

de mos

Jaargang 37
Februari 2021

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

2

nidi

inhoud

- 1 Een andere kijk op langetermijntrends in de volksgezondheid
- 5 Hoge scheidingskans onder lager opgeleiden met een laag inkomen
- 8 Pensionering verbetert de vitaliteit, doorwerken is een ander verhaal



Foto: Erasmus MC.nl

Een andere kijk op langetermijntrends in de volksgezondheid

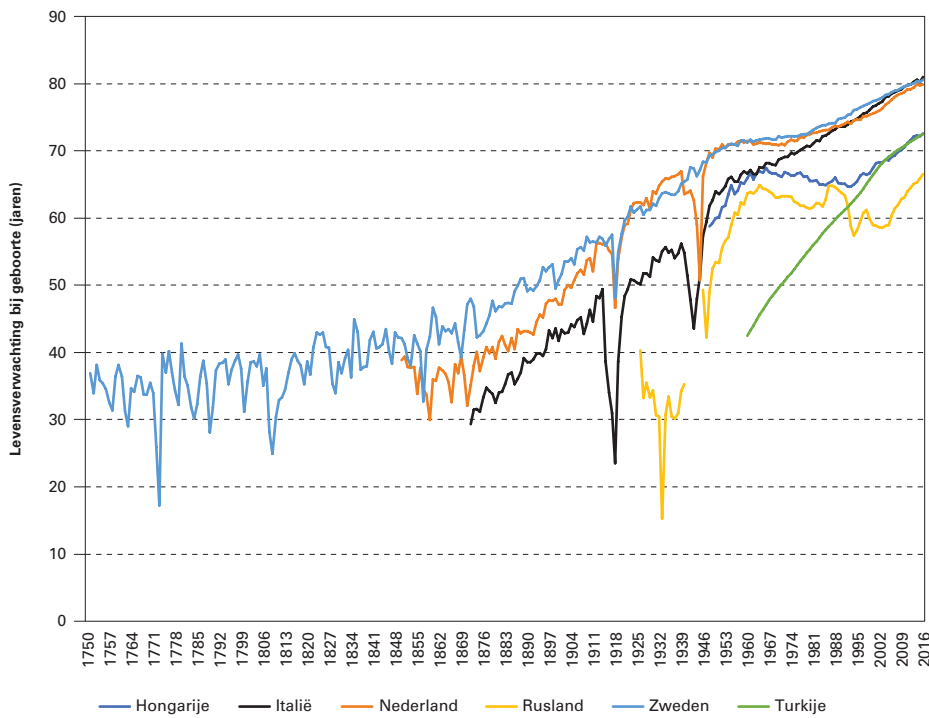
JOHAN MACKENBACH

Hoe kan het dat over de eeuwen heen de levensverwachting is gestegen? Volgens epidemiologen is die vooruitgang het gevolg van de vervanging van infectieziekten waaraan mensen veelal op jonge leeftijd overleden door chronische aandoeningen op latere leeftijd. In zijn afscheidsrede aan de Erasmus Universiteit stelt Johan Mackenbach dat het beter is om deze trends te zien als een opeenvolging van opkomende en neergaande ziekten, én als het onvermijdelijke bijproduct van sociale en economische ontwikkeling.

Weinig andere ontwikkelingen in de menselijke geschiedenis hebben ons leven zo sterk veranderd als de stijging van de levensverwachting. In veel Europese landen kan de ontwikkeling van de levensverwachting bij de geboorte worden gevolgd vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw, en daar zien we dat de levensverwachting sindsdien ruwweg is verdubbeld. Zo steeg in Nederland de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte van ongeveer veertig jaar toen naar ruim tachtig jaar nu (zie figuur, blz. 2). En niet alleen leven we langer, we leven ook veel langer in goede gezondheid dan onze voorouders in de negentiende eeuw.

De verklaring voor de enorme daling van het sterftecijfer die ten grondslag ligt aan deze toename van de levensverwachting is – hoe kan het anders – complex. Een in al zijn eenvoud aantrekkelijke theorie is echter die van de ‘epidemiologische transitie’. Deze theorie werd in de vroege jaren zeventig voorgesteld door de Egyptisch-Amerikaanse epidemioloog Abdul Omran (1925-1999), als nadere specificatie van het onderdeel ‘sterfte’ in de theorie van de ‘demografische transitie’. De theorie van de ‘demografische transitie’ verklaart de snelle groei van de bevolking gedurende de afgelopen twee eeuwen uit het feit dat de sterftecijfers eerder daalden dan de geboortecijfers. De hierop aansluitende theorie van de epidemiologische transitie verklaart de

Ontwikkeling van de levensverwachting bij geboorte (mannen) in Europa



Bron: Mackenbach (2020).

toename van de levensverwachting uit het feit dat de infectieziekten, die vooral gepaard gingen met sterfte op jonge leeftijd, werden ingeruild voor chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker, waaraan we voornamelijk op latere leeftijd overlijden. In Omrans theorie bestond deze transitie uit drie fasen: het “tijdperk van pestilentie en hongersnood”, het “tijdperk van afnemende pandemieën”, en het “tijdperk van degeneratieve en door de mens veroorzaakte ziekten”.

Inderdaad is er in de geschiedenis van de mensheid een opmerkelijke opeenvolging van ziekten geweest die opkwamen en vervolgens weer neergingen, zelfs op een veel uitgebreidere schaal dan Omran heeft opgemerkt. In een soort ‘Echternach processie’ werden steeds een paar stappen vooruit gedaan, wanneer enkele ziekten afnamen, en

dan weer een paar stappen terug, wanneer weer nieuwe ziekten opkwamen. De ontwikkeling van de levensverwachting hing daarmee af van de balans tussen afnemende en opkomende ziekten.

In deze bijdrage zal ik dit fenomeen van opkomst-en-neergang van ziekten wat systematischer bespreken, inclusief de implicaties voor de theorie van de epidemiologische transitie.

Opkomst en neergang van ziekten

Van 43 ziekten of andere gezondheidsproblemen kan de lange-termijntrend in Europa worden gereconstrueerd, aan de hand van schriftelijke verslagen van tijdgenoten (vóór de negentiende eeuw) of aan de hand van cijfermatige gegevens (vooral over sterfte, voor de meeste landen vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw, maar soms ook al eerder). Dan blijkt, dat bij tenminste 34 ziekten een patroon van opkomst-en-neergang te zien is geweest (zie tabel blz. 3). Terwijl sommige ‘stijgingen-en-dalingen’ zich over vele millennia uitstrekten, duurde het voor andere slechts twee decennia om zich te ontploffen. Sommige ziekten bereikten hun hoogtepunt in de zeventiende of achttiende eeuw, andere deden dat in de negentiende of twintigste eeuw. Weer andere stijgen nog steeds en zullen hopelijk in de toekomst gaan dalen. In veel gevallen weten we ook de oorzaken, en meestal hing zowel de opkomst als de neergang van een ziekte samen met sociaaleconomische ontwikkelingen.

Als gevolg van een onvermoeibare drang naar sociaaleconomische verbetering en de daarmee samenhangende gedragsveranderingen, wordt de mensheid voortdurend geconfronteerd met nieuwe ziekterisico's. Omdat een hoger ontwikkelingsniveau echter ook een hogere levensstandaard en een groter vermogen om ziekten te beheersen met zich meebrengt, nemen deze ziekterisico's na verloop van tijd weer af – om helaas vaak te worden vervangen door nieuwe ziekterisico's. Een aantal voorbeelden kunnen dit het beste illustreren.

De opkomst van infectieziekten zoals dysenterie en andere darminfecties begon waarschijnlijk met de komst van de landbouw in het Neolithicum (rond 6500 voor Christus in Europa). Hetzelfde geldt overigens voor hongersnood, die waarschijnlijk minder voorkwam bij jager-verzamelaars dan bij landbouwers die afhankelijk waren van de teelt van een beperkt aantal gewassen. Nog een andere ziekte van landbouwers is malaria, dat ooit endemisch was in Europa, zelfs tot boven de poolcirkel.

Vanaf de achttiende eeuw werd malaria teruggedrongen, als gevolg van drainage van moerassen, betere voeding, gebruik van kinine, en veel later ook van gerichte bestrijdingscampagnes, onder meer met DDT. Ook ziekten als pest en vlektyfus waren al vóór de negentiende eeuw op hun retour, als gevolg van onder meer cordon sanitaires (in het geval van pest) en verbeterde persoonlijke hygiëne (in het geval van vlektyfus).

Door de industrialisatie en urbanisatie van Europa kwamen vervolgens weer nieuwe ziek-

De triomf van de dood (uitsnede schilderij van Pieter Bruegel de Oude).

Afbeelding: Wikimedia Commons



ten op, waaronder tuberculose. De geschiedenis van deze ziekte is bekend geworden door het werk van Thomas McKeown, die liet zien dat de daling van tuberculose in Engeland al lang voor de introductie van antibiotica was begonnen. Hij concludeerde daaruit dat medische zorg minder belangrijk is geweest voor de stijging van de levensverwachting, dan veel mensen in zijn tijd dachten. Inmiddels weten we echter veel meer, en kunnen we de opkomst en neergang van tuberculose in meerdere Europese landen volgen. De neergang kwam waarschijnlijk niet primair door betere voeding, zoals McKeown dacht, maar vooral door menselijk ingrijpen, in de vorm van opsporing en isolatie van patiënten, betere woon- en werkomstandigheden, pasteurisatie van melk, en uiteindelijk ook antibiotica.

Niet alleen tuberculose, ook al die andere ziekten die met deze fase van sociaaleconomische ontwikkeling samenhangen, raakten uiteindelijk op hun retour. Dat gold voor darminfecties als cholera en buiktyfus, voor kinderziekten als kinkhoest en difterie, voor voedingsdeficiënties als pellagra en rachitis, voor de ziekten die tot moeder- en zuigelingensterfte leidden, enzovoort. In veel gevallen hebben bij die teruggang maatregelen op het gebied van de publieke gezondheidszorg een doorslaggevende rol gespeeld, maar werden die mogelijk gemaakt door algemene vooruitgang op sociaaleconomisch, cultureel, politiek en wetenschappelijk vlak.

De ziekten van industrialisatie en urbanisatie werden echter ingeruild voor weer nieuwe ziekten, die opnieuw vaak samenhangen met sociaaleconomische ontwikkelingen, in de vorm van een sterk toegenomen welvaart en de daarmee verband houdende productie- en consumptiepatronen. Na de Tweede Wereldoorlog ontstonden in heel Europa ernstige epidemieën van ischermische hartziekte, diabetes, diverse vormen van kanker en verkeersongevallen. Evenals malaria en tuberculose zijn ook dit in zekere zin ‘ziekten van de vooruitgang’. Kanker is hiervan een goed voorbeeld. Veel vormen van kanker zijn in de loop van de twintigste eeuw sterk toegenomen door veranderingen in leefomstandigheden en gedrag, als gevolg van wat we meestal als vooruitgang zien. Denk aan de grootschalige, industriële productie van veel wat goed voor ons is, maar ook van sigaretten, alcoholische dranken, en asbest, die kanker veroorzaken. En denk aan uitstel van het krijgen van kinderen, zodat er tijd is voor het volgen van een hogere opleiding, maar ook het risico op borstkanker toeneemt. Ook de toegenomen levensverwachting speelt een rol, omdat met het vorderen van de leeftijd de risico’s op kanker cumuleren.

Gelukkig is bij kanker het keerpunt gepasseerd, althans wat de sterfte betreft, mede dankzij vroegere opsporing en betere behandeling. Bij ischermische hartziekte – een groep hartaandoeningen die onder meer het acute hartinfarct omvat – en verkeersongevallen is niet alleen de sterfte maar ook de incidentie sterk gedaald, door bestrijding van risicofactoren op hart- en vaatziekten zoals roken, hoge bloeddruk en een hoog cholesterol-

Opkomst en neergang van ziekten in Europa, in volgorde van begin van neergang			
Gezondheidsprobleem	Opkomst en neergang?	Start van opkomst [a]	Start van neergang [b]
Oorlogsdoden	Opkomst en neergang	Voor 4300 v.Chr.	16 ^{de} eeuw [c]
Homicide (moord en doodslag)	Alleen neergang	n.v.t.	16 ^{de} -17 ^{de} eeuw
Pest [d]	Opkomst en neergang	1347	17 ^{de} eeuw
Vlektyfus	Opkomst en neergang	Laat-15 ^{de} eeuw	17 ^{de} eeuw?
Hongersnood	Opkomst en neergang	6500 v.Chr. [e]	18 ^{de} eeuw
Pokken	Opkomst en neergang	6 ^{de} eeuw	18 ^{de} eeuw
Malaria	Opkomst en neergang	16 ^{de} eeuw	18 ^{de} eeuw
Cholera	Opkomst en neergang	1829-1837	1846-1860
Darminfecties [f]	Opkomst en neergang	6500 v.Chr. [e]	Midden-19 ^{de} eeuw
Tuberculose	Opkomst en neergang	18 ^{de} eeuw	Midden-19 ^{de} eeuw
Kraakvrouwenkoorts	Opkomst en neergang	18 ^{de} eeuw	Midden-19 ^{de} eeuw
Zuigelingensterfte	Alleen neergang	n.v.t.	Laat-18 ^{de} - Laat-19 ^{de} eeuw
Kinder-infectieziekten [g]	Opkomst en neergang	18 ^{de} eeuw	Laat-19 ^{de} eeuw
Pellagra [h]	Opkomst en neergang	18 ^{de} eeuw	Laat-19 ^{de} eeuw
Rachitis	Opkomst en neergang	17 ^{de} eeuw	Laat-19 ^{de} eeuw
Syfilis	Opkomst en neergang	Laat-15 ^{de} eeuw	Vroeg-20 ^{ste} eeuw
Pneumociniose	Opkomst en neergang	19 ^{de} eeuw	Vroeg-20 ^{ste} eeuw
Pneumonie (longontsteking)	Alleen neergang	n.v.t.	Vroeg-20 ^{ste} eeuw
Maagkanker	Opkomst en neergang	19 ^{de} eeuw?	Vroeg-20 ^{ste} eeuw
Influenza	Opkomst en neergang	16 ^{de} eeuw	1918-1919
Struma	Alleen neergang	n.v.t.	1920-1930
Peptisch ulcus	Opkomst en neergang	Laat-19 ^{de} eeuw	1930-1950
Appendicitis	Opkomst en neergang	Laat-19 ^{de} eeuw	1930-1950
Doodgeboorte	Alleen neergang	n.v.t.	1940-1950
Suicide	Opkomst en neergang	18 ^{de} eeuw	1920-1990
Ischemische hartziekte	Opkomst en neergang	Vroeg-20 ^{ste} eeuw	1970-1980
Beroerte [i]	Opkomst en neergang	Vroeg-20 ^{ste} eeuw	1970-1980
Dikke-darmkanker	Opkomst en neergang	Vroeg-20 ^{ste} eeuw?	1970-1980
Verkeersongevallen	Opkomst en neergang	Vroeg-20 ^{ste} eeuw	1970-1980
Longkanker	Opkomst en neergang	1930-1940	1970-1990 [j]
Levercirrose [k]	Opkomst en neergang	1950-1960	1970-2010
Borstkanker	Opkomst en neergang	Laat-19 ^{de} eeuw?	1980-1990
Prostaatkanker	Opkomst en neergang	Eerste helft 20 ^{ste} eeuw?	1980-2000
Aids	Opkomst en neergang	Vroeg- 1980s	Ca. 1995
Mesothelioom	Alleen opkomst	1970-1980	n.v.t.
Diabetes mellitus type II	Alleen opkomst	Midden-20 ^{ste} eeuw	n.v.t.
Dementie [l]	Alleen opkomst	1970-1980	n.v.t.
Depressie	Trend onbekend	n.v.t.	n.v.t.

Noten: n.v.t. = Niet van toepassing. (a) Periode waarin de ziekte in Europa (vermoedelijk) begon toe te nemen. (b) Periode waarin de ziekte in Noordwest-Europa begon af te nemen. (c) Piek in de frequentie van oorlogen (niet van oorlogsdoden). (d) Alleen de tweede pandemie. (e) In Europa begon de eerste landbouw rond 6500 v.Chr. (f) Dysenterie, buiktyfus, paratyfus. (g) Roodvonk, mazelen, kinkhoest, difterie. (h) Pellagra kwam vrijwel uitsluitend in Zuid- en Zuidoost-Europa voor. (i) Trend betreft alleen de ischermische variant van beroerte. (j) Neergang voor mannen. (k) Er is mogelijk een eerdere cyclus van ‘opkomst-en-neergang’ geweest in de 19^{de} eeuw. (l) Trend voor sterfte, geen bewijs voor toename in voor leeftijd gestandaardiseerde prevalentie.

Bron: Mackenbach (2020).

gehalte, respectievelijk een scala aan maatregelen op het gebied van de verkeersveiligheid. Bij verschillende andere ziekten, zoals diabetes en dementie, is zo’n omslag echter nog niet in zicht.

Eén, twee of veel epidemiologische transitities?

Hoewel de theorie van de epidemiologische transitie is blijven hangen in de demografische en epidemiologische literatuur, was al snel duidelijk dat Omran’s karakterisering van langetermijnveranderingen in de volksgezondheid niet helemaal klopte. Zo typeerde hij de verschuiving in ziektepatronen als een verschuiving van infectieziekten naar “degeneratieve en door de mens veroorzaakte ziekten”. Deze vaag-moralistische benaming is echter geen geschikt label voor de doodsoorzaken die de infectieziekten hebben vervangen.

Hoewel hart- en vaatziekten en kankerziekten van middelbare en oudere leeftijd zijn, weten we immers dat ze niet primair worden veroorzaakt door leeftijd-gerelateerde biologische aftakelings-

processen, maar voornamelijk exogene oorzaken hebben. Daarmee verschillen ze niet van de infectieziekten in voorgaande eeuwen, die ook voornamelijk exogene oorzaken hadden. Hoewel veel van deze exogene oorzaken, zoals roken en beroepsmatige blootstelling aan asbest, maar ook verkeersongevallen, met menselijk gedrag samenhangen, was dat natuurlijk ook bij de overdracht van infectieziekten al het geval.

Een ander probleem betreft het veronderstelde eindstadium van de epidemiologische transitie. Het toeval wil dat juist toen Omran zijn theorie publiceerde, in veel landen een nieuwe snelle daling van het sterftecijfer begon. Deze was vooral het gevolg van een ommekeer in de trend van ischemische hartziekten, hoewel ook een afname van andere doodsoorzaken, zoals verkeersongevallen, een rol speelde.

Men heeft lang geworsteld met de vraag hoe deze hernieuwde sterftedaling in de theorie van de epidemiologische transitie moest worden ingepast. Sommigen meenden dat dit een vierde fase was, het “tijdperk van uitgestelde degeneratieve ziekten”, zo genoemd omdat ten onrechte werd gedacht dat de sterfte door hart- en vaatziekten niet werkelijk was gedaald maar slechts verschoven naar oudere leeftijden.

Een andere verrassing was dat al snel bleek dat infectieziekten niet waren verdwenen, maar integendeel met hernieuwde kracht leken terug te keren. Na 1970 kwamen nieuwe infectieziekten zoals aids en recent COVID-19 op, kwamen sommige oude ziekten weer op als gevolg van het falen van de infectieziektebestrijding – zoals tuberculose – en werden sommige andere infectieziekten moeilijker te bestrijden vanwege antibioticaresistentie, zoals in het ziekenhuis opgelopen stafylokokkeninfecties. Om de verwarring nog groter te maken, werd voorgesteld dit ofwel als een vijfde fase van de epidemiologische transitie te bestempelen, dan wel als een geheel nieuwe epidemiologische transitie te beschouwen.

Een systematische analyse van de lange-termijnonwikkeling van ziekten leert echter, zoals we hierboven hebben gezien, dat de verbetering van de volksgezondheid die de theorie van de epidemiologische transitie probeert te beschrijven, een continu én heterogeen fenomeen was. Continu in de zin dat er nauwelijks scheidslijnen zijn aan te geven: in de loop der eeuwen gingen steeds weer nieuwe ziekten op hun retour. Heterogeen in de zin dat over die hele periode van meerdere eeuwen zowel infectieziekten als niet-infectieziekten op hun retour gingen, zonder duidelijke verschillen naar type ziekte.

Met enige goede wil zou men naar achterliggende oorzaken een onderscheid kunnen maken in ‘ziekten van pre-industriële samenlevingen’, zoals pest, malaria en vlektyfus, die al vóór het midden van de negentiende eeuw op hun retour gingen; ‘ziekten van industrialiserende samenlevingen’, zoals tuberculose, kinkhoest en rachitis, die vóór het midden van de 20^{ste} eeuw op hun retour gingen; en ‘welvaartsziekten’, zoals ische-

mische hartziekte, longkanker en aids, die pas ná het midden van de twintigste eeuw op hun retour gingen, of nog steeds aan het stijgen zijn.

De laatste decennia van de negentiende eeuw en de eerste helft van de twintigste eeuw waren zeker bijzonder, in die zin dat veel van de toen belangrijke doodsoorzaken snel en gelijktijdig afnamen, en zorgden voor een zeer snelle toename van de levensverwachting. Die neergang betrof echter een heterogene verzameling van ziekten: niet alleen infectieziekten, maar ook voedingsdeficiënties, stoflonen, en diverse andere ziekten die met industrialisatie en urbanisatie samenhangen. Bovendien gingen andere infectieziekten ook al eerder, of pas korter geleden op hun retour.

Conclusie

Het ontbreken van evidente scheidslijnen met eerdere en latere perioden, en de vrijwel continue opeenvolging van ziekten die in de afgelopen eeuwen aan hun neergang begonnen, maakt duidelijk dat het concept ‘epidemiologische transitie’ ons maar beperkt verder helpt in ons begrip van wat er in het verleden is gebeurd. Het is vruchtbaarder om langetermijntrends in de volksgezondheid te zien als het resultaat van een opeenvolging van opkomende en neergaande ziekten, en als het onvermijdelijke bijproduct van menselijke ontwikkeling. Eén ding is zeker: nieuwe ziekten zullen ons onaangenaam blijven verrassen.

Noot: Dit artikel is een bewerking van (een deel van) mijn afscheidscollege als hoogleraar Maatschappelijke gezondheidszorg aan het Erasmus MC op 23 oktober 2020.

Johan Mackenbach, Erasmus MC,
e-mail: j.mackenbach@erasmusmc.nl

LITERATUUR:

- Mackenbach, J.P. (1994), The epidemiologic transition theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(4), pp. 329-332.
- Mackenbach, J.P. (2020), *A history of population health. Rise and fall of disease in Europe*. Leiden & Boston: Brill | Rodopi.
- McKeown, T. (1976), *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Olshansky, S.J. en A.B. Ault (1986), The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Quarterly*, 64(3), pp. 355-391.
- Olshansky, S.J., B.A. Carnes, R.G. Rogers en L. Smith (1998), Emerging infectious diseases: the fifth stage of the epidemiologic transition? *World Health Statistics Quarterly*, 51(2-4), pp. 207-217.
- Omran, A.R. (1971), The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, pp. 509-538.

Een 17^{de}-eeuwse pestmeester of snaveldokter in beschermend kostuum. (Afbeelding: Wellcome Images)



Hoge scheidingskans onder lager opgeleiden met een laag inkomen

RUBEN VAN GAALEN & NIELS KOOIMAN

Een recessie zet de inkomens van veel huishoudens onder druk. Vooral mensen met een lager onderwijsniveau hebben een grotere kans werkloos te worden en een inkomensdaling mee te maken. We laten zien dat een laag inkomen vooral de kans verhoogt dat niet-hoogopgeleiden, of ze nu kinderen hebben of niet, uit elkaar gaan. Vooral ongehuwde ouders met een lage of middelbare opleiding en een relatief laag inkomen scheiden vaker dan hoogopgeleide stellen waar het qua inkomen tegenzit.

Voor veel mensen is een stabiele partnerrelatie belangrijk en weerspiegelen trouwen en ouderschap hun toewijding aan hun relatie. Getrouwde stellen en mensen die samen een kind krijgen hebben zeker in de eerste 10 tot 15 jaar van de relatie een veel kleinere kans om uit elkaar te gaan. Daarnaast blijken relaties tussen ongehuwde lager opgeleide ouders veel kwetsbaarder dan die van ongehuwde hoogopgeleide ouders. Lager opgeleide mensen zijn meer geneigd uit elkaar te gaan. Waar ongehuwd samenwonen en vooral ongehuwd ouderschap vroeger vooral voorkwam bij hoogopgeleiden zijn dit tegenwoordig ook gangbare opties geworden voor laag- en middelbaar opgeleiden. Maar als zij hiervoor kiezen, gaat dit gepaard met relatief hoge scheidingskansen. Zowel het ouderschap als het huwelijk verkleinen de kans op (echt)scheiding, maar dit geldt sterker voor hoogopgeleiden dan voor lager opgeleiden.

De vraag is in hoeverre de verschillen naar opleiding wat betreft de kans op scheiding verklaard kan worden door verschillen in inkomen binnen de opleidingsgroepen. Zijn relaties van lager opgeleiden vooral kwetsbaar als het gezinsinkomen relatief laag is? In dit artikel onderzoeken we daarom wat de invloed van het inkomen is op de scheidingskansen voor verschillende opleidingsgroepen. Het is bekend dat een lager inkomen gemiddeld meer stress oplevert binnen relaties en dat dit de kans vergroot dat stellen uit elkaar gaan. Mensen met een lagere opleiding verdienen gemiddeld genomen minder maar hebben vooral ook minder mogelijkheden een loongroei mee te maken dan hoger opgeleiden. Ze hebben door hun arbeidsmarktpositie ook meer kans op een verslechterende of stagnerende financiële situatie, bijvoorbeeld door werkloosheid. Bovendien hebben ze meestal minder financiële buffers (spaargeld, financiële ondersteuning van de eigen ouders) om tegenslagen op te vangen. Dit zal stressvoller zijn en hun partnerrelaties meer onder druk zetten dan onder hoogopgeleiden. De verwachting is dan ook dat een laag inkomen vooral de scheidingskans zal verhogen onder niet-hoogopgeleiden.

De onderzoekspopulatie

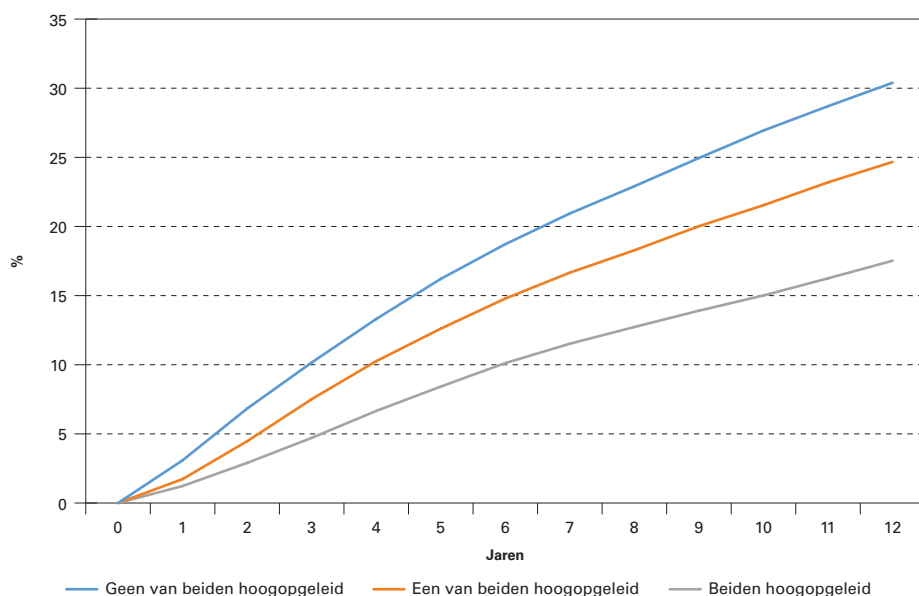
De onderzoekspopulatie bestaat uit 85.502 stellen, die in 2003 ongehuwd of gehuwd zijn



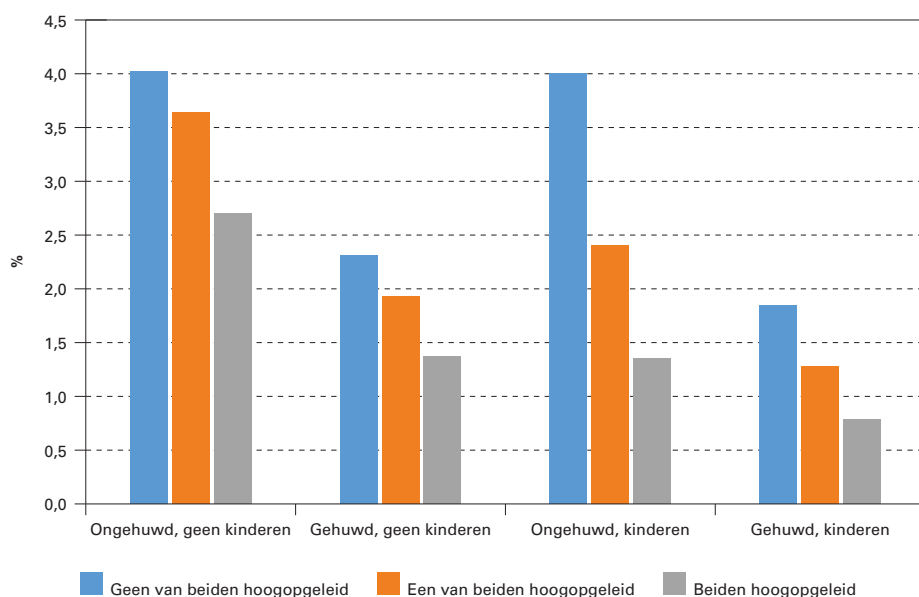
Foto: Etienne / Flickr

gaan samenwonen en die maximaal 12 jaar zijn gevolgd. Voor ieder jaar worden de kansen geschat dat stellen uit elkaar gaan gegeven hun achtergrondkenmerken (zoals het huishoudensinkomen, het leeftijdsverschil tussen de partners, de migratieachtergrond van de partners, of de ouders van de partners zijn gescheiden, of de partners al kinderen hadden uit eerdere relaties, het type eigendom van de woning en de stedelijkheid en de godsdienstigheid van de woongemeente). Wat betreft het onderwijsniveau van beide partners wordt onderscheid gemaakt tussen hoogopgeleiden (met een afgeronde wo- of hbo-opleiding) en lager opgeleiden (lager dan hbo). Deze tweedeling is door datarestricties het maximaal haalbare om op relatieniveau zinvol onderwijsniveauegegevens te combineren (zie kader voor meer informatie). Een relatie wordt als ontbonden beschouwd wanneer partners niet langer geregistreerd staan op hetzelfde adres. Dat betekent dat de datum van officiële echtscheiding in het geval van een huwelijk niet in acht wordt genomen. De juridische procedure van een echtscheiding kan immers een lange periode bestrijken en het moment van vertrek uit het gezamenlijke huis is een meer accurate indicator voor het einde van de relatie.

Figuur 1. Cumulatief percentage stellen die uit elkaar zijn gegaan in de eerste 12 jaar na het begin van het gaan samenwonen in 2003, naar opleidingsniveau van de partners



Figuur 2. Aandeel relaties dat gemiddeld jaarlijks eindigt in een scheiding in de eerste 12 jaar na het gaan samenwonen in 2003, naar huishoudenssituatie en opleidingsniveau van de partners



De koppels worden in drie groepen worden onderverdeeld: (1) beiden laag-/middelbaar opgeleid, (2) één laag-/middelbaar opgeleid, één hoogopgeleid en (3) beiden hoogopgeleid (zie kader voor meer informatie over deze indeling). Het inkomen is het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen, verdeeld in vijf kwintielen (vijf groepen van gelijke omvang; 20%). We hebben dit apart gedaan voor de drie opleidingsgroepen omdat de onderliggende inkomensverdelingen nogal afwijken.

Opleidingsniveau

Hoogopgeleiden gaan minder vaak uit elkaar dan lager opgeleiden (figuur 1). Van de stellen met twee hoogopgeleide partners was na 12 jaar 18 procent uit elkaar. Relaties van twee niet-hoogopgeleide partners eindigden in 30 procent van de gevallen in de eerste 12 jaar in een scheiding. De meeste stellen gaan uit elkaar als zij nog ongehuwd samenwonen en nog geen kinderen hebben, veelal aan het begin van de relatie. Samenwoonrelaties lijken door veel mensen gezien te worden als testfase, waarin vooral nog geen grote beslissingen zoals trouwen of een kind krijgen worden genomen. Als stellen na 12 jaar nog bij elkaar zijn, dan zijn zij veelal getrouwd (71 procent) en hebben zij meestal kinderen (77 procent). Slechts 9 procent van de stellen woont na 12 jaar nog ongehuwd samen zonder kinderen.

Daarnaast valt op dat het effect van het opleidingsniveau het zwakst is in de fase dat stellen nog ongehuwd samenwonen (figuur 2). De samenhang tussen het opleidingsprofiel van het stel en de scheidingskans is het sterkst als stellen ongehuwde ouders zijn. Zo is de gemiddelde kans dat ongehuwde ouders waarvan beide partners niet-hoogopgeleid zijn in de eerste 12 jaar na het gaan samenwonen uit elkaar gaan 4 procent per jaar, tegenover slechts 1,3 procent per jaar bij hoogopgeleide ouders die ongehuwd samenwonen. Bovendien is de kans dat niet-hoogopgeleide ongehuwde ouders uit elkaar gaan net zo groot als wanneer er geen kinderen zijn. Het

ONDERZOEK SCHEIDING

De in dit onderzoek gebruikte gegevens komen uit het Stelsel van Sociaal-Statistische bestanden (SSB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De onderzoekspopulatie bestaat uit 85.502 stellen van verschillend geslacht die in 2003 gehuwd of ongehuwd zijn gaan samenwonen. Deze stellen zijn tot maximaal 12 jaar gevolgd. Bij scheiding (de afhankelijke variabele), bij het overlijden van een of beide partners of bij emigratie hield de waarneming op. Helaas zijn de gegevens over het hoogst behaalde opleidingsniveau niet compleet: voor een deel van de mensen is niet bekend welke opleidingsniveau ze hebben bereikt (40 procent). Er is daarom gebruik gemaakt van de kennis dat het hoger onderwijs wel systematisch is geregistreerd voor de onderzoekspopulatie: als iemands opleiding onbekend is, staat vast dat deze persoon geen hoger onderwijs heeft voltooid. Op deze wijze kon voor iedereen worden bepaald of iemand wel hoger onderwijs (hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs) had afgerond of niet (dus laag- of middelbaar opgeleid).

De waarneming van de scheiding is gebaseerd op gezamenlijke adresbewoning. Soms was sprake van korte pauzes in de periode dat

partners op hetzelfde adres waren geregistreerd. In de meeste gevallen is dit slechts het resultaat van de administratieve handeling om zich na een verhuizing te registreren op een nieuw adres: een van de partners gaat een paar dagen later naar het gemeentehuis om de verhuizing door te geven dan de andere partner. Op basis van gevoeligheidsanalyses is het volgende besloten: wanneer partners langer dan 45 dagen niet op hetzelfde adres waren geregistreerd, is aangenomen dat de relatie is beëindigd. Er is gebruikt gemaakt van discrete tijd logistische regressiemodellen om de kans te schatten dat samenwonende paren uit elkaar gaan. Voor dit artikel waren wij geïnteresseerd in de rol van het opleidingsniveau van de partners, het huishoudensinkomen, de burgerlijke staat en het ouderschap. Daarnaast is gecontroleerd voor de leeftijd bij het begin van de relatie, het leeftijdsverschil tussen de partners, de migratieachtergrond van de partners, of de ouders van de partners zijn gescheiden, of de partners al kinderen hadden uit eerdere relaties, het type eigendom van de woning en de stedelijkheid en de godsdienstigheid van de woongemeente. Zie voor de technische details over de gebruikte modellen in deze analyses Kooiman (2019).

ouderschap lijkt bij deze groep dus nauwelijks een beschermende rol voor de relatie te spelen. Hoogopgeleide stellen scheiden wel aanzienlijk minder vaak als zij kinderen hebben gekregen.

Ongehuwde lager opgeleide ouders vormen blijkbaar de meest kwetsbare groep binnen de totale groep ouders met kinderen. De meest stabiele groep wordt gevormd door getrouwen met kind(eren). Ook hier is sprake van een relatief groot opleidingsverschil: 1,9 procent van de laag-/middelbaar opgeleiden ging gemiddeld jaarlijks uit elkaar, terwijl het percentage bij hoogopgeleiden slechts 0,8 procent per jaar bedraagt.

Inkomensniveau

Bij lager opgeleiden wordt de scheidingskans veel sterker door het inkomen beïnvloed dan bij hoogopgeleiden. Figuur 3 laat zien dat de scheidingskansen voor niet-hoogopgeleide stellen vooral hoger zijn aan de onderkant van de inkomensverdeling: niet-hoogopgeleide stellen in het laagste kwintiel hebben een veel hogere jaarlijkse scheidingskans dan hoogopgeleide stellen. Sterker nog, bovenin de inkomensverdeling (kwintiel 4 en 5) zijn de verschillen naar opleiding verwaarloosbaar. Een uitzondering wordt gevormd door ongehuwden met kinderen: binnen die groep hebben ook de niet-hoogopgeleide stellen met een relatief hoog inkomen een hoger scheidingsrisico.

De analyse waarmee de kans op scheiding wordt geschat laat zien dat opleiding en relatieontbinding sterk negatief samenhangen: hoe hoger de opleiding, hoe lager de scheidingskans. Verder zien we dat ongehuwde kinderloze paren de hoogste scheidingskansen hebben, gevolgd door respectievelijk samenwonende ouders, gehuwde kinderloze stellen en ten slotte gehuwde paren met kind(eren).

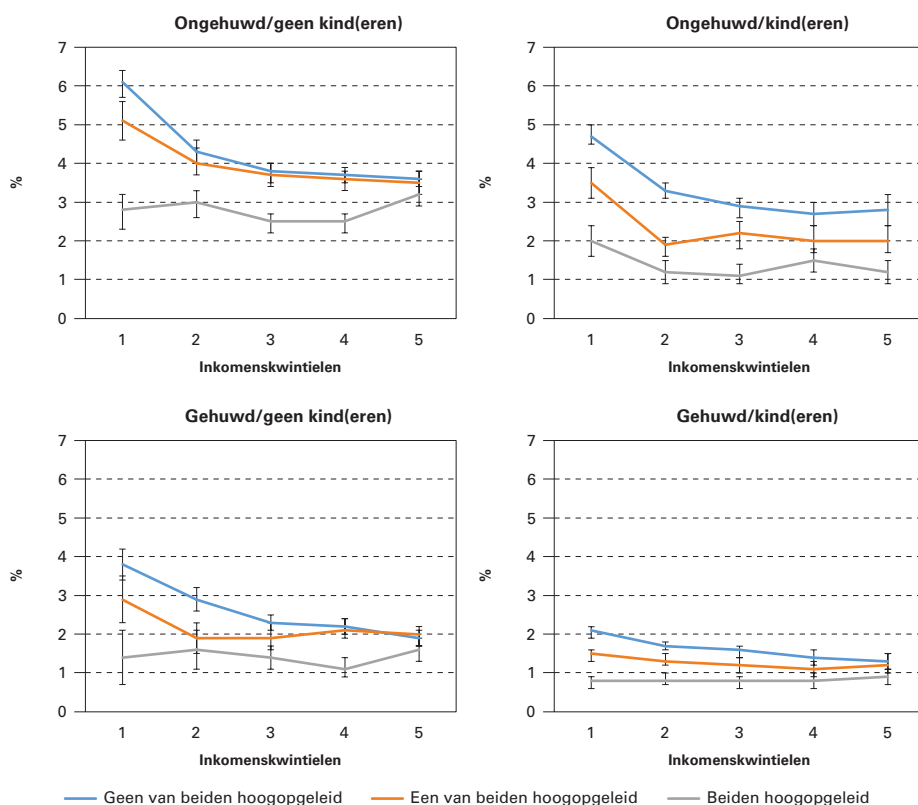
Een laag inkomen vergroot het risico op scheiding vooral bij lager opgeleiden. Vooral ongehuwde ouders met kinderen die beiden een lagere opleiding én in het laagste inkomenskwintiel zitten hebben een 2,5 half keer grotere kans (bijna 5% per jaar) om uit elkaar te gaan dan stellen die beiden hoogopgeleid zijn binnen het eerste kwintiel (2% per jaar).

Kortom, de analyses laten zien dat binnen gezinnen aan de onderkant van de sociale ladder negatieve sociaaleconomische en demografische gebeurtenissen vaker samen voorkomen, terwijl aan de bovenkant materieel welzijn nauwelijks samenhangt met gezinsstabiliteit.

Tot slot

Momenteel krimpt de Nederlandse economie als gevolg van de coronacrisis en wordt verwacht dat de werkloosheid de komende tijd sterk zal oplopen. Mensen met een lager opleidingsniveau hebben hier meer last van in de zin van de kans op werkloosheid en een inkomensdaling. Dat trouwen en kinderen krijgen minder 'stabiliserend' is voor de partnerrelaties van lager opgeleiden ligt wellicht aan de onevenredige economische risico's die deze gezinnen lopen. De analyses, waar-

Figuur 3. Aandeel relaties dat jaarlijks gemiddeld eindigt in een scheiding, naar huishoudenssituatie, inkomen en opleidingsniveau van de partners



bij we variatie in huishoudinkomen meenemen als extra verklaring, laten zien dat de scheidingskansen onder lager opgeleiden vooral hoger is met een relatief laag inkomen. Mogelijk dat een lager inkomen een grotere wissel trekt op partnerrelaties, zeker als de hulpbronnen ontbreken om er zelf weer uit te kunnen komen. Het lijkt dat het huwelijk en gezinsstabiliteit meer een privilege of statussymbool voor hoogopgeleiden begint te worden in Nederland.

Deze studie is uitgevoerd onder een populatie paren die in 2003 zijn gaan samenwonen. Mogelijk zijn de conclusies niet helemaal hetzelfde voor stellen die recenter zijn gaan samenwonen. Toekomstig onderzoek zou meer opeenvolgende cohorten van pasgetrouwen of nieuwe samenwoners moeten omvatten om beter grip te kunnen krijgen op de verbanden die tot nu toe zijn gevonden. Het zou bijvoorbeeld interessant kunnen zijn of deze verschillen in scheidingskansen naar opleiding over de tijd verder toenemen.

Ruben van Gaalen, CBS en Universiteit van

Amsterdam, e-mail: r.vangaalen@cbs.nl

Niels Kooiman, CBS, e-mail: c.kooiman@cbs.nl

LITERATUUR:

- Gaalen, R. van, K. van Houdt en A-R. Poortman (2019), Trouwen, kinderen krijgen en (echt)scheiden naar opleidingsniveau: Demografische beslissingen binnen huishoudens aan het begin van de 21^e eeuw. *Statistische Trends*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Härkönen, J. en J. Dronkers (2006), Stability and change in the educational gradient of divorce. A comparison of seventeen countries, *European Sociological Review*, 22(5), pp. 501-517.
- Kalmijn, M. (2013), The educational gradient in marriage: A comparison of 25 European countries. *Demography*, 50, pp. 1499-1520.
- Kooiman, N. (2019), Het onderwijsniveau van partners en de stabiliteit van relaties aan het begin van de 21^e eeuw. *Statistische Trends*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

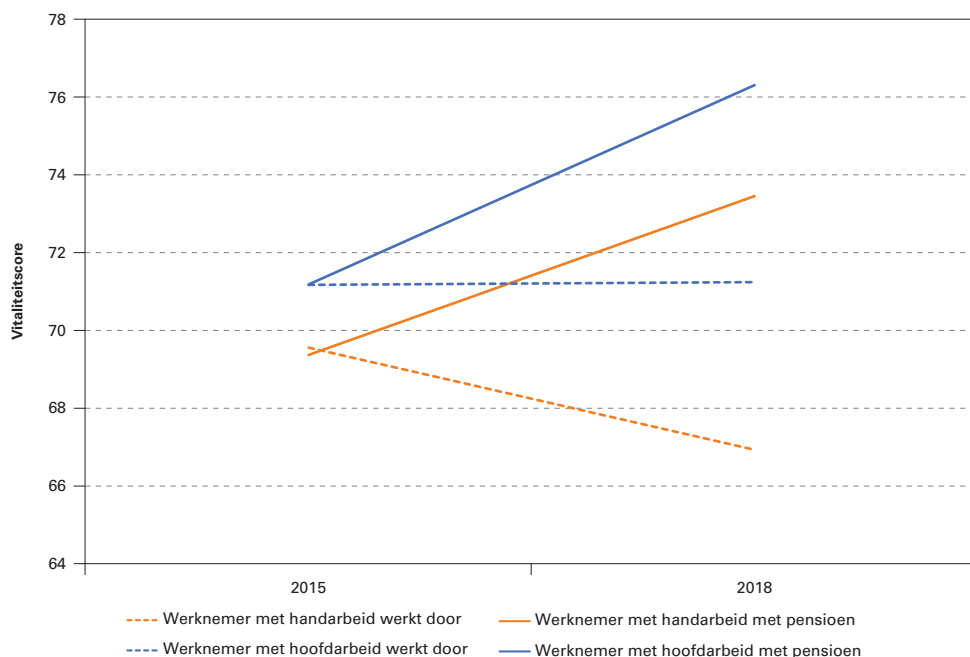
Pensionering verbetert de vitaliteit, doorwerken is een ander verhaal

Wie gebeurt er met de vitaliteit van oudere werknemers als ze langer doorwerken of met pensioen gaan? En verschilt dit naar het soort werk dat men verricht? Nieuw onderzoek laat zien dat pensionering werknemers vitaler maakt, maar doorwerken leidt vooral onder werknemers die handarbeid verrichten tot een achteruitgang.

Steeds vaker besteden mensen aandacht aan het begrip 'vitaliteit', of het nu gaat om thuis, op het werk of in yoga- of gezondheidscentra. Vitaliteit is het gevoel dat men leeft, zowel in fysiek – gezond, energiek – als in mentaal opzicht – het idee dat je een doel in het leven heb en ertoe doet. Dit begrip is belangrijk omdat het op handzame wijze de mentale en fysieke gezondheid van mensen samenvat. Hoge vitaliteitscores hangen vaak samen met een goede gezondheid en hoog welbevinden. Dit begrip kan ook van belang zijn in de besluitvorming rond pensionering. Het moment van pensionering kan namelijk een groot effect hebben op de gezondheid van werknemers, maar het effect is niet altijd even duidelijk. Sommige studies laten zien dat pensionering de gezondheid verbetert, terwijl weer andere studies juist een verslechtering laten zien. Sommige werknemers zien pensioen als een periode van vrije tijd, ontspanning en tijd voor het gezin, terwijl anderen het zien als een verlies van intellectuele uitdaging, werkcontacten of een doel in het leven. Zelden bekijken deze studies hoe pensionering de vitaliteit beïnvloedt. In een recente NIDI-studie is nagegaan hoe de overgang van werk naar pensioen de vitaliteit van

oudere werknemers beïnvloedt. Het is bekend dat gezondheidsveranderingen als gevolg van pensionering voor een belangrijk deel samenhangen met het soort werk dat men verricht. Vooral het feit of men hoofd- of handarbeid verricht is een belangrijk onderscheid in de praktijk. Werknemers die handarbeid verrichten ondervinden op hoge leeftijd meer fysieke klachten en minder zeggenschap over wat zij moeten doen, hetgeen tot meer belemmeringen leidt dan onder werknemers met hoofdarbeid. Met dit gegeven in het achterhoofd is nagegaan of (1) oudere werknemers een toename ervaren in vitaliteit als zij met pensioen gaan; en (2) of dit effect verschilt tussen hoofd- en handarbeid. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van het NIDI-pensioenpanel dat tussen 2015 en 2018 4.156 oudere werknemers (die in 2015 60-65 jaar waren) heeft gevolgd en hoe het hen vergaat in werk en pensioen. In 2015 was iedereen nog aan het werk, maar in 2018 was 47 procent (1.934 werknemers) met pensioen. De onderstaande figuur vat in een notendop samen welke uitwerking pensionering heeft. Of je nu hoofd- of handarbeid verricht, pensionering verbetert de vitaliteit, hoewel het uitgangsniveau van vitaliteit van zij die hand-

Effect van pensionering en doorwerken op vitaliteit, gemeten op twee momenten uitgesplitst naar hoofd- en handarbeid



Noot: De gemeten vitaliteit is gebaseerd op de vraag "Hoe vaak gedurende de afgelopen 30 dagen voelde u zich: (1) energiek; (2) moe; (3) uitgeblust; (4) levenslustig, met als zes antwoordcategorieën van (1) voortdurend tot (6) nooit. De vier vragen zijn gebruikt om een vitaliteitschaal te construeren van 0 tot 100. Hoe hoger het cijfer hoe hoger de vitaliteit.

DEMOS verschijnt 10 x per jaar en wil de kennis en meningsvorming over bevolkingsvraagstukken bevorderen.

Een abonnement op DEMOS is gratis. U kunt uw aanvraag indienen via: demos@nidi.nl of via onze site: nidi.nl/nl/demos/



Bij gehele of gedeeltelijke overname van artikelen dient men een volledige bronvermelding te gebruiken. Graag ontvangt de redactie een bewijsexemplaar. De personen op de foto's komen niet in de tekst voor en hebben geen relatie met hetgeen in de tekst wordt beschreven.

Het NIDI is een instituut van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) en is geaffilieerd met de Rijksuniversiteit Groningen. Het NIDI houdt zich bezig met onderzoek naar bevolkingsvraagstukken.

colofon

DEMOS	is een uitgave van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI).
Redactie	Harry van Dalen, hoofdredacteur Nico van Nimwegen, redacteur Peter Ekamper, (web)redacteur Jaap Oude Mulders, redacteur Fanny Janssen (RUG), redacteur
Adres	NIDI/DEMOS Postbus 11650 2502 AR 's-Gravenhage
Telefoon	(070) 356 52 00
E-mail	demos@nidi.nl
Internet	demos.nidi.nl / www.nidi.nl
Abonnementen	gratis
Druk	Koninklijke Van der Most
Opmaak	www.up-score.nl

arbeid doen iets lager is dan die van werknemers met hoofdarbeid. Het grote verschil tussen de twee typen werknemers komt echter vooral duidelijk naar voren bij het doorwerken. In geval van hoofdarbeid blijft de vitaliteit constant, maar bij handarbeid neemt dit duidelijk af. Dit betekent dat het type baan dat men vervult een verschillende uitwerking heeft op de vitaliteit van mensen, afhankelijk of men op een bepaald moment voor pensionering kiest of langer doorwerkt. Werknemers die handarbeid verrichten moeten meer vitaliteit opofferen wanneer zij doorwerken dan zij die hoofdarbeid verrichten omdat de laatsten hun vitaliteit behouden terwijl werknemers met handarbeid zich vaker moe en minder energiek voelen. Deze bevinding onderstreept daarmee het belang om meer differentiatie aan te brengen in pensioenleeftijden.

Anushiya Vanajan, NIDI-KNAW en Rijksuniversiteit Groningen, e-mail: vanajan@nidi.nl

LITERATUUR:

- Vanajan, A., U. Bültmann en K. Henkens (2020), Do older manual workers benefit in vitality after retirement? Findings from a 3-year follow-up panel study. *European Journal of Ageing*, pp. 1-11.