



Methodologie





Methodologie

Inleiding

Om sociale ongelijkheden in gezondheid in kaart te brengen en om mogelijke trends in de tijd in te schatten, wordt in dit rapport gebruik gemaakt van de gegevens van de vier Gezondheidsenquêtes die tot op heden in België werden uitgevoerd, respectievelijk in de jaren 1997, 2001, 2004 en 2008. Gezien dit verslag het vijfde rapport is dat in het kader van de Gezondheidsenquête 2008 wordt gepubliceerd, wordt de nadruk vooral gelegd op de resultaten van 2008.

Ook in de vorige rapporten werd aandacht besteed aan de mogelijke samenhang tussen socio-economische status en gezondheid (gezondheidsstatus, leefstijl, medische consumptie, preventie,...). Voor elke gezondheidsindicator werden de resultaten immers voorgesteld in functie van het opleidingsniveau (het hoogste opleidingsniveau van het huishouden waartoe de respondent behoort) en werden de resultaten kort besproken.

Er werd geopteerd om een specifiek en meer uitgebreid rapport aan te maken waarin verder ingezoomd wordt op sociale ongelijkheden in gezondheid, waarbij de aandacht vooral uit zal gaan naar twee punten:

1. het bestaan van een echte sociale *gradiënt* in gezondheid (waarbij de aandacht niet enkel uitgaat naar mogelijke verschillen tussen diegenen die laag en hoog op de sociale ladder staan, maar waarbij ook de middenposities in de analyse worden betrokken)
2. de *evolutie* van sociale ongelijkheden in gezondheid. Een analyse van mogelijke verandering in sociale ongelijkheden in gezondheid doorheen de verschillende enquêtejaren is immers mogelijk gezien de gehanteerde methodologie (samenstelling steekproef, organisatie veldwerk,...) in de verschillende Gezondheidsenquêtes nagenoeg ongewijzigd is gebleven. Hoewel de gehanteerde vragenlijsten enkele wijzigingen hebben ondergaan (om beter aan te sluiten bij de wensen van de opdrachtgevers, maar ook om de gegevens zo goed mogelijk te kunnen vergelijken met de resultaten van buitenlandse gezondheidsenquêtes) is de meerderheid van de vragen onveranderd gebleven, waardoor een analyse van mogelijke veranderingen in sociale ongelijkheden in gezondheid mogelijk is.

Indicator voor socio-economische positie

De plaats van een individu in de socio-economische hiërarchie van een samenleving kan vanuit verschillende dimensies beschreven worden. In epidemiologisch onderzoek wordt vooral de nadruk gelegd op diens opleiding, tewerkstelling en inkomen. Elke dimensie verwijst naar een specifiek aspect van sociale stratificatie. Idealiter worden ze allen gebruikt bij een studie naar socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Op basis van de gegevens van de Gezondheidsenquête zou het mogelijk zijn zowel gegevens rond opleiding, tewerkstelling of inkomen in de analyse van sociale ongelijkheden te betrekken. Niettemin werd ervoor geopteerd enkel analyses in functie van het opleidingsniveau te rapporteren, vooral met het oog deze rapportage niet nodeloos complex te maken. De keuze het opleidingsniveau als indicator voor de sociale positie te hanteren heeft – in de context van gezondheid – bovendien heel wat voordelen, gezien het vooral het ‘kenniskapitaal’ van een individu weerspiegelt.



Kennis en kunde verworven door opleiding maakt mensen, bijvoorbeeld, meer ontvankelijk voor gezondheidsinformatie. Cognitieve capaciteiten aangeleerd en aangescherpt in de opleiding stelt mensen bovendien in staat potentiële gevaren van een specifieke leefstijl in te schatten en, zonodig, te werken aan een verandering ervan. De dimensie 'opleiding' weerspiegelt bovendien de materiële en intellectuele positie van de omgeving waarin het individu is grootgebracht. Een andere belangrijk (praktisch) voordeel om opleiding als geprefereerde indicator voor socio-economische positie te kiezen, is dat informatie over opleiding in principe voor iedereen kan worden verzameld.

Zoals dit ook het geval was voor de vorige rapporten, wordt ook hier geopteerd *het hoogste opleidingsniveau van het huishouden waartoe de persoon behoort* als indicator voor de socio-economische positie te hanteren. Hierbij werd het opleidingsniveau van de ouders (referentiepersoon en zijn/haar partner) vergeleken en het hoogste opleidingsniveau geselecteerd. De originele opleidingsvariabele werd gehercodeerd in vier opleidingscategorieën en dit op basis van een (vereenvoudigde) versie van de 'International Standard Classification of Education (ISCED)':

1. Geen of lager diploma (ISCED 1)
2. Lager secundair (ISCED 2)
3. Hoger secundair (ISCED 3+4)
4. Hoger onderwijs (ISCED 5+6).

Voor het berekenen van sommige parameters van sociale ongelijkheden (de Slope Index of Inequality en de Relative Index of Inequality – zie verder) wordt niet het opleidingsniveau in absolute termen gebruikt, maar de *relatieve* positie van elke opleidingscategorie in de opleidingshiërarchie. Het opleidingsniveau in absolute termen uitgedrukt, houdt geen rekening met de *grootte* van de verschillende opleidingscategorieën, terwijl bij het gebruik van het opleidingsniveau in relatieve termen de (veranderingen) in het aantal mensen dat over een specifiek diploma beschikt van belang is. Om deze relatieve positie te bepalen worden alle opleidingscategorieën gerangschikt van laag naar hoog. Door het rangschikken wordt een schaal gaande van 0 tot 100% gevormd, waarvan elke opleidingscategorie een aantal procenten in beslag neemt, proportioneel voor de grootte (aantal mensen) van elke opleidingscategorie. Wanneer resultaten doorheen de tijd vergeleken worden, is het via deze methode mogelijk rekening te houden met verschuivingen binnen de opleidingshiërarchie. Zo kan (bijvoorbeeld) ermee rekening gehouden worden dat de democratisering van het onderwijs ertoe geleid heeft dat het relatief aantal mensen zonder diploma of met slechts een lager diploma is afgenomen, terwijl het aandeel mensen met een diploma hoger onderwijs is toegenomen.



Hoe sociale ongelijkheden meten?

Er werd voor geopteerd in het rapport per geselecteerde indicator de volgende gegevens te berekenen om mogelijke sociale ongelijkheden in kaart te brengen:

1. De ruwe (gewogen) resultaten van de indicator

Per enquêtejaar worden de proporties voor elk opleidingsniveau voorgesteld. Deze informatie kan, wat de Gezondheidsenquête 2008 betreft, teruggevonden worden in de vorige rapporten, maar wordt hier aangevuld met gelijkaardige informatie afkomstig uit de vorige enquêtes. Deze parameter werd – per geslacht - aangemaakt voor het geheel van de bevolking.

"Bijvoorbeeld: 40% van de bevolking met een lagere opleiding schat hun gezondheid als 'slecht' in, terwijl het bij de bevolking met een hogere opleiding om 20% gaat."

2. De voor leeftijd (en geslacht) gecorrigeerde resultaten

Verschillen in de ruwe resultaten tussen de onderscheiden opleidingsniveaus kunnen (deels) te maken hebben met verschillen in de leeftijds- en geslachtsopbouw binnen elk opleidingsniveau. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat onder de laagst opgeleiden meer ouderen en vrouwen voorkomen dan onder de hoogst opgeleiden. Verschillen tussen de laagst en hoogst opgeleiden zouden dan niet zozeer te maken hebben met het opleidingsniveau, maar eerder met verschillen die samenhangen met leeftijd en/of geslacht. In de voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde resultaten wordt voor de impact van mogelijke verschillen in leeftijd- en geslachtsopbouw gecorrigeerd.

"Bijvoorbeeld: nadat rekening gehouden wordt met mogelijke verschillen in leeftijds- en geslachtssamenstelling, schat 30% van de bevolking met een lagere opleiding hun gezondheid als 'slecht' in, terwijl het bij de bevolking met een hogere opleiding gaat om 17%."

Een eerste indicatie voor het bestaan van sociale ongelijkheden in gezondheid kan worden bekomen door de ruwe dan wel de gecorrigeerde percentages per opleidingsniveau te vergelijken. Indien de geobserveerde verschillen blijven bestaan na correctie voor leeftijd en geslacht dan mag besloten worden dat deze verschillen niet uitsluitend te wijten zijn in verschillen in de leeftijds- en geslachtsopbouw binnen elk opleidingsniveau.

Om te besluiten dat de mogelijke verschillen tussen deze percentages significant zijn, dienen de betrouwbaarheidsintervallen mee in rekening gehouden te worden. We hebben gekozen de 95% betrouwbaarheidsintervallen te berekenen. Een eenvoudige interpretatie van deze intervallen is de volgende: gegeven eenzelfde methodologie en eenzelfde steekproefgrootte, zal in 95% van alle mogelijke gezondheidsenquêtes in België de waarde van de schatter (= het percentage per opleidingsniveau) tussen de onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval liggen. Het is mogelijk, op basis van deze intervallen, een eerste inschatting te kunnen maken of het verschil tussen twee opleidingsniveaus statistisch significant is: indien deze intervallen elkaar niet overlappen, is de kans groot dat het geobserveerde verschil significant is.



Daarnaast worden ongelijkheden berekend aan de hand van specifiek daartoe geëigende parameters. Alle parameters werden berekend op leeftijds- en geslachtsgecorrigeerde prevalenties met vermelding van het 95% betrouwbaarheidsinterval.

3. Odds Ratio (OR)

Een eerste parameter is de Odds Ratio (OR), die aangeeft wat het relatief verschil is in de prevalentie van een gezondheidsprobleem, een ongezonde leefstijl,.. indien men tot de laagste opleidingscategorie behoort in vergelijking met de hoogste opleidingscategorie. Bij benadering is het een associatiemaat die aangeeft hoeveel keer hoger (of lager) het risico is in de laagste opleidingscategorie dan in de hoogste opleidingscategorie. Een ratio van 1 betekent dat er geen verschillen zijn tussen beide groepen. Een ratio kleiner dan 1 betekent dat het risico hoger is bij diegenen met het hoogste opleidingsniveau, terwijl een ratio groter dan 1 erop wijst dat het risico hoger is bij diegenen met het laagste opleidingsniveau.

"Bijvoorbeeld: een Odds Ratio van 2,5 betekent dat het risico om de eigen gezondheid als 'slecht' in te schatten bij de laagst opgeleiden ongeveer 2,5 maal hoger is in vergelijking met de hoogst opgeleiden."

4. Population Attributable Fraction

Een tweede parameter wordt de Population Attributable Fraction of PAF genoemd en kan begrepen worden als de proportionele verandering van de algemene prevalentie van een gezondheidsprobleem, een ongezonde leefstijl,... die zou optreden in het hypothetisch geval dat de prevalentie in elk van de opleidingscategorieën dezelfde zou zijn als deze van toepassing in de hoogste opleidingscategorie. Het wordt berekend als het verschil tussen de prevalentie in de algemene bevolking en de prevalentie in de hoogste opleidingsgroep en uitgedrukt als een percentage van de prevalentie in de algemene bevolking.

"Bijvoorbeeld: een PAF van 0,25 betekent dat de prevalentie van het inschatten van de eigen gezondheid als 'slecht' in de gehele bevolking met 25% zou dalen indien de prevalentie van het inschatten van de gezondheid als 'slecht' voor alle opleidingscategorieën dezelfde zou zijn als deze van in de hoogste opleidingscategorie."

5. Gini-coëfficiënt

Een derde parameter is de Gini-coëfficiënt die gebaseerd is op de idee van de (dis-)proportionaliteit. Uitgangspunt is dat er sprake is van afwezigheid van sociale ongelijkheden, indien het aandeel van elke opleidingscategorie in de prevalentie van een gezondheidsprobleem, een ongezonde leefstijl,... proportioneel is met het aandeel van opleidingscategorieën in de bevolking. Indien, bijvoorbeeld, de distributie van de bevolking in drie opleidingscategorieën (laag, midden, hoog) respectievelijk 20, 30 en 50% is en indien in de steekproef 100 personen aangeven een bepaalde aandoening te hebben, dan zou – conform de verdeling volgens opleidingsniveau - 20 personen ervan behoren tot de laagste opleidingscategorie, 30 tot de middencategorie en 50 tot de hoogste categorie. In dit (hypothetisch) geval is de waarde van de Gini-coëfficiënt gelijk aan 0. Naarmate deze coëfficiënt afwijkt van 0, is er sprake van meer sociale ongelijkheid. Het wordt berekend als de ratio van de prevalentie van een gezondheidsprobleem, een ongezonde leefstijl,... in elke opleidingscategorie in verhouding tot de algemene prevalentie, gewogen door de proportie van de bevolking in elke opleidingscategorie.



"Bijvoorbeeld: een coëfficiënt van 9,8 betekent dat de prevalentie van het inschatten van de eigen gezondheid als 'slecht' in de verschillende opleidingscategorïeën slechts in beperkte mate (minder dan 10%) verschillen."

6. De Slope Index of Inequality (SII) en de Relative Index of Inequality (RII)

De twee laatste parameters; de Slope Index of Inequality (SII) en de Relative Index of Inequality (RII) worden samen besproken, omdat ze beiden gebaseerd zijn op de relatieve positie van elke onderwijscategorie. Via een regressie wordt dit gegeven gerelateerd aan een gezondheidsprobleem, een ongezonde leefstijl... De slope (hellingsgraad of stijgingspercentage) van de regressielijn drukt het verschil uit tussen de prevalentie van het gezondheidsprobleem, of van een ongezonde leefstijl bij diegenen op de bodem van de opleidingshiërarchie (opleidingsniveau = 0) en diegenen aan de top (opleidingsniveau = 1). Op te merken is dat deze posities hypothetische posities zijn. De SII is omgekeerd aan de slope. De RII is de verhouding tussen de (aan de hand van de regressie geschatte) prevalentie van het gezondheidsprobleem, of van een ongezonde leefstijl op de bodem van de opleidingshiërarchie (opleidingsniveau = 0) en de prevalentie aan de top ervan (opleidingsniveau = 1). Een RII kleiner dan 1 wijst op een lagere prevalentie bij de laagst opgeleiden in vergelijking met de hoogst opgeleiden, een RII groter dan 1 op het omgekeerd fenomeen.

"Bij voorbeeld: een SII van -0,20 betekent dat de prevalentie van het inschatten van de gezondheid als 'slecht' 20% lager is bij diegenen aan de top van de opleidingshiërarchie in vergelijking met diegenen aan de bodem van deze hiërarchie."

"Bijvoorbeeld: Een RII van 2,9 betekent dat de gemiddelde prevalentie van het inschatten van de gezondheid als 'slecht' 2,9 maal hoger ligt bij diegenen aan de bodem van de opleidingshiërarchie in vergelijking met diegenen aan de top van deze hiërarchie."

Hoe een mogelijke evolutie in sociale ongelijkheden in gezondheid meten ?

Voor de meeste in dit rapport besproken indicatoren, zijn resultaten aanwezig voor alle enquêtejaren (1997, 2001, 2004 en 2008). Om na te gaan of er (significante) trends in deze resultaten vast te stellen zijn, wordt een lineaire regressie doorheen de tijd toegepast. Een regressielijn werd berekend voor elke parameter gebruikt voor het nagaan van sociale ongelijkheden (Odds Ratio, Population Attributable Fraction, Gini-coëfficiënt, Slope Index of Inequality, Relative Index of Inequality) De slope van deze regressielijnen geeft de trend weer doorheen de tijd, d.i. de mogelijke veranderingen in sociale ongelijkheden in gezondheid tijdens de afgelopen 10 jaren.. Deze trend kan wijzen op een toename (positieve slope), een afname (negatieve slope) of kan erop wijzen dat er geen verandering is in de (geschatte) waarde van de indicator doorheen de tijd (in dit geval benadert de waarde van de slope de waarde '0'). De p-waarde geeft aan of de trend doorheen de tijd significant is .



Structuur van het rapport

Naast het methodologisch hoofdstuk, bestaat dit rapport uit 4 hoofdstukken die refereren naar de 4 rapporten die tot dusver in het kader van de Gezondheidsenquête 2008 werden gepubliceerd:

1. Gezondheidsstatus
2. Leefstijl en preventie
3. Medische consumptie
4. Gezondheid en samenleving

Voor elk hoofdstuk worden *enkele* gezondheidsindicatoren geselecteerd. Bij de selectie ervan werd ernaar gestreefd minimaal één indicator per module te behandelen waarvan verwacht wordt dat ze exemplarisch is voor de module in kwestie.

Voor elke geselecteerde gezondheidsindicator worden de volgende resultaten voorgesteld:

- een korte omschrijving van het concept waarnaar de indicator verwijst;
- de algemene prevalentie en de prevalentie per geslacht;
- de distributie van de indicator volgens opleidingscategorie (gebaseerd op de resultaten van de Gezondheidsenquête 2008): ruwe resultaten en voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde resultaten;
- de resultaten voor de verschillende parameters van sociale ongelijkheden (gebaseerd op de resultaten van de Gezondheidsenquête 2008);
- de (mogelijke) trends voor de verschillende parameters van sociale ongelijkheden doorheen de tijd.

Per indicator wordt een kort overzicht gegeven van de resultaten voor de verschillende parameters voor de algemene bevolking en per geslacht.

Op het einde van elk hoofdstuk worden voor alle gezondheidsindicatoren de distributie volgens opleidingscategorie gepresenteerd en dit voor alle enquêtejaren waarvoor resultaten aanwezig zijn. Telkens worden de 95% betrouwbaarheidsintervallen weergegeven.

Op het einde van het rapport worden voor alle gezondheidsindicatoren de volledige resultaten van de statistische analyse van sociale ongelijkheden in gezondheid opgenomen.