

SOCIO-ECONOMISCHE ENQUÊTE 2001  
MONOGRAFIEËN

## Gezondheid en mantelzorg

Patrick Deboosere  
Stefaan Demarest  
Vincent Lorant  
Pieter-Jan Miermans  
Maria-Isabel Portet  
Herman Van Oyen

Deze publicatie is het resultaat van het onderzoeksproject “zorgverstrekking en gezondheidsaanvoelen” dat gefinancierd werd door de federale overheidsdienst Wetenschapsbeleid in het kader van het onderzoeksprogramma “ATLAS : Valorisatie van de resultaten van de socio-economische enquête 2001”.

Wetenschappelijk advies: M. Lambrecht, H. Van der Haegen  
Programmaverantwoordelijken: B. Van doninck, S. Vrielinck

Het project werd uitgevoerd o.l.v. P. Deboosere, Interface Demography - Vrije Universiteit Brussel, V. Lorant, Ecole de santé publique - Université Catholique de Louvain en H. Van Oyen, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Brussel

De inhoud van de teksten valt onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Alle rechten voorbehouden. Het vertalen, bewerken, reproduceren op welke wijze ook, inbegrepen fotografie en microfilm, is niet toegelaten, tenzij met schriftelijke machtiging vanwege de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. 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.

Verantwoordelijke uitgever: Niko Demeester  
© 2006, FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie  
Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie  
B-1000 Brussel – Leuvenseweg 44  
E-mail: [info@statbel.economie.fgov.be](mailto:info@statbel.economie.fgov.be)  
Onze websites: <http://economie.fgov.be> - <http://statbel.fgov.be>  
Ondernemingsnummer: 0314.595.348

De Census van 2001 kreeg als officiële benaming: Algemene socio-economische enquête 2001 om te benadrukken dat het officiële bevolkingcijfer niet langer wordt bijgehouden door een volkstelling maar wel door het gecentraliseerde personenregister. Zowel naar dekkinggraad (een bevraging van de volledige bevolking) als naar vraagstelling ligt deze socio-economische enquête evenwel in het verlengde van de volkstellingen die in het verleden werden georganiseerd.

## Woord vooraf

Sinds het midden van de negentiende eeuw organiseert de Belgische overheid zowat om de tien jaar een grootscheepse volkstelling. Alleen in enkele gevallen werd deze regelmaat verstoord, onder meer door de Tweede Wereldoorlog en de nasleep ervan. De bedoeling van volkstellingen was en is een grondige kennis te krijgen van de kenmerken van de bevolking van ons land. Daarnaast leveren deze tellingen een brede waaier van socio-economische gegevens met betrekking tot de bevolking, de huishoudens en de huisvesting. Ze vormen een onmisbare bron van gegevens, in het bijzonder voor het beleid en het wetenschappelijk onderzoek. De censusgegevens worden onder meer gevraagd door de Europese Unie.

De telling van 2001 streefde dezelfde doelstelling na, maar is om meer dan één reden verschillend van de vorige. De naam “algemene sociaal-economische enquête 2001” (afgekort: SEE 2001) duidt erop dat het niet meer in de eerste plaats de bedoeling was de bevolking simpelweg te “tellen” (bijvoorbeeld om het aantal parlamentszetels per arrondissement te berekenen). Het bevolkingsaantal wordt immers sinds 1989 door het Rijksregister bepaald. In de SEE 2001 ligt de nadruk meer dan voorheen op het verzamelen van demografische en sociaal-economische kenmerken van de bevolking, waaronder opleiding, bewoning en mobiliteit. Het gaat meestal om gegevens die elders niet beschikbaar zijn, zeker niet op een zo volledig en fijnchalig niveau. Voor het eerst werd er niet alleen naar feitelijke informatie maar ook naar meningen gevraagd, zoals het gezondheidsaanvoelen en de opinie over de leefomgeving. Dit verhoogt de rijkdom van de verzamelde informatie die nog beter in een internationale context kan worden geplaatst.

De tienjaarlijkse algemene dataverzameling levert een nog steeds unieke en onvervangbare bron van informatie over de Belgische bevolking. Dit niet alleen door de omvang van de gelijktijdig verzamelde informatie maar vooral door de mogelijkheid de gegevens onderling met elkaar in verband te brengen. De SEE 2001 is van uitzonderlijke betekenis voor alle regionale analyses. Haar gegevens zijn immers beschikbaar voor alle administratieve eenheden tot op het niveau van de gemeenten en veelal zelfs tot op dat van de buurten.

Het valt dan ook te betreuren dat de SEE 2001 de inzet is geweest van een polemiek over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in de pers en in een aantal politieke middens. Dit heeft er helaas toe geleid dat een aantal respondenten hun vragenlijst onvolledig, onzorgvuldig of zelfs niet hebben ingevuld. Ook de beperking van de enquête tot de wettelijk in het rijksregister geregistreerde bevolking is betreuenswaardig, in het bijzonder voor het onderzoek van de grote steden. Budgetbeperkingen leidden er verder toe dat de vragenlijsten niet zoals in het verleden met de hulp van enquêteurs werden beantwoord. Ze werden door de post bezorgd en moesten persoonlijk teruggestuurd worden. Dit leidde, vooral bij sociaal zwakkere groepen, tot een kwaliteitsverlies in de antwoorden. Budgetbeperkingen hadden ook een weerslag op de voorbereiding van de bevolking op de enquête en later op de kwaliteit van de verwerking van de gegevens. In de monografieën wordt ook aandacht besteed aan de volledigheid en de kwaliteit van de gegevens.

Toch kende de SEE 2001 over het algemeen een goede medewerking van de bevolking. Ruim 95% van de formulieren werden ingestuurd, wat zonder meer als een succes kan worden beschouwd. Dankzij de hoge respons konden de gewenste belangrijke analyses worden uitgevoerd. Onderzoek kon worden verricht

naar de recente sociaal-economische en demografische ontwikkelingen in ons land. Voor de eerste keer was het ook mogelijk om het gezondheidsaanvoelen en de opinies over de kwaliteit van de woonomgeving te analyseren, wat een nieuwe dimensie geeft aan de huidige stand van de kennis.

In navolging van de census van 1991, werd beslist om een reeks thematische monografieën in het leven te roepen waarin de resultaten van de SEE 2001 grondig worden geanalyseerd. In deze reeks wordt ook aandacht besteed aan de ontwikkelingen sinds 1991 en wordt gebruik gemaakt van andere bronnen die de volledigheid en kwaliteit van de censusgegevens kunnen verbeteren.

De monografieën zijn het resultaat van een samenwerking tussen de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie (het vroegere Nationaal Instituut voor de Statistiek), dat de ploegen de gegevens van de SEE 2001 ter beschikking stelt, en het Federaal Wetenschapsbeleid, dat de verwerking van de gegevens financiert en begeleidt in het kader van het programma "ATLAS – Valorisatie van de resultaten van de algemene sociaal-economische enquête 2001".

De verwezenlijking van de monografieën werd toevertrouwd aan een reeks universitaire onderzoeksploegen die werden geselecteerd met de medewerking van buitenlandse experts. Voor het wetenschappelijke toezicht op de uitwerking van de monografieën laat het Federaal Wetenschapsbeleid zich bijstaan door Micheline Lambrecht (Federaal Planbureau) en Herman Van der Haegen (Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen en Kunsten).

Vanaf 2006 worden monografieën uitgegeven die aan volgende onderwerpen zijn gewijd:

- Bevolkingsontwikkeling
- Migraties in België
- Allochtone bevolking
- Huishoudens en gezinnen
- Nuptialiteit en vruchtbaarheid
- Werkgelegenheid (structurele aspecten)
- Scholarisatie
- Huisvesting en leefomgeving
- Verstedelijking
- Pendel
- Zorgverstrekking en gezondheidsaanvoelen
- De ouderen.

De gegevens van de SEE 2001 worden, naast die uit een reeks andere databanken, ook gebruikt voor de uitwerking van de "Atlas van België", die vanaf 2006 wordt gepubliceerd (en die tot op zekere hoogte complementair is aan de monografieën).

De publicatie van de monografieën is een gelegenheid om vooruit te blikken. Na vele discussies over de opportuniteit van een algemene telling, heeft de regering beslist dat de SEE 2001 de laatste algemene enquête zou zijn op basis van de bevraging van de gehele bevolking. Vanaf 2011 zou de verzameling van censusgegevens moeten gebeuren op basis van administratieve databanken, eventueel aangevuld met beperkte enquêtes. Volgens studies in opdracht van de Hoge Raad voor de Statistiek was dit in 2001 nog niet mogelijk, maar sindsdien is heel wat werk verricht. Het experiment "Microcensus 2006", een samenwerking van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie en Federaal Wetenschapsbeleid, dient in dit verband te worden vermeld. Dit project voert bij wijze van test een "volkstelling" uit bij een representatieve staal van de bevolking (20 %) op basis van registers.

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>1</b>
Gezondheid en sociale determinanten	1
Organisatie van de monografie	5
<b>Hoofdstuk 1: De gezondheidstransitie en het Belgisch sterftepatroon</b>	<b>7</b>
1.1 De gezondheid van de Belgen in historisch en internationaal perspectief	7
1.1.1 De epidemiologische transitie (1750-1950)	7
1.1.2 De cardiovasculaire revolutie en de kentering in de beschavingsziekten	10
1.1.3 De gevolgen van de recente gezondheidstransitie	15
1.2 Oorzaakspecifieke mortaliteit in België, 1997	21
1.2.1 Inleiding	21
1.2.2 Absolute sterfteaantallen	21
1.2.3 Proportionele mortaliteitsratio's van de voornaamste doodsoorzaken	22
1.3 Leefstijl en gezondheid	26
1.3.1 Rookgedrag	26
1.3.2 Tabaksgerelateerde sterfte	27
1.3.3 Alcoholgebruik	28
1.3.4 Lichaamsbeweging	29
1.3.5 Voedingsgewoonten	30
<b>Hoofdstuk 2: Voorstelling en validiteit van de gezondheidsgerelateerde gegevens in de Algemene Socio-economische Enquête 2001</b>	<b>31</b>
2.1 Onderzoeksinstrumenten	31
2.1.1 Inleiding	31
2.1.2 Ervaren gezondheid	32
2.1.3 Lichamelijke beperkingen	32
2.1.4 Informele hulpverlening	33
2.2 Interne validatie	34
2.2.1 Inleiding	34
2.2.2 Non-respons voor de gezondheidsvragen	34
2.2.3 Ervaren gezondheid	35
2.2.4 Chronische aandoeningen	36
2.2.5 Lichamelijk beperkingen en bedlegerigheid	37
2.2.6 Informele hulpverlening	38
2.2.7 Overzicht antwoordpatronen van voorwaardelijke vragen	39
2.3 Externe validatie	42
2.3.1 Algemeen kader	42
2.3.2 Het steekproefplan	44
2.3.3 Verzameling van de gegevens	44
2.3.4 Ervaren gezondheid	46
2.3.5 Langdurige of chronische aandoeningen	48

2.3.6	Beperkingen	49
2.3.7	Bedlegerigheid	49
2.3.8	Conclusie	50
<b>Hoofdstuk 3: De ervaren gezondheid, chronische ziektes, en functionele beperkingen</b>		<b>55</b>
3.1	Inleiding en interpretatie tabellen	55
3.2	De ervaren gezondheid	56
3.3	De aanwezigheid van chronische aandoeningen	63
3.4	Belemmeringen in dagelijkse bezigheden	68
3.5	Bedlegerigheid ten gevolge van chronische aandoeningen	73
3.6	Hulpbehoevendheid in de Belgische bevolking	78
3.7	Gezondheidsverwachtingsindicatoren	84
3.7.1	Methoden	85
3.7.2	Resultaten	85
3.7.3	Besluit	88
<b>Hoofdstuk 4: Informele hulpverlening</b>		<b>89</b>
4.1	Inleiding	89
4.2	Determinanten van de informele hulpverlening	92
4.2.1	Kenmerken van de informele hulpverleners	92
4.2.1.1	Leeftijd en geslacht	92
4.2.1.2	Positie in het huishouden	94
4.2.1.3	Opleiding, activiteit en gewest	96
4.2.2	Kenmerken van de informele hulpverleners en zorgontvangers	99
4.2.2.1	Leeftijd en geslacht	100
4.2.2.2	Positie in het huishouden	100
4.2.2.3	Opleiding, activiteit en gewest	101
4.2.3	Kenmerken van de informele hulpverleners en het aantal uren verleende hulp	102
4.2.3.1	Leeftijd en geslacht	102
4.2.3.2	Positie in het huishouden	103
4.2.3.3	Opleiding, activiteit en gewest	103
4.2.3.4	Intensiteit van verleende hulp	105
4.3	Invloed van de hulpverlening op de ervaren gezondheid	106
4.4	Internationale vergelijking over de informele hulpverleners	108
4.5	Besluit	112
<b>Hoofdstuk 5: De gezondheid in kaart</b>		<b>115</b>
5.1	Het gebruik van een indicator van subjectieve gezondheid voor de geografische analyse van morbiditeit	115
5.2	Subjectieve gezondheid en de verschillen tussen de regio's	116

5.3	Een cartografie van de gezondheid op gemeentelijk niveau	121
5.3.1	Subjectieve ongezondheid als maat voor gezondheidsnoden op gemeentelijk vlak	121
5.3.2	De regionale gezondheidsverschillen naar leeftijdsgroep	124
5.3.3	Langdurige chronische ziekten	126
5.3.4	Het gezondheidsdeficit: een cartografie van gemeentelijke verschillen na controle voor leeftijd en gender	129
5.3.5	Mantelzorg	132
5.4	Het gezondheidsdeficit op buurniveau	136
5.5	De invloed van socio-economische factoren op de geografische distributie van de gezondheid	141
5.6	Besluit	144
	<b>Conclusie</b>	<b>147</b>
	Opname gezondheidsvragen in de Census	147
	Sterfte- en ziektecijfer	148
	Validiteit	149
	Ervaren gezondheid en lichamelijke beperkingen	150
	Informele hulpverlening	152
	Geografische verschillen in gezondheid	154
	<b>Bibliografie</b>	<b>157</b>
	<b>Summary</b>	<b>167</b>
	Questions relating to health in the Census	167
	Mortality and disease rate	167
	Validity	168
	Subjective health and physical limitations	170
	Informal care	172
	Geographical differences in health	174





## Lijst van figuren

Figuur 1:	Model: relatie tussen gezondheid en haar determinanten naar Marmot en Wilkinson	4
Figuur 2:	Evolutie van de levensverwachting, België, 1843-2000	9
Figuur 3:	Aantal doden per 100.000 ten gevolge van hartziekten per leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, mannen, België	13
Figuur 4:	Aantal doden per 100.000 ten gevolge van hartziekten per leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, vrouwen, België	13
Figuur 5:	Aantal doden per 100.000 ten gevolge van verkeersongevallen per leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, mannen, België	14
Figuur 6:	Aantal doden per 100.000 ten gevolge van longkanker per leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, mannen, België	14
Figuur 7:	Aantal doden per 100.000 ten gevolge van longkanker per leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, vrouwen, België	15
Figuur 8:	Aantal overlevenden per miljoen geboortes, per leeftijd, per cohorte, vrouwen, België	16
Figuur 9:	Mannelijke oversterfte naar leeftijd – voortschrijdend gemiddelde per 5 jaar, België, 1880-2002	19
Figuur 10:	Distributie van de oorzaakspecifieke sterfte naar leeftijd, mannen, 1991-1995	25
Figuur 11:	Distributie van de oorzaakspecifieke sterfte naar leeftijd, vrouwen, 1991-1995	25
Figuur 12:	Lay-out van de samengestelde vraag naar chronische aandoeningen	38
Figuur 13:	Antwoordpatroon vraag over chronische aandoeningen	40
Figuur 14:	Antwoordpatroon vraag over informele zorg	41
Figuur 15:	Slecht ervaren gezondheid, naar geslacht en leeftijd	57
Figuur 16:	Slecht ervaren gezondheid, naar huishoudenspositie en leeftijd, mannen	58
Figuur 17:	Slecht ervaren gezondheid, naar huishoudenspositie en leeftijd, vrouwen	58
Figuur 18:	De 5-jaar leeftijdsspecifieke overlevingskans en prevalentie van goede ervaren gezondheid, geen chronische morbiditeit, geen beperkingen, matige beperking en ernstige beperkingen, vrouwen	86
Figuur 19:	De 5-jaar leeftijdsspecifieke overlevingskans en prevalentie van goede ervaren gezondheid, geen chronische morbiditeit, geen beperkingen, matige beperking en ernstige beperkingen, mannen	86
Figuur 20:	Het verschil (in jaren) in de levensverwachting en in gezondheidsverwachtingsindicatoren tussen vrouwen en mannen	88
Figuur 21:	Verband tussen de vraag naar hulp, het aanbod van informele hulpverlening en het aanbod van formele hulpverlening	90
Figuur 22:	Vragen over de informele hulpverlening in de Belgische Census van 2001	91
Figuur 23:	Percentage informele hulpverleners volgens leeftijd en geslacht	94
Figuur 24:	Proportie minder dan goede gezondheid per leeftijdsgroep voor de drie gewesten, mannen en vrouwen samen	117
Figuur 25:	Vershil in minder goede ervaren gezondheid naar leeftijd in Wallonië en Brussel in vergelijking met Vlaanderen	118
Figuur 26:	Proportie mannen in slechte gezondheid naar leeftijd en provincie	119
Figuur 27:	Proportie vrouwen in slechte gezondheid naar leeftijd en provincie	120
Figuur 28:	Vershil tussen de proportie mannen en vrouwen in slechte gezondheid naar leeftijd in de provincies Luik en Limburg	120

Figuur 29:	Vergelijking van de odds ratio's voor een slechte ervaren gezondheid in de Gezondheidsenquête (HIS 2001) met 95% betrouwbaarheidsinterval en in de Census	150
Figuur 30:	Procent van de bevolking in slecht ervaren gezondheid, naar leeftijd en geslacht	151
Figuur 31:	Percentage informele hulpverleners volgens leeftijd en geslacht	153

# Lijst van tabellen

Tabel 1:	Levensverwachting op 0 jaar, op 65 jaar en op 80 jaar, periode 1950-2000	12
Tabel 2:	Aantal overlijdens naar geslacht opgedeeld volgens de voornaamste doodsoorzaken, België, 1997	22
Tabel 3a:	Proportionele mortaliteitsratio's (%) van de belangrijkste doodsoorzaken bij mannen, naar leeftijdscategorie, België, 1997	23
Tabel 3b:	Proportionele mortaliteitsratio's (%) van de belangrijkste doodsoorzaken bij vrouwen, naar leeftijdscategorie, België, 1997	24
Tabel 4:	Aantal ontbrekende antwoorden voor de drie hoofdvragen naar gezondheid en informele hulp	35
Tabel 5:	Non-respons op de gezondheidsvragen naar socio-demografische variabelen	36
Tabel 6:	Non-respons voor de vraag naar bedlegerigheid volgens de antwoordcategorieën van de vraag naar beperkingen	37
Tabel 7:	Non-respons op de informele zorgvragen naar socio-demografische variabelen	39
Tabel 8:	Vergelijking steekproefmethodologie Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie	44
Tabel 9:	Vergelijking van gegevensverzameling, Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie	45
Tabel 10:	Percentage personen met een slecht ervaren gezondheid, volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie	47
Tabel 11:	Percentage personen met chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie	49
Tabel 12:	Percentage personen volgens mate van belemmering omwille van chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie	51
Tabel 13:	Percentage personen volgens mate van bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census en Gezondheidsenquête	52
Tabel 14:	Slecht ervaren gezondheid volgens verschillende socio-demografische variabelen	59
Tabel 15:	Slecht ervaren gezondheid volgens opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	60
Tabel 16:	Slecht ervaren gezondheid, volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	61
Tabel 17:	Odds ratio's voor een slechte ervaren gezondheid	62
Tabel 18:	Chronische aandoeningen naar socio-demografische variabelen	64
Tabel 19:	Chronische aandoeningen naar opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	65
Tabel 20:	Chronische aandoeningen naar huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	66
Tabel 21:	Odds ratio's voor chronische aandoeningen	67
Tabel 22:	Belemmering in de dagelijkse activiteit omwille van chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen	69

Tabel 23:	Belemmering in de dagelijkse activiteit omwille van chronische aandoeningen naar opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	70
Tabel 24:	Belemmering in de dagelijkse activiteit omwille van chronische aandoeningen volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	71
Tabel 25:	Odds ratio's voor belemmering in de dagelijkse activiteit ten gevolge van chronische aandoeningen	72
Tabel 26:	Bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen	74
Tabel 27:	Bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen, volgens opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	75
Tabel 28:	Bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen, volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	76
Tabel 29:	Odds ratio's voor bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen	77
Tabel 30:	Combinatie van antwoordcategorieën en overeenkomende code indicator 'hulpbehoevendheid'	78
Tabel 31:	Hulpbehoevendheid volgens verschillende socio-demografische variabelen	80
Tabel 32:	Hulpbehoevendheid naar opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	81
Tabel 33:	Hulpbehoevendheid volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht	82
Tabel 34:	Odds ratio's voor een grotere hulpbehoevendheid naar socio-demografische variabelen	83
Tabel 35:	Levensverwachting (LE), Gezonde levensverwachting (HE), Morbiditeitsvrije levensverwachting (MFLE) en levensverwachting zonder beperkingen (DFLE), met matige (MDLE) en met ernstige beperkingen (SDFL) in jaren en als percentage van levensverwachting bij mannen en vrouwen op de leeftijd 0 en 65 jaar	87
Tabel 36:	Informele hulpverlening bij personen ouder dan 15 jaar: percentage en odds ratio	93
Tabel 37:	Totaal aantal personen (in %) ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht en leeftijd	93
Tabel 38:	Informele hulpverlening volgens leeftijd, geslacht en huishoudenspositie bij personen ouder dan 15 jaar: percentage en odds ratio	95
Tabel 39:	Totaal aantal personen (in %) ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht, leeftijd en huishoudenstype	96
Tabel 40:	Informele hulpverlening volgens de opleiding, regio en het professionele statuut bij personen ouder dan 15 jaar: percentage en odds ratio	97
Tabel 41:	Percentage personen ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht, leeftijdsgroep en opleidingsniveau	98
Tabel 42:	Percentage personen ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht, leeftijdsgroep en soort activiteit	99
Tabel 43:	Indeling van de informele hulpverlening per type zorgontvanger en per socio-economische groep van de hulpverlener (%)	101
Tabel 44:	Percentage informele hulpverlening volgens geslacht per type zorgontvanger (%)	102
Tabel 45:	Totaal aantal personen dat informele zorg verleent (in %) volgens het aantal uren	104
Tabel 46:	Waarschijnlijkheid dat hulpverleners meer dan twee uren per dag hulp verlenen	105

Tabel 47:	Ervaren gezondheid van personen die geen informele hulp verlenen en personen die dit wel doen (%)	107
Tabel 48:	Ervaren gezondheid van informele hulpverleners naargelang de tijd die ze aan hulpverlening besteden (%)	107
Tabel 49:	De waarschijnlijkheid dat informele hulpverleners een slechte ervaren gezondheid hebben, naargelang de tijd die ze aan hulpverlening besteden (%)	108
Tabel 50:	Gegevensbronnen met betrekking tot de informele hulpverlening	109
Tabel 51:	Percentage van de bevolking ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent en de indeling volgens het aantal uren verleende hulp per week in Canada en het Verenigd Koninkrijk, in België (gegevens van de Census 2001) en in Vlaanderen (Mantelzorg in Vlaanderen)	111
Tabel 52:	Percentage van de bevolking dat informele hulp verleent in elke leeftijdscategorie in Canada en het Verenigd Koninkrijk	112
Tabel 53:	Aandeel van de bevolking dat zich in minder dan goede gezondheid voelt per gewest	117
Tabel 54:	Gemeenten met de slechtste ervaren gezondheid	123
Tabel 55:	Aantal statistische sectoren per klasse	136



## Lijst van kaarten

Kaart 1:	Aandeel van de bevolking dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren	122
Kaart 2:	Idem als kaart 1 maar met vaste klassegrenzen van 5%	122
Kaart 3:	Aandeel van de 6- tot 19-jarigen dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren	125
Kaart 4:	Aandeel van de 40- tot 64-jarigen dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren	125
Kaart 5:	Aandeel van de 65-plussers dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren	126
Kaart 6:	Personen met langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps	127
Kaart 7:	Af en toe bedlegerig ten gevolge van langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps	128
Kaart 8:	Permanent bedlegerig ten gevolge van langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps	128
Kaart 9:	Subjectieve gezondheidservaring	130
Kaart 10:	Gestandaardiseerde kaart van chronische ziekten (bevolking van 15 jaar en ouder)	131
Kaart 11:	Gestandaardiseerde kaart van permanente bedlegerigheid (25-74 jaar; private huishoudens)	131
Kaart 12:	Aandeel van de bevolking van 15 jaar en ouder dat mantelzorg verstrekt	133
Kaart 13:	Aandeel van de 20- tot 24-jarigen dat mantelzorg verstrekt	135
Kaart 14:	Aandeel van de 55- tot 59-jarigen dat mantelzorg verstrekt	135
Kaart 15:	Subjectieve gezondheidservaring in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	138
Kaart 16:	Mediaan inkomen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2001-2002	138
Kaart 17:	Woningen zonder badkamer of zonder afzonderlijk toilet in het BHG	139
Kaart 18:	Subjectieve gezondheidservaring in Gent	139
Kaart 19:	Subjectieve gezondheidservaring in Luik en Chaudfontaine	140
Kaart 20:	Deprivatie-index	142
Kaart 21:	Aandeel van de werkzoekenden in de actieve bevolking	143
Kaart 22:	Odds ratio's van slecht ervaren gezondheid bij van 25- tot 74-jarigen (logistische regressie: controle voor leeftijd, geslacht, onderwijsniveau, samengestelde woningvariabele en nationaliteit van oorsprong)	144





# Inleiding

## Gezondheid en sociale determinanten

De volkstelling van 1 oktober 2001 werd herdoopt tot Algemene socio-economische enquête (SEE 2001). Dit moest duidelijk maken dat de moderne census veel verder gaat dan de klassieke volkstelling. Vanaf 1988 houdt het Rijksregister van Natuurlijke personen op gecentraliseerde wijze de persoonsregisters in ons land bij en is een volkstelling niet langer nodig om de wettelijke bevolking te bepalen. De census was echter al lang uitgegroeid tot een inzameling van cruciale demografische en socio-economische gegevens waar het vastleggen van officiële bevolkingscijfers slechts een bescheiden onderdeel van uitmaakte. In 2001 werd het schetsen van het sociaal en demografisch portret van ons land de voornaamste doelstelling en werd ook een aantal nieuwe vragen opgenomen. Vooral de vragen met betrekking tot gezondheid en mantelzorg zijn een belangrijke innovatie. Hiermee behoort België, samen met het Verenigd Koninkrijk, Australië, Nieuw-Zeeland en Canada, tot de weinige landen die deze informatie op schaal van de volledige bevolking hebben verzameld.

De inclusie van de gezondheidsvragen en de mantelzorgvragen in de Census biedt veel beleidsmatige en planmatige mogelijkheden en dit niet alleen op federaal, gewestelijk of gemeenschapsniveau maar vooral ook op lokaal niveau.

De jongste jaren werden in ons land ernstige inspanningen geleverd om tot een beter inzicht te komen in de volksgezondheid en haar determinanten. In 1997 werd voor het eerst een nationale gezondheidsenquête georganiseerd. Sindsdien heeft het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid al twee vervolgenquêtes ingericht. Vanuit diezelfde bekommernis werd in de volkstelling van 2001 een beperkt aantal vragen ingelast over gezondheid en mantelzorg. Op die manier is een uitzonderlijke databank tot stand gekomen die een unieke bijdrage levert tot een beter begrip van de mechanismen die de volksgezondheid vorm geven. Door haar exhaustief karakter laat ze toe om zeer fijnmazige analyses te maken van gezondheid naar sociaal-economische status en woonplaats en vormt ze een goede aanvulling op de meer diepgaande informatie uit de gezondheidsenquêtes. De opname van de gezondheidsvragen voor de gehele bevolking geeft een databank met een uitzonderlijk statistische kracht.

De waarde van een dergelijke databank is natuurlijk volledig afhankelijk van een goede medewerking van de burgers. Het Nationaal Instituut voor de Statistiek waakt erover dat deze gegevens alleen op geanonimiseerde wijze en voor statistische doeleinden worden gebruikt. De strikte bewaking van de privacy is zeer belangrijk opdat de bevolking vertrouwen zou hebben in de statistiekinstelling en de vragen gewetensvol en naar waarheid zou invullen. De hoge respons op deze vragen is ook het gevolg van het feit dat gezondheid door de meeste mensen als een topprioriteit wordt ervaren. Voor wie in slechte gezondheid verkeert en dagelijks hiermee wordt geconfronteerd is dit wellicht niet abnormaal. Maar ook wie in goede gezondheid verkeert schenkt veel aandacht aan zijn gezondheid. Behoort het informeren naar elkaars gezondheid niet tot de belangrijkste gespreksonderwerpen? De respons op de gezondheidsvragen was bijzonder positief en de antwoordgraad zeer hoog (bijna 97% op de vraag naar de ervaren gezondheid).

De analyse van de gezondheidsvragen toont aan dat de verwerking van deze gegevens een bijzonder goed beeld schetst van de toestand van de volksgezondheid in ons land. Uiteraard is het beantwoorden

van de vraag naar ervaren gezondheid een subjectief gegeven. Men kan zich dus terecht afvragen hoe nauwkeurig deze maatstaf is. In de literatuur is men vrij eensgezind om de subjectieve inschatting van de gezondheid vrij hoog in te schatten als een goede graadmeter voor de gezondheidstoestand van een individu. Zelfinschatting van de gezondheid vormt vaak de basis van de eerste diagnose en is meestal de aanleiding tot doktersbezoek. In een overzichtsstudie wijzen Idler en Benyamini ook op de sterke voorspellingskracht van subjectieve gezondheid voor mortaliteit, voor het gebruik van diensten en de aanwezigheid van beperkingen. Algemeen wordt de ervaren gezondheid gezien als één van de beste gezondheidsindicatoren van een bevolking.

België is één van de welvarendste landen ter wereld. De bevolking in ons land geniet een hoge levensstandaard en de levensverwachting zowel van mannen als vrouwen behoort al jaren tot de twintig hoogste in de wereld. Maar ook in ons land zijn welvaart en gezondheid niet gelijkmatig verdeeld. Mensen met een lager inkomen hebben een lagere levensstandaard, maar ook een aanzienlijk slechtere gezondheid (Bossuyt en Van Oyen, 2000; Bossuyt *et al.*; Gadeyne en Deboosere). De relatie tussen socio-economische status en gezondheid is in de loop der jaren door vele internationale studies uitvoerig gedocumenteerd. Het belang om die relatie ook voor ons land verder concreet in kaart te brengen is echter niet te onderschatten. Ongelijkheid in gezondheid en sterfte behoort tot de meest schrijnende ongelijkheid omdat zij de kern zelf van ons bestaan treft. Het onderzoek naar die ongelijkheid is tegelijk zeer belangrijk omdat het tot een beter begrip leidt van de sociale factoren die onze gezondheid determineren.

We weten intussen heel veel over de relaties tussen sociale determinanten en gezondheid, maar het precies kwantificeren en het in kaart brengen van de relaties tussen de verschillende socio-economische factoren voor ons land is essentieel om tot een efficiënt gezondheidsbeleid te komen. Internationaal is de consensus groot dat gezondheidsbeleid zich niet kan beperken tot het uitbouwen van de zorgsector. Toch is het gezondheidsbeleid in België nog sterk gedomineerd door een te exclusieve aandacht voor de uitbouw van de zorgsector en de medisch-technische aspecten van preventie en promotie. Uiteraard zijn de medische wetenschap en de uitbouw van de gezondheidssector essentieel voor de gezondheidstoestand en de levensverwachting van de bevolking. Maar intussen zijn we er ook allen van bewust geworden dat onze leefstijl, onze voedingsgewoontes en onze sociale en economische levensomstandigheden de belangrijkste determinanten zijn van de volksgezondheid. We weten dat die factoren van jongs af aan een rol spelen en dat de gezondheidsuitkomst bepaald wordt door het cumulatieve effect van alle factoren waaraan we in de loop van ons leven worden blootgesteld (Bartley *et al.*; Blane *et al.*; Kuh en Ben-Shlomo).

Een goed gezondheidsbeleid moet een juiste inschatting kunnen maken van de sociale en economische factoren die ertoe bijdragen dat de startlijn niet voor iedereen gelijk is. Het wegwerken van die ongelijkheid is een primaat van de politiek. Het is tevens een zeer adequate manier om de algehele gezondheid van de bevolking te verbeteren. Het moge duidelijk zijn dat veel van die maatregelen ook in het algemeen de ongelijkheid en onrechtvaardigheid in onze maatschappij zullen moeten aanpakken in de mate dat gezondheid op de eerste plaats een sociaal gegeven is. Maar die aanpak moet degelijk onderbouwd gebeuren. De nood aan een klare wetenschappelijke onderbouwing van de gezondheidspolitiek is groter dan ooit. Een juiste inschatting van het belang en van de onderlinge relaties van de sociaal-economische determinanten van gezondheid is echter uitermate complex. De analyse van de gezondheidsvragen uit de algemene socio-economische enquête kan hiertoe bijdragen. Bij de **componenten** die de gezondheid van een bevolking bepalen zijn de demografische kenmerken uiteraard fundamenteel. Het gezondheidsprofiel van een bevolking wordt op de eerste plaats bepaald door haar **demografische samenstelling** naar leeftijd en geslacht. De determinerende invloed van leeftijd en geslacht verklaart de noodzaak om andere tussenkomende componenten van gezondheid te analyseren na controle voor leeftijd en geslacht.

Gezondheid is echter veel meer dan een biologisch gegeven. Het is fundamenteel ook een sociaal en cultureel concept. Voor verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen bestaan er in grote lijnen drie fundamentele oorzaken: erfelijke determinanten, socio-economische factoren en gezondheidsgedrag of leefstijl. De grote verschillen in levensverwachting tussen landen tot op vandaag en de enorme evolutie in de loop van de geschiedenis tonen aan hoe groot de invloed is van de sociaal-economische en culturele- of leefstijlfactoren in de menselijke gezondheid.

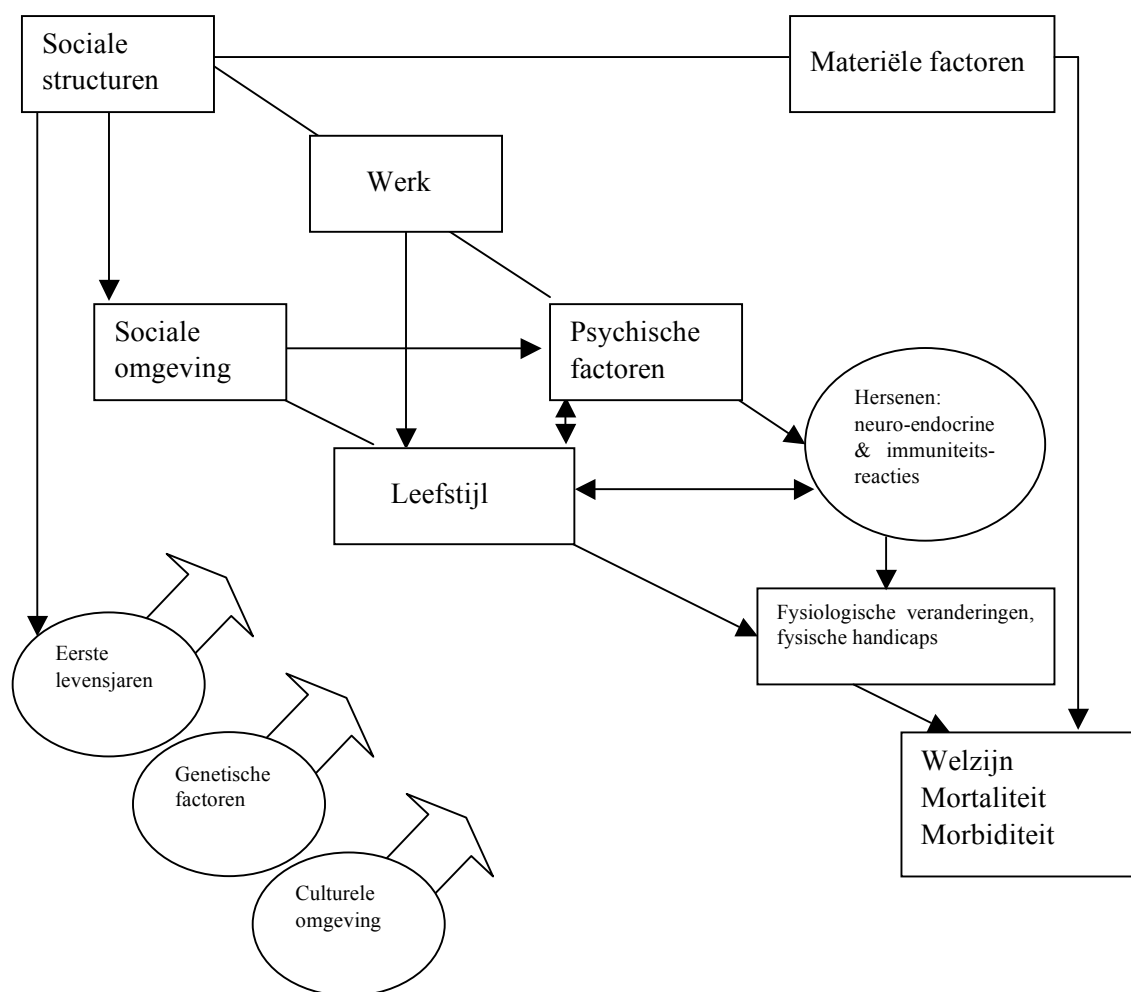
In deze monografie gaat veel aandacht naar de **socio-economische determinanten** van gezondheid in ons land. De relatie tussen sociale status en gezondheid is al lang bekend. De zware arbeidsomstandigheden en slechte huisvestingssituatie van de industriearbeiders eisten een zware gezondheidstol en waren vanaf het ontstaan van de Belgische staat onderwerp van debat. De scherpe sociale ongelijkheid in gezondheid was ook het onderwerp van de “*Enquête sur la condition des classes ouvrières et sur le travail des enfants*” van een van de eerste officiële onderzoekscommissies die in 1843 door het parlement was aangesteld (Chlepnier). Ruim een eeuw later, en vooral sinds de invoering van het huidige systeem van sociale zekerheid na de Tweede Wereldoorlog, was de overtuiging gegroeid dat sociale factoren van minder tel waren geworden. Die overtuiging leefde overigens niet alleen in België, maar was een algemeen verspreid beeld over de evolutie van de gezondheid in de moderne welvaartsstaten. De jongste jaren groeide evenwel het aantal studies die aantonen dat er in onze welvaartsstaten een belangrijke ongelijkheid blijft bestaan in gezondheid naar socio-economische status en dat die ongelijkheid in sommige gevallen zelfs toeneemt (Mackenbach, 1988, 1991, 1995; Mackenbach *et al.*). Dit gaf aanleiding tot een hernieuwde belangstelling naar de invloed van sociale en economische factoren op onze gezondheid en een zeer sterke toename in wetenschappelijk onderzoek op dit domein. Diverse hypothesen werden naar voor geschoven om de associatie tussen socio-economische positie en gezondheid te verklaren. De stellingen dat het om een artefact gaat (ten gevolge van problemen met de data) of om een schijnrelatie waarbij gezondheid en socio-economische status beiden hun wortels vinden in een onderliggende genetische predispositie werden vrij snel verlaten. Vooral de Whitehall studies in de jaren tachtig hebben hiertoe bijgedragen (Macintyre; Marmot *et al.*). Een belangrijk deel van het onderzoek in de jaren tachtig en negentig concentreerde zich op de intensiteit en de richting van de causale verbanden tussen sociale status en gezondheid. Voor de gezondheidsselectie-hypothese was een lagere sociale status op de eerste plaats het gevolg van slechte gezondheid. Daartegenover stond de sociale causatietheorie die de oorzaak van slechte gezondheid bij de sociaal-economische positie en levensomstandigheden legde. Soms lag de nadruk daarbij op directe materiële en structurele oorzaken waarbij arbeidsomstandigheden en materiële deprivatie, met daaraan gekoppelde levensomstandigheden en toegang tot gezondheidszorgen, als belangrijkste verklaringen werden aangereikt. Andere studies toonden het belang aan van leefstijl of van psychosociale factoren als intermediaire mechanismen in het verband tussen sociale status en gezondheid.

Intussen heeft al dit onderzoek heel wat verklaringen aangereikt over de mechanismen die verantwoordelijk zijn voor die ongelijkheid. De causale relatie tussen sociale status en gezondheid is in talrijke studies duidelijk aangetoond. Het besef is evenwel gegroeid dat meerdere oorzaken in complexe interactie kunnen optreden en via diverse tussenliggende mechanismen tot ongelijkheid leiden. Ook hebben studies aangetoond dat selectiemechanismen een belangrijke ondergeschikte rol kunnen spelen vooral vanuit levensloopsperspectief waarbij sociale status en gezondheid vorm krijgen over de loop van een mensenleven (Beck *et al.*).

In een publicatie voor de Wereldgezondheidsorganisatie vatten Wilkinson en Marmot de bevindingen samen waarover binnen de wetenschappelijke wereld een consensus is bereikt, bevindingen die in een aanvullende studie (Marmot *et al.*) uitgebreid worden gedocumenteerd. Enkele van hun belangrijkste kernstellingen zijn de volgende. Gezondheid volgt duidelijk een sociale gradiënt. Het is niet enkel extreme armoede die ongezondheid veroorzaakt, maar gezondheid en sociale status evolueren vrijwel

parallel over de gehele sociale ladder. Kinderjaren en opleiding hebben een gezondheidseffect over de gehele levensduur. Werkzekerheid heeft een positieve invloed op gezondheid. Werkloosheid is verantwoordelijk voor ziekte en voortijdige sterfte. Armoede en sociale uitsluiting kosten letterlijk mensenlevens. Alcohol-, drugs- en tabaksgebruik worden beïnvloed door de sociale omgeving.

Er bestaan diverse modellen die proberen de relatie tussen gezondheid en haar determinanten schematisch in beeld te brengen. Zo'n schema is uiteraard een verregaande simplificatie van de werkelijkheid, maar heeft het voordeel om de belangrijkste mechanismen in de verf te zetten en een duidelijk denkstramien aan te bieden. Onderstaand eenvoudig model van Marmot concentreert zich uitsluitend op de socio-economische determinanten (oorzaak-gevolg) en de transmissieriem (status en leefstijl) tussen socio-economische determinanten en gezondheid. Dergelijke modellen kunnen een hulpmiddel zijn om een beeld te vormen over de relaties tussen gezondheid en diverse demografische, geografische en socio-economische factoren.



*Figuur 1: Model: relatie tussen gezondheid en haar determinanten naar Marmot en Wilkinson*

Het is onmogelijk om in het bestek van een monografie alle grote discussiepunten met betrekking tot gezondheid te behandelen. Veel vraagstukken zullen hier in eerste instantie onaangeroerd blijven. Deze monografie kan alleen maar een eerste verkenning zijn. Maar ze is geslaagd als ze al het licht werpt op deze unieke gegevens. Het is zeldzaam, ook op internationaal vlak, om over een dergelijke rijke bron aan gegevens op deze schaal te beschikken. Hopelijk is deze monografie dan ook een aanzet tot verder onderzoek en gebruik van deze data.

## Organisatie van de monografie

In een eerste hoofdstuk wordt het huidig gezondheidsprofiel van onze bevolking geschetst vanuit een historische dynamiek. De evolutie van de mortaliteit is hierin de voornaamste indicator. De aandacht gaat vooral naar de recente evolutie in levensverwachting en naar de verschuivingen in oorzaaksspecifieke sterfte. Aandacht wordt ook besteed aan de invloed van de leefstijl en het gezondheidsgedrag omwille van hun toegenomen belang in de oorzaken van sterfte. Onderzoek maakt echter duidelijk dat campagnes rond leefstijl niet voldoende zijn en dat het van wezenlijk belang is om te werken aan de factoren die aan de basis liggen van een ongezonde leefstijl (Marmot *et al.*; Mackenbach en Bakker).

De volgende twee hoofdstukken concentreren zich op de resultaten van de gezondheidsindicatoren die werden opgenomen in de socio-economische enquête.

Cruciaal is de validiteit en de betrouwbaarheid van het meetinstrument. In hoofdstuk twee wordt daar uitvoerig op ingegaan. Het derde hoofdstuk presenteert vooral de resultaten van de verschillende gezondheidsindicatoren naar demografische en socio-economische risicofactoren.

De gezondheidsstatus en meer specifiek de afwezigheid van een goede gezondheid kan gevolgen hebben voor de omgeving van de personen in minder goede gezondheid. Een belangrijk aandeel van de bevolking is op de één of andere wijze betrokken bij de mantelzorg, die in het vierde hoofdstuk behandeld wordt. De gegevens van de socio-economische enquête leveren eerstehands informatie over de mensen die familieleden, vrienden of burens bijstaan met dagelijkse zorg. De inzet van die tienduizenden als aanvulling op professionele zorg is cruciaal voor een zorgzame maatschappij. Het is belangrijk om hen een gezicht te geven en de enorme inspanningen die ze leveren naar waarde te schatten.

Hoofdstuk 5 brengt de gezondheid cartografisch in beeld. In het verleden werden in België reeds verschillende atlassen gepubliceerd m.b.t. gezondheid. Zij konden zich doorgaans enkel op mortaliteitsgegevens baseren (Andre en Pereira Roque; Humblet *et al.*; Levêque *et al.*; Lagasse *et al.*). De gezondheidsvragen in de socio-economische enquête zijn in dit opzicht een belangrijke verrijking. Ze geven de mogelijkheid om regionale verschillen naar gezondheid te analyseren, wat niet volkomen samenvalt met verschillen in mortaliteit. Ze laten bovendien toe om deze gegevens voor zeer kleine geografische eenheden weer te geven. Dit geeft een aanzienlijk kapitaal aan bijkomende informatie over de distributie van welzijn en gezondheid op buurtniveau. Bovendien kan deze informatie ook getoetst worden aan socio-economische indicatoren. Het laatste hoofdstuk sluit de monografie af met een reeks ruimtelijke patronen van gezondheid op het niveau van de gemeenten en van de buurten en illustreert zo de praktische bruikbaarheid van de gegevens voor het lokaal beleid.



## Hoofdstuk 1:

# De gezondheidstransitie en het Belgisch sterftepatroon

## 1.1 De gezondheid van de Belgen in historisch en internationaal perspectief

De gezondheid van de Belgische bevolking in 2001 is het resultaat van een lange collectieve voorgeschiedenis. Om zich een goed beeld te vormen van de gezondheid van onze bevolking vandaag is het belangrijk om die te plaatsen in een ruimer perspectief. Sterftcijfers vormen de belangrijkste bron van kwantitatieve gegevens om die vergelijking in tijd en ruimte te kunnen maken. Hoewel mortaliteit en gezondheid elkaar niet volkomen dekken geeft de sterfte (of de levensverwachting) een duidelijk beeld van de globale gezondheidstoestand van de bevolking. Mortaliteitsgegevens hebben het voordeel dat ze al vrij lang en algemeen voorhanden zijn en zich bijgevolg vrij gemakkelijk lenen tot historisch en internationaal vergelijkend onderzoek.

De weg die is afgelegd om te komen tot de huidige volksgezondheid en levensverwachting is fenomenaal. De Belgische sterftetafel van 1880-1890 geeft aan de mannen bij de geboorte een levensverwachting van 43,5 jaar. Met 46,6 jaar hadden vrouwen toen ook al een hogere levensverwachting. In de sterftetafel van 2000-2002 bereiken mannen bij de geboorte een levensverwachting van bijna 76 jaar en vrouwen van ongeveer 82 jaar (NIS, Sterftetafels 2002 en 2000-2002). Met de huidige sterftepatronen haalt drie kwart van de generaties die vandaag geboren worden de grens van de 70 jaar. Van de generaties die op het einde van de 19de eeuw geboren werden, bereikte amper 25% de 70 jaar.

België heeft in die evolutie gelijke tred gehouden met een ontwikkeling die zich in de loop van de twintigste eeuw in geheel Europa heeft voorgedaan, en waarbij een gemiddelde winst in levensverwachting werd geboekt van ongeveer 28 jaar, van 45 jaar in 1900 tot 73 jaar op het einde van de eeuw (Caselli *et al.*; Vallin *et al.*).

### 1.1.1 De epidemiologische transitie (1750-1950)

De overgang van een regime met hoge sterfte naar het huidige lage sterfteregime vormt samen met de overgang van hoge naar lage vruchtbaarheid de essentie van de eerste demografische transitie. Millennia lang is de menselijke levensverwachting waarschijnlijk nooit ver boven de 25 à 35 jaar geraakt. In die langdurige epidemiologische prehistorie kon, naargelang de streek of het tijdperk, het sterftepatroon wel heel sterk schommelen en doken soms belangrijke verschillen op in ziekte- en sterfteoorzaken, maar in grote lijnen bleef het mortaliteitsregime hetzelfde.

Pas in het midden van de 18de eeuw begint in Europa een langdurige dalende trend in de algemene mortaliteit. Het duurde tot het begin van de twintigste eeuw vooraleer men zich realiseerde dat het om een langdurige trend ging en niet louter meer om fluctuaties in sterfte (Santow).

Die overgang van hoge mortaliteit naar lage mortaliteit werd door Omran getypeerd als de “epidemiologische transitie”. In zijn artikel geeft Omran een overzicht van de wijze waarop de mortaliteitsdaling werd ingezet en hoe deze na ongeveer twee eeuwen resulteerde in een nieuw mortaliteitsregime waarbij de dominante doodsoorzaken verschoven van honger en epidemie naar ouderdom en beschavingsziekten. Toen Omran zijn artikel schreef op het eind van de jaren zestig was er in heel wat landen met de hoogste levensverwachting ogenschijnlijk een eind gekomen aan die dalende mortaliteit. Voor Omran was de transitie, de periode van het terugdringen van de epidemieën, quasi voltooid en was er een nieuw regime van lage mortaliteit tot stand gekomen. Dit regime werd niet enkel gekenmerkt door een nieuw patroon van dominante doodsoorzaken, maar ook door een drastische verandering in de leeftijdsspecifieke sterfte waarbij de dood teruggedrongen werd naar de oudste leeftijdsgroepen.

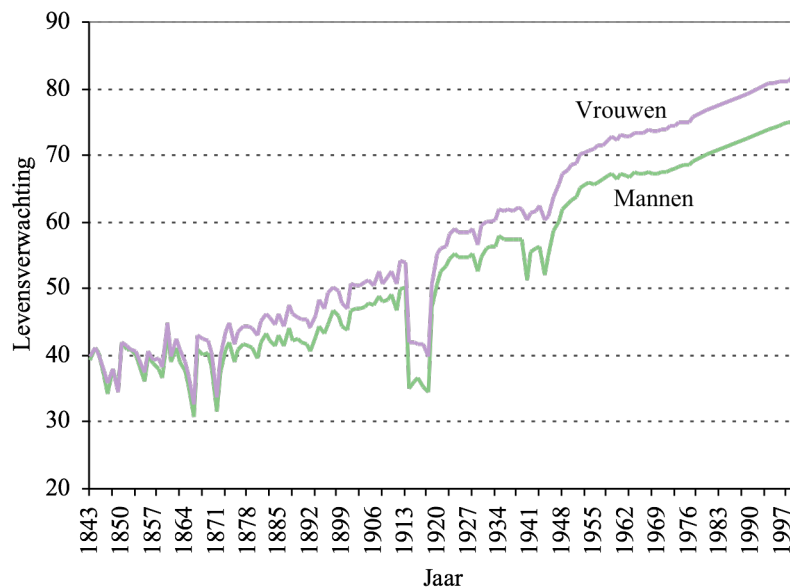
Onder historici woedde een hevige discussie over de motor van de mortaliteitstransitie. Vooral McKeown werd bekend met zijn stelling dat de medische wetenschap tot een goed stuk in de twintigste eeuw weinig heeft bijgedragen tot de mortaliteitstransitie. Voor hem was het vooral de ontwikkeling in de productie, de bewaring en de verdeling van het voedsel die een belangrijke bijdrage heeft geleverd. Intussen is duidelijk geworden dat een complex geheel van factoren samen de epidemiologische transitie mogelijk maakten (McKeown). Zowel de algemene welvaartsstijging, als de specifieke verbeteringen in voeding (Fogel), behuizing (Burnett) en sanitaire voorzieningen, hebben een rol gespeeld in het terugdringen van de infectieziekten. Ook een reeks van wetenschappelijke ontdekkingen maakte het mogelijk om een einde te maken aan de klassieke fatale afloop van sommige ziektes. De ontdekking en verspreiding van vaccins, sulfamiden en antibiotica waren in de daling van de mortaliteit in het interbellum en na WO II van primordiaal belang (Vallin *et al.*). Bovendien hebben al deze factoren op zeer ongelijke wijze, afhankelijk van periode, plaats en sociale klasse hun invloed uitgeoefend. Slechts langzaam, doorheen een veelheid van gedetailleerde studies krijgen we een beeld op de manier waarop de mortaliteitstransitie zich in Europa heeft afgespeeld.

De economische heropbouw en de algemene welvaarts groei na de Tweede Wereldoorlog brengen al snel een sterke verbetering in de volksgezondheid teweeg. Maar onder de oppervlakte groeit langzaam een nieuwe epidemie. De generaties geboren rond de eeuwwisseling hebben in de loopgrachten van de Eerste Wereldoorlog massaal kennis gemaakt met de sigaret. De lange incubatieperiode van longkanker doet de epidemie pas volop losbarsten vanaf de jaren vijftig. Intussen blijven de relatief goedkope industriële tabaksproducten het roken nog verder stimuleren. Naast longkanker, speelt roken ook een rol in de genese van talrijke andere ziekten, vooral op het gebied van het ademhalingsstelsel en het cardiovasculaire systeem. Vermoedelijk treedt hier ook nog een synergie op met de zware arbeidsomstandigheden voor een aanzienlijk deel van de mannelijke bevolking in het Europa van kolen en staal. Het voedingspatroon, gekenmerkt door een sterke toename van de consumptie van dierlijke vetten, gezamenlijk met het terugdringen van de lichamelijke activiteit en lichaamsbeweging heeft in Noordwest-Europa de cardiovasculaire ziektes verder in de hand gewerkt. De massale verspreiding van de auto als vervoermiddel brengt in diezelfde decennia een sterke toename aan verkeersongevallen met zich mee en zorgt vooral bij jonge mannen voor oversterfte. De opkomst van de nieuwe welvaartsziekten is in een eerste periode nog niet merkbaar in de mortaliteitscijfers omdat de algemene gezondheidsverbetering de negatieve tendens nog verbergt. Vanaf de jaren zestig treden de meeste geïndustrialiseerde landen in een eindfase van de strijd tegen de klassieke epidemieën. De kindersterfte is inmiddels vrijwel verdwenen. Ook de sterfte door infectieziekten onder volwassenen is teruggedrongen. De vooruitgang die op dit vlak nog wordt geboekt heeft geen effect meer op de algemene levensverwachting door de hoge sterfte door de zogeheten “degeneratieve en welvaartsziekten”.



Hoewel Vallin en Meslé op basis van de Franse cijfers betwijfelen of er een echte stijging is in cardiovasculaire sterfte, onderstrepen ze dat door het wegvallen van andere doodsoorzaken, deze onbetwistbaar proportioneel de belangrijkste doodsoorzaak wordt in de tweede helft van de twintigste eeuw (Vallin en Meslé, 2002). De “man-made diseases” kennen tegelijk een echte explosie. Het zijn wel niet de oorzaken die Omran had voorspeld (zoals stralingsziekten, beroepsziekten of kankers veroorzaakt door de industrie of voedingsadditieven) maar vooral tabak en verkeersongevallen die de verschuiving in de doodsoorzaken teweeg brengen.

**België** heeft de grote bewegingen van de epidemiologische of gezondheidstransitie gevolgd. Reeds vanaf de tweede helft van de 18<sup>de</sup> eeuw begint de levensverwachting te stijgen. Die tendens zal aanhouden tot in de jaren 1840 (Eggerickx).



Figuur 2: Evolutie van de levensverwachting, België, 1843-2000

Bron: Devos

De tweede helft van de 19<sup>de</sup> eeuw is het hoogtepunt van de intensieve en niets ontziende industrialisatiebeweging. De extreme arbeidsomstandigheden, de kinderarbeid, de slechte behuizing en sanitaire voorzieningen in de industriële centra leiden vooral onder de arbeidersklasse in de steden tot een algehele slechte gezondheid en extreem hoge zuigelingen- en kindersterfte (Alter *et al.*; Eggerickx en Debuissin). De periode van 1840 tot 1870 is er een van stagnatie en zelfs van stijgende sterfte. Het is de periode van de hongersnoden en de crisissen in de landbouw van de jaren 1845-1856 en van de grote epidemieën (cholera in 1866 en roodvonk in 1870-1871) (Eggerickx).

Vanaf 1870 begint geleidelijk aan een daling op te treden in de sterfte. De vooruitgang is zeer ongelijk verdeeld en er blijven grote verschillen bestaan tussen stad en platteland met een aanzienlijke oversterfte in de steden en tussen verschillende steden en regio's onderling.

In de laatste decennia van de 19<sup>de</sup> eeuw vertegenwoordigt de daling van de kindersterfte van 1 tot 15 jaar het belangrijkste aandeel van de algemene mortaliteitsdaling. Vanaf 1890 en tot 1930 is het de daling in zuigelingensterfte die de voornaamste bijdrage levert in de toename van de levensverwachting. In heel die periode zijn de sterftcijfers in Vlaanderen slechter dan in Wallonië. De gemiddelde zuigelingensterfte voor de periode 1886-1924 ligt bijna dubbel zo hoog in West- en Oost-Vlaanderen als in het industriële Henegouwen (Debuissin). Vanaf de jaren dertig zal ook de daling

van de sterftcijfers boven de leeftijd van zestig jaar een substantieel aandeel vertegenwoordigen van de stijgende levensverwachting (Poppel en Veys).

Na de Tweede Wereldoorlog treedt een aanzienlijke winst in levensverwachting op zowel bij mannen als vrouwen. Toch kunnen we in diezelfde jaren een duidelijke vertraging in de daling van de mortaliteit waarnemen bij de oudste leeftijdsgroepen. Bij mannen was er in de jaren vijftig een toename in de levensverwachting bij de geboorte van 2,78 jaar (tabel 1). Bij vrouwen was dit zelfs 3,71 jaar. Boven de 65 jaar bedroeg de winst nog 0,57 jaar bij vrouwen, maar bij mannen in die leeftijdsgroep daalde de levensverwachting op 65 jaar. In het volgende decennium was de toename van de levensverwachting bij de geboorte teruggevallen op 0,54 jaar voor mannen en 0,97 jaar voor vrouwen. Boven de 65 jaar bleef de mannelijke levensverwachting dalen. Alle winst werd gerealiseerd in de jongere leeftijdsgroepen en de negatieve effecten van het rookgedrag begonnen zich volop te manifesteren. Wellicht droegen mannen in die periode ook nog het volle gewicht van de zware industrialisatiefase van na de Tweede Wereldoorlog.

In veel geïndustrialiseerde landen werd een zelfde vertraging in de groei van de levensverwachting vastgesteld. In sommige landen, zoals Nederland, daalde de levensverwachting voor mannen in de periode 1961-1971 (Poppel en Veys).

Op het eind van de jaren zestig groeide de overtuiging dat de mortaliteitsdaling een plafond had bereikt. Veel auteurs waren de mening toegedaan dat de epidemiologische transitie op een eindpunt was gekomen en dat de levensverwachting een natuurlijk maximum benaderde (Vallin en Giovanni).

### **1.1.2 De cardiovasculaire revolutie en de kentering in de beschavingsziekten**

Maar in de loop van de jaren zeventig werd het duidelijk dat in de Westerse wereld een nieuwe dalende trend van de sterfte was ingezet op de eerste plaats dankzij een spectaculaire terugval van de cardiovasculaire sterfte. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld staat de terugval in cardiovasculaire sterfte in voor meer dan 50% van de 6,4 jaar winst in levensverwachting in de periode 1965-2000 (Vallin en Meslé, 2005).

In een aantal landen waren intussen ook de welvaartsziekten (man-made diseases) over hun hoogtepunt heen. In het Verenigd Koninkrijk werd de dalende trend in longkankersterfte bij mannen al in de jaren tachtig ingezet. Het Verenigd Koninkrijk behoorde ook tot de eerste landen waar het besef over de schadelijke effecten van roken tot het brede publiek doordrong. Stilaan begon men ook andere carcinogenen in kaart te brengen en werd de rol van een evenwichtige voeding duidelijk. Ook de oliecrisis van 1973 zou vooral in Noordwest Europa een bijdrage leveren aan de stijgende levensverwachting. Het was een begin van een dalende trend in verkeersslachtoffers die vanaf dan zou versterkt worden door talrijke verkeersveiligheidsmaatregelen.

De nieuwe mortaliteitsdaling verschilt grondig van de epidemiologische transitie die Omran heeft geschetst. Voor Horiuchi gaat het zelfs om een volkomen nieuwe transitie met als centraal gegeven de daling van de cardiovasculaire sterfte. Vallin en Meslé (2002) hebben het over de “cardiovasculaire revolutie”. Deze geobserveerde daling gaf aanleiding tot een uitbreiding van de theorie van Omran. Olshansky en Ault introduceerden een vierde fase in de epidemiologische transitie. Na de drie fasen die Omran had geschetst (fase van hoge mortaliteit, overgangsfase, nieuw regime van lage mortaliteit)

zien ze het begin van een nieuw tijdperk: de fase van het uitstel van de ouderdomsziekten. Voor Olshansky is er in deze vierde fase niet echt sprake van een verschuiving tussen de sterfteoorzaken, alleen van een uitstel naar steeds oudere leeftijden. Caldwell en Frenk evenwel plaatsen die nieuwe evolutie in een veel breder kader en spreken voortaan van de “gezondheidstransitie”. Ze worden hierin gevolgd door Valin en Meslé die er weinig voor voelen om aan het concept van epidemiologische transitie van Omran zelf te sleutelen. Ze volgen het voorstel van Frenk om de epidemiologische transitie als een eerste fase te beschouwen binnen een veel bredere gezondheidstransitie. De cardiovasculaire revolutie definiëren ze als een tweede fase en de terugdringing van de ouderdomsziekten als de aanzet van een derde fase binnen de gezondheidstransitie (Vallin en Meslé, 2005).

Een eerste kenmerk van die nieuwe transitie is in elk geval de **nieuwe leeftijdsgroepen** die zij aanboort. Gaat het bij de mannen nog voor een groot deel over het terugdringen van vroegtijdige sterfte op volwassen leeftijd, bij de vrouwen zet zich een mortaliteitsdaling in op de oudste leeftijden, boven de tachtig jaar. Op basis van gegevens uit de Verenigde Staten onderstreept Horiuchi dat het niet enkel gaat om een levensverlenging van zieke ouderen, maar om een algemene gezondheidsverbetering van de ouderen. In een studie over sterfte na 1950 bij 80-plussers in 28 landen met lage sterfte toont Kannisto aan dat sterftcijfers op hoge leeftijd een historisch dieptepunt hebben bereikt en dat die trend de laatste jaren nog is toegenomen. Als verklaringsgrond geeft Kannisto vooral de overgang naar een gezondere leefstijl bij de hoger opgeleide, rijkere, stedelijke bevolking.

En dit is precies het tweede kenmerk van de nieuwe transitie: de **individuele betrokkenheid** in de bewaking van de eigen gezondheid. De curatieve gezondheidszorg speelt een belangrijke rol in het terugdringen van de cardiovasculaire sterfte. Zo hebben cholesterolverlagers, overbruggingen, harttransplantaties allemaal hiertoe bijgedragen. Maar de nieuwe transitie is vooral gedragen door een collectieve bewustwording van de risicofactoren en een algemene gedragswijziging bij het brede publiek. Uiteraard spelen de grotere beschikbaarheid van vers voedsel en de verdringing van zout als conserveringsmiddel een rol in het terugdringen van hoge bloeddruk niveaus en hoge cholesterolspiegels. Maar bij brede bevolkingsgroepen is gezondheid ook een belangrijk aspect geworden bij het bepalen van het voedingspatroon. Daarnaast raken ook regelmatige medische check-ups bij een deel van de bevolking steeds meer ingeburgerd.

Die individualisering van de benadering in de gezondheidsproblematiek van de hart- en vaatziekten is ook sterk aanwezig in de antirookcampagne en zelfs in de benadering van de aids-problematiek. Gezondheid is een zaak van persoonlijk gezondheidsgedrag en leefstijl geworden. Vandaar dat leefstijl in de afgelopen decennia een centrale plaats is komen opeisen in het gezondheidsdebat.

In aansluiting op de cardiovasculaire revolutie begint in een aantal landen ook de kankersterfte af te nemen. Op de eerste plaats gaat het om de kankers die hun oorzaak vinden in rookgedrag. Horiuchi ziet hierin al een nieuwe transitie: de terugval van de sterfte aan kanker, als voorbode van een laatste transitie: de terugdringing van de sterfte die samenhangt met het verouderingsproces (Horiuchi).

Op te merken valt dat die recente evolutie niet overal heeft plaats gevonden en in sommige landen volgens een ander tempo tot stand komt. In veel Oost-Europese landen is de cardiovasculaire revolutie niet ingezet en eisen de zogenaamde “welvaartsziekten” een bijkomende tol (Shkolnikov *et al.*; Nolte *et al.*). Vooral de terugval in levensverwachting bij mannen toont aan dat een dalende trend in sterfte niet zomaar een verworvenheid is. Niet alleen moet de winst op het verleden worden gehandhaafd, maar bovendien moet elke nieuwe generatie een gezonde leefstijl aanhouden. Ook infectieziekten kunnen opnieuw een bedreiging vormen. Recent kan in een aantal landen terug een toename worden vastgesteld van tbc. Wetenschappers vrezen ook voor de verspreiding van nieuwe krachtige virussen.

**België** vindt aansluiting bij de nieuwe dalende trend die zich in de jaren zeventig aftekent. De levensverwachting bij de geboorte groeit terug aan met 2 jaar bij de mannen en 2,45 jaar bij de vrouwen.

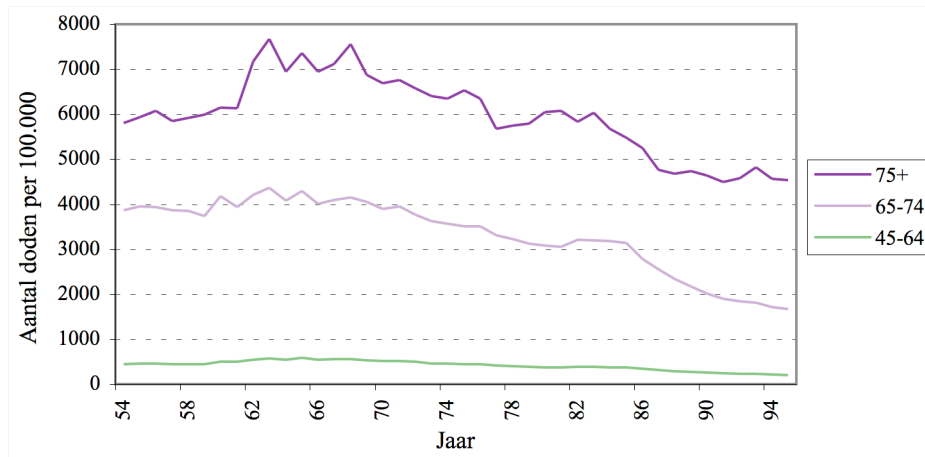
Jaar	0 jaar		65 jaar		80 jaar	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
1950	65,00	69,98	12,68	14,43	5,42	6,08
1955	67,11	72,36	12,70	14,77	5,21	6,04
1960	67,78	73,69	12,52	15,00	5,28	6,15
1965	68,07	74,15	12,62	15,50	5,62	6,44
1970	68,32	74,66	12,46	15,64	5,67	6,55
1975	69,28	75,72	12,53	16,13	5,55	6,68
1980	70,34	77,11	13,16	17,09	6,01	7,24
1985	71,59	78,44	13,64	17,91	6,14	7,73
1990	73,19	79,85	14,64	18,97	6,36	8,32
1995	73,93	80,68	15,13	19,50	6,61	8,69
2000	75,09	81,39	15,91	20,03	6,91	8,79

*Tabel 1: Levensverwachting op 0 jaar, op 65 jaar en op 80 jaar, periode 1950-2000*

*Bron: Gegevens NIS, berekeningen Federaal Planbureau*

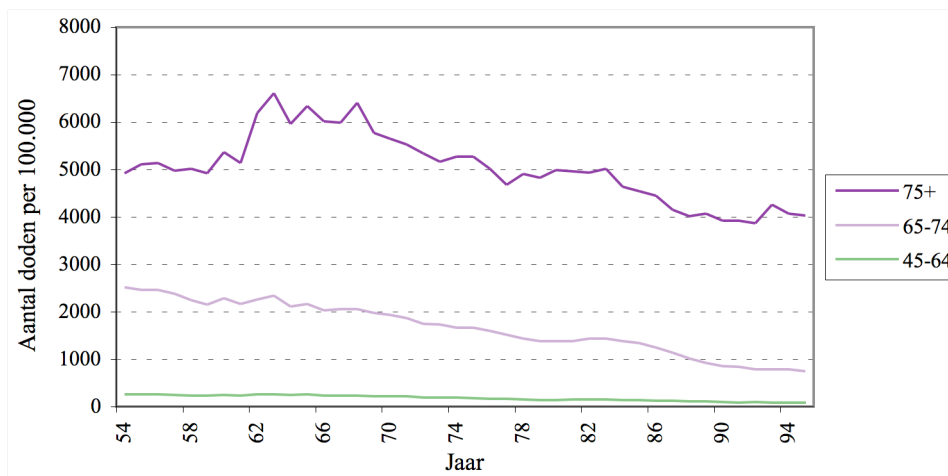
Voor de gehele periode van 1970 tot 2000 is er een toename in levensverwachting van 6,77 jaar bij de mannen en van 6,73 jaar bij de vrouwen. Het zwaartepunt van de geboekte winst ligt echter verschillend bij mannen en vrouwen. Mannen realiseren de grootste winst in levensverwachting nog steeds in de leeftijdsgroepen onder de 65 jaar. Bij vrouwen wordt de winst nu vooral gehaald bij de oudste leeftijdsgroepen. De levensverwachting op 65 jaar groeit met 4,39 jaar en die op 80 jaar met 2,24 jaar of een kwart van de totale levensverwachting op 80 jaar. Dit in tegenstelling met de voorafgaande twintig jaar waar nauwelijks een half jaar levensverwachting op die leeftijd was bijgekomen.

De evolutie van de cardiovasculaire sterfte in België is een belangrijke motor in de nieuwe toename van de levensverwachting. Waar in 1954 ongeveer 10.000 mannen en 7.500 vrouwen boven de 65 aan hartziekten overlijden zien we, na een aanvankelijke stijging in de jaren zestig, dat dit aantal in 1995 is teruggelopen tot 7.300 bij de mannen en minder dan 5.000 bij de vrouwen en deze trend zet zich nog verder. De bruuske toename in de jaren zestig is vermoedelijk mede veroorzaakt door een verandering in de codering van sterfteoorzaken.



*Figuur 3: Aantal doden per 100.000 ten gevolge van hartziekten naar leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, mannen, België*

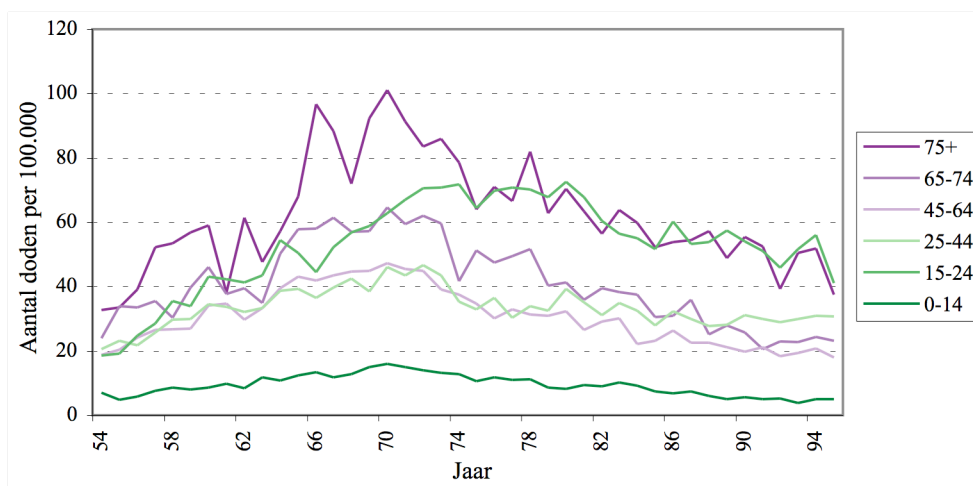
*Bron: WHO, bewerking Interface Demography VUB*



*Figuur 4: Aantal doden per 100.000 ten gevolge van hartziekten naar leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, vrouwen, België*

*Bron: WHO, bewerking Interface Demography VUB*

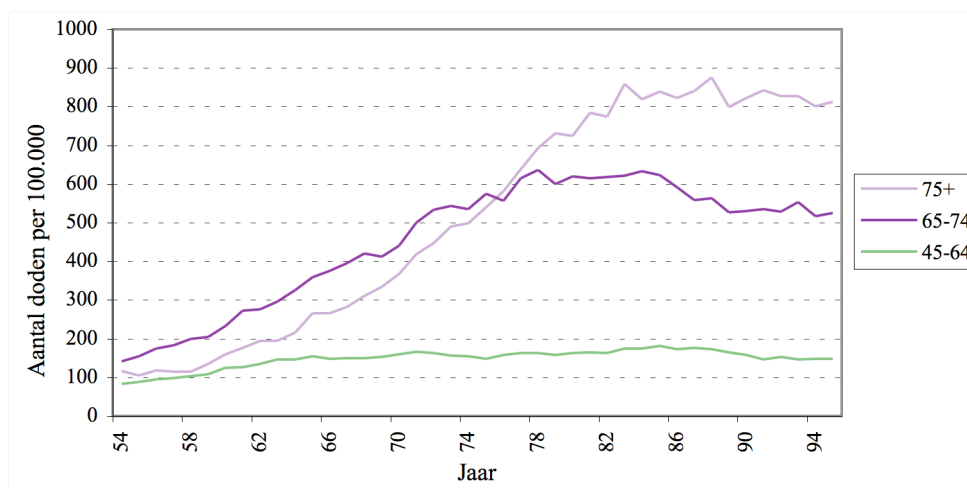
Sterfte door verkeersongevallen kent in België een culminatiepunt in 1973. Een belangrijke uitzondering daarop vormt de leeftijdsgroep van mannen rond de twintig waar de sterfte door verkeersongevallen hoog blijft tot in de jaren tachtig. Ondanks de dalende trend is het aantal verkeersdoden in ons land steeds aanzienlijk hoger gebleven dan in Nederland of het Verenigd Koninkrijk en blijft het vooral bij mannen een negatief effect uitoefenen op de levensverwachting.



*Figuur 5: Aantal doden per 100.000 ten gevolge van verkeersongevallen naar leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, mannen, België*

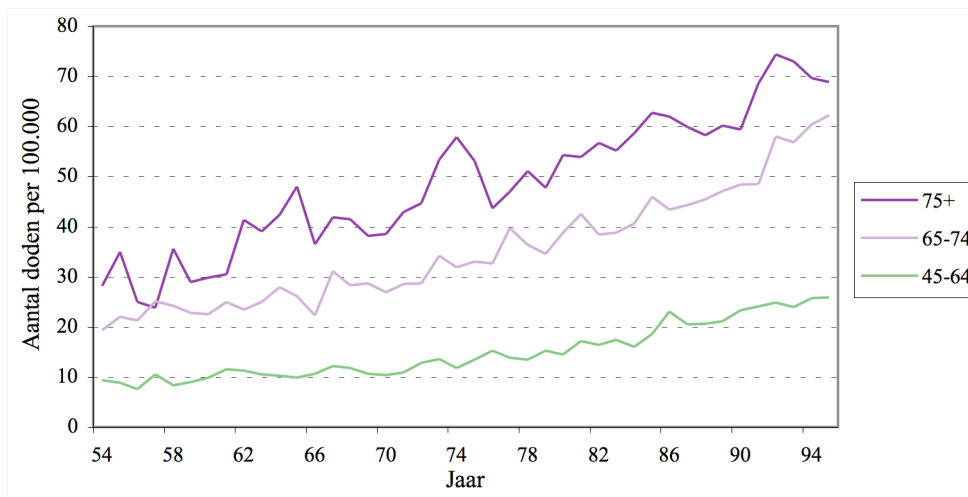
*Bron: WHO, bewerking Interface Demography VUB*

Sterfte door kankers kent een aantal tegengestelde ontwikkelingen. Maagkanker, in de jaren vijftig de belangrijkste doodsoorzaak door kanker, is sindsdien stelselmatig teruggedrongen vooral ten gevolge van veranderingen in voedingsgewoonten. Een volledig tegengestelde beweging stellen we vast bij longkanker. Bij mannen is er tussen de jaren vijftig en het midden van de jaren tachtig een explosieve groei met een quasi verzevenvoudiging van longkankersterfte. Sindsdien is er een stagnatie opgetreden en de jongste jaren zelfs een voorzichtige vermindering. Vrouwen, die een aanzienlijke lagere longkankersterfte kennen dan mannen vertonen een stijgende trend die zich ook nog tot op vandaag verder zet. Longkanker is bij mannen de belangrijkste oorzaak die de winst in levensverwachting op andere terreinen in sterke mate heeft afgezwakt.



*Figuur 6: Aantal doden per 100.000 ten gevolge van longkanker per leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, mannen, België*

*Bron: WHO, bewerking Interface Demography VUB*



*Figuur 7: Aantal doden per 100.000 ten gevolge van longkanker per leeftijdsgroep, evolutie 1954-1995, vrouwen, België*

*Bron: WHO, bewerking Interface Demography VUB*

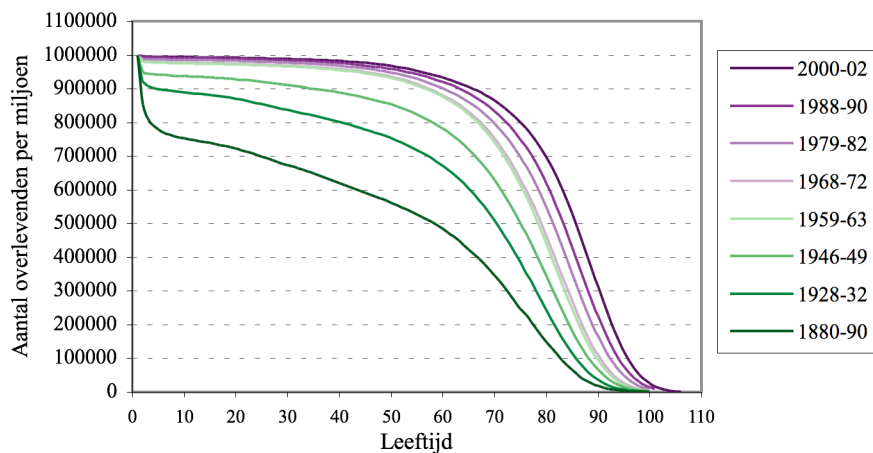
### 1.1.3 De gevolgen van de recente gezondheidstransitie

De gezondheidstransitie, en vooral haar meest recente fase, heeft een paar indringende veranderingen teweeggebracht. Vooreerst is er de vergrijzing van de bevolking. Ten tweede is er de verandering in de relatie tussen gezondheid en sterfte. Ten derde is er in de loop van de twintigste eeuw een enorme verschuiving opgetreden in de gemiddelde leeftijd van overlijden. Ten vierde heeft de transitie mee vorm gegeven aan de hedendaagse ongelijkheid in sterfte.

Paradoxaal genoeg heeft een zeer positieve evolutie, de grote vooruitgang op het vlak van de gezondheid en de toenemende levensverwachting, geleid tot grote ongerustheid. Dit is met name het geval in West-Europa waar **vergrijzing** samengaat met ontgroening. Centraal staat de vraag of onze maatschappij wel in staat zal zijn de vergrijzing te dragen. Het is het meest evidente en directe gevolg van de gezondheidstransitie en leidde de afgelopen jaren al tot heel wat discussies, gezien de belangrijke gevolgen van een ouder wordende bevolking op de economie en de samenleving in haar geheel.

Vast staat dat de hoofdmoot van de winst in levensverwachting de laatste decennia steeds meer gerealiseerd wordt in de oudere leeftijdsgroepen. Het gevolg van deze evolutie is dat steeds meer mensen een hoge leeftijd bereiken. De overlevingscurve van een bevolking neemt de vorm aan van een rechthoek, de zogenaamde rectangularisatie van de overlevingscurve en bijgevolg van de leeftijdspiramide.

Figuur 8 illustreert het fenomeen van de rectangularisatie. We zien dat in de oudere cohortes het aantal overlevenden in een cohorte geleidelijk daalt, terwijl in de recentere cohortes het aantal overlevenden relatief hoog blijft, om dan vanaf de leeftijd van 70 jaar scherp te dalen. De overlevingscurve benadert met andere woorden een hoek van 90 graden.



Figuur 8: Aantal overlevenden per miljoen geboortes, per leeftijd, per cohorte, België, vrouwen

Bron: NIS

Tegelijk blijkt ook de overlevingskans op hogere leeftijden toe te nemen. Het aantal honderdjarigen in ons land is quasi verdubbeld van 546 in 1990 tot 1163 in 2004 (NIS 2004). De overlevingscurve wordt dus niet alleen rechthoekiger, maar schuift ook op naar hogere leeftijden wat de jongste jaren aanleiding geeft tot een intens debat over de demografische en biologische grenzen van de menselijke leeftijd.

Een aantal auteurs (Olshansky *et al.*) is ervan overtuigd dat een mensenleven een welbepaalde lengte heeft en dat de gemiddelde levensverwachting niet ver boven de 85 jaar zal uitstijgen. De rectangularisatie van de overlevingscurve is voor deze stroming het bewijs dat, bij gebrek aan een fundamentele wetenschappelijke doorbraak, de mens aan de grens is gekomen van de biologische limiet (Nusselder). Anderen zijn echter de mening toegedaan dat nog aanzienlijke winst in levensverwachting kan worden geboekt (Vallin en Giovanni; Vaupel). Veel van deze vragen hebben nog geen duidelijk antwoord gevonden en het onderzoek ernaar is nog volop aan de gang (Carey en Tuljapurkar; Manton *et al.*). Dit debat is ongetwijfeld van belang voor de evolutie op lange termijn. Wat de komende decennia betreft is het bij gelijke omstandigheden duidelijk dat de bovenkant van de bevolkingspiramide steeds rechthoekiger wordt terwijl ook de top blijft groeien. Tegelijk zorgt de lage vruchtbaarheid van de afgelopen decennia voor een versmalling van de basis. De synergie van beide processen veroorzaakt een snelle verandering in de compositie van de bevolking naar leeftijd.

Een nieuwe **relatie tussen sterfte en gezondheid** of op zijn minst een nieuwe visie op die relatie en de implicaties op de volksgezondheid is een tweede belangrijk gevolg van de gezondheidstransitie. Traditioneel ging men ervan uit dat gezondheid en sterfte een sterke positieve correlatie vertonen. Lage sterftcijfers veronderstellen een gezonde bevolking. In Nederland wees Van der Maas er in 1982 op “dat bepaalde vormen van effectief en gewenst medisch ingrijpen leiden tot sterftereductie maar ook tot een toename van de hoeveelheid ziekte in de bevolking.”(Poppel en Veys). Riley suggereerde zelfs dat de trends in mortaliteit en morbiditeit zich voortaan omgekeerd tot elkaar zouden verhouden. Door de expansie van de morbiditeit gaan we een pandemie tegemoet van seniliteit en andere ouderdomsziekten die een zware toekomstige last op de maatschappij gaan leggen. Door de terugdringing van ziektes met fatale afloop ontstaat een exponentiële toename van niet-letale ziektes zoals dementie, artritis en verminderde mobiliteit bij de oudste leeftijdsgroepen (Egidi en Frova).



Tegenover die pessimistische toekomstvisie heeft Fries de hypothese van compressie van de morbiditeit gesteld. Voor Fries wordt er een biologische grens bereikt in de levensverwachting. De terugdringing van chronische ziekten die tot die levensverlenging leiden, verminderen in een zelfde beweging ook de morbiditeit van de bevolking. De stijgende levensverwachting wordt vooral vertaald in een rectangularisatie van de overlevingscurve met compressie van morbiditeit in de laatste levensfase. Die stelling van het samendrukken van de ongezonde levensjaren wordt ook ondersteund doordat de algemene verbetering van de gezondheidsvoorwaarden, een betere leefstijl en minder blootstelling aan risico's, een algemene gezondheidsverbetering zouden meebrengen tot op oudere leeftijd. Meer mensen zouden een goede gezondheid bewaren tot op hoge leeftijd (Egidi en Frova).

Tussenliggende hypothesen (Manton *et al.*) gaan ervan uit dat de stijging in levensverwachting misschien wel een toename zal meebrengen in morbiditeit, maar dat het over het algemeen om lichte beperkingen zal gaan. De toename in levensverwachting kan immers slechts verder gaan voor zover er een algemene terugdringing is van chronische ziekten. Men zou dus een soort dynamisch evenwicht of status quo hebben in de evolutie van de morbiditeit.

Tot op heden is het niet direct duidelijk welke hypothese de meest aannemelijke is. Verschillende onderzoeken geven soms tegenstrijdige resultaten. De discussie maakt wel de zeer complexe relaties duidelijk tussen mortaliteit en morbiditeit van de bevolking. Ook de vergelijkingen tussen bevolkingsgroepen naar gezondheid moeten met de nodige omzichtigheid gebeuren. Bevolkingsgroepen (geografisch, naar nationaliteit, naar socio-economische status,...) die minder gezond zijn kunnen zowel een hoge als een lage mortaliteit vertonen. De slechtere algemene gezondheid kan samengaan met een lagere mortaliteit en het gevolg zijn van een hogere prevalentie van chronische ziekten zonder fatale afloop op korte termijn.

Vooraf bij de gezondheid op hogere leeftijden moeten we voorzichtig zijn. In elk geval moeten we bij onze beoordeling zowel gezondheidsmaten als mortaliteit in rekening brengen. De vraag of het verder uitstellen van de sterfte geen toename van de morbiditeit met zich meebrengt gaf mee aanleiding tot de introductie van nieuwe indices waaronder "de gezonde levensverwachting" (cf. hoofdstuk 3.7, p. 84) die gezondheid van de bevolking en sterfte proberen in één maat samen te vatten (WHO).

**De leeftijd waarop we overlijden** en ipso facto de leeftijd waarop diegenen die ons omringen overlijden heeft in de afgelopen eeuw een drastische verschuiving ondergaan. Terwijl het in het begin van de eeuw vrij normaal was dat ouders hun kinderen zagen sterven, komt dit steeds minder voor. Kleinkinderen weten vandaag de dag vaak nog al hun grootouders in leven. De toenemende concentratie van het stervensproces bij de oudste leeftijdsgroepen heeft een ingrijpende verandering teweeggebracht in de manier waarop we naar de dood kijken. Ongetwijfeld heeft deze verschuiving bijgedragen tot de hernieuwde collectieve conceptie van jeugdigheid en daarmee verbonden onsterfelijkheid die in alle poriën van het maatschappelijk leven doordringt. De vergrijzing van de maatschappij is vreemd genoeg in ons collectief cultureel bewustzijn zwanger van de cultus van de eeuwige jeugd. De dood is ook minder en minder aanwezig in het dagelijkse leven. Overlijden wordt gradueel verbannen naar de grensgebieden van het menselijk bestaan, naar de oudste leeftijdsgroepen waarbij kinderen die bijna pensioengerechtigd zijn het stervensproces van hun ouders meemaken.

Maar ook het stervensproces zelf is stilaan aan het veranderen doorheen de verschuiving in de verdeling van meest frequente doodsoorzaken en de stijging van de gemiddelde leeftijd van sterven. Vandaar de internationaal toegenomen belangstelling voor het debat over palliatieve zorgen en over euthanasie.

Een minder vanzelfsprekend gevolg is dat de toename van de levensverwachting met de komst van de babyboomgeneratie in de komende decennia ook een enorme stijging zal teweeg brengen in absolute aantallen personen die zullen overlijden op hoge leeftijd.

Een laatste belangrijke vaststelling is de invloed van de gezondheidstransitie op de **ongelijkheid in sterfte**. De transitie tussen mortaliteitsregimes is van primordiaal belang in de genese, het patroon en de evolutie van de ongelijkheid in sterfte naar geslacht, naar socio-economische status, naar regio of naar etnische of nationaliteitsgroep. Het is niet de transitie die de ongelijkheid schept, maar de ongelijkheid vandaag kan slechts ten volle begrepen worden doorheen de historiek van de gezondheidstransitie.

Gezondheid en sterfte zijn bij uitstek het product van een sociaal proces. Dit is duidelijk vanuit historisch standpunt of bij vergelijking tussen landen. Het risico om te overlijden ten gevolge van een cardiovasculair accident is in Finland een veelvoud van in Italië. Er zijn factoren eigen aan de Finse en Italiaanse maatschappij die dit verschil verklaren en deze hebben een eigen logica los van de risico's van biomedische aard waaraan elk individu is onderworpen. Maar ook in eigen land bestaan opmerkelijke verschillen in morbiditeit en mortaliteit tussen bevolkingsgroepen. Die verschillen zijn meer dan eenvoudigweg de som van individuele verschillen, maar het resultaat van complexe interactieprocessen tussen omgevingsfactoren, attitudes, stress en leefstijl eigen aan sociale groepen. Sociale ongelijkheid in sterfte werd reeds zeer vroeg aangetoond in mortaliteitsstudies in de 19<sup>de</sup> eeuw (ondermeer door Villermé voor Frankrijk en Chadwick voor Groot-Brittannië). Na de Tweede Wereldoorlog leefde echter de overtuiging dat deze ongelijkheid in belangrijke mate was teruggedrongen. De publicatie van het Black Report in Groot-Brittannië in 1980 toonde aan dat dit niet het geval was. Talrijke studies hebben sindsdien de persistentie van sociale ongelijkheid in sterfte geïllustreerd en voor een aantal landen werd zelfs een toename in ongelijkheid vastgesteld.

Het specifieke van de nieuwe gezondheidstransitie (terugdringen van cardiovasculaire sterfte en van tumoren) is dat ze een veel actievere participatie vereist van elk individu. Het terugdringen van de infectieziekten heeft wel een algemene inspanning gevraagd in de verbetering van de hygiëne, maar werd grotendeels gedragen door een algemene verbetering van de levensstandaard en de invoering van specifieke geneesmiddelen zoals antibiotica. De strijd rond cardiovasculaire sterfte en tumoren vergt echter een persoonlijke individuele inzet zowel in het afbouwen van schadelijke leefpatronen (b.v. roken) als in het opnemen van een actief gezondheidsgedrag (b.v. voeding, beweging).

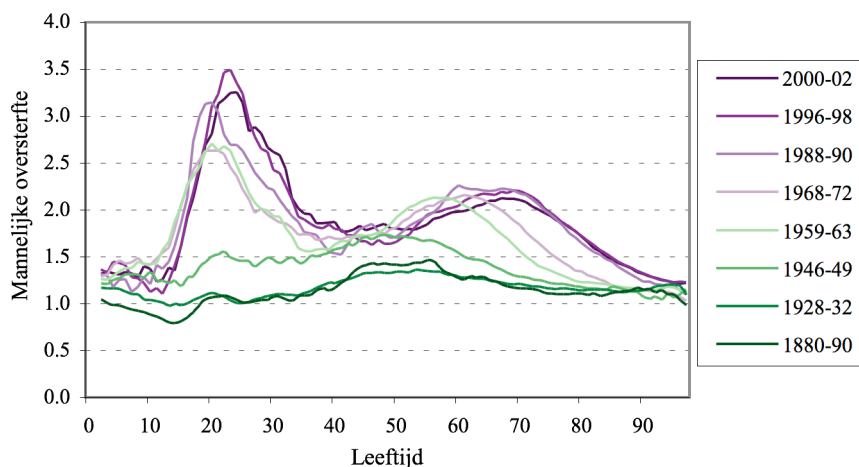
Voor Vallin en Meslé (2002) is dit kenmerk van de recente gezondheidstransitie ook verantwoordelijk voor de toename in ongelijkheid naar sociaal-economische status. Het terugdringen van sterfteoorzaken die klassiek gebonden waren aan moeilijke arbeidsomstandigheden (mijnwerkerslong, asbestose) geeft niet de verhoopte verbetering in levensverwachting in vergelijking met hogere socio-economische groepen. De belangrijkste reden hiervoor ligt in het trager opnemen van aanpassingen van de leefstijl. Wie behoort tot een hogere socio-economische groep zou sneller zijn leefstijl aanpassen aan nieuwe gezondheidsinzichten. Nieuwe leefstijlelementen (goed of slecht voor de gezondheid) worden meestal eerst in de hoger opgeleide of meer bevoorrechte groepen van de maatschappij geïntroduceerd, waarna de nieuwe techniek of attitude stilaan tot de grote meerderheid van de bevolking doordringt.

De vaststelling dat een aantal doodsoorzaken, die sterk samenhangen met leefstijl (roken, alcohol, cholesterol), in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de verschillen in sterfte naar socio-economische status doet de vraag rijzen naar specifieke gezondheids campagnes. Onderzoek naar de invloed van stress op de arbeidsvloer heeft echter aangetoond dat in het moderne productieproces ook psychosociale aspecten een belangrijke rol spelen in het genereren van ongelijkheid (Kittel *et al.*).

Bovendien is het duidelijk dat de interactie tussen sociale status en leefstijl diepe sociale wortels heeft of zoals Horiuchi stelt: “*For a life to be fully lived, it should be worthy of living.*” (Horiuchi).

Voor de onmiddellijke toekomst stelt zich de vraag of we, na de stijging van de levensverwachting van de laatste dertig jaar, nog nieuwe winst kunnen realiseren. Dit veronderstelt enerzijds dat de inspanningen van de afgelopen generaties moeten worden volgehouden, maar anderzijds dat ook nieuwe winst wordt geboekt. Dit laatste kan slechts op twee manieren. Door de overlevingscurve nog verder te rectangulariseren, d.w.z. door vroegtijdige sterfte nog verder terug te dringen en een steeds groter deel van de bevolking minstens op de huidige gemiddelde levensverwachting te brengen. In feite betekent dit vooral door de ongelijkheid in sterfte weg te nemen of te verminderen. Het veronderstelt dat nog een groter deel van onze bevolking een gezonde leefstijl opneemt zowel door het mijden van schadelijk gedrag als door het actief werken aan de eigen gezondheid. Onderzoek heeft inmiddels overvloedig duidelijk gemaakt dat die omslag zeer sterk socio-economisch bepaald is. Willen we meer mensen de kans geven om de huidige limieten van gezondheid en overleven te bereiken dan kan dat op de eerste plaats door hen maximaal te laten participeren in alle kansen van het leven doorheen onderwijs, werk- en woonzekerheid. Alleen op die manier is er een draagvlak om een gezonde leefstijl te laten doordringen in nog bredere lagen van de bevolking. Dit zal niet eenvoudig zijn, maar wellicht minder moeilijk dan de andere optie: de verdere verlenging van de levensverwachting door de overlevingscurve als geheel verder naar rechts te doen opschuiven. Dit betekent nog nieuwe winst realiseren op de overlevingskansen van de oudste leeftijdsgroepen.

De leeftijdsgroepen waarin de winst gerealiseerd kan worden hangen nauw samen met specifieke oorzaken van sterfte. Lange tijd werd vroegtijdige sterfte gedefinieerd als sterfte die optreedt voor de leeftijd van 65 jaar. De jongste jaren is men die (arbitraire) grens gaan optrekken en diverse auteurs definiëren alle sterfte die optreedt voor 75 jaar als vroegtijdige sterfte. In alle leeftijdsgroepen vormen de sterfteoorzaken die samenhangen met leefstijl een sleutelement zowel voor het behoud van de huidige levensverwachting als voor het realiseren van nieuwe winst. In de volgende bladzijden zullen we eerst een schets geven van de huidige distributie van de sterfteoorzaken in ons land. Vervolgens besteden we extra aandacht aan de sterfteoorzaken die samenhangen met leefstijl.



Figuur 9: Mannelijke oversterfte naar leeftijd – voortschrijdend gemiddelde per 5 jaar, België, 1880-2002

Bron: NIS

### ***6 jaar verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen: onvermijdelijk of te overbruggen?***

Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen in België bedroeg in 1890 meer dan 3 jaar. Dit verschil is in de jaren negentig opgelopen tot meer dan 6 jaar. Vrouwen zijn duidelijk het sterke geslacht vanuit genetisch oogpunt. Mutaties van een gen op het X-chromosoom manifesteren zich steeds bij jongens, terwijl het tweede X chromosoom bij vrouwen vaak de tekorten weet op te vangen. Vandaar dat genetisch bepaalde ziekten zoals hemofilie bij uitstek bij jongens voorkomen. Onder de leeftijd van 1 jaar heeft de oversterfte bij mannen sinds het begin van de twintigste eeuw altijd tussen 25 en 30% geschommeld (Miermans en Van Oyen). Er bestaat een vermoeden dat ook andere elementen typisch aan het vrouwzijn, zoals de hormonale bloedspiegels, een beschermende rol zouden kunnen spelen voor sommige ziektes. Hoe belangrijk die biologische verschillen zijn in de levensverwachting is echter niet meetbaar. De vraag die zich dan ook stelt is wat het aandeel is van sociale factoren in de huidige verschillen in levensverwachting.

Arbeidsrisico's, verkeersongevallen, alcohol en rookgedrag zouden de belangrijkste factoren zijn die het verschil maken. Voor Finland berekenden Martelin *et al.* recent dat de helft van het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen terug te voeren is tot het verschil in alcohol- en tabaksconsumptie. Een berekening van de bijdrage van roken aan het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen in vijf Europese landen voor de periode 1970-1989 schatte de gemiddelde bijdrage van roken alleen op 2,4 jaar of meer dan 40% van de geslachtsspecifieke verschillen in levensverwachting in 1970-1974. Tegen 1985-1989 was dit verschil al verminderd tot 1,8 jaar of 30% door de tegengestelde evolutie in rookgedrag tussen mannen en vrouwen (Ewing). Figuur 9 illustreert de evolutie van de mannelijke oversterfte naar leeftijd in België tussen 1880 en 2000.

Reeds in 1880 is er mannelijke oversterfte over het merendeel van de levensloop. Alleen bij meisjes en jonge vrouwen is er vrouwelijke oversterfte. Deze is verdwenen bij de sterfecijfers van 1928-1932. In de daarop volgende jaren zal de mannelijke oversterfte nog toenemen met het ontstaan van twee piekmomenten: op jongvolwassen leeftijd en op oudere leeftijd. De oversterfte bij jongvolwassenen, vooral ten gevolge van verkeersongevallen, verschuift van 20 naar 24 jaar. Bij het tweede piekmoment zien we sinds de Tweede Wereldoorlog een stelselmatige verschuiving van de oversterfte naar oudere leeftijden toe. Voor de meest recente gegevens zien we een daling in mannelijke oversterfte.

In de jaren vijftig en zestig is de vooruitgang in levensverwachting onder Belgische mannen sterk afgeremd, onder meer door een sterke toename van de ziekten van het ademhalingsstelsel. Vermoedelijk was dit sterk beïnvloed door het rookgedrag en wellicht ook door de arbeidsomstandigheden in de zware industrie en de mijnen. De invloed was vooral merkbaar in de leeftijdsgroepen tussen vijftig en zeventig jaar.

Vanaf de jaren zeventig gaat de cardiovasculaire sterfte dalen en hier weten de vrouwen het relatief voordeel op de mannen te handhaven en in een eerste periode zelfs iets sneller winst in levensverwachting te boeken.

## 1.2 Oorzaakspecifieke mortaliteit in België, 1997

### 1.2.1 Inleiding

De hierboven geschetste dynamische trends en evoluties monden uit in een momentopname van de sterfte in 1997, het meest recente jaar waar momenteel gegevens voor de oorzaakspecifieke sterfte voor het gehele land beschikbaar zijn.

Na een overzicht van de absolute sterfteaantallen, met aandacht voor de algemene trends over alle leeftijdsgroepen heen, geven we de proportionele mortaliteitsratio's om een specifiek beeld te krijgen van de relatieve impact van de voornaamste doodsoorzaken.

Op de website van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid kan de toepassing SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis)<sup>1</sup> worden geraadpleegd. Dit programma biedt de mogelijkheid zowel de algemene als de oorzaakspecifieke mortaliteit te analyseren.

### 1.2.2 Absolute sterfteaantallen

De twee belangrijkste groepen van doodsoorzaken bij mannen, met name hart- en vaataandoeningen en kanker, nemen allebei ongeveer één derde van de totale sterfte in. Opvallend is verder het aantal overlijdens aan luchtwegaandoeningen. De categorieën pneumonie/influenza en chronische obstructieve respiratoire aandoeningen maken samen meer dan 10% van alle overlijdens uit. De mannelijke sterfte in de jongste leeftijdscategorieën (10 tot 35 jaar) valt vooral toe te schrijven aan ongevallen en zelfmoord. De in absolute cijfers meest gewichtige doodsoorzaken manifesteren zich vanaf de leeftijd van 40 jaar. Waar eerst kanker vanaf deze leeftijd de belangrijkste doodsoorzaak is, met hart- en vaataandoeningen op een tweede plaats, draait dit patroon om vanaf de leeftijdscategorie 75 tot 79 jaar.

Er bestaat bij de doodsoorzaken van de vrouwen een duidelijk overwicht van hart- en vaataandoeningen. Met 20.923 overlijdens is dit de voornaamste doodsoorzaak, verantwoordelijk voor 40,3% van de overlijdens. De verschillende vormen van kanker, goed voor 11.855 overlijdens, komen op de tweede plaats. In de jongere leeftijdscategorieën zijn transportongevallen en zelfmoord het meest voorkomend. Vanaf de leeftijdscategorie van 40 tot 44 jaar nemen de groep van kankers en deze van hart- en vaataandoeningen het voortouw. Waar bij mannen de kanteling van kanker naar hart- en vaatziekten in de leeftijdscategorie van 75 tot 79 jaar plaatsvindt, gebeurt dit bij de vrouwen één leeftijdscategorie eerder, met name vanaf de leeftijd van 70 jaar.

---

<sup>1</sup> <http://www.iph.fgov.be/sasweb/spma/spma.htm>

Doodsoorzaken	Aantal overlijdens bij mannen	Aantal overlijdens bij vrouwen
<b>Hart- en vaataandoeningen</b>	<b>17.031</b>	<b>20.923</b>
Ischemische hartziekten	6.723	5.256
Hartinsufficiëtie en onduidelijk gedefinieerde hartaandoeningen	2.882	5.010
Cerebrovasculaire aandoeningen	3.652	5.801
Atherosclerose	1.027	893
<b>Kanker</b>	<b>16.088</b>	<b>11.855</b>
Longkanker	5.723	1.090
Colorectale kanker	1.532	1.627
Prostaatkanker	1.924	/
Borstkanker	/	2.416
Baarmoederhalskanker	/	432
<b>Dementie</b>	<b>1.289</b>	<b>2.609</b>
<b>Luchtwegaandoeningen</b>		
Pneumonie / influenza	1.703	1.925
Chronische obstructieve respiratoire aandoeningen	3.401	1.572
<b>Levercirrose</b>	<b>831</b>	<b>514</b>
<b>Accidentele dood</b>		
Verkeersongevallen	1.067	387
Accidentele val	565	728
<b>Zelfmoord</b>	<b>1.551</b>	<b>595</b>
<b>Slecht gedefinieerde condities en symptomen</b>	<b>1.165</b>	<b>1.876</b>
<b>Alle doodsoorzaken</b>	<b>51.890</b>	<b>51.913</b>

Tabel 2: Aantal overlijdens naar geslacht opgedeeld volgens de voornaamste doodsoorzaken, België, 1997

### 1.2.3 Proportionele mortaliteitsratio's van de voornaamste doodsoorzaken

Een andere kijk op de mortaliteit wordt geboden door de proportionele mortaliteitsratio's. Deze ratio's geven een beeld van het relatieve belang van bepaalde doodsoorzaken in de verschillende leeftijdsgroepen en de beide geslachten. Proportionele mortaliteitsratio's (PMR) geven weer welk aandeel van het totaal aantal doden in een specifieke bevolkingsgroep te wijten is aan een bepaalde doodsoorzaak.

Doodsoorzaken	Mannen					Totaal	N(*)
	1-14	15-24	25-44	45-64	65+		
<b>Hart- en vaataandoeningen</b>	<b>4,57</b>	<b>3,90</b>	<b>13,91</b>	<b>27,36</b>	<b>36,29</b>	<b>32,82</b>	<b>17.031</b>
Ischemische hartziekten	0,00	0,34	6,50	14,64	13,36	12,96	6.723
Hartinsufficiëtie en onduidelijk gedefinieerde hartaandoeningen	1,14	0,68	1,19	2,67	6,69	5,55	2.882
Cerebrovasculaire aandoeningen	0,57	1,53	2,79	4,27	8,17	7,04	3.652
Atherosclerose	0,00	0,00	0,42	1,16	2,34	1,98	1.027
<b>Kanker</b>	<b>22,29</b>	<b>6,79</b>	<b>14,37</b>	<b>41,09</b>	<b>30,38</b>	<b>31,01</b>	<b>16.136</b>
Longkanker	0,00	0,17	2,79	16,50	10,58	11,03	5.723
Borstkanker	/	/	/	/	/	/	/
Baarmoederkanker	/	/	/	/	/	/	/
Baarmoederhalskanker	/	/	/	/	/	/	/
Colorectale kanker	0,00	0,17	1,38	3,34	3,05	2,95	1.532
Prostaatkanker	0,00	0,00	0,08	1,16	4,68	3,71	1.924
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,88</b>	<b>1,00</b>	<b>1,21</b>	<b>1,13</b>	<b>585</b>
<b>Dementie</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,34</b>	<b>0,11</b>	<b>0,45</b>	<b>2,48</b>	<b>1.289</b>
<b>Luchtwegaandoeningen</b>	<b>3,43</b>	<b>1,02</b>	<b>2,18</b>	<b>6,22</b>	<b>14,35</b>	<b>12,00</b>	<b>6.225</b>
Pneumonie / influenza	0,57	0,68	0,84	1,38	3,98	3,28	1.703
Chronische obstructieve respiratoire aandoeningen	0,57	0,17	1,03	3,77	7,79	6,55	3.401
<b>Levercirrose</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4,32</b>	<b>4,30</b>	<b>0,81</b>	<b>1,60</b>	<b>831</b>
<b>Accidentele dood</b>							
Verkeersongevallen	17,14	42,11	16,36	1,86	0,47	2,05	1.067
Accidentele vergiftiging	0,57	3,57	1,99	0,18	0,04	0,20	106
Accidentele val	4,00	1,19	2,22	1,15	0,99	1,09	565
<b>Zelfmoord</b>	<b>3,43</b>	<b>21,05</b>	<b>23,28</b>	<b>4,90</b>	<b>0,91</b>	<b>2,99</b>	<b>1.551</b>
<b>Slecht gedefinieerde condities en symptomen</b>	<b>2,29</b>	<b>0,85</b>	<b>2,03</b>	<b>1,95</b>	<b>2,20</b>	<b>2,25</b>	<b>1.165</b>
<b>Aantal sterfgevallen</b>	<b>175</b>	<b>589</b>	<b>2.616</b>	<b>9.373</b>	<b>38.777</b>	<b>51.888</b>	/

(\*) N=Totaal aantal sterfgevallen voor specifieke doodsoorzaak

Tabel 3a: Proportionele mortaliteitsratio's (%) van de belangrijkste doodsoorzaken bij mannen, naar leeftijdscategorie, België, 1997

Doodsoorzaken	Vrouwen						Totaal	N(*)
	1-14	15-24	25-44	45-64	65+			
<b>Hart- en vaataandoeningen</b>	<b>2,31</b>	<b>4,61</b>	<b>13,60</b>	<b>18,92</b>	<b>43,99</b>	<b>40,30</b>	<b>20.923</b>	
Ischemische hartziekten	0,00	0,00	3,12	6,89	10,83	10,12	5.256	
Hartinsufficiëte en onduidelijk gedefinieerde hartaandoeningen	0,00	0,00	1,04	2,20	10,86	9,65	5.010	
Cerebrovasculaire aandoeningen	1,54	1,38	4,96	5,40	12,14	11,17	5.801	
Atherosclerose	0,00	0,00	0,64	0,48	1,91	1,72	893	
<b>Kanker</b>	<b>23,85</b>	<b>12,44</b>	<b>33,28</b>	<b>50,42</b>	<b>19,64</b>	<b>22,84</b>	<b>11.905</b>	
Longkanker	0,00	0,00	2,72	6,39	1,63	2,10	1.090	
Borstkanker	0,77	0,00	11,60	16,03	3,25	4,65	2.416	
Baarmoederkanker	0,00	0,00	0,80	1,15	0,67	0,71	370	
Baarmoederhalskanker	0,00	0,00	3,36	2,18	0,62	0,83	432	
Colorectale kanker	0,00	0,92	1,92	4,41	3,06	3,13	1.627	
Prostaatkanker	/	/	/	/	/	/	/	
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,96</b>	<b>1,37</b>	<b>2,29</b>	<b>2,14</b>	<b>1.112</b>	
<b>Dementie</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,24</b>	<b>0,73</b>	<b>5,71</b>	<b>5,03</b>	<b>2.609</b>	
<b>Luchtwegaandoeningen</b>	<b>2,31</b>	<b>1,84</b>	<b>2,32</b>	<b>5,27</b>	<b>9,21</b>	<b>8,57</b>	<b>4.447</b>	
Pneumonie / influenza	1,54	0,00	0,80	1,05	4,14	3,71	1.925	
Chronische obstructieve Respiratoire aandoeningen	0,00	0,92	0,88	3,21	3,11	3,03	1.572	
<b>Levercirrose</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4,80</b>	<b>3,90</b>	<b>0,57</b>	<b>0,99</b>	<b>514</b>	
<b>Accidentele dood</b>								
Verkeersongevallen	18,46	34,10	7,84	1,52	0,25	0,75	387	
Accidentele vergiftiging	1,54	4,15	1,12	0,20	0,03	0,10	50	
Accidentele val	1,54	0,46	0,96	0,97	1,48	1,40	728	
<b>Zelfmoord</b>	<b>0,00</b>	<b>15,67</b>	<b>15,12</b>	<b>4,53</b>	<b>0,32</b>	<b>1,15</b>	<b>595</b>	
<b>Slecht gedefinieerde condities en symptomen</b>	<b>2,31</b>	<b>0,92</b>	<b>1,36</b>	<b>1,52</b>	<b>3,86</b>	<b>3,61</b>	<b>1.876</b>	
<b>Aantal sterfgevallen</b>	<b>130</b>	<b>217</b>	<b>1.250</b>	<b>5.052</b>	<b>44.974</b>	<b>51.912</b>	<b>/</b>	

(\*) N=Totaal aantal sterfgevallen voor specifieke doodsoorzaak

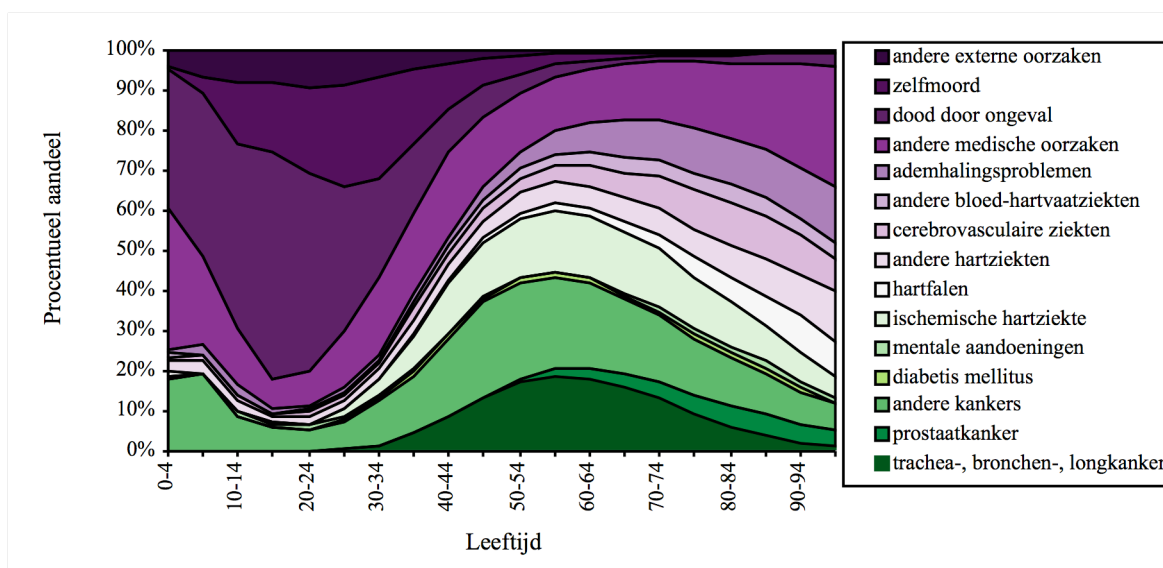
Tabel 3b: *Proportionele mortaliteitsratio's (%) van de belangrijkste doodsoorzaken bij vrouwen, naar leeftijdscategorie, België, 1997*

Bij de mannen zijn 33% van de overlijdens in 1997 toe te schrijven aan hart- en vaataandoeningen. De impact van kanker, met 31%, is haast even groot. De categorie luchtwegaandoeningen, met pneumonie/influenza en chronische obstructieve respiratoire aandoeningen, omvat 12% van de mannelijke overlijdens in België. Bij de PMR van de vrouwen valt meteen het grote aandeel van hart- en vaatziekten op, met name 40% van de totale vrouwelijke sterfte. De tweede voornaamste doodsoorzaak is kanker, met 23%. Naast deze belangrijke verschillen tussen de twee geslachten wat



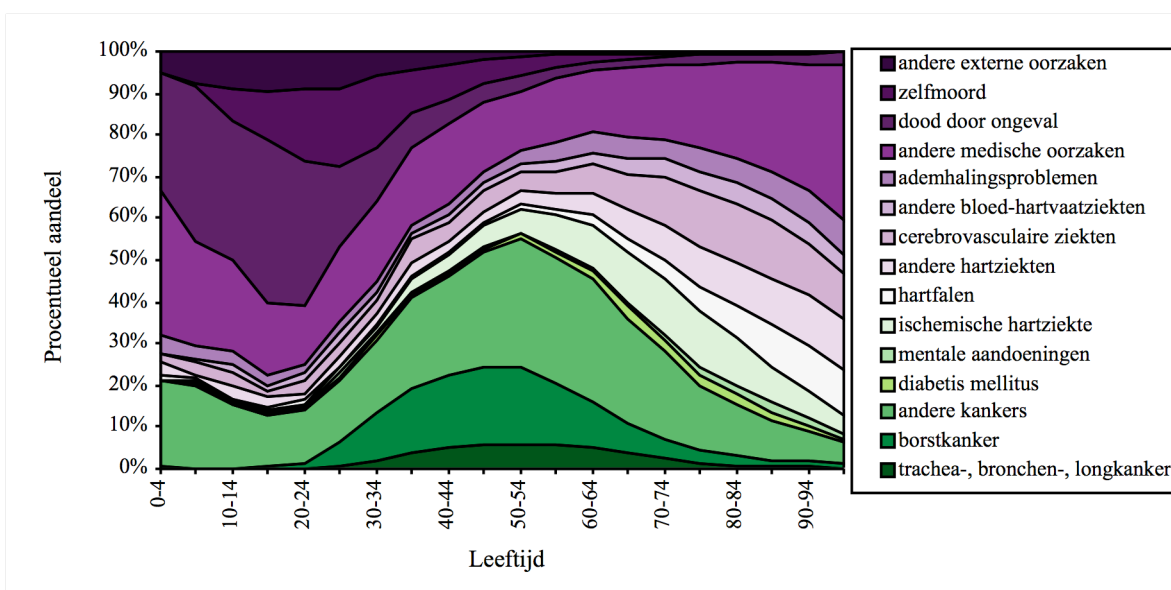
betreft het relatieve belang van de twee voornaamste doodsoorzaken, bestaan er ook nog relevante verschillen bij enkele andere doodsoorzaken. De PMR van zelfmoord bij de mannen bedraagt 3% tegenover een waarde van 1,2% bij de vrouwen. Ook de PMR van transportongevallen ligt met een waarde van 2,2% beduidend hoger bij de Belgische mannen dan bij de vrouwen (0,8%). Bij de Belgische vrouwen hebben dementie (5%) en diabetes (2,1%) een hogere PMR dan bij de mannen, met respectievelijk PMR-waardes van 2,5% en 1,1%.

In de onderstaande figuren wordt voor mannen en vrouwen de verdeling naar sterfte oorzaak voor elke leeftijd weergegeven. De absolute aantallen variëren sterk in functie van de leeftijd. Hier geeft de verdeling naar oorzaak aan welke oorzaken domineren voor elke leeftijd.



*Figuur 10: Distributie van de oorzaakspecifieke sterfte naar leeftijd, mannen, 1991-1995*

*Bron: Nationale databank mortaliteit – NIS, Census 1991 – sterftecertificaten*



*Figuur 11: Distributie van de oorzaakspecifieke sterfte naar leeftijd, vrouwen, 1991-1995*

*Bron: Nationale databank mortaliteit – NIS, Census 1991 – sterftecertificaten*

Waar bij de jongste leeftijdscategorieën zelfmoord en verkeersongevallen (m.a.w. niet-natuurlijke doodsoorzaken) de voornaamste sterfteoorzaken zijn, vertegenwoordigen in de oudere leeftijdscategorieën de verschillende vormen van kanker en hart- en vaatziekten een groot deel van de sterfte.

## 1.3 Leefstijl en gezondheid

In de voorgaande bespreking van de trends in mortaliteit werd gewezen op het steeds belangrijker worden van elementen van de persoonlijke leefstijl voor wat betreft het aanhouden en verder verlagen van de lage vroegtijdige sterfte. Persoonlijke keuzes in leefstijl zijn belangrijke determinanten van de eigen gezondheidssituatie.

We gaan wat dieper in op de specifieke Belgische situatie voor enkele van deze leefstijlelementen. Onze aandacht gaat in het bijzonder naar een selectie van leefstijlkenmerken die een significant effect hebben de gezondheidssituatie: rookgedrag, alcoholgebruik, lichaamsbeweging en voedingsgewoonten. Informatie hieromtrent is afkomstig uit de Gezondheidsenquête door middel van interview, in België in 2001 voor de tweede maal georganiseerd. Waar mogelijk, worden vergelijkingen gemaakt met de situatie in 1997, het jaar waarin voor de eerste maal een Gezondheidsenquête werd georganiseerd.

### 1.3.1 Rookgedrag

In de Westerse wereld is het globaal aantal rokers, dankzij o.a. intensieve preventiecampagnes, in de loop van de afgelopen dertig jaar afgenomen. Niettemin maakt roken nog steeds deel uit van het dagelijkse leven van heel wat mensen, dit ondanks het feit dat de nefaste effecten van roken voor de gezondheid reeds lang gekend zijn. Roken is ontegensprekelijk een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van verschillende aandoeningen (longkanker, ischemische hartziekten, chronische luchtwegaandoeningen, emfyseem,...) en blijft de belangrijkste oorzaak van vermijdbare sterfte (Murray; Sherman).

Geschat wordt dat roken in 1995 verantwoordelijk was voor 20% van de sterfgevallen in België als gevolg van ziekte. Het is bijgevolg duidelijk dat een daling van het tabaksgebruik één van de prioriteiten blijft in een gezondheidsbeleid.

In de Gezondheidsenquête 2001 worden vragen rond het tabaksgebruik enkel gesteld aan personen van minstens 15 jaar. Bij de hier vermelde resultaten worden de jongeren dus buiten beschouwing gelaten. De resultaten tonen aan dat België in 2001 28% rokers telde, waarvan een derde zware rokers (20 sigaretten of meer per dag). Vergeleken met 1997 is het aantal rokers niet significant veranderd. In de Gezondheidsenquête van 2004 daarentegen valt in de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar een belangrijke daling te noteren van 33 naar 26%.

Voor zowat alle aspecten van rookgedrag is de situatie ernstiger bij mannen dan bij vrouwen: er zijn meer mannelijke (34%) dan vrouwelijke rokers (24%), mannen (68%) geven significant meer dan vrouwen (51%) aan ooit gerookt te hebben en mannen starten ook vroeger met roken (gemiddeld op

17 jaar) dan vrouwen (gemiddeld op 18 jaar). Een kwart van de huidige rokers – zowel mannen als vrouwen – rookte reeds vóór de leeftijd van 15 jaar.

In 2001 geeft in de leeftijdsgroep 15-24 jaar één jongere op drie (33%) aan roker te zijn en heeft één jongere op twee (51%) ooit gerookt. 16% van de jonge rokers rookt minstens 20 sigaretten per dag. Het rookgedrag bij jongeren is het meest alarmerend in het Waals Gewest: 40% van de jongeren tussen 15 en 24 jaar is er roker (waarvan 20% dagelijks minstens 20 sigaretten per dag rookt) en 63% heeft er ooit gerookt.

Het opleidingsniveau speelt een belangrijke rol in het rookgedrag: bij personen met een hogere opleiding kan een kleiner percentage rokers terug gevonden worden (22%) dan bij personen met een lagere opleiding (27% tot 30%).

### 1.3.2 Tabaksgerelateerde sterfte

De precieze impact van roken op de volksgezondheid is moeilijk te kwantificeren. Peto ontwikkelde een methode om een schatting te maken van de tabaksgerelateerde sterfte op basis van Amerikaanse populatiegegevens (Peto *et al.*). Aan de hand van deze methode werd de Belgische tabaksgerelateerde sterfte ingeschat (Miermans en Van Oyen).

Maar liefst één derde van alle sterfgevallen door medische oorzaken<sup>2</sup> in 1996 bij de Belgische mannen van 35 of ouder was het gevolg van roken. In absolute cijfers komt dit neer op **15.958 doden**. Longkanker neemt met 5.221 sterfgevallen (of 94% van alle longkankergevallen) een belangrijk aandeel in van de aan kanker toe te schrijven sterfte. Dit hoge percentage valt te verklaren door het hoog risico van longkanker door roken en het hoge percentage rokers bij de mannen.

Andere belangrijke tabaksgerelateerde doodsoorzaken bij de mannen waren hart- en vaataandoeningen (met 3.685 overlijdens of 20,88% van alle sterfte door deze oorzakencategorie), chronische obstructieve longaandoeningen (2.712 overlijdens of 75,82% van de oorzakencategorie in kwestie) en andere kankers (1.549 overlijdens of 16,91% van deze kankers).

Bij de vrouwen is de impact van tabak op de totale sterfte veel kleiner. Maar 4,7% van de sterfte door medische oorzaken is gerelateerd aan tabaksconsumptie. Dit valt voor een groot deel te verklaren door het historische lagere gebruik van tabak door vrouwen. In de laatste decennia zijn vrouwen echter meer en meer gaan roken. Deze evolutie, in combinatie met een afname van het roken bij de mannen, doet vermoeden dat de cijfers van beide geslachten wat betreft de tabaksgerelateerde sterfte in de toekomst naar elkaar zullen toe groeien.

Belangrijke tabaksgerelateerde doodsoorzaken bij de vrouwen zijn longkanker (565 overlijdens of 58% van de totale kankersterfte), chronische obstructieve longaandoeningen (555 overlijdens of 34%) en hart- en vaataandoeningen (446 overlijdens of 2%).

---

<sup>2</sup> Het begrip medische sterfte omvat de sterfte omwille van acute of chronische ziekten of aandoeningen. De niet-medische sterfte omvat dus doodsoorzaken als zelfmoord, verkeersongevallen, gewelddadige dood, accidentele dood...

### *Verschillen tussen de gewesten*

Uit de cijfers blijkt dat in het Waalse Gewest een hoger percentage van de medische sterfte bij de mannen tabaksgerelateerd is (Wallonië 35%, Vlaanderen 33%, Brussel 30%). Bij de vrouwelijke tabaksgerelateerde sterfte ligt deze volgorde anders (Brussel 7%, Wallonië 6%, Vlaanderen 4%).

Dit groter aandeel in de medische sterfte bij de Waalse mannen, wordt weerspiegeld in de percentages tabaksgerelateerde sterfte van hart- en vaataandoeningen (23%) en de categorie “alle andere medische oorzaken” (22%).

Vooraf bij de vrouwen is er een duidelijk verschil tussen de gewesten: in Brussel bedraagt het aandeel van de tabaksgerelateerde sterfte binnen het totaal aan medische doodsoorzaken (7%) haast het dubbele van dat in Vlaanderen (3,6%).

### **1.3.3 Alcoholgebruik**

Het gebruik van alcoholische dranken is deels ingebed in onze leefstijl. Alcohol kan echter verslavend werken en bij overmatig gebruik ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid. De impact van alcohol op de gezondheid varieert naargelang het geslacht, de leeftijd en andere factoren zoals het lichaamsgewicht (Janssen en Vranckx).

Het overmatig gebruik van alcohol in een korte tijdsspanne kan gepaard gaan met geweld, verkeersongevallen, absentisme, ... Een overmatig alcoholgebruik kan ook uitmonden in zowel fysieke als psychische gezondheidsproblemen (levercirrose, mentale problemen, ...). Het is tevens een belangrijke oorzaak van overgewicht (Janssen en Vranckx).

We bekijken problematisch drankgebruik aan de hand van de CAGE vragen (een afkorting van ‘Cut down’, ‘Annoyed’, ‘Guilty’ and ‘Eye opener’) (Ewing).

Aan de hand van 4 korte vragen geeft deze vragenlijst aan of een respondent symptomen vertoont van alcoholafhankelijkheid. De CAGE vragen worden vaak gebruikt in de eerstelijns gezondheidszorg en hebben een hoge sensitiviteit en specificiteit voor het identificeren van problemen gelieerd aan alcoholmisbruik (Girela *et al.*).

Van diegenen die aangaven alcohol te gebruiken (dus de geheelonthouders niet in beschouwing genomen) kan van 7% gesteld worden dat zij mogelijk problematische gebruikers zijn. Bij mannen (10%) is deze proportie significant groter dan bij vrouwen (4%). Voor mannen is de proportie problematische alcoholgebruikers het grootst in de leeftijdsgroep 55-64 jaar (13%). Voor vrouwen kunnen relatief het meest problematische alcoholgebruikers teruggevonden worden in de leeftijdsgroep 35-44 jaar (5%).

In het Vlaams Gewest kan de kleinste proportie problematische alcoholgebruikers worden teruggevonden (5%). In zowel het Brussels als het Waals Gewest is deze proportie significant groter: (10%).

### 1.3.4 Lichaamsbeweging

Een goede lichaamsbeweging wordt in verband gebracht met een vermindering van de sterfte in het algemeen en cardiovasculaire sterfte in het bijzonder (Hein *et al.*; Lamb en Brodie).

Bovendien heeft lichaamsbeweging een cardioprotectief effect en is in staat problemen van hoge bloeddruk te verminderen. Ze vermindert ook het risico van darmkanker en dit van het ontwikkelen van diabetes (Berlin en Colditz). Ze vermindert het risico van depressie en verbetert het algemeen welzijn (Koplan *et al.*).

De lichaamsbeweging gedurende de kinderjaren en de adolescentie leidt bovendien tot het toenemen van de beendensiteit en het voorkomen van osteoporose (Blair *et al.*; Coupland *et al.*).

De algemene aanbeveling bestaat erin dat elk individu minstens een halfuur per dag een lichamelijke activiteit beoefent. Verschillende auteurs vinden trouwens dat de totale hoeveelheid lichaamsbeweging belangrijker is dan de specifieke kenmerken zoals o.a. intensiteit, duur, enz. (Pate *et al.*).

Vragen rond lichaamsbeweging werden in de Gezondheidsenquête enkel gesteld aan personen van minstens 15 jaar. Bij deze vragen werd een onderscheid gemaakt tussen lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd en lichaamsbeweging rekening houdend met alle activiteiten (dus ook tijdens het werk of huishoudelijke taken).

Het percentage personen dat een risico loopt omwille van een tekort aan lichaamsbeweging kan geschat worden tussen de 32% (indien men enkel rekening houdt met de lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd) en de 54% (indien men rekening houdt met het geheel van activiteiten). Vrouwen hebben een hoger risico dan mannen (doen minder vaak aan lichaamsbeweging). Het percentage personen dat een risico loopt omwille van een tekort aan lichaamsbeweging neemt over het algemeen toe met de leeftijd. Hoe ouder, hoe minder mensen geneigd zijn om voldoende lichaamsbeweging te nemen.

Het percentage personen dat blootstaat aan een risico omwille van een tekort aan lichaamsbeweging is hoger in Brussel (38%) en in Wallonië (35%) dan in Vlaanderen (29%). Het verschil tussen Vlaanderen en de twee ander regio's is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

De relatie tussen lichamelijke beweging en opleidingsniveau is dubbel: wanneer enkel de lichaamsbeweging tijdens de vrije tijd bekeken wordt, kan vastgesteld worden dat lichaamsbeweging positief samenhangt met het opleidingsniveau: waar slechts 9% van de personen die enkel lager onderwijs gevolgd hebben, aangaf ten minste 4 uur per week een intensieve lichamelijke vrijetijdsactiviteit te beoefenen, stijgt dit percentage tot ongeveer 20% bij personen die hoger secundair of hoger onderwijs gevolgd hebben. Een omgekeerd beeld wordt verkregen indien het geheel van lichaamsbeweging bestudeerd wordt (uitgedrukt in gemiddeld energiegebruik). Het gemiddeld energiegebruik bij personen die enkel lager onderwijs genoten hebben ligt significant hoger dan bij personen die hoger onderwijs volgden.

### 1.3.5 Voedingsgewoonten

Belangrijke chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, verschillende kankers, botontkalking en nog vele andere aandoeningen, worden geassocieerd met voedingsfactoren. Aangenomen wordt dat voedingsgewoonten een invloed hebben op tal van andere gezondheidsaspecten van een individu, zoals de gezondheidsperceptie, andere leefgewoonten (lichamelijke activiteit) en de functionele gezondheidsstatus, maar eventueel ook op de consumptie van gezondheidszorgen.

In de Gezondheidsenquête komen verschillende aspecten van de voedingsgewoonten aan bod. In dit bestek gaat de aandacht echter enkel uit naar de regelmaat in het voedingspatroon en de mogelijke verandering in de consumptie van vet en vezels.

Iets meer dan driekwart van de populatie (78%) geeft aan er een regelmatig voedingspatroon op na te houden, dit is met een vaste regelmaat een ontbijt, middagmaal en avondmaal te gebruiken. Voor zij die daar niet in slagen is het vooral het ontbijt dat verwaarloosd wordt; 19% van de populatie geeft aan slechts (zeer) onregelmatig een ontbijt te nuttigen. Vooral bij de jonge actieve populatie (25-34 jaar) geeft bijna een derde aan onregelmatig te ontbijten.

Net één derde van de populatie (33%) gaf aan in de loop van de afgelopen twee jaar de consumptie van vet te hebben verminderd. Het gaat hierbij om, bijvoorbeeld, het gebruik van vetrijke voedingsmiddelen zoals boter, margarine, mayonaise,... te beperken en/of door vetrijke producten (bijvoorbeeld volle melkproducten) te vervangen door minder vetrijke (bijvoorbeeld magere melkproducten). De wens te vermageren en angst voor de gevolgen zijn met voorsprong de twee belangrijkste beweegredenen om het vetgebruik te beperken.

In totaal gaf 23% van de populatie aan in de loop van de afgelopen twee jaar de consumptie van vezels te hebben verhoogd. Hierbij wordt abstractie gemaakt van de mate waarin initieel vezels geconsumeerd werden. De hoop op de gunstige gevolgen ervan voor de gezondheid is veruit de voornaamste reden waarom mensen opteren voor een meer vezelrijk dieet, naast de idee dat een dergelijk dieet passend is binnen een vermageringsdieet.

## Hoofdstuk 2:

# Voorstelling en validiteit van de gezondheidsgerelateerde gegevens in de Algemene Socio-economische Enquête 2001

Vooraleer de resultaten voor te stellen (hoofdstuk 3 e.v.) wordt stil gestaan bij de oorsprong en de kwaliteit van de verzamelde informatie. Eerste bespreken we de gehanteerde gezondheidsconcepten en de op basis hiervan in de socio-economische enquête opgenomen vragen.

Vervolgens wordt nagegaan in welke mate de respondenten de gezondheidsvragen van de Census effectief hebben beantwoord. Hoewel deelname aan de enquête (althans het terugsturen van het antwoordformulier) verplicht was, betekent dit niet dat alle respondenten de vragen naar gezondheid effectief hebben ingevuld.

Non-respons van enquêtevragen is op zich niet zo'n probleem op voorwaarde dat deze *at random* verspreid is, dat er met andere woorden *geen* samenhang kan worden vastgesteld tussen (socio-demografische) kenmerken van de bevolking en non-respons. Indien deze samenhang *wel* aanwezig is en bepaalde groepen ondervertegenwoordigd zijn in de uiteindelijke steekproef, kan de prevalentie van bepaalde bestudeerde fenomenen onder- of overschat worden.

Tenslotte wordt nagegaan in welke mate de resultaten van de Census overeenkomen met twee andere enquêtes met als onderzoekspopulatie de Belgische bevolking, met gelijkaardige vragen rond gezondheid en eveneens georganiseerd in het jaar 2001. Het betreft de Gezondheidsenquête 2001 en de Panelstudie 2001. Deze *externe validatie* dient om na te gaan of de geobserveerde resultaten van de Census in de lijn liggen van reeds beschikbare Belgische gezondheidsgegevens en is met andere woorden een graadmeter voor de kwaliteit van de verzamelde gegevens.

In wat volgt hanteren we de term 'Gezondheidsenquête' als benaming voor de Belgische Gezondheidsenquête door middel van interview 2001, uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, in samenwerking met het Nationaal Instituut voor Statistiek. De 'Panelstudie' is de *Panelstudy on Belgian Households*, een longitudinaal onderzoek, uitgevoerd door teams aan de Universiteit Antwerpen (UA) en de Universiteit van Luik (ULG), waarvan in 2001 de tiende golf werd uitgevoerd.

## 2.1 Onderzoeksinstrumenten

### 2.1.1 Inleiding

In de Census 2001 werden voor het eerst vragen over gezondheid opgenomen. Hierbij viel de keuze op een vraag over de ervaren of subjectieve gezondheidstoestand, een drietal vragen rond de aanwezigheid en impact van langdurige ziektes, aandoeningen of handicaps en een drietal vragen rond informele hulpverlening. In deze paragraaf wordt omschreven wat deze concepten inhouden.

### 2.1.2 Ervaren gezondheid

Ervaren gezondheid kan beschouwd worden als een globale maatstaf die zowel fysieke, sociale als emotionele aspecten van gezondheid omvat. Ze wordt slechts gedeeltelijk beïnvloed door de aanwezigheid van symptomen, door specifieke klachten of door een medische diagnose van een mogelijke ziekte. De notie ‘ervaren’ verwijst naar het feit dat het gaat om een persoonlijke, gevoelsmatige evaluatie en niet om een systematische cognitieve analyse van de (eigen) gezondheid. Hoewel de vraag in eerste instantie verwijst naar de gezondheidstoestand, spelen ongetwijfeld ook andere aspecten mee, zodat het begrip gezondheid hier verruimd kan worden tot de met gezondheid gelieerde levenskwaliteit.

Tal van auteurs hebben aangetoond dat de perceptie van de eigen gezondheid een goede maatstaf is voor de ernst van klachten en ziektes waaraan de bevroegde persoon lijdt (Dunne *et al.*). De geobserveerde ervaren gezondheid binnen bepaalde bevolkingsgroepen is tevens nauw verbonden met de mortaliteit (Appels *et al.*) en de levensverwachting (Grant *et al.*; Idler en Kasl; McCallum *et al.*; Mossey en Shapiro; Valkonen *et al.*; Wolinsky en Johnson; Wolinsky *et al.*; Yu *et al.*).

Het is daarenboven een goede predictor voor de morbiditeit, de functionele status, de invaliditeit en het gebruik van zorgen (de Bruin *et al.*). De ervaren gezondheid kan dan ook beschouwd worden als een zeer nuttig instrument voor het detecteren van groepen met een verhoogd risico.

Voor het in kaart brengen van ervaren gezondheid kan de volgende, zeer eenvoudige vraag gehanteerd worden: “hoe is uw algemene gezondheidstoestand”, met de antwoordcategorieën: ‘zeer goed, goed, redelijk, slecht, zeer slecht.’ Voor het meten van de gezondheidsstatus van een bevolking beveelt de WGO aan (de Bruin *et al.*) om het percentage van de bevolking met een goede of zeer goede ervaren gezondheid (in contrast met redelijke, slechte of zeer slechte ervaren gezondheid) te hanteren.

De vraag naar de ervaren gezondheid werd op basis van de aanbevelingen van de WGO geformuleerd en opgenomen in de Census. Ze diende beantwoord te worden door alle personen van minstens 6 jaar oud. In de tabellen waarin de resultaten van de Census vergeleken worden met deze van de Gezondheidsenquête en de Panelstudie, wordt de leeftijdsgrens op 15 jaar gesteld, gezien dat in deze twee laatste enquêtes enkel vanaf deze leeftijd informatie werd verzameld.

### 2.1.3 Lichamelijke beperkingen

Lichamelijke beperkingen zijn vaak een gevolg van een langdurige aandoening, waarvan de prevalentie in de bevolking toeneemt naarmate de leeftijd stijgt.

De mate waarin aandoeningen geassocieerd zijn met lichamelijke beperkingen is bepalend voor de impact die ze hebben op de persoon en maatschappij (Idler en Kasl). Daarnaast leidt het ouder worden als proces ook tot een vermindering van de lichamelijke mogelijkheden. Een combinatie van strategieën om zowel langdurige aandoeningen te vermijden als de omgevingsfactoren voor het ouder worden te optimaliseren zal dus cruciaal zijn om het voorkomen en de impact van beperkingen onder controle te houden.



Bevolkingsprognoses waaruit blijkt dat een steeds groter aandeel van de bevolking zich in de nabije toekomst in de oudere leeftijdscategorieën zal bevinden, onderstrepen de mogelijke impact van lichamelijke beperkingen op de gezondheidstoestand van de bevolking in zijn geheel.

Daarnaast blijft de vraag momenteel nog open hoe de evolutie van de gezondheid en van beperkingen in het bijzonder van zowel de algemene als de oudere populatie zal verlopen. De beschikbare empirische gegevens zijn momenteel ontoereikend, al zijn er recente aanwijzingen dat de prevalentie van beperkingen niet toeneemt maar zelfs licht afneemt (Grant *et al.*). Dit fenomeen staat in de literatuur bekend als de “compressie van morbiditeit”.

Het werd dan ook opportuun geacht de mogelijkheden van een algemene census te benutten en een beperkt aantal vragen rond beperkingen op te nemen. Hierbij was het vooral de bedoeling de gevolgen van langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps op het lichamelijk functioneren te beschrijven. Voor het in kaart brengen van lichamelijke beperkingen en de gevolgen die deze voor het functioneren kunnen hebben, werd gebruik gemaakt van een drietal vragen:

- Hebt u last van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps? (antwoordcategorieën: ja/nee)
- Diegenen die op de voorgaande vraag ‘ja’ antwoordden, dienden de twee volgende vragen te beantwoorden:
  - Bent u door deze ziekten, aandoeningen of handicaps belemmerd in uw dagelijkse bezigheden? (antwoordcategorieën: voortdurend/af en toe/niet of zelden)
  - Bent u bedlegerig vanwege deze ziekten, aandoeningen of handicaps? (antwoordcategorieën: voortdurend/af en toe/niet of zelden)

## 2.1.4 Informele hulpverlening

Met informele hulpverlening of mantelzorg verwijzen we naar de hulp of zorg die plaatsvindt buiten de professionele sector, met andere woorden de zorg die verleend wordt door de naasten van een persoon. Het kan hier gaan om zorg verleend door een partner, een kind, een ander familielid, een buur, een vriend(in),...

Informele zorg is een relatief nieuw onderzoeksonderwerp in het gezondheidsonderzoek, wat maakt dat er nog geen standaardvraag is ontwikkeld en aanbevolen wordt door de WGO. Voor de Census werden de volgende drie vragen gekozen om te peilen naar de verleende informele zorg:

1. Staat u tenminste een keer per week niet-beroepsmatig in voor hulp of verzorging van één of meerdere personen met langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (bv. beperkte mobiliteit)?

2. Indien JA, deze persoon of personen zijn (kruis indien nodig meerdere vakken aan)

- Iemand uit het huishouden
- Familielid(leden), niet behorend tot het huishouden
- Buur (buren)
- Vriend(en), kennis(sen), enz.

3. Indien JA, hoeveel tijd besteedt u gewoonlijk aan deze hulp of verzorging?

- Minstens een keer per week (maar niet elke dag)
- Dagelijks, minder dan 30 minuten
- Dagelijks, van 30 minuten tot minder dan 2 uur
- Dagelijks, van 2 uur tot minder dan 4 uur
- Dagelijks, 4 uur of meer

De eerste vraag vond in grote mate zijn inspiratie in de United Kingdom Census 2001 waar de informele zorg als volgt bevraagd werd: *“Carers—Do you look after, or give any help or support to family members, neighbours or others because of long term physical or mental ill health or disability, or problems related to old age? (Do not count anything you do as part of your paid employment.)”*<sup>3</sup>

## 2.2 Interne validatie

### 2.2.1 Inleiding

De vragenlijsten gebruikt in de Census dienden door de respondenten zelf te worden ingevuld, zonder enige begeleiding en zonder enige mogelijkheid tot verduidelijking of feedback.

Impliciet worden hierbij heel wat vooronderstellingen gemaakt omtrent de fysieke en intellectuele mogelijkheden van de respondent, zijn taalvaardigheid en bereidheid om aan de enquête deel te nemen.

Van respondenten met aandoeningen die hen verhinderen om de vragen te lezen of te begrijpen, zoals dyslexie, een visuele handicap of een (intredende) dementie mag verondersteld worden dat sommigen onder hen de vragenlijst niet volledig of foutief hebben ingevuld. De taal gebruikt in de vragen en het doel van de vraagstelling kunnen voor sommige bevolkingsgroepen moeilijk te verstaan zijn. Tenslotte mag niet vergeten worden dat hoewel deelname aan de enquête verplicht was, het niet verplicht was om een valide antwoord te geven op de vragen. De verplichting tot deelname was vervuld op het moment dat het formulier, ingevuld of niet, werd teruggestuurd naar de organiserende instelling.

Gezondheidsvragen kunnen tevens worden gerekend tot de zogenaamde gevoelige vragen. Personen kunnen de mening toegedaan zijn dat informatie over hun gezondheidstoestand behoort tot de persoonlijke levenssfeer en bijgevolg minder geneigd zijn op deze vragen te antwoorden.

### 2.2.2 Non-respons voor de gezondheidsvragen

In een eerste stap werd globaal nagegaan in welke mate de respondenten de vragen rond gezondheid en informele hulp hadden ingevuld. De aandacht gaat hierbij uit naar vragen die in principe door alle

---

<sup>3</sup> <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=453>

respondenten dienden ingevuld te worden: de vraag naar de gezondheidsbeleving, de aanwezigheid van chronische aandoeningen en de vraag naar het al dan niet informeel hulp verlenen aan anderen.

Aantal ontbrekende waarden	Aantal personen	Percentage van de totale bevolking
0	7.992.586	85,63
1	953.416	10,22
2	276.330	2,96
3	111.096	1,19

*Tabel 4: Aantal ontbrekende antwoorden voor de drie hoofdvragen in verband met gezondheid en informele hulp*

Iets meer dan 85,6% van de respondenten gaf een valide antwoord (gedefinieerd als een keuze uit de aangeboden mogelijke antwoordcategorieën) op de drie vragen rond gezondheid. 10,2% van de respondenten antwoordde niet op één van de drie vragen in kwestie. Voor 111.096 respondenten of 1,2% ontbreekt voor de drie vragen een antwoord.

Vragen rond gezondheid vormen slechts één onderdeel van de bredere bevraging die in de Census aan bod komt. Het is daarom interessant na te gaan of de non-respons op de vragen rond gezondheid gerelateerd is aan de mogelijke gevoeligheid van dit onderwerp, dan wel of de non-respons op de vragen rond gezondheid overeenkomt met de non-respons in de andere onderdelen van de vragenlijst. Voor deze analyse selecteerden we uit deze andere delen van de vragenlijst 23 vragen die door alle respondenten beantwoord dienden te worden.

Het gemiddeld aantal ontbrekende antwoorden op deze 23 vragen varieert samen met het aantal ontbrekende antwoorden op de gezondheidsvragen. Waar het gemiddeld aantal ontbrekende antwoorden 1,97 bedraagt wanneer informatie over één gezondheidsvraag ontbreekt, stijgt dit aantal tot 8,31 wanneer 3 gezondheidsvragen niet beantwoord werden. Deze duidelijke relatie duidt er op dat het responspatroon op de gezondheidsvragen niet merkkelijk verschilt van de algemene non-respons.

### 2.2.3 Ervaren gezondheid

De non-respons voor de vraag naar ervaren gezondheid is 3,2%. Personen behorend tot de oudste leeftijdscategorie (75 jaar of meer) zijn eerder geneigd geen antwoord op deze vraag te geven (6,5%) vergeleken met de andere leeftijdscategorieën (+/- 3%).

Non-respons op de vraag naar de ervaren gezondheid hangt samen met het opleidingsniveau. Waar slechts 1,6% van de personen met een diploma hoger onderwijs de vraag over de ervaren gezondheid niet beantwoordden, bedraagt dit percentage 3,2% voor de personen met een diploma lager onderwijs.

Het percentage personen waarvoor geen valide antwoord terug gevonden kan worden voor de vraag naar ervaren gezondheid is het laagst voor het Vlaams Gewest (3,1%) en het Waals Gewest (3,1%). Dit percentage ligt iets hoger in het Brussels Gewest (3,9%).

Socio-demografische variabelen	Ervaren gezondheid		Chronische aandoeningen		Beperkingen		Bedlegerigheid	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Geslacht</b>								
Mannen	2,87	4.538.351	7,43	4.538.351	6,70	873.277	19,60	873.277
Vrouwen	3,45	4.795.077	8,75	4.795.077	6,95	970.586	18,60	970.586
<b>Leeftijdsgroep</b>								
6-14	3,44	1.100.422	10,09	1.100.422	10,41	50.605	24,12	50.605
15-24	2,41	1.195.420	7,38	1.195.420	7,42	83.062	23,62	83.062
25-44	2,21	2.891.163	5,65	2.891.163	6,56	365.969	20,71	365.969
45-64	3,06	2.440.962	7,83	2.440.962	6,30	627.969	18,89	627.969
65-74	4,39	959.402	11,60	959.402	6,75	356.578	18,83	356.578
75+	6,49	746.059	12,31	746.059	7,48	359.680	16,22	359.680
<b>Opleidingsniveau</b>								
Lager onderwijs	3,16	1.605.900	8,85	1.605.900	7,10	584.447	16,68	584.447
Lager secundair	2,38	2.046.895	7,52	2.046.895	6,21	461.437	18,71	461.437
Hoger secundair	1,88	2.275.944	5,65	2.275.944	6,04	353.315	19,94	353.315
Hoger onderwijs	1,60	1.801.610	3,91	1.801.610	5,72	235.934	19,38	235.934
<b>Gewest</b>								
Vlaams Gewest	3,10	5.505.032	7,60	5.505.032	7,14	1.001.969	21,03	1.001.969
Brussels Gewest	3,87	811.144	9,21	811.144	7,36	163.315	17,78	163.315
Waals Gewest	3,10	3.017.252	8,76	3.017.252	6,25	678.579	16,51	678.579
<b>Totaal</b>	<b>3,17</b>	<b>9.333.428</b>	<b>8,11</b>	<b>9.333.428</b>	<b>6,83</b>	<b>1.543.863</b>	<b>19,08</b>	<b>1.843.863</b>

Tabel 5: Non-respons op de gezondheidsvragen naar socio-demografische variabelen

## 2.2.4 Chronische aandoeningen

De globale non-respons voor de vraag naar de aanwezigheid van chronische aandoeningen ligt beduidend hoger (8,1%) dan bij de vraag naar ervaren gezondheid. Ook hier kan geen substantieel verschil vastgesteld worden tussen mannen (7,4%) en vrouwen (8,8%).

Naar leeftijdscategorie zien we dat de non-respons het hoogst is in de oudste leeftijdscategorieën: 11,6% bij de 65 tot 74-jarigen en 12,3% bij de 75-plussers tegenover 5,6% bij de 25 tot 44-jarigen.

De non-respons bij de personen met een diploma lager onderwijs (8,9%) is meer dan dubbel zo groot als de non-respons bij diegenen met een diploma hoger onderwijs (3,9%).

## 2.2.5 Lichamelijk beperkingen en bedlegerigheid

De interpretatie van non-respons voor de vragen rond beperkingen in de dagelijkse activiteiten en mogelijke bedlegerigheid dient anders te verlopen dan bij beide vorige vragen. Terwijl een antwoord op de vragen rond ervaren gezondheid en beperkingen verwacht werd voor *alle* respondenten, dienden de vragen rond beperkingen en bedlegerigheid *enkel* beantwoord te worden wanneer een respondent aan gaf last te hebben van één of meer langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps. Voor respondenten die aangaven geen last te hebben van langdurige ziekten én voor respondenten die geen valide antwoord gaven op deze vraag, zijn de vragen naar beperkingen of bedlegerigheid niet van toepassing.

Globaal genomen is voor 6,8% van deze doelgroep geen valide informatie aanwezig wat betreft de aanwezigheid van beperkingen. Ook hier kunnen geen substantiële verschillen vastgesteld worden tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten. In tegenstelling tot beide vorige vragen zijn er nauwelijks verschillen in non-respons vast te stellen tussen de verschillende leeftijdscategorieën. De non-respons ligt iets hoger bij respondenten met een diploma lager onderwijs (7,1%).

Het percentage personen zonder een valide antwoord op de vraag naar de mate van bedlegerigheid als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening is relatief hoog: 19,1%. Met andere woorden, dit betekent dat van één vijfde van diegenen die aangaven last te hebben van langdurige ziekten of aandoeningen niet geweten is of deze in die mate ernstig zijn dat ze ertoe noodzaken het bed te houden. Het hoog non-respons percentage voor de vraag naar bedlegerigheid houdt wellicht verband met een foutieve interpretatie van de vraagstructuur. Wellicht hebben een aantal respondenten die aangaven ‘niet of zelden’ belemmerd te zijn door ziekten, aandoeningen of handicaps, het onnodig gevonden nog te antwoorden op de vraag naar bedlegerigheid.

Een specifieke analyse van de non-respons voor de vraag naar bedlegerigheid volgens de antwoordcategorieën van de vraag naar beperkingen illustreert dit. We zien in tabel 6, dat hoe minder een persoon last heeft van beperkingen, hoe groter de kans is dat hij de vraag naar bedlegerigheid onbeantwoord laat. Ongeveer een kwart van de respondenten die ‘niet of zelden’ antwoordden of helemaal geen antwoord gaven, hebben geen valide informatie voor de vraag naar bedlegerigheid.

Antwoordcategorieën van de vraag naar beperkingen	Non-respons (%) voor de vraag naar bedlegerigheid
Voortdurend	13,55
Af en toe	21,46
Niet of zelden	23,81
Geen antwoord	24,47

Tabel 6: *Non-respons voor de vraag naar bedlegerigheid volgens de antwoordcategorieën van de vraag naar beperkingen*

Een bijkomende mogelijke verklaring voor het hoge geobserveerde non-respons cijfer is de onduidelijke lay-out van de vragenlijst. Na vraag 3b over de belemmeringen in de dagelijkse bezigheden is er immers geen expliciete doorverwijzing naar vraag 3c over bedlegerigheid. Deze vraag kan dan ook worden overgeslaan door personen die de vragenlijst niet aandachtig hebben gelezen of ervan uitgaan dat een negatief antwoord op de vraag naar belemmeringen (“niet of zelden”)

in de dagelijkse bezigheden sowieso een positief antwoord op de vraag naar bedlegerigheid uitsluit en dus overbodig maakt (wat inderdaad een logische gevolgtrekking is).

**3a. Hebt u last van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps?**

ja  nee

**3b. Indien JA, bent u door deze ziekten, aandoeningen of handicaps belemmerd in uw dagelijkse bezigheden?**

voortdurend  
 af en toe  
 niet of zelden

**3c. Indien JA (vraag 3a), bent u bedlegerig vanwege deze ziekten, aandoeningen of handicaps?**

voortdurend  
 af en toe  
 niet of zelden

Figuur 12: Lay-out van de samengestelde vraag naar chronische aandoeningen

## 2.2.6 Informele hulpverlening

Voor 8,4% van de respondenten is geen valide informatie ter beschikking voor wat betreft de vraag of de respondent (informele) hulp verleent. Zoals ook voor de gezondheidsvragen het geval is, stijgt de non-respons met de leeftijd. Waar voor 5,4% in de leeftijdsgroep 15 tot 24 jaar geen valide informatie aanwezig is, stijgt dit percentage tot 15,1% in de oudste hier onderscheiden leeftijdsgroep. Non-respons lijkt tevens een verband te vertonen met het opleidingsniveau van de respondenten. Hoe lager de opleidingscategorie, hoe meer item non-respons er bestaat.

Non-respons voor de vraag aan wie (informele) hulp gegeven wordt, moet anders geïnterpreteerd worden dan non-respons op de vraag of er informele hulp gegeven wordt. Respondenten die aangaven geen (informele) hulp te verlenen, dienden immers de vraag aan wie hulp verleend wordt, niet in te vullen. Voor 5,3% van diegenen die aangaven informele hulp te verlenen is geen valide informatie aanwezig aan wie ze dan die hulp verlenen. Dit percentage is gelijkaardig bij mannen (5,5%) als bij vrouwen (5,1%). Ook wat de leeftijdsgroep van de respondenten betreft kunnen er weinig duidelijke verschillen vastgesteld worden, behoudens dan bij de oudste hier onderscheiden leeftijdsgroep (75 jaar of meer), met een non-respons percentage van 8,6%. De non-respons op de vraag aan wie (informele) hulp verleend wordt, hangt evenmin samen met het opleidingsniveau.

Een zelfde tendens kan vastgesteld worden wat betreft de tijd die uitgetrokken wordt voor het verlenen van hulp: ook hier bedraagt de non-respons ongeveer 5% en kunnen er geen verschillen vastgesteld worden tussen mannen of vrouwen of tussen de diverse hier onderscheiden leeftijdsgroepen (met uitzondering voor de oudste leeftijdsgroep, waar de non-respons 9,9% bedraagt). Respondenten met een eerder laag opleidingsniveau geven minder vaak een valide antwoord op de vraag naar de tijd die zij besteden aan informele hulpverlening: 6,7% van diegenen die geen of slechts een diploma lager onderwijs hebben, geven geen valide antwoord terwijl dit percentage iets lager is bij diegenen met een eerder hoog opleidingsniveau. De non-respons op deze vraag ligt hoger bij inwoners van het Brussels Gewest (7,5%) dan bij de inwoners van het Vlaams Gewest (5,2%) of het Waals Gewest (4,6%).

Socio-demografische variabelen	Informele zorg		Identiteit van ontvanger zorg		Aan zorg bestede tijd	
	%	N	%	N	%	N
<b>Geslacht</b>						
Mannen	7,81	4.538.351	5,48	305.739	5,20	305.739
Vrouwen	9,01	4.795.077	5,12	434.979	5,17	434.979
<b>Leeftijdsgroep</b>						
6-14	21,89	1.100.422	10,10	13.819	10,67	13.819
15-24	5,43	1.195.420	6,12	45.586	5,59	45.586
25-44	3,76	2.891.163	5,16	190.209	4,42	190.209
45-64	6,01	2.440.962	4,25	321.917	3,94	321.917
65-74	11,74	959.402	5,57	106.182	6,62	106.182
75+	15,10	746.059	8,55	63.005	9,87	63.005
<b>Opleidingsniveau</b>						
Lager onderwijs	8,53	1.605.900	5,60	145.419	6,65	145.419
Lager secundair	5,69	2.046.895	4,35	192.554	4,55	192.554
Hoger secundair	3,74	2.275.944	4,57	188.550	3,82	188.550
Hoger onderwijs	2,18	1.801.610	4,86	159.923	3,03	159.923
<b>Gewest</b>						
Vlaams Gewest	8,40	5.505.032	5,80	409.023	5,21	409.023
Brussels Gewest	8,89	811.144	5,59	66.737	7,45	66.737
Waals Gewest	8,35	3.017.252	4,36	264.958	4,57	264.958
<b>Totaal</b>	8,43	9.333.428	5,27	740.718	5,18	740.718

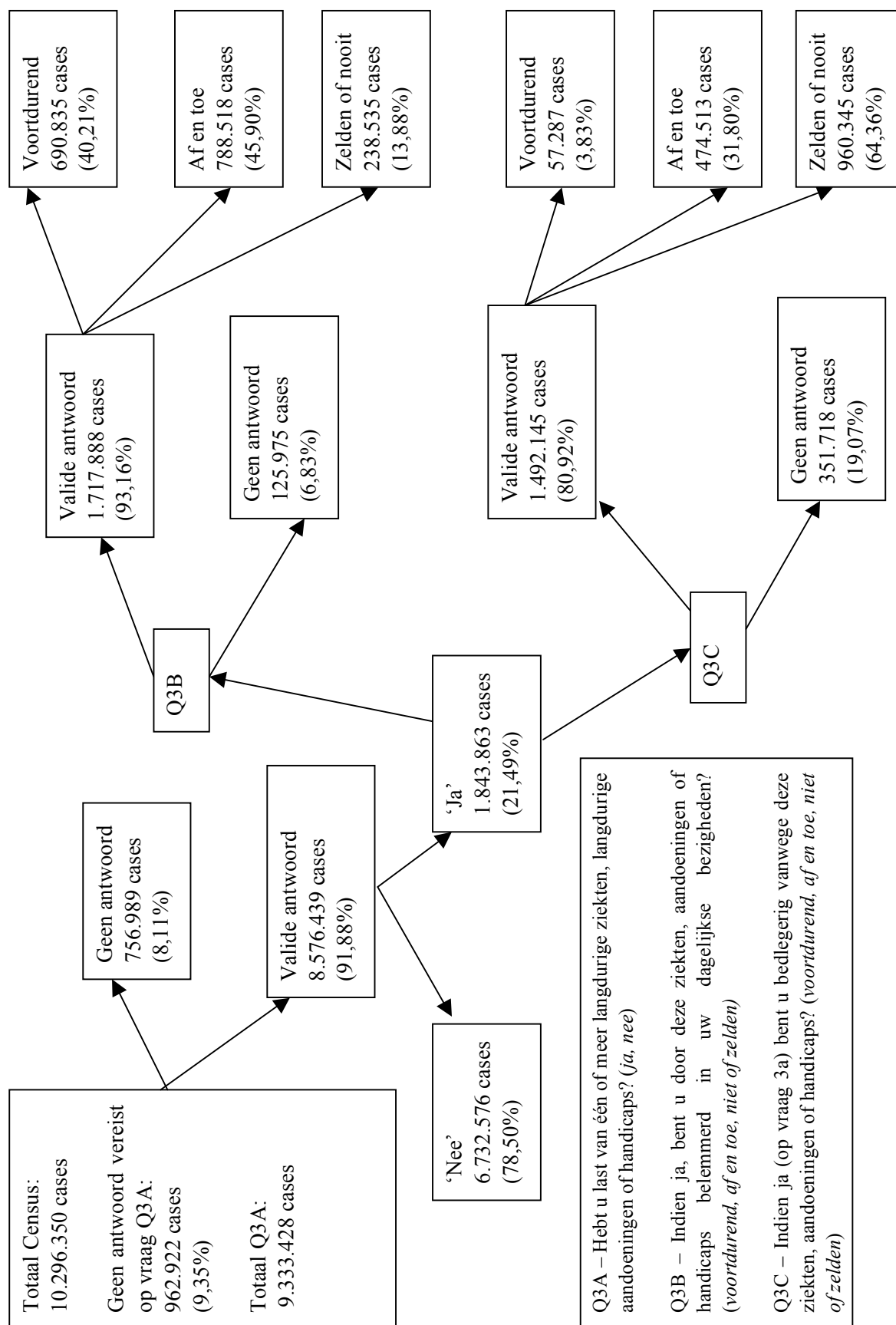
Tabel 7: Non-respons op de informele zorgvragen, naar socio-demografische variabelen

## 2.2.7 Overzicht antwoordpatronen van voorwaardelijke vragen

Enkel na een positief antwoord op de vragen naar de aanwezigheid van een langdurige aandoening of naar de verlening van niet-professionele hulp (mantelzorg) dienden de respondenten de twee hier op aansluitende vragen te beantwoorden.

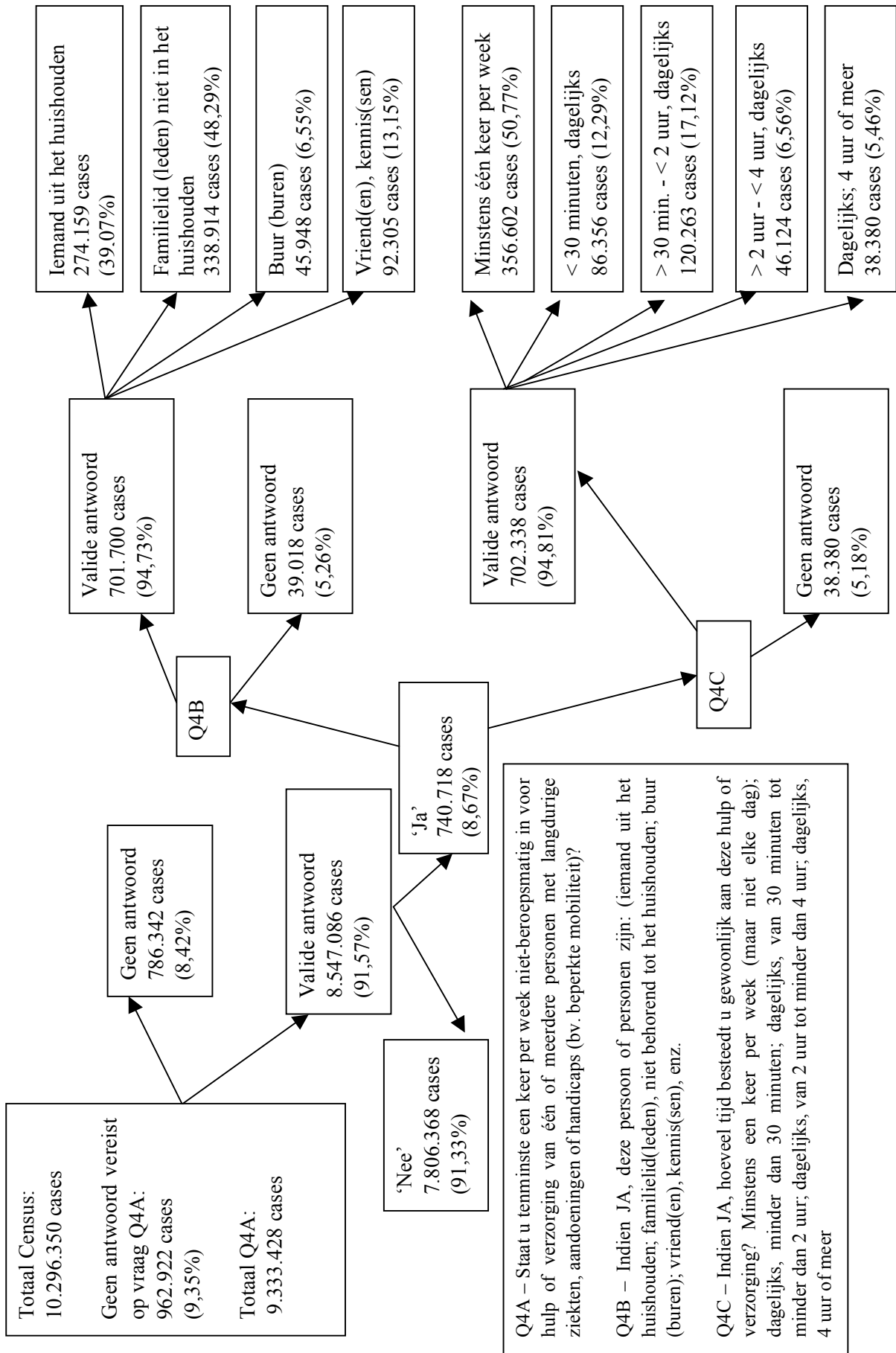
De respons voor deze follow-up vragen is dus afhankelijk van de respons op de 2 hoofdvragen. Iemand die een invalide antwoord geeft op een hoofdvraag, kan vervolgens niet meer valide antwoorden op de subvragen. De gepresenteerde percentages item non-respons weerspiegelen deze realiteit echter niet. Zij omvatten enkel de respondenten die na een valide (positief) antwoord op de hoofdvragen geacht worden op de subvragen te antwoorden.

Om een duidelijk beeld te geven waar het verlies van informatie precies optreedt, presenteren we hier onder twee flowcharts die het volledige verloop van de twee samengestelde vragen in kwestie weergeven.



Figuur 13: Antwoordpatroon vraag over chronische aandoeningen





Figuur 14: Antwoordpatroon vraag over informele zorg

Voor 8,1% van de 9,333,428 respondenten van wie een valide antwoord verwacht wordt op de vraag naar de aanwezigheid van langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps ontbreekt dit antwoord. Bij de twee follow-up vragen is er dan een bijkomend verlies van informatie van respectievelijk 6,8% en 19,1%.

Bij de drie vragen over non-professionele hulp ontbreekt er voor 8,4% van de respondenten informatie voor de openingsvraag. De twee aansluitende vragen kennen een bijkomende item non-respons van respectievelijk 5,3% en 5,2%.

## 2.3 Externe validatie

We vergelijken hier drie gegevensbestanden die allen in 2001 werden verzameld en die gelijkaardige vragen rond gezondheid bevatten: de Algemene Socio-economische enquête 2001 (Census), de Gezondheidsenquête door middel van interview (HIS) en de tiende golf van de Panelstudie van Belgische huishoudens (PSBH). Het doel van deze vergelijking bestaat erin na te gaan in welke mate de resultaten van de verschillende enquêtes elkaar bevestigen of tegenspreken. Vanuit het standpunt van de Census bekijken we in welke mate de onderzoeksresultaten bevestiging vinden in de andere twee enquêtes.

Een vergelijking van deze bestanden dient met de nodige voorzichtigheid te gebeuren: kunnen de gegevens van de Census effectief vergeleken worden met, bijvoorbeeld de Gezondheidsenquête, gegeven dat de eerste enquête een postenquête is, terwijl in de Gezondheidsenquête de gegevens via een mondelinge bevraging verzameld worden?

In dit onderdeel wordt dieper ingegaan op de methodes die gehanteerd werden bij het verzamelen van de gegevens in de drie bestanden om zodoende de verschillen en gelijkenissen in kaart te kunnen brengen. Het is een noodzakelijke voorwaarde om mogelijke verschillen in de resultaten correct te interpreteren en te gebruiken. De methodes gebruikt in het verzamelen van de informatie omvatten diverse aspecten die elk de resultaten en de bruikbaarheid ervan kunnen beïnvloeden.

- Globaal kader van de studie: achterliggende doelstellingen, opdrachtgevers, thema's die aan bod komen
- Het steekproefplan: referentie-eenheid, referentieperiode, steekproefplan, steekproefkader, aantal observaties, steekproefgrootte, participatieniveau
- Wijze waarop de gegevens werden verzameld: wijze van bevraging, instrument, lay-out en lengte van het instrument, wijze waarop de vragen geformuleerd werden, non-respons

### 2.3.1 Algemeen kader

De officiële teksten die de drie bestanden omkaderen, laten toe de verschillen in het algemene kader naar voren te brengen.

Het doel van de socio-economische enquête is veelzijdig. In de officiële teksten wordt verwezen naar de internationale verplichting van België om een dergelijke enquête te organiseren en wordt vermeld

dat deze enquête gebruikt wordt voor het beleid. Daarnaast staat de Census ook in functie van de realisatie van de vooropgestelde objectieven uit de Regeringsverklaring van 14 juli 1999, zowel wat betreft de sociale integratie en de sociale economie, het beleid voor de grote steden en de administratieve vereenvoudiging als wat betreft de kwaliteit van het wetenschappelijk werk dat de politieke beslissingen kracht bijzet.

De Gezondheidsenquête beoogt informatie te verzamelen over zowel de gezondheidstoestand, gezondheidsproblemen en gezondheidsnoden van de bevolking als de consumptie en beschikbaarheid van de gezondheidszorg. De Panelstudie tenslotte heeft vooral tot doel veranderingen in de leefstijl en financiële middelen van Belgische individuen en huishoudens te observeren.

Met betrekking tot de thema's die aan bod komen onderscheidt de Census zich van de twee andere informatiebronnen door haar multi-sectorieel karakter: zowel vragen rond opleiding, beroepsopleiding, mobiliteit, huisvesting, gezondheid, samenstelling van het huishouden, vruchtbaarheid,... De Panelstudie is meer gericht op vragen rond tewerkstelling, het huishouden en armoede terwijl er ook aandacht uitgaat naar gezondheidsaspecten. Enkel de Gezondheidsenquête is specifiek gericht op de diverse aspecten van gezondheid: ziekten, beperkingen, zorgen, preventie,...

Een tweede verschil heeft betrekking op de geografische context. De Census werd ontwikkeld ter ondersteuning van het nationaal beleid en het grootstedenbeleid. Ze is dan ook gekenmerkt door een gedetailleerder geografisch perspectief dan de Gezondheidsenquête en de Panelstudie, die ontworpen zijn om gefundeerde uitspraken te kunnen doen over fenomenen op regionaal niveau.

Ook de opdrachtgevers zijn verschillend. De Census wordt georganiseerd door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. De Gezondheidsenquête wordt uitgevoerd middels een samenwerkingsverband tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. De Panelstudie tenslotte is het resultaat van een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Antwerpen en de Universiteit van Luik.

Ook wat de referentiepopulatie betreft kunnen kleine verschillen onderkend worden. De Census richt zich tot alle inwoners van België op 1 oktober 2001. De Gezondheidsenquête richt zich tot alle inwoners van België op 1 januari 2001. De referentiepopulatie van de tiende golf van de Panelstudie is moeilijker te definiëren, gezien de Panelstudie een steekproef hanteert die in 1992 werd samengesteld en sindsdien verschillende malen werd aangevuld met nieuwe huishoudens om weggevallen huishoudens te vervangen.

Bovendien gaat het in de Panelstudie expliciet om een steekproef van huishoudens, waarbij alle leden van het huishouden worden bevraagd. In de Gezondheidsenquête is de steekproef gebaseerd op huishoudens en kunnen meerdere personen binnen het huishouden worden bevraagd. In de Census wordt de volledige bevolking bevraagd. Niettemin zijn in alle gegevensbestanden zowel gegevens op het individueel niveau als op het niveau van het huishouden beschikbaar.

De drie gegevensbestanden zijn ook licht verschillend wat betreft de exclusiecriteria die gehanteerd werden. Collectieve huishoudens werden niet weerhouden in de Panelstudie. In de Gezondheidsenquête werden sommige collectieve huishoudens zoals gevangenen, psychiatrische instellingen en religieuze gemeenschappen, uitgesloten terwijl personen die wonen in een rust- of verzorgingstehuis wel weerhouden werden.

### 2.3.2 Het steekproefplan

In tabel 8 worden de steekproefplannen van de Census, de Gezondheidsenquête en de Panelstudie vergeleken. Terwijl de Gezondheidsenquête en de Panelstudie betrekking hebben op het volledige kalenderjaar 2001, werden de gegevens voor de Census verzameld in oktober 2001 (herfst), wat de resultaten van de gezondheidsvragen vooral bij ouderen kan beïnvloeden (seizoensinvloeden).

De participatiegraad is lager in de Panelstudie en hoger in de Census (deelname was verplicht).

	<b>Census</b>	<b>Gezondheidsenquête</b>	<b>Panelstudie</b>
Referentie-eenheid	Individu	Huishouden	Huishouden
Periode van gegevensverzameling	Van 24/09/01 tot 03/02	Van 5/01/01 tot 20/01/02	Van 3 april 2001 tot 31 december 2001
Steekproefplan	Exhaustief: volledige populatie	Multi-stage geclusterde en gestratificeerde steekproef	Multi-stage geclusterde steekproef. Geen stratificatie
Steekproefkader	Rijksregister	Rijksregister	Rijksregister
Aantal observaties	10.296.349 individuen	12.050 individuen	4.439 huishoudens
Selectiekans	1	België 1,2/1000; Brussel (3,1/1000)	
Participatiegraad	96,9% (individueel)	61,4% (huishoudens)	49,7% (huishoudens)

Tabel 8: *Vergelijking steekproefmethodologie Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie*

### 2.3.3 Verzameling van de gegevens

Globaal gezien zijn zowel de Gezondheidsenquête als de Panelstudie mondelinge enquêtes, terwijl de Census een postenquête is. Er dient hierbij wel aan toegevoegd te worden dat een deel van de gegevens van de Gezondheidsenquête ook verzameld werd met behulp van een schriftelijke vragenlijst.

	<b>Gezondheidsenquête</b>	<b>Census</b>	<b>Panelstudie</b>
Wijze van bevraging	Ervaren gezondheid (schriftelijke vragenlijst, gesuperviseerd door de enquêteur) chronische aandoeningen (mondelijke vragenlijst)	Postenquête (schriftelijke vragenlijst)	Mondelijke vragenlijst
Lay-out en lengte	++ / zeer lang	+ - / kort	++/ lang
Formulering van de vraag naar de ervaren gezondheid	Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? Zeer goed, Goed, Redelijk, Slecht, Zeer slecht	Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? Zeer goed, Goed, Redelijk, Slecht, Zeer slecht	Hoe is uw gezondheid in het algemeen? Zeer goed, Goed, Redelijk, Slecht, Zeer slecht
Formulering van de vraag naar chronische aandoeningen	Hebt u last van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps? Ja/Neen	Hebt u last van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps? Ja/Neen	Hebt u een chronisch gezondheidsprobleem (fysisch of psychisch), een ziekte of handicap? Ja/Neen
Formulering van de vraag naar functionele beperkingen	Bent u vanwege deze ziekte(n), aandoening(en) of handicap(s) belemmerd in uw dagelijkse bezigheden? Voortdurend, Af en toe, Niet of zelden	Indien ja, bent u door deze ziekten, aandoeningen of handicaps belemmerd in uw dagelijkse bezigheden? Voortdurend, Af en toe, Niet of zelden	Wordt u erdoor gehinderd in uw dagelijkse activiteiten? Ja, ernstig, Ja enigermate, Neen
Formulering van de vraag naar bedlegerigheid	Bent u als gevolg van deze ziekte(n), aandoening(en) of handicap(s) bedlegerig? Voortdurend, Af en toe, Niet of zelden	Indien ja, bent u bedlegerig vanwege deze ziekten, aandoeningen of handicaps? Voortdurend, Af en toe, Niet of zelden	Niet aanwezig
Item non-respons	Ervaren gezondheid: 0,5% Langdurige aandoeningen: 0,6% Functionele beperkingen: 2,2%	Ervaren gezondheid: 2,7% Langdurige aandoeningen: 7,5% Functionele beperkingen: 6,6%	

Tabel 9: *Vergelijking van gegevensverzameling, Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie*

De vragenlijsten gebruikt in de drie enquêtes verschillen grondig. De vragenlijsten van de Gezondheidsenquête en de Panelstudie zijn zeer lang. Zo telt de schriftelijke vragenlijst van de

Gezondheidsenquête 38 pagina's en de mondelinge vragenlijst 71 pagina's. Voor de Census daarentegen werd een vragenlijst van slechts 4 pagina's (zonder de instructies) verstuurd naar de respondenten. De lay-out van de vragenlijst voor de Census liet te wensen over. Te veel vragen werden op 4 bladzijden samengedrukt wat niet ten goede komt aan de kwaliteit van de antwoorden.

De gezondheidsvragen zijn in alle drie enquêtes identiek of sterk gelijkend:

- Met betrekking tot de vraag naar de ervaren gezondheid kan een licht verschil vastgesteld worden tussen de formulering: in de Census en de Gezondheidsenquête wordt gevraagd “hoe is uw algemene gezondheidstoestand” terwijl in de Panelstudie wordt gepeild naar “uw gezondheid in het algemeen”.
- In de Panelstudie wordt gepeild naar “een chronisch gezondheidsprobleem (fysisch of psychisch)”, terwijl in zowel de Census als in de Gezondheidsenquête de noties “langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps” worden gehanteerd.
- Voor wat betreft de vraag naar de beperkingen als gevolg van langdurige aandoeningen wordt in zowel de Census als in de Gezondheidsenquête gepeild naar de frequentie van beperkingen, terwijl in de Panelstudie de nadruk komt te liggen op de ernst van de beperkingen.

### 2.3.4 Ervaren gezondheid

Voor wat de ervaren gezondheid betreft, wijzen de resultaten van de drie enquêtes steeds in dezelfde richting: het percentage personen dat de eigen gezondheid als slecht beoordeelt, is hoger bij de vrouwen, bij de oudere personen, bij diegenen met een lager niveau van opleiding en bij personen die wonen in het Brussels en het Waals Gewest. Hoewel de vergelijkingsmogelijkheden voor wat het huishoudenstype betreft eerder beperkt zijn omwille van de iets anders samengestelde categorieën in de verschillende enquêtes, kan uit de resultaten toch worden afgeleid dat bij alleenstaanden het hoogste percentage personen teruggevonden wordt met een eerder negatief oordeel over de eigen gezondheid.

Hoewel de tendens die naar voren komt in de verschillende enquêtes dezelfde is, kan grosso modo gesteld worden dat de resultaten van de Census een iets minder positief beeld geven dan deze die in de Gezondheidsenquête naar voren komen. Een voorbeeld: waar bij de Gezondheidsenquête 25,6% van de vrouwen aangaf de eigen gezondheid als slecht te beoordelen, loopt dit percentage op tot 30,2% in de Census. De lagere prevalentie van slecht ervaren gezondheid in de Gezondheidsenquête is verder vooral geconcentreerd in Wallonië, bij het laagste onderwijsniveau en bij de oudere bevolking. Vooral bij de oudere leeftijdsgroep (75+) lopen de cijfers sterk uiteen.

Een vergelijking van de resultaten van de Census met deze van de Panelstudie toont sommige gelijkenissen, maar toch ook heel wat verschillen. De zeer sterke samenhang bijvoorbeeld tussen leeftijd en ervaren gezondheid die wordt geobserveerd in de Census, is minder geprononceerd in de Panelstudie. Merkwaardig is tevens dat voor elk van de onderscheiden opleidingsniveaus het percentage personen dat een eerder negatief beeld heeft van de eigen gezondheid hoger ligt in de Panelstudie dan in de Census.

Socio-demografische variabelen	Census		Gezondheidsenquête		Panelstudie	
	%	N	%	N	%	N
<b>Geslacht</b>						
Mannen	25,7	3.864.892	21,2	4.927	21,1	1.361
Vrouwen	30,2	4.110.274	25,6	5.265	31,8	4.519
<b>Leeftijdsgroep</b>						
15-24	6,1	1.166.553	8,1	1.388	7,7	191
25-44	13,5	2.827.372	12,9	3.652	15,6	1.180
45-64	33,5	2.366.337	26,8	3.069	32,6	1.728
65-74	54,0	917.238	43,8	1.139	48,3	1.442
75+	70,8	697.666	53,6	945	57,8	1.339
<b>Opleidingsniveau</b>						
Lager onderwijs	52,0	1.555.124	44,5	1.693	55,1	1.990
Lager secundair	29,0	1.998.179	32,5	1.864	32,4	1.539
Hoger secundair	17,5	2.233.148	17,8	2.725	20,8	1.293
Hoger onderwijs	12,8	1.772.702	13,4	2.360	16,0	931
<b>Huishoudenstype</b>						
Eénpersoonshuishouden	44,1	1.227.084	35,3	1.765	39,9	1.819
Eénoudergezin	26,1	672.413	19,7	984	31,9	510
Koppel zonder kinderen	39,1	2.147.115	30,8	2.979	37,7	1.950
Koppel met kinderen	15,4	3.734.265	14,7	4.424	16,1	1.411
Complex huishouden	40,6	101.953	-	-	33,9	190
Collectief huishouden	67,9	92.336	-	-	-	-
<b>Gewest</b>						
Vlaams Gewest	24,7	4.724.123	21,7	6.428	22,8	2.247
Brussels Gewest	30,6	691.655	26,5	998	31,6	719
Waals Gewest	33,4	2.559.388	26,8	2.767	34,1	2.914
<b>Totaal</b>	<b>28,0</b>	<b>7.975.166</b>	<b>23,5</b>	<b>10.193</b>	<b>29,3</b>	<b>5.880</b>

Tabel 10: *Percentage personen met een slecht ervaren gezondheid volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie*

Er bestaan verschillende mogelijke redenen waarom deze percentages in sommige gevallen sterk afwijkend zijn:

- Een eerste belangrijke bemerking werd reeds vroeger vermeld: de Census werd in de herfst georganiseerd, terwijl beide andere enquêtes over het ganse jaar liepen. Het is mogelijk dat dit het antwoordpatroon bij de oudere bevolking negatief beïnvloedt.
- Wat het onderwijsniveau betreft lag de non-respons in de Census relatief hoog. Gezien de uitval vooral voorkomt bij personen met hoogstens een diploma lager onderwijs kan dit voor vertekeningen zorgen.
- De vraag naar ervaren gezondheid was een onderdeel van de schriftelijke bevraging in de Gezondheidsenquête en diende door de respondent zelf te worden ingevuld (gebruik van een proxy was niet toegestaan). De bevragingmethode was dan weer verschillend in de

Panelstudie. In die enquête maakte de vraag naar ervaren gezondheid deel uit van een mondelinge bevraging. De Census was een schriftelijke bevraging evenwel zonder controle op wie de vragenlijst effectief heeft ingevuld. Formulieren van oudere personen kunnen bijvoorbeeld door een familielid zijn ingevuld.

Globaal genomen bevestigen de resultaten voor de ervaren gezondheid-vraag uit de Census de tendensen in de Gezondheidsenquête en in de Panelstudie. Verschillen tussen de diverse enquêtes kunnen wellicht grotendeels teruggebracht worden tot verschillen in de wijze van het verzamelen van gegevens.

### **2.3.5 Langdurige of chronische aandoeningen**

Ook wat de vraag naar de aanwezigheid van langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps betreft, vertonen de resultaten van de drie enquêtes eenzelfde tendens: vrouwen, oudere personen en personen met een lager opleidingsniveau geven meer dan anderen aan last te hebben van langdurige aandoeningen. Waar gewestelijke verschillen kunnen vastgesteld worden in de Census en de Gezondheidsenquête, zijn deze zo goed als afwezig in de resultaten van de Panelstudie.

Naast gelijkenissen vertonen de resultaten van de drie enquêtes ook duidelijke verschillen; met name de prevalentie van langdurige aandoeningen in de Gezondheidsenquête ligt substantieel hoger dan in de overige enquêtes en dit in functie van zowat alle socio-demografische variabelen die hier beschouwd worden.

- Gezien de vraagstelling in de Census en de Gezondheidsenquête identiek is en deze gehanteerd in de Panelstudie daarvan danig afwijkt, zouden de resultaten van deze laatste enquête van beide eerste enquêtes kunnen afwijken. Niettemin sluiten de resultaten van de Census veel nauwer aan bij deze van de Panelstudie.
- Dat de wijze van bevraging (postenquête bij de Census, mondelinge bevraging bij de Gezondheidsenquête en de Panelstudie) dit fenomeen zou bewerkstelligen, is mogelijk.
- De hogere cijfers bij de Gezondheidsenquête laten zich wellicht verklaren door het feit dat de vraag naar het last hebben van langdurige ziektes in deze enquête kadert in een (lange) vragenset met tal van gezondheidsvragen, waardoor men sterk gefocust is op de eigen gezondheidsstatus en alle mogelijke klachten prominent aanwezig zijn in het bewustzijn van een respondent. Dit zogenaamd contexteffect kan wellicht een ‘positieve’ impact gehad hebben op de percentages voor het last hebben van langdurige ziektes.

De resultaten van de Census leunen nauw aan bij deze van de Panelstudie. Beiden wijken echter substantieel af van de resultaten van de Gezondheidsenquête die wijzen op een substantieel hogere prevalentie van langdurige aandoeningen. Deze hogere prevalentie komt naar voor bij het kruisen van de resultaten met alle hier geanalyseerde socio-demografische variabelen.



Socio-demografische variabelen	Census		Gezondheidsenquête		Panelstudie	
	%	N	%	N	%	N
<b>Geslacht</b>						
Mannen	22,8	3.695.477	28,7	4.927	19,9	1.284
Vrouwen	24,4	3.891.586	29,0	5.265	22,5	3.184
<b>Leeftijdsgroep</b>						
15-24	7,5	1.107.240	12,1	1.388	6,3	156
25-44	13,4	2.727.773	19,0	3.652	13,0	981
45-64	27,9	2.249.732	32,4	3.069	22,8	1.205
65-74	42,0	848.109	48,0	1.139	36,4	1.084
75+	55,0	654.209	56,5	9.451	45,0	1.042
<b>Opleidingsniveau</b>						
Lager onderwijs	39,9	1.463.784	46,6	1.693	37,8	1.365
Lager secundair	24,4	1.892.895	35,2	1.864	22,3	1.048
Hoger secundair	16,5	2.147.373	24,9	2.725	17,2	1.070
Hoger onderwijs	13,6	1.731.192	19,8	2.360	15,5	899
<b>Huishoudenstype</b>						
Eénpersoonshuishouden	35,2	1.163.196	40,7	1.765	34,2	1.560
Eénoudergezin	22,0	638.691	29,0	984	24,1	382
Koppel zonder kinderen	31,7	2.023.908	36,2	2.979	27,7	1.431
Koppel met kinderen	14,4	3.574.798	19,1	4.424	11,1	968
Complex huishouden	33,2	95.891	-	-	22,7	127
Collectief huishouden	62,9	90.597	-	-	-	-
<b>Gewest</b>						
Vlaams Gewest	21,6	4.511.421	27,4	6.428	21,7	2.136
Brussels Gewest	24,2	656.355	29,7	998	21,8	495
Waals Gewest	27,3	2.419.287	31,9	2.766	21,7	1.837
<b>Totaal</b>	<b>23,6</b>	<b>7.587.063</b>	<b>28,8</b>	<b>10.193</b>	<b>21,8</b>	<b>4.468</b>

Tabel 11: Percentage personen met chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie

### 2.3.6 Beperkingen

Hoewel de vraag naar mogelijke beperkingen als gevolg van langdurige aandoeningen identiek is in de Census en de Gezondheidsenquête en vergelijkbaar is met deze gehanteerd in de Panelstudie, bestaat er een duidelijk verschil in antwoordmogelijkheden in deze laatste enquête. Waar in de Census en de Gezondheidsenquête de *frequentie* waarmee personen met beperkingen geconfronteerd worden voorop staat, wordt de *ernst* van de beperkingen benadrukt in de Panelstudie. Het hoeft dan ook geen verwondering te wekken dat de resultaten van de Census nauwer aansluiten bij deze van de Gezondheidsenquête dan bij deze van de Panelstudie. Frequentie en ernst zijn duidelijk verschillende invalshoeken om de gevolgen van langdurige aandoeningen in kaart te brengen.

Zijn vraagstelling en antwoordcategorieën in de Census en in de Gezondheidsenquête identiek, toch zijn er verschillen in de resultaten vast te stellen. Deze verschillen kunnen slechts in beperkte mate teruggevonden worden wanneer het gaat om het percentage personen die aangeven *voortdurend* beperkt te zijn, maar is in sterke mate terug te vinden wanneer het gaat om personen die aangeven *af en toe* of *zelden of nooit* beperkt te zijn als gevolg van langdurige aandoeningen. De tendens hierbij is duidelijk: het percentage personen dat aangeeft *af en toe* beperkt te zijn, ligt substantieel hoger in de Census dan in de Gezondheidsenquête. Mogelijke redenen hiervoor zijn:

- Vooreerst is het duidelijk dat het onderscheid tussen ‘voortdurend beperkt’ versus ‘af en toe’ of ‘zelden of nooit’ beperkt heel wat stringenter is dan het onderscheid tussen ‘af en toe’ en ‘zelden of nooit’. Bij beide laatste antwoordcategorieën gaat het om nuances die veel meer vatbaar zijn voor een eigen interpretatie door de respondent.
- Ook hier kan gewezen worden op de verschillen in de wijze van bevraging: in de Census gaat het om een schriftelijke enquête, in de Gezondheidsenquête om een mondelinge bevraging. Wellicht speelt hier ten dele de tendens om eerder te opteren voor de middelste keuze in plaats van voor de extreme antwoordcategorieën (in combinatie met voorgaande opmerking zou dit effect vooral spelen in een shift van ‘zelden of nooit’ naar ‘af en toe’).
- De belangrijkste oorzaak van de verschuiving ligt wellicht in de voorgaande selectie. De prevalentie van chronische ziekten is veel hoger in de Gezondheidsenquête dan in de Census. Wie wel verklaart chronisch ziek te zijn in de Census is veel vaker belemmerd door zijn ziekte.

Globaal gezien laten de resultaten van zowel de Census als van de Gezondheidsenquête een betrouwbare identificatie toe van de prevalentie van voortdurende beperkingen als gevolg van langdurige aandoeningen. De afwijkende antwoordcategorieën van de Panelstudie bemoeilijken de vergelijking met de resultaten van de andere enquêtes.

### 2.3.7 Bedlegerigheid

Met betrekking tot de vraag naar bedlegerigheid als gevolg van ziekten, aandoeningen of handicaps, blijft de vergelijking beperkt tot de Census en de Gezondheidsenquête. In de Panelstudie werd geen vraag naar bedlegerigheid opgenomen. In de resultaten van beide enquêtes kan een zelfde trend onderkend worden; bedlegerigheid als gevolg van aandoeningen komt relatief meer voor bij vrouwen dan bij mannen, meer bij ouderen en meer bij personen met een (eerder) laag opleidingsniveau.

### 2.3.8 Conclusie

Hoewel het sterftecijfer een belangrijke indicator van de volksgezondheid is, heeft deze slechts betrekking op een klein deel van de bevolking hoofdzakelijk in de oudste leeftijdsgroepen. Het is echter noodzakelijk om de gezondheid van de volledige bevolking te meten. Bovendien is de gezondheidssituatie, en haar impact op de gezondheidszorg, multi-dimensioneel. De Angelsaksische literatuur maakt gewoonlijk een onderscheid tussen 1) de subjectieve gezondheid (*illness*) overeenkomend met het nut of het welzijn die een persoon ontleent aan zijn functioneren; 2) de ziektes (*disease*); 3) de activiteiten of de rollen die de individuen kunnen vervullen (*sickness*).

Socio-demografische variabelen	Census				Gezondheidsenquête				Panelstudie			
	Al-tijd	Af en toe	Zelden of nooit	N	Al-tijd	Af en toe	Zelden of nooit	N	Al-tijd	Af en toe	Zelden of nooit	N
<b>Geslacht</b>												
Mannen	38,7	46,2	16,2	788.098	36,3	34,0	29,8	4.927	26,7	48,4	24,9	2.100
Vrouwen	42,3	46,6	11,2	884.453	39,5	36,1	24,4	5.265	31,6	51,2	17,2	2.356
<b>Leeftijdsgroep</b>												
15-24	21,1	50,1	28,8	76.895	14,3	39,3	46,4	166	11,7	50,3	37,9	612
25-44	29,2	51,0	19,9	341.955	26,1	42,6	31,3	690	17,7	55,7	26,6	1.918
45-64	39,1	48,1	12,8	588.420	37,1	36,1	26,8	990	23,1	59,1	17,8	1.277
65-74	42,5	46,1	11,4	332.516	44,2	28,5	27,3	545	37,7	43,9	18,4	409
75+	57,4	35,6	7,0	332.765	56,0	29,2	14,8	530	44,9	42,1	13,1	240
<b>Opleidingsniveau</b>												
Lager onderw.	50,1	42,0	7,8	542.974	51,7	31,7	16,6	786	39,0	47,7	13,4	542
Lager secundair	39,5	48,4	12,1	432.789	41,6	35,0	23,4	653	34,8	48,4	16,8	949
Hoger secundair	31,5	50,3	18,2	331.982	28,6	36,1	35,3	676	26,1	51,0	22,8	1.467
Hoger onderw.	24,3	48,4	27,3	222.440	25,6	37,6	36,8	464	15,8	56,9	27,4	1.450
<b>Huishoudenstype</b>												
Eénpersoons-huishouden	43,8	44,8	11,4	380.757	46,2	33,7	20,1	710	35,7	44,6	19,7	493
Eénoudergezin	40,9	46,4	12,6	129.897	34,4	35,0	30,6	284	30,1	50,5	19,4	300
Koppel zonder kinderen	32,8	49,0	18,2	479.132	38,8	36,2	25,0	1.073	32,5	50,5	17,0	1.128
Koppel met kinderen	41,6	46,2	12,3	599.633	31,4	35,3	33,3	840	18,6	59,0	22,4	2.510
Complex hh.	49,5	40,0	10,5	29.437	-	-	-	-	23,6	55,1	21,3	25
Collectief hh.	70,1	24,3	5,6	53.695	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gewest</b>												
Vlaams Gewest	36,7	48,2	15,1	905.871	36,7	32,1	31,2	1.753	30,4	50,1	19,6	2.565
Brussels Gewest	39,7	44,9	15,4	147.143	40,0	35,1	24,8	294	22,9	40,2	36,9	379
Waals Gewest	46,4	42,8	10,8	619.537	40,1	41,1	18,9	872	31,9	53,5	14,6	1.512
<b>Totaal</b>	<b>40,6</b>	<b>45,9</b>	<b>13,6</b>	<b>1.672.551</b>	<b>38,0</b>	<b>35,1</b>	<b>26,8</b>	<b>2.919</b>	<b>30,4</b>	<b>50,5</b>	<b>19,0</b>	<b>4.456</b>

Tabel 12: *Percentage personen volgens mate van belemmering omwille van chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census, Gezondheidsenquête en Panelstudie*

Socio-demografische variabelen	Census				Gezondheidsenquête			
	Altijd	Af en toe	Zelden of nooit	N	Altijd	Af en toe	Zelden of nooit	N
<b>Geslacht</b>								
Mannen	3,4	28,3	68,2	679.592	1,8	12,6	85,6	4.927
Vrouwen	4,2	35,7	60,1	774.155	2,3	15,6	82,2	5.265
<b>Leeftijdsgroep</b>								
15-24	2,6	16,0	81,4	63.439	1,4	5,3	93,3	166
25-44	2,5	27,4	70,1	290.183	0,4	13,8	85,8	690
45-64	2,7	34,1	63,2	509.342	1,6	16,3	82,1	990
65-74	3,8	32,8	63,4	289.431	1,4	13,8	84,8	545
75+	7,5	36,7	55,8	301.352	5,7	13,8	80,5	530
<b>Opleidingsniveau</b>								
Lager onderwijs	5,3	37,8	56,9	486.942	4,3	16,8	78,9	786
Lager secundair	2,8	32,5	64,7	375.121	1,9	16,8	81,3	653
Hoger secundair	2,3	26,7	71,0	282.854	0,2	11,8	88,0	676
Hoger onderwijs	1,4	19,4	79,2	190.217	1,2	10,4	88,4	464
<b>Huishoudentype</b>								
Eénpersoonshuishouden	3,5	35,1	61,4	333.918	2,2	14,7	83,2	710
Eénoudergezin	4,2	34,6	61,3	114.186	0,8	15,3	83,9	284
Koppel zonder kinderen	3,0	27,8	69,2	408.157	2,7	14,5	82,8	1.073
Koppel met kinderen	3,8	33,2	63,1	520.372	1,5	12,6	85,9	840
Complex huishouden	6,5	35,9	57,7	26.175	-	-	-	-
Collectief huishouden	12,0	33,7	54,4	50.939	-	-	-	-
<b>Gewest</b>								
Vlaams Gewest	4,3	30,0	65,7	770.937	1,6	11,4	86,9	1.753
Brussels Gewest	3,9	34,8	61,3	130.735	3,5	18,1	78,4	294
Waals Gewest	3,2	34,8	62,0	552.075	2,4	18,2	79,3	872
<b>Totaal</b>	<b>3,9</b>	<b>32,3</b>	<b>63,9</b>	<b>1.453.747</b>	<b>2,0</b>	<b>14,2</b>	<b>83,8</b>	<b>2.919</b>

Tabel 13: *Percentage personen volgens mate van bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen, vergelijking Census en Gezondheidsenquête*

De verschillende indicatoren die in dit hoofdstuk werden voorgesteld zijn uitingen van gezondheid en meten bijgevolg allemaal een ander aspect van de volksgezondheid. Zo wordt met de ervaren gezondheid niet enkel de gezondheid gemeten maar ook het geestelijk en fysiek welzijn. De indicator chronische ziektes geeft ons een beeld van het medische aspect van de gezondheid en, in combinatie met de twee vragen over beperkingen en bedlegerigheid, van het functionele aspect van de gezondheid.

De doelstelling van dit hoofdstuk was tweeledig: de kwaliteit van de gegevens van de socio-economische enquête evalueren en de resultaten met andere gegevens vergelijken. Over het algemeen zijn de resultaten voor deze twee punten tamelijk positief.

Wat de kwaliteit van de gegevens betreft, vertoont de Census een relatief laag non-responspercentage voor de gezondheidsvragen.

Wat de vergelijking met andere gegevens betreft, merken we dezelfde tendensen op, maar de geobserveerde prevalenties zijn voor enkele indicatoren duidelijk anders. De redenen voor deze verschillen zijn echter te duiden.

Hoewel het steekproefkader voor alle hier besproken enquêtes dezelfde is, is het steekproefplan van de Panelstudie moeilijk vergelijkbaar met dit van de Gezondheidsenquête, gezien ze gebaseerd is op een steekproef van 1991 of 1992. De eigenheid van de Panelstudie - een longitudinale studie - maakt het moeilijk ze te gebruiken in een vergelijking met transversale enquêtes. Beide types van enquête kennen verschillende patronen van selectie en uitval.

De participatiegraad van zowel de Gezondheidsenquête als van de Panelstudie is niet zo hoog, waardoor een selectiebias kan optreden waarmee terdege rekening gehouden moet worden.

De formulering van de vragen rond ervaren gezondheid en langdurige aandoeningen ligt dicht bij elkaar in de drie enquêtes. Daarnaast heeft de wijze van vraagstelling van de Gezondheidsenquête en van de Panelstudie een positief effect op het responspercentage in vergelijking met de Census. Dit probleem wordt nog vergroot door de vaststelling dat de lay-out van de Census voor verbetering vatbaar is.

Er spelen nog enkele andere elementen mee in het vergemakkelijken of bemoeilijken van de vergelijking van de resultaten op de gezondheidsvragen. De gegevens van de Census werden voornamelijk verzameld tijdens de herfst waardoor de kans op een overschatting van de met seizoensgebonden gezondheidsproblemen mogelijk is. Ander onderzoek heeft tenslotte aangetoond dat zowel participatiegraad en non-respons kunnen variëren tussen de verschillende groepen van de bevolking (Dunne *et al.*; Jacobs en Marynissen; Hill *et al.*; Hook; Lahaut *et al.*; Milligan; Rupp *et al.*; Ward-Griffin).



## Hoofdstuk 3:

# De ervaren gezondheid, chronische ziektes, en functionele beperkingen

### 3.1 Inleiding en interpretatie tabellen

In de voorafgaande hoofdstukken werd een kader aangereikt ter interpretatie van de resultaten van de gezondheidsvragen uit de socio-economische enquête. Er werd met name aandacht besteed aan de evolutie van de mortaliteit, belangrijke doodsoorzaken en gezondheidsdeterminanten. Daarna werd de methodologie van de socio-economische enquête toegelicht, de achtergrond van de gehanteerde indicatoren voorgesteld en werd de kwaliteit van de verzamelde informatie geëvalueerd.

Deze voorbereidende hoofdstukken maken het nu mogelijk om de resultaten van de diverse gezondheidsvragen uit de Census te interpreteren.

De resultaten worden achtereenvolgens voorgesteld met behulp van de indicatoren **ervaren gezondheid**, aanwezigheid van **chronische aandoeningen**, de met deze chronische aandoeningen gerelateerde **belemmeringen** en **bedlegerigheid**, en de samengestelde indicator **hulpbehoevendheid**. Deze laatste wordt, zoals eerder vermeld, berekend op basis van de antwoorden op de vraag naar aanwezigheid van chronische aandoeningen en de hierop aansluitende vragen naar belemmeringen en bedlegerigheid.

Elke indicator wordt geanalyseerd aan de hand van dezelfde vier tabellen: 1) een univariate verdeling naar verschillende socio-demografische variabelen met ruwe en gestandaardiseerde percentages; 2) de resultaten naar opleidingsniveau; 3) naar huishoudenspositie; en 4) de odds ratio's voor verschillende socio-demografische variabelen.

Voor elke gepresenteerde indicator worden de resultaten voorgesteld aan de hand van percentages. N of 'Aantal personen' vertegenwoordigt het totaal aantal valide observaties waarop dit percentage berekend werd, met andere woorden het totaal aantal respondenten dat de vraag beantwoordde. Het absolute aantal personen dat een bepaald antwoord gaf, wordt dus niet vermeld, maar kan aan de hand van het percentage en het vermelde totaal herberekend worden.

Wanneer **gestandaardiseerde cijfers** worden voorgesteld betekent dit dat voor elke subgroep van de resultaten het effect van een andere samenstelling naar leeftijd en geslacht wordt geneutraliseerd door de verdeling van leeftijd en geslacht van de volledige onderzoekspopulatie over te nemen. Zo wordt het effect van een verschillende samenstelling naar leeftijd en geslacht ongedaan gemaakt en is een directere vergelijking van de categorieën mogelijk.

De tabellen met de resultaten naar opleidingsniveau en huishoudenspositie zijn **gestratificeerd** naar leeftijd en geslacht omdat deze variabelen moeilijk te interpreteren vallen zonder informatie over leeftijd en geslacht. Hoewel een tachtigjarige weduwe die samenwoont met haar vijftigjarige zoon en een 25-jarige alleenstaande moeder dezelfde huishoudenspositie innemen, kennen beide immers een radicaal andere levenssituatie.

De op basis van een logistische regressie geschatte **odds ratio** (OR) wordt gebruikt om de sterkte van de associatie tussen de indicator en de socio-demografische variabelen weer te geven. In deze logistische regressie wordt een functie van de kans dat een bepaalde situatie voorkomt in een bepaalde categorie in relatie tot een referentiecategorie gemodelleerd. Bij de indicatoren waar meerdere antwoordmogelijkheden zijn, wordt de kans om in een hogere categorie terecht te komen gemodelleerd. Een OR van 2 wordt als volgt geïnterpreteerd: een individu dat zich in deze categorie bevindt heeft een dubbel zo grote kans op de gemodelleerde gebeurtenis als een individu in de referentiecategorie. Een OR van 0,5 betekent dan weer dat een individu in de desbetreffende categorie twee keer minder kans heeft op de gemodelleerde gebeurtenis dan een individu in de referentiecategorie.

Door meerdere socio-demografische variabelen in het regressiemodel op te nemen, wordt tevens gecontroleerd voor mogelijke versturende effecten van deze variabelen op de relatie tussen de afhankelijke variabele en een andere onafhankelijke variabele in het model. Een voorbeeld van een mogelijk versturend effect is het effect van leeftijd op de relatie tussen opleiding en gezondheid: omdat jongere leeftijdscohortes een hogere opleiding hebben maar eveneens gezonder zijn dan oudere leeftijdscohortes, wordt de analyse van het verband tussen opleiding en gezondheid bemoeilijkt.

Met andere woorden, door leeftijd in het model op te nemen kunnen we de relatie tussen opleiding en gezondheid weergeven met weglating van de invloed van de leeftijd. De gehanteerde modellering maakt dat alle bekomen odds ratio's voor de categorieën van een kenmerk rekening houden met de andere opgenomen socio-demografische variabelen.

In een perspectief van politieke actie, bieden odds ratio's het voordeel dat ze een effect modelleren onafhankelijk van de andere verklarende variabelen in het model. De impact van een politieke maatregel op de evolutie van de gezondheid van de Belgische bevolking kan bijgevolg directer worden ingeschat.

## 3.2 De ervaren gezondheid

In totaal rapporteert 25,1% van de Belgische bevolking, d.i. meer dan 2,25 miljoen personen, dat de ervaren gezondheid matig tot zeer slecht is. Dit is iets beter dan het Europese gemiddelde van 27,1% voor de periode 1997-2001, gerapporteerd in een overzicht van gezondheidsenquêtes.<sup>4</sup>

De proportie personen die de eigen gezondheid als (eerder) slecht evalueert is hoger bij vrouwen (27,1%) dan bij mannen (22,9%) (tabel 14). Na correctie voor de diverse socio-demografische variabelen valt dit verschil tussen vrouwen en mannen grotendeels weg ( $OR_{\text{vrouwen}}=1,04$ ;  $BI=1,04-1,05$  – tabel 17).

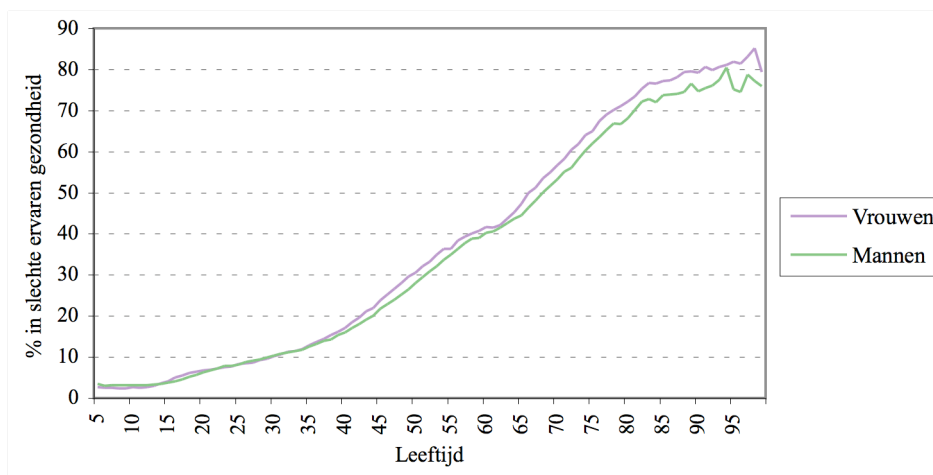
Het oorspronkelijke verschil tussen vrouwen en mannen is dan ook vooral toe te schrijven aan verschillen in de socio-demografische variabelen. Met name het feit dat de levensverwachting bij vrouwen een stuk hoger ligt dan bij mannen, en er dus relatief gezien meer oudere vrouwen zijn.

---

<sup>4</sup> [http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHITA/self/20041123\\_7](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHITA/self/20041123_7)



De evaluatie van de eigen gezondheid hangt nauw samen met de leeftijd; waar in de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar ‘slechts’ 6,1% van de populatie de eigen gezondheid als (eerder) slecht evalueert, stijgt dit percentage stelselmatig in de opeenvolgende oudere leeftijdscategorieën om uiteindelijk 54% te bedragen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar en 70,8% in de oudste leeftijdscategorie (75 jaar en ouder). Na correctie voor de socio-demografische variabelen blijven de verschillen tussen de diverse leeftijdscategorieën bestaan. Zo bedraagt de OR respectievelijk 10,91 (BI=10,78-11,04) en 19,58 (BI=19,33 – 19,82) bij een persoon in de leeftijdscategorie van 65-74 jaar en 75 jaar en ouder. Deze samenhang tussen de leeftijd en ervaren gezondheid kan zowel bij mannen als bij vrouwen teruggevonden worden. Reeds van in de jongere leeftijdsgroepen (40-45 jaar) is de proportie vrouwen die de eigen gezondheid als (eerder) slecht beschouwen hoger dan bij de mannen.



Figuur 15: Slecht ervaren gezondheid, naar geslacht en leeftijd

Er wordt een duidelijke samenhang vastgesteld tussen het genoten onderwijsniveau en de evaluatie van de eigen gezondheid. Waar de meerderheid (52%) van diegenen die enkel een diploma lager onderwijs hebben aangeeft de eigen gezondheid als (eerder) slecht te ervaren, zakt dit percentage over de verschillende andere onderwijscategorieën om in de hoogste onderwijscategorie nog 12,8% te bedragen. Na correctie voor de socio-demografische variabelen wordt het verschil afgezwakt maar blijft het heel uitgesproken. De kans dat een persoon met slechts een diploma lager onderwijs de eigen gezondheid als (eerder) slecht evalueert is aanzienlijk groter (OR=3,72; BI=3,70-3,75) dan voor iemand met een diploma hoger onderwijs. De verschillen tussen de diverse onderwijsniveaus kunnen deels verklaard worden door te wijzen op het feit dat het onderwijsniveau niet onafhankelijk is van de leeftijd: bij oudere personen kunnen relatief meer mensen teruggevonden worden met een eerder laag opleidingsniveau, terwijl bij jongeren relatief meer mensen teruggevonden kunnen worden met een eerder hoog onderwijsniveau.

Uit de naar leeftijd en geslacht gestratificeerde tabel (tabel 15) blijkt dat ook binnen één en dezelfde leeftijdscategorie verschillen in opleidingsniveau een effect hebben op de gerapporteerde gezondheidssituatie. Waar bij de 25- tot 44-jarige mannen die een diploma lager onderwijs behaalden 27,3% een slechte ervaren gezondheid heeft, is dit bij de mannen met een diploma hoger onderwijs 6,7%. Ook in de oudere leeftijdsgroepen blijven deze verschillen belangrijk: 36,2% van de vrouwen tussen 65 en 74 jaar met een diploma hoger onderwijs rapporteert een slechte ervaren gezondheid tegenover 61,6% bij diegenen met een diploma lager onderwijs.

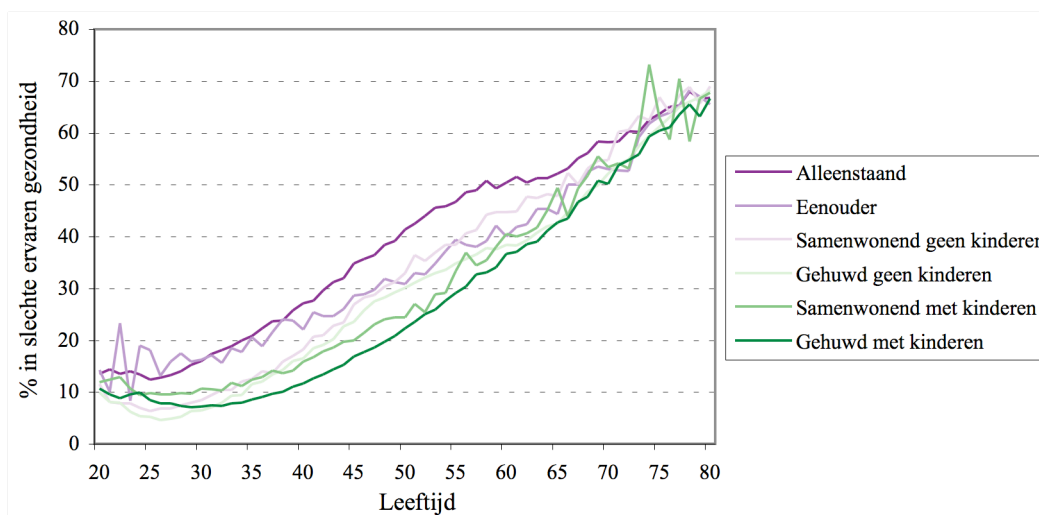
In de naar leeftijd en geslacht gestratificeerde tabel van huishoudensposities (tabel 16) zien we bij de 25- tot 44-jarige mannen dat alleenstaanden (21,0%) en alleenstaande ouders (22,4%) ongeveer dubbel zo vaak de eigen gezondheid als ‘slecht’ beoordelen ten opzichte van gehuwde en samenwonende

personen met of zonder kinderen (tussen de 10% en 13%). In de oudere leeftijdsgroepen vervlakken deze verschillen.

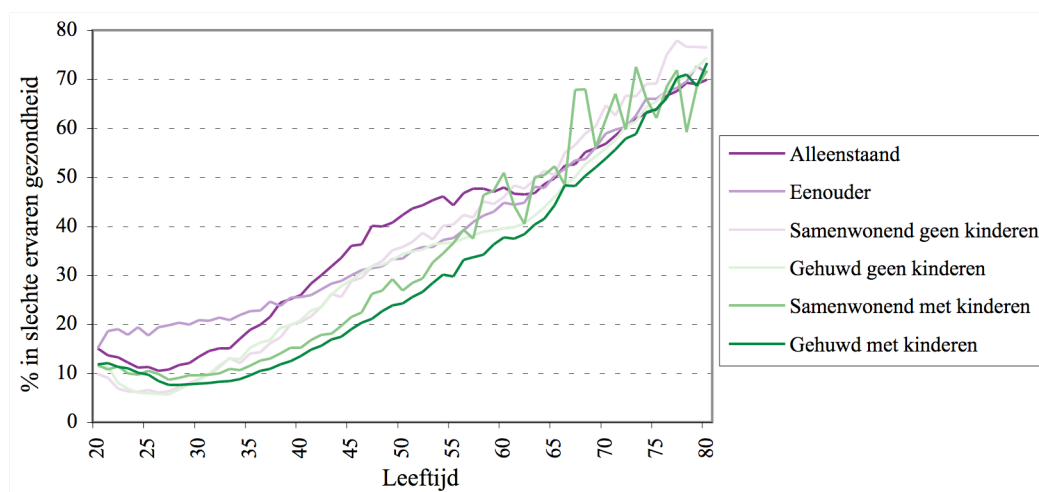
Bij de vrouwen tussen 25 en 44 zijn het ook de alleenstaanden (18,5%) en de alleenstaande ouders (23,9%) die vaker een slechtere gezondheidstoestand rapporteren. Een meer optimale gezondheidstoestand in deze leeftijdscategorie vinden we terug bij de vrouwen met de posities 'gehuwd met kinderen'(11,4%) en 'samenwonend zonder kinderen' (11,0%).

De prevalenties naar leeftijd van een slecht ervaren gezondheid voor alleenstaande mannen en vrouwen zijn vrijwel identiek. Ook bij gehuwde mannen en vrouwen met kinderen liggen de prevalenties dicht bij elkaar. Gehuwden met kinderen rapporteren het vaakst een goede gezondheid.

De relatie tussen gezondheid en huishoudenspositie is het resultaat van een complexe interactie waarin ook selectie-effecten een belangrijke rol spelen. Wie in slechte gezondheid verkeert zal bijvoorbeeld minder gemakkelijk een partnerrelatie (kunnen) aangaan. Jonge vrouwen in minder goede gezondheid zullen moeilijker kinderen krijgen. Omgekeerd zullen alleenstaande mannen wellicht minder aandacht besteden aan hun gezondheid of zullen alleenstaande ouders meer belast worden door de dubbele taak van kostwinner en ouder.



Figuur 16: Slecht ervaren gezondheid, naar huishoudenspositie en leeftijd, mannen



Figuur 17: Slecht ervaren gezondheid, naar huishoudenspositie en leeftijd, vrouwen

<b>Socio-demografische variabelen</b>	<b>Percentage</b>	<b>Gestand. percentage</b>	<b>Aantal personen</b>
<b>Geslacht</b>			
Mannen	22,95	24,26	4.408.249
Vrouwen	27,10	25,75	4.629.529
<b>Leeftijdsgroep</b>			
6-14	2,93	2,91	1.062.612
15-24	6,14	6,14	1.166.553
25-44	13,49	13,49	2.827.372
45-64	33,50	33,52	2.366.337
65-74	54,00	53,88	917.238
75+	70,83	70,24	697.666
<b>Opleidingsniveau</b>			
Lager onderwijs	52,05	34,40	1.555.124
Lager secundair	29,03	26,86	1.998.179
Hoger secundair	17,49	20,81	2.233.148
Hoger onderwijs	12,78	15,56	1.772.702
Onbekend	17,60	37,08	1.478.625
<b>Huishoudenspositie</b>			
Kind bij gehuwd paar	4,78	20,87	1.788.501
Kind bij samenwonend paar	4,83	25,56	107.737
Kind in een éénoudergezin	11,37	28,37	461.285
Alleenstaande	44,10	30,77	1.227.084
Gehuwd zonder kinderen	42,18	25,00	1.798.034
Gehuwd met kind(eren)	18,59	21,82	2.417.504
Samenwonend zonder kinderen	21,11	25,96	320.503
Samenwonend met kind(eren)	15,32	23,74	239.647
Ouder in een éénoudergezin	35,26	29,71	355.734
Inwonend in huishoudenstype 2-6	32,72	29,27	123.123
Andere positie	39,55	30,66	105.215
Collectief huishouden	67,22	40,13	93.411
<b>Gewest</b>			
Vlaams Gewest	22,15	22,10	5.334.376
Brussels Gewest	27,62	27,64	779.774
Waals Gewest	29,74	29,89	2.923.628
<b>Totaal</b>	<b>25,08</b>	<b>100,00</b>	<b>9.037.778</b>

Tabel 14: Slecht ervaren gezondheid volgens verschillende socio-demografische variabelen

Leeftijd	Opleidingsniveau	Mannen		Vrouwen	
		%	N	%	N
25-44	Lager onderwijs	27,34	107.463	30,11	105.619
	Lager secundair	18,07	316.068	21,34	262.920
	Hoger secundair	11,87	518.905	12,57	487.355
	Hoger onderwijs	6,70	444.412	6,75	518.877
	Onbekend	28,45	36.167	30,52	29.586
45-64	Lager onderwijs	46,65	257.637	47,40	291.750
	Lager secundair	34,40	321.768	35,97	345.920
	Hoger secundair	26,45	266.539	27,05	258.731
	Hoger onderwijs	18,41	271.918	20,40	229.597
	Onbekend	50,13	60.317	50,84	62.160
65-74	Lager onderwijs	58,39	165.390	61,59	219.390
	Lager secundair	50,12	94.522	52,15	123.430
	Hoger secundair	43,34	58.270	44,19	60.250
	Hoger onderwijs	34,06	51.936	36,24	35.439
	Onbekend	63,25	48.242	64,56	60.369
75+	Lager onderwijs	71,44	109.457	75,57	228.271
	Lager secundair	67,28	50.425	69,48	88.248
	Hoger secundair	60,62	32.277	62,49	40.516
	Hoger onderwijs	53,03	27.104	57,61	23.537
	Onbekend	75,40	34.619	78,03	63.212
<b>Totaal</b>		22,95	3.273.436	27,10	3.535.177

Tabel 15: Slecht ervaren gezondheid volgens opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

Huishouden- positie	6-14		15-24		25-44		45-64		65-74		75+	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Mannen</b>												
Kind bij gehuwd paar	2,66	412.613	4,71	399.351	12,13	147.415	32,92	9.507	-	-	-	-
Kind bij samenwonend paar	3,50	34.712	5,62	18.199	14,66	3.575	37,50	280	-	-	-	-
Kind in een éénoudergezin	5,34	85.593	7,51	92.807	19,59	57.244	39,61	22.296	54,20	679	-	-
Alleenstaande	-	-	13,78	28.729	21,04	229.034	44,25	164.686	57,39	61.589	68,01	56.676
Gehuwd zonder kinderen	-	-	6,27	6.634	10,52	113.067	35,77	365.731	50,67	269.868	67,07	147.453
Gehuwd met kind(eren)	-	-	9,67	4.290	10,37	633.639	24,78	500.493	49,22	53.908	65,18	17.834
Samenwonend zonder kinderen	-	-	7,76	17.199	10,90	92.504	37,14	36.315	55,02	10.379	69,17	5.057
Samenwonend met kind(eren)	-	-	11,19	4.922	12,78	88.676	26,48	24.162	52,47	1.115	66,57	353
Ouder in een éénoudergezin	-	-	15,41	266	22,43	17.398	34,44	27.849	52,85	6.407	68,80	6.254
Inwonend in huishoudtype 2 tot 6	4,05	8.200	7,03	11.486	12,52	16.719	41,78	7.953	59,36	4.468	72,42	5.076
Andere positie	7,67	1.681	10,36	6.342	19,08	18.722	42,42	12.531	56,80	5.567	71,69	4.211
Collectief huishouden	5,91	558	16,73	1.231	34,93	5.022	58,85	6.376	66,61	4.352	76,23	10.939
<b>Vrouwen</b>												
Kind bij gehuwd paar	2,22	394.983	4,56	349.109	11,75	71.112	35,65	4.368	-	-	-	-
Kind bij samenwonend paar	2,95	33.427	6,35	15.393	14,42	1.873	35,16	256	-	-	-	-
Kind in een éénoudergezin	4,57	80.767	8,01	80.750	18,59	28.570	38,99	11.818	50,71	700	-	-
Alleenstaande	-	-	13,05	25.161	18,49	124.729	44,72	167.717	57,32	152.243	70,92	216.520
Gehuwd zonder kinderen	-	-	7,78	19.040	13,48	112.927	37,66	416.311	54,44	245.228	71,37	101.775
Gehuwd met kind(eren)	-	-	10,90	16.295	11,41	725.522	26,23	416.793	51,83	38.109	70,07	10.621
Samenwonend zonder kinderen	-	-	7,66	33.360	11,03	77.621	38,85	34.182	60,34	9.133	76,41	4.753
Samenwonend met kind(eren)	-	-	10,71	10.355	12,11	93.338	28,39	15.509	60,63	790	73,54	427
Ouder in een éénoudergezin	-	-	18,33	6.897	23,87	142.017	35,66	94.786	57,51	25.907	72,75	27.953
Inwonend in huishoudtype 2 tot 6	3,56	7.980	7,38	12.617	12,44	13.533	47,59	7.768	64,35	7.309	80,49	20.014
Andere positie	5,76	1.581	9,34	5.062	17,93	10.398	44,52	12.836	57,10	10.738	73,90	15.546
Collectief huishouden	6,00	517	14,84	1.058	33,57	2.717	49,52	5.814	61,38	8.693	79,10	46.134

Tabel 16: Slecht ervaren gezondheid, volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

<b>Socio-demografische variabelen</b>	<b>Odds ratio</b>	<b>95% betrouwbaarheidsinterval</b>
<b>Geslacht</b>		
Mannen	1,00	-
Vrouwen	1,04	1,04-1,05
<b>Leeftijdscategorie</b>		
15-24	1,00	-
25-44	2,58	2,55-2,61
45-64	6,42	6,35-6,49
65-74	10,91	10,78-11,04
75+	19,58	19,34-19,82
<b>Onderwijsniveau</b>		
Lager onderwijs	3,73	3,70-3,75
Lager secundair	2,45	2,44-2,68
Hoger secundair	1,70	1,69-1,71
Hoger onderwijs	1,00	-
<b>Huishoudenspositie</b>		
Kind bij gehuwd paar	0,98	0,97-0,99
Kind bij samenwonend paar	1,02	0,98-1,06
Kind in een éénooudergezin	1,56	1,54-1,58
Alleenstaande	1,84	1,83-1,85
Gehuwd zonder kinderen	1,42	1,42-1,43
Gehuwd met kind(eren)	1,00	-
Samenwonend zonder kinderen	1,34	1,33-1,36
Samenwonend met kind(eren)	1,05	1,04-1,06
Ouder in een éénooudergezin	1,69	1,67-1,70
Inwonend in huishoudenstype 2-6	1,57	1,57-1,60
Andere positie	1,75	1,72-1,78
Collectief huishouden	2,58	2,54-2,62
<b>Gewest</b>		
Vlaams Gewest	1,00	-
Brussels Gewest	1,47	1,46-1,48
Waals Gewest	1,67	1,66-1,68

Tabel 17: Odds ratio's voor een slechte ervaren gezondheid

Opvallend is de zeer slechte gezondheidstoestand van moeders in monoparentale huishoudens. Ze rapporteren tot op oudere leeftijd (65-74 jaar) een slechtere gezondheid dan gehuwde vrouwen met kinderen. Op jonge leeftijd is er wellicht sprake van een selectie-effect. Vrouwen die behoren tot een sociaal-economische zwakkere groep hebben zowel een hogere kans om alleenstaande te zijn als om een slechtere gezondheidssituatie te rapporteren. Daarbovenop komt de vaak moeilijke sociale en economische situatie van veel alleenstaande moeders. Pas boven de 38 jaar daalt de proportie in minder dan goede gezondheid onder die van de alleenstaanden. De compositie van alleenstaande

moeders naar socio-economische status en ook naar gezondheid verschuift op oudere leeftijd geleidelijk naar het bevolkingsgemiddelde.

Zowel bij mannen als vrouwen stellen we vast dat personen met een huishoudenspositie van ‘kind in een éénoudergezin’ frequenter een slechte gezondheid rapporteren dan kinderen in de andere familiesituaties (gehuwd paar, samenwonend paar). Deze trend is aanwezig in alle leeftijdscategorieën. In het algemeen zien we dat de verschillen in gezondheid tussen de huishoudensposities afnemen naarmate de leeftijd stijgt.

Inwoners van het Waals Gewest (29,7%) geven relatief meer dan inwoners van het Brussels Gewest (27,6%) en inwoners van het Vlaams Gewest (22,2%) aan de eigen gezondheid als (eerder) slecht te evalueren. Ook na correctie voor de socio-demografische variabelen blijven de verschillen tussen de diverse gewesten bestaan ( $OR_{\text{Brussels Gewest}}=1,46$ ;  $BI=1,46-1,48$  en  $OR_{\text{Waals Gewest}}=1,67$ ;  $BI=1,66-1,68$ ).

### 3.3 De aanwezigheid van chronische aandoeningen

Meer dan één vijfde van de 8.576.469 individuen die een valide antwoord gaven op de vraag naar chronische aandoeningen, vermeldt te lijden aan één of meerdere langdurige ziekten, handicaps of aandoeningen.

De proportie personen die aangeeft te lijden aan één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps (voortaan: chronische aandoeningen) is enigszins hoger bij vrouwen (22,2%) dan bij mannen (20,8%) (tabel 18). Dit verschil tussen vrouwen en mannen is vooral toe te schrijven aan het feit dat er proportioneel gezien meer oudere vrouwen zijn. Na controle voor de diverse socio-demografische kenmerken valt het onderscheid tussen vrouwen en mannen bijna helemaal weg ( $OR$  voor vrouwen: 0,93  $BI=0,93-0,94$ ; tabel 21) en rapporteren vrouwen zelfs minder chronische aandoeningen.

Het voorkomen van een chronische aandoening verschilt sterk tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Waar voor 5,1% van de jongste leeftijdsgroep (6-14 jaar) wordt gerapporteerd dat ze een chronische aandoening hebben, neemt dit percentage stelselmatig toe naarmate de leeftijd stijgt. In de oudste leeftijdsgroep (75+) lijdt maar liefst 55,0% van de bevolking aan één of meerdere langdurige ziektes, aandoeningen of handicaps ( $OR_{75+ \text{ vs } 15-24}=9,99$ ;  $BI=9,90-10,11$ ).

Het opleidingsniveau is sterk gecorreleerd met de aanwezigheid van langdurige aandoeningen. De proportie personen die een chronische aandoening vermeldt, is respectievelijk 39,9% (lager onderwijs), 24,3% (lager middelbaar), 16,45% (hoger middelbaar) en 13,6% (hoger onderwijs). Dit verschil blijft bestaan na correctie voor andere socio-demografische variabelen. Zo is de  $OR$  voor het rapporteren van chronische aandoeningen door personen met een opleiding lager onderwijs 2,24 ( $BI=2,20-2,26$ ) in vergelijking met personen met een opleiding hoger onderwijs. De naar leeftijd en geslacht gestratificeerde gegevens bevestigen dat ook binnen dezelfde leeftijdscategorie het onderwijsniveau sterk samenhangt met de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Bijvoorbeeld in de leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar rapporteren personen met een diploma lager onderwijs (mannen: 38,1%; vrouwen: 35,0%) ongeveer dubbel zo vaak een slechte gezondheid als personen met een diploma hoger onderwijs (mannen: 18,5%; vrouwen: 19,9%) (tabel 19).

Alleenstaanden en ouders in een éénoudergezin lijden het vaakst aan een chronische aandoening. Vooral in de leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar zijn deze verschillen uitgesproken. Waar 21,9% van de gehuwde mannen met kinderen een aandoening rapporteert, loopt dit op tot 37,4% bij alleenstaande mannen. Bij vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie observeren we een gelijkaardig verschil: 21,1% bij de gehuwde vrouwen met kinderen tegenover 36,0% bij de alleenstaanden (tabel 20).

<b>Socio-demografische variabelen</b>	<b>Percentage</b>	<b>Gestandaard. percentage</b>	<b>Aantal personen</b>
<b>Geslacht</b>			
Mannen	20,79	21,69	4.201.092
Vrouwen	22,18	21,23	4.375.347
<b>Leeftijdsgroep</b>			
6-14	5,11	5,08	989.376
15-24	7,50	7,49	1.107.240
25-44	13,42	13,40	2.727.773
45-64	27,91	27,90	2.249.732
65-74	42,04	42,04	848.109
75+	54,98	54,60	654.209
<b>Opleidingsniveau</b>			
Lager onderwijs	39,93	27,29	1.463.784
Lager secundair	24,38	22,22	1.892.895
Hoger secundair	16,45	18,55	2.147.373
Hoger onderwijs	13,63	15,45	1.731.192
Onbekend	15,56	32,30	1.341.195
<b>Huishoudenspositie</b>			
Kind bij gehuwd paar	6,89	18,55	1.688.680
Kind bij samenwonend paar	6,86	27,63	100.004
Kind in een éénoudergezin	12,60	25,81	432.570
Alleenstaande	35,18	25,65	1.163.196
Gehuwd zonder kinderen	33,82	21,05	1.688.869
Gehuwd met kind(eren)	16,41	18,07	2.319.557
Samenwonend zonder kinderen	19,18	22,16	308.026
Samenwonend met kind(eren)	14,01	19,73	230.601
Ouder in een éénoudergezin	27,15	23,34	338.690
Inwonend in huishoudenstype 2-6	28,31	25,44	115.769
Andere positie	32,43	25,85	98.884
Collectief huishouden	62,28	46,45	91.593
<b>Gewest</b>			
Vlaams Gewest	19,70	19,70	5.086.912
Brussels Gewest	22,18	22,12	736.474
Waals Gewest	24,65	24,68	2.753.053
<b>Totaal</b>	<b>21,50</b>	<b>100,00</b>	<b>8.576.439</b>

Tabel 18: Chronische aandoeningen naar socio-demografische variabelen



Leeftijd	Opleidingsniveau	Mannen		Vrouwen	
		%	N	%	N
25-44	Lager onderwijs	24,33	102.196	23,00	99.785
	Lager secundair	17,55	302.105	17,52	249.216
	Hoger secundair	13,06	502.789	12,30	469.686
	Hoger onderwijs	8,76	436.824	8,57	506.423
	Onbekend	28,53	32.513	27,09	26.236
45-64	Lager onderwijs	38,10	243.138	35,04	272.399
	Lager secundair	29,97	307.677	28,29	326.278
	Hoger secundair	24,01	258.800	22,98	247.349
	Hoger onderwijs	18,51	267.470	19,89	222.217
	Onbekend	42,08	52.404	39,70	52.000
65-74	Lager onderwijs	45,12	154.129	44,41	204.098
	Lager secundair	40,99	89.705	40,07	115.016
	Hoger secundair	37,22	56.170	36,15	56.190
	Hoger onderwijs	32,96	50.990	33,27	33.620
	Onbekend	51,21	39.806	49,48	48.385
75+	Lager onderwijs	54,12	103.877	56,91	218.912
	Lager secundair	52,91	48.229	53,53	83.970
	Hoger secundair	49,32	30.968	49,99	38.047
	Hoger onderwijs	45,45	26.471	48,79	22.357
	Onbekend	60,95	28.725	63,98	52.653
Totaal		20,79	3.134.986	22,18	3.344.837

Tabel 19: Chronische aandoeningen naar opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

In totaal gaven 24,7% van de inwoners van het Waals Gewest aan te lijden aan een langdurige aandoening, ziekte of handicap. Dit is beduidend meer dan in het Vlaams Gewest (19,7%). In het Brussels Gewest observeren we een waarde (22,2%) die dicht tegen het Belgisch gemiddelde ligt (21,5%): OR=1,17 (BI=1,16-1,17). De OR voor een chronische aandoening in het Waals Gewest is 1,37 (BI=1,37-1,38) in vergelijking met het Vlaams Gewest.

Huishouden- positie	6-14		15-24		25-44		45-64		65-74		75+	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Mannen</b>												
Kind bij gehuwd paar	5,35	385.532	6,73	378.751	14,47	141.268	32	9.016	-	-	-	-
Kind bij samenwonend paar	6,31	31.877	7,51	17.100	17,13	3.416	35,38	260	-	-	-	-
Kind in een éénoudergezin	8,04	78.737	9,16	87.377	20,57	54.678	36,11	21.206	43,95	628	-	-
Alleenstaande	-	-	13	27.441	19,65	221.431	37,38	158.334	46,37	58.176	51,97	53.674
Gehuwd zonder kinderen	-	-	7,31	6.376	11,72	110.044	30,91	348.526	41,02	251.122	52,54	137.456
Gehuwd met kind(eren)	-	-	9,03	4.074	11,16	614.232	21,89	481.380	39,49	50.461	51,18	16.704
Samenwonend zonder kinderen	-	-	9,37	16.581	12,58	89.976	31,74	34.774	44,09	9.660	54,65	4.701
Samenwonend met kind(eren)	-	-	10,43	4.658	13,17	85.775	23,53	23.288	43,80	1.048	52,74	328
Ouder in een éénoudergezin	-	-	13,60	250	19,91	16.744	28,54	26.952	41,06	6.116	52,87	5.958
Inwonend in huishoudtype 2 tot 6	6,05	7.402	8,78	10.714	13,75	15.957	38,25	7.626	47,10	4.168	57,62	4.750
Andere positie	8,84	1.528	10,43	5.975	18,30	17.861	36,22	11.867	44,60	5.117	54,98	3.916
Collectief huishouden	11,69	539	23,79	1.194	48,88	5.045	66,77	6.260	63,90	4.277	65,85	10.758
<b>Vrouwen</b>												
Kind bij gehuwd paar	3,94	369.498	6,30	331.827	14,49	68.604	35,17	4.145	-	-	-	-
Kind bij samenwonend paar	4,63	30.800	7,40	14.490	16,50	1.806	31,33	233	-	-	-	-
Kind in een éénoudergezin	6,08	74.340	8,73	76.280	19,99	27.490	35,96	11.123	42,12	660	-	-
Alleenstaande	-	-	11,98	24.131	18,16	120.599	36,14	158.104	42,65	139.337	52,87	201.969
Gehuwd zonder kinderen	-	-	7,83	18.348	13,24	109.348	29,63	389.514	41,12	223.991	54,63	94.144
Gehuwd met kind(eren)	-	-	7,40	15.537	10,69	697.366	21,06	394.967	38,69	35.023	54,11	9.813
Samenwonend zonder kinderen	-	-	8,75	32.146	12,16	75.195	30,86	32.219	45,46	8.388	59,69	4.386
Samenwonend met kind(eren)	-	-	8,13	9.844	10,88	89.741	22,21	14.804	45,86	713	57,71	402
Ouder in een éénoudergezin	-	-	11,35	6.530	18,36	135.628	27,27	90.099	42,07	24.024	56,58	26.389
Inwonend in huishoudtype 2 tot 6	4,71	7.183	7,23	11.820	11,86	12.880	39,03	7.382	49,22	6.851	66,22	19.036
Andere positie	6,21	1.465	9,19	4.775	16,38	10.008	35,78	12.025	44,34	9.815	58,41	14.532
Collectief huishouden	9,89	475	20,96	1.021	45,77	2.681	56,56	5.628	57,04	8.482	67,93	45.233

Tabel 20: Chronische aandoeningen naar huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

Socio-demografische variabelen	Odds ratio	95% betrouwbaarheidsinterval
<b>Geslacht</b>		
Mannen	1,00	-
Vrouwen	0,93	0,93-0,94
<b>Leeftijdscategorie</b>		
15-24	1,00	-
25-44	2,26	2,24-2,27
45-64	4,70	4,65-4,75
65-74	6,86	6,78-6,94
75+	9,99	9,87-10,11
<b>Onderwijsniveau</b>		
Lager onderwijs	2,25	2,24-2,265
Lager secundair	1,765	1,755-1,775
Hoger secundair	1,39	1,38-1,40
Hoger onderwijs	1,00	-
<b>Huishoudenspositie</b>		
Kind bij gehuwd paar	1,20	1,19-1,21
Kind bij samenwonend paar	1,23	1,18-1,275
Kind in een éénoudergezin	1,66	1,64-1,68
Alleenstaande	1,70	1,69-1,71
Gehuwd zonder kinderen	1,40	1,39-1,40
Gehuwd met kind(eren)	1,00	-
Samenwonend zonder kinderen	1,37	1,36-1,39
Samenwonend met kind(eren)	1,04	1,03-1,055
Ouder in een éénoudergezin	1,48	1,465-1,49
Inwonend in huishoudenstype 2-6	1,63	1,60-1,66
Andere positie	1,66	1,64-1,69
Collectief huishouden	3,11	3,06-3,16
<b>Gewest</b>		
Vlaams Gewest	1,00	-
Brussels Gewest	1,17	1,16-1,17
Waals Gewest	1,37	1,37-1,38

Tabel 21: Odds ratio's voor chronische aandoeningen

### 3.4 Belemmeringen in dagelijkse bezigheden

Van de personen die aangaven te lijden aan een langdurige aandoening, ziekte of handicap gaf 40,2% aan voortdurend belemmerd te zijn in hun dagelijkse bezigheden omwille van deze aandoening. Dit percentage ligt iets hoger bij de vrouwen (41,9%), dan bij de mannen (38,3%) (tabel 22). Ook na correctie voor de andere socio-demografische variabelen zien we dat vrouwen deze belemmeringen frequenter rapporteren (OR=1,12; BI=1,11-1,13 – tabel 25). De verschillen tussen de leeftijdscategorieën zijn sterk uitgesproken. Bij personen die last hebben van chronische aandoeningen geeft 27,7% van de jongste leeftijdscategorie aan voortdurend belemmerd te zijn. Dit percentage is 21,1% in de volgende leeftijdsgroep (15-24) en neemt dan toe in elk volgende leeftijdscategorie tot een proportie van 57,4% in de oudste leeftijdscategorie. Dit leeftijdseffect blijft overeind na controle voor de andere socio-demografische variabelen: in vergelijking met de leeftijd 15-24 jaar is de OR respectievelijk 2,46 (BI=2,42-2,49), 2,46 (BI=2,42-2,51) en 4,12 (BI=4,04-4,12) in de leeftijdsgroepen 45-64 en 65-74 en 75+ jaar.

Terwijl 24,3% van de personen met een opleiding hoger onderwijs aangeven voortdurend belemmerd te zijn omwille van chronische aandoeningen, neemt het voorkomen van deze beperkingen toe tot 50,1% bij personen in laagste opleidingscategorie. Na correctie voor de andere socio-demografische variabelen blijft dit verschil belangrijk:  $OR_{\text{diploma lager onderwijs -vs- hoger onderwijs}}=2.86$  (BI=2,83-2,89).

Personen die alleen wonen en alleenstaande ouders rapporteren niet enkel vaker chronische aandoeningen, deze aandoeningen blijken ook meer hinder met zich mee te brengen. 29,1% van de 25-tot 44-jarige alleenstaande vrouwen met een chronische aandoening heeft voortdurend last hiervan. Ditzelfde percentage bedraagt 32,4% bij alleenstaande moeders, maar slechts 22,5% bij samenwonende vrouwen zonder kinderen en 26,4% bij gehuwde vrouwen met kinderen.

Er bestaan substantiële verschillen tussen de gewesten in de prevalentie van beperkingen als gevolg van chronische aandoeningen. Terwijl in het Vlaams Gewest 36,4% van de bevolking rapporteert voortdurend belemmerd te worden door een aanwezige chronische aandoening, bedraagt dit percentage 39,4% in het Brussels Gewest (OR=1,18; BI=1,16-1,19) en 45,9% in het Waals Gewest (OR=1,53; BI=1,52-1,54).

Socio-demografische variabelen	Voortdurend		Af en toe		Zelden of nooit		Aantal personen
	%	St%*	%	St%*	%	St%*	
<b>Geslacht</b>							
Mannen	38,33	39,35	45,17	44,70	16,51	15,94	814.799
Vrouwen	41,92	40,59	46,56	47,36	11,52	12,04	903.089
<b>Leeftijdsgroep</b>							
6-14	27,67	27,37	46,10	46,23	26,23	26,39	45.337
15-24	21,12	20,94	50,12	50,38	28,76	28,66	76.895
25-44	29,18	29,23	50,95	51,16	19,87	19,60	341.955
45-64	39,05	39,00	48,10	48,28	12,84	12,71	588.420
65-74	42,54	42,52	46,07	46,03	11,39	11,43	332.516
75+	57,41	56,44	35,64	36,10	6,95	7,44	332.765
<b>Opleidingsniveau</b>							
Lager onderwijs	50,14	47,05	42,03	41,81	7,83	8,48	542.974
Lager secundair	39,45	39,35	48,41	46,50	12,14	11,49	432.789
Hoger secundair	31,52	34,70	50,27	46,99	18,21	15,64	331.982
Hoger onderwijs	24,31	27,56	48,41	45,96	27,28	23,83	222.440
Onbekend	47,49	52,48	40,61	39,06	11,89	8,45	187.703
<b>Huishoudenspositie</b>							
Kind bij gehuwd paar	29,30	41,42	44,91	29,91	25,79	9,23	42.920
Kind bij samenwonend paar	26,88	47,95	48,68	33,36	24,44	11,89	2.578
Kind in een éénuoudergezin	34,97	47,68	47,03	38,37	18,01	13,93	19.100
Alleenstaande	46,35	39,52	44,35	45,19	9,29	12,63	230.505
Gehuwd zonder kinderen	41,57	37,23	48,23	46,20	10,20	13,92	256.816
Gehuwd met kind(eren)	32,12	36,68	53,45	46,49	14,42	14,17	165.995
Samenwonend zonder kinderen	33,54	37,84	51,04	46,07	15,42	13,44	26.457
Samenwonend met kind(eren)	28,25	39,23	55,77	45,97	15,97	12,15	13.421
Ouder in een éénuoudergezin	41,73	41,34	48,65	45,18	9,62	10,83	69.752
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	65,87	54,34	28,05	35,36	6,07	10,29	19.772
Andere positie	53,73	45,58	38,10	42,31	8,18	12,09	17.842
Collectief huishouden	71,94	63,94	23,49	27,52	4,57	8,53	37.931
<b>Gewest</b>							
Vlaams Gewest	36,43	36,35	48,08	48,14	15,49	15,50	930.419
Brussels Gewest	39,39	39,54	44,94	44,80	15,67	15,65	151.288
Waals Gewest	45,94	45,98	34,64	42,87	29,65	11,13	636.181
<b>Totaal</b>	40,21		45,90		13,89		1.717.888

\* St% : gestandaardiseerd percentage

Tabel 22: Belemmering in de dagelijkse activiteit omwille van chronische aandoeningen, volgens verschillende socio-demografische variabelen

Leeftijd	Opleidingsniveau	Mannen				Vrouwen			
		Voortdurend	Af en toe	Zelden tot nooit	Aantal personen	Voortdurend	Af en toe	Zelden tot nooit	Aantal personen
25-44	Lager onderwijs	46,15	41,99	11,86	22.932	44,49	46,58	8,93	21.103
	Lager secundair	31,97	52,32	15,71	49.830	34,65	54,46	10,89	40.677
	Hoger secundair	24,69	52,44	22,86	61.972	27,22	55,92	16,86	54.031
	Hoger onderwijs	14,36	45,52	40,12	36.217	16,79	54,38	28,84	40.679
	Onbekend	52,82	35,83	11,35	8.175	53,97	36,33	9,70	6.339
45-64	Lager onderwijs	47,19	43,83	8,99	86.371	43,42	48,54	8,04	88.710
	Lager secundair	40,42	47,27	12,31	87.224	38,43	51,58	9,99	86.843
	Hoger secundair	34,74	47,36	17,90	58.795	34,82	52,32	12,86	53.430
	Hoger onderwijs	25,51	45,67	28,81	46.842	27,54	54,51	17,95	41.625
	Onbekend	52,21	40,09	7,70	19.905	48,44	44,19	7,37	18.675
65-74	Lager onderwijs	45,50	44,94	9,56	64.674	46,32	45,73	7,95	84.512
	Lager secundair	40,33	45,96	13,71	34.606	39,98	49,15	10,87	43.271
	Hoger secundair	36,76	44,97	18,27	19.688	36,81	49,84	13,35	19.085
	Hoger onderwijs	28,41	44,05	27,54	15.962	31,33	51,38	17,29	10.582
	Onbekend	49,73	42,02	8,25	18.398	47,69	44,81	7,51	21.738
75+	Lager onderwijs	55,15	37,77	7,09	51.884	62,82	32,63	4,55	115.900
	Lager secundair	50,44	39,59	9,98	23.642	56,36	37,13	6,51	41.976
	Hoger secundair	46,98	39,40	13,62	14.248	52,66	39,07	8,28	17.691
	Hoger onderwijs	44,28	36,49	19,23	11.208	49,17	40,38	10,44	10.217
	Onbekend	56,87	36,89	6,24	15.509	63,01	32,06	4,92	30.490
<b>Totaal</b>		38,33	45,17	16,51	814.799	41,92	46,56	11,52	847.574

Tabel 23: Belemmering in de dagelijkse activiteit omwille van chronische aandoeningen naar opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

Huishouden- positie	6-14				15-24				25-44				45-64				65-74				75+				
	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	
<b>Mannen</b>																									
Kind bij gehuwd paar	28,64	44,62	26,74	18.678	23,27	45,04	31,69	23.694	39,14	39,59	21,27	19.041	48,93	38,38	12,69	2.655	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kind bij samenwonend paar	29,22	45,30	25,49	1.797	24,72	46,81	28,46	1.177	40,44	39,15	20,40	544	45,45	42,05	12,50	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kind in een éénoudergezin	28,01	49,56	22,44	5.656	24,53	48,84	26,63	7.387	41,38	41,48	17,13	10.400	47,89	39,86	12,24	7.097	48,24	40,39	11,37	255	-	-	-	-	-
Alleenstaande	-	-	-	-	19,14	54,46	26,40	3.349	29,74	50,31	19,95	40.826	42,17	45,03	12,80	55.389	42,75	43,73	13,53	25.039	50,39	39,50	10,11	25.649	
Gehuwd zonder kinderen	-	-	-	-	13,32	55,37	31,31	428	22,66	50,63	26,72	12.169	40,13	45,92	13,95	101.340	40,68	45,60	13,72	96.247	50,55	39,48	9,97	66.416	
Gehuwd met kind(eren)	-	-	-	-	24,17	50,15	25,68	331	23,97	51,33	24,70	64.324	35,31	47,17	17,52	99.115	41,85	45,09	13,06	18.578	52,30	38,03	9,67	7.857	
Samenwonend zonder kinderen	-	-	-	-	16,56	53,59	29,84	1.461	20,50	51,58	27,91	10.730	41,47	45,78	12,75	10.396	43,26	45,48	11,26	3.960	50,13	40,42	9,45	2.318	
Samenwonend met kind(eren)	-	-	-	-	16,96	61,01	22,03	454	24,69	54,14	21,18	10.625	37,02	47,05	15,92	5.194	45,54	41,55	12,91	426	51,28	42,31	6,41	156	
Ouder in een éénoudergezin	-	-	-	-	24,24	54,55	21,21	33	36,55	48,84	14,60	3.116	39,16	46,69	14,15	7.230	43,47	44,97	11,56	2.326	56,52	35,99	7,49	2.912	
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	37,03	39,80	23,17	397	26,30	48,78	24,91	863	39,62	42,19	18,18	2.024	58,09	32,41	9,50	2.675	52,38	38,86	8,76	1.804	67,60	27,44	4,96	2.500	
Andere positie	30,70	48,25	21,05	114	20,87	49,74	29,39	575	32,19	47,96	19,85	3.038	45,10	43,03	11,88	4.000	46,50	41,27	12,24	2.084	58,42	33,94	7,64	1.977	
Collectief huishouden	-	-	-	-	41,29	39,39	19,32	264	56,84	31,15	12,01	2.289	65,61	25,95	8,44	3.958	65,79	26,13	8,08	2.599	69,69	24,33	5,97	6.695	
<b>Vrouwen</b>																									
Kind bij gehuwd paar	25,85	45,35	28,80	13.016	20,01	50,26	29,73	19.344	48,72	35,30	15,98	9.201	63,14	29,46	7,40	1.351	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kind bij samenwonend paar	26,08	48,39	25,52	1.246	18,96	54,23	26,81	981	48,55	34,42	17,03	276	63,24	33,82	2,94	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kind in een éénoudergezin	26,13	51,76	22,11	3.957	20,84	55,00	24,16	6.105	45,71	39,82	14,46	5.040	52,12	38,86	9,03	3.734	45,85	45,85	8,30	253	-	-	-	-	-
Alleenstaande	-	-	-	-	15,50	58,20	26,30	2.677	29,08	52,44	18,48	20.499	40,67	49,25	10,08	53.255	42,03	48,01	9,97	55.282	56,26	37,62	6,12	98.792	
Gehuwd zonder kinderen	-	-	-	-	15,19	55,61	29,19	1.336	27,73	53,46	18,81	13.624	38,22	51,24	10,54	108.170	41,54	48,40	10,05	86.068	53,93	39,36	6,71	47.618	
Gehuwd met kind(eren)	-	-	-	-	20,58	58,35	21,07	1.030	26,38	55,91	17,71	69.510	34,18	53,19	12,63	77.880	42,61	47,49	9,90	12.626	56,01	37,30	6,69	4.949	
Samenwonend zonder kinderen	-	-	-	-	11,64	59,28	29,07	2.628	22,53	54,02	23,46	8.577	39,72	50,71	9,56	9.317	44,80	47,24	7,97	3.527	56,31	38,25	5,44	2.408	
Samenwonend met kind(eren)	-	-	-	-	15,44	61,74	22,82	745	25,23	57,05	17,72	9.062	35,28	53,70	11,02	3.095	53,09	39,74	7,17	307	64,15	33,49	2,36	212	
Ouder in een éénoudergezin	-	-	-	-	18,91	61,57	19,52	661	32,42	55,98	11,60	23.002	37,49	51,68	10,82	22.839	45,66	45,68	8,65	9.406	62,61	32,86	4,53	13.844	
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	33,67	40,74	25,59	297	22,39	49,94	27,67	777	38,89	43,15	17,96	1.409	55,97	37,23	6,80	2.646	56,66	36,97	6,37	3.108	77,68	19,90	2,42	11.535	
Andere positie	-	-	-	-	23,57	51,12	25,31	403	35,74	49,64	14,63	1.511	45,46	44,63	9,91	4.006	47,93	42,76	9,31	4.039	66,16	29,38	4,46	7.804	
Collectief huishouden	-	-	-	-	47,40	31,25	21,35	192	60,55	30,14	9,30	1.118	64,51	28,68	6,81	2.922	64,09	29,20	6,71	4.562	74,55	21,76	3,69	29.096	

\* 1: voortdurend; 2: af en toe; 3: niet of zelden

Tabel 24: Belemmering in de dagelijkse activiteit omwille van chronische aandoeningen volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

<b>Socio-demografische variabelen</b>	<b>Odds ratio</b>	<b>95% betrouwbaarheidsinterval</b>
<b>Geslacht</b>		
Mannen	1,00	-
Vrouwen	1,12	1,11-1,13
<b>Leeftijdscategorie</b>		
15-24	1,00	-
25-44	2,14	2,01-2,18
45-64	3,09	3,03-3,15
65-74	3,07	3,01-3,14
75+	4,98	4,88-5,08
<b>Onderwijsniveau</b>		
Lager onderwijs	2,83	2,80-2,86
Lager secundair	2,17	2,15-2,20
Hoger secundair	1,70	1,68-1,71
Hoger onderwijs	1,00	-
<b>Huishoudenspositie</b>		
Kind bij gehuwd paar	1,42	1,40-1,45
Kind bij samenwonend paar	1,34	1,24-1,43
Kind in een éénooudergezin	1,55	1,51-1,58
Alleenstaande	1,16	1,15-1,17
Gehuwd zonder kinderen	1,06	1,05-1,07
Gehuwd met kind(eren)	1,00	-
Samenwonend zonder kinderen	1,02	1,00-1,04
Samenwonend met kind(eren)	0,99	0,97-1,01
Ouder in een éénooudergezin	1,22	1,21-1,24
Inwonend in huishoudenstype 2-6	1,98	1,93-2,04
Andere positie	1,39	1,35-1,42
Collectief huishouden	2,55	2,49-2,60
<b>Gewest</b>		
Vlaams Gewest	1,00	-
Brussels Gewest	1,18	1,16-1,19
Waals Gewest	1,53	1,52-1,54

Tabel 25: *Odds ratio's voor belemmering in de dagelijkse activiteit ten gevolge van chronische aandoeningen*



### 3.5 Bedlegerigheid ten gevolge van chronische aandoeningen

De personen die een langdurige aandoening, ziekte of handicap rapporteerden, werd gevraagd in welke mate dit bedlegerigheid met zich meebracht. Terwijl 31,3% van de mannen aangeeft voortdurend of af en toe bedlegerig te zijn, bedraagt dit percentage 39,5% bij de Belgische vrouwelijke bevolking (tabel 26). Dit verschil tussen de 2 geslachten, nl. een grotere proportie van bedlegerigheid bij vrouwen, blijft overeind na controle voor de andere beschouwde socio-demografische variabelen (OR=1,3; BI=1,3-1,3 – tabel 29).

Terwijl in de twee jongste leeftijdscategorieën (6-14 en 15-24) de proportie van personen die voortdurend of af en toe bedlegerig is omwille van hun gerapporteerde aandoening onder de 20% ligt, bedraagt dit percentage bij de 75-plussers 44,2%. De OR voor deze leeftijdsgroep in vergelijking met de 15- tot 24-jarigen is 2,3 (BI=2,2-2,5).

Waar 1,4% van de personen die lijden aan een chronische aandoening met een opleiding hoger onderwijs aangeven voortdurend bedlegerig te zijn, bedraagt deze proportie 5,3% in de laagste opleidingscategorie. Na correctie voor de andere socio-demografische variabelen is de OR tussen deze hoogste en de laagste geschoolde populaties 2,7 (BI=2,7-2,7)

In de naar leeftijd en geslacht gestratificeerde tabel (tabel 27) zien we dat ook binnen de afzonderlijke leeftijdscategorieën opleiding sterk samenhangt met de mate van bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen. Terwijl 75,5% van de mannelijke 75-plussers met een diploma hoger onderwijs zelden of nooit bedlegerig is omwille van hun chronische aandoening, is slechts 57,3% van de mannelijke 75-plussers zonder diploma of een diploma lager onderwijs zelden of nooit bedlegerig omwille van de eerder gerapporteerde chronische aandoening. Bij de vrouwen bedragen deze percentages respectievelijk 66,5% en 51,5%.

In de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar rapporteert 62,9% van de alleenstaande vaders met een chronische aandoeningen zelden of nooit bedlegerig te zijn. Bij alleenstaande mannen (68,9%) en gehuwde mannen met kinderen (76,2%) in deze leeftijdscategorie zijn deze percentages beduidend beter (tabel 28). Bij de vrouwen in deze leeftijdscategorie is 56,9% van de alleenstaande moeders zelden of nooit bedlegerig omwille van de gerapporteerde chronische aandoening. De vrouwen die samenwonen met (69,0%) of zonder (71,9%) kinderen zijn minder vaak bedlegerig.

Tussen de drie gewesten bestaan er geen grote verschillen wat betreft de mate van bedlegerigheid die een aandoening met zich meebrengt. We observeren wel dat inwoners van het Brussels Gewest deze bedlegerigheid frequenter rapporteren dan inwoners van het Vlaams Gewest (OR=1,3; BI=1,2-1,3).

Socio-demografische variabelen	Voortdurend		Af en toe		Niet of zelden		Aantal personen
	%	St%*	%	St%*	%	St%*	
<b>Geslacht</b>							
Mannen	3,43	3,62	27,85	28,26	68,72	68,10	702.094
Vrouwen	4,20	3,95	35,31	34,96	60,48	61,08	790.051
<b>Leeftijdsgroep</b>							
6-14	3,42	3,47	13,74	13,92	82,84	82,64	38.398
15-24	2,56	2,53	16,03	16,11	81,48	81,34	63.439
25-44	2,50	2,48	27,43	27,79	70,07	69,72	290.183
45-64	2,67	2,67	34,14	34,41	63,19	62,91	509.342
65-74	3,80	3,79	32,81	32,75	63,39	63,44	289.431
75+	7,46	7,26	36,71	35,96	55,83	56,76	301.352
<b>Opleidingsniveau</b>							
Lager onderwijs	5,28	4,87	37,83	36,08	56,89	56,46	486.942
Lager secundair	2,83	2,91	32,51	31,69	64,66	62,81	375.121
Hoger secundair	2,28	2,65	26,67	27,27	71,04	67,50	282.854
Hoger onderwijs	1,44	1,86	19,40	20,08	79,16	75,47	190.217
Onbekend	7,50	8,04	35,65	40,72	56,85	51,22	157.011
<b>Huishoudenspositie</b>							
Kind bij gehuwd paar	3,42	4,35	16,41	19,90	80,17	55,53	36.417
Kind bij samenwonend paar	4,10	19,15	17,09	21,57	78,81	59,27	2.194
Kind in een éénoudergezin	3,86	5,43	25,12	29,45	71,02	65,11	16.503
Alleenstaande	3,58	3,12	37,38	33,61	59,04	60,68	203.250
Gehuwd zonder kinderen	3,77	3,35	36,76	31,31	59,48	62,75	222.530
Gehuwd met kind(eren)	2,58	3,84	33,25	30,70	64,17	62,86	142.228
Samenwonend zonder kinderen	2,96	3,47	34,39	33,35	62,65	60,59	22.712
Samenwonend met kind(eren)	2,16	4,77	31,90	33,79	65,93	58,85	11.516
Ouder in een éénoudergezin	4,10	4,13	40,12	35,04	55,79	58,24	62.168
Inwonend in huishoudenstype 2-6	12,93	8,27	42,34	35,01	44,73	56,71	18.328
Andere positie	7,31	5,39	39,23	34,27	53,46	60,35	16.078
Collectief huishouden	13,58	7,12	35,79	25,17	50,63	67,70	36.127
<b>Gewest</b>							
Vlaams Gewest	4,29	4,25	29,53	29,50	66,18	66,24	791.294
Brussels Gewest	3,86	3,85	34,51	34,44	61,63	61,70	134.282
Waals Gewest	3,21	3,24	34,33	34,28	62,46	62,46	566.569
<b>Totaal</b>	<b>3,84</b>		<b>31,80</b>		<b>64,36</b>		<b>1.492.145</b>

\* St% : gestandaardiseerd percentage

Tabel 26: Bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen

Leeftijd	Opleidingsniveau	Mannen				Vrouwen			
		Voortdurend	Af en toe	Zelden tot nooit	Aantal personen	Voortdurend	Af en toe	Zelden tot nooit	Aantal personen
25-44	Lager onderwijs	5,03	32,73	62,24	20.227	5,02	40,42	54,57	18.978
	Lager secundair	2,56	28,75	68,69	41.692	2,44	39,17	58,40	35.386
	Hoger secundair	1,96	21,58	76,46	50.947	1,75	29,84	68,41	46.153
	Hoger onderwijs	1,01	12,03	86,96	30.096	0,88	19,96	79,15	34.407
	Onbekend	7,71	32,08	60,21	6.871	7,45	36,93	55,62	5.426
45-64	Lager onderwijs	3,62	36,09	60,29	76.140	3,93	42,20	53,87	78.798
	Lager secundair	2,08	31,62	66,30	74.996	2,05	38,45	59,49	75.271
	Hoger secundair	1,83	26,74	71,43	50.531	1,84	34,35	63,81	45.918
	Hoger onderwijs	1,12	17,85	81,03	40.298	1,10	27,12	71,78	35.412
	Onbekend	6,52	42,36	51,13	16.526	6,35	47,97	45,68	15.452
65-74	Lager onderwijs	4,26	33,00	62,74	57.113	4,22	38,48	57,30	74.965
	Lager secundair	2,80	26,37	70,83	30.314	2,67	32,29	65,05	37.664
	Hoger secundair	2,77	23,08	74,15	17.394	2,83	29,41	67,76	16.370
	Hoger onderwijs	1,47	15,31	83,22	14.066	1,66	23,48	74,86	9.157
	Onbekend	6,94	40,24	52,82	14.900	6,92	45,64	47,43	17.488
75+	Lager onderwijs	6,88	35,83	57,28	47.521	8,09	40,41	51,50	107.212
	Lager secundair	5,14	29,86	65,00	21.361	5,59	34,67	59,73	38.038
	Hoger secundair	4,84	26,21	68,96	12.862	5,35	32,45	62,20	15.762
	Hoger onderwijs	3,99	20,52	75,49	10.149	5,14	28,42	66,45	9.132
	Onbekend	10,45	42,20	47,35	13.061	13,75	45,82	40,43	26.254
<b>Totaal</b>		3,43	27,85	68,72	702.094	4,20	35,31	60,48	790.051

Tabel 27: *Bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen, volgens opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht*

Huishouden- positie	6-14				15-24				25-44				45-64				65-74				75+					
	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N		
<b>Mannen</b>																										
Kind bij gehuwd paar	3,13	11,23	85,64	15.798	2,67	13,03	84,30	19.199	4,12	21,03	74,85	15.719	3,81	27,67	68,52	2.284	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kind bij samenwonend paar	2,85	13,50	83,65	1.511	3,99	15,63	80,39	928	6,65	22,02	71,33	436	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kind in een éénoudergezin	3,58	18,40	78,02	4.723	2,95	17,96	79,09	6.069	4,13	25,63	70,24	8841	4,19	28,92	66,89	6.225	6,17	27,75	66,08	227	-	-	-	-	-	
Alleenstaande	-	-	-	-	2,68	19,04	78,28	2.763	2,74	28,37	68,89	34.402	3,03	35,17	61,79	48.274	3,32	30,62	66,06	22.095	4,96	31,14	63,91	23.134	-	
Gehuwd zonder kinderen	-	-	-	-	2,25	22,25	75,49	355	2,01	21,85	76,15	10.162	2,32	30,73	66,95	87.728	3,49	28,42	68,10	83.240	5,90	32,30	61,80	59.189	-	
Gehuwd met kind(eren)	-	-	-	-	4,84	24,22	70,93	289	2,05	21,74	76,21	53.629	2,28	27,68	70,03	84.884	4,52	29,48	66,00	16.396	7,27	33,20	59,53	7.205	-	
Samenwonend zonder kinderen	-	-	-	-	2,16	14,87	82,97	1.157	1,73	19,46	78,81	8.783	2,49	33,69	63,82	8.879	3,57	32,70	63,72	3.443	6,29	33,87	59,84	2.052	-	
Samenwonend met kind(eren)	-	-	-	-	2,20	21,76	76,03	363	1,66	23,43	74,91	8.851	2,57	30,05	67,38	4.323	3,75	32,71	63,54	373	9,03	30,56	60,42	144	-	
Ouder in een éénoudergezin	-	-	-	-	-	-	-	-	3,04	34,08	62,88	2.667	2,83	32,50	64,68	6.330	4,15	29,31	66,54	2.095	7,89	34,18	57,93	2.674	-	
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	4,62	20,00	75,38	325	3,97	16,47	79,56	680	4,85	24,31	70,84	1.670	6,74	31,27	61,98	2.328	7,60	33,33	59,39	1.618	12,46	43,41	44,13	2.359	-	
Andere positie	4,00	30,00	66,00	100	3,21	19,06	77,73	467	4,35	27,49	68,17	2.554	4,19	31,54	64,28	3.488	5,22	31,08	63,71	1.860	8,15	35,60	56,25	1.792	-	
Collectief huishouden	-	-	-	-	1,74	9,57	88,70	230	2,69	15,05	82,26	2.119	4,36	22,36	73,28	3.672	6,99	29,28	63,73	2.432	12,53	36,64	50,84	6.395	-	
<b>Vrouwen</b>																										
Kind bij gehuwd paar	3,21	12,90	83,90	11.072	2,45	13,62	83,93	16.139	5,18	24,63	70,19	8.010	6,64	31,71	61,65	1.189	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kind bij samenwonend paar	5,03	15,83	79,14	1.074	2,09	14,50	83,42	814	5,42	24,58	70,00	240	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kind in een éénoudergezin	4,50	19,98	75,52	3.398	2,37	21,00	76,63	5.156	4,68	27,35	67,97	4.443	4,54	33,04	62,43	3.263	2,15	37,34	60,52	233	-	-	-	-	-	
Alleenstaande	-	-	-	-	2,25	23,19	74,56	2.268	2,03	33,65	64,32	17.913	2,72	42,25	55,02	46.687	2,77	35,70	61,52	48.006	4,81	36,84	58,35	88.376	-	
Gehuwd zonder kinderen	-	-	-	-	2,37	19,89	77,74	1.096	2,09	30,70	67,21	11.713	2,61	37,32	60,07	93.365	3,79	35,68	60,53	73.936	6,77	39,51	53,72	42.420	-	
Gehuwd met kind(eren)	-	-	-	-	3,51	25,82	70,67	883	1,96	30,33	67,71	59.031	2,43	35,09	62,48	66.819	4,41	35,79	59,80	11.008	8,36	39,54	52,11	4.487	-	
Samenwonend zonder kinderen	-	-	-	-	0,74	16,89	82,37	2.161	1,81	26,27	71,93	7.309	2,99	41,07	55,94	8.033	4,38	41,31	54,31	3.060	6,98	44,77	48,26	2.149	-	
Samenwonend met kind(eren)	-	-	-	-	1,28	21,73	77,00	626	1,71	29,34	68,95	7.761	2,23	39,23	58,54	2.651	8,24	46,59	45,16	279	13,07	45,73	41,21	199	-	
Ouder in een éénoudergezin	-	-	-	-	2,74	29,85	67,41	583	2,62	40,48	56,90	20.336	2,61	40,55	56,84	20.084	4,17	37,59	58,25	8.426	8,81	40,99	50,20	12.739	-	
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	7,54	15,08	77,38	252	3,05	20,73	76,22	656	4,32	27,88	67,80	1.205	6,92	39,81	53,27	2.384	9,48	43,10	47,43	2.817	16,77	46,19	37,04	11.014	-	
Andere positie	-	-	-	-	2,57	20,00	77,43	350	2,86	34,14	63,01	1.330	4,25	39,01	56,74	3.530	5,12	36,99	57,89	3.593	10,98	42,45	46,57	7.211	-	
Collectief huishouden	2,78	5,56	91,67	36	3,89	15,00	81,11	180	4,25	16,90	78,85	1.059	5,60	24,54	69,86	2.787	9,63	30,41	59,96	4.278	15,42	38,64	45,94	27.787	-	

\* 1: voortdurend; 2: af en toe; 3: niet of zelden

Tabel 28: Bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen, volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

<b>Socio-demografische variabelen</b>	<b>Odds ratio</b>	<b>95% betrouwbaarheidsinterval</b>
<b>Geslacht</b>		
Mannen	1,00	-
Vrouwen	1,31	1,30-1,32
<b>Leeftijdscategorie</b>		
15-24	1,00	-
25-44	1,81	1,76-1,86
45-64	2,08	2,03-2,14
65-74	1,77	1,72-1,82
75+	2,25	2,19-2,31
<b>Onderwijsniveau</b>		
Lager onderwijs	2,68	2,65-2,72
Lager secundair	2,04	2,01-2,07
Hoger secundair	1,63	1,60-1,65
Hoger onderwijs	1,00	-
<b>Huishoudenspositie</b>		
Kind bij gehuwd paar	0,88	0,86-0,90
Kind bij samenwonend paar	0,97	0,88-1,07
Kind in een éénoudergezin	1,09	1,06-1,12
Alleenstaande	1,08	1,07-1,09
Gehuwd zonder kinderen	1,05	1,04-1,06
Gehuwd met kind(eren)	1,00	-
Samenwonend zonder kinderen	1,06	1,04-1,08
Samenwonend met kind(eren)	0,10	0,97-1,02
Ouder in een éénoudergezin	1,29	1,27-1,32
Inwonend in huishoudenstype 2-6	1,75	1,71-1,80
Andere positie	1,30	1,26-1,34
Collectief huishouden	1,34	1,31-1,37
<b>Gewest</b>		
Vlaams Gewest	1,00	-
Brussels Gewest	1,26	1,24-1,27
Waals Gewest	1,15	1,14-1,15

Tabel 29: Odds ratio's voor bedlegerigheid omwille van chronische aandoeningen

### 3.6 Hulpbehoevendheid in de Belgische bevolking

De indicator hulpbehoevendheid werd samengesteld aan de hand van 3 vragen: de vraag naar de aanwezigheid van een langdurige ziekte, aandoening of handicap, en de vragen naar de hieraan gekoppelde belemmering in de dagelijkse bezigheden en bedlegerigheid.

De voorgaande indicatoren (belemmering en bedlegerigheid) worden geanalyseerd op het niveau van een subgroep van de bevolking, met name de personen die een chronische aandoening rapporteren. Door een gecombineerde indicator te creëren zijn we in staat om de impact van chronische aandoeningen op het niveau van de totale bevolking weer te geven.

Tabel 30 geeft weer hoe de mogelijke antwoordcombinaties van deze drie vragen werden omgezet naar de nieuwe indicator ‘hulpbehoevendheid’.

<b>Antwoord op de vraag naar mate van belemmering in dagelijkse activiteiten omwille van gerapporteerde langdurige aandoening, ziekte of handicap</b>	<b>Antwoord op de vraag naar mate van bedlegerigheid omwille van gerapporteerde langdurige aandoening, ziekte of handicap</b>	<b>Code Indicator ‘Hulpbehoevendheid’</b>	<b>Legende Indicator ‘Hulpbehoevendheid’</b>
Voortdurend belemmerd in dagelijkse activiteiten	Voortdurend bedlegerig	1	Zwaar hulpbehoevend door aandoening
Voortdurend belemmerd in dagelijkse activiteiten	Af en toe bedlegerig	1	
Af en toe belemmerd in dagelijkse activiteiten	Af en toe bedlegerig	2	Matig hulpbehoevend door aandoening
Voortdurend belemmerd in dagelijkse activiteiten	Niet of zelden bedlegerig	2	
Niet of zelden belemmerd in dagelijkse activiteiten	Af en toe bedlegerig	3	Licht tot niet hulpbehoevend door aandoening
Af en toe belemmerd in dagelijkse activiteiten	Niet of zelden bedlegerig	3	
Niet of zelden belemmerd in dagelijkse activiteiten	Niet of zelden bedlegerig	3	
Geen langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (antwoord op 3a)		4	Geen aandoening

*Tabel 30: Combinatie van antwoordcategorieën en overeenkomende code indicator ‘hulpbehoevendheid’*

Een beperkt aantal respondenten antwoordde ‘niet of zelden’ of ‘af en toe’ op de vraag naar belemmeringen in de dagelijkse bezigheden, en vermeldde in de aansluitende vraag voortdurend bedlegerig te zijn. Met het oog op een eenduidige interpretatie beslisten we om voor deze respondenten de gecombineerde indicator ‘hulpbehoevendheid’ niet te berekenen.

Naast de moeilijkheid om deze personen te klasseren in één van de categorieën van de nieuwe indicator ‘hulpbehoevendheid’, is het mogelijk dat deze 2.634 inconsistente antwoorden (op een totaal van 1.395.617 valide observaties voor wat betreft de combinatie Q3B en Q3C) eenvoudigweg foutieve antwoorden of coderingen vertegenwoordigen. Het weglaten van deze observaties heeft een minieme impact op de antwoordverdeling van de aldus geconstrueerde indicator.

Het aandeel ‘zwaar hulpbehoevend’ is iets hoger bij vrouwen (OR=1,05; BI=1,05-1,05 – tabel 34). De indicator ‘mate van hulpbehoevendheid’ hangt sterk samen met leeftijd. Terwijl in de leeftijdscategorie van 65 tot 74 jaar 7,7% in de categorie ‘zwaar hulpbehoevend’ valt, is dit in de leeftijdscategorie 75+ 14,6% (tabel 31). De OR in de oudste leeftijdsgroep is 9,76 (BI=9,67-9,86) in vergelijking met de leeftijdsgroep 15-24 jaar.

Waar 23,4% van de laagste opleidingscategorie in de twee laagste categorieën van beperking valt, bedraagt ditzelfde percentage voor het hoogste opleidingsniveau 3,7%. In vergelijking met een persoon uit de hoogste opleidingscategorie heeft een persoon met een diploma ‘lager onderwijs’ 2,38 meer kans (BI=2,36-2,39) om in een lagere categorie van de indicator ‘mate van beperking’ te vallen, na correctie voor de andere gehanteerde socio-demografische variabelen.

Personen die in een gezin wonen van het type ‘koppel met kinderen’ zijn het minst hulpbehoevend van de verschillende huishoudenstypes. In vergelijking met deze categorie hebben personen in een éénpersoonshuishouden (OR=1,62; BI=1,61-1,63) of in een éénoudergezin (OR=1,65; BI=1,62-1,67) meer nood aan ondersteuning.

In het Waals Gewest woont een groter aandeel (4,8%) van personen die zwaar hulpbehoevend zijn dan in Vlaanderen (3,0%) en het Brussels Gewest (3,8). Na correctie voor de diverse socio-demografische variabelen blijft dit verschil bestaan (OR=1,44; BI=1,44-1,45)

Socio-demografische variabelen	Zwaar hulpbehoevend door aandoening		Matig hulpbehoevend door aandoening		Licht tot niet hulpbehoevend door aandoening		Zonder aandoening		Aantal personen
	%	St%*	%	St%*	%	St%*	%	St%*	
<b>Geslacht</b>									
Mannen	3,07	3,27	6,21	6,54	10,39	10,68	80,33	79,49	4.142.614
Vrouwen	4,25	3,93	6,92	6,54	9,79	9,55	79,04	79,99	4.307.850
<b>Leeftijdsgroep</b>									
6-14	0,25	0,24	1,32	1,30	3,04	3,01	95,39	95,43	984.108
15-24	0,41	0,39	1,57	1,56	5,00	4,99	93,02	93,03	1.101.073
25-44	1,57	1,56	3,46	3,45	7,61	7,59	87,35	87,38	2.703.759
45-64	4,77	4,74	8,68	8,67	13,17	13,16	73,38	73,41	2.210.183
65-74	7,73	7,64	13,50	13,49	19,12	19,17	59,65	59,68	824.047
75+	14,65	14,06	20,47	20,19	17,92	18,35	46,95	47,38	627.294
<b>Opleidingsniveau</b>									
Lager onderwijs	9,25	5,67	14,15	9,63	14,77	10,48	61,82	62,56	1.422.311
Lager secundair	4,04	3,70	7,61	6,97	11,56	10,41	76,78	67,25	1.864.247
Hoger secundair	2,03	2,56	4,40	5,32	9,19	9,69	84,38	70,77	1.717.698
Hoger onderwijs	1,15	1,57	2,95	3,78	8,85	9,29	87,05	73,69	1.320.168
Onbekend	3,09	7,12	5,15	12,13	5,98	10,74	85,78	70,00	
<b>Huishoudenspositie</b>									
Kind bij gehuwd paar	0,50	2,58	1,78	7,78	4,08	7,10	93,64	77,79	1.679.193
Kind bij samenwonend paar	0,44	5,92	1,76	9,11	4,04	8,83	93,78	73,42	99.321
Kind éénoudergezin	1,38	4,19	3,82	9,35	6,43	10,63	88,36	75,82	427.862
Alleenstaande	6,63	4,36	11,67	7,97	15,21	12,00	66,48	64,00	1.134.056
Gehuwd zonder kinderen	6,17	3,55	10,61	6,16	15,50	10,23	67,72	68,39	1.650.407
Gehuwd met kind(eren)	2,25	3,06	4,39	5,18	8,85	8,77	84,50	71,32	2.294.719
Samenwonend geen kinderen	2,77	3,89	5,24	5,68	10,14	10,42	81,85	67,34	304.180
Samenwonend met kind(eren)	1,64	3,89	3,61	5,77	7,98	8,98	86,77	69,68	228.530
Ouder in een éénoudergezin	5,53	4,48	8,57	7,16	11,58	10,41	74,32	66,28	331.956
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	8,63	6,22	9,80	9,16	8,10	8,52	73,47	76,08	112.966
Andere positie	7,34	4,95	10,89	8,52	12,45	10,84	69,32	75,67	96.382
Collectief huishouden	19,81	8,06	27,57	22,44	13,48	14,15	39,15	55,33	88.249
<b>Gewest</b>									
Vlaams Gewest	3,04	3,04	5,51	5,51	10,00	9,97	81,45	81,46	5.015.362
Brussels Gewest	3,81	3,73	7,03	6,98	10,04	10,07	79,12	79,20	724.447
Waals Gewest	4,80	4,77	8,41	8,42	10,25	10,30	76,53	76,50	2.710.655
<b>Totaal</b>	<b>3,67</b>		<b>6,57</b>		<b>10,08</b>		<b>79,67</b>		<b>8.450.464</b>

\* St% : gestandaardiseerd percentage

Tabel 31: Hulpbehoevendheid volgens verschillende socio-demografische variabelen



Leef- tijd	Onderwijs- niveau	Mannen					Vrouwen				
		Zwaar hulp- behoevend door aandoening	Matig hulp- behoevend door aandoening	Licht tot niet hulpbehoevend door aandoening	Zonder aandoening	Aantal personen	Zwaar hulp- behoevend door aandoening	Matig hulp- behoevend door aandoening	Licht tot niet hulpbehoevend door aandoening	Zonder aandoening	Aantal personen
25-44	Lager ond.	4,32	8,77	9,78	77,13	100.264	4,68	8,21	8,66	78,45	97.934
	Lager sec.	2,19	4,93	9,55	83,33	298.906	2,94	5,32	8,25	83,48	246.219
	Hoger sec.	1,11	3,03	8,28	87,58	499.108	1,47	3,08	7,05	88,40	465.957
	Hoger ond.	0,37	1,27	6,69	91,67	434.776	0,58	1,49	6,01	91,92	503.715
	Onbekend	5,12	11,09	9,81	73,98	31.413	5,22	11,33	8,34	75,11	25.467
45-64	Lager ond.	7,66	13,61	15,20	63,54	236.882	7,64	11,77	13,98	66,61	265.664
	Lager sec.	4,90	9,59	14,33	71,18	302.678	5,21	8,84	13,02	72,93	320.810
	Hoger sec.	3,16	6,91	12,94	76,98	255.452	3,64	6,70	11,56	78,10	243.944
	Hoger ond.	1,50	4,15	12,04	82,31	264.816	2,20	5,00	11,74	81,05	219.650
	Onbekend	9,68	15,77	14,16	60,39	50.255	9,53	14,16	13,64	62,67	50.032
65-74	Lager ond.	8,76	15,26	19,31	56,67	149.261	9,81	15,05	17,84	57,31	197.962
	Lager sec.	6,11	12,99	20,43	60,47	87.543	6,90	12,43	19,23	61,43	112.200
	Hoger sec.	4,85	10,90	20,07	64,17	54.954	5,51	10,67	18,55	65,27	54.960
	Hoger ond.	2,68	8,00	21,16	68,17	50.147	3,84	8,82	19,39	67,95	33.017
	Onbekend	11,39	18,14	19,11	51,35	37.820	11,91	16,80	18,36	52,93	46.183
75+	Lager ond.	13,78	19,66	18,68	47,88	99.545	17,68	21,92	15,52	44,87	210.239
	Lager sec.	10,66	19,06	21,28	49,00	46.353	12,94	20,66	18,22	48,18	81.000
	Hoger sec.	8,77	16,93	21,89	52,42	29.944	10,60	18,90	18,68	51,82	36.719
	Hoger ond.	6,39	15,24	22,06	56,30	25.648	9,29	17,60	20,27	52,84	21.666
	Onbekend	16,61	22,55	18,87	41,97	26.726	22,18	23,13	16,34	38,35	49.454
<b>Totaal</b>		3,07	6,21	10,39	80,33	3.082.491	4,25	6,92	9,79	79,04	3.282.792

Tabel 32: Hulpbehoevendheid naar opleidingsniveau, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

Huishouden-positie	15-24					25-44					45-64					65-74					75+					
	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N	
<b>Mannen</b>																										
Kind gehuwd paar	0,35	1,45	4,49	93,71	376.970	1,67	4,51	7,44	86,39	139.872	4,95	12,25	13,02	69,78	8.786											
Kind samenw. paar	0,45	1,77	4,71	93,07	16.992	2,16	5,45	8,50	83,88	3.375	7,81	12,50	14,06	65,63	256											
Kind éénoudergezin	0,60	2,15	5,77	91,49	86.759	2,78	6,82	9,72	80,68	53.829	6,05	13,43	14,89	65,63	20.646	7,58	16,14	18,29	57,99	607						
Alleenstaande	0,81	2,64	8,86	87,70	27.224	2,36	5,27	11,03	81,34	218.755	6,85	12,34	16,65	64,16	154.536	7,87	15,39	21,27	55,48	56.236	10,28	19,13	20,47	50,13	51.428	
Gehuwd geen kinderen	0,44	1,15	5,16	93,25	6.338	1,05	2,45	7,64	88,87	109.316	5,03	9,66	14,94	70,38	342.135	6,61	12,74	20,03	60,61	244.364	11,28	18,43	20,74	49,55	131.650	
Gehuwd met kind.	0,92	1,83	5,45	91,80	4.037	1,00	2,41	7,13	89,46	610.020	3,03	6,22	11,61	79,14	475.106	6,87	12,44	18,51	62,17	49.114	12,14	17,81	19,12	50,93	16.012	
Samenwonend zonder kinderen	0,44	1,65	6,77	91,14	16.488	0,93	2,49	8,58	88	89.383	5,49	10,33	14,63	69,54	34.134	7,79	15,12	19,40	57,70	9.361	11,73	19,03	21,33	47,91	4.450	
Samenw. met kind	0,37	2,42	7,03	90,19	4.626	1,17	3,11	8,21	87,52	85.104	3,54	7,03	12,01	77,42	23.003	8,08	14,88	19,01	58,03	1.015	12,22	17,04	20,90	49,84	311	
Ouder van een éénoudergezin	1,61	2,01	9,64	86,75	249	3,27	5,88	9,71	81,15	16.527	4,81	8,80	13,68	72,71	26.490	7,17	13,25	18,80	60,78	5.931	13,85	18,92	18,15	49,09	5.720	
Inwonend in huishoudenstypen 2-6	0,56	2,12	5,42	91,89	10.636	1,77	4,30	6,75	87,18	15.787	8,17	15,63	12,43	63,77	7.384	10,83	16,71	17,46	55,00	4.009	21,52	20,39	13,49	44,60	4.513	
Andere positie	0,69	2,24	6,77	90,30	5.927	2,26	5,09	9,87	82,77	17.631	6,43	12,67	15,47	65,42	11.569	8,38	15,23	18,76	57,63	4.919	15,00	20,03	17,83	47,14	3.740	
Collectief huish.	0,60	9,97	11,93	77,51	1.174	4,83	24,18	18,02	52,98	4.868	11,08	36,14	18,33	34,45	6.038	15,59	30,03	17,11	37,27	4.143	23,12	27,05	14,40	35,43	10.369	
<b>Vrouwen</b>																										
Kind gehuwd paar	0,30	1,24	4,31	94,14	330.264	2,27	5,24	6,05	86,44	67.862	7,43	16,49	9,53	66,54	4.038											
Kind samenw. paar	0,35	1,35	5,11	93,19	14.399	2,47	6,17	6,84	84,53	1.784	9,65	11,40	8,77	70,18	228											
Kind éénoudergezin	0,56	1,94	5,56	91,94	75.725	3,01	7,18	8,45	81,36	27.036	7,09	14,28	13,02	65,61	10.857	8,66	14,49	16,69	60,16	635						
Alleenstaande	0,77	2,29	8,14	88,81	23.918	2,55	4,79	9,85	82,80	119.196	7,46	11,66	15,41	65,47	154.222	7,88	13,92	19,09	59,11	135.196	12,71	20,43	17,78	49,07	193.989	
Gehuwd geen kinderen	0,53	1,23	5,56	92,68	18.247	1,79	3,18	7,59	87,44	108.489	5,40	9,04	13,85	71,70	382.274	7,92	12,94	18,63	60,51	217.955	14,42	19,50	18,80	47,28	90.329	
Gehuwd met kind.	0,54	1,61	4,52	93,32	15.418	1,29	2,59	6,16	89,96	692.303	3,35	6,06	10,57	80,01	389.669	7,91	11,92	17,20	62,97	34.098	15,71	18,80	17,85	47,64	9.452	
Samenwonend zonder kinderen	0,33	1,36	6,53	91,78	31.962	1,21	2,66	7,62	88,51	74.631	6,17	9,75	13,57	70,51	31.592	9,89	15,38	18,27	56,47	8.102	17,39	22,10	18,18	42,34	4.176	
Samenw. met kind	0,42	1,54	5,65	92,39	9.789	1,18	2,67	6,33	89,82	89.042	3,89	6,69	10,60	78,82	14.611	14,86	14,72	14,72	55,70	693	21,99	19,11	14,40	44,50	382	
Ouder van een éénoudergezin	0,73	2,82	6,70	89,75	6.450	3,06	5,41	8,73	82,80	133.735	5,07	8,53	12,24	74,15	88.366	9,44	13,37	17,51	59,67	23.323	18,24	20,63	15,84	45,28	25.302	
Inwonend in huishoudenstypen 2-6	0,42	1,75	4,45	93,38	11.743	1,69	3,71	5,63	88,96	12.762	9,65	15,56	11,81	62,98	7.147	14,51	18,13	14,54	52,82	6.587	30,54	23,48	10,19	35,80	17.966	
Andere positie	0,65	2,15	5,70	91,50	4.739	2,43	5,12	7,74	84,71	9.880	7,59	12,30	14,26	65,85	11.729	10,01	14,92	17,58	57,49	9.502	20,57	21,37	14,41	43,65	13.848	
Collectief huish.	2,10	7,81	9,31	80,78	999	5,37	23,41	14,70	56,53	2.572	10,77	27,99	15,69	45,56	5.367	15,46	24,35	15,78	44,41	8.206	26,60	28,87	11,26	33,27	43.602	

\* 1: zwaar hulpbehoevend door aandoening; 2: matig hulpbehoevend door aandoening; 3: licht tot niet hulpbehoevend door aandoening; 4: zonder aandoening

Tabel 33: Hulpbehoevendheid volgens huishoudenspositie, gestratificeerd naar leeftijd en geslacht

<b>Socio-demografische variabelen</b>	<b>Odds ratio*</b>	<b>95% betrouwbaarheidsinterval</b>
<b>Geslacht</b>		
Mannen	1,00	-
Vrouwen	0,95	0,95-0,95
<b>Leeftijdscategorie</b>		
15-24	1,00	-
25-44	2,36	2,34-2,39
45-64	4,99	4,94-5,05
65-74	7,09	7,01-7,18
75+	10,95	10,81-11,08
<b>Onderwijsniveau</b>		
Lager onderwijs	2,38	2,36-2,39
Lager secundair	1,81	1,80-1,82
Hoger secundair	1,41	1,40-1,42
Hoger onderwijs	1,00	-
<b>Huishoudenspositie</b>		
Kind bij gehuwd paar	1,24	1,22-1,25
Kind bij samenwonend paar	1,24	1,20-1,29
Kind in een éénoudergezin	1,69	1,67-1,71
Alleenstaande	1,69	1,68-1,70
Gehuwd zonder kinderen	1,39	1,38-1,40
Gehuwd met kind(eren)	1,00	-
Samenwonend zonder kinderen	1,39	1,37-1,40
Samenwonend met kind(eren)	1,04	1,03-1,05
Ouder in een éénoudergezin	1,49	1,48-1,50
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	1,85	1,82-1,88
Andere positie	1,72	1,70-1,75
Collectief huishouden	3,48	3,43-3,53
<b>Gewest</b>		
Vlaams Gewest	1,00	-
Brussels Gewest	1,19	1,18-1,20
Waals Gewest	1,44	1,44-1,45

\* Gezien de afhankelijke variabele (hulpbehoevendheid) uit verschillende categorieën bestaat zijn de odds ratio's het resultaat van een multivariate cumulatieve logistische regressie waarbij personen zonder aandoening de referentiecategorie vormen.

Tabel 34: Odds ratio's voor een grotere hulpbehoevendheid naar socio-demografische variabelen

### 3.7 Gezondheidsverwachtingsindicatoren

Gezien de toename van de levensverwachting is het, zoals aangegeven in de inleiding, belangrijk om na te gaan of de toename in het aantal jaren dat men leeft samengaat met een toename in het aantal jaren in goede of in slechte gezondheid. Samengestelde indicatoren zoals de gezondheidsverwachting zijn in staat om de levensverwachting in te delen in verschillende periodes van wisselende gezondheid (Molla *et al.*; Robine *et al.*). De gezondheidsverwachtingsindicator wordt bepaald door zowel de sterfte en de gezondheidsstatus van de overlevende bevolking. De combinatie van beide gegevens wordt vertaald in de verwachte levensduur en de gezondheid waarin men de jaren die men leeft doorbrengt. Daardoor wordt aandacht gegeven aan zowel de kwantiteit als de kwaliteit van het leven. Een gezondheidsverwachting kan op een zelfde manier worden geïnterpreteerd als de levensverwachting. Het wordt uitgedrukt in een verwacht aantal jaren te leven vanaf een bepaalde leeftijd. De indicator is onafhankelijk van de leeftijdsstructuur van de bevolking zodat populaties of subgroepen zoals geslacht, socio-economische groepen en geografische zones onmiddellijk met elkaar kunnen vergeleken worden.

Door het combineren van de gegevens van sterfte in België in het jaar 2001 met de gegevens van de Census kunnen verschillende gezondheidsverwachtingsindicatoren worden bepaald. Ze worden hieronder gedefinieerd en telkens wordt ook de meer gekende Engelstalige naam en afkorting gegeven.

- De gezonde levensverwachting (Healthy life expectancy – HE). De gezondheidsstatus is gedefinieerd op basis van de ervaren gezondheid (vraag Q2) waarbij ‘goede gezondheid’ de antwoordcategorieën ‘zeer goed’ en ‘goed’ omvat. Personen in slechte gezondheid antwoorden ‘zeer slecht’, ‘slecht’ of ‘redelijk’.
- De levensverwachting zonder chronische morbiditeit (Morbidity Free Life Expectancy – MFLE). De gezondheidsstatus is bepaald op basis van het al dan niet aanwezig zijn van langdurige morbiditeit (vraag Q3A).
- De levensverwachting zonder activiteitsbeperkingen (Disability Free Life Expectancy – DFLE), met matige (Moderate Disability Life Expectancy – MDLE) en met ernstige beperkingen (Severe Disability Life Expectancy – SDLE). Een combinatie van de vragen Q3A en Q3B is gebruikt om deze indicatoren te berekenen. Mensen hebben geen activiteitsbeperkingen indien ze geen chronische morbiditeit hebben of indien ze geen noemenswaardig effect op de dagelijkse activiteiten ondervinden ten gevolge van chronische morbiditeit. Personen met chronische morbiditeit die ook melden dat ze nu en dan beperkt zijn in de dagelijkse activiteiten worden gedefinieerd als ‘matig beperkt’. Mensen met chronische morbiditeit die steeds in hun activiteiten beperkt zijn vormen de categorie van ‘ernstig beperkt’.

Het beleidsmatig belang van de gezondheidsverwachtingsindicatoren wordt duidelijk in het licht van enkele Europese voorstellen. Zo is de DFLE tot op heden de enige gezondheidsindicator die opgenomen is de lijst van de ‘structurele indicatoren’<sup>5</sup>. Deze groep van indicatoren moet jaarlijks worden voorgelegd aan de staatshoofden van de lidstaten tijdens hun voorjaarsvergadering. De DFLE is ook opgenomen in de lijst van de EU gezondheidsindicatoren (ECHI), de lijst van duurzame ontwikkelingsindicatoren en de lijst van indicatoren voor sociale inclusie.

<sup>5</sup> <http://europa.eu.int/comm/eurostat/structuralindicators>

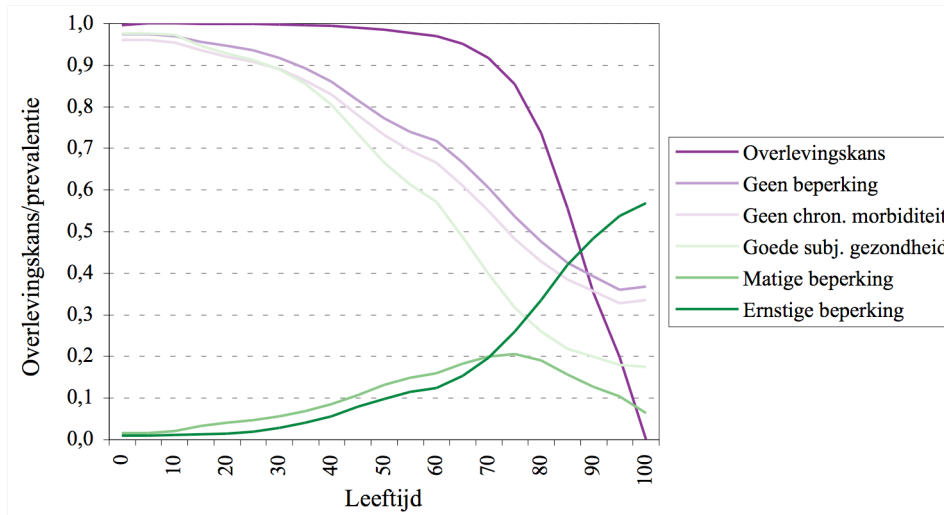
### 3.7.1 Methoden

Gezien de leeftijdsinformatie in de censusdatabank gegroepeerd is in leeftijdsgroepen van 5 jaar werden de levensverwachtingstafels voor het jaar 2001 van het NIS (0 tot 105 jaar) omgevormd tot ingekorte levensverwachtingstafels met leeftijdsgroepen van 5 jaar. De gezondheidsverwachtings-indicatoren werden geschat volgens Sullivan (Sullivan, Jagger). In deze methode wordt de prevalentie van een gezondheidstatus toegepast op de persoonsjaren van de levenstafelcohort om het totaal aantal jaren geleefd in deze specifieke gezondheidsstatus vanaf een bepaalde leeftijd te schatten. De variantie en de 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI) van de levensverwachting werden berekend (Chiang). Voor de schatting van de variantie van de gezondheidsverwachting werd rekening gehouden met de variantie in de sterftedata en in de morbiditeitsdata (Newman, Molla *et al.*). Voor de schatting van de gezondheidsindicatoren vanaf de geboorte werd aangenomen dat de prevalentie in de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar gelijk is aan deze van de leeftijdsgroep 5 tot 9 jaar, wat op basis van de gegevens van de Gezondheidsenquête 2001 een conservatieve aanname is.

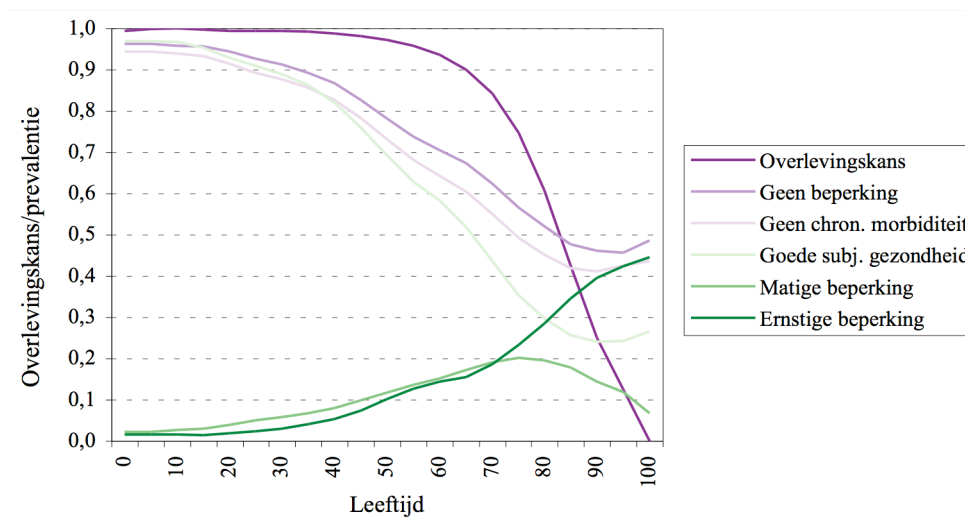
### 3.7.2 Resultaten

Een overzicht van de verschillende data die gebruikt worden in het schatten van de verschillende gezondheidsverwachtingsindicatoren is gegeven in figuur 18 en figuur 19. De 5-jaar overlevingskans bij mannen is steeds iets lager dan bij vrouwen maar het verschil wordt duidelijker vanaf de leeftijd van 45 jaar. De 5-jaar overlevingskans blijft boven 0,50 tot in de leeftijdsgroep 85-89 jaar bij vrouwen en tot in de leeftijdsgroep 80-84 jaar bij mannen. De prevalentie van een goede ervaren gezondheid is lager dan de prevalentie van de andere positieve gezondheidsindicatoren en dit verschil is uitgesproken vanaf de leeftijd van 40 jaar. Opmerkelijk is de toename van ernstige beperkingen op oudere leeftijd waarbij de prevalentie van ernstige beperkingen de prevalentie van matige beperkingen overschrijdt na de 75 jaar.

Tabel 35 geeft de levensverwachting (Life Expectancy – LE) en de gezondheidsverwachtings-indicatoren bij de geboorte en op de leeftijd van 65 jaar. Tevens wordt het percentuele aandeel van het aantal jaren in een specifieke gezondheidsstatus ten opzichte van de volledige levensverwachting aangegeven. Bij Belgische vrouwen is in 2001 de levensverwachting bij de geboorte 81,67 jaar. De gezonde levensverwachting, de levensverwachting zonder chronische morbiditeit en zonder activiteitsbeperkingen zijn respectievelijk 59,46; 63,38 en 66,14 jaar. Dit betekent dat een meisje dat in 2001 wordt geboren, kan verwachten gemiddeld 73% van haar leven door te brengen in goede ervaren gezondheid, 78% ervan zonder chronische morbiditeit en 81% ervan zonder beperkingen. Het aantal jaren met beperkingen is ongeveer gelijkmatig verdeeld naar ernst, nl. 7,81 jaar met matige en 7,72 jaar met ernstige beperkingen.



*Figuur 18: De 5-jaar leeftijdsspecifieke overlevingskans en prevalentie van goede ervaren gezondheid, geen chronische morbiditeit, geen beperkingen, matige beperking en ernstige beperkingen, vrouwen*



*Figuur 19: De 5-jaar leeftijdsspecifieke overlevingskans en prevalentie van goede ervaren gezondheid, geen chronische morbiditeit, geen beperkingen, matige beperking en ernstige beperkingen, mannen*

Leeftijd/ Geslacht	LE		HE		MFLE		DFLE		MDLE		SDLE	
	Jaar	Jaar	%	Jaar	%	Jaar	%	Jaar	%	Jaar	%	
<b>0 jaar</b>												
Mannen	75,42	58,00	76,91	59,70	79,15	62,82	83,29	6,62	8,78	5,98	7,93	
Vrouwen	81,67	59,46	72,81	63,38	77,61	66,14	80,99	7,81	9,56	7,72	9,45	
<b>65 jaar</b>												
Mannen	16,24	6,57	40,45	8,55	52,64	9,67	59,56	3,01	18,53	3,55	21,9	
Vrouwen	20,23	7,05	34,83	10,12	50,02	11,16	55,15	3,74	18,49	5,33	26,4	

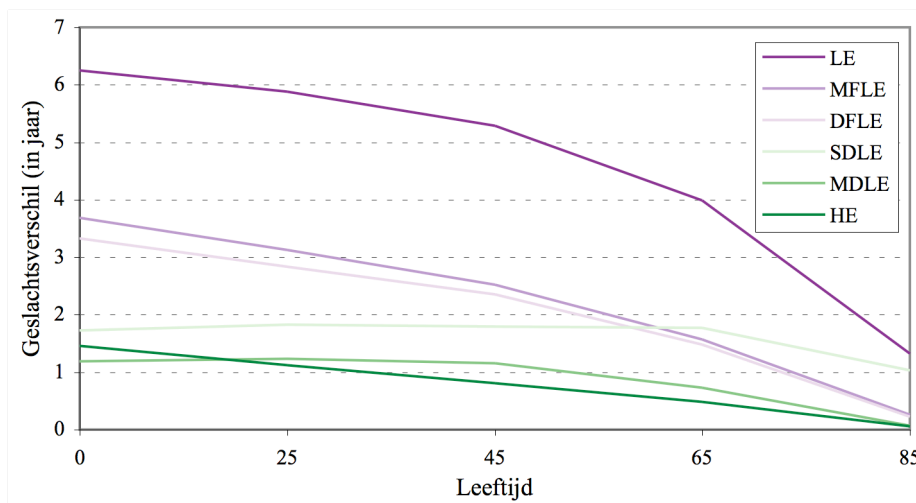
Tabel 35: *Levensverwachting (LE), Gezonde levensverwachting (HE), Morbiditeitsvrije levensverwachting (MFLE) en levensverwachting zonder beperkingen (DFLE), met matige (MDLE) en met ernstige beperkingen (SDFL) in jaren en als percentage van levensverwachting bij mannen en vrouwen op de leeftijd 0 en 65 jaar*

Op de leeftijd van 65 jaar is de levensverwachting bij de vrouw nog 20,23 jaar. Daarvan leeft ze 7,05 jaar (35%) in goede ervaren gezondheid, 10,12 jaar zonder chronische morbiditeit (50%) en 11,16 jaar (55%) zonder beperkingen. Op 65 jaar is het aantal van de nog te leven jaren met ernstige beperkingen (5,33 jaar) groter dan het aantal jaren met matige beperkingen (3,74 jaar). De proportie van de levensjaren in goede gezondheid neemt duidelijk af op oudere leeftijd onafhankelijk van de gebruikte indicator.

In 2001 was de levensverwachting bij de geboorte voor mannen 75,42 jaar. Het deel van het leven in goede ervaren gezondheid is 77% (58,00 jaar); 79% van het leven of 59,70 jaar kan een man verwachten te leven zonder chronische morbiditeit. De levensverwachting zonder activiteitsbeperkingen is 62,82 jaar (83%). Een man zal, geschat op het moment van zijn geboorte, een langere tijd van zijn leven doorbrengen met matige beperkingen (6,62 jaar) dan met ernstige beperkingen (5,98 jaar). Op de leeftijd van 65 jaar is de levensverwachting 16,24 jaar. Dit aantal jaren omvat 6,57 jaar (40%) in subjectief goede gezondheid, 8,55 jaar (53%) zonder chronische morbiditeit en 9,67 jaar (60%) zonder beperkingen. Op deze leeftijd zijn het aantal te verwachten jaren met matige beperkingen 3,01 jaar (18%) terwijl het aantal te verwachten jaren met ernstige beperkingen 3,55 jaar (22%) bedraagt.

De verschillen in levensverwachting en gezondheidsverwachtingsindicatoren tussen vrouwen en mannen worden gegeven in figuur 20. Het verschil in levensverwachting tussen vrouwen en mannen bedraagt bij de geboorte meer dan 6 jaar. Op de leeftijd van 65 en 85 jaar is dit nog steeds 4 en 1,3 jaar. De winst in jaren voor vrouwen bij de geboorte is relatief minder goed verzilverd op het gebied van de ervaren goede gezondheid. Vrouwen leven immers maar 1,5 jaar langer in deze gezondheidsstatus. Het valoriseren van het verschil in jaren is beter op het gebied van de chronische morbiditeit en beperkingen gezien de winst in het aantal jaren zonder chronische morbiditeit (3,7 jaar) en de jaren zonder activiteitsbeperkingen (3,3 jaar) meer dan 50% van het verschil in levensjaren bedraagt. Gedurende hun langere levensduur brengen vrouwen wel 2,9 jaren meer door (of bijna 47% van het verschil in levensverwachting) met beperkingen; waarvan 1,7 jaar dan nog jaren met ernstige beperkingen zijn.

Op 65 jaar is het verschil in levensverwachting net geen 4 jaar in het voordeel van de vrouwen, maar op deze leeftijd wordt de winst in jaren niet vertaald in jaren van goede gezondheid. Voor alle indicatoren is de winst in het aantal gezonde jaren immers beduidend minder dan de helft van het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen. Van de 4,0 jaar dat een vrouw van 65 jaar kan verwachten langer te leven dan een man worden er 2,5 jaar meer geleefd met activiteitsbeperkingen. Daarvan zijn er 1,8 jaar met ernstige beperkingen. Op 85 jaar is de levensverwachting nog 1,3 jaar langer bij vrouwen maar deze periode is bijna volledig (net iets meer dan 1 jaar) opgevuld door een leefsituatie met ernstige beperkingen.



*LE: levensverwachting, HE: gezonde levensverwachting, MFLE: Morbiditeitsvrije levensverwachting, DFLE: levensverwachting zonder beperkingen, MDLE: levensverwachting met matige beperkingen, SDFL: levensverwachting met ernstige beperkingen*

*Figuur 20: Het verschil (in jaren) in de levensverwachting en in gezondheidsverwachtingsindicatoren tussen vrouwen en mannen*

### 3.7.3 Besluit

Deze voorstelling van de gezondheidsverwachtingsindicatoren toont duidelijk de belangrijke bijdrage van de gezondheidsvragen in de Census om een set van gezondheidsverwachtingsindicatoren te berekenen. Verdere berekeningen op kleinere geografische eenheden zijn mogelijk. Vrouwen leven niet alleen langer dan mannen, ze leven ook meer jaren in goede gezondheid (goede ervaren gezondheid, zonder chronische morbiditeit en zonder activiteitsbeperkingen). Deze gezonde jaren nemen echter maar een fractie van de totale winst in levensverwachting zodat vrouwen ook een aantal jaren langer leven in minder goede gezondheid. De proportie van de winst in levensjaren die wordt ingenomen door minder goede gezondheid neemt toe met de leeftijd en neemt op 85 jaar afhankelijk van de indicator minstens vier vijfden van het verschil in.



## Hoofdstuk 4: Informele hulpverlening

### 4.1 Inleiding

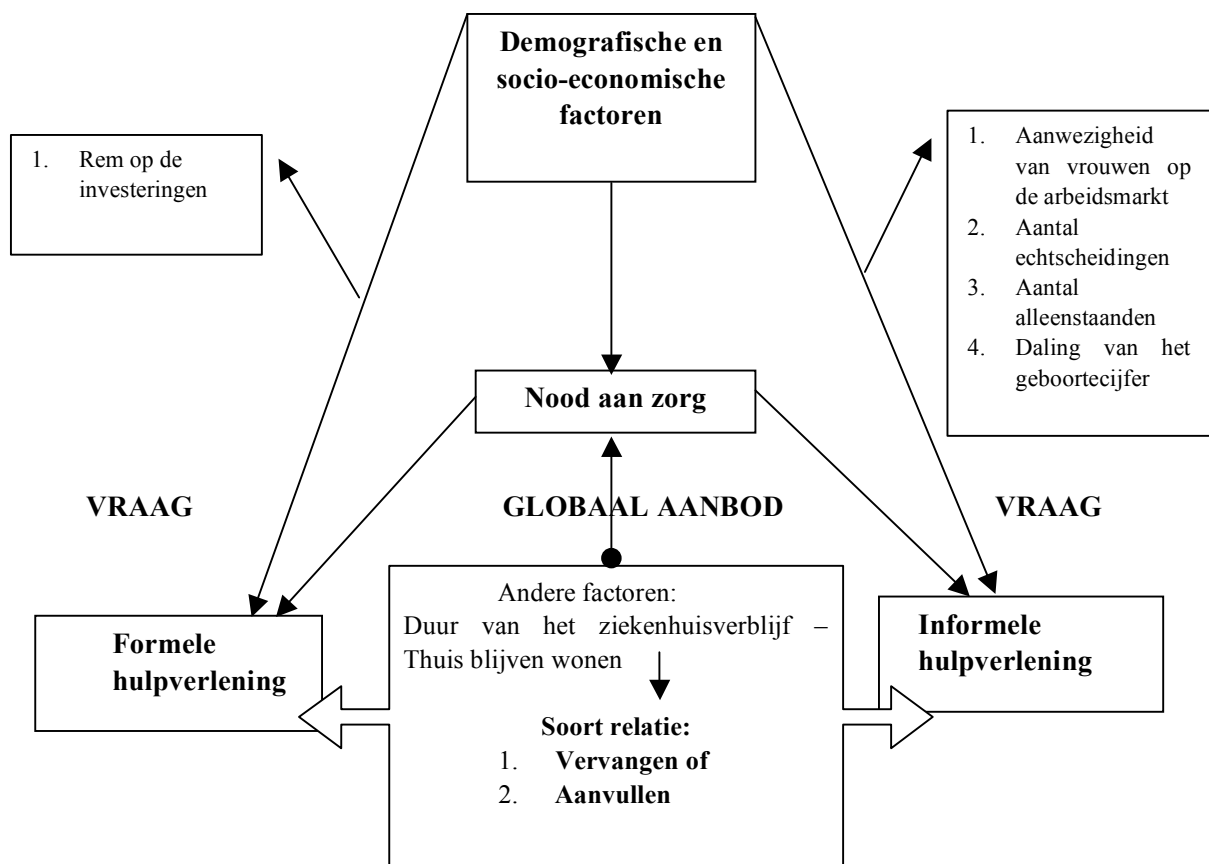
Zieke mensen beschikken over meerdere mogelijkheden om hun ziekte aan te pakken: ze kunnen zich bij de symptomen neerleggen, voor zichzelf zorgen, hulp vragen aan naasten of een gezondheidswerker om hulp verzoeken (Amstrong). De keuze tussen deze mogelijkheden hangt enerzijds af van de ernst van hun ziekte en anderzijds van de bestaansmiddelen die ze ter beschikking hebben (Amstrong). Binnen het onderzoek over het zoeken naar hulp ("help-seeking") gaat de aandacht voornamelijk naar het gebruik van professionele zorg. Toch kan men alleen maar vaststellen dat de eerste hulpverlener vaak een persoon is uit de naaste omgeving. In dit hoofdstuk worden de reikwijdte en de factoren van informele (of niet-professionele) hulpverlening beschreven.

De door familieleden, vrienden en burens verleende hulp wordt in het algemeen door drie factoren bepaald: i) de vraag naar hulp, ii) de mogelijkheid en de wil om de rol van hulpverlener op zich te nemen, iii) de beschikbaarheid van alternatieven in het gezondheidszorgsysteem. Sinds de jaren 1980 hebben demografische veranderingen en budgettaire verplichtingen van de sociale zekerheid een rechtstreekse invloed op deze drie factoren gehad. Enerzijds houdt de toenemende vraag naar zorg verband met bepaalde demografische factoren, zoals de vergrijzing van de bevolking. Oudere personen hebben immers meer gezondheidsproblemen, in het bijzonder chronische ziektes (Gisele *et al.*; Mestdagh en Lambrecht; Vanbrabant en Craeynest), wat tot een grotere vraag naar hulp en zorg leidt (Cheal).

De verandering in het aanbod van informele hulpverlening heeft daarnaast ook met demografische en socio-economische factoren te maken. Volgens Daartland zouden in de huidige Europese context de toename van vrouwen op de arbeidsmarkt, de stijging van het aantal echtscheidingen, de toename van het aantal alleenstaande personen en de daling van het geboortecijfer de beschikbaarheid van informele hulpverlening binnen huishoudens wel eens kunnen beperken. Bovendien hebben de regeringen door budgettaire beperkingen de groei van investeringen in sociale diensten moeten afremmen, in het bijzonder de investeringen in kinderopvang en bejaardenhulp. Bijgevolg worden gezinnen niet alleen op de arbeidsmarkt, maar ook in de gezondheidszorg voor kinderen en bejaarden, belast met bijkomende verantwoordelijkheden.

De vraag naar informele hulpverlening hangt ook samen met het aanbod van andere vormen van hulpverlening, in het bijzonder de professionele hulpverlening. De relatie tussen het aanbod van professionele hulpverlening en informele hulpverlening is allesbehalve vanzelfsprekend. Uit tal van studies blijkt namelijk dat deze twee vormen van hulpverlening elkaar al naargelang het ziektebeeld en de mate van afhankelijkheid van de patiënt kunnen aanvullen of vervangen (Couch *et al.*; Denton; Pezzin *et al.*; Ward-Griffin; White-Means en Rubin). Desalniettemin is het huidige beleid erop gericht de duur van het ziekenhuisverblijf te verkorten en de patiënt sneller naar huis te sturen. Bovendien geven de meeste landen van de Europese Unie er de voorkeur aan om bejaarden thuis te laten wonen (European Commission). Doordat de duur van het ziekenhuisverblijf almaar korter wordt en bejaarden langer thuisblijven, neemt de last op de schouders van de informele hulpverleners toe. In deze context ontstonden er diverse politieke initiatieven om de formele thuiszorg te ondersteunen (verpleeghulp,

centra voor coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten, gezinshulp en bejaardenhulp, enz.). Uit verschillende studies blijkt echter dat de formele zorg onvoldoende is om de noden van de zieken te dekken en dat de informele hulpverleners een centrale rol spelen in de thuisverzorging.



*Figuur 21: Verband tussen de vraag naar hulp, het aanbod van informele hulpverlening en het aanbod van formele hulpverlening*

Verschillende auteurs wijzen er op dat het moeilijk is om de verschillende soorten “formele” en “informele” hulpverlening te onderscheiden (Daly en Lewis; Daly; Pfau-Effinger). Vandaag de dag zijn de verantwoordelijkheden binnen de privé- en publieke sfeer immers duidelijk minder afgebakend. Wij stellen vast dat de verschillende initiatieven voor de zorgverlening door de overheid, de familie en de privé-sector elkaar overlappen (Daly en Lewis). Volgens Kröger is het beleid van de welvaartsstaat meer en meer gericht op de duurzaamheid van zorgnetwerken op basis van solidariteit tussen de individuen, in het bijzonder binnen de huishoudens, wel houdbaar zijn. Bijgevolg zijn verschillende regeringsbeslissingen genomen om de verzorging van personen door hun naasten te compenseren en aan te moedigen. Deze compensaties kunnen de vorm aannemen van fiscale kortingen of financiële tegemoetkomingen (European Commission). Dit zijn stuk voor stuk “nieuwe vormen van vergoeding” voor “informele” activiteiten die totnogtoe als gratis werden beschouwd.

Op 30 maart 1999 nam de Vlaamse Gemeenschap een decreet aan over onder andere de informele hulpverlening. Volgens het decreet van 30 maart 1999, Art. 2 wordt de informele hulpverlener (mantelzorger) gedefinieerd als “[de meerderjarige natuurlijke persoon] die niet-beroepsmatig niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt”. De Vlaamse Gemeenschap voorziet geen vergoeding voor de mantelzorger maar wel een premie die uitgekeerd wordt aan de persoon die zorg ontvangt, op

voorwaarde dat deze aangesloten is bij een zorgkas<sup>6</sup>.

Sinds de jaren 1990 is de hulp van naasten erkend als zijnde essentieel in de verzorging van personen, bejaarden en chronisch zieken (Twigg). Tester is op zijn beurt van mening dat 75 tot 80% van alle zorgen die bejaarden krijgen, door een persoon uit het huishouden wordt verstrekt (Tester). Nochtans ontbreken over het algemeen de gegevens die nodig zijn om de hulpverlening door de familie te evalueren en te beoordelen. Aan de hand van de Belgische Census van 2001 kunnen we de informele hulp beschrijven en een aantal kenmerken van een activiteit op basis van solidariteit tussen de individuen beter verklaren. Vraag 4A dient om te bepalen welke personen regelmatig als zorgverlener werken (minstens een keer per week). Vragen 4B en 4C dienen om te bepalen wie deze zorgen krijgt en hoeveel tijd er aan de informele hulpverlening wordt besteed.

**In te vullen door alle personen**

**4a. Staat u tenminste een keer per week niet-beroepsmatig in voor hulp of verzorging van één of meerdere personen met langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (bv.: beperkte mobiliteit)?**

ja       nee

**4b. Indien JA, deze persoon of personen zijn:**  
(kruis indien nodig meerdere vakken aan)

iemand uit het huishouden

familielid(leden), niet behorend tot het huishouden

buur (buren)

vriend(en), kennis(sen), enz.

**4c. Indien JA, hoeveel tijd besteedt u gewoonlijk aan deze hulp of verzorging?**

minstens een keer per week (maar niet elke dag)

dagelijks, minder dan 30 minuten

dagelijks, van 30 minuten tot minder dan 2 uur

dagelijks, van 2 uur tot minder dan 4 uur

dagelijks, 4 uur of meer

*Figuur 22: Vragen over de informele hulpverlening in de Belgische Census van 2001*

Het gebruik van de term “informeel” in deze monografie verwijst niet naar zwartwerk of niet-aangegeven activiteiten. Een onderscheid maken tussen deze twee “soorten” werk is van essentieel belang om tegenstrijdigheden in de analyse te vermijden (Escobedo *et al.*). Aangezien we ervan uitgaan dat naasten vaak zieken uit hun familie- en vriendenkring bijstaan en verzorgen, zullen we in deze monografie de termen “hulpverlener” en “verzorger” als synoniemen gebruiken. Door de

<sup>6</sup> De “zorgkassen” kunnen bestaan uit (Laasman):

1. ziekenfondsen, bonden van ziekenfondsen en maatschappijen voor gemeenschappelijk belang
2. de NMBS-kas
3. de private verzekeringsmaatschappijen

gegevens van de Belgische Census van 2001 over de hulpverleners (en/of verzorgers) te gebruiken, kunnen we de behoefte aan zorg en hun rol in deze samenleving beter begrijpen. In het eerste deel van dit hoofdstuk werden de socio-economische factoren van het huishouden die de verlening van informele zorg in België beïnvloeden, geanalyseerd. In dit hoofdstuk wordt de impact van deze informele hulpverlening op de ervaren gezondheid besproken en wordt aandacht besteed aan een internationale vergelijking van de kenmerken van informele hulpverleners. Hiervoor worden censusgegevens uit 2001 van Canada en het Verenigd Koninkrijk en gegevens van de studie “Mantelzorg in Vlaanderen” gebruikt.

## 4.2 Determinanten van de informele hulpverlening

### 4.2.1 Kenmerken van de informele hulpverleners

#### 4.2.1.1 Leeftijd en geslacht

In België verleent 9,37% van de personen ouder dan 15 jaar informele zorg. Vrouwen verlenen meer zorg dan mannen: respectievelijk 10,77% en 7,9% (tabel 40, kolom 1).

We berekenen de kans dat iemand hulpverlener wordt aan de hand van logistische regressie. Na controle voor het effect van leeftijd hebben vrouwen 42% meer kans dat ze hulpverlener worden dan mannen (OR=1,42 – tabel 40, kolom 3). Dit resultaat ligt in de lijn van de literatuur met betrekking tot de factoren die bepalend zijn voor de informele hulpverlening (Breuil-Genier; Cannuscio *et al.*; Couch *et al.*; Ettner, 1995; Ettner, 1996).

De prevalentie van informele hulpverlening verschilt naargelang de leeftijd van de verzorger. Wij stellen vast dat het percentage van de bevolking dat informele zorgen verleent, toeneemt in de eerste drie leeftijdsgroepen, gaande van 4,25% voor de groep van 15 tot 24 jaar tot 7,39% voor personen tussen 25 en 44 jaar en 13,95% voor personen tussen 45 en 64 jaar (tabel 40). Voor de laatste twee leeftijdsgroepen (65 en ouder) merken we een lichte daling van de prevalentie van hulpverleners op. We stellen vast dat 12,39% van de personen tussen 64 en 75 jaar en 9,7% van de personen ouder dan 75 jaar informele zorg verleent.

In verhouding tot personen tussen 15 en 24 jaar, hebben personen in de andere leeftijdsgroepen meer kans om zorg te verstrekken. Deze kans is bijzonder hoog in de groep van 45- tot 64-jarigen (OR=3,69; BI=3,63-3,73). De grote prevalentie van informele hulpverlening bij volwassenen tussen 45 en 64 jaar kan in verband worden gebracht met het fenomeen dat “de Sandwichgeneratie” (Spillman *et al.*) wordt genoemd. Voor deze personen komt het verlenen van informele hulp bovenop hun deelname aan de arbeidsmarkt en hun verantwoordelijkheid in het kader van hun eigen gezin. Dit fenomeen breidt zich almaar uit in de huidige demografische context, waarin met name het aantal vrouwen op de arbeidsmarkt toeneemt en het krijgen van kinderen steeds verder wordt uitgesteld.

Leeftijd/Geslacht	Informele hulpverleners		Resultaten logistische regressie	
	%	Aantal personen	Odds ratio*	Betrouwbaarheidsinterval (95%)
<b>Geslacht</b>				
Mannen	7,90	3.741.479	1,00	
Vrouwen	10,77	3.939.263	1,42	(1,41-1,43)
<b>Leeftijdsgroep</b>				
15-24	4,25	1.740.957	1,00	
25-44	7,39	2.170.668	1,80	(1,78-1,81)
45-64	13,95	2.292.223	3,69	(3,66-3,73)
65-74	12,39	845.280	3,14	(3,11-3,17)
75+	9,70	631.614	2,24	(2,21-2,27)
<b>Totaal</b>	<b>9,37</b>	<b>7.680.742</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\* De odds ratio's zijn voor leeftijd en geslacht gecontroleerd

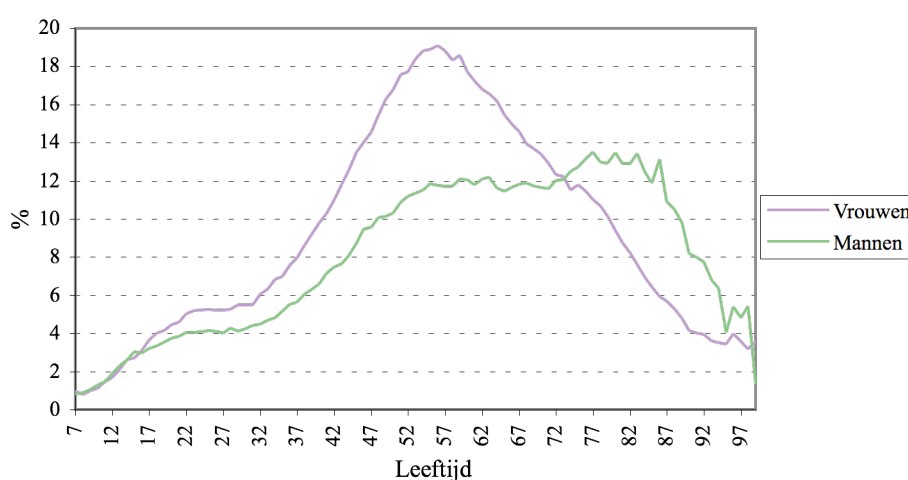
Tabel 36: Informele hulpverlening bij personen ouder dan 15 jaar: percentage en odds ratio

We hebben het aantal hulpverleners per leeftijd en per geslacht ingedeeld (tabel 37). De proportie mannen dat zorg verleent, bedraagt ongeveer 10,5% in de leeftijdsgroepen 45 tot 64 jaar, 65 tot 75 jaar en 75 jaar en ouder. De proportie vrouwen dat zorg verleent, varieert daarentegen aanzienlijk in de verschillende leeftijdsgroepen. Vermeldenswaard is dat de proportie vrouwen dat zorg verleent veel groter is dan de proportie mannen voor de leeftijdsgroep tussen 45 en 64 jaar: respectievelijk 16,36% tegenover 10,32%. Vanaf 75 jaar zijn er echter minder vrouwen dan mannen die zorg verlenen: respectievelijk 6,77% tegenover 10,61%.

Geslacht	Leeftijd	Informele hulpverlening	Aantal personen
Mannen	15-24	3,66	867.126
	25-44	5,62	1.078.164
	45-64	10,32	1.118.748
	65-74	10,57	375.103
	75+	10,61	220.305
Vrouwen	15-24	4,67	848.977
	25-44	8,66	1.056.944
	45-64	16,36	1.110.099
	65-74	11,87	435.695
	75+	6,77	382.871

Tabel 37: Totaal aantal personen (in %) ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht en leeftijd

In figuur 23 is de evolutie te zien van het aantal mannen en vrouwen dat hulp verleent, al naargelang hun leeftijd. Tot de leeftijd van 74 jaar verlenen er meer vrouwen dan mannen hulp. Vóór de leeftijd van 74 jaar situeert het grootste verschil tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke hulpverleners zich op de leeftijd van 56 jaar. Het verschil bedraagt dan 7,34% (19,11% bij de vrouwen tegenover 11,76% bij de mannen). Vanaf 75 jaar keert deze trend zich om en verlenen er meer mannen dan vrouwen hulp. Op de leeftijd van 86 jaar, is het verschil tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke hulpverleners maximaal: 7,21% (5,94% vrouwen tegenover 13,14% mannen). De omkering van deze trend in de hulpverlening heeft verschillende oorzaken. Door hun lage mortaliteit moet een groot aantal oudere vrouwen immers niet langer zorg verstrekken omdat ze hun echtgenoot en hun ouders hebben verloren. Bijgevolg daalt het aandeel vrouwelijke “hulpverleners”. Het is daarentegen zo dat mannen ouder dan 74 jaar en nog samenwonend met hun echtgenote, deze laatste moet helpen of verzorgen.



Figuur 23: Percentage informele hulpverleners volgens leeftijd en geslacht

#### 4.2.1.2 Positie in het huishouden

Het aandeel van personen dat informele hulp verleent, is groter bij gehuwde koppels zonder kinderen (12,76%), ouders in een eenoudergezin en personen met een andere positie in het huishouden (14,62%). De proportie informele hulpverleners is daarentegen veel kleiner bij kinderen van een getrouwd of samenwonend koppel (4,2% en 4,1%) en bij samenwonenden met kinderen. Na controle voor het effect van leeftijd en geslacht, verkrijgen we het zuivere effect van de positie van het individu in het huishouden op de hulpverlening (tabel 38).

Gehuwden zonder kinderen hebben in verhouding tot gehuwde paren met kinderen 13% meer kans om informele hulp te verlenen (OR=1,13; BI=1,12-1,14). Samenwonende paren zonder kinderen en samenwonenden met kinderen hebben 4% minder kans om informele hulp te verlenen dan gehuwden met kinderen (OR=0,96; BI=0,95-0,97 en OR=0,96; BI=0,95-1,01). Deze resultaten lijken te suggereren dat er een verband is tussen de “wettelijke” structuur van een huishouden en de hulpverlening. Het is immers mogelijk dat personen die tot nieuwe gezinsstructuren behoren, minder beschikbaar zijn om hulp te verlenen dan personen die tot meer traditionele gezinsstructuren behoren. Bovendien kunnen de personen die tot nieuwe gezinsstructuren behoren een betere gezondheid hebben of kunnen ze zich losmaken wanneer een van de leden van het huishouden ziek wordt. Wij stellen vast

dat kinderen in een eenoudergezin 84% (OR=1,84; BI=1,81-1,87) meer kans hebben om informele hulp te verlenen dan gehuwde paren met kinderen. Kinderen van een gehuwd paar en van een samenwonend paar hebben bovendien 4% minder kans om informele hulp te verlenen dan gehuwde paren met kinderen (OR=0,96; BI=0,95-0,97 en OR=0,96; BI=0,95-1,01). Dit is begrijpelijk als men er rekening mee houdt dat de partners in een koppel als de “voornaamste” verzorgers worden beschouwd en dat de kinderen de rol van verzorger op zich nemen wanneer een van de twee partners afwezig is of niet voor de vereiste zorg kan instaan (Spillman en Pezzin).

Huishoudenspositie	Informele hulpverleners		Resultaten logistische regressie	
	%	Aantal personen	Odds ratio*	Betrouwbaarheidsinterval (95%)
Kind bij gehuwd paar	4,20	950.841	0,96	(0,95-0,97)
Kind bij samenwonend paar	4,10	38.182	0,96	(0,95-1,01)
Kind in een eenoudergezin	9,65	284.444	1,84	(1,81-1,87)
Alleenstaande	8,68	1.164.133	0,85	(0,84-0,86)
Gehuwd zonder kinderen	12,76	1.699.099	1,13	(1,12-1,14)
Gehuwd met kind(eren)	9,67	2.368.284	1,00	-
Samenwonend zonder kinderen	7,07	312.999	0,91	(0,90-0,92)
Samenwonend met kind(eren)	6,56	235.896	0,85	(0,83-0,86)
Ouder in een eenoudergezin	11,22	344.027	1,04	(1,03-1,05)
Inwonend in huishoudentype 2 tot 6	7,16	100.425	0,86	(0,84-0,88)
Andere positie	14,62	96.120	1,67	(1,64-1,71)
Collectief huishouden	7,59	86.292	0,76	(0,74-0,78)

\* De odds ratio's zijn voor leeftijd en geslacht gecontroleerd

Tabel 38: Informele hulpverlening volgens leeftijd, geslacht en huishoudenspositie bij personen ouder dan 15 jaar: percentage en odds ratio

Huishoudens- positie	15-24		25-44		45-64		65-74		75+	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Mannen</b>										
Kind bij gehuwd paar	3,23	465.962	6,20	64.520	17,13	9.011	-	18	-	2
Kind samenwonend paar	3,26	19.546	6,90	1.449	17,25	255	-	9	-	0
Kind éénoudergezin	4,75	108.794	11,67	36.093	26,31	21.263	51,64	639	-	24
Alleenstaande	5,23	82.552	6,96	170.528	10,24	159.503	8,49	57.596	7,03	5.2349
Gehuwd zonder kinderen	3,25	41.321	5,96	77.250	11,43	353.487	11,89	250.222	14,66	133.019
Gehuwd met kind(eren)	3,40	51.508	5,10	578.910	9,93	490.964	13,69	50.884	17,19	16.362
Samenwonend geen kinderen	3,15	55.791	5,36	52.953	10,81	35.271	11,76	9.580	13,11	4.484
Samenwonend met kind(eren)	4,01	21.853	4,87	70.609	8,50	23.795	10,60	1.047	12,54	311
Ouder éénoudergezin	6,05	1.107	7,18	16.182	10,19	27.401	10,72	6.156	8,77	5.860
Inwonend in huishoudenstype 2-6	5,48	17.107	6,65	10.098	5,48	7.527	8,21	4.089	6,13	4.578
Andere positie	7,92	11.932	11,28	12.383	17,30	11.968	14,89	5.049	12,62	3.793
Collectief huishouden	4,22	2.153	7,04	3.960	8,56	6.086	9,37	4.108	6,67	10.208
<b>Vrouwen</b>										
Kind bij gehuwd paar	4,09	380.312	9,84	26.877	27,51	4.122	-	17	-	0
Kind samenwonend paar	3,82	15.907	12,07	762	31,12	241	-	7	-	6
Kind éénoudergezin	5,63	88.955	16,13	16.706	35,59	11.279	59,39	665	-	26
Alleenstaande	5,95	62.926	9,33	84.541	15,45	160.126	9,43	138.166	5,37	195.846
Gehuwd zonder kinderen	4,42	59.628	9,27	70.820	16,92	398.825	13,97	223.902	14,56	90.625
Gehuwd met kind(eren)	5,06	99.957	8,65	628.947	17,56	405.830	18,68	35.284	19,97	9.638
Samenwonend geen kinderen	4,28	71.037	7,19	38.614	14,11	32.915	12,49	8.214	12,22	4.140
Samenwonend met kind(eren)	5,23	31.923	7,18	70.094	14,16	15.156	15,38	728	8,42	380
Ouder in een éénoudergezin	7,37	23.274	9,75	121.863	15,63	92.182	12,44	24.251	9,30	25.751
Inwonend in huishoudenstype 2-6	6,80	17.410	11,26	7.761	13,38	7.298	7,42	6.695	3,96	17.862
Andere positie	8,74	8.356	15,98	6.702	26,16	12.213	19,22	9.804	11,01	13.920
Collectief huishouden	5,34	1.646	10,85	2.046	18,31	5.505	18,24	8.150	4,22	42.430

Tabel 39: Totaal aantal personen (in %) ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht, leeftijd en huishoudenstype

#### 4.2.1.3 Opleiding, activiteit en gewest

De informele hulpverlening verschilt weinig naargelang het opleidingsniveau. Dit percentage bedraagt namelijk 9,73% voor de personen met een diploma lager onderwijs, 9,91% voor de personen met een diploma lager secundair, 8,54% voor de personen met een diploma hoger secundair en tot slot 9,05% voor de personen met een diploma hoger of universitair onderwijs. Bovendien bedraagt dit percentage bij personen die hun opleidingsniveau niet specificeren en hulp verleent 11,69%. Oudere personen zijn echter vaker laaggeschoold. Het is bijgevolg belangrijk om met dit “leeftijdseffect” rekening te houden. De resultaten van de logistische regressie (tabel 40) tonen aan dat de personen met een opleidingsniveau lager onderwijs minder kans hebben om hulp te verlenen dan personen met een



opleidingsniveau hoger onderwijs (OR=0,71; BI=0,70-0,72). Een hoger opleidingsniveau verhoogt de kans om informele hulp te verlenen.

Socio-demografische variabelen	Percentage informele hulpverleners		Resultaten logistische regressie	
	%	Aantal personen	Odds ratio*	Betrouwbaarheidsinterval (95%)
<b>Opleiding</b>				
Lager onderwijs	9,73	1.466.138	0,71	(0,70-0,72)
Lager secundair	9,91	1.929.011	0,91	(0,91-0,92)
Hoger secundair	8,54	2.069.750	0,97	(0,96-0,98)
Hoger onderwijs	9,05	1.882.202	1,00	-
Onbekend	11,69	333.641	-	-
<b>Regio</b>				
Vlaanderen	8,78	4.543.845	1,00	
Brussel	9,65	668.818	1,15	(1,14-1,16)
Wallonië	10,40	2.468.079	1,21	(1,21-1,22)
<b>Activiteit</b>				
Actief werkend	7,79	3.823.710	1,00	
Actief werkzoekend	10,04	447.610	1,28	(1,27-1,29)
Werkloos	11,02	3.327.720	1,43	(1,41-1,43)

\* De odds ratio's zijn voor leeftijd, geslacht en huishoudenstype gecontroleerd

Tabel 40 : *Informele hulpverlening volgens de opleiding, regio en het professionele statuut bij personen ouder dan 15 jaar: percentage en odds ratio*

Tabel 41 toont het aantal personen dat hulp verleent, gestratificeerd volgens opleiding, leeftijd en geslacht. De personen tussen 25 en 44 jaar met een laag opleidingsniveau verlenen meer informele hulp dan personen met een hoger opleidingsniveau. Het aantal personen ouder dan 45 jaar dat informele hulp verleent, is daarentegen groter wanneer hun opleidingsniveau verder dan het lager secundair reikt.

Het percentage personen dat in Vlaanderen, in Wallonië en in Brussel zorg verstrekt, bedraagt respectievelijk 8,78%, 9,65% en 10,40%. Als we rekening houden met de socio-economische variabelen lopen inwoners van Brussel en Wallonië respectievelijk 15% (OR=1,15; BI=1,14-1,16) en 21% (OR=1,21; BI=1,21-1,22) meer kans om informele hulp te verlenen dan inwoners van Vlaanderen. Dit is bijzonder interessant in het kader van het huidige debat over de dekking van het afhankelijkheidsrisico.

Het percentage hulpverleners met een baan bedraagt 7,79%. Bovendien bedraagt het percentage werkzoekenden en werklozen die hulp verlenen respectievelijk 10,04% en 11,02%. Deze resultaten kunnen aan de hand van twee hypothesen worden uitgelegd. Werkzoekenden of werklozen verlenen meer hulp omdat ze meer tijd hebben. Sommige personen beslissen om te stoppen met werken om hun tijd aan de hulpverlening te kunnen besteden.

In verhouding tot de werkende bevolking hebben de werklozen 43% meer kans om informele hulp te verlenen (OR=1,43; BI=1,40-1,43), terwijl de werkzoekenden 28% meer kans hebben om hulpverlener te worden (OR=1,28; BI=1,27-1,29). We merken echter op dat sommige mensen voor een parttimebaan kiezen om voor een naaste te kunnen zorgen.

Leeftijd	Onderwijsniveau	Mannen		Vrouwen	
		%	N	%	N
15-24	Lager onderwijs	3,86	51.305	5,17	38.856
	Lager secundair	3,78	253.762	4,63	207.903
	Hoger secundair	3,83	357.915	4,94	335.158
	Hoger onderwijs	3,42	201.180	4,52	267.430
	Onbekend	5,20	15.464	6,18	11.984
25-44	Lager onderwijs	6,51	91.450	9,45	90.546
	Lager secundair	6,60	261.468	10,38	221.137
	Hoger secundair	5,86	361.468	9,14	348.798
	Hoger onderwijs	4,99	353.618	7,72	393.368
	Onbekend	7,70	26.931	10,67	21.884
45-64	Lager onderwijs	9,46	245.918	13,41	277.559
	Lager secundair	11,08	313.762	17,14	335.125
	Hoger secundair	11,11	252.117	18,01	241.410
	Hoger onderwijs	11,61	283.224	20,47	239.996
	Onbekend	11,04	51.510	15,18	51.602
65-74	Lager onderwijs	10,60	153.402	10,87	203.298
	Lager secundair	12,07	90.455	13,38	115.865
	Hoger secundair	11,89	53.838	15,06	54.225
	Hoger onderwijs	12,95	54.380	19,79	36.966
	Onbekend	12,61	37.322	13,72	45.529
75+	Lager onderwijs	11,05	101.010	6,62	212.794
	Lager secundair	13,00	47.292	8,42	82.242
	Hoger secundair	12,65	29.259	10,20	35.562
	Hoger onderwijs	13,40	27.939	13,42	24.101
	Onbekend	15,05	25.490	10,31	45.925
<b>Totaal</b>		7,90	3.741.479	10,77	3.939.263

Tabel 41: *Percentage personen ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht, leeftijdsgroep en opleidingsniveau*

Wanneer we de hulpverlening indelen volgens activiteit, leeftijd en geslacht, dan stellen we vast dat de hulpverlening bij vrouwen minder varieert dan bij mannen. Bij personen tussen 45 en 64 jaar is het verschil tussen het aantal werkzoekende en werkende mannen dat hulp verleent 2,81%, terwijl dit bij vrouwen slechts 0,85% is.

Leeftijd	Activiteit	Mannen		Vrouwen	
		%	N	%	N
15-24	Actief werkend	3,66	472.084	4,70	404.178
	Actief werkzoekend	6,16	75.187	7,06	92.050
	Werkloos	3,31	329.522	4,22	360.413
25-44	Actief werkend	5,41	985.406	8,07	791.920
	Actief werkzoekend	9,61	66.364	10,57	106.193
	Werkloos	10,36	39.246	11,91	166.526
45-64	Actief werkend	9,82	719.125	16,39	442.906
	Actief werkzoekend	12,63	47.349	16,89	60.350
	Werkloos	12,63	374.090	17,60	612.525
65-74	Actief werkend	11,77	5.128	15,65	2006
	Actief werkzoekend	-	43	-	74
	Werkloos	11,63	382.643	12,96	441.721
75+	Actief werkend	17,72	615	17,54	342
	Werkloos	12,32	229.078	8,02	391.956
<b>Totaal</b>		7,89	3.725.880	10,72	3.873.160

Tabel 42: *Percentage personen ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent volgens geslacht, leeftijdsgroep en soort activiteit*

## 4.2.2 Kenmerken van de informele hulpverleners en zorgontvangers

De Belgische Census van 2001 maakt het mogelijk om te bepalen wie de ontvanger(s) van informele hulpverlening is (zijn). Via deze vraag kan worden achterhaald of de hulpverlening binnen het huishouden, buiten het huishouden aan een familielid of buiten het huishouden aan een buur of een vriend wordt verleend. We moeten echter vermelden dat de hulpverleners die deze vraag invullen uit meerdere mogelijkheden kunnen kiezen. Het is namelijk mogelijk dat de hulpverlener tegelijkertijd zijn/haar partner (hulp binnen het huishouden) en zijn/haar ouders (hulp aan familie buiten het huishouden) verzorgt. Deze variabele kan worden beschouwd als een inschatting van de vraag naar zorgen.

We stellen vast dat de hulp hoofdzakelijk binnen de familiekring wordt verleend. Van alle hulpverleners zegt namelijk 38,56% hulp te verlenen aan een lid van het huishouden, terwijl 48,76% een familielid buiten het huishouden verzorgt. Wat betreft de hulpverlening aan personen die geen familie zijn, gaat het in 13,16% van de gevallen om een vriend en in 6,52% van de gevallen om een buur (tabel 43).

#### 4.2.2.1 Leeftijd en geslacht

Het percentage mannelijke hulpverleners dat binnen het huishouden en aan familieleden buiten het huishouden zorg verstrekt, is vergelijkbaar (respectievelijk 43,99% en 43,58%, tabel 43). Het percentage vrouwelijke hulpverleners dat buiten het huishouden aan familie zorg verstrekt, is veel groter dan het percentage vrouwen dat binnen het huishouden hulp verleent (52,35% tegenover 34,79%).

Tabel 44 toont de indeling van de hulp volgens geslacht in iedere categorie van zorgontvangers. Het verschil tussen het percentage hulp dat binnen het huishouden door mannen en door vrouwen wordt verleend, is klein (46,74% tegenover 53,24%). De vrouwen verlenen daarentegen 63,35% van het totaal van de zorg aan familieleden buiten het huishouden. We kunnen dit resultaat interpreteren aan de hand van de hypothese dat het merendeel van de hulp die buiten het huishouden aan familie wordt verleend, overeenkomt met de hulp die door kinderen aan hun ouders wordt verleend. De hulpverlening binnen het huishouden komt dan weer overeen met die binnen het koppel. Wanneer we met deze hypothesen rekening houden, zou men op basis van het feit dat vrouwen meer hulp verlenen dan mannen om hulp te verlenen aan familieleden van uitgaan dat dochters hun ouders meer verzorgen dan zonen. Dit resultaat ligt in de lijn van de literatuur (Couch *et al.*; Ettner, 1996; Spillman en Pezzin).

Personen tussen 15 en 24 jaar, tussen 25 en 44 jaar, evenals personen tussen 45 en 64 jaar verlenen hoofdzakelijk zorg aan familieleden buiten het huishouden (tabel 43). Personen tussen 64 en 75 jaar, evenals personen ouder dan 75 jaar verlenen daarentegen hoofdzakelijk hulp binnen het huishouden. We vinden hier de hypothese terug dat de informele hulpverlening binnen het huishouden overeenstemt met die binnen het koppel (overeenkomstig met de oudere koppels) en de hulpverlening aan familieleden buiten het huishouden overeenstemt met die van kinderen aan hun ouders. Dit toont aan dat de vraag naar zorg tussen de verschillende huishoudenstypes varieert en dat deze sterk wordt beïnvloed door de familiale structuur en de leeftijd van de individuen. Het percentage hulpverlening aan vrienden is voornamelijk hoog voor personen tussen 15 en 24 jaar (17,46%). Daarentegen stellen we vast dat het percentage hulpverlening aan burens veel hoger ligt voor personen tussen 65 en 75 jaar (9,52%), evenals voor personen ouder dan 75 jaar (8,86%).

#### 4.2.2.2 Positie in het huishouden

Collectieve huishoudens en kinderen in een eenoudergezin verlenen hoofdzakelijk hulp binnen het huishouden. De hulpverlening van gehuwde koppels zonder kinderen binnen het huishouden is even groot als de hulpverlening aan familieleden buiten het huishouden. Gehuwde koppels met kinderen, evenals samenwonende koppels met en zonder kind(eren) verlenen daarentegen hoofdzakelijk hulp aan familieleden buiten het huishouden.

## 4.2.2.3 Opleiding, activiteit en gewest

Socio-demografische variabelen	Binnen het huishouden	Buiten het huishouden aan familie	Buiten het huishouden aan burens	Buiten het huishouden aan vrienden	Aantal hulpverleners
<b>Totaal</b>	38,56	48,76	6,52	13,16	683.669
<b>Geslacht</b>					
Mannen	43,99	43,58	6,00	13,30	280.239
Vrouwen	34,79	52,35	6,88	13,07	403.430
<b>Leeftijdsgroep</b>	39,29	46,34	5,00	17,46	69.669
25-44	34,76	53,92	5,81	12,71	152.321
45-64	31,40	58,10	5,81	11,30	306.448
65-74	51,68	30,45	9,52	15,71	99.007
75+	63,86	19,13	8,86	14,77	56.224
<b>Opleiding</b>					
Lager onderwijs	54,16	34,67	6,60	10,14	134.981
Lager secundair	39,40	48,58	6,70	12,03	183.022
Hoger secundair	33,47	54,26	5,91	13,31	168.809
Hoger onderwijs	26,92	58,56	6,36	16,62	162.173
Onbekend	52,66	31,88	8,93	14,02	34.684
<b>Huishoudenspositie</b>					
Kind bij gehuwd paar	54,10	33,61	4,33	15,76	37.669
Kind bij samenwonend paar	49,89	38,87	3,28	15,67	1.461
Kind in een eenoudergezin	69,46	23,9	3,5	9,85	26.142
Alleenstaande	9,71	55,56	13,79	31,71	93.523
Gehuwd zonder kinderen	45,03	46,05	5,93	8,92	207.568
Gehuwd met kind(eren)	37,65	55,43	4,81	8,17	218.904
Samenwonend geen kinderen	29,97	56,19	5,36	14,93	21.081
Samenwonend met kind(eren)	35,71	54,13	5,28	11,76	14.698
Ouder in een eenoudergezin	33,95	49,84	7,91	16,73	36.655
Inwonend in huishoudentype 2 tot 6	58,74	33,05	3,4	11,5	6.716
Andere positie	62,12	28,20	4,83	11,96	13.370
Collectief huishouden	52,80	15,77	8,99	31,06	5.882
<b>Regio</b>					
Vlaanderen	41,58	49,40	4,20	9,31	376.683
Brussel	31,95	45,81	10,56	23,45	61.084
Wallonië	35,57	48,50	9,07	16,52	245.902
<b>Activiteit</b>					
Actief werkend	29,91	60,23	4,89	11,42	284.285
Actief werkzoekend	35,09	49,70	7,52	17,03	42.909
Werkloos	45,77	39,54	7,69	14,15	347.263

*De hulpverleners kunnen uit meerdere mogelijkheden kiezen. Ze konden in de vragenlijst antwoorden dat ze hulp verlenen aan personen uit verschillende categorieën zorgontvangers (bijvoorbeeld, hulp binnen het huishouden en hulp buiten het huishouden aan een vriend).*

*Tabel 43: Indeling van de informele hulpverlening per type zorgontvanger en per socio-economische groep van de hulpverlener (%)*

Hulpverleners met een diploma lager onderwijs verlenen hoofdzakelijk hulp binnen het huishouden (54,16%). Dit percentage ligt lager voor personen met een diploma lager secundair (39,40%), hoger secundair (33,47%) en hoger onderwijs (26,92%). We stellen vast dat 58,56% van de personen met een universitair opleidingsniveau hulp buiten het huishouden verleent.

Om deze resultaten te interpreteren, moet men rekening houden met de resultaten die volgens de leeftijd van de verzorgers werd verkregen. Zo kunnen we ervan uitgaan dat een groot aantal personen ouder dan 65 jaar dat binnen het huishouden hulp verleent, een diploma lager onderwijs heeft.

Het percentage personen dat in Vlaanderen, in Wallonië en in Brussel binnen het huishouden zorg verstrekt, bedraagt respectievelijk 41,58%, 31,95% en 35,57% (tabel 43). Het percentage personen dat aan familieleden buiten het huishouden zorg verstrekt, varieert minder tussen de regio's: 49,40% voor Vlaanderen, 45,81% voor Brussel en 48,50% voor Wallonië. Het is interessant vast te stellen dat het percentage personen dat aan vrienden zorg verstrekt hoger ligt in Brussel (26,45%); dit kan worden verklaard door de bijzondere kenmerken van de familiestructuren in Brussel.

Geslacht	Binnen het huishouden	Buiten het huishouden aan familie	Buiten het huishouden aan burens	Buiten het huishouden aan vrienden
Mannen	46,76	36,64	37,72	41,43
Vrouwen	53,24	63,35	62,27	58,61
Totaal aantal personen	263.623	333.357	44.575	89.971

Tabel 44: *Percentage informele hulpverlening volgens geslacht per type zorgontvanger (%)*

### 4.2.3 Kenmerken van de informele hulpverleners en het aantal uren verleende hulp

De Census bevat ook een vraag om te achterhalen hoeveel dagen per week (frequentie) en hoeveel uren per dag er aan hulpverlening worden besteed. Het merendeel van de hulpverleners verleent minstens één keer per week hulp (50,96%) (tabel 45). Van alle personen die dagelijks hulp verlenen, zijn degene die dit tussen 30 minuten en 2 uur doen het talrijkst (17,2%).

#### 4.2.3.1 Leeftijd en geslacht

De frequentie en het aantal uren door mannen en door vrouwen verleende hulp zijn hetzelfde (tabel 45). Het aantal hulpverleners dat minstens één keer per dag hulp verleent, neemt met de leeftijd af. In de verschillende leeftijdscategorieën blijft de hulp die wekelijks wordt verleend echter het frequentst. Het percentage hulpverleners dat meer dan 4 uren per dag hulp verleent, is bijzonder hoog voor personen tussen 64 en 75 jaar, evenals voor degenen ouder dan 75 jaar (20,08% en 26,56% – tabel 45).

Het is erg waarschijnlijk dat de individuen in deze leeftijdsgroep hulp verlenen aan hun bejaarde partner, en het is dan ook waarschijnlijk dat deze verzorging veel tijd vergt.

#### *4.2.3.2 Positie in het huishouden*

Het aantal hulpverleners dat meer dan 4 uren per dag hulp verleent, bedraagt meer dan het nationale gemiddelde (13,18%) bij gehuwde koppels zonder kinderen (16,39%), collectieve huishoudens (16,00%), de andere huishoudentypes (24,93%), evenals bij de eenoudergezinnen (tabel 45).

#### *4.2.3.3 Opleiding, activiteit en gewest*

Het percentage personen dat minstens 1 keer per week of dagelijks gedurende minder dan 30 minuten zorgt verleent, neemt evenredig met het opleidingsniveau toe. De proportie hulpverleners die wekelijks hulp verleent, is bijzonder hoog bij individuen met een universitair diploma (63,35%). Anderzijds neemt het aantal zorgverleners dat dagelijks gedurende meer dan 30 minuten zorg verstrekt evenredig met het opleidingsniveau af (tabel 45). De proportie hulpverleners die dagelijks gedurende meer dan 4 uren hulp verleent, is bijzonder hoog bij individuen met een diploma lager onderwijs (22,71%).

Van de hulpverleners met een baan verleent 60,07% minstens één keer per week hulp. Het percentage personen dat gedurende meer dan 4 uren per dag hulp verleent, ligt zowel bij de werkzoekenden als bij de werklozen hoger dan het nationaal gemiddelde.

De frequentie van de hulpverlening en het aantal uren variëren aanzienlijk naargelang het opleidingsniveau en de activiteit van de zorgverstrekkers. Dit kan worden verklaard door het feit dat hulpverleners met een hoger opleidingsniveau een groter loonverlies kennen als ze minder gaan werken om meer tijd aan de zorgverlening te kunnen besteden. Bijgevolg zijn de individuen met een kleiner inkomensverlies meer beschikbaar om voor een persoon te zorgen die vele uren verzorging nodig heeft. Bovendien is er een selectie-effect: personen die werkloos zijn hebben de mogelijkheid om meer zorg te verlenen precies omdat ze werkloos zijn.

In de drie regio's is het aandeel individuen dat wekelijks zorg verleent het grootst. In Vlaanderen ligt het percentage individuen dat tussen de 2 en 4 uren (7,56%), en dat meer dan 4 uren zorg verleent (15,02%) hoger dan het nationale gemiddelde.

INFORMELE HULPVERLENING

Socio-demografische variabelen	Minstens 1 keer per week (maar niet elke dag)	Alle dagen			Aantal personen	
		Minder dan 30 min	30 min tot 2 u	2 u tot 4 u		Meer dan 4 u
<b>Totaal</b>	50,96	12,05	17,2	6,59	13,18	684.369
<b>Geslacht</b>						
Mannen	49,42	13,43	18,04	6,70	12,39	281.148
Vrouwen	52,03	11,08	16,61	6,52	13,73	403.221
<b>Leeftijdsgroep</b>						
15-24	61,94	12,95	13,06	4,39	7,64	70.215
25-44	56,03	11,88	15,72	5,69	10,65	153.459
45-64	53,18	11,27	18,03	6,39	11,10	307.442
65-74	39,93	12,66	18,71	8,60	20,08	97.910
75+	30,17	14,59	19,22	9,44	26,56	55.343
<b>Opleiding</b>						
Lager onderwijs	35,71	13,22	19,57	8,76	22,71	133.466
Lager secundair	48,69	12,55	18,39	7,11	13,23	182.648
Hoger secundair	55,78	11,45	16,69	5,97	10,08	170.132
Hoger onderwijs	63,65	10,61	14,51	4,56	6,64	165.224
Onbekend	36,77	14,77	17,05	8,31	23,07	32.899
<b>Huishoudenstype</b>						
Kind bij gehuwd paar	55,46	15,81	15,84	5,10	7,76	37.881
Kind bij samenwonend paar	56,35	14,68	14,41	5,34	9,20	1.478
Kind in een eenoudergezin	35,10	15,21	22,28	8,92	18,47	26.109
Alleenstaande	64,88	9,44	13,21	5,37	7,07	93.975
Gehuwd zonder kinderen	43,97	12,45	19,44	7,73	16,39	206.360
Gehuwd met kind(eren)	52,94	11,84	16,90	6,13	12,16	220.389
Samenwonend geen kinderen	58,22	10,46	14,73	5,23	11,33	21.026
Samenwonend met kind(eren)	57,35	11,47	14,17	5,10	11,88	14.775
Ouder in een eenoudergezin	54,69	10,35	14,56	5,55	14,83	36.510
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	37,65	16,16	19,30	8,48	18,39	6.661
Andere positie	31,33	13,43	21,23	9,06	24,93	13.137
Collectief huishouden	34,12	18,04	21,24	10,58	16,00	6.068
<b>Regio</b>						
Vlaanderen	47,23	11,33	18,84	7,56	15,02	379.048
Brussel	60,68	10,44	12,74	5,39	10,73	59.906
Wallonië	54,35	13,55	15,74	5,39	10,94	245.415
<b>Activiteit</b>						
Actief werkend	60,07	12,24	16,29	4,81	6,56	287.789
Actief werkzoekend	52,98	11,13	15,77	6,91	13,19	42.585
Werkloos	43,45	11,97	18,15	8,00	18,41	345.393

Tabel 45: Totaal aantal personen dat informele zorg verleent (in %) volgens het aantal uren



### 4.2.3.4 Intensiteit van verleende hulp

Om na te gaan welke impact de socio-economische factoren op de intensiteit van de verleende hulp hebben, hebben we berekend hoe waarschijnlijk het is dat iemand meer dan 2 uur per dag hulp verleent.

Socio-demografische variabelen	Odds ratio	Betrouwbaarheidsinterval (95%)
<b>Geslacht</b>		
Mannen	1,00	-
Vrouwen	1,04	(1,03-1,06)
<b>Leeftijdsgroep</b>		
15-24	1,00	
25-44	1,87	(1,81-1,94)
45-64	1,55	(1,50-1,60)
65-74	2,14	(2,06-2,22)
75+	3,09	(2,97-3,21)
<b>Opleiding</b>		
Lager onderwijs	2,33	(2,28-2,38)
Lager secundair	1,64	(1,61-1,67)
Hoger secundair	1,39	(1,37-1,42)
Hoger onderwijs	1,00	
<b>Huishoudenstype</b>		
Kind bij gehuwd paar	0,96	(0,92-1,00)
Kind bij samenwonend paar	1,01	(0,87-1,18)
Kind in een eenoudergezin	2,01	(1,95-2,08)
Alleenstaande	0,50	(0,49-0,52)
Gehuwd zonder kinderen	0,85	(0,84-0,87)
Gehuwd met kind(eren)	1,00	
Samenwonend zonder kinderen	0,90	(0,86-0,94)
Samenwonend met kind(eren)	1,16	(1,10-1,21)
Ouder in een eenoudergezin	0,99	(0,96-1,02)
Inwonend in huishoudenstype 2 tot 6	1,34	(1,26-1,43)
Andere positie	1,80	(1,73-1,90)
Collectief huishouden	0,94	(0,88-1,00)
<b>Regio</b>		
Vlaanderen	1,00	
Brussel	0,74	(0,72-0,75)
Wallonië	0,69	(0,68-0,70)
<b>Activiteit</b>		
Actief werkend	1,00	
Actief werkzoekend	2,02	(1,96-2,08)
Werkloos	2,09	(2,06-2,13)

Tabel 46: Waarschijnlijkheid dat hulpverleners meer dan twee uren per dag hulp verlenen

We hebben deze indeling gekozen omdat de verzorgers die meer dan 20 uur<sup>7</sup> per week hulp verlenen, in de literatuur worden beschouwd als hulpverleners met een “zware” zorglast (Brouwer *et al.*; Burton *et al.*). De waarschijnlijkheid dat iemand meer dan 2 uren per dag zorg verleent, is gelijk voor mannen en vrouwen (OR=1,04; BI=1,03-1,06 – tabel 46). In verhouding tot de personen tussen 15 en 24 jaar hebben de personen tussen 65 en 74 jaar, evenals de personen ouder dan 75 jaar een veel grotere kans om meer dan 2 uren per dag zorg te verlenen. Personen met een diploma lager onderwijs hebben 2,3 keer meer kans om meer dan 2 uren per dag zorg te verlenen dan personen met een universitair diploma. In verhouding tot gehuwde paren met kinderen hebben samenwonende paren met kinderen, kinderen in een eenoudergezin en personen met een andere positie in het huishouden een veel grotere kans om meer dan 2 uren per dag zorg te verlenen. Als we rekening houden met de socio-economische variabelen lopen inwoners van Brussel en Wallonië respectievelijk 26% (OR=0,74; BI=0,72-0,76) en 31% (OR=1,69; BI=1,68-1,70) meer kans om meer dan 2 uren per dag zorg te verlenen dan inwoners van Vlaanderen. In verhouding tot personen met een baan hebben werklozen 2,02 keer meer kans om meer dan 2 uren zorg te verlenen (OR=2,02; BI=1,96-2,08), terwijl actieve werkzoekenden 2,1 keer meer kans hebben om meer dan 2 uren zorg te verlenen (OR=2,09; BI=2,06-2,13). Hierbij dient vermeld te worden dat onze resultaten enkel verband houden met de zorglast en niet met het aantal personen dat informele hulp verleent.

### 4.3 Invloed van de hulpverlening op de ervaren gezondheid

De invloed van de informele hulpverlening op de fysieke en psychische gezondheid van de hulpverleners werd in de literatuur bestudeerd (Brouwer *et al.*; Baumgartenn *et al.*; Marks; Schulz en Beach). Deze studies gebruiken over het algemeen beperkte steekproeven waarbij de hulpverleners 45 jaar of ouder zijn. In vergelijking met deze studies heeft de Belgische Census het voordeel dat hij een analyse van de hulpverlening bij de volledige Belgische bevolking mogelijk maakt. De Census bevat een vraag over de subjectieve gezondheidstoestand van alle individuen in het huishouden, waardoor de impact van de hulpverlening op de gezondheid van de hulpverleners kan worden geanalyseerd. Hiertoe hebben we de subjectieve gezondheidstoestand van de informele hulpverleners vergeleken met die van personen die geen informele hulp verlenen. Het percentage personen met een slechte gezondheidstoestand ligt veel hoger voor de hulpverleners (36,79%) dan voor de personen die geen hulp verlenen (25,9%). Tabel 47 toont de verhouding tussen het percentage hulpverleners met een slechte gezondheid en het percentage niet-hulpverleners met een slechte gezondheid. De impact op de gezondheid van de hulpverleners neemt af met de leeftijd van de individuen. Dit resultaat moet omzichtig geïnterpreteerd worden. De achteruitgang van de gezondheidstoestand van jongeren is immers “relatief” belangrijker dan die van oudere personen, omdat de jongeren aanvankelijk een betere gezondheidstoestand hebben. Dit resultaat wijst er in “absolute” termen echter niet op dat de gezondheidstoestand van alle jongeren die hulp verlenen meer achteruitgaat dan die van oudere personen. Het verlenen van informele zorgen doet het risico van een slechte gezondheid toenemen met gemiddeld 63% bij de mannen en 27% bij de vrouwen.

---

<sup>7</sup> In de Census kunnen de personen die 20 uur per week hulp verlenen, in de categorieën “2 u tot 4 u per dag” of “meer dan 4 uur per dag” voorkomen.

Geslacht	Leeftijd	Verleent geen hulp		Verleent hulp		Verhouding (2) / (1)
		Slecht tot matige gezondheid		Slecht tot matige gezondheid		
		% (1)	N	% (2)	N	
Mannen	15-24	6,59	835.365	14,17	32.407	2,15
	25-44	13,37	1.017.465	24,05	63.026	1,80
	45-64	30,85	1.003.263	38,26	122.134	1,24
	65-74	50,13	335.423	56,75	44.041	1,13
	75+	66,22	196.926	71,03	27.650	1,07
	Totaal	23,58	3388.442	38,41	289.258	1,63
Vrouwen	15-24	6,72	809.265	13,63	40.396	2,03
	25-44	14,09	965.384	21,89	94.486	1,55
	45-64	33,65	928.458	35,26	190.241	1,05
	65-74	54,77	383.947	56,01	57.145	1,02
	75+	72,06	356.930	71,02	31.214	0,99
	Totaal	28,17	3.443.984	35,66	413.482	1,27

Tabel 47: *Ervaren gezondheid van personen die geen informele hulp verlenen en personen die dit wel doen (%)*

De gezondheid hangt tevens af van de tijd die aan de hulpverlening wordt besteed (Cannuscio *et al.*; Schulz). Het percentage hulpverleners met een slechte gezondheid neemt toe naarmate men meer tijd aan de hulpverlening besteedt (tabel 48). Het percentage hulpverleners met een slechte gezondheid gaat van 29,64% voor wekelijkse hulpverlening tot 39,14% voor dagelijkse hulpverlening. Het percentage hulpverleners met een slechte gezondheid varieert weinig wanneer de tijd die dagelijks aan de hulpverlening wordt besteed minder dan 30 minuten (39,14%) of 30 minuten tot 2 uur (39,6%) bedraagt. Indien de zorgen echter gedurende meer dan 2 uur per dag worden verstrekt, neemt het percentage hulpverleners met een slechte gezondheid toe.

Tijd aan hulpverlening	Slecht tot matig	Goed tot zeer goed	N
Minstens 1 keer per week	29,64	70,36	342.198
Alle dagen, minder dan 30 min	39,14	60,86	80.633
Alle dagen, van 30 min tot 2 u	39,60	60,40	115.226
Alle dagen, van 2 u tot 4 u	44,13	55,87	44.059
Alle dagen, 4 u en langer	50,22	49,78	87.722

Tabel 48: *Ervaren gezondheid van informele hulpverleners naargelang de tijd die ze aan hulpverlening besteden (%)*

Wij berekenden welke impact de intensiteit van de verleende hulp (aantal uren) heeft op de kans dat informele hulpverleners in slechte gezondheid verkeren (tabel 49). Personen die geen hulp verlenen werden uit deze analyse geweerd, om de impact van de aan de hulpverlening bestede tijd op de ervaren gezondheid te kunnen benadrukken in plaats van de impact van de hulpverlening zelf. De resultaten

worden getoetst aan de verschillende socio-economische variabelen (het geslacht, de leeftijd, het opleidingsniveau, de regio en het beroepsstatuut). In vergelijking met de hulpverleners die wekelijks zorg verlenen, neemt het risico van een slechte gezondheid met 25% toe als men gedurende 30 minuten per dag informele hulp verleent. Het risico van een slechte gezondheid neemt aanzienlijk toe wanneer men meer dan 2 uur per dag hulp verleent. In verhouding tot de hulpverleners die minstens een keer per week hulp verlenen, neemt het risico van een slechte gezondheid immers met 36% toe voor personen die tussen de 2 en 4 uur per dag hulp verlenen en met 45% voor personen die dit meer dan 4 uur per dag doen.

Tijd aan hulpverlening	Odds ratio	Betrouwbaarheidsinterval (95%)
minstens 1 keer per week	1,00	-
alle dagen, minder dan 30 min	1,25	(1,23-1,27)
alle dagen, van 30 min tot 2 u	1,27	(1,25-1,29)
alle dagen, van 2 u tot 4 u	1,36	(1,33-1,39)
alle dagen, 4 u en langer	1,45	(1,43-1,49)

*De resultaten zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, regio en beroepsstatuut*

*Tabel 49: De waarschijnlijkheid dat informele hulpverleners een slechte ervaren gezondheid hebben, naargelang de tijd die ze aan hulpverlening besteden (%)*

Het verband tussen informele hulpverlening en een slechte gezondheid moet echter omzichtig worden geïnterpreteerd. Met onze gegevens is het immers niet mogelijk om een oorzakelijk verband tussen deze twee variabelen te leggen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat bepaalde verstorende factoren niet aan bod kwamen in de censusvragenlijst (vb. de voedingsgewoontes of het tabaksgebruik). Deze factoren die over het algemeen door de leden van een huishouden worden gedeeld, bieden een alternatieve verklaring voor het geobserveerde verband tussen de informele hulpverlening en de slechte gezondheid.

## 4.4 Internationale vergelijking over de informele hulpverleners

Tabel 50 toont de verschillende informatiebronnen over de informele hulpverlening. Wij merken op dat de methode om de informatie te verzamelen en het soort informatie verschillend zijn. In meerdere landen bestaan er initiatieven om het aantal informele hulpverleners te meten. Deze gegevens worden over het algemeen aan de hand van enquêtes (met uiteenlopende steekproeftrekkingen) en, meer recentelijk, aan de hand van censusvragenlijsten verzameld. De enquêtes over de informele hulpverlening kunnen twee verschillende perspectieven hanteren: i) het perspectief van de zorgontvanger, ii) het perspectief van de hulpverlener. Grammenos (2003) heeft vastgesteld dat er geen unieke indicator bestaat om de verzorging van personen door leden van het huishouden te meten. Bovendien hebben de bestaande gegevens meestal betrekking op de kenmerken van de personen die zorg ontvangen in plaats van op de personen die zorg verlenen (Grammenos). Er zijn maar weinig gegevens over de informele hulpverleners, waardoor het niet mogelijk is om de factoren die de hulpverlening bepalen, noch de behoeften van de informele hulpverleners te identificeren.

## INFORMELE HULPVERLENING

Land	Gegevensbron				Onderwerp gekoppeld aan	
	Naam	Soort	Perspectief	Jaar	Gezondheid	Tijdsbesteding
Engeland	Census 2001 <sup>1</sup>	Census	Hulpverlener	2001	*	
België	Census 2001	Census	Hulpverlener	2001	*	
Vlaanderen	Mantelzorg in Vlaanderen	Enquête	Hulpverlener	2002-2003	-(a)	-(a)
Nieuw-Zeeland	Census <sup>2</sup>	Census	Hulpverlener	2001		*
Canada	Census <sup>3</sup>	Census	Hulpverlener	1996 en 2001		*
	General Household Survey <sup>4</sup>	Enquête	Zorgontvanger / Hulpverlener	Verschillende enquêtemodules tussen 1985 en 2002	*	*
Frankrijk	Handicap-incapacité-dépendance (HID) <sup>5</sup>	Enquête	Zorgontvanger	1998 tot 2002	*	
	Permanente enquêtes over de levensomstandigheden in huishoudens <sup>6</sup>	Enquête	Zorgontvanger	1996 tot 2004	*	
Verenigde Staten	National Long Term Care Survey (NLTC) <sup>7</sup>	Enquête	Zorgontvanger	1984, 1989, 1994 en 1999	*	
	Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) <sup>8</sup>	Enquête	Zorgontvanger	1993, 1995, 1998, 2000, 2002 en 2004	*	*
	Survey of Income and Program Participation (SIPP) <sup>9</sup>	Enquête	Zorgontvanger / Hulpverlener	Verschillende enquêtemodules tussen 1984-1996	*	*
Europese Unie	Europees socio-economisch panel <sup>10</sup>	Enquête	Hulpverlener	1994 tot 2001		*

Tabel 50: Gegevensbronnen met betrekking tot de informele hulpverlening

Bron:

<sup>1</sup> Vidler

<sup>2</sup> Statistics New Zealand

<sup>3</sup> Statistics Canada

<sup>4</sup> Michelson et al.

<sup>5</sup> Bressé en Dutheil

<sup>6</sup> Breuil-Genier

<sup>7</sup> White-Means en Rubin; Spillman en Pezzin; Hiedemann en Steven. Sommige golven omvatten specifieke enquêtes voor de hulpverleners.

<sup>8</sup> Van Houten en Norton; Mellor; Feld et al.

<sup>9</sup> Ettner (1996)

<sup>10</sup> De gegevens over de informele hulpverlening worden opgenomen in het deel rond sociale betrekkingen. <http://epp.eurostat.cec.eu.int>

<sup>(a)</sup> Deze enquête is enkel gericht op het verstrekken van informatie over de informele hulpverleners.

In 2001 besloten vier landen om in hun census vragen over de informele hulpverlening op te nemen: het Verenigd Koninkrijk, Canada, Nieuw-Zeeland en België. Tussen deze landen bestaat een aantal verschillen die het vermelden waard zijn. Enerzijds heeft de vraag over informele hulpverlening in het Verenigd Koninkrijk en in Canada enkel betrekking op de verzorging van bejaarden. Dit is niet het geval in de Belgische Census, aangezien de vraag over “personen met een langdurige ziekte, aandoening of handicap” gaat. Anderzijds zijn de vragen over de informele hulp in de censussen van het Verenigd Koninkrijk en van België in een deel over de gezondheid opgenomen. In Canada en Nieuw-Zeeland hoort deze vraag over de informele hulpverlening thuis in het deel over de activiteiten binnen de huishoudens.

Afgezien van deze vier volkstellingen bestaan er enorm veel enquêtes die in hoofdzaak gaan over de personen die formele en/of informele hulp ontvangen. De enquêtes die in tabel 50 worden voorgesteld, zijn slechts een deel van alle bestaande enquêtes die in de recente wetenschappelijke publicaties worden vermeld.

Op basis van de gegevens van 2001 van Canada en het Verenigd Koninkrijk, van België en van een enquête in Vlaanderen kunnen we enerzijds het deel van de bevolking dat informele hulp verleent en anderzijds de indeling van de hulpverleners volgens het aantal uren verleende hulp bepalen (tabel 51).

De enquête “Mantelzorg in Vlaanderen” beoogt de informele hulpverleners en hun rol in de verzorging van zieke personen in Vlaanderen zo goed mogelijk te beschrijven (Jacobs en Lodewijckx). De enquête gebruikt twee verschillende steekproeven van de bevolking om de prevalentie van informele hulpverlening in te schatten en een “profiel” van de hulpverleners te bepalen. De eerste steekproef werd genomen onder inwoners van Vlaanderen en de tweede onder de informele hulpverleners die bij de verschillende zorgkassen zijn ingeschreven. Volgens Vanbrabant en Craeynest verlenen 2 op 3 personen informele hulp. De auteurs vermelden dat 66% van de vrouwen en 62% van de mannen informele hulp verleent (Laasman). Wij stellen vast dat onze resultaten over de totale prevalentie van informele hulpverlening in België (9,37%), evenals in Vlaanderen (8,78%) duidelijk lager liggen dan de resultaten van het onderzoek “Mantelzorg in Vlaanderen” (64%). Dit kan worden verklaard door het feit dat de Census een prevalentie op een bepaald tijdstip meet, terwijl de enquête van het onderzoek “Mantelzorg in Vlaanderen” een prevalentie tijdens een periode van 12 maanden meet. Een prevalentie die over een bepaalde periode is gemeten, ligt per definitie hoger dan “een punctuele prevalentie”. De definities van informele hulpverlening verschillen bovendien in de twee enquêtes. Bijgevolg zijn de verkregen resultaten moeilijk te vergelijken.

In Canada verleent 18,1% van de personen ouder dan 15 jaar informele zorg. Het merendeel van hen verleent gedurende 5 uren per week hulp. Informele hulpverlening komt vaker voor bij vrouwen (20,9%) dan bij mannen (15,2%) ouder dan 15 jaar (tabel 51). In het Verenigd Koninkrijk verleent 12,5% van de bevolking informele hulp. Het is interessant om vast te stellen dat de hulpverleners in Groot-Brittannië veel meer uren hulp verlenen dan in Canada. In het Verenigd Koninkrijk verleent immers 2,7% van de bevolking ouder dan 15 jaar hulp gedurende 30 uren of meer per week, terwijl in Canada 1,3% van de bevolking hulp verleent gedurende 20 uur en meer per week. De gegevens over de prevalentie van informele hulpverlening in Canada en het Verenigd Koninkrijk liggen lager dan die in België. Dit kan liggen aan de verschillen in de gezondheidszorgsystemen. De resultaten moeten echter omzichtig vergeleken worden, omdat de vragen van de drie volkstellingen zeer verschillend zijn.

Land	Mannen	Vrouwen	Totaal
<b>Canada<sup>1</sup></b>	15,2	20,9	18,1
Minder dan 5 uur	10,4	12,7	11,6
5 tot 19 uur	3,8	6,4	4,3
20+	0,9	1,7	1,3
<b>Verenigd Koninkrijk<sup>2</sup></b>	11,0	14,0	12,5
1 tot 14 uur	7,7	9,3	8,5
15 tot 29 uur	1,2	1,6	1,4
30+	1,6	3,1	2,7
<b>Vlaanderen<sup>3</sup></b>	62,0	66,0	64,0
<b>België<sup>4</sup></b>	7,9	10,7	9,4
Minstens 1 keer per week	3,7	5,3	4,5
1 tot 14 uur per week*	2,4	2,8	2,6
15 tot 28 uur per week**	0,5	0,7	0,6
+ 28 uur per week***	0,9	1,4	1,2
Geen antwoord over aantal uren verleende hulp	0,4	0,5	0,5

Tabel 51: *Percentage van de bevolking ouder dan 15 jaar dat informele hulp verleent en de indeling volgens het aantal uren verleende hulp per week in Canada en het Verenigd Koninkrijk, in België (gegevens van de Census 2001) en in Vlaanderen (Mantelzorg in Vlaanderen)*

Bron: <sup>1</sup>Statistics Canada

<sup>2</sup><http://www.statistics.gov.uk/census2001/default.asp>

*De beschikbare gegevens hebben betrekking op Engeland en Wales (Doran et al., 2003).*

<sup>3</sup>*Vanbrabant en Craeynest. De hulpverleners die minder intensieve en deze die intensieve hulp verlenen werden samengevoegd.*

<sup>4</sup>*Gegevens van de Census: de uren verleende hulp per week komen overeen met de categorieën \* Minder dan 30 min; \*\*30 min tot 2 u en 2 u tot 4 u; \*\*\* 4 u en meer. Eigen berekeningen.*

Tabel 52 toont het aandeel van de bevolking dat in elke leeftijdscategorie informele hulp verleent. Per land stellen we vast dat het aantal individuen dat informele hulp verleent hoger ligt in de leeftijdsgroep 50-64 in het Verenigd Koninkrijk (21,3%), in de leeftijdsgroep 45-64 jaar in Canada (23,8%) en in België (20,0%). Het is interessant om vast te stellen dat meer dan 10% van de volwassenen tussen 25 en 44 jaar in Canada en tussen 35 en 49 jaar in het Verenigd Koninkrijk informele hulp verleent. In de drie landen behoort de leeftijdsgroep die het meeste hulp verleent tot de werkende bevolking. Deze gegevens wijzen er dus op dat volwassenen die op de arbeidsmarkt actief zijn en eventueel kinderen hebben, zorg moeten verstrekken aan oudere personen. Dit fenomeen staat in de literatuur bekend als de "Sandwichgeneratie" (European Commission; Spillman en Pezzin).

Leeftijdsgroep	Verenigd Koninkrijk <sup>1</sup>	Leeftijdsgroep	Canada <sup>2</sup>	Leeftijdsgroep	België <sup>3</sup>
16 tot 34	6,1	15 tot 24	11,0	15 tot 24	4,25
35 tot 49	13,9	25 tot 44	17,4	25 tot 44	7,39
50 tot 64	21,3	45 tot 64	23,8	44 tot 65	20,0
65+	13,5	65+	16,5	65+	13,2

Tabel 52: *Percentage van de bevolking dat informele hulp verleent in elke leeftijdscategorie in Canada en het Verenigd Koninkrijk*

Bron: <sup>1</sup><http://www.statistics.gov.uk/census2001/default.asp>

*De beschikbare gegevens hebben betrekking op Engeland en Wales (Doran et al.)*

<sup>2</sup>Statistics Canada

<sup>3</sup>Gegevens van de Census: de uren verleende hulp per week komen overeen met de categorieën \* Minder dan 30 min; \*\*30 min tot 2 u en 2 u tot 4 u; \*\*\* 4 u en meer.

*Eigen berekeningen.*

Er bestaan verschillen in de informele hulpverlening tussen België, het Verenigd Koninkrijk en Canada die te wijten kunnen zijn aan de beschikbaarheid van de formele hulpverlening, de sterke verschillen in de bevolkingsdichtheid en de culturele verschillen. Bovendien zijn de vragen die in de census van het Verenigd Koninkrijk en Canada werden gesteld niet identiek en bijgevolg moet de vergelijking van deze resultaten omzichtig gebeuren. In deze twee landen bestaat er echter een aanzienlijke prevalentie van informele hulpverlening bij de volledige bevolking. Dit fenomeen is zeer belangrijk voor volwassenen op de economisch actieve leeftijd (25 tot 65 jaar). Deze resultaten tonen aan hoe belangrijk de informele hulpverlening in de geïndustrialiseerde landen is en onderstrepen de behoefte om de factoren die de informele hulpverlening bepalen beter te kennen.

## 4.5 Besluit

In België verleent 9,37% van de bevolking ouder dan 15 jaar informele zorg. We stellen vast dat het percentage volwassenen dat zorg verleent vooral hoog is voor de personen ouder dan 45 jaar. Vrouwen verlenen vaker zorg dan mannen. Nochtans hangt dit verschil af van het soort zorgontvanger. Het is interessant om vast te stellen dat het percentage mannen en vrouwen dat binnen het huishouden zorg verleent zeer vergelijkbaar is. Vrouwelijke hulpverleners maken echter meer dan 63% uit van het totale aantal hulpverleners dat familieleden buiten hun eigen huishouden verzorgt.

In deze monografie hebben we de impact van de hulpverlening op de gezondheid van de verzorgers geanalyseerd. We moeten echter vermelden dat het verlenen van informele hulp ook andere gevolgen voor de verzorger met zich meebrengt. Zo worden informele hulpverleners vaak gedwongen om minder te gaan werken, waardoor ze minder inkomen hebben. We hebben vastgesteld dat het percentage personen met een slechte ervaren gezondheid hoger ligt bij informele hulpverleners dan bij personen die geen hulp verlenen. Bovendien is de gezondheid van de verzorgers nauw verbonden met het aantal uren verleende hulp.

Onze resultaten geven aan dat in België het aandeel van de bevolking dat informele hulp verleent niet te verwaarlozen is, vooral bij personen ouder dan 45 jaar. Dit is bijzonder belangrijk in de huidige



context waar de vergrijzing van de bevolking de vraag naar formele en informele zorgen alleen maar zal doen toenemen. Naast deze toenemende vraag zijn er echter verschillende factoren die een daling in de informele hulpverlening kunnen veroorzaken. Zo kunnen de sterke toename van het aantal vrouwen op de arbeidsmarkt, het lage geboortecijfer, de toename van het aantal alleenstaanden en de nieuwe gezinsstructuren een daling van het aanbod informele hulpverlening met zich meebrengen.

Daarnaast moet er rekening worden gehouden met de gevolgen van hulpverlening voor de verzorgers. Naast de financiële steun moeten ook de andere behoeften van de informele hulpverlener erkend worden. Volgens Travers hebben de informele hulpverleners “erkenning, informatie en ondersteuning” nodig (Travers). Deze ondersteuning omvat naast de mogelijkheid om op bepaalde tijdstippen afwezig te zijn als verzorger, ook psychosociale hulp en toegang tot gesubsidieerde diensten zoals een huishoudhulp (Leroy en Neiryck). Bovendien moet men rekening houden met de behoeften van informele hulpverleners die op de arbeidsmarkt actief zijn. Zo zijn er beleidslijnen nodig die flexibele werkuren en (betaald of onbetaald) verlof mogelijk maken om voor een ziek familielid te zorgen, zodat de verantwoordelijkheden van zowel werk als zorg beter met elkaar kunnen worden verzoend. We stellen vast dat de beleidslijnen die de last van informele hulpverleners verlichten gevarieerd zijn. Deze hulp blijft ontoereikend om de levenskwaliteit en gezondheid van de informele hulpverleners in de Europese Unie te verbeteren. Nochtans is de erkenning van de rol van hulpverlener bij het verzorgen van bejaarden en chronisch zieken de eerste stap naar beleidslijnen die de levenskwaliteit van de verzorgers verbeteren.



## Hoofdstuk 5: De gezondheid in kaart

### 5.1 Het gebruik van een indicator van subjectieve gezondheid voor de geografische analyse van morbiditeit

De thematische cartografie waarbij een specifiek fenomeen in kaart wordt gebracht dateert van het begin van de 19<sup>de</sup> eeuw. Het in kaart brengen van gezondheid en ziekte behoorde hierbij tot de allereerste toepassingen. Het beroemdste historische voorbeeld van het gebruik van de cartografie in de epidemiologie is ongetwijfeld te danken aan John Snow die in 1855 de verspreiding van cholera doorheen besmette waterbronnen in Londen in kaart bracht. De grote doorbraak van de cartografische epidemiologie is echter relatief recent. Dankzij de ontwikkeling van computers, geïnformatiseerde databanken en geografische informatiesystemen (GIS) is het in kaart brengen van gezondheid en ziekte de laatste decennia op grote schaal doorgebroken (Szreter; Walter).

Kaarten over gezondheid worden veelal aangemaakt op basis van mortaliteitsgegevens, soms ook op basis van incidentie van ziektes (vooral kanker) of opnames in ziekenhuizen. De laatste decennia werd de vraag naar subjectieve gezondheid steeds vaker in gezondheidsenquêtes opgenomen, maar het klein aantal registraties leende zich niet tot cartografische toepassingen. De introductie van vragen met betrekking tot gezondheid in de census van diverse landen waaronder het Verenigd Koninkrijk (1991, 2001), Australië, Nieuw-Zeeland, Canada en België hebben de weg geopend om voor de analyse van ruimtelijke gezondheidsverschillen ook subjectieve gezondheidsvragen te gebruiken. Het gebruik van indicatoren van subjectieve gezondheid in geografische analyses is relatief recent en sterk gerelateerd aan het onderzoek naar sociale indicatoren (Elliott *et al.*; Doran *et al.*; Haynes en Gale; Hou en Myles; Mitchell *et al.*). De mogelijkheden voor onderzoek zijn nog nauwelijks geëxploreerd.

Het onderzoek naar gezondheidsverschillen op een fijnmazig ruimtelijk niveau wordt vaak geconfronteerd met het probleem van de kleine getallen. Voor België zal men doorgaans niet onder het niveau van de arrondissementen gaan om sterfte in kaart te brengen (Humblet *et al.*; Lagasse *et al.*). Wil men tot op het niveau van de gemeente gaan dan wordt de statistische kracht verhoogd door verscheidene jaren samen te nemen in de analyse (Eggerickx en Poulain; Kesteloot *et al.*, 1996), maar vaak blijkt het nog noodzakelijk om kleinere gemeenten te aggregeren.

Het opnemen van gezondheidsvragen in de Census lost deze problemen op. De voltallige bevolking wordt ondervraagd en de proportie die zich in slechte gezondheid voelt is zo omvangrijk dat het probleem van de kleine getallen en van toevalsschommelingen niet langer een rol speelt. We hebben ook niet te maken met een steekproef maar met de volledige bevolking. In tegenstelling tot sterfte, waarbij we de sterfte van een gegeven jaar kunnen beschouwen als een steekproef in de tijd, geeft een gezondheidsvraag de unieke gezondheidstoestand van de bevolking weer op een welbepaald tijdstip.

Het gevolg is dat we over stabiele cijfers beschikken tot op zeer lage niveaus van geografische resolutie wat ons toelaat gezondheid te onderzoeken tot op het niveau van de gemeenten en zelfs van de buurten in grootstedelijke agglomeraties.

Dit maakt het mogelijk om geografische entiteiten te gebruiken volgens een indeling die dichter aanleunt bij de werkelijke leefomgeving. Sterfteonderzoek was, zoals gezegd, vaak beperkt tot het niveau van het arrondissement, een administratieve indeling die helemaal niet ideaal is om gezondheidsverschillen weer te geven. Gemeenten binnen eenzelfde arrondissement hebben soms weinig gemeen en de aanzienlijke heterogeniteit binnen het arrondissement komt niet tot uiting.

Bovendien komen clusters van slechte of goede gezondheid over de arrondissementsgrenzen heen, niet tot hun recht. Het in kaart brengen van gezondheid in kleine geografische entiteiten geeft bijkomende mogelijkheden van visuele analyse. Het tot stand komen van clusters van gemeenten of buurten volgens patronen die overeenstemmen met socio-demografische en economische kenmerken geeft een eerste aanzet tot onderzoek naar verklaringsgronden van ongelijkheid in gezondheid en sterfte.

Uiteraard zijn de resultaten met betrekking tot ervaren gezondheid niet gelijk te stellen met sterftecijfers. Hoewel er een evidente relatie bestaat tussen de gezondheidstoestand van een bevolking en de levensverwachting, is die niet recht evenredig. Een bevolkingsgroep die gekenmerkt wordt door hoge sterftecijfers kan tegelijk een relatief goed gezondheidspatroon vertonen. Deze ogenschijnlijke paradox kan op veel manieren tot stand komen. De goede gezondheidstoestand van jonge mannen gaat bijvoorbeeld gepaard met een behoorlijke oversterfte door verkeersongevallen. Er zijn echter ook andere mechanismen werkzaam die de relatie tussen gezondheid en sterfte niet eenduidig maken. Hoge sterfte zal precies de bevolking met de slechtste gezondheid sneller uit de onderzoekspopulatie halen. Het gevolg is dat onder bevolkingsgroepen met hoge sterfte de oudste leeftijdsgroep een beter gezondheidsprofiel vertoont dan de algemene gezondheidstoestand van de bevolking laat verwachten. Het risico op een fatale (dodelijke) afloop is sterk verschillend naargelang het soort gezondheidsprobleem. De ontwikkelingsgeschiedenis van sommige streken heeft tot op vandaag diepe sporen nagelaten op de gezondheidstoestand van de bevolking. Zo kan men verwachten dat vroegere mijnbekkens tot op vandaag nog typische patronen vertonen zowel wat gezondheid als sterfte betreft. Het is dus niet uitgesloten dat een cartografie van morbiditeit andere of aanvullende patronen aan het licht kan brengen die niet uit een cartografie van de mortaliteit naar voor komen.

Zelfervaren gezondheid blijkt een goede indicator om de globale gezondheidstoestand van de bevolking te meten. De eenvoudigste maat is de proportie personen in een bevolking die verklaart in slechte gezondheid te verkeren. Uiteraard is het aantal personen in een gemeente dat zich in slechte gezondheid voelt heel sterk gestuurd door de leeftijdssamenstelling van de bevolking in de gemeente. Een gemeente met veel oudere inwoners zal potentieel meer personen tellen die zich in slechte gezondheid voelen. Bij het weergeven van subjectieve gezondheid houden mensen ook rekening met hun leeftijd, maar dit doet weinig afbreuk aan de sterke relatie tussen leeftijd en gerapporteerde gezondheid.

Toch is een cartografie die geen rekening houdt met de leeftijdssamenstelling van de bevolking zinvol. Dergelijke cartografie kan opgevat worden als een indicator voor de vraag naar gezondheidsdiensten: de proportie van de bevolking in slechte gezondheid geeft de potentiële belasting aan van de gezondheidsdiensten in een regio.

## 5.2 Subjectieve gezondheid en de verschillen tussen de regio's

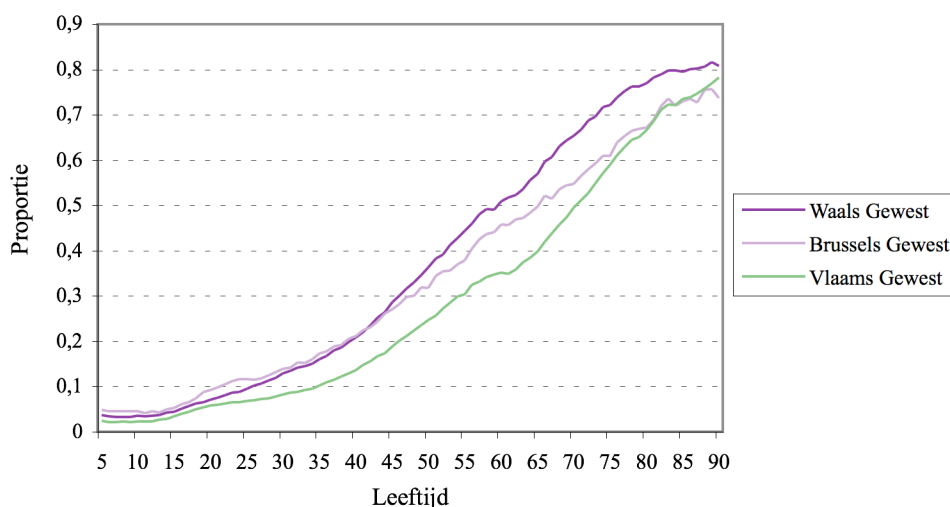
Tussen de gewesten is er een duidelijk verschil in het aandeel van de bevolking dat zich niet in goede gezondheid voelt. Wallonië spant de kroon met 29,7%, gevolgd door het Brussels Gewest met 27,6% en Vlaanderen met 22,2%. Die proporties zijn niet het gevolg van een verschil in leeftijdsstructuur tussen de gewesten. Integendeel, de Waalse bevolking heeft een jongere leeftijdsstructuur dan de Vlaamse. De gemiddelde leeftijd in Wallonië is bijna één jaar lager dan in Vlaanderen (38,99 versus 39,84). Brussel is het jongste gewest met een gemiddelde leeftijd van 38,36 jaar. Ook wat de verhouding betreft tussen jongeren onder de 20 jaar en 65-plussers is Wallonië niet het oudste gewest. Wallonië telt 7% meer jongeren dan ouderen, Vlaanderen heeft daarentegen 1% minder jongeren dan ouderen. Brussel, met de laagste gemiddelde leeftijd, telt bijna 6% meer 65-plussers dan jongeren

onder de 20 jaar. Wanneer we rekening houden met de leeftijdsstructuur is de toestand in Wallonië op vlak van subjectieve gezondheid dus nog een stuk slechter dan wat we uit de ruwe cijfers afleiden. Ondanks de jongere samenstelling van de Waalse bevolking is de vraag naar gezondheidszorg in Wallonië, gemeten aan de hand van de zelf ervaren gezondheid, 34% hoger dan in Vlaanderen en 8% hoger dan in Brussel (tabel 53).

Gewest	Aantal in minder goede gezondheid	Totale bevolking	% in minder goede gezondheid
Vlaams Gewest	1.181.576	5.334.376	22,2
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	215.385	779.774	27,6
Waals Gewest	869.454	2.923.628	29,7
België	2.266.415	9.037.778	25,1

Tabel 53: *Aandeel van de bevolking dat zich in minder dan goede gezondheid voelt per gewest*

Figuur 24 met de subjectieve gezondheidservaring naar leeftijd en geslacht toont aan dat de data een zeer grote interne consistentie bezitten. Door de macht van het getal krijgen we een mooi uitgelijnde evolutie naar leeftijd. Maar ook per gewest zien we hoe de gemiddelden per geslacht en leeftijd mooi op elkaar aansluiten en onderling op consistente wijze van elkaar afwijken. De som van alle individuele antwoorden op een subjectieve gezondheidsmaat krijgt een duidelijke sociale dimensie in de specifieke leeftijdscurve per gewest.

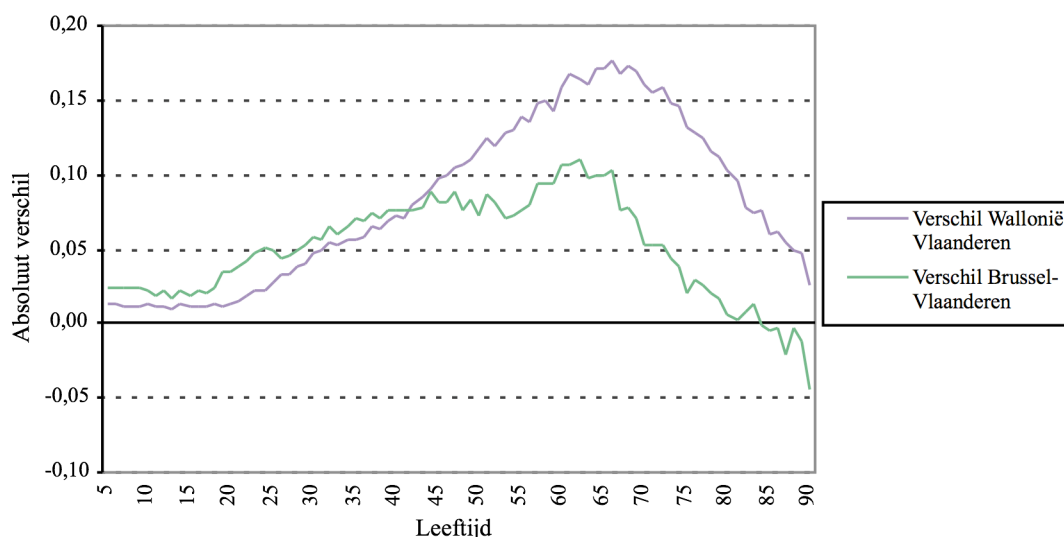


Figuur 24: *Proportie minder dan goede gezondheid per leeftijdsgroep voor de drie gewesten, mannen en vrouwen samen*

De vraag stelt zich uiteraard wat dan wel die relatie kan zijn tussen gewest en gezondheid. Hoe kan het dat de bevolking in haar totaliteit in het ene gewest zich stelselmatig beter voelt dan in het andere gewest? Heeft het te maken met een verschillende manier van tegen het leven aan te kijken (culturele verschillen)? Met een taalverschil voor de gradaties in het weergeven van de eigen gezondheid? Met een verschil in socio-economische omstandigheden of levensstijl?

Een beschrijving van de geografische verschillen kan niet alle verklaringen aanreiken, maar kan toch een aantal sporen vrij maken die naar verklaringshypothesen kunnen leiden. Wanneer we de grafiek

van gezondheid naar gewest bekijken scoort Wallonië vanaf de leeftijd van 6 jaar stelselmatig slechter dan Vlaanderen. De kloof neemt toe met de leeftijd en kent een keerpunt vanaf 66 jaar. Dit wordt duidelijk geïllustreerd in figuur 25 die in procentpunt het verschil weergeeft in gezondheid naar leeftijd van Wallonië en van Brussel ten opzichte van Vlaanderen.



*Figuur 25: Verschil in minder goed ervaren gezondheid per leeftijd in Wallonië en Brussel in vergelijking met Vlaanderen*

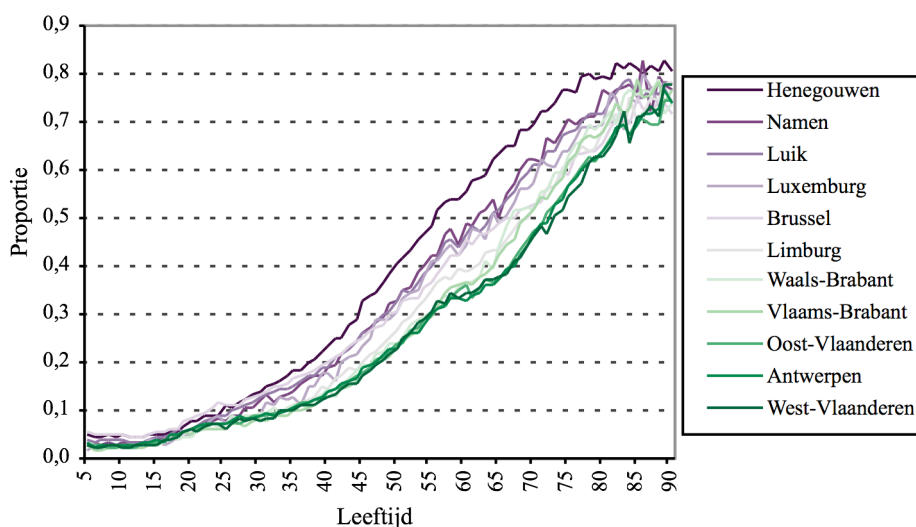
Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dat op jonge leeftijd slechter scoort dan het Waalse Gewest, en voor jonge twintigers zelfs veel slechter, gaat geleidelijk met de leeftijd over naar een positie die op hoge leeftijd overeenstemt met de proportie slecht ervaren gezondheid in Vlaanderen. Dit patroon komt overeen met de samenstelling van de Brusselse bevolking: een sterke oververtegenwoordiging van migranten met lage socio-economische status onder de jongeren en een oudere meer welstellende Belgische bevolkingsgroep die in de rijkere Brusselse gemeenten woont.

Hoewel de bestaande cijfers niet toelaten om de dynamiek van deze evolutie volledig te onderkennen, lijken ze voldoende alarmerend te zijn om de evolutie van Brussel in de toekomst van dichtbij te blijven opvolgen. De cijfers geven een doorsnede van de bevolking, een momentopname van de gezondheidstoestand. Het valt echter te verwachten dat de jongere, minder gezonde leeftijdsgroepen in het Brusselse stilaan zullen doorgroeien naar oudere leeftijden met toenemende druk op de gezondheidsdiensten tot gevolg.

Het is echter in het Waals Gewest dat de gezondheidstoestand van de bevolking globaal het meest zorgwekkend is. Voor elke leeftijdsgroep is de gezondheid in Wallonië slechter dan in Vlaanderen. Vanaf 42 jaar zit het Waalse Gewest ook systematisch met een slechter gezondheidsprofiel dan Brussel. De verschillen zijn indrukwekkend. In Vlaanderen is het pas vanaf de leeftijd van 71 jaar dat de helft van de bevolking zich in minder goede gezondheid voelt. In Wallonië wordt die grens bereikt op 60 jaar; meer dan 10 jaar vroeger. Op 46-jarige leeftijd voelen 4 op 5 Vlamingen zich nog goed gezond. Op dezelfde leeftijd verklaren bijna 1 op 3 inwoners van Wallonië zich niet in goede gezondheid te voelen. Op 65 jaar is het aantal Vlamingen dat zich minder gezond voelt verdubbeld en gestegen van 20% naar 40%. In Wallonië stijgt diezelfde indicator van 30% naar 57%. Deze cijfers wijzen op een enorm gezondheidsdeficit in het Waalse Gewest als gevolg van een cumulatie van gezondheidsrisico's. Het spreekt vanzelf dat het hier voor een deel om het resultaat gaat van een historisch proces, maar ook de bestaande situatie speelt een niet onbelangrijke rol met factoren waarin een gezondheidsbeleid wel degelijk trendveranderingen kan aanbrengen.

Ook naar provincie zien we consistente resultaten (figuren 26 en 27). Zowel bij mannen als vrouwen heeft Henegouwen de hoogste proportie slechte gezondheid boven de leeftijd van 30 jaar. Brussel start voor beide geslachten met de hoogste proportie in slechte gezondheid onder tieners en twintigers om vervolgens te eindigen met de laagste proporties op hoge leeftijd.

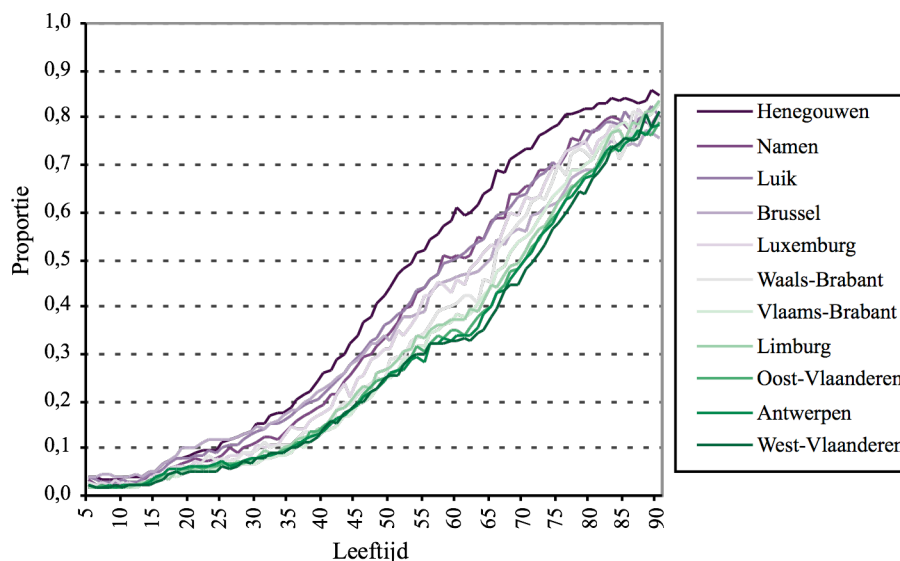
Over het algemeen blijken mannen en vrouwen vrijwel een zelfde provinciale volgorde te vertonen over de verschillende leeftijden heen wat wijst op een sterke geografische component in ervaren gezondheid. Hoe kan dit sterke parallellisme tussen de geslachten verklaard worden over de verschillende provincies heen? Het wijst hetzij op een sterke omgevingsfactor, hetzij op een sterke sociale component. Sociale klasse, arbeids- en leefomstandigheden, voedingsgewoonten en levensstijl vertonen regionale verschillen die mannen en vrouwen vermoedelijk in de overeenkomstige leeftijdscohorten in eenzelfde richting beïnvloeden.



*Figuur 26: Proportie mannen in slechte gezondheid naar leeftijd en provincie*

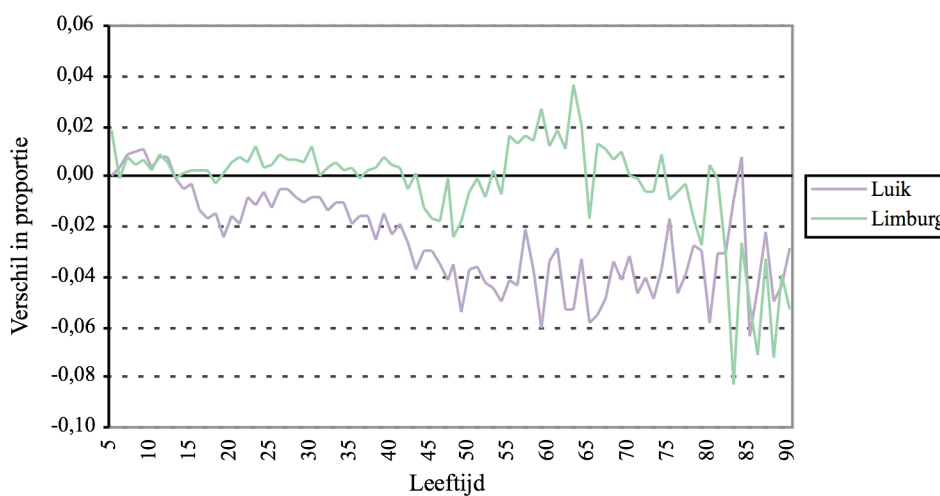
De grafieken geven ook duidelijk aan hoe de verschillen in gezondheid tussen de provincies vooral vanaf 25 jaar een bredere spreiding krijgen. De data laten niet toe om een onderscheid te maken in het aandeel van het leeftijdseffect en het periode-effect op de evolutie in gezondheid. Het kan inderdaad dat een gehele provincie gedurende een welbepaalde periode over alle leeftijden heen een verslechtering (of verbetering) meemaakt in de algemene gezondheidstoestand. De leeftijdscurve weerspiegelt mogelijk ook een leeftijdsspecifieke evolutie in de provinciale gezondheid.

Vrouwen blijken voor de meeste provincies een slechtere gezondheid te vertonen dan mannen en in sommige provincies geldt dit voor vrijwel de gehele levensloop. In de meeste provincies treedt die slechtere gezondheid bij vrouwen op vanaf de leeftijd van 35 jaar. Limburg wijkt hiervan af: mannen voelen zich vaker ongezonder dan vrouwen. De curve van de Limburgse mannen blijkt ook boven de 40 jaar sneller tot hogere proporties in slechte gezondheid te evolueren dan de andere Vlaamse provincies.



*Figuur 27: Proportie vrouwen in slechte gezondheid naar leeftijd en provincie*

Het aandeel van de mannen en vrouwen dat zich in minder goede gezondheid voelt evolueert ook niet gelijkmatig in de verschillende provincies. In figuur 28 worden de verschillen tussen mannen en vrouwen weergegeven voor Limburg en Luik.



*Figuur 28: Verschil tussen de proportie mannen en vrouwen in slechte gezondheid naar leeftijd in de provincies Luik en Limburg*

De lijngrafiek ligt boven de nullijn wanneer het percentage mannen dat zich ongezonder voelt hoger ligt dan het percentage vrouwen. Vanaf de leeftijd van 15 jaar rapporteren vrouwen in Luik steeds een slechtere gezondheid dan mannen. In Limburg is de gezondheid van vrouwen beter over zowat de gehele lijn, met uitzondering van het leeftijdsinterval 45-55 jaar. Tussen twintig en vijftig jaar lijken de verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen in beide provincies evenredig te evolueren naar leeftijd. Tussen vijftig en zeventig jaar gaan de gezondheidsverschillen naar geslacht tussen de provincies eerder in tegengestelde richting evolueren, eerst van elkaar weg en vervolgens naar elkaar toe. Een mogelijke verklaring voor de verschillen zou in de tewerkstellingspatronen kunnen liggen.



## 5.3 Een cartografie van de gezondheid op gemeentelijk niveau

### 5.3.1 Subjectieve ongezondheid als maat voor gezondheidsnoden op gemeentelijk vlak

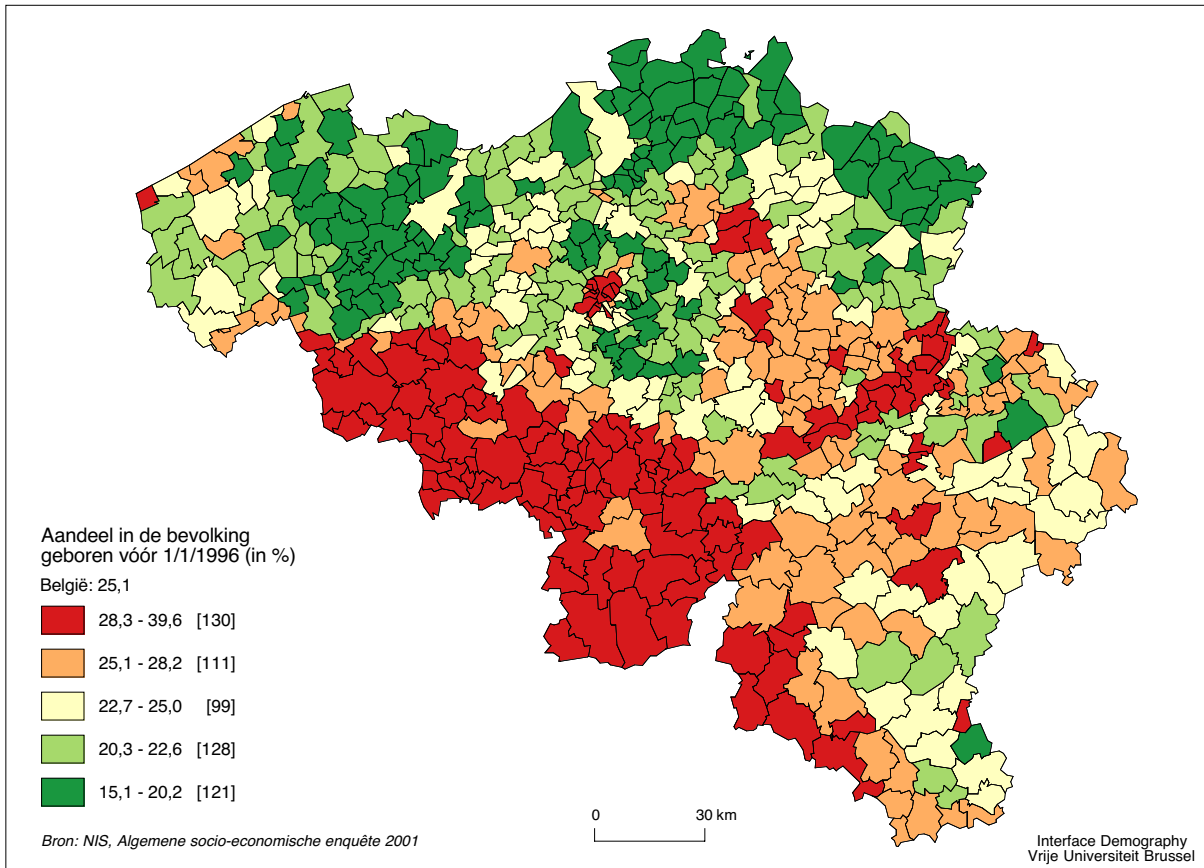
Op gemeentelijk niveau geeft de proportie personen die verklaart in slechte gezondheid te zijn een indicatie voor de vraag naar gezondheidszorgen in de gemeente. In de kaarten die volgen<sup>8</sup> worden (tenzij anders vermeld) de gemeenten ingedeeld in vijf gelijke groepen op basis van de proportie personen die zich in slechte gezondheid voelen. Dit laat toe om te werken met contrasterende kleuren rond een neutrale middenkleur. Deze werkwijze geeft gemakkelijk leesbare kaarten die ook onderling vergelijkbaar zijn en waarbij de nadruk ligt op de relatieve positie in gezondheid die regio's ten opzichte van elkaar innemen. De aandacht wordt direct getrokken door de gemeenten die zich in de extremen bevinden. Gemeenten en buurten met de slechtste gezondheidsscores worden met rode tinten ingekleurd. Zij zijn het interessantste zowel voor een curatief als voor een preventief gezondheidsbeleid. De nadruk ligt op het in kaart brengen van de gezondheidsprofielen van regio's. Men dient zich hierbij wel bewust te zijn van het feit dat de bevolkingsdensiteit aanzienlijk verschilt tussen gemeenten en dat een slechte gezondheid (rode zone) binnen een sterk geconcentreerde bevolking zoals die van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een aanzienlijk groter volksgezondheidsprobleem stelt dan het cartografisch beeld laat uitschijnen.

Tussen gemeenten varieert het aandeel van de bevolking dat zich in minder goede gezondheid voelt van 15% tot 40%. Een groot deel van de gemeenten zit heel dicht bij het Belgische gemiddelde. In de drie middelste quintielen, die 60% van de gemeenten bestrijken, ligt de proportie personen in minder dan goede gezondheid tussen de 20% en de 28%. De afstand tussen de gezondheidstoestand van de twee extreme quintielen is echter behoorlijk groot. Bij het best geplaatste quintiel is het aandeel van de bevolking in minder dan goede gezondheid lager dan 20%. In de 118 gemeenten met de slechtste gezondheid varieert die proportie tussen de 28% en de 40%. De gemeenten met het kleinste aantal personen in slechte gezondheid worden aangevoerd door Sint-Martens-Latem in Oost-Vlaanderen en de gemeente Lasne in Waals-Brabant. Aan de staart bengelen vooral gemeenten uit de provincie Henegouwen.

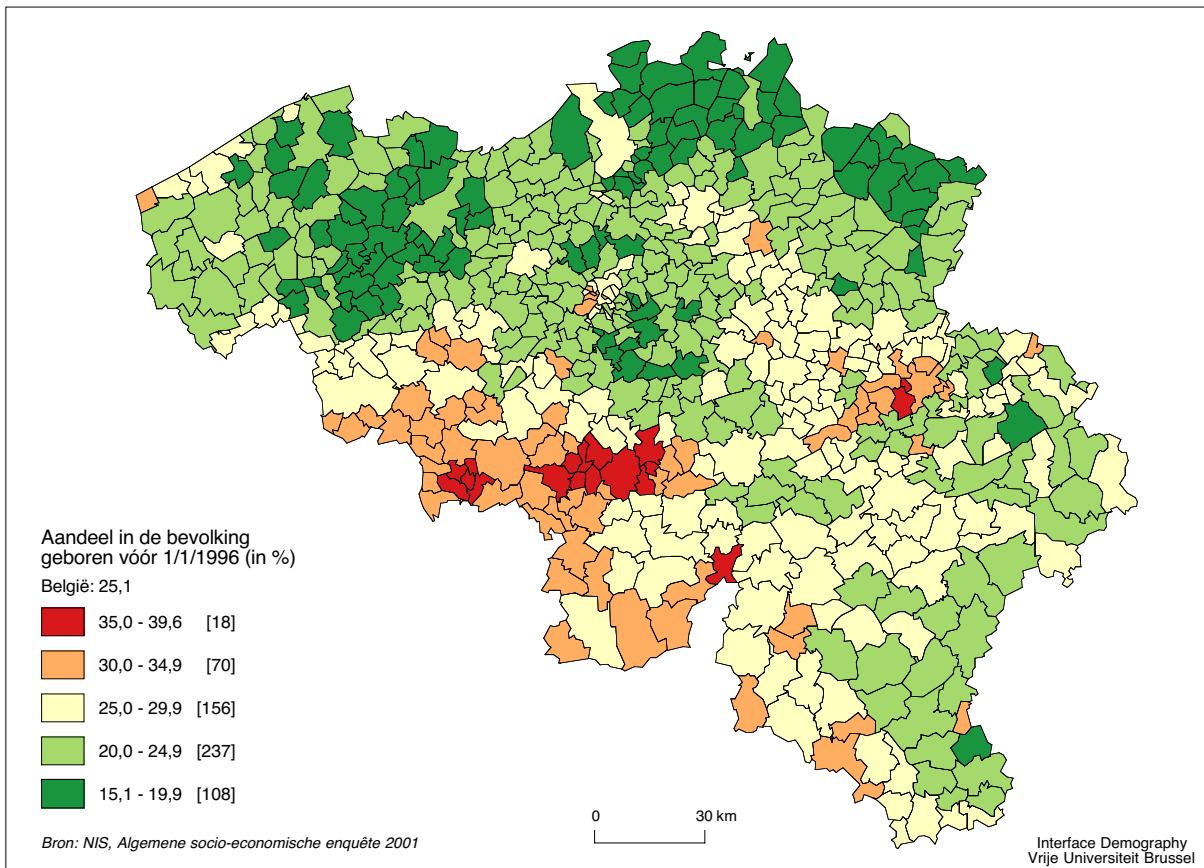
De lage gezondheidsscores van de provincie Henegouwen komen ook duidelijk in het cartografisch beeld naar voor. Uit kaart 1 blijkt dat de subjectieve gezondheidstoestand geenszins gelijkmatig verdeeld is over het Waalse Gewest. Een kaart van de gezondheidsstatus per gemeente toont hoe de negatieve Waalse cijfers gedomineerd worden door de provincie Henegouwen en de arrondissementen Thuin en Philippeville, met uitlopers verder langs de Franse grens en langs de oude industriële as naar Luik. Het oostelijk deel van het Waals Gewest vertoont een beter gezondheidsprofiel en in Waals-Brabant vervoegen verschillende gemeenten de gezondste gemeenten van België.

---

<sup>8</sup> Cartografie: Didier Willaert, Interface Demography, VUB



Kaart 1: Aandeel van de bevolking dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren



Kaart 2: idem als kaart 1, maar met vaste klassegrenzen van 5%

Het is opmerkelijk hoe er over het hele land heen duidelijk aaneengesloten clusters van gemeenten voorkomen met een gelijkaardig gezondheidsprofiel. Deze aanéengesloten gebieden volgen niet volledig de loop van de taalgrens. Het Henegouwse profiel gaat in het zuiden van Oost-Vlaanderen geleidelijk over naar een beter gezondheidsprofiel. Vanuit de as Andenne-Luik loopt een brede corridor over Tienen en Sint-Truiden tot Aarschot en Heist-op-den-Berg met een uitgesproken slechter gezondheidsprofiel. In Vlaanderen vallen drie gebieden op met een zeer goed gezondheidsprofiel: het noorden van de provincie Limburg, de gemeenten ten oosten van Antwerpen tot voorbij Turnhout en de gemeenten rond Gent overgaand in de regio waar Oost- en West-Vlaanderen samenkomen. Het Brusselse Gewest vertoont zijn klassieke tweedeling met evenwel slechts één gemeente (Sint-Pieters-Woluwe) die tot het beste quintiel behoort. Het Brusselse Gewest wordt omringd door gemeenten met een betere gezondheidstoestand zowel in Vlaams-Brabant als in Waals-Brabant met uitzondering van Vilvoorde dat qua gezondheidstoestand op Brussel aansluit.

Om de gemeenten met de grootste gezondheidsproblematiek beter te identificeren, wordt in een tweede kaart afgestapt van een indeling in quintielen en worden de gemeenten ingedeeld in stappen van 5%. De “gezondste gemeenten” starten met 15% tot 20% van de bevolking in minder goede gezondheid. Tussen de 30 en de 35% vinden we nog 70 gemeenten. Bij de slechtste scores met meer dan 35% van de bevolking in minder dan goede gezondheid vinden we nog 18 gemeenten.

Tabel 54 geeft de gemeenten met de slechtste subjectieve gezondheid. De top 10 wordt volledig aangevoerd door gemeenten uit Henegouwen. In de top 18 zitten verder 2 gemeenten uit de provincie Luik en 1 gemeente uit de provincie Namen. Samen omvatten deze gemeenten meer dan een half miljoen inwoners met de gemeente Charleroi als grootste.

<b>Gemeente</b>	<b>Aantal inwoners</b>	<b>Proportie in minder dan goede gezondheid (%)</b>
Colfontaine	17.311	40
Anderlues	10.128	38
Frameries	17.969	38
Farciennes	9.840	38
Charleroi	172.312	38
Chatelet	31.175	37
Boussu	17.354	37
Quaregnon	16.384	37
Dour	14.762	37
Binche	28.526	37
Hastière	4.457	37
Fontaine-L'éveque	14.788	37
Courcelles	25.741	36
Morlanwelz	16.108	36
Fleurus	19.566	36
Seraing	52.471	36
Chapelle-lez-Herlaimont	12.502	35
Saint-Nicolas	19.995	35

*Tabel 54: Gemeenten met de slechtste ervaren gezondheid*

Bij elke gemeente staat het aantal personen dat de vraag naar subjectieve gezondheid heeft beantwoord (alleen wie geboren werd voor 1 januari 1996 diende deze vraag te beantwoorden). Het zal wellicht

geen verwondering wekken dat er opvallende gelijkenissen bestaan tussen de verdeling van gemeenten naar gezondheid en naar inkomen.

### **5.3.2 De regionale gezondheidsverschillen naar leeftijdsgroep**

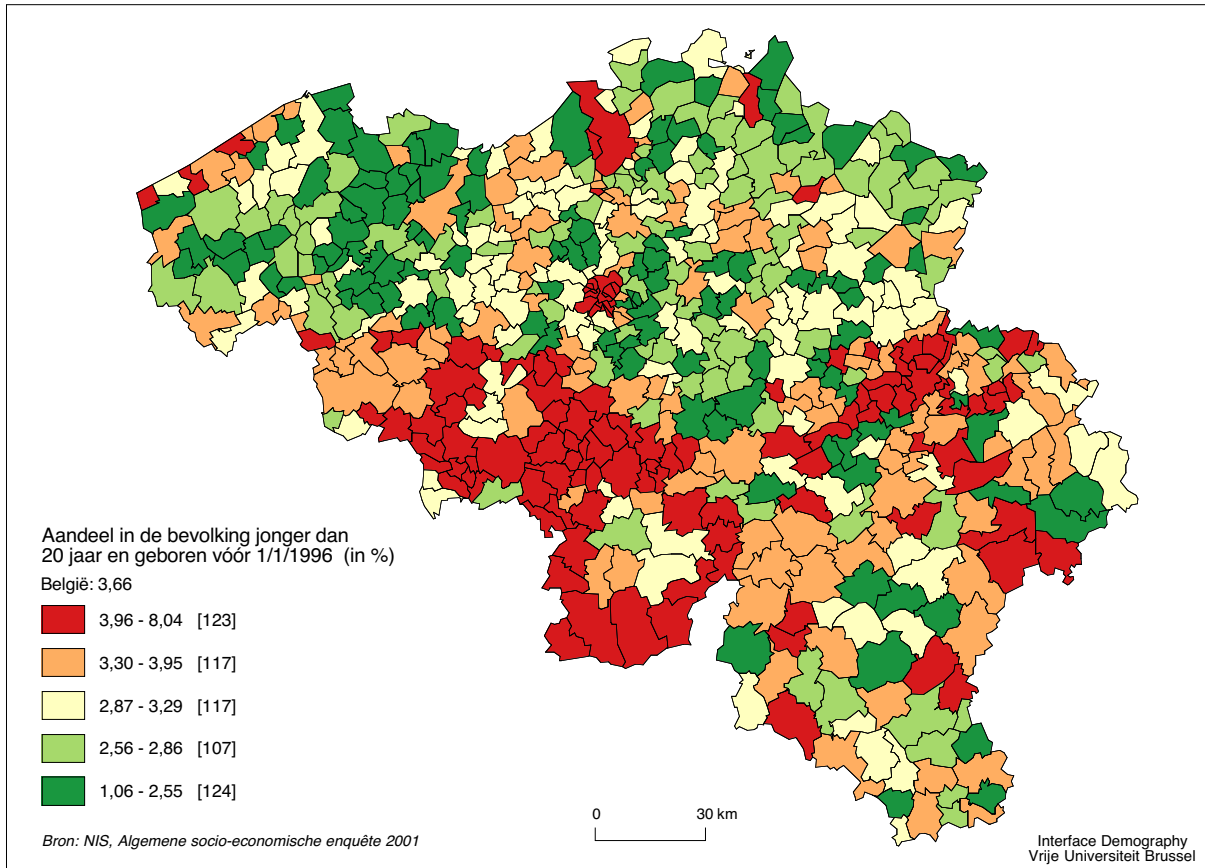
De gezondheidsproblematiek kan regionaal natuurlijk specifieke vormen aannemen naargelang de leeftijdsgroepen die een slechter dan gemiddelde subjectieve gezondheid rapporteren. Een groot aantal personen in slechte gezondheid op hoge leeftijd of op jonge leeftijd leidt tot andere noden op het vlak van gezondheid zowel preventief als curatief. Het type van de meest voorkomende ziekten of handicaps zal sterk verschillen. Wordt de slechte gezondheidstoestand vooral bepaald door hoogbejaarden dan zal de vraag naar rust- en verzorgingsinstellingen groot zijn, terwijl een slechte gezondheid bij jongeren ten gevolge van verkeersongevallen of druggebruik beroep doet op totaal andere gezondheidsdiensten. Een gezondheidsdeficit in een leeftijdsgroep kan ook wijzen op het belang van een aantal leeftijdsspecifieke contextuele factoren zoals jeugdwerkloosheid of de falende reconversie van oudere werknemers.

De analyse per leeftijdsgroep toont aan dat er over de leeftijden heen een zeer grote geografische consistentie bestaat (kaarten 3, 4 en 5). Toch kunnen we in grote lijnen drie groepen onderscheiden. Al bij jongeren onder de 20 jaar begint de geografische differentiatie zich af te tekenen maar met een aantal noemenswaardige verschillen ten opzichte van de totaalkaart, vooral in Vlaanderen. Antwerpen en Gent evenals een aantal kleinere gemeenten (Mechelen, Turnhout, Oostende, Nieuwpoort, Vilvoorde, Wervik, Niel, Ham, Zwijndrecht en Merksplas) komen hier in het slechtste quintiel terecht.

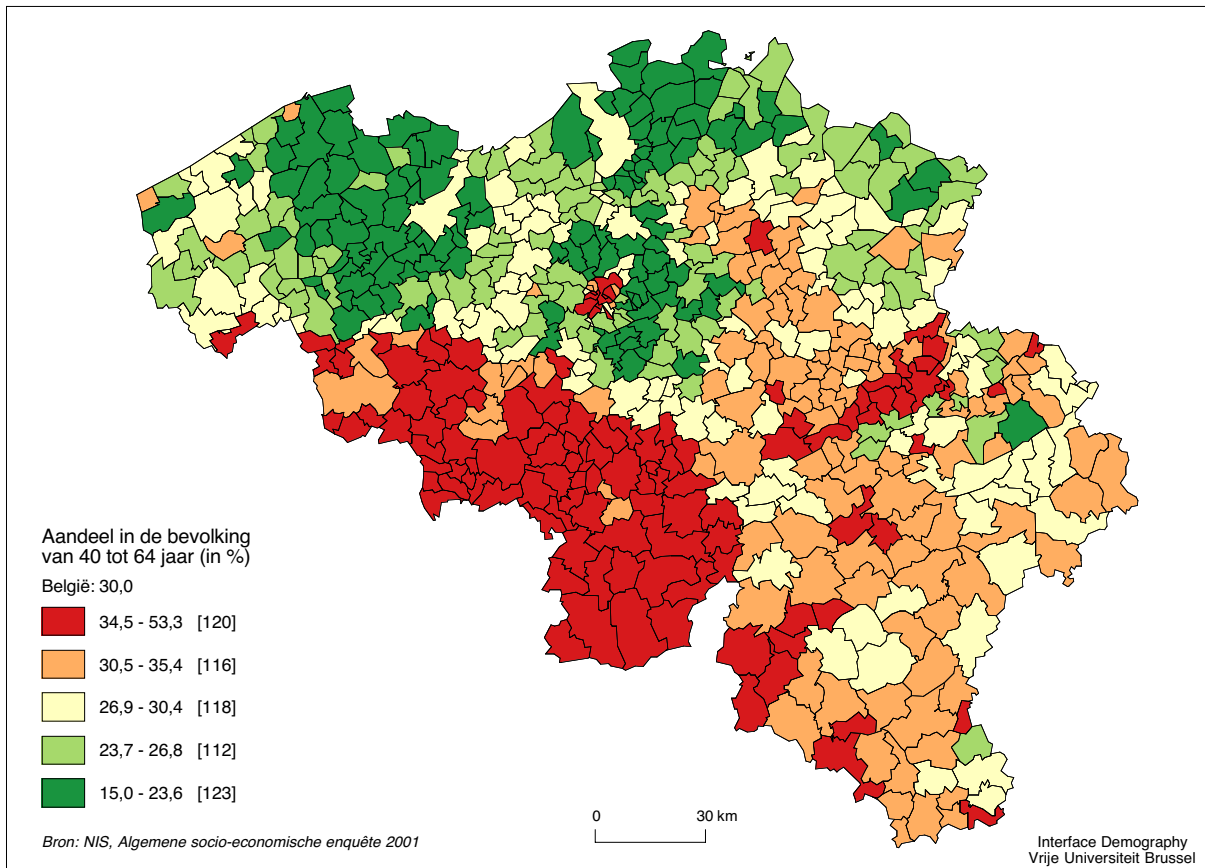
Bij volwassenen in de beroepsactieve leeftijdsgroepen (20 tot 64 jaar) is Limburg minder prominent bij de gezondste gemeenten aanwezig dan in de oudste leeftijdsgroep (65+). Het omgekeerde doet zich voor in Vlaams-Brabant en gedeeltelijk in Waals-Brabant. Het gezonde profiel van deze gemeenten blijkt in grote mate te danken aan het gezondheidsprofiel van de 20- tot 64-jarigen, terwijl de oudste leeftijdsgroep hier minder uitgesproken tot de top behoort.

De strook gemeenten met zeer goede gezondheid die de rits vormen tussen Oost- en West-Vlaanderen lijkt zich met toenemende leeftijd te consolideren.

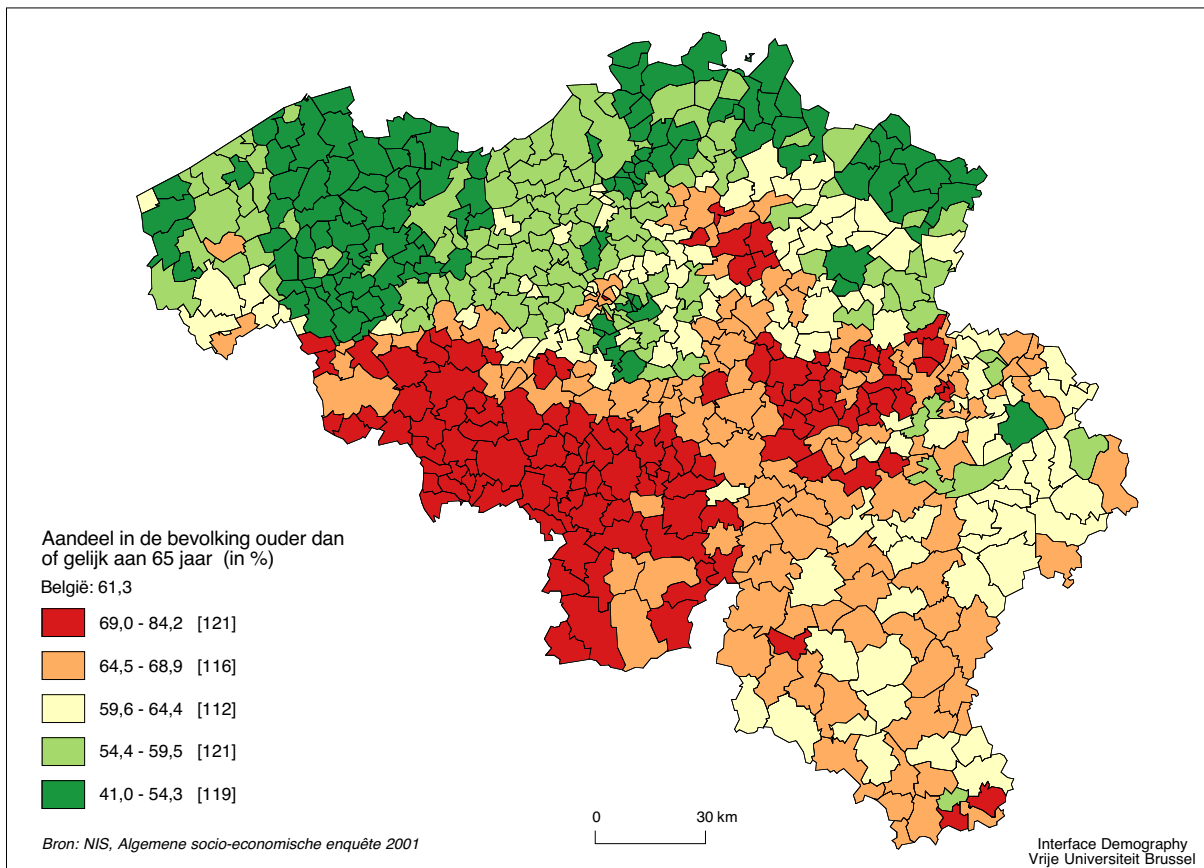
Een verklaring voor die specifieke gezondheidsverschillen naar leeftijd is niet eenvoudig. De basis wordt wellicht gevormd door het cumulatieve effect over de levensloop heen van gezondheidsbedreigende factoren. Ongelijkmatige evoluties in tewerkstelling en algemene sociale welstand tussen de regio's kunnen leeftijdscohorten op ongelijke wijze treffen. Bovendien kan migratie ook een belangrijke interveniërende rol spelen. In het verleden kende het zuiden van West-Vlaanderen bijvoorbeeld een belangrijke emigratie van hoger opgeleide jongeren. Omgekeerd kennen zowel Vlaams-Brabant als Waals-Brabant een belangrijke instroom van hogere diploma's. Ook de minder gunstige gezondheidspositie van de steden ten opzichte van hun omgeving is zeker gedeeltelijk te verklaren door migratiestromen. Stedelijke milieus vormen vaak een aantrekkingspool voor mensen die het moeilijker hebben of voor diegenen die in de marginaliteit terechtkomen. Vooral in de grootsteden is het slechte gezondheidsprofiel op jonge leeftijd wellicht mede het gevolg van selectieve migratiestromen. Gemarginaliseerde gezinnen met kinderen zullen geneigd zijn naar de stad te trekken. Ook typisch achtergestelde buurten met een groot aandeel migrantenkinderen bevinden zich eerder in stedelijke gebieden. Het is echter niet uitgesloten dat het opgroeien in de stad, en vooral in de achtergestelde buurten van de stad, een bijkomende gezondheidshypothek legt op jonge kinderen.



Kaart 3: Aandeel van de 6- tot 19-jarigen dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren



Kaart 4: Aandeel van de 40- tot 64-jarigen dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren



Kaart 5: Aandeel van de 65-plussers dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren

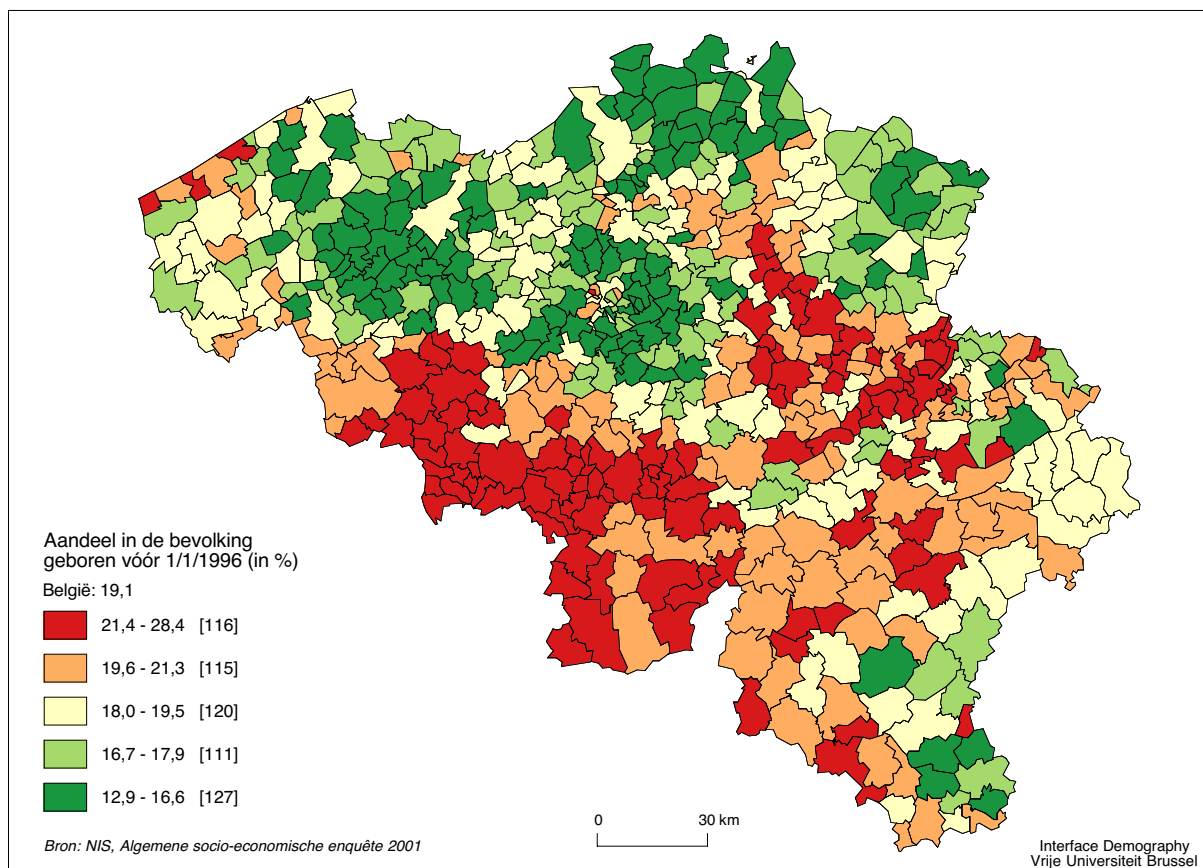
### 5.3.3 Langdurige chronische ziekten

Het cartografisch beeld van de gemeenten in functie van de proportie van de bevolking die een chronische ziekte of handicap rapporteert (kaart 6) zou normaal goed moeten aansluiten op de cartografie van de subjectieve gezondheid en dit is ook hier het geval. Er is sprake van een manifeste tweedeling waarbij het noorden van het land als geheel een veel lager aantal chronische ziekten rapporteert. Nochtans wordt ook hier de taalgrens niet strikt gevolgd, sluit Waals-Brabant aan bij Vlaams-Brabant en lijkt ook in Vlaanderen de streek die deels Haspengouw dekt over de taalgrens heen aansluiting te vinden.

In vergelijking met de cartografie van subjectieve gezondheid is de belangrijkste afwijking te vinden in het westen van West-Vlaanderen. De gemeenten in het westelijke deel van de kuststrook zitten zelfs bij de hoogste quintielen. Dit is het gevolg van de pensioenmigratie naar de kust.

In de drie middelste quintielen is de spreiding tussen gemeenten slechts 5%, gaande van bijna 17% naar bijna 22% van de bevolking die verklaart chronisch ziek te zijn. De spreiding van de meest extreme gemeenten naar aandeel van de bevolking met chronische ziekten is echter zeer aanzienlijk. In de gemeenten met het slechtste gezondheidsprofiel is het percentage dat een chronische ziekte aangeeft maar liefst dubbel zo hoog als in de gemeenten met het beste gezondheidsprofiel. Hastière heeft bijvoorbeeld 28,3% chronisch zieken op 4.642 personen. Lasne bevindt zich op het andere uiterste met 13,6% chronisch zieken op 12.070 personen.

Men dient er rekening mee te houden dat het aandeel chronisch zieken sterk leeftijdsafhankelijk is. Dit doet echter geen afbreuk aan de grote verschillen in vraag naar de gezondheidsdiensten tussen de gemeenten die tot de uitersten van de verdeling behoren.

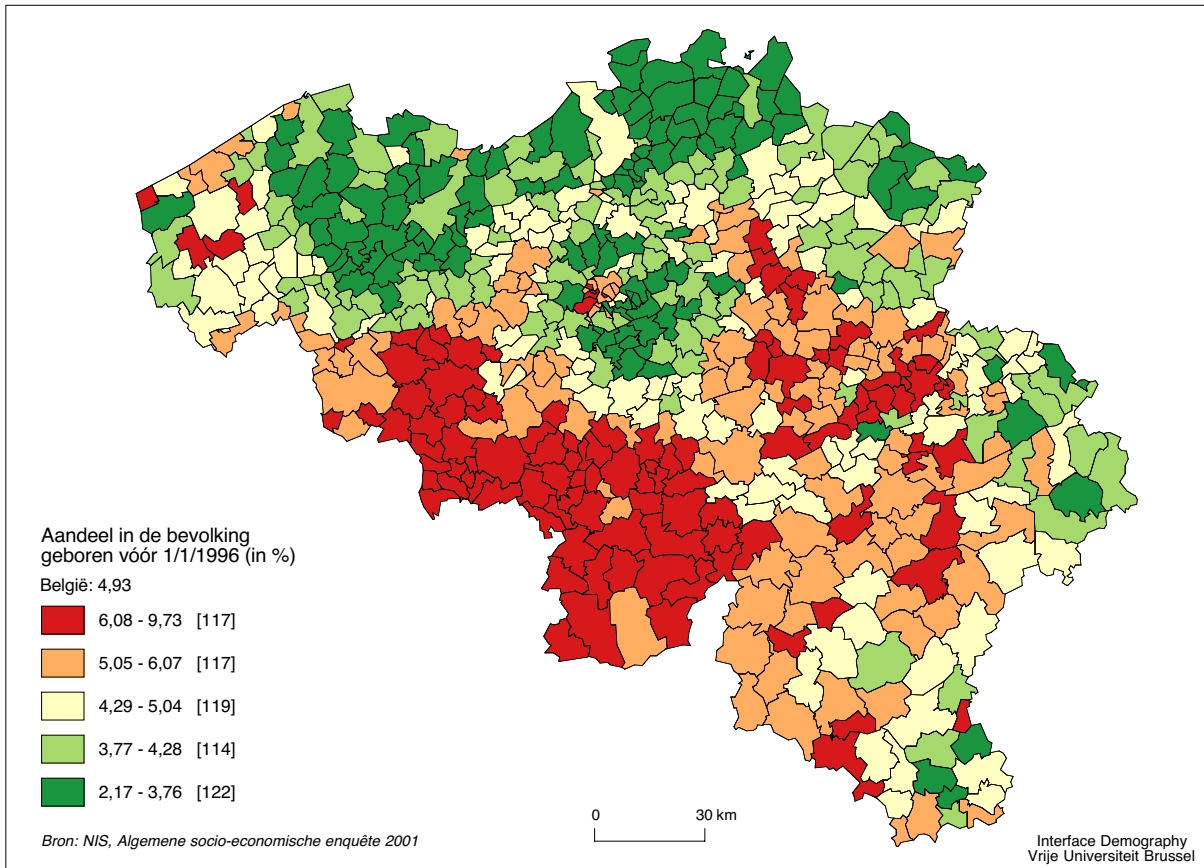


Kaart 6: Personen met langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps

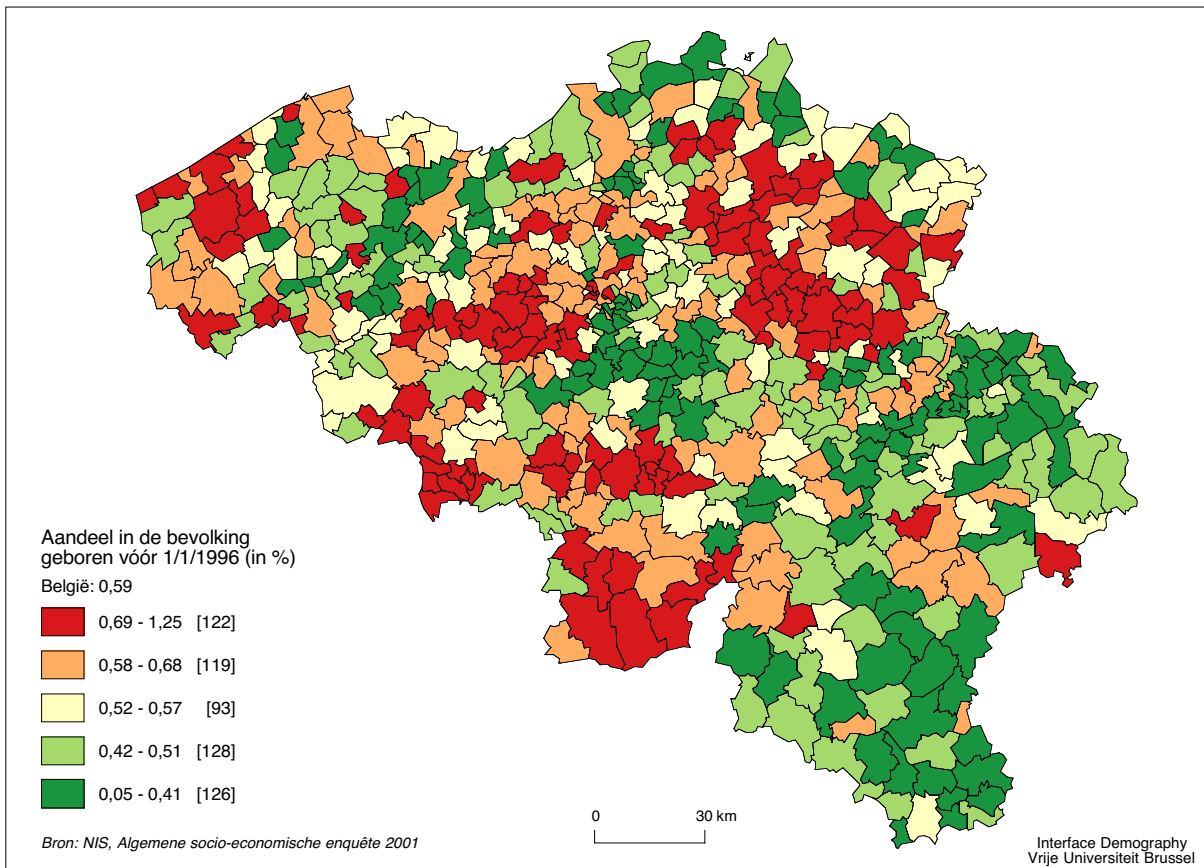
Na analyse van de verschillende subvragen met betrekking tot langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps, werd er voor gekozen om enkel de problematiek van bedlegerigheid in kaart te brengen (kaarten 7 en 8). Hoewel het schatten van gradaties als “niet of zelden” en “af en toe” ruimte laat voor interpretatie, is het feit of men al dan niet bedlegerig is een zeer ingrijpende toestand met een zeer aanzienlijke impact op de kwaliteit van het leven. In die zin is deze vraag sterk aanvullend ten opzichte van de zuiver subjectieve ervaring van de eigen gezondheid.

Op het moment van de volkstelling verklaarden 57.285 personen permanent bedlegerig te zijn. Bijna een half miljoen zegt af en toe het bed te moeten houden, terwijl bijna een miljoen Belgen verklaren “last te hebben van één of meer langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps”, doch “niet of zelden bedlegerig te zijn vanwege deze ziekten, aandoeningen of handicaps”.

De procentuele verdeling per gemeente van de verschillende gradaties van bedlegerigheid toont aan dat de geografische spreiding van “gezondere” en “minder gezonde” gemeenten dezelfde zwaartepunten weergeeft met daar omheen relatief aaneengesloten gebieden. Naarmate het fenomeen zeldzamer wordt speelt het toeval een grotere rol. We krijgen minder mooi aaneengesloten gebieden en meer en meer een lappendeken.



Kaart 7: Af en toe bedlegerig ten gevolge van langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps



Kaart 8: Permanent bedlegerig ten gevolge van langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps



Opmerkelijk is hoe de groep gemeenten met een hoog aandeel permanent bedlegerige personen in Vlaanderen zwaarder doorweegt dan de lichtere vormen van bedlegerigheid. De permanente bedlegerigheid lijkt in elk geval sterk aanwezig te zijn in de oude mijngebieden. In Vlaanderen zien we de typische mijngemeenten zoals Maasmechelen, Houthalen, Heusden-Zolder en Beringen doorstoten naar de groep met de slechtste gezondheid. Via Tessenderlo sluit deze streek nu aan op de as Sint-Truiden – Heist-op-den-Berg die ook voor de andere gezondheidsindicatoren slecht scoort. In West-Vlaanderen komen Wervik-Menen en Diksmuide met diverse aansluitende gemeenten ook in de slechtste groep terecht.

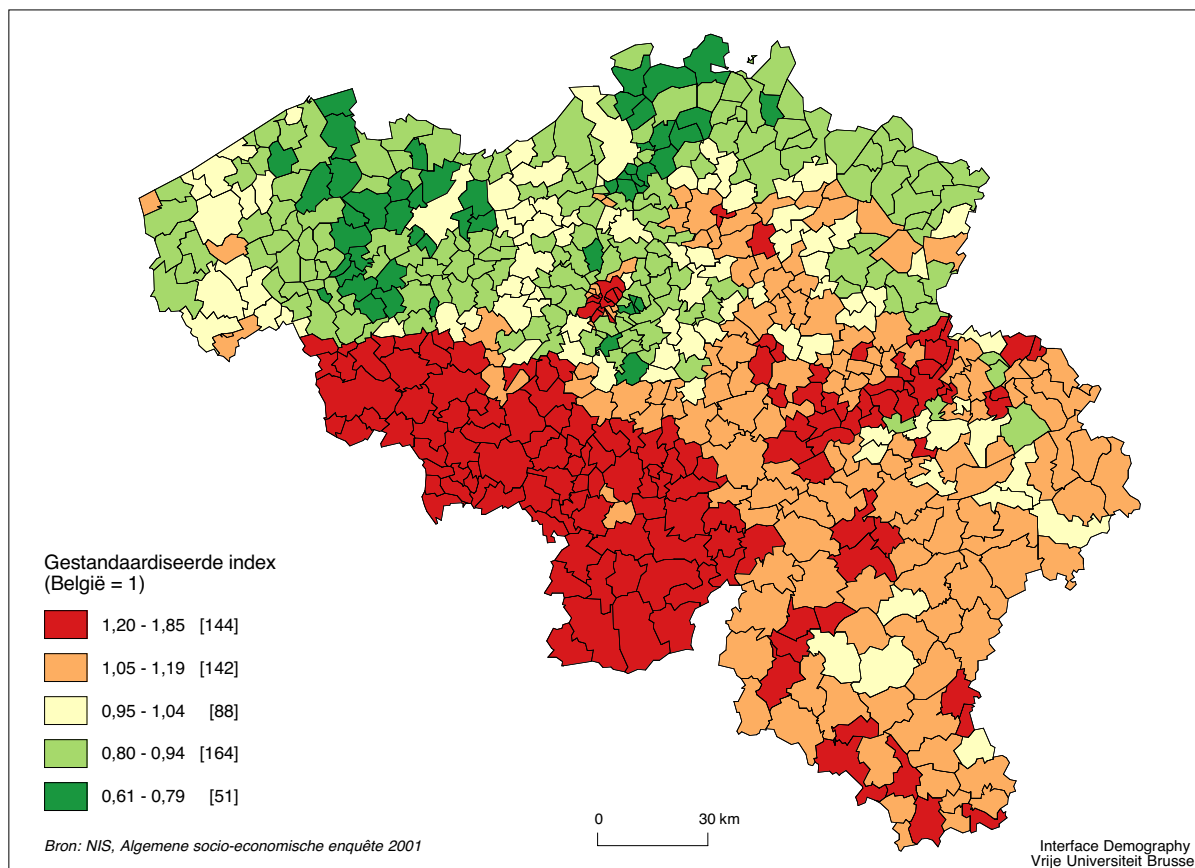
In Wallonië is het vooral het Luikse bekken dat verschuift naar een relatief betere positie, terwijl de Borinage en ook de streek van de Viroin in de minst gezonde gemeenten blijven steken.

Opvallend is hoe de Brusselse gemeenten een relatief betere positie innemen dan kon worden verwacht op basis van de subjectieve gezondheidscijfers. Alleen bij de kaart van permanente bedlegerigheid zit nog een grote groep met Molenbeek, Jette, Schaarbeek en Sint-Joost-ten-Node in de slechtste categorie. Dit zou kunnen wijzen op het voorkomen van specifieke patronen van gezondheidstekort in het Brusselse.

### **5.3.4 Het gezondheidsdeficit: een cartografie van gemeentelijke verschillen na controle voor leeftijd en gender**

Gezien de relatie die er bestaat tussen leeftijd en gezondheid is het best mogelijk dat de ruimtelijke patronen sterk door leeftijd worden gestuurd. De algemene analyse tussen gewesten toont aan dat Wallonië ondanks een jongere leeftijdssamenstelling in elk geval een slechte gezondheidssituatie heeft. Controle voor leeftijd zal dit algemene beeld dus niet veranderen, maar niettemin is het aangewezen om de vergelijking tussen gemeenten te corrigeren naar de leeftijdssamenstelling van de bevolking. De standaardisatie naar leeftijd geeft niet langer de bruto vraag weer, maar geeft nu aan hoe het staat met de gezondheidstoestand van de bevolking. Dit is een betere basis wanneer we de gezondheidstoestand van gemeenten onderling willen vergelijken.

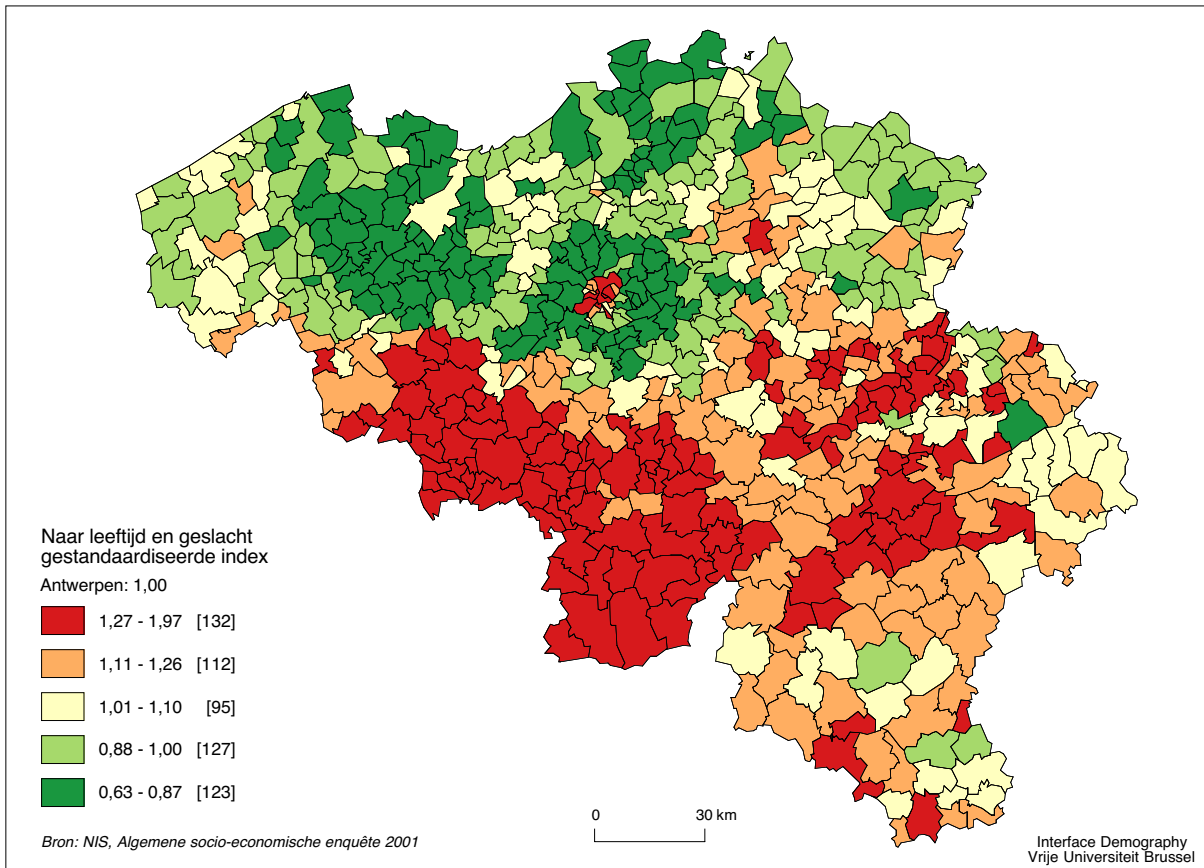
De proportie personen die zich in minder goede gezondheid voelen wordt berekend voor beide geslachten en voor elke leeftijd voor het geheel van België. De leeftijdsspecifieke cijfers worden toegepast op de leeftijdsstructuur van de populatie in elke gemeente. De verhouding tussen de gemeten proportie personen die verklaren in slechte gezondheid te zijn en de verwachte proportie op basis van de Belgische gemiddelden geeft aan hoe de lokale algemene gezondheid wordt ervaren vergeleken met het landelijk gemiddelde. Gemeenten met een index gelijk aan 1 bevinden zich dus precies op het rijksgemiddelde. In een gemeente met een index 2 ligt de proportie personen die zich niet in goede gezondheid voelen dubbel zo hoog als het rijksgemiddelde. Een gemeente met een index lager dan 1 geeft aan dat, rekening houdend met leeftijd en geslacht, meer mensen zich gezond voelen dan het Belgische gemiddelde.



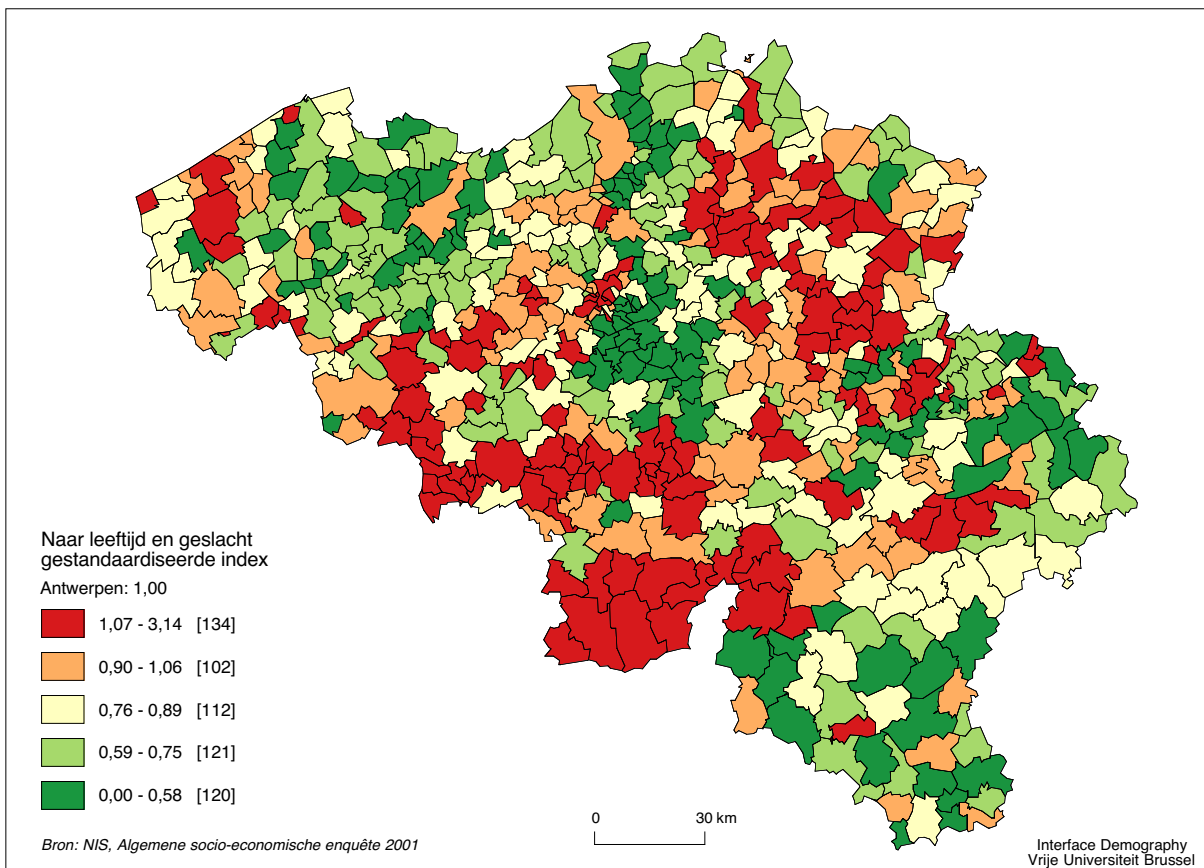
Kaart 9: Subjectieve gezondheidservaring

Op kaart 9 hebben de gemeenten in het donkerrood na controle voor leeftijd en geslacht allemaal minstens 20% meer personen die zich in minder goede gezondheid voelen dan het Belgische gemiddelde. De cartografie die hieruit resulteert is zorgwekkend. Het gezondheidsdeficit in de gemeenten met de slechtste gezondheid blijkt duidelijk niet het gevolg te zijn van de leeftijdsstructuur. De patronen van geografische spreiding sluiten goed aan bij de ongestandaardiseerde kaarten, maar voor sommige gemeenten is de situatie na controle voor leeftijd zo mogelijk nog slechter.

In de gestandaardiseerde kaarten voor chronische ziekte en bedlegerigheid worden de bestaande geografische patronen geconsolideerd, wat wijst op een sterke ruimtelijke structuur waarbij grote aanéengesloten gebieden een vergelijkbaar niveau van algemene volksgezondheid vertonen. In kaarten 10 en 11 is de standaardisatie naar leeftijd en geslacht gebaseerd op een logistische regressie met de gemeente Antwerpen als referentie. De gemeenten werden vervolgens ingedeeld in vijf groepen van gelijke grootte. In gemeenten in het donkerrood van kaart 10 ligt het relatief risico om zich chronisch ziek te voelen 27% tot 97% hoger dan in Antwerpen. In gemeenten met een index lager dan 1 hebben inwoners een kleiner relatief risico om zich chronisch ziek te voelen dan Antwerpen na controle voor leeftijd en geslacht. Het kaartbeeld van chronische ziekten na standaardisatie voor leeftijd en geslacht sluit relatief goed aan bij de ervaren gezondheid. De afwijkingen in het kaartbeeld van permanente bedlegerigheid ten opzichte van de cartografie van subjectieve gezondheid blijven grotendeels gehandhaafd. Permanente bedlegerigheid maakt een diepe insnede in Vlaanderen over de mijnstreek tot de Antwerpse kempen met relatief hoge waarden. Ook in West-Vlaanderen zijn er een paar gemeenten met hoge waarden. Verder hebben we Antwerpen, Gent, de regio van Mechelen tot Zele en de streek rond Geraardsbergen tot Denderleeuw die hoger dan gemiddeld scoren. Hoewel het hier om relatief kleine absolute aantallen gaat zijn de verschillen voor de meeste gemeenten in de uiterste twee quintielen significant. Er is een samenhang met de vestiging van en tewerkstelling in oudere



Kaart 10: Gestandaardiseerde kaart van chronische ziekten (bevolking van 15 jaar en ouder)



Kaart 11: Gestandaardiseerde kaart van permanente bedlegerigheid (25-74 jaar; private huishoudens)

industriële sectoren. Ook andere factoren (luchtvervuiling, rookgedrag) kunnen bijdragen in het patroon van zware chronische ziekte. Voor een aantal kleinere gemeenten moet we voorzichtig zijn in de interpretatie. Hun inkleuring krijgt vooral betekenis in samenhang met de aangrenzende gemeenten. De relatief slechtere situatie voor permanente bedlegerigheid dan voor subjectieve gezondheid in een aantal streken in Vlaanderen (Hageland, een deel van de Limburgse en Antwerpse Kempen, Geraardbergen, de streek rond Diksmuide) wordt vooral gedragen door de oudste inwoners. Bij standaardisatie naar leeftijd blijkt de relatieve positie van deze gemeenten te verbeteren in kaart 11 t.o.v. kaart 8. Dit wijst vermoedelijk in de richting van een historisch relatief slechte gezondheidssituatie die nu geleidelijk aan het verbeteren is. Dit is consistent met de kaart van de chronische ziekten en met zelfervaren gezondheid.

Het geheel van deze kaarten geeft een goed beeld van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking naar gemeente. De verschillen na controle voor leeftijd en geslacht vertonen een sterke samenhang met de socio-economische indicatoren per gemeente.

De gezondheidsscore van de best geplaatste gemeenten moeten we vanuit het standpunt van de volksgezondheid als een haalbaar objectief beschouwen. De gezondste gemeenten zetten de standaard voor wat binnen de gegeven context van economische ontwikkeling en welvaart en van medische kennis mogelijk is om te realiseren op het vlak van volksgezondheid.

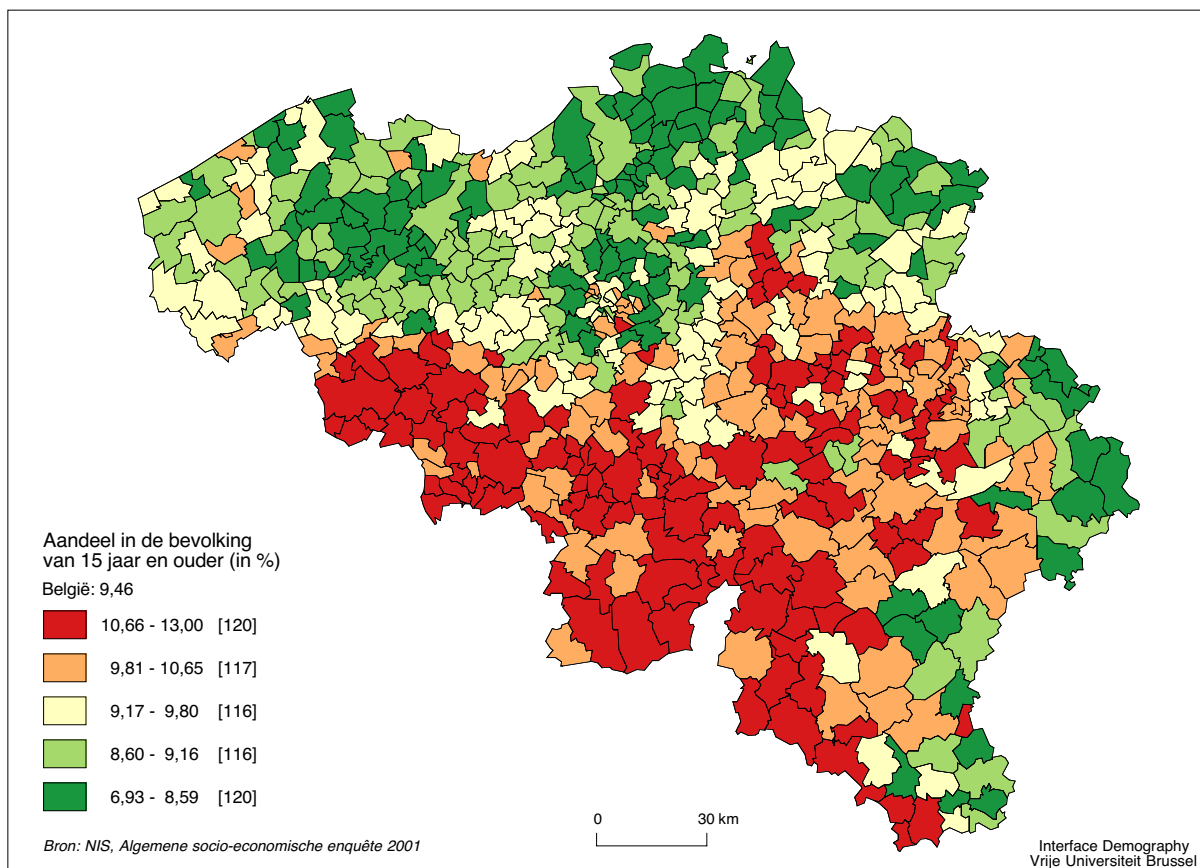
De afstand tussen de slechtste en de beste gemeenten geeft aan welke inspanningen er nodig zijn opdat alle gemeenten de gezondheidssituatie zouden kunnen bereiken van de best gesitueerde gemeenten. Uiteraard is het onwaarschijnlijk dat deze discrepantie aan gebreken in het gezondheidsbeleid te wijten zou zijn. De ongelijke score in gezondheid lijkt in eerste instantie samen te hangen met de algemene socio-economische achterstelling en is vermoedelijk het resultaat van een veelheid aan tussenkomende factoren.

### **5.3.5 Mantelzorg**

Het is belangrijk om te onderstrepen dat de vragen rond informele zorg zijn gesteld vanuit het perspectief van de zorgenverstrekker en niet vanuit het perspectief van de persoon die zorgen ontvangt. We kunnen dus stellen dat de problematiek van de gezondheid in de socio-economische enquête van 2001 vanuit twee verschillende invalshoeken wordt benaderd. Vanuit het standpunt van validatie van de gegevens vormen de vragen rond informele zorgverstrekking een bijkomende bron van informatie. Dit werd al belicht in hoofdstuk 2 bij de bespreking van de validiteit en betrouwbaarheid van de vragen met betrekking tot gezondheid.

Wallonië heeft het hoogste percentage van de bevolking dat informele hulp verstrekt, gevolgd door het Brussels Gewest en Vlaanderen. De reden hiervoor heeft weinig te maken met een betere aanwezigheid van formele zorg in Vlaanderen of een gebrek aan generositeit en hulpvaardigheid onder de Vlaamse bevolking. De voornaamste reden wordt gevormd door de vraag naar zorg. In de mate dat het aantal zorgbehoevende personen in het Waalse Gewest aanzienlijk hoger is dan in Vlaanderen is de kans dat iemand zorg kan en/of moet verstrekken veel groter. Uiteraard spelen beschikbaarheid en bereidheid om hulp te verlenen een belangrijke rol, maar deze elementen zijn op bevolkingsniveau slechts modulerend ten opzichte van de vraag naar hulp. Een cartografie van het aandeel van de bevolking van 15 jaar of meer die verklaart zorg te verstrekken per gemeente is daar een perfecte illustratie van.

Kaart 12 is niet gestandaardiseerd voor leeftijd of geslacht en geeft voor elke gemeente de proportie inwoners van 15 jaar of ouder die informele hulp bieden. De gemeenten werden ingedeeld in vijf groepen van gelijke omvang. De cijfers liggen heel dicht bij elkaar voor het gros van de Belgische gemeenten. De drie middelste quintielen hebben een variatie van 8 tot 10% zorgverstrekkers onder de bevolking van de gemeente. Die subtiele verschillen produceren nochtans een kaart die vrijwel een replica is van de gezondheidscartografie. In de gemeenten met de beste gezondheid of de laagste chronische morbiditeit vinden we ook vaak het laagste aandeel mantelzorgers terug. Omgekeerd, blijken regio's met de meeste gezondheidsproblemen ook de regio's te zijn met het hoogste aandeel informele zorgverstrekkers. Het valt overigens op hoe zelfs op dit vlak de afwijkingen tussen de gewesten identiek zijn als deze gebaseerd op de ruimtelijke indeling van gezondheid. Opnieuw zien we in Vlaanderen een zelfde gebied binnen de driehoek Tongeren-Hoegaarden-Aarschot dat aansluit bij het Waalse patroon. Familieleden en vrienden hoeven uiteraard niet in dezelfde gemeente te wonen als de zorgverstrekkers. Soms zullen kinderen die hulp verstrekken aan hun ouders grote verplaatsingen maken. Maar de hulp aan huisgenoten en burens en bij die familieleden en vrienden die in de onmiddellijke omgeving wonen is meer voor de hand liggend en domineert duidelijk het algemene beeld.



*Kaart 12: Aandeel van de bevolking van 15 jaar en ouder dat mantelzorg verstrekt*

Deze kaart geeft ook aan hoe vanuit maatschappelijk standpunt informele en formele zorg slechts zeer beperkt kunnen fungeren als een substituuut voor elkaar. Uiteraard is er een zekere rekbaarheid in het substitutievermogen van beide vormen van hulp, maar gegeven een relatief gelijke omgevingsituatie, wordt een toename in informele hulp vooral gedictieerd door een toename in vraag naar hulp.

Uiteraard is de mogelijkheid om op die hulpvraag in te gaan ook afhankelijk van de beschikbaarheid in tijd en middelen van de familiale omgeving of van de vriendenkring. Binnen de huishoudens, familiale

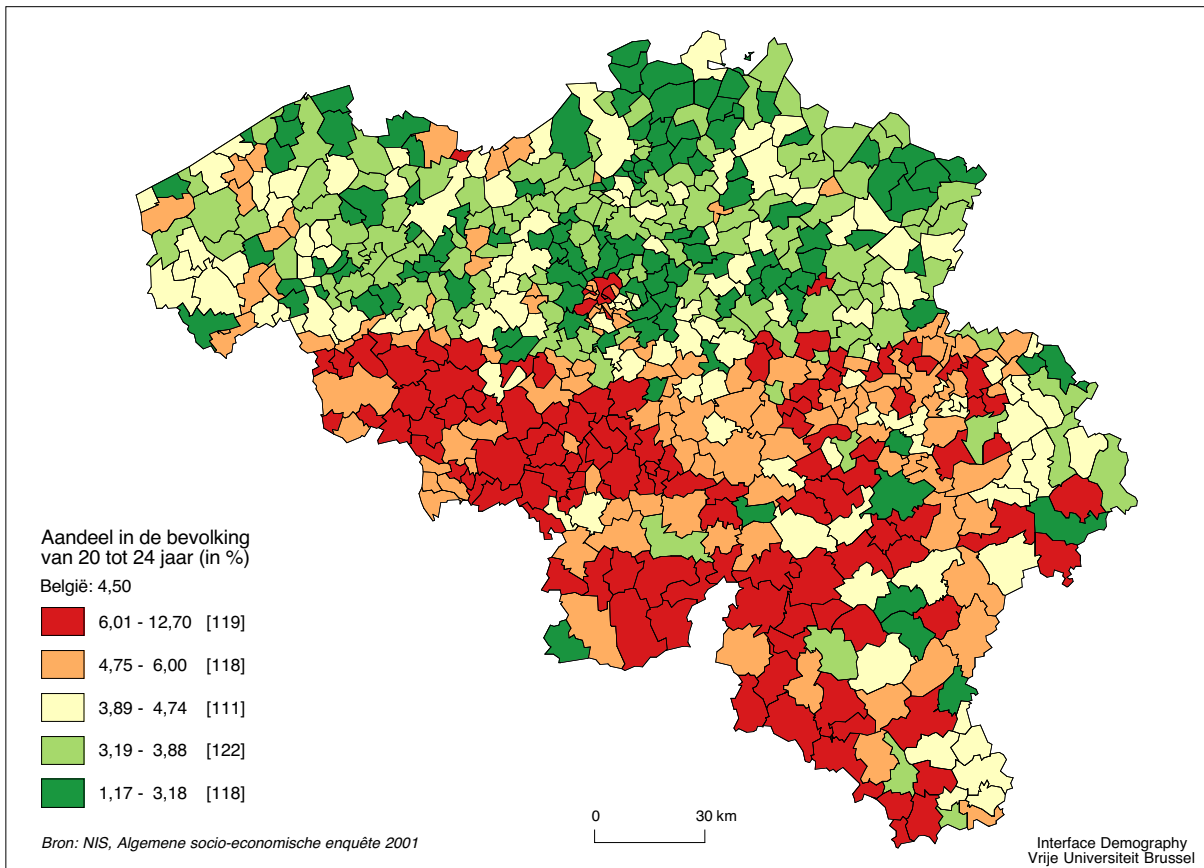
verbanden of ook tussen buren en kennissen zal dit element belangrijk worden voor wie eerder in aanmerking komt om hulp te verlenen en voor de tijd die men aan die hulp besteedt. Op individueel niveau kan de beschikbaarheid van mantelzorg mee doorslaggevend zijn om beslissingen in verband met opname in rust- of verzorgingstehuizen te nemen, maar voor de gemeenschap resulteert een toename in ongezondheid in een globale toename in zorgvraag, zowel formeel als informeel.

Het is weinig zinvol om een cartografie van de mantelzorg te standaardiseren naar leeftijd en geslacht. Teveel factoren interveniëren die de beeldvorming bemoeilijken. Eenmaal volwassen is de mogelijkheid om hulp te bieden weinig afhankelijk van de leeftijd als dusdanig, maar veeleer van de beschikbare tijd en van de eigen gezondheid. Twee kaarten naar leeftijd kunnen de complexiteit van de problematiek illustreren.

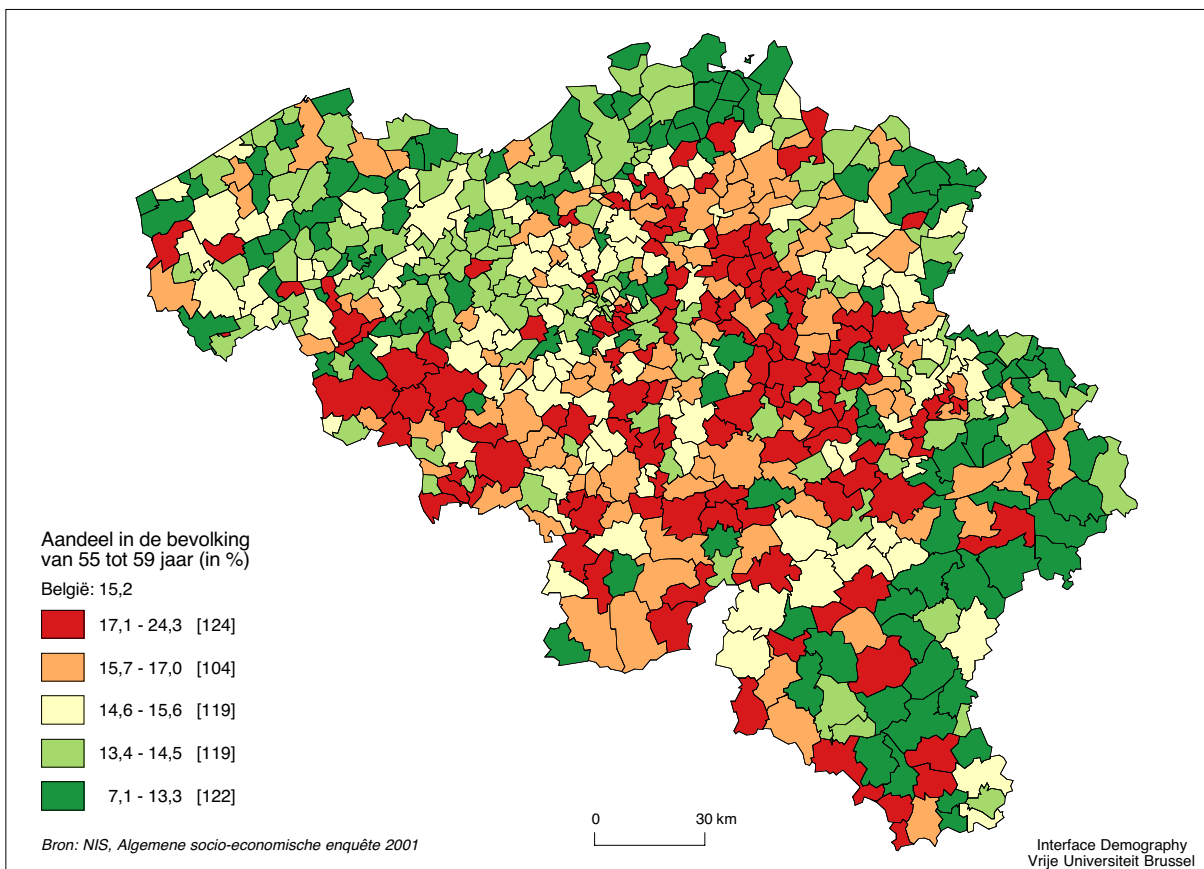
De kaart van het aandeel mantelzorgers tussen 20 en 24 jaar (kaart 13) is bijvoorbeeld heel sterk gedomineerd door de vraag naar hulp. Het aantal mantelzorgers is bij jonge twintigers relatief laag. Zij bevinden zich volop in een levensfase waar hun huisgenoten en dichte familie zich in goede gezondheid bevinden en waar ze zelf hun levenspad uitzetten (studeren, beginnen met werken, zelfstandig gaan wonen, een relatie of gezin opstarten, ...). Het optreden van geografische verschillen wordt hier sterk bepaald door het algemene gezondheidsniveau van de bevolking in de streek. Wanneer er meer gezondheidsproblemen optreden op jongere leeftijd is de kans groter dat jongeren tussen 20 en 24 geconfronteerd worden met hulpbehoevendheid bij hun nog relatief jonge ouders of eventueel zelfs bij een partner of kinderen. Bovendien heeft een hoge incidentie van morbiditeit onder de bevolking tot gevolg dat de mogelijkheden van substitutie in zorg binnen de familiale netwerken of binnen de buurt worden gereduceerd.

Dit is veel minder het geval wanneer we de mantelzorg tussen 55 en 59 jaar in beschouwing nemen (kaart 14). In absolute aantallen vormen 55-jarigen de belangrijkste groep van mantelzorgers: bijna 20% van de vrouwen in die leeftijdsgroep verstrekt informele zorgen. Het aandeel van deze leeftijdsgroep in de mantelzorg is vooral het resultaat van de verschillende demografische ontwikkelingen waarbij vraag naar hulp en beschikbaarheid elkaar in dit leeftijdssegment maximaal doorkruisen.

Het zijn de ouders van deze leeftijdsgroep die het meest hulpbehoevend zijn. Bovendien is het de groep waarbinnen de toename aan eigen gezondheidsproblemen de kans verhoogt dat men onder partners hulp biedt. Tegelijk gaat het om een bevolkingsgroep die wellicht de grootste hulpcapaciteit heeft. Een groot deel van deze groep is zelf nog relatief gezond, is zich in belangrijke mate uit de arbeidsmarkt aan het terugtrekken en is niet langer gebonden aan gezinsverplichtingen ten opzichte van jonge kinderen. De cartografie van de mantelzorg blijft wel in grote lijnen de regio's met gezondheidsproblemen accentueren, maar het beeld wordt minder scherp. Wellicht speelt hier mee dat in de streken met grote gezondheidsproblemen er in deze leeftijdsgroep ook een vermindering is van het aandeel personen dat zelf gezond is om actief hulp te verlenen. Het is ook de leeftijdsgroep van 50 tot 59 jaar die vooral hulp gaat bieden aan familie buiten het eigen huishouden en de kans dat die hulpverlening bij de ouders in een andere gemeente gebeurt, is vrij groot, wat de ruimtelijke patronen van hulpverlening en gezondheidsvraag minder scherp op elkaar afstemt. Een fijnere analyse van de hulpverleningsstromen zou hier wellicht verhelderend zijn. Cartografisch valt het bijvoorbeeld op hoe er, tussen de kaart van de twintigers en de vijftigers binnen een regio als Luik, een verschuiving optreedt van zorgvragende gemeenten naar zorggevendende gemeenten. In de gemeenten met het laagste percentage 55-59-jarigen die informele hulp verlenen (7,1 tot 13,3% van deze bevolkingsgroep) wordt



Kaart 13: Aandeel van de 20- tot 24-jarigen dat mantelzorg verstrekt



Kaart 14: Aandeel van de 55- tot 59-jarigen dat mantelzorg verstrekt

dit percentage ongeveer geëvenaard door het percentage jongeren dat informele hulp verleent bij de gemeenten met het hoogste aantal mantelzorgers onder de 20-24-jarigen (6,0% tot 12,7%). Een gegeven dat mede aanwijst dat het aandeel mantelzorgers vooral door de vraag gestuurd wordt en slechts in ondergeschikte mate door de beschikbaarheid of bereidwilligheid van de betrokkenen, althans op populatieniveau.

## 5.4 Het gezondheidsdeficit op buurniveau

Wat geldt op het niveau van de gemeenten is wellicht nog duidelijker op buurniveau. Ondanks hun onderlinge verschillen blijken gemeenten over het algemeen toch redelijk dicht bij een landelijk gemiddelde te liggen voor de verschillende gezondheidsindicatoren. Op het lagere geografische echelon, op het niveau van de buurt, blijken de verschillen nog groter te zijn.

Uiteraard worden de extremen tussen de buurten met goede gezondheid en deze met slechte gezondheid nog verder uit elkaar getrokken wanneer we de informatie per statistische sector in beeld brengen. Kleinere geografische eenheden vertonen inderdaad een grotere kans op een homogener bevolkingssamenstelling met als gevolg een grotere heterogeniteit tussen de geografische entiteiten. De cartografie per statistische sector, zelfs na controle voor leeftijd en geslacht, wordt nu gevoeliger voor effecten van bevolkingssamenstelling naar socio-economische status of naar nationaliteit.

Alleen de sectoren met minimum 50 inwoners worden in kaart gebracht. Voor geheel België gaat het om 16140 sectoren die samen bijna 9 miljoen respondenten bevatten. Gemiddeld wonen er ongeveer 550 respondenten per statistische sector en de dichtst bevolkte sector heeft er bijna 5000.

Wanneer we dezelfde klassengrenzen aanhouden als deze die we hanteren in de kaart met de 589 gemeenten (kaart 9) geeft dit de volgende verdeling waarbij de spreiding in de laagste en de hoogste klasse groter wordt:

<b>Klassengrenzen</b>	<b>Aantal statistische sectoren</b>
1,20 – 2,41	3.449
1,05 – 1,19	2.626
0,95 – 1,04	2.402
0,80 – 0,94	4.001
0,22 – 0,80	4.082

*Tabel 55: Aantal statistische sectoren per klasse*

In statistische sectoren met een score gelijk aan 1 is het aandeel van de bevolking dat zich in minder goede gezondheid voelt precies gelijk aan het Belgische gemiddelde. In de sectoren met een score boven 1 voelen meer mensen zich minder gezond en omgekeerd bij een score lager dan 1 voelen mensen zich gezonder. De klassegrenzen voor de indeling van de gemeenten in vijf quintielen (kaart 9) werden behouden. Voor de sectoren in beste gezondheid moeten we de benedengrens van 0,61 naar 0,22 opschuiven ten opzichte van de kaart 9. Ook voor de sectoren met de slechtste gezondheid moeten we de bovengrens opschuiven (van 1,85 naar 2,41). In de kleinere statistische sectoren is de kans groter op een relatief homogene (meer gezonde of minder gezonde) populatie. Ruim de helft van



de sectoren heeft een ervaren gezondheid die boven het Belgische gemiddelde ligt. In totaal bevinden zich 3.449 sectoren in de meest ongunstige klasse (tabel 55).

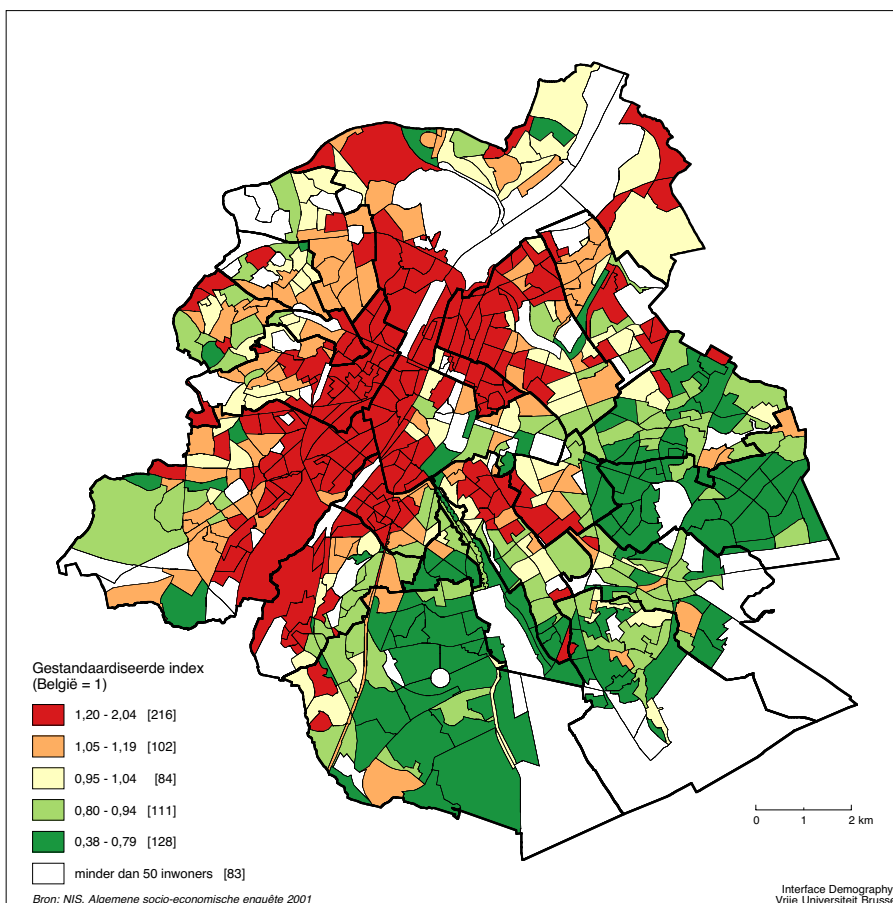
Statistische sectoren zullen toelaten om op een nog fijner schaal de plaatsen te detecteren met extreem hoge of lage gezondheidswaarden. Voor de cartografie van de statistische sectoren werden de collectieve huishoudens uit de analyse gehouden. Er zijn dus geen rust- of verzorgingstehuizen die door hun impact het kaartbeeld mee kunnen beïnvloeden. Uiteraard wordt op die manier vooral een deel van de personen die in de slechtste gezondheid verkeren uit de analyse verwijderd, maar het is de enige manier om een kunstmatige concentratie op buurniveau door de aanwezigheid van een gezondheidsgerelateerde instelling te vermijden. Gezien we dit voor het geheel van het land toepassen is het effect in de regionale spreiding van gezondheid marginaal.

Een kaart van België is op de gepubliceerde schaal moeilijk in detail leesbaar. Het globaal beeld toont echter aan hoe binnen de oorspronkelijk vrij homogene gebieden van gezondheid nu groepen sectoren ontstaan met een afwijkend gezondheidsprofiel. Aan de hand van de vraag naar de subjectieve gezondheid is het mogelijk om de cartografie van de achtergestelde buurten (Kesteloot *et al.*, 1996) vrijwel volledig te reproduceren. Subjectieve gezondheid blijkt op buurniveau inderdaad bijzonder sterk te correleren met indicatoren van achterstelling.

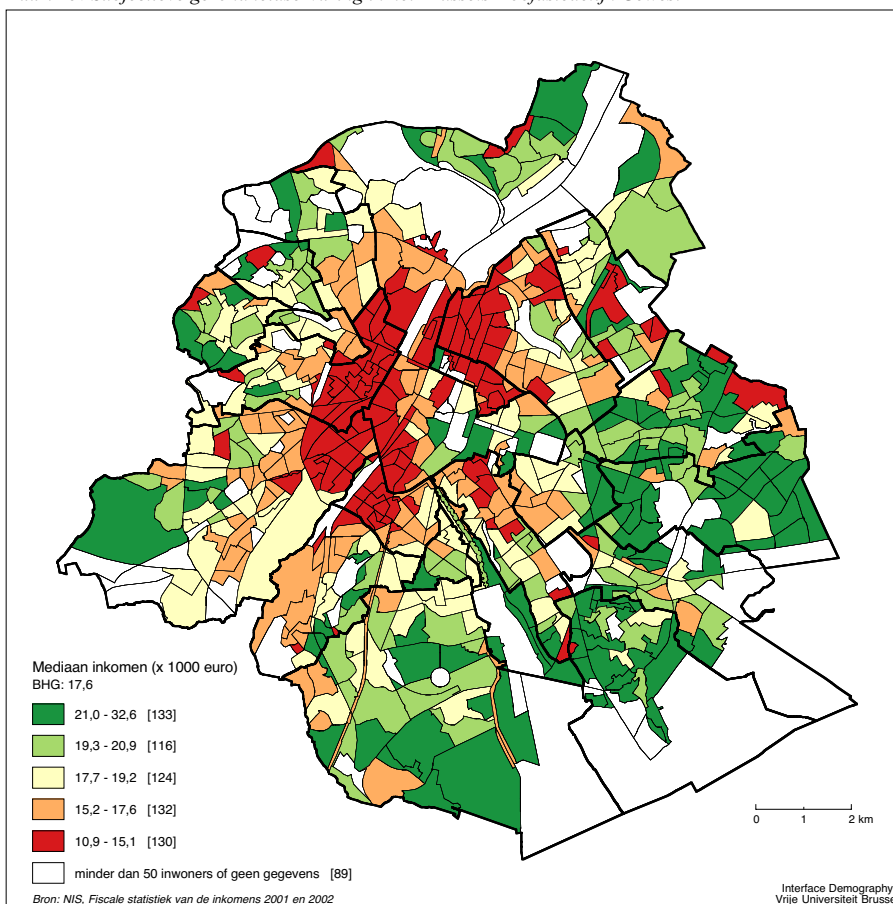
Dit is bijvoorbeeld duidelijk binnen de grootsteden in Vlaanderen. Die vaststelling is niet zonder belang. Ze geeft in feite duidelijk aan dat de verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië wellicht zeer weinig beïnvloed zijn door subtiele linguïstische of culturele verschillen in de inschatting van de subjectieve gezondheid, maar veeleer een objectieve socio-economische grondslag hebben. Zelfs na controle voor de hogere aanwezigheid van migranten in deze sectoren blijven ook in de Vlaamse grootsteden sectoren bestaan met bijzonder hoge negatieve gezondheidswaarden.

Wanneer we de cartografie van Brussel, Antwerpen, Gent, Luik of Charleroi van dichtbij bekijken zien we een perfecte reproductie van de achtergestelde buurten. Wanneer we gebruik maken van een standaardisatie op het niveau van België is een belangrijk verschil evenwel dat het in Antwerpen of Gent om veel minder buurten gaat dan bijvoorbeeld in Charleroi of Luik waar grote delen van de stad gezondheidsindicatoren hebben die sterk negatief scoren ten opzichte van het Belgische gemiddelde.

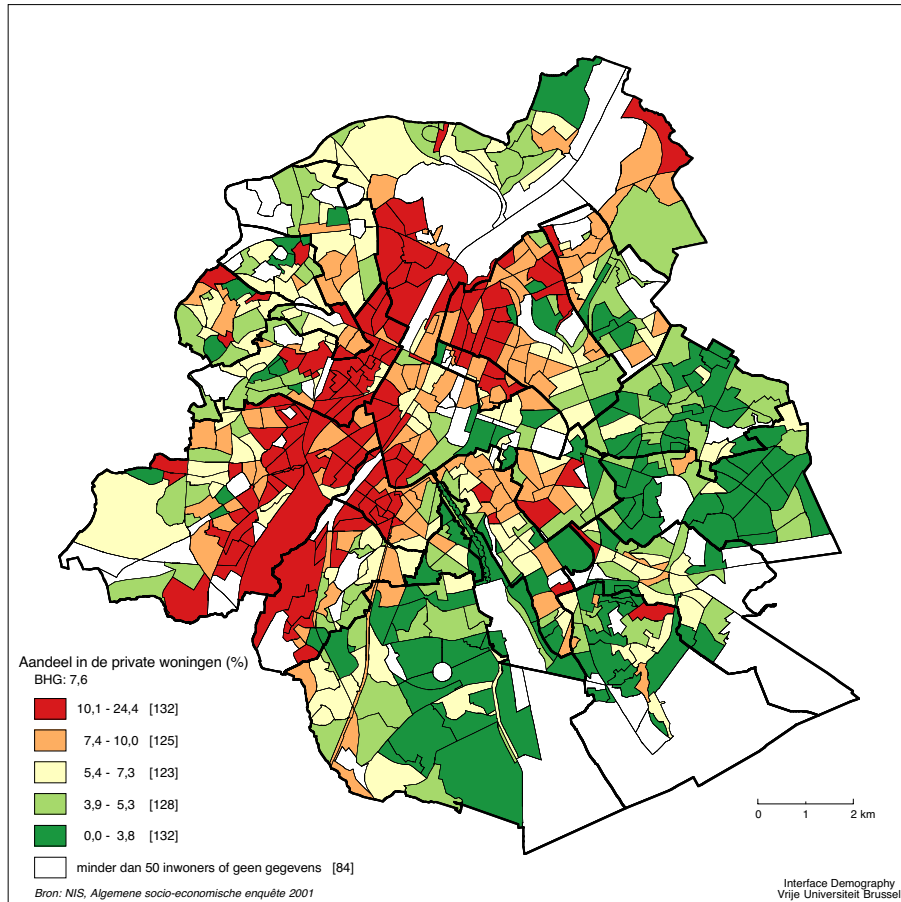
De cartografie van de gezondheid van Brussel valt volkomen samen met de gekende tweedeling van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De buurten met de beste gezondheid bevinden zich volledig geconcentreerd in het zuidoostelijke kwadrant van de stad (met als uitzondering de oude wijken van Etterbeek en Elsene). De buurten met slechtste gezondheid liggen in een halve sikkels vertrekend vanuit Sint-Gillis in het zuiden over Anderlecht en Molenbeek en het westelijk deel van de vijfhoek tot Schaarbeek en Sint-Joost (kaart 15). Het zijn de traditionele buurten van achterstelling, gekenmerkt door lage inkomens (kaart 16), een slecht woningbestand (kaart 17) en hoge concentraties aan arbeiders, laaggeschoolden en migranten. Naar het westen toe gaan deze buurten geleidelijk over in een zone met iets minder slechte gezondheid die zich uitstrekt van hoog Molenbeek en Ganshoren tot Jette.



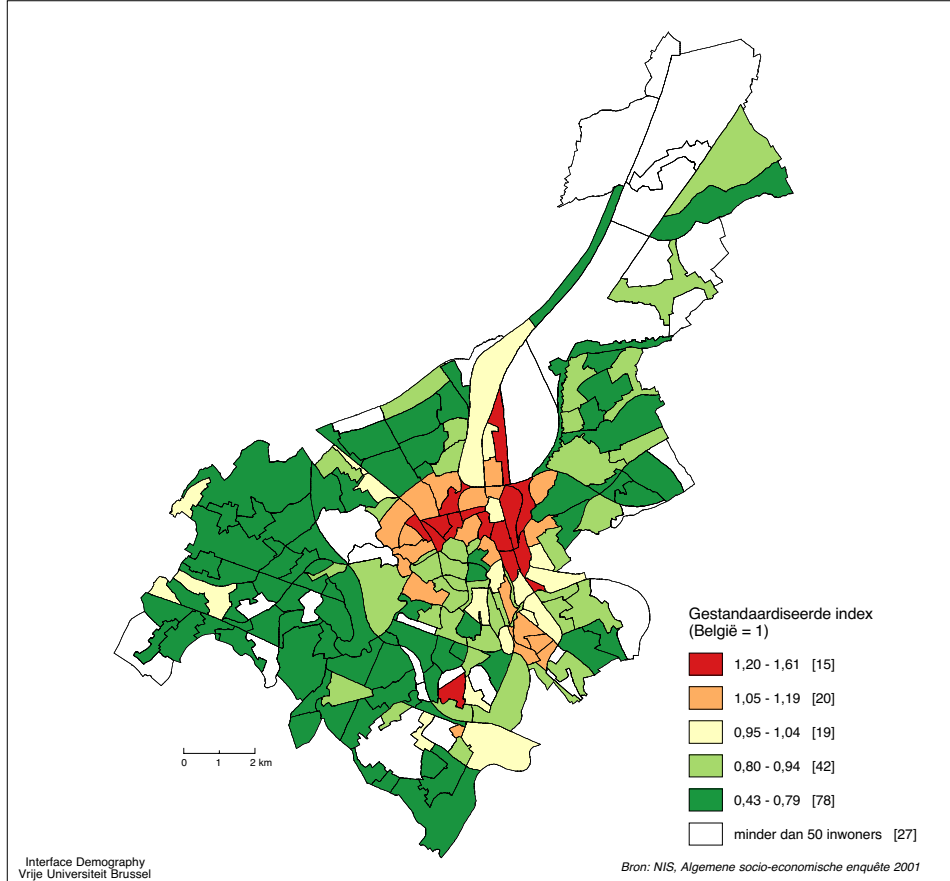
Kaart 15: Subjectieve gezondheidservaring in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Kaart 16: Mediaan inkomen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2001-2002



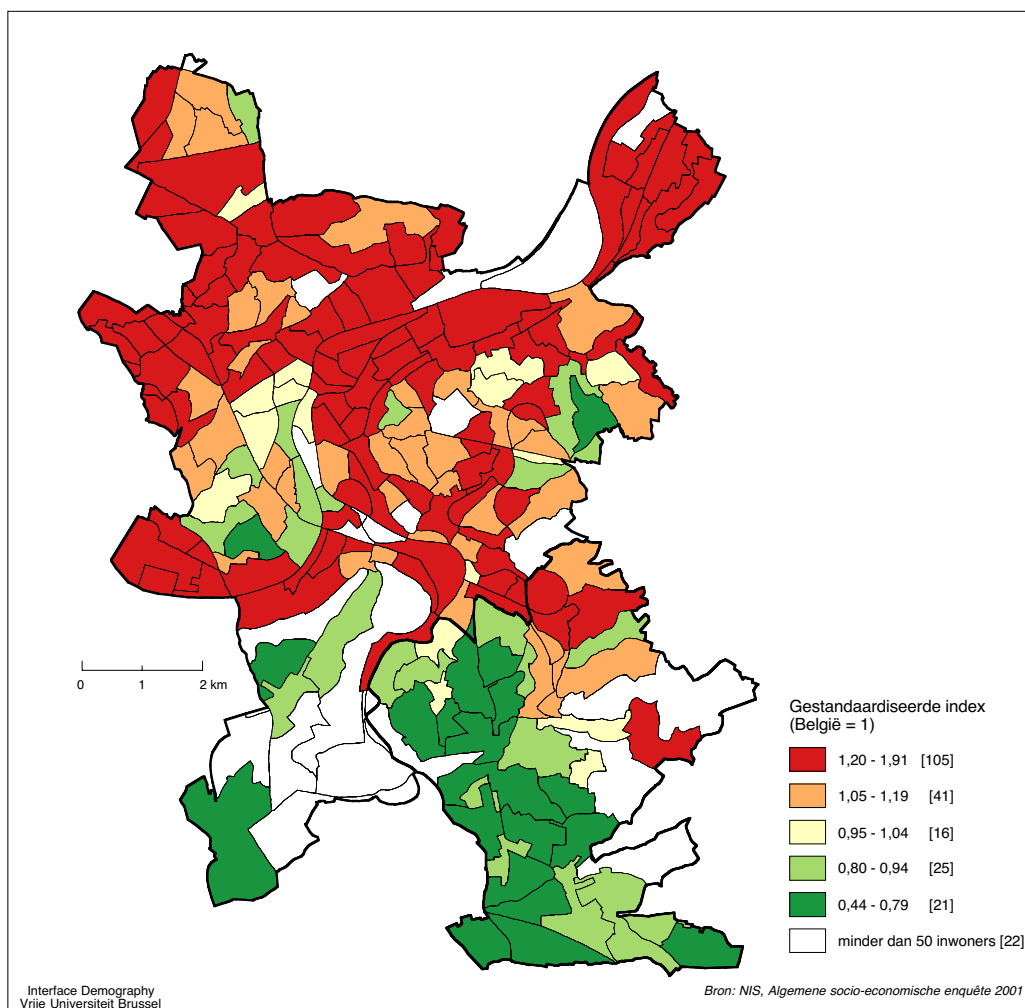
Kaart 17: Woningen zonder badkamer of zonder afzonderlijk toilet in het BHG



Kaart 18: Subjectieve gezondheidservaring in Gent

De buurten met slechtere gezondheid in Gent overlappen vrijwel volledig met de arbeiderswijken die rond het noorden en het oosten van het stadscentrum liggen met een uitloper naar het noorden langs het kanaal Gent-Terneuzen (kaart 18). Dit noordelijke deel van de 19<sup>de</sup> eeuwse stadsgordel kent ook de hoogste concentraties aan werklozen. In diezelfde oude arbeidersbuurten vinden we tevens de hoogste concentraties van personen van Turkse origine. Verder naar het zuiden manifesteert Ledeberg zich met een geleidelijk minder uitgesproken negatieve gezondheidstoestand. Een sector die duidelijk contrasteert met zijn omgeving is de sector “Nieuw Gent” in het zuiden van de stad. Hier bevindt zich een complex van bijna 2000 sociale woningen, gekneld tussen de universitaire campus en het academische ziekenhuis. Het is de enige omvangrijke concentratie van een bevolking met geringe inkomens buiten de ononderbroken zone die het stadscentrum omringt (Kesteloot *et al.*, 2001). Dat buurten met sociale woningcomplexen een slechter gemiddelde gezondheid vertonen is overigens eveneens het resultaat van een selectiemechanisme dat voorrang verleent aan personen met gezondheidsproblemen of een handicap bij het verwerven van een sociale woning.

De slechte gezondheidstoestand in tal van statistische sectoren in Luik en de aangrenzende gemeenten (Seraing, Saint-Nicolas, Herstal) weerspiegelt een stad die getekend is door een hoge concentratie aan arbeiderswijken die zich langs de Maasvallei hebben ontwikkeld in het zog van de mijnontginning en de zware industrie. Ook hier blijkt echter hoe een verfijning van de geografische analyse per buurt een beperkt aantal sectoren aan het licht brengt met een gezondheidssituatie die tot de beste van België behoort. Het stadscentrum van Luik tekent zich duidelijk af van de omringende arbeiderswijken met een gezondheid die boven het Belgische gemiddelde ligt (kaart 19). Het centrum van Luik is steeds



Kaart 19: Subjectieve gezondheidservaring in Luik en Chaudfontaine

eerder typisch burgerlijk gebleven. In het zuidelijk deel van het stadscentrum vindt men een hoge vertegenwoordiging van universitair geschoolden en van statusberoepen (Kesteloot *et al.*, 2001). Opvallend echter is vooral de concentratie van sectoren met zeer goede gezondheid ten zuiden van Luik met ondermeer de gemeente Chaudfontaine. Hier heeft zich een uitgestrekte suburbane zone ontwikkeld met recentere woningen en waar men vooral gezinnen met hoge inkomens terugvindt.

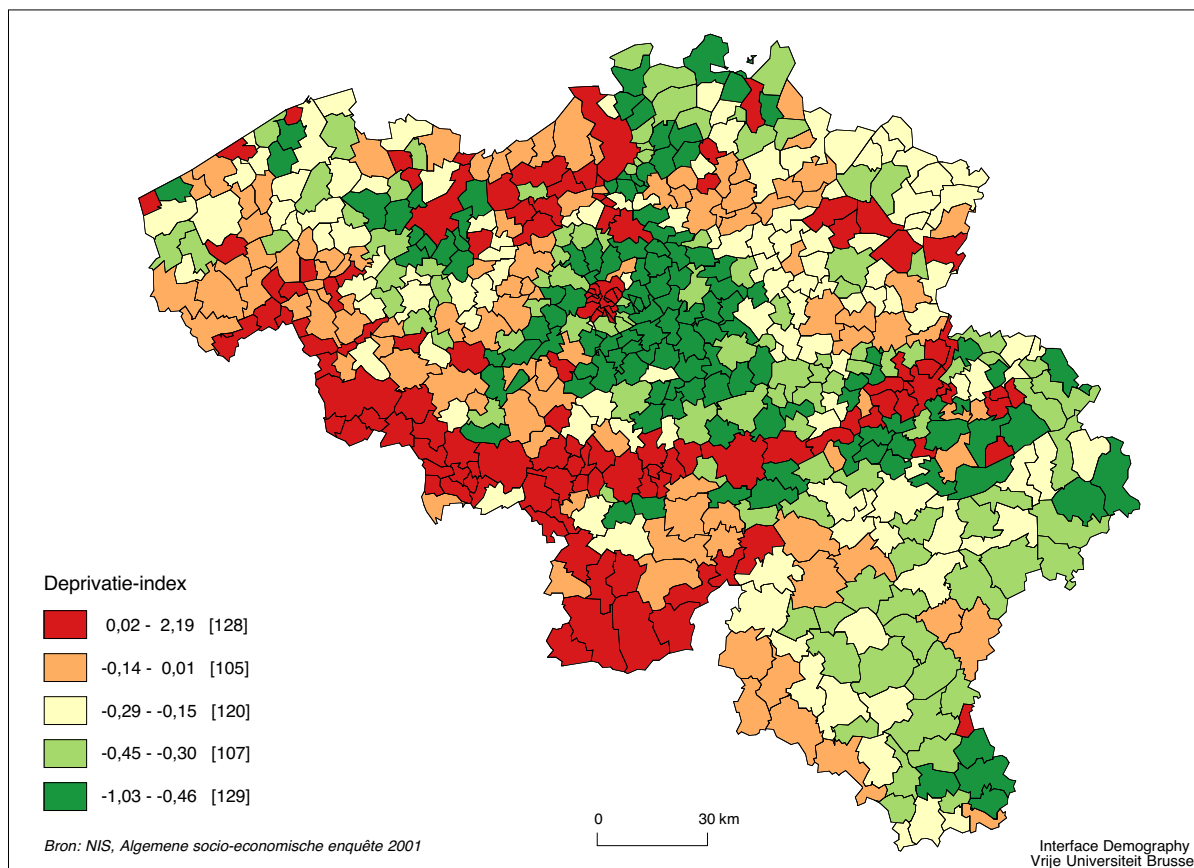
## 5.5 De invloed van socio-economische factoren op de geografische distributie van de gezondheid

De relatie tussen gezondheid en socio-economische factoren werd reeds in verscheidene studies uitvoerig gedocumenteerd en kwam ook al uitvoerig aan bod in voorgaande hoofdstukken. De voorgestelde cartografie van de gezondheid bevestigt dit ten overvloede. Het volstaat om een kaart van socio-economische ongelijkheid naar gemeente te bestuderen om vast te stellen dat de grote geografische patronen in die richting wijzen.

Die vaststelling heeft geleid tot een aantal studies waarbij de nadruk kwam te liggen op indicatoren van armoede of achterstelling als verklaringspatroon voor ongelijkheid in sterfte en gezondheid. In het Verenigd Koninkrijk ontwikkelden Townsend *et al.* en Carstairs en Morris op basis van censusgegevens indicatoren van achterstelling op buurtniveau om het verband met gezondheidsproblemen op te meten. Ook in eigen land maakte de creatie van de nationale databank mortaliteit (Deboosere en Gadeyne) het mogelijk om de geografische patronen van sterfte te relateren aan individuele factoren van sociale ongelijkheid (Gadeyne en Deboosere; Colicis *et al.*). Dit soort analyses was echter niet mogelijk op een fijnmazig geografisch niveau. De introductie van gezondheidsvragen in de socio-economische enquête van 2001 opent hier nieuwe perspectieven. In deze monografie beperken we ons noodzakelijkerwijs tot een aantal algemene kaarten die de mogelijkheden om dit onderzoek uit te diepen aangeven.

Vooreerst nemen we een kaart op met een voor België aangepaste deprivatie-index per gemeente. De index van Carstairs is normaal gebaseerd op vier variabelen: de werkloosheidsgraad bij de economisch actieve mannen tussen 18 en 64 jaar, het aantal personen in een huishouden zonder wagen, het aandeel arbeiders en het percentage personen dat over minder dan één kamer per persoon beschikt. Bij de berekening van de score worden geen wegingen of transformaties gebruikt. De totale score is gebaseerd op de Z-scores van de geselecteerde variabelen. Voor België hebben we het aantal personen per kamer niet opgenomen omdat die factor weinig effect bleek te hebben. Het aandeel arbeiders werd vervangen door het aandeel van de bevolking met een diploma van maximaal lager onderwijs. Op basis van de censusgegevens is het namelijk niet mogelijk om arbeiders uit de openbare sector af te zonderen. Op het niveau van de statistische sectoren blijkt deze index bijzonder goed te correleren met de gezondheidsindex. De test werd beperkt tot de personen onder de 65 jaar in private huishoudens en uitgevoerd op 11.912 statistische sectoren met een bevolking van minstens 200 personen. Het resultaat is een correlatie (Pearson Correlation) van 0,77 tussen de gezondheidsindex en de deprivatie-index.

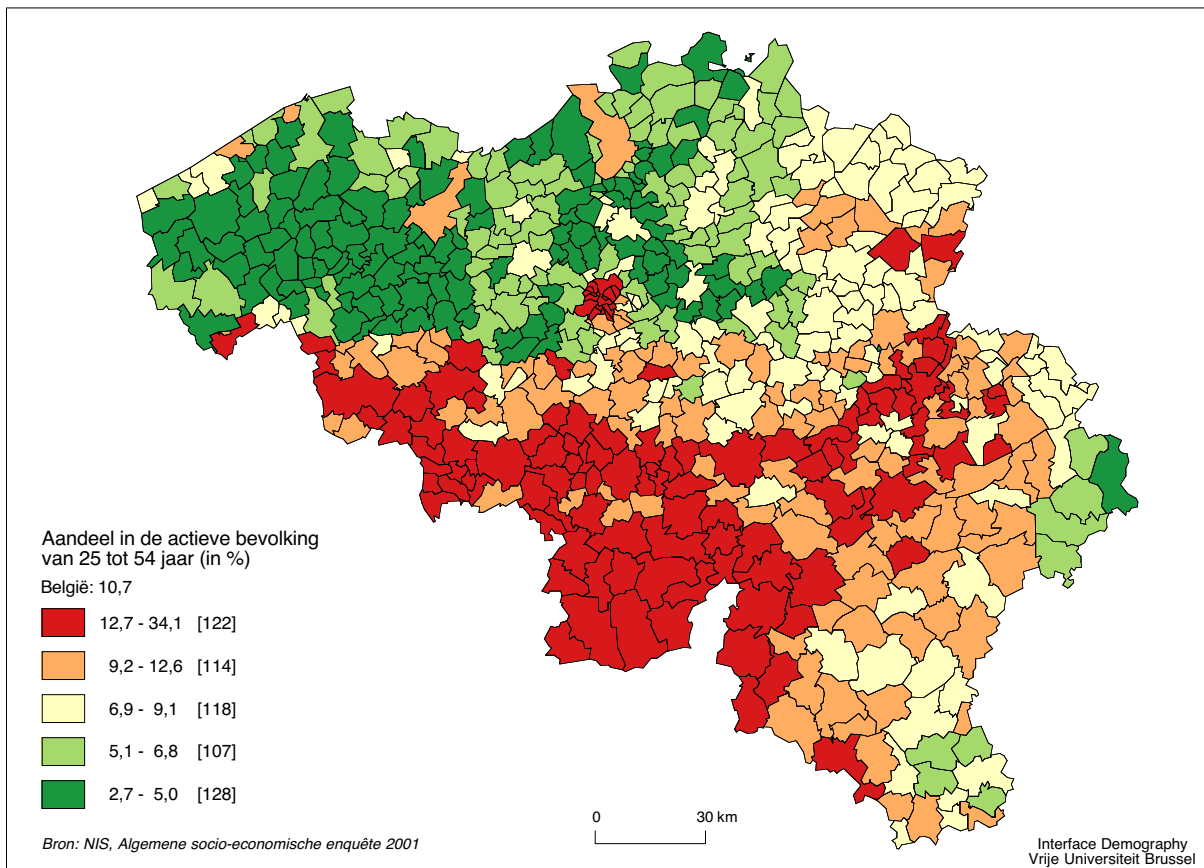
Deze aangepaste deprivatie-index is hieronder per gemeente berekend en in kaart gebracht (kaart 20).



Kaart 20: Deprivatie-index

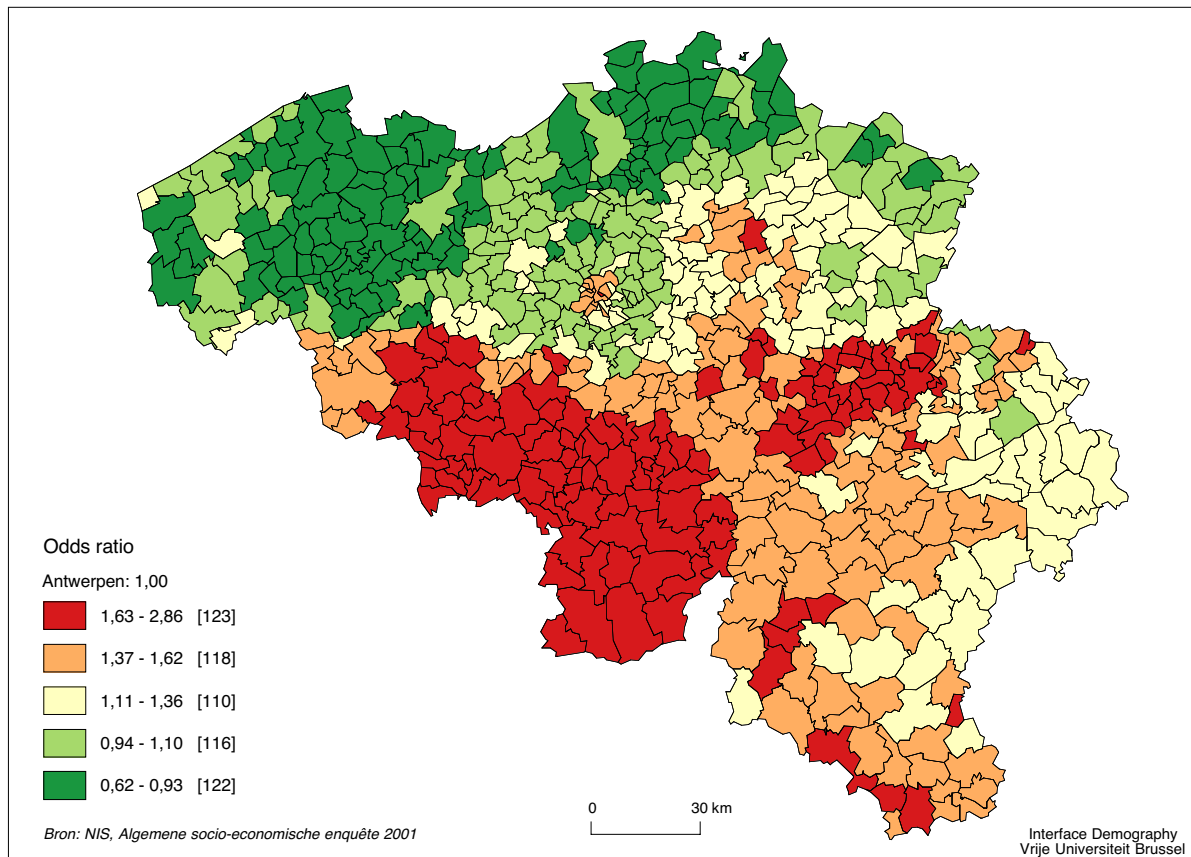
Hoewel de kaart van materiële achterstelling per gemeente wel enige gelijkenis vertoont met de gezondheidskaarten, vallen meteen ook belangrijke verschillen op. Henegouwen komt niet langer naar voor als een monolithisch geheel. De industriële as van Wallonië met duidelijke uitlopers tot Luik manifesteert zich nu duidelijk. Vrijwel alle Brusselse gemeenten, op de oostrand na, behoren nu tot de meest achtergestelde gemeenten. In Vlaanderen tekent de Limburgse mijnstreek zich zeer duidelijk af, evenals de streek tussen Lokeren, Dendermonde, Sint-Niklaas en Antwerpen, en Zuidwest-Vlaanderen. Verder behoren ook Gent en een reeks regionale steden zoals Oostende, Mechelen, Turnhout en ook Ronse tot gemeenten met een negatieve deprivatie-index. Dit valt niet samen met de gebieden van slechte subjectieve gezondheid wat wijst op een complexere relatie op regionale basis. Wel sluit deze kaart relatief goed aan bij de indeling van de gemeenten op basis van het percentage personen met chronische ziekte of handicaps die tot permanente bedlegerigheid leiden. De visuele patronen lijken aan te geven dat materiële achterstelling vooral samenvalt met de meest extreme toestand van morbiditeit. Verder onderzoek op deze data zou nodig zijn om hierover uitsluitsel te verkrijgen.

Kaarten gebaseerd op de socio-economische variabelen van de volkstelling van 1991 (Mérenne *et al.*) of op meer recente gegevens met de nadruk op specifieke aspecten van regionale achterstelling (Colicis *et al.*) sluiten goed aan bij de patronen van gezondheid. Tegelijk is het duidelijk dat de regionale gezondheidspatronen het resultaat zijn van een cumulatief effect van diverse factoren. Dit wordt goed geïllustreerd door een kaart van de regionale werkloosheid op basis van de socio-economische enquête 2001 (kaart 21) waarbij de zwartepunten wel ten dele overeenstemmen met de gezondheidskaarten maar met een aantal onmiskenbare afwijkende regionale patronen. Onderzoek naar de specifieke factoren die het negatief effect van werkloosheid op gezondheid temperen zou op zich al zeer interessant materiaal kunnen opleveren.



Kaart 21: Aandeel van de werkzoekenden in de actieve bevolking

Deze visuele inspectie kan nog worden aangevuld met een statistische analyse door middel van logistische regressie. Op kaart 22 geven we de cartografie weer van de gemeentelijke subjectieve gezondheid na controle voor leeftijd, geslacht, hoogst behaalde diploma, comfort en kwaliteit van de woning (als proxy voor welstand) en nationaliteit van oorsprong. Antwerpen werd als referentiegemeente gebruikt als meest bevolkte gemeente van het land met waarden die dicht bij het landelijk gemiddelde liggen. In gemeenten die donkerrood kleuren is het relatief risico om zich minder gezond te voelen minstens 63% hoger dan in Antwerpen. De geografische patronen tussen gemeenten veranderen nauwelijks. Ook het invoegen van de werkloosheid op individueel niveau in het logistisch model wijzigt niets aan het laatste kaartbeeld. Individuele verschillen naar socio-economische status blijken relatief weinig invloed te hebben op de verschillen in gezondheid naar gemeente. De extremen worden afgevlakt en we krijgen een nog duidelijker afbakening van aaneengesloten geografische streken. De verschillen naar socio-economische status zullen er dus vooral voor zorgen dat de verschillen tussen gemeenten binnen een zelfde streek worden afgezwakt. Verder zien we dat de brede regio rond Brussel, zowel in Vlaanderen als Wallonië een betere gezondheidstoestand heeft die vooral blijkt samen te hangen met de hogere opleiding en de hogere welstand. De relatief goede positie van Brabant is duidelijk gevoelig voor controle op diploma en woningcomfort en deze gemeenten verschuiven van het eerste quintiel naar het tweede quintiel. Die factoren hebben dan weer minder invloed in de Antwerpse kempen en de ritsstreek tussen West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen waar ook na controle op deze socio-economische variabelen alle gemeenten in het eerste quintiel blijven. Ook Wallonië wordt nu, net zoals Vlaanderen, veel duidelijker opgedeeld in grote aaneengesloten gebieden. Controle voor socio-economische factoren drukt weliswaar de uitersten samen, maar verandert weinig aan de globaal ongunstiger positie van Henegouwen, het westelijke deel van de provincie Namen en de as naar Luik.



Kaart 22: Odds ratio's van slecht ervaren gezondheid bij 25- tot 74-jarigen (logistische regressie: controle voor leeftijd, geslacht, onderwijsniveau, samengestelde woningvariabele en nationaliteit van oorsprong)

Een gelijkaardige analyse op buurtniveau, bijvoorbeeld binnen Henegouwen of binnen het Brusselse Gewest (Deboosere *et al.*), geeft aan dat een groot gedeelte van de heterogeniteit tussen buurten wel verdwijnt na controle voor socio-economische factoren. Gezondheidsverschillen op buurtniveau blijken sterk gerelateerd te zijn aan verschillen in socio-economische samenstelling van de buurt. Omgekeerd blijkt hieruit dat de factoren van slechte gezondheid op regionaal niveau het resultaat zijn van een complexer geheel van factoren dan louter van socio-economische aard, althans van die socio-economische factoren waarvoor de Census toelaat te controleren. Verdergaand onderzoek waarbij individuele socio-economische kenmerken en regionale risicofactoren worden gecombineerd is hier noodzakelijk.

## 5.6 Besluit

Een cartografie van de gezondheid bewijst hoe sterk gezondheid een sociaal gegeven is. Gezondheidsindicatoren produceren geen lappendeken zonder samenhang, maar volgen ruimtelijke patronen. Dit is op zich voldoende om aan te geven dat de individuele geluksfactor misschien wel de gezondheid van een individu bepaalt maar dan wel binnen een kader dat vastgelegd wordt door onmiskenbare maatschappelijke determinanten. Dit gegeven is al lang bekend en heeft de basis gevormd voor een sterke sociale component in de gezondheidsgeografie. Dat subjectieve gezondheidsindicatoren zo'n sterke ruimtelijke patronen vormen is echter buiten verwachting. Uiteraard kunnen de verklaringsgronden voor de waargenomen verschillen zeer divers van aard zijn. Verschillen in gezondheid kunnen bijvoorbeeld hun oorzaak vinden in het fysische milieu, in bronnen



van vervuiling, in de sociale en economische situatie, in lokale levensgewoonten, enz. Om de oorzaken van de verschillen te ontrafelen is meer onderzoek nodig, maar het cartografische beeld van ongelijkheid in gezondheid is op onmiskenbare wijze door sociale en economische factoren gedictieerd.

De cartografie van de gezondheidsindicatoren per gemeente bevestigt in grote lijnen de gezondheidsverschillen die de afgelopen decennia op basis van mortaliteitsgegevens duidelijk werden. Op de eerste plaats valt natuurlijk de tweedeling op tussen het noorden en het zuiden van het land. Zoals ook al uit de gezondheidsenquêtes bleek is de algemene gezondheidstoestand in Vlaanderen merkkelijk beter dan in Wallonië of Brussel. In de mate dat de gebruikte gezondheidsindicatoren berusten op het antwoord van de respondenten, bestaat er natuurlijk een mogelijkheid dat culturele verschillen of een verschil in taalgevoel die zo uitdrukkelijke noord-zuid opdeling veroorzaken. Sterftecijfers wijzen echter op een gelijkaardige tweedeling en bevestigen het resultaat van de gezondheidsindicatoren uit de socio-economische enquête.

Deze algemene inschatting vraagt echter onmiddellijk om een aantal nuanceringen. Om te beginnen valt de scheidingslijn niet samen met de taalgrens. Zowel in Vlaanderen als in Wallonië zijn er gebieden die eerder aansluiten bij het gezondheidspatroon van het andere landsgedeelte. Wanneer we de resolutie van onze geografische analyse bijstellen door van een indeling per gemeente naar een indeling per statistische sector over te gaan wordt dit nog duidelijker. Op buurtniveau zien we inderdaad dat verschillende buurten in Vlaanderen een bevolking hebben waar de gezondheidsindicatoren even slecht scoren als in de slechtste gemeenten in Wallonië. Omgekeerd blijken in Wallonië, midden in gemeenten met slechte gezondheidsindicatoren, ook buurten met een gemiddeld zeer goede gezondheid voor te komen.

De overeenkomst tussen de cartografie van de gezondheidsindicatoren en van de belangrijkste socio-economische kenmerken geeft aan dat de individuele gezondheidsverschillen een duidelijke samenhang vertonen met de socio-economische status van diezelfde individuen. De cartografie bevestigt hier de bevindingen die ook in de andere hoofdstukken naar voor kwamen op basis van bivariate en multivariate analyses.

Tegelijk blijven er nog heel veel vragen open die een verdergaande analyse vragen. Controle van de gezondheidsverschillen naar individuele sociale kenmerken zwakken de grote verschillen tussen gemeenten af, maar doen ze niet volledig verdwijnen. De zeer hoge negatieve gezondheidsscores voor een groot deel van Henegouwen blijven bestaan. Eenzelfde procedure toegepast op het niveau van de buurten binnen eenzelfde agglomeratie heeft een veel groter effect en verzwakt sterk de verschillen tussen de buurten. Dit zou er mogelijk op kunnen wijzen dat de heterogeniteit in gezondheid op buurtniveau vrijwel uitsluitend te wijten is aan sociale verschillen in samenstelling van de bevolking. Daarentegen zouden binnen grotere geografische entiteiten ook nog andere factoren invloed kunnen uitoefenen. Misschien onderschatten we de collectieve of contextuele socio-economische effecten. De algemene economische malaise in een streek zou bijvoorbeeld bovenop de gezondheidseffecten van de individuele sociale positie een extra invloed kunnen uitoefenen. Het is echter evenzeer mogelijk dat we te maken hebben met milieueffecten (vervuiling van oude industriële sites en van nog bestaande industriële activiteit) of levensgewoonten die hun eigen geografische patronen volgen.

In elk geval blijkt subjectieve gezondheid opgemeten bij een zeer groot deel van de bevolking een bijzonder goed meetinstrument te zijn om de volksgezondheid te controleren. De precisie blijkt ook uit de resultaten die we krijgen op basis van een analyse op buurtniveau. Na controle voor individuele sociale kenmerken verdwijnt de ongelijkheid tussen de meeste buurten. De sectoren die toch nog een hoge ongezonderheid aangeven blijken merkwaardig goed het selectie-effect weer te geven dat ontstaat

in sociale wooncomplexen. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest resulteert een dergelijke oefening in de productie van een kaart met sociale woonwijken.

Dit moet wellicht een aansporing vormen om diepgaander te onderzoeken wat er kan schorten in die sectoren of gemeenten waar er ogenschijnlijk geen redenen zijn tot een selectie-effect. Hoewel we uitermate voorzichtig moeten zijn met de mogelijkheden tot analyse en interpretatie, kan het misschien een spoor uitzetten voor verder onderzoek.

In elk geval moeten we besluiten dat de gezondheidsindicatoren een zeer goede indicatie geven van de gezondheidstoestand van de bevolking. Het lijkt dus aangewezen dat het beleid de alarmsignalen voor bepaalde bevolkingsgroepen, regio's of wijken bijzonder ter harte zou nemen. Het gaat hier om zeer belangrijke effectieve verschillen in levenskansen en levenskwaliteit binnen onze bevolking.

Een cartografie van de gezondheid laat ons minstens twee dingen toe: een betere inschatting van de objectieve noden voor het inzetten van gezondheidsdiensten en duidelijke aanwijzingen voor het opzetten van een preventief gezondheidsbeleid. Het is immers duidelijk dat er gigantische maatschappelijke besparingen mogelijk zijn en dat terwijl er tegelijk werk gemaakt wordt van meer rechtvaardige gezondheidsverdeling.

## Conclusie

### Opname gezondheidsvragen in de Census

België heeft ervoor gekozen om in zijn Census van 2001 vragen over de gezondheid en de zorgverstrekking op te nemen. Deze keuze kan vreemd lijken aangezien een Census zich over het algemeen beperkt tot demografie, huisvesting of socio-economische kenmerken. De keuze om in de Census 2001 ook de gezondheid een plaats te geven, is gebaseerd op verschillende overwegingen.

De gezondheid is een fundamenteel element van de menselijke waardigheid, van het welzijn en van de levenskwaliteit (Ruger). Gezondheid is, naast opleiding en sociaal kapitaal, één van de bestanddelen van het menselijke kapitaal, dat individuen de kans biedt zich te ontplooien en zich ten volle in de maatschappij te integreren.

Gezondheid is ongelijk verdeeld binnen de bevolking van ons land, zowel tussen sociale klassen, nationaliteiten, geslachten als geografische regio's. Deze vaststelling is niet eigen aan België, maar wordt in heel Europa voor verschillende gezondheidsproblemen waargenomen (Huisman *et al.*). Net zoals de belastingheffing een meer gelijke verdeling van de economische bestaansmiddelen mogelijk maakt, moet het gezondheidsbeleid proberen om een meer rechtvaardige verdeling van de gezondheid onder de bevolking te bewerkstelligen (Mackenbach en Bakker). De in de Census verzamelde informatie brengt de in België bestaande ongelijkheden aan het licht.

De Census, een tienjaarlijks instrument, wordt geleidelijk vervangen door het gebruik van administratieve databanken enerzijds en de uitvoering van steekproefenquêtes bij de bevolking anderzijds. In België worden al sinds 1997 Gezondheidsenquêtes gevoerd die een grote hoeveelheid informatie over de gezondheidstoestand, gezondheidsproblemen, het gebruik van zorgverstrekking en het gezondheidsgedrag van de Belgen opleveren. Het opnemen van vragen over de gezondheid in de Census stelt ons in staat, in het kader van een toekomstige vervanging van Census door gerichte steekproeven, de betrouwbaarheid van de Gezondheidsenquête als meetinstrument te evalueren met de Census als referentiepunt.

De Census is ten slotte een belangrijk hulpmiddel voor de lokale autoriteiten, zoals steden en gemeenten. Geografische verschillen in gezondheid zijn frequent in de meeste Europese landen, zowel voor wat betreft het sterftecijfer (Shaw *et al.*) als de subjectieve gezondheidsindicatoren (Sadana *et al.*). Het is absoluut noodzakelijk om op de verschillende beleidsniveaus van het rijk, de gemeenschappen en gewesten en zelfs op stedelijk niveau, de geografische verschillen te kennen. De steden en gemeenten ontwikkelen beleidsinstrumenten, zoals de "Gezonde stad" (WHO), de wijkcontracten, de stadsvernieuwingsprogramma's die vaak lokaal verankerd zijn. Omdat de Census de bevolking op een zeer gedetailleerd geografisch niveau benadert, is het mogelijk om de gezondheid aan de leef- en woonomgeving te koppelen en de lokale beleidsorganen met hun planningsopdracht te helpen.

## Sterfte- en ziektecijfer

Een analyse van de gezondheid van de bevolking kan maar correct begrepen worden wanneer ze in een historische context wordt gesitueerd. Het sterfte- en het ziektecijfer zijn klassieke indicatoren om de gezondheid van een bevolking – in negatieve zin welteverstaan – te beschrijven. Het eerste hoofdstuk is bijgevolg gewijd aan een beschrijving van de recente evolutie van het sterftcijfer, het ziektecijfer en het gezondheidsgedrag. In dit hoofdstuk wordt er aandacht besteed aan de veranderende sterfteoorzaken en aan het veranderende gezondheidsgedrag. Het omvat dan ook belangrijke aanwijzingen over de oorsprong van bepaalde gezondheidsproblemen.

De evolutie van de mortaliteitscijfers is een belangrijke indicator van de voornaamste gezondheidstrends. Het relatieve belang van doodsoorzaken maakt duidelijk op welk gebied vooruitgang kan geboekt worden in de verbetering van de gezondheidstoestand.

In het begin van de 20ste eeuw beseftte men dat de geobserveerde toename van de levensverwachting geen periodieke fluctuatie betrof, maar een lange evolutie die halfweg de 18<sup>de</sup> eeuw was begonnen.

Een complex geheel van factoren maakte deze daling van vroegtijdige mortaliteit mogelijk: verbeteringen in de bewaring en de bereiding van voeding, in de sanitaire voorzieningen, in de behuizing, in de maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid en in de medische wetenschap zijn maar enkele elementen die hiertoe bijdroegen.

Op het eind van de jaren '60 leek de epidemiologische transitie haar eindpunt bereikt te hebben. De tabaksepidemie, tewerkstelling in belastende industrieën (o.a. steenkoolmijnen en staalindustrie), een toenemende consumptie van dierlijke vetten, droegen er toe bij dat de vooruitgang in levensverwachting werd afgeremd.

In de loop van de jaren '70 zorgde een spectaculaire terugval van de cardiovasculaire ziekten evenwel voor een nieuwe vooruitgang. De 'man-made diseases' waren over hun hoogtepunt heen, mede door een grotere bewustwording van de schadelijke effecten van bepaalde leefstijlen.

De levensverwachting blijft de afgelopen decennia toenemen. Deze verdere toename wordt niet zozeer gekenmerkt door een verschuiving van doodsoorzaken als wel door een uitstel van ouderdomsziekten naar steeds oudere leeftijden. In 1997 maakten ouderdomsziekten het leeuwendeel van de sterfte in België uit. Kanker en hart- en vaataandoeningen vertegenwoordigen respectievelijk 31 en 33% van de sterfte bij de mannen en 23 en 40% bij de vrouwen.

De gezondheid van een bevolking wordt niet alleen bepaald door externe factoren als gezondheidszorg en medische wetenschap. Actieve, bewuste leefstijlkeuzes van individuen hebben eveneens een impact op de gezondheidstoestand. Consumptie van rookartikelen, overconsumptie van alcohol, bepaalde voedingsgewoonten en gebrek aan lichaamsbeweging hebben nefaste gevolgen voor de gezondheid. Een toenemende bewustwording hiervan en, hieraan gekoppeld, een wijziging in positieve zin van gezondheidsgerelateerde leefstijlelementen over de bevolking heen, kunnen in belangrijke mate bijdragen tot een hogere gezonde levensverwachting.

## Validiteit

Een studie van de validiteit van de door de Census verzamelde informatie maakt het mogelijk om de kwaliteit van de verkregen informatie en de coherentie met de andere databases, zoals de Gezondheidsenquête per interview (HIS 2001) en de Demografische Panelstudie (PSBH 2001) te evalueren.

Het algemene responspercentage van de Census lag bijzonder hoog: maar liefst 96,9% van de individuele vragenlijsten werd door de Belgische bevolking teruggestuurd.

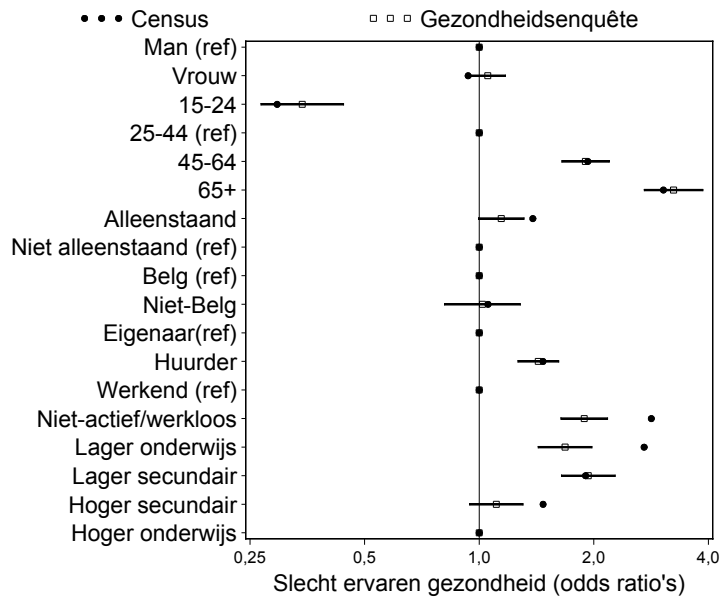
Een analyse van de respons op de afzonderlijke vragen toont dat de inwoners in het merendeel van de gevallen hebben geantwoord op de gezondheidsvragen die hun werden gesteld. In 96,8% van de teruggestuurde enquête-formulieren was de vraag over de subjectieve gezondheid ingevuld. Dit item responspercentage bedroeg 89% voor de chronische aandoeningen en 93% voor de lichamelijke beperkingen. De vraag over de bedlegerigheid door een ziekte behaalt het laagste item responspercentage (81%), waarschijnlijk door de voorwaardelijke wijs van de vraagstelling en de lay-out van de vragenlijst. Op de vraag over informele hulpverlening bedroeg het responspercentage 90%.

Deze antwoordpercentages zijn niet gelijkmatig verdeeld over de bevolking. Ze zijn lichtjes lager bij oudere personen, bij lager opgeleiden, bij alleenstaanden of bij personen die in collectieve huishoudens leven. De item respons voor de gezondheidsvragen ligt eveneens lager in het Brusselse Gewest.

We vergeleken de gegevens van de Census met die van de Gezondheidsenquête per interview en die van de Panelstudie. Ook al zijn de gegevens niet op dezelfde manier verzameld, toch gaat het om dezelfde vragen die in hetzelfde jaar werden voorgelegd aan de Belgische bevolking of een steekproef hiervan. De vergelijkingen tonen meerdere interessante resultaten over de gezondheidstoestand in het algemeen en de verschillen tussen de socio-demografische groepen.

Een slechte subjectieve gezondheidstoestand wordt minder frequent gemeld in de Gezondheidsenquête dan in de Census: terwijl in de Census 28% van de Belgen zegt in slechte gezondheid te verkeren, daalt dit cijfer tot 24% in de Gezondheidsenquête. Deze trend is echter omgekeerd voor de vraag over de chronische aandoeningen: 24% van de respondenten verklaart in de Census een aandoening te hebben, tegenover 29% in de Gezondheidsenquête. Tot slot stellen we ook vast dat de lichamelijke beperkingen bij personen met een chronische aandoening volgens de Census frequenter voorkomen dan volgens de Gezondheidsenquête. In de Census geeft 86% van de personen met een chronische aandoening aan lichamelijke beperkingen te ondervinden, tegenover 73% in de Gezondheidsenquête en 81% in de Panelstudie.

In figuur 29 worden de socio-demografische verschillen aan de hand van odds ratio's samengevat. Over het algemeen gaan de verschillen op het vlak van gezondheid tussen de socio-demografische groepen in de Census en de Gezondheidsenquête in dezelfde richting. De bestaande verschillen blijven overigens gematigd. Toch verkeren de personen ouder dan 65 jaar en de werkloze personen in de Census in slechtere gezondheid dan in de Gezondheidsenquête. Over het geheel genomen tonen onze analyses dat de meest kwetsbare socio-demografische groepen (bejaarden, alleenstaanden, personen met een diploma lager onderwijs,...) in de Census een slechtere gezondheid hebben dan in de Gezondheidsenquête. Wat de Panelstudie betreft, liggen de resultaten dicht bij die van de Census.



*Figuur 29: Vergelijking van de odds ratio's voor een slechte ervaren gezondheid in de Gezondheidsenquête (HIS 2001) met 95% betrouwbaarheidsinterval en in de Census*

In deze monografie worden meerdere verklaringen aangehaald om deze verschillen uit te leggen. De Census werd in de herfst beantwoord, terwijl de Gezondheidsenquête het hele jaar door werd uitgevoerd. Bepaalde groepen lopen meer risico om niet te antwoorden in de Census (bejaarden) of in de Gezondheidsenquête (lager opgeleide personen). Bovendien zijn de enquêtemethodes verschillend: via de post wat de Census betreft en via een face tot face interview wat de Gezondheidsenquête en de Panelstudie betreft. Tot slot werken de Gezondheidsenquête en de Panelstudie met steekproeven, waardoor ze gevoeliger zijn voor selectiebias en weigering van deelname aan de enquête.

De evaluatie toont aan dat de gezondheidsgegevens van de Census over een goede interne en externe validiteit beschikken. De initiële vrees die bestond in verband met de kwaliteit van de gegevens en in het bijzonder van een hoge non-respons blijkt ongegrond.

## Ervaren gezondheid en lichamelijke beperkingen

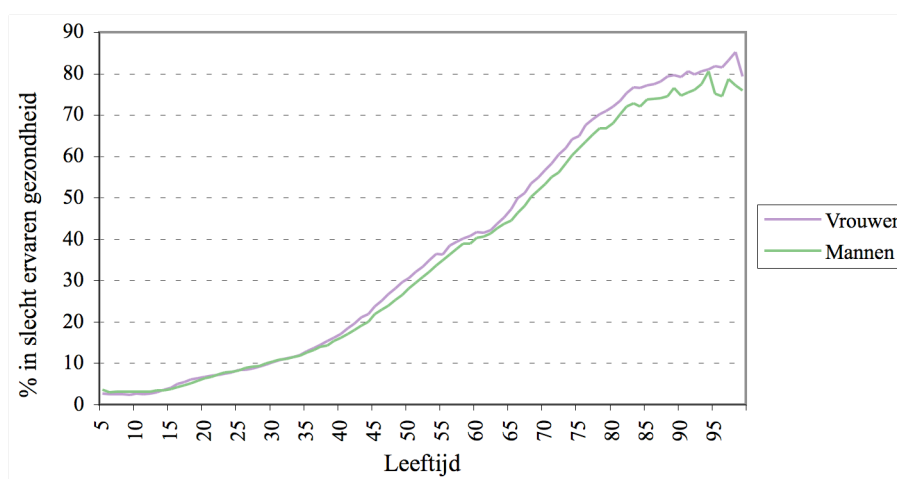
In de loop van één jaar heeft het sterftecijfer slechts betrekking op 1% van de bevolking en betreft het in het merendeel van de gevallen de groep van de (hoog)bejaarden. Daarnaast heeft slechts 20 tot 30% van de bevolking een aandoening. Wanneer een gezondheidsanalyse zich beperkt tot het sterfte- en ziektecijfer wordt bijgevolg het merendeel van de bevolking genegeerd. Vandaar de interesse voor gezondheidsindicatoren die een beeld geven van gezondheid van de volledige bevolking.

Hoofdstuk 3 geeft een gedetailleerd overzicht van de antwoorden op de gezondheidsvragen uit de Census, met name de vragen naar de ervaren gezondheid, de aanwezigheid van chronische aandoeningen, en de hiermee gerelateerde beperkingen en bedlegerigheid.

Er wordt eveneens een samengestelde indicator 'Mate van hulpbehoevendheid door chronische aandoeningen' voorgesteld. Deze wordt berekend op basis van de antwoorden op de vraag naar

aanwezigheid van chronische aandoeningen en de hierop aansluitende vragen naar beperkingen en bedlegerigheid. Ook wordt geïllustreerd welk bijdrage de gezondheidsvragen in de Census kunnen leveren wat betreft de berekening van gezondheidsverwachtingsindicatoren voor België. De gezondheidssituatie, die we observeren aan de hand van deze verschillende indicatoren, blijkt significant samen te hangen met bepaalde persoonskenmerken.

Dat de gezondheidssituatie van een persoon samenhangt met zijn of haar leeftijd is niets nieuw, maar de gegevens van de Census helpen ons deze trend te kwantificeren. Het percentage personen dat in slechte ervaren gezondheid verkeert, stijgt van 33,5% bij de 45-64-jarigen, over 54,0% bij de 65-74-jarigen tot 70,8% bij de 75-plussers. In deze drie leeftijdsgroepen is respectievelijk 4,8%, 7,7% en 14,7% zwaar hulpbehoevend tengevolge van langdurige aandoeningen.



Figuur 30: Procent van de bevolking in slechte ervaren gezondheid, naar leeftijd en geslacht

Naast leeftijd is ook de opleiding van een persoon nauw verbonden met zijn of haar gezondheidssituatie. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, zodat het feit dat oudere cohorten gemiddeld minder lang naar school gingen geen invloed heeft op de vergelijking van de leeftijdsgroepen, bestaat er een duidelijke samenhang tussen opleiding en ervaren gezondheid. Het percentage van de bevolking dat zijn of haar gezondheidstoestand als slecht ervaart stijgt van 15,6% bij de personen met een diploma hoger onderwijs, over respectievelijk 20,8% en 26,9% voor hoger en lager middelbaar onderwijs, tot 34,4% bij personen zonder diploma of een diploma lager onderwijs. Waar, na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, slechts 1,6% van de personen met een diploma hoger onderwijs zwaar beperkt is door een aandoening, bedraagt dit percentage 5,7% voor de personen zonder diploma of met een diploma lager onderwijs.

Een derde persoonskenmerk waarvoor de samenhang met gezondheid werd nagegaan is de positie die een persoon in een huishouden inneemt. De betekenis van een huishoudenspositie hangt sterk samen met leeftijd en geslacht, zo verkeren in de jongere leeftijdscategorie mannen die samenwonen met een gehuwde partner en kinderen in betere gezondheid dan alleenstaande vaders, maar naarmate de leeftijd stijgt zien we dat deze verschillen verdwijnen. Over het algemeen stellen we wel vast dat alleenstaanden en eenoudergezinnen een slechtere gezondheidstoestand rapporteren dan gehuwden en samenwonenden.

De gestandaardiseerde percentages 'slechte ervaren gezondheid' voor het Vlaamse, het Brusselse en het Waalse Gewest bedragen respectievelijk 22,1%, 27,6 en 29,9%. Voor de verschillende gezondheidsindicatoren is de gezondheid van de bevolking in het Waalse Gewest duidelijk minder goed dan in het Vlaamse Gewest. Het Brusselse Gewest bevindt zich in de regel in een middenpositie.

Deze regionale verschillen in gezondheid worden in het laatste hoofdstuk dat specifiek ingaat op de geografische verschillen in detail besproken.

Vrouwen leven langer dan mannen, maar deze langere levensduur bevat een groter aandeel aan jaren in slechte gezondheid. Bij de geboorte kan een vrouw verwachten dat ze 73% van haar leven in goede ervaren gezondheid kan doormaken, 78% van haar leven zal zonder chronische morbiditeit zijn en 81% zonder beperkingen. Bij mannen zijn deze percentages van gezonde jaren respectievelijk 77%, 79% en 83%. De winst in levensjaren die een vrouw heeft bij de geboorte over een man heeft ze positief kunnen verzilveren gezien meer dan 50% van deze jaren gezonde jaren zullen zijn zonder chronische morbiditeit of zonder beperkingen. Op 65 jaar is het aantal nog te leven jaren bij vrouwen nog steeds groter dan bij mannen. Dit verschil in verwachte levensjaren is niet volledig positief voor de vrouw gezien meer dan de helft van deze jaren eerder jaren kunnen zijn met chronische morbiditeit of beperkingen.

In vergelijking met de sinds 1997 uitgevoerde gezondheidsenquêtes levert de Census 2001 substantieel nieuwe, waardevolle informatie wat betreft de kennis over de gezondheid van de Belgische bevolking. Niet alleen wordt de in de Gezondheidsenquête geobserveerde informatie door de Census gevalideerd en bevestigd, maar in plaats van de door Gezondheidsenquête op basis van een steekproef bekomen percentages, kan de Census de gezondheidsproblematiek in België in absolute cijfers situeren.

De Census biedt uitzonderlijk gedetailleerde geografische informatie, waar de Gezondheidsenquête enkel provinciaal en regionaal hanteerbare gegevens kan verstrekken. Dit niveau van detail maakt het mogelijk om op de censusgegevens te steunen voor een lokaal gezondheidsbeleid.

De in de gezondheidsenquêtes geobserveerde socio-economische verschillen in de ervaren gezondheid van de Belgische bevolking worden ook teruggevonden. Deze verschillen zijn bovendien meer uitgesproken in de Census dan in de HIS, hetgeen een aanzet zou kunnen zijn tot meer politieke aandacht voor deze problematiek.

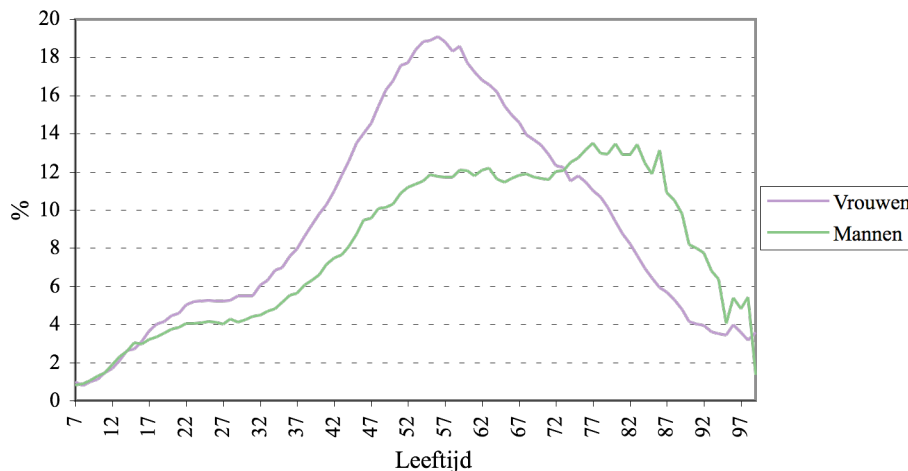
## Informele hulpverlening

De zieke patiënt kan het hoofd bieden aan zijn ziekte door, goed- en kwaadschiks, meerdere strategieën te combineren. Hij of zij kan zich bij de symptomen neerleggen, kan voor zichzelf zorgen, kan hulp vragen aan zijn naaste omgeving of kan, tot slot, een gezondheidswerker om hulp verzoeken (Amstrong). De gekozen oplossing zal afhangen van de ernst van de ziekte en de hulpmiddelen die hij of zij ter beschikking heeft (Amstrong). Onderzoek over de toevlucht tot hulp besteedt vooral aandacht aan het gebruik van professionele verzorging zowel intra- als extramuraal. Uit de huidige onderzoeksresultaten blijkt echter dat aandacht voor de eerste hulpverlener, een persoon uit de onmiddellijke omgeving die in de regel geen professionele gezondheidswerker is, beperkt blijft. De bedoeling van hoofdstuk 4 is dan ook om zowel de reikwijdte, de factoren en de gevolgen van deze informele hulpverlening te beschrijven.

Wie zijn deze mantelzorgers? In België verleent nagenoeg één persoon op 10 informele hulp (9,4%). Deze ondersteuning is niet evenredig verdeeld over de bevolking. Ze komt vaker voor bij personen ouder dan 45 jaar en bij vrouwen. Dit verschil in geslacht hangt van de leeftijd af (figuur 31). Tot de leeftijd van 74 jaar verlenen meer vrouwen dan mannen hulp. Het verschil tussen mannen en vrouwen wordt groter en bereikt zijn maximum op 56 jaar. Op deze leeftijd verleent namelijk 19% van de



vrouwen informele hulp, tegenover 12% van de mannen. Vanaf 75 jaar keert deze tendens om: het aandeel mannen dat hulp verleent, wordt groter dan dat van de vrouwen. De omkering van deze tendens in de hulpverlening heeft verschillende oorzaken. Door hun lage mortaliteit moet een groot aantal oudere vrouwen immers niet langer zorg verstrekken omdat ze hun echtgenoot en hun ouders hebben verloren. Bijgevolg daalt de “vraag” naar informele hulp. Het is daarentegen waarschijnlijk dat mannen ouder dan 74 jaar die nog met hun echtgenote leven haar moeten helpen of verzorgen.



*Figuur 31: Percentage informele hulpverleners volgens leeftijd en geslacht*

Andere socio-demografische kenmerken kunnen eveneens met het verlenen van informele hulp in verband worden gebracht. Informele hulpverlening komt vaker voor bij getrouwde koppels zonder kinderen (13%) en bij ouders in een éénoudergezin (11%). De informele hulpverlening verschilt weinig naargelang het opleidingsniveau. Er manifesteren zich echter wél verschillen wanneer we een analyse volgens het opleidingsniveau per leeftijdsniveau uitvoeren (de oudere personen zijn lager opgeleid en verlenen meer hulp). Bij gelijke leeftijd zijn de personen met een diploma lager onderwijs minder geneigd om hulp te verlenen dan degenen met een diploma hoger onderwijs (OR=0,71). Ceteris paribus verhoogt het opleidingsniveau de kans om informele hulp te verlenen. Het percentage personen dat in Vlaanderen, Wallonië en Brussel hulp verleent, ligt dicht bij elkaar. Wanneer men echter rekening houdt met de socio-economische samenstelling van de regio's, dan hebben Brusselaars en Walen respectievelijk 15% en 21% meer kans om informele hulp te verlenen in vergelijking met de inwoners van Vlaanderen. Dit is bijzonder interessant in het kader van het huidige debat over de zorgverzekering. De hulpverlening is een opportunitetskost ten opzichte van de arbeidsmarkt. De informele hulpverlening belast bijna 8% van de personen met een baan, tegenover 11% van de werklozen. Bij gelijke omstandigheden (in het bijzonder naar leeftijd), hebben de werklozen 43% meer kans om informele hulp te verlenen in vergelijking met werkende personen.

Wie zijn de personen die worden geholpen? De verleende hulp gaat hoofdzakelijk naar de familieleden binnen het huishouden (39%) of buiten het huishouden (49%). Vrouwen houden zich meer bezig met hulpverlening buiten het huishouden dan mannen.

Welke omvang heeft deze verleende informele hulpverlening? Van de 684.369 personen die hulp verlenen, doet 51% dit minstens één keer per week, 29% minder dan 2 uur per dag en 20% meer dan 2 uur per dag. Het verlenen van informele hulp raakt bijgevolg een groot aantal personen. Personen ouder dan 75 jaar hebben drie keer meer kans om intensieve hulp (meer dan 2 uur per dag) te verlenen. Bij gelijke omstandigheden hebben werklozen, laaggeschoolde individuen en kinderen in een eenoudergezin twee keer meer kans om intensieve hulp te verlenen. De regionale gradiënt keert zich

om: Brusselaars en Walen hebben respectievelijk 26% en 31% minder kans om meer dan 2 uur per dag hulp te verlenen dan Vlamingen.

Wat zijn de gevolgen voor de hulpverleners? We hebben de impact van de hulpverlening op de gezondheid van de verzorgers geanalyseerd. We dienen echter te vermelden dat het verlenen van informele hulp ook op andere gebieden gevolgen voor de verzorger met zich meebrengt. Zo kunnen informele hulpverleners genoodzaakt zijn om minder te gaan werken, waardoor ze een inkomensverlies kunnen lijden. We hebben vastgesteld dat het percentage personen met een slechte ervaren gezondheid hoger ligt bij informele hulpverleners dan bij personen die geen hulp verlenen. De informele hulpverlening hangt samen met een stijging van 27% van de slechte gezondheidstoestand bij de vrouwen en van 63% bij de mannen. De gezondheid van de verzorgers gaat achteruit met het aantal uren verleende hulp: ceteris paribus, hebben de informele hulpverleners die meer dan 4 uur per dag zorg verstrekken 45% meer kans op een slechte gezondheid in verhouding tot degenen die minstens één keer per week zorg verstrekken.

Onze resultaten zijn bijzonder interessant in de huidige context waar, door de vergrijzing van de bevolking, de vraag naar formele en informele zorgen alleen maar zal toenemen. Naast deze toenemende vraag naar zorg zijn er bovendien verschillende factoren die een daling van het aanbod van informele hulpverlening kunnen veroorzaken. Zo kunnen de sterke toename van het aantal vrouwen op de arbeidsmarkt, het lage geboortecijfer, de toename van het aantal alleenstaanden en de opkomst van nieuwe gezinsstructuren een daling van het aanbod informele hulpverlening met zich meebrengen.

Een gezondheidsbeleid moet dus rekening houden met de gevolgen van de hulpverlening voor de zorgverleners. Naast de financiële steun moeten ook de andere behoeften van de informele hulpverlener erkend worden. Deze ondersteuning omvat naast de mogelijkheid om op bepaalde tijdstippen afwezig te zijn als verzorger, ook psychosociale hulp en toegang tot gesubsidieerde diensten zoals een huishoudhulp (Leroy en Neiryck). Bovendien moet men rekening houden met de behoeften van informele hulpverleners die op de arbeidsmarkt actief zijn. Zo zijn er beleidsinitiatieven nodig die flexibele werkuren en (betaald of onbetaald) verlof mogelijk maken, zodat de verantwoordelijkheden van de werknemer en de informele verzorger beter met elkaar kunnen worden verzoend. We stellen vast dat de hulp voor de informele zorgverleners ontoereikend blijft in de Europese Unie. Nochtans is de erkenning van de rol van deze mantelzorg bij het verzorgen van bejaarden en chronisch zieken de eerste stap naar beleidslijnen die de levenskwaliteit van de verzorgers kunnen verbeteren.

## Geografische verschillen in gezondheid

De noord-zuid opdeling in gerapporteerde gezondheid is het meest opvallende resultaat van de cartografische analyse. Dit is niet verwonderlijk: zowel de mortaliteitscijfers als de gezondheidsconsumptie van de afgelopen jaren wijzen in een zelfde richting. De bevolking van Wallonië en Brussel voelt zich aanzienlijk minder gezond dan in Vlaanderen. De relatie met de socio-economische situatie van de verschillende gewesten is in dit opzicht een belangrijke verklarende factor. Toch volgt die ongelijke verdeling in gezondheid niet volledig de gewestgrenzen. De afwijkingen kunnen op de eerste plaats verklaard worden door verschillen in het globale socio-economische statuut van de betreffende subregio. Zo blijkt Waals-Brabant bijvoorbeeld eerder aansluiting te vinden bij Vlaanderen.

De analyse van de gezondheid op een lager ruimtelijk niveau (buurten of statistische sectoren) wijst op aanzienlijke verschillen binnen een aantal gemeenten en vooral binnen de grootstedelijke agglomeraties. Die grote ongelijkheid op buurtniveau vinden we zowel in Brussel, in Vlaanderen als in Wallonië terug. Het aantal buurten met zeer negatieve waarden is wel aanzienlijk beperkter binnen de Vlaamse steden. Controle voor socio-economische factoren toont aan dat binnen de gemeenten de gezondheidsverschillen vrijwel integraal door socio-economische factoren worden verklaard. Dit geldt niet op regionaal vlak. Op het niveau van grotere regionale entiteiten spelen vermoedelijk ook elementen mee van cultuur en leefstijl die onafhankelijk van de socio-economische factoren ageren.

Ten dele zijn negatieve gezondheidsindicatoren op buurtniveau wellicht terug te voeren tot negatieve omgevingseffecten. Hierbij kan zowel gedacht worden aan materiële factoren (huisvesting), aan milieufactoren (lawaaihinder, uitstoot van gevaarlijke stoffen,...) als aan factoren van sociale cohesie.

De belangrijkste verklaring voor de verschillen tussen de buurten ligt echter in de woonsegregatie naar socio-economische status. Het inkomen vormt een filter voor de verschillende woningmarktsegmenten. De kaart van de gezondheid per buurt weerspiegelt in het algemeen niet zozeer ongezonde buurtkenmerken, maar wel een concentratie van een bevolking die vanuit haar socio-economisch statuut de meeste gezondheidsrisico's cumuleert. In een aantal grootsteden kan bovenop de inkomenskloof ook nog een etnische concentratie worden vastgesteld met soms een bijkomende impact op de ervaren gezondheid.

De gezondheid op buurtniveau is het resultaat van die verschillende factoren en het is bijzonder moeilijk om uit te maken wat de bijdrage is van de compositie-effecten en van omgevingseffecten. Het is zonder meer duidelijk dat bij de achtergestelde buurten buurtrenovatie en -sanering ook de gezondheid ten goede zullen komen. De aanpak van de gezondheidsproblematiek op buurtniveau kan echter alleen effectief zijn als onderdeel van een globale aanpak van de factoren van achterstelling.

Verder onderzoek is aangewezen om uit te maken of een aantal effecten op buurtniveau bijkomend kan worden verklaard door specifieke milieuproblemen. In het verleden kon een dergelijk probleem worden waargenomen in woonbuurten die dicht bij fabrieken zijn gelegen (bv. Metallurgie Hoboken). Zorgvuldige analyse van de huidige gegevens zou mee kunnen helpen om een aantal puntvervuilingen beter te plaatsen.

De geografische verschillen in gezondheid zijn dermate belangrijk dat het gezondheidsbeleid hier terdege rekening mee moet houden. Op regionaal vlak baart vooral de situatie in Wallonië en Brussel zorgen. Een deel van deze ongelijkheid zal alleen kunnen verdwijnen indien de sociale en economische positie van de gewesten naar elkaar toe groeien. Parallel met meer algemene maatregelen op sociaal-economisch gebied kan echter ook gedacht worden aan gerichte gezondheids campagnes in de regio's met het grootste gezondheidsdeficit.

Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest herbergt zeer grote interne gezondheidsverschillen. Ze zijn een weerspiegeling van de grote socio-economische ongelijkheid binnen het gewest die zich ook vertaalt in het woonpatroon. In de mate dat de achtergestelde buurten ook deze zijn met een zeer jonge bevolkingssamenstelling kan in de toekomst een relatieve verslechtering van de gezondheidssituatie in Brussel worden verwacht. De gezondheidstoestand in de achtergestelde buurten met veel migranten is slechts één van de vele indicatoren die wijzen op de noodzaak om deze ongelijkheid grondig aan te pakken.

Maar de ruimtelijke verschillen leren ons dat er in alle gewesten nog een enorme taak staat te wachten in het wegwerken van gezondheidsverschillen.

Een meer hoopvolle boodschap is echter dat de beste gezondheidsresultaten naar buurt of gemeente ook wijzen op het potentieel dat nog kan worden gerealiseerd binnen de huidige stand van de wetenschap en van de gezondheidszorg. Het is duidelijk dat er nog een aanzienlijke ruimte bestaat om een betere gezondheid tot stand te brengen voor de gehele bevolking. Zorgvuldige analyse van de huidige gegevens zou mee kunnen helpen om een aantal puntvervuilingen beter te plaatsen.

De geografische verschillen in gezondheid zijn dermate belangrijk dat het gezondheidsbeleid hier terdege rekening mee moet houden. Op regionaal vlak baart vooral de situatie in Wallonië en Brussel zorgen. Een deel van deze ongelijkheid zal alleen kunnen verdwijnen indien de sociale en economische positie van de gewesten naar elkaar toe groeit. Parallel met meer algemene maatregelen op sociaal-economisch gebied kan echter ook gedacht worden aan gerichte gezondheids campagnes in de regio's met het grootste gezondheidsdeficit.

Vooraf het Brussels Hoofdstedelijk Gewest herbergt zeer grote interne gezondheidsverschillen. Ze zijn een weerspiegeling van de grote socio-economische ongelijkheid binnen het gewest die zich ook vertaalt in het woonpatroon. In de mate dat de achtergestelde buurten ook deze zijn met een zeer jonge bevolkingssamenstelling kan in de toekomst een relatieve verslechtering van de gezondheidssituatie in Brussel worden verwacht. De gezondheidstoestand in de achtergestelde buurten met veel migranten is slechts één van de vele indicatoren die wijzen op de noodzaak om deze ongelijkheid grondig aan te pakken.

Maar de ruimtelijke verschillen leren ons dat er in alle gewesten nog een belangrijke taak staat te wachten in het wegwerken van gezondheidsverschillen, ook binnen het gewest.

Een meer hoopvolle boodschap is echter dat de beste gezondheidsresultaten naar buurt of gemeente ook wijzen op het potentieel dat nog kan worden gerealiseerd binnen de huidige stand van de wetenschap en van de gezondheidszorg. Het is duidelijk dat er nog een aanzienlijke ruimte bestaat om een betere gezondheid tot stand te brengen voor de gehele bevolking.

## Bibliografie

ALTER G., BOURDELAIS P., DEMONET M., ORIS M. (1991): "Mortalité et migration dans les villes industrielles au XIXe siècle: exemples belges et français", *Annales de Démographie Historique*, 2: 31-62.

AMSTRONG D. (1994): "*Outline of Sociology as Applied to Medicine*", London: Oxford University Press.

ANDRE R., PEREIRA ROQUE J. (1978): "*Analyse démographique de la mortalité en Belgique, Etude régionale, Demografische analyse van de mortaliteit in België, Regionale studie*", Brussel: Programmatie van het Wetenschapsbeleid - Programmation de la Politique scientifique.

APPELS A., BOSMA H., GRABAUSKAS V., GOSTAUTAS A., STURMANS F. (1996): "Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population", *Social Science & Medicine*, 42, 5: 681-690.

BARTLEY M., FERRIE J., MONTGOMERY S.M. (1999): "Living in a high-employment economy: understanding the health consequences", in Marmot M., Wilkinson R. (eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press.

BAUMGARTEN M., BATTISTA R.N., INFANTERIVARD C., HANLEY J. (1992): "The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia", *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1: 61-70.

BECK M., VANROELEN C., LOUCKX F. (2002): "*Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*", Brussel: VUBPRESS.

BERLIN J.A., COLDITZ G.A. (1990): "A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease", *American journal of epidemiology*, 132: 612-628.

BLAIR S.N., KOHL H.W., PAFFENBARGER R.S., CLARK D.G., COOPER K.H., GIBBONS L.W. (1989): "Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women". *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 262: 2395-2401.

BLANE D., WHITE I., MORRIS J. (1996): "Education, social circumstances and mortality", in Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (eds.), *Health and social organisation. Towards a health policy for the 21st century*, London: Routledge, 171-191.

BOSSUYT N., VAN OYEN H. (2000): "*Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradient in België*", Brussel: Scientific Institute of Public Health, Unit Epidemiology.

BOSSUYT N., GADEYNE S., DEBOOSERE P., VAN OYEN H. (2004): "Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium", *Public Health*, 118, 1: 3-10.

BRESSE S., DUTHEIL N. (2004): "L'évolution sur deux ans de l'aide dispensée aux personnes âgées de 60 ans et plus", *Etudes et Résultats, Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 346, octobre 2004.

BREUIL-GENIER P. (1998): "Aides aux personnes âgées dépendantes: la famille intervient plus que les professionnels", *Economie et Statistique*, 316-317.

BROUWER W.B.F., VAN EXEL N.J., VAN DE BERG B., DINANT H.J., KOOPMANSCHAP M.A., VAN DEN BOS G.A.M. (2004): "Burden of caregiving: Evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis", *Arthritis & Rheumatism-Arthritis Care & Research*, 51, 4: 570-577.

- BURNETT J. (1991): "Housing and the decline of mortality", in Schofield R., Reher D., Bideau A. (eds), *The decline of mortality in Europe*, Oxford: Clarendon Press, 158-176.
- BURTON L.C., ZDANIUK B., SCHLUZ R., JACKSON S., HIRSCH C. (2003): "Transitions in Spousal Caregiving", *The Gerontologist*, 43, 2:230-241.
- CANNUSCIO C., COLDITZ G., RIMM E., BERKMAN L., JONES C., KAWACHI I. (2004): "Employment status, social ties and caregivers' mental health", *Social Science and Medicine*, 58, 7: 1247-1256.
- CAREY J.R., TULJAPURKAR S. (eds.) (2003): "*Life span: evolutionary, ecological, and demographic perspectives*", New York: Population Council.
- CARSTAIRS V., MORRIS R. (1989): "Deprivation explaining differences in mortality between Scotland, England and Wales", *British Medical Journal*, 299: 886-889.
- CASELLI G., MESLE F., VALLIN J. (1999): "Le triomphe de la médecine", in Bardet J.-P., Dupâquier J. (eds.), *Histoire de la Population Européenne*, Paris: Arthème Fayard, 125-181.
- CHEAL D. (2000): "Aging and Demographic Change", *Canadian Public Policy*, 26, 2: 109-122.
- CHLEPNER, B.-S. (1972): "*Cent ans d'histoire sociale en Belgique*", Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- COLICIS O., DEBUISSON M., DUSSART L., MAINGUET C., VANDEN DOOREN L., VANDER STRICHT V. (2004): "*Les communes les plus défavorisées sur le plan socio-économique en Wallonie*", Namur: IWEPS.
- COUCH K.A., DALY M.C., WOLF D.A. (1999): "Time? Money? Both? The Allocation of Resources to Older Parents", *Demography*, 36, 2: 219-232.
- COUPLAND C., WOOD D., COOPER C. (1993): "Physical Inactivity Is an Independent Risk Factor for Hip Fracture in the Elderly", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 6: 441-443.
- DAATLAND S.O. (1996): "Adapting the Scandinavian Model of care for elderly people" in Hennessy P. (ed.), *Caring for frail Elderly People: Policies in Evolution*, Paris: OECD Social Policy Studies, 19: 247-260.
- DALY M., LEWIS J. (2001): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51, 2: 281-298.
- DALY M. (2002): "Care as Good for Social Policy", *Journal of Social Policy*, 31, 2: 251-270.
- DEBOOSERE P., GADEYNE S. (1999): "*De Nationale Databank Mortaliteit. Aanmaak van een databank voor onderzoek van differentiële sterfte naar socio-economische status en leefvorm*", Vrije Universiteit Brussel, Steunpunt Demografie, Vakgroep Sociaal Onderzoek, Working Paper 1999-7.
- DEBOOSERE P., DEMARETS S., LORANT V., MIERMANS P.-J., VAN OYEN H. (in voorbereiding): "*Self-assessed health in the Brussels Capital Region*".
- DE BRUIN A., PICAVET H.S., NOSIKOV A. (1996): "Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments", *WHO regional publications. European series*, 58: 1-161.
- DEBUISSON M. (2001): "The decline of infant mortality in the Belgian districts at the turn of the 20<sup>th</sup> century", *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, XXXI, 3-4: 497-527.

- DENTON M. (1997): "The linkages between informal and formal care of the elderly", *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne du Vieillissement*, 16, 1: 30-50.
- DEVOS I. (2006): "*Allemaal beestjes. Mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen*", Gent: Academia Press.
- DORAN T., DREVER F, WHITEHEAD M. (2003): "Health of young and elderly informal carers: analysis of UK census data", *British Medical Journal*, 327, 7428: 1388.
- DORAN T., DREVER F, WHITEHEAD M. (2004): "Is there a north-south divide in social class inequalities in health in Great-Britain? Cross sectional study using data from the 2001 census", *British Medical Journal*, 328: 1043-1045.
- DUNNE M.P., MARTIN N.G., BAILEY J.M., HEATH A.C., BUCHOLZ K.K., MADDEN P.A., STATHAM D.J. (1997): "Participation bias in a sexuality survey - psychological and behavioural characteristics of responders and non-responders", *International journal of epidemiology*, 26: 844-854.
- EGGERICKX T., DEBUISSON M. (1990): "La surmortalité urbaine: le cas de la Wallonie et de Bruxelles à la fin du XIXe siècle (1889-1892)", *Annales de Démographie Historique*, 23-41.
- EGGERICKX T., POULAIN M. (1996): "De la variabilité des paramètres démographiques pour les petites populations", *Espace, Populations et Sociétés*, 1: 93-102.
- EGGERICKX T. (2004): "*La dynamique démographique et la transition de la fécondité dans le bassin industriel de la région de Charleroi, de 1831 à 1910*", Bruxelles: Académie royale de Belgique.
- EGIDI V., FROVA L. (2002): "Relations entre morbidité et mortalité par cause», in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 145-164.
- ELLIOTT P., WAKEFIELD J.C., BEST N.G., BRIGGS D.J. (eds.) (2000): "*Spatial Epidemiology, Methods and Applications*", Oxford: University Press.
- ESCOBEDO A., PFAU-EFFINGER B., SLEZAK E., STITZ U. (2004): "Review of Literature on Formal and Informal Work in Europe", in PFAU-EFFINGER B. (ed.), *The concept of informal work*, Discussion Paper no. 2 within the Discussion Paper Series of the 5th EU Framework Research Project "Formal and Informal Work in Europe (FIWE) – A comparative analyses of their changing relationship and their impact on social integration", Hamburg, University of Hamburg.
- ETTNER S.L. (1995): "The Impact of "Parent Care" on Female Labor Supply Decisions", *Demography*, 32, 1:63-80.
- ETTNER S.L. (1996): "The opportunity costs of elder care", *Journal of Human Resources*, 31, 1:189-205.
- EUROPEAN COMMISSION (2001): "*SOCCARE - New kinds of Families, New kinds of Social Care: Shaping multidimensional European policies for formal and informal care*".
- EWING J.A. (1984): "Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire", *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 252, 14: 1905-1907.
- FELD S., DUNKLE R., SCHROEPFER T. (2004): "Race/Ethnicity and Marital Status in IADL Caregiver Networks", *Research on Aging*, 26, 5: 531-558.
- FOGEL R.W. (1997): "New findings on secular trends in nutrition and mortality: Some implications for population theory", in Rozenzweig M.R., Stark O. (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, Amsterdam: Elsevier, 434-481.

- GADEYNE S., DEBOOSERE P. (2002): “*Socio-economische ongelijkheid in sterfte op middelbare leeftijd in België. Een analyse van de Nationale Databank Mortaliteit*”, Brussel: Statistics Belgium.
- GIRELA E., VILLANUEVA E., HERNANDEZ-CUETO C. LUNA J. (1994): “Comparison of the CAGE questionnaire versus some biochemical markers in the diagnosis of alcoholism”, *Alcohol & Alcoholism*, 29, 3: 337-343.
- GISELE L., BUZIARSIST J., VAN DER HEYDEN J., DEMAREST S., MIERMANS P.J., SARTOR F. *et al.* (2002): “*Livre2: Etat de santé. Enquête de Santé par Interview*”, IPH/REPORTS: Institut Scientifique de la santé publique.
- GRAMMENOS S. (2003): “*Feasibility Study - Comparable statistics in the area of care of dependent adults in the European Union*”, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, Working Paper and Studies.
- GRANT M.D., PIOTROWSKI Z.H., CHAPPELL R. (1995): “Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984-1986”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 3: 375-387.
- HAYNES R., GALE S. (1999): “Mortality, long-term illness and deprivation in rural and metropolitan wards of England and Wales”, *Health & Place*, 5, 4: 301-312.
- HEIN H.O., SUADICANI P., GYNTELBERG F. (1992): “Physical Fitness or Physical Activity as a Predictor of Ischaemic Heart Disease? - A 17-Year Follow-Up in the Copenhagen Male Study”, *Journal of Internal Medicine*, 232: 471-479.
- HIEDEMANN B., STEVEN S. (1999): “Strategic play among family members when making long-term care decisions”, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 40: 29-57.
- HILL A., ROBERTS J., EWINGS P. (1997): “Non-response bias in a lifestyle survey”, *Journal of Public Health Medicine*, 19, 2: 203-207.
- HOOK J.L. (2004): “Reconsidering the division of household labor: Incorporating volunteer work and informal support”, *Journal of Marriage and the Family*, 66, 1: 101-117.
- HORIUCHI S. (1999): “Epidemiological transitions in human history”, in Chamie J., Cliquet R.L. (eds.), *Health and Mortality Issues of Global Concern*, Proceedings of the symposium on health and mortality, Brussels, 19-22 November 1997, Brussels/New York: CBGS/UN Department of Economic and Social Affairs.
- HOU F., MYLES J. (2005): “Neighbourhood inequality, neighbourhood affluence and population health”, *Social Science & Medicine*, 60, 7: 1557-1569.
- HUISMAN M., KUNST A.E., BOPP M., BORGAN J.K., BORRELL C., COSTA G., DEBOOSERE P., GADEYNE S., GLICKMAN M., MARINACCI C., MINDER C., REGIDOR E., VALKONEN T., MACKENBACH JP. (2005): “Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations”, *The Lancet*, 365, 9458: 493-500.
- HUMBLET P.C., LAGASSE R., MOENS G.F.G., VAN DE VOORDE H., WOLLAST E. (1986): “*Atlas de la mortalité évitable en Belgique (1974-1978) Atlas van de vermijdbare sterfte in België*”, Bruxelles, Leuven: ULB, KUL.
- IDLER E.L., KASL S. (1991): “Health perception and survival: do global evaluations of health status really predict mortality?”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, 2: 55-65.
- IDLER E.L., BENYAMINI Y. (1997): “Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies”, *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 1: 21-37.



- JACOBS T., LODEWIJCKX E. (eds.) (2004): “*Zicht op zorg. Studie van de Mantelzorg in Vlaanderen in 2003*”, Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie (CBGS), Werkdocument 2004/11.
- JACOBS T., MARYNISSEN R. (2004): “Panelstudie van Belgische huishoudens: Methodebericht”.
- JANSSEN V., VRANCKX A. (1990): “*Les Buts de la Santé Pour Tous*”, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement.
- KANNISTO V. (1994): “*Development of Oldest-Old Mortality, 1950-1990: Evidence from 28 Developed Countries*”, Odense: Odense University Press.
- KESTELOOT C., VANDENBROECKE H., VAN DER HAEGEN H., VANNESTE D., VAN HECKE E. (1996): “*Atlas van achtergestelde buurten in Vlaanderen en Brussel*”, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- KESTELOOT C., VANDERMOTTEN C., DE TURCK A., MARISSAL P., VAN HAMME G. (2001): “*Sociale structuren en buurten in moeilijkheden in de Belgische stadsgewesten*”, Leuven: KUL.
- KITTEL F., LEYNEN F., STAM M., DRAMAIX M., DE SMET P., MAK R., DE BACKER G., KORNIETZ M. (2002): “Job conditions and fibrinogen in 14226 Belgian workers. The Belstress study”, *European Heart Journal*, 23, 23: 1841-1848.
- KOPLAN J.P., CASPERSEN C.J., POWELL K.E. (1989): “Physical activity, physical fitness, and health: time to act”, *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 262, 17: 2437.
- KUH D., BEN-SHLOMO Y. (1997): “*A life approach course to chronic disease epidemiology*”, Oxford: Oxford University Press.
- LAASMAN J.-M. (1999): “*Le point sur l'assurance “dépendance” en Belgique*”, Union nationale des mutualités socialistes, Direction Générale Etudes, Développement et information, Note d'information et de documentation 1.
- LAGASSE R., HUMBLET P.C., HOOFT P., VAN DE VOORDE H., WOLLAST E. (1992): “Atlas of Avoidable Mortality in Belgium 1980-1984”, *Archives of Public Health*, 50: 1-97.
- LAHAUT V., JANSEN H., VAN DE MHEEN D. (1997): “Non-response bias in a sample survey on alcohol consumption”, *Alcohol & Alcoholism*, 37, 3: 256-260.
- LAMB K.L., BRODIE D.A. (1991): “Leisure-time physical activity as an estimate of physical fitness: a validation study”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 44: 41-52.
- LEROY X., NEIRYNCK I. (2003): “Etude relative à la mise en oeuvre de mécanismes d'aides en faveur des personnes en pertes d'autonomie”.
- LEVEQUE A., HUMBLET P., LAGASSE R. (1999): “Atlas de la mortalité évitable 1985-1989”, *Archives of Public Health*, 57, 1: 1-87.
- MACINTYRE S. (1997): “The Black report and beyond: what are the issues?”, *Social Science & Medicine*, 44, 6: 723-745.
- MACKENBACH J.P. (1988): “Een toename van sociale ongelijkheid voor de dood?”, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66: 321-324.
- MACKENBACH J.P. (1991): “*Socio-economic health differences*”, Den Haag: Ministerie WVC.

- MACKENBACH J.P. (1995): "Sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland: een overzicht van recente empirische bevindingen", in Raes V., Kerkhofs E., Louckx F. (eds.), *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*, Brussels: VUBPRESS, 27-58.
- MACKENBACH J.P., KUNST A.E., CAVELAARS A.E.J.M., GROENHOF F., GEURTS J.J.M., EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997): "Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe: a comparative study", *The Lancet*, 349: 1655-1659.
- MACKENBACH J., BAKKER M. (eds.) (2002): "*Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*", London: Routledge.
- MANTON K.G., STALLARD E., CORDER L. (1997): "Changes in the age dependency of mortality and disability: cohort and other determinants", *Demography*, 34, 1: 135-157.
- MARKS N.F. (1998): "Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being", *Journal of Marriage and the Family*, 60, 4: 951-966.
- MARMOT M.G., DAVEY-SMITH G., STANSFELD S., PATEL C., NORTH F., HEAD J., WHITE I., BRUNNER E., FEENEY A. (1991): "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study", *The Lancet*, 337: 1387-1393.
- MCCALLUM J., SHADBOLT B., WANG D. (1994): "Self-rated health and survival: A 7-year follow-up study of Australian elderly", *American Journal of Public Health*, 1984: 1100-1105.
- MCKEOWN T. (1976): "*The modern rise of population*", London: Edward Arnold Ltd.
- MELLOR J. (2001): "Long-term care and nursing home coverage: are adult children substitutes for insurance policies", *Journal of Health Economics*, 20: 527-547.
- MÉRENNE B., VAN DER HAEGEN H., VAN HECKE E. (eds.) (1997): "*België ruimtelijk doorgelicht, Een censusatlas opgesteld in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden met medewerking van het Gemeentekrediet van België*", Brussel: Gemeentekrediet.
- MESTDAGH J., LAMBRECHT M. (2003): "*The AGIR project: Ageing, Health and Retirement in Europe*", Brussels, Federal Planning Bureau, Working paper.
- MICHELSON W., TEPPERMAN L. (2003): "Focus on Home: What Time-Use data can tell about Caregiving to Adults", *Journal of Social Issues*, 59, 3: 591-610.
- MIERMANS P.J., VAN OYEN H. (2002): "*Gezondheidsrapport: een verkenning van de gezondheidssituatie in België aan de hand van sterftecijfers en gezondheidsverwachtingscijfers*", Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie.
- MILLIGAN C. (2003): "Location or dis-location? Towards a conceptualization of people and place in the care-giving experience", *Social & Cultural Geography*, 4, 4: 455-470.
- MITCHELL R., GLEAVE S., BARTLEY M., WIGGINS R.D., JOSHI H. (2000): "Do attitude and area influence health? A multilevel approach to health inequalities", *Health & Place*, 6: 67-79.
- MOLLA M.T., WAGENER D.K., MADANS J.H. (2001): Summary measures of population health: Methods for calculating Healthy Life Expectancy. 1921.
- MOSSEY J.M., SHAPIRO E. (1982): "Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly", *American Journal of Public Health*, 1972: 800-808.

- MURRAY C.J.L. (1996): "Rethinking Dalys", In: Murray C.J., Lopez A.D. (eds), *The global burden of disease*, Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.
- NIS, FOD Economie – Algemene Directie Statistiek, *Loop van de Bevolking*, jaargangen 1970 tot 2005.
- NOLTE E., MCKEE M., GILMORE A. (2005): "Morbidity and mortality in the transition countries of Europe", in Macura M., MacDonald A., Haug W. (eds.), *The New Demographic Regime, Population Challenges and Policy Response*, Geneva: United Nations Economic Commission for Europe, 153-198.
- NUSSELDER W. (1998): "*Compression or expansion of morbidity? A life-table approach*", Amsterdam: Thesis Publishers.
- OLSHANSKY S.J., AULT A.B. (1986): "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64(3): 355-391.
- OLSHANSKY S.J., CARNES A., CASSEL C. (1990): "In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity", *Science*, 250: 634-640.
- OMRAN A.R. (1971): "The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4): 509-538.
- PATE R.R., PRATT M., BLAIR S.N., HASKELL W.L., MACERA C.A., BOUCHARD C., BUCHNER D., ETTINGER W., HEATH G.W., KING A.C., KRISKA A., LEON A.S., MARCUS B.H., MORRIS J., PAFFENBARGER R.S., PATRICK K., POLLOCK M.L., RIPPE J.M., SALLIS J., WILMORE J.H. (1995): "Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine", *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 273: 402-407.
- PETO R., LOPEZ A.D., BOREHAM J., THUN M., HEATH J.C. (1992): "Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics", *The Lancet*, May 23 339: 1268-1278.
- PEZZIN L.E., KEMPER P., RESCHOVSKY J. (1996): "Does publicly provided home care substitute for family care? Experimental evidence with endogenous living arrangements", *Journal of Human Resources*, 31(3): 650-676.
- PFAU-EFFINGER B. (2004): "The concept of informal work", in PFAU-EFFINGER B (ed.). *Formal and Informal Work in Europe*, FIWE- Research project in the 5th EU framework-programme, Hamburg. Formal and Informal Work in Europe.
- POPPEL F.W.A.V., VEYS D. (1987): "De ontwikkeling van de sterfte in Nederland en België", *Mens en Maatschappij*, 2: 131-152.
- RILEY J.C. (1987): "*The eighteenth-century campaign to avoid disease*", Basingstoke: Macmillan.
- ROBINE J.M., ROMIEU I., CAMBOIS E. (1999): "Health expectancy indicators", *Bulletin of the World Health Organization*, 1977: 181-185.
- RUGER J.P. (2004): "Health and social justice", *The Lancet*, 364(9439): 1075-1080.
- RUPP I., TRIEMSTRA M., BOSHIJZEN H.C. (2002): "Selection bias due to non-response in a health survey among patients with rheumatoid arthritis", *European Journal of Public Health*, 1912: 131-135.
- SADANA R., MATHERS C., LOPEZ A., MURRAY C., IBURG K. (2002): "Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status", in Murray C., Salomon J., Mathers C., Lopez A.D. (eds.), *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, Geneva: World Health Organization, 369-386.

- SANTOW G. (1999): "The Mortality, Epidemiological and Health transitions: their relevance for the study of health and mortality", in Chamie J., Cliquet R.L. (eds.), *Health and Mortality Issues of Global Concern. Proceedings of the symposium health and mortality*, Brussels: United Nations.
- SCHULZ R., BEACH S.R. (1993): "Caregiving as a risk factor of Mortality", *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 282, 23: 2215-2219.
- SHAW M., ORFORD S., BRIMBLECOMBE N., DORLING D. (2000): "Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European countries in the early 1990s", *Social Science & Medicine*, 50,7-8: 1047-1058.
- SHERMAN C.B. (1991): "Health effects of cigarette smoking", *Clinics in Chest Medicine*, 1912: 643-658.
- SHKOLNIKOV, V.M. ET AL., (1998): "Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994", *Social Science and Medicine*, 47(3): 357-369.
- SPILLMAN B., PEZZIN L. (2000): "Potential and active Family Caregivers: Changing Networks and the "Sandwich Generation"", *The Milbank Quarterly*, 78, 3: 347-374.
- STATISTICS CANADA (2003): "*Unpaid Work, Statistics Canada 2001 Census Technical Report*".
- STATISTICS NEW ZEALAND (2005) "*2001 Census of Population and Dwellings*", Wellington, New Zealand, Statistics New Zealand.
- SZRETER S. (2003): "The population health approach in historical perspective", *American Journal of Public Health*, 93: 421-431.
- TESTER S. (2005): "*Community Care for Older People: A Comparative Perspective*", Basingstoke: uitgever.
- TOWNSEND P., PHILLIMORE P., BEATTIE A. (1988): "*Health and deprivation: inequalities and the north*", London: Croom Helm.
- TRAVERS A.F. (1996): "*Caring for Older People: Carers*", *British Medical Journal*, 313(7055): 482-486.
- TWIGG J. (1996): "*Issues in Informal Care*", Paris, OCDE. Social Policy Studies.
- VALKONEN T., SIHVONEN A.P., LAHELMA E. (1997): "Health expectancy by level of education in Finland", *Social Science & Medicine*, 1944: 801-808.
- VALLIN J., MESLÉ F., VALKONEN T. (eds.). (2001): "*Trends in mortality and differential mortality*", Population Studies. Strasbourg: Council of Europe.
- VALLIN J. (2002): "Mortalité, sexe et genre", in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 319-350.
- VALLIN J., GIOVANNI B. (2002): "De la mortalité endogène aux limites de la vie humaine", in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 169-204.
- VALLIN J., MESLE F. (2002): "La transition sanitaire: tendances et perspectives", in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 319-350.
- VALLIN J., MESLE F. (2005): "Convergences and divergences: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy", *Genus*, LXI, 1: 83-124.

- VANBRABANT A., CRAEYNST K. (2004): "Zorgcapaciteit in het Vlaanderen van nu en morgen", in Jacobs T., Lodewijckx E. (eds.), *Zicht op zorg. Studie van de Mantelzorg in Vlaanderen in 2003*, Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie (CBGS), 117-125.
- VAN HOUTEN C.H., NORTON E.C. (2004): "Informal care and health care use of older adults", *Journal of Health Economics*, 23: 1159-1180.
- VAUPEL J.W. (2001): "Demographic insights into longevity", *Population*, 13, 1: 245-260.
- VIDLER G. (2001): "*The 2001 Census of population. [01/21]*", London: Research Paper. House of Commons Library.
- WALTER S.D. (2000): "Disease mapping: a historical perspective 1", in Elliott P., Wakefield J., Best N., Briggs D. (eds.), *Spatial Epidemiology, Methods and Applications*, London: Oxford University Press.
- WARD-GRIFFIN C. (2002): "Boundaries and connections between formal and informal caregivers", *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne du Vieillessement*, 21, 2: 205-216.
- WHITE-MEANS S., RUBIN R.M. (2004): "Trade-Offs Between Formal home Health Care and Informal Family Caregiving", *Journal of Family and Economic Issues*, 25, 3: 335-357.
- WHO (2000): "*The world health report 2000. Health systems: improving performance*", Genève: WHO.
- WILKINSON R., MARMOT M. (eds.) (2003): "*The solid facts*", Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WOLINSKY F.D., JOHNSON R.J. (1992): "Perceived Health Status and Mortality Among Older Men and Women", *Journal of Gerontology*, 1947: 304-312.
- WOLINSKY F.D., CALLAHAN C.M., JOHNSON R.J. (1994): "Subjective health status and mortality in the elderly. Facts and Research in Gerontology", *Epidemiology and Aging*, 1913: 13-27.
- YU E.S., KEAN Y.M., SLYMEN D.J., LIU W.T., ZHANG M., KATZMAN R. (1998): "Self-perceived health and 5-year mortality risks among the elderly in Shanghai", *American Journal of Epidemiology*, 147: 880-890.



## Summary

### Questions relating to health in the Census

Belgium has chosen to include in its 2001 Census questions about health and health care. This might seem an odd choice since the scope of a census is generally limited to demography, housing or socio-economic characteristics. The choice to include health in the 2001 Census was based on the following considerations.

Health is a fundamental element of human dignity, of well-being and quality of life (Ruger). Health, together with education and social capital, is one of the components of human capital, which offers individuals the possibility to realize their potential and to fully integrate into society.

Good health is unequally divided over the population of our country; health inequalities exist between social classes, nationalities and gender as well as between geographical regions. This observation is not unique to Belgium, but has been made all over Europe for various health issues (Huisman *et al.*). While a fiscal policy is designed to create a more equal distribution of the economical means, a health policy should aim to create a more equitable distribution of health over the population (Mackenbach & Bakker). The information collected in the Census can reveal and detail the existing inequalities in Belgium.

The census as a ten-year instrument is gradually replaced by the use of administrative databases on the one hand and the use of surveys among samples of the population on the other hand. Since 1997, Belgium organizes health interview surveys that produce a large quantity of information on the medical condition, health problems, use of health care and health behavior of the Belgians. Incorporating questions on health in the Census enables us to test the reliability of the Health Interview Survey.

Finally, the Census is an important instrument for the local authorities, such as cities and municipalities. Geographical differences in health occur in most of the European countries, for mortality figures (Shaw *et al.*) as well as subjective health indicators (Sadana *et al.*). It is of utmost importance for policymakers of the various geographical subdivisions of Belgium – communities, regions, provinces, and even at city level – to know the geographical variations in health. The cities and municipalities develop policy tools that are often aimed at small geographical units, such as the "healthy city" (WHO), the neighborhood contracts and the city renewal programs. Because the Census approaches the population at a very detailed geographical level, it is possible to link health to living conditions and to help the local policymakers to plan their work.

### Mortality and disease rate

An analysis of a population's health can only be correctly understood when it is situated in a historical context. The mortality and disease rates are traditional indicators to describe the health of a population in a negative way. Therefore, the first chapter is dedicated to a description of the recent evolution of the mortality rate, the disease rate and health behavior. As this chapter discusses the change in

mortality causes and the change in health behavior, it contains important indications as to the origin of certain health problems.

The evolution of the mortality rate is an important indicator of the main health trends. The relative importance of causes of death clearly indicates where improvements in health can still be made.

At the beginning of the 20th Century it was realized that the observed increase of life expectancy was not merely a periodic fluctuation, but a long-lasting evolution that had started midway through the 18th Century.

This decrease of premature mortality was possible through a complex combination of factors, such as improvements in food storage and preparation, in sanitary facilities, in housing, in measures to improve public health and in medical science.

At the end of the sixties, the epidemiologic transition seemed to have reached its endpoint. The rise of the cigarette, the employment in heavy industries (among others coalmines and steel industry), and an increasing consumption of animal fat, contributed to the slowing down of the increase of life expectancy.

During the seventies a spectacular decline of cardiovascular diseases started a new period of progress. The 'man-made diseases' were past their peaks, in part due to a rising awareness of the detrimental effects of certain lifestyles.

Life expectancy continued to increase throughout the previous decades. This further increase is not characterized as such by a shift in the causes of death but rather by a delay of the onset of age-related diseases to ever increasing ages. In 1997, age-related diseases were the primary cause of mortality in Belgium. Cancer and cardiovascular diseases represented respectively 31 and 33% of mortality among men, and 23 and 40% among women.

The health of a population is not only stipulated by external factors such as health care and medical science. Active, conscious lifestyle choices by individuals have an impact on the medical condition too. Consumption of tobacco, too much alcohol, certain dietary habits and lack of body movement have detrimental effects on health. An increasing awareness of the effects of these elements, leading to a change for the better in the health-related lifestyle elements throughout the population, could contribute significantly to a longer life expectancy in good health.

## Validity

A study of the validity of the information collected through the Census enables us to evaluate the quality of the obtained information and the coherence with other databases, such as the Health Interview Survey (HIS 2001) and the Panel Study of the Belgian Households (PSBH 2001).

The overall response percentage of the Census was very high: no less than 96.9% of the individual questionnaires was sent back by the Belgian population.

An analysis of the response rate for individual questions shows that the majority of inhabitants answered the health questions they were asked. In 96.8% of returned questionnaires the question



concerning subjective health was answered. The response rate was 89% for the question on chronic diseases and 93% for the one on physical limitations. The question on bedriddenness has the lowest individual response rate (81%), probably due to the conditional clause used in the question and the layout of the questionnaire. The response rate to the question on informal care was 90%.

These response rates are not equally divided over the population. They are slightly lower in the elderly, in the lower-educated, in singles and in persons living in collective households. The response for the health-related questions is also lower in the Brussels Capital Region.

We compared the data of the Census to those of the Health Interview Survey and those of the Panel Study. Even if these data were not collected using the same methodology, they still contain the same questions that were asked in the same year to the Belgian population or a sample thereof. The comparisons show several interesting results concerning the health state in general and the differences between the socio-demographic groups in particular.

A bad subjective health is reported less in the HIS than in the Census: whereas in the Census 28% of Belgians find themselves in bad health, this figure decreases to 24% in the HIS. However, the opposite trend can be discerned for the question about chronic diseases: 24% of the respondents say they suffer from a chronic disease in the Census, compared to 29% in the HIS. Finally we also note that physical limitations occur more frequently among persons with a chronic disease in the Census than in the HIS. In the Census, 86% of the persons suffering from a chronic disease indicate physical limitations, compared to 73% in the HIS and 81% in the Panel Study.

In figure 29, the socio-demographic differences are summarized by means of odds ratios. In general, the differences in health between the socio-demographic groups are comparable between the Census and the HIS. The existing differences remain moderate actually. Still, people older than 65 years and the unemployed are in worse health in the Census than in the HIS. On the whole our analyses show that the most vulnerable socio-demographic groups (elderly people, singles, persons with a lower level of education...) are in worse health in the Census than in the HIS. The results of the Panel Study, finally, come closest to the Census results.

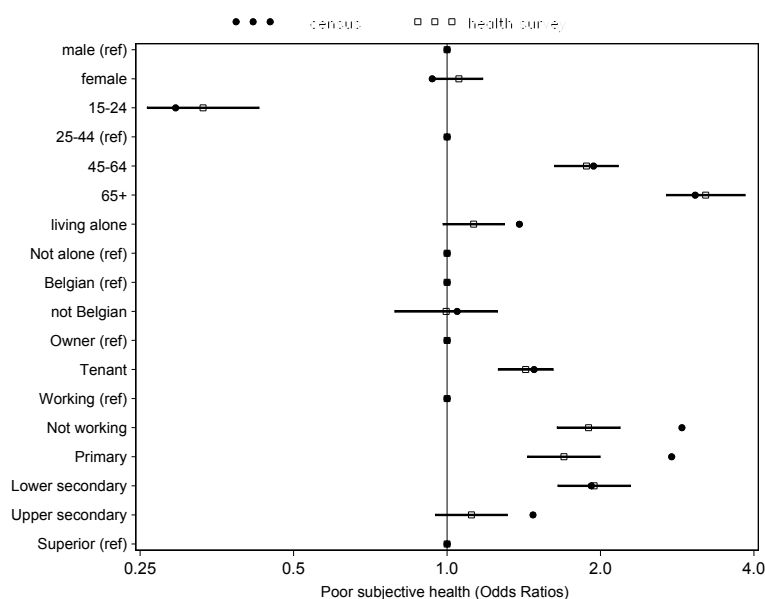


Figure 29: Comparison of the odds ratios for bad subjective health in the Health Interview Survey (HIS 2001) with 95% confidence interval and in the Census

In this monograph several explanations are given to explain these differences. The Census was answered in autumn, whereas the HIS was carried out throughout the year. Certain groups run a greater risk not to answer in the Census (elderly people) or in the HIS (lower-educated people). Moreover the survey methods are different: by means of postal services for the Census and by means of face-to-face interviews for HIS and the Panel Study. Finally the HIS and the Panel Study use population samples, which makes them more sensitive to both selection bias and refusal to participate in the survey.

The evaluation shows that the health data of the Census have both good internal and external validity. The initial fear regarding the quality of the data and in particular a high non-response appears unfounded.

## Subjective health and physical limitations

In the course of one year the mortality rate only applies to 1% of the population and, furthermore, predominantly applies to the elderly people. Beyond that figure, only 20 to 30% of the population has a chronic condition. So when a health analysis is limited to mortality and disease rates, the majority of the population is ignored. Hence the interest in health indicators which offer information on the health of the general population.

Chapter 3 gives a detailed overview of the answers to the health questions of the Census, particularly the questions on subjective health, the presence of chronic diseases, and related limitations and bedriddenness.

A composed indicator called 'degree of required assistance due to chronic diseases' is also presented. It was calculated using the answers to the question on the presence of chronic diseases and the related questions on limitations and bedriddenness. In this chapter an illustration is offered of the valuable contribution of the Census data with regards to the calculation of health expectancy indicators for Belgium.

The health status, which we observe through these different indicators, appears to be significantly linked with certain socio-demographic characteristics.

That the health of a person coincides with his or her age is not new, but the data of the Census help us to quantify this trend. The percentage of people that experience bad health increases from 33.5% among 45- to 64-year olds through 54.0% among 65- to 74-year olds to 70.8% among people over 75 years old. In these three age groups, respectively 4.8%, 7.7% and 14.7% are severely limited due to long-term disorders.

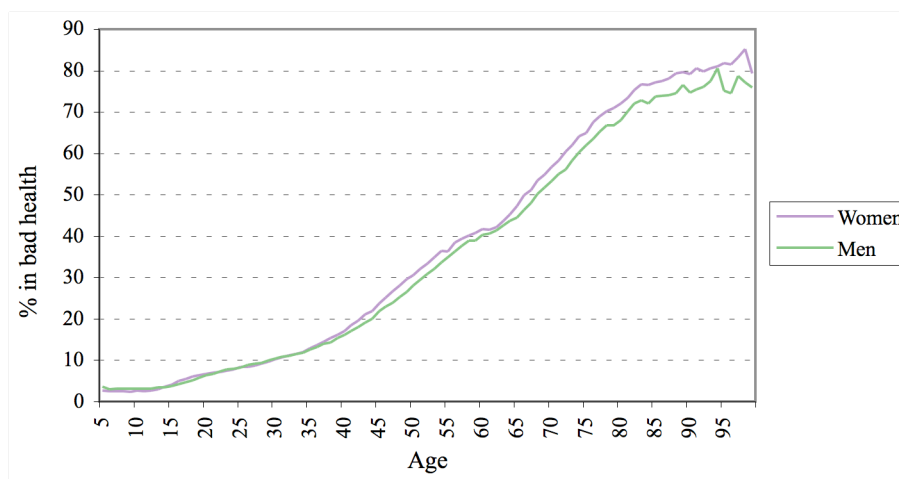


Figure 30: *Percentage of the population with bad subjective health, by age and gender*

Apart from age, education is also closely linked to a person's health. After standardization for age and gender, which levels out the fact that older cohorts on average went less long to school so that it has no influence on the comparison of the age groups, there is a clear link between education and subjective health. The percentage of the population that describes its health as bad increases from 15.6% among persons with a higher degree, over 20.8% and 26.9% respectively for higher secondary and lower secondary education, up to 34.4% for people without a degree or a degree of primary education. Whereas, after standardization for age and gender, only 1.6% of the persons with a degree of higher education is severely limited by a disorder, this figure increases to 5.7% among people with a degree of primary education or without a degree.

A third socio-demographic characteristic, for which the link with health was examined, is the household position of a person. The importance of a household position strongly coincides with age and gender: e.g. men living together with married partners and children are in better health than single fathers, but as age increases these differences fade away. In general, we can state that singles and single-parent families reported to be in worse health than married people and unmarried partners living together.

The standardized percentages of bad subjective health for the Flemish, the Brussels and the Walloon Region are 22.1%, 27.6 and 29.9% respectively. If we look at the different health indicators, the health of the population is clearly worse in the Walloon Region than in the Flemish Region. As a rule, the Brussels Region holds a central position in-between these two. These regional differences in health are discussed in more detail in the last chapter of this book which is dedicated to geographical differences.

Women live longer than men, but this longer life expectancy contains a larger part of years in bad health. At birth, a woman can expect to live 73% of her life in good subjective health, 78% of her life without chronic morbidity and 81% without limitations. In men these percentages of healthy years are respectively 77%, 79% and 83%. The gain in life years a woman has over a man at birth is a net gain as more than 50% of these years will be healthy years without chronic morbidity or limitations. At 65 years the number of life years ahead is still larger in women than in men. This difference in expected life years is not entirely positive, however, as more than half of these years will probably be years with chronic morbidity or limitations.

In comparison with the health interview surveys that have been carried out since 1997, the Census 2001 provides substantially new and valuable information concerning the knowledge on the health of the Belgian population. Not only are the HIS data validated and confirmed by the Census, but instead

of the percentages obtained through the use of samples for the HIS, the Census can illustrate health issues in Belgium in absolute figures.

The Census offers exceptionally detailed geographical information, whereas the HIS can only supply data that are informative at the provincial and regional level. This added level of detail enables policymakers to base their local health policy on the data of the Census.

The socio-economic differences in the subjective health of the Belgian population, observed in the health interview surveys, are also found in the Census. These differences are even more pronounced in the Census than in the HIS, which could lead to more political attention for these problems.

## Informal care

The ill patient can cope with his or her disease by combining several strategies, for better or worse. He or she can reconcile to the symptoms, can care for themselves, can ask for help from their surroundings or can, finally, look for help from a healthcare worker (Amstrong). The choice of strategy will depend on the seriousness of the disease and the resources he or she has at his or her disposal (Amstrong). Research concerning the recourse to help focuses predominantly on the use of professional care both intra- and extramurally. Current research, however, shows that the attention given to the first caregiver, a person from the immediate surroundings who as a rule is not a professional healthcare worker, remains limited. Chapter 4 describes the range, the factors as well as the consequences of the informal care.

Who are these caregivers? In Belgium virtually one person in 10 provides informal care (9.4%). This support is not proportionally divided over the population. It occurs more often among people older than 45 years and among women. This gender difference depends on the age (figure 31). Until the age of 74 years, more women than men provide care. The difference between men and women gets larger and reaches its peak at 56 years. At this age, 19% of the women provide informal care, compared to 12% of the men. From the age of 75 this trend inverses: the proportion of men that provide care becomes larger than that of women. The inversion of this trend in care has several causes. Blessed with lower mortality rates a large number of women must no longer supply care as they have lost their

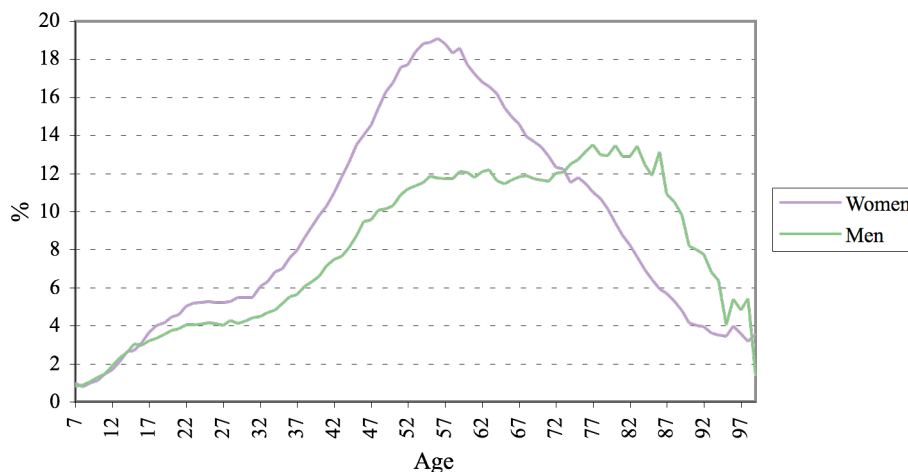


Figure 31: Percentage of informal caregivers by age and gender

spouse and their parents. As a consequence the 'demand' for informal care decreases. At the same time, it is probable that men older than 74 years who still live with their spouse have to help her and care for her.

Other socio-demographic characteristics can also be connected to the provision of informal care. Informal care occurs more often in married couples without children (13%) and in parents of a one-parent family (11%). Informal care barely differs according to the level of education. However a combined analysis of level of education and age shows that there are differences (older people have lower education levels and provide more care). At equal ages, people with a degree of primary education are less inclined to provide care than those with a degree of higher education (OR=0.71). *Ceteris paribus*, the level of education is associated with an increased risk of providing informal care. The percentages of people that provide care in Flanders, Wallonia and Brussels lie close to each other. However, when you take into account the socio-economic composition of the regions, then the inhabitants of Brussels and Wallonia are respectively 15% and 21% more likely to provide informal care compared to the inhabitants of Flanders. This is particularly interesting within the context of the current debate on healthcare insurance. Informal care is an opportunity cost for the labor market. Informal care affects almost 8% of people with jobs, compared to 11% of the unemployed. *Ceteris paribus* (in particular the age differences), the unemployed are 43% more likely to provide informal care compared to working people.

Who are the persons that need assistance? The provided care mainly goes to family members within (39%) or outside the household (49%). Women provide more care outside their household than men.

What is the extent of this informal care? Of the 684,369 people who provide care, 51% do so at least once per week, 29% less than 2 hours per day and 20% more than 2 hours per day. Informal care affects a large number of people. People older than 75 years are three times more likely to provide care intensively (more than 2 hours per day). *Ceteris paribus*, unemployed, semi- and unskilled people and children in a single-parent family are two times more likely to provide care intensively. The regional gradient inverts: inhabitants of Brussels and Wallonia are 26% and 31% less likely to provide care more than 2 hours per day compared to the inhabitants of Flanders.

What are the consequences for caregivers? We have analyzed the impact of the assistance on the health of the caregivers. We must however mention that informal care has consequences in other domains for the caregiver. Thus, informal caregivers can be obliged to work less, as a result of which they are confronted with a loss of income. We have determined that the percentage of people with a bad subjective health lies higher among informal caregivers than among people who do not provide care. The informal care is related to an increase of 27% of bad health in women and of 63% in men. The health of the caregivers deteriorates as the number of hours invested in care increases: *ceteris paribus*, the informal caregivers who supply care more than 4 hours per day are 45% more likely to be in bad health compared to those who supply care at least once a week.

Our results are particularly interesting in the current context in which - through the ageing of the population - the demand for formal and informal care will steadily increase. Apart from this increasing demand there are several factors that could cause a decrease in the supply of informal care: the strong increase of the number of women on the labor market, the low birth rate, the increase of the number of singles and the rise of new family structures.

Therefore, health policies must take into account the consequences of care provision on the care workers. Along with financial support initiatives, the other needs of the informal care worker must also be recognized and addressed. This support includes, besides the possibility to be periodically

absent from work to provide care, psychosocial support and access to subsidized services, such as a house keeping aid (Leroy and Neiryneck). Moreover, one must take into account the needs of informal care workers that are active in the labor market. Policy initiatives are necessary with regard to flexible working hours and the possibility of (paid or unpaid) leave, in order to accommodate the responsibilities of the employee with those of the informal caregiver. We find that the support for caregivers remains insufficient in the European Union. Yet, the recognition of the role of this volunteer aid in looking after elderly people and chronically ill people is the first step to policy initiatives that can improve the quality of life of caregivers.

## Geographical differences in health

The north-south division in reported health is the most striking result of the cartographic analysis. This is not astonishing: both the mortality rates and the health consumption of the previous years point in the same direction. The populations of the Walloon and the Brussels regions feel considerably less healthy than the population of Flanders. The relation with the socio-economic situation of the different districts is in this respect an important explanatory factor.

And yet, that unequal health distribution does not entirely follow the district borders. The deviations can be explained in the first place by differences in the overall socio-economic state of the region in question. E.g. Walloon Brabant appears to be connected to Flanders more so than to Wallonia. This confirms the importance of the socio-economic factors for the measured differences in health. When controlling for socio-economic factors however, it is revealed that the regional differences in health cannot be reduced to this aspect exclusively.

The analysis of health at a lower geographical level (neighborhoods or statistical sectors) indicates considerable differences within a number of municipalities and especially within the metropolitan districts.

This large inequality at neighborhood level can be found in Brussels, in Flanders and in Wallonia. The number of neighborhoods with very negative values is, however, considerably smaller within the Flemish cities. Control for socio-economic factors shows that within the municipalities the health inequalities are almost fully explained by socio-economic factors. This does not hold at regional level. At the level of larger regional entities cultural and lifestyle elements, acting independently from the socio-economic factors, are probably partly responsible for the observed differences.

To a certain degree, negative health indicators at neighborhood level can be explained by negative effects from the environment. These can be caused by material factors (housing), environmental factors (noise pollution, disposal of dangerous goods...) and factors of social cohesion.

The most important explanation for the differences between neighborhoods lies however in the residential segregation by socio-economic status. Income acts as a filter for the different housing segments. The map of health by neighborhood reflects in general not unhealthy neighborhood characteristics as such but rather a concentration of a specific population that cumulates the most health risks on the basis of its socio-economic status. In a number of major cities we observe, on top of this income gap, an ethnic concentration with, in some cases, an additional impact on subjective health.

The health at neighborhood level is the result of those different factors and it is particularly difficult to determine the contributions of the compositional effects and of the environmental effects. It is obvious that in neglected neighborhoods, renovation and redevelopment will promote health. The tackling of health problems at the neighborhood level can only be effective, however, as part of an overall approach of the factors of neglect.

Further research is required to determine if a number of effects at neighborhood level can be explained by specific environmental problems. In the past, such a problem could be observed in residential areas near factories (e.g. Metallurgie Hoboken). Careful analysis of the current data could help to locate a number of point source pollutions.

The observed geographical differences in health are significant enough to be given careful consideration by the health policy makers.

At the regional level, the situation in Wallonia and Brussels is especially worrying. A part of this inequality can only disappear if the social and economic positions of the regions grow closer to each other. Parallel to some more general socio-economical measures one could also think of specific health campaigns in the regions with the largest health deficit.

Especially the Brussels Capital Region is confronted with very large internal differences in health. They are a reflection of the large socio-economic inequality within the region which translates itself in the residential pattern as well. To the extent that neglected neighborhoods are also the neighborhoods having a very young population, we can expect a relative deterioration of the health situation in Brussels in the future. The health in neglected neighborhoods with many migrants is only one of many indicators that point to the need to tackle this inequality thoroughly.

The spatial differences show us that in all regions a huge task remains with regards to the eradication of health inequalities.

A more hopeful message is that the best health results by neighborhood or municipality also indicate the potential that can still be realized within the current state of science and healthcare. It is clear that there is still considerable room for improvement in health for the whole of the population.