangeaan worden door samenhangende beleidsantwoorden voor heel de samenleving en de overheid (20). Zoals hierboven vermeld, heeft slechts een minderheid van lidstaten van de EU tot nog toe de gezondheidsongelijkheden aangepakt door een expliciete actie die uitgaat van alle overheden samen (2). DRIVERS heeft een beter begrip tot stand gebracht van de relaties tussen de drie hoofddomeinen die werden onderzocht in het project en kwam tot coherente oplossingen die voortvloeien uit dit beleid en deze manier van handelen. Er werd ook onderzocht hoe de doeltreffendheid van het bepleiten van gezondheidsgelijkheid kan verbeterd worden, om ervoor te zorgen dat de ontwikkeling en implementering van het beleid beter onderbouwd wordt met wetenschappelijk bewijs.

De aanbevelingen zijn gestructureerd volgens vier hoofdprincipes:

1. Universaliteit van de toegang,
2. Aanpakken van achterstand,
3. Rekening houden met context en respecteren van de rechten, en
4. Een op bewijs gebaseerd beleid.

De eerste twee principes weerspiegelen de behoefte om verschillende types risico's aan te pakken, die verband houden met twee verschillende aspecten van gezondheidsongelijkheden – de algemene sociale gradiënt en de meervoudige achterstand waarmee een kleiner deel van de bevolking te kampen heeft. Derhalve kan proportioneel universalisme wellicht bereikt worden door een reeks verschillende programma's die de combinatie van deze twee dimensies dekken. De laatste twee principes hebben te maken met problemen in verband met implementering en de kennisbasis voor beleid en programma's. In het algemeen is het de bedoeling om aan te tonen hoe acties over domeinen heen, onderling met elkaar verband houden en de beste voordelen op lange termijn zullen hebben tijdens de volledige levensloop, wanneer ze samen geïmplementeerd worden als onderdeel van een coherente strategie die de volledige samenleving beslaat.

### ***Universaliteit van de toegang***

Universele toegang tot kwaliteitsvolle diensten in de kindertijd, arbeidsbemiddeling en inkomenssteun helpt achterstand te voorkomen en bevordert de gezondheid. Investerings in arbeidsmarktbeleid bijvoorbeeld, zou de vooruitzichten op werkgelegenheid voor iedereen bevorderen, via actieve arbeidsmarktprogramma's en het promoten van kwalitatief werk. Doelgerichte diensten, daarentegen, zijn ontoereikend om de gezondheidsongelijkheden te verminderen en kunnen gemakkelijk maatschappelijk gestigmatiseerd worden als 'armzalige dienstverlening voor arme mensen'.

Onze aanbevelingen:

- Promoten van betaalbare, kwalitatieve prenatale en voorzieningen en voorzieningen voor het jonge kind, naast een ondersteunend werkgelegenheidsbeleid en ondersteuningsdiensten voor ouders en het gezin, om ouders te helpen hun werk te combineren met hun opvoedingsverantwoordelijkheden.
- Invoeren van een uitgebreide set maatregelen voor het promoten van rechtvaardige tewerkstelling door problemen die te maken hebben met werkgelegenheid en arbeid,

stresserende psychosociale omstandigheden in de werkomgeving en traditionele beroepsrisico's aan te pakken.

- Ervoor zorgen dat er werk beschikbaar is en dat de lonen hoog genoeg zijn voor het verzekeren van een behoorlijke levenskwaliteit.
- Prioriteit verlenen aan geschikte sociale ondersteuningsmaatregelen voor individuen en gezinnen in de vorm van budgettoewijzingen en belastingheffing.
- Vergroten van de dekking en het bereik van sociale bescherm pakketten en een actief arbeidsmarktbeleid zodat iedereen, in het bijzonder de meest kwetsbaren en minst bedeelden, ervan kunnen profiteren.

### *Aanpakken van achterstand*

Blootstelling aan achterstand en de opeenstapeling van beschermende factoren (vaardigheden, geld en andere middelen) tijdens de levensloop, volgen een sociale gradiënt. Sociaal voordeel wordt bijvoorbeeld in verband gebracht met blootstelling aan minder tegenslag en een grotere accumulatie van beschermende factoren tijdens iemands leven. Het doorgeven van ongelijkheid aan kinderen van de ene generatie op de andere, draagt in grote mate bij tot deze ongelijkheden. Individuen en groepen die tijdens hun leven geconfronteerd worden met meerdere tegenslagen en uitsluitingsprocessen, worden bijzonder kwetsbaar voor gezondheidsproblemen. Hoe groter de tegenslagen waarmee mensen geconfronteerd worden, hoe groter de inspanning is die vereist is om de levenskansen van mensen die tot meer bevoorrechte groepen behoren, te evenaren, en om de specifieke risico's aan te pakken waar universele systemen geen adequate oplossing voor bieden. Voorwaardelijkheden in universele schema's creëren vaak hindernissen die de toegang door kwetsbaardere groepen verhinderen.

Onze aanbevelingen:

- Ervoor zorgen dat de opvoeding en de zorg in de prille kindertijd universeel is en tegelijk verstrekt wordt op niveaus die aangepast zijn aan de sociale behoeften, zodat de sociale ongelijkheden in gezondheid en ontwikkeling van het kind teruggedrongen worden; dit omvat het verstrekken van gepersonaliseerde ondersteuning en diensten waar nodig.
- Gezinnen die het risico lopen om gezondheidsproblemen te krijgen, vroeg opsporen, hen doorverwijzen naar de juiste diensten en bijzondere inspanningen leveren om de sociale integratie van kinderen die het meest kwetsbaar zijn en het risico lopen om uitgesloten te worden, aan te moedigen.



- De focus van interventies op het werk vergroten, om het gebrek aan evenwicht tussen inspanning/beloning en vraag/controle te verbeteren en dit aan te pakken bij de beroepsgroepen met de laagste status, die in de moderne economie, het grootste risico lopen om stress te ervaren tijdens het werk.
- Invoeren van door de overheid gefinancierde gezondheidsdiensten die voorrang verlenen aan onderbedeelde beroepsgroepen en die onafhankelijk zijn van werkgevers. Dit omvat een betere integratie van zieke en gehandicapte werknemers in tewerkstelling, gebruik makend van op bewijs gebaseerde modellen.
- Ervoor zorgen dat binnen een universeel systeem van sociale beschermingsdekking verschillende soorten ondersteuning geboden worden aan mensen volgens het type en het niveau van risico waaraan ze blootstaan. Dit omvat steunprogramma's van diverse aard - zowel op bijdragebetaling berustende uitkeringen als bestaansminimumvoordelen - alsook toegang tot kwalitatieve welzijnsvoorzieningen en uitgebreide actieve arbeidsmarktprogramma's.
- Aanmoedigen van toegang tot - en opname van - sociale bescherming. Dit omvat het verstrekken van steun aan individuen en groepen met complexe behoeften of een ernstige achterstand, om hen toegang te verschaffen tot de sociale bescherming waarop ze recht hebben. Hiervoor moet er ook voor gezorgd worden dat de eerstelijns zorgverstrekkers de nodige opleiding krijgen om hun klanten op een correcte en professionele manier te behandelen.

### ***Rekening houden met context en respecteren van de rechten***

Europa is een continent met sterk uiteenlopende contexten. De context heeft onder meer betrekking op culturen en normen, sociale structuren, geografie, bestuur en verstrekking van steun en zorg. Mensen worden geconfronteerd met een hele waaier omstandigheden en hun levenskansen worden bepaald door factoren die veel verder reiken dan de middelen waar ze rechtstreeks controle over hebben – binnen hun gemeenschap, in de bredere samenleving en transnationaal. Ze handelen, reageren en passen zich op verschillende manieren aan deze contexten aan. Het bewijs van DRIVERS illustreert dat de implementering van het beleid en van de interventies aangepast moet zijn aan deze verschillende contexten, terwijl ervoor gezorgd wordt dat de principes die voortvloeien uit de bewijsbasis (in het bijzonder deze die betrekking hebben op de universaliteit en die de achterstand aanpakken) behouden blijven. Voorts is het belangrijk dat rekening wordt gehouden met de rechten en behoeften van alle individuen, zodat ze respectvol behandeld worden.

Onze aanbevelingen:

- Implementeren van interventies waarvan aangetoond werd dat ze doeltreffend zijn, in andere landen, met contextuele aanpassingen aan de lokale omstandigheden; dit vereist een systematische ontwikkeling en evaluatie om ervoor te zorgen dat de doeltreffendheid niet in het gedrang komt door deze aanpassingen.
- Ervoor zorgen dat voor interventies op organisatieniveau een participerende aanpak wordt gekozen waar alle relevante stakeholders bij betrokken worden, zodat de stem van diegenen die het hardst getroffen worden, gehoord wordt. Dit omvat het formaliseren van de samenwerking tussen stakeholders, waarbij vrijwillige overeenkomsten geïmplementeerd worden en verschillende vormen van sociale dialoog tot stand worden gebracht. Een eerste vereiste hiervoor is een leiderschap dat gebaseerd is op participatie en dialoog.
- Ontwikkelen en implementeren van beleidsplannen op verschillende niveaus, zoals op organisatie- en nationaal niveau, gebruik makend van beschikbaar begeleidingsmateriaal, verzameld bewijs en de ervaring van de betrokkenen.

### ***Een op bewijs gebaseerd beleid***

Het verzekeren van de kwaliteit voor iedereen vereist een beleid dat bewijs gebruikt dat afkomstig is van verschillende bronnen en gebruik maakt van verschillende types onderzoek, evaluatie en controle. Dit vereist een pluralistische benadering op wetenschappelijk niveau van topkwaliteit, dat specifiek toegespitst is op de Europese context, het verzamelen van vergelijkbare nationale gegevens van over heel Europa, een strenge evaluatie van de doeltreffendheid van nieuwe beleidslijnen en initiatieven, en een regelmatige controle en evaluatie van routinebeleid en -praktijken.

Onze aanbevelingen:

### ***Focus van onderzoek***

- Vergroten van de capaciteit voor het uitvoeren van onderzoek naar gezondheidsongelijkheden waar het huidige bewijs zwak is (maar de nood aan actie acuut), of waar het geactualiseerd moet worden om de veranderingen in de

samenleving te weerspiegelen. Op dit ogenblik is het minste bewijs beschikbaar voor de landen en sociale groepen waar de behoefte om actie te ondernemen, het grootst is.

- Uitbreiden van de financiering voor comparatief onderzoek over de landsgrenzen heen, in het bijzonder op Europees niveau.
- Onderzoeken, in de context van de sociale determinanten van het gezondheidskader, hoe mensen in staat zijn om hun middelen te gebruiken om de omstandigheden waarin ze leven, het hoofd te bieden.
- Uitbreiden van de criteria voor bewijs van volksgezondheid voor een pluralistische benadering, die een reeks studieontwerpen bevat die geschikt zijn voor grootschalige interventies en beleid voor de hele populatie, vooral cohortonderzoeken op basis van de bevolking en analyses van meerdere niveaus.

#### *Harmonisering van gegevens, methodes en evaluatie*

- Ervoor zorgen dat het ontwerp, de rapportering en evaluatie van interventies beantwoorden aan de beste beschikbare procedures in ontwerpen en statistieken van sociaal wetenschappelijk onderzoek.
- Uitbreiden van de investering in het ondersteunen van geharmoniseerde geboortecohortstudies op lange termijn, voor een beter begrip van het verschil - tussen landen en regio's in de Europese Unie - van de levenslange effecten van de prille kindertijd op gezondheid en ontwikkelingsresultaten. Deze investering zou analoog moeten zijn met de huidige investering in enquêtes naar de arbeidskrachten en enquêtes naar inkomen en levensstijl.
- Een gecombineerde aanpak voor de analyse van sociale bescherming mogelijk maken, door de beschikbaarheid te verzekeren van goede gegevens over institutionele regelingen, sociale uitgaven, alsook de volledige waaier individuele leefomstandigheden die de sociale determinant van gezondheid vormt op individueel niveau.

#### *Controle en evaluatie*

- Het controleren van ongunstige arbeidsomstandigheden en de effecten ervan op de gezondheid, door middel van betrouwbare instrumenten, door alle betrokken stakeholders.
- Routinematig controle uitvoeren en regelmatig evalueren van beleid en interventies, om tegenspoed te verminderen en de gezondheid te verbeteren. Dit zou de beoordeling moeten omvatten van het gebruik van beschikbare modellen van goede praktijk en

informatie over het rendement op investering ervan op het vlak van economische zowel als sociale voordelen, om de 'business case' voor het implementeren van een eerlijk beleid, te versterken.

- Rekening houden met billijkheid in alle controle- en evaluatieactiviteiten.

### **Vergroten van de opname van de aanbevelingen**

In de loop van het project heeft DRIVERS onderzocht hoe bewijs vlotter opgenomen kan worden om het ontwerp en de implementering van het beleid te onderbouwen (21, 22).

Bepalers zouden:

- Gebruik moeten maken van verschillende soorten bewijs, zowel kwalitatief als kwantitatief, die een verschillend doelgroep kunnen aanspreken (bijv. de media, het grote publiek, diverse beleidssectoren, enz.) om een antwoord te bieden op verschillende onderzoeksvragen (bijv. associaties, causaliteit, praktische elementen met betrekking tot de implementering van beleid en diensten) in verband met het verbeteren van de gezondheidsgelijkheid.
- Gebruik moeten maken van ingeburgerde goede praktijken als onderdeel van kennisoverdracht en vertaling, zoals vereenvoudiging van taal en concepten, waarbij men zich concentreert op oplossingen in de plaats van op problemen en beperkingen, en contacten aanmoedigen tussen beleidsmakers en onderzoekers om de doeltreffendheid van de inspanningen van de bepleiters te vergroten.
- De mogelijke pleitbezorgerrollen moeten erkennen die gespeeld kunnen worden door een hele reeks verschillende stakeholders, waaronder wetenschappers, artsen, het maatschappelijk middenveld en de betrokken individuen, belangenorganisaties, aanmoedigende beleidsmakers, werkgevers en media.
- 'Win-win'- of compenserende doelstellingen moeten vinden met betrekking tot de sociale determinanten van gezondheid in overleg met de betrokken sectoren, aangezien dit nodig is voor een succesvolle transsectorale samenwerking. Dit betekent dat de doelstelling wellicht eerder een verbetering is in een specifieke sociale determinant van gezondheid dan van gezondheid op zich.
- Boodschappen die gebruikt worden in de inspanningen van de bepleiters, moeten aanpassen aan doel en context. Deze boodschappen kunnen gezondheid bevatten als waarde op zich, sociale gerechtigheid, duurzame ontwikkeling, mensenrechten,

diverse economische argumenten of zelfs het eigenbelang van specifieke groepen aanspreken.

- Een perspectief moeten hanteren op langere termijn, hindernissen voor de implementering van een beleid dat de gezondheidsgelijkheid zou verbeteren, moeten wegwerken. Dit zou de opleiding kunnen omvatten rond belangenbehartiging en communicatie voor gezondheidsberoepen, onderzoek naast benadeelde gemeenschappen in academische syllabi en het publieke begrip en bewustzijn van de sociale determinanten van gezondheid vergroten.

Uitgaande van deze punten heeft DRIVERS meerdere doelgericht beleidsnota's voorbereid die bedoeld zijn om gebruikt te worden door pleitbezorgers om de politieke agenda in de drie belangendomeinen door te drukken. Ze zijn beschikbaar via de website (6), naast links naar alle papers die gepubliceerd werden in 'peer reviewed' tijdschriften, samenvattende verslagen van de gevalsanalyses, en de openbare eindrapporten van wetenschappelijk werk uitgevoerd rond de ontwikkeling van het jonge kind & de arbeidsomstandigheden, en inkomen en sociale bescherming.

## Referenties

1. WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. 2014.
2. Marmot M et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium. Brussel: Europese Commissie, 2013.
3. Commission on Social Determinants of Health WHO. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report. Genève: 2008.
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. Londen: 2010.
5. Europese Commissie. Sociale determinanten en gezondheidsongelijkheden. Beschikbaar via: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm).
6. DRIVERS website. Beschikbaar via: <http://health-gradient.eu/home/publications/>.
7. Pikhart H, Ruiz M, Morrison J, Goldblatt P, Marmot M. DRIVERS final scientific report: Social inequalities in early childhood health and development, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. Londen: 2014. Beschikbaar via: <http://health-gradient.eu/>.
8. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res*. 2014;76(5):418-424.
9. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014;14:1040.
10. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Maternal education and early childhood health: A DRIVERS meta-analysis in 12 European cohorts. Submitted to *J Epidemiol Community Health*.
11. Siegrist J, Montano D, Hoven H. DRIVERS final scientific report: Working conditions and health inequalities, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Düsseldorf. Düsseldorf: 2014. Beschikbaar via: <http://health-gradient.eu/>.
12. Hoven H, Siegrist J. Work characteristics, socioeconomic position and health: a systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. *Occup Environ Med*. 2013;70:663-9.
13. Wahrendorf M, Siegrist J. Proximal and distal determinants of stressful work: framework and analysis of retrospective European data. *BMC Public Health*. 2014;14:849.
14. Montano D, Hoven H, Siegrist J. A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: Does social stratification matter? *Scand J Work Environ Health*. 2014;40:230-4.

- 15.** Lundberg O, Åberg Yngwe M, Bergqvist K, Sjöberg O. DRIVERS final scientific report: The role of income and social protection for inequalities in health, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre for Health Equity Studies. Stockholm: 2014. Beschikbaar via: <http://health-gradient.eu/>.
- 16.** Bergqvist K, Åberg Yngwe M, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review. BMC Public Health. 2013;13:1234.
- 17.** Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits. Scand J Public Health. 2014;42(7):635-42.
- 18.** Nelson K, Fritzell J. Welfare states and public health: The role of minimum income benefits for mortality. Soc Sci Med. 2014(112):63-71.
- 19.** Morrison J et al. DRIVERS Final case studies report. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. Londen: 2014.
- 20.** WHO. Governance for health in the 21st Century. Genève: 2013.
- 21.** Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C. Advocacy for health equity: A synthesis review. Submitted to Milbank Q. 2015.
- 22.** Farrer L, Marinetti C. Advocacy for Health Equity: Case Studies Synthesis Report. EuroHealthNet. Brussel: 2015.

DRIVERS (2012-2015) is een onderzoeksproject dat gefinancierd wordt door het 7<sup>de</sup> Kaderprogramma van de Europese Unie. Het doel: een beter begrip van de relaties tussen een aantal van de belangrijke invloeden op gezondheid in de loop van iemands leven - kindertijd, werk en inkomen en sociale bescherming - en oplossingen te vinden om de gezondheid te verbeteren en ongelijkheid op het vlak van gezondheid te beperken.

Het onderzoek wordt gevoerd door een consortium dat onder meer bestaat uit toonaangevende onderzoekcentra en organisaties die de openbare gezondheidssector, het maatschappelijk middenveld en de bedrijfswereld vertegenwoordigen. Het project wordt gecoördineerd door EuroHealthNet.

