



## **CAUSINEQ: SAMENVATTING RESULTATEN**

### **Oorzaken van sociale ongelijkheid in gezondheid en mortaliteit in België: meerdere dimensies, meerdere oorzaken.**

KAREN VAN AERDEN (VUB<sup>2</sup>) – REBEKA BALOGH (VUB<sup>2</sup>) – LUC DAL (UCL<sup>1</sup>) – JOAN DAMIENS (UCL<sup>1</sup>) – DEBORAH DE MOORTELE (VUB<sup>2</sup>) – THIERRY EGGERICKX (UCL<sup>1</sup>) – SYLVIE GADEYNE (VUB<sup>2</sup>) – CATHERINE GOURBIN (UCL<sup>1</sup>) – PAULIEN HAEGEDOORN (VUB<sup>2</sup>) – KELLY HUEGAERTS (VUB<sup>2</sup>) – PAUL MAJERUS (UCL<sup>1</sup>) – BRUNO MASQUELIER (UCL<sup>1</sup>) – JEAN-PAUL SANDERSON (UCL<sup>1</sup>) – OCEANE VAN CLEEMPUT (UCL<sup>1</sup>) – CHRISTOPHE VANDESCHRIK (UCL<sup>1</sup>) – CHRISTOPHE VANROELEN (VUB<sup>2</sup>) – KATRIEN VANTHOMME (VUB<sup>2</sup>) – DIDIER WILLAERT (VUB<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> Centre de recherche en démographie et sociétés, Place de l'Université 1, 1348 Louvain-la-Neuve

<sup>2</sup> Interface Demography, Pleinlaan 5, 1050 Brussel

De levensverwachting in België is vandaag ongeveer dubbel zo hoog dan 170 jaar geleden, dankzij vooruitgang op verschillende vlakken: publieke en private hygiëne, voeding, de medische wereld en zorgvoorzieningen. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor Belgische mannen en vrouwen ligt ondertussen rond de 80 jaar. Echter, onder dat algemene gemiddelde gaan zeer grote verschillen tussen bevolkingsgroepen schuil. Net als in andere Europese landen werd in België reeds een negatief verband aangetoond tussen socio-economische positie enerzijds en gezondheid en mortaliteit anderzijds. Het objectief van het CAUSINEQ-project was om (de recente evolutie van) deze sociale ongelijkheid in sterfte en gezondheid in kaart te brengen en te onderzoeken in welke mate het onstabiel en flexibeler worden van het arbeids- en gezinsleven hierop een invloed hebben. Zo werden beleidsrelevante resultaten bekomen omtrent de structurele determinanten van sociale verschillen in sterfte en gezondheid.

Evolutie van de levensverwachting en ongelijkheden in sterfte. De onderzoeksbevindingen tonen aan dat de sociale ongelijkheid in sterfte significant is in België en dat de kloof tussen de groepen aan de onderkant van de sociale ladder en die aan de top is toegenomen sinds het begin van de jaren 1990. Om dit te onderzoeken creëerden we een maat voor socio-economische positie die zowel het opleidingsniveau, de tewerkstellingsstatus als het wooncomfort in beschouwing neemt.

*Voor de periode 2011-2015 stellen we in België een kloof in de levensverwachting vast tussen de bodem en de top van de sociale ladder die 9 jaar bedraagt voor mannen en 6 jaar voor vrouwen.*

In relatieve termen is de kloof tussen sociale groepen het grootst in de leeftijdscategorie van 25 tot 50 jaar, maar de impact van deze verschillen in levensverwachting is beperkt aangezien het risico op sterfte in deze leeftijdsgroep algemeen genomen erg laag is. Vandaag de dag vormt de winst in levensverwachting bij de oudste leeftijdscategorie (65+) de grootste verklaring voor de stijging van de algemene levensverwachting, hoewel er ook hier sprake is van sociale ongelijkheid. De winst in levensverwachting geboekt bij de meer gegoede ouderen is veel groter dan deze geboekt bij de groep van benadeelde 65-plussers. Sociale ongelijkheid in sterfte bij ouderen bestaat voor de meeste doodsoorzaken, maar de kloof is het grootst voor respiratoire en cardiovasculaire aandoeningen.

*Tussen 1950 en 2015 is de levensverwachting bij de geboorte met ongeveer 20% toegenomen, terwijl de levensverwachting op 65 en 80 jaar met respectievelijk 50% en meer dan 60% toenam.*

Er is daarnaast sprake van regionale ongelijkheden in sterfte in België, met name op het niveau van regio's, arrondissementen en gemeenten. Ook voor deze verschillen werd een toename geobserveerd tijdens de voorbije kwarteeuw. Het regionale sterftepatroon voor de meer benadeelde groepen lijkt op dat van de meer bevoordeelde sociale categorieën; binnen elke socio-economische groep blijven de regionale verschillen dus bestaan. Dit betekent dat de regionale ongelijkheid in sterfte niet enkel toe te schrijven is aan een

verschillende sociaaleconomische samenstelling van de bevolking, maar ook aan andere factoren zoals de kwaliteit van de leefomgeving. De patronen van regionale ongelijkheid in sterfte zijn wel veel duidelijker aan de onderkant van de sociale ladder dan aan de top.

*De kloof in levensverwachting tussen arrondissementen bedraagt 7,4 jaar voor mannen aan de onderkant van de sociale ladder en 4,5 jaar voor mannen aan de top van de sociale ladder. Voor vrouwen is het verschil beperkt (4,4 tegenover 5 jaar).*

De tewerkstellingssituatie als oorzaak van ongelijkheid in sterfte. Patronen van ongelijkheid in sterfte naar tewerkstellingsstatus werden uitgebreid onderzocht op het niveau van individuen voor de periode 2001-2011. In deze periode hebben werkloze mannen een twee keer hoger sterfterisico dan werkende mannen. De kloof tussen beide groepen houdt stand wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in opleidingsniveau, huisvestingsomstandigheden en gezinskenmerken. Voor vrouwen worden gelijkaardige verschillen vastgesteld, al is de omvang van de kloof beperkter. De analyses tonen verder aan dat de oversterfte van werklozen geobserveerd wordt voor bijna alle grote groepen van doodsoorzaken. Een klein beschermend effect van het opleidingsniveau wordt vastgesteld: werklozen met een hoger opleidingsniveau hebben een wat lagere sterftkans dan werklozen met een laag opleidingsniveau, maar hun sterfterisico is nog steeds significant hoger vergeleken met dat van werkende mannen (los van hun opleidingsniveau). Bovendien blijkt de kloof in sterfte tussen werkenden en werklozen het grootst te zijn binnen de groep van de hoogopgeleiden. De resultaten tonen verder ook aan dat kenmerken van de regionale context (bv. niveau van deprivatie, werkloosheidsgraad) een rol spelen wanneer het gaat over de relatie tussen werkloosheid en sterfte. Zo blijkt de oversterfte van werklozen mannen en vrouwen kleiner in arrondissementen met een hogere werkloosheidsgraad, wat erop wijst dat een soort van 'sociale norm' effect optreedt.

*In België had iemand die werkloos was in 2001 een twee keer hoger sterfterisico gedurende de periode 2001-2011 dan iemand die aan het werk was in 2001.*

De hogere sterftkans van werklozen suggereren een positief gezondheidseffect van het hebben van een job. De verschillen in mortaliteit zetten zich echter ook door binnen de groep van de werkenden. De analyses tonen ook aan dat mannen met een niet-standaard contract (bv. tijdelijk werk, uitzendarbeid, seizoensarbeid) een hoger sterfterisico kennen, in het bijzonder voor kanker-gerelateerde doodsoorzaken. Het patroon voor vrouwen was wederom gelijkaardig, maar minder uitgesproken. Het combineren van informatie over het contract in 2001 met de tewerkstellingsstatus in 1991 (werkend versus werkloos) toont bovendien aan dat – voor mannen – alle werktrajecten die afwijken van een stabiele permanente tewerkstelling gepaard gaan met een hoger sterfterisico, na controle voor andere relevante variabelen.

*Voor mannen en vrouwen met een uitzendcontract in 2001 was het sterfterisico in de periode 2001-2016 respectievelijk 57% en 31% hoger in vergelijking met mannelijke en vrouwelijke werknemers met een permanent contract.*

Huishoudenskenmerken en levensverwachting. Om de rol van het onstabiel en flexibeler worden van levensomstandigheden te onderzoeken, werden verschillen in sterfte naargelang burgerlijke staat en huishoudenssituatie berekend. Er bestaan duidelijke regionale verschillen in samenlevingsvormen in België: Vlaanderen telt een groter aandeel (getrouwde) koppels en een lager aandeel gescheiden of alleenstaande individuen. In Brussel zijn alleenstaanden oververtegenwoordigd, vergeleken met Vlaanderen en Wallonië. De onderzoeksbevindingen tonen aan dat individuen die deel uitmaken van een koppel in elk van de drie regio's een lager sterfterisico hebben. Bovendien maken de resultaten duidelijk dat de impact van de regionale verschillen in samenlevingsvormen op de regionale verschillen in levensverwachting slechts marginaal is.

Een opvallende vaststelling is de hogere sterfte bij jonge kinderen (0 tot 5 jaar) die opgroeien in eenoudergezinnen, in vergelijking met kinderen die opgroeien bij koppels, zelfs na controle voor de belangrijkste socio-demografische variabelen. Deze oversterfte is vooral uitgesproken voor gewelddadig overlijden. Mogelijke verklaringen voor deze bevinding zijn de beperktere aanwezigheid van ouderlijke supervisie of de minder veilige leef- en woonomstandigheden.

*Kinderen jonger dan 5 jaar die opgroeien in een eenoudergezin hebben een 40% hoger sterfterisico, vergeleken met kinderen van dezelfde leeftijdscategorie die opgroeien bij een koppel.*

Tewerkstellingskwaliteit, levensomstandigheden en gezondheid. Op basis van gegevens uit enquêtes werd een typologie uitgewerkt die verwijst naar de kwaliteit van jobs. Werknemers werden hierbij gegroepeerd in een beperkt aantal categorieën, gebaseerd op de kenmerken van hun job. Andere categorieën van (in)activiteit op de arbeidsmarkt (bv. zelfstandigen en werklozen) werden aan deze typologie toegevoegd. De resultaten tonen dat België een stabiel laag aandeel van preciaire jobs heeft vergeleken met andere EU-lidstaten. Echter, het aandeel van één specifiek type van preciaire tewerkstelling is wel aanzienlijk en aan een opmars bezig in België. Het gaat om preciaire onhoudbare jobs, gekenmerkt door een laag aantal werkuren en een laag maandelijks inkomen. Deze jobs worden vaak uitgevoerd door vrouwen. De typologie houdt duidelijk verband met de gezondheid van individuen, los van hun sociale context en levensomstandigheden. Drie arbeidsmarktposities zijn vaker geassocieerd met (zelf-gerapporteerde) algemene en mentale gezondheidsproblemen: werkloosheid, preciaire tewerkstelling en instrumentele tewerkstelling. Bovendien tonen de resultaten ook aan dat een preciaire vorm van tewerkstelling (een combinatie van o.a. een onstabiel contract, laag inkomen, flexibele en onvoorspelbare werkuren, lage sociale bescherming) slechts een klein verschil maakt ten opzichte van werkloosheid voor de gezondheid van de betrokken individuen.

*Werknemers in een preciaire job hebben een 50% hogere kans op gezondheidsklachten dan werknemers in een job van goede kwaliteit. Voor de werklozen loopt deze kloof op tot 85%.*

Conclusies en implicaties van het onderzoek. Het CAUSINEQ-project genereerde recente cijfers over de ongelijkheid in gezondheid en sterfte in België, alsook belangrijke inzichten in de structurele determinanten van deze ongelijkheden. De hoofdconclusie is dat de sociale ongelijkheid in sterfte eerder toe- dan afneemt in België, ondanks de algemene toename van de levensverwachting. Uit de resultaten blijkt bovendien dat de 'de-standaardisatie' van de arbeids- en huishoudenssfeer een belangrijk deel van de verklaring vormt voor (toenemende) sociale ongelijkheid in gezondheid en sterfte. In de mate dat een evolutie naar minder stabiele werk- en gezinssituaties onvermijdelijk is, moet alvast worden opgemerkt dat de bestaande beleidsinstrumenten te kort schieten om de negatieve gevolgen voor de volksgezondheid te ondervangen. De bredere implicaties van het CAUSINEQ-project hebben dan ook een grote relevantie voor verschillende actoren, van gezondheidswerkers over sociale partners en non-profit organisaties tot beleidsmakers van verschillende niveaus en departementen.