



CC GotCredit 2.0

# Sociale ongelijkheid in sterfte in België

## VELE DIMENSIES, VELE OORZAKEN

Tal van studies, ook in België, tonen de negatieve associatie aan tussen socio-economische positie en sterfte. In België en in tal van Europese landen wordt daarenboven een toename van de ongelijkheid in gezondheid en sterfte waargenomen. Het CausIneq-project, gefinancierd door BELSPO in het kader van het programma BRAIN-be (zie kadertje), onderzoekt via welke mechanismen sociale verschillen in sterfte en gezondheid tot stand komen. Deze kennis is een cruciale voorwaarde voor een efficiënt 'health for all'-beleid, zowel nationaal als regionaal. Inzicht in de genererende mechanismen wordt in dit project verkregen door te focussen op de verschillende dimensies van socio-economische positie, hun additieve en interactieve effecten, en door een gedetailleerde analyse te verrichten naar oorzaak van sterfte.

In de context van een toegenomen de-standaardisatie van de levensloop, wordt de stijging van de sociale ongelijkheid in gezondheid en sterfte in dit project in verband gebracht met de instabiliteit van beroepsloopbanen en gezinsvormen. Om de onderzoeksdoelstellingen te realiseren, worden vier werkpakketten (WPs) onderscheiden. WP1 zoomt in op de langetermijnevolutie tussen 1970 en 2010 van sociale ongelijkheid in sterfte door census- en registergegevens met elkaar te koppelen. WP2 focust op de rol van de instabiliteit in de beroepsloopbaan in termen van

werkloosheid, werkloosheidsduur en werkloosheids-trajecten t.a.v. (algemene en oorzaak-specifieke) sterfte en WP3 op de relatie tussen instabiele gezinsvormen en (algemene en oorzaak-specifieke) sterfte. WP4 is complementair door de focus op gezondheid eerder dan op sterfte, waarbij vooral nagegaan wordt hoe slechte gezondheid varieert in functie van tewerkstellingsomstandigheden en gezinstypes.

Hierna volgt een overzicht van de resultaten binnen elk van de vier WP's halverwege het project.

Het multidisciplinaire kaderprogramma BRAIN-be (Belgian Research Action through Interdisciplinary Network) is een netwerk voor onderzoek dat door BELSPO werd opgezet in 2012. Het bestaat uit 6 thematische assen en pioniersprojecten betreffende de levenswetenschappen, de geosystemen (heelal en klimaat), strategisch onderzoek ter ondersteuning van de bevoegdheden van de federale overheid, het culturele, historische en wetenschappelijke erfgoed, en collectiebeheer. Tot op heden werden 125 onderzoeksprojecten gefinancierd. Lees meer op [www.belspo.be/brain-be](http://www.belspo.be/brain-be)

## WP1. Evolutie van de sociale verschillen in mortaliteit in België: een algemeen kader

De analyses van WP1 zijn gebaseerd op een koppeling van censusgegevens, gegevens van het Rijksregister over sterfte (en emigratie) en gegevens afkomstig van overlijdensakten.

### **Grote sterfteverschillen tussen sociale groepen!**

In de literatuur wordt de sociale positie van individuen dikwijls gedefinieerd aan de hand van vier dimensies: het opleidingsniveau, de activiteitsstatus, de huisvestingsomstandigheden en het inkomen. Ondanks de samenhang tussen deze dimensies, kunnen ze elk een specifiek effect uitoefenen op de gezondheid. Het opleidingsniveau bijvoorbeeld zal, als indicator van het kennisniveau en van het culturele kapitaal, een belangrijke impact hebben op de houding ten aanzien van preventie, het nemen van beslissingen of het gebruik van gezondheidszorg. De drie andere dimensies hebben veeleer betrekking op de materiële levensstandaard en zijn een indicator voor de materiële en financiële toegankelijkheid tot sociale bescherming, zoals de gezondheidszorg. Uiteindelijk is het de combinatie van deze vier dimensies die de positie van individuen in het sociale continuüm bepaalt.

Op basis van de volkstellingsgegevens uit 1991 en 2001 werd een samengestelde index opgesteld bestaande uit een combinatie van de vier dimensies. Aan de hand van deze index werd een typologie van de sociale positie van individuen ontwikkeld, bestaande uit 16 groepen. Voor de analyses werden deze 16 groepen herleid tot een viertal hoofdcategorieën, variërend van kansarm tot welstellend. Elke groep omvat ongeveer een kwart van de individuen opgenomen in onze data. Individuen die niet in een sociale groep konden worden ondergebracht, werden bij de categorie 'onbepaald' ingedeeld.

In 2002-2006 varieert de mortaliteit sterk naargelang de sociale groep, zowel bij mannen als bij vrouwen. Hoe groter de kansarmoede in de sociale groep, hoe lager de levensverwachting is ongeacht de leeftijd (tabel 1). De absolute verschillen in levensverwachting zijn aanzienlijk: op 25 jaar bedraagt de levensverwachting van een man uit de bevoorrechte groep 57,5 jaar, tegenover slechts 48 jaar voor een man uit de minst bevoorrechte groep, met andere woorden een verschil van bijna tien jaar. Bij vrouwen zijn de sociale sterfteverschillen minder uitgesproken: op 25 jaar bedraagt het verschil in levensverwachting tussen beide groepen vijf jaar.

De verschillen in mortaliteit tussen mannen en vrouwen variëren sterk naargelang de sociale groep: hoe kansarmer de groep, hoe groter het sterfteverschil naar geslacht. Voor de kansarme groep bedraagt dit verschil op 25 jaar meer dan 8 jaar tegenover 3,5 jaar in de bevoorrechte groep.

**Tabel 1. Levensverwachting van mannen en vrouwen volgens sociale groep in jaren (België 2002-2006)**

Sociale groepen	Mannen					Vrouwen				
	5 jaar	25 jaar	45 jaar	65 jaar	80 jaar	5 jaar	25 jaar	45 jaar	65 jaar	80 jaar
Kansarm	67,49	48,10	30,24	15,84	7,08	75,88	56,19	37,22	20,28	9,39
Gemiddeld laag	72,01	52,58	34,01	17,58	7,63	78,71	58,96	39,64	21,73	9,88
Gemiddeld hoog	75,11	55,71	36,68	19,12	8,52	80,64	60,86	41,36	22,90	10,68
Welstellend	77,15	57,50	38,06	20,09	8,88	80,83	61,00	41,39	22,82	11,18
Onbepaald	68,12	48,68	30,00	14,62	6,23	74,59	54,87	35,66	18,46	7,72
<b>Totaal</b>	<b>71,29</b>	<b>51,80</b>	<b>32,93</b>	<b>16,36</b>	<b>7,06</b>	<b>77,06</b>	<b>57,30</b>	<b>37,92</b>	<b>20,12</b>	<b>8,82</b>

Bron: ADS-Rijksregister, SEE 2001

### **Recente trends in de sterfteverschillen tussen sociale groepen**

Tussen 1992-1996 en 2002-2006 is het verschil in levensverwachting op 25 jaar tussen de extreme sociale groepen gestegen van 7,7 naar 9,4 jaar bij mannen en van 4,2 naar 4,8 jaar bij vrouwen. De mortaliteitskloof is dus groter geworden, dit vooral bij mannen.



cc edanley - SA 2.0

Deze toename kan verklaard worden door de ongelijke toename van de levensverwachting naar sociale positie: onderaan de sociale ladder steeg de levensverwachting met 2,4 jaar bij de mannen en met 1,3 jaar bij de vrouwen. Aan de top van de sociale piramide steeg de levensverwachting met meer dan 4 jaar bij de mannen en met 2,5 jaar bij de vrouwen.

Toekomstige analyses zullen rekening houden met de doodsoorzaken, vooral om regionale verschillen in algemene sterfte beter te kaderen, en zullen de analyseperiode uitbreiden (van 1970 tot 2010 of zelfs verder).

**WP2. Sociale ongelijkheid in (oorzaak-specifieke) sterfte naar tewerkstellingsstatus en tewerkstellingstrajecten**

WP2 focust op de associatie tussen werkloosheid en sterfte. Tijdens de laatste decennia is de (gemiddelde) werkloosheidsgraad sterk toegenomen, komt langdurige werkloosheid steeds vaker voor en worden ook hoger opgeleiden meer door werkloosheid getroffen. De associatie tussen tewerkstellingsstatus en sterfte werd in internationaal onderzoek bevestigd, maar in België werd dit tot nu toe nog niet bestudeerd, ondanks de beschikbaarheid van data.

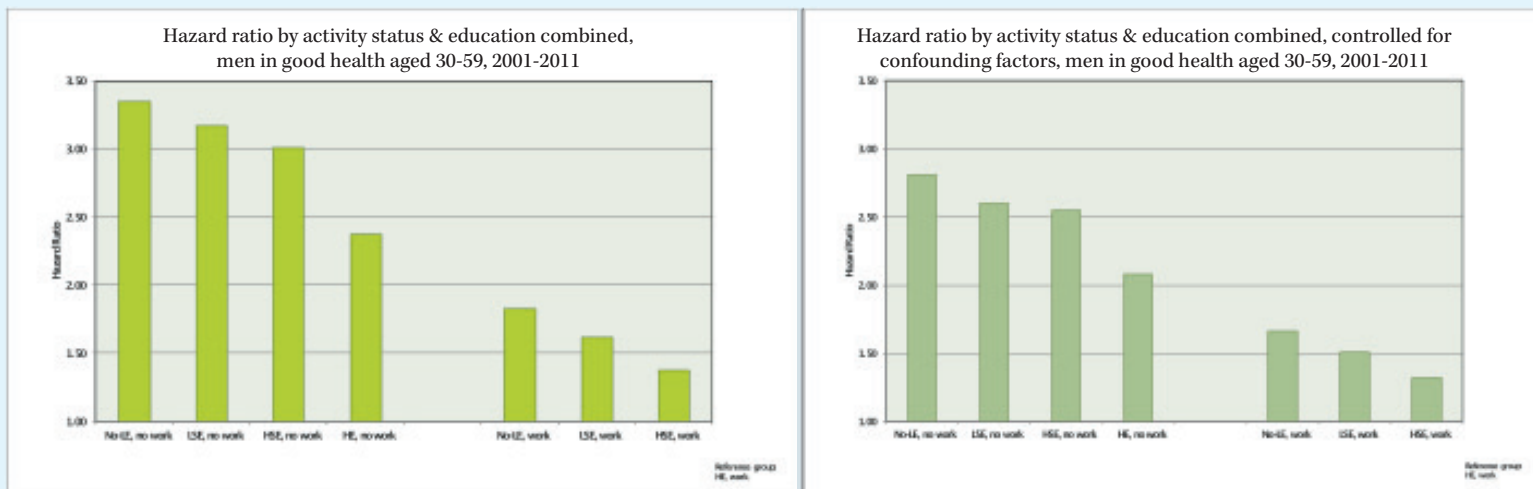
Aan de hand van een koppeling tussen de census van 2001, registerdata over sterfte (en emigratie) tijdens de periode 2001-2011 en informatie over de oorzaak van overlijden uit de sterftecertificaten, wordt in dit WP nagegaan of er een verband bestaat tussen werkloosheid en sterfte en of een hogere opleiding al dan niet een beschermend effect heeft t.a.v. de gezondheidsimpact van werkloosheid. Om selectie-effecten uit te sluiten, werden verschillende subgroepen afgebakend in de groep van 30-59-jarige mannen. Se-

lectie-effecten vormen een belangrijk struikelblok in de analyse van de gezondheidseffecten van werkloosheid, omdat een aantal personen juist door gezondheidsproblemen hun job verliest. Om dergelijke selectie-effecten te minimaliseren, werd een controle doorgevoerd voor de gezondheidsstatus van de respondenten op het moment van de census (2001) en werd de analyse beperkt tot de actief werkzoekenden en de werkenden. Andere groepen zoals personen die nooit hebben gewerkt, personen die niet werken omwille van familiale, sociale of gezondheidsredenen en gepensioneerden werden niet in de analyses opgenomen. De selectie van de betrokken bevolkingsgroep resulteerde in relatief stabiele sterfterisico's doorheen de tijd (2001-2011), hetgeen indicatief is voor het indijken van selectie-effecten.

De resultaten tonen aan dat werklozen, zelfs deze met een hoog opleidingsniveau en kwaliteitsvolle huisvesting, een hoger sterfterisico hebben dan de werkenden. Over het algemeen hebben werkloze mannen een tweemaal hoger sterftcijfer dan werkende mannen. Rekening houdende met controlefactoren zoals opleiding, huisvesting, etniciteit en gezinstype, blijft dit sterfteoverschot bestaan.

Opleiding oefent een licht beschermend effect uit, in die zin dat hoger opgeleide werklozen een iets lager sterfterisico hebben dan lager opgeleide werklozen (figuur 1). Dit geldt vooral voor de bevolking van Belgische origine, maar niet voor etnische minderheden zoals de Turkse en Marokkaanse gemeenschap in België. Het is evenwel frappant dat werklozen met een diploma hoger onderwijs een hogere sterfte hebben dan werkenden zonder diploma of met een diploma lager onderwijs.

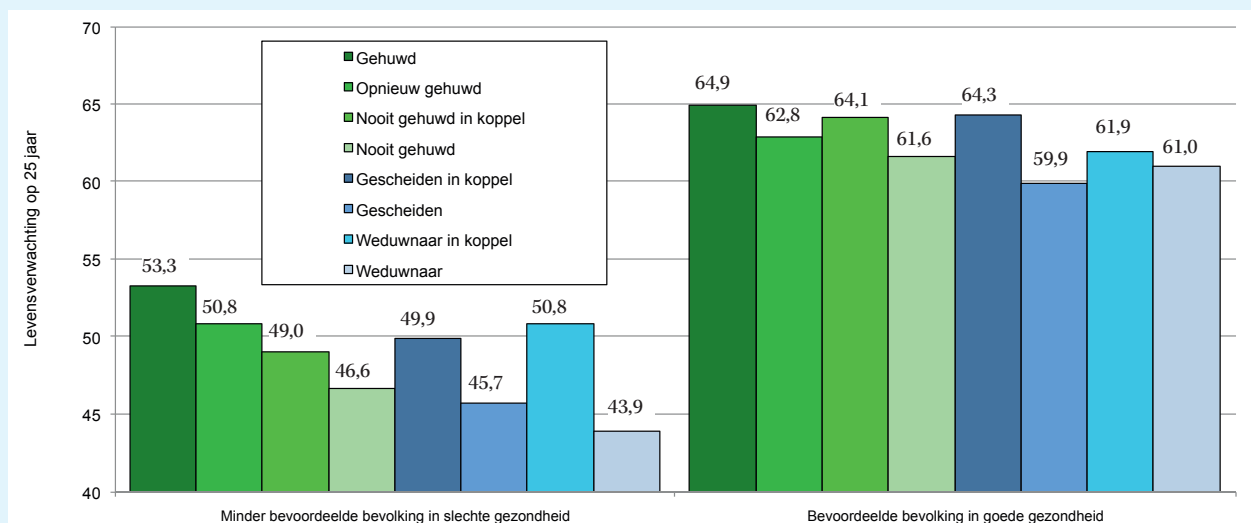
**Figuur 1: Hazard ratio naar tewerkstellingsstatus en opleiding gecombineerd, voor en na controle voor huisvesting, etniciteit en gezinstype, mannen in goede gezondheid van 30-59 jaar, 2001-2011**



Bron: Census 2001, gekoppeld aan registerinformatie over sterfte en sterfteoorzaak, eigen bewerkingen



**Figuur 2. Levensverwachting van 25-jarige mannen volgens burgerlijke staat en gezinstype (2002-2006)**



Bron: ADS - Rijksregister, SEE 2001

Wanneer de analyses gestratificeerd worden naar opleidingsniveau, dan blijkt dat het sterfteverschil tussen werklozen en werkenden groter is bij hoger opgeleiden dan bij lager opgeleiden. Dit bevestigt de *'disappointment paradox'*-hypothese: door de hogere verwachtingen van de hoger opgeleiden is de impact van werkloosheid meer uitgesproken dan bij lager opgeleiden. Anderzijds zorgen verschillen in arbeidsomstandigheden ervoor dat hoger opgeleiden gezonder werk uitoefenen dan lager opgeleiden. Uiteindelijk leidt ook dit tot een groter verschil tussen werkenden en werklozen bij de hoger opgeleiden in vergelijking met de lager opgeleiden.

Een oorzaak-specifieke sterfteanalyse illustreert dat de oversterfte van werklozen geldt voor alle grote groepen van oorzaken. De grootste relatieve verschillen worden geobserveerd voor alcohol-gerelateerde sterfte. Deze oorzaak vertegenwoordigt evenwel slechts een klein percentage van de totale sterfte.

Uit een vergelijking van de tewerkstellingsstatus in de census van 1991 en deze van 2001 blijkt dat personen die op beide momenten werkloos zijn een aanzienlijk hogere sterfte hebben dan deze die op één van beide of op beide momenten beroepsactief waren.

In de toekomst zal de impact van de werkloosheidsduur op sterfte beter in kaart gebracht worden aan de hand van gegevens van de Kruispuntpank Sociale Zekerheid – en zal ook gekeken worden naar verschillen tussen vaste en tijdelijke werknemers.

### **WP3. Sociale verschillen in (oorzaak-specifieke) mortaliteit volgens gezinstype en de gezinstypetrajecten**

In WP3 wordt het verband tussen gezinstype, burgerlijke staat en mortaliteit onderzocht. In de huidige analyses worden de individuen ingedeeld volgens:

- de burgerlijke staat, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen individuen die al dan niet als koppel leven (Rijksregister)
- de subjectieve gezondheid (volkstelling 2001);
- de sociale positie volgens de index opgesteld in WP1.

#### ***Gehuwden leven langer dan niet-gehuwden.***

Uit figuur 2 blijkt dat het verschil in levensverwachting naar burgerlijke staat groter is in de sociaal achtergestelde groep en in de groep met een zwakke gezondheid. De bespreking van de onderzoeksresultaten zullen hier vooral betrekking hebben op deze groep. Hoewel de resultaten voor de bevoordeelde groep en voor de groep met een goede gezondheid kleiner zijn, laten ze dezelfde conclusies toe.

De gehuwden worden gekenmerkt door de hoogste levensverwachting. Het leven in koppelverband levert overigens ook in de andere categorieën een voordeel op vlak van levensverwachting op. Bij weduwnaars die als koppel leven, is de levensverwachting bijvoorbeeld 6,9 jaar hoger dan bij deze die niet in koppel leven, bij gescheiden mannen en vrouwen 4,2 jaar hoger en bij ongehuwden 2,4 jaar hoger.

Om deze resultaten te verklaren, kunnen verschillende hypothesen naar voren worden geschoven. Wat de hoogste levensverwachting voor gehuwden betreft, lijkt er bij het huwelijk een selectie-effect te spelen en kiest men bij het huwelijk voor individuen met een goede fysieke en geestelijke gezondheid en een hoger sociaaleconomisch niveau. Het huwelijk biedt daarnaast ook financiële bescherming; de gehuwden delen goederen en middelen en kunnen als koppel schaalvoordelen realiseren. De steun en de sociale controle die uitgaan van de partner zorgen tevens voor sociale bescherming. De aanwezigheid van een partner laat ook toe om de dagelijkse stress te verminderen. Een scheiding en het overlijden van



CC aloxe-SA 2.0

de partner zijn dan weer traumatiserende gebeurtenissen die een impact hebben op de gezondheid van de betrokken individuen.

De voorsprong van de andere posities die in koppelverband leven, kan door dezelfde sociale processen verklaard worden. De verschillen tussen samenwonenden en gehuwden zijn vermoedelijk toe te schrijven aan de sterkere cohesie tussen echtgenoten, waardoor het scheidingsrisico afneemt en de bescherming die uitgaat van het leven als koppel toeneemt. Bij de meest achtergestelde individuen ligt de levensverwachting van gehuwden bijvoorbeeld 4,3 jaar hoger dan bij ongehuwden die als koppel leven, 3,4 jaar hoger dan bij gescheiden mannen en vrouwen die als koppel leven en 2,5 jaar hoger dan bij weduwnaars die als koppel leven.

Een Poisson-regressieanalyse bevestigt deze resultaten. De aanwezigheid van een partner (gehuwd of samenwonend) doet het overlijdensrisico sterk afnemen. Toch ligt de mortaliteit van niet-gehuwden die als koppel leven 21 % tot 32 % hoger bij een gelijk sociaaleconomisch en gezondheidsniveau.

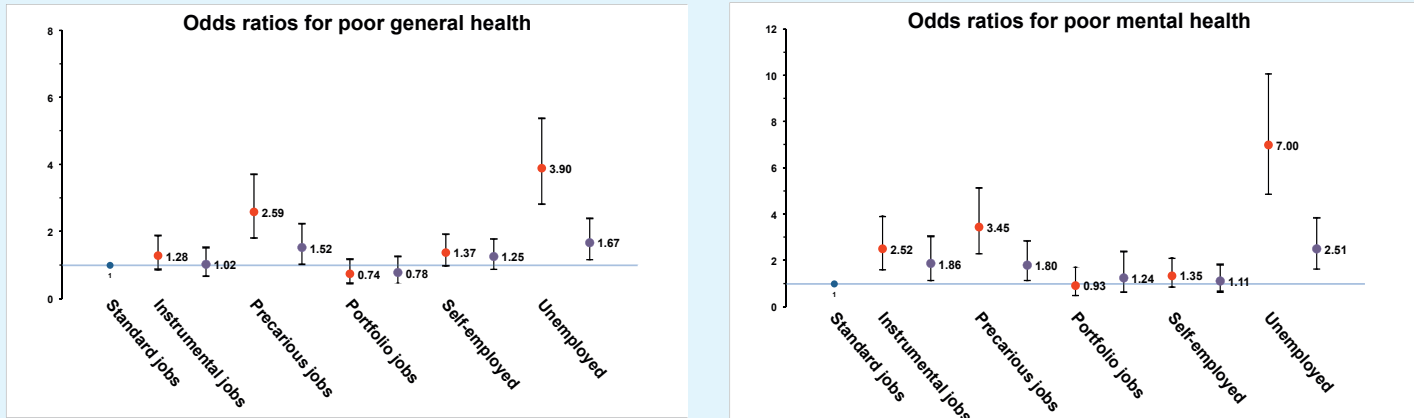
In de toekomst zullen deze analyses verfijnd worden door rekening te houden met de doodsoorzaken. Op langere termijn zal een longitudinale benadering van de ongelijkheidsanalyse ingebouwd worden.

#### **WP 4. De wisselwerking tussen tewerkstellingsstatus en gezinstype: associaties met gezondheid in survey-data**

Het vierde werkpakket binnen het onderzoeksproject heeft tot doel de zelf-gerapporteerde (mentale en algemene) gezondheid in verband te brengen met de arbeidsmarktpositie en de huishoudsituatie. Beide levensdomeinen hebben een belangrijke invloed op het vormen en in stand houden van sociale ongelijkheden in gezondheid, zoals blijkt uit WP2 en WP3. Recent wetenschappelijk onderzoek toont aan dat niet enkel verschillende vormen van arbeidsmarkt-inactiviteit, maar ook bepaalde preciaire werkvormen geassocieerd zijn met problemen op het vlak van gezondheid. Ook het huishouden is belangrijk, als leefomgeving en consumptie-eenheid. In WP4 komen beide mechanismen zowel afzonderlijk als gezamenlijk aan bod in relatie tot gezondheid. Zo willen we de samenhang tussen arbeidsgerelateerde en sociale precariteit in relatie met de gezondheid van individuen onderzoeken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van survey-data uit de *'Generations and Gender Survey'* (GGS).

Op basis van de relevante variabelen over de arbeidsmarktpositie uit de GGS (type contract, inkomen, extralegale voordelen, flexibele werktijden omwille van persoonlijke redenen, uitzonderlijke werktijden, onvrijwillig parttime werken, lange werkuren, onregelmatige werkuren en trainingsmogelijkheden) werd een latente klassenanalyse uitgevoerd, tenein-

**Figuur 3: De relatie tussen een typologie van arbeidsmarktposities en een slechte mentale (rechts) of slechte algemene (links) gezondheidstoestand**



Bron: GGS, eigen bewerkingen

de een typologie van arbeidsmarktposities op te stellen. Deze typologie bevat vijf posities van activiteit (standaardjobs, instrumentele jobs, precare jobs, portfoliojobs en zelfstandig werk) en twee posities van arbeidsmarkt-inactiviteit (werkloosheid en andere vormen van inactiviteit op de arbeidsmarkt). Elk van deze arbeidsmarktposities blijkt sterk gerelateerd aan bepaalde socio-demografische kenmerken van individuen.

In een volgende stap brachten we de typologie van arbeidsmarktposities in verband met de mentale en de algemene gezondheid van individuen door middel van binaire logistische regressies (zie figuur 3).

Uit deze analyses blijkt dat bepaalde posities op de arbeidsmarkt sterk geassocieerd zijn met een nadelige gezondheidstoestand. Het gaat dan vooral om de inactieve arbeidsmarktposities, maar ook het precare jobtype wordt getypeerd door een relatief hoge frequentie van gezondheidsproblemen. Aangezien ook de indicatoren voor sociale precariteit een duidelijke relatie vertonen met de (mentale en algemene) gezondheid, controleren we de regressies in een laatste stap ook voor de financiële situatie en de materiële leefomstandigheden van het huishouden en voor de sociale steun waarop het individu kan rekenen. De integratie van deze indicatoren van sociale precariteit resulteert in een minder sterke relatie tussen de arbeidsmarkttypologie en gezondheidsindicatoren, maar over het algemeen blijven de relaties wel statistisch significant. Interessant is ook dat de verschillen tussen de inactieve en precare posities op de arbeidsmarkt verkleinen door de controle voor sociale precariteit. Zo laat het precare jobtype in het finale model een gelijkaardig niveau van slechte (mentale

en algemene) gezondheid optekenen als dat van de werklozen.

De resultaten wijzen eerst en vooral op het belang van zowel arbeidsmarkt-gerelateerde factoren als sociale precariteit voor de zelfgerapporteerde gezondheid van individuen. Er is een duidelijk verband tussen de verschillende arbeidsmarktposities en indicatoren voor de huishoudsituatie enerzijds en de mentale/algemene gezondheidstoestand anderzijds. De inactieven en de mensen met een job die aansluit bij het precare jobtype rapporteren het vaakst gezondheidsproblemen.

Deze analyses zullen verfijnd worden aan de hand van analyses op data uit de Arbeidskrachtenenquête.

## De auteurs

Interface Demography (Vrije Universiteit Brussel): Sylvie Gadeyne (professor), Karen Van Aerden (onderzoeker), Christophe Vanroelen (professor) en Didier Willaert (onderzoeker).

Centre de Recherche en Démographie (Université Catholique de Louvain):

Thierry Eggerickx (professor), Catherine Gourbin (professor), Paul Majérus (onderzoeker), Bruno Masquelier (professor), Jean-Paul Sanderson (onderzoeker), Karen Van Aerden (junior research associate) en Christophe Vandeschrick (onderzoeker).

## Meer

[www.causineq.be](http://www.causineq.be)