



## **SOCIALE ONGELIJKHEID EN GEZONDHEID \***

**Chris Polus en Fred Louckx**

*In onderhavig artikel wordt op basis van recent Belgisch en Nederlands onderzoeksmateriaal de ongelijke verdeling van gezondheid, ziekte en sterfte bestudeerd. Gezondheidsverschillen worden eerst bekeken vanuit de optiek van enkele algemeen sociale categorieën. Vervolgens wordt gezocht naar de invloed van ongelijkheid in bezit en macht. Hieruit blijkt overtuigend dat lagere socio-economische categorieën er qua gezondheid beduidend slechter aan toe zijn dan hogere. Deze sociaal-structurele variabelen blijken bovendien een belangrijk deel van de eerder geconstateerde verschillen op basis van algemeen sociale variabelen te kunnen verklaren. Bij het zoeken naar verklaringen voor gezondheidsverschillen wordt vooraf stilgestaan bij een aantal mogelijke schijnrelaties en artefacts. Een nadere literatuurstudie toont aan dat zowel de gezondheidsselectie-hypothese, die trouwens recent terug aan belang wint, als de sociale oorzaken-hypothese elk op zich een statische en eenzijdige benadering van de problematiek bieden. Toekomstig onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen kan enkel tot zinvolle conclusies leiden indien geopteerd wordt voor een geïntegreerde en dynamische benadering.*

## 1. INLEIDING

Binnen het sociaal ongelijkheidsonderzoek neemt de ongelijkheid met betrekking tot de gezondheid een bijzondere plaats in. Gezondheid is een kostbaar bezit dat meestal alleen als een individuele eigenschap wordt beschouwd. Gezondheid, ziekte (of 'ongezondheid') en sterfte zijn evenwel ook te bestuderen als kenmerken van maatschappelijke groepen. Wanneer wij deze kenmerken van verschillende groepen in de bevolking bestuderen, blijkt dat zij niet gelijk verdeeld zijn. Zo variëren deze gezondheidsdimensies in een bevolking naar een aantal demografische (bijvoorbeeld geslacht en leeftijd), geografische (bijvoorbeeld woonomgeving), culturele (bijvoorbeeld etniciteit) en socio-economische kenmerken (bijvoorbeeld beroep).

Sommige gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen liggen voor de hand en worden niet of minder in vraag gesteld. Wij staan er bijvoorbeeld zelden bij stil dat oudere mensen doorgaans meer gezondheidsklachten melden dan jongeren (zie onder andere Dooghe, Vanden Boer, Van Loon, 1984 : 29-66). Andere gezondheidsverschillen zijn niet zo vanzelfsprekend en roepen allerlei vragen op. Het wordt immers al moeilijker om te begrijpen waarom de sterfte onder kinderen van Turkse en Marokkaanse migranten hoger ligt dan bij autochtone kinderen (C.B.S., 1991 : 14). Hoe komt het dat mannen met een laag inkomens-, beroeps- of opleidingsniveau veel meer kans hebben op ziekte en sterfte ten gevolge van hartaandoeningen dan mannen die hier hoger scoren (zie onder andere Marmot, 1986; Pocock e.a., 1987; Kunst, Mackenbach, 1990) ? Het traditionele beeld van de hardwerkende manager die plots aan een hartaanval bezwijkt, blijkt veeleer uitzondering dan regel te zijn!

Sociologisch onderzoek naar sociale ongelijkheid met betrekking tot de gezondheid is niet zozeer geïnteresseerd in gezondheidsverschillen tussen mensen in biologisch opzicht of op basis van persoonlijkheidsverschillen. Het zijn veeleer sociale posities (zoals bijvoorbeeld vrouw, bejaarde, migrant, arbeider of werkloze) die de kern van het onderzoeksterrein vormen. Ongelijkheid in bezit, macht en aanzien die deze sociale posities kenmerken vormen de achtergrond waartegen de sociale ongelijkheid met betrekking tot de gezondheid wordt geprojecteerd.

De Wereldgezondheidsorganisatie (W.G.O.) heeft als globale strategie 'Health for all in the Year 2000'. De huidige sociale ongelijkheid ten aanzien van de gezondheid vormt daarbij een hoofdbekommernis. De W.G.O. stelt dat in de

eerste plaats sociale gelijkheid inzake gezondheid moet worden gerealiseerd en dit zowel binnen elk land als tussen de verschillende landen onderling. Naast de dimensie van sociale gelijkheid, worden nog drie andere prioriteiten naar voor geschoven (Svensson, 1988 : 307) : het toevoegen van meer jaren aan het leven (= sterfte uitstellen), het verhogen van de gezondheid (= ziekte vermijden) en het verbeteren van de kwaliteit van het leven.

Aan de dimensie 'sociale gelijkheid' wordt zéér veel belang gehecht. Het is de eerste dimensie die door de W.G.O. in een concreet te realiseren doelstelling voor de Europese landen werd geformuleerd : tegen de eeuwwisseling moeten de huidige sociale ongelijkheden inzake gezondheid met een kwart worden gereduceerd (W.H.O., 1985). Ondanks een uitgebouwd vangnet, zoals een sociaal zekerheidsstelsel in de meeste Westerse landen, bestaat er een aanzienlijke sociale ongelijkheid met betrekking tot de gezondheid die in plaats van af te nemen veeleer schijnt toe te nemen (zie onder andere het Black Report, 1980). Omdat het zelfs in de Europese landen om een erg hardnekkig probleem gaat, wordt een voorzichtige reductie van de ongelijkheid met een kwart als haalbare doelstelling tegen 2000 vooropgesteld.

Sociale ongelijkheid ten aanzien van gezondheid is een uiterst complexe materie. Wetenschappelijk onderzoek op dit terrein blijft ook vandaag nog met heel veel vragen zitten over het hoe en het waarom van deze ongelijkheden. Hoe ziet de sociale ongelijkheid inzake sterfte, ziekte en gezondheid er uit? Vallen er bepaalde maatschappelijke patronen te herkennen? Hoe zit het in België met deze problemen?

Wij behandelen in onze bijdrage eerst de inhoudelijke aspecten van het begrip 'gezondheid'. Hoe kan de gezondheid van een bevolking worden onderzocht en welke gezondheidsindicatoren kunnen ons meer informatie verschaffen bij de studie van sociale ongelijkheid ten aanzien van de gezondheid ?

Daarna behandelen we een aantal gezondheidsdifferentiaties op basis van enkele relevante bevolkingskenmerken. Vervolgens gaan we uitvoerig in op de gezondheidsverschillen die duidelijk voortvloeien uit ongelijke socio-economische posities.

In het volgend deel gaan wij dieper in op de mogelijke oorzaken. Hoe moeten de onderzoeksresultaten worden geïnterpreteerd? Welke theorieën trachten deze gezondheidsongelijkheden te verklaren? Vanuit welke referentiekaders

zijn de verklaringsmodellen ontwikkeld? Hoever staat het onderzoek ter zake? Welke vragen blijven onbeantwoord?

Wij sluiten af met een aanzet tot verdere ontwikkeling van geïntegreerde onderzoekskoncepten.

## 2. GEZONDHEID : EEN BEGRIP MET MEERDERE DIMENSIES

In het onderzoek naar sociale ongelijkheid in de gezondheid is een duidelijke evolutie vast te stellen in de manier waarop de gezondheid bij de bevolking wordt gemeten. De focus verschoof van sterfte over ziekte naar gezondheid in de breedste betekenis van het woord (1). Dit ging gepaard met een methodologische evolutie in het ongelijkheidsonderzoek van een hoofdzakelijk kwantitatieve benadering (aantal overlijdens, aantal symptomen en aantal functionele beperkingen) naar een kwalitatieve gezondheidsopvatting met meer aandacht voor de kwaliteit van het leven en de ervaren gezondheid. Bovenstaande evolutie gaf aanleiding tot de ontwikkeling van verschillende gezondheidsindicatoren in verband met de sociale ongelijkheid ten opzichte van gezondheid.

### 2.1. Sterfte

Een eerste parameter voor de gezondheidstoestand van een bevolking zijn de mortaliteitscijfers. Deze sterftecijfers worden meestal in relatie gebracht met sociale posities. In Engeland waar een lange traditie van dergelijk onderzoek bestaat, werden reeds in de negentiende eeuw sterftestatistieken bijgehouden (zie onder andere Poor Law Commissioners, 1842; Registrar General, 1849, 1864).

De dood is onomkeerbaar en te beschouwen als een toestand van totale afwezigheid van gezondheid. Sterftecijfers vormen daarom ook vandaag nog het meest 'harde' materiaal in het beschrijvend onderzoek naar de relatie tussen sociale ongelijkheid en gezondheid.

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen *totale sterftecijfers*, *oorzaakspecifieke sterftecijfers* (naargelang de doodsoorzaak; bijvoorbeeld hartziekte, kanker, verkeersongeval, zelfmoord, ...) en *sterfte naar leeftijd* bijvoorbeeld perinatale sterfte (= sterfte tot en met 7 dagen na de geboorte), zuigelingensterfte (= sterfte voor het eerste levensjaar) enz.. Een volledig andere benadering wordt

gevormd door de studie van de *levensverwachting* (= het gemiddeld aantal jaren dat men nog te leven heeft).

Elke Belg leeft momenteel gemiddeld 30 jaar langer dan 100 jaar geleden. Het overwinnen van een aantal infectieziekten - vooral door betere levensomstandigheden en minder door de medische vooruitgang (McKeown, 1976 : 178-180; Vuylsteek, 1982 : 143-144) - heeft de spectaculaire sterfte onder de bevolking van de vorige eeuw en begin deze eeuw sterk teruggedrongen. Het groeiritme van de levensverwachting verloopt de laatste decennia veel trager. Het blijft echter betekenisvol na te gaan welke bevolkingscategorie het grootste voordeel haalt uit een stijging in de gemiddelde levensverwachting.

## 2.2. Ziekte

Hoewel de mortaliteit en de levensverwachting ongetwijfeld belangrijke parameters zijn voor de sociale ongelijkheid inzake gezondheid, geven ze ons geen enkele informatie over de intrinsieke gezondheidssituatie van de bevolking. Vanuit deze bekommernis en mede door de aanzienlijke daling in de totale sterfte doorheen de tijd, verplaatste de focus zich naar de gezondheidsproblemen tijdens het leven : cijfers over morbiditeit of ziekte komen daarbij centraal te staan. Systematisch onderzoek naar *aard en frequentie van ziekten* vormt dan ook een tweede onderzoeksdomain in het ongelijkheidsonderzoek. De meeste morbiditeitsstudies vertrekken vanuit een klinische diagnose van een ziekte. Deze ziektediagnose wordt aangevuld met *biomedische gegevens* zoals bloeddruk, polsslag, allerlei resultaten van klinisch-biologisch onderzoek, enz..

Welke ziekten en aandoeningen men bestudeert, is eveneens aan veranderingen onderhevig : terwijl aanvankelijk hoofdzakelijk *acute en levensbedreigende ziekten* (met nog een directe band met sterfte) werden bestudeerd, gaat de aandacht nadien ook uit naar minder direct levensbedreigende ziekten. In deze laatste categorie komen bijvoorbeeld de *chronische aandoeningen* voor die kunnen leiden tot een *langdurige beperking van de dagelijkse activiteiten*.

## 2.3. Gezondheid

Via morbiditeitsgegevens kunnen wij meer inzicht krijgen in de ongelijke spreiding van ziekten of 'ongezondheid' over verschillende bevolkingscategorieën. De gegevens op zich leveren echter nog geen informatie over de wijze waarop 'gezondheid' over de bevolking verspreid is. Maar wat is gezondheid eigenlijk?

Bij het ontwikkelen van een globaal gezondheidsconcept heeft de Wereldgezondheidsorganisatie een belangrijke rol gespeeld. In 1946 definieerde zij gezondheid als "een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet enkel als de afwezigheid van ziekte of een toestand van zwakte" (W.H.O., 1986). Deze definitie is zéér ruim en impliceert een positieve benadering van gezondheid. Sterfte en ziekte volstaan niet meer om een zicht te krijgen op de gezondheidssituatie van een bevolking. Gezondheid kan immers ook worden gemeten aan de hand van *positieve gezondheidsindicatoren*. Diverse *biometrische gegevens* zoals geboortegewicht, gestalte, lichaamsgewicht, gezichtsvermogen, gehoorscherptheid enz. worden hierbij gehanteerd, omdat zij een aanwijzing vormen voor de algemene gezondheidssituatie van de betrokkene.

De W.G.O.-definitie stapt bovendien af van een strikt klinische benadering van gezondheid. Gezondheid is *multidimensionaal*: naast de lichamelijke en de geestelijke dimensie wordt de interactie met de sociale omgeving als derde (maatschappelijke) dimensie van de gezondheid erkend. Daarbij wordt uiteraard het oordeel van de betrokkene belangrijk: hoe ervaart hij/zij de eigen gezondheid? Naast de zogenaamde objectieve gezondheidsgegevens (doorgaans door medici verschaft) vormen de *subjectieve gezondheidsgegevens* van de betrokkene een belangrijke aanvulling bij het verkrijgen van meer inzicht in de sociale ongelijkheid ten aanzien van de gezondheid.

Gezondheid is vanuit de W.G.O.-omschrijving een *dynamisch* gegeven dat kan worden beschouwd als een *continuum* met aan de ene kant een volledige afwezigheid van gezondheid (= dood) en aan de andere kant een toestand van absoluut optimale gezondheid (Hansluwka, 1987: 63).

### 3. GEZONDHEIDSINDICATOREN VOOR SOCIAAL ONGELIJKHEIDS- ONDERZOEK

De W.G.O.-omschrijving van gezondheid maakt het onderzoeksveld inzake sociale ongelijkheid in relatie tot gezondheid zeer uitgebreid, en biedt daarom de mogelijkheid om tal van gezondheidsindicatoren in beschouwing te nemen. Een volledig overzicht geven van al deze indicatoren is in het kader van deze bijdrage onmogelijk. Wij beperken ons daarom tot enkele fundamentele bemerkingsen die - in het bijzonder bij sociaal ongelijkheidsonderzoek - relevant zijn.

Een eerste belangrijke opmerking betreft de noodzaak om een onderscheid te maken tussen de gezondheidstoestand ('health state') en de gezondheidssituatie ('health status') (Blaxter, 1985 : 134-136). De gezondheidstoestand kan van dag tot dag verschillen en is dus een momentopname. De gezondheidssituatie heeft een meer permanent karakter en vormt een algemene uitdrukking van de gezondheid over een langere tijdspanne. Zowel fluctuaties in de gezondheidstoestand als de impact van de algemene gezondheidssituatie kunnen aanvullende informatie verschaffen. Hoewel er een relatie kan, maar niet noodzakelijk hoeft te bestaan tussen gezondheidstoestand en -situatie mogen zij zeker niet met elkaar worden verward bij sociaal ongelijkheidsonderzoek.

Belangrijk is ook het verschil tussen de objectief vastgestelde aandoening (bijvoorbeeld longontsteking of multiple sclerose), het subjectief onwelvoelen dat ermee gepaard gaat (bijvoorbeeld misselijkheid, pijn) en de functionele beperking die hieruit volgt (van enkele dagen bedlegerigheid tot zware verlamming). Elke invalshoek levert weer andere informatie op over ziekte en gezondheid in relatie tot sociale ongelijkheid.

Tenslotte verwijzen wij naar de problemen met het registreren van het gebruik van gezondheidszorgen en/of -middelen als gezondheidsindicator. Macintyre (1986 : 394) wijst op het feit dat de medische consumptie een 'uitermate onbetrouwbare indicator' is gebleken voor het meten van gezondheid of ziekte in sociaal ongelijkheidsonderzoek. Frequentie en aard van contacten met gezondheidszorgdiensten variëren sterk naargelang het gezondheids- en ziektegedrag van de betrokkene en naargelang het beschikbare aanbod van deze diensten. Het gebruik van gezondheidszorgen geeft met andere woorden geen correct beeld van de reële behoefte aan deze zorgen. Niet iedereen die ziek is, raadpleegt immers een arts en omgekeerd niet iedereen die een arts raadpleegt, is ook effectief ziek. De individuele perceptie en het beschikbare aanbod beïnvloeden met andere woorden de medische consumptie.

Voor het overzicht van de relatie tussen sociale ongelijkheid en gezondheid hanteren wij dan ook slechts de volgende gezondheidsindicatoren: *totale en oorzaaksspecifieke sterfte, sterfte naar leeftijd, levensverwachting, zelfgerapporteerde en/of medisch bevestigde aandoeningen en functionele beperkingen (zowel lichamelijk als geestelijk), diverse gezondheidsgerelateerde biomedische en biometrische gegevens en de zelfervaren gezondheidssituatie en/of -toestand.*

#### 4. GEZONDHEIDSONGELIJKHEID IN FEITEN EN CIJFERS

In deze paragraaf illustreren wij eerst enkele gezondheidsverschillen naargelang een aantal demografische, geografische en culturele kenmerken. In het tweede deel gaan wij uitgebreid in op de eigenlijke sociale ongelijkheid ten aanzien van de gezondheid op basis van de socio-economische positie.

Voor het feitenmateriaal maken wij gebruik van de meest recente Belgische gegevens. Met betrekking tot indicatoren voor ziekte en gezondheid zijn de Belgische gegevens echter zéér schaars. De permanente registratie van ziekten laat in België veel te wensen over (Schepers, Smet, Van Wanseele, 1985 : 3). Wij zijn daarom genoodzaakt om een beroep te doen op onderzoeksmateriaal uit het buitenland. In tegenstelling tot België bestaan bijvoorbeeld in Nederland wel gegevens over uiteenlopende gezondheidsindicatoren voor ziekte en gezondheid (C.B.S., 1986 : 125-166). Via grootschalige bevolkingsenquêtes wordt informatie ingewonnen over bijvoorbeeld lichaamslengte, gewicht, aantal, aard, ernst en oorzaak van lichamelijke handicaps, langdurige aandoeningen en functionele beperkingen van de Nederlandse bevolking. Bovendien wordt sinds 1 januari 1981 een continue gezondheidsenquête gehouden met als doel de ontwikkelingen in de gezondheid van de Nederlandse bevolking te volgen. Gegevens over de algemene gezondheidssituatie, en mogelijke activiteitenbeperking worden hierbij systematisch geregistreerd.

##### 4.1. Gezondheidsverschillen naar diverse bevolkingskenmerken

###### 4.1.1. Demografische gezondheidsverschillen

Uit recent Belgisch onderzoeksmateriaal blijkt dat de totale sterfte en de oorzaaksspecifieke sterfte verschillen naargelang de leeftijd, het geslacht, de burgerlijke staat en de gezinssamenstelling.

Willems (1990) bestudeert actuele *totale sterftecijfers* (1986-1987) voor België en illustreert verschillen naar leeftijd en geslacht. De zuigelingensterfte bedraagt 10,46 per duizend voor jongens en 6,68 per duizend voor meisjes. Nadat de leeftijd van 1 jaar wordt bereikt, neemt de sterftkans gedurende een lange periode af (bijvoorbeeld op 10 jaar : 0,21 per duizend voor jongens en 0,14 per duizend voor meisjes). Vanaf 18-jarige leeftijd stijgt de sterftkans voor mannen terug tot meer dan 1 per duizend; voor vrouwen treedt die stijging pas op vanaf



36-jarige leeftijd. De gemiddelde *levensverwachting* is momenteel in België voor mannen 71,8 jaar en voor vrouwen 78,5 jaar.

Masuy-Stroobant (1983 : 230 e.v.) heeft een uitgebreide studie gemaakt over de *zuigelingensterfte* in België. Zij stelt vast dat de ongelijkheid ten aanzien van de dood zeer sterk aanwezig is in de zuigelingensterfte. De burgerlijke staat van de moeder en de geboortering van het kind blijken hierbij een rol te spelen. De kans op sterfte voor natuurlijke baby's ligt bijvoorbeeld 50% hoger dan voor wettige baby's. Baby's van jonge moeders (onder de 19 jaar) en van oudere moeders (boven de 34 jaar) hebben ook minder levenskansen. Vanaf een geboortering 4 of meer dalen de levenskansen eveneens. Aelvoet (1990) komt tot soortgelijke conclusies.

In een bespreking van de belangrijkste tendensen in de *oorzaakspecifieke mortaliteit* in België en Europa, stelt Wunsch (1990) dat voornamelijk onder jonge mannen het toenemend aantal verkeersongevallen een hoge tol eist. Daarenboven blijkt sterfte door longkanker onder vrouwen stilaan het niveau van de mannen te naderen.

Beckers (1990) stelt over de periode 1980-1986 een algemene stijging van de *zelfmoordsterfte* in België vast. België vertoont een van de hoogste zelfmoordsterften in de E.G. De stijging komt vooral tot uiting in de groep van oudere mannen. Hier tegenover staat dat in bepaalde leeftijdsgroepen bij vrouwen de zelfmoordsterfte de afgelopen jaren is afgenomen. Het aantal zelfmoorden verschilt ook naargelang de burgerlijke staat van de betrokkenen: zowel voor mannen als voor vrouwen neemt dit toe van gehuwden over ongehuwden naar gescheidenen. De weduwstaat geeft de hoogste kans op zelfmoordsterfte.

Verder behandelen we enkele schaarse en fragmentaire gegevens die over *ziekte* en *gezondheid* in het algemeen terug te vinden zijn in Belgische onderzoeken.

In het kader van een Belgisch Interuniversitair Onderzoek naar Voeding en Gezondheid (I.O.V.G.) werden tussen 1980 en 1985 meer dan 30.000 personen onderzocht met betrekking tot een aantal *biomedische gezondheidsindicatoren* (B.I.R.N.H., 1989). Kornitzer en Bara (1989a : 101-104) vonden hierbij een aantal verschillen naar leeftijd en geslacht inzake gewicht, bloeddruk en cholesterolgehalte in het bloed. Zo nemen het *overgewicht* en de *bloeddruk* toe met de leeftijd. Jonge vrouwen hebben een lagere bloeddruk dan jonge mannen, maar vrouwen ouder dan 65 jaar hebben dan weer een hogere bloeddruk dan hun man-

nelijke leeftijdsgenoten. Al vanaf de leeftijd van 25 jaar heeft binnen elke leeftijdsgroep meer dan 10% van de mannen last van te hoge bloeddruk. Voor vrouwen is dit pas vanaf 45 jaar het geval.

In het kader van het Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen over de eerstelijnsgezondheidszorg (N.O.S.W., 1978 : 252) werd onder meer het aantal *gezondheidsklachten* geregistreerd. Hieruit blijkt dat vrouwen meer gezondheidsklachten rapporteren dan mannen.

Dooghe, Vanden Boer en Van Loon (1984 : 39) vonden in hun onderzoek dat respondenten van 50 jaar en ouder meer gezondheidsklachten melden dan de jongere leeftijdscategorieën.

Nederlands onderzoek (C.B.S., 1986 : 146-149) toont aan dat het aantal *functionele stoornissen* en het aantal *langdurige aandoeningen* toeneemt met de leeftijd. Het voorkomen van langdurige aandoeningen blijkt ook sterk geslachtsgebonden te zijn : bij mannen komen relatief meer hartafwijkingen, nierstenen en maagzweren voor, terwijl vrouwen dan weer meer af te rekenen hebben met hoge bloeddruk, spataderen, darmstoornissen, schildklierafwijkingen en chronische blaasontstekingen. Vrouwen rapporteren relatief meer *dagen van activiteitsbeperking* en relatief meer een '*minder dan goede gezondheidssituatie*' dan mannen.

#### 4.1.2. Geografische gezondheidsverschillen

Met betrekking tot de geografische gezondheidsverschillen bespreken wij twee indicatoren : enerzijds de verstedelijkings- of urbanisatiegraad en anderzijds de geografische ligging van de woonregio.

Inzake sterfteverschillen naar verstedelijkingsgraad constateerde Ducpetiaux al in 1844 dat de *gemiddelde sterftecijfers* in België stegen naarmate de bevolkingsdichtheid van een gebied toenam. Masuy-Stroobant (1983 : 114) bevestigt deze gegevens voor de *zuigelingensterfte* : in de negentiende eeuw bestond in de verstedelijkte gebieden (Antwerpen, Gent, Brussel, Luik en Charleroi) een aanzienlijke oversterfte. Na 1945 verdwijnt de oversterfte evenwel in de verstedelijkte gebieden van Antwerpen en Brabant, terwijl deze elders (bijvoorbeeld Charleroi) blijft bestaan (Masuy-Stroobant, 1983 : 277 e.v.).

Sterfteverschillen naar geografische ligging van de woonregio komen sterk tot uiting in de *zuigelingensterfte*. Waar de zuigelingensterfte in de negentiende eeuw

in Oost- en West-Vlaanderen zéér hoog was, verandert dit beeld in de twintigste eeuw. Vanaf de vijftiger jaren vertonen Limburg en Henegouwen een duidelijke oversterfte ten opzichte van de andere provincies. Vooral Henegouwen scoort bijzonder slecht (Masuy-Stroobant, 1983 : 277 e.v.).

Gegevens over de *totale sterfte* en de *oorzaakspecifieke sterfte* in relatie tot de geografische ligging van de woonregio vinden wij in het E.G.-project *Health services and avoidable deaths* (zie onder andere Humblet e.a., 1986; Holland, 1988). Hierbij wordt ook voor België nagegaan welke regionale en provinciale verschillen voorkomen met betrekking tot een aantal specifieke doodsoorzaken. Het betreft doodsoorzaken waarvoor "bij de huidige stand van de wetenschappen en bij een optimaal functioneren van de gezondheidszorg, geen of slechts weinig overlijdens mogen voorkomen" (Mackenbach, Moens, Lagasse, 1985 : 266). Hoewel dit project in eerste instantie bedoeld is om de zorgeffectiviteit na te gaan, stuit de interpretatie van de gegevens op een groot aantal problemen (Moens e.a., 1986 : 927-929). Carr-Hill, Hardman en Russell (1987 : 791) zijn van oordeel dat de vermijdbare sterfte minder geschikt is als indicator voor de effectiviteit van de gezondheidszorg. De vraag blijft immers of de gevonden verschillen inzake oorzaakspecifieke sterfte uitsluitend het gevolg zijn van het (slecht) functioneren van de gezondheidszorg of eerder moeten worden toegeschreven aan bijvoorbeeld verschillen in de bevolkingssamenstelling van de onderzochte regio's. Mede hierdoor worden gegevens uit deze E.G.-studie ook gebruikt om geografische gezondheidsverschillen aan te geven.

Uit de eerste resultaten van het Belgisch deelproject onthouden wij dat er wel degelijk aanzienlijke regionale verschillen bestaan, waarbij vooral de provincies Luik, Henegouwen en Namen een weinig gunstige positie innemen (Moens, e.a., 1985 : 882 e.v.). Humblet e.a. (1987 : 487-490) onderscheiden twee uiteenlopende geografische trends in België : enerzijds een toename van de scores voor sterfte aan tuberculose, levercirrose en hypertensie van noord naar zuid en anderzijds een toename van de scores voor sterfte aan longkanker, baarmoederkanker (lichaam en hals) en hypertensie van west naar oost. De noord/zuid-trend is des te opvallender wanneer tevens blijkt dat deze (tegen alle verwachtingen in) parallel loopt met bijvoorbeeld een toename van medisch-technische prestaties : meer medisch ingrijpen leidt niet tot minder vermijdbare sterfte.

In een medisch-geografische studie van kanker en ziekten van de bloedsomlopen toont Vrijens (1984) *morbiditeitsverschillen* aan naargelang de verstedelijkings-

graad en de geografische ligging van de woonplaats in de arrondissementen Antwerpen en Sint-Niklaas.

#### 4.1.3. Culturele gezondheidsverschillen

Inzake culturele gezondheidsverschillen vermelden wij de kenmerken etniciteit en taal. In onderzoek naar gezondheidsverschillen op basis van de etniciteit vormen vooral de Turkse en Marokkaanse migranten twee belangrijke bevolkingsgroepen.

Voor *sterfteverschillen* naar etniciteit verwijzen wij naar zeer recente cijfers uit Nederland (Van Poppel, 1991). Het Centraal Bureau voor Statistiek registreerde voor de periode 1977-1988 een sterfte onder kinderen jonger dan 14 jaar van Turkse en Marokkaanse afkomst die twee tot drie keer hoger ligt dan die onder Nederlandse kinderen. Infectieziekten en ziekten van de ademhalingsorganen zijn de voornaamste oorzaken van deze hogere sterfte. Bij de Turkse bevolkingsgroep boven de 50 jaar en bij de Marokkanen boven de 40 jaar ligt de sterfte evenwel lager dan bij de Nederlanders. Tot deze leeftijd blijft een duidelijke oversterfte bestaan ten opzichte van de Nederlanders.

Met betrekking tot *gezondheids- en ziekteverschillen* tussen autochtonen en allochtonen stellen wij vast dat het beschikbaar Belgische materiaal niet voldoet aan de eerder gestelde criteria inzake bruikbaarheid van de gescoorde gezondheidsindicatoren (zie punt 3 : informatie over ziekteverzuim, opname in psychiatrische ziekenhuizen, huisarts- en specialistconsultaties, medicatiegebruik, therapietrouw, prenatale consultaties, enz.... zijn in dit kader bijgevolg niet bruikbaar). Uit Nederlands onderzoek dat wel aan de vooropgestelde criteria beantwoordt, blijkt onder meer dat bij allochtonen meer angsten, gevoelens van depressie en slapeloosheid voorkomen dan bij autochtonen (Mak, Schrameyer, 1983). Turkse en Marokkaanse mannen noemen meer klachten met betrekking tot de spijsvertering en er wordt bij hen ook vaker een maagzweer geconstateerd dan bij Nederlanders (Avezaath, Lutjenhuis, 1986). Uit een onderzoek in Rotterdam blijkt dat bij Turken meer gezondheidsklachten voorkomen dan bij Nederlanders die in dezelfde buurt wonen. Dit resultaat wordt vooral veroorzaakt door de aanzienlijke verschillen in de ervaren gezondheid tussen oudere Turken en oudere Nederlanders. Bij jongeren is er nauwelijks een verschil tussen allochtonen en autochtonen (Uniken Venema, 1987).

Met betrekking tot de gezondheidsverschillen gebaseerd op taalkenmerken van de Belgische bevolking kan de taalgrens tussen Vlaanderen en Wallonië als scheidingslijn dienen. Hoewel hiermee meteen ook geografisch afgebakende gebieden ontstaan, loont het toch de moeite om dit cultureel verschil afzonderlijk te beschouwen. Lagasse e.a. (1986 : 901) beschouwen de taalgrens als de belangrijkste bron van culturele heterogeniteit t.o.v. gezondheid in België. De verschillen qua gezondheid gerelateerd aan de gesproken taal genieten relatief veel aandacht in België. De communautarisering en de mogelijke wijzigingen in de allocatie van middelen (zie onder andere Deleecq, 1991) zijn hieraan niet vreemd. Dit maakt dat geobserveerde gezondheidsverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië van meet af aan ook politieke implicaties hebben.

Van Houte-Minet en Wunsch (1978 : 43 e.v.) stellen een toenemende kloof vast in de *totale mortaliteit* bij mannen op basis van de woonregio : in het noorden leeft men relatief langer dan in het zuiden van België.

Het Belgisch hartziekte-preventie project, dat kadert in een Europese W.G.O.-studie, kwam tot de vaststelling dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen Vlaanderen en Wallonië. Uit een follow-up studie van 1972-1975 blijkt dat zowel de aanwezigheid van, als de *sterfte ten gevolge van hartaandoeningen* systematisch hoger liggen in het Franstalig landsgedeelte dan in Vlaanderen (Kornitzer, e.a., 1979 : 25 e.v.).

Deze gegevens werden recent bevestigd in het kader van de reeds eerder genoemde I.O.V.G.-studie. Kornitzer en Bara (1989b : 150 e.v.) constateren eveneens belangrijke verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië inzake *morbiditeit ten gevolge van hartaandoeningen*. Inwoners van Waalse provincies hebben volgens deze auteurs ca. 18% meer kans dan inwoners van Vlaamse provincies om binnen 5 jaar na het moment waarop het onderzoek werd aangevat, een hartinfarct te krijgen (al dan niet met dodelijke afloop).

Vlaanderen scoort evenwel niet op alle terreinen beter. Uit niet gepubliceerd cijfermateriaal voor 1988 van het Belgisch Werk Tegen Kanker (1991) blijkt bijvoorbeeld dat de gestandaardiseerde incidentieratio's voor *maag-, darm- en rectumkanker* (zowel voor vrouwen als voor mannen) in Vlaanderen significant hoger liggen dan in Wallonië.

#### 4.2. Sociale ongelijkheid ten aanzien van gezondheid op basis van socio-economische positie

De socio-economische gezondheidsverschillen (afgekort: SEGV) vormen de eigenlijke kern van het onderzoek naar sociale ongelijkheid en gezondheid. In vergelijking met de tot dusver behandelde verschillen naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en woonplaats, staat in deze benadering de notie 'ongelijkheid' - in de zin van een hiërarchische rangschikking - centraal.

Beroepsstatus, opleidings- en inkomensniveau zijn de traditionele indicatoren om SEGV aan te geven. Deze indicatoren worden in het onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en sociale ongelijkheid nu eens afzonderlijk, dan weer in een samengestelde SES-index (SES = socio-economische status) gehanteerd. Hierbij wordt de bevolking telkens ingedeeld in verschillende categorieën gaande van laag naar hoog. De gerelateerde gezondheidsindicatoren vertonen een parallelle gradatie van slecht naar goed.

Hoewel het begrip 'ongelijkheid' in alle onderzoeken naar SEGV centraal staat, wensen wij vooraf de aandacht te vestigen op het feit dat de inhoud en de sociale dimensies ervan in deze onderzoeken nauwelijks worden toegelicht.

Er bestaat een overweldigende hoeveelheid buitenlands onderzoeksmateriaal dat de SEGV in alle mogelijke aspecten illustreert. In tegenstelling tot onze buurlanden werd in België nauwelijks onderzoek verricht naar de relatie tussen kenmerken van socio-economische positie en de gezondheid. Laporte, Van Hecke en Berghmans (1981 : 51-53) schreven tien jaar geleden dat het beeld van de sociale ongelijkheid in België zéér onvolledig is : het N.I.S. publiceert bijvoorbeeld geen sterftecijfers uitgesplitst naar beroep; er ontbreekt een verantwoorde beroepenindeling; de beschikbare gegevens zijn hoogst onnauwkeurig en er kan geen beroepsgeschiedenis worden opgemaakt. Kortom België staat nergens met betrekking tot sterftecijfers ingedeeld naar beroep. Met betrekking tot morbiditeit melden dezelfde auteurs (Laporte, Van Hecke, Berghmans, 1981 : 99-104) dat er weinig systematische registratie gebeurt en dat bovendien een aantal potentialiteiten niet worden benut. Courant gebeurt een gelijkschakeling van behoeftenregistratie met morbiditeitsregistratie omdat een reëel en dynamisch beleidskader ontbreekt. In een recente publikatie over de relatie tussen sociale ongelijkheid en gezondheid in Europese landen stellen Aiach en Carr-Hill (1989 : 23, 31-32) vast dat er voor België nog steeds zeer weinig concreet cijfermateriaal voorhanden is. Zij dienen terug te grijpen naar een overzichtsartikel

uit 1979 (Wunsch, 1979), waarin de auteur overigens ook het gebrek aan Belgische onderzoeksgegevens aanklaagt. Wunsch (1990) herhaalt deze verzuchting - samen met voorstellen om de toestand te verbeteren- opnieuw in 1990! Een logisch gestructureerd en volledig beeld van SEGV is met andere woorden alleen mogelijk door veelvuldig gebruik te maken van buitenlands (in casu : Nederlands) materiaal.

Hoewel het schaarse Belgisch materiaal fragmentair en zeer onvolledig is, zullen wij de research van eigen bodem met extra aandacht vermelden. Hierbij dienen wij echter te wijzen op het feit dat de meeste Belgische onderzoeken niet zijn opgezet vanuit een directe interesse voor SEGV. Het onderzoeksdesign is niet a priori op SEGV-detectie of -verklaring gericht, zodat de resultaten uit (meestal) secundaire analyses zeer voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Wij behandelen achtereenvolgens de socio-economische ongelijkheid ten aanzien van sterfte, ziekte en gezondheid en situeren deze waar mogelijk meteen in samenhang met de hogervermelde bevolkingskenmerken. Deze werkwijze bevordert de ontwikkeling van een correct en meer genuanceerd beeld met betrekking tot de SEGV.

#### 4.2.1. Socio-economische ongelijkheid ten aanzien van sterfte

Uit grootschalig onderzoek in Nederland blijkt dat zowel mannen als vrouwen met een lager opleidings- of beroepsniveau een grotere sterftkans hebben dan deze met een hoger opleidings- of beroepsniveau (zie onder andere Kunst, Looman, Mackenbach, 1990 en ook Mackenbach, 1991 : 10-12). Zowel de *totale* als de *oorzaakspecifieke sterfte* hangen sterk samen met een aantal socio-economische indicatoren. Lagere SES-categorieën sterven momenteel significant meer aan maagkanker, suikerziekten, hartziekten, beroerten en verkeersongevallen, terwijl de hogere SES-categorieën dan weer betekenisvol meer sterven aan longkanker, borstkanker, prostaatcancer en vaatziekten. Voor mannen is dit verband meer uitgesproken dan voor vrouwen.

De sterftkansen zijn bovendien doorheen de tijd niet kleiner geworden. Integendeel. Er lijkt sprake te zijn van *een toenemende ongelijkheid*. De toename in socio-economische sterfteverschillen kan voornamelijk worden toegeschreven aan *wijzigingen in het sterfjepatroon* voor longkanker, ischemische hartziekten (waaronder hartinfarct), cerebrovasculaire aandoeningen (waaronder hersenbloedingen), suikerziekten en verkeersongevallen. Het relatief aandeel van de

lagere SES-categorieën in deze oorzaakspecifieke sterfte is met andere woorden toegenomen.

Los van deze grootschalige researchprojecten komen kleinere onderzoeken tot dezelfde conclusie : mannen met lagere beroepsniveaus (zie onder andere Van Reek, Van Zutphen, 1985), lagere inkomensniveaus (zie onder andere Mares e.a., 1988) en opleidingsniveaus (zie onder andere Doornbos, Kromhout, 1990) hebben relatief meer kans op vroegere sterfte dan mannen met hogere niveaus.

De KRIS (Kaunas Rotterdam Intervention Study) follow-up studie (1972-1983) bij 3.365 Rotterdamse mannen in de leeftijdsgroep van 45-59 jaar geeft meer inzicht in het verband tussen de socio-economische status, de woonplaats en de sterfte. Een laag beroepsniveau en een lage score voor een samengestelde SES-index (op basis van opleiding, huidig beroep, SES-niveau van de wijk, eerste beroep dat werd uitgeoefend vlak na afstuderen en beroep van de vader) blijken samen te hangen met een hogere totale sterfte. Bovendien wordt vastgesteld dat in wijken met een gemiddeld lage SES-score zowel de oorzaakspecifieke sterfte ten gevolge van kanker als de totale sterfte hoger is dan in wijken met een hoge SES (Appels e.a., 1990).

Van Oers en Teeuwen (1991) bestudeerden in een ander onderzoeksopzet ook sterfteverschillen tussen Rotterdamse buurten. Zij besluiten eveneens dat buurten met een gemiddeld lagere score op een SES-index (op basis van het aantal werklozen en uitkeringsgerechtigden, de deelname aan onderwijs door 17- tot 18-jarigen en het gemiddeld inkomensniveau van de buurt) een hogere sterfte kennen dan buurten met een hogere SES-score. Deze samenhang van een gemiddeld lagere SES en een hogere sterfte op buurtniveau blijft - ook na controle voor verschillende factoren - doorheen de tijd aanwezig.

Belgische gegevens over socio-economische sterfteverschillen vinden wij in een studie van Masuy-Stroobant (1983 : 391 e.v.). Uit haar onderzoek naar de *zuigelingensterfte* blijkt dat bepaalde ongunstige 'fysiologische' kenmerken (zoals hoge leeftijd van de moeder, hoge geboorterang van de baby en het eerder voorkomen van zuigelingensterfte) aanleiding geven tot zéér hoge risico's van zuigelingensterfte. Naast deze fysiologische kenmerken blijken ook een aantal 'sociale' variabelen (waaronder het beroep van de vader, de nationaliteit van de vader, buitenechtelijke zwangerschap, sociale positie van de moeder) de kans op zuigelingensterfte te determineren. Masuy-Stroobant stelt tevens een duidelijke samenhang vast tussen de fysiologische risicofactoren en een aantal ongunstige



sociale kenmerken van het gezin. De relatieve impact van de sociale variabelen is bovendien veel groter dan deze van de fysiologische variabelen, aangezien de eerste voor een veel grotere bevolkingsgroep gelden.

Masuy-Stroobant wijst verder op de uiterst hardnekkige aanwezigheid in alle analyses van het beroep van de vader als een van de belangrijkste verklarende variabelen. Tabel 1 geeft een overzicht voor België van de *perinatale sterfte* naar de beroepscategorie van de vader. Hoewel er in vijf jaar tijd een duidelijke vooruitgang is voor alle beroepscategorieën blijft er een aanzienlijk verschil bestaan tussen de verschillende beroepscategorieën. Wij merken tevens op dat in de categorie 'zonder beroep' de perinatale sterfte 2,5 keer hoger ligt dan bij de vrije beroepen.

Tabel 1. De perinatale sterfte per duizend geboorten in België naar beroepscategorie van de vader

Beroepscategorie	Periode	
	1974-1975	1980-1981
Vrije beroepen	13,4	8,9
Kaders, managers en onderwijzend personeel	17,5	10,6
Geschoolde arbeiders en landbouwers	20,5	12,3
Ongeschoolde arbeiders en handlangers	27,8	16,6
Zonder beroep	-	22,2

Bron : Masuy-Stroobant, 1988 : 58-59.

In haar historische analyse van de regionale verschillen wijst Masuy-Stroobant (1983 : 311 e.v.) tevens op de parallelle evolutie van de sociale ongelijkheid inzake zuigelingensterfte : mijnsluitingen en economische recessie van een regio gaan gepaard met slechtere socio-economische omstandigheden voor de inwoners en een hogere zuigelingensterfte.

Wunsch (1979) is van oordeel dat de significant hogere *levensverwachting* van de Vlaamse mannelijke bevolking tot op zekere hoogte te verklaren is door verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië in socio-economische kenmerken, zoals beroep en inkomensniveau. Inzake *oorzaakspecifieke sterfte* naar socio-economische positie, kunnen wij terugvallen op de eerder aangehaalde studie naar vermijdbare sterfte. Humblet e.a. (1987 : 491-492) onderzochten het verband tussen

geografische en socio-economische verschillen ten aanzien van de gezondheid. Zij bevestigen gedeeltelijk de stelling van Wunsch aan de hand van concrete onderzoeksresultaten met betrekking tot de oorzaakspecifieke sterfte ten gevolge van vermijdbare aandoeningen. De eerder vermelde geografische spreiding van vermijdbare sterfte vertoont een duidelijk verband met diverse socio-economische factoren: de toenemende sterfte van noord naar zuid ten gevolge van tuberculose, levercirrose en hoge bloeddruk gaat gepaard met een afname van het gemiddeld inkomen per streek, terwijl de toenemende sterfte van west naar oost aan longkanker, baarmoederkanker en hoge bloeddruk dan weer samenhangt met afnemende industriële bedrijvigheid en veroudering van het economisch potentieel van de streek.

Lagasse e.a. (1990 : 247) onderstrepen het belang van deze gegevens en besluiten dat een groot deel van de ongelijk verdeelde totale sterfte in België precies wordt gevormd door de vermijdbare sterfte. De statistisch meest discriminerende doodsoorzaken zijn duidelijk oververtegenwoordigd in gebieden waar de socio-economische omstandigheden bijzonder slecht zijn.

Over socio-economische sterfteverschillen op buurtniveau vinden wij informatie in de resultaten van het Monica-project te Gent. Het Monica-project concentreert zich voornamelijk op onderzoek van trends en determinanten van hart- en vaataandoeningen (Gutzwiller e.a., 1990 : 389). Uit voortgezette analyses op subregionale basis, welke evenwel nog moeten worden getoetst op een aantal methodologische criteria, zou blijken dat buurten met een hogere *sterfte ten gevolge van hartinfarcten* in grote lijnen overeenkomen met bevolkingseenheden die lager scoren op socio-economisch vlak (De Henauw, 1990 : 25).

#### **4.2.2. Socio-economische ongelijkheid ten aanzien van ziekte en gezondheid**

In Nederland zijn de laatste jaren tal van onderzoeken uitgevoerd die een verband leggen tussen lagere socio-economische status (inkomen en opleiding worden hiertoe het meest gehanteerd) en een aantal zeer uiteenlopende negatieve gezondheidsaspecten.

Om te beginnen zijn er de onderzoeksresultaten die een verband aantonen tussen SES en een aantal *biometrische kenmerken*. Lichaamslengte en -gewicht zijn makkelijk te bepalen objectieve maatstaven voor de algemene gezondheidssituatie van de betrokkene. Een lage SES wordt aldus in verband gebracht met een lager geboortegewicht en -lengte (Swinkels, 1989). Vooral de

gewichtsverschillen zijn substantieel : pasgeboren baby's van moeders met enkel een lagere schoolopleiding wegen gemiddeld 7% minder dan baby's van moeders met een voortgezette opleiding of universitair diploma.

Van Vliet (1989) wijst bij een onderzoek met 5.700 kinderen eveneens naar een verband tussen hun gestalte en de SES-categorie van hun vader. Deze verschillen worden evenwel in andere (kleinschaliger) onderzoeken niet bevestigd (zie onder andere Stolwijk e.a., 1990).

Er blijkt wel een eenduidige associatie te bestaan tussen de gestalte bij volwassen mannen en SES : mannen met een lagere schoolopleiding zijn bijna 5 cm kleiner dan mannen met een universitaire opleiding (Van Sonsbeek, 1985). Voor vrouwen blijken de verschillen iets minder uitgesproken te zijn (slechts 2,3 cm verschil).

Wat *morbiditeit* betreft is het merendeel van de Nederlandse studies gebaseerd op subjectieve gezondheidsinformatie verkregen via enquêtering van de betrokkenen. Naast het grootschalig Nederlandse gezondheidsonderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (C.B.S., 1988) vinden ook andere Nederlandse onderzoekers een duidelijk verband tussen SES en ziekte en gezondheid. Wij zetten de belangrijkste vaststellingen even op een rij.

Het aantal *chronische aandoeningen* neemt toe met dalende SES (zie onder andere C.B.S., 1988; Van den Bos, 1989). Zo komen bij lagere SES-categorieën relatief meer *chronische longontstekingen, hartaandoeningen, suikerziekten, rugklachten en reumatische aandoeningen* voor. Opvallend hierbij is dat deze chronische aandoeningen *niet alleen méér voorkomen* bij lagere SES-categorieën, zij treffen de betrokkenen *bovendien in ernstiger mate*. Casparie, Verhoeven en Van Ballegooie (1990 : 68-69) komen tot de conclusie dat bij lagere SES-categorieën een relatief slechtere algemene bloedsuikerspiegel en meer acute ontregelingen in de stofwisseling voorkomen. Noch de wijze van behandeling, noch het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen blijkt dit verschil te kunnen verklaren. De longitudinale Zutphen-studie, die over een periode van 25 jaar liep, stelt via medisch bevestigde informatie vast, dat lagere SES-categorieën een verhoogd relatief risico hebben op chronische a-specifieke long-aandoeningen (Heederik, e.a., 1990).

De C.B.S.-survey (1988) vindt (uit een uitgebreide lijst) slechts positieve associaties voor twee chronische aandoeningen: het aantal gevallen van sinusitis en chronische huidziekten neemt toe met toenemende SES.

Het aantal *gezondheidsklachten* dat wordt gerapporteerd, neemt toe met dalende SES (zie onder andere Uniken Venema, Hoogendijk, 1990 : 105-110).

De *algemene gezondheidssituatie* die de betrokkenen rapporteren wijst op een betere gezondheid in de hogere socio-economische groepen (zie onder andere C.B.S., 1988). Met betrekking tot de *ervaren lichamelijke beperkingen* wordt geconstateerd dat er een zéér groot verschil bestaat op basis van SES: personen met enkel een lagere school-opleiding, rapporteren drie keer meer 'ernstige tot zeer ernstige lichamelijke beperkingen' dan personen met een universitaire opleiding (C.B.S., 1990).

In verband met de morbiditeit en de gezondheid in relatie tot de socio-economische positie zijn omzeggens geen onderzoeksresultaten uit België aan te halen. De weinige onderzoeksgegevens zijn meestal niet eens van recente datum. Bovendien beantwoorden zelfs deze doorgaans niet aan de minimaal gestelde criteria betreffende de gezondheidsindicatoren voor sociaal ongelijkheidsonderzoek (zie punt 3).

In een onderzoek van het Verbond van Vlaamse Tandartsen stelt Goeminne (1984) vast dat kinderen uit lagere SES-groepen een slechtere *gebitstoestand* hebben dan kinderen uit hogere SES-groepen (2).

Prims, Quaethoven en Carpreau-Colla (1978 : 868) besluiten dat een lager opleidingsniveau leidt tot een hoger aantal *hospitalisaties* en een langere gemiddelde *opnameduur*.

In het Belgische onderzoek naar de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid (Dooghe, Vanden Boer, Van Loon, 1984 : 62) wordt vastgesteld dat met stijgend onderwijsniveau het aantal *gezondheidsklachten* afneemt. Deze vaststelling is in tegenspraak met het N.O.S.W.-onderzoek, volgens hetwelk een hogere SES gepaard gaat met meer gezondheidsklachten (N.O.S.W., 1978 : 256). Het verschil is wellicht te wijten aan het feit dat in het N.O.S.W.-onderzoek een open vraag werd gehanteerd terwijl Dooghe e.a. een beperkte checklijst hanteren. De kennis over gezondheidsproblemen gaat in het N.O.S.W.-onderzoek bijgevolg een belangrijke rol spelen in het aantal gerapporteerde klachten.

Met betrekking tot de differentiële morbiditeit naar socio-economische kenmerken in België kunnen wij ook terugvallen op een gedetailleerde studie die in 1981 werd uitgevoerd in drie Waalse streken (Lagasse, 1985). De studie wil determinanten en indicatoren van *gezondheid en ziekte rond de geboorte* analyseren. Uit dit onderzoek blijkt dat de morbiditeit rond de geboorte een gelijkwaardig socio-economisch patroon vertoont als de mortaliteit. Zowel op basis van een *subjectieve gezondheidsmeting* (evaluatie door de moeder van haar eigen gezondheid en die van haar baby) als op basis van *objectief feitenmateriaal* (duur en frequentie van hospitalisaties van moeder en/of baby, geboortegewicht en verblijf in couveuse) vallen substantiële verschillen op naargelang de socio-economische positie van de moeder (Lagasse, 1985 : 58-76). Zwangere vrouwen uit hogere SES-categorieën worden 2,5 keer minder gehospitaliseerd dan zwangere vrouwen uit lagere sociale categorieën. Het totaal aantal verblijfsdagen in een couveuse ligt voor baby's van moeders uit lagere SES-categorieën 4,8 keer hoger dan voor baby's van moeders uit hogere SES-categorieën. Ook na de geboorte blijven er merkbare verschillen bestaan. Moeders uit hogere SES-categorieën melden 2,5 keer minder dat hun baby ziek was in de eerste levensweken dan moeders uit lagere SES-categorieën. Ook tijdens de daaropvolgende maanden blijkt dat baby's van moeders uit hogere SES-categorieën 2,5 keer minder worden gehospitaliseerd dan baby's uit lagere SES-categorieën.

Zelfs na controle voor een hele reeks van demografische kenmerken (leeftijd, geboorterang, nationaliteit en gezinssituatie), gedragskenmerken (roken tijdens zwangerschap, werken tijdens zwangerschap, voorbereidingen op de geboorte, aard van kinderopvang) en medische kenmerken van de moeder (andere ziekten, algemene gezondheid van de moeder, miskraam in het verleden, hoge bloeddruk tijdens zwangerschap, grootte, gewicht voor en aangroei van gewicht tijdens zwangerschap) blijft een duidelijk SES-effect bestaan (Lagasse, 1985 : 95-135).

## 5. VERKLARINGSMODELLEN VOOR SOCIALE ONGELIJKHEID INZAKE GEZONDHEID

Uit voorgaand overzicht blijkt dat sociale ongelijkheid tot uiting komt in verschillende gezondheidsdimensies. Wij stellen ook vast dat de nadruk sterk wordt gelegd op descriptief onderzoek. Hier tegenover staat dat onderzoek naar mogelijke verklaringen van deze verschillen - ook internationaal - schaarser is.

Het descriptieve materiaal wijst grotendeels in éénzelfde richting, met name deze van een aanzienlijke sociale ongelijkheid ten aanzien van de gezondheid. Deze ongelijkheid komt zeer sterk tot uiting bij de SEGV: *lage socio-economische categorieën zijn er qua gezondheid beduidend slechter aan toe dan hogere socio-economische categorieën.*

In deze paragraaf gaan wij dieper in op de mogelijke oorzaken van deze SEGV. Vooraf evenwel een aantal methodologische bemerkingen. Uitdrukkelijk stellen wij ons de vraag in hoeverre er geen sprake is van schijnrelaties. Met andere woorden: bestaat er wel een echt verband tussen de socio-economische situatie en gezondheid of zijn er andere factoren in het spel die dit verband beter verklaren ('spurious correlation') en doorgaans over het hoofd worden gezien. Vervolgens is het zinvol om na te gaan of de gevonden verbanden tussen socio-economische positie en gezondheid wel een afspiegeling zijn van een reële situatie, dan wel in de hand worden gewerkt door de keuze van bepaalde meetinstrumenten of onderzoeksconcepten. Wij bespreken deze mogelijke 'artefacts' in het SEGV-onderzoek. Daarna stappen wij over naar de eigenlijke verklaringsmodellen voor SEGV. Hierbij staat de vraag naar oorzaak en gevolg in de SEGV centraal. In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende verklaringsmodellen. Wij bespreken beknopt twee schijnbaar tegengestelde modellen, met name de 'gezondheidsselectie'-hypothese en de 'sociale oorzaken'-hypothese. Welke bijdrage leveren zij tot de verklaring van de SEGV?

### 5.1. Schijnrelaties

De mogelijke samenhang van demografische, geografische en culturele kenmerken - zowel onderling als met de socio-economische positie - bemoeilijkt de interpretatie van onderzoeksresultaten over SEGV. Het is immers best mogelijk dat de geobserveerde relatie tussen een bepaald kenmerk en de gezondheid een schijnrelatie is en in feite wordt veroorzaakt door een andere kenmerk dat zeer sterk samenhangt met het eerste kenmerk en de werkelijke bepalende factor is voor de gezondheidssituatie.

Deze bedenking moeten wij zeker voor ogen houden bij de interpretatie van de socio-economische gezondheidsverschillen. De meeste onderzoeken naar SEGV zullen dit probleem trachten te omzeilen door een homogene onderzoeksgroep af te bakenen (bijvoorbeeld enkel mannen, een bepaalde leeftijdsgroep, geen etnische minderheden, één bepaalde woonregio,...). Deze keuze houdt evenwel

de beperking in dat over een mogelijke samenhang geen enkele informatie wordt verkregen. De vraag naar het relatief aandeel van elke verklarende variabele kan niet worden beantwoord.

Het merendeel van de onderzoeken naar SEGV werkt met standaardisatie naar leeftijd en geslacht : ook na correctie voor beide demografische variabelen blijven aanzienlijke SEGV bestaan. Hoe staat het echter met de andere variabelen ? Is er een zekere overlapping, versterking of afzwakking van deze factoren in hun relatie tot de gezondheidssituatie in het algemeen en tot de SEGV in het bijzonder ? Sporadisch vinden wij onderzoeken die aantonen dat bepaalde bevolkingskenmerken niet zonder meer mogen genegeerd worden bij SEGV. Zo is aangetoond dat het effect van bijvoorbeeld etniciteit (Marmot, Adelstein, Bulusa, 1984), juridische positie bij de geboorte en de burgerlijke staat (Macintyre, 1984) of van geografische differentiaties (Lagasse, 1985 : 77 e.v.) op de gezondheid niet altijd tot de socio-economische positie kan worden gereduceerd.

Samen met Macintyre (1986 : 399) wensen wij in dit verband te pleiten voor meer onderzoek dat al deze verschillende aspecten gelijktijdig bestudeert. In elk geval wordt hiermee nogmaals geïllustreerd dat sociale ongelijkheid ten aanzien van gezondheid vanuit een ruim gezichtsveld moet worden bestudeerd, waarbij de verschillende verklarende variabelen duidelijk afgelijnd en in hun onderlinge samenhang worden gedefinieerd.

## 5.2. 'Artefacts'

Bij het onderzoek naar SEGV kunnen de gevonden verbanden het gevolg zijn van zogenaamde 'artefacts'. Dit wil zeggen dat de wijze waarop de socio-economische situatie en de gezondheid worden gedefinieerd en gemeten, kan leiden tot foute onderzoeksresultaten en/of tot 'kunstmatig gecreëerde' associaties.

In dit verband wijzen wij op de betrekkelijke waarde van een constructie zoals 'beroepsstatus' of 'socio-economische status' (SES) als enkelvoudige, respectievelijk samengestelde indicator van de socio-economische positie.

Ondermeer Illsley (1988 : 311) wijst op de vaagheid van dit sociologisch meetinstrument. Doorgaans zijn de gebruikte meetschalen gebaseerd op de relatieve waardering die mensen toekennen aan een bepaald beroep. Het

aanzien of de prestige van het beroep (dit is een subjectief gegeven) is bepalend voor de classificatie. Wij mogen ook niet uit het oog verliezen dat het hier om een kunstmatig geordende constructie van categorieën gaat, die in de praktijk niet of nauwelijks te onderscheiden zijn.

Daarenboven stellen wij ons de vraag in hoeverre de studie van sociale ongelijkheid vanuit een gradueel statusconcept, ook effectief de reële bezits- en machtsverschillen in de maatschappij weerspiegelt. De structurele achtergrond van de SES-constructie wordt immers nergens echt hard gemaakt.

De nodige omzichtigheid is bovendien ook geboden bij de interpretatie van SES-gegevens, omdat hun inhoud afhangt van de tijdscontext en sociale context waarin ze worden gedefinieerd. Met betrekking tot de beroepsclassificatie merkt Illsley (1986 : 155-158) bijvoorbeeld op dat de tijdstrends van de SEGV voor sterfte geen weerspiegelingen hoeven te zijn van veranderingen in gezondheid en welzijn. Hij is van oordeel dat deze veeleer moeten worden toegeschreven aan de gewijzigde manier waarop de beroepscategorieën werden en worden ingedeeld. SES en beroepsstatus zijn met andere woorden concepten die doorheen de tijd evolueren.

Naast deze fundamentele bedenkingen ten aanzien van het gebruik van deze meetschalen, dient tevens te worden opgemerkt dat niet-actieven door deze benadering systematisch uit het onderzoek worden geweerd. Hierdoor wordt slechts een bepaald segment van de samenleving onderzocht. Heel andere meetinstrumenten zijn mogelijk. Carstairs en Morris (1989) hebben bijvoorbeeld een samengestelde index voor deprivatie per regio opgesteld, waarbij rekening werd gehouden met graad van overbevolking, werkloosheidsgraad, beroepscategorie en bezit van een wagen. Zij besluiten dat deze deprivatie-index een zinvol alternatief kan vormen voor de traditionele beroepsstatusclassificatie.

Met betrekking tot de gezondheidsmeting moet ook worden gewezen op de rol van fouten die in de verschillende fasen van het meetproces kunnen binnensluipen, en daardoor de resultaten beïnvloeden. Bloor, Samphier en Prior (1987) stellen vast dat niet te verwaarlozen fouten kunnen ontstaan bij het verzamelen van bijvoorbeeld oorzaakspecifieke sterftecijfers. Fouten kunnen optreden in het diagnoseproces van de doodsoorzaak, bij het opmaken van de overlijdensakte, bij de classificatie van de doodsoorzaken en in het coderingsproces. Er kunnen bovendien verschillen optreden tussen regio's. Moens e.a. (1986 : 927) wijzen bijvoorbeeld op het belang van regionale en provinciale



verschillen in diagnosestelling en/of codering van overlidensberichten bij de interpretatie van Belgische oorzaaksspecifieke sterftecijfers.

De diagnose van de doodsoorzaak of van een ziekte kan eveneens worden beïnvloed door de voorkennis van de diagnosesteller over de socio-economische positie, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat of etniciteit van de betrokkene (Macintyre, 1986 : 402). Morgan, Calnan en Manning (1985 : 213-214) spreken in dit verband over 'labeling' waardoor bijvoorbeeld diagnosestellers geneigd zijn om lagere socio-economische categorieën sneller geestelijk ziek te verklaren en omgekeerd hogere socio-economische categorieën sneller als coronair hartlijders te erkennen. Daarenboven kan de combinatie van verscheidene labels een diagnosestelling in een bepaalde richting sterk beïnvloeden.

Verskillende Belgische onderzoeken melden een grotere frequentie van psychische stoornissen bij migranten in vergelijking met de autochtone bevolking (Van de Mieroop, Peeters, De Muynck, 1989 : 15). De relatief grotere aanwezigheid van deze psychiatrische diagnose onder etnische minderheden kan evenwel wijzen op een grotere geneigdheid van de artsen om het gedrag van deze groepen als dusdanig te bestempelen. Louckx (1989 : 70) wijst in dit verband op de gebrekkige kennis bij autochtone zorgverleners van de Marokkaanse ziektebeleving waardoor de patiënt niet zelden onterecht het etiket 'verward' of 'simulant' krijgt opgeplakt. Onderzoek heeft intussen aangetoond dat artsen doorgaans sneller het label 'psychische stoornis' op allochtone dan op autochtone patiënten plakken (Littlewood, Lipsedge, 1982). Louckx (1990 : 482) onderscheidt drie kernproblemen in de huidige gezondheidszorg voor allochtonen : de nood aan meer kennis inzake de allochtone cultuur, de behoefte aan meer vaardigheid in het omgaan met allochtone patiënten en de vraag naar een attitude-verandering ten aanzien van deze laatsten.

Uit het voorgaande afleiden dat de relatie tussen socio-economische indicatoren en gezondheidsindicatoren louter kunstmatig zou zijn, is echter overdreven. *Er zijn té veel en té verscheiden onderzoeksresultaten die steeds tot dezelfde conclusies komen.* De artefact-benadering dwingt de onderzoeker wel tot voortdurende aandacht voor de begrippen die worden gehanteerd, de betekenis ervan en de manier waarop deze worden gemeten. Door rekening te houden met het voorkomen van labeling onder medici wordt de objectiviteit van bepaalde medisch gegenereerde gezondheidsinformatie terug in vraag gesteld.

### 5.3. Gezondheidsselectie-hypothese

De gezondheidsselectie-hypothese gaat ervan uit dat gezondheid geen gevolg maar oorzaak is van de socio-economische ongelijkheid. Met andere woorden : *de socio-economische situatie van een individu is mede het gevolg van zijn/haar gezondheidssituatie*. De socio-economische situatie is de afhankelijke variabele, terwijl de gezondheid één van de verklarende variabelen is. In feite kan men de gezondheidsselectie-hypothese als een bijzondere vorm van de sociale mobiliteitshypothese zien, waarbij wordt gezocht naar de mechanismen van sociale daling en stijging. Hogervernoemd verklaringsmodel beschouwt de gezondheid van een individu als een belangrijke factor die de kans op sociale mobiliteit beïnvloedt.

Schematisch kan dit als volgt worden weergegeven :

GEZONDHEID	---	>				SOCIO-
en andere	---	>	sociale mobiliteit	---	>	ECONOMISCHE
factoren	---	>				POSITIE

Alhoewel weinig studies over sociale mobiliteit gezondheid als verklarende variabele in hun model opnemen, zijn deze studies toch relevant om de grenzen aan te geven waarbinnen een gezondheidsselectie werkzaam kan zijn. Uit onderzoek blijkt dat het opleidingsniveau, het type van middelbare school en de materiële en culturele achtergrond van het gezin waarin men opgroeide, de belangrijkste factoren zijn die de kans op sociale mobiliteit bepalen (Halsey, Heath, Ridge, 1980). Blane (1985 : 429) stelt dat er slechts twee gezondheidsgerelateerde vormen van sociale mobiliteit bestaan die ten dele afbreuk doen aan deze basisfactoren. De gezondheidssituatie als kind kan de sociale mobiliteit bij de aanvang van de beroepsactiviteit beïnvloeden door het effect op het bereikte opleidingsniveau. Daarnaast kan een slechte gezondheid gedurende de laatste jaren van de beroepsactieve loopbaan tot neerwaartse mobiliteit leiden. Blane besluit hieruit dat de gezondheid slechts een vrij beperkte rol speelt in de sociale mobiliteit. Fox, Goldblatt en Jones (1985 : 1-8) onderzochten de rol van de gezondheidsgerelateerde sociale mobiliteit die plaatsvindt in de laatste levensjaren. Ook zij concluderen dat het effect van de gezondheidsselectie op de geobserveerde socio-economische verschillen eerder marginaal is.

In de meest recente literatuur wordt de rol van de gezondheidsselectie echter opnieuw meer beklemtoond. Östlin (1988) onderzocht de invloed van gezond-

heidsselectie op de volledige loopbaan. Hij stelt dat een bepaalde sociale mobiliteit resulteert uit het feit dat individuen met een slechtere gezondheid eerder werk met lage lichamelijke eisen zullen verrichten. Vagerö (1991 : 370) is van oordeel dat er ook een aanzienlijke gezondheidsgerelateerde 'vlucht' uit het arbeidscircuit weg bestaat. Dit gebeurt zowel tussen verschillende generaties als binnen eenzelfde beroepsactieve leeftijdsgroep. Hier zou het zogenaamde 'healthy worker effect' spelen, waardoor alleen de gezonde personen beroepsactief zijn en blijven. West (1991) sluit zich, na een secundaire analyse van verschillende onderzoeken, hierbij aan. Hij legt een verband tussen de gezondheidsselectie en de labelingtheorie.

Macintyre (1986 : 404) stelt vast dat de meeste onderzoeken naar gezondheidsselectie niet verder gaan dan het aantonen van een verband, en de vraag openlaten hoe dit selectieproces precies werkt. Hoe worden ongezonde mannen/vrouwen uitgesloten uit het arbeidscircuit en hoe verloopt het proces van sociale daling? Wat is de relatieve bijdrage van gezondheid in het proces van sociale mobiliteit? Deze vragen blijven onbeantwoord.

De meeste onderzoeken naar SEGV verwerpen trouwens de gezondheidsselectie-hypothese. Door het homogeniseren van de onderzoekspopulatie (3) voorkomt men vaak dat gezondheidsselectie als probleemstelling aan de orde komt.

#### 5.4. Sociale oorzaken-hypothese

De sociale oorzaken-hypothese is veruit het meest courante model dat wordt gehanteerd bij de verklaring van SEGV. Bij deze hypothese wordt ervan uitgegaan dat de socio-economische situatie van de betrokkene de gezondheid zal beïnvloeden. Hierbij is gezondheid de afhankelijke variabele die onder meer door de socio-economische situatie moet worden verklaard.

Schematisch wordt dit :

SOCIO-ECONOMISCHE POSITIE	----	>	
en	----	>	GEZONDHEID
andere factoren	----	>	

Vermits de socio-economische situatie beschouwd wordt als één van de oorzaken van de gezondheidssituatie, is het interessant om de aandacht te richten op de wijze waarop eerstgenoemde haar effect laat gelden. Via welke processen,

mechanismen vindt dit effect op de gezondheid plaats? Binnen de sociale oorzaken-hypothese zijn twee uiteenlopende invalshoeken ontwikkeld. Een eerste invalshoek concentreert zich op de mogelijke invloed van uiteenlopende culturele aspecten, gedragingen, opvattingen, levensstijlen en kennis op de gezondheid. Een tweede invalshoek wijst naar structurele factoren, omgevingskenmerken en materiële omstandigheden. Wij bespreken achtereenvolgens beide benaderingen.

#### 5.4.1. De 'culturele' visie

Dit verklaringmodel veronderstelt dat de SEGV het gevolg zijn van differentiaties in kennis, houding, opvattingen, gedragingen en levensstijl met betrekking tot de gezondheid. Deze variabelen hangen onderling nauw samen. Zo bepaalt bijvoorbeeld de waarde die men hecht aan de eigen gezondheid en de kennis over bepaalde ziektesymptomen, welke zorgenverstrekker wordt geraadpleegd en/of geneesmiddelen worden genomen en wanneer dit gebeurt. De medische consumptie wordt hierbij ook niet gezien als een gezondheidsindicator (zie punt 3) maar wel als onderdeel van het gezondheids- en ziektegedrag.

Een aantal risicogedragingen kunnen rechtstreeks of onrechtstreeks leiden tot een slechtere gezondheid. Zo worden bijvoorbeeld roken, overmatige alcoholconsumptie, te weinig lichaamsbeweging, overgewicht, het eten van te veel vetten, te weinig voedingsvezels of te weinig vitaminen, het gebruik van te veel geneesmiddelen, enz.... in verband gebracht met het ontstaan van ziekten zoals hart- en vaataandoeningen. Kennis over bijvoorbeeld het negatieve effect van risicogedragingen en het positieve effect van een gezonde voeding en gezonde levensgewoonten zullen hierbij een belangrijke rol spelen.

De culturele hypothese stelt dat deze kenmerken (dus: kennis, houding, opvattingen, gedragingen en levensstijl met betrekking tot de gezondheid) ongelijk verdeeld zijn over de verschillende socio-economische categorieën. Hierdoor zouden de geobserveerde SEGV kunnen worden verklaard. Als lagere socio-economische groepen meer risicogedrag vertonen, er een minder gezonde levensstijl op na houden en over weinig parate kennis inzake gezondheid beschikken, zal hun gezondheid daaronder lijden.

Schematisch wordt dit :

SOCIO- ECONOMISCHE POSITIE	---->	culturele aspecten van gedrag, levensstijl, kennis en houding	---->	GEZONDHEID
----------------------------------	-------	---	-------	------------

Enkele Belgische onderzoeken illustreren deze hypothese. In het kader van het Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen (N.O.S.W., 1978) over de eerstelijnsgezondheidszorg werd aangetoond dat in lagere SES-categorieën doorgaans vlugger naar een huisarts wordt gegaan dan in hogere SES-categorieën. Deze laatsten doen dan weer meer beroep op een specialist. Een lagere opleiding en een lager gezinsinkomen zouden gepaard gaan met een hoger geneesmiddelengebruik. Tenslotte hebben personen uit hogere socio-economische categorieën een betere medische kennis dan dezen uit lagere SES-categorieën.

Het onderzoek naar sociale indicatoren van de Vlaamse Gemeenschap (Berghman e.a., 1985 : 74-92) bestudeert onder meer het gebruik van een aantal gezondheidsvoorzieningen in relatie tot het inkomen en de beroeps categorie. Hieruit blijkt een relatief hoge participatie van de lage beroeps- en inkomens-categorieën in alle voorzieningen. Zoals het N.O.S.W. ook al aantoonde, komt vooral de huisartsconsultatie bij deze laatste categorieën veelvuldig voor, terwijl raadplegingen van tandarts en specialisten relatief meer aanwezig zijn bij hogere inkomens- en beroeps categorieën.

Dooghe, Vanden Boer en Van Loon (1984) onderzochten het gezondheidsgedrag, de gezondheidsopvattingen, het kennispeil inzake gezondheid en de risicogedragingen bij ongeveer 1.800 personen in Vlaanderen. Uit hun onderzoek komt naar voor dat lager geschoolden en arbeiders meer roken en er ook op jongere leeftijd mee beginnen. Zij vinden dat vooral de laagst geschoolden meerdere geneesmiddelen gebruiken en ook meer dan de andere categorieën bij de artsconsultatie een medicatievoorschrift verwachten. Een hogere opleiding leidt, volgens deze studie, tot een betere kennis inzake voeding. Tenslotte stellen zij vast dat een hoger onderwijs- en hoger beroepsniveau gepaard gaan met een grotere preventieve tandartsconsumptie, terwijl slechte tandverzorging meer voorkomt bij personen met een lager onderwijsniveau en een lagere beroeps-status (4).

Een bevestiging van een hoger geneesmiddelengebruik bij lagere socio-economische categorieën vinden wij ook in een totaal andere onderzoekscontext. Elseviers en De Broe (1986) hebben in 1983 een medico-sociaal profiel opge maakt van de patiënten met een analgetica nefropathie in zeven Belgische dialysecentra. Analgetica nefropathie is een specifieke vorm van nierinsufficiëntie die wordt geassocieerd met een langdurig, overmatig gebruik van samengestelde pijnstillers (5). Omdat van alle vormen van nierinsufficiëntie alleen de analgetica nefropathie beschouwd wordt als vatbaar voor primaire preventie, is een profielbepaling van de doelgroep uitermate belangrijk. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat lager geschoolden (84,7%) en arbeiders (61,3%) opvallend meer voorkomen in deze totale patiëntenpopulatie (Elseviers, De Broe, 1986 : 823-825).

Lagasse (1985 : 59-60 en 145-168) onderzocht de rol van kennis en opvattingen van de moeder bij het verklaren van het socio-economisch patroon van de morbiditeit rond de geboorte. Zwangere vrouwen uit hogere SES-categorieën blijken een meer positieve ingesteldheid te hebben ten opzichte van de zwangerschap en ook minder geneesmiddelen in te nemen dan zwangere vrouwen uit lagere sociale categorieën. Een positief gezondheidsbeeld (dit wil zeggen gezondheid is meer dan afwezigheid van ziekte) en een meer uitgesproken zelfstandige opstelling bij het gebruik van de gezondheidszorgen vindt men meer in de hogere SES-categorieën. Moeders uit lagere SES-categorieën daarentegen hebben veeleer een fysiologische opvatting (waardoor zij minder de psychologische en sociale aspecten van gezondheid benadrukken) en een fatalistische visie (met de nadruk op de eigen tekorten) op hun gezondheid. Lagasse stelt tevens dat lagere SES-categorieën de beperkingen ten gevolge van een ziekte meer in subjectieve termen (onwel voelen, zich slecht voelen) formuleren dan hogere SES-categorieën, terwijl deze laatste meer het gebruik van medische diensten aanhalen om hun ziekte te definiëren. Hogere SES-categorieën hechten meer belang aan persoonlijke hygiëne en eetgewoonten; lagere SES-categorieën beklemtonen vooral de woon- en werkomstandigheden, de immuniteit en de geregelde gezondheidscontroles. Lagasse (1985 : 216-217) besluit dat de 'gezondheidscultuur' niet willekeurig verdeeld is over de bevolking.

#### 5.4.2. De 'structurele' visie

In tegenstelling tot het vorige verklaringsmodel worden hier meer structurele omgevingskenmerken als verklarende variabelen gehanteerd. Hieronder rekent men een brede waaier van zowel materiële als psycho-sociale leef-, woon- en

werkomstandigheden. Met betrekking tot de woonomstandigheden zal men stilstaan bij vragen zoals: In welk type van woning verblijft men? Over hoeveel ruimte beschikt men? Hoe zit het met de warmte- en de vochtisolatie van de woning? Andere materiële levensomstandigheden betreffen onder meer de buurt waarin men woont, de kwaliteit van lucht, grond en water in de omgeving, de aanwezigheid van sportinfrastructuur. Ook de werkomstandigheden worden als relevant beschouwd. Verricht men zware lichamelijke arbeid? Is men blootgesteld aan gevaarlijke stoffen? Werkt men met onveilige toestellen? Naast de materiële leef-, woon- en werkomstandigheden zijn ook de psycho-sociale omstandigheden van groot belang. Hierbij denken wij onder meer aan de mate waarin men kan terugvallen op sociale netwerken uit zijn omgeving.

Heel wat van deze kenmerken hangen uiteraard nauw samen. Onderzoek naar de meest uiteenlopende materiële en psycho-sociale leef-, woon- en werkomstandigheden heeft aangetoond dat zij wel degelijk een effect hebben op de gezondheidssituatie. Met betrekking tot bijvoorbeeld de arbeidsomstandigheden kan worden gewezen op de talrijke beroepsziekten en arbeidsongevallen waarvan werknemers het slachtoffer zijn. Daarnaast zijn er nog tal van andere gezondheidseffecten in de werksfeer. Denken wij maar even aan de ongunstige gevolgen van onder andere de flexibilisering van de arbeid (Lendfers, Nijhuis, 1989), het gebrek aan zeggenschap over eigen werkinhoud (Siegrist, e.a., 1990), het verlies van werk en/of bedrijfssluiting (zie onder andere Hamilton e.a., 1990; Westin, 1990) of de duur van werkloosheid (zie onder andere Winnefield, Tiggemann, 1990; Stefansson, 1991).

De structurele hypothese gaat ervan uit dat de SEGV te verklaren zijn vanuit structurele verschillen op alle hogervermelde vlakken.

Het verklaringsmodel kan schematisch als volgt worden weergegeven:

SOCIO- ECONOMISCHE POSITIE	---->	aanwezigheid van structurele omgevingsfactoren	---->	GEZONDHEID
----------------------------------	-------	--	-------	------------

Heel wat onderzoek heeft aangetoond dat lage SES-categorieën relatief meer met ongezonde materiële en psycho-sociale leef-, woon- en werkomstandigheden worden geconfronteerd dan hoge SES-categorieën. Het bewijsmateriaal is overweldigend en betreft alle hogervermelde aspecten. Wij beperken ons hier - door afwezigheid van Belgische onderzoeksgegevens - tot Nederlands onderzoeks-materiaal.

In Nederland (CBS, 1984) werd vastgesteld dat personen uit lagere SES-categorieën beduidend meer worden geconfronteerd met 'zware' arbeid, blootstelling aan hinderlijke geluiden, afvalstoffen en gevaarssituaties dan werknemers uit hogere SES-categorieën. In lagere socio-economische categorieën komen meer financiële problemen, meer stressvolle situaties en meer problemen in de privé-sfeer voor dan in de hogere socio-economische categorieën.

Ander Nederlands onderzoek toont aan dat individuen uit lagere socio-economische categorieën met meer negatieve levensgebeurtenissen worden geconfronteerd en bovendien duidelijk minder met vrienden en kennissen over persoonlijke problemen kunnen praten (Mackenbach, 1991 : 37).

## 6. BESLUIT

Uit het beschrijvend materiaal kunnen wij zonder meer besluiten dat er vandaag nog steeds een aanzienlijke ongelijkheid bestaat ten aanzien van de gezondheid. Zoals in de inleiding vermeld, gaat onze aandacht uit naar gezondheidsverschillen op basis van ongelijke sociale posities. Dit betekent dat biologische gezondheidsverschillen nauwelijks of niet aan de orde zijn geweest. Een aantal van de besproken bevolkingskenmerken, zoals bijvoorbeeld leeftijd en geslacht, hebben ontegensprekelijk een biologisch karakter. De mate waarin deze kenmerken een effect hebben op de gezondheid is evenwel niet louter biologisch bepaald. Wij willen dit illustreren aan de hand van twee voorbeelden. Hoewel gezondheidsverschillen naargelang de leeftijd als evident worden aangezien, is het verkeerd om aan te nemen dat deze een zuiver fysiologische oorsprong zouden hebben. Ook de sociale aspecten van het ouder worden, beïnvloeden de gezondheid (Macintyre, 1986 : 397). Dooghe, Vanden Boer en Vanderleyden (1988 : 283-285) bevestigen de belangrijke impact van sociale contacten op het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van bejaarden. Bij gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen blijft eveneens de vraag in hoeverre het hier om (louter) biologisch dan wel om (ook) sociaal bepaalde verschillen gaat (Morgan, Calnan, Manning, 1985 : 234). Dat vrouwen bijvoorbeeld hun achterstand met betrekking tot longkankersterfte ten aanzien van mannen inhalen, heeft veel minder te maken met biologische factoren dan wel met de gewijzigde maatschappelijke sanctionering van rokende vrouwen (Wunsch, 1990).



Het is daarenboven belangrijk om na te gaan hoe de uiteenlopende sociale posities van een individu, gebaseerd op bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, etniciteit, burgerlijke staat en gezinstype, zich situeren ten opzichte van zijn/haar socio-economische positie. Bejaarden, vrouwen, etnische minderheden, alleenstaanden en personen uit onvolledige gezinnen bekleden doorgaans minder gunstige socio-economische posities in termen van maatschappelijke appreciatie, bezit en macht in onze samenleving. Met andere woorden: deze sociale posities zijn socio-economisch ongelijk verdeeld. De ongelijke gezondheidssituatie die gekoppeld is aan deze sociale posities is impliciet ook een (gedeeltelijke) afspiegeling van socio-economische gezondheidsverschillen. *SEGV kunnen in zekere zin worden gezien als een soort van grootste gemene deler van alle geobserveerde sociale gezondheidsverschillen.* Zicht op de precieze impact van de socio-economische positie kan alleen worden verkregen door gelijktijdig verschillende positioneringskenmerken in het SEGV-onderzoek op te nemen.

Wij zouden hier eveneens willen pleiten voor een integratie van de verschillende verklaringsmodellen in eenzelfde dynamisch model. In de eerste plaats moeten zowel de gezondheidselectie-hypothese als de sociale oorzaken-hypothese in eenzelfde onderzoeksconcept aan bod komen. Het gelijktijdig toetsen van beide hypothesen dient te gebeuren door middel van prospectief longitudinaal onderzoek. In plaats van beide te beschouwen als 'exclusieve' verklaringsmodellen, moet geïntegreerd onderzoek toelaten inzicht te verwerven in het relatief aandeel van de gezondheidsgerelateerde sociale mobiliteit aan de ene kant en van de invloed van diverse sociale factoren op de gezondheid aan de andere kant. Daarenboven laat deze aanpak toe om mechanismen en processen van wisselwerking tussen beide te detecteren.

Naast een integratie van de gezondheidselectie- en de sociale oorzaken-hypothese, moeten zowel gedragsculturele als materiële en psycho-sociale omgevingskenmerken in eenzelfde onderzoek worden opgenomen. Net als Ranchor, Sanderman en Van den Heuvel (1990: 122) menen wij dat de gedragsculturele en de structurele benadering niet van elkaar kunnen worden gescheiden. Ook hier is nood aan een geïntegreerd model. De eerste onderzoeksresultaten waarbij zowel gedragsculturele als structurele kenmerken worden geïntegreerd (zie bijvoorbeeld Lundberg, 1991), tonen niet alleen aan dat dergelijke modellen een grotere verklaringskracht hebben, maar tevens bijdragen tot een verdere nuancering van ons beeld over SEGV.

Wij kunnen dus besluiten dat het verfijnen van onze kennis over de wederzijdse processen zowel tussen socio-economische positie en gezondheid als tussen gedrag en omgevingsfactoren de belangrijkste opdracht is voor toekomstig onderzoek naar SEGV. Hierbij aansluitend, wensen wij de noodzaak te onderlijnen van het ontwikkelen van alternatieve maatstaven voor de traditionele indicatoren van socio-economische positie. Onderzoek waarbij ofwel verschillende alternatieve indicatoren gelijktijdig (Macintyre, West, 1991), ofwel samengestelde deprivatie-indicatoren worden getest (Wilkinson, 1986), leveren ongetwijfeld een essentiële bijdrage tot de ontwikkeling van een nieuw geïntegreerd verklaringsmodel.

Hopelijk mist België deze kans niet om de achterstand ten opzichte van onze buurlanden inzake onderzoek naar SEGV in te halen.

## VOETNOTEN

(\*) Met dank aan Erwin Bosman en Diane Van den Broeck voor hun commentaar op een eerdere versie van deze bijdrage.

(1) De focusverschuiving in het sociale ongelijkheidsonderzoek met betrekking tot de gezondheid loopt parallel met de evolutie binnen het medisch denkkader. Tot aan de ontdekking van de eerste antibiotica bleef de rol van de geneesheren eerder beperkt. De meest banale ziekte kon vrij snel tot de dood leiden. Gezondheid was toen veeleer synoniem voor niet sterven.

Het bestrijden van infectieziekten lag aan de basis van het biomedisch interventiemodel dat de moderne geneeskunde sinds begin deze eeuw kenmerkt. De invloed van de arts - niet alleen in de gezondheidszorg maar ook in de ganse samenleving - groeit hierbij zienderogen (zie onder andere Morgan, Calnan, Manning, 1985 : 22-37; Bosman, Louckx, 1988; Velle, 1991). Gezondheid is synoniem voor niet ziek zijn.

De meest geavanceerde medisch-technische apparatuur, allerhande invasieve technieken en de urgentiegeneskunde beletten evenwel niet dat een aanzienlijk deel van de bevolking te maken heeft met chronische aandoeningen die kunnen leiden tot een langdurige beperking van de dagelijkse activiteiten. Meer dan ooit heeft de geneeskunde vandaag nood aan een holistisch denkkader waarbij multi-disciplinair wordt samengewerkt en rekening wordt gehouden met alle lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten van gezondheid. Gezondheid is niet langer meer synoniem voor 'niet ziek zijn'. De levenskwaliteit wordt een belangrijke indicator van gezondheid.

- (2) De slechtere gebitstoestand (en/of tandverzorging) bij lagere socio-economische categorieën wordt in 1991 via een enquête bij een representatief staal van Vlaamse tandartsen opnieuw geïllustreerd. Deliens en Van Mechelen (1991) vonden een significant verband tussen de gerapporteerde sociale samenstelling van de praktijkpopulatie en de tandheelkundige prestaties. Het aandeel van de sociaal lagere categorieën in de patiëntenpopulatie correleert significant met het voorkomen van meer tandextracties en minder preventieve tandheelkundige activiteiten terwijl het aandeel van de sociaal hogere categorieën in de patiëntenpopulatie dan weer significant correleert met het voorkomen van meer preventieve en tandprothese-activiteiten en met minder tandextracties en minder conserverende tandverzorging.
- (3) Het homogeniseren van de onderzoekspopulatie gebeurt door personen waarbij sprake kan zijn van een zekere gezondheidsselectie uit het onderzoek te weren. Langdurig zieken, gehandicapten, personen die een arbeidsongeval hadden of een beroepsziekte hebben, zullen zelden in onderzoek naar socio-economische gezondheidsverschillen gelijktijdig met 'gezonde' personen worden opgenomen.
- (4) Zie voetnoot (2).
- (5) Voor een uitvoerige bewijsvoering van een oorzakelijk verband tussen misbruik van pijnstillers en het ontstaan van nierinsufficiëntie verwijzen wij naar Prescott (1982).  
In België is 18% van alle nierinsufficiënte patiënten te wijten aan een vorm van analgetica nefropathie (Bennett, De Broe, 1989 : 1270).

## BIBLIOGRAFIE

- Aelvoet, W. (1990) 'Mortinaliteit en zuigelingensterfte', Referaat op de studiedag : *Ontwikkelingen in verband met sterfte*. Brussel : Vereniging voor Demografie, 8 november.
- Aiach, P., R. Carr-Hill (1989) 'Inequalities in health : the country debate', pp. 19-72 in J. Fox (ed.), *Health Inequalities in European Countries*. Aldershot : Gowler.
- Appels, A., F. Otten, C. Mendes de Leon, F. Sturmans, P. Mulder, J. Schuurman (1990) 'De KRIS follow-up studie VII. Sociaal-economische status en gezondheid', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68 (7) : 298-305.
- Avezaath, J.J.M., J.T. Lutjenhuis (1986), 'Ulcus pepticum bij allochtone Nederlanders', *Huisarts en Wetenschap*, 29 : 218-219.

- Beckers, R.F. (1990) 'Recente evolutie van de zelfmoordsterfte. België 1980-1986', Referaat op de studiedag: *Ontwikkelingen in verband met sterfte*. Brussel: Vereniging voor Demografie, 8 november.
- Belgisch Werk tegen Kanker (1991) 'Gestandaardiseerde Incidentie Ratio's (SIR) van digestieve tumoren - 1988 (niet gepubliceerd cijfermateriaal van het Nationaal Kankerregister)', *schriftelijke mededeling door Mevr. Haelterman*, 16 mei.
- Bennett, W.M., M.E. De Broe (1989) 'Analgesic nephropathy- a preventable renal disease', *The New England Journal of Medicine*, 320 (19): 1269-1271.
- Berghman, J., H. Deleeck, E. De Smet, P. Janssens, R. Marynissen, L. Schulpen, E. Spiessens, R. Van Hoye (1985) *Sociale indicatoren van de Vlaamse Gemeenschap*. Brussel: C.B.G.S.-monografie nr. 2.
- B.I.R.N.H. (1989) The Belgian interuniversity research on nutrition and health, *Acta Cardiologica*, XLIV (2): 88-194.
- Black, D. (1980) *Inequalities in Health: Report of a research working group*. London: Department of Health and Social Security.
- Blane, D. (1985) 'An assessment of the Black Report's 'explanations of health inequalities'', *Sociology of Health and Illness*, 7 (3): 423-445.
- Blaxter, M. (1985) 'Self-Definition of Health Status and Consulting Rates in Primary Care', *Quarterly Journal of Social Affairs*, 1 (2): 131-171.
- Bloor, M., M. Samphier, L. Prior (1987) 'Artefact explanations of inequalities in health: an assessment of the evidence', *Sociology of Health and Illness*, 9 (3): 231-264.
- Bosman, E., F. Louckx (1988) *Gezondheidsbeleid anno 2000. Van een sectorale gezondheidszorg naar een geïntegreerd gezondheidsbeleid*. Onderzoek in opdracht van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, Gezondheidswetenschappen.
- Carr-Hill, R.A., G.F. Hardman, I.T. Russell (1987) 'Variations in avoidable mortality and variations in health care resources', *The Lancet*, april: 789-792.
- Carstairs, V., R. Morris (1989) 'Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales', *British Medical Journal*, 299: 886-889.
- Casparie, A.F., S. Verhoeven, E. Van Ballegooie (1990) 'Sociaal-economische status en behandeling van diabetes mellitus type II', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68 (2): 67-71.

- Centraal Bureau voor de Statistiek (1984) *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1983, kerncijfers*. 's-Gravenhage : Staatsuitgeverij.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1986) *Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1986*. 's-Gravenhage : Staatsuitgeverij.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1991) 'Demodata', *Demos - Bulletin over Bevolking en Samenleving*, 2 (14).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1988) *Nederlandse gezondheidsinterview-survey*. Den Haag : Staatsuitgeverij.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1990) *Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking 1986/1988*. 's-Gravenhage : SDU-Uitgeverij.
- De Henauw, S. (1990) 'Het Monica-project in Gent', pp. 19-30 in Referatenbundel van de Studiedag naar aanleiding van de installatie van de *Gentse Stuurgroep Healthy City Project en 5 jaar samenwerken aan gezondheid te Ledeborg*, Gent, 13 december.
- Deleeck, H. (ed.) (1991) *Sociale Zekerheid en Federalisme*. Brugge : Die Keure.
- Deliens, L., P. Van Mechelen (1991) *Onderzoek : Amalgaamafval en -hygiëne in de tandartsenpraktijk, lopend onderzoek*. Brussel : Vrije Universiteit Brussel, Gezondheidswetenschappen.
- Dooghe, G., L. Vanden Boer, F. Van Loon (1984) *Verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid*. Brussel : C.B.G.S. - Rapport nr. 63.
- Dooghe, G., L. Vanden Boer, L. Vanderleyden (1988) *De leefsituatie van bejaarden*. Brussel : C.B.G.S. - Monografie nr. 1.
- Doornbos, G., D. Kromhout (1990) 'Educational level and mortality in a 32-year follow-up study of 18-year-old men in the Netherlands', *International Journal of Epidemiology*, 19 (2) : 374-37.
- Ducpetiaux, E. (1844) *De la mortalité à Bruxelles, comparée à celle des autres grandes villes*. Brussel.
- Elseviers, M.M., M.E. De Broe (1986) '25 jaar analgetica nefropathie in België', *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 42 (12) : 819-826.
- Fox, J., O. Goldblatt, D. Jones (1985) 'Social class mortality differentials : artefact, selection or life circumstances ?', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 39 : 1-8.
- Goeminne, N. (1984) *De regionale, sociale en economische spreiding van tandheelkundige vraag en aanbod in 1979. Extrapolaties naar de jaren 80*. Gent : Verbond van Vlaamse Tandartsen.

- Gutzwiller, F., I. Gyarfás, J.L. Richmond, S. Sans, H. Tunstall-Pedoe, J. Tuomiletho, P. Ducimetiere (1990) 'Editorial', *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique- Epidemiology and Public Health*, 38 : 389-390.
- Halsey, A.H., A.F. Heath, J.M. Ridge (1980) *Origins and destinations : family, class and education in modern Britain*. Oxford : Clarendon Press.
- Hamilton, V.L., C.L. Broman, W.S. Hoffman, D.S. Renner (1991) 'Hard times and vulnerable people : initial effects of plant closure on autoworkers' mental health', *Journal of Health and Social Behaviour*, 31 : 123-140.
- Hansluwka, H.E. (1987) 'Measuring the health status of a population : current state of the art', *Population Bulletin of the United Nations*, 23/24 : 56-75.
- Heederik, D., H. Kromhout, J. Burema, K. Biersteker, D. Kromhout (1990) 'Occupational exposure and 25-year incidence rate of non-specific lung disease : The Zutphen Study', *International Journal of Epidemiology*, 19 (4) : 945-952.
- Holland, W.W. (1988) *European Community Atlas of Avoidable Death*. Oxford : Oxford Medical Publications.
- Humblet, P.C., R. Lagasse, G.F.G. Moens, H. Van de Voorde, E. Wollast (1986) *Atlas van de vermijdbare sterfte in België, (1974-1978)*. Brussel/Leuven : U.L.B./U.C.L..
- Humblet, P.C., R. Lagasse, G.F.G. Moens, E. Wollast, H. Van de Voorde (1987) 'La mortalité évitable en Belgique', *Social Science and Medicine*, 25 (5) : 485-493.
- Illsley, R. (1986) 'Occupational class, selection and the production of inequalities in health', *The Quarterly Journal of Social Affairs*, 2 (2) : 151-165.
- Illsley, R. (1988) 'Social equity and health in Europe', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66 : 310-314.
- Kornitzer, M., G. De Backer, M. Dramaix, C.H. Thilly, (1979) 'Regional differences in risk factor distributions, food habits and coronary heart disease mortality and morbidity in Belgium', *International Journal of Epidemiology*, 8 (1) : 23-31.
- Kornitzer, M., L. Bara (1989a) 'Clinical and antropometric data, blood chemistry and nutritional patterns in the Belgian population according to age and sex', *Acta Cardiologica*, XLIV (2) : 101-144.
- Kornitzer, M., L. Bara (1989b) 'Differences between north and south in coronary risk factors, food habits and mortality in Belgium', *Acta Cardiologica*, XLIV (2) : 145-155.

- Kunst, A.E., J.P. Mackenbach (1990) 'Ischemische hartziekte : van managers- tot volksziekte. Een overzicht van de bevindingen uit de internationale literatuur', pp. 29-49 in J.P. Mackenbach (red.), *Sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzocht, Deel II*. Reeks Sociaal-economische gezondheidsverschillen, nr. 7. Den Haag : Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Kunst, A.E., C.W.N. Looman, J.P. Mackenbach (1990) 'Socio-economic mortality differences in the Netherlands in 1950-1984 : a regional study of cause-specific mortality', *Social Science and Medicine*, 31 :141-152.
- Lagasse, R. (1985) *Les déterminants de la morbidité maternelle et infantile. Influence des facteurs sociaux, géographiques et culturels dans trois arrondissements wallons*. Thèse d'agrégation, Brussel : Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine.
- Lagasse, R., F. Kittel, M. Dramaix, H. Gheysens, G. De Backer, M. Kornitzer (1986) 'Ischemic heart disease and regional variations of socio-cultural characteristics in Belgium', *Social Science and Medicine*, 22 (9) : 901-913.
- Lagasse, R., P.C. Humblet, A. Lenaerts, I. Godin, G.F.G. Moens (1990) 'Health and social inequities in Belgium', *Social Science and Medicine*, 31 (3) : 237-248.
- Laporte, F., J. Van Hecke, F. Berghmans, F. (1981) *Naar een basisinformatie-systeem in de gezondheidszorg : een conceptuele, empirische en beleidsmatige benadering*. Brussel : Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen, Deel 1A, Programmatie van het Wetenschapsbeleid.
- Lendfers, M.L.G.H., F.J.N. Nijhuis (1989) *Flexibilisering van de arbeid en gezondheidseffecten*. 's-Gravenhage : O.S.A. - werkdocument nr. W66.
- Littlewood, R., M. Lipsedge (1982) *Aliens and alienists*. Harmondsworth, Middlesex : Penguin books.
- Louckx, F. (1989) 'De behoeften aan gezondheidszorgen van etnische minderheden in Vlaanderen en België : samenvatting van praktijk en onderzoek', pp. 65-75 in *Culturele identiteit en wederzijds begrip*. Referaten gehouden op het Colloquium georganiseerd door het Unesco-Centrum Antwerpen-Vlaanderen in samenwerking met de Universiteit Antwerpen, Antwerpen.
- Louckx, F. (1990) 'Gezondheidszorg voor allochtonen als organisatorische praxis', *Tijdschrift voor Sociologie*, 11 (5-6) : 467-493.
- Lundberg, O. (1991) 'Causal explanations for class inequality in health - an empirical analysis', *Social Science and Medicine*, 32 (4) : 385-393.
- Macintyre, S. (1984) *Marital status and pregnancy outcome : a research proposal*. Glasgow : MRC Medical Sociology Unit.

- Macintyre, S. (1986) 'The patterning of health by social position in contemporary Britain : directions for sociological research', *Social Science and Medicine*, 23 (4) : 393-415.
- Macintyre, S., P. West (1991) 'Lack of class variation in health in adolescence : an artefact of an occupational measure of social class ?', *Social Science and Medicine*, 32 (4) : 395-402.
- Mackenbach, J.P., G.F.G. Moens, R. Lagasse (1985) 'Verschillen tussen Nederland en België in door gezondheidszorg vermijdbare sterfte', *Gezondheid en Samenleving*, 6 (4) : 265-277.
- Mackenbach, J.P. (1991) 'Socio-economic differences in the Netherlands : a review of recent empirical findings', Referaat op het Symposium *Sociaal-economische gezondheidsverschillen*, Programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen in samenwerking met het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam : Erasmus Universiteit, 1 februari.
- Mak, C.D., F. Schrameyer (1983), *Migranten en Geestelijke Gezondheidszorg*. Utrecht : N.C.V.G.- reeks nr. 55.
- Mares, N.E.H.M., D.J.M. Aben, E.G. Schouten, F.J. Kok, C. Van der Heide-Wessel, R.M. Van der Heide (1988) 'Inkomen en sterfte; resultaten van 25 jaar vervolgonderzoek bij mannelijke Amsterdamse ambtenaren', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132 (24) : 1109-1113.
- Marmot, M.G., A.M. Adelstein, L. Bulusa (1984) *Immigrant mortality in England and Wales, 1970-78*, Studies on Medical and Population Subjects. London : OPCS, HMSO, 47.
- Marmot, M.G. (1986) 'Social inequalities in mortality : the social environment', pp. 21-33 in R.G. Wilkinson (ed.), *Class and Health. Research and longitudinal data*. London : Tavistock.
- Masuy-Stroobant, G. (1983) *Les déterminants de la mortalité infantile. La Belgique d' hier et d' aujourd' hui*. Louvain-la-Neuve : CIACO, U.C.L..
- Masuy-Stroobant, G. (1988) *Santé de l'enfant et inégalités sociales. Une enquête dans le Hainaut sur le comportement préventif des mères*, Rapport POLIWA 3. Louvain-la-Neuve : CIACO, U.C.L.
- McKeown, T. (1976) *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis*. London : The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Moens, G.F.G., R. Lagasse, P. Humblet, H. Van de Voorde, E. Wollast (1985) 'Evaluatie van de medische zorg in België via vermijdbare sterfte', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 63 (21) : 880-884.



- Moens, G.F.G., R. Lagasse, P. Humblet, H. Van de Voorde, E. Wollast (1986) 'Vermijdbare sterfte : een evaluatie-instrument van de gezondheidszorg in België ?', *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 42 (13) : 921- 931.
- Morgan, M., M. Calnan, N. Manning (1985) *Sociological Approaches to Health and Medicine*. London : Croom Helm.
- Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen (1978) *Eerstelijnsgezondheidszorg, 1H, Volume VIII, Rapport V: Vraag in de gezondheidszorg, Deel 4. De verklarende resultaten*. Brussel : Diensten van de Eerste Minister, Programmatie van het Wetenschapsbeleid.
- Östlin, P. (1988) 'Negative health selection into physically light occupations', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 42 : 152-156.
- Poor Law Commissioners (1842) *Report of an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. London : HMSO.
- Pocock, S.J., A.G. Shaper, D.G. Cook, A.N. Phillips (1987) 'Social class differences in ischaemic heart disease in British men', *The Lancet*, 25 juli : 197-201.
- Prims, A., P. Quaethoven, A. Carpreau-Colla (1977) 'Consumptie van ziekenhuiszorgen', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 8 : 817-885.
- Prescott, L.F. (1982) 'Analgesic nephropathy : a reassessment of the role of phenacetin and other analgesics', *Drugs*, 23, 75-149.
- Ranchor, A.V., R. Sanderman, W.J.A. Van den Heuvel (1990) 'An integrative approach to inequality in health : a longitudinal study encompassing SES, lifestyle, personality and health', *International Journal of Health Sciences*, 1-2 : 121-135.
- Registrar General (1849) *Ninth Annual Report of the Registrar General of Births, Deaths and Marriages in England*. London : HMSO.
- Registrar General (1864) *Supplement to the Twenty Fifth Annual Report of the Registrar General of Births Deaths and Marriages in England*. London : HMSO.
- Schepers, R., M. Smet, C. Van Wanseele (1985) 'Sociale ongelijkheid inzake ziekte, dood en gezondheidszorg', *Welzijnsgids-Organisatie*, IIE.1, mei, Sch. : 1-22.
- Siegrist, J., R. Peter, A. Junge, P. Cremer, D. Seidel (1990) 'Low status control, high effort at work and ischemic heart disease : prospective evidence from blue-collar man', *Social Science and Medicine*, 31 (10) : 1127-1134.
- Stefansson, C.-G. (1991) 'Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986', *Social Science and Medicine*, 32 (4) : 419-423 .

- Stolwijk, A.M., M.C. Ocke, C.C. Ter Haar Romeny-Wachter, E.G. Schouten (1990) 'Sociaal-ekonomische status, leefstijl en gezondheid in relatie tot lengte-naar-leeftijd bij 5- en 6-jarige kinderen', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 68 (19) : 366-370.
- Svensson, P.-G (1988) 'Disadvantaged groups : a challenge for health services', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66 (10) : 307-309.
- Swinkels, H. (1989) 'Geboortelengte en -gewicht', *Maandbericht Gezondheid*. 's-Gravenhage : C.B.S., 1 : 4-12.
- Uniken Venema, H.P. (1987), *De gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse Rotterdamers*. Rotterdam : G.G.D.
- Uniken Venema, H.P., J. Hoogendijk (1990) 'Gezondheidsverschillen in Rotterdam. Een secundaire analyse van onderzoeksmateriaal', pp. 93-118 in J.P. Mackenbach (red.), *Sociaal-ekonomische gezondheidsverschillen onderzocht*, Deel I, Reeks : Sociaal ekonomische gezondheidsverschillen onderzocht, nr. 4. Den Haag : Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Vagerö, D. (1991) 'Inequality in health - Some theoretical and empirical problems', *Social Science and Medicine*, 32 (4) : 367-371.
- Van de Mierop, E., R.F. Peeters, A. De Muynck (1989) *Hoe ziek zijn Ali en Fatima ? Onderzoek naar ziekte en gezondheid van vreemdelingen in Vlaanderen en Brussel. Een stand van zaken*. Antwerpen : ESOC - Publicatie nr. 21.
- Van den Bos, G.A.M. (1989) *Zorgen van en voor chronisch zieken*. Academisch proefschrift. Utrecht : Bohn, Scheltema & Holkema.
- Van Houte-Minet, M., G. Wunsch (1978) 'La mortalité masculine aux âges adultes. Un essai d'analyse régionale', *Population et Famille*, 43 : 37-68.
- Van Oers, J.A.M., J.H.M. Teeuwen (1991) 'Sociaal-ekonomische status en sterfteverschillen tussen Rotterdamse buurten', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 69 (3) : 55-60.
- Van Poppel, F.W.A. (1991) 'Sterfte onder jonge Turken en Marokkanen relatief hoog', *Demos - Bulletin over Bevolking en Samenleving*, 7 (4) : 25-27.
- Van Reek, J., W.M. Van Zutphen (1985) 'Sterfte naar sociale klasse bij volwassenen in Nederland sinds de negentiende eeuw', *Bevolking en Gezin*, 2 : 179-190.
- Van Sonsbeek, J.L.A (1985) 'Nederlanders gemeten en gewogen. Lengteverschillen en onder- en overgewicht bij de volwassen bevolking', *Maandbericht Gezondheid*. 's-Gravenhage : C.B.S., 6 : 5-17.

- Van Vliet, R.C.J.A. (1989) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen bij kinderen*. Rotterdam : Nederlands Economisch Instituut.
- Velle, K. (1991) *De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België*. Leuven : Kritak.
- Vrijens, N. (1984) *Medisch-geografische studie van de spreiding van kanker en ziekten van de bloedsomlooporganen in de arrondissementen Antwerpen en Sint-Niklaas*. Doctoraat. Antwerpen : RUCA.
- Vuylsteek, K. (1982) 'L'inégalité sociale devant la maladie et la mort', *Belgisch Archief*, 4 : 37-156.
- West, P. (1991) 'Rethinking the health selection explanation for health inequalities', *Social Science and Medicine*, 32 (4) : 373-384.
- Westin, S. (1990) 'The structure of a factory closure : individual responses to job-loss and unemployment in a 10-year controlled follow-up study', *Social Science and Medicine*, 31 (12) : 1301-1311.
- Wilkinson, R.G. (1986) 'Socio-economic difference in mortality : interpreting the data on their size and trends', pp. 1-20 in R.G. Wilkinson (ed.), *Class and health. Research and longitudinal data*. London : Tavistock.
- Willems, P. (1990) 'Ieder jaar een seizoen meer. Recente evolutie van de sterfte in België', Referaat op de studiedag : *Ontwikkelingen in verband met de sterfte*. Brussel : Vereniging voor Demografie, 8 november.
- Winnfield, A.H., M. Tiggemann (1990) 'Length of unemployment and psychological distress : longitudinal and cross-sectional data', *Social Science and Medicine*, 31 (4) : 461-465.
- World Health Organisation (1985) *Targets for Health for All, European Health for All Series 1*. Copenhagen : W.H.O. Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (1986) *Basic Documents*. Geneva : W.H.O.
- Wunsch, G. (1979) 'Differential mortality and cultural differences. A case study : Belgium', pp. 339-350 in *Proceedings of the Meeting on Socio-Economic Determinants and Consequences of Mortality*. Mexico City.
- Wunsch, G. (1990) 'Problems in Mortality Analysis', Referaat op de studiedag : *Ontwikkelingen in verband met de sterfte*. Brussel : Vereniging voor Demografie, 8 november.