

Statistische studie nummer 108

Gezondheidsverwachting volgens  
socio-economische gradiënt  
in België

Het Nationaal Instituut voor de Statistiek biedt onpartijdige informatie tegen een redelijke prijs.

De informatie wordt conform de wet verspreid, meer bepaald voor wat betreft de privacy.

De statistieken worden ingedeeld in acht domeinen:

Algemeen	Economie en financiën
Grondgebied en leefmilieu	Landbouw en vergelijkbare activiteiten
Bevolking	Industrie
Samenleving	Diensten, handel en vervoer

Alle rechten voorbehouden. Het vertalen, bewerken, reproduceren op welke wijze dan ook, inbegrepen fotografie en microfilm, is niet toegelaten, tenzij met schriftelijke machtiging vanwege het Nationaal Instituut voor de Statistiek.

Het citeren van korte uittreksels als toelichting of bewijsvoering in een artikel, een boekbespreking of een boek is evenwel toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

De auteurs zijn verantwoordelijk voor de analyse van de basisgegevens en voor de commentaren.

Verantwoordelijke uitgever: Claude Chéry



© 2001, NATIONAAL INSTITUUT VOOR DE STATISTIEK *uitgever*

B-1000 Brussel – e-mail: [desk@statbel.mineco.fgov.be](mailto:desk@statbel.mineco.fgov.be)  
Telefoon + 32 (0) 25 48 62 11 - Fax + 32 (0) 25 48 63 67

## Voorwoord

Het Nationaal Instituut voor de Statistiek publiceert een studie die uitgevoerd werd door dr. Nathalie Bossuyt en dr. Herman Van Oyen van de dienst Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

In dit onderzoek, dat tot stand kwam in het kader van het AGORA-programma van de Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden (DWTC, Diensten van de Eerste Minister) wordt een analyse gemaakt van de levensverwachting in goede gezondheid door de resultaten van de Gezondheidsenquête van 1997 te combineren met die van de NIS-overlijdensstatistieken en de volkstelling van 1991.



# GEZONDHEIDSVERWACHTING VOLGENS SOCIO-ECONOMISCHE GRADIËNT IN BELGIË

Bossuyt N., Van Oyen H.

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid  
Afdeling Epidemiologie  
Juliette Wytsmanstraat 14  
1050 Brussel  
☎ 32 2 642 57 40  
fax. 32 2 642 54 10  
email: [nathalie.bossuyt@iph.fgov.be](mailto:nathalie.bossuyt@iph.fgov.be)  
<http://www.iph.fgov.be/epidemiolo/>

# Inhoudsopgave

---

<b>Samenvatting</b>	<b>1</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>1</b>
<b>2. Socio-economische verschillen in gezondheid</b>	<b>2</b>
2.1 Aanwijzingen voor socio-economische verschillen in gezondheid	2
2.2 Verklarende mechanismen voor socio-economische verschillen in gezondheid	3
2.3 Aangrijpingspunten voor interventie	4
2.4 Evolutie van de gezondheid van een populatie	4
2.4.1 Epidemiologische transitie	4
2.4.2 Verouderen	5
2.4.3 Recente ontwikkelingen in gezondheidsindicatoren	6
<b>3. Materiaal en methoden</b>	<b>8</b>
3.1 Berekeningsmethode	8
3.1.1 Methodes om gezondheidsverwachting te berekenen	8
3.1.2 Praktische uitwerking van de methode van Sullivan	8
3.1.3 Leeftijdsgroepen	12
3.2 Gegevens	13
3.2.1 Indeling van de mortaliteits- en morbiditeitsgegevens naar socio-economische status	13
3.2.2 Mortaliteitsgegevens van deze studie	14
3.2.3 Morbiditeitsgegevens van deze studie	14
3.3 Keuze van de indicatoren	17
3.3.1 Indicatoren voor socio-economische status	17
3.3.2 Indicatoren voor gezondheidstoestand	18
3.4 Het meten van verschillen	20
3.5 Omzetting van absolute naar relatieve socio-economische status	21
<b>4. Resultaten</b>	<b>24</b>
4.1 Levensverwachting naar geslacht en opleidingsniveau	24
4.2 Prevalenties naar opleidingsniveau	25
4.3 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	28
4.3.1 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar geslacht	28
4.3.2 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau	28
4.3.3 Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau	31
4.4 Levensverwachting zonder beperkingen	34
4.4.1 Levensverwachting zonder beperkingen naar geslacht	34
4.4.2 Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau	34
4.4.3 Partiële levensverwachting zonder beperkingen, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau	36
4.5 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid	38
4.5.1 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar geslacht	38
4.5.2 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau	38
4.5.3 Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau	40
<b>5. Discussie</b>	<b>42</b>
5.1 Informatieve waarde van de basisgegevens	42
5.2 De indicator gezondheidsverwachting	42
5.3 Aard van de relatie tussen gezondheidsverwachting en opleidingsniveau	43
5.4 Grootte van de verschillen in gezondheidsverwachting	43
5.4.1 Absoluut onderwijsniveau	43
5.4.2 Relatief onderwijsniveau	45
5.5 Welke groepen brengen het meeste jaren in slechte gezondheid door?	46

<b>6. Besluit</b>	<b>47</b>
<b>7. Bibliografie</b>	<b>48</b>
<b>8. Bijlagen</b>	<b>54</b>
8.1 Tabel 17: Vraag naar hoogste behaalde diploma uit de volkstelling 1991	54
8.2 Tabellen 18-20: Vragen uit de gezondheidsenquête 1997	54
8.3 Resultaten	59
8.3.1 Tabel 21-26: Levensverwachting	59
8.3.2 Tabel 27- 36: Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	61
8.3.3 Tabel 37- 66: Levensverwachting zonder en met beperkingen	64
8.3.4 Tabel 67 - 76: Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid	73

## Tabellen

---

Tabel 1	Methode van Sullivan: opstellen van een sterftetafel (leeftijdsgroepen van 5 jaar)	9
Tabel 2	Methode van Sullivan: aanvullen van prevalenties aan de sterftetafel	11
Tabel 3	Bevraagde onderwerpen in de gezondheidsenquête 1997	15
Tabel 4	Partiële levensverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996	25
Tabel 5	Leeftijdsspecifieke prevalentie van slechte ervaren gezondheid naar geslacht, gezondheidsenquête 1997, België	26
Tabel 6	Leeftijdsspecifieke prevalentie van beperkingen naar geslacht, gezondheidsenquête 1997, België	26
Tabel 7	Leeftijdsspecifieke prevalentie van slechte geestelijke gezondheid naar geslacht, gezondheidsenquête 1997, België	27
Tabel 8	Verhouding levensverwachting in slechte ervaren gezondheid ten opzichte van de totale levensverwachting op 25 jaar, België, 1991-1996/1997	31
Tabel 9	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997	32
Tabel 10	Vergelijking verloren gezondheidsverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar bij mannen in België, Noorwegen en Finland (79)	33
Tabel 11	Vergelijking verloren gezondheidsverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar bij vrouwen in België, Noorwegen en Finland (79)	33
Tabel 12	Verhouding levensverwachting met beperkingen ten opzichte van de levensverwachting op 25 jaar, België, 1991-1996/1997	36
Tabel 13	Levensverwachting zonder beperkingen, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997	36
Tabel 14	Verhouding levensverwachting in slechte geestelijke gezondheid ten opzichte van de totale levensverwachting op 25 jaar, België, 1991-1996/1997	40
Tabel 15	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997	40
Tabel 16	Partiële levensverwachting en gezondheidsverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997	45
Tabel 17	Deel van vraag IV 7 uit de volkstelling 1991	54
Tabel 18	Vraag Ervaren gezondheid (Gezondheidsenquête 1997)	54
Tabel 19	Vragenlijst beperkingen (CBS – WHO) (Gezondheidsenquête 1997)	55
Tabel 20	General Health Questionnaire	57
Tabel 21	Levensverwachting naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	59
Tabel 22	Levensverwachting naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	59



Tabel 23	Partiële Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	59
Tabel 24	Partiële Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	60
Tabel 25	Partiële Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	60
Tabel 26	Partiële Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	60
Tabel 27	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	61
Tabel 28	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	61
Tabel 29	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	61
Tabel 30	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	62
Tabel 31	Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	62
Tabel 32	Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	62
Tabel 33	Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	63
Tabel 34	Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	63
Tabel 35	Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	63
Tabel 36	Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	64
Tabel 37	Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	64
Tabel 38	Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	64
Tabel 39	Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	65
Tabel 40	Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	65
Tabel 41	Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	65

Tabel 42	Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	66
Tabel 43	Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	66
Tabel 44	Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	66
Tabel 45	Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	67
Tabel 46	Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	67
Tabel 47	Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	67
Tabel 48	Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	68
Tabel 49	Partiële levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	68
Tabel 50	Partiële levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	68
Tabel 51	Partiële levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-96 / 97	69
Tabel 52	Partiële levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-96 / 97	69
Tabel 53	Partiële levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	69
Tabel 54	Partiële levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	69
Tabel 55	Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-96 / 97	70
Tabel 56	Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	70
Tabel 57	Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	70
Tabel 58	Partiële levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	70
Tabel 59	Partiële levensverwachting zonder tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	71
Tabel 60	Partiële levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	71
Tabel 61	Partiële levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-96 / 97	71

Tabel 62	Partiële levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	71
Tabel 63	partiële levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	72
Tabel 64	Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-96 / 97	72
Tabel 65	Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	72
Tabel 66	Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	72
Tabel 67	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	73
Tabel 68	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	73
Tabel 69	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	73
Tabel 70	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	74
Tabel 71	Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	74
Tabel 72	Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	74
Tabel 73	Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997	74
Tabel 74	Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	75
Tabel 75	Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997	75
Tabel 76	Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997	75

## Figuren

---

Figuur 1	Onderwijsverdeling naar leeftijd (mannen, volkstelling 1991)	22
Figuur 2	Onderwijsverdeling naar leeftijd (vrouwen, volkstelling 1991)	22
Figuur 3	Regressiemethode voor cohorte i	23
Figuur 4	Levensverwachting op 25 jaar naar opleidingsniveau, België, 1991-1996	25
Figuur 5	Prevalentie van slechte ervaren gezondheid naar opleidingsniveau, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, met 95 % betrouwbaarheidsintervallen, gezondheidsenquête 1997, België	26
Figuur 6	Prevalentie van lichamelijke beperkingen naar opleidingsniveau, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, met 95 % betrouwbaarheidsintervallen, gezondheidsenquête 1997, België	27
Figuur 7	Prevalentie van slechte geestelijke gezondheid naar opleidings-niveau, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, met 95 % betrouwbaarheidsintervallen, gezondheidsenquête 1997, België	28
Figuur 8	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid op 25 jaar naar opleidingsniveau, mannen, België, 1991-1996/1997	29
Figuur 9	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid op 25 jaar naar opleidingsniveau, vrouwen, België, 1991-1996/1997	30
Figuur 10	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau (België, 1991-1996/1997)	32
Figuur 11	Levensverwachting zonder beperkingen op 25 jaar naar opleidingsniveau, mannen, België, 1991-1996/1997	34
Figuur 12	Levensverwachting zonder beperkingen op 25 jaar naar opleidingsniveau, vrouwen, België, 1991-1996/1997	35
Figuur 13	Partiële levensverwachting zonder beperkingen op 25 jaar naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997	37
Figuur 14	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid op 25 jaar, mannen, België, 1991-1996/1997	38
Figuur 15	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid op 25 jaar, vrouwen, België, 1991-1996/1997	39
Figuur 16	Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997	41

## Samenvatting

---

Verscheidende internationale studies toonden socio-economische verschillen in gezondheid aan, zowel in mortaliteit als morbiditeit. In bepaalde westerse landen bleek dat, ondanks de toegenomen welvaart, deze verschillen niet kleiner werden maar integendeel zelfs toenamen. In ons land waren dergelijke studies tot voor enkele jaren moeilijk uit te voeren aangezien informatie over sterfte of morbiditeit en informatie over de socio-economische toestand niet op het niveau van het individu gekoppeld konden worden. Recente initiatieven, zoals de koppeling van de volkstelling van 1991 aan het Nationaal Register en de gezondheidsenquête van 1997, maakten die individuele koppeling wel mogelijk en gaven aanleiding tot de opzet van een aantal nieuwe studies in dit domein.

Het doel van deze studie is het verband tussen socio-economische status en gezondheid te beschrijven aan de hand van een samengestelde indicator de 'gezondheidsverwachting'.

De gezondheidstoestand van een bevolking kan beschreven worden door enkel de mortaliteit of morbiditeit van die populatie te beschrijven. Deze benadering vormt de basisinformatie. De cijfers zijn duidelijk en laten gemakkelijk toe populaties met elkaar te vergelijken in tijd en ruimte. Anderzijds wordt slechts één aspect van de gezondheidstoestand belicht en wordt er geen rekening gehouden met de vaak complexe interactie tussen mortaliteit en morbiditeit.

Daarom wordt de gezondheidstoestand van een populatie meer en meer beoordeeld door middel van een samengestelde indicator die zowel informatie over mortaliteit als morbiditeit bevat. De opvolging over de tijd van de gezondheidstoestand aan de hand van een dergelijke indicator, zoals bijvoorbeeld de gezondheidsverwachting, kan bovendien meer duidelijkheid brengen of er compressie dan wel expansie van de morbiditeit optreedt. De gezondheidsverwachting geeft, analoog aan het begrip levensverwachting, het aantal jaren in goede gezondheid dat een persoon op een bepaalde leeftijd nog kan verwachten te leven.

De voordelen van gezondheidsverwachting op andere samengestelde gezondheids-indicatoren, zoals de DALY (Disability-adjusted life years), zijn o.a. de eenvoud en de conceptuele relatie met een reeds goed begrepen indicator, de levensverwachting, de beschikbaarheid van de basisgegevens en de visuele voorstellingsmogelijkheden.

Gezondheid is een zeer ruim begrip en kan naargelang de interpretatie op uiteenlopende manier gemeten worden. Beter inzicht in de gezondheid van de bevolking wordt bekomen door meerdere dimensies van gezondheid te onderzoeken. In dit onderzoek werd daarom voor 3 gezondheidsuitkomsten - de ervaren gezondheid, de afwezigheid van beperkingen en de geestelijke gezondheid - de gezondheidsverwachting berekend.

Hoewel de drie belangrijkste dimensies voor socio-economische status - beroep, inkomen en opleiding - onderling sterk met elkaar verbonden zijn, heeft elk toch zijn specifieke invloed op de gezondheid. Verschillen in de gezondheidsverwachting werden in deze studie naar slechts één dimensie bepaald, namelijk het hoogst bereikte opleidingsniveau. Dit gebeurde enerzijds om praktisch redenen, namelijk de beschikbaarheid van de sterftetekansen naar het opleidingsniveau. Anderzijds heeft de dimensie opleiding enkele duidelijke voordelen in vergelijking met de andere dimensies: de informatie is voor nagenoeg iedereen in onze maatschappij beschikbaar en blijft relatief stabiel in de loop van de tijd.

De verschillende gezondheidsverwachting-indicatoren werden berekend met de Sullivan methode. Deze methode maakt gebruik van sterftetekansen en prevalenties van gezondheidsproblemen. De sterftetekansen werden bekomen door het koppelen van de volkstelling van 1991 aan het Nationaal Register over een periode van 5 jaar (1991-1996). De prevalenties waren afkomstig uit de gezondheidsenquête van 1997.

Om een aantal redenen (het in rekening brengen van de relatieve grootte van elke opleidingsgroep, correctie voor het cohorteffect, internationale vergelijkbaarheid) werden niet enkel de verschillen in gezondheidsverwachting naar absoluut maar ook naar relatief opleidingsniveau bepaald. Daarom werden voor elke leeftijd de leeftijdsspecifieke sterftেকansen en prevalenties opnieuw geschat d.m.v. een gewogen lineair regressie model. De categorische variabele opleiding wordt hierbij omgezet in een numerieke schaal van 0 tot 100 door aan elke opleidingscategorie een bepaalde plaats in de socio-economische hiërarchie toe te kennen. De positionering van bepaalde opleidingsklassen (voornamelijk het algemeen secundair onderwijs) is niet empirisch bepaald. Daar moet rekening mee gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten bekomen met deze methode.

Zowel de absolute als de relatieve verschillen in gezondheid tussen verschillende socio-economische groepen kunnen berekend worden. Relatieve verschillen worden over het algemeen gemakkelijker begrepen, maar het belang voor de algemene volksgezondheid wordt soms duidelijker aangetoond door absolute verschillen. Daarom wordt in de resultaten van deze studie vooral de klemtoon gelegd op de absolute verschillen en worden de relatieve verschillen meer als aanvulling vermeld.

Aangezien de indicator gezondheidsverwachting zowel informatie over mortaliteit als over morbiditeit bevat, zijn er veel verschillende aspecten van de indicator die men kan vergelijken. Het absoluut verschil in totale gezondheidsverwachting (het verschil in jaren) tussen twee groepen is een aspect dat nagenoeg altijd vergeleken wordt. De partiële levens- en gezondheidsverwachting maken het echter mogelijk nog een heel aantal andere aspecten te gaan vergelijken, zoals o.a. de verloren levens- en gezondheidsverwachting tussen twee afgebakende leeftijden.

Op 25 jaar kunnen mannen gemiddeld verwachten nog 49,6 jaar te leven tot de leeftijd van 74,6. Daarvan zijn 37,5 jaar (76%) in goede ervaren gezondheid, 38,1 jaar (77%) zonder beperkingen en 36,9 jaar (74%) in goede geestelijke gezondheid. De levensverwachting bij vrouwen op de leeftijd van 25 is 55,9 jaar (leeftijd 80,9 jaar). Daarvan zijn 37,6 jaar (67%) in goede ervaren gezondheid, 39,0 jaar (70%) zonder beperkingen en 36,6 jaar (66%) in goede geestelijke gezondheid.

Het grootst mogelijke verschil in levensverwachting op 25 jaar tussen de verschillende onderwijs categorieën bedraagt 5,5 jaar bij mannen en 3,5 jaar bij vrouwen.

De verschillen in gezondheidsverwachting zijn echter groter. In levensverwachting in goede ervaren gezondheid kan het verschil tussen de opleidingscategorieën tot 17,8 jaar bedragen bij mannen en tot 24,7 jaar bij vrouwen. Het verschil in levensverwachting zonder beperkingen is tot 22 jaar bij mannen en tot 17,3 jaar bij vrouwen. Het verschil in levensverwachting in goede geestelijke gezondheid is maximaal 11,1 jaar bij mannen en 13,7 jaar bij vrouwen.

De verschillen in gezondheidsverwachting in deze studie lijken hoger te liggen dan in de enkele andere landen waar gelijkaardig onderzoek is gedaan. Dit kan voor een deel te wijten zijn aan verschillen in de gebruikte definities van onderwijs categorieën. Daarom is de studie naar verschillen in gezondheidsverwachting volgens het relatief onderwijsniveau belangrijk.

Het verschil in partiële levensverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen personen met de laagst en hoogst mogelijke socio-economische positie in de maatschappij is 3,5 jaar bij mannen en 1,3 jaar bij vrouwen.

Het verschil in partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen de twee uitersten is 17,1 jaar bij mannen en 21 jaar bij vrouwen. In vergelijking met Noorwegen en Finland zijn de absolute en relatieve verschillen in levensverwachting in slechte ervaren gezondheid, de verloren gezondheidsverwachting en het verloren gezonde levenspercentage in België telkens van dezelfde grootteorde als in Noorwegen en gevoelig groter dan in Finland. In vergelijking met Nederland, lij-

ken de resultaten van deze studie te wijzen op een groter verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid.

Tussen de leeftijd 25 tot 75 jaar is het verschil in partiële levensverwachting zonder beperkingen van personen met de laagst en hoogst mogelijk opleiding 15,1 jaar bij mannen en 12,5 jaar bij vrouwen. Voor de partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid bedraagt dit verschil 5,2 jaar bij mannen en 5,9 jaar bij vrouwen.

Het aantal absolute jaren waarbij men de gezondheid als slecht ervaart is in alle opleidingscategorieën groter bij vrouwen dan bij mannen. Tussen hun vijftiende jaar en het moment van overlijden kunnen de laagst geschoolde mannen tot bijna 10 extra jaren in slechte ervaren gezondheid verwachten in vergelijking met hoger opgeleide personen, terwijl dit aantal tot 21,2 jaar kan bedragen bij vrouwen. Het maximaal verschil in jaren met beperkingen is 16,6 jaar bij mannen en 14,2 jaar bij vrouwen en het maximaal verschil in slechte geestelijke gezondheid bedraagt 8,6 jaar in mannen en 13,4 jaar bij vrouwen.

De conclusies in deze studie zijn overeenkomstig met deze van vergelijkbaar internationaal onderzoek. Namelijk personen met een lage positie in de socio-economische hiërarchie, hier in casu het hoogst behaalde opleidingsniveau, leven niet alleen minder lang dan personen met een hogere positie. Ze leven ook minder lang in goede gezondheid. Daarnaast kunnen ze gedurende hun korter leven, zowel absoluut als relatief, méér jaren in slechte gezondheid verwachten. De ongelijkheid is dus groter in termen van levenskwaliteit dan kwantiteit.

Het doel van deze studie was het beschrijven en het kwantificeren van de verschillen naar socio-economische gradiënt op basis van het hoogst bereikte opleidingsniveau. Het feit dat de verschillen in levensverwachting geringer zijn dan deze in de berekende gezondheidsverwachtingen wijst op het bestaan van een compressie van de morbiditeit naar socio-economische positie. Het bepalen van de grootte van deze verschillen is een maatstaf voor de evaluatie van beleidsmaatregelen om de ongelijkheid in gezondheid terug te drijven. Interventiestrategieën zullen zich moeten richten op de intermediaire factoren die de relatie tussen het opleidingsniveau en de gezondheid bepalen. Deze factoren zijn o.a. gedrag en leefstijl (rookgedrag, voedingsgewoonten, ...), gebruik van gezondheidsvoorzieningen en structurele factoren (woon- en arbeidsomstandigheden, ...). In de onmiddellijke toekomst is gericht onderzoek noodzakelijk in de volgende domeinen:

- het bepalen van het relatief belang in België van deze intermediaire factoren op de relatie tussen socio-economische positie en gezondheid;
- het bepalen van de impact van chronische ziekten en aandoeningen op de kwaliteit en de kwantiteit van het leven
  - door studie naar het effect van de theoretische eliminatie van bepaalde ziekten op de levens- en levensverwachting zonder beperkingen;
  - door de decompositie van de verschillen naar socio-economische status in de levens- en de levensverwachting zonder beperkingen om na te gaan welke de ziekten zijn die voor deze verschillen verantwoordelijk zijn.





## 1. Inleiding

---

Het doel van deze studie is het verband tussen socio-economische status en de gezondheid in kaart te brengen en te kwantificeren door middel van de samengestelde indicator 'gezondheidsverwachting'. De socio-economische status wordt bepaald aan de hand van één dimensie, het hoogst bereikte opleidingsniveau.

De studie kadert in het AGORA programma (onderzoeksovereenkomst NR AG/03/007-AG/50/021) van de Federale diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (DWTC) van de Diensten van de Eerste Minister. Het doel van de AGORA opdracht is de toegang te vergemakkelijken tot de informatie-inhoud van de federale bestuurlijke databanken, maatregelen te treffen voor de wetenschappelijke ondersteuning van hun gebruik op verzoek van de betrokken instellingen en de informatie aan te vullen door het verzamelen via enquêtes van sociaal-economische gegevens van niet-bestuurlijke aard. Deze studie is gebaseerd op een combinatie van gegevens uit de volkstelling (1991), het Nationaal Register (1991-1996) en de nationale gezondheidsenquête (1997).

Het project werd uitgevoerd op de afdeling Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, in samenwerking met het Steunpunt Demografie<sup>1</sup> van de Vrije Universiteit Brussel en de Vakgroep Bevolkingswetenschappen en sociaal-wetenschappelijke methodologie<sup>2</sup> van de Universiteit Gent, en dit van 1 februari 1999 tot 31 december 1999.

In dit rapport wordt eerst een kort overzicht geschetst van de algemene probleemstelling en de wijze waarop socio-economische verschillen in gezondheid aangetoond worden. Daarna worden de opzet en de resultaten van deze studie beschreven.

---

<sup>1</sup> R. Lesthaeghe, P. Deboosere & S. Gadeyne

<sup>2</sup> H. Page

## **2. Socio-economische verschillen in gezondheid**

---

### **2.1 Aanwijzingen voor socio-economische verschillen in gezondheid**

In onze maatschappij zijn de middelen niet gelijk verdeeld tussen de individuen. Op basis van deze verdeling ontwikkelt zich een sociale hiërarchie. De positie van een persoon binnen deze hiërarchie bepaalt zijn socio-economische status(1).

De relatie tussen socio-economische status (SES) en gezondheid wordt al geruime tijd bestudeerd. In het Verenigd Koninkrijk beoogde William Farr reeds in 1837, vanaf de oprichting van de General Register Office, door analyse van de nationale mortaliteitsstatistieken, determinanten van sterfte, waaronder socio-economische factoren, op te sporen(2). Het rapport van de Registrar General omvat sinds het begin van de jaren '20 de analyse van sterfte volgens sociale klasse voor tewerkgestelde en gepensioneerde mannen en voor kinderen. Op basis van het beroep worden vijf sociale klassen onderscheiden. Kinderen worden hierbij ingedeeld volgens het beroep van hun vader(3).

Na Wereldoorlog II werd algemeen verwacht dat door de toenemende welvaart, de socio-economische verschillen in sterfte kleiner zouden worden. Het Black Report(4),(5) kwam in 1980 echter tot de bevinding dat de verschillen in het Verenigd Koninkrijk niet verdwenen, maar integendeel zelfs toegenomen waren. Deze bevindingen lagen mee aan de basis van een vernieuwde aandacht voor sociale ongelijkheid in gezondheid gedurende de jaren '80 en '90, onder de vorm van nieuwe studies en interventiestrategieën zoals uitgewerkt door o.a. de Wereldgezondheidsorganisatie.

De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert hierbij vooral het begrip 'equity in health'. Deze term betreft de toestand waarbij iedereen gelijke kansen heeft om zijn maximale potentiële gezondheid te bereiken, eerder dan een situatie waarbij iedereen dezelfde gezondheidstoestand zou hebben.

In 1980 verbonden de lidstaten van het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie, waaronder ook België, zich ertoe mee te werken aan de gezamenlijke gezondheidsstrategie 'Health for All by the Year 2000'. In 1984 werden daartoe 38 doelstellingen aangenomen door de lidstaten. Als ultieme doelstelling werd gesteld dat 'in het jaar 2000 de huidige ongelijkheden in de gezondheidstoestand tussen landen en (socio-economische) groepen binnen landen met ten minste 25% verminderd dienen te zijn, door het gezondheidsniveau van de minder bevoorrechte landen en groepen te verbeteren'(6). Ook in 'Health 21', staat de aandacht voor de socio-economische verschillen in gezondheid nog steeds centraal(7).

Talrijke internationale studies toonden intussen het bestaan van socio-economische verschillen in gezondheid aan in West-Europa en Scandinavië tijdens de afgelopen twintig jaar(8). Verschillen in mortaliteit volgens beroep of opleiding werden o.a. aangetoond in Finland(9), Noorwegen(8), Italië(8), Denemarken(10), Zweden(11), Frankrijk(12), het Verenigd Koninkrijk(3), Ierland, Zwitserland, Spanje en Portugal(13,14). Ook in morbiditeit (o.a. gedefinieerd als subjectieve gezondheid, aanwezigheid van chronische aandoeningen, langdurige beperkingen en langdurige gezondheidsproblemen) werden verschillen volgens beroepsklasse, inkomen of opleiding vastgesteld(14).

In België werd de afgelopen twintig jaar onderzoek verricht naar sociale ongelijkheid in gezondheid. Deze studies waren vaak beperkt doordat de individuele gezondheidsinformatie niet gekoppeld kon worden aan individuele socio-economische informatie. Dit had tot gevolg dat het merendeel van het onderzoek uit de periode 1980 – 1990 vooral ecologische studies waren die geografische verschillen en verschillen in mortaliteit rond de geboorte beschreven. Studies naar socio-economische verschillen in morbiditeit waren vaak gebaseerd op eenmalige en eerder kleinschalige enquêtes die soms één specifieke aandoening betroffen(15)(16-33)

Recent echter is de situatie veranderd. De koppeling van individuele socio-economische informatie uit de volkstelling van 1991 aan het Nationaal Register en de

gegevens van doodsoorzaken maakte het mogelijk het fenomeen van differentiële sterfte verder te exploreren. Op die manier werd bijvoorbeeld bij mannen van 45-64 jaar voor een aantal indicatoren van socio-economische status een differentiële sterfte gevonden die vergelijkbaar was met de tendensen in de internationale literatuur uit Europa en de Verenigde Staten(34). Daarnaast biedt de Nationale Gezondheidsenquête 1997 nieuwe mogelijkheden om socio-economische verschillen in gezondheid vast te stellen.

De gezondheidsindicator 'gezondheidsverwachting' combineert zowel informatie over mortaliteit als morbiditeit. Gegevens van 1989 toonden aan dat er geografische verschillen in gezondheidsverwachting bestonden tussen het Vlaams en Waals Gewest(35).

## **2.2 Verklarende mechanismen voor socio-economische verschillen in gezondheid**

Uit het voorgaande blijkt dat er veel aanwijzingen bestaan voor een relatie tussen gezondheid en socio-economische status. Er bestaan echter verschillende hypothesen over de richting van deze relatie en welke achterliggende mechanismen deze relatie kunnen verklaren. Hieronder volgt een korte beschrijving van de meest gangbare theorieën.

Volgens de artefacthypothese zouden de waargenomen verschillen in gezondheid naar een socio-economische gradiënt grotendeels op artefacten binnen het onderzoek berusten. Deze vertekening kan op verschillende manieren komen zoals o.a. de 'teller-noemer' bias. Deze fout ontstaat als de informatie over socio-economische status voor het aantal ongezonde personen of overledenen en voor de totale populatie afkomstig is van verschillende bronnen, elk met eigen definities. Voorbeeld de ene bron beschouwt het laatst uitgeoefende beroep als socio-economische indicator, de andere het actuele beroep(36). Heel wat studies lijden inderdaad aan een vorm van vertekening en een aantal van de gevonden socio-economische verschillen in gezondheid vinden dan ook mogelijks voor een deel hun oorsprong in die vertekening. Het feit dat men steeds opnieuw aanwijzingen vindt voor socio-economische verschillen in gezondheid, aan de hand van de meest uiteenlopende onderzoeksmethoden, laat echter vermoeden dat er wel degelijke reële verschillen bestaan(37).

De sociale selectiehypothese stelt dat de gezondheidstoestand van een persoon een invloed heeft op zijn socio-economische status. De socio-economische positie zou dus bepaald worden door de gezondheidstoestand, en niet omgekeerd. Deze theorie gaat ervan uit dat er zich bij sociale mobiliteit selectie op gezondheid voordoet. De hypothese van genetische predispositie sluit dicht aan bij de selectietheorie. Genetisch bepaalde aandoeningen kunnen een invloed hebben op de socio-economische status. Door sociale mobiliteit zouden personen met een ongunstige genetische predispositie na verloop van tijd geconcentreerd worden in de laagste sociale groepen. Volgens de huidige wetenschappelijke literatuur zijn er wel aanwijzingen voor dergelijke selectieprocessen, maar in onvoldoende mate om alle sociale gezondheidsverschillen afdoende te kunnen verklaren(37).

De sociale causatietheorie gaat uit van de veronderstelling dat de socio-economische status, via intermediaire factoren, een invloed heeft op de gezondheidstoestand. Culturele factoren hangen nauw samen met de socio-economische positie en spelen hierin ook een rol. Sociale gezondheidsverschillen ontstaan als de factoren die een invloed hebben op gezondheid ongelijk verdeeld zijn tussen verschillende socio-economische groepen. Een eerste groep van intermediaire factoren vormen de gedragsfactoren en leefgewoonten, zoals voedingsgewoonten, rookgewoonten, lichaamsbeweging, risicogedrag en gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Een volgende groep zijn de structurele factoren, die o.a. de materiële woon- en arbeidsomstandigheden, de individuele financiële toestand en de ziekteverzekering omvatten. Psychosociale factoren tenslot-

te hebben ook invloed op de gezondheid. Onder deze noemer vallen enerzijds stressoren (zoals life-events) en anderzijds mechanismen om met deze stressoren om te gaan, zoals de individuele copingstijl en het sociaal netwerk(37).

Niet enkel de huidige socio-economische positie, ook de socio-economische toestand gedurende de totale levensloop zou een oorzakelijk verband vertonen met gezondheid(38).

## **2.3 Aangrijpingspunten voor interventie**

Socio-economische verschillen in gezondheid vormen een belangrijke uitdaging voor beleidsvoerders aangezien die verschillen vaak als onrechtvaardig beschouwd worden en tot op zekere hoogte vermijdbaar zijn.

In die zin is het zowel billijk als effectief die overmaat aan gezondheidsproblemen in de benadeelde groepen te reduceren(1), en dit door in te grijpen op de intermediaire factoren waardoor de socio-economische status invloed uitoefent op gezondheid, zowel in termen van aanbod van medische diensten als individuele omstandigheden en gedrag.

Een concrete strategie veronderstelt in de eerste plaats informatie over de omvang van het probleem en inzicht in de belangrijkste determinanten. Verschillende aangrijpingspunten zijn mogelijk: men kan o.a. uitgaan van een specifiek gezondheidsprobleem, van een belangrijke oorzakelijke factor of van een groep met een verhoogd risico (39).

## **2.4 Evolutie van de gezondheid van een populatie**

### **2.4.1 Epidemiologische transitie**

Gedurende de laatste 150 jaar veranderde de gezondheidstoestand van de populatie gevoelig. De daling van de mortaliteit in die periode is gekoppeld aan een bepaald ziektepatroon. Deze evolutie werd in 1971 door A. Omran beschreven als de 'epidemiologische transitie'(40).

De theorie gaat uit van de veronderstelling dat mortaliteit een fundamentele factor vormt in bevolkingsdynamiek. Tot halverwege de zeventiende eeuw was sterfte wereldwijd zeer variabel maar steeds zeer hoog en nam de wereldbevolking dan ook nagenoeg niet toe. Vanaf 1650 verloor de groeicurve van de wereldpopulatie haar cyclisch patroon en groeide de bevolkingsgrootte meer en meer. Mortaliteit bleef echter op een zeer hoog niveau. Rond 1850 begon in de westerse wereld de mortaliteit te verminderen en de levensverwachting bij de geboorte nam toe. Dit fenomeen van dalende sterfte met een verschuiving van de sterftecijfers van hoge en onstabiele niveaus naar lage en meer stabiele niveaus, noemt men de 'demografische transitie'.

Gedurende die transitie deed er zich een langdurige verschuiving voor in de oorzaken van mortaliteit en ziektepatronen waarbij infectieuze aandoeningen die voorkwamen in cyclische epidemieën vervangen werden door degeneratieve en door de mens veroorzaakte aandoeningen die geen cyclisch verloop meer kennen. Deze overgang wordt als de epidemiologische transitie gedefinieerd. De meest ingrijpende veranderingen in gezondheid en ziektepatronen deden zich voor bij kinderen en jonge vrouwen, waarschijnlijk omdat deze groepen het gevoeligst waren voor infecties en ziekten ten gevolge van deficiëntie.

In de epidemiologische transitie worden verschillende periodes onderscheiden. Het eerste stadium werd gekenmerkt door epidemieën en hongersnood en het overgrote deel van de overlijdens kon toegewezen worden aan infectieuze aandoeningen, malnutritie en zwangerschapscomplicaties. Tijdens de tweede fase namen de pandemieën af. De infectieuze aandoeningen verloren aan belang, terwijl cardiovasculaire aan-

doeningen, kanker en ongevallen steeds meer het beeld bepaalden. De laatste fase staat volledig in het teken van degeneratieve aandoeningen en door de mens veroorzaakte aandoeningen. Op het einde van dit laatste stadium daalt de mortaliteit op hoge leeftijd doordat de leeftijd waarop degeneratieve aandoeningen de dood veroorzaken hoger wordt. De laatste 25 jaar deed de grootste daling in de sterftcijfers zich voor in de oudste leeftijdsgroepen. Dit fenomeen is zo onverwachts en spectaculair dat sommigen deze periode zelfs aanduiden als het vierde stadium van de epidemiologische transitie(41).

De shift in gezondheid en ziektepatronen die de epidemiologische transitie karakteriseren is niet alleen nauw geassocieerd met de demografische transitie, maar ook met een socio-economische evolutie. Een daling van de mortaliteit en infecties resulteert in een effectievere arbeid en economische productiviteit door het beter functioneren van de professioneel actieve bevolking en door een stijging in de proportie kinderen die zullen overleven en uitgroeien tot productieve leden van de maatschappij(40).

## 2.4.2 Verouderen

Door deze transities en met name door de toename van de levensverwachting werd de wereldbevolking niet alleen groter, maar gemiddeld ook gevoelig ouder. De vraag is echter hoelang deze evolutie nog zal doorgaan en wat de gevolgen zullen zijn, o.a. op de kwaliteit van het leven.

Hoe hoger de gemiddelde levensverwachting wordt, hoe meer de sterftcijfers moeten dalen om nog een significante stijging te bekomen. In de veronderstelling dat de levensverwachting nu niet meer spectaculair zou stijgen, dan toch zou de proportie ouderen in de maatschappij niet onmiddellijk stabiliseren. Twee fenomenen hadden namelijk een grote invloed op de veroudering van de bevolking. De baby-boom na Wereldoorlog II vergrootte de basis van de leeftijdsstructuur van de totale bevolking. Het ouder worden van deze generatie, samen met de daling van de vruchtbaarheidcijfers, zorgt echter voor een snellere veroudering van de bevolking. Daarnaast wordt dit proces nog eens versneld door de daling van de mortaliteit op zeer hoge leeftijd(42).

Het is niet duidelijk hoe de veroudering van de bevolking de morbiditeit beïnvloedt. Een pessimistische visie ('expansion of morbidity') ziet een toename van de morbiditeit. Enerzijds verminderen medische interventies het aantal dodelijke complicaties van degeneratieve aandoeningen zodat chronisch zieke personen langer in leven blijven(43). Anderzijds laat de dalende mortaliteit in de oudste leeftijdsgroepen personen een leeftijd bereiken waar de kans op niet-dodelijke aandoeningen zeer groot is(44).

Een meer optimistische visie is in 1980 voorgesteld door Fries(45). Zijn model ('compression of morbidity') gaat uit van een maximale mogelijke levensduur, een genetisch bepaalde limiet, voor een individu als die niet onder invloed van exogene risicofactoren staat(46). Chronische aandoeningen kunnen o.a. door een gezonde levensstijl uitgesteld worden tot een latere leeftijd. De chronische morbiditeit wordt dan samengedrukt in de kortere periode tussen de aanvang van de morbiditeit en de gefixeerde leeftijd van overlijden. Dit resulteert in een daling van de totale hoeveelheid morbiditeit.

Een derde hypothese (het equilibrium) werd uitgewerkt door Manton(47). Hij stelde dat er wel een toename zal zijn van het aantal jaren met morbiditeit bij een verder stijging van de levensverwachting, maar het aantal jaren met ernstige morbiditeit en beperkingen zal constant blijven omdat medische interventies de graad van de progressie van chronische aandoeningen verminderen. Op die manier wordt een dynamisch evenwicht gehandhaafd tussen de levensverwachting en het functioneren op hoge leeftijd.

Er bestaan momenteel onvoldoende empirische gegevens om de een of andere hypothese uit te sluiten.

De termen compressie en expansie van de morbiditeit kunnen niet enkel toegepast worden op evolutie in de tijd, maar ook bij het onderling vergelijken van verschillende groepen.

### 2.4.3 Recente ontwikkelingen in gezondheidsindicatoren

De gezondheid van een populatie wordt traditioneel uitgedrukt aan de hand van de levensverwachting. De gegevens zijn over het algemeen bekend voor alle leden van de populatie en de definitie is eenduidig zodat de maat gemakkelijk toelaat populaties met elkaar in tijd en ruimte te vergelijken. Lange tijd werd ook aangenomen dat er een positieve associatie bestaat tussen mortaliteit en morbiditeit. Een daling van de mortaliteit werd geassocieerd met een daling van de morbiditeit(43,46-48). Uit de vorige paragrafen blijkt echter dat die relatie niet zomaar aangenomen mag worden.

Verder is de impact op mortaliteit en morbiditeit sterk aandoeninggebonden. Sommige aandoeningen hebben bijvoorbeeld een zeer snelle dood tot gevolg met een zeer korte periode van morbiditeit; andere impliceren een lange periode van morbiditeit, maar leiden niet tot de dood(46,49). Bovendien kan door het optreden van morbiditeit of mortaliteit een verschuiving van risicofactoren optreden of kan een sterkere of zwakkere populatie ontstaan. Deze factoren hebben op hun beurt dan weer een invloed op de globale morbiditeit en mortaliteit(46).

De gezondheidstoestand van een populatie zou dus beter beoordeeld worden aan de hand van een indicator die zowel informatie over mortaliteit als morbiditeit omvat. De opvolging over de tijd van de gezondheidstoestand aan de hand van een dergelijke indicator kan dan meer duidelijkheid brengen of er compressie dan wel expansie van de morbiditeit optreedt.

In de jaren 60 ontstond het idee om zowel kwaliteit als kwantiteit van leven te integreren in één enkele gezondheidsindicator. Sanders(50) stelde in 1964 voor om cijfers over het kunnen vervullen van een maatschappelijke rol te koppelen aan sterftcijfers. Aan de hand van een gewijzigde sterftetafel werd hieruit een index, de gezondheidsverwachting, berekend. De berekening op de volgens Sanders voorgestelde manier werd voor het eerst praktisch toegepast door Sullivan in het begin van de jaren zeventig(51).

De gezondheidsverwachting geeft het gemiddeld aantal jaren dat een persoon kan verwachten te leven in een bepaalde gezondheidstoestand, als de huidige patronen van sterfte en morbiditeit van toepassing blijven. Het is een generische term die een familie van indicatoren omvat. Een voorbeeld van zo'n indicator is de levensverwachting zonder beperkingen ('disability-free life expectancy'), het aantal jaren dat een persoon gemiddeld kan verwachten te leven zonder beperkingen (52).

Gezondheidsverwachting heeft een aantal voordelen op andere samengestelde gezondheidsindicatoren, zoals de Daly (Disability-adjusted life years)(58). De visuele voorstelling van de indicator vat veel informatie in een enkele figuur samen. Bovendien is de gezondheidsverwachting eenvoudig te berekenen en het is een uitbreiding van een algemeen gekend concept, de levensverwachting. De basisgegevens kunnen op relatief gemakkelijke wijze verzameld worden en zijn daarom vaak beschikbaar.

In 1980 berekende Colvez de levensverwachting zonder beperkingen voor de Verenigde Staten en kwam tot de conclusie dat de winst in levensverwachting tussen 1966 en 1978 enkel leidde tot een verhoging van beperkingen in de populatie. Dit gaf aanleiding tot een hele reeks studies in Europa, de Verenigde Staten en Canada waarin de gezondheidsverwachting werd berekend aan de hand van de methode van Sullivan (53).

In 1989 werd het internationaal netwerk REVES (The International Network on Health expectancy and the Disability Process) opgericht. In 1994 kwam daar ook het Euro-

pees netwerk Euro-REVES bij. Het objectief is de promotie van de indicator voor beleidsmatige doeleinden en de harmonisatie van de berekeningsmethodes(54).

In 1996 werd de indicator reeds in 37 landen berekend. Een rondvraag binnen de landen van de Europese Unie leerde dat dit het geval is in 11 van de 15 lidstaten(54). In een zestal landen werden de resultaten gebruikt in beleidsdocumenten. In de meeste andere landen werd reeds uitgesproken interesse voor de indicator betoond door de beleidsvoerders. In België leidde de publicatie van resultaten(35,55,56) o.a. tot de goedkeuring van het voorstel om een nationale gezondheidsenquête te organiseren. Een van de onderzoeksrapporten beschrijft gezondheidsverwachting als een instrument voor planning en besluitvorming in de gezondheidszorg(57).

### **3. Materiaal en methoden**

---

#### **3.1 Berekeningsmethode**

##### **3.1.1 Methodes om gezondheidsverwachting te berekenen**

###### **3.1.1.a Multistate methode**

De multistate methode baseert zich op incidenties(59).

Een persoon doorloopt tijdens zijn leven een aantal (reversibele) gezondheidsniveaus. Men kan de gezondheidsverwachting op een bepaalde leeftijd en op een bepaald moment berekenen op basis van schattingen van de incidentie van de overgangen tussen die gezondheidsniveaus op die leeftijd en op dat moment. Dit vereist longitudinale gegevens.

Het verzamelen van longitudinale gegevens m.b.t. de overgangen tussen verschillende gezondheidsniveaus is een zeer langdurig en arbeidsintensief proces. Dergelijke gegevens zijn niet beschikbaar op Belgisch niveau.

###### **3.1.1.b Methode van Sullivan**

Sullivan ontwikkelde in 1971 een alternatieve methode om gezondheidsverwachting te berekenen. Hij gebruikte leeftijdsspecifieke sterftcijfers en leeftijdsspecifieke prevalenties van de populatie in de verschillende gezondheidstoestanden, in plaats van incidenties van de overgangen tussen de verschillende niveaus van gezondheid. De berekende gezondheidsverwachting geeft de actuele gezondheidstoestand van een populatie weer, onafhankelijk van de leeftijdsstructuur van die populatie. Leeftijdsspecifieke prevalenties zijn, in tegenstelling tot incidentiegegevens, wel op grote schaal beschikbaar.

De resultaten van de Sullivan methode zijn vergelijkbaar met die van de multistate methode, op voorwaarde dat er geen plotse veranderingen in incidentie of sterfte optreden. De gezondheidsverwachting berekend met de Sullivan methode weerspiegelt in feite de gezondheidstoestand van een populatie zoals die gegroeid is tot op dit moment, terwijl de multistate methode de gezondheidsverwachting op individueel vlak geeft aan de hand van extrapolaties gebaseerd op de huidige overgangen tussen de gezondheidsniveaus(57,60).

##### **3.1.2 Praktische uitwerking van de methode van Sullivan**

Wat volgt is gebaseerd op het boek '*The life table and its applications*', van C. L. Chiang(61) en rapporten geschreven in het kader van het REVES netwerk en in het kader van een vorige DWTC opdracht(57,59). Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar deze basiswerken.

###### **3.1.2.a Constructie van een sterftetafel**

Een sterftetafel geeft het aantal geleefde jaren voor een cohorte, op basis van de huidige leeftijdsspecifieke sterftetekansen van de populatie. Bij de berekening van gezondheidsverwachting volgens Sullivan's methode worden daarna aan de hand van leeftijdsspecifieke prevalenties het aantal van die geleefde jaren die in minder goede gezondheid doorgebracht worden, berekend.



Een sterftetafel bestaat in essentie uit volgende kolommen (zie Tabel 1). De eerste kolom bevat de leeftijd  $x_i$ , of de leeftijdsgroep ( $x_{i+n} - x_i$ ) indien het gaat om een 'abridged' sterftetafel.

**Tabel 1 Methode van Sullivan: opstellen van een sterftetafel (leeftijdsgroepen van 5 jaar)**

$x_i$	$q_i$	$l_i$	$d_i$	$a_i$	$L_i$	$T_i$	$\hat{e}_i$
25-29	0,006	100000	639	0,5	498.295	5.093.996	50,9
30-34	0,007	99361	652	0,5	495.162	4.595.701	46,3
35-39	0,008	98709	795	0,5	491.504	4.100.540	41,5
40-44	0,012	97913	1.213	0,5	486.789	3.609.036	36,9
45-49	0,019	96700	1.834	0,5	479.197	3.122.246	32,3
50-54	0,030	94867	2.839	0,5	467.873	2.643.049	27,9
55-59	0,041	92028	3.810	0,5	451.048	2.175.176	23,6
60-64	0,066	88218	5.858	0,5	427.106	1.724.128	19,5
65-69	0,105	82360	8.616	0,5	391.510	1.297.022	15,7
70-74	0,174	73743	12.831	0,5	338.024	905.512	12,3
75-79	0,277	60913	16.842	0,5	262.522	567.488	9,3
80-84	0,422	44070	18.581	0,5	172.358	304.966	6,9
85-89	0,561	25489	14.309	0,5	88.760	132.609	5,2
90-94	0,735	11180	8.223	0,5	32.896	43.849	3,9
95	0,238	2958	704	0,5	10.953	10.953	3,7

De tweede kolom geeft de leeftijdsspecifieke sterftekansen  $\hat{q}_i$  aan. Voor  $n=1$  is de schatting van de kans op overlijden  $\hat{q}_i$  de ratio tussen het aantal personen  $d_i$  die overlijden gedurende het interval ( $x_{i+1} - x_i$ ) en het aantal personen  $l_i$  die het risico lopen te sterven vanaf het begin van dat interval.

$$\hat{q}_i = \frac{d_i}{l_i}$$

$\hat{q}_i$  wordt vaak berekend op basis van het sterftecijfer  $M_i$ , dat als volgt gedefinieerd wordt.

$$M_i = \frac{\text{het aantal personen overleden in het leeftijdsinterval } (x_i, x_{i+1})}{\text{het aantal jaren geleefd in het interval } (x_i, x_{i+1}) \text{ door de personen in leven op leeftijd } x_i}$$

Als er in een interval met lengte  $n_i$  ( $n_i = x_{i+1} - x_i$ )  $l_i$  personen in leven zijn op leeftijd  $x_i$  en daarvan  $d_i$  personen overlijden gedurende het interval, en als de  $d_i$  overleden personen gemiddeld een fractie  $a_i$  van het interval overleefden, dan kan het sterftecijfer  $M_i$  uitgedrukt worden als:

$$M_i = \frac{d_i}{n_i(l_i - d_i) + a_i d_i}$$

De relatie tussen het sterftecijfer  $M_i$  en de kans op overlijden  $q_i$  in het leeftijdsinterval is:

$$\hat{q}_i = \frac{n_i M_i}{1 + (1 - a_i) n_i M_i}$$

De derde kolom geeft per leeftijdsgroep het aantal overlevenden  $l_i$  in leven op leeftijd  $x_i$ . In de eerste leeftijdsgroep wordt hier een willekeurig aantal geplaatst. In de volgende

leeftijdsgroepen wordt het aantal berekend op basis van de sterftekans en het aantal overlevenden in de vorige leeftijdsgroep.

$$l_{i-1} = l_i - d_i \quad i = 0, 1, \dots, w-1$$

De vierde kolom bevat het aantal personen  $d_i$  dat komt te overlijden binnen het leeftijdsinterval  $(x_i, x_{i+1})$ .

$$d_i = l_i \hat{q}_i \quad i = 0, 1, \dots, w-1$$

In de vijfde kolom staat de fractie  $a_i$ , dit is de fractie van het interval die de overleden personen  $d_i$  gemiddeld overleefden. Uit studies blijkt dat men deze waarde bij benadering gelijk mag stellen aan 0,5 vanaf de leeftijd van 5 jaar. Met andere woorden, er wordt aangenomen dat het overlijden uniform verdeeld is over het interval en dat de personen die in het betreffende leeftijdsinterval overlijden, gemiddeld de helft van dit interval overleven.

De zesde kolom bevat het aantal jaren  $L_i$ , geleefd door de cohorte, gedurende het interval.

$$L_i = n_i(l_i - d_i) + a_i d_i \quad i = 0, 1, \dots, w-1$$

Het laatste leeftijdsinterval wordt als een open interval beschouwd. Voor dit interval wordt  $L_w$  berekend op basis van het sterftecijfer  $M_w$  voor de personen vanaf leeftijd  $w$ .

$$L_w = \frac{l_w}{M_w}$$

In de zevende kolom vindt men het totaal aantal jaren  $T_i$ , geleefd door de cohorte vanaf leeftijd  $x_i$ .

$$T_i = L_i + L_{i+1} + \dots + L_w \quad i = 0, 1, \dots, w$$

In de achtste kolom tenslotte, staat de levensverwachting op leeftijd  $x_i$ .

$$\hat{e}_i = \frac{T_i}{l_i} \quad i = 0, 1, \dots, w$$

### 3.1.2.b Toepassing van prevalenties op de sterftetafel

Voor het berekenen van de gezondheidsverwachting worden enkele kolommen toegevoegd aan de sterftetafel.

**Tabel 2 Methode van Sullivan: aanvullen van prevalenties aan de sterftetafel**

$x_i$	$l_i$	$L_i$	$p_x$	$(1-p_x)*L_i$	$\sum(1-p_x)*L_i$	$HE_i$
25-29	100000	498.295	0,00	498.295	4.259.271	42,6
30-34	99361	495.162	0,10	447.734	3.760.976	37,9
35-39	98709	491.504	0,08	454.482	3.313.242	33,6
40-44	97913	486.789	0,06	458.120	2.858.761	29,2
45-49	96700	479.197	0,18	391.221	2.400.641	24,8
50-54	94867	467.873	0,22	365.594	2.009.420	21,2
55-59	92028	451.048	0,15	382.501	1.643.826	17,9
60-64	88218	427.106	0,29	304.478	1.261.325	14,3
65-69	82360	391.510	0,18	320.808	956.847	11,6
70-74	73743	338.024	0,17	278.916	636.038	8,6
75-79	60913	262.522	0,33	174.771	357.123	5,9
80-84	44070	172.358	0,71	49.743	182.352	4,1

Als  $\pi_x$  de prevalentie van het gezondheidsprobleem is, stelt  $(1 - \pi_x)$  de proportie van personen zonder het gezondheidsprobleem voor. Men bekomt het aantal persoonsjaren die in goede gezondheid doorgebracht werden door die proportie  $(1 - \pi_x)$  te vermenigvuldigen met het aantal persoonsjaren  $L_i$  geleefd in het leeftijdsinterval.

Men berekent vervolgens voor elke leeftijdsgroep het totaal aantal persoonsjaren die doorgebracht worden in goede gezondheid door alle  $L_i$  vanaf die leeftijdsgroep tot de oudste leeftijdsgroep op te tellen.

De gezondheidsverwachting wordt tenslotte berekend door dit totaal aantal persoonsjaren die doorgebracht werden in goede gezondheid  $\sum(1-p_x)*L_i$  te delen door het aantal overlevenden  $l_i$  in leven op leeftijd  $x_i$ .

### 3.1.2.c Variantie

De variantie op de gezondheidsverwachting is de som van de variantie veroorzaakt door de variatie rond de sterftecijfers en de variantie veroorzaakt door de variatie rond de prevalenties. Aangezien het aandeel in de variantie veroorzaakt door de sterftecijfers verwaarloosbaar klein is ten opzichte van het deel veroorzaakt door de variatie rond de prevalenties, stelden we de variantie  $S^2(HE_i)$  gelijk aan:

$$S^2(HE_i) = \frac{\sum \left( \frac{\pi_x * (1 - \pi_x)}{N_i} \right) * L_i^2}{l_i^2}$$

Voor meer details verwijzen we naar de rapporten van Mathers(62) en Roelands(57).

### 3.1.3 Leeftijdsgroepen

De gezondheidsverwachting kan berekend worden per levensjaar of per leeftijdsgroep. Als men de berekening per leeftijd maakt, geven de leeftijdsspecifieke prevalenties juist de toestand op die leeftijd weer, maar aangezien de groepen kleiner zijn, zijn de betrouwbaarheidsintervallen breder. Beide berekeningen zijn verdedigbaar en werden in deze studie uitgevoerd.

Het verschil in gezondheidsverwachting, enerzijds berekend per levensjaar en anderzijds per leeftijdsgroep van 5 jaar, was minimaal. Als men echter de gezondheidsverwachting naar relatieve socio-economische status per levensjaar berekende, dan bleek voor bepaalde leeftijden en opleidingscategorieën, het aantal personen dat bijdroeg tot de prevalentie zeer klein was, waardoor de op basis van een regressie geschatte geschatte prevalenties naar relatieve socio-economische positie weinig betrouwbaar waren. Om die reden, en om het rapport zo overzichtelijk mogelijk te maken, werd geopteerd voor een 'abridged' sterftetafel met leeftijdsgroepen van 5 jaar.

De jongste leeftijdsgroep was de leeftijdsgroep 25-29 jaar. In deze studie werd het hoogste behaalde diploma als indicator voor socio-economische status gebruikt. Aangezien het niet zeker is of studenten hun huidige studierichting zullen afwerken en of ze daarna nog bijkomende diploma's zullen halen, kunnen zij niet naar opleidingsniveau onderverdeeld worden. Veel mensen studeren nog voor de leeftijd van 25 jaar en het berekenen van de gezondheidsverwachting op jongere leeftijd volgens einddiploma, zou een groot deel van de populatie uit de studie sluiten. Personen ouder dan 25 jaar die nog studeren, werden in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

Wat de oudste leeftijdsgroep betreft, werd de gezondheidsverwachting eenmaal met een open en eenmaal met een gesloten laatste leeftijdsinterval berekend. In een eerste berekening werden de sterftetafels afgesloten op de leeftijd van 95 jaar, waarbij de laatste leeftijdsgroep een open interval vormde. Chiang(61) stelt voor om het aantal geleefde jaren  $L_{95}$  in die laatste leeftijdsgroep te berekenen aan de hand van het sterftecijfer  $M_{95}$ .  $L_{95}$  wordt dan het quotiënt van aantal overlevenden  $l_{95}$  in leven op leeftijd 95 en het sterftecijfer  $M_{95}$ . In deze studie was het sterftecijfer  $M_{95}$  echter niet gekend. Daarom werd  $M_{95}$  als volgt geschat:

$$M_{95} = \frac{l_{95} * (1 - (0,5 * q_{95}))}{q_{95}}$$

Dit veronderstelt echter een lineaire verdeling van sterfte, terwijl dit op oudere leeftijd niet altijd het geval is.

De gezondheidsenquête telt relatief weinig personen van vijftig jaar en ouder, waardoor de leeftijdsspecifieke prevalenties van gezondheidsproblemen afkomstig zijn van een heel kleine groep. Daarom worden in dit rapport de resultaten voor personen van 85 jaar en ouder niet voorgesteld, hoewel ze wel berekend werden.

Omwille van het klein aantal personen van 85 en ouder dat bijdraagt tot de prevalenties, zijn de op basis van een regressie geschatte prevalenties naar relatieve socio-economische positie ook minder betrouwbaar. Daarom werd de gezondheidsverwachting volgens relatieve socio-economische status slechts tussen leeftijd 25 en 75 jaar bepaald, waarbij het laatste leeftijdsinterval een gesloten interval is.

## **3.2 Gegevens**

### **3.2.1 Indeling van de mortaliteits- en morbiditeitsgegevens naar socio-economische status**

Het discussierapport 'Measuring Socio-economic Inequalities in Health' van A.E. Kunst en J.P. Mackenbach uit 1995(1) beschrijft op een zeer didactische manier de belangrijkste aspecten van het ontwerp van een studie naar socio-economische verschillen in gezondheid. In de onderstaande hoofdstukken worden de essentiële punten uit het bovenvernoemde rapport beschreven.

Om de verschillen in gezondheid tussen verschillende socio-economische groepen te bepalen, is informatie over de gezondheidstoestand van deze groepen vereist. Afhankelijk van de definitie die men aan het begrip 'gezondheid' geeft, gaat het hier om cijfers over sterfte, morbiditeit of een combinatie van de twee. De voornaamste gegevensbronnen hiervoor zijn sterfteregisters en gezondheidsenquêtes (onder de vorm van een interview eventueel aangevuld met een klinisch onderzoek).

Deze gezondheidsinformatie moet gekoppeld worden aan informatie over een of meer dimensies van de positie in de socio-economische hiërarchie, zoals opleiding, inkomen of beroep. Er bestaan verschillende methoden om dergelijke gekoppelde informatie te verzamelen(1).

#### **3.2.1.a Morbiditeitsgegevens**

Gezondheidsenquêtes leveren prevalenties van bepaalde gezondheidsproblemen, met andere woorden de toestand op een bepaald moment in de tijd. De socio-economische status van de persoon wordt op hetzelfde moment in de tijd bepaald(1).

#### **3.2.1.b Mortaliteitsgegevens**

Sterftcijfers geven het optreden van sterfte weer bij een bepaalde groep personen gedurende een bepaalde observatieperiode. Het koppelen van de informatie over sterfte aan de socio-economische toestand van de personen in kwestie kan op 4 manieren gebeuren (1).

Tot voor enkele jaren waren de meeste studies naar socio-economische verschillen in gezondheid in ons land, ecologische studies. Dit type van studie betreft gegevens op het niveau van de populatie, waarbij de bevolking wordt opgedeeld in subgroepen, in de regel op basis van het geografisch woongebied. Voor elke geografische eenheid wordt de gemiddelde socio-economische status bepaald en het mortaliteitscijfer binnen die eenheid wordt gerelateerd aan dat socio-economisch niveau. Het nadeel van deze methode is dat de gevonden verschillen in mortaliteit tussen de verschillende gebieden niet zomaar de verschillen in mortaliteit op individueel niveau weergeven. Deze vorm van studie laat dus niet toe een schatting te maken van gezondheidsverschillen op individueel niveau, maar kan toch bruikbare informatie opleveren voor beleidsvoerders, door de gebieden met een overmaat aan gezondheidsproblemen te identificeren.

Er bestaan nog twee andere vormen informatie over sterfte naar socio-economische status: gekoppelde cross-sectionele gegevens en niet-gekoppelde cross-sectionele gegevens.

Gekoppelde cross-sectionele gegevens zijn gebaseerd op registers waarbij de socio-economische status van de personen én de reden waarom ze uit het register verdwijnen (waaronder overlijden) gekend is. Deze gegevens verschaffen zowel informatie over de socio-economische status van de overledenen als over het aantal personen

per socio-economische groep die het risico liep te overlijden en worden gekoppelde cross-sectionele gegevens genoemd omdat de informatie over sterfte en socio-economische status naar dezelfde periode verwijst.

Als dergelijke informatie niet voorhanden is, kan men werken met niet-gekoppelde cross-sectionele gegevens, waarbij de informatie over socio-economische toestand van de overledenen en de personen die het risico lopen te overlijden uit verschillende bronnen afkomstig zijn, namelijk het overlijdenscertificaat voor de overledenen en de volkstelling voor de blootgestelde populatie. Door het aantal overlijdens per socio-economische status te delen door het aantal persoonsjaren per socio-economische status, bekomt men de socio-economisch specifieke sterftcijfers. Deze informatie is minder precies omdat de socio-economische status op het overlijdenscertificaat en die in de volkstelling vaak niet volledig vergelijkbaar zijn.

In de meeste aangewezen methode wordt gebruik gemaakt van longitudinale gegevens. Op een bepaald punt in de tijd wordt de socio-economische toestand van een aantal personen bepaald (bijvoorbeeld naar aanleiding van een volkstelling). Vanaf dat moment wordt deze groep gedurende een tijd opgevolgd en wordt voor elke persoon de overlevingsduur binnen die periode geregistreerd. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door de gegevens van de volkstelling te koppelen aan deze van het sterfteregister met behulp van het rijksregisternummer of door een panel op te volgen. Dergelijke gegevens zijn sinds kort beschikbaar in ons land en ook de sterftcijfers naar socio-economische status in deze studie zijn gebaseerd op longitudinale gegevens met een koppeling op het individueel niveau.

### **3.2.2 Mortaliteitsgegevens van deze studie**

De personen uit de volkstelling 1991 werden door het Steunpunt voor Demografie van de Vrije Universiteit Brussel gedurende een periode van 5 jaar opgevolgd. Het bestand werd opgesplitst naar leeftijd, geslacht, regio, en socio-economische status. Er werd een koppeling gemaakt tussen dit bestand en het Nationaal Register. Op basis van deze follow-up worden sterftetafels voor verschillende socio-economische groepen opgesteld.

De gegevens kennen enkele beperkingen. De personen met ongekend onderwijsniveau, die een hoge mortaliteit kennen, zijn bijvoorbeeld niet opgenomen in deze studie.

Voor meer informatie over deze gegevens verwijzen we naar de rapporten van het Steunpunt Demografie, VUB(34,63).

### **3.2.3 Morbiditeitsgegevens van deze studie**

#### **3.2.3.a Beschrijving van de Nationale gezondheidsenquête 1997**

In 1997 werd voor het eerst een grootschalige nationale gezondheidsenquête uitgevoerd in België. Deze enquête kwam er in opdracht van, en in samenwerking met, de bevoegde ministers en administraties van zowel de federale overheid, de Vlaamse, Franse en Duitse Gemeenschap en het Waals en Brussels Gewest. De uitvoering ervan gebeurde in overeenstemming met de Europese richtlijnen terzake.

De volledige vragenlijst bestaat uit drie onderdelen: een vragenlijst voor het huishouden, een mondelinge vragenlijst en een schriftelijke vragenlijst. De vragenlijst over het huishouden omvatte 31 vragen en werd ingevuld door de interviewer. Ook de mondelinge individuele vragenlijst, die 239 vragen telt, werd ingevuld door de interviewer. Voor personen die te ziek waren en / of cognitieve beperkingen hadden, en voor kinde-

ren jonger dan 15 jaar, werden de vragen over die persoon beantwoord door een andere lid van het huishouden. De personen van 15 jaar en ouder vulden daarnaast ook een schriftelijke vragenlijst van 147 vragen in.

Bij het opstellen van de vragenlijst werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gestandaardiseerd instrumenten voorgesteld door de W.G.O.- werkgroep voor "Harmonisatie van methoden en instrumenten in gezondheidsenquêtes"(64) en van alternatieve instrumenten die reeds gebruikt werden in buitenlandse gezondheidsenquêtes. Indien officiële vertalingen beschikbaar waren, werden deze gebruikt. Tabel 3 geeft een overzicht van de bevraagde items per vragenlijst.

In totaal werden 10221 personen ondervraagd, uit 4664 huishoudens. Deze werden willekeurig geselecteerd uit de totale Belgische populatie, waarbij gebruik gemaakt werd van het Nationaal Register. Enkel personen in collectieve gemeenschappen zoals kloosters of gevangenissen werden uitgesloten.

De steekproeftrekking verliep in verschillende fasen: eerst werd een stratificatie naar gewest (met een voorafbepaalde steekproefgrootte) en vervolgens naar provincie (proportioneel naar de bevolkingsgrootte) uitgevoerd. Vervolgens werden per provincie, door middel van een gewogen systematische toevalssteekproef (proportioneel naar de bevolkingsgrootte), een aantal primaire steekproefeenheden (gemeenten) gekozen. Telkens een gemeente werd gekozen dienden er 50 personen te worden bevraagd. In een volgende stap werden de huishoudens of de secundaire steekproefeenheden gekozen. Daarvoor werd een "cluster systematische toevalssteekproef

**Tabel 3 Bevraagde onderwerpen in de gezondheidsenquête 1997**

<i>Onderdeel</i>	<i>Items</i>
Huishouden	Leeftijd van alle leden Geslacht van alle leden Nationaliteit van alle leden Geboorteland en het lidmaatschap van een mutualiteit Absoluut en relatief inkomen van het huishouden Uitgaven voor gezondheidszorg Toegang tot de gezondheidsdiensten
Mondelinge lijst	Aanwezigheid van chronische ziekten, beperkingen en handicaps, en de impact hiervan op de dagelijkse activiteit Prevalentie van specifieke chronische ziekten en aandoeningen (een lijst van 34 ziekten) en de medische consumptie als een gevolg van deze aandoeningen Kortdurende beperkingen als gevolg van lichamelijke en van mentale problemen Langdurige lichamelijke beperkingen Gebruik van gezondheidsdiensten : huisarts, specialist, tandarts, ziekenhuis, paramedici, sociale diensten, geneesmiddelen (voorgeschreven en niet voorgeschreven) Vaccinatie Voeding (lichaamsgewicht en lengte; gebruik van specifieke categorieën voedingsmiddelen) Lichamelijke activiteit tijdens de vrije tijd Gezondheid tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar van het kind (o.a. gebruik van diensten, vaccinaties, roken tijdens de zwangerschap,...) Socio-economisch profiel
Schriftelijke lijst	De gezondheidsbeleving

	Het voorkomen van bepaalde symptomen en klachten Levensstijl : roken, alcohol, voeding (controle van lichaamsgewicht), preventie van ongevallen Kennis en attitude t.o.v. AIDS en HIV, het gebruik van een AIDS-test Psychische gezondheid Cardiovasculaire preventie : bloeddruk, cholesterol
--	--

methode" (gebaseerd op de statistische sector, de grootte van het huishouden en de leeftijd van de referentiepersoon) toegepast. Tenslotte werden de tertiaire steekproef-eenheden of de te bevragen individuen gekozen. Maximaal werden 4 personen binnen eenzelfde huishouden bevroegd.

De enquêtes werden aan huis afgenomen door getrainde interviewers, gerekruteerd in samenwerking met het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS). De enquêteurs leverden de ingevulde vragenlijsten, en een logformulier in op het NIS, waar beide formulieren ingevoerd werden. Het logformulier beschreef de verschillende acties die door de interviewer werden ondernomen om een huishouden te contacteren en de interviews te realiseren, het eindresultaat voor het huishouden en zo nodig ook de reden van weigering. De bescherming van de privacy werd gewaarborgd door enkel een uniek identificatienummer te gebruiken na de contactname(65).

De kwaliteit van de gegevens werd nagegaan op twee manieren. Waar nodig werden de gegevens gecorrigeerd. In een horizontale controle werd nagegaan of voor elk bevroegd huishouden en elke bevroegde persoon al de nodige vragenlijsten in de gegevensbank aanwezig waren. Daarnaast werd ook nagegaan of er voor de huishoudens en personen, waarvan men wist dat ze niet bereikbaar waren of geweigerd hadden, geen vragenlijsten in de databank waren ingevoerd. In een verticale controle werd een controle uitgevoerd voor alle variabelen. De validiteit van het antwoord op elke vraag werd getoetst door na te gaan of het antwoord viel binnen de mogelijke antwoorden (bij een gesloten vraag) en door de coherentie na te gaan met de antwoorden op andere vragen.

Alle gegevens worden onderverdeeld naar leeftijd, geslacht en gewest en de bovenstaande categorieën van socio-economische status.

### 3.2.3.b Personen in een instellingen

Over het algemeen wordt aangeraden om een gezondheidsenquête uit te voeren bij een populatie die zowel personen die in een privé huishouden leven als mensen die dat niet doen omvat. De tweede groep bestaat vooral uit personen die in een collectief huishouden leven en uit mensen zonder vaste verblijfplaats(64). Deze laatste groep is veel moeilijker te bereiken. Om aan dit advies tegemoet te komen werd beslist dat de steekproef van de gezondheidsenquête 1997 in principe zowel personen die in een instelling (met uitzondering van gevangenen en kloosters) verblijven als personen die niet geïnstitutionaliseerd moet omvatten(66).

De enquêteurs contacteerden de geselecteerde huishoudens op het adres van het in het rijksregister aangegeven domicilie. In België blijkt echter slechts ongeveer een derde van de personen uit een instelling (rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen) daar ook daadwerkelijk gedomicilieerd te zijn. De overige twee derde staan gedomicilieerd op het adres van een niet-collectief huishouden, meestal het adres van familie van die persoon.

In de gezondheidsenquête deed de situatie zich dan ook meerdere malen voor dat de enquêteur merkte dat een oudere persoon, die volgens zijn lijst deel uitmaakte van het huishouden, niet op dat adres woonde. Als het een referentiepersoon in een éénpersoonshuishouden betrof, werd een ander huishouden, met de dezelfde karakteristieken



(zelfde statistische sector, zelfde leeftijd), gecontacteerd. Indien het een referentiepersoon in een huishouden met meerdere personen betrof, of indien het niet om de referentiepersoon ging, werd hij of zij van de lijst van het huishouden geschrapt en niet ondervraagd.

Op deze manier werd een belangrijk deel van de geselecteerde personen die in een instelling verblijven niet bereikt. Voor meer details wordt verwezen naar het rapport van Quataert(66) en naar het handboek van de gezondheidsenquête. De prevalenties van gezondheidsproblemen die geleverd worden door de gezondheidsenquête zijn daarom ook eerder representatief voor de niet-geinstitutionaliseerde bevolking.

Bij het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) is de verdeling naar SES en geslacht gekend voor de personen in een collectief huishouden. Deze informatie is afkomstig uit de volkstelling van 1991. Omwille van het zelfde probleem van de domiciliëring is het totaal aantal personen in een collectief huishouden echter niet gekend. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft informatie over het totaal aantal personen in een instelling, maar noch de verdeling naar socio-economische status, noch die naar geslacht is gekend.

De combinatie van die twee gegevensbanken zou in principe een antwoord moeten kunnen bieden op de vraag of de voor dit rapport aangenomen assumpties wel juist zijn (zie verder). Omdat beide gegevensbronnen elk belangrijke hiaten vertonen, neemt de onzekerheid echter sterk toe. Omwille van databeperkingen werd ook besloten om niet, in tegenstelling tot andere berekeningen van gezondheidsverwachting, het aantal jaren geleefd in een instelling als een specifieke gezondheidsstatus te gebruiken in het bepalen van de gezondheidsverwachting(67).

Voor dit rapport werd dus aangenomen dat alle geïnstitutionaliseerden en niet-geïnstitutionaliseerden die aan de andere toelatingscriteria voldeden, opgenomen waren in het steekproefkader van de gezondheidsenquête. De berekeningen werden uitgevoerd met de prevalenties van alle personen uit de gezondheidsenquête en die prevalenties werden beschouwd als afkomstig van de populatie die representatief is voor de totale bevolking, zowel geïnstitutionaliseerde als niet-geïnstitutionaliseerde.

Deze aanpak gaat uit van een aantal assumpties:

- 1) De prevalentie van gezondheidsproblemen is dezelfde bij personen in een instelling die er gedomicilieerd zijn als bij personen die er niet gedomicilieerd zijn.
- 2) De verdeling naar socio-economische status is dezelfde voor de personen uit een instelling die er gedomicilieerd zijn als voor de personen uit een instelling die er niet gedomicilieerd zijn

De assumpties kunnen dus een bron van fout zijn. Ter controle werd gepoogd de gezondheidstoestand van de geïnstitutionaliseerde personen uit de gezondheidsenquête in te schatten. Gezien slechts 43 personen in een instelling bleken te verblijven, is dit aantal te klein om een zinvolle evaluatie uit te voeren.

### **3.3 Keuze van de indicatoren**

#### **3.3.1 Indicatoren voor socio-economische status**

De drie dimensies die het sterkst de positie op de sociale hiërarchie bepalen zijn opleiding, inkomen en beroep(1). Soms worden nog andere proxy-indicatoren voor socio-economische positie gebruikt, zoals het type van het huishouden, bezit van een woning, comfort van de woning of het bezit van een wagen.

Het opleidingsniveau bepaalt vooral de toegang tot informatie en de vaardigheid om voordeel te halen uit nieuwe informatie en is een belangrijke determinant van inkomen en beroep. Inkomen heeft vooral een invloed op de 'toegang tot schaarse goederen', zowel in termen van omgevingsfactoren als in de toegang tot de gezondheidszorg.

Het beroep beïnvloedt ten dele de factoren waar inkomen en opleiding een invloed op hebben en voegt daar nog specifieke voordelen bij, verbonden aan het uitoefenen van bepaalde jobs, zoals prestige, privileges, macht en sociale en technische vaardigheden.

De dimensie 'opleiding' heeft als voordeel beschikbaar te zijn voor de meeste personen in de bevolking en is bovendien zeer stabiel. Het is daarom een zeer gemakkelijk toepasbare indicator.

De dimensies inkomen en beroep hebben in vergelijking een aantal nadelen die de bruikbaarheid enigszins verminderen. Inkomen is moeilijk definieerbaar en gezien de gevoeligheid is de responsgraad laag of zijn de antwoorden niet accuraat. De dimensie beroep is niet beschikbaar voor een aanzienlijk deel van de populatie en het is bovendien moeilijk de verschillende beroepsklassen hiërarchisch te ordenen.

Opleidingsniveau kan op verschillende manieren gemeten worden. De meest directe maat is het hoogste niveau waarvoor een diploma gehaald werd. Om de meest benadeelde groepen in voldoende mate te kunnen identificeren moet een minimum aantal categorieën onderscheiden kunnen worden. Als geen informatie over het behaalde diploma beschikbaar is, kan als alternatief gewerkt worden met het aantal jaren onderwijs dat een persoon gevolgd heeft, of met de leeftijd bij het beëindigen van de opleiding. Het grootste nadeel bij deze indicatoren is dat er geen rekening gehouden wordt met het opleidingsniveau.

In deze studie werd de socio-economische positie bepaald aan de hand van het hoogste behaalde diploma. De keuze voor de dimensie opleiding gebeurde enerzijds om praktische redenen: enkel de sterftekansen volgens opleidingsniveau zijn beschikbaar. Anderzijds heeft de dimensie 'opleiding' ontegensprekelijk een aantal voordelen op de dimensies 'beroep' en 'inkomen'.

Er werden tien verschillende opleidingscategorieën onderscheiden:

1. geen diploma
2. lager onderwijs
3. lager beroeps secundair onderwijs (lager BSO)
4. lager technisch secundair onderwijs (lager TSO)
5. lager algemeen en kunst secundair onderwijs (vanaf nu lager algemeen secundair onderwijs genoemd) (lager ASO)
6. hoger beroeps secundair onderwijs (hoger BSO)
7. hoger technisch secundair onderwijs (hoger TSO)
8. hoger algemeen en kunst secundair onderwijs (vanaf nu hoger algemeen secundair onderwijs genoemd) (hoger ASO)
9. hoger onderwijs van het korte type (1-3 jaar hoger onderwijs)
10. hoger onderwijs van het lange type (meer dan 3 jaar hoger onderwijs)

### 3.3.2 Indicatoren voor gezondheidstoestand

Er bestaat een groeiende belangstelling voor het begrip 'kwaliteit van het leven' en meer specifiek de 'kwaliteit van het leven met betrekking tot gezondheid'. Dit concept werd reeds op talloze manieren gedefinieerd. Kort samengevat evolueerde het begrip van een model dat enkel gericht was op ziekte naar een model dat ook betrekking heeft op gezondheid en welzijn. De meeste hedendaagse definities omvatten dan ook zowel de aspecten fysiek functioneren als psychologisch welzijn, sociale ondersteuning en activiteiten. Bowling definieerde de term bijvoorbeeld als de optimale niveaus van mentaal, fysiek, sociaal en rolfunctioneren(68).

Naar aanleiding van een bijeenkomst van het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie in 1992 werden een aantal gezondheidsindicatoren aangeduid die geschikt zijn om de vooruitgang voor verschillende doelstellingen van 'Health for All' op te volgen. Het veralgemeend gebruik van deze indicatoren zou in

grote mate bijdragen tot het bekomen van internationaal vergelijkbare informatie over ongelijkheden in gezondheid(1,69).

De gezondheidsenquête door middel van een interview wordt gezien als de meest aangewezen gegevensbron voor de informatie die vereist is voor het bepalen en opvolgen van verschillen in gezondheid(64). Een gezondheidsenquête levert unieke informatie aangezien gegevens uit verschillende domeinen over eenzelfde persoon op hetzelfde ogenblik verzameld worden. Daardoor wordt het mogelijk de samenhang tussen die verschillende domeinen na te gaan. Bovendien brengt een enquête niet enkel informatie aan over gediagnosticeerde gezondheidsproblemen, maar ook over gezondheidsproblemen waarvoor geen medische hulp gezocht wordt en over de beleving van de eigen gezondheid. Het gaat bovendien om gezondheidsinformatie voor een groep personen die representatief zijn voor de totale populatie(70).

In dit onderzoek werd gezondheidsverwachting berekend voor drie gezondheidsuitkomsten: de ervaren gezondheid, beperkingen en geestelijke gezondheid. De gezondheidsverwachting waarbij men de ervaren gezondheid gebruikt wordt bij conventie de 'levensverwachting in goede ervaren gezondheid' ('healthy life expectancy') genoemd. De gezondheidsverwachting gebaseerd op de afwezigheid van beperkingen noemt men de 'levensverwachting zonder beperkingen' en de gezondheidsverwachting gebaseerd op de afwezigheid van psychiatrische problemen 'levensverwachting in goede geestelijke gezondheid'.

### **3.3.2.a Ervaren gezondheid**

De indicator ervaren gezondheid werd in deze studie gemeten aan de hand van een enkele vraag: 'Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? Er waren vijf mogelijke antwoorden 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel (redelijk)', 'slecht' en 'zeer slecht'. De antwoorden werden opnieuw gecodeerd, waarbij de antwoorden 'zeer goed' en 'goed' als 'goede ervaren gezondheid' en de antwoorden 'gaat wel (redelijk)', 'slecht' of 'zeer slecht' als 'slechte ervaren gezondheid' beschouwd werden.

De indicator focust eigenlijk op de impact van een ervaren gezondheidstoestand op de mogelijkheid om een leven te leiden dat voldoende voldoening schenkt, en is een maat voor de 'kwaliteit van het leven met betrekking tot gezondheid' in de brede zin van het woord(71). De indicator blijkt stabiel te zijn en er werd een sterke negatieve samenhang gevonden tussen ervaren gezondheid en het jaarlijks aantal contacten met een arts. De indicator heeft een sterke predictieve waarde voor gezondheid, o.a. voor de ervaren fysieke fitheid en voor mortaliteit(72-76).

De ervaren gezondheid is één van de belangrijkste indicatoren van de monitoring van de gezondheid en de levenskwaliteit. Deze indicator is opgenomen in doelstelling 2 van de strategie van de WHO.

### **3.3.2.b Langdurige beperkingen**

De vragenlijst die peilt naar de aanwezigheid van beperkingen bestaat uit twee delen. Het eerste deel wordt gevormd door het onderdeel 'Lichamelijk Functioneren' van de SF-36 vragenlijst, een onderdeel waarin de mogelijkheid om te tillen, te dragen, mobiliteit, trappen lopen, vooroverbuigen, knielen en zelfverzorging worden bevraagd(77).

De personen jonger dan 60 jaar die geen beperkingen aangaven in deze eerste vragenlijst kregen automatisch de eindscore 'geen beperkingen'. Aan de anderen werd de door het Nederlands Centraal Bureau voor de Statistiek en de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen vragenlijst naar beperkingen voorgelegd. In 11 vragen wordt gepeild naar beperkingen in locomotie, verplaatsing, aan- en uitkleden, wassen van handen en aangezicht, eten, naar het toilet gaan, continentieproblemen, gehoorsbeperkin-

gen en visusbeperkingen. Elke vraag heeft 3 mogelijke antwoorden, 'geen beperking', 'matige beperking' of 'ernstige beperking'. De score wordt berekend door het aantal matige en ernstige beperkingen op te tellen. Personen die minstens 2 matige beperkingen of minstens 1 ernstige beperking noteren worden als 'personen met ernstige beperkingen' beschouwd; personen die eenmaal een matige beperking opgaven als 'personen met matige beperkingen'(69).

Het eerste deel van de vragenlijst fungeert als screeningsinstrument, omdat de organisatoren van de gezondheidsenquête van mening waren dat het instrument van CBS-WHO op zich niet voldoende gevoelig zou zijn bij jongere personen.

### **3.3.2.c Geestelijke gezondheid**

De General Health Questionnaire (GHQ) is de meest gebruikte internationale screeningsinstrument voor algemene psychiatrische aandoeningen in de eerstelijns gezondheidszorg. De schaal werd gedurende de jaren zestig en zeventig ontwikkeld door Goldberg. Het instrument detecteert recente problemen door te peilen naar symptomen die gedurende de laatste 2 weken meer of minder waargenomen werden dan gewoonlijk door de persoon(68,78,79).

In de gezondheidsenquête werd de verkorte versie met 12 vragen gebruikt, waarin drie domeinen van psychiatrische morbiditeit worden onderzocht: angst en slapeloosheid, sociaal disfunctioneren en depressieve stemming. De score kan variëren tussen 0 en 12: een score van 0 of 1 werd als normaal beschouwd, terwijl een score van 2 of 3 wees op een matige psychiatrische aandoening en een score van 4 of meer op een ernstige psychiatrische aandoening.

## **3.4 Het meten van verschillen**

De socio-economische verschillen in gezondheid kunnen op verschillende manieren uitgedrukt worden(1).

Ten eerste wordt er een onderscheid gemaakt tussen absolute en relatieve verschillen. De verschillen kunnen in relatieve termen uitgedrukt worden, bijvoorbeeld door het sterftecijfer van de hoogste socio-economische groep voor te stellen als percentage van dat van de laagste groep. Anderzijds kan men ook de absolute verschillen weergeven, bijvoorbeeld door het verschil te nemen van de sterftecijfers van twee verschillende socio-economische groepen. Relatieve verschillen worden over het algemeen gemakkelijker begrepen, maar het belang voor de volksgezondheid wordt soms duidelijker aangetoond door absolute verschillen.

Ten tweede moet men kiezen of men enkel het effect dan wel de totale impact wil beschrijven. De impact op de algemene volksgezondheid kan ingeschat worden door rekening te houden met de relatieve grootte van de verschillende groepen. Deze relatieve grootte ligt natuurlijk ten dele buiten de invloedssfeer van beleidsvoerders. Op welke manier men de verschillen voorstelt, hangt af van de mate waarin men enkel de klemtoon wil leggen op het veranderlijke aspect van die verschillen.

Een derde onderscheid wordt gemaakt tussen eenvoudige en meer gesofisticeerde maten. Eenvoudige maten, zoals bijvoorbeeld rate ratios tussen verschillende groepen hebben het voordeel dat ze gemakkelijk te berekenen en te begrijpen zijn, en dat relatief weinig eisen gesteld worden aan de basisgegevens. Daartegenover staat dat deze eenvoudige maten een gedeelte van de beschikbare informatie verbergen. Door bijvoorbeeld enkel het verschil tussen de hoogste en de laagste groep aan te tonen, komt men niets te weten over de middengroepen. Meer gesofisticeerde maten die bijvoorbeeld steunen op een regressie, houden meer rekening met alle beschikbare informatie, maar zijn complexer en er worden hogere eisen gesteld aan de basisgegevens. Er

wordt bijvoorbeeld vereist dat de socio-economische variabele op een intervallschaal voorgesteld kan worden.

In deze studie worden verschillende maten gebruikt. De verschillen in gezondheidsverwachting tussen de verschillende bestaande onderwijscategorieën wordt voorgesteld als een absoluut verschil in jaren en als een ratio van de verschillende gezondheidsverwachtingen. Het gaat hier dus om twee eenvoudige maten, een absoluut en een relatief verschil, die zich telkens beperken tot het effect van opleidingsniveau. Daarnaast worden ook deze verschillen in gezondheid berekend op basis van een regressiemethode, waarbij rekening gehouden werd met de relatieve grootte van de verschillende socio-economische groepen in onze maatschappij en hun relatieve positie in de hiërarchie.

### 3.5 Omzetting van absolute naar relatieve socio-economische status

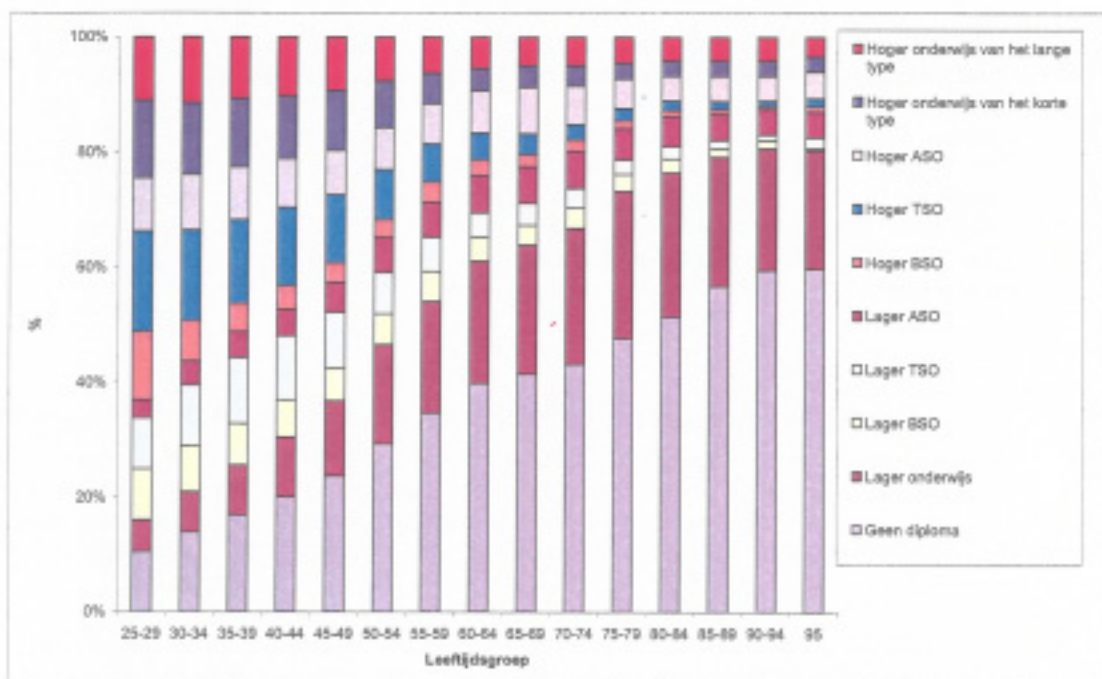
Het absoluut diploma houdt geen rekening met de relatieve grootte van de opleidingsgroepen, wat implicaties heeft voor de relatieve status van het diploma. Bijvoorbeeld: personen studeren tegenwoordig langer dan vroeger (Figuur 1 en Figuur 2) waardoor de socio-economische status die aan een bepaald diploma ontleend kan worden veranderd is.

Het opleidingssysteem in ons land verschilt bovendien op een paar punten van dat van andere landen, waardoor het moeilijk wordt internationale vergelijkingen te gaan maken.

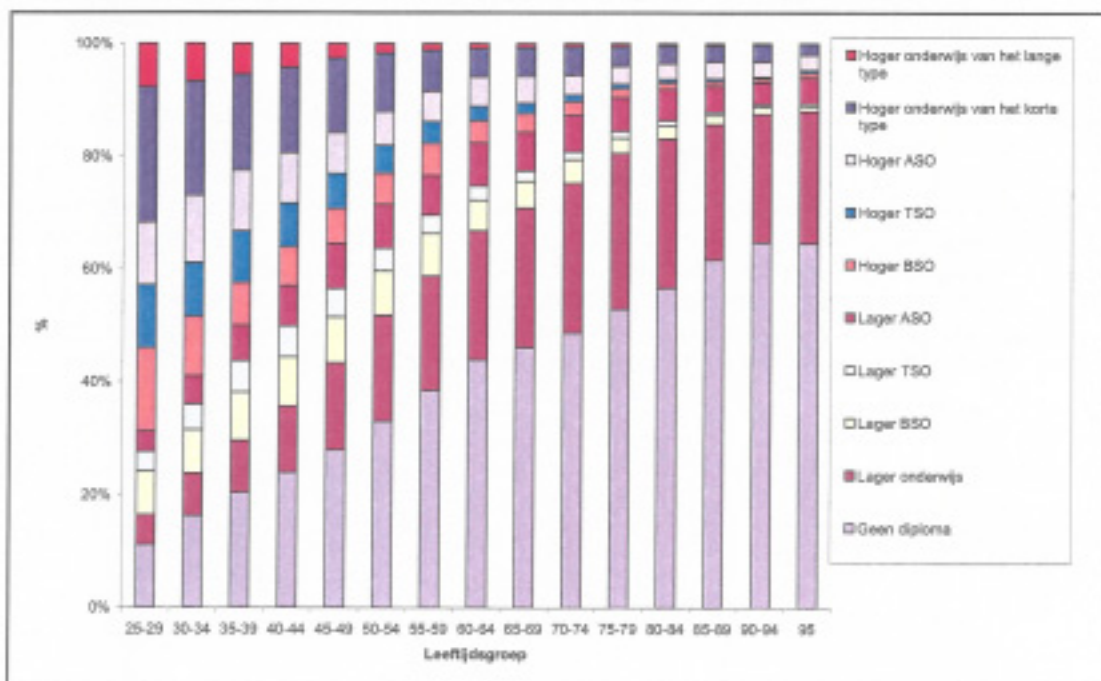
Deze problemen worden echter opgelost door middel van een methode waarbij een lineaire regressie toegepast wordt op de leeftijdsspecifieke prevalenties en de sterftekansen. Deze methode werd voor het eerste toegepast door Pamuk(3) en recent meer specifiek voor gezondheidsverwachting Sihvonon(80).

In Figuur 3 wordt de methode heel kort op een meer visuele manier uitgelegd. De onderste balk stelt de onderwijsverdeling van de bevolking voor een bepaalde cohorte voor. Elk blokje staat hierbij een opleidingscategorie voor. Het eerste blokje stelt bijvoorbeeld het percentage van de personen zonder diploma voor, het tweede het percentage personen met een diploma lager onderwijs, enz... . De categorieën worden vervolgens gerangschikt van lage naar hoge opleiding. Deze rangschikking is voor sommige opleidingscategorieën tamelijk arbitrair. Door het rangschikken wordt een schaal gaande van 0 tot 100% gevormd waarvan elke onderwijscategorie een aantal procenten in beslag neemt, proportioneel voor de bevolkingsgrootte.

Figuur 1 Onderwijsverdeling naar leeftijd (mannen, volkstelling 1991)

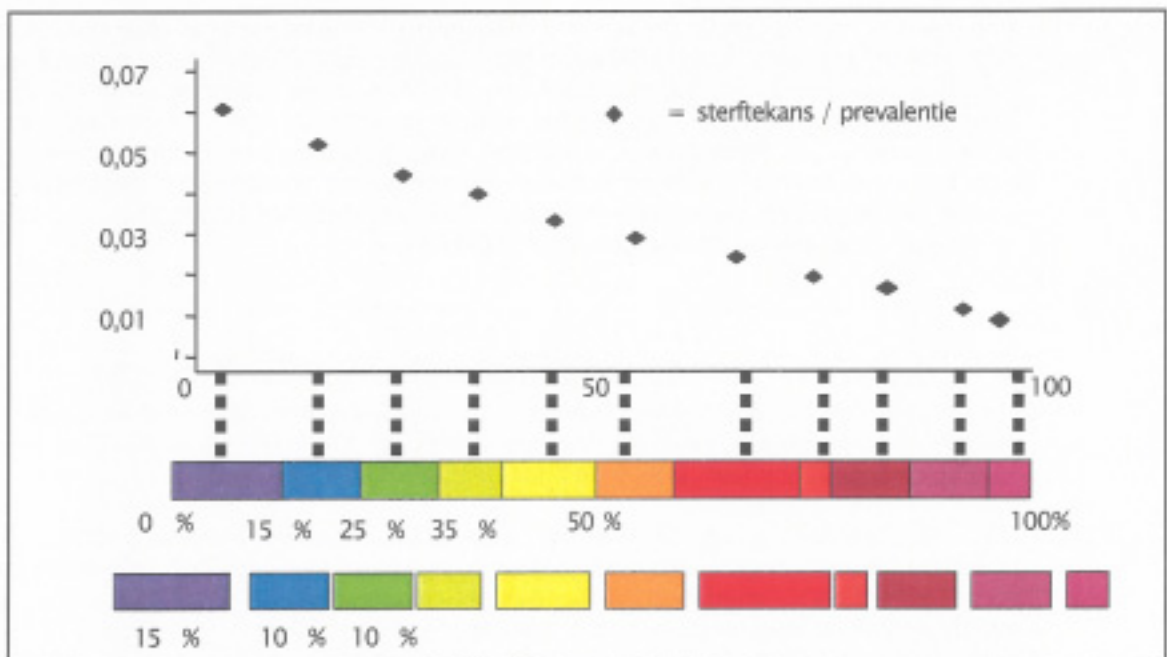


Figuur 2 Onderwijsverdeling naar leeftijd (vrouwen, volkstelling 1991)





Figuur 3 Regressiemethode voor cohorte I



Deze schaal kan gezien worden als een weergave van een socio-economische verdeling van de cohorte. Elke opleidingscategorie positioneert zich in het middelpunt van zijn rangorde. Voor de personen zonder diploma zijn in het voorbeeld de grenzen van deze rangorde 0 en 15%. Het midpunt van de range geeft telkens de rangorde binnen de schaal weer voor die opleidingscategorie. Op de schaal wordt deze rangorde voor de personen zonder diploma bijvoorbeeld weergegeven door het punt 7,5%.

Na het bepalen van de positie van elke opleidingscategorie binnen deze schaal, worden de sterftetekansen en prevalenties van die verschillende opleidingscategorieën voor die bepaalde cohorte in een grafiek uitgezet. De x-waarde van de sterftekans (of prevalentie) is telkens de positie van personen uit die opleidingscategorie op de socio-economische schaal. Tenslotte wordt een gewogen lineaire regressie toegepast op de 10 punten. De bekomen coëfficiënten maken het mogelijk om de sterftetekans (of prevalentie) voor elke positie op die schaal de sterftetekans te schatten. De twee extremen, positie 0 % en positie 100 %, komen dan overeen met de laagste en hoogste positie die in de maatschappij bereikt kan worden.

Die methode wordt herhaald voor elke cohorte en de geschatte sterftetekansen en prevalenties maken het mogelijk om de gezondheidsverwachting te berekenen voor elke positie binnen de sociale hiërarchie.

In de oudere cohorte zijn er opleidingsniveaus, vooral hogere, met weinig of zelfs geen personen. Daarom werd, ook in aansluiting tot de literatuur(80), enkel de gezondheidsverwachting naar het relatief opleidingsniveau berekend tot de leeftijd van 75 jaar.

## 4. Resultaten

---

Het doel van deze studie is de verschillen in gezondheidsverwachting naar een socio-economisch gradiënt, met name naar het hoogst bereikte diploma, te beschrijven. Specifieke gegevens in enkel mortaliteit of morbiditeit vallen buiten dit kader. Anderzijds brengt gezondheidsverwachting die opleidingsspecifieke sterftekansen en prevalenties samen. Om de bijdrage van de twee types gegevens aan de gezondheidsverwachting naar waarde te kunnen schatten, wordt daarom een zeer kort overzicht van enkele gevonden verschillen weergegeven. Voor een diepgaand onderzoek van deze verschillen verwijzen we naar andere studies(34,65,81).

### 4.1 Levensverwachting naar geslacht en opleidingsniveau

Op de leeftijd van 25 jaar hebben mannen nog een levensverwachting van 49,6 jaar en kunnen bijgevolg verwachten 74,6 jaar oud te worden. De levensverwachting bij vrouwen op 25 jaar is 55,9 jaar. Ze worden dus gemiddeld 80,9 jaar oud.

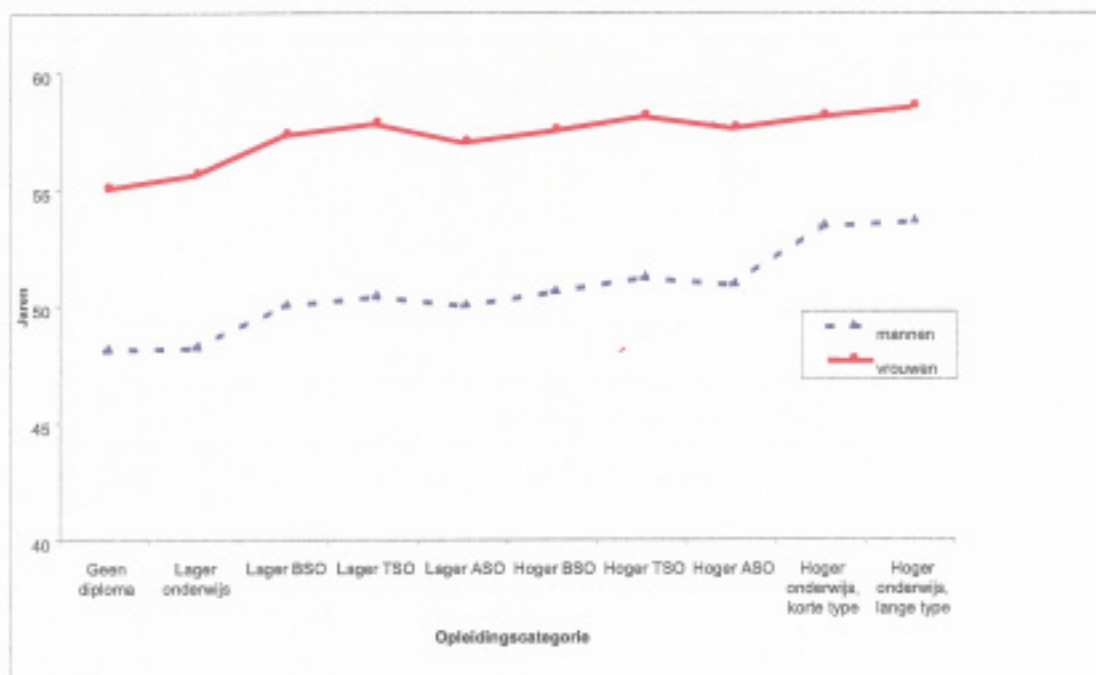
De levensverwachting op deze leeftijd naar opleidingsniveau neemt gradueel toe naarmate het opleidingsniveau stijgt (Figuur 4, bijlage:tabellen 21, 22). Enkel de categorieën lager ASO en hoger ASO hebben een levensverwachting die lager is dan die van de voorafgaande groep (respectievelijk lager en hoger TSO).

Om rekening te houden met de grootte van de verschillende socio-economische groepen en om te corrigeren voor het cohort effect, werd ook de levensverwachting naar het relatief onderwijsniveau berekend. In Tabel 4 wordt de levensverwachting weergegeven van de personen met de laagst (0%) en de hoogste mogelijke (100%) positie in de socio-economische hiërarchie. De populatie werd ook in drie groepen opgesplitst. De punten 17%, 50% en 83% stellen de gemiddelde levensverwachting van personen uit respectievelijk de laagste, de middelste en de hoogste socio-economische groep (bijlage:tabellen 25, 26).

Het verschil in partiële levensverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen mannen met de laagst en hoogst mogelijke positie op de sociale ladder bedraagt 3,6 jaar (43,0 jaar versus 46,6 jaar). De levensverwachting van mannen uit het laagste tertiel van de maatschappij is 43,6 jaar, uit het middelste tertiel 44,7 jaar en voor het hoogste tertiel 45,8 jaar. Het verschil in levensverwachting per tertiel bedraagt 1,1 jaar.



Figuur 4 Levensverwachting op 25 jaar naar opleidingsniveau, België, 1991-1996



Tabel 4 Partiële levensverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996

Relatieve positie in de opleidingshiërarchie	Mannen	Vrouwen
Positie 0% (laagst mogelijke positie)	43,0	46,5
Positie 17% (laagste tertiel)	43,6	46,8
Positie 50% (middelste tertiel)	44,7	47,2
Positie 83% (hoogste tertiel)	45,8	47,6
Positie 100% (hoogst mogelijke positie)	46,6	47,9

Bij vrouwen zijn de verschillen kleiner. Het verschil tussen de uitersten is 1,3 jaar; de levensverwachting van vrouwen uit het laagste tertiel is 46,8 jaar, uit het middelste tertiel 47,2 jaar en voor het hoogste tertiel 47,6 jaar. Het verschil in levensverwachting per tertiel bedraagt 0,4 jaar.

## 4.2 Prevalenties naar opleidingsniveau

De onderstaande tabellen geven de prevalenties voor de drie onderzochte gezondheidsuitkomsten - ervaren gezondheid, beperkingen en geestelijke gezondheid - naar leeftijd en geslacht. Uit tabel 5 en 6 blijkt dat de prevalentie van slechte ervaren gezondheid en van beperkingen stijgt met de leeftijd en voor nagenoeg elke leeftijdsgroep hoger is bij vrouwen.

**Tabel 5** Leeftijdsspecifieke prevalentie van slechte ervaren gezondheid naar geslacht, gezondheidsenquête 1997, België

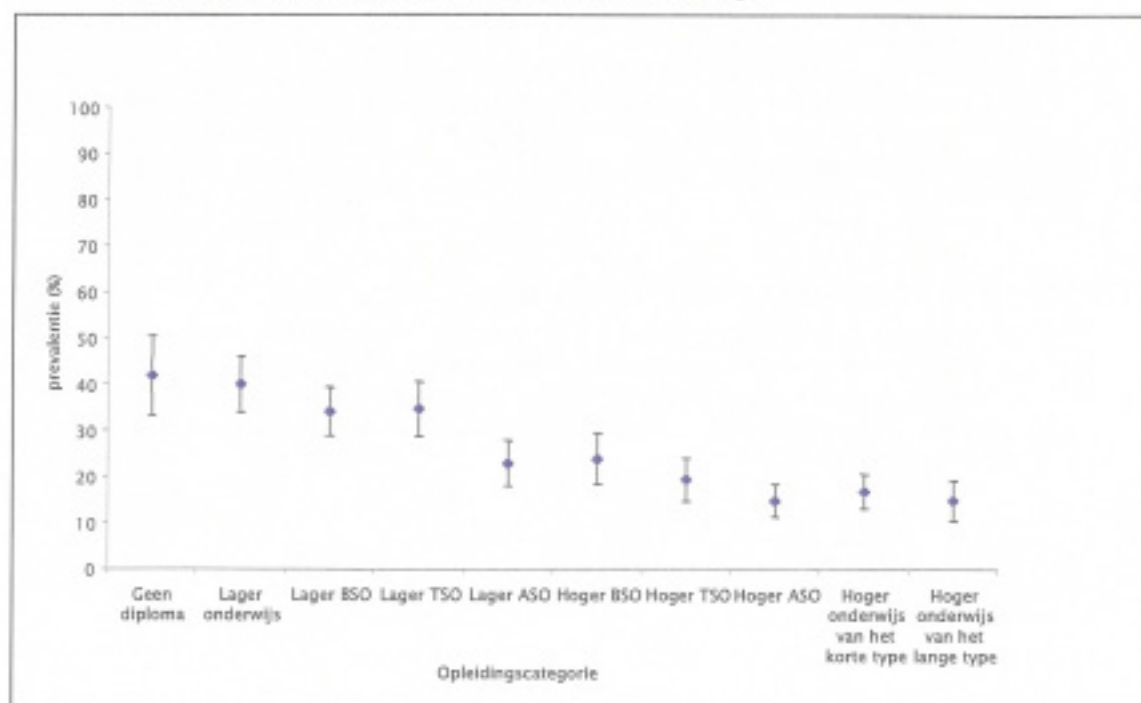
Leeftijdsgroepen	Mannen		Vrouwen	
	Prevalentie	95% B.I.	Prevalentie	95% B.I.
15-24	7,9	( 4,9-10,9)	9,9	( 6,5-13,2)
25-34	7,8	( 5,2-10,5)	12,2	( 9,4-15,0)
35-44	15,2	(11,7-18,6)	26,0	(21,6-30,3)
45-54	19,5	(15,4-23,5)	26,7	(21,8-31,7)
55-64	32,6	(25,7-39,5)	32,5	(25,4-39,5)
65-74	39,7	(31,9-47,5)	46,8	(39,5-54,1)
75 +	52,1	(43,0-61,3)	56,0	(46,7-65,4)

**Tabel 6** Leeftijdsspecifieke prevalentie van beperkingen naar geslacht, gezondheidsenquête 1997, België

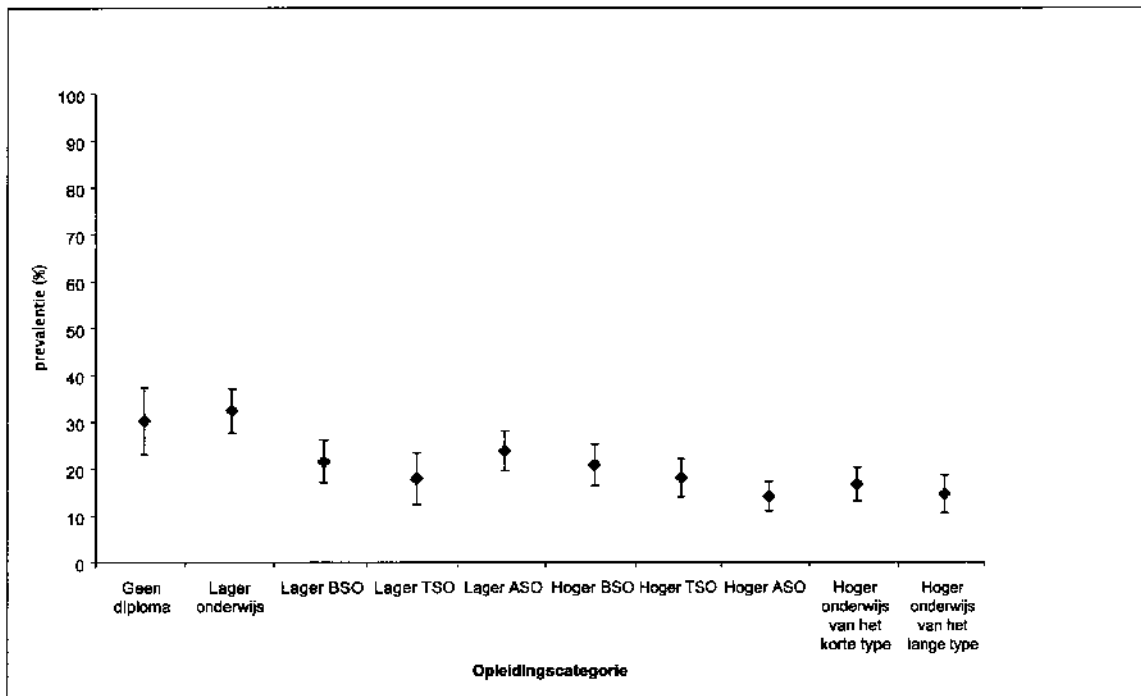
Leeftijdsgroepen	Mannen		Vrouwen	
	Prevalentie mannen	95% B.I.	Prevalentie vrouwen	95% B.I.
15-24	4,4	( 2,2- 6,7)	7,5	( 4,5-10,4)
25-34	6,2	( 3,9- 8,6)	7,5	( 5,2- 9,8)
35-44	7,9	( 5,2-10,5)	14,6	(10,9-18,2)
45-54	15,3	(11,6-19,0)	17,0	(12,6-21,4)
55-64	28,3	(21,4-35,1)	29,4	(22,1-36,6)
65-74	43,1	(34,7-51,5)	46,4	(39,0-53,9)
75 +	65,3	(56,6-74,0)	71,4	(63,3-79,5)

De prevalentie van slechte ervaren gezondheid en van beperkingen, varieert met het opleidingsniveau en is lager naarmate het onderwijsniveau hoger is. In tegenstelling tot de hogere levensverwachting zijn de prevalenties voor personen uit het TSO onderwijs niet systematisch lager dan voor personen uit het ASO. De prevalenties en de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen zijn afgebeeld in figuur 5 en 6.

**Figuur 5** Prevalentie van slechte ervaren gezondheid naar opleidingsniveau, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, met 95 % betrouwbaarheidsintervallen, gezondheidsenquête 1997, België



**Figuur 6 Prevalentie van lichamelijke beperkingen naar opleidingsniveau, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, met 95 % betrouwbaarheidsintervallen, gezondheidsenquête 1997, België**

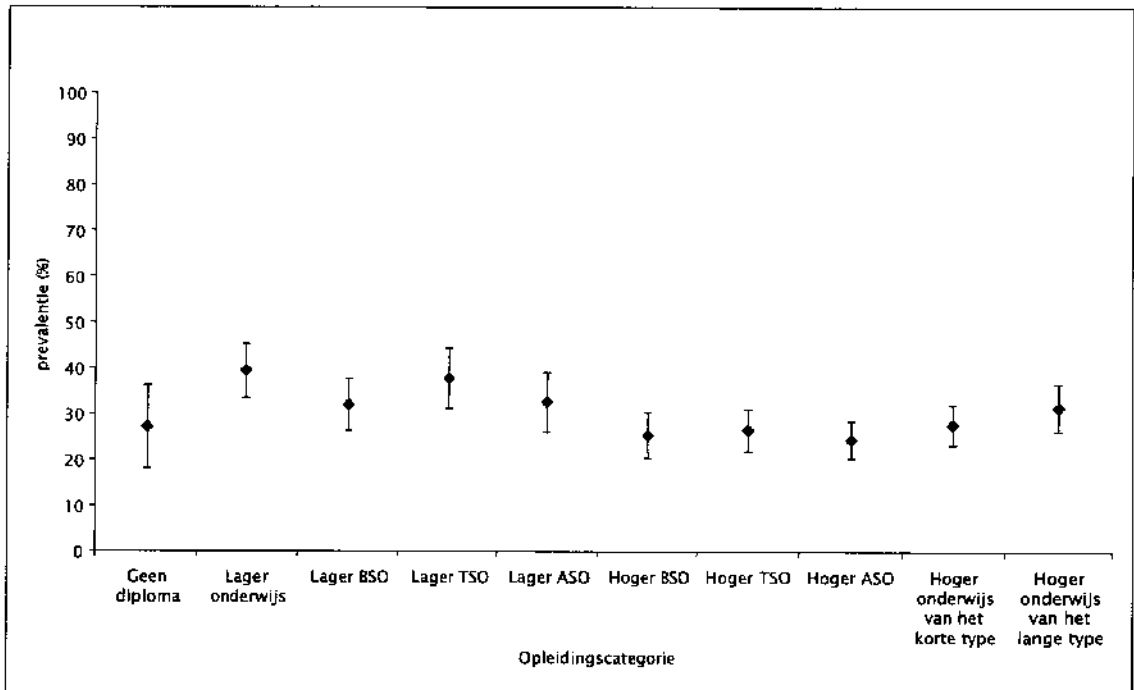


De prevalenties van slechte geestelijke gezondheid (GHQ score > 2), vertonen volgens de leeftijd een ander patroon. Uit de gezondheidsenquête blijkt dat er geen verband bestaat tussen leeftijd en het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen. De prevalenties liggen iets hoger bij vrouwen dan bij mannen, maar dit verschil blijkt maar voor twee leeftijdsgroepen (15-24 jaar en 65-74 jaar) significant te zijn (Tabel 7). Er is ook geen eenduidig verband met opleiding (Figuur 7). De lage prevalentie in de groep zonder diploma is mogelijk een artefact. Voor de andere opleidingsniveaus vertoont de prevalentie een U-vormige curve met de laagste prevalenties in het hoger secundair onderwijs.

**Tabel 7 Leeftijdsspecifieke prevalentie van slechte geestelijke gezondheid naar geslacht, gezondheidsenquête 1997, België**

Leeftijdsgroepen	Mannen		Vrouwen	
	Prevalentie	95% B.I.	Prevalentie	95% B.I.
15-24	24,4	(19,7-29,2)	41,1	(35,7-46,5)
25-34	28,3	(23,9-32,7)	33,5	(29,5-37,5)
35-44	30,6	(26,2-34,9)	38,4	(33,6-43,2)
45-54	24,7	(20,3-29,1)	34,0	(28,8-39,3)
55-64	24,0	(17,9-30,1)	29,9	(23,1-36,7)
65-74	22,0	(15,4-28,7)	36,4	(29,4-43,3)
75 +	22,0	(14,5-29,5)	35,1	(26,1-44,0)

**Figuur 7 Prevalentie van slechte geestelijke gezondheid naar opleidings-niveau, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, met 95 % betrouwbaarheidsintervallen, gezondheidsenquête 1997, België**



### 4.3 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid

De levensverwachting en gezondheidsverwachting is telkens berekend op basis van de huidige sterftetekansen (1991-1996) en prevalenties (1997), vanuit de veronderstelling dat deze niet veranderen in de loop van de tijd.

#### 4.3.1 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar geslacht

De levensverwachting in goede ervaren gezondheid op 25 jaar is 37,5 jaar bij mannen en 37,6 jaar bij vrouwen. Dit is respectievelijk 76% en 67% van de te verwachten levensjaren

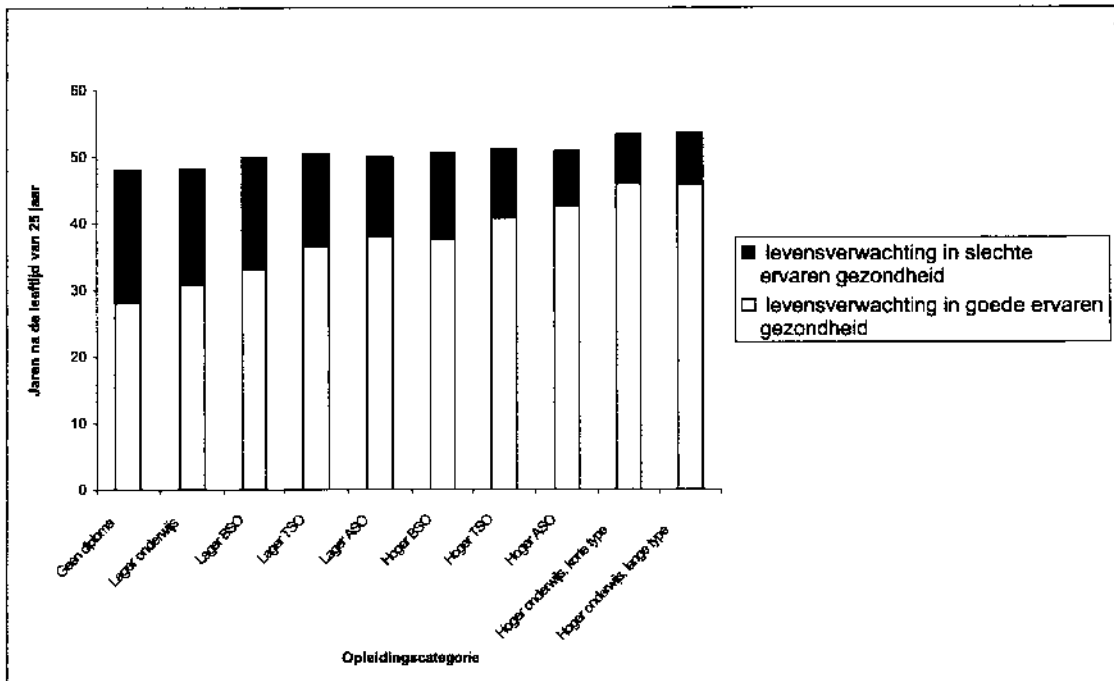
#### 4.3.2 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau

De levensverwachting in goede ervaren gezondheid is hoger bij de hogere opleidingscategorieën. Figuur 8 en 9 (bijlage:Tabellen 27-30) tonen aan dat in de regel zowel bij mannen als bij vrouwen het verschil in gezondheidsverwachting gradueel verloopt doorheen alle categorieën en dat ook de middengroepen systematisch een lagere gezondheidsverwachting hebben dan personen met een hogere opleiding.

De gezondheidsverwachting van mannen met ten hoogste een diploma lager ASO is duidelijk lager in vergelijking met mannen met ten minste een opleiding hoger ASO. Elke groep werd verder vergeleken met de groep hoger onderwijs van het lange type en het verschil is enkel voor de groepen hoger ASO en hoger onderwijs van het korte type niet significant ( $p > 0.05$ ).

Een vergelijking van de twee meest extreme groepen geeft een idee over de maximale grootte van de verschillen. Mannen van 25 jaar zonder diploma kunnen verwachten gemiddeld 73,1 jaar oud te worden. In die periode zullen ze hun gezondheid als goed te ervaren gedurende 28,1 jaar. Mannen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs van het lange type leven gemiddeld tot

**Figuur 8 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid op 25 jaar naar opleidingsniveau, mannen, België, 1991-1996/1997**

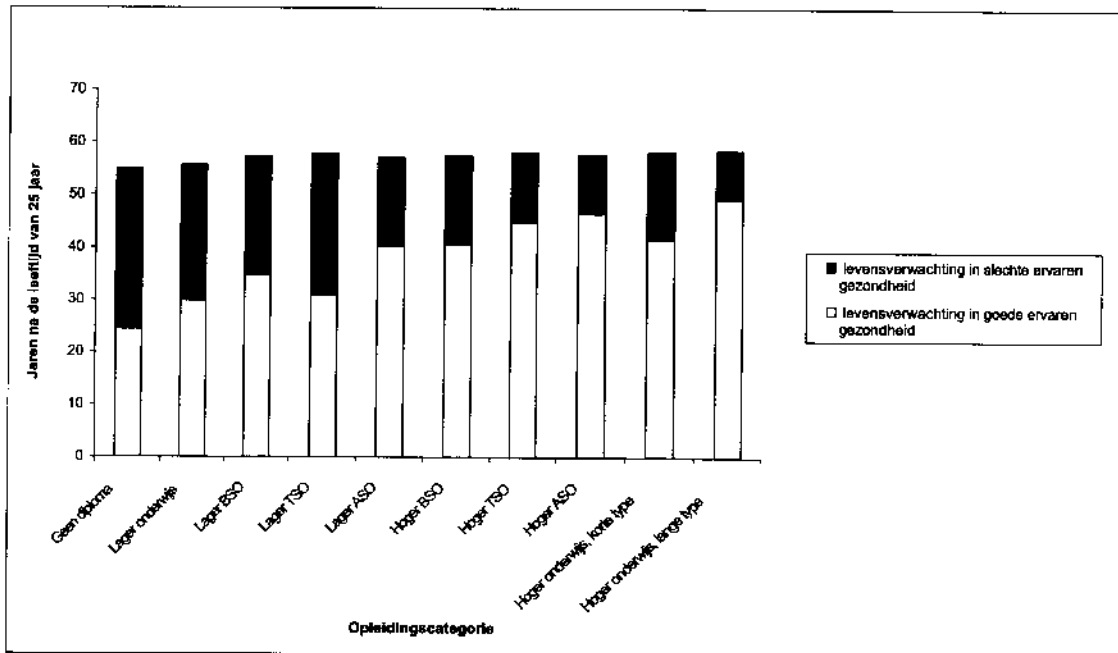


leeftijd 78,6 jaar en kunnen 45,9 jaar in goede gezondheid verwachten. Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de verschillende groepen kan bijgevolg tot 17,8 jaar oplopen. Dit verschil is duidelijk groter dan het verschil in levensverwachting, dat maximaal 5,5 jaar bedraagt.

Ook bij vrouwen stijgt de levensverwachting in goede ervaren gezondheid met stijgend opleidingsniveau. Twee categorieën vormen echter een uitzondering op het gradueel verloop, namelijk vrouwen met een diploma lager TSO en hoger onderwijs van het korte type. Bij deze vrouwen is de levensverwachting in goede ervaren gezondheid beduidend lager is dan die van de voorgaande opleidingsklasse (Figuur 9).

Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid is significant ( $p < 0,05$ ) tussen vrouwen met ten hoogste een diploma lager TSO enerzijds en vrouwen met tenminste een diploma hoger TSO anderzijds. Opmerkelijk is het significant verschil tussen de categorieën lager TSO en lager ASO. Vrouwen met een diploma van hoger onderwijs van het lange type hebben, met uitzondering van vrouwen met een diploma hoger TSO en hoger ASO, een significant hogere levensverwachting in goede ervaren gezondheid dan andere vrouwen.

**Figuur 9 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid op 25 jaar naar opleidingsniveau, vrouwen, België, 1991-1996/1997**



Vrouwen van 25 jaar zonder diploma leven gemiddeld tot leeftijd 80,0 jaar en mogen verwachten hun gezondheid 24,4 jaar als goed te ervaren. Vrouwen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs van het lange type kunnen verwachten gemiddeld 83,5 jaar oud te worden waarvan 49,1 jaar in goede ervaren gezondheid. Het grootste mogelijke verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleiding is bijgevolg 24,7 jaar, terwijl het verschil in levensverwachting hooguit 3,5 jaar bedraagt.

Een lagere opleiding blijkt in de regel niet alleen te leiden tot minder jaren in goede gezondheid, lager geschoolden kunnen daarnaast in de regel gedurende hun korter leven méér absolute jaren in slechte ervaren gezondheid verwachten dan hoger geschoolden (Figuur 8 en 9). Mannen zonder diploma kunnen tot meer dan 12 extra jaren in slechte ervaren gezondheid verwachten in vergelijking met mannen met een diploma hoger onderwijs. Bij vrouwen kan dit verschil tot 21,2 jaar bedragen tussen de twee extreme opleidingsgroepen. Het aantal absolute en relatieve jaren (Tabel 8) waarbij men de gezondheid als minder goed ervaart is in alle opleidingscategorieën groter bij vrouwen dan bij mannen. De verhouding levensverwachting in slechte ervaren gezondheid ten opzichte van de totale levensverwachting groter is bij laaggeschoolde personen. Deze proportie varieert tussen 41,6% en 13,9% bij mannen en tussen 55,6% en 16,1% bij vrouwen. Het verschil tussen de proporties is meer uitgesproken bij vrouwen.

**Tabel 8 Verhouding levensverwachting in slechte ervaren gezondheid ten opzichte van de totale levensverwachting op 25 jaar, België, 1991-1996/1997**

<i>Diploma</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>
Geen diploma	41,6%	55,6%
Lager onderwijs	36,1%	46,4%
Lager BSO	33,8%	39,4%
Lager TSO	27,6%	46,7%
Lager ASO	24,0%	29,3%
Hoger BSO	25,7%	29,6%
Hoger TSO	20,3%	22,7%
Hoger ASO	16,3%	19,3%
Hoger onderwijs, korte type	13,9%	28,4%
Hoger onderwijs, lange type	14,4%	16,1%

#### **4.3.3 Partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau**

Aangezien zowel de sterftekansen, de prevalenties van goede ervaren gezondheid als de levensverwachting in goede ervaren gezondheid een systematische gradiënt vertonen met het opleidingsniveau, kan de grootte van de verschillen in gezondheidsverwachting samengevat worden aan de hand van een door regressie bekomen maat. In het hoofdstuk 'Materiaal en Methoden' werden de voor- en nadelen van een dergelijke maat, die het verschil in gezondheidsverwachting naar relatieve scholingsgraad weergeeft, besproken.

De gezondheidsverwachting voor de hoogst en laagst mogelijke positie in de opleidingshiërarchie, en voor het laagste, middelste en hoogste tertiel van de bevolking werd berekend (Tabel 9).

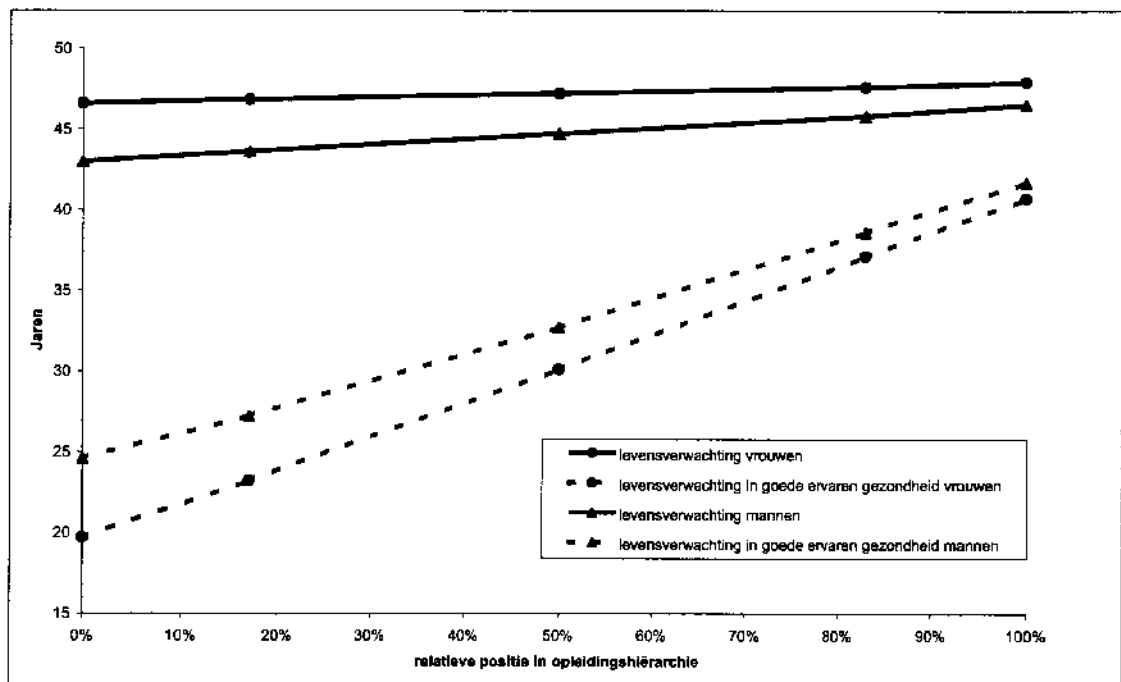
Het verschil in partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen personen met de laagst en hoogst mogelijke opleiding bedraagt 17,1 jaar bij mannen en 21 jaar bij vrouwen (Figuur 10, bijlage:Tabellen 33, 36). Dit verschil is veel groter dan het verschil in levensverwachting (respectievelijk 3,5 en 1,3 jaar). Bij mannen bedraagt het verschil per tertiel 5,5 jaar, bij vrouwen 6,9 jaar. Opmerkelijk is dat vrouwen ook op jongere leeftijd, dat wil zeggen voor ze de leeftijd van 75 jaar bereiken hebben, een geringere gezondheidsverwachting hebben dan mannen, ondanks de hogere levensverwachting.

Uit Figuur 10 blijkt dat er aanwijzingen zijn voor compressie van morbiditeit als het hoogst bereikte opleidingsniveau hoger wordt. De helling van de rechte die door deze 5 punten loopt is een maat voor de grootte van de onderlinge verschillen. De helling van de rechte die de verandering in de partiële levensverwachting weergeeft is steiler bij mannen (een verschil van 0,35 jaar per verschuiving van 10%) dan bij vrouwen (een verschil van 0,13 jaar per verschuiving van 10%) waaruit men kan concluderen dat er een grotere ongelijkheid in levensverwachting is bij mannen. De helling van de rechte die de verandering in de levensverwachting in goede gezondheid weergeeft is echter steiler bij vrouwen dan bij mannen (een verandering van respectievelijk 2,10 en 1,72 jaar per positieverandering van 10%) wat aangeeft dat de ongelijkheid in levensverwachting in goede ervaren gezondheid groter is bij vrouwen.

**Tabel 9 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997**

SES positie	Levensverwachting (LV)	LV in goede ervaren gezondheid	LV in slechte ervaren Gezondheid	Verloren Gezondheidsverwachting
<b>Mannen</b>				
Laagste positie	43	24,6	18,4	25,4
Laagste tertiaal	43,6	27,2	16,4	22,8
Middelste tertiaal	44,7	32,7	12	17,3
Hoogste tertiaal	45,8	38,6	7,2	11,4
Hoogste positie	46,5	41,7	4,8	8,3
<b>Vrouwen</b>				
Laagste positie	46,6	19,7	26,9	30,3
Laagste tertiaal	46,8	23,2	23,6	26,8
Middelste tertiaal	47,2	30,1	17,1	19,9
Hoogste tertiaal	47,6	37,1	10,5	12,9
Hoogste positie	47,9	40,7	7,2	9,3

**Figuur 10 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau (België, 1991-1996/1997)**



Sihvonen(80) berekende, volgens het relatief opleidingsniveau, voor Noorwegen en Finland eveneens de partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar. De sterftkansen en prevalenties werden bekomen op gelijkaardige wijze en de gezondheidsuitkomst werd bevraagd aan de hand van een quasi identieke vraag als in dit onderzoek. Daarom werden zowel de absolute als de relatieve verschillen voor een aantal aspecten van de gezondheidsverwachting vergeleken met de resultaten uit Noorwegen en Finland. De vergelijking van de grootteorde van de in dit rapport besproken resultaten met deze van de andere landen is een vorm van externe validatie

Zowel voor mannen (Tabel 10) als vrouwen (Tabel 11) geldt dat het absoluut verschil in aantal verloren levensjaren, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen de personen met de hoogst mogelijke en de laagst mogelijke positie binnen de opleidingshiërarchie lager is in Bel-



gië (3,2 jaar bij mannen en 1,2 jaar bij vrouwen) dan in Noorwegen (respectievelijk 3,7 jaren en 1,5 jaren) en vooral Finland (respectievelijk 5,0 jaren en 1,7 jaren). Het relatief verschil in verloren levensjaren tussen de twee extremen is in de drie landen bij mannen ongeveer even groot, namelijk 1,9 in België en 2,1 in Noorwegen en Finland. Het relatief verschil was bij vrouwen 1,6 in België, 1,8 in Finland en 1,8 in Noorwegen.

Zijn de absolute verschillen in mortaliteit hoger in Finland, bij de vergelijking van de morbiditeit komt een ander patroon tevoorschijn. De gezondheidstoe-

**Tabel 10 Vergelijking verloren gezondheidsverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar bij mannen in België, Noorwegen en Finland (79)**

Mannen		Verloren levensjaren	LV in slechte ervaren gezondheid	Verloren LV in goede ervaren gezondheid	Verloren gezond levenspercentage
België	verschil	3,2 jaar	13,8 jaar	17,0 jaar	32,7%
	ratio	1,9	3,9	3,0	4,2
Finland	verschil	5,0 jaar	9,6 jaar	14,6 jaar	27,7%
	ratio	2,1	1,6	1,7	1,8
Noorwegen	verschil	3,7 jaar	11,3 jaar	15,0 jaar	27,1%
	ratio	2,1	3,9	3,0	4,3

**Tabel 11 Vergelijking verloren gezondheidsverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar bij vrouwen in België, Noorwegen en Finland (79)**

Vrouwen		Verloren Levensjaren	LV in slechte ervaren Gezondheid	Verloren LV in goede ervaren gezondheid	Verloren gezond levenspercentage
België	verschil	1,2 jaar	19,8 jaar	21,0 jaar	42,8%
	ratio	1,6	3,8	3,3	3,9
Finland	verschil	1,7 jaar	11,4 jaar	13,2 jaar	26,1%
	ratio	1,8	1,7	1,7	1,7
Noorwegen	verschil	1,5 jaar	13,3 jaar	14,8 jaar	29,0%
	ratio	1,7	3,7	3,1	3,9

stand van de verschillende socio-economische groepen werd aan de hand van drie aan de gezondheidsverwachting verwante indicatoren gemeten, namelijk de levensverwachting in slechte ervaren gezondheid, de verloren gezondheidsverwachting en het verloren gezonde levenspercentage. De absolute verschillen zijn telkens iets hoger in België dan in Noorwegen, dat op zijn beurt weer grotere absolute verschillen heeft dan Finland. De relatieve verschillen in gezondheidsverwachting in België zijn telkens van dezelfde grootteorde als in Noorwegen en gevoelig groter dan in Finland.

## 4.4 Levensverwachting zonder beperkingen

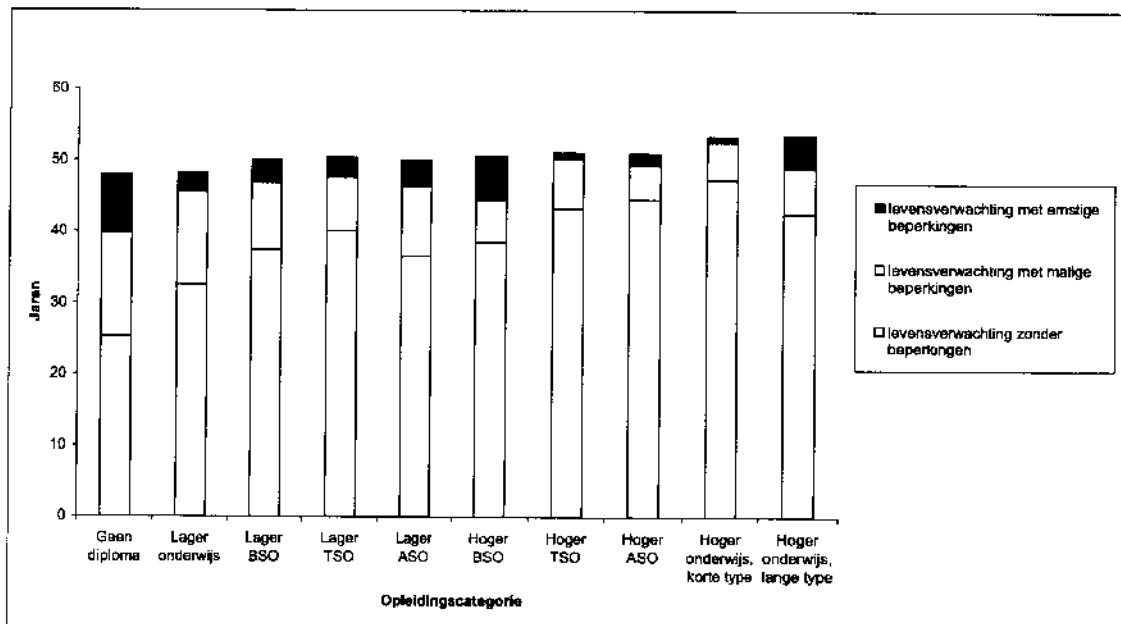
### 4.4.1 Levensverwachting zonder beperkingen naar geslacht

De levensverwachting zonder beperkingen op 25 jaar is 38,1 jaar bij mannen en 39,0 jaar bij vrouwen. Dit is respectievelijk 77% en 70% van de levensverwachting op deze leeftijd.

### 4.4.2 Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau

Bij mannen stijgt ook de levensverwachting zonder beperkingen met toenemend opleidingsniveau, maar niet zo systematisch als de levensverwachting in goede ervaren gezondheid. De levensverwachting zonder beperkingen bij vrouwen vertoont geen consistente stijging met stijgend opleidingsniveau. Er zijn wel duidelijke verschillen tussen bepaalde categorieën op te merken (bijlage:Tabellen 37-42).

**Figuur 11 Levensverwachting zonder beperkingen op 25 jaar naar opleidingsniveau, mannen, België, 1991-1996/1997**



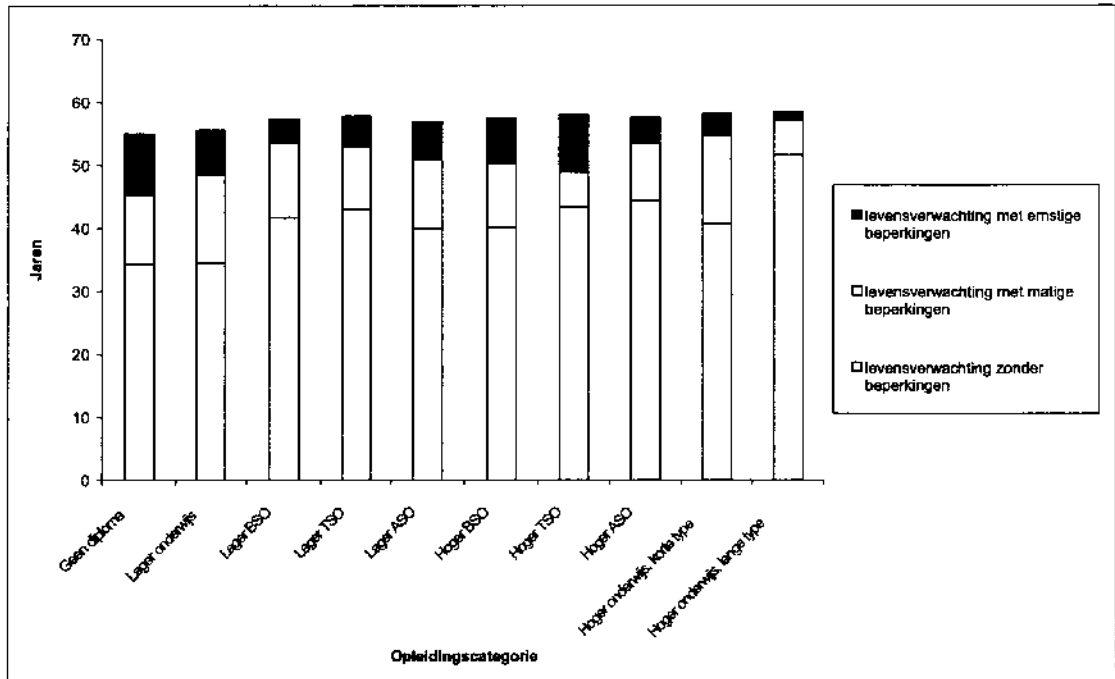
Met uitzondering voor de categorie lager TSO, is de levensverwachting zonder beperkingen significant verschillend tussen mannen die hoogstens een diploma lager secundair onderwijs behaalden enerzijds en mannen met tenminste een diploma hoger ASO anderzijds (Figuur 11).

Opmerkelijk is dat binnen de hoogste opleidingscategorieën ook nog significante verschillen bestaan. Mannen met een diploma hoger onderwijs van het korte type hebben een significant hogere levensverwachting zonder beperkingen dan mannen met een diploma hoger onderwijs van het lange type.

De meest extreme groepen werden met elkaar vergeleken om een idee te krijgen over de maximale grootte van de verschillen. Mannen van 25 jaar zonder diploma kunnen verwachten gemiddeld 73,1 jaar oud te worden en 25,3 jaar zonder beperkingen door te brengen. Mannen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs van het korte type leven gemiddeld tot leeftijd 78,4 jaar en kunnen gemiddeld 47,3 jaar zonder lichamelijke beperkingen verwachten. Het verschil in levensverwachting zonder beperkingen tussen de onderlinge groepen kan bijgevolg tot 22 jaar oplopen, een veel groter verschil dan het maximaal verschil in levensverwachting (5,5 jaar).

Vrouwen aan de uiteinden van de opleidingshiërarchie onderscheiden zich duidelijk van de middengroep. De vrouwen die hoogstens een diploma lager onderwijs behaalden hebben een significant lagere levensverwachting zonder beperkingen dan vrouwen met tenminste een diploma van hoger TSO. Vrouwen met een diploma van hoger onderwijs van het lange type hebben een significant hogere levensverwachting dan alle andere groepen (Figuur 12).

**Figuur 12 Levensverwachting zonder beperkingen op 25 jaar naar opleidingsniveau, vrouwen, België, 1991-1996/1997**



Vrouwen van 25 jaar zonder diploma leven gemiddeld tot leeftijd 80 jaar en mogen 34,3 jaar zonder beperkingen verwachten. Vrouwen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs van het lange type kunnen verwachten gemiddeld 83,5 jaar oud te worden waarvan 51,6 levensjaren zonder beperkingen. Het grootst mogelijke verschil is bijgevolg 17,3 jaar, in vergelijking met een verschil in levensverwachting van 3,5 jaar.

Verder kunnen laaggeschoolden in hun korter leven ook een groter aantal jaren met beperkingen verwachten. Deze jaren werden opgesplitst in jaren met matige beperkingen en jaren met ernstige beperkingen. Er kan echter geen duidelijk lineaire trend naar opleiding gevonden worden in het te verwachten aantal jaren met matige beperkingen en met ernstige beperkingen afzonderlijk.

Bij mannen (Figuur 11) varieert het aantal jaren met matige beperkingen tussen 14,6 jaar (geen diploma) en 4,8 jaar (hoger ASO). Het verschil in jaren met ernstige beperkingen varieert tussen 8,1 (geen diploma) en 0,8 jaar (hoger onderwijs van het korte type). Mannen zonder diploma zijn dus sterk benadeeld wat het aantal jaren met beperkingen betreft. Vooral het aantal jaar met ernstige beperkingen ligt veel hoger dan voor de andere groepen.

Het aantal jaren met ernstige beperkingen ligt beduidend hoger bij vrouwen dan bij mannen. Ook bij vrouwen werd geen duidelijk verband tussen opleiding en het te verwachten aantal jaren met matige en ernstige beperkingen gevonden (Figuur 12). Het aantal jaren met matige beperkingen varieert tussen 5,5 (hoger TSO) en 14,1 jaar (lager onderwijs); het aantal jaren met ernstige beperkingen varieert tussen 9,7 (lager onderwijs) en 1,3 jaar (hoger onderwijs van het lange type).

Laaggeschoolde personen brengen een aanzienlijk groter deel van hun leven met beperkingen door. Dit aandeel varieert tussen 47,4% en 11,4% bij mannen en tussen 37,9% en 11,8% bij vrouwen (Tabel 12). De verdeling is bijzonder ongunstig voor mannen zonder diploma in vergelijking met de andere mannen. Het laagste percentage van de levensverwachting met beperkingen wordt geobserveerd bij vrouwen met een diploma hoger onderwijs van het lange type.

#### 4.4.3 Partiële levensverwachting zonder beperkingen, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau

Het verschil in partiële levensverwachting zonder beperkingen, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen personen met de laagst en hoogst mogelijke opleiding bedraagt 15,1 jaar bij mannen en 12,5 jaar bij vrouwen. Bij mannen bedraagt het verschil per tertiel 5,0 jaar en bij vrouwen 4,2 jaar (Tabel 13, bijlage:Tabellen 51, 54, 57, 60, 63, 66).

**Tabel 12 Verhouding levensverwachting met beperkingen ten opzichte van de levensverwachting op 25 jaar, België, 1991-1996/1997**

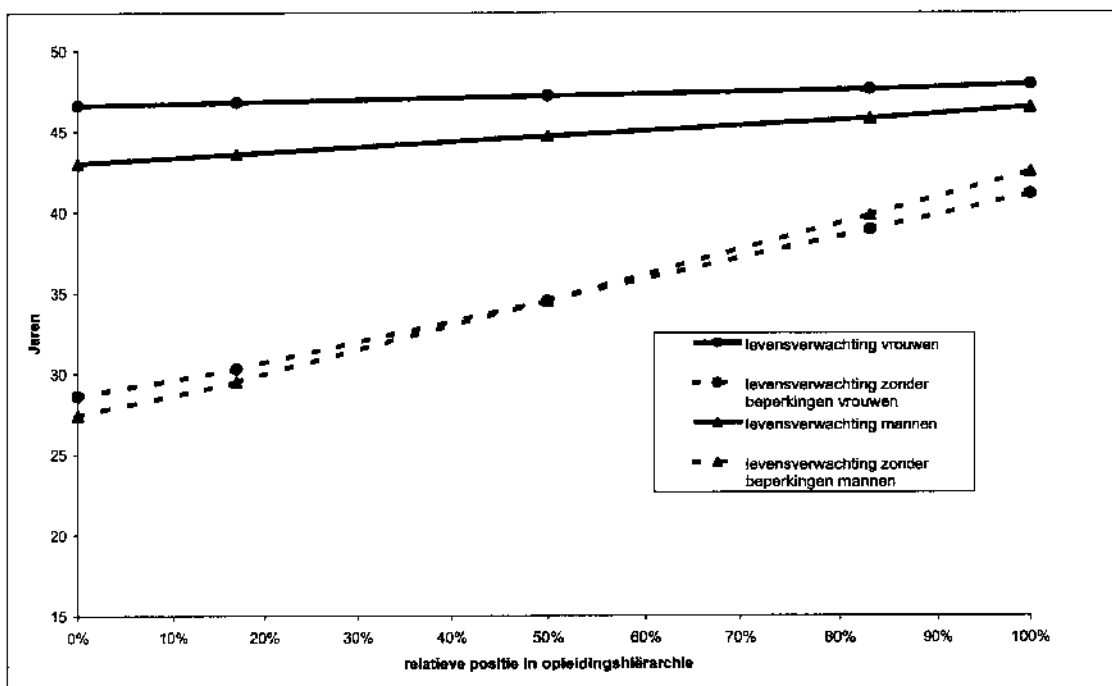
<i>Diploma</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>
Geen diploma	47,4%	37,6%
Lager onderwijs	32,6%	37,9%
Lager BSO	25,2%	27,2%
Lager TSO	20,4%	25,4%
Lager ASO	27,0%	29,8%
Hoger BSO	23,9%	30,3%
Hoger TSO	15,4%	25,3%
Hoger ASO	12,6%	22,9%
Hoger onderwijs, korte type	11,4%	29,9%
Hoger onderwijs, lange type	20,7%	11,8%

**Tabel 13 Levensverwachting zonder beperkingen, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997**

<i>SES positie</i>	<i>Levensverwachting (LV)</i>	<i>LV in goede ervaren gezondheid</i>	<i>LV in slechte ervaren Gezondheid</i>	<i>Verloren Gezondheidsverwachting</i>
<b>Mannen</b>				
Laagste positie	43,0	27,4	15,8	22,6
Laagste tertiel	43,6	29,5	14,0	20,5
Middelste tertiel	44,7	34,5	10,2	15,5
Hoogste tertiel	45,8	39,8	6,0	10,2
Hoogste positie	46,5	42,5	3,9	7,5
<b>Vrouwen</b>				
Laagste positie	46,6	28,6	18,4	21,4
Laagste tertiel	46,8	30,3	16,6	19,7
Middelste tertiel	47,2	34,5	12,7	15,5
Hoogste tertiel	47,6	38,9	8,8	11,1
Hoogste positie	47,9	41,1	6,9	8,9

Opnieuw blijkt dat er aanwijzingen zijn voor compressie van morbiditeit als het opleidingsniveau hoger wordt (Figuur 13). De helling van de rechte die de verandering in de levensverwachting zonder beperkingen weergeeft is iets steiler bij mannen dan bij vrouwen (een verandering van respectievelijk 1,53 en 1,27 jaar per positieverandering van 10 %) wat aangeeft dat de ongelijkheid in levensverwachting zonder beperkingen iets groter is bij mannen.

**Figuur 13 Partiële levensverwachting zonder beperkingen op 25 jaar naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997**



## 4.5 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid

### 4.5.1 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar geslacht

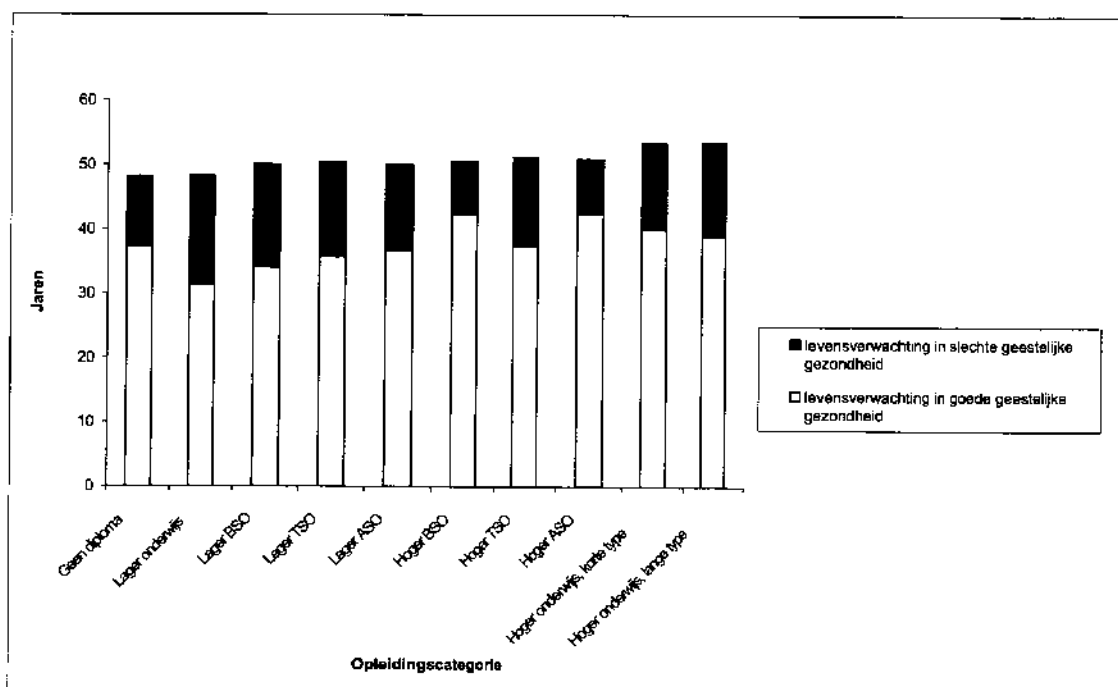
De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid op 25 jaar is 36,9 jaar bij mannen en 36,6 jaar bij vrouwen. Gegeven de levensverwachting is dit respectievelijk 74% en 66% van de levensduur na de leeftijd van 25 jaar.

### 4.5.2 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau

De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid op de leeftijd van 25 jaar vertoont eerder een U-vormige dan een lineaire relatie met het opleidingsniveau (bijlage:Tabellen 67-70). De hoogste gezondheidsverwachting wordt vastgesteld bij personen met een diploma van het hoger secundair onderwijs. De personen zonder diploma vormen hierop een uitzondering. Ze hebben relatief een hoge levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. Dit is mogelijks te wijten aan een artefact.

Bij mannen is de U-vormige relatie duidelijk terug te vinden (Figuur 14). Mannen met een diploma hoger ASO hebben de hoogste levensverwachting in goede geestelijke gezondheid en die is significant hoger dan voor mannen met ten hoogste een diploma lager secundair onderwijs. Mannen met een diploma lager onderwijs hebben de laagste levensverwachting in goede geestelijke gezondheid en die is significant lager dan bij mannen met tenminste een diploma lager ASO. Het verschil in levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de verschillende groepen kan tot 11,1 jaar bedragen.

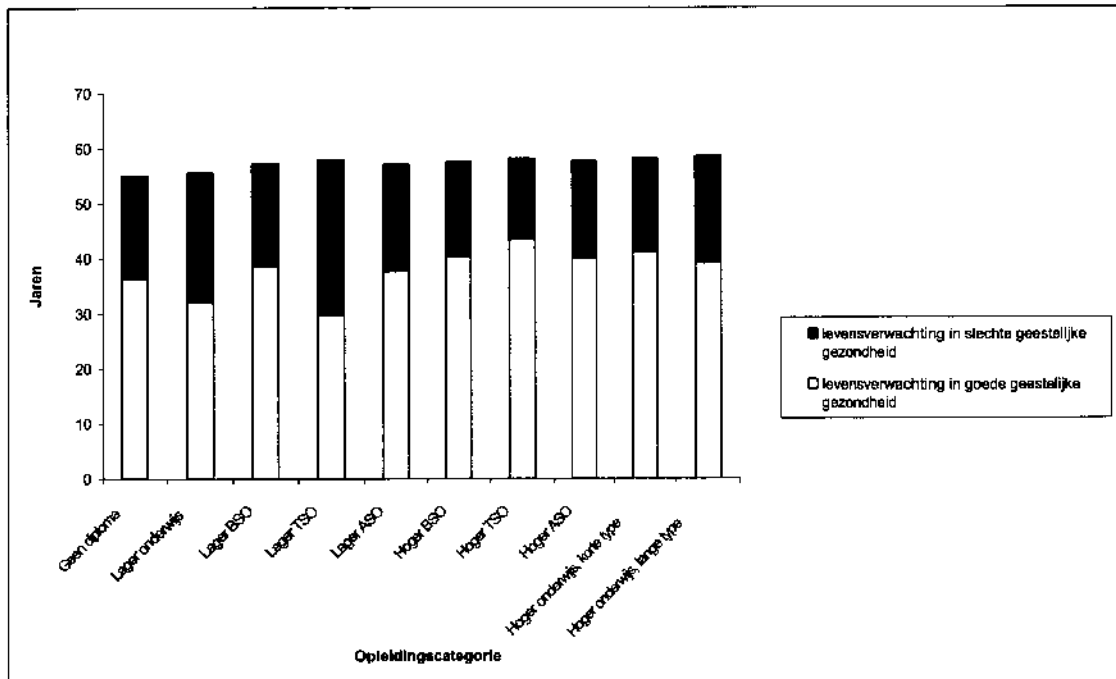
**Figuur 14** Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid op 25 jaar, mannen, België, 1991-1996/1997



Ook bij vrouwen wordt de U-vormige relatie tussen opleiding en geestelijke gezondheid teruggevonden (Figuur 15). Vrouwen met een diploma lager TSO vormen echter een uitzondering binnen de reeks en hebben in verhouding een zeer lage levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. Er is een significant verschil met de andere

vrouwen die tenminste een diploma van het secundair onderwijs behaald hebben. De hoogste levensverwachting in goede geestelijke gezondheid treft men aan in de categorie hoger TSO. Deze gezondheidsverwachting is significant verschillend van die van vrouwen met een diploma lager onderwijs en lager TSO. Het maximaal verschil is 13,7 jaar. Het is opvallend dat het diploma hoger TSO bij vrouwen gepaard gaat met een zeer hoge en bij mannen met een lage levensverwachting in goede geestelijke gezondheid.

**Figuur 15 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid op 25 jaar, vrouwen, België, 1991-1996/1997**



Mannen met een diploma lager onderwijs hebben niet alleen het laagst aantal gezonde jaren, ze hebben het hoogst absoluut aantal jaren in slechte geestelijke gezondheid, tot 8,6 jaar meer dan mannen met een ander diploma. Vrouwen met een diploma lager TSO kunnen het hoogste aantal jaren in slechte geestelijke gezondheid verwachten, namelijk tot 13,4 jaar meer dan vrouwen met een ander diploma.

De verhouding levensverwachting in slechte geestelijke gezondheid ten opzichte van de totale levensverwachting op 25 jaar is ook het laagst in diezelfde opleidingscategorieën en varieert tussen 35,1% en 16,4% bij mannen en tussen 48,6% en 25,3 % bij vrouwen (Tabel 14).

**Tabel 14 Verhouding levensverwachting in slechte geestelijke gezondheid ten opzichte van de totale levensverwachting op 25 jaar, België, 1991-1996/1997**

<i>Diploma</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>
Geen diploma	22,5%	33,8%
Lager onderwijs	35,1%	42,4%
Lager BSO	31,8%	32,6%
Lager TSO	29,2%	48,6%
Lager ASO	26,6%	33,9%
Hoger BSO	16,4%	30,1%
Hoger TSO	27,0%	25,3%
Hoger ASO	16,7%	30,7%
Hoger onderwijs, korte type	25,1%	29,3%
Hoger onderwijs, lange type	27,2%	33,2%

#### 4.5.3 Partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau

Het verschil in partiële levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen personen met de laagst en hoogst mogelijke opleiding bedraagt 5,2 jaar bij mannen en 5,9 jaar bij vrouwen. Bij mannen bedraagt het verschil per tertiaal 1,7 jaar en bij vrouwen 1,9 jaar (Tabel 15, bijlage:Tabellen 73,76).

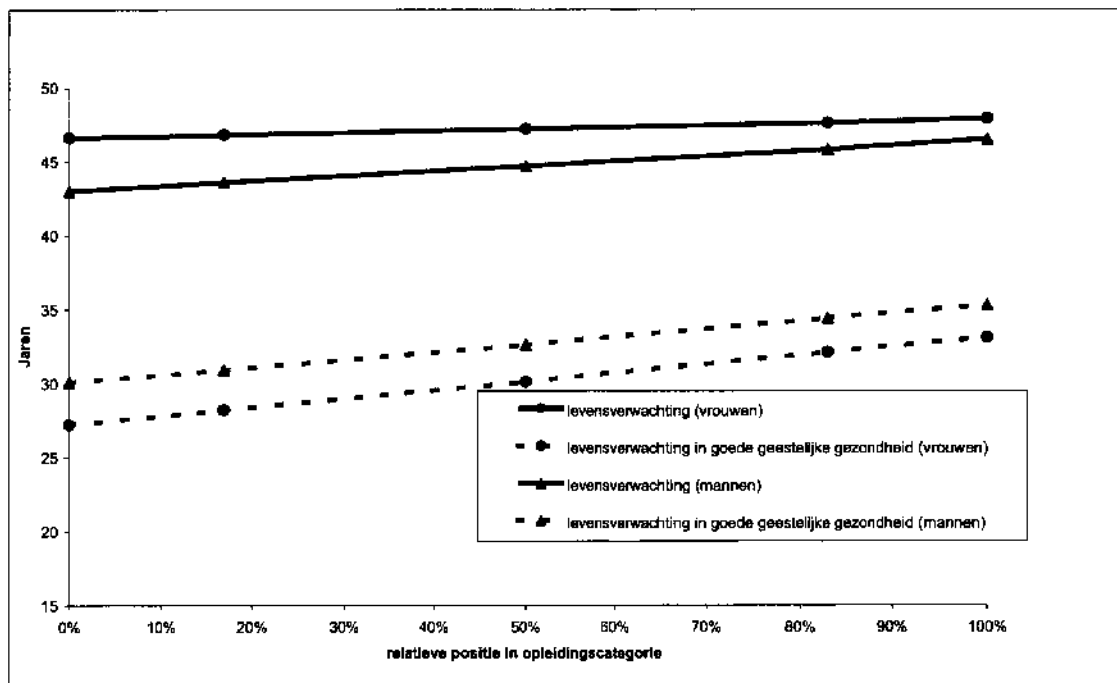
Terug zijn er aanwijzingen voor compressie van morbiditeit als het opleidingsniveau hoger wordt (Figuur 16). De helling van de rechte die de toename van de partiële levensverwachting weergeeft is steiler bij mannen dan bij vrouwen (respectievelijk 0,35 jaar en 0,13 jaar per verschuiving van 10%). De helling van de rechte die de verandering in de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid weergeeft is ongeveer even groot bij vrouwen als bij mannen (respectievelijk 0,59 en 0,52 jaar per positieverandering van 10%). Dit geeft aan dat de ongelijkheid in levensverwachting in goede geestelijke gezondheid nagenoeg even groot is bij vrouwen als bij mannen, maar dat de compressie meer uitgesproken is bij vrouwen.

**Tabel 15 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997**

<i>SES positie</i>	<i>Levensverwachting (LV)</i>	<i>LV in goede ervaren gezondheid</i>	<i>LV in slechte ervaren Gezondheid</i>	<i>Verloren Gezondheidsverwachting</i>
<b>Mannen</b>				
Laagste positie	43,0	30,1	12,9	19,9
Laagste tertiaal	43,6	30,9	12,7	19,1
Middelste tertiaal	44,7	32,6	12,1	17,7
Hoogste tertiaal	45,8	34,4	11,4	15,6
Hoogste positie	46,5	35,3	11,2	14,4
<b>Vrouwen</b>				
Laagste positie	46,6	27,2	19,4	22,8
Laagste tertiaal	46,8	28,2	18,6	21,8
Middelste tertiaal	47,2	30,1	17,1	19,9
Hoogste tertiaal	47,6	32,1	15,5	17,9
Hoogste positie	47,9	33,1	14,8	16,9



**Figuur 16** Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997



## 5. Discussie

---

### 5.1 Informatieve waarde van de basisgegevens

Relevante conclusies voor het beleid zijn pas mogelijk als de basisgegevens waaruit de samengestelde indicator berekend werd voldoende recent zijn. In deze studie voldoen zowel de sterftekansen (1991-1996) als de prevalenties (1997) aan die voorwaarde.

De totale bevolking draagt bij tot het bepalen van de sterftekansen volgens opleidingsniveau. De prevalenties werden verkregen aan de hand van de gezondheidsenquête 1997, waarbij in totaal 0,1% van de bevolking ondervraagd werd. In dit onderzoek wordt de gezondheidsverwachting naar het hoogst bereikte opleidingsniveau bepaald voor mannen en vrouwen van 25 jaar en ouder en dus voor het grootste gedeelte van de bevolking. De dimensie opleiding heeft als voordeel dat de informatie gekend is voor de overgrote meerderheid van de ondervraagde personen en relatief stabiel blijft in de loop van de tijd.

Een belangrijke beperking in de data blijft het feit dat de gezondheidsenquête, in tegenstelling tot de opzet, duidelijk de geïnstitutionaliseerde populatie niet in voldoende mate heeft bereikt. Dit probleem werd in het kader van deze oefening niet in rekening gebracht en de beperkingen van de verschillende aannames met betrekking tot de associatie socio-economische positie en gezondheid werden besproken. De mortaliteitsgegevens hebben als voornaamste beperking dat de personen met ongekend onderwijsniveau, die tevens een hoge mortaliteit kennen, niet opgenomen zijn in deze studie.

Zowel de informatie over mortaliteit als morbiditeitsgegevens zijn op het individueel niveau gekoppeld aan de socio-economische toestand. De sterftekansen zijn bovendien bekomen aan de hand van een longitudinaal onderzoek. Deze twee factoren verhogen de interne validiteit. Ook het feit dat niet minder dan tien homogene opleidingscategorieën gebruikt werden draagt bij tot de interne validiteit. In andere studies gebruikte men minder onderwijsklassen die niet zo homogeen waren.

De gebruikte indeling heeft echter ook zijn beperking, voornamelijk met respect tot de relatieve methode. Aangenomen wordt dat zowel voor het lager secundair onderwijs als het hoger secundair onderwijs de richting ASO de hoogste rang krijgt. In een rangorde van het hoogst bereikte diploma kan dit fout zijn gezien deze twee opleidingen in principe geen eindexamen mogen geven. Ze bereiden voor tot een hogere opleiding.

De precisie van de sterftecijfers, die het resultaat zijn van een 5 jaar follow-up van de totale bevolking, is veel groter dan die van de gezondheidsenquête waar slechts 0,1% van de totale bevolking, werd bevraagd. Daarom werd voor het berekenen van de variantie van de gezondheidsverwachting enkel de onzekerheid rond de prevalenties in rekening gebracht.

### 5.2 De indicator gezondheidsverwachting

Gezondheid is een zeer ruim concept en kan naargelang de interpretatie op uiteenlopende manieren gemeten worden. Het bestuderen van de verschillende dimensies in gezondheid laat toe een dieper inzicht in de gezondheid van de populatie te bekomen. In dit onderzoek werd voor 3 gezondheidsuitkomsten de gezondheidsverwachting berekend: 1) de ervaren gezondheid omdat het, onafhankelijk van de objectieve gezondheid, een belangrijke predictor is van mortaliteit en morbiditeit(76), 2) de mentale gezondheid, omdat het een essentiële component is van de algemene gezondheid en in de komende jaren één van de belangrijkste thema's in volksgezondheid wordt(76,82), en 3) levensverwachting zonder beperkingen, omdat dit de basisindicator van de familie van gezondheidsverwachting-indicatoren is en omdat deze indicator nauw aansluit bij het concept van gezond ouder worden(83)

De samengestelde indicator gezondheidsverwachting wordt gebruikt om de gezondheid van de verschillende socio-economische groepen uit te drukken in één cijfer, dat zowel informatie over mortaliteit als morbiditeit samenvat. De voordelen van de gezondheidsverwachting op andere samengestelde gezondheidsindicatoren zijn o.a. de eenvoudige berekening en interpretatie, de beschikbaarheid van de basisgegevens, de mogelijkheid de indicator begrijpelijk visueel voor te stellen en de conceptuele relatie met een reeds gekende indicator, de levensverwachting.

Naast de basis indicator gezondheidsverwachting, kunnen afgeleide statistieken (zoals o.a. het aantal ongezonde jaren, het gezonde levenspercentage, de verloren levensverwachting en de verloren gezondheidsverwachting) het inzicht verruimen.

### **5.3 Aard van de relatie tussen gezondheidsverwachting en opleidingsniveau**

Voor de drie dimensies van gezondheid is de gezondheidsverwachting van lager geschoolde groepen lager dan voor hoger opgeleiden. Vooral de levensverwachting in goede ervaren gezondheid kent zowel bij mannen als vrouwen een systematisch stijgend verloop doorheen de verschillende opleidingscategorieën.

Bij mannen stijgt ook de levensverwachting zonder beperkingen met een toenemend opleidingsniveau, maar in vergelijking met de levensverwachting in goede ervaren gezondheid, is die stijging niet zo systematisch. Opmerkelijk is dat ook binnen de hoogste opleidingscategorieën nog significante verschillen bestaan. Mannen met een diploma 'hoger onderwijs van het korte type' scoren opvallend goed. De toename van de levensverwachting zonder beperkingen bij vrouwen is minder systematisch. Er zijn wel duidelijke verschillen tussen bepaalde categorieën op te merken. Vrouwen aan de uiteinden van de opleidingshiërarchie onderscheiden zich duidelijk van de middengroep. De vrouwen die hoogstens een diploma lager onderwijs behaalden hebben een significant lagere levensverwachting zonder beperkingen dan bijna alle andere groepen. Vrouwen met een diploma 'hoger onderwijs van het lange type' hebben een significant hogere levensverwachting dan alle andere groepen.

De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid vertoont eerder een U-vormig patroon waarbij de categorieën 'hoger middelbaar onderwijs' beter scoren dan zowel de lager als hoger opgeleiden.

### **5.4 Grootte van de verschillen in gezondheidsverwachting**

#### **5.4.1 Absoluut onderwijsniveau**

Het grootst mogelijke verschil in levensverwachting op 25 jaar tussen de verschillende onderwijscategorieën bedraagt 5,5 jaar bij mannen en 3,5 jaar bij vrouwen.

De verschillen in gezondheidsverwachting zijn echter groter. Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de verschillende opleidingscategorieën kan tot 17,8 jaar oplopen bij mannen en tot 24,7 jaar bij vrouwen. Bij mannen heeft enkel de categorie hoger BSO een lagere gezondheidsverwachting dan de voorgaande categorie. Bij vrouwen ligt de levensverwachting in goede ervaren gezondheid van de vrouwen met een diploma lager TSO en 'hoger onderwijs van het korte type' een stuk lager dan de buurgroepen in de opleidingshiërarchie.

Het verschil in levensverwachting zonder beperkingen tussen de verschillende groepen kan tot 22 jaar oplopen bij mannen en tot 17,3 jaar bij vrouwen.

Het verschil in levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de verschillende groepen is maximaal 11,1 jaar bij mannen en 13,7 jaar bij vrouwen. Opmerkelijk bij deze gezondheidsuitkomst is dat de hoogste levensverwachting in goede geestelijke gezondheid niet vastgesteld wordt bij personen met een diploma van het hoger onderwijs. Mannen met een diploma hoger ASOalgemeen secundair onderwijs ' kunnen het hoogst aantal gezonde jaren verwachten. De hoogste levensverwachting in goede geestelijke gezondheid bij vrouwen treft men aan in de categorie hoger TSO.

Slechts in enkele westerse landen werd reeds de gezondheidsverwachting volgens socio-economische status berekend, ofwel op basis van de ervaren gezondheid, ofwel op basis van de afwezigheid van beperkingen. Dit rapport is het eerste resultaat van de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar socio-economische gradient. De huidige resultaten bevestigen de vorige publicaties, namelijk dat mensen in een lagere socio-economische positie minder lang leven, minder levensjaren in goede gezondheid en meer jaren in slechte gezondheid doorbrengen en dat het aantal slechte jaren een groter percentage van hun totale levensduur inneemt.

In Canada toonde Wilkins(84) bijvoorbeeld een verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid bij de geboorte aan tussen de 20% personen met de laagste en hoogste inkomens. Het verschil was 14,3 jaar bij mannen en 7,6 jaar bij vrouwen.

Bebbington(85) berekende de levensverwachting zonder beperkingen voor mannen in Groot Brittannië voor het begin van de jaren tachtig. Het verschil tussen de laagste en de hoogste (van drie) beroepscategorieën op de leeftijd van 20 jaar bedroeg 6,9 jaar voor de levensverwachting zonder functionele beperkingen en 9,2 jaar voor de levensverwachting zonder langdurige beperkingen.

Cambois(86) vond een verschil van 7,3 jaar in 1980 en van 6,8 jaar in 1991 in de levensverwachting zonder beperkingen op de leeftijd van 35 jaar tussen arbeiders en kaderfuncties.

In Nederland werden verschillen in levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau aangetoond (87). Er werden drie opleidingscategorieën onderscheiden en het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid bij de geboorte tussen de laagste en hoogste categorie bedroeg 11,9 jaar bij mannen en 11,5 jaar bij vrouwen.

Omwille van het gebruik van verschillende leeftijdscategorieën en van verschillende definities van gezondheidsuitkomsten en socio-economische dimensies, is het moeilijk de cijfers met elkaar te vergelijken. De verschillen in gezondheidsverwachting in deze studie lijken hoger te liggen dan in de andere landen, maar dit is zeker ten dele te wijten aan het feit dat in deze studie veel meer verschillende socio-economische categorieën gebruikt werden, waardoor de extreme groepen verder uit elkaar liggen en homogener zijn.

### 5.4.2 Relatief onderwijsniveau

Het berekenen van verschillen in gezondheidsverwachting naar relatief niveau biedt een oplossing voor de internationale verschillen in de definities van opleidingen. Tevens wordt met deze methode ook de relatieve grootte van de subgroepen en het co-horteffect in rekening gebracht.

Het verschil in partiële levensverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen personen met de laagst en hoogst mogelijke opleiding is 3,5 jaar bij mannen en 1,3 jaar bij vrouwen.

**Tabel 16 Partiële levensverwachting en gezondheidsverwachting, leeftijd 25 tot 75 jaar naar relatief opleidingsniveau, België, 1991-1996/1997**

	<i>SES po- sitie</i>	<i>Levens- verwachting (LE)</i>	<i>LE in goede ervaren ge- zondheid</i>	<i>LE zonder beperkingen</i>	<i>LE in goede geestelijke ge- zondheid</i>
Mannen	0	43,0	24,6	27,4	30,1
	100	46,5	41,7	42,5	35,3
	Verschil	3,5	17,1	15,1	5,2
Vrouwen	0	46,6	19,7	28,6	27,2
	100	47,9	40,7	41,1	33,1
	Verschil	1,3	21,0	12,5	5,9

Het verschil in partiële levensverwachting in goede ervaren gezondheid, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen personen met de laagst en hoogst mogelijke opleiding is veel hoger en bedraagt 17,1 jaar bij mannen en 21 jaar bij vrouwen. De onderlinge verschillen in goede ervaren gezondheid zijn groter bij vrouwen. Opmerkelijk is dat vrouwen ook op jongere leeftijd, voor 75 jaar, een geringere gezondheidsverwachting hebben dan mannen, ondanks de langere levensverwachting.

De levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar relatief onderwijsniveau werd op nagenoeg dezelfde manier berekend als in een studie in Noorwegen en Finland(80). Uit die oefening blijkt dat, zowel voor mannen als vrouwen, het absoluut verschil in aantal verloren levensjaren tussen de extreme posities binnen de opleidingshiërarchie kleiner is in België dan in Noorwegen en vooral Finland. Voor beide geslachten is het relatief verschil in verloren levensjaren in de drie landen ongeveer even groot. De absolute verschillen in de verloren gezondheidsverwachting is in België telkens iets groter dan in Noorwegen, en veel groter dan in Finland. Het relatieve verschil is in België van dezelfde grootteorde als in Noorwegen en gevoelig groter dan in Finland. Ook in Nederland werd de levensverwachting in goede ervaren gezondheid bij de geboorte naar relatief opleidingsniveau berekend, voor drie categorieën. Het verschil tussen de laagste en de hoogste categorie bedroeg 11,6 jaar bij mannen en 11,0 jaar bij vrouwen(87).

Het verschil in partiële levensverwachting zonder beperkingen, leeftijd 25 tot 75 jaar, tussen personen met de laagst en hoogst mogelijke opleiding is 15,1 jaar bij mannen en 12,5 jaar bij vrouwen. De onderlinge verschillen in levensverwachting zonder beperkingen zijn groter dus bij mannen.

Met betrekking tot de partiële levensverwachting, 25 tot 75 jaar, in goede geestelijke gezondheid zijn de verschillen tussen de laagste positie en hoogste positie 5,2 jaar bij mannen en 5,9 jaar bij vrouwen.

## **5.5 Welke groepen brengen het meeste jaren in slechte gezondheid door?**

Laaggeschoolden kunnen in de regel gedurende hun korter leven méér absolute jaren in slechte gezondheid verwachten dan hoger geschoolden.

Het aantal absolute jaren waarbij men de gezondheid als slecht ervaart is in alle opleidingscategorieën groter bij vrouwen dan bij mannen. De laagst geschoolde mannen kunnen tot bijna 10 extra jaren in slechte ervaren gezondheid verwachten, terwijl het verschil maximaal 21,2 jaar is bij vrouwen. De meest benadeelde groepen zijn de mannen die ten hoogste lager onderwijs volgden en vrouwen zonder diploma of met een diploma lager TSO.

Laaggeschoolde personen kunnen gedurende hun korter leven ook een groter aantal jaren met beperkingen verwachten. Het maximaal verschil is 16,6 jaar bij mannen en 14,2 jaar bij vrouwen. Er kan echter geen duidelijk trend naar opleiding gevonden worden wanneer deze jaren worden opgesplitst naar ernst. Mannen zonder diploma zijn sterk benadeeld ten opzichte van de andere wat het aantal jaren met beperkingen, en vooral ernstige beperkingen betreft. Het aantal jaren met ernstige beperkingen ligt beduidend hoger bij vrouwen dan bij mannen. Het maximaal verschil in jaren in slechte geestelijke gezondheid bedraagt 8,6 jaar in mannen, terwijl het verschil tot 13,4 jaar kan bedragen bij vrouwen.

## 6. Besluit

---

Er werd een socio-economische gradiënt naar het hoogst bereikte opleidingsniveau teruggevonden in zowel levensverwachting als gezondheidsverwachting. Er waren aanwijzingen voor compressie van morbiditeit bij stijgend opleidingsniveau. De ongelijkheid in België is dus groter in termen van gezondheidskwaliteit dan kwantiteit. De resultaten liggen in dezelfde lijn als vergelijkbaar onderzoek in andere landen.

De samengestelde indicator gezondheidsverwachting heeft een aantal voordelen op de meer klassiek gebruikte enkelvoudige gezondheidsindicatoren. Er bestaat echter nog veel discussie over de meest correcte en informatieve manier om de verschillen in gezondheidsverwachting voor te stellen. Gezien het toenemend belang van de indicator is aandacht voor deze problematiek noodzakelijk.

Hoewel niet voor alle dimensies van gezondheid even groot, blijken de verschillen in België indrukwekkend genoeg om een actief beleid, gericht op het terug dringen van deze ongelijkheid in gezondheid te rechtvaardigen. De evaluatie van dit beleid veronderstelt uiteraard een regelmatige bepaling van de grootte van de verschillen.

De intermediaire factoren, zoals gedragsfactoren en leefgewoonten (o.a. roken, voeding, lichaamsbeweging, ...), gebruik van gezondheidsvoorzieningen en structurele factoren (o.a. woon- en arbeidsomstandigheden, financiële toestand, ...) vormen aangrijpingspunten voor interventie. Gericht onderzoek naar het relatief belang in België van deze factoren is hierbij noodzakelijk.

Een ander belangrijk domein voor verder onderzoek is de studie volgens de socio-economische indeling van de impact van chronische aandoeningen op de kwaliteit en de kwantiteit van het leven. Dit kan enerzijds door het bepalen van de toename in levensverwachting en in de levensverwachting zonder beperkingen na eliminatie van een aandoening. Anderzijds bieden de recente methodologische ontwikkelingen in de decompositie van de verschillen in levensverwachting en in levensverwachting zonder beperkingen(88) de mogelijkheid om na te gaan welke aandoeningen verantwoordelijk zijn voor de geobserveerde verschillen.

## 7. Bibliografie

---

1. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socio-economic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office; 1994.
2. Acheson, D., Barker, D., Chambers, J., Graham, H., Marmot, M., and Whitehead, M. Independent Inquiry into Inequalities in Health. 1-165. 1998. London, The Stationary Office.
3. Pamuk E. Social Class Inequality in Mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies*. 1985;39:17-31.
4. Black D. Inequalities in health, Report of a research working group. London: Department of Health and Social Security; 1980.
5. MacIntyre S. The Black Report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med*. 1997;44:723-745.
6. WHO Regional Office for Europe. Targets for Health for All . The health policy for Europe . Summary of the updated edition . September 1991 . WHO.
7. WHO Regional Office for Europe. Health 21 - Health for All in the 21st Century, an Introduction. Copenhagen: 1998.
8. Kunst AE, Groenhof F, Anderson O, et al. Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *Am J Public Health*. 1999;89:47-53.
9. Valkonen T. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. In: Fox J, ed. *Health inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower; 1989.
10. Kunst AE, Mackenbach JP. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *Am J Public Health*. 1994;84:932-937.
11. Vagerö D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *The Lancet*. 1989;35-36.
12. Desplanques G. [Social inequality of mortality in France (1975-1980): a longitudinal study]. *Soz Präventivmed* . 1984;29:268-272.
13. Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *BMJ*. 1998;316:1636-1641.
14. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*. 1997;349:1655-1659.
15. Lagasse R, Godin I, Leveque A. Gelijkheid op het vlak van gezondheid. Een statusvragenlijst voor België. In: Raes V, Kerkhofs E, Louckx F, eds. *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*. Brussel: VUBpress; 1993:75-90.
16. De Wals P, Bertrand F, Verlinden M, Beckers R. Perinatal mortality in Belgium. *Biol Neonate*. 1989;55:10-18.
17. Hooft P, Van d, V. [Relative risk areas in the Louvain region. An ordinal geographical analysis of the health status and the distribution of health care]. *Arch Belg*. 1989;47:157-160.



18. Kornitzer M, Bara L. Differences between North and South in coronary risk factors, food habits and mortality in Belgium. *Acta Cardiol.* 1989;XLIV,2:145-155.
19. Bouckaert A, Theunissen I, Van Lierde M. Poids et taille du nouveau-né, différence entre garçons et filles. *J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.* 1992;21:398-402.
20. Lagasse R, Humblet PC, Lenaerts A, Godin I, Moens GFG. Health and social inequities in Belgium. *Soc Sci Med.* 1990;31:237-248.
21. Buekens P, MacGillivray I, Campbell D, et al. Social differences in low birthweight and preterm deliveries in twins. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1991;5:276-285.
22. Honggokoesoemo S. Vroegneonatale sterfte in België 1981: analyse naar geboortegewicht, gezondheidstoestand van de moeder en sociale beroepsgroep van de vader. *Arch.B.Méd.Soc.,Hyg.,Méd.Tr.& Méd.Lég.* 1988;46:359-378.
23. Masuy-Stroobant G. Social inequalities in perinatal health. *Biol Neonate.* 1989;55:42-49.
24. De Backer G. Physical activity and psychosocial variables in atherosclerosis. *Acta Cardiologica.* 1988;107-112.
25. Sand EA, Verhaegen L, Meyer J. [Depressive symptoms in adolescents (1). Prevalence - remedy]. *Arch Belg.* 1989;47:29-33.
26. Van Nieuwenhuysen J-P, D'Hoore W, Vreven J. Le bilan carieux et l'hygiène dentaire dans un groupe d'enfants en âge scolaire. *Archives Belges Méd Soc,Hyg Tr et Méd Leg.* 1989;1-4:38-41.
27. Sucs FE, Guiot A, Nizetic BZ. Aspects cliniques et socio-épidémiologiques d'affections chorio-rétiniennes chez les enfants d'âge scolaire. *Bull.Soc.belge Ophtalmol.* 1990;239:19-28.
28. Toppet M, Malfroot A, Hofman B, Casimir G, Cantraine F, Dab I. Tuberculosis in children : a 13-year follow up of 1714 patients in a Belgian home care centre. *Eur J Pediatr.* 1991;150:331-335.
29. Nollevaux MA. Protection de la grossesse: problème administratif, médical et social. *Arch.B.Méd.Soc.,Hyg.,Méd.Tr.& Méd.Lég.* 1988;46:284-301.
30. De Laet H. [The spatial organization of health care in Flanders]. *Arch Belg.* 1989;47:128-132.
31. Van Der Stuyft P, De Mynck A, Schillemans L, Timmerman C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med.* 1989;29:53-60.
32. D'Hoore W, Van Nieuwenhuysen J-P. Application de la méthode des traceurs à l'évaluation de la qualité des soins dentaires chez 3237 écoliers belges. *Revue Epid.et Santé Publ.* 1991;39:63-69.
33. de Craene I, De Backer G, Kornitzer M, et al. Determinants of fat consumption in a general population. *Revue Epid.et Santé Publ.* 1990;38:539-543.
34. Deboosere, P. and Gadeyne, S. Socio-economische factoren in differentiële sterfte van mannen van 45-64 jaar in België. 2000-1, 1-31. 2000. Brussel, Vrije Universiteit Brussel; Universiteit Gent. Working Papers Steunpunt Demografie.
35. Van Oyen H, Tafforeau J, Roelands M. Regional inequities in health expectancy in Belgium. *Soc Sci Med.* 1996;43:1673-1678.

36. Mackenbach JP, van der Maas P. Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid; een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen. In: De ongelijke verdeling van gezondheid. WRR voorstudies en achtergronden V58. Den Haag: Staatsuitgeverij; 1987:59-95.
37. Stronks K, van de Mheen DH, Mackenbach J. Achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een overzicht van de literatuur en een onderzoeksmodel. In: Raes V, Kerkhofs E, Louckx F, eds. Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid. Brussel: VUBpress; 1993:11-26.
38. Blane D. The life course, the social gradient, and health. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. Social Determinants of Health. New York: Oxford University Press; 1999:64-80.
39. Dahlgren, G. and Whitehead, M. Policies and strategies to promote equity in health. 1-50. 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
40. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971;49:503-538.
41. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition : The age of delayed degenerative diseases. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1986;64:355-391.
42. Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel CK. In Search of Methuselah: estimating the Upper limits to Human Longevity. *Science*. 1990;250:634-640.
43. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1980;62 (supplement 285):382-397.
44. Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA, Cassel CK, Brody JA. Trading off longer Life for worsening health. The expansion of morbidity hypothesis. *Journal of aging and health*. 1991;3 (2):194-216.
45. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;303:130-135.
46. Nusselder, W. J. Compression or expansion of morbidity? A life table approach. 1-253. 1998. Erasmus University Rotterdam.
47. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*. 1982;60:183-244.
48. Verbrugge LM. Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*. 1984;62:475-519.
49. Chapman SH, Laplante MP, Wilensky G. Life expectancy and health status of the aged. *Soc.Secur.Bull*. 1986;49:24-48.
50. Sanders BS. Measuring Community Health Levels. *Am J Public Health*. 1964;54:1063-1070.
51. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*. 1971;86:347-354.
52. Mathers CD, Robine J-M, Wilkins R. Health expectancy indicators: recommendations for terminology. In: Mathers CD, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th meeting of the International Network on health Expectancy (REVES), Canberra, February 1994*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare: AGPS; 1994:34-41.

53. Murray CJL. Rethinking Dalys. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996:1-98.
54. Robine JM, Ritchie K. Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health. *BMJ*. 1991;302:457-460.
55. Van De Water HPA. Policy relevance of the health expectancy indicators. Planning the next steps. In: REVES, ed. REVES Conference 19-21 February. Ottawa: 1992.
56. Van Oyen H, Roelands M. Ongelijkheden in de gezondheidsverwachting. In: Anony-mous Ouderen in solidariteit. Zaventem: Kluwer Editorial; 1993:95-108.
57. Van Oyen H, Roelands M, Vandenbroele H. De gezondheidsverwachting. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1993;49:1169-1176.
58. Roelands, M. and Van Oyen, H. De levensverwachting zonder invaliditeit op hogere leef-tijd: een methode voor planning en besluitvorming in de welzijnssector. 1994. Brus-sels, Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden.
59. Jagger, C. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: a Practical Guide. NU-PRI Research Papers Series 68, 1-37. 1999. Tokyo, NUPRI. NUPRI Research Pa-pers Series. 1999.
60. Crimmins E, Saito Y, Hayward M. Sullivan and multistate methods of estimating active life expectancy: two methods, two answers. In: Robine JM, Mathers C, Bone M, Romieu I, eds. Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives . France: John Libbey; 1993:155-160.
61. Chiang CL. The life table and its applications. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publish-ing Company; 1984.
62. Mathers C, Robine JM. Health expectancy indicators: a review of the work of REVES to date. In: Robine JM, Mathers C, Bone M, Romieu I, eds. Calculation of health expect-ancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives. London: J. Lib-bey; 1993:1-21.
63. Deboosere, P. and Gadeyne, S. De Nationale Databank Mortaliteit. 1999-7, 1-26. 1999. Brussel, Vrije Universiteit Brussel; Universiteit Gent. Working Papers Steunpunt De-mografie.
64. de Bruin A, Picavet H, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international har-monization of methods and instruments. Copenhagen: WHO-Europe, CBS-Netherlands; 1996.
65. Van Oyen, H., Demarest, S., Leurquin, P., Tafforeau, J., Tellier, V., and Van der Heyden, J. De gezondheid van de bevolking in België, in de Vlaamse Gemeenschap en in het Brussels Gewest. Gezondheidsenquête, België, 1997. 1998. Brussel, Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid, Wetenschappelijk Instituut Volksge-zondheid.
66. Quataert P, Van Oyen H, Tafforeau J, et al. Health Interview Survey, 1997. Protocol for the selection of the households and the respondents. Brussel: S.P.H.; 1998.
67. Robine JM, Mormiche P. Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991. *Solidarité Santé*. 1994;17-36.

68. Bowling A. *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales.* Buckingham - Philadelphia: Open University Press; 1995.
69. CBS Netherlands, WHO Regional Office for Europe. *Third consultation to develop common methods and instruments for Health interview surveys, 22-24 September 1992.* Copenhagen: WHO - CBS; 1993.
70. Hermans, H., Lambert, M., Reginster, G., Tafforeau, J., and Van Oyen, H. *Naar een gezondheidsenquête door middel van interview in België. IHE/Episerie N°3, 1-193.* 1995. Brussel, IHE.
71. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. *Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models.* *Qual.Life Res.* 1993;2:451-459.
72. Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. *Self-rated health status as a health measure - the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population.* *J Clin Epidemiol.* 1997;50:517-528.
73. Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R. *Predicting changes in perceived health status.* *Am J Public Health.* 1984;74:611-615.
74. Maddox GL, Douglass EB. *Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects.* *J.Health Soc.Behav.* 1973;14:87-93.
75. Wilson IB, Cleary PD. *Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes.* *JAMA.* 1995;273:59-65.
76. Lee Y. *The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults [In Process Citation].* *J.Epidemiol.Community.Health* 2000, Feb.;54. (2.):123.-9. 54:123-129.
77. Ware Jr JE. *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide.* Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
78. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. *A standardized psychiatric interview for use in community surveys.* *Br.J.Prev.Soc.Med.* 1970;24:18-23.
79. Goldberg DP, Williams P. *A User's Guide to the General Health Questionnaire.* Windsor: NFER - Nelson; 1988.
80. Sihvonen AP, Kunst AE, Lahelma E, Valkonen T, Mackenbach JP. *Socio-economic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s.* *Soc Sci Med.* 1998;47:303-315.
81. Demarest, S., Leurquin, P., Tellier, V., Van der Heyden, J., Van Oyen, H., and Tafforeau, J. *La santé de la population en Belgique. Enquête de santé par interview, Belgique, 1997.* 1998. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institute Scientifique de la Santé Publique.
82. STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health - Finland). *Framework for Promoting Mental Health in Europe.* Helsinki: STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health - Finland); 1999.
83. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. *Successful aging : predictors and associated activities.* *Am J Epidemiol.* 1996;144:135-141.
84. Wilkins R, Adams OB. *Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions.* *Am J Public Health.* 1983;73:1073-1080.

85. Bebbington AC. Regional and social variations in disability-free life expectancy in Great Britain. In: Robine J-M, Mathers CD, Bone M, Romieu I, eds. Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives. Paris: Colloque INSERM / John Libbey Eurotext Ltd; 1993:175-191.
86. Cambois, E. and Brouard, N. Calcul d'espérance de vie sans incapacité selon le statut social dans la population masculine française, 1980-1991. Un indicateur de l'évolution des inégalités sociales de santé. 1-321. 1999. Institut d'Etudes Politiques de Paris - Cycle de Démographie Economique.
87. van Herten, L. M., Boshuizen, H. C., Perenboom, R. J. M., and Van De Water, H. P. A. Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status. TNO rapport 97.008, 1-91. 1997. Leiden, TNO Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie.
88. Arriaga EE. Measuring and explaining the change in life expectancies. Demography. 1984;21:83-96.

## 8. Bijlagen

### 8.1 Tabel 17: Vraag naar hoogste behaalde diploma uit de volkstelling 1991

Tabel 17 Deel van vraag IV 7 uit de volkstelling 1991

<b>A. Bent u houder van diploma ('s) van voltooide studiën afgeleverd in België?</b>	Ja Nee
<b>B. Zo ja, streep het (de) vakje (s) aan die beantwoorden aan alle Belgische diploma's die u behaalde</b>	Lager onderwijs Lager secundair onderwijs Algemeen vormend Kunst Technisch Beroeps Hoger secundair onderwijs Algemeen vormend Kunst Technisch Beroeps Kleuteronderwijzer (es) Onderwijzer (es) (lager onderwijs) Regent (es) of geaggregeerde van het onderwijs van de lagere secundaire graad Ander hoger onderwijs van het korte type Universitair of hoger onderwijs van het lange type

### 8.2 Tabellen 18-20: Vragen uit de gezondheidsenquête 1997

Tabel 18 Vraag Ervaren gezondheid (Gezondheidsenquête 1997)

<b>PE.01 Hoe is uw algemene gezondheidstoestand ?</b>
1. Zeer goed 2. Goed 3. Gaat wel (redelijk) 4. Slecht 5. Zeer slecht

Tabel 19 Vragenlijst beperkingen (CBS – WHO) (Gezondheidsenquête 1997)

<b>IL.14</b>	<b>Hoe ver kunt u alleen stappen zonder stoppen en zonder dat u daarvan veel last ondervindt?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Slechts een paar stappen</li> <li>2. Meer dan een paar stappen, maar minder dan 200 meter</li> <li>3. 200 meter of meer</li> </ol>
<b>IL.15.</b>	<b>Kunt u zonder hulp zelf in en uit uw bed komen ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja, zonder moeite</li> <li>2. Ja, maar met enige moeite</li> <li>3. Ik heb altijd de hulp van iemand nodig om in of uit mijn bed te komen.</li> </ol>
<b>IL.16</b>	<b>Kunt u zonder hulp in een zetel gaan zitten en eruit rechkomen ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja, zonder moeite</li> <li>2. Ja, maar met enige moeite</li> <li>3. Ik heb altijd de hulp van iemand nodig om in of uit een zetel te raken.</li> </ol>
<b>IL.17</b>	<b>Kunt u zich zonder enige hulp aan- en uitkleden ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja, zonder moeite</li> <li>2. Ja, maar met enige moeite</li> <li>3. Ik heb altijd de hulp van iemand nodig om mij aan- of uit te kleden.</li> </ol>
<b>IL.18</b>	<b>Kunt u zonder hulp uw handen en uw gezicht wassen ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja, zonder moeite</li> <li>2. Ja, maar met enige moeite</li> <li>3. Ik heb altijd de hulp van iemand nodig om mijn handen en mijn gezicht te wassen.</li> </ol>
<b>IL.19</b>	<b>Kunt u zonder hulp van tertielen eten en zelf uw voedsel in stukjes snijden ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja, zonder moeite</li> <li>2. Ja, maar met enige moeite</li> <li>3. Ik heb altijd de hulp van iemand nodig om te eten en om voedsel te snijden.</li> </ol>
<b>IL.20</b>	<b>Kunt op eigen krachten naar het toilet gaan ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja, zonder moeite</li> <li>2. Ja, maar met enige moeite</li> <li>3. Ik heb altijd de hulp van iemand nodig om naar het toilet te gaan.</li> </ol>
<b>IL.21.01</b>	<b>Hebt u soms problemen om uw water op te houden ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja</li> <li>2. Neen - ga naar IL.22.</li> </ol>
<b>IL.21.02.</b>	<b>Hoe vaak hebt u problemen om uw water op te houden ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenminste één keer per week</li> <li>2. Minder dan één keer per week, maar tenminste één keer per maand</li> <li>3. Minder dan één keer per maand</li> </ol>
<b>IL.22</b>	<b>Hoort u genoeg om een televisieprogramma te kunnen volgen met de volumeknop zover opgedraaid dat het geluid aanvaardbaar is voor anderen ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja - ga naar IL.24.</li> <li>2. Neen</li> </ol>
<b>IL.23</b>	<b>Kunt u dan een televisieprogramma volgen als de volumeknop hoger staat ?</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja</li> <li>2. Neen</li> </ol>

**IL.24 Ziet u voldoende om op een afstand van 4 meter (aan de overzijde van de straat) een vriend te herkennen ?**

1. Ja - ga naar IL.26.
2. Neen

**IL.25 Ziet u voldoende om op een afstand van 1 meter (armlengte) een vriend te herkennen?**

1. Ja
2. Neen

**IL.26 Kunt u hard voedsel, zoals b.v. Een harde appel, bijten en kauwen ?**

1. Ja, zonder moeite
2. Ja, maar met enige moeite
3. Ja, maar met grote moeite
4. Neen, dat kan ik niet



Tabel 20 General Health Questionnaire

<b>We zullen enkele vragen stellen over uw huidig welzijn en dat van de afgelopen paar weken.</b>	
<b>WB.01 Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helemaal niet</li> <li>2. Niet meer dan gewoonlijk</li> <li>3. Wat meer dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel meer dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.02 Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helemaal niet</li> <li>2. Niet meer dan gewoonlijk</li> <li>3. Wat meer dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel meer dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.03 Heeft u zich de laatste tijd kunnen concentreren op uw bezigheden ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beter dan gewoonlijk</li> <li>2. Net zo goed als gewoonlijk</li> <li>3. Slechter dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel slechter dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.04 Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad zinvol bezig te zijn ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zinvoller dan gewoonlijk</li> <li>2. Net zo zinvol als gewoonlijk</li> <li>3. Minder zinvol dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel minder zinvol dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.05 Bent u de laatste tijd in staat geweest uw problemen onder ogen te zien ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beter dan gewoonlijk</li> <li>2. Net zo goed als gewoonlijk</li> <li>3. Minder goed dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel minder goed dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.06 Voelde u zich de laatste tijd in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beter in staat dan gewoonlijk</li> <li>2. Net zo goed in staat als gewoonlijk</li> <li>3. Wat minder goed dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel minder goed dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.07 Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nee, had dat gevoel helemaal niet</li> <li>2. Niet minder dan gewoonlijk</li> <li>3. Wat minder dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel minder dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.08 Heeft u zich de laatste tijd alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelukkiger dan gewoonlijk</li> <li>2. Even gelukkig als gewoonlijk</li> <li>3. Minder gelukkig dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel minder gelukkig dan gewoonlijk</li> </ol>
<b>WB.09 Heeft u de laatste tijd plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meer dan gewoonlijk</li> <li>2. Even veel als gewoonlijk</li> <li>3. Wat minder dan gewoonlijk</li> <li>4. Veel minder dan gewoonlijk</li> </ol>

**WB.10 Heeft u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld ?**

1. Helemaal niet
2. Niet meer dan gewoonlijk
3. Wat meer dan gewoonlijk
4. Veel meer dan gewoonlijk

**WB.11 Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt ?**

1. Helemaal niet
2. Niet meer dan gewoonlijk
3. Wat meer dan gewoonlijk
4. Veel meer dan gewoonlijk

**WB.12 Heeft u zich de laatste tijd als een waardeloos iemand beschouwd ?**

1. Helemaal niet
2. Niet meer dan gewoonlijk
3. Wat meer dan gewoonlijk
4. Veel meer dan gewoonlijk

## 8.3 Resultaten

## 8.3.1 Tabel 21-26: Levensverwachting

Tabel 21 Levensverwachting naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	48,1	43,5	39,0	34,4	29,9	25,6	21,6	17,7	14,1	11,0	8,4	6,2
Lager onderwijs	48,2	43,8	39,2	34,7	30,3	26,1	21,9	18,0	14,4	11,2	8,5	6,3
Lager BSO	50,0	45,4	40,7	36,1	31,5	27,2	23,0	18,8	15,1	11,8	9,1	6,6
Lager TSO	50,4	45,7	41,0	36,3	31,8	27,3	23,0	18,9	15,1	11,7	8,9	6,7
Lager ASO	50,0	45,4	40,7	36,2	31,7	27,3	23,1	19,1	15,4	12,1	9,2	6,8
Hoger BSO	50,6	45,9	41,2	36,6	32,0	27,7	23,5	19,5	15,8	12,4	9,7	7,3
Hoger TSO	51,2	46,4	41,6	36,9	32,3	27,8	23,4	19,3	15,4	12,0	9,1	6,5
Hoger ASO	50,9	46,3	41,5	36,9	32,3	27,9	23,6	19,5	15,7	12,3	9,3	6,9
Hoger onderwijs van het korte type	53,4	48,5	43,7	38,9	34,2	29,6	25,2	21,0	17,0	13,4	10,3	7,6
Hoger onderwijs van het lange type	53,6	48,7	43,8	39,0	34,3	29,7	25,3	21,0	17,0	13,4	10,4	7,7

Tabel 22 Levensverwachting naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	55,0	50,2	45,4	40,6	36,0	31,5	27,0	22,7	18,6	14,7	11,2	8,2
Lager onderwijs	55,6	50,8	46,0	41,3	36,6	32,1	27,6	23,2	19,0	15,1	11,5	8,4
Lager BSO	57,3	52,4	47,6	42,8	38,1	33,5	29,0	24,6	20,3	16,1	12,5	9,2
Lager TSO	57,8	52,9	48,0	43,2	38,5	33,9	29,3	24,9	20,5	16,4	12,6	9,5
Lager ASO	57,0	52,2	47,4	42,6	38,0	33,4	28,9	24,5	20,3	16,2	12,5	9,2
Hoger BSO	57,5	52,6	47,7	42,9	38,2	33,6	29,1	24,7	20,5	16,4	12,6	9,4
Hoger TSO	58,1	53,1	48,2	43,4	38,7	34,0	29,4	25,0	20,7	16,5	12,8	9,5
Hoger ASO	57,6	52,7	47,9	43,1	38,4	33,8	29,3	24,9	20,6	16,5	12,8	9,4
Hoger onderwijs van het korte type	58,1	53,2	48,3	43,5	38,7	34,1	29,5	25,1	20,8	16,6	12,8	9,4
Hoger onderwijs van het lange type	58,5	53,6	48,7	43,8	39,1	34,5	30,0	25,4	21,2	17,1	13,2	9,5

Tabel 23 Partiele Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Geen diploma	43,8	39,2	34,6	29,9	25,4	21,0	16,7	12,5	8,5	4,5
Lager onderwijs	43,7	39,2	34,6	30,0	25,6	21,2	16,8	12,7	8,6	4,5
Lager BSO	44,8	40,1	35,4	30,8	26,1	21,7	17,3	12,9	8,7	4,5
Lager TSO	45,2	40,5	35,7	31,0	26,4	21,8	17,3	13,0	8,7	4,5
Lager ASO	44,6	40,0	35,3	30,7	26,1	21,6	17,3	13,0	8,8	4,6
Hoger BSO	45,0	40,2	35,5	30,8	26,1	21,7	17,3	13,0	8,8	4,5
Hoger TSO	45,7	40,9	36,0	31,3	26,6	22,0	17,5	13,1	8,8	4,6
Hoger ASO	45,3	40,5	35,8	31,1	26,4	21,9	17,5	13,1	8,9	4,6
Hoger onderwijs van het korte type	46,5	41,6	36,7	31,9	27,2	22,5	17,9	13,4	9,0	4,7
Hoger onderwijs van het lange type	46,6	41,7	36,8	32,0	27,2	22,5	17,9	13,4	9,0	4,6

**Tabel 24 Partiele Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997**

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Geen diploma	46,8	42,0	37,1	32,3	27,6	23,0	18,4	13,8	9,3	4,7
Lager onderwijs	47,0	42,2	37,3	32,5	27,8	23,1	18,5	13,9	9,3	4,8
Lager BSO	47,5	42,6	37,7	32,9	28,1	23,4	18,7	14,1	9,5	4,8
Lager TSO	47,7	42,8	37,9	33,0	28,2	23,5	18,8	14,1	9,5	4,8
Lager ASO	47,3	42,4	37,6	32,8	28,0	23,4	18,7	14,1	9,4	4,8
Hoger BSO	47,5	42,6	37,7	32,8	28,1	23,4	18,7	14,1	9,5	4,8
Hoger TSO	47,8	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,2	9,5	4,8
Hoger ASO	47,5	42,6	37,7	32,9	28,1	23,4	18,8	14,1	9,5	4,8
Hoger onderwijs van het korte type	47,8	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,2	9,5	4,8
Hoger onderwijs van het lange type	47,8	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,1	9,5	4,8

**Tabel 25 Partiele Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997**

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	43,0	38,5	33,8	29,3	24,8	20,4	16,2	12,1	8,3	4,4
Laagste tertiel	43,6	38,9	34,3	29,7	25,1	20,7	16,5	12,3	8,4	4,4
Middelste tertiel	44,7	39,9	35,2	30,5	25,9	21,4	17,0	12,7	8,6	4,5
Hoogste tertiel	45,8	41,0	36,1	31,4	26,6	22,0	17,5	13,1	8,8	4,6
Hoogst mogelijke positie	46,5	41,5	36,6	31,8	27,0	22,3	17,8	13,3	8,9	4,6

**Tabel 26 Partiele Levensverwachting tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997**

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	46,6	41,8	36,9	32,2	27,4	22,8	18,2	13,7	9,2	4,7
Laagste tertiel	46,8	42,0	37,1	32,3	27,6	22,9	18,3	13,7	9,2	4,7
Middelste tertiel	47,2	42,3	37,5	32,6	27,9	23,2	18,5	13,9	9,3	4,7
Hoogste tertiel	47,6	42,7	37,8	32,9	28,1	23,4	18,7	14,1	9,4	4,8
Hoogst mogelijke positie	47,9	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,1	9,5	4,8

### 8.3.2 Tabel 27-36: Levensverwachting in goede ervaren gezondheid

Tabel 27 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	28,1 (23,6-32,6)	23,3 (18,8-27,9)	20,3 (16,1-24,5)	16,4 (12,6-20,2)	13,2 (9,8-16,6)	11,3 (8,4-14,2)
Lager onderwijs	30,8 (28,7-32,8)	26,6 (24,6-28,5)	23,3 (21,6-25,1)	20,1 (18,5-21,6)	17,5 (16,1-18,9)	14,9 (13,6-16,2)
Lager BSO	33,1 (30,3-36,0)	28,5 (25,6-31,3)	24,5 (21,7-27,3)	20,5 (17,7-23,2)	17,1 (14,4-19,7)	13,7 (11,2-16,3)
Lager TSO	36,5 (33,9-39,1)	32,3 (29,8-34,9)	28,0 (25,5-30,5)	23,5 (21,0-26,0)	20,1 (17,7-22,5)	16,1 (13,7-18,4)
Lager ASO	38,0 (35,4-40,5)	33,7 (31,2-36,2)	30,8 (28,5-33,0)	26,1 (23,9-28,4)	22,3 (20,1-24,5)	18,7 (16,7-20,7)
Hoger BSO	37,6 (34,2-41,0)	33,3 (29,9-36,6)	28,8 (25,4-32,2)	24,6 (21,3-28,0)	20,2 (16,9-23,5)	17,2 (14,2-20,3)
Hoger TSO	40,8 (38,9-42,8)	36,1 (34,2-38,1)	31,8 (29,9-33,7)	27,8 (25,9-29,6)	23,7 (21,9-25,5)	19,2 (17,4-21,1)
Hoger ASO	42,6 (40,7-44,5)	37,9 (36,0-39,7)	33,6 (31,7-35,4)	29,2 (27,4-31,0)	24,8 (23,0-26,6)	21,2 (19,5-22,9)
Hoger onderwijs, korte type	46,0 (43,9-48,1)	41,1 (39,0-43,2)	36,3 (34,1-38,4)	31,8 (29,7-33,9)	27,8 (25,7-29,9)	23,9 (21,9-26,0)
Hoger onderwijs, lange type	45,9 (44,3-47,5)	41,1 (39,5-42,7)	36,6 (35,1-38,2)	32,1 (30,5-33,7)	28,3 (26,8-29,8)	23,8 (22,3-25,4)

Tabel 28 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	9,1 (6,6-11,6)	4,7 (2,2-7,2)	2,7 (0,6-4,8)	1,6 (0,0-3,2)	0,7 (0,1-1,4)	1,1 (0,1-2,0)
Lager onderwijs	11,7 (10,5-12,8)	9,5 (8,5-10,5)	6,8 (5,9-7,7)	4,8 (3,9-5,6)	3,3 (2,4-4,2)	2,5 (1,6-3,3)
Lager BSO	11,4 (9,0-13,8)	9,7 (7,5-11,8)	7,7 (6,1-9,4)	6,8 (5,5-8,1)	4,8 (4,8-4,8)	6,6 (6,6-6,6)
Lager TSO	13,1 (10,8-15,3)	11,0 (8,9-13,0)	8,5 (6,6-10,5)	7,6 (5,9-9,2)	5,9 (4,6-7,3)	6,7 (6,7-6,7)
Lager ASO	14,7 (12,8-16,7)	10,6 (8,6-12,6)	8,6 (6,7-10,4)	6,5 (4,8-8,2)	5,1 (3,4-6,8)	4,1 (2,1-6,1)
Hoger BSO	14,0 (11,1-16,9)	12,0 (9,3-14,7)	10,0 (7,5-12,5)	7,8 (5,4-10,3)	6,7 (4,9-8,5)	3,7 (2,1-5,4)
Hoger TSO	15,4 (13,6-17,2)	12,0 (10,3-13,7)	9,8 (8,2-11,4)	7,7 (6,4-8,9)	4,5 (3,3-5,6)	2,6 (2,6-2,6)
Hoger ASO	17,9 (16,3-19,4)	14,3 (12,8-15,8)	11,6 (10,3-12,9)	8,6 (7,3-9,9)	5,9 (4,6-7,2)	4,1 (2,9-5,4)
Hoger onderwijs, korte type	20,2 (18,2-22,2)	17,4 (15,6-19,2)	14,2 (12,6-15,8)	10,8 (9,1-12,4)	8,3 (6,7-9,8)	6,6 (5,2-7,9)
Hoger onderwijs, lange type	19,8 (18,3-21,3)	16,0 (14,5-17,4)	12,3 (10,9-13,7)	9,9 (8,6-11,1)	7,4 (6,2-8,6)	5,5 (4,7-6,3)

Tabel 29 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	24,4 (19,8-29,0)	23,3 (19,4-27,2)	18,9 (15,1-22,6)	14,7 (11,2-18,3)	13,7 (10,3-17,0)	10,1 (7,1-13,1)
Lager onderwijs	29,8 (27,4-32,3)	26,8 (24,6-28,9)	23,5 (21,8-25,3)	21,4 (19,9-23,0)	18,6 (17,1-20,0)	16,0 (14,7-17,3)
Lager BSO	34,7 (31,9-37,4)	30,2 (27,5-32,9)	25,9 (23,2-28,6)	22,0 (19,4-24,5)	19,9 (17,5-22,4)	17,7 (15,4-20,0)
Lager TSO	30,8 (27,2-34,4)	27,2 (23,8-30,5)	24,8 (21,7-28,0)	22,5 (19,7-25,3)	20,0 (17,3-22,6)	16,3 (13,8-18,8)
Lager ASO	40,3 (37,7-42,8)	35,4 (32,8-37,9)	31,1 (28,7-33,5)	28,2 (25,9-30,4)	24,5 (22,3-26,7)	21,7 (19,8-23,7)
Hoger BSO	40,5 (36,8-44,1)	36,3 (32,6-39,9)	31,9 (28,3-35,5)	27,5 (24,0-31,1)	24,2 (20,8-27,7)	20,1 (16,6-23,5)
Hoger TSO	44,9 (41,8-48,0)	40,9 (37,9-43,9)	36,7 (33,7-39,7)	33,1 (30,2-36,0)	29,7 (26,8-32,6)	25,7 (22,9-28,5)
Hoger ASO	46,5 (44,3-48,8)	41,8 (39,6-44,0)	37,3 (35,1-39,5)	33,4 (31,3-35,6)	29,0 (26,9-31,2)	25,5 (23,4-27,5)
Hoger onderwijs, korte type	41,6 (39,0-44,2)	36,8 (34,2-39,4)	32,8 (30,2-35,4)	28,2 (25,6-30,8)	24,2 (21,6-26,8)	20,0 (17,5-22,6)
Hoger onderwijs, lange type	49,1 (46,6-51,6)	44,5 (42,0-47,0)	39,8 (37,3-42,3)	35,6 (33,1-38,1)	31,5 (29,0-33,9)	27,9 (25,6-30,2)

Tabel 30 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	8,6 (6,2-11,0)	8,1 (5,9-10,3)	7,7 (5,8-9,5)	7,2 (5,4-9,1)	7,3 (5,6-8,9)	4,4 (3,1-5,7)
Lager onderwijs	12,9 (11,7-14,1)	10,4 (9,4-11,5)	7,7 (6,9-8,7)	5,3 (4,5-6,1)	3,4 (2,6-4,1)	1,8 (1,2-2,4)
Lager BSO	15,0 (12,8-17,2)	11,5 (9,4-13,5)	8,7 (6,8-10,5)	6,8 (5,1-8,5)	5,5 (3,9-7,0)	3,0 (1,9-4,2)
Lager TSO	13,9 (11,8-15,9)	12,2 (10,6-13,8)	8,2 (6,9-9,6)	6,2 (4,8-7,6)	3,7 (2,1-5,3)	4,4 (2,5-6,3)
Lager ASO	18,4 (16,6-20,3)	14,3 (12,5-16,2)	11,4 (9,7-13,1)	9,1 (7,5-10,8)	8,0 (6,5-9,5)	7,0 (5,7-8,3)
Hoger BSO	16,4 (13,0-19,8)	13,4 (10,2-16,6)	10,7 (8,1-13,2)	9,1 (7,5-10,8)	7,2 (5,7-8,7)	3,5 (2,0-4,9)
Hoger TSO	21,4 (18,6-24,3)	17,3 (14,5-20,1)	14,4 (11,8-17,0)	10,7 (8,1-13,2)	9,4 (7,4-11,4)	9,5 -
Hoger ASO	22,3 (20,4-24,2)	18,2 (16,3-20,1)	14,5 (12,8-16,3)	11,3 (9,5-13,0)	8,0 (6,3-9,7)	8,2 (6,7-9,7)
Hoger onderwijs, korte type	16,2 (13,7-18,7)	13,0 (10,5-15,4)	10,2 (7,9-12,6)	7,5 (5,2-9,7)	5,5 (3,4-7,6)	4,7 (2,5-6,8)
Hoger onderwijs, lange type	24,4 (22,3-26,5)	22,5 (20,7-24,2)	18,2 (16,3-20,0)	16,0 (14,6-17,4)	12,3 (11,1-13,5)	9,6 -

Tabel 31 Partitiele levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	27,7 (23,2-32,2)	23,0 (18,4-27,5)	19,9 (15,7-24,1)	16 (12,2-19,8)	12,8 (9,4-16,2)	10,9 (8,0-13,8)
Lager onderwijs	29,0 (27,0-31,1)	24,8 (22,9-26,7)	21,5 (19,9-23,2)	18,3 (16,8-19,7)	15,7 (14,4-17,0)	13,0 (11,9-14,2)
Lager BSO	30,4 (27,6-33,2)	25,7 (22,9-28,6)	21,7 (18,9-24,5)	17,7 (14,9-20,4)	14,2 (11,6-16,9)	10,8 (8,3-13,4)
Lager TSO	33,1 (30,6-35,6)	28,8 (26,4-31,2)	24,5 (22,1-26,9)	20,0 (17,6-22,3)	16,6 (14,3-18,8)	12,4 (10,2-14,7)
Lager ASO	35,0 (32,6-37,4)	30,7 (28,5-33,0)	27,8 (25,8-29,8)	23,1 (21,1-25,1)	19,2 (17,3-21,1)	15,5 (13,8-17,2)
Hoger BSO	33,7 (30,5-36,9)	29,3 (26,1-32,5)	24,8 (21,6-28,0)	20,6 (17,5-23,8)	16,2 (13,0-19,3)	13,1 (10,2-16,0)
Hoger TSO	38,1 (36,3-39,9)	33,4 (31,6-35,2)	29,1 (27,3-30,8)	25,0 (23,3-26,7)	20,9 (19,2-22,6)	16,4 (14,7-18,1)
Hoger ASO	39,0 (37,3-40,7)	34,3 (32,5-36,0)	29,9 (28,3-31,6)	25,5 (23,9-27,2)	21,1 (19,5-22,7)	17,4 (16,0-18,9)
Hoger onderwijs van het korte type	40,4 (38,6-42,3)	35,5 (33,7-37,4)	30,7 (28,8-32,5)	26,2 (24,4-28,0)	22,1 (20,4-23,9)	18,2 (16,5-19,9)
Hoger onderwijs van het lange type	40,9 (39,5-42,3)	36,1 (34,7-37,5)	31,6 (30,3-33,0)	27,1 (25,7-28,4)	23,3 (22,0-24,5)	18,7 (17,5-20,0)

Tabel 32 Partitiele levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	8,6 (6,2-11,1)	4,3 (1,8-6,8)	2,2 (0,2-4,2)	1,1 (0,0-2,6)
Lager onderwijs	9,7 (8,7-10,8)	7,4 (6,6-8,2)	4,5 (3,8-5,2)	2,2 (1,7-2,7)
Lager BSO	8,4 (6,0-10,8)	6,6 (4,4-8,7)	4,4 (2,7-6,0)	3,0 (1,7-4,3)
Lager TSO	9,3 (7,2-11,4)	7,1 (5,2-8,9)	4,3 (2,6-6,0)	2,8 (1,5-4,1)
Lager ASO	11,5 (9,9-13,1)	7,2 (5,6-8,8)	4,9 (3,5-6,3)	2,4 (1,4-3,4)
Hoger BSO	9,8 (7,1-12,4)	7,6 (5,1-10,0)	5,1 (3,0-7,3)	2,4 (0,4-4,4)
Hoger TSO	12,5 (10,9-14,1)	9,0 (7,5-10,5)	6,6 (5,2-7,9)	4,0 (3,2-4,9)
Hoger ASO	14 (12,6-15,3)	10,2 (9,0-11,5)	7,3 (6,4-8,2)	3,8 (3,0-4,5)
Hoger onderwijs van het korte type	14,3 (12,7-16,0)	11,3 (9,9-12,7)	7,8 (6,8-8,9)	3,7 (2,8-4,6)
Hoger onderwijs van het lange type	14,6 (13,3-15,8)	10,6 (9,4-11,7)	6,6 (5,6-7,6)	3,6 (2,8-4,4)

**Tabel 33 Partiele levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997**

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	24,6	20,3	16,7	12,9	10,0	7,6	5,1	3,2	1,1	0,2
Hoogst mogelijke positie	41,7	36,8	32,0	27,3	23,0	18,3	14,2	10,5	7,2	3,9
Laagste tertiël	27,2	22,8	19,0	15,1	12,0	9,2	6,5	4,3	2,1	0,8
Middelste tertiël	32,7	28,1	23,9	19,8	16,2	12,7	9,4	6,6	4,0	2,0
Hoogste tertiël	38,6	33,8	29,2	24,7	20,7	16,4	12,5	9,1	6,1	3,2

**Tabel 34 Partiele levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997**

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	19,1 (14,7-23,5)	18,0 (14,2-21,7)	13,5 (9,9-17,1)	9,3 (6,0-12,6)	8,2 (5,1-11,4)	4,6 (1,8-7,3)
Lager onderwijs	27,3 (24,9-29,7)	24,2 (22,2-26,2)	21,0 (19,4-22,6)	18,9 (17,5-20,3)	16,0 (14,7-17,3)	13,4 (12,2-14,6)
Lager BSO	30,4 (27,9-32,9)	25,9 (23,4-28,3)	21,6 (19,2-24,0)	17,6 (15,4-19,9)	15,6 (13,5-17,6)	13,3 (11,4-15,2)
Lager TSO	27,8 (24,2-31,4)	24,2 (20,8-27,6)	21,8 (18,7-25,0)	19,5 (16,7-22,3)	17,0 (14,3-19,6)	13,2 (10,7-15,7)
Lager ASO	34,0 (31,8-36,2)	29,1 (26,9-31,4)	24,8 (22,7-26,9)	21,8 (19,9-23,8)	18,1 (16,3-19,9)	15,3 (13,7-16,8)
Hoger BSO	34,8 (32,1-37,6)	30,6 (27,9-33,3)	26,2 (23,5-28,9)	21,8 (19,2-24,5)	18,5 (16,1-21,0)	14,3 (11,9-16,7)
Hoger TSO	37,4 (34,8-40,0)	33,4 (30,8-36,0)	29,2 (26,7-31,7)	25,5 (23,1-28,0)	22,1 (19,7-24,5)	18,0 (15,7-20,3)
Hoger ASO	40,2 (38,4-42,0)	35,4 (33,7-37,2)	31,0 (29,3-32,7)	27,0 (25,4-28,7)	22,6 (21,0-24,2)	18,9 (17,4-20,4)
Hoger onderwijs van het korte type	37,1 (35,2-39,1)	32,4 (30,4-34,4)	28,3 (26,4-30,3)	23,7 (21,8-25,7)	19,7 (17,8-21,6)	15,5 (13,6-17,4)
Hoger onderwijs van het lange type	39,2 (36,8-41,5)	34,6 (32,3-36,9)	29,9 (27,5-32,2)	25,6 (23,3-27,9)	21,4 (19,2-23,6)	17,7 (15,6-19,9)

**Tabel 35 Partiele levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997**

	55	60	65	70
Geen diploma	3,0 (1,0-5,0)	2,3 (0,5-4,0)	1,6 (0,3-2,9)	0,8 (0,0-1,9)
Lager onderwijs	10,2 (9,2-11,2)	7,7 (6,9-8,5)	4,9 (4,2-5,6)	2,3 (1,9-2,7)
Lager BSO	10,5 (8,8-12,3)	6,9 (5,3-8,4)	3,9 (2,7-5,2)	1,9 (0,9-2,8)
Lager TSO	10,8 (8,7-12,8)	9,1 (7,5-10,7)	5,0 (3,7-6,3)	4,8 (4,8-4,8)
Lager ASO	11,9 (10,5-13,2)	7,6 (6,3-8,9)	4,5 (3,4-5,6)	1,8 (1,0-2,7)
Hoger BSO	10,5 (8,3-12,8)	7,4 (5,4-9,3)	4,4 (2,7-6,1)	2,6 (1,3-3,8)
Hoger TSO	13,7 (11,4-15,9)	9,4 (7,2-11,6)	6,2 (4,3-8,2)	2,1 (0,3-3,9)
Hoger ASO	15,7 (14,4-17,0)	11,4 (10,3-12,6)	7,6 (6,6-8,5)	3,9 (3,2-4,6)
Hoger onderwijs van het korte type	11,6 (9,8-13,4)	8,3 (6,6-9,9)	5,4 (3,9-6,9)	2,4 (1,3-3,4)
Hoger onderwijs van het lange type	14,1 (12,2-15,9)	12 (10,5-13,4)	7,3 (5,8-8,8)	4,6 (3,7-5,5)

Tabel 36 Partiele levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	19,7	16,0	12,3	10,0	8,3	6,2	4,2	2,7	1,5	0,6
Laagste tertiaal	23,2	19,2	15,4	12,7	10,5	8,1	5,8	3,9	2,3	1,0
Middelste tertiaal	30,1	25,8	21,7	18,2	15,1	12,0	9,0	6,3	3,9	1,8
Hoogste tertiaal	37,1	32,5	28,1	23,8	19,8	16,0	12,3	8,8	5,5	2,6
Hoogst mogelijke positie	40,7	35,8	31,3	26,6	22,2	18,0	13,9	10,1	6,3	3,0

### 8.3.3 Tabel 37-66: Levensverwachting zonder en met beperkingen

Tabel 37 Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	25,3 (21,8-28,8)	25,6 (22,0-29,1)	21,6 (18,3-25,0)	17,3 (14,2-20,5)	14,0 (11,4-16,6)	9,3 (6,6-11,9)
Lager onderwijs	32,5 (30,5-34,4)	28,6 (26,8-30,3)	25,0 (23,4-26,5)	20,8 (19,3-22,2)	17,4 (16,0-18,7)	14,5 (13,2-15,7)
Lager BSO	37,4 (34,9-39,8)	32,7 (30,2-35,2)	27,9 (25,4-30,4)	23,8 (21,3-26,2)	20,0 (17,6-22,3)	15,8 (13,4-18,1)
Lager TSO	40,1 (37,7-42,5)	35,6 (33,2-38,1)	31,1 (28,7-33,5)	27,0 (24,7-29,4)	22,5 (20,1-24,8)	19,1 (16,8-21,3)
Lager ASO	36,5 (34,0-39,0)	32,1 (29,7-34,5)	28,9 (26,7-31,2)	25,1 (23,1-27,2)	21,1 (19,1-23,1)	17,4 (15,5-19,2)
Hoger BSO	38,5 (35,5-41,4)	33,7 (30,7-36,7)	29,0 (26,0-32,0)	24,3 (21,3-27,3)	20,2 (17,4-23,1)	15,7 (12,8-18,6)
Hoger TSO	43,3 (41,4-45,2)	38,5 (36,6-40,5)	34,4 (32,5-36,3)	29,8 (27,9-31,7)	25,1 (23,2-27,1)	21,4 (19,5-23,3)
Hoger ASO	44,5 (42,8-46,2)	39,8 (38,1-41,5)	35,3 (33,6-37,0)	30,6 (28,9-32,3)	26,3 (24,6-28,0)	22,4 (20,9-24,0)
Hoger onderwijs, korte type	47,3 (45,4-49,2)	42,5 (40,6-44,4)	37,8 (35,9-39,7)	33,2 (31,3-35,1)	28,6 (26,7-30,5)	24,4 (22,6-26,3)
Hoger onderwijs, lange type	42,5 (40,8-44,2)	37,6 (35,9-39,3)	33,2 (31,5-34,8)	28,8 (27,1-30,4)	24,2 (22,5-25,9)	19,8 (18,2-21,5)

Tabel 38 Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	6,4 (6,0-10,7)	3,9 (1,5-6,3)	3,9 (1,5-6,2)	2,6 (0,6-4,7)	0,7 (0,0-2,1)	0,2 (0,0-1,1)
Lager onderwijs	11,0 (9,8-12,1)	8,9 (7,8-9,9)	6,3 (5,5-7,2)	3,5 (2,7-4,3)	2,6 (1,8-3,4)	1,8 (1,0-2,7)
Lager BSO	11,8 (9,4-14,1)	8,0 (5,7-10,2)	6,8 (4,9-8,7)	4,8 (3,4-6,2)	3,8 (3,8-3,8)	5,3 (5,3-5,3)
Lager TSO	15,3 (13,0-17,5)	12,7 (10,7-14,7)	10,7 (8,9-12,5)	8,5 (7,0-10,0)	5,9 (4,4-7,3)	4,8 (4,8-4,8)
Lager ASO	14,3 (12,6-15,9)	10,2 (8,5-11,8)	5,9 (4,2-7,6)	2,1 (3,5-6,6)	2,7 (1,2-4,3)	2,2 (0,4-4,0)
Hoger BSO	11,9 (9,0-14,7)	7,6 (4,7-10,5)	5,0 (2,7-7,4)	2,1 (0,0-4,3)	0,9 (0,0-2,4)	0,3 -
Hoger TSO	17,3 (15,4-19,1)	14,1 (12,3-15,9)	11,2 (9,6-12,8)	7,8 (6,2-9,5)	7,2 (6,0-8,3)	6,5 (6,5-6,5)
Hoger ASO	18,2 (16,7-19,8)	14,2 (12,6-15,8)	11,1 (9,7-12,4)	7,9 (6,6-9,3)	5,1 (3,8-6,3)	1,9 (0,5-3,3)
Hoger onderwijs, korte type	20,4 (18,6-22,3)	16,3 (14,5-18,1)	12,2 (10,3-14,0)	8,6 (6,7-10,4)	5,8 (3,9-7,6)	3,7 (2,4-5,1)
Hoger onderwijs, lange type	15,7 (14,1-17,4)	11,7 (10,1-13,3)	8,1 (6,5-9,6)	6,4 (5,0-7,8)	3,8 (2,6-5,1)	0,8 (0,0-1,8)



Tabel 39 Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	14,6 (11,3-17,9)	14,8 (11,4-18,1)	14,9 (11,5-18,3)	14,6 (11,4-17,8)	13,4 (10,8-16,1)	13,8 (11,1-16,5)
Lager onderwijs	13,0 (11,1-14,9)	12,4 (10,8-14,1)	11,5 (10,0-13,0)	11,1 (9,7-12,5)	10,3 (9,0-11,7)	8,9 (7,7-10,1)
Lager BSO	9,4 (6,6-12,2)	9,4 (6,6-12,2)	9,5 (6,7-12,3)	9,1 (6,3-11,8)	8,4 (5,6-11,1)	8,2 (5,5-10,9)
Lager TSO	7,5 (5,3-9,7)	7,3 (5,1-9,4)	7,1 (4,9-9,3)	6,5 (4,4-8,5)	6,4 (4,3-8,5)	5,7 (3,6-7,7)
Lager ASO	9,8 (7,4-12,1)	9,5 (7,3-11,8)	8,3 (6,2-10,3)	7,5 (5,5-9,4)	7,1 (5,2-8,9)	7,0 (5,2-8,9)
Hoger BSO	5,9 (3,6-8,3)	6,0 (3,6-8,3)	5,9 (3,5-8,2)	5,9 (3,6-8,3)	6,0 (3,6-8,4)	6,1 (3,6-8,5)
Hoger TSO	6,9 (5,0-8,8)	6,9 (5,1-8,8)	6,4 (4,6-8,2)	6,3 (4,4-8,1)	6,3 (4,4-8,2)	5,7 (3,9-7,5)
Hoger ASO	4,8 (3,3-6,3)	4,8 (3,3-6,3)	4,6 (3,1-6,1)	4,6 (3,2-6,1)	4,4 (3,0-5,9)	4,2 (2,8-5,6)
Hoger onderwijs, korte type	5,3 (3,6-7,0)	5,3 (3,6-7,0)	5,2 (3,5-6,9)	5,0 (3,3-6,7)	4,9 (3,2-6,6)	4,5 (2,9-6,1)
Hoger onderwijs, lange type	6,4 (4,8-7,9)	6,4 (4,8-7,9)	6,1 (4,5-7,6)	5,6 (4,1-7,1)	5,5 (4,0-7,0)	5,2 (3,7-6,7)

Tabel 40 Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	10,5 (8,1-12,9)	10,9 (8,5-13,3)	7,7 (5,6-9,8)	6,3 (4,7-7,9)	7,4 (5,9-8,9)	5,9 (4,9-6,9)
Lager onderwijs	8,6 (7,4-9,7)	6,7 (5,7-7,7)	5,8 (4,9-6,7)	5,6 (4,7-6,5)	4,2 (3,3-5,2)	3,1 (2,2-4,1)
Lager BSO	7,9 (5,2-10,6)	7,7 (5,0-10,4)	4,9 (2,4-7,4)	3,5 (1,1-5,9)	2,0 (0,0-4,4)	0,5 -
Lager TSO	5,4 (3,4-7,4)	4,0 (2,2-5,8)	2,4 (0,9-3,9)	1,1 (0,1-2,1)	0,8 (0,0-1,6)	0,6 (1,3-4,7)
Lager ASO	5,8 (4,2-7,5)	5,8 (4,1-7,4)	6,0 (4,3-7,7)	4,3 (2,8-5,8)	4,0 (2,4-5,5)	3,0 (1,3-4,7)
Hoger BSO	5,7 (3,4-8,1)	5,7 (3,4-8,1)	4,5 (2,9-6,1)	3,8 (2,6-5,1)	4,7 (3,2-6,3)	1,4 -
Hoger TSO	5,7 (3,8-7,5)	4,6 (2,9-6,4)	3,7 (2,1-5,4)	3,7 (2,0-5,3)	1,7 (0,5-2,8)	0,0 (0,0-0,0)
Hoger ASO	4,2 (2,8-5,6)	4,3 (2,8-5,7)	3,7 (2,4-4,9)	3,3 (2,2-4,5)	3,0 (2,0-4,0)	3,7 (2,6-4,8)
Hoger onderwijs, korte type	4,0 (2,4-5,6)	3,9 (2,3-5,5)	4,1 (2,4-5,7)	4,1 (2,5-5,7)	3,8 (2,2-5,4)	2,9 -
Hoger onderwijs, lange type	4,8 (3,3-6,3)	4,5 (3,0-5,9)	4,6 (3,1-6,1)	2,6 (1,3-3,9)	1,5 (0,4-2,7)	0,8 (0,0-1,8)

Tabel 41 Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	8,1 (5,9-10,3)	3,2 (1,0-5,4)	2,4 (0,6-4,3)	2,5 (0,6-4,3)	2,5 (0,6-4,4)	2,6 (0,6-4,5)
Lager onderwijs	2,7 (2,0-3,5)	2,8 (2,0-3,5)	2,8 (2,0-3,6)	2,8 (2,0-3,6)	2,6 (1,9-3,3)	2,7 (1,9-3,4)
Lager BSO	3,3 (1,4-5,1)	3,3 (1,5-5,1)	3,3 (1,5-5,2)	3,3 (1,4-5,1)	3,2 (1,3-5,1)	3,2 (1,3-5,1)
Lager TSO	2,8 (1,5-4,2)	2,8 (1,5-4,2)	2,8 (1,5-4,2)	2,9 (1,5-4,2)	2,9 (1,5-4,3)	2,6 (1,2-3,9)
Lager ASO	3,7 (2,3-5,1)	3,7 (2,4-5,1)	3,5 (2,2-4,9)	3,6 (2,2-4,9)	3,6 (2,2-4,9)	2,9 (1,9-4,0)
Hoger BSO	6,2 (4,2-8,3)	6,3 (4,2-8,3)	6,3 (4,3-8,4)	6,3 (4,3-8,4)	5,8 (3,9-7,6)	5,9 (4,0-7,8)
Hoger TSO	0,9 (0,1-1,7)	1,0 (0,1-1,8)	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,4)
Hoger ASO	1,7 (0,7-2,6)	1,7 (0,7-2,6)	1,7 (0,7-2,6)	1,7 (0,7-2,6)	1,6 (0,6-2,5)	1,2 (0,4-2,0)
Hoger onderwijs, korte type	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)
Hoger onderwijs, lange type	4,7 (3,5-5,8)	4,7 (3,5-5,8)	4,6 (3,4-5,7)	4,6 (3,5-5,8)	4,7 (3,5-5,8)	4,7 (3,5-5,9)

Tabel 42 Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	2,7 (0,6-4,7)	2,8 (0,7-5,0)	2,5 (0,6-4,5)	2,1 (0,3-4,0)	0,2 (0,0-0,9)	0,1 (0,0-0,5)
Lager onderwijs	2,4 (1,7-3,0)	2,4 (1,7-3,1)	2,3 (1,6-2,9)	2,1 (1,5-2,8)	1,7 (1,0-2,4)	1,3 (0,6-2,1)
Lager BSO	3,3 (1,3-5,2)	3,2 (1,2-5,2)	3,5 (1,3-5,6)	3,5 (1,2-5,7)	3,3 (0,9-5,6)	0,8 (0,8-0,8)
Lager TSO	2,3 (1,0-3,6)	2,2 (0,9-3,4)	2,0 (0,8-3,2)	2,1 (0,8-3,4)	2,3 (0,9-3,7)	1,3 -
Lager ASO	3,0 (1,9-4,2)	3,2 (2,0-4,4)	3,4 (2,2-4,7)	2,6 (1,6-3,7)	2,5 (1,5-3,5)	1,5 (0,9-2,1)
Hoger BSO	5,9 (4,0-7,8)	6,2 (4,2-8,1)	6,3 (4,5-8,1)	6,5 (4,7-8,4)	4,1 -	5,6 -
Hoger TSO	0,5 (0,0-1,3)	0,6 (0,0-1,3)	0,5 (0,0-1,2)	0,5 (0,0-1,4)	0,3 (0,0-0,8)	0,0 -
Hoger ASO	1,3 (0,4-2,1)	1,1 (0,3-1,9)	1,0 (0,3-1,8)	1,0 (0,3-1,8)	1,2 (0,3-2,1)	1,3 (0,2-2,4)
Hoger onderwijs, korte type	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,7)	0,7 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,7)	0,8 (0,0-1,8)	1,0 (0,0-2,3)
Hoger onderwijs, lange type	4,8 (3,6-5,9)	4,8 (3,6-6,0)	4,4 (3,3-5,4)	4,4 (3,3-5,4)	5,0 (3,8-6,2)	6,1 (4,7-7,5)

Tabel 43 Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	34,3 (30,8-37,9)	29,5 (25,9-33,0)	24,6 (21,0-28,1)	19,9 (16,3-23,4)	16,2 (12,8-19,6)	12,1 (8,9-15,4)
Lager onderwijs	34,5 (32,3-36,7)	30,8 (28,9-32,7)	27,0 (25,4-28,6)	23,1 (21,6-24,5)	19,9 (18,6-21,3)	15,9 (14,6-17,2)
Lager BSO	41,7 (39,4-44,1)	36,9 (34,6-39,2)	32,8 (30,5-35,0)	28,3 (26,1-30,5)	24,1 (22,0-26,3)	19,5 (17,4-21,6)
Lager TSO	43,1 (39,9-46,3)	38,6 (35,6-41,7)	33,8 (30,8-36,9)	29,2 (26,2-32,3)	25,6 (22,7-28,5)	21,9 (19,1-24,6)
Lager ASO	40,0 (37,6-42,4)	35,1 (32,7-37,5)	30,8 (28,5-33,0)	27,6 (25,4-29,7)	23,7 (21,6-25,7)	19,1 (17,1-21,1)
Hoger BSO	40,1 (37,1-43,2)	35,3 (32,3-38,4)	30,5 (27,4-33,5)	26,4 (23,4-29,4)	22,9 (20,0-25,7)	18,6 (15,7-21,4)
Hoger TSO	43,4 (40,6-46,1)	38,8 (36,1-41,6)	34,3 (31,6-37,1)	30,0 (27,3-32,7)	26,0 (23,3-28,6)	21,7 (19,1-24,3)
Hoger ASO	44,4 (42,1-46,7)	39,6 (37,4-41,9)	35,2 (32,9-37,4)	30,5 (28,2-32,7)	26,5 (24,3-28,7)	22,9 (20,7-25,0)
Hoger onderwijs van het korte type	40,7 (38,2-43,2)	35,9 (33,4-38,4)	31,3 (28,8-33,8)	26,7 (24,3-29,2)	22,7 (20,3-25,2)	18,3 (15,9-20,8)
Hoger onderwijs van het lange type	51,6 (49,1-54,1)	47,4 (45,0-49,9)	43,0 (40,5-45,4)	38,3 (35,8-40,7)	33,8 (31,3-36,2)	29,8 (27,4-32,2)

Tabel 44 Levensverwachting zonder beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	9,4 (6,5-12,4)	8,1 (5,4-10,7)	5,5 (3,3-7,7)	5,0 (2,8-7,2)	3,7 (1,7-5,6)	2,6 (0,9-4,4)
Lager onderwijs	12,7 (11,6-13,8)	9,7 (8,7-10,7)	6,6 (5,8-7,4)	3,8 (3,1-4,6)	2,5 (1,9-3,2)	1,0 (0,5-1,4)
Lager BSO	16,2 (14,2-18,2)	13,3 (11,5-15,1)	9,9 (8,3-11,5)	6,2 (4,6-7,7)	5,1 (3,7-6,4)	1,3 (0,2-2,5)
Lager TSO	18,3 (15,8-20,8)	14,3 (12,1-16,6)	10,1 (8,0-12,3)	7,0 (7,0-7,0)	3,3 (0,4-6,2)	1,3 (0,0-2,8)
Lager ASO	16,1 (14,2-18,0)	12,6 (10,8-14,4)	9,2 (7,6-10,8)	6,5 (5,0-8,0)	4,0 (2,6-5,4)	2,4 (1,2-3,5)
Hoger BSO	14,3 (11,5-17,1)	9,8 (7,0-12,6)	7,0 (4,3-9,7)	5,8 (3,2-8,4)	2,7 (0,2-5,3)	1,7 (0,0-4,2)
Hoger TSO	17,4 (14,8-19,9)	13,4 (10,9-15,9)	9,6 (7,3-11,9)	6,5 (4,5-8,5)	3,4 (2,4-4,5)	3,7 -
Hoger ASO	19,1 (17,0-21,2)	16,1 (14,2-17,9)	12,4 (10,7-14,1)	8,6 (6,9-10,3)	4,7 (2,9-6,4)	3,8 (2,4-5,3)
Hoger onderwijs van het korte type	14,8 (12,4-17,2)	11,6 (9,3-14,0)	8,2 (6,1-10,4)	5,4 (3,5-7,3)	3,8 (2,0-5,6)	3,6 (1,7-5,5)
Hoger onderwijs van het lange type	25,6 (23,2-27,9)	21,4 (19,1-23,6)	18,4 (16,4-20,3)	14,9 (13,1-16,6)	11,1 (9,5-12,7)	9,4 (8,7-10,1)

Tabel 45 Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	11,0 (8,0-14,0)	11,0 (8,0-14,1)	11,1 (8,1-14,1)	11,0 (8,0-14,0)	9,9 (7,1-12,7)	9,5 (6,9-12,2)
Lager onderwijs	14,1 (12,1-16,2)	13,0 (11,3-14,7)	12,4 (10,8-13,9)	11,6 (10,2-13,0)	10,9 (9,6-12,2)	10,4 (9,2-11,7)
Lager BSO	11,9 (9,7-14,0)	11,9 (9,7-14,1)	11,6 (9,5-13,8)	11,7 (9,5-13,8)	11,4 (9,3-13,5)	11,5 (9,4-13,7)
Lager TSO	9,9 (7,1-12,7)	9,5 (6,8-12,2)	9,5 (6,8-12,2)	9,3 (6,7-11,9)	8,4 (5,9-10,9)	7,8 (5,4-10,2)
Lager ASO	10,9 (8,8-13,0)	11,0 (8,8-13,1)	10,4 (8,5-12,4)	9,9 (8,0-11,8)	9,4 (7,6-11,2)	9,5 (7,7-11,3)
Hoger BSO	10,2 (7,5-12,8)	10,2 (7,5-12,8)	10,1 (7,5-12,8)	9,5 (6,9-12,0)	8,2 (5,9-10,6)	8,0 (5,6-10,4)
Hoger TSO	5,5 (3,3-7,7)	5,1 (3,0-7,3)	5,0 (2,8-7,1)	4,5 (2,4-6,6)	4,3 (2,2-6,4)	3,8 (1,8-5,8)
Hoger ASO	9,1 (6,9-11,3)	8,9 (6,7-11,1)	8,5 (6,4-10,7)	8,5 (6,3-10,7)	7,8 (5,7-9,9)	6,8 (4,7-8,8)
Hoger onderwijs van het korte type	14,0 (11,8-16,3)	13,9 (11,6-16,1)	13,8 (11,5-16,0)	13,6 (11,3-15,8)	12,9 (10,7-15,2)	12,6 (10,4-14,9)
Hoger onderwijs van het lange type	5,6 (3,3-7,9)	4,9 (2,7-7,2)	4,5 (2,2-6,8)	4,4 (2,2-6,7)	4,2 (2,0-6,5)	3,6 (1,4-5,8)

Tabel 46 Levensverwachting met matige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	9,5 (6,9-12,2)	6,5 (4,2-8,8)	6,3 (4,1-8,4)	5,3 (3,2-7,4)	3,2 (1,5-5,0)	1,7 (0,4-3,1)
Lager onderwijs	9,3 (8,2-10,4)	8,0 (7,0-9,0)	7,2 (6,3-8,1)	6,2 (5,3-7,0)	4,1 (3,3-4,9)	2,6 (1,9-3,2)
Lager BSO	10,5 (8,5-12,5)	9,0 (7,2-10,9)	8,4 (6,7-10,1)	8,2 (6,5-9,9)	6,2 (4,7-7,7)	7,1 (5,4-8,9)
Lager TSO	7,1 (4,9-9,2)	6,5 (4,6-8,4)	6,6 (4,7-8,5)	6,0 (6,0-6,0)	5,9 (4,1-7,7)	7,1 (4,9-9,3)
Lager ASO	8,1 (6,4-9,8)	7,2 (5,6-8,7)	6,4 (5,0-7,8)	6,0 (4,6-7,3)	5,6 (4,3-7,0)	4,9 (3,8-6,1)
Hoger BSO	7,7 (5,4-10,0)	7,5 (5,3-9,8)	5,9 (3,8-8,0)	2,8 (1,0-4,6)	2,6 (0,7-4,4)	1,9 (0,3-3,5)
Hoger TSO	3,5 (1,5-5,4)	3,3 (1,3-5,2)	2,5 (0,8-4,2)	2,6 (0,9-4,4)	2,9 (1,0-4,8)	1,6
Hoger ASO	6,1 (4,2-8,1)	5,3 (3,5-7,1)	4,7 (3,0-6,5)	4,7 (2,9-6,4)	4,9 (3,0-6,7)	2,3 (0,7-3,9)
Hoger onderwijs van het korte type	11,6 (9,5-13,8)	10,3 (8,3-12,4)	10,4 (8,4-12,5)	9,6 (7,7-11,5)	7,7 (6,0-9,4)	5,0 (3,3-6,6)
Hoger onderwijs van het lange type	3,4 (1,2-5,5)	3,1 (1,0-5,2)	2,3 (0,5-4,1)	1,8 (0,1-3,5)	1,7 (0,1-3,2)	0,1 (0,0-0,8)

Tabel 47 Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	9,7 (6,8-12,5)	9,7 (6,8-12,6)	9,7 (6,8-12,6)	9,8 (6,9-12,7)	9,9 (6,9-12,8)	9,8 (6,9-12,7)
Lager onderwijs	7,0 (5,8-8,2)	7,1 (5,8-8,3)	6,7 (5,6-7,7)	6,7 (5,6-7,7)	5,8 (4,9-6,7)	5,7 (4,8-6,5)
Lager BSO	3,7 (2,0-5,4)	3,6 (1,9-5,4)	3,2 (1,5-4,8)	2,8 (1,3-4,4)	2,6 (1,0-4,1)	2,4 (0,9-3,9)
Lager TSO	4,8 (3,0-6,6)	4,8 (3,0-6,6)	4,7 (2,9-6,5)	4,7 (2,9-6,5)	4,5 (2,7-6,2)	4,2 (2,5-5,9)
Lager ASO	6,1 (4,5-7,8)	6,1 (4,5-7,8)	6,2 (4,5-7,8)	5,2 (3,7-6,7)	4,9 (3,5-6,4)	4,8 (3,4-6,3)
Hoger BSO	7,2 (4,8-9,5)	7,1 (4,7-9,4)	7,1 (4,7-9,4)	7,0 (4,7-9,4)	7,1 (4,7-9,5)	7,0 (4,7-9,4)
Hoger TSO	9,2 (6,4-11,9)	9,2 (6,5-11,9)	8,9 (6,2-11,7)	9,0 (6,2-11,7)	8,4 (5,7-11,1)	8,5 (5,8-11,2)
Hoger ASO	4,1 (2,6-5,6)	4,1 (2,6-5,7)	4,1 (2,6-5,7)	4,1 (2,6-5,6)	4,1 (2,6-5,7)	4,1 (2,6-5,7)
Hoger onderwijs van het korte type	3,5 (1,8-5,1)	3,5 (1,8-5,1)	3,2 (1,6-4,9)	3,2 (1,6-4,8)	3,1 (1,5-4,7)	3,1 (1,5-4,8)
Hoger onderwijs van het lange type	1,3 (0,0-2,6)	1,2 (0,0-2,5)	1,2 (0,0-2,5)	1,1 (0,0-2,4)	1,1 (0,0-2,4)	1,1 (0,0-2,3)

Tabel 48 Levensverwachting met ernstige beperkingen naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	8,0 (5,5-10,6)	8,2 (5,6-10,7)	6,8 (4,6-9,0)	4,4 (2,3-6,5)	4,3 (2,2-6,4)	3,8 (1,7-5,9)
Lager onderwijs	5,5 (4,7-6,4)	5,5 (4,7-6,4)	5,2 (4,4-5,9)	5,0 (4,3-5,8)	4,9 (4,1-5,6)	4,8 (4,1-5,6)
Lager BSO	2,3 (0,8-3,8)	2,2 (0,7-3,7)	1,9 (0,5-3,4)	1,8 (0,3-3,2)	1,2 (0,0-2,6)	0,7 (0,0-2,1)
Lager TSO	3,9 (2,4-5,4)	4,0 (2,4-5,6)	3,7 (2,4-5,1)	3,5 (3,5-3,5)	3,4 (0,5-6,3)	1,2 (0,0-2,7)
Lager ASO	4,7 (3,3-6,1)	4,7 (3,3-6,2)	4,7 (3,2-6,1)	3,8 (2,4-5,1)	2,8 (1,6-4,1)	1,9 (0,9-3,0)
Hoger BSO	7,2 (4,7-9,6)	7,3 (4,8-9,8)	7,6 (5,0-10,1)	7,8 (5,1-10,4)	7,3 (4,7-10,0)	5,8 (3,3-8,4)
Hoger TSO	8,6 (5,9-11,4)	8,4 (5,7-11,2)	8,5 (5,8-11,3)	7,4 (4,8-9,9)	6,5 (4,5-8,5)	4,3
Hoger ASO	4,1 (2,5-5,7)	3,6 (2,2-5,0)	3,5 (2,1-4,9)	3,3 (1,9-4,7)	3,3 (1,8-4,7)	3,3 (1,9-4,7)
Hoger onderwijs van het korte type	3,1 (1,4-4,7)	3,1 (1,5-4,8)	2,1 (0,7-3,6)	1,5 (0,3-2,9)	1,3 (0,1-2,6)	0,8 (0,0-2,0)
Hoger onderwijs van het lange type	1,0 (0,0-2,3)	1,0 (0,0-2,2)	0,6 (0,0-1,5)	0,4 (0,0-1,3)	0,5 (0,0-1,4)	0,0

Tabel 49 Partiele levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	24,9 (21,5-28,4)	25,2 (21,7-28,7)	21,2 (18,0-24,5)	16,9 (13,9-20,0)	13,6 (11,1-16,1)	8,9 (6,3-11,4)
Lager onderwijs	31,1 (29,2-32,9)	27,2 (25,5-28,8)	23,5 (22,0-25,0)	19,3 (17,9-20,7)	15,9 (14,6-17,2)	13,0 (11,8-14,1)
Lager BSO	35,2 (32,7-37,7)	30,5 (28,0-33,0)	25,7 (23,2-28,2)	21,5 (19,1-24,0)	17,7 (15,4-20,1)	13,5 (11,1-15,8)
Lager TSO	36,7 (34,4-39,0)	32,2 (29,9-34,4)	27,6 (25,3-29,8)	23,5 (21,3-25,7)	18,9 (16,8-21,1)	15,4 (13,4-17,5)
Lager ASO	34,9 (32,6-37,2)	30,5 (28,3-32,7)	27,3 (25,3-29,3)	23,5 (21,7-25,4)	19,4 (17,7-21,2)	15,7 (14,1-17,2)
Hoger BSO	38,0 (35,1-40,8)	33,2 (30,3-36,0)	28,5 (25,6-31,3)	23,8 (21,0-26,7)	19,7 (17,0-22,4)	15,2 (12,4-17,9)
Hoger TSO	39,0 (37,2-40,7)	34,1 (32,3-35,9)	30,0 (28,2-31,7)	25,4 (23,6-27,1)	20,7 (18,9-22,4)	16,9 (15,1-18,6)
Hoger ASO	41,4 (39,9-42,9)	36,7 (35,1-38,2)	32,2 (30,7-33,7)	27,4 (25,9-28,9)	23,1 (21,7-24,6)	19,2 (17,9-20,5)
Hoger onderwijs van het korte type	43,4 (42,0-44,8)	38,6 (37,2-40,0)	33,9 (32,5-35,3)	29,3 (27,9-30,7)	24,6 (23,2-26,0)	20,4 (19,1-21,7)
Hoger onderwijs van het lange type	39,9 (38,4-41,4)	35,0 (33,5-36,5)	30,6 (29,1-32,0)	26,2 (24,7-27,6)	21,6 (20,1-23,0)	17,2 (15,8-18,6)

Tabel 50 Partiele levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	8,0 (5,8-10,2)	3,5 (1,2-5,7)	3,4 (1,2-5,6)	2,1 (0,3-3,8)
Lager onderwijs	9,4 (8,4-10,5)	7,2 (6,3-8,1)	4,5 (3,9-5,2)	1,4 (1,0-1,9)
Lager BSO	9,4 (7,1-11,7)	5,5 (3,2-7,7)	4,1 (2,2-6,0)	1,8 (0,3-3,2)
Lager TSO	11,5 (9,5-13,6)	8,8 (7,0-10,6)	6,6 (5,1-8,1)	3,8 (2,9-4,8)
Lager ASO	12,5 (11,2-13,8)	8,3 (7,1-9,6)	4,0 (2,7-5,2)	2,9 (2,0-3,8)
Hoger BSO	11,3 (8,6-14,0)	7,0 (4,3-9,7)	4,4 (2,3-6,5)	1,3 (0,0-3,2)
Hoger TSO	12,6 (10,9-14,3)	9,2 (7,6-10,8)	6,0 (4,6-7,4)	2,0 (0,6-3,3)
Hoger ASO	14,9 (13,5-16,2)	10,7 (9,4-12,0)	7,3 (6,3-8,3)	3,7 (2,9-4,6)
Hoger onderwijs van het korte type	16,4 (15,1-17,6)	12,1 (10,9-13,3)	7,7 (6,6-8,9)	3,7 (2,7-4,6)
Hoger onderwijs van het lange type	13,0 (11,6-14,4)	8,9 (7,6-10,2)	5,1 (3,9-6,3)	3,2 (2,3-4,1)

Tabel 51 Partiele levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	27,4	23,0	18,9	14,7	11,1	8,1	5,3	3,3	2,6	0,0
Laagste tertiaal	29,5	25,1	20,9	16,6	12,8	9,6	6,6	4,2	3,0	0,3
Middelste tertiaal	34,5	29,8	25,5	21,1	16,9	13,3	9,7	6,6	4,3	1,5
Hoogste tertiaal	39,8	34,9	30,4	25,9	21,3	17,2	13,0	9,1	5,7	2,8
Hoogst mogelijke positie	42,5	37,6	33,0	28,4	23,6	19,2	14,7	10,5	6,4	3,5

Tabel 52 Partiele levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	10,8 (7,6-14,0)	10,9 (7,7-14,2)	11,0 (7,7-14,3)	10,7 (7,6-13,7)	9,4 (6,9-12,0)	9,7 (7,1-12,3)
Lager onderwijs	10,8 (9,0-12,6)	10,2 (8,6-11,8)	9,2 (7,7-10,6)	8,8 (7,5-10,1)	8,0 (6,8-9,2)	6,5 (5,4-7,6)
Lager BSO	8,2 (5,8-10,6)	8,2 (5,8-10,7)	8,3 (5,9-10,7)	7,9 (5,5-10,3)	7,1 (4,8-9,4)	7,0 (4,7-9,3)
Lager TSO	7,0 (4,8-9,1)	6,8 (4,7-8,9)	6,6 (4,5-8,7)	6,0 (3,9-8,0)	5,9 (3,8-7,9)	5,2 (3,2-7,1)
Lager ASO	7,5 (5,3-9,6)	7,2 (5,2-9,3)	5,9 (4,1-7,8)	5,1 (3,4-6,8)	4,7 (3,1-6,3)	4,6 (3,0-6,2)
Hoger BSO	3,2 (1,0-5,3)	3,2 (1,0-5,3)	3,1 (0,9-5,3)	3,1 (0,9-5,3)	3,1 (0,9-5,4)	3,1 (0,9-5,4)
Hoger TSO	5,9 (4,2-7,6)	5,9 (4,2-7,7)	5,4 (3,7-7,1)	5,2 (3,5-6,9)	5,3 (3,5-7,0)	4,7 (3,0-6,3)
Hoger ASO	2,9 (1,6-4,3)	3,0 (1,6-4,3)	2,7 (1,4-4,1)	2,7 (1,4-4,1)	2,5 (1,2-3,8)	2,3 (1,0-3,5)
Hoger onderwijs van het korte type	2,8 (1,5-4,1)	2,7 (1,4-4,1)	2,6 (1,3-4,0)	2,4 (1,1-3,7)	2,3 (1,0-3,6)	1,9 (0,6-3,1)
Hoger onderwijs van het lange type	5,3 (4,0-6,7)	5,4 (4,0-6,7)	5,0 (3,7-6,4)	4,6 (3,3-5,9)	4,4 (3,2-5,7)	4,1 (2,9-5,4)

Tabel 53 Partiele levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	6,2 (4,0-8,5)	6,4 (4,1-8,6)	2,7 (0,9-4,6)	0,5 (0,0-1,6)
Lager onderwijs	6,1 (5,1-7,1)	4,1 (3,3-4,9)	2,9 (2,3-3,6)	2,3 (1,8-2,7)
Lager BSO	6,6 (4,4-8,9)	6,4 (4,1-8,6)	3,5 (1,6-5,4)	1,9 (0,4-3,3)
Lager TSO	4,9 (3,0-6,9)	3,5 (1,8-5,2)	1,8 (0,4-3,2)	0,4 (0,0-1,2)
Lager ASO	3,3 (2,0-4,6)	3,1 (1,9-4,4)	3,2 (1,9-4,4)	1,1 (0,3-1,9)
Hoger BSO	2,7 (0,6-4,9)	2,6 (0,5-4,7)	1,1 (0,0-2,3)	0,0
Hoger TSO	4,6 (2,9-6,3)	3,5 (1,9-5,1)	2,5 (1,1-3,9)	2,3 (0,9-3,7)
Hoger ASO	2,1 (0,9-3,4)	2,2 (0,9-3,4)	1,4 (0,4-2,4)	0,8 (0,0-1,7)
Hoger onderwijs van het korte type	1,3 (0,2-2,5)	1,1 (0,0-2,2)	1,1 (0,0-2,3)	0,9 (0,0-1,7)
Hoger onderwijs van het lange type	3,7 (2,5-4,9)	3,4 (2,2-4,5)	3,4 (2,2-4,6)	1,3 (0,5-2,2)

Tabel 54 Partiele levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	12,8	12,7	12,3	11,9	11,2	10,0	8,9	6,8	3,6	2,8
Laagste tertiaal	11,3	11,2	10,9	10,5	9,9	8,9	7,9	6,1	3,4	2,5
Middelste tertiaal	8,2	8,2	7,8	7,5	7,1	6,4	5,8	4,6	3,0	1,9
Hoogste tertiaal	4,8	4,9	4,6	4,3	4,2	3,8	3,5	3,0	2,5	1,3
Hoogst mogelijke positie	3,1	3,2	2,9	2,7	2,7	2,5	2,4	2,2	2,2	1,0

Tabel 55 Partiele levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50				
Geen diploma	8,0	(5,8-10,2)	3,1	(0,9-5,2)	2,3	(0,5-4,1)	2,3	(0,5-4,2)	2,4	(0,5-4,4)
Lager onderwijs	1,8	(1,2-2,5)	1,9	(1,2-2,5)	1,9	(1,2-2,6)	1,9	(1,2-2,6)	1,7	(1,0-2,3)
Lager BSO	1,4	(0,2-2,6)	1,4	(0,2-2,6)	1,4	(0,2-2,7)	1,3	(0,1-2,5)	1,3	(0,1-2,5)
Lager TSO	1,5	(0,4-2,6)	1,5	(0,4-2,6)	1,5	(0,4-2,6)	1,5	(0,4-2,6)	1,5	(0,4-2,6)
Lager ASO	2,3	(1,0-3,5)	2,3	(1,0-3,5)	2,0	(0,9-3,2)	2,1	(0,9-3,3)	2,0	(0,8-3,2)
Hoger BSO	3,8	(1,8-5,9)	3,8	(1,8-5,9)	3,9	(1,8-5,9)	3,8	(1,8-5,9)	3,3	(1,4-5,1)
Hoger TSO	0,8	(0,1-1,5)	0,8	(0,1-1,5)	0,7	(0,0-1,4)	0,7	(0,0-1,4)	0,7	(0,0-1,4)
Hoger ASO	0,9	(0,2-1,7)	0,9	(0,2-1,7)	0,9	(0,1-1,7)	0,9	(0,1-1,7)	0,8	(0,1-1,5)
Hoger onderwijs van het korte type	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)
Hoger onderwijs van het lange type	1,3	(0,5-2,1)	1,3	(0,5-2,1)	1,2	(0,4-2,0)	1,2	(0,4-2,0)	1,2	(0,4-2,1)

Tabel 56 Partiele levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70				
Geen diploma	2,5	(0,5-4,5)	2,7	(0,6-4,8)	2,4	(0,5-4,3)	2,0	(0,2-3,7)
Lager onderwijs	1,4	(0,8-1,9)	1,4	(0,8-1,9)	1,1	(0,6-1,6)	0,8	(0,4-1,2)
Lager BSO	1,2	(0,0-2,5)	1,1	(0,0-2,2)	1,1	(0,0-2,4)	0,9	(0,0-2,0)
Lager TSO	0,9	(0,0-1,8)	0,7	(0,0-1,5)	0,4	(0,0-1,0)	0,3	(0,0-0,9)
Lager ASO	1,4	(0,5-2,4)	1,5	(0,5-2,5)	1,6	(0,6-2,7)	0,6	(0,0-1,2)
Hoger BSO	3,2	(1,4-5,1)	3,4	(1,5-5,4)	3,3	(1,5-5,1)	3,2	(1,4-5,0)
Hoger TSO	0,4	(0,0-1,0)	0,4	(0,0-1,0)	0,3	(0,0-0,9)	0,3	(0,0-1,0)
Hoger ASO	0,4	(0,0-1,0)	0,2	(0,0-0,7)	0,1	(0,0-0,4)	0,0	-
Hoger onderwijs van het korte type	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,1	(0,0-0,5)	0,1	(0,0-0,5)
Hoger onderwijs van het lange type	1,2	(0,4-2,1)	1,2	(0,3-2,0)	0,5	(0,0-1,0)	0,1	(0,0-0,4)

Tabel 57 Partiele levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	3,0	2,9	2,9	2,9	2,7	2,6	2,2	2,3	2,3	1,9
Laagste tertiael	2,7	2,6	2,6	2,6	2,4	2,3	2,0	2,1	2,0	1,6
Middelste tertiael	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,5	1,5	1,3	1,0
Hoogste tertiael	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9	0,7	0,4
Hoogst mogelijke positie	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,3	0,1

Tabel 58 Partiele levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50						
Geen diploma	31,7	(28,4-34,9)	26,8	(23,5-30,0)	21,9	(18,6-25,1)	17,1	(13,9-20,4)	13,5	(10,4-16,5)	9,3	(6,4-12,2)
Lager onderwijs	32,6	(30,5-34,7)	28,9	(27,1-30,7)	25,1	(23,5-26,6)	21,1	(19,7-22,5)	18,0	(16,7-19,3)	14,0	(12,8-15,1)
Lager BSO	37,8	(35,7-39,8)	32,9	(30,8-35,0)	28,8	(26,8-30,8)	24,3	(22,3-26,2)	20,1	(18,3-21,9)	15,4	(13,6-17,3)
Lager TSO	40,5	(37,3-43,6)	36,0	(32,9-39,1)	31,2	(28,1-34,2)	26,6	(23,6-29,6)	22,9	(20,1-25,8)	19,2	(16,4-21,9)
Lager ASO	36,8	(34,7-39,0)	31,9	(29,8-34,1)	27,6	(25,7-29,6)	24,4	(22,6-26,2)	20,5	(18,8-22,1)	15,9	(14,2-17,5)
Hoger BSO	38,0	(35,6-40,3)	33,2	(30,8-35,5)	28,3	(26,0-30,6)	24,2	(22,0-26,5)	20,7	(18,6-22,7)	16,4	(14,4-18,3)
Hoger TSO	40,6	(37,9-43,3)	36,1	(33,4-38,7)	31,6	(28,9-34,2)	27,2	(24,6-29,8)	23,2	(20,6-25,7)	18,9	(16,4-21,4)
Hoger ASO	40,7	(38,8-42,5)	35,9	(34,1-37,8)	31,5	(29,7-33,3)	26,7	(24,9-28,5)	22,7	(21,0-24,4)	19,1	(17,5-20,7)
Hoger onderwijs van het korte type	37,6	(35,6-39,6)	32,8	(30,8-34,8)	28,2	(26,2-30,3)	23,7	(21,7-25,7)	19,6	(17,7-21,6)	15,2	(13,2-17,2)
Hoger onderwijs van het lange type	42,6	(40,5-44,8)	38,4	(36,3-40,5)	34,0	(31,9-36,1)	29,2	(27,2-31,3)	24,7	(22,6-26,7)	20,6	(18,6-22,6)

Tabel 59 Partiele levensverwachting zonder de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	6,6 (4,1-9,1)	5,1 (3,0-7,3)	2,5 (1,0-3,9)	1,8 (0,4-3,1)
Lager onderwijs	10,7 (9,7-11,7)	7,6 (6,8-8,4)	4,5 (3,9-5,1)	1,6 (1,2-2,0)
Lager BSO	12,0 (10,4-13,7)	9,1 (7,6-10,5)	5,6 (4,4-6,7)	1,6 (0,6-2,5)
Lager TSO	15,6 (13,1-18,1)	11,5 (9,3-13,8)	7,2 (5,1-9,4)	3,9 (3,9-3,9)
Lager ASO	12,8 (11,3-14,3)	9,2 (7,9-10,6)	5,7 (4,6-6,8)	2,8 (2,0-3,6)
Hoger BSO	12,0 (10,1-13,9)	7,5 (5,7-9,4)	4,6 (3,1-6,1)	3,3 (2,1-4,5)
Hoger TSO	14,5 (12,0-16,9)	10,4 (8,1-12,8)	6,6 (4,5-8,8)	3,4 (1,6-5,1)
Hoger ASO	15,2 (13,7-16,7)	12,1 (11,0-13,2)	8,3 (7,5-9,2)	4,3 (3,7-4,8)
Hoger onderwijs van het korte type	11,6 (9,8-13,5)	8,4 (6,7-10,1)	4,9 (3,4-6,3)	1,9 (0,9-2,9)
Hoger onderwijs van het lange type	16,2 (14,3-18,2)	11,9 (10,0-13,7)	8,5 (7,2-9,8)	4,6 (3,7-5,5)

Tabel 60 Partiele levensverwachting zonder beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	28,6	23,8	19,5	15,7	12,5	8,3	5,7	3,6	1,0	0,0
Laagste tertiël	30,3	25,6	21,2	17,2	13,9	9,7	6,8	4,4	1,6	0,2
Middelste tertiël	34,5	29,9	25,4	21,1	17,4	13,2	9,9	6,9	3,7	1,4
Hoogste tertiël	38,9	34,3	29,8	25,2	21,0	16,8	13,0	9,4	5,9	2,6
Hoogst mogelijke positie	41,1	36,6	32,0	27,3	22,9	18,7	14,6	10,7	7,0	3,2

Tabel 61 Partiele levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	8,6 (5,9-11,4)	8,7 (6,0-11,4)	8,7 (6,0-11,4)	8,6 (5,9-11,3)	7,5 (5,0-10,0)	7,1 (4,8-9,4)
Lager onderwijs	11,1 (9,1-13,0)	9,9 (8,3-11,5)	9,3 (7,9-10,7)	8,5 (7,2-9,7)	7,8 (6,6-9,0)	7,3 (6,1-8,4)
Lager BSO	7,0 (5,2-8,8)	7,0 (5,2-8,8)	6,7 (5,0-8,5)	6,8 (5,0-8,5)	6,4 (4,7-8,2)	6,5 (4,8-8,3)
Lager TSO	5,2 (2,4-8,0)	4,7 (2,0-7,4)	4,7 (2,1-7,4)	4,5 (1,9-7,1)	3,5 (1,0-6,0)	3,0 (0,6-5,4)
Lager ASO	6,5 (4,7-8,4)	6,6 (4,7-8,4)	6,0 (4,4-7,7)	5,4 (3,9-7,0)	4,9 (3,5-6,4)	4,9 (3,5-6,4)
Hoger BSO	8,1 (6,0-10,3)	8,1 (5,9-10,3)	8,1 (5,9-10,3)	7,4 (5,3-9,5)	6,2 (4,3-8,1)	5,9 (4,1-7,7)
Hoger TSO	3,2 (1,7-4,8)	2,8 (1,3-4,3)	2,7 (1,2-4,1)	2,2 (0,8-3,6)	2,0 (0,6-3,3)	1,5 (0,2-2,7)
Hoger ASO	5,3 (3,6-6,9)	5,1 (3,5-6,7)	4,7 (3,1-6,3)	4,6 (3,0-6,2)	3,9 (2,4-5,3)	2,8 (1,5-4,2)
Hoger onderwijs van het korte type	7,8 (6,0-9,6)	7,7 (5,9-9,5)	7,6 (5,8-9,3)	7,3 (5,6-9,1)	6,7 (4,9-8,4)	6,3 (4,6-8,0)
Hoger onderwijs van het lange type	4,3 (2,3-6,2)	3,6 (1,7-5,5)	3,2 (1,3-5,1)	3,1 (1,2-5,0)	2,9 (1,0-4,8)	2,2 (0,4-4,0)

Tabel 62 Partiele levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	7,1 (4,8-9,3)	3,9 (2,1-5,7)	3,6 (2,0-5,2)	2,4 (1,0-3,8)
Lager onderwijs	6,1 (5,2-7,0)	4,7 (3,9-5,4)	3,8 (3,2-4,4)	2,5 (2,1-3,0)
Lager BSO	5,4 (3,8-7,0)	3,8 (2,5-5,2)	3,0 (1,9-4,1)	2,6 (1,6-3,5)
Lager TSO	2,1 (0,0-4,3)	1,5 (0,0-3,4)	1,4 (0,0-3,4)	0,5 -
Lager ASO	3,5 (2,2-4,8)	2,5 (1,4-3,5)	1,5 (0,7-2,3)	0,8 (0,2-1,4)
Hoger BSO	5,6 (3,8-7,3)	5,4 (3,7-7,0)	3,7 (2,4-5,0)	0,4 (0,0-1,2)
Hoger TSO	1,1 (0,0-2,2)	0,8 (0,0-1,8)	0,0 -	0,0 -
Hoger ASO	2,1 (0,9-3,4)	1,1 (0,3-2,0)	0,5 (0,0-1,1)	0,2 (0,0-0,6)
Hoger onderwijs van het korte type	5,2 (3,7-6,8)	3,8 (2,3-5,2)	3,7 (2,3-5,1)	2,5 (1,5-3,5)
Hoger onderwijs van het lange type	2,0 (0,3-3,7)	1,7 (0,0-3,3)	0,8 (0,0-2,0)	0,3 (0,0-1,2)

Tabel 63 partiële levensverwachting met matige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	12,1	12,0	11,8	11,2	10,3	10,2	9,1	6,7	5,8	4,4
Laagste tertiel	11,1	11,0	10,7	10,2	9,4	9,2	8,1	6,0	5,2	3,8
Middelste tertiel	9,0	8,8	8,5	8,1	7,5	7,1	6,2	4,6	3,8	2,7
Hoogste tertiel	6,8	6,5	6,2	6,0	5,5	5,0	4,2	3,2	2,4	1,5
Hoogst mogelijke positie	5,7	5,3	5,0	4,9	4,5	3,9	3,1	2,5	1,7	0,9

Tabel 64 Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	6,5	(4,1-8,9)	6,5	(4,1-8,9)	6,6	(4,1-9,0)
Lager onderwijs	3,4	(2,3-4,4)	3,4	(2,3-4,5)	3,0	(2,1-3,8)
Lager BSO	2,7	(1,4-4,1)	2,7	(1,4-4,0)	2,2	(1,0-3,5)
Lager TSO	2,1	(0,2-3,9)	2,1	(0,2-3,9)	2,0	(0,2-3,8)
Lager ASO	3,9	(2,6-5,2)	3,9	(2,6-5,3)	3,0	(1,8-4,1)
Hoger BSO	1,4	(0,3-2,6)	1,3	(0,2-2,4)	1,2	(0,2-2,2)
Hoger TSO	4,0	(1,8-6,2)	4,0	(1,8-6,2)	3,7	(1,6-5,9)
Hoger ASO	1,5	(0,5-2,6)	1,6	(0,5-2,6)	1,5	(0,5-2,5)
Hoger onderwijs van het korte type	2,4	(1,1-3,6)	2,4	(1,1-3,6)	2,2	(0,9-3,4)
Hoger onderwijs van het lange type	0,9	(0,0-2,0)	0,8	(0,0-1,9)	0,7	(0,0-1,8)

Tabel 65 Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	4,7	(2,8-6,6)	4,7	(2,8-6,7)
Lager onderwijs	1,7	(1,1-2,3)	1,6	(1,0-2,1)
Lager BSO	1,3	(0,4-2,2)	1,2	(0,3-2,1)
Lager TSO	1,1	(0,0-2,6)	1,1	(0,0-2,7)
Lager ASO	2,4	(1,4-3,4)	2,4	(1,4-3,3)
Hoger BSO	1,1	(0,1-2,1)	1,1	(0,1-2,2)
Hoger TSO	3,2	(1,0-5,4)	2,9	(0,8-5,1)
Hoger ASO	1,4	(0,4-2,4)	0,8	(0,1-1,6)
Hoger onderwijs van het korte type	1,9	(0,7-3,2)	2,0	(0,7-3,3)
Hoger onderwijs van het lange type	0,6	(0,0-1,6)	0,6	(0,0-1,6)

Tabel 66 Partiële levensverwachting met ernstige beperkingen tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	6,3	6,3	6,0	5,7	5,0	4,7	3,8	3,8	2,8	0,8
Laagste tertiel	5,5	5,4	5,2	4,9	4,3	4,1	3,3	3,3	2,4	0,7
Middelste tertiel	3,7	3,7	3,5	3,3	3,0	2,8	2,5	2,4	1,8	0,7
Hoogste tertiel	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,1	0,7
Hoogst mogelijke positie	1,2	1,2	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	0,8	0,7



### 8.3.4 Tabel 67 - 76: Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid

Tabel 67 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	37,3 (33,2-41,4)	32,6 (28,5-36,8)	29,6 (25,8-33,3)	27,7 (24,6-30,8)	23,1 (19,9-26,2)	21,0 (18,5-23,5)
Lager onderwijs	31,3 (29,0-33,5)	28,6 (26,8-30,5)	26,6 (25,0-28,3)	25,1 (23,8-26,5)	22,9 (21,7-24,1)	20,3 (19,2-21,3)
Lager BSO	34,1 (31,1-37,1)	31,1 (28,2-33,9)	26,9 (24,1-28,7)	23,5 (20,8-26,3)	20,4 (17,8-23,1)	17,6 (15,1-20,1)
Lager TSO	35,7 (33,1-38,3)	31,9 (29,4-34,4)	27,7 (25,2-30,1)	24,2 (21,8-26,5)	20,9 (18,7-23,2)	17,2 (15,0-19,5)
Lager ASO	36,7 (33,9-39,5)	33,3 (30,9-35,8)	31,0 (28,8-33,3)	28,0 (26,1-30,0)	25,0 (23,2-26,9)	20,8 (19,1-22,6)
Hoger BSO	42,3 (39,7-44,9)	38,3 (35,8-40,8)	35,1 (32,6-37,5)	31,9 (29,5-34,2)	27,6 (25,3-29,9)	24,5 (22,6-26,4)
Hoger TSO	37,4 (35,3-39,4)	33,9 (31,9-35,9)	30,9 (29,0-32,8)	26,9 (25,0-28,8)	24,2 (22,5-26,0)	21,0 (19,3-22,7)
Hoger ASO	42,4 (40,4-44,4)	38,7 (36,9-40,6)	35,7 (34,0-37,4)	31,7 (30,1-33,3)	28,3 (26,8-29,8)	24,6 (23,3-25,9)
Hoger onderwijs van het korte type	40,0 (37,6-42,3)	36,3 (34,1-38,6)	32,3 (30,1-34,5)	28,4 (26,2-30,6)	24,8 (22,7-27,0)	21,6 (19,5-23,6)
Hoger onderwijs van het lange type	39,0 (37,2-40,9)	35,4 (33,6-37,3)	32,6 (30,9-34,4)	29,9 (28,2-31,5)	27,0 (25,4-28,6)	23,6 (22,1-25,2)

Tabel 68 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	18,0 (15,9-20,2)	14,5 (12,5-16,5)	11,3 (9,5-13,2)	8,6 (6,9-10,3)	8,3 (7,9-8,6)	6,1 (5,5-6,6)
Lager onderwijs	16,6 (15,6-17,5)	14,0 (13,2-14,8)	10,9 (10,1-11,6)	7,8 (7,0-8,6)	6,0 (5,2-6,8)	4,5 (3,7-5,3)
Lager BSO	14,9 (12,5-17,2)	12,2 (10,0-14,4)	8,1 (5,8-10,4)	6,1 (3,9-8,3)	3,7 (1,5-5,9)	1,0 -
Lager TSO	14,3 (12,2-16,4)	12,8 (10,9-14,6)	10,0 (8,2-11,7)	8,4 (7,0-9,8)	7,5 (6,8-8,2)	5,0 -
Lager ASO	18,9 (17,4-20,3)	14,9 (13,5-16,4)	11,8 (10,5-13,1)	9,7 (8,7-10,7)	7,3 (6,4-8,3)	6,3 (5,8-6,8)
Hoger BSO	21,6 (20,1-23,1)	17,9 (16,5-19,3)	15,5 (14,9-16,1)	12,4 (12,4-12,4)	9,7 (9,7-9,7)	7,3 -
Hoger TSO	17,8 (16,2-19,4)	15,0 (13,6-16,4)	12,4 (11,1-13,6)	8,7 (7,4-10,1)	7,0 (6,3-7,7)	4,3 -
Hoger ASO	20,9 (19,6-22,1)	17,3 (16,1-18,4)	14,2 (13,2-15,2)	11,2 (10,2-12,1)	8,4 (7,4-9,3)	6,5 (5,6-7,3)
Hoger onderwijs van het korte type	17,8 (15,8-19,8)	13,7 (11,7-15,7)	10,1 (8,2-12,0)	7,9 (6,4-9,4)	4,8 (3,4-6,3)	1,2 (0,0-2,7)
Hoger onderwijs van het lange type	19,9 (18,4-21,3)	16,9 (15,6-18,3)	14,7 (13,7-15,8)	11,5 (10,4-12,6)	8,8 (7,7-9,8)	6,4 (5,4-7,3)

Tabel 69 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	36,4 (32,3-40,5)	31,5 (27,5-35,5)	26,6 (22,5-30,7)	23,2 (19,4-27,0)	19,3 (15,7-22,9)	17,6 (14,4-20,8)
Lager onderwijs	32,0 (29,5-34,4)	29,2 (27,1-31,3)	27,2 (25,4-28,9)	25,5 (24,0-27,1)	23,3 (21,8-24,7)	20,2 (18,8-21,5)
Lager BSO	36,6 (35,9-41,3)	36,0 (33,4-38,6)	33,5 (31,1-36,0)	31,1 (28,8-33,4)	28,3 (26,2-30,4)	24,4 (22,4-26,5)
Lager TSO	29,7 (26,4-32,9)	28,9 (25,8-32,0)	26,1 (23,3-28,9)	24,7 (22,1-27,2)	21,0 (18,5-23,4)	17,0 (14,7-19,2)
Lager ASO	37,7 (34,7-40,7)	35,2 (32,6-37,9)	32,5 (30,1-34,8)	29,4 (27,2-31,6)	26,3 (24,2-28,3)	22,4 (20,5-24,3)
Hoger BSO	40,2 (37,2-43,1)	36,8 (33,9-39,7)	33,5 (30,7-36,3)	29,4 (26,7-32,1)	26,3 (23,8-28,9)	24,6 (22,2-27,0)
Hoger TSO	43,4 (40,6-46,1)	40,2 (37,5-42,8)	36,8 (34,2-39,3)	33,5 (31,1-36,0)	30,4 (28,1-32,8)	27,9 (25,7-30,1)
Hoger ASO	39,9 (37,3-42,5)	36,1 (33,6-38,6)	32,2 (29,7-34,6)	29,6 (27,2-32,1)	26,4 (24,1-28,8)	23,5 (21,3-25,8)
Hoger onderwijs van het korte type	41,1 (38,6-43,6)	37,5 (35,0-39,9)	34,0 (31,6-36,5)	30,7 (28,3-33,1)	28,1 (25,7-30,4)	24,7 (22,4-27,0)
Hoger onderwijs van het lange type	39,1 (36,0-42,3)	36,5 (33,4-39,6)	33,1 (30,0-36,2)	29,5 (26,5-32,5)	26,7 (23,7-29,6)	23,7 (20,8-26,5)

Tabel 70 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Geen diploma	14,2 (11,4-17,0)	13,5 (11,0-16,0)	10,0 (7,9-12,1)	8,6 (6,6-10,6)	8,1 (6,4-9,8)	4,4 (2,2-6,6)
Lager onderwijs	17,4 (16,3-18,5)	14,5 (13,4-15,5)	11,2 (10,3-12,2)	8,9 (8,1-9,8)	6,3 (5,5-7,2)	4,6 (3,8-5,3)
Lager BSO	21,6 (19,7-23,5)	17,4 (15,5-19,2)	14,3 (12,7-16,0)	10,5 (8,8-12,2)	8,1 (6,8-9,6)	5,6 (4,4-6,8)
Lager TSO	13,7 (11,8-15,6)	10,7 (9,2-12,1)	6,5 (5,3-7,7)	6,5 (6,5-6,5)	5,2 (2,8-7,7)	5,1 (3,6-6,7)
Lager ASO	19,1 (17,2-20,9)	16,7 (15,0-18,4)	14,1 (12,6-15,6)	12,1 (10,7-13,5)	9,6 (8,3-10,9)	8,3 (7,4-9,2)
Hoger BSO	20,7 (18,4-23,0)	17,0 (14,9-19,1)	13,8 (11,9-15,8)	12,0 (10,3-13,7)	9,6 (8,3-10,9)	7,7
Hoger TSO	26,0 (24,0-28,0)	22,7 (20,9-24,4)	19,3 (17,8-20,8)	15,7 (14,4-17,0)	11,9 (10,5-13,3)	9,1 (9,1-9,1)
Hoger ASO	20,8 (18,7-22,9)	16,7 (14,6-18,7)	14,2 (12,3-16,2)	11,7 (9,8-13,6)	9,3 (7,5-11,0)	6,9 (5,5-8,4)
Hoger onderwijs van het korte type	21,6 (19,4-23,8)	18,0 (15,9-20,2)	15,1 (13,1-17,2)	12,0 (10,1-13,9)	10,2 (8,4-11,9)	7,7 (6,0-9,4)
Hoger onderwijs van het lange type	20,5 (17,8-23,2)	19,9 (17,4-22,5)	16,6 (14,2-19,0)	13,7 (11,6-15,9)	12,5 (11,4-13,6)	9,5

Tabel 71 Partitiele levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	33,0 (28,9-37,1)	28,3 (24,2-32,5)	25,2 (21,5-29,0)	23,3 (20,2-26,4)	18,6 (15,5-21,7)	16,4 (13,9-18,9)
Lager onderwijs	28,1 (25,9-30,3)	25,4 (23,6-27,3)	23,4 (21,8-25,0)	21,9 (20,6-23,1)	19,5 (18,4-20,6)	16,8 (15,9-17,6)
Lager BSO	31,9 (29,3-34,6)	28,9 (26,4-31,5)	24,7 (22,2-27,3)	21,3 (18,9-23,7)	18,2 (15,9-20,5)	15,3 (13,2-17,4)
Lager TSO	31,3 (28,7-34,0)	27,5 (25,0-30,0)	23,2 (20,8-25,6)	19,7 (17,4-22,0)	16,4 (14,2-18,7)	12,6 (10,5-14,6)
Lager ASO	32,4 (29,7-35,2)	29,1 (26,7-31,5)	26,7 (24,6-28,9)	23,7 (21,8-25,6)	20,6 (18,9-22,3)	16,3 (14,6-18,0)
Hoger BSO	36,6 (34,0-39,2)	32,6 (30,0-35,1)	29,3 (26,9-31,8)	26,1 (23,7-28,4)	21,7 (19,4-24,0)	18,5 (16,6-20,4)
Hoger TSO	33,1 (31,1-35,1)	29,7 (27,7-31,6)	26,6 (24,7-28,4)	22,6 (20,8-24,4)	19,9 (18,1-21,6)	16,6 (14,9-18,2)
Hoger ASO	37,3 (35,4-39,2)	33,6 (31,9-35,4)	30,5 (28,9-32,1)	26,5 (25,0-28,0)	23,0 (21,7-24,4)	19,2 (18,0-20,4)
Hoger onderwijs van het korte type	36,7 (34,6-38,9)	33,1 (31,0-35,1)	29,0 (27,0-31,0)	25,1 (23,1-27,1)	21,5 (19,7-23,4)	18,2 (16,4-20,0)
Hoger onderwijs van het lange type	33,2 (31,4-34,9)	29,5 (27,9-31,2)	26,7 (25,1-28,3)	23,9 (22,4-25,4)	21,0 (19,5-22,4)	17,6 (16,2-18,9)

Tabel 72 Partitiele levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Mannen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	13,3 (11,1-15,4)	9,4 (7,4-11,4)	5,8 (3,9-7,6)	2,1 (0,5-3,8)
Lager onderwijs	13,0 (12,2-13,8)	10,2 (9,6-10,9)	6,8 (6,2-7,3)	3,0 (2,6-3,5)
Lager BSO	12,5 (10,7-14,4)	9,7 (8,1-11,4)	5,5 (3,8-7,2)	3,1 (1,8-4,4)
Lager TSO	9,6 (7,6-11,7)	7,8 (6,0-9,6)	4,7 (3,0-6,4)	2,4 (1,1-3,7)
Lager ASO	14,2 (12,9-15,5)	10,0 (8,7-11,3)	6,5 (5,4-7,7)	3,8 (3,1-4,4)
Hoger BSO	15,4 (13,8-16,9)	11,4 (10,0-12,8)	8,5 (7,9-8,1)	4,5
Hoger TSO	13,2 (11,7-14,7)	10,3 (8,9-11,6)	7,3 (6,1-8,4)	3,0 (1,8-4,3)
Hoger ASO	15,4 (14,3-16,4)	11,5 (10,5-12,5)	8,0 (7,3-8,7)	4,2 (3,7-4,8)
Hoger onderwijs van het korte type	14,4 (12,7-16,1)	10,1 (8,5-11,6)	6,4 (4,9-7,9)	3,8 (3,0-4,6)
Hoger onderwijs van het lange type	13,6 (12,4-14,9)	10,5 (9,5-11,6)	8,0 (7,3-8,7)	4,1 (3,5-4,7)

Tabel 73 Partitiele levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Mannen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	30,1	26,8	23,4	20,4	17,5	14,7	11,7	9,3	5,1	1,6
Laagste tertiaal	30,9	27,5	24,1	21,1	18,1	15,2	12,1	9,4	5,5	2,0
Middelste tertiaal	32,6	29,0	25,7	22,5	19,4	16,2	12,9	9,9	6,3	2,8
Hoogste tertiaal	34,4	30,7	27,4	24,0	20,8	17,4	13,8	10,3	7,2	3,7
Hoogst mogelijke positie	35,3	31,6	28,3	24,8	21,6	18,0	14,2	10,6	7,7	4,1

Tabel 74 Partiele levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Geen diploma	30,5 (26,6-34,3)	25,6 (21,7-29,4)	20,6 (16,8-24,5)	17,2 (13,7-20,7)	13,2 (9,8-16,6)	11,4 (8,5-14,3)
Lager onderwijs	27,2 (24,9-29,6)	24,5 (22,5-26,4)	22,4 (20,8-24,0)	20,7 (19,3-22,2)	18,4 (17,1-19,7)	15,3 (14,1-16,4)
Lager BSO	32,3 (29,8-34,7)	29,6 (27,3-31,9)	27,1 (25,0-29,3)	24,7 (22,8-26,6)	21,8 (20,1-23,6)	17,9 (16,3-19,5)
Lager TSO	25,5 (22,2-28,7)	24,7 (21,6-27,8)	21,9 (19,1-24,7)	20,4 (17,9-23,0)	16,7 (14,3-19,1)	12,6 (10,4-14,9)
Lager ASO	30,2 (27,4-33,0)	27,7 (25,3-30,1)	24,9 (22,6-27,0)	21,8 (19,8-23,8)	18,6 (16,8-20,4)	14,6 (13,0-16,3)
Hoger BSO	32,6 (29,8-35,3)	29,2 (26,5-31,9)	25,8 (23,2-28,4)	21,7 (19,2-24,2)	18,6 (16,3-20,9)	16,8 (14,6-19,0)
Hoger TSO	33,8 (31,4-36,3)	30,6 (28,2-33,0)	27,2 (24,9-29,5)	23,9 (21,7-26,1)	20,7 (18,7-22,8)	18,1 (16,2-20,0)
Hoger ASO	32,6 (30,4-34,8)	28,8 (26,7-30,9)	24,8 (22,8-26,9)	22,3 (20,3-24,2)	19,0 (17,2-20,8)	16,0 (14,3-17,7)
Hoger onderwijs van het korte type	32,9 (30,8-34,9)	29,3 (27,2-31,3)	25,8 (23,8-27,8)	22,4 (20,5-24,4)	19,7 (17,9-21,6)	16,3 (14,5-18,1)
Hoger onderwijs van het lange type	29,0 (26,0-32,1)	26,4 (23,4-29,3)	23,0 (20,0-25,9)	19,3 (16,4-22,2)	16,4 (13,6-19,2)	13,3 (10,6-16,0)

Tabel 75 Partiele levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar opleidingsniveau. Vrouwen, 55+, België, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Geen diploma	7,9 (5,5-10,3)	7,0 (5,0-9,1)	3,3 (1,7-4,9)	1,4 (0,1-2,8)
Lager onderwijs	12,4 (11,5-13,3)	9,3 (8,6-10,1)	5,9 (5,3-6,5)	3,3 (2,9-3,7)
Lager BSO	15,0 (13,6-16,4)	10,6 (9,2-11,9)	7,3 (6,3-8,4)	3,1 (2,2-4,0)
Lager TSO	9,3 (7,4-11,2)	6,2 (4,7-7,7)	1,9 (0,7-3,1)	1,6 -
Lager ASO	11,2 (9,7-12,7)	8,7 (7,3-10,0)	5,8 (4,7-6,8)	3,3 (2,5-4,1)
Hoger BSO	12,7 (10,7-14,8)	8,9 (7,1-10,7)	5,4 (3,8-7,0)	3,1 (1,9-4,3)
Hoger TSO	16,1 (14,5-17,8)	12,6 (11,2-13,9)	8,9 (8,0-9,8)	4,8 (4,8-4,8)
Hoger ASO	13,2 (11,7-14,7)	8,8 (7,4-10,3)	6,2 (5,0-7,3)	3,3 (2,4-4,1)
Hoger onderwijs van het korte type	13,1 (11,5-14,8)	9,3 (7,8-10,9)	6,2 (4,8-7,5)	2,6 (1,6-3,6)
Hoger onderwijs van het lange type	10,0 (7,4-12,5)	9,2 (6,8-11,6)	5,5 (3,4-7,7)	2,1 (0,2-4,1)

Tabel 76 Partiele levensverwachting in goede geestelijke gezondheid tussen de leeftijd van 25 en 75 jaar naar relatief opleidingsniveau. Vrouwen, België, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Laagst mogelijke positie	27,2	24,4	21,7	19,8	16,9	13,6	10,5	8,1	4,3	2,6
Hoogst mogelijke positie	33,1	29,7	26,1	22,4	19,5	16,3	13,2	9,7	6,6	3,3
Laagste tertiel	28,2	25,3	22,4	20,2	17,3	14,0	11,0	8,4	4,7	2,7
Middelste tertiel	30,1	27,0	23,8	21,1	18,1	14,9	11,9	8,9	5,4	2,9
Hoogste tertiel	32,1	28,8	25,3	22,0	19,0	15,8	12,8	9,5	6,2	3,2



# Informatie

**Waar vindt u de informatie van het N.I.S.?**

In vijf grote steden van het land heeft het publiek toegang tot:

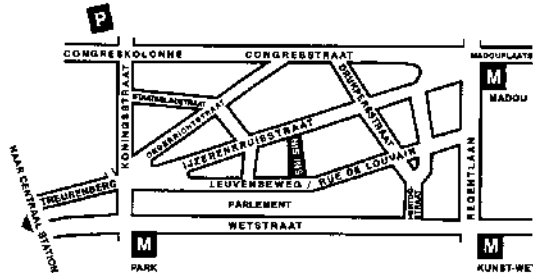
- ◊ Jaarboeken, gespecialiseerde publicaties en een selectie van diskettes en cd-rom's.
- ◊ Een leeszaal, waar men de publicaties van het N.I.S., andere ministeries en Belgische en internationale instellingen kan raadplegen.

Al onze bibliotheken zijn op werkdagen open van 9 tot 12 en van 13 tot 16 uur.

**Brussel**

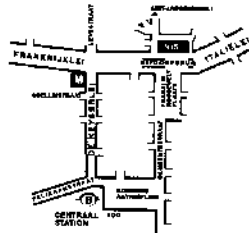
Leuvenseweg 44, 1000 Brussel  
tel. 0 25 48 63 65 – 0 25 48 63 66 fax 0 25 48 63 67  
e-mail : [info@statbel.mineco.fgov.be](mailto:info@statbel.mineco.fgov.be)

Trein (B) : Centraal Station of station Congres  
Metro (M) : lijn 1A en 1B, station Park of Kunst-Wet  
lijn 2, station Kunst-Wet of Madou  
Tram-Bus : 92, 93, 94 halte Park  
65, 66 halte Drukpersstraat  
29, 63 halte Congres  
Parking (P) : Administratief Centrum (betaalparking)

**Antwerpen**

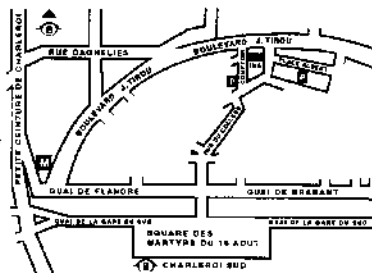
Italiëlei 124 - bus 85, 2000 Antwerpen  
tel. 0 32 29 07 00 fax 0 32 33 28 30  
e-mail : [info.antwerpen@statbel.mineco.fgov.be](mailto:info.antwerpen@statbel.mineco.fgov.be)

Trein (B) : Centraal Station  
Metro (M) : halte Opera  
Tram-Bus : vlakbij (Fr. Rooseveltplaats)

**Charleroi**

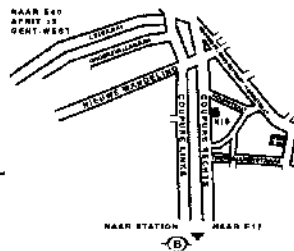
Centre Albert, place Albert 1er, 8ste verd., 6000 Charleroi  
tel. 0 71 32 44 72 fax 0 71 32 44 71  
e-mail : [info.charleroi@statbel.mineco.fgov.be](mailto:info.charleroi@statbel.mineco.fgov.be)

Trein (B) : Charleroi Sud, 10 min van het station (Place Buisset,  
Rue du Collège, Rue de Marchienne)  
Bus : halte Tirou  
Autoweg : kleine ring van Charleroi - uitrit Gare du Sud  
Parking (P) : betaalparking tegenover het NIS

**Gent**

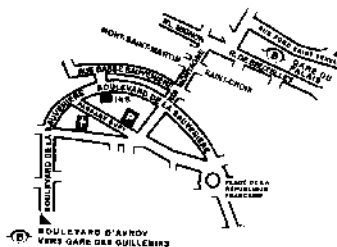
Coupure rechts 620, 9000 Gent  
tel. 0 92 25 77 16 fax 0 92 33 41 93  
e-mail : [info.gent@statbel.mineco.fgov.be](mailto:info.gent@statbel.mineco.fgov.be)

Trein (B) : Gent St.-Pieters  
Tram-Bus : 40, 43 halte Theresianenstraat  
Autoweg : gemakkelijk bereikbaar langs E40 (uitrit 13 -  
Gent-West/Drongen)  
Parking (P) : op de "Coupure Rechts"

**Luik**

Bd de la Sauvenière 73-75, 4020 Luik  
tel. 0 42 22 47 00 fax 0 42 22 49 94  
e-mail : [info.liege@statbel.mineco.fgov.be](mailto:info.liege@statbel.mineco.fgov.be)

Trein (B) : station Guillemins of Palais  
Tram-Bus : (Guillemins) 1 et 4 halte Sauvenière  
Parking (P) : Neujean (op 20 m - zelfde straatkant)  
Mercure (tegenover)



Het N.I.S. verspreidt tal van producten die de Belgische socio-economische realiteit in cijfers weergeven.

Al deze producten, opgenomen in onze catalogus, kunt u verkrijgen in onze regionale centra of bij onze dienst documentatie - verkoop in Brussel. Onze catalogus wordt u op eenvoudige aanvraag toegestuurd. (zie adressen hiernaast).

Een keuze uit onze gegevens en de lijst van onze publicaties vindt u eveneens op onze website:

<http://statbel.fgov.be>

## Wetenschappelijke publicaties (uittreksel)

### Statistische studiën

In de reeks "Statistische studiën" verschijnen analyses over verschillende aspecten van de situatie van ons land (grondgebied, demografie, samenleving, economie, financiën,...).

Onze statistici en andere auteurs brengen er methodologische studies en beschouwingen bij onze statistieken.

### Monografieën van de volkstelling

Professoren, navorsers en andere experts hebben de resultaten van de Volks- en Woningtelling van 1991 onderzocht. Op basis van die exhaustieve gegevens konden zij dieper ingaan op verschillende aspecten van de Belgische situatie m.b.t. de evolutie van de bevolking en de families, de vruchtbaarheid, de mobiliteit, de werkgelegenheid, het schoolbezoek, de woningen en de verstedelijking. De resultaten van hun samenwerking worden door het NIS gepubliceerd in een reeks van elf monografieën, in het Nederlands en het Frans.

## Enkele andere publicaties

### Algemene Publicaties

Regionaal Statistisch Jaarboek  
Statistisch tijdschrift - *maandelijks*

### Grondgebied en leefmilieu

Statistiek van de bodembezetting (**diskette**)

### Bevolking

Loop van de bevolking - *jaarlijks*

### Samenleving

Huishoudbudgetenquête - *jaarlijks*  
Doodsoorzaken - *jaarlijks*

### Economie en financiën

Verkoop van onroerende goederen - *jaarlijks*  
De conjunctuur - *maandelijks*

### Landbouw

Land- en tuinbouwtelling op 15 mei - *jaarlijks*

### Industrie

Industriële productie en bouwbedrijf - *maandelijks*

### Handel, diensten en vervoer

Maandelijkse vervoerstatistieken - *maandelijks*  
Binnenlandse handel - *jaarlijks*

---

**Vroeger verschenen Statistische Studiën**


---

Nummer	Titel
-	De Belgische input-outputrelaties 1959 (3 delen), algemene beschrijving van de berekeningsmethode, finale vraag tegen aankooprijzen en investeringen per bedrijfstak, technische coëfficiënten en de inverse matrix.
1	Analyse van de vraag op grond der Belgische Gezinsbudgetenquêtes van 1948-1949 en 1956-1957.
2	Groei van het nationaal inkomen van 1948 tot 1959 en vooruitzichten op deze basis voor de komende jaren. Gezinsuitgaven voor vaste brandstoffen, elektriciteit en stadsgas van 1948 tot 1959. De prijs- en inkomenselasticiteiten van de vraag der gezinnen naar steenkolen, gas en elektriciteit volgens de tijdreeksen 1948-1959. Vooruitzichten inzake gezinsverbruik voor 1965.
3	Enkele aspecten van de nauwkeurigheid van ramingen gebaseerd op de gezinsbudgetenquêtes. Verdeling over provincies en taalstreken van de toegevoegde waarde per bedrijfstak en het totale binnenlandse product.
4	De nationale rekeningen van België 1953-1962
5	Gezinsbudgetonderzoek 1961 - Beschrijving van de methode - Inkomen, consumptie en besparingen voor tien sociale groepen.
6	De toegevoegde waarde per bedrijfstak en per werknemer in de verschillende provincies en taalstreken van 1955 tot 1959. Evolutie van de industriële concentratie, de verschillen in rendement, de bezoldigingen, de toegevoegde waarde en de investeringen volgens de dimensie van de industriële inrichtingen.
7	Gezinsbudgetonderzoek 1961 - Structuur van het gezinsbudget volgens gezinslasten en volgens taalstreken - Onderzoek naar het representatief karakter van het gezinsbudgetonderzoek.
8	De nationale rekeningen van België 1953-1963 - Hoofdpijnen van de ontwikkeling.
9	Gezinsbudgetonderzoek 1961 - Structuur van het budget volgens grootteklassen van de gemeenten en de bedrijfstak waarin het gezinshoofd tewerkgesteld is - Structuur van het budget voor gezinnen die spaarden enerzijds en die ontspaarden anderzijds.
10	De herziening 1964 van de index van de industriële productie. Productie-indexcijfers van intermediaire-, consumptie- en investeringsgoederen. Ontbinding van tijdreeksen in hun componenten volgens diverse methoden - Toepassing op enkele Belgische reeksen.
11	De nationale rekeningen van België 1953-1964 - Overzicht van de economische en sociale ontwikkeling.
12	Economische groei van provincies en taalstreken 1955-1963.
13	De nationale rekeningen van België 1953-1965.
14	Huidige stand van de regionale statistiek. Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken. Regionale verdeling van het nationaal inkomen in 1961. Economische groei van de provincies en taalstreken van 1962 tot 1964.
15	Tewerkstelling en arbeidsvergoeding per industriële bedrijfstak in provincies en taalstreken van 1955 tot 1964.
16	De nationale rekeningen van België 1953-1966.
17	Typologie van de Belgische gemeenten naar graad van de verstedelijking op 31 december 1961. Vergelijking der gezinsbudgetenquêtes gehouden bij arbeiders- en bediendengezinnen in 1961 en 1963.
18	Verdeling over provincies en taalstreken van de toegevoegde waarde per bedrijfstak en het totaal binnenlands product - jaren 1965 en 1966. Regionale indexcijfers van de industriële productie (basis 1964 = 100). Hervorming van het indexcijfer der kleinhandelsprijzen.
19	De nationale rekeningen van België 1963-1967
20	De nationale rekeningen van België 1965-1968.
21	De nationale rekeningen van België 1953-1969.
22	Input-outputtabel van België voor 1965
23	Economische groei van de provincies en taalstreken van 1965 tot 1968. Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken - Jaren 1966 tot 1968.
24	Naar een uitbreiding van de nationale rekeningen.
25	De nationale rekeningen van België 1966-1970.



---

**Vroeger verschenen Statistische Studiën**


---

Nummer	Titel
26	De bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1963-1970. De investeringen van de producenten- verdelers van elektriciteit : test van acceleratie- en de capaciteitshypothesen.
27	Indeling van de Belgische gemeenten in statistische sectoren. Input-outputtabel 1965. Aanvullende gegevens over de beroepsbevolking per bedrijfstak.
28	De nationale rekeningen van België 1963-1971.
29	De woninghuurprijzen in 1970 en 1971.
30	Toegevoegde waarde per werknemer in de nijverheid van 1953 tot 1969. De industriële investeringen van de provincies van 1955 tot 1969.
31	Studie van enkele toepassingen met recurrentievergelijkingen. Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1963-1971.
32	Optimale afronding in de zin der kleinste kwadraten en volgens het schema van Makeham van een gedeelte van een sterftetabel over een bepaald leeftijdsinterval. Economische groei van de provincies en taalstreken van 1966 tot 1971. Toegevoegde waarde en totaal product per bedrijfstak en geografisch gebied.
33	De nationale rekeningen van België 1965-1972.
34	Nationale rekeningen van België. Ramingen in prijzen van 1970 voor de periode 1953-1964 Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1965-1972.
35	Sterftetafels 1968-1972. Omtrent de afronding van een sterftetabel volgens het schema van Makeham.
36	De nationale rekeningen van België 1966-1973.
37	De keramische nijverheid van 1957 tot 1972 De groeven en aanverwante industrieën van 1955 tot 1972. De kleinnijverheid van 1955 tot 1972 Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1969 en 1970.
38	Het gezinsbudgetonderzoek 1973-1974 (I).
39	Analyse van de actuariële elementen voortvloeiend uit de afgeronde sterftetafels HS (1968-1972) HD (1968-1972) en HFR (1968-1972). Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1971. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied.
40	De nationale rekeningen van België 1966-1974.
41	Het gezinsbudgetonderzoek 1973-1974 (II).
42	Sterftetafels per taalgebied 1968-1972; Enkele basisgegevens over de demografische ontwikkeling van België en zijn regio's. De woninghuurprijzen in 1973.
43	Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1960-1974 Economische groei van de provincies en taalstreken van 1970 tot 1974. Toegevoegde waarde en totaal product per bedrijfstak en geografisch gebied. Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1972. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. De industriële investeringen van de provincies en van de taalgebieden van 1970 tot 1974.
44	Omzet van de ondernemingen en hun aankopen van investeringsgoederen sinds 1 januari 1971, op grond van de aangiften inzake de belasting over de toegevoegde waarde.
45	De nationale rekeningen van België 1966-1975.
46	Het gezinsbudgetonderzoek 1973-1974 (III).
47	Bevolkingsramingen 1976-1985 voor het Rijk en zijn regio's. Sterftetafels volgens huwelijksstaat 1968-1973.
48	Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1966-1975. Vergelijking van alternatieve concentratiemaatstaven voor de industriële sectoren in België. De gemiddelde procentuele verandering van een tijdreeks voor een bepaald tijdsinterval - Ideale coëfficiënt van Pesek. Toepassing op de economische groei en op de industriële investeringen van de taalstreken en van het Rijk van 1970 tot 1974.
49	Input-outputtabel van België voor 1970.

---

**Vroeger verschenen Statistische Studiën**


---

Nummer	Titel
50	Het gezinsbudgetonderzoek 1973-1974 (IV). Het gezinsbudgetonderzoek bij zelfstandigen 1973-1974;
51	Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1973. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. Typologie van de Belgische gemeenten naar graad van verstedelijking op 31 december 1970. Overwegingen met het oog op een optimaal gebruik van moniteurs bij de controles van de land- en tuinbouwteelt in België. De personele inkomensverdeling in België : statistische analyse. De begrotingen van de gemeenten 1972-1975.
52	De nationale rekeningen van België 1967-1976 Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1967-1976.
53	Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1974. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. Industriële concentratie in een open economie : de toestand in België.
54	De nationale rekeningen van België 1968-1977.
55	Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1975. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. Economische groei van de provincies en taalstreken van 1970 tot 1974. Toegevoegde waarde en totaal product per bedrijfstak en geografisch gebied.
56	De Belgische Stadsgewesten. Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1968-1977. De Europese Sociale Rekeningen.
57	De nationale rekeningen van België 1970-1978.
58	Statistieken ten dienste van de bedrijven - Hun beschrijving en methodologie.
59	Nieuwe bevolkingsvooruitzichten (1976-2000) voor België, zijn gewesten en arrondissementen.
60	Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1976. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. Economische groei van de provincies en gewesten - jaar 1977. Toegevoegde waarde en totaal product per bedrijfstak en geografisch gebied.
61	De nationale rekeningen van België 1970-1979.
62	Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1977. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1970-1979.
63	Negenhonderdduizend vreemdelingen in België. Weerspiegeling van de recente sociaal-economische evolutie en de grensligging. Spreiding en relatiepatroon van de Belgische nederzettingen in 1980 (met kaart buiten tekst).
64	De nationale rekeningen van België 1970-1980.
65	Het bodemgebruik in België en de evolutie ervan sinds 1934 volgens de kadastrale gegevens.
66	Bijkomende karakteristieken van de economische ontwikkeling op grond van de nationale rekeningen 1979-1980. Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1978. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied.
67	De nationale rekeningen van België 1970-1981.
68	Lokalisatie en structuur van de Belgische landbouwproductie. Kankermortaliteit in België 1960-1979 - Eerste analyse. Verkoop van de industriële concentratie in België. Economische groei van de provincies en gewesten van 1975 tot 1979. Toegevoegde waarde en totaal product per bedrijfstak en geografisch gebied.
70	Input-outputtabel van België voor 1975.
71	De nationale rekeningen van België 1971-1982.
72	Exportgerichtheid van de verschillende provincies en taalstreken in 1979. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. Indeling van de gemeenten in buurten voor de algemene volks- en woningtelling 1981.
73	De nationale rekeningen van België 1970-1983.

---

**Vroeger verschenen Statistische Studiën**


---

Nummer	Titel
74	Regionale verdeling van de bedrijvigheid in de metaalverwerkende nijverheid in 1982 en 1983 volgens de maandstatistiek. Enige resultaten van de algemene woningtelling van 1 maart 1981; De buitenlandse handel van de B.L.E.U. in 1983.
75	Controle-enquête over de vaststelling van fouten bij tellingen en de bepaling van de antwoordvariabiliteit. Landbouw- en tuinbouw telling mei 1979 in België.
76	De nationale rekeningen van België 1975-1984.
77	Is er nog toekomst voor de volkstelling ? De buitenlandse handel van de B.L.E.U. in 1984.
78	De nationale rekeningen van België 1976-1985.
79	Economische groei van de provincies en gewesten van 1975 tot 1984.
80	Enkele gegevens over de evolutie van de beroepsbevolking van 1970 tot 1981.
81	De buitenlandse handel van de B.L.E.U. in 1986. Regionale verdeling van de bedrijvigheid in de metaalverwerkende nijverheid in 1984 en 1985 volgens de maandstatistiek.
82	Exportgerichtheid van de verschillende provincies en gewesten, periode 1980-1983. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied.
83	De nationale rekeningen van België 1976-1986.
84	Input-outputtabel van België voor 1980.
85	De nationale rekeningen van België 1976-1987.
86	Enkele gegevens uit de volkstelling van 1 maart 1981 over de geografische mobiliteit van de beroepsbevolking. Exportgerichtheid van de verschillende provincies en gewesten, periode 1984-1985. Leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied. Regionale verdeling van de bedrijvigheid in de metaalverwerkende nijverheid in 1986 en 1987 volgens de maandstatistiek.
87	Input-outputtabel energie van België voor 1980.
88	De nationale rekeningen van België 1980-1988.
89	De Belgische Stadsgewesten 1981 Exportgerichtheid van verschillende provincies en gewesten - Jaar 1986. Industriële leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied.
90	De nationale rekeningen van België 1980-1989.
91	Economische groei van de provincies en gewesten van 1980 tot 1988. Exportgerichtheid van verschillende provincies en gewesten - Jaar 1987. Industriële leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied.
92	De vreemdelingen in België volgens de tellingen.
93	De nationale rekeningen van België 1980-1990.
94	De sterfte in België bij het begin van de jaren negentig. Exportgerichtheid van verschillende provincies en gewesten - Jaar 1988. Industriële leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied.
95	De nationale rekeningen - ESER - 1980-1991. Aggregaten - Rekeningen.
96	De nationale rekeningen - ESER - 1970-1991. Gedetailleerde rekeningen en tabellen.
97	De nationale rekeningen - ESER - 1980-1992. Aggregaten - Rekeningen.
98	De nationale rekeningen - ESER - 1980-1992. Gedetailleerde rekeningen en tabellen.
99	Exportgerichtheid van het Rijk, de gewesten, de provincies, de arrondissementen en van Vlaams en Waals Brabant - Periode 1980-1989. Industriële leveringen aan het buitenland per bedrijfstak en geografisch gebied.
100	Intrastat en de voorziene gevolgen op de kwaliteit van de statistiek van de Belgische intracommunautaire handel na 1992.
101	De nationale rekeningen - ESER - 1981-1993. Aggregaten - Rekeningen.
102	De binnenlandse werkende beroepsbevolking regionaal verdeeld - Periode 1980-1992.
103	De nationale rekeningen - ESER - 1981-1993. Gedetailleerde rekeningen en tabellen.
104	De Belgische stadsgewesten 1991

## Publicaties van het N.I.S.

---

---

### Vroeger verschenen Statistische Studiën

---

Nummer	Titel
105	De vruchtbaarheid in België van 1991 tot 1995.
106	Antwoordvariabiliteit bij statistische enquêtes - <i>theoretische en praktische schatting</i>
107	Gezondheid, foetale en kindersterfte

---





**Eerste uitgave**

Gedrukt door de  
drukkerij van het NIS  
B-1000 Brussel

Februari 2001