

Phaedra Vanoppen

BESLAAG, FLEURIS EN ROEËDFÔNK. EEN ANALYSE VAN HET DOODSOORZAKEN- PATROON IN MAASEIK, 1881-1885*

* Dit artikel is een herwerking van de masterproef van Phaedra Vanoppen, voorgelegd voor het behalen van de graad master in de Geschiedenis aan Universiteit Gent, academiejaar 2018-2019.

Abstract

In late 19th century Maaseik, a small rural town in Belgian Limburg, individual cause of death registers have been preserved until today. This is very unusual, since the registers were often destroyed because of privacy reasons. In this research I examine the cause of death pattern in adults and elderly people in Maaseik during the years 1881-1885, using descriptive statistics. During this period 475 deaths were reported and for 76 percent of them, the cause of death and other information about the persons in question are available. I look at the mortality of Maaseik with reference to three prominent theories in historical mortality research: the urban mortality penalty, the epidemiological transition theory and social inequality in mortality. Statistical analyses shows that the urban mortality penalty was also present in a small town as Maaseik, even though the environment was overall healthier than in highly industrialized or urbanized areas. With regard to the epidemiological transition, I note that degenerative diseases were already prevalent in the late 19th century. Regarding the social inequality in death, I find that people of middle and higher social classes were often affected by other health risks than lower classes.

Tijdens de laatste 200 jaar is de levensverwachting van de meeste West-Europeanen meer dan verdubbeld, van ca. 35 jaar naar ca. 80 jaar.¹ Die stijging ging gepaard met een radicale wijziging in het doodsoorzakenpatroon. De dominantie van besmettelijke infectieziekten zoals cholera en pokken die vooral de allerjongsten onder de bevolking troffen, maakte plaats voor een relatieve toename van degeneratieve en chronische aandoeningen zoals kanker en hart- en vaatziekten die vandaag vooral aan ouderen het leven kosten. Deze ontwikkeling wordt de theorie van de epidemiologische transitie genoemd en werd geïntroduceerd door de Amerikaans-Egyptische arts Abdel R. Omran in de jaren 1970.²

In dit artikel wordt het sterfte- en doodsoorzakenpatroon van volwassenen- en ouderensterfte geanalyseerd voor de plattelandsstad Maaseik, gelegen in Belgisch Limburg aan de grens met Nederland. De doodsoorzaken die in dit onderzoek een belangrijke rol spelen, zijn reeds in de titel van dit artikel aangeduid. ‘Beslaag,

- 1 Isabelle Devos, *Allemaal beestjes: mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw*, Historische economie en ecologie (Gent 2006).
- 2 Abdel R. Omran, ‘The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change’, *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49, nr. 4 (1971) 509-38.

fleuris en roeëdfônk' zijn de Maaseikers dialectwoorden voor beroerte, pleuritis en roodvonk. De onderzoeksperiode loopt van 1881 tot en met 1885 omdat we voor die periode voor Maaseik doorlopend over uitzonderlijke bronnen beschikken, namelijk individuele doodsoorzakenregisters. Internationaal is er reeds veel onderzoek naar doodsoorzaken gedaan en ook voor België zijn ze voor diverse ruimtelijke contexten bestudeerd.³ Het gros van de studies naar doodsoorzaken steunt op geaggregeerde doodsoorzakenstatistieken. Voor een handjevol Belgische gemeenten zijn ook individuele doodsoorzakenregisters beschikbaar, waarin per overledene de medische doodsoorzaak wordt vermeld, naast allerlei individuele info zoals leeftijd, beroep en geboorteplaats. Het onderzoek op basis van deze bronnen staat nog in de kinderschoenen. Op internationaal vlak is het wetenschappelijk onderzoek recent wel in een stroomversnelling geraakt met de oprichting van het SHiP-netwerk (*Study of Health in Port Cities*) waarbij de ontwikkeling van de epidemiologische transitie in verschillende havensteden op basis van individuele doodsoorzaken wordt vergeleken.⁴ Voor België zijn we nauwelijks ingelicht over verschillen op individueel niveau, met uitzondering van de studie van historica Emma Decraemer over de Antwerpse doodsoorzaken.⁵

In totaal stierven in Maaseik gedurende de onderzoeksperiode 475 personen, waarvan we voor 360 (ofwel 76 procent) de doodsoorzaak konden traceren. Dit is een bijzonder relevante variabele, omdat ze inzicht kan geven in de specifieke determinanten van sterfte.⁶ Zo kunnen overlidens aan cholera wijzen op onhygiënische watervoorziening, longtuberculose op slechte woon- of werkomstandigheden, kraambedkoorts op ondermaatse gynaecologische zorg, hartziekten op ongezonde voedingsgewoonten, enzovoort. Door de individuele doodsoorzaak te linken met de persoonlijke kenmerken van de overledene kunnen meer gedifferentieerde vragen worden beantwoord dan in het geval van geaggregeerde gegevens.

3 Godelieve Masuy-Stroobant, 'La surmortalité infantile des Flandres au cours de la deuxième moitié du XIXe siècle: mode d'alimentation ou mode de développement?', *Annales de démographie historique* 1983, nr. 1 (1984) 231-56; Muriel Neven, 'Epidemiology of Town and Countryside Mortality and Causes of Death in East Belgium, 1850-1910', *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis* 27, nr. 1-2 (1997) 39-82; Tina Van Rossem, Patrick Deboosere, en Isabelle Devos, 'Spatial disparities at death. Age-, sex- and disease-specific mortality in the districts of Belgium at the beginning of the twentieth century', *Espace populations sociétés* 1 (2018).

4 <https://www.ru.nl/rich/our-research/research-groups/radboud-group-historical-demography-family-history/ship/>.

5 Emma Decraemer, 'De epidemiologische transitie in Antwerpen. Een onderzoek naar de ontwikkeling en sociale gedifferentieerdheid van doodsoorzaken in Antwerpen, 1868-1910' (Diss. Master of Arts in History, Universiteit Gent) (Gent 2018).

6 Karel Velle, 'Statistiek en sociale politiek: de medische statistiek en het gezondheidsbeleid in België in de 19de eeuw', *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis* 16, nr. 12 (1985) 213-42.

Aan het eind van de negentiende eeuw bestond Maaseik uit een stadskern en zes gehuchten in het omliggend platteland. Volgens de volkstelling van 1880 woonden er 4.354 personen in het geheel van de stad.⁷ De belangrijkste tewerkstellingssector was de landbouw, maar ook industrie kreeg er voet aan de grond tijdens de negentiende eeuw. Het doel van dit onderzoek is om te bestuderen in hoeverre het plattelandskarakter van de stad invloed had op het mortaliteits- en doodsoorzakenpatroon. Grote aandacht gaat ook naar de sociale verschillen in mortaliteit, die hier worden gemeten aan de hand van het beroep zoals vermeld in de overlidensakte.

Binnen het historisch mortaliteitsonderzoek kunnen we drie grote thema's onderscheiden, waaraan dit onderzoek een bijdrage levert. Ten eerste is er het onderzoek naar de *urban mortality penalty* (hogere sterfte in steden als gevolg van slechte woon- en werkomstandigheden, overbevolking). Maaseik is op dat vlak een bijzondere casus aangezien het een rurale nederzetting met stadsrechten was en geen uitgesproken stedelijk karakter had. We gaan dus na of het leven in een plattelandstad positieve impact had op de gezondheid. Het tweede debat is dat rond de sociale differentiatie in sterfte. Maaseik levert een originele context voor de studie van socio-professionele verschillen in sterfte en doodsoorzaken, aangezien de agrarische sector dominant was en industrie op zeer beperkte schaal ontwikkeld was. Ten slotte is er het onderzoek naar de epidemiologische transitie. In dit onderzoek gaat men na in welke mate aandoeningen als hart- en vaatziekten en chronische aandoeningen, die tijdens zich in de afgelopen 100 jaar duidelijk hebben gemanifesteerd, reeds voorkwamen in laat negentiende-eeuws Maaseik. De bevindingen uit de Maaseiker bronnen, zijnde overlidensakten en doodsoorzakenregisters, toetsen we aan de drie grote onderzoeksthema's.

Stad Maaseik in de late negentiende eeuw

Maaseik is in juridische zin een stad, maar in termen van bevolkingsomvang en verstedelijkingsgraad kan zij die kwalificatie nauwelijks waarmaken. Anno 2018 telde de stad 25.501 inwoners.⁸ Maaseik is een stad omdat graaf Arnold IV Maaseik in 1244 stadsrechten verleende. De stad had immers een sleutelpositie, door haar ligging aan de Maas en in een grensgebied van kleine en grotere staten. Tot op heden heeft Maaseik een sterk plattelandskarakter. Ofschoon er enkele

7 LOKSTAT, 'Volkstelling 1900', LOKSTAT - Historische databank van lokale statistieken, http://www.lokstat.ugent.be/vt1900_bevolking.php?key=1581&naam=%20%20%20Maaseik.

8 Statbel, 'Wettelijke bevolking per gemeente op 1 januari (2011-2018)', z.d.

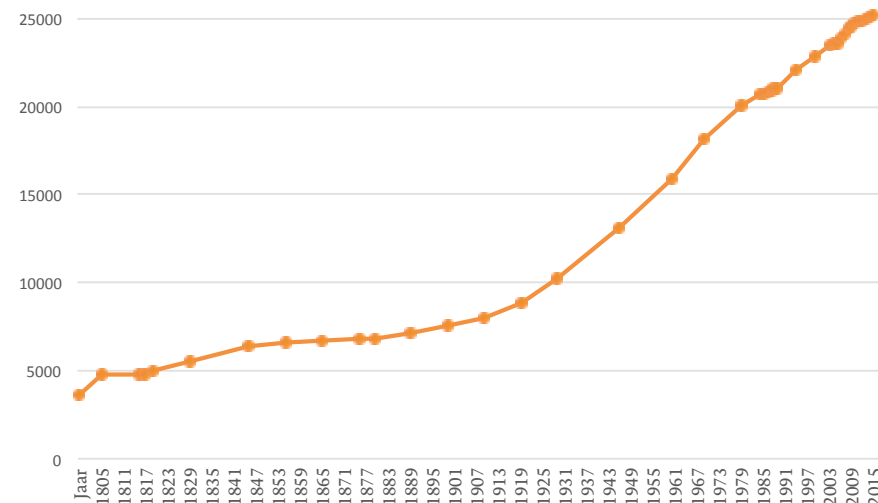
academische studies naar de demografie van de stad tijdens het Ancien Régime bestaan, is er voor de negentiende eeuw nauwelijks literatuur hierover.⁹ Aan de hand van volks-, landbouw- en industrietellingen ben ik niettemin in staat een beeld te schetsen van de demografische en economische situatie van Maaseik in de moderne tijd.

Het bevolkingscijfer (1800-2016)

Figuur 1 toont het verloop van het bevolkingscijfer van Maaseik van 1800 tot 2016 op basis van de gegevens uit de volkstellingen en het rijksregister.¹⁰ De cijfers bevatten bevolkingscijfers van de stad Maaseik, zoals samengesteld in de negentiende eeuw – dit is de stadskern en gehuchten Aldeneik, Gremelslo, Heppeneert, Solt, Ven en Wurfeld – en de gemeenten Opoeteren en Neeroeteren, waarmee Maaseik in 1977 fuseerde. De grafiek vertoont een verdubbeling van 3.619 inwoners in 1800 tot 7.613 in 1900. De grootste bevolkingsgroei vond evenwel plaats na 1900, onder meer door het succes van de kolenmijnen en de komst van gastarbeiders. Dit zorgde in combinatie met de demografische transitie voor een bevolkingsexplosie.¹¹

- 9 Jozef Grauwels, 'De bevolking van Maaseik in 1796', *Het Oude Land van Loon* 12 (1957) 87-102; Phaedra Vanoppen, 'Huwelijken in tempore clauso in de stad Maaseik, van 1619 tot 1796', *De Maaseikenaar* 49, nr. 1 (2018) 24-35; Niels Verheyen, "'Tomber dans une désolation et défaite extrême". De invloed van oorlog op de demografie en financiën van de stad Maaseik in de 'ongelukseeuw' (1672-1722)' (Katholieke Universiteit Leuven) (Leuven 2016).
- 10 FOD Economie, 'Bevolking - Cijfers bevolking 1990-2009', 2012, http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/population_-_cijfers_bevolking_1990-2009.jsp; FOD Economie, 'Bevolking - Cijfers bevolking 2010-2016', 2016, http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/bevolking_-_cijfers_bevolking_2010_-_2012.jsp; Nationaal Instituut voor Statistiek, Algemene volks- en woningtelling 1 maart 1981. Deel I. Algemeen resultaten (Brussel 1982) 127; Nationaal Instituut voor Statistiek, Algemene volks- en woningtelling 1 maart 1991. Deel I. Bevolkingscijfers (Brussel 1997) 125; Provincie Limburg, 'Limburg in cijfers: demografie', 2016, http://limburg.incijfers.be/jive/?cat_open=demografie; Sven Vrielinck, *De territoriale indeling van België (1795-1963)* vol. 3 (Leuven 2000) 1726-1727, 1736-1737, 1742-1743.
- 11 G. Renson, 'Beknopte geschiedenis van Maaseik', *Limburg – Het Oude Land van Loon* 31, nr. 6 (1952) 205-6; P. J. H. Ubachs, *Handboek voor de geschiedenis van Limburg*, Maaslandse Monografieën 63 (Hilversum 2000) 421-5.

Figuur 1: Verloop van het Maaseiker bevolkingscijfer, 1800-2016 (bron: FOD Economie, Nationaal Instituut voor Statistiek, Provincie Limburg, Vrielinck).



De Maaseiker bevolking in 1900

Om inzicht te krijgen in de bevolkingsstructuur van Maaseik kunnen we beroep doen op de volkstelling van 1900. Tabel 1 toont de samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt dat vrouwen in elke leeftijdscategorie in de meerderheid waren. De bevolkingsdichtheid was laag in Maaseik, met slechts 170 personen gemiddeld per km² ten opzichte van 12.057 personen gemiddeld per km² in Antwerpen en 18.226 personen gemiddeld per km² in Brussel. De uitblijvende industrialisering en het aanhoudend ruraal karakter van de stad verklaart waarom Maaseik zo dunbevolkt was.¹² Door de nabijheid van Nederland en Duitsland was een groot deel (11 procent) van de Maaseiker bevolking geboren in het buitenland, terwijl dit gemiddeld voor Belgisch Limburg slechts 2,3 procent was.¹³ De volkstelling laat echter niet toe om met zekerheid te stellen dat deze personen daadwerkelijk in Nederland of Duitsland geboren werden, noch kunnen we louter op basis van de telling hun beweegreden voor migratie achterhalen.

12 LOKSTAT, 'Volkstelling 1900'; Ubachs, *Handboek voor de geschiedenis van Limburg*, 412.

13 LOKSTAT, 'Volkstelling 1900'.

Tabel 1: Samenstelling van de Maaseiker bevolking op basis van leeftijd en geslacht, 1900 (bron: LOKSTAT).

	Man		Vrouw		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Tot 15 jaar	756	49,6%	767	50,4%	1.523	33%
15 t.e.m. 54 jaar	1.187	49,5%	1.210	50,5%	2.397	51,9%
55 jaar en ouder	328	46,8%	373	53,2%	701	15,1%
Totaal	2.271	49,1%	2.350	50,9%	4.621	100%

Maaseik: stad tussen landbouw en nijverheid

Tabel 2 toont de percentages van de bevolking werkzaam in de nijverheid en de landbouw op basis van de landbouwtelling van 1895 en de nijverheidstelling van 1896. Het plattelandskarakter van Maaseik wordt duidelijk aan de hand van deze cijfers. In geen enkele van de andere drie grote steden in Belgisch Limburg (Hasselt, Sint-Truiden en Tongeren) was het aandeel aan personen werkzaam in de landbouw zo hoog. De drie grote Belgische steden (Antwerpen, Brussel en Gent) bereikten geen van allen de kaap van 1 procent op het vlak van tewerkstelling in de landbouw. Nijverheid was dan weer veel sterker vertegenwoordigd in deze steden, met Gent als koploper met een tewerkstelling van 26,7 procent in de nijverheid. De Limburgse nijverheid was beduidend lager, met slechts 7,5 procent. Maaseik en Hasselt waren de twee Limburgse steden met de laagste tewerkstelling in die sector.¹⁴ Maaseik was dus een uitgesproken plattelandstad, maar de nijverheid kreeg er tijdens de negentiende eeuw ook voet aan de grond.

14 LOKSTAT, 'Landbouwtelling 1895', LOKSTAT - Historische databank van lokale statistieken, http://www.lokstat.ugent.be/lt1895_onontgonnen.php?key=1581&naam=Maaseik.

Tabel 2: Percentage van de bevolking werkzaam in de nijverheid en landbouw in de 3 grootste Belgische steden, de 4 grootste Limburgse steden en de gehele provincie Limburg, 1900 (bron: LOKSTAT).

	Percentage van bevolking werkzaam in NIJVERHEID	Percentage van bevolking werkzaam in LANDBOUW
Antwerpen	14,7%	0,2%
Brussel	19,2%	<0,1%
Gent	26,7%	0,9%
Provincie Limburg	7,5%	34,2%
Hasselt	11%	9,1%
Sint-Truiden	12,6%	10,9%
Tongeren	13%	6,2%
Maaseik	11,1%	26%

Bronnen en methode

Voor dit onderzoek zijn twee bronnen in het bijzonder geraadpleegd: de registers van de burgerlijke stand van Maaseik en de individuele doodsoorzakenregisters. In dit deel belichten we de inhoud van de bronnen en gaan we in op de gehanteerde methodologie voor dataverzameling en -verwerking in dit onderzoek.

Bronnen

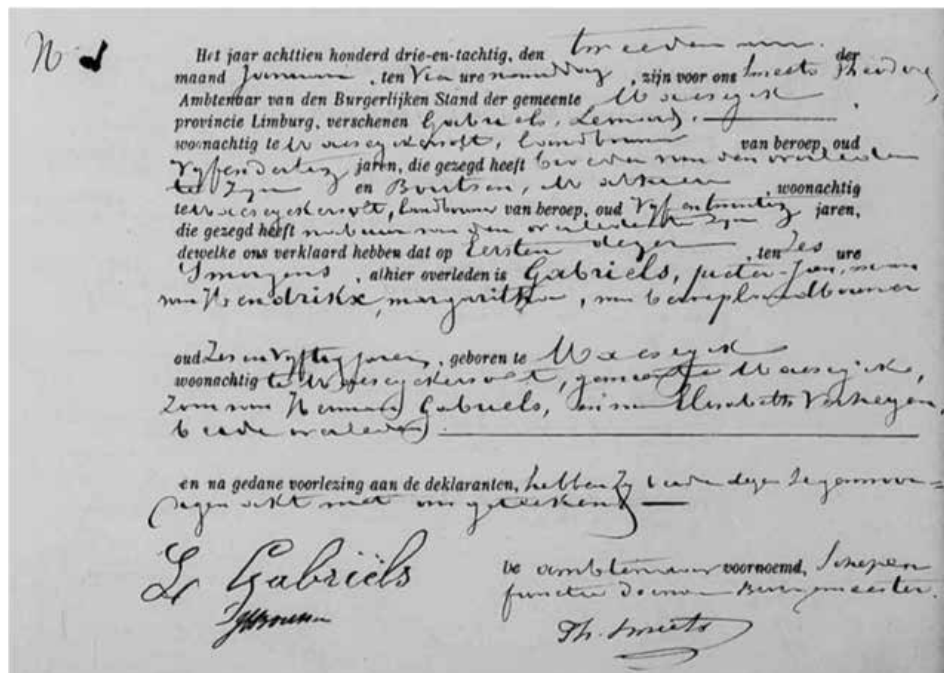
Registers van de burgerlijke stand

Het eerste type bron voor dit onderzoek zijn de registers van de burgerlijke stand. Hiervan zijn enkel de overlijdensakten bestudeerd. Figuur 2 toont een overlijdensakte van Maaseik uit 1883. Volgende informatie werd geregistreerd:

- Jaar, dag, maand en tijdstip van declaratie van overlijden;
- Naam van de ambtenaar van de gemeente;
- Informatie over de eerste declarant: naam, woonplaats, beroep, leeftijd en relatie tot de overledene;
- Informatie over de tweede declarant: naam, woonplaats, beroep, leeftijd en relatie tot de overledene;
- Datum en tijdstip van overlijden;
- Informatie over de overledene: naam, burgerlijke staat, naam van de (overleden) partner indien van toepassing, beroep, leeftijd, geboorte- en woonplaats;

- Informatie over de ouders van de overledene: namen, beroepen indien gekend en huidige status (overleden, woonplaats, ...);
- Handtekening van de declaranten, in geval van ongeletterdheid werd dit vermeld.

De registers van de burgerlijke stand werden in Maaseik bijgehouden vanaf 1796 en kunnen geraadpleegd worden in het Rijksarchief te Hasselt, waar ze digitaal beschikbaar zijn van 1796 tot en met 1918 of via de website www.familysearch.org, waar ze geconsulteerd kunnen worden van 1798 tot en met 1906.¹⁵



Figuur 2: Afbeelding van een Maaseiker overlijdensakte uit 1883 (bron: Family History Library).

Individuele doodsoorzakenregisters

In 1851 werden in België nationale doodsoorzakenstatistieken geïntroduceerd, 15 jaar eerder dan in Nederland. Het was de statisticus Adolphe Quetelet (Gent 1796 – Brussel 1874) die een standaardisering van de doodsoorzakenregistratie bepleitte.

15 Hasselt, Rijksarchief, Burgerlijke Stand. Provincie Limburg, 1796-, BE-A0515/9999/999; Salt Lake City, Family History Library, registers van de burgerlijke stand Maaseik (Limburg), 1795-1906, 1570010 Items 3-4.

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) en de Centrale Commissie voor Statistiek (CKS) bepaalden dat overlijdensakten de volgende elementen moesten bevatten: naam, leeftijd, beroep, geboorteplaats en woonplaats van de overledene, duur van ziekte, medische behandeling en autopsierapport. De choleraepidemie van 1849 vormde een belangrijke katalysator voor de invoering van een doodsoorzakenregistratie en vanaf 1 januari 1851 werden alle Belgische gemeenten verplicht om gemeenteamttenaren doodsoorzakenregisters te laten opstellen. In enkele steden gebeurde de registratie door artsen. Elk jaar moesten de gemeentelijke registers naar de centrale administratie gezonden worden, alwaar ze werden opgenomen in nationale statistieken. Daarna werden de individuele doodsoorzakenregisters om privacyredenen vaak vernietigd. Het duurde tot 1860 voor een gestandaardiseerd formulier werd ingevoerd en nog zeven jaar later stelde de CKS pas een eerste doodsoorzaken nomenclatuur op. Deze bevatte 116 ziektes en wordt getoond in tabel 3. In 1874 werd het aantal categorieën teruggedrongen naar 33 om de registratie te vergemakkelijken. Deze nomenclatuur bleef in gebruik tot 1902. In 1903 werd de International Classification of Diseases (ICD) aangenomen.¹⁶

De Maaseiker doodsoorzakenregisters zijn raadpleegbaar in het Stadsarchief van Maaseik. Registers zijn bewaard gebleven voor de jaren 1854 en 1874-1897. Het is niet duidelijk of de registers in de ontbrekende jaren (1855-1873 en vanaf 1898) niet werden opgesteld of simpelweg niet overgeleverd zijn. In Maaseik werden de registers niet opgesteld door een gemeenteamttenaar maar door één van de stadsartsen. Het is niet zeker of deze de behandelende artsen van de overledenen waren. Noch is met zekerheid te zeggen of ze zelf de doodsoorzaak vaststelden. Toch was de kwaliteit van de registratie mogelijk beter in Maaseik dan in gemeenten waar een ambtenaar de registratie voltrok. Ambtenaren waren immers niet medisch geschoold en dit bemoeilijkte een eenduidige registratie van doodsoorzaken.¹⁷

Dit onderzoek is de eerste studie naar deze bronnen. Figuren 3 en 4 tonen afbeeldingen van een pagina uit de doodsoorzakenregisters. Volgende elementen werden opgenomen:

- **Informatie over de overledene:** naam, geslacht, geboorteplaats, woonplaats met straatnaam, huisnummer, wijk, verdieping in het gebouw, leeftijd, burgerlijke staat en beroep (in geval van zuigelingen- of kindersterfte het beroep van één van de ouders);

16 Devos, Allemaal beestjes, 49-52; Velle, 'Statistiek en sociale politiek', 218, 229-39.

17 Devos, Allemaal beestjes, 48-50.

Tabel 3: Categorieën van doodsoorzaken in de eerste Belgische doodsoorzaken-nomenclatuur, 1867 (bron: Bulletin Administrative du Ministère de l'Intérieur, 1867).

Categorie	Subcategorie	Sub-subcategorie	Voorbeelden
Categorie 1: natuurlijke dood			Doodgeboorte, aangeboren zwakte, ouderdom, ...
Categorie 2: ongevallen en geweld			Moord, zelfmoord, ...
Categorie 3: overlijdens veroorzaakt door ziektes	3.A: algemene aandoeningen van diverse organen		Kanker, diabetes, tuberculose, ...
	3.B: orgaanspecifieke ziektes	3.B.1: hersenen en zenuwstelsel	Beroerte, epilepsie, convulsies, ...
		3.B.2: ademhalingsstelsel	Kroep, pleuritis, bronchitis, ...
		3.B.3: hart- en vaatstelsel	Aneurysma, endocarditis, hartziektes, ...
		3.B.4: spijsverteringsstelsel	Enteritis, peritonitis, gastritis, ...
		3.B.5: lever en milt	Cirrose, geelzucht, hepatitis, ...
		3.B.6: urogenitaal stelsel	Ziekte van Bright, eierstokcysten, syfilis, ...
		3.B.7: huid	Roodvonk, pokken, mazelen, ...
Categorie 4: onbekende oorzaken	4.A: niet geregistreerde of slecht bepaalde oorzaken		
	4.B: geregistreerde oorzaak maar onbekend		
	4.C: plotse dood zonder gekende oorzaken		

- **Informatie over de doodsoorzaak:** doodsoorzaak, duur van zwangerschap in geval van doodgeboorte, duur van de ziekte die de dood veroorzaakte, vermelding van eventuele medische behandeling en vermelding van eventuele autopsie. De daaropvolgende kolom is getiteld 'Mention de l'inscription du décès sur les listes d'inscription'. Deze kolom werd nooit ingevuld; de inhoud of bedoeling ervan is dus onduidelijk. Factoren die invloed konden hebben gehad op een overlijden – zoals alcoholmisbruik – werden soms vermeld in de uiterst rechtse kolom van de pagina.



Figuur 3: Afbeelding van een gedeelte van de linkerpagina van het Maaseiker doodsoorzakenregister in 1883 (bron: Stadsarchief Maaseik).



Figuur 4: Afbeelding van een gedeelte van de rechterpagina van het Maaseiker doodsoorzakenregister in 1883 (bron: Stadsarchief Maaseik).

Methodologie: dataverzameling en analyse

Data uit de registers van de burgerlijke stand en doodsoorzakenregisters van Maaseik voor de periode 1881-1885 werden verzameld in een Microsoft Access-databank en geanalyseerd met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). De databank is online raadpleegbaar.¹⁸ Door het combineren van meerdere typen bronnen, beschikken we over een grote hoeveelheid aan data. Om structuur te brengen in de gegevens en analyses te kunnen uitvoeren, werden verscheidene categoriseringen doorgevoerd. Een eerste classificatie gebeurde bij de leeftijden, waar een onderscheid werd gemaakt tussen volwassensterfte (15-44 en 45-64 jaar) en ouderensterfte (65+). Zuigelingen- en kindersterfte maken geen deel uit van dit onderzoek, aangezien de focus ligt op de chronische en degeneratieve aandoeningen, die de jongste generaties spaarden.

Een tweede type classificatie gebeurde voor de beroepen, waarvoor een HISCLASS-schema gebruikt werd. HISCLASS staat voor Historical International Social Class Scheme en is een klassenschema dat ontwikkeld werd in de vroege jaren 2000.¹⁹ Op basis van het HISCLASS-schema stelden we een tabel op met tien

18 Via volgende links is de databank consulteerbaar: http://dipe.be/Maaseik_Persoon_1885-1885.html, http://dipe.be/Maaseik_Declarant1_1881-1885.html, http://dipe.be/Maaseik_Declarant2_1881-1885.html, http://dipe.be/Maaseik_Doodsoorzakenregisters_1881-1885.html.

19 Marco H.D. van Leeuwen and Ineke Maas, Hisclass: a historical international social class scheme (Leuven 2011) 14-6.

beroepscategorieën, weergegeven in tabel 4. Naast de beroepscategorie staan alle beroepen binnen die categorie vermeld zoals ze voorkwamen in Maaseik van 1881 tot 1885. Categorieën 'zonder beroep' (-1) en 'andere' (0) zijn toevoegingen aan het originele HISCLASS-schema. Het schema houdt immers geen rekening met personen zonder beroep en het beroep 'hovenier' is geen onderdeel van het schema. Enkele categorieën die wel gebruikt worden in het originele schema zijn dan weer weggelaten uit het schema voor Maaseik, aangezien ze niet van toepassing zijn op de beroepen uit laat negentiende-eeuws Maaseik. Om een vergelijking te kunnen maken tussen sociale klassen (hoog, midden, laag), heb ik daarnaast de tien beroepscategorieën verdeeld in drie klassen, op basis van hun scholingsgraad. Personen zonder beroep (categorie -1) worden buiten beschouwing gelaten in de analyse van sociale klassen. Belangrijk is om te vermelden dat ook renteniers of gepensioneerden tot deze categorie behoren, aangezien HISCLASS enkel rekening houdt met tewerkstelling en niet met kapitaal of materieel bezit. Op basis van de categorieën bestudeer ik in latere hoofdstukken de sociale differentiatie in sterfte te Maaseik.

Een derde type classificatie vond plaats voor de doodsoorzaken. Hierboven werd reeds kort verwezen naar de geschiedenis van classificatiesystemen in België in de late negentiende eeuw. Ook in andere landen gingen volksvertegenwoordigers en ambtenaren volop in dialoog met medici over de ontwikkeling van gestandaardiseerde nomenclaturen. De verschillende trajecten naar de ontwikkeling van nationale nomenclaturen leidden aan het begin van de twintigste eeuw tot de ontwikkeling van een internationaal classificatiesysteem. Dit nieuwe systeem was gebaseerd op Britse, Duitse en Zwitserse nationale doodsoorzakenclassificaties en hield rekening met de plaats in het lichaam waar de ziekte zich manifesteerde. Het classificatiesysteem kreeg later de naam 'International Classification of Diseases' (ICD). Deze eerste versie werd gepubliceerd in 1900; de eerste Belgische doodsoorzakenclassificatie aan de hand van dit systeem gebeurde in 1903. Reeds vanaf de eerste versie van de ICD werd ingezien dat een regelmatige herziening van de classificatie noodzakelijk zou zijn, in principe om de tien jaar. Ondertussen is de 11^{de} herziening van de ICD doorgevoerd.²⁰

Het eerste Belgisch classificatiesysteem voor doodsoorzaken uit 1867 is samengesteld volgens standaarden van toen. Zo werden tuberculose en kanker in dezelfde categorie opgenomen. Er werden reeds pogingen tot herclassificatie

20 Jeffrey K. Beemer, 'Diagnostic prescriptions: shifting boundaries in nineteenth-century disease and cause-of-death classification', *Social Science History* 33, nr. 3 (2009) 316-20.

Tabel 4: Samenstelling van de 10 beroepscategorieën van overledenen te Maaseik op basis van HISCLASS, 1881- 1885 (bron: HISCLASS, database Vanoppen)

Sociale klasse	Beroepscategorie	Beroepen
Niet van toepassing	-1: Zonder beroep	Grondeigenaar, rentenier, zonder beroep
	0: Andere	Hovenier
Hoog	1: Hogere managers	Commissionaris, rondleurder
	2: Hogere professionals	Apotheker, geneesheer, notaris
	3: Lagere managers	Aannemer, herbergier, hotelhouder, negociant, schipper
Midden	4: Lagere professionals, klerken en verkoops personeel	Agent, broeder, klerk, muzikant, onderbrigadier, onderwijzer, priester, professor, winkelier
	5: Lagere klerken en verkoops personeel	Ambtenaar, belastingscontoleur, lagere klerk, luitenant, spoorwegininspecteur
Laag	7: Arbeiders met een gemiddeld niveau	Bakker, brouwer, chef ajuteur, drukker, horlogemaker, kleermaker, koperslager, kuiper, metsers, meubelmaker, molenaar, radmaker, schoenmaker, schrijnwerker, slager, slotenmaker, smid, steenbakker, zadelmaker
	8: Landbouwers en vissers	Boomkweker, landbouwer
	9: Arbeiders met een lager niveau	Barbier, blauwverver, dagloner, dienstmeid, huisverver, kantwerker, machinist, mandenmaker, naaister, nijveraars, plafonneur, portier, postbode, schaliedekker, sigarenmaker, touwslager, wasvrouw, wever

ondernomen, onder meer door de historici Jeroen Backs en Muriel Neven.²¹ De meest recente herclassificatie gebeurde door Van Rossem voor de doodsoorzaken uit 1910, op basis van het werk van de Britse sociaal geneeskundige Thomas McKeown (1912-1988). Deze verrichtte onderzoek naar de mortaliteitsdaling in Engeland en Wales in de negentiende eeuw.²² Van Rossem herclassificeerde de doodsoorzaken op basis van hun transmissiemodus: via water, via lucht of andere. Longtuberculose en kanker classificeerde ze apart, vanwege het

21 Jeroen Backs, *Mortaliteit in Gent (1830-1950)*, Verhandelingen der Maatschappij voor Geschiedenis en Oudheidkunde te Gent 29 (Gent 2003) 118-21; Neven, 'Epidemiology of town and countryside mortality', 51-65.

22 Thomas McKeown, R.G. Brown en R.G. Record, 'An interpretation of the modern rise of population in Europe', *Population Studies* 26, nr. 3 (1972) 348-9.

historisch belang van de ziektes.²³ Voor dit onderzoek classificeerden we de doodsoorzaken allereerst op basis van de eerste nomenclatuur uit 1867. Net als Van Rossem hebben we ervoor geopteerd infectieziekten, kanker en tuberculose te onderscheiden. Daarnaast hebben we slecht gedefinieerde aandoeningen (zoals convulsies) ondergebracht in een aparte categorie op basis van de ICD-10 om zo beter zicht te krijgen op de stand van de medische kennis, diagnostiek en registratiemethoden in Maaseik. Enteritis hebben we omwille van het historisch belang als doodsoorzaak bij zuigelingen apart geclassificeerd. Tabel 5 toont de categorieën na herclassificatie. In de rechterkolom staan alle ziektes uit de Maaseiker doodsoorzakenregisters vermeld.²⁴

In totaal werden voor de periode 1881-1885 475 overlijdens opgenomen in de databank, waarvan 142 bij volwassenen en 146 bij ouderen. De overige overlijdens (39,4 procent) vonden plaats vóór het 15^{de} levensjaar en vallen dus buiten deze studie. In totaal werden er 360 doodsoorzaken bewaard voor de periode van 1881 tot 1885. Voor volwassenen is 73,9 procent van de doodsoorzaken gekend en bij ouderen is dit 68,5 procent. Na het afronden van de invoer in Microsoft Access werd de databank geëxporteerd naar een Microsoft Excel-bestand, dat kon worden ingeladen in *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). In dat programma stelden we grafieken en kruistabellen voor dit onderzoek op. Er werden geen verdere statistische analyses uitgevoerd op de data.

Analyse van de Maaseiker volwassenensterfte

In dit onderdeel volgt een analyse van de volwassenensterfte te Maaseik in de periode 1881-1885. In deze groep vallen alle overlijdens tussen de leeftijden van 15 en 64 jaar. Toch is het belangrijk om een verdere opdeling te maken tussen jong- en oudvolwassenen, aangezien de doodsoorzaken binnen beide categorieën fundamenteel anders waren. In andere studies werd al beschreven hoe jongvolwassen vrouwen een oversterfte kenden door zwangerschapsmoeilijkheden en kraambedsterfte.²⁵ Ook tuberculose was een ziekte die typisch geassocieerd werd met jongvolwassenen.²⁶ Om rekening te houden met kraambedsterfte, bakenden we de groep van jongvolwassenen af van 15 tot en met 44 jaar – grosso modo de

23 Tina Van Rossem, 'Bruxelles ma belle. Bruxelles mortelle. An investigation into excess mortality in Brussels at the turn of the twentieth century' (Universiteit Gent 2018) 118-21.

24 Velle, 'Statistiek en sociale politiek', 234-9; World Health Organisation, 'ICD-10: version 2016.'

25 Backs, *Mortaliteit in Gent (1830-1950)*, 111-2.

26 Van Rossem, Deboosere, en Devos, 'Spatial disparities at death', 12.

Tabel 5: Complete categorisering van de Maaseiker doodsoorzaken na herclassificatie op basis van de ICD-10 en Van Rossem, 1881-1885 (bron: WHO, ICD-10, version 2016, Van Rossem, 'Bruxelles ma belle' en database Vanoppen).

Herclassificatie o.b.v. Van Rossem en ICD-10		Aandoeningen per categorie
Ademhalingsstelsel		Bronchitis, hydrothorax, longontsteking, pleuritis
Andere		Cysten, flegmone
Congenitale zwakte		Congenitale zwakte
Enteritis		Enteritis, gastro-enteritis
Geweld		Brandwonden, wonden (bloedend)
Hart- en vaatstelsel		Aneurysma, angina pectoris, beroerte, bloedingen, gangreen, hypertrofie van het hart, laesies van het hart
Infectieziekte	Airborne (verspreiding via lucht)	Pokken, roodvonk
	Andere	Antrax, hepatitis, hersenkoorts, tetanus, wondroos
	Waterborne (verspreiding via water)	Buiktyfus
Maag- en darmstelsel		Aften, cirrose, geelzucht, invaginatie, leverabces, peritonitis
Maternale sterfte		Eclampsie
Neoplasme (kanker)		Kanker
Ouderdom		Achteruitgang, ouderdom
Perinatale sterfte		Doodgeboren (voldragen/prematuur)
Slecht gedefinieerde aandoeningen		Convulsies, koorts, oedeem, onbekend
Tuberculose		Tuberculose
Urogenitaal stelsel		Chronische blaasontsteking, ziekte van Bright
Zenuwstelsel		Cerebrale bloedingen, hersenverwaking, meningitis, myelitis

vruchtbare jaren van een vrouw. Sterfte bij oudvolwassenen (45-64 jaar) werd dan weer vaak gekenmerkt door mannelijke oversterfte ten gevolge van beroepsziekten en uitputting door zware arbeid. Van 1881 tot 1885 overleden er in totaal 142 volwassenen in Maaseik, waarvan 69 jongvolwassenen en 73 oudvolwassenen.²⁷

27 Neven, 'Mortality differentials and the peculiarities of mortality in an urban-industrial population: a case study of Tilleur, Belgium', 314.

Doodsoorzaken in Maaseiker volwassensterfte

Tabel 6 toont de verdeling van de doodsoorzaken volgens geslacht bij Maaseiker volwassenen. De niet geregistreerde doodsoorzaken waren het meest voorkomend. De top drie van gekende doodsoorzaken bestond uit tuberculose, ademhalingsziektes en slecht gedefinieerde aandoeningen. Deze laatste categorie bestond voor het merendeel uit oedemen en ongespecifieerde koorts, die beide 36,4 procent van de sterfte veroorzaakten. De overige 27,3 procent bestond uit convulsies (stuipen), die we vandaag beschouwen als symptoom van een onderliggende aandoening in plaats van een op zich staande ziekte. Hetzelfde geldt voor koorts. De eigenlijke doodsoorzaken voor deze overlijdens waren dus onbekend, ten gevolge van beperkte medische kennis.²⁸

Tabel 6: Frequentie van de doodsoorzaken van volwassenen per geslacht te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).²⁹

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Niet geregistreerd	21	28%	16	23,9%	37	26,1%
Tuberculose	15	20%	15	22,4%	30	21,1%
Ademhalingsstelsel	9	12%	6	9%	15	10,6%
Slecht gedefinieerd	9	12%	5	7,5%	14	9,9%
Hart- en vaatstelsel	5	6,7%	8	11,9%	13	9,2%
Neoplasme	3	4%	5	7,5%	8	5,6%
Waterborne infectieziektes	5	6,7%	2	3%	7	4,9%
Andere infectieziektes	1	1,3%	3	4,5%	4	2,8%
Zenuwstelsel	3	4%	1	1,5%	4	2,8%
Maag- en darmstelsel	1	1,3%	2	3%	3	2,1%
Enteritis	-	-	2	3%	2	1,4%
Airborne infectieziektes	1	1,3%	-	-	1	0,7%
Andere	-	-	1	1,5%	1	0,7%
Geweld	1	1,3%	-	-	1	0,7%
Maternaal	1	1,3%	-	-	1	0,7%
Ouderdom	-	-	1	1,5%	1	0,7%
Totaal	75	100%	67	100%	142	100%

28 George Alter en Ann Carmichael, 'Studying Causes of Death in the Past: Problems and Models', *Historical Methods: A Journal of Quantitative and Interdisciplinary History* 29, nr. 2 (1996) 44.

29 Het overlijden ten gevolge van een maternale aandoening bij een man is allicht te wijten aan een registratiefout of aan een foutief vastgestelde doodsoorzaak.

Jongvolwassenen- en oudvolwassenensterfte gelinkt aan doodsoorzaken

Jongvolwassenensterfte en doodsoorzaken

In de eerste helft van de jaren 1880 waren er meer mannen dan vrouwen in Maaseik, met een geslachtsverhouding (mannen/vrouwen) van 101. Uit analyse van geslachtsspecifieke sterfte blijkt dat een vrouwelijke sterfte overheerste bij de jongvolwassenen.³⁰ Die oversterfte is echter gering; de geslachtsverhouding in sterfte bij jongvolwassenen bedroeg in de onderzoeksperiode 92. In studies naar andere gebieden werd vaak een mannelijke oversterfte vastgesteld bij jongvolwassenen voor dezelfde periode. Devos en Van Rossem berekenden dat de Belgische verhouding in 1880 107 bedroeg.³¹ Mannelijke oversterfte werd ook vastgesteld in Tilleur, met een gemiddelde van 103 voor dezelfde leeftijdsklassen. Aangezien de gevaarlijke industrietakken te Tilleur – mijnbouw en metaalnijverheid – in Maaseik afwezig waren, was de tol van zware arbeid op mannen dan ook geringer in de plattelandstad.³² De vrouwelijke oversterfte in Maaseik zou potentieel verklaard kunnen worden door een combinatie van hoge kraambensterfte en laag sterfterisico van mannen als gevolg van de beperktere industrialisering in Maaseik. Van een hoge kraambensterfte was er in Maaseik bij jongvolwassen vrouwen in elk geval geen sprake, aangezien geen enkele vrouw overleed ten gevolge van maternale aandoeningen.

In figuur 5 springt tuberculose in het oog als veelvoorkomende doodsoorzaak bij jongvolwassenen. Onder andere Devos en Van Rossem en Woods en Shelton stelden vast dat tuberculose voornamelijk slachtoffers maakte bij jongvolwassenen.³³ Vooral jonge vrouwen werden gedurende de negentiende eeuw het slachtoffer van deze ziekte. Er was echter ook een spatiale differentiatie. Zo stelden Woods en Shelton vast dat op het platteland vrouwen de hoogste sterftcijfers aan tuberculose kenden maar in de stad concentreerde de ziekte zich bij mannen.³⁴ Uit onderstaande data blijkt dat de sterfte aan tuberculose bij Maaseiker mannen licht hoger was. In slechts 12,5 procent van de mannelijke overlijdens aan tuberculose woonde de overledene op het platteland. Alle vrouwen woonden in de stad. De hypothese van Woods en Shelton – genderdifferentiatie gelinkt aan spatiale differentiatie – is dus niet van toepassing op Maaseik.

30 De geslachtsratio = aantal mannen/aantal vrouwen x 100.

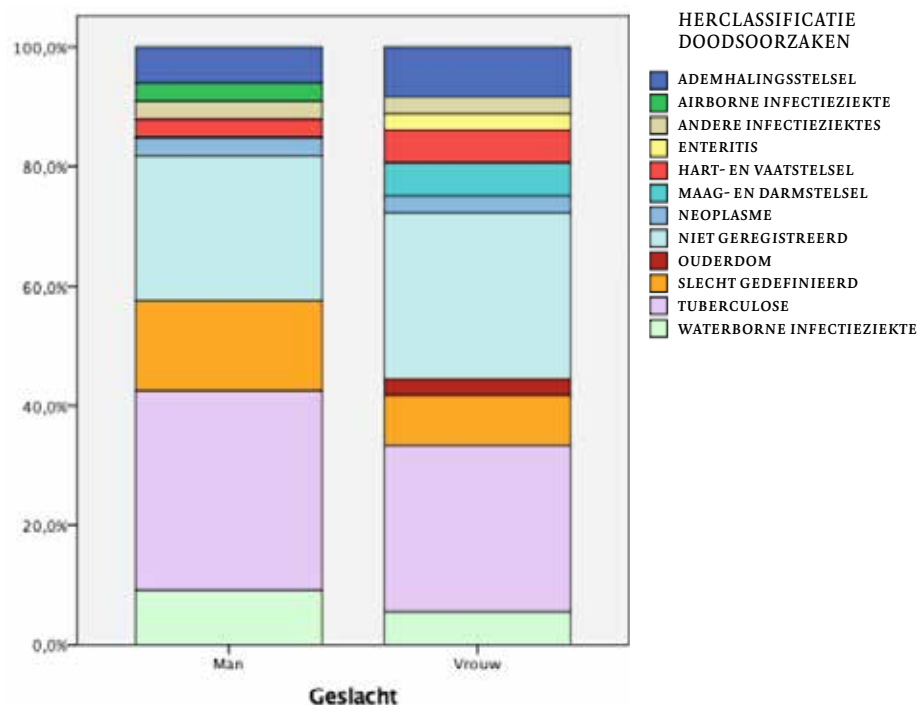
31 Devos en Van Rossem, 'Urban health penalties', 103.

32 Neven, 'Mortality differentials', 305-9.

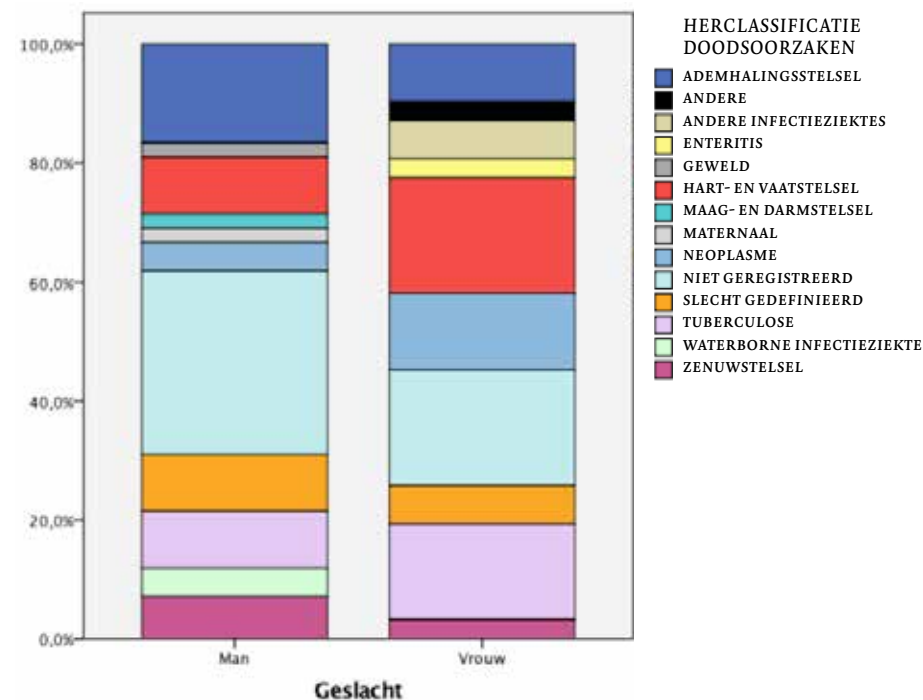
33 Devos en Van Rossem, 'Urban health penalties', 104; Woods en Shelton, 'Disease Environments in Victorian England and Wales', 76-7.

34 Ibidem.

Figuur 5: Verdeling van de doodsoorzaken in jongvolwassenensterfte volgens geslacht te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).



Figuur 6: Verdeling van de doodsoorzaken in oudvolwassenensterfte volgens geslacht te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).



Oudvolwassenensterfte en doodsoorzaken

Mannelijke oversterfte werd voor oudvolwassenen vastgesteld in de studies van Backs en Neven.³⁵ Eerder vermeldde ik al de impact van werkomstandigheden op latere leeftijd bij mannen. Daarnaast is er een afname van de kraambedsterfte die door Backs naar voren werd geschoven als een verklaring voor mannelijke oversterfte onder oudvolwassenen. De geslachtsratio in sterfte bij oudvolwassenen bedroeg in Maaseik 135 en was dus aanzienlijk hoger dan de gemiddelde geslachtsverhouding van de Maaseiker bevolking die 101 bedroeg. Om de arbeidshypothese te toetsen, is het ook voor deze leeftijdscategorie nodig om doodsoorzaken per geslacht te bestuderen. Zo kan bepaald worden of de voedings- en leder- en huidennijverheid – dit zijn de twee nijverheidstakken met hoogste mannelijke tewerkstelling – een negatieve impact hadden op mannelijke gezondheid.

Het aantal niet geregistreerde doodsoorzaken bij oudvolwassen mannen valt op. Toch is duidelijk dat het aantal overlijdens door ademhalingsziekten veel hoger is bij mannen dan bij vrouwen. Wanneer de niet geregistreerde doodsoorzaken niet in rekening worden genomen, stierf 24,1 procent van de oudvolwassen mannen aan ademhalingsziekten tegenover 12 procent bij vrouwen. Mogelijk was dit te wijten aan de ongezonde werkomstandigheden. Daarom wordt in paragraaf 3.4 gekeken naar de doodsoorzaken per sociale klasse. In figuur 6 valt het aandeel van degeneratieve ziektes in oudvolwassenensterfte op. Het is duidelijk dat vrouwen gevoeliger waren voor ziektes van het hart- en vaatstelsel dan mannen. Zonder de niet geregistreerde doodsoorzaken mee te tellen, overleed 13,8 procent van de mannen en 24 procent van de vrouwen aan cardiovasculaire ziektes. Daarnaast was het aandeel van kankers (neoplasmen) veel hoger bij vrouwen (16 procent) dan bij mannen (6,9 procent). Ook vandaag is het aantal overlijdens door hart- en vaatziekten hoger bij vrouwen dan bij mannen maar

35 Backs, *Mortaliteit in Gent (1830-1950)*, 112; Neven, 'Mortality differentials', 314.

voor kankers was dit net omgekeerd.³⁶ Vooral een ongezonde levensstijl (roken, drinken, vet voedsel, ...) wordt tegenwoordig aangeduid als belangrijke verklaring voor de ontwikkeling van deze aandoeningen.³⁷ In het laat negentiende-eeuwse Maaseik werd de gezondheid van oudvolwassen mannen vooral bepaald door hun werkomsstandigheden. Of het hoge aandeel vaststellingen van cardiovasculaire ziektes en kankers bij vrouwen te wijten is aan een ongezonder levensstijl, kunnen we op basis van deze data niet met zekerheid stellen.

Woonplaats van overleden volwassenen gelinkt aan doodsoorzaken

In dit onderdeel wordt onderzocht of er een stedelijke oversterfte was bij de volwassenen te Maaseik. De demografen Thierry Eggerickx en Marc Debuisson stelden een stedelijke oversterfte vast bij personen jonger dan 5 en ouder dan 30 jaar.³⁸ Neven kon bepalen dat werkomsstandigheden in de stad veel zwaarder waren dan die op het platteland, waardoor in de stad vooral bij mannen van middelbare leeftijd de sterfte hoog was.³⁹ Tabel 7 toont de spatiale verschillen in jong- en

Tabel 7: Spatiale verdeling van de jong- en oudvolwassenensterfte en totale sterfte te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

Woonplaats	Aantal overlijdens	Sterfte jongvolwassenen/oudvolwassenen	Gemiddeld bevolkingsaantal 1881-1885	Totale overleden populatie
Jongvolwassenensterfte (15-44 jaar)				
Stad	46	82,1%	3441	77,6%
Plattelandsgeluchten	10	17,9%	992	22,4%
Totaal	56	100%	4433	100%
Oudvolwassenensterfte (45-64 jaar)				
Stad	53	75,7%	3441	77,6%
Plattelandsgeluchten	17	24,3%	992	22,4%
Totaal	70	100%	4433	100%

36 Statbel, 'Doodsoorzaken - In 2016 blijft kanker stijgen als belangrijkste doodsoorzaak', Statbel - België in cijfers, 31 januari 2019, <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken>.

37 Van Rossem, 'Bruxelles ma belle', 36.

38 Eggerickx en Debuisson, 'La surmortalité urbaine', 40.

39 Neven, 'Mortality differentials', 314.

oudvolwassenensterfte te Maaseik, ten opzichte van de totale sterfte. Hieruit blijkt dat er een stedelijke oversterfte was bij volwassenen tot 45 jaar, waarna een rurale oversterfte de bovenhand nam. Gemiddeld was er voor alle volwassenen samen wel een stedelijke oversterfte. Arbeid had in Maaseik dus een beperkte impact op de gezondheid van oudvolwassenen. De *urban mortality penalty* kan in Maaseik dus bevestigd worden voor jongvolwassenensterfte maar niet voor oudvolwassenen.

Tabel 8 geeft de spatiale verdeling weer van doodsoorzaken voor de totale volwassenensterfte. Hieruit zijn enkele interessante conclusies te trekken. De tabel spreekt de bevindingen van Woods en Shelton enigszins tegen, die voor Engeland geen duidelijke spatiale differentiatie in tuberculose vaststelden; de ziekte sloeg zowel in de stad als op het platteland toe.⁴⁰ In Maaseik waren wel

Tabel 8: Spatiale verdeling van de doodsoorzaken van volwassenen te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

	Stad		Platteland		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Niet geregistreerd	23	23,5%	10	35,7%	33	26,2%
Tuberculose	23	23,5%	2	7,1%	25	19,8%
Ademhalingsstelsel	12	12,2%	3	10,7%	15	11,9%
Slecht gedefinieerd	11	11,2%	1	3,6%	13	9,5%
Hart- en vaatstelsel	7	7,1%	4	14,3%	11	8,7%
Neoplasme	5	5,1%	2	7,1%	7	5,6%
Waterborne infectieziektes	3	3,1%	3	10,7%	6	3,7%
Andere infectieziektes	3	3,1%	1	3,6%	4	4,8%
Zenuwstelsel	4	4,1%	-	-	4	4,8%
Maag- en darmstelsel	2	2%	-	-	2	2,4%
Enteritis	2	2%	-	-	2	2,4%
Airborne infectieziektes	1	1%	-	-	1	1,2%
Andere	1	1%	-	-	1	1,2%
Geweld	1	1%	-	-	1	1,2%
Maternaal	-	-	1	3,6%	1	1,2%
Ouderdom	-	-	1	3,6%	1	1,2%
Totaal	98	100%	28	100%	126	100%

40 Woods en Shelton, 'Disease Environments in Victorian England and Wales', 76-7.

vooral stedelingen het slachtoffer van de ziekte. Daarnaast valt op dat de andere twee meest voorkomende doodsoorzaken bij volwassenen te Maaseik zich vooral concentreerden in de stad en dat hart- en vaatziekten dan weer de meest voorkomende doodsoorzaken waren op het platteland. Deze ziektes waren net als vandaag gerelateerd aan slechte levensgewoonten zoals ongezonde voeding en roken; er waren twee sigarenfabrieken in Maaseik.⁴¹ Er zijn dus indicaties dat plattelandsbewoners in Maaseik een meer ongezonde levensstijl hadden in vergelijking met hun stedelijke tegenhangers, die vooral te lijden hadden onder slechtere werk- en woonomstandigheden.

Sociale differentiatie in volwassenensterfte gelinkt aan doodsoorzaken

Tabellen 9 en 10 tonen de verdeling van de volwassenensterfte per beroepscategorie, vergeleken met de verdeling binnen de totale sterfte te Maaseik. In zeven van de tien categorieën was de jongvolwassenensterfte in verhouding verhoogd. Alleen in de lagere klassen was dit niet het geval. Voor de sterfte van oudvolwassenen ligt het anders; in zes van de tien categorieën was de sterfte lager dan in de totale overleden populatie. We kunnen dus voorzichtig stellen dat jongvolwassenen in het merendeel van de beroepsgroepen een groter risico kenden dan de 45-plussers. Zekerheid kunnen we hierover niet verkrijgen, aangezien het niet mogelijk is om exacte sterftekansen of levenverwachtingen te berekenen. Mogelijk kunnen deze resultaten verklaard worden door beperktere impact van fysieke arbeid op latere leeftijd, in vergelijking met sterk geïndustrialiseerde gebieden.⁴² Om beter zicht te krijgen op de onderliggende factoren dienen we de doodsoorzaken per sociale klasse te bestuderen.

41 Van Rossem, Deboosere, en Devos, 'Spatial disparities at death', 12.

42 Backs, *Mortaliteit in Gent (1830-1950)*, 112; Neven, 'Mortality differentials', 314.

Tabel 9: Aandeel van beroepscategorieën binnen jongvolwassenensterfte, vergeleken met de totale overlijdens te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

Beroepscategorie	Totale overleden populatie		Jongvolwassenensterfte		Verschil %
	N	%	N	%	
-1: Zonder beroep	66	13,9%	11	15,9%	+2%
0: Andere	1	0,2%	-	-	-0,2%
1: Hogere managers	12	2,5%	2	2,9%	+0,4%
2: Hogere professionals	7	1,7%	3	4,3%	+2,6%
3: Lagere managers	36	7,6%	6	8,7%	+1,1%
4: Lagere professionals, klerken en verkoops personeel	31	6,5%	6	8,7%	+2,2%
5: Lagere klerken en verkoops personeel	11	1,1%	3	4,3%	+3,2%
7: Arbeiders met een gemiddeld niveau	91	19,2%	17	24,6%	+5,4%
8: Landbouwers en vissers	99	20,8%	10	14,5%	-6,3%
9: Arbeiders met een lager niveau	121	25,5%	11	15,9%	-9,6%

Tabel 10: Aandeel van beroepscategorieën binnen oudvolwassenensterfte, vergeleken met de totale overlijdens te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

Beroepscategorie	Totale overleden populatie		Oudvolwassenensterfte		Verschil %
	N	%	N	%	
-1: Zonder beroep	66	13,9%	10	13,7%	-0,2%
0: Andere	1	0,2%	-	-	-0,2%
1: Hogere managers	12	2,5%	1	1,4%	-1,1%
2: Hogere professionals	7	1,7%	1	1,4%	-0,3%
3: Lagere managers	36	7,6%	6	8,2%	+0,6%
4: Lagere professionals, klerken en verkoops personeel	31	6,5%	3	4,1%	-2,4%
5: Lagere klerken en verkoops personeel	11	1,1%	-	-	-1,1%
7: Arbeiders met een gemiddeld niveau	91	19,2%	15	20,5%	+1,3%
8: Landbouwers en vissers	99	20,8%	19	26%	+5,2%
9: Arbeiders met een lager niveau	121	25,5%	18	24,7%	-0,8%

Tabel 11 toont duidelijk dat tuberculose een klassenonderscheid maakte in Maaseik, aangezien de ziekte in de hoge klasse in verhouding meer slachtoffers eiste dan in de andere sociale klassen. Daarbij kunnen we enkele vragen stellen. Over het algemeen wordt tuberculose gelinkt aan slechte woon- en werkomstandigheden en weinig gevarieerde voeding.⁴³ Er kan worden aangenomen dat deze minder erbarmelijk waren in een plattelandsstad als Maaseik dan in grote industriesteden, waardoor de sociale differentiatie in sterfte door tuberculose er minder omvangrijk was. Dit lijkt te suggereren dat verschillen in levenskwaliteit er dus beperkter waren dan in grootsteden, door de lagere bevolkingsdichtheid en minder vervuilde omgeving.⁴⁴

Het aandeel van de ademhalingsziekten was hoger in de middenklasse dan in de lagere klasse. Dit type aandoeningen was sterk gerelateerd aan slechte ventilatie en de beperkte toegang tot zuivere lucht. Daarnaast was er de indirecte invloed van een lager inkomen, waardoor de toegang tot kwalitatieve voeding, een goede woonomgeving en medische zorgen beperkter was. Ook deze factoren zorgden voor een hoger aandeel van ademhalingsziekten in mortaliteit.⁴⁵ Hieruit kan worden afgeleid dat de werkomstandigheden bij volwassenen te Maaseik ongezonder waren in de middenklasse – en dan vooral de arbeiders met een gemiddeld niveau (7) – dan in de lage klasse. Dit kan verklaard worden door de samenstelling van deze lage klasse, die bestond uit de landbouwers en vissers (8) en de arbeiders met een lager niveau (9). De landbouwers kregen minder te maken met gevaarlijke en ongezonde arbeidsomstandigheden, mede doordat ze in zuivere lucht werkten en betere toegang tot verse voeding hadden.⁴⁶ Toch kunnen we afleiden dat deze lagere klasse een slechtere levensstijl had, aangezien aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker in deze klasse meer slachtoffers eisten dan in de hoge en middenklasse.⁴⁷

43 Kenneth F. Kiple, *The Cambridge World History of Human Disease* (New York 1995) 1176.

44 Liczbińska, 'Diseases, health status, and mortality in urban and rural environments: The case of Catholics and Lutherans in 19th-century Greater Poland', 31.

45 Tina Van Rossem, Patrick Deboosere, en Isabelle Devos, 'Death at Work? Mortality and Industrial Employment in Belgian Cities at the Turn of the Twentieth Century', *Explorations in Economic History* 66 (2017) 45.

46 J. van Reek en W.M. van Zutphen, 'Sterfte naar sociale klasse bij volwassenen in Nederland sinds de 19de eeuw', *Bevolking en Gezin* 2 (1985) 187.

47 Van Rossem, 'Bruxelles ma belle', 36; Van Rossem, Deboosere, en Devos, 'Spatial disparities at death', 12.

Tabel 11: Verdeling van doodsoorzaken van volwassenen naar sociale klasse te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

	Hoge klasse		Middenklasse		Lage klasse		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niet geregistreerd	4	21,1%	14	31,8%	13	22,4%	31	26,5%
Tuberculose	6	31,6%	10	22,7%	11	19%	27	23,1%
Ademhalingsstelsel	2	10,5%	6	13,6%	5	8,6%	13	11,1%
Hart- en vaatstelsel	2	10,5%	2	4,5%	7	12,1%	11	9,4%
Slecht gedefinieerd	-	-	5	11,4%	5	8,6%	10	8,5%
Neoplasme	1	5,3%	1	2,3%	4	6,9%	6	5,1%
Waterborne infectieziekten	-	-	1	2,3%	4	6,9%	5	4,3%
Andere infectieziekten	-	-	2	4,5%	2	3,4%	4	3,4%
Zenuwstelsel	2	10,5%	1	2,3%	-	-	3	2,6%
Maag- en darmstelsel	1	5,3%	1	2,3%	-	-	2	1,7%
Enteritis	1	5,3%	-	0	-	-	1	0,9%
Airborne infectieziekten	-	-	1	2,3%	-	-	1	0,9%
Geweld	-	-	-	-	1	1,7%	1	0,9%
Maternaal	-	-	-	-	1	1,7%	1	0,9%
Ouderdom	-	-	-	-	1	1,7%	1	0,9%
Totaal	19	100%	44	100%	54	100%	117	100%

Analyse van de Maaseiker ouderensterfte

Tot de ouderensterfte rekenen we alle overlijdens vanaf 65 jaar. Tijdens de epidemiologische transitie vond een shift plaats van hoge sterfte bij de allerjongsten naar een hoge sterfte bij de alleroudsten. Hier ruimden infectieziekten ook plaats voor degeneratieve en chronische aandoeningen. Devos stelde vast dat deze transitie zich in België had voltrokken tijdens het interbellum, ongeveer 40 tot 50 jaar na de onderzoeksperiode uit dit artikel. Studies specifiek gericht op negentiende-eeuwse ouderensterfte zijn beperkt. Dit artikel biedt inzicht in geslachtsspecifieke, spatiale verdelingen en sociale differentiatie in ouderensterfte.

Doodsoorzaken in de Maaseiker ouderensterfte

Tabel 12 toont de verdeling van de doodsoorzaken bij ouderen in Maaseik. Hierboven verwezen we reeds naar de epidemiologische transitie en de daarbijhorende

overgang van dominantie van infectieziektes bij kinderen naar dominantie van degeneratieve en chronische aandoeningen bij ouderen. In Maaseik overleed van 1881 tot 1885 37 procent van de ouderen door degeneratieve aandoeningen, zijnde hart- en vaatziektes en kanker. Hartproblemen waren de meest voorkomende gekende oorzaken en kunnen bij ouderen deels biologisch bepaald zijn maar zijn ook sterk gerelateerd aan een ongezonde levensstijl.⁴⁸ De twee andere meest voorkomende clusters van gekende doodsoorzaken waren die van de ademhalingsziektes en de slecht gedefinieerde aandoeningen. Deze laatste groep bestond voor 45,5 procent uit oedemen. Convulsies en niet-gespecificeerde koorts vullen de overige percentages op.

Tabel 12: Frequentie van de doodsoorzaken van ouderen per geslacht te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Niet geregistreerd	17	27%	29	34,9%	46	31,5%
Hart- en vaatstelsel	16	25,4%	17	20,5%	33	22,6%
Ademhalingsstelsel	15	23,8%	11	13,3%	26	17,8%
Slecht gedefinieerd	6	9,5%	5	6%	11	7,5%
Ouderdom	3	4,8%	4	4,8%	7	4,8%
Maag- en darmstelsel	1	1,6%	3	3,6%	4	2,7%
Neoplasme	3	4,8%	1	1,2%	4	2,7%
Zenuwstelsel	1	1,6%	3	3,6%	4	2,7%
Enteritis	-	-	3	3,6%	3	2,1%
Andere infectieziektes	-	-	2	2,4%	2	1,4%
Tuberculose	1	1,6%	1	1,2%	2	1,4%
Urogenitaal stelsel	-	-	2	2,4%	2	1,4%
Andere	1	1,6%	-	-	1	0,7%
Geweld	-	-	1	1,2%	1	0,7%
Totaal	63	100%	83	100%	146	100%

48 Backs, *Mortaliteit in Gent (1830-1950)*, 191-2; Van Rossem, 'Bruxelles ma belle', 35-6.

Geslachtsspecifieke ouderensterfte gelinkt aan doodsoorzaken

Hierboven stelden we vast dat bij de jongvolwassen vrouwen de voornaamste slachtoffers vielen door tuberculose, terwijl mannen bij de oudvolwassenen een oversterfte kenden als gevolg van beroepsziektes. Tegen de leeftijd van 65 jaar had er dus reeds een sterke selectie plaatsgevonden voor beide geslachten. Backs stelde voor Gent een gelijkaardige trend vast en vond een quasi gelijke sterftkans voor mannen en vrouwen op latere leeftijd, mede door de afname van het biologisch voordeel op latere leeftijd en een verhoogde gevoeligheid voor hart- en vaatziektes bij vrouwen.⁴⁹ In Maaseik stierven er tussen 1881 en 1885 146 ouderen, waarvan 63 mannen en 83 vrouwen. Aan de hand van de geslachtsverhouding in de totale bevolking (101) stellen we vast dat de geslachtsratio in ouderensterfte tussen mannen en vrouwen was omgekeerd en slechts 75 bedroeg. Er was in Maaseik dus een vrouwelijke oversterfte. Dit is gezien hun langere levensduur niet verrassend.⁵⁰ Neven stelde in Tilleur ook een vrouwelijke oversterfte vast, met een geslachtsratio van 89.⁵¹ Belangrijk is om na te gaan welke doodsoorzaken verantwoordelijk waren voor de vrouwelijke oversterfte in Maaseik.

Figuur 7 toont de verdeling van de doodsoorzaken per geslacht. Hierin valt op dat we voor een groot deel van de vrouwelijke ouderensterfte niet zijn ingelicht over de doodsoorzaak aangezien deze niet werd geregistreerd of bewaard. Indien we geen rekening houden met de niet geregistreerde doodsoorzaken voor beide geslachten, blijkt dat 34,8 procent van de mannen en 32,7 procent van de vrouwen overleed ten gevolge van hart- en vaatziektes. Aan het einde van de negentiende eeuw en het begin van de twintigste eeuw overleden in België vooral vrouwen door deze aandoeningen, doorgaans geassocieerd met een ongezonde levensstijl.

De ziektes van het maag- en darmstelsel troffen bijna uitsluitend vrouwen, met 7,2 procent van de overlijdens ten gevolge van enteritis of een andere spijsverteringsziektes, tegenover 1,6 procent bij mannen. Deze hogere vrouwelijke mortaliteit door maag- en darmziektes kon ook worden vastgesteld bij volwassenen. Mogelijk kan dit verklaard worden door een slechtere voeding voor vrouwen. Mannen waren de voornaamste kostwinners van het gezin en hadden daardoor wellicht recht op het beste voedsel.⁵² Aan de hand van de bestudeerde bronnen kunnen we echter niet meten of de lage tewerkstellingsgraad bij vrouwen

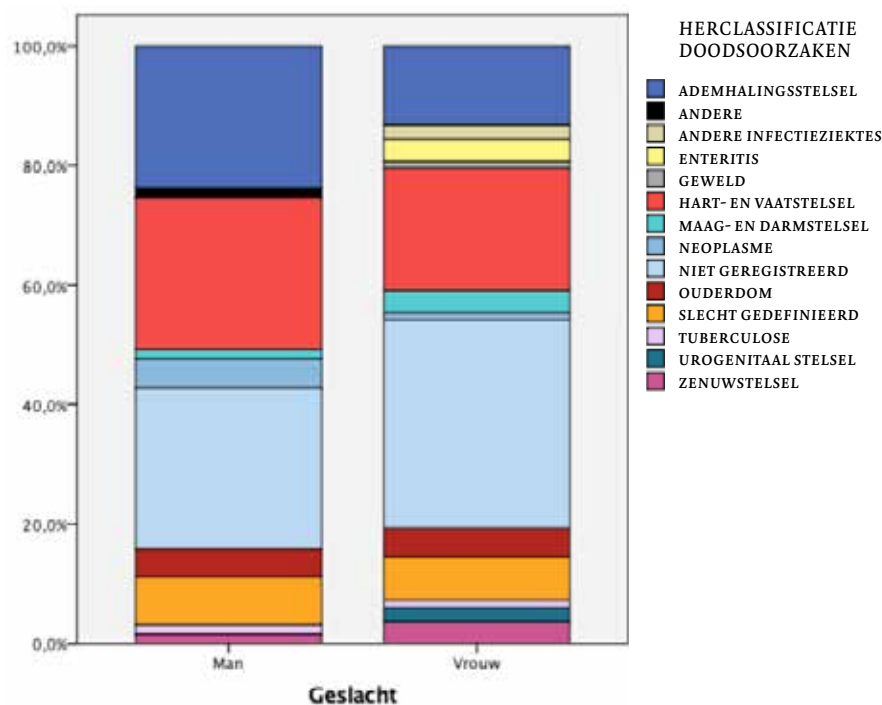
49 Backs, *Mortaliteit in Gent (1830-1950)* 113-4.

50 Devos, *Allemaal beestjes*, 28-30.

51 Neven, 'Mortality differentials', 305-7.

52 Isabelle Devos, 'Te jong om te sterven: de levenskansen van meisjes in België omstreeks 1900', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* 26, nr. 1 (2000) 60; Eric Vanhaute, 'Gezin, bevolking en arbeid, 19de en 20ste eeuw', in: *Paradoxen van pedagogisering. Handboek van pedagogische historiografie Paradoxen van pedagogisering. Handboek van pedagogische historiografie* (Gent 2005) 17-8.

Figuur 7: Verdeling van de doodsoorzaken per geslacht in ouderensterfte te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).



ervoor zorgde dat zij minder kwalitatief voedsel kregen dan hun werkende mannen, al lijken de data er wel op te wijzen.

De tewerkstelling van mannen had mogelijk nog een impact op de mortaliteit van ouderen. We wezen reeds op de gevolgen van slechte ventilatie op de gezondheid van arbeiders, waardoor het risico op ademhalingsziekten kon toenemen. Deze ziektes waren verantwoordelijk voor 23,8 procent van de mannelijke overlijdens boven 65 jaar en 13,3 procent van de vrouwelijke overlijdens. We zien bij mannen dus mogelijk de impact van zware en ongezonde arbeid. Dit sluit aan bij de bevindingen van Neven over Tilleur.⁵³ Van mannelijke oversterfte is er echter geen sprake in Maaseik. Wel kunnen we uit de doodsoorzaken afleiden dat arbeidsomstandigheden de sterfte van mannen kunnen bepalen, ondanks de vrouwelijke oversterfte. Kankers verklaarden 4,8

53 Neven, 'Mortality differentials', 318.

procent van de mannelijke sterfte, tegenover 1,2 procent bij vrouwen. Net als hart- en vaatziekten kunnen deze ziektes verklaard worden door biologische factoren maar ook door levensstijl en woon- en werkomstandigheden.⁵⁴ Er zijn in de Maaseiker ouderensterfte dus signalen van een impact van werkomstandigheden bij mannen, al zijn deze beperkt. De industrialisering was er dan ook beperkter dan in grootsteden. De vrouwelijke sterfte waarvoor de doodsoorzaken gekend zijn, lijkt dan weer vooral bepaald door hart- en vaatziekten.

Woonplaats van overleden ouderen gelinkt aan doodsoorzaken

Tabel 13 geeft de verdeling van ouderensterfte in de stadskern van Maaseik weer, vergeleken met de plattelandsgeluchten. Hieruit blijkt dat er een lichte stedelijke oversterfte was in Maaseik. Twee verklaringen kunnen deze bevindingen staven. Ten eerste was er een rusthuis in het stadscentrum van Maaseik, waardoor mogelijk een hoger percentage aan ouderen overleed in de stad.⁵⁵ In de literatuur zijn er geen cijfers voorhanden over de bezetting en sterfte in het bejaardentehuis, noch hebben we informatie over de herkomst van de bewoners (bijvoorbeeld de oorspronkelijke afkomst van het omliggend platteland). Mogelijk kunnen deze vragen beantwoord worden door studie van de archieven van het rusthuis. Deze analyse maakt geen deel uit van dit onderzoek. Ten tweede kan de tol van het stadsleven benoemd worden als mogelijke verklaring voor de *urban mortality penalty* bij de ouderen van Maaseik. Een langdurig verblijf in een stedelijke omgeving en de daarbij horende ongezonde woon- en werkomstandigheden kunnen voor een slechtere gezondheid en dus hogere sterfterisico's zorgen.⁵⁶ De vraag moet hier gesteld worden of en in welke mate het wonen in een plattelandstad een langdurig negatief effect had op de gezondheid.

Tabel 13: Spatiale verdeling van de ouderensterfte en totale sterfte te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

Woonplaats	Aantal overlijdens	Sterfte ouderen	Gemiddeld bevolkingsaantal 1881-1885	Totale overleden populatie
Stad	114	79,2%	3441	77,6%
Plattelandsgeluchten	30	20,8%	992	22,4%
Totaal	144	100%	4433	100%

54 Van Rossem, 'Bruxelles ma belle', 35-6.

55 Mathieu Daemen e.a., *Bejaardenzorg in Maaseik door de eeuwen heen* (Maaseik 1994) 53-5.

56 Kesztenbaum en Rosenthal, 'The Health Cost of Living in a City: The Case of France at the End of the 19th Century', 223-4.

Tabel 14 toont de spatiale differentiatie in doodsoorzaken bij ouderen tussen de stedelijke kern en de rurale periferie in Maaseik. De meest voorkomende doodsoorzaken bij alle ouderen, namelijk hart- en vaatziekten, eisten ook de meeste levens in beide gebieden. Deze waren in mindere mate gerelateerd aan woon- en werkomstandigheden. Vooral persoonlijke factoren zoals ongezonde voeding of leefgewoonten en biologische factoren waren van belang.⁵⁷ Ook luchtvervuiling speelde erin mee.⁵⁸ Deze factoren hadden dus een gelijkaardige impact in de stedelijke kern van Maaseik als op het platteland, allicht door het algehele plattelandskarakter van de stad waardoor de luchtvervuiling beperkter was en de levensstijl van de oudere bewoners van de stedelijke kern niet sterk verschilde van die van de rurale bevolking. De ademhalingsziekten deelden op het platteland de eerste plaats met hart- en vaatziekten maar het aandeel verschilde niet sterk van de resultaten in de stad. De impact van levenslange arbeid op ouderen was dus gelijkaardig in de stedelijke kern als op het platteland.

Verder waren er geen aandoeningen die een hoge sterfte eisten in het ene gebied maar het andere onberoerd lieten. Wel kwam 'ouderdom' als doodsoorzaak in verhouding veel vaker voor op het platteland dan in de stad. Alter en Carmichael hebben ons ingelicht over de vage omschrijving van deze term, die niet wees op een doodsoorzaak maar vaak gebruikt werd bij een overlijden op oude leeftijd, zonder verder te zoeken naar de eigenlijke oorzaak.⁵⁹ Mogelijk zegt dit iets over de toegang tot geneeskunde op het platteland. De inwoners van het Maaseiker platteland moesten voor medische zorg steeds naar de stadskern reizen. We kunnen echter slechts speculeren of een beperkte kennis over de medische achtergrond van een overledene zich manifesteerde in een hoger aandeel aan slecht gedefinieerde doodsoorzaken.

57 Van Rossem, 'Bruxelles ma belle', 35-6.

58 Van Rossem, Deboosere, en Devos, 'Spatial disparities at death', 12.

59 Alter en Carmichael, 'Studying Causes of Death in the Past', 44.

Tabel 14: Spatiale verdeling van de doodsoorzaken van ouderen te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

	Stad		Platteland		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Niet geregistreerd	37	32,5%	9	30%	46	31,9%
Hart- en vaatstelsel	26	22,8%	6	20%	32	22,2%
Ademhalingsstelsel	20	17,5%	6	20%	26	18,1%
Slecht gedefinieerd	8	7%	2	6,7%	10	6,9%
Ouderdom	3	2,6%	4	13,3%	7	4,9%
Maag- en darmstelsel	3	2,6%	1	3,3%	4	2,8%
Neoplasme	3	2,6%	1	3,3%	4	2,8%
Zenuwstelsel	4	3,5%	-	-	4	2,8%
Enteritis	2	1,8%	1	3,3%	3	2,1%
Andere infectieziekten	2	1,8%	-	-	2	1,4%
Tuberculose	2	1,8%	-	-	2	1,4%
Urogenitaal stelsel	2	1,8%	-	-	2	1,4%
Andere	1	0,9%	-	-	1	0,7%
Geweld	1	0,9%	-	-	1	0,7%
Totaal	114	100%	30	100%	144	100%

Sociale differentiatie in ouderensterfte gelinkt aan doodsoorzaken

Bij veel ouderen stond bij beroep de vermelding 'zonder beroep' of 'gepensioneerde'. Om toch zicht te krijgen op de sociale differentiatie in ouderensterfte ben ik aan de hand van de bevolkingsregisters uit de periode 1857-1866 op zoek gegaan naar het (vorige) beroep van de overledene.⁶⁰ Toch konden niet alle beroepen worden teruggevonden, ongetwijfeld als gevolg van migratie van en naar de stad. Hierdoor is het aandeel overleden ouderen zonder beroep in verhouding hoger dan in de totale overleden populatie. Ook in de categorie van arbeiders met gemiddeld niveau (7) is er een sterk verschil tussen de totale overleden populatie en de ouderensterfte. Het aandeel van de jongvolwassenensterfte was in deze groep erg hoog; dit kan de lagere verhouding

60 Family History Library, Registers der bevolking Maaseik, 1830-1865: Bevolking 1857-1865 vol. 1, 631747, <https://www.familysearch.org/search/film/008082947?cat=52926>; Family History Library, Registers der bevolking Maaseik, 1830-1865: Bevolking 1857-1865 vol. 2-4, 631748, <https://www.familysearch.org/search/film/008082948?cat=52926>; Family History Library, Registers der bevolking Maaseik, 1830-1865: Bevolking 1857-1865 vol. 5-6, 631749, <https://www.familysearch.org/search/film/008082949?cat=52926>.

in ouderensterfte verklaren. Uit tabel 15 blijkt dat geen enkele beroeps categorie veel impact had op de ouderensterfte. Relatief goede werkomstandigheden en/of een gezondere leefomgeving kunnen deze beperktere sociale differentiatie op hoge leeftijd verklaren.

Tabel 15: Aandeel van beroeps categorieën binnen ouderensterfte, vergeleken met de totale overlijdens te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

Beroeps categorie	Totale overleden populatie		Ouderensterfte		Verschil
	N	%	N	%	
-1: Zonder beroep	66	13,9%	37	25,3%	+11,4%
0: Andere	1	0,2%	-	-	-0,2%
1: Hogere managers	12	2,5%	1	0,7%	-1,8%
2: Hogere professionals	7	1,7%	2	1,4%	-0,3%
3: Lagere managers	36	7,6%	7	4,8%	-2,8%
4: Lagere professionals, klerken en verkoops personeel	31	6,5%	13	8,9%	+2,4%
5: Lagere klerken en verkoops personeel	11	1,1%	5	3,4%	+2,3%
7: Arbeiders met een gemiddeld niveau	91	19,2%	16	11%	-8,2%
8: Landbouwers en vissers	99	20,8%	37	25,3%	+4,5%
9: Arbeiders met een lager niveau	121	25,5%	28	19,2%	-6,3%

Tabel 16 toont de verdeling van de doodsoorzaken bij ouderen in Maaseik volgens sociale klasse. Hieruit blijkt nogmaals dat ook op latere leeftijd ademhalingsziekten sterk gerelateerd waren aan werkomstandigheden, aangezien niemand uit de hoge klasse overleed aan deze ziekte.⁶¹ In de midden- en lage klasse behoorden deze tot de meest voorkomende doodsoorzaken. Hart- en vaatziekten maakten dan weer geen onderscheid naargelang de sociale klassen, al kwamen ze wel in veel sterkere mate voor bij de hoge klasse. Dit kan mogelijk gerelateerd zijn aan de voedselconsumptie. De hogere klasse hadden betere toegang tot meer gevarieerd voedsel zoals vlees, groenten en drank, maar ook tot ongezonder en vetter voedsel.⁶² Mogelijk eiste een ongezonde levensstijl dus

61 Van Rossem, Deboosere, en Devos, 'Death at Work?', 45.

62 Peter Scholliers, 'Sociale ongelijkheid en voedselconsumptie sedert 1850', in: A. de Knecht-van Eekelen en M. Stasse-Wolthuis (eds.), *Voeding en gezondheid. Voeding in onze samenleving. Een cultuurhistorisch*

zijn tol bij de oudere Maaseikenaars in de hoge klasse. Verder is het aandeel van de overige doodsoorzaken categorieën in de drie sociale klassen relatief laag. Het hoge aantal niet-geregistreerde doodsoorzaken in de Maaseiker midden- en lage klassen zorgt mogelijk voor een vertekend beeld in de eigenlijke structuur van de doodsoorzaken. Toch kunnen hart- en vaatziekten en ademhalingsziekten duidelijk onderscheiden worden als voornaamste doodsoorzaken in deze klassen. Het aandeel van degeneratieve ziekten in de hoge klasse was wel het dubbele van de andere twee.

Tabel 16: Verdeling van doodsoorzaken van ouderen naar sociale klasse te Maaseik, 1881-1885 (bron: database Vanoppen).

	Hoge klasse		Middenklasse		Lage klasse		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niet geregistreerd	2	20%	12	35,3%	21	32,3%	35	32,4%
Hart- en vaatstelsel	4	40%	8	23,5%	15	23,1%	27	25%
Ademhalingsstelsel	-	-	8	23,5%	14	21,5%	22	20,4%
Slecht gedefinieerd	1	10%	2	5,9%	4	6,2%	7	6,5%
Ouderdom	1	10%	-	-	3	4,6%	4	3,7%
Neoplasme	1	10%	-	-	2	3,1%	3	2,8%
Enteritis	-	-	1	2,9%	2	3,1%	3	2,8%
Maag- en darmstelsel	-	-	-	-	2	3,1%	2	1,9%
Zenuwstelsel	1	10%	1	2,9%	-	-	2	1,9%
Tuberculose	-	-	-	-	1	1,5%	1	0,9%
Urogenitaal stelsel	-	-	-	-	1	1,5%	1	0,9%
Andere	-	-	1	2,9%	-	-	1	0,9%
Geweld	-	-	1	2,9%	-	-	1	0,9%
Totaal	10	100%	34	100%	65	100%	108	100%

perspectief (Alphen aan den Rijn 1987) 90-1; Leen Van Molle en Yves Segers (red.), *The Agro-Food Market: Production, Distribution and Consumption, Rural Economy and Society in North-Western Europe, 500 - 2000* (Turnhout 2013) 234.

Conclusies

In deze studie stond het sterfte- en doodsoorzakenpatroon van de kleine plattelandstad Maaseik in Belgisch Limburg centraal, uitgevoerd op basis van individuele doodsoorzakenregisters. Deze uiterst unieke en rijke bron werd nog maar zelden gebruikt in wetenschappelijk onderzoek. Door de koppeling te maken tussen de doodsoorzakenregisters en de overlijdensakten konden we voor Maaseik voor de periode 1881-1885 de volwassenen- (15-64 jaar) en ouderensterfte (65+) bestuderen en dit voor drie onderzoeksthema's binnen het historisch mortaliteitsonderzoek, namelijk de epidemiologische transitie, de *urban mortality penalty* en de sociale differentiatie in sterfte. Deze studie vormt een meerwaarde voor elk van deze onderzoeksthema's, doordat Maaseik een bijzonder karakter had, als stad met bijhorende stadsrechten maar ook met een uitgesproken ruraal karakter.

Bij de volwassenen hebben we een onderscheid gemaakt tussen de sterfte van jongvolwassenen (15- tot 44-jarigen) en oudvolwassenen (45- tot 64-jarigen). We stelden een vrouwelijke oversterfte vast bij jongvolwassenen, die grotendeels bepaald was door tuberculose. In lijn met de bevindingen uit de literatuur had tuberculose een grote impact op zowel jongvolwassen vrouwen als mannen. Bij de oudvolwassenen (45- tot 64-jarigen) was er een oversterfte van mannen als gevolg van ademhalingsziekten, wellicht gerelateerd aan hun arbeidsomstandigheden. Opvallend was het hoge aandeel degeneratieve ziekten bij oudvolwassen vrouwen. Indien de niet-geregistreerde overlijdens buiten beschouwing worden gelaten, maakten kanker en hart- en vaatziekten samen zelfs 40 procent van hun doodsoorzaken uit.

Bij de volwassenen waren de meeste overlijdens in de stadskern te wijten aan tuberculose, en op het platteland aan hart- en vaatziekten. In het eerste geval wijst dit op een ongezonde leefomgeving en moeilijke werkomstandigheden. De dominantie van hart- en vaatziekten op het platteland suggereert dan weer ongezondere leefgewoontes zoals ongezonde voeding en het roken van sigaren (in Maaseik waren er twee sigarenfabrieken). Eerder verrassend trof tuberculose de hogere klasse meer dan de midden- en de lagere klassen. Mogelijk is dit te verklaren door het kleinstedelijk karakter van Maaseik, waar ruimtelijke segregatie, vervuiling en overbevolking véél minder groot was dan in sterk geïndustrialiseerde grootsteden zoals Brussel en Gent. Hierdoor kan worden aangenomen dat de kloof tussen de sociale klassen op het vlak van kwaliteit van woon- en werkomstandigheden niet erg groot was.

Bij de ouderensterfte stelden we een grote vrouwelijke oversterfte vast, wat gezien hun langere levensduur niet verrassend is. De belangrijkste doodsoorzaken

van de 65-plussers waren hart- en vaatziekten, gevolgd door ademhalingsziekten. Terwijl de eersten meer frequent waren bij de hogere klasse, mogelijks te wijten aan de ongezondere voedingsgewoonten, kwamen de laatste het meeste voor bij de midden- en lagere klasse. Ouderen woonachtig in de stad overleden aan gelijkaardige aandoeningen als plattelandsbewoners. Dit kunnen we verklaren door het algehele plattelandskarakter van de stad, waardoor op vlak van doodsoorzaken er geen noemenswaardige spatiale verschillen waren.

De data tonen duidelijk dat degeneratieve en chronische aandoeningen niet enkel ziektes van de afgelopen 50 jaar zijn. De top drie mannelijke doodsoorzaken bestond immers uit ademhalingsziekten (17,4 procent), hart- en vaatziekten (15,2 procent) en tuberculose (11,6 procent). De vrouwelijke top drie bevatte dezelfde aandoeningen maar in een andere volgorde: hart- en vaatziekten (16,7 procent), ademhalingsziekten (11,3 procent) en tuberculose (10,7 procent). Reeds in de late negentiende eeuw waren chronische en degeneratieve aandoeningen dus sterk aanwezig in de plattelandstad Maaseik. De beperktere verstedelijking, lagere bevolkingsdichtheid, betere woon- en werkomstandigheden, enz. vormen hiervoor een belangrijke verklaring, aangezien infectieziekten en ziektes gerelateerd aan slechte huisvesting en hygiëne minder impact hadden op de bevolking.

Met deze studie trachtte ik een inzicht te verwerven in de sterfte- en doodsoorzakenpatronen van de kleine plattelandstad Maaseik. De aanwezigheid van de individuele doodsoorzakenregisters was hiervoor een rijke bron, die ons veel kon bijbrengen over de determinanten die bepalend waren voor de vastgestelde patronen. In België weten we weinig over de locatie en beschikbaarheid van deze unieke en veelzeggende bronnen. Ik hoop dan ook dat deze studie naast een bijdrage aan belangrijke thema's in het mortaliteitsonderzoek ook een aanzet kan leveren tot verdere zoektochten naar individuele doodsoorzakenregisters.



Het oude hospitaal te Maaseik, datum onbekend (bron: Stadsarchief Maaseik, Documentatiecentrum Maaseik).