



Programma « Samenleving en Toekomst »

Eindverslag – deel « Synthese van het onderzoek»¹

ONDERZOEKSCONTRACT: [TA/00/15](#)

ACRONIEM VAN HET PROJECT: TAHIB

TITEL: TACKLING HEALTH INEQUALITIES IN BELGIUM

ONDERZOEKSPLOEG (met vermelding van onderzoeksinstituten en eenheden):

COÖRDINATOR (indien van toepassing): HERMAN VAN OYEN (INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, SANTE PUBLIQUE ET SURVEILLANCE)

PROMOTOR(EN): HERMAN VAN OYEN, PATRICK DEBOOSERE (VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL, INTERFACE DEMOGRAPHY), VINCENT LORANT (UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN, CENTRE D'ETUDES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE)

ONDERZOEKER(S): RANA CHARAFEDDINE ET STEFAAN DEMAREST (INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, SANTE PUBLIQUE ET SURVEILLANCE), MARIA-ISABELLE FARFAN PORTET (UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN, CENTRE D'ETUDES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE).

DATUM: 06/01/2010

Deze synthese heeft tot doel de resultaten van het onderzoek op Internet weer te geven. Ze wordt door de coördinator van het netwerk aan de programma administrator, ter goedkeuring en in drie talen (Nederlands, Frans en Engels), voorgelegd.

¹ Zie art. 5.5.2 van het basiscontract.

Links naar de websites waar de werken van de onderzoeksploeg in het kader van het project worden vermeld

- <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epien/index30.htm>

Synthese

Context en doelstellingen

De gezondheid van individuen wordt beïnvloed door hun socio-economisch statuut; zodoende wordt de socio-economische ongelijkheid in de verdeling van schaarse middelen in onze samenleving weerspiegeld in duidelijke ongelijkheden in gezondheid en mortaliteit tussen verschillende groepen. Hierover kan geen twijfel bestaan, gezien de talrijke internationale studies die aantonen dat de morbiditeits- en mortaliteitscijfers in het algemeen een duidelijke socio-economische gradiënt volgen; die groepen die zich hoog op de sociale ladder bevinden; de best opgeleiden, diegenen met het hoogste inkomen of met het hoogste professioneel statuut hebben betere morbiditeits- en mortaliteitscijfers dan hun medeburgers die zich niet zo hoog op de ladder bevinden. Het bestaan van sociale ongelijkheden in gezondheid in België is evenzeer een feit. We vonden immers ongelijkheden teug tussen socio-economische groepen voor talrijke gezondheids- en welzijnsindicatoren, in het bijzonder voor wat de levensverwachting en het aantal jaren dat in goede gezondheid worden doorgebracht, de kindersterfte, de gezondheidsstatus, de medische consumptie, en het gezondheidsgerelateerd gedrag zoals het gebruik van tabak, de voedingsgewoonte en (het gebrek aan) lichaamsbeweging.

De belangstelling voor sociale ongelijkheden in gezondheid dateert niet van gisteren. Twee eeuwen geleden al, in Groot Brittannië, presenteerden de eerste statistici oorzaaksspecifieke sterfte per beroepscategorie. Tegenwoordig tonen opeenvolgende studies hetzelfde fenomeen aan : ondanks de globale verbetering in mortaliteit, ondanks de vooruitgang van de medische wetenschap, ondanks de universele toegankelijkheid van gezondheidsdiensten en sociale diensten moet worden vastgesteld dat zij die zich laag op de sociale ladder bevinden in minder goede gezondheid zijn en meer kans hebben te sterven op relatief jonge leeftijd dan zij die hogerop op die ladder vertoeven. Dit impliceert een uitdaging voor de beleidsvoerders en dit om twee redenen. Vooreerst omdat sociale ongelijkheden in gezondheid onrechtvaardige en vermijdbare oorzaken zijn van gezondheidsproblemen in een bevolking. Daarnaast omdat het verminderen van de gezondheidsproblemen en het verbeteren van het welzijn van de minder geprivilegieerde groepen wellicht de beste strategie is voor het verbeteren van de gezondheid van de gehele bevolking. Er bestaat dan ook een dringende noodzaak een beleid te ontwikkelen en effectieve maatregelen te nemen om sociale ongelijkheden in gezondheid te verminderen.

Het is in deze context dat het project TAHIB (Tackling Health Inequaliteis in Belgium) moet gesitueerd worden. Met het project wordt beoogd tot een beter begrip te komen van de determinanten van Programma « Samenleving en Toekomst »

sociale ongelijkheden in gezondheid in België, met het oog efficiënte invalshoeken voor te stellen om tegen deze ongelijkheden te strijden. Het algemeen doel van het project is het beschrijven van de evolutie in de tijd van sociale ongelijkheden in gezondheid en ongelijkheden in het gezondheidsgerelateerd gedrag en het analyseren van de invloed van individuele en macrosociale factoren op sociale ongelijkheden in gezondheid. TAHIB is een project gefinancierd door het Federaal Wetenschapsbeleid ((Contract # TA/00/15), dat startte in januari 2006 en werd beëindigd in december 2009. Onderzoekers van drie instellingen werkten in het kader van dit project samen: het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) dat tevens het project coördineerde, de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en de Université Catholique de Louvain (UCL). Voor hun deel van het onderzoeksproject werkten de onderzoekers van de UCL samen met Schotse collega's van de Universiteit van Glasgow.

Dit rapport geeft de resultaten weer van de werken die ondernomen werden in het kader van het TAHIB-project en bestaat uit 10 hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt het onderwerp geïntroduceerd en de context ervan toegelicht. Enkele concepten en theorieën die verklaren waarom socio-economische ongelijkheden zich transformeren in sociale ongelijkheden in gezondheid. In hoofdstuk 10 worden de besluiten overlopen en worden beleidsaanbevelingen voorgesteld om sociale ongelijkheden in gezondheid terug te dringen. Hoofdstuk 2 tot 9 behandelen de specifieke onderwerpen omschreven in het kader van de doelstellingen van het project. Deze doelstellingen zijn:

Doelstelling 1: Beschrijving van de sociale ongelijkheden in gezondheid, mortaliteit en levensverwachting zonder beperkingen (DFLE) per sociale positie in de tijd.

In het kader van dit onderzoeksobjectief worden 3 onderwerpen geanalyseerd: evolutie in de tijd van ongelijkheden in levensverwachting (hoofdstuk 2), de evolutie in de tijd van ongelijkheden in gezonde levensverwachting (hoofdstuk 3) en het effect van het opleidingsniveau op de samenhang tussen tabaksgebruik en mortaliteit (hoofdstuk 5).

Doelstelling 2 Analyse van sociale ongelijkheden in gezondheid in relatie tot de longitudinale veranderingen van de sociale positie en studie van het longitudinale effect van de (veranderende) sociale positie op gezondheid en levensstijl

Om aan deze onderzoeksdoelstelling tegemoet te komen, worden 2 thema's geanalyseerd: de accumulatie van ongelijkheden in de loop van de levenscyclus (hoofdstuk 7) en de invloed van een verandering van socio-economische status in de loop van de levenscyclus op de gezondheid (hoofdstuk 8).

Doelstelling 3: De studie van het effect van macrofactoren op de sociale ongelijkheid in gezondheid en mortaliteit.

In dit kader worden 2 thema's bestudeerd: contextuele effecten en gezondheid (hoofdstuk 6) en de gezondheid van de informele hulpverleners (hoofdstuk 9)

Doelstelling 4: Evaluatie van de tijdstrend in de associatie tussen de sociale ongelijkheid in gezondheid en de sociale ongelijkheid in levensstijl.

Om aan deze doelstelling te beantwoorden, wordt de evolutie van sociale ongelijkheden in gezondheid en in gezondheidsgerelateerd gedrag bestudeerd (hoofdstuk 4)

Voornaamste resultaten

Resultaat 1: Sociale ongelijkheden in gezondheid volgen een socio-economische gradiënt

Wanneer we spreken over sociale ongelijkheden in gezondheid, dan gaat het niet enkel over ongelijkheden tussen de rijksten en de armsten, of tussen de meest welgestelden en de minst welgestelden. Onze gegevens tonen in het algemeen aan dat, naarmate een individu een lagere socio-economische positie inneemt, hij/zij meer kans heeft een slechte gezondheid te hebben: het gaat hier dus om een gradiënt die de gehele socio-economische schaal omvat, van hoog naar laag. Het begrip sociale gradiënt wijst erop dat ongelijkheden in gezondheid een zaak is van allen. Het bestaan van een dergelijke gradiënt is al vele malen aangetoond en dit zowel gebaseerd op Belgische als op internationale gegevens. Het is belangrijk te benadrukken dat de problematiek van sociale ongelijkheden in gezondheid niet gelijk gesteld zou worden met een eenvoudige dualiteit arm versus rijk.

Resultaat 2: Sociale ongelijkheden in mortaliteit zijn toegenomen in de loop van het laatste decennium

Evolutie van de sociale ongelijkheden in levensverwachting

- De levensverwachting op de leeftijd van 25 jaar is tussen 1991 en 2001 toegenomen voor alle opleidingsniveaus, maar is meer uitgesproken voor de hoogst opgeleiden.
- Op basis hiervan mag worden besloten dat de sociale ongelijkheden in levensverwachting op de leeftijd van 25 jaar is toegenomen.

De aanwezigheid van sociale ongelijkheden in mortaliteit is in België goed gekend, maar over de evolutie van deze ongelijkheden in de loop van de tijd is heel wat minder geweten. In deze context stelt zich de volgende vraag: zijn de sociale ongelijkheden in mortaliteit in de meest recente periode in ons land gewijzigd? In hoofdstuk 2 van het rapport wordt de evolutie van de levensverwachting in functie van het opleidingsniveau geanalyseerd. Deze analyse is gebaseerd op de resultaten van de volkstelling van 1991 en 2001, die de informatie rond het opleidingsniveau verschaffen. Deze gegevens werden gelieerd aan de gegevens van het bevolkingsregister die informatie verschafte over de mortaliteit in de periodes 1991 – 1994 en 2001 – 2004. De evolutie van de sociale ongelijkheden in levensverwachting tussen de verschillende opleidingscategorieën, werden aan de hand van absolute ongelijkheden in gezondheid en twee samengestelde (absolute en relatieve) ongelijkheidsindices beschreven.

De resultaten tonen aan dat de levensverwachting voor alle opleidingsniveaus is toegenomen, maar dat deze toename het sterkst is voor de hoogste opleidingscategorieën. Dit impliceert dat de sociale ongelijkheden in levensverwachting is toegenomen tussen 1991 en 2001. Het gebruik van samengestelde indices wijst echter op een meer complexe realiteit en toont de noodzaak aan om de evolutie van de samenstelling van de bevolking in termen van het opleidingsniveau mee te betrekken in een globale evaluatie van de evolutie van sociale ongelijkheden in gezondheid.

Evolutie van de ongelijkheden in gezonde levensverwachting

- De ongelijkheden in levensverwachting zonder beperkingen op de leeftijd van 25 jaar tussen diegenen met een opleiding hoger onderwijs en de lager opgeleiden is toegenomen tussen 1997 en 2004.
- Anders verwoord: diegenen met de hoogste opleiding leven gemiddeld langer, leven langer zonder beperkingen en leven en leven minder jaren met beperkingen in vergelijking met diegenen met een minder hoog opleidingsniveau
- Op basis van de samengestelde gezondheidsindices, tonen de resultaten in het beste geval aan dat de sociale ongelijkheden in levensverwachting zonder beperkingen niet verminderen doorheen de tijd.

De resultaten van hoofdstuk 2 tonen aan dat de ongelijkheden in levensverwachting in België is toegenomen tussen 1991 en 2001. Het analyseren van de tendensen m.b.t. mortaliteit alleen, volstaat niet om de tendensen in de gezondheid van de bevolking te bestuderen. In hoofdstuk 3 wordt de evolutie van de levensverwachting in goede gezondheid bestudeerd, er wordt met andere woorden een 'kwaliteitsdimensie' toegevoegd aan het pure 'kwantitatief' gegeven van het aantal jaren dat iemand (gemiddeld) te leven heeft. Meer bepaald wordt in dit hoofdstuk de evolutie van de levensverwachting zonder beperkingen volgens het opleidingsniveau tussen 1997

en 2004 geanalyseerd. Om dit mogelijk te maken moesten verschillende gegevensbestanden gecombineerd worden. De sterftegegevens per opleidingsniveau zijn gebaseerd op een koppeling van gegevens van het Rijksregister met gegevens van de Volkstelling (aan de hand van een uniek identificatienummer aanwezig in beide bestanden). Morbiditeitgegevens pers leeftijd, geslacht en opleidingsniveau noodzakelijk om de levensverwachting zonder beperkingen te kunnen berekenen, zijn afkomstig van de gezondheidsenquêtes (Health Interview Surveys) 1997 en 2004. De levensverwachting zonder en met beperkingen werd berekend per geslacht, opleidingsniveau en jaar, startend vanaf de leeftijd van 25 jaar tot de leeftijd van 100 jaar en dit op basis van de Sullivan-methode.

Onze resultaten tonen aan dat, in 2004, zowel de mannen als de vrouwen met de hoogste opleiding in het algemeen langer leven, langer leven zonder beperkingen en met een kleiner aantal jaren met beperkingen leven in vergelijking met 1997. Maar deze tendensen variëren volgens het opleidingsniveau en het geslacht. Hoe dan ook, er zijn geen tekenen die erop wijzen dat sociale ongelijkheden in levensverwachting zonder beperkingen doorheen de tijd zouden afnemen.

Resultaat 3: Geen enkel vermindering in ongelijkheden voor wat betreft gezondheidsgerelateerde levensstijl in het afgelopen decennium.

- Een lage socio-economische status is vaak gelieerd met een minder gezonde levensstijl en een minder goede gezondheidsstatus.
- Sociale ongelijkheden in levensstijl en gezondheidsstatus hebben een eerder persistent karakter. Er zijn geen aanwijzingen voor een vermindering van deze ongelijkheden in de loop van het afgelopen decennium.

In de andere hoofdstukken van dit rapport, toonden onze resultaten aan dat de ongelijkheden in levensverwachting en in levensverwachting zonder beperkingen tussen de hoogst opgeleiden en de lagere opgeleiden in het afgelopen decennium toegenomen zijn. Een mogelijke reden van de toename in sociale ongelijkheden in gezondheid kan liggen in verschillen in levensstijl. Veranderingen in levensstijl zouden effectief de levensverwachting en de levensverwachting zonder beperkingen kunnen beïnvloeden. In hoofdstuk 4 van dit rapport staan de volgende vragen centraal: bestaan er verschillen in levensstijl tussen de verschillende opleidingscategorieën en zijn deze verschillen toe- of afgenomen tussen 1997 en 2004. En heeft deze toe- of afname de sociale ongelijkheden in gezondheid beïnvloedt?

Om hierop een antwoord te vinden werd de evolutie in een aantal levensstijlkenmerken die nauw met gezondheid samenhangen, nagegaan: zwaarlijvigheid, consumptie van tabak, alcoholmisbruik, gebrek aan lichaamsbeweging en de evolutie in de gezondheidsstatus – gemeten

aan de hand van subjectieve gezondheid, functionele beperkingen en langdurige aandoeningen – in kaart gebracht. Hiervoor worden de gegevens van de gezondheidsenquêtes 1997, 2001 en 2004 gebruikt. Verschillende (absolute en relatieve) maatstaven voor het in kaart brengen van sociale ongelijkheden werden berekend.

De resultaten tonen aan dat sociale ongelijkheden voor zowat alle indicatoren aangetoond kunnen worden. Eén uitzondering daargelaten (misbruik van alcohol), kon worden vastgesteld dat, in vergelijking met diegenen die zich hoog op de sociale ladder bevinden, personen die zich laag op deze ladder bevinden relatief meer talrijk zijn om te roken, niet aan lichaamsbeweging te doen en meer geconfronteerd met het probleem van zwaarlijvigheid. Tegelijk evalueren minder hoog opgeleid personen hun gezondheid als minder goed, geven ze meer aan geconfronteerd te worden met beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten en lijden ze meer aan chronische aandoeningen of handicaps.

Deze ongelijkheden hebben gemeenschappelijk dat ze doorheen de tijd nauwelijks lijken te veranderen. Anders gezegd: voor sommige indicatoren kan een toename, voor andere indicatoren een afname van de ongelijkheden worden vastgesteld. Niettemin is belangrijkste conclusie duidelijk: sociale ongelijkheden in gezondheid zijn persistent in de periode 1997 – 2004. Er moet hier echter aan toegevoegd worden dat de bestudeerde periode (1997 – 2004) wellicht de kort is om op een meer adequate wijze evoluties in (sociale ongelijkheden in) gezondheid in kaart te brengen.

Resultaat 4: De effecten van een bepaalde levensstijl zijn meer nefast voor gedepriveerde groepen

- De mortaliteit geassocieerd met tabaksgebruik is sterker bij mannen met een middenlaag opleidingsniveau en bij vrouwen met een laag opleidingsniveau in vergelijking met diegenen met een hoger opleidingsniveau.
- De nefaste gevolgen van tabaksgebruik zijn, in algemeen termen, meer uitgesproken voor gedepriveerde groepen.

De nefaste gevolgen van het roken voor de gezondheid zijn duidelijk en de samenhang van socio-economische positie en gezondheid is dit evenzeer, maar de volgende vraag kan worden gesteld: wat is het gecombineerd effect van deze twee risicofactoren op de gezondheid? Het aantal studies dat hieraan gewijd werd, is beperkt. Bovendien zijn de resultaten ervan eerder tegenstrijdig. In deze context wordt in hoofdstuk 5 van dit rapport nagegaan of in België het effect van het roken op de mortaliteit verschillend is voor de verschillende opleidingscategorieën. Om dit

na te gaan werden twee gegevensbronnen gebruikt: de gegevens van de gezondheidsenquêtes van 1997 en 2001 om informatie te hebben over het gebruik van tabak per leeftijdsgroep, geslacht en socio-economisch statuut van de participanten en de mortaliteitsgegevens van deze personen afkomstig van het Rijksregister. Om de samenhang tussen mortaliteit, gebruik van tabak en opleidingsniveau te bestuderen, worden de mortaliteitscijfers per geslacht, per opleidingsniveau en volgens tabaksgebruik berekende. Het relatief risico van de mortaliteit volgens tabaksgebruik en per opleidingsniveau wordt geschat via een Poissonregressie.

De resultaten tonen aan dat in België, het effect van het gebruik van tabak op de mortaliteit significant verschillend is per opleidingsniveau. Zware rokers met een middenlaag opleidingsniveau hebben een hoger sterfterisico dan zware rokers met een respectievelijk laag of hoog opleidingsniveau. Bij de hoogst opgeleide vrouwen lijkt het gebruik van tabak het sterfterisico niet te beïnvloeden. Daarentegen stijgt het sterfterisico bij vrouwen met een eerder laag opleidingsrisico zowel bij matige als bij sterke rooksters. Samengevat wijst onze studie erop dat personen met een hoge socio-economische status minder geconfronteerd worden met de nefaste gevolgen van het gebruik van tabak dan personen met een minder hoge socio-economische status.

Resultaat 5: Voor sommige gezondheidsindicatoren, nemen de sociale verschillen in gezondheid toe met de leeftijd.

- Binnen eenzelfde leeftijdscohort, nemen de sociale ongelijkheid in subjectieve gezondheid toe met de leeftijd.
- Deze toename kan niet worden vastgesteld voor wat betreft depressie.

De meerderheid van de transversale studie gewijd aan sociale ongelijkheden in gezondheid geven aan dat deze ongelijkheden verminderen met de leeftijd. Andere studies komen tot tegengestelde conclusies. De vaststelling dat ongelijkheden verminderen met de leeftijd gaf aanleiding tot wat is gekend als de hypothese van de « convergentie », de omgekeerde vaststelling tot de hypothese van de « accumulatie van nadelen » of de hypothese van de divergentie. In hoofdstuk 7 is het de bedoeling de hypothese van de « accumulatie van nadelen » te testen gebruikmakend van twee gezondheidsindicatoren: de subjectieve gezondheid en depressie. Voor deze studie worden de gegevens van de Panelstudie van Belgische huishoudens gebruikt dat een steekproef van de Belgische bevolking opvolgt tussen 1994 en 2002.

Het resultaat van deze studie is dat – eerder beperkte – ondersteuning kan gevonden worden voor de hypothese van de « accumulatie van nadelen ». Ongelijkheden in subjectieve gezondheid stijgt met de tijd: voor elke bijkomend jaar stijgt het risico voor een slechte subjectieve gezondheid

bij personen met een zwak of matig opleidingsniveau met minstens 6% in vergelijking met die personen met een hoog opleidingsniveau. Een dergelijke toename kan niet worden vastgesteld voor wat depressie betreft. Voor wat dit laatste betreft, is in beperkte mate sprake van een daling van sociale ongelijkheden in de prevalentie van depressie doorheen de tijd.

Resultaat 6: Karakteristieken van de leefomstandigheid hebben een impact op sociale ongelijkheden in gezondheid

Contextuele effecten en gezondheid

- Onze resultaten wijzen erop dat omgevingshinder, zwak sociaal kapitaal in de wijk en een precaire economische situatie van de wijk het risico op een slechte subjectieve gezondheid verhoogt, onafhankelijk van het individueel socio-economisch statuut.
- Etnische minderheden hebben een hoger risico op een slechte subjectieve gezondheid. Dit verhoogd risico kan verklaard worden door hun socio-economisch statuut en door hun minder gunstige leefomgeving.

Ongelijkheden in gezondheid worden teveel ingeschat op het individueel niveau. Bepaalde gezondheidsfactoren bestaan echter enkel op het collectieve niveau. Bovendien hebben vele interventies die beogen ongelijkheden te verminderen geen zin hetzij op het collectieve niveau. Het doel van hoofdstuk 6 is de invloed bestuderen van contextuele en compositorische factoren op het risico op een slechte subjectieve gezondheid. Onze resultaten tonen aan dat omgevingshinder, en vooral geluidshinder een netto effect heeft op subjectieve gezondheid. Hoe hoger de geluidshinder, hoe hoger de slechte subjectieve gezondheid. De bijdrage van deze hinder op sociale ongelijkheden is eerder dubbelzinnig: geluidshinder speelt een rol voor wat betreft ongelijkheden op de arbeidsmarkt en de huizenmarkt. Werklozen en personen die wonen in een appartement hebben meer dan ander sociale categorieën, last van geluidshinder. Geluidshinder verklaart echter niet de ongelijkheden in gezondheid gelieerd met het opleidingsniveau.

Sociale ongelijkheden manifesteren zich onder verschillende sociale dimensies. Ons onderzoek wijst op het belang van etnische ongelijkheden in gezondheid en hun band met socio-economische ongelijkheden. Etnische minderheden hebben een verhoogd risico op een slechte subjectieve gezondheid in vergelijking met de bevolking met de Belgische nationaliteit. Dit verhoogd risico kan verklaard worden door hun zwakkere socio-economische status en hun hogere blootstelling aan minder gunstige contextuele factoren.

De gezondheid van de (informele) hulpverleners

Mantelzorg en de actieve bevolking

- Onze resultaten suggereren dat de tewerkstellingssituatie een belangrijke rol speelt in de relatie tussen de hulpverlening en een slechte gezondheid.
- Hoewel de uitoefening van een formele betrekking bevorderlijk kan zijn voor de algemene gezondheid moet het sociaal beleid toch het potentieel negatief effect op de gezondheid van de werkende mantelzorgers erkennen en verminderen.

Mantelzorg en mortaliteit bij bejaarde personen die voor hun zieke partner zorgen

- Bejaarde partners die voor een zieke partner zorgen, hebben een slechtere subjectieve gezondheid dan zij die geen hulp verlenen.
- Bij de mannen ligt de mortaliteit lager onder de mannelijke hulpverlenende partners. Bij vrouwen wijzen onze resultaten niet op een significant verschil in mortaliteit tussen hulpverleners en niet-hulpverleners.

De karakteristieken van de familiale structuur kunnen een invloed uitoefenen op de gezondheid. In de OECD landen wordt mantelzorg door familieleden, vrienden of andere personen als essentieel erkend om opdat chronisch zieken, oudere personen of personen met een handicap in een thuissituatie te behouden. Hoewel uitgebreide literatuur bestaat over de samenhang tussen een slechte subjectieve gezondheid en mantelzorg, blijven een aantal aspecten onderbelicht. Om bij de actieve bevolking te beginnen, geven sommige studies aan dat er geen verschil in gezondheid te bespeuren is tussen diegenen die mantelzorg en diegenen die geen mantelzorg verrichten, terwijl andere studies een respectievelijk positief of negatief effect vermelden. Dit gebrek aan coherentie kan misschien verklaard worden door te wijzen op de complexe samenhang tussen werk, de noodwendigheden van het gezinsleven en gezondheid. Vrij recent werden studies voorgesteld met tegenstrijdige resultaten voor wat betreft de samenhang tussen mantelzorg en het sterfterisico bij personen die mantelzorg verlenen. Zo word een verhoogd risico gemeld voor personen die mantelzorg verlenen aan hen aan de ziekte van Alzheimer lijdende partners. Daarentegen tonen drie andere studies aan dat personen die mantelzorg verlenen een geringer sterfterisico hebben dan personen die dergelijke zorg niet verlenen. In dit hoofdstuk worden deze twee aspecten van mantelzorg bestudeerd.

Onze resultaten, beschreven in hoofdstuk 9, wijzen erop dat voor tewerkgestelde personen en voor werklozen er een samenhang kan vastgesteld worden tussen het feit meer dan 20 uur per week mantelzorg te verlenen en een slechte subjectieve gezondheid. Een fenomeen dat zowel in Groot Brittannië als in België kon worden vastgesteld. Ondanks de vele verschillen in het sociale

zekerheidssysteem in beide landen, speelt tewerkstelling een belangrijke rol in de samenhang tussen mantelzorg en gezondheid.

We hebben ook de verhouding onderzocht tussen de mantelzorg aan een bejaarde partner en het sterftcijfer bij de verzorgers. Onze resultaten wijzen uit dat mannen die hun partner helpen een lager sterfterisico vertonen dan hun niet-verzorgende collega's. Bij vrouwen echter werd geen significant verschil in sterftcijfer vastgesteld tussen verzorgers en niet-verzorgenden. Deze resultaten onderschrijven de verschillen in burn-out tussen man en vrouw naar aanleiding van de verzorging van een zieke partner.

Aanbevelingen en conclusie

Op het ogenblik bevindt België zich niet in een vergevorderd stadium voor wat betreft de ontwikkeling van een geïntegreerd en holistisch actieplan erop gericht sociale ongelijkheden in gezondheid terug te dringen. Weliswaar bestaan er een aantal initiatieven hierop gericht, maar deze blijven eerder partieel. Als gevolg van het onderzoek ondernomen in het kader van dit project en op basis van Europese en internationale ervaring met beleid erop gericht sociale ongelijkheden in gezondheid terug te dringen, stellen we verschillende pistes voor politieke reflexie : vooreerst het nog meer bewust worden van het probleem van sociale ongelijkheden in gezondheid in België, het bekommerd zijn over het probleem, het ontwikkelen van een actieplan om deze ongelijkheden terug te dringen en, tenslotte, het ontwikkelen van een onderzoeksplan om sociale ongelijkheden in gezondheid beter te begrijpen en om ze terug te dringen.

In België bestaan belangrijke ongelijkheden gezondheid tussen de verschillende socio-economische groepen. Zoals aangetoond in dit rapport lijken deze ongelijkheden niet te verminderen. Integendeel, de ongelijkheden tussen sommige groepen hebben eerder de tendens toe te nemen. De ongelijkheden bestrijden door de gezondheids situatie van diegenen die zich laag op de sociale ladder bevinden zal substantiële verbeteringen met zich mee brengen voor wat de gezondheid van de bevolking in België betreft. Dit gezegd zijnde, moet het duidelijk zijn dat het volledig elimineren van sociale ongelijkheden in gezondheid niet in de nabije toekomst gerealiseerd kan worden, maar dat het mogelijk is deze ongelijkheden te verminderen tot op een aanvaardbaar niveau. De gepaste oplossing bestaat er niet in de eerste plaats in om nog meer te investeren in het gezondheidssysteem of in nieuwe technologieën: de bron van deze ongelijkheden moet aangevallen worden en goed gerichte acties moeten ondernomen worden om te vermijden dat sociale ongelijkheden nog toe zouden nemen. Dit veronderstelt een expliciete politieke wil, een duurzame, geïntegreerde en volgehouden strategie en een werk van lange adem.

*

* *