

Gezondheidsprofiel van jongeren en jongvolwassenen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Focus op sociale ongelijkheden in de transitie naar volwassenheid

Samenvatting, discussie en conclusie

Hannelore De Grande^(a), David Hercot^(b) & Hadewijch Vandenheede^(c)

(a) Interface Demography, Department of Sociology, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Hannelore.De.Grande@vub.ac.be

(b) Brussels-Capital Health and Social Observatory, Brussels, dhercot@ggc.irisnet.be

(c) Interface Demography, Department of Sociology, Vrije Universiteit Brussel, Brussels,

Samenvatting en conclusie

In dit rapport schetsen we een gedetailleerd beeld van de gezondheidssituatie van de Brusselse jeugd. Waar mogelijk of genoodzaakt, wordt een onderscheid gemaakt tussen jongeren (18-24 jaar) en jongvolwassenen (25-30 jaar). Gebruik makend van de gezondheidsenquêtes van 2001, 2004 en 2008, identificeren we de grootte van de gezondheidsrisico's en de mate waarin deze sociaal gedetermineerd zijn. We staan ook stil bij verschillen in gezondheidsrisico's in vergelijking tot jonge personen uit Vlaanderen en Wallonië. We maken hiervoor gebruik van de gecombineerde data van gezondheidsenquêtes uit 2001, 2004 en 2008 om een representatieve steekproef te bekomen om deze verschillen te bespreken. Voor meer gedetailleerde cijfers en analyses verwijzen we door naar het volledige rapport¹.

1 Belangrijkste resultaten

In het algemeen kunnen we stellen dat Brusselse jongeren en jongvolwassenen in goede gezondheid leven. Er zijn echter een aantal subgroepen onder deze jongvolwassenen die specifieke gezondheidsrisico's lopen. De resultaten uit dit rapport tonen aan dat er sterke verschillen bestaan naargelang socioeconomische kenmerken. De risicofactoren en determinanten variëren naargelang het gezondheidsaspect dat wordt bestudeerd en dit wordt in het volgend onderdeel samengevat.

1.1 Sociale ongelijkheden in gezondheid in vroege volwassenheid in het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest: welke lessen kunnen getrokken worden?

De resultaten tonen duidelijk aan dat er sterke sociale ongelijkheden bestaan in de gezondheidsstatus van jongvolwassenen. De risicofactoren en determinanten zijn echter nogal verschillend afhankelijk van de gezondheidsmaat. In dit rapport maken we gebruik van het opleidingsniveau, het uitstellen van medische zorgen in het huishouden en activiteitstatus als drie proxies voor de socio-economische positie (SEP) van de jongere. Hoger opgeleid zijn mag dan bevorderlijk zijn voor een aantal gezondheidsuitkomsten, dit wil geenzins zeggen dat hoogopgeleiden steeds de meest gezonde levensstijl aanhouden of zich op een gezonde manier gedragen. Op dezelfde manier verhindert het opgroeien in een sociaal achtergesteld gezin vaak het maken van gezonde keuzes, maar dit wil niet zeggen dat ieder gezondheidsaspect hierdoor negatief wordt beïnvloed.

¹ Ook voor de referenties die in deze samenvatting aan bod kom, verwijzen we door naar het basisdocument.

Wat zijn de belangrijkste sociale ongelijkheden in gezondheid bij jongeren en jongvolwassenen in de gezondheidsenquête? Een overzicht van de verbanden tussen de bovengenoemde SEP indicatoren en gezondheidsdimensies zijn opgelijst in Tabel 1. Alle significante verbanden zijn aangeduid in het grijs. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat de steekproef vrij klein is: het uitblijven van een gradiënt wil dus niet per definitie zeggen dat er geen verschillen bestaan, maar enkel dat ze met deze data niet konden worden geobserveerd.

Laat ons starten bij de opleidingsverschillen. We vonden een opleidingsgradiënt in *zelfgerapporteerde gezondheid*, vergelijkbaar met maar minder uitgesproken dan de resultaten in de census 2001 door De Grande e.a. (2013): hoe hoger het opleidingsniveau van de jonge persoon, hoe beter deze zijn/haar gezondheid inschat. Zelfgerapporteerde gezondheid is zowel gerelateerd aan fysieke als mentale gezondheid.

Wat *mentale gezondheid* betreft, is er een significante samenhang met opleiding gevonden voor vier mentale gezondheidsmaten: lager secundair geschoolde jongeren vertoonden een hogere kwetsbaarheid voor zelfdodingspogingen, zelfgerapporteerde depressie en een hogere waarschijnlijkheid voor het presenteren van symptomen voor somatiserings- of angststoornissen. Met de overige mentale problemen kon geen samenhang met onderwijs worden vastgesteld. Miech en collega's (1999) gaven reeds aan dat de relatie tussen SEP en mentale problemen op jonge leeftijd uniek is voor iedere psychologische stoornis. Zo is een angststoornis invers gerelateerd aan SEP, terwijl er geen relatie kan gevonden worden tussen SEP en depressie. Verger e.a. (2009) vonden dan weer dat subgroepen van jongvolwassenen, zoals universiteitsstudenten, een verhoogd risico hebben op psychologische problemen, wat dan weer een U-vormige relatie inhoudt tussen onderwijs en mentale problemen eerder dan een inverse gradiënt met lagere risico's voor mentale problemen bij hoogopgeleiden. Het bestuderen van mentale problemen bij jonge personen behoeft dus een benadering specifiek per ziekte en naar subgroep. Het kan niet benaderd worden vanuit een 'one size fits all' perspectief.

Wat opvallend is aan deze resultaten, is het feit dat mentale problemen met de hoogste prevalentie (psychologisch onwelbevinden of stoornis, slaapproblemen en gedachten over suïcide) maar weinig opleidingsverschillen vertonen. Mogelijks meten deze gezondheidsindicatoren een normaal onevenwicht naar jongvolwassenheid toe, aangezien emotionele extremen meer gebruikelijk zijn in deze levensfase en zich reflecteren in stemmingswisselingen, verdriet, emotionele uitbarstingen en gedrag dat erop gericht is oncomfortabele gevoelens te verdringen (McNeely & Blanchard, 2009). Meer ernstige

mentale problemen zoals geprobeerd hebben om suïcide te plegen is van een heel andere categorie en vraagt om psychologische hulp. Dat opleidingsongelijkheden dan enkel voorkomen bij deze meer ernstige vormen van psychische problemen is een belangrijk punt om in het achterhoofd te houden bij het definiëren van preventie en interventie maatregelen.

In de lijn met andere studies, vonden we dat hoogopgeleide jongvolwassenen vaker experimenteren met verschillende *middelen (zoals alcohol en illegale drugs)*, terwijl meer problematisch gebruik vooral voorkomt bij de laagopgeleiden (Berten, Cardoen, Brondeel, & Vettenburg, 2012; Legleye, Janssen, Beck, Chau, & Khlal, 2011; Legleye et al., 2013).

Wat *lichamelijke gezondheid* betreft, observeren we minder lichamelijke beweging en meer overgewicht bij laagopgeleide jonge vrouwen. Nationaliteit van origine speelt hierbij ook een belangrijke rol (zie supra). Aangezien de relatie met chronische ziektes zoals diabetes en cardiavasculaire aandoeningen duidelijk is, zouden er meer inspanningen moeten geleverde worden om de gezonde levensstijlen van deze groepen te verbeteren.

Correcte kennis van HIV is sterk gerelateerd aan opleidingsniveau: meer algemeen secundair geschoolde en hoogopgeleide jonge personen weten beter welke contacten niet besmettelijk zijn en hoe je je het best veilig kunt vrijen in vergelijking tot lager secundair geschoolden en jongeren uit het beroepsonderwijs. Zij die een betere kennis hebben, hebben ook een hogere waarschijnlijkheid om reeds getest te zijn voor HIV. Programma's betreffende seksuele opvoeding en mediërende factoren die hiermee samenhangen bij jongeren onder 25 jaar verbeteren de seksuele gezondheid (Kirby et al., 2007). Onze resultaten benadrukken het belang van vroegtijdige sensibilisering op school. Aangezien een betere behandeling voor HIV mogelijk is tegenover 10 jaar geleden, zijn jongeren zich vaak minder bewust van de ernst van deze ziekte en gerelateerde SOA's. Om die reden is het belangrijk om bestaande programma's aan te passen en uit te breiden, binnen en buiten de schoolcontext.

Betreffende *medische consumptie*, merken we op dat hoogopgeleide jongeren beter hun weg vinden naar een arts. Er is ook een duidelijke omgekeerde gradiënt tussen de perceptie van moeilijkheid om medische zorg te betalen en opleidingsniveau.

Naast opleiding, bekeken we ook de relatie tussen *(socio-economische) deprivatie* en gezondheidsuitkomsten. Het uitstel van medische zorg op huishoudniveau werd hier gebruikt als proxy voor deprivatie. Het is zorgwekkend dat een substantieel onderdeel van de Brusselse jonge bevolking in huishoudens leeft waar men medische zorg uitstelt. Er werd een robuuste associatie gevonden tussen deprivatie en de meeste gezondheidsdimensies, na

controle voor verschillende samenhangende factoren met deprivatie. Dergelijke samenhang werd gevonden voor alle indicatoren betreffende mentale gezondheid, slechte zelfgerapporteerde gezondheid, fysieke handicaps, (zwaar) rookgedrag bij jongvolwassenen en kennis over HIV.

De derde proxy voor SEP is *activiteitsstatus*. Deze is veel minder significant gerelateerd aan verschillende gezondheidsdimensies in vergelijking tot de eerder genoemde maten. Echter, werkloosheid is wel geassocieerd met slechte zelfgerapporteerde gezondheid, fysieke handicaps, gebrek aan beweging en overgewicht bij vrouwen, gebrek aan kennis over HIV en de perceptie van moeilijkheden om medische zorgen te betalen.

Tabel 1: Verbanden tussen SEP en gezondheidsindicatoren

Gezondheidsindicator	socio-economische positie		
	eigen opleidingsniveau	uitstel medische zorg	werkloosheid
<i>Slechte zelfgerapporteerde gezondheid</i>	-	+	+
<i>Mentale gezondheid</i>			
Zelfgerapporteerde depressie	+ laag	+	=
psychologisch onwellbevinden (GHQ 2+)	=	+	=
psychologische stoornis (GHQ 4+)	=	+	=
Ooit aan suïcide gedacht	=	+	=
Ooit suïcidepoging ondernomen	- hoog	+	=
somatiseringsstoornis (SCL-90-R)	+ laag	+	+
depressieve stoornis (SCL-90-R)	- hoog	+	=
angststoornis (SCL-90-R)	+ laag	+	+
slaapstoornis (SCL-90-R)	+ laag	+	+
<i>Fysieke gezondheid</i>			
Fysieke handicap	+ laag	+	+
Gebrek aan fysieke beweging	+ laag vrouwen	=	+ vrouwen
Overgewicht	+ laag ^a	=	+ vrouwen
Obesitas	=	=	=
Ondergewicht	=	=	=
<i>Risicogedrag en gezondheidskennis</i>			
Alcoholconsumptie in laatste jaar	+	-	-
Problematisch drinken	+ hoog	+	+
Ooit cannabis gebruikt	+ hoog	=	-
Cannabis gebruikt in laatste maand	+ laag	+	+
Ooit gerookt	+ laag jongeren	+ jongvolwassenen	-
Zwaar roken	+ laag	+ jongvolwassenen	jongeren, + jongvolwassene
HIV kennis over niet-besmettelijke contacten	+	-	-
HIV kennis en veilig vrijen	+	-	-
HIV-test	+	-	- studenten
<i>Medische consumptie</i>			
Vaste huisarts	- low	=	-
Contact met huisarts in laatste jaar	- laag jongeren	+	-
Contact met specialistin laatste jaar	+ hoog jongvolwassenen	=	+
Perceptie van problemen om medische zorg te betalen	-	+	+

Gekleurd in het grijs: statistisch significant (minstens op 95%-betrouwbaarheidsniveau)

! Opgepast: 'positieve/negatieve waarden' in deze context zijn niet noodzakelijk gelijk aan goede/slechte gezondheid, elke indicator moet geïnterpreteerd worden in relatie tot de proxy voor socio-economische positie:

Interpretatie '=': geen verband met SEP; bv. Tussen het ooit gebruikt hebben van cannabis en uitstel van medische zorg: het cannabisgebruik is gelijk voor jongeren die in huishoudens wonen waar medische zorgen moeten worden uitgesteld en zij die in huishoudens wonen waar dit niet het geval is

Interpretatie '-': omgekeerd/negatief SEP verband; bv. Perceptie van problemen met het betalen van medische zorgen en opleidingsniveau: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe minder vaak het voorkomt dat men in een huishouden woont waar men de perceptie heeft om medische zorgen te moeten uitstellen.

Interpretatie '+': positieve SEP verband; e.g. fysieke handicap en werkloosheid: meer werkloze personen hebben een fysieke handicap die hen beperkt in hun dagelijkse bezigheden in vergelijking tot werkenden/studenten. Wanneer in de tabel een toevoeging wordt gemaakt, bv. 'laag', 'vrouwen', 'jongvolwassenen', betekent dit dat het verband enkel voor deze specifieke groep gevonden kan worden. Bv. Gebrek aan fysieke beweging is meer voorkomend bij laagopgeleide vrouwen: er zijn geen opleidingsverschillen in fysieke beweging bij mannen

1.2 Regionale verschillen

In dit rapport kunnen we een aantal **belangrijke regionale verschillen** vaststellen. Over het algemeen observeren we een slechtere gezondheidssituatie in Brussel en Wallonië (WL) in vergelijking tot Vlaanderen (VL). Bijvoorbeeld: mentale gezondheidsproblemen komen meer voor in BHG & WL vergeleken met VL. Recent onderzoek aan de hand van de gezondheidsenquête 2013 stelde zelfs meer mentale problemen vast in BHG dan in WL voor de volledige populatie (Gisle, 2014). Alleen onder- en overgewicht en kennis over HIV zijn vergelijkbaar in BHG en VL. Er zijn ook meer alcoholonthouders in BHG vergeleken met de

andere regio's, wat reeds ook werd aangetoond voor de volledige populatie in BHG (Gisle 2010a) en gedeeltelijk kan verklaard worden door de grotere moslimpopulatie in BHG waarvan de meeste zich onthouden van alcohol omwille van hun geloof (zie discussiesectie). Een recente studie van Mimilidis e.a. (2014) toonde ook aan dat er meer niet-gebruikers van medische zorg in BHG wonen vergeleken met de andere regio's, grotendeels door sociodemografische factoren (nationaliteit van origine, leeftijd, huishoudsituatie, inkomen).

Compositie-effecten spelen dus een belangrijke rol in deze verschillen. BHG heeft niet alleen een verschillend sociodemografisch profiel ten aanzien van nationaliteit van origine, maar ook wat betreft deprivatie, opleidingsniveau, activiteitstatus en huishoudenssamenstelling. Bijvoorbeeld: terwijl er meer mentale problemen worden gevonden in BHG in vergelijking tot VL, blijkt dit toch in belangrijke mate veroorzaakt te worden door een grotere groep gedepriveerden in BHG, alsook een grotere groep alleenstaanden, factoren die een groter risico vormen voor het ontwikkelen van mentale problemen.

Sommige mentale problemen, zoals slaapproblemen, somatiseringsstoornissen en psychologisch onwelbevinden, komen wel nog steeds meer voor na deze controles. Dit is in overeenstemming met onderzoek in Nederland waarbij meer psychiatrische morbiditeit wordt gevonden in grote steden dan in meer rurale gebieden (Peen, Schoevers, Beekman & Dekkers, 2010). Sociale cohesie wordt naar voor geschoven als een belangrijke bijdrager tot deze verschillen. Negatieve levensmomenten, sociale isolatie en criminaliteit zijn ook kenmerken die meer voorkomen in steden dan in rurale gebieden. We moeten er echter ook rekening mee houden dat wanneer BHG wordt vergeleken met de andere regio's, dit niet gelijkgeschakeld kan worden met stedelijke-rurale verschillen. Zowel VL als WL ook een aantal grootstedelijke agglomeraties hebben zoals Antwerpen, Gent, Charleroi & Luik. Enige voorzichtigheid is aangewezen wanneer we regionale vergelijkingen maken.

Ook voor andere gezondheidsindicatoren observeren we robuuste regionale verschillen, na controle van deze compositie-effecten, wat betekent dat deze gezondheidsdimensies speciale aandacht verdienen. Een substantieel deel van de jonge vrouwen sport onvoldoende, problematisch drankgebruik is ook meer voorkomend in BHG en de meeste maten voor medische consumptie zijn ook meer uitgesproken in BHG. Mimilidis e.a. (2014) geven ook aan dat structurele factoren deze regionale verschillen in medische zorg kunnen verklaren, zoals het functioneren en de organisatie van beschikbare medische zorg.

2 Discussie

2.1 Uitdagingen in het meten en analyseren van socio-economische positie van een jongere in transitie naar volwassenheid

Wanneer sociale ongelijkheden in gezondheid bij jongeren worden geanalyseerd, vormt de meting van de socio-economische positie (SEP) vaak een discussiepunt, aangezien deze positie nog geen vaste vorm heeft gekregen. In dit rapport maakten we gebruik van verschillende componenten van sociale positie: opleidingsniveau, uitstel van medische zorg en activiteitstatus.

Opleidingsniveau wordt gemeten aan de hand van eigen afgewerkt opleidingsniveau, of het opleidingsniveau dat men momenteel volgt wanneer de persoon nog aan het studeren is. Dit opleidingsniveau wordt ook uitgesplitst naar studieoriëntering voor zij in hoger secundair onderwijs. Dit kan sommige resultaten beïnvloeden, aangezien een achttienjarige nog steeds in algemeen secundair onderwijs kan zitten maar wel hogere studies ambieert, terwijl zij die net gestart zijn in hoger onderwijs dit mogelijks ook niet afwerken. Verschillende studies hebben echter aangetoond dat studierichting (algemeen, technisch of beroeps) een goede indicatie geeft voor het al dan niet verder volgen van hoger onderwijs (Hagquist 2007; Havas, Bosma, Spreeuwenberg, & Frans, 2010). Een andere mogelijkheid betrof het gebruiken van het hoogste opleidingsniveau binnen het huishouden. Dit is conceptueel echter onduidelijk aangezien sommige jonge personen (vooral jongeren van 18-24 jaar) nog thuiswonen en dit dus het opleidingsniveau van de ouders betreft, terwijl anderen alleen wonen of met een partner.

Het meten van **deprivatie** bij jongeren is ook een uitdaging. Inkomen is een minder goede proxy voor socio-economische positie van jonge personen in vergelijking die van met volwassenen, aangezien het inkomen over het algemeen minder hoog is en sterk kan fluctueren of aan verandering onderhevig is in het begin van hun carrière. Wanneer een huishouden echter medische zorg moet uitstellen (medische bezoeken, tandartsbezoek, operatie,...), lijkt dit ons een betere proxy voor economische en sociale deprivatie omdat het beter de ernst van de financiële situatie onderstreept dan louter inkomen door werk (zoals bevraagd in de gezondheidsenquêtes).

Tenslotte delen we jonge personen met **activiteitstatus** in drie groepen: studenten, werkenden en werkloze personen. Zoals reeds aangehaald, wordt deze levensfase gekenmerkt door (frequente) veranderingen en dit vergemakkelijkt de interpretatie van dergelijke positie niet.

Voor sommige gezondheidsmaten hebben we echter ook voor deze indicator belangrijke verschillen gevonden. In de samenvatting wordt hier verder op ingegaan in de samenvatting.

Naast de meting van SEP, vormt *selectieve uitval* bij de schriftelijke vragenlijst van de gezondheidsenquêtes een ander discussiepunt in dit rapport. Aangezien we informatie over de achtergrond van deze uitvallers bezitten uit de mondelinge vragenlijst, kunnen we een duidelijk profiel opstellen, en valt onmiddellijk op dat deze niet toevallig verspreid is over de steekproef. De uitval is groter bij kwetsbare groepen: het komt meer voor bij laaggeschoolden, niet-Belgen en werklozen (De Grande et al. 2014). De vraag die ons dan rest is of deze personen significant verschillen van de gedepriveerde personen die de vragenlijst wel vervulde. Eerder onderzoek uitgevoerd door Demarest en collega's (2012) identificeerde meer weigeringen bij laagopgeleide personen om deel te nemen aan de survey. Mogelijks hebben we hier te maken met een conservatieve vertekening waarbij de gezondheidsverschillen die werden vastgesteld nog worden onderschat.

Ook moet er rekening gehouden worden met het feit dat *de meest kwetsbare jongeren* ook niet bevroegd werden in de survey, deels door de uitval die hierboven werd beschreven, maar deels ook doordat ze niet bereikt werden omdat ze niet geregistreerd zijn in België – wat een voorwaarde is om deel te nemen aan de survey. Personen zonder permanente verblijfplaats, illegalen en zij die recent verhuisd zijn worden zo ook niet opgenomen in de survey. Mogelijks worden ook om die reden gezondheidsverschillen in dit rapport nog onderschat.

Tenslotte werd er ook voor gekozen om met een samengestelde dataset over verschillende befragingsjaren te analyseren om voldoende grote groepen te bekomen. Doordat een relatief *klein aantal* jongeren werd geïnterviewd in elk jaar en bepaalde gezondheidsaandoeningen vaak maar zelden voorkomen, was dit een noodzaak. Sommige patronen kunnen dus veranderd zijn over de tijd die door onze analyses onderbelicht blijven. In deze paper staan deze veranderingen dan ook niet centraal.

2.2 Nationaliteit van origine

Een beïnvloedende factor bij het observeren van de gezondheidssituatie van Brusselse jongeren is nationaliteit van origine. BHG is een *multiculturele samenleving*, met een blijvende instroom van immigranten van over de hele wereld (Deboosere et al., 2009). Meer dan 50% van de jongste leeftijdsgroepen bestaat uit personen van vreemde origine (Elchardus, Roggemans & Siongers, 2011), en 71,2% van de kinderen geboren in 2011 hadden een moeder van buitenlandse herkomst (Brussels Observatorium voor gezondheid &

Welzijn, 2014). Rekening houdend met zowel eerste als tweede generatie migranten, is de grootste niet-Belgische nationaliteitsgroep de Marokkaanse, gevolgd door West- en Zuid-Europeanen (Lodewijckx, 2014).

Migratie wordt geassocieerd met *betere én slechtere gezondheidsomstandigheden* van zowel de migranten als hun nakomelingen in vergelijking met de Belgische bevolking. Zo zien we bijvoorbeeld dat alcoholonthouding heel wat meer voorkomt bij de Marokkaanse en Turkse bevolking dan bij de Belgische. A contrario, jonge vrouwen van Marokkaanse origine lopen dan weer een hoger risico op overgewicht en bewegen onvoldoende, zelfs als gecontroleerd wordt voor socio-economische positie.

Het identificeren van personen van een andere origine dan de Belgische is vaak ook een *methodologische uitdaging*. Het merendeel van de jonge personen van Marokkaanse/Turkse origine zijn namelijk in België geboren en hebben de Belgische nationaliteit, hoewel één of beide ouders uit Marokko/Turkije afkomstig zijn. Het aantal personen met een vreemde nationaliteit bij geboorte in de gezondheidsenquêtes is te beperkt om robuuste analyses op uit te voeren. In dit rapport werd dan ook bij jonge personen met een Belgische nationaliteit die nog bij hun ouders inwonen, de geboorteplaats van de ouders toegekend aan deze personen, om op deze manier de groep niet-Belgen uit te breiden en meer te laten overeenkomen met de realiteit. Voor zij die echter niet langer thuis wonen, kon deze oefening niet worden gemaakt, waardoor zij als ‘oorspronkelijke’ Belgen worden opgenomen in de analyses. Dit kan een verklaring bieden voor sommige resultaten die afwijkend zijn in BHG tegenover de andere regio’s. Zo vinden we bijvoorbeeld niet alleen dat Marokkanen zich meer onthouden van alcohol dan de Belgen, maar dat procentueel meer Belgische Brusselaars geen alcohol gebruikt hebben het laatste jaar ten opzichte van Belgen in andere regio’s. Dit is ten dele te wijten aan een substantieel van personen van niet-Belgische origine die als Belg werden opgenomen in onze steekproef, doordat hun afkomst niet kon achterhaald worden.

Ondanks onze inspanningen om de nationaliteit van origine te maximaliseren, was het niet mogelijk om voor alle vragen een *representatieve steekproef* van niet-Belgen te bekomen. Dit is het geval voor gezondheidsuitkomsten die eerder zeldzaam zijn, zoals bepaalde mentale problemen (suïcidepogingen, somatiseringsstoornissen, zelfgerapporteerde mentale gezondheid) en risicogedrag (problematisch drankgebruik, cannabisgebruik), en dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

2.3 Gezondheidsselectie versus -causatie

Een herhaaldelijk thema binnen de discussie omtrent sociale ongelijkheden in gezondheid betreft de vraag wat de richting is in de relatie tussen sociale positie en gezondheid. Met andere woorden: zorgt een laag opleidingsniveau voor een slechte gezondheid, of bepaalt het ziek worden op jonge leeftijd je uiteindelijke positie in de samenleving? Er bestaat overtuigend bewijsmateriaal voor beide stellingen, en beide tonen aan dat er speciale aandacht moet besteed worden aan lager opgeleiden. We kunnen aannemen dat een deel van de lager opgeleiden (van wie sommige niet eens lager onderwijs afwerken) hun studies niet afmaakten omwille van **gezondheidsredenen**: een langdurige ziekte of een fysieke/mentale handicap. Dit hypothekeert voor een stuk hun toekomstperspectieven.

Niet alle vroege schoolverlaters verkeren echter in een slechte gezondheid wanneer ze de school de rug toekeren. Vaak gaat het om een mix van redenen: slechte schoolprestaties, probleemgedrag of een gedepriveerde thuissituatie zijn allen beïnvloedende factoren (Lyche 2010) die leiden tot weinig of onstabiele werkomstandigheden en meer risicogedrag (Byrne & Smith, 2010).

Slechts een deel van de gezondheidsongelijkheden die wij aan bod lieten komen zijn te wijten aan sociale selectie. Het overgrote deel is eerder het gevolg van het opleidingsniveau dat de persoon heeft bereikt, of anders gezegd, het mechanisme van **sociale causatie**. Ten eerste staat een diploma voor de kennis en de inzichten die men heeft verworven en toepast in verschillende omstandigheden. Die inzichten kunnen dan aangewend worden om medische boodschappen te begrijpen en te anticiperen op gezondheidsrisico's door tijdig een (huis)arts te raadplegen of hun gedrag aan te passen. Ten tweede werkt opleiding ook indirect via beroep en inkomen. Hoe hoger iemands opleidingsniveau, hoe beter zijn/haar economische vooruitzichten. In de transitie naar volwassenheid zijn jonge personen nog steeds op zoek naar een goede positie, welke job hen het best ligt en zijn de economische verdiensten niet steeds een afspiegeling van hun opleidingsniveau. Ten derde versterkt opleidingsniveau ook het 'sociaal kapitaal' zoals geformuleerd door Putnam (2000): netwerken en normen die mensen helpen om gemeenschappelijke doelen te bereiken, of anders gesteld, vrienden, familie en kennissen die steun kunnen bieden, zowel emotioneel als instrumenteel, en vertrouwen bieden.

Aangezien we met cross-sectionele data werken, is het niet mogelijk om een definitieve uitspraak te doen over de richting van de relatie tussen SEP en gezondheid. Het is echter wel belangrijk om bewust van te zijn van deze wisselwerking.

3 Wat zijn de volgende stappen?

De resultaten tonen de nood aan voor verdere diepteanalyses opdat de onderliggende mechanismen van de gezondheidsrisico's in BHG beter kunnen worden begrepen. Er is een ondervertegenwoordiging van jongeren in de gezondheidsenquêtes. Bijvoorbeeld, studenten in hoger onderwijs zijn vaak niet aanwezig wanneer de enquêtes werden afgenomen, en de enige informatie die dan voor hen beschikbaar is, werd door een proxy (meestal een ander familielid) verstrekt, waardoor geen informatie beschikbaar is omtrent risicogedrag, mentale of fysieke gezondheid. Zoals De Grande e.a. (2014) reeds aanbevolen in hun data inventaris omtrent gezondheidsongelijkheden in BHG, zouden interviewers dergelijke huishoudens in het weekend opnieuw moeten contacteren, zodat de waarschijnlijkheid groter is dat deze jongeren ook aanwezig zijn. De gezondheidsenquêtes missen ook informatie om de gezondheidssituatie van jongeren en jongvolwassenen ten volle te kunnen begrijpen, zoals seksuele gezondheid, beïnvloeding van vrienden/familie, etc. De toevoeging van een aantal vragen zouden deze leemte kunnen opvullen. Een eerder rapport van de gezondheidsenquêtes haalde echter aan dat het voor Statistics Belgium verboden is informatie te het verzamelen over seksueel gedrag, religie en politieke voorkeuren (Hesse, 2010).

Aangezien de steekproefgrootte en de vragen van de gezondheidsenquêtes niet concreet worden toegepast voor jongvolwassenen, bestaat een andere strategie erin om de HBSC enquête uit te breiden, zodat er een representatieve steekproef voor de schoolgaande Brusselse jeugd bestaat. Tot op heden wordt slechts één Nederlandstalige school bereikt, en een aantal Franstalige scholen in BHG, wat een ontoereikende steekproef is om specifiek onderzoek te kunnen doen naar de Brusselse jeugd. Hoewel veel gezondheidsrisico's vergelijkbaar zijn over de regio's, identificeerden we er ook een aantal die specifiek waren voor de Brusselse context, zelfs indien rekening gehouden wordt met het hoger percentage gedepriveerde huishoudens. Om deze verschillen ten gronde te kunnen duiden, moet dus ook informatie beschikbaar zijn in elk van de regio's om dit dieper te onderzoeken.

Verder is het ook zo dat kwetsbare jongeren vaak niet bereikt worden in traditionele surveys, zoals reeds werd aangekaart in 6.1. Een andere aanpak dringt zich op om hun gezondheidsnoden te kunnen monitoren en hun gezondheidsproblemen ten gronde te kunnen

aanpakken. Een aangepaste onderzoeksopzet die kwalitatieve en kwantitatieve technieken combineert geniet de voorkeur. Kwalitatieve onderzoeksmethoden kunnen gebruikt worden om tot de kern van de gezondheidsproblemen te komen bij jonge personen in het algemeen, maar meer specifiek ook bij kwetsbare jongeren, en kan complementair zijn aan informatie uit de twee surveys (HIS & HBSC) die reeds aan bod kwamen.

Onze resultaten tonen aan dat als we de gezondheidssituatie van jongvolwassenen willen verbeteren, het beleid universeel gericht moet zijn en iedereen ten goede moet komen. Het is eenvoudiger om de volledige populatie te bereiken op jonge leeftijd, aangezien beleid kan inwerken via scholen, terwijl andere kanalen moeten gezocht worden op latere leeftijd, die heel wat minder breed zijn in hun bereik. Een universele respons sluit echter niet uit dat bepaalde socio-economische groepen specifieke aandacht verdienen (WHO, 2013). Een gedifferentieerde aanpak zorgt voor het compenseren voor socio-economische of culturele verschillen in gezondheid. Laat ons hierbij het voorbeeld van kennis over HIV nemen uit de resultaten. We suggereerden reeds in 7.1 dat deze kennis kan verbeterd worden door bestaande programma's betreffende seksuele opvoeding uit te breiden of aan te passen voor scholen, maar ook daarbuiten. We weten echter dat de effectiviteit van dergelijke interventies verschilt naargelang etnische groep (Alabarracin et al., 2005). Om die reddend zouden dergelijke programma's aangepast moeten worden om ook tot de leefwereld van deze groepen door te dringen, die anders vaak de boodschap uit die programma's missen. Hendrickx, Lodewijckx, Van Royen & Denekens (2002) concludeerden uit focusgroepen met tweede generatie Marokkaanse jongens en meisjes dat nieuwe programma's zouden kunnen ontwikkeld worden die meer gebaseerd zijn op het geloof en gedrag van jonge islamitische migranten. Deze programma's kunnen dan verder uitgewerkt worden in de context van scholen of gemeenschaps- en buurthuizen.

Tot slot nog dit: het verbeteren van de gezondheid van jongeren en jongvolwassenen en het verminderen van gezondheidsongelijkheden verdient een geïntegreerde aanpak, waarbij voorbij gegaan wordt aan de grenzen van het gezondheidsbeleid, naar bredere sociale en economische beleidsdomeinen. Kwalitatief onderzoek voor iedereen, een inclusieve arbeidsmarkt en armoedebestrijding moeten hoog op de agenda staan.