

**GGD**

Rotterdam-Rijnmond

Wat zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Gezondheid is in de samenleving niet gelijk verdeeld. Er bestaan gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, maar ook tussen groepen met een hoge of lage sociaaleconomische status (ses). De ses wordt vaak afgemeten aan opleidingsniveau, inkomen en/of beroepsstatus.

Hoe hoger het opleidingsniveau, inkomen en/of beroepsstatus, des te hoger de positie op de maatschappelijke ladder. Niet alleen financieel hebben mensen met een hoge ses het beter, ze werken ook vaker in gunstige arbeidsomstandigheden. Daarnaast leven zij vaak in betere woonomstandigheden dan mensen met een lage ses.

Mensen met een hoge ses zijn over het algemeen gezonder dan mensen met een lage ses. Ook leven mensen met een hoge ses langer dan mensen met een lage ses. Landelijke cijfers hierover zijn eenduidig: hoogopgeleide mannen (hbo of wo) hebben een levensverwachting van 81,4 jaar, terwijl laagopgeleide mannen (lagere school) gemiddeld 74,1 jaar leven. Dit is een verschil van ruim 7 jaar. Vrouwen leven gemiddeld enkele jaren langer dan mannen. De levensverwachting voor hoogopgeleide vrouwen bedraagt 85,3 jaar, terwijl laagopgeleide vrouwen gemiddeld 78,9 jaar leven. Dit komt neer op een verschil van ruim 6 jaar (1).

Doelstelling factsheet

Deze factsheet beschrijft de samenhang tussen ses en gezondheid. Verschillen in gezondheid, leefstijl en zorggebruik tussen mensen met een lage ses en mensen met een hoge ses in de regio Rotterdam-Rijnmond komen aan bod.

Factsheet

juni 2011

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de regio Rotterdam-Rijnmond

In deze factsheet is opleiding de indicator voor ses. Opleiding is een goede graadmeter voor inkomen en beroepsstatus. Bovendien zijn in de enquêtes waarvoor deze factsheet gebruik van is gemaakt, de opleidinggegevens goed ingevuld. Hoger opgeleiden hebben over het algemeen meer inkomen en werken ook vaker in functies met hogere status dan lager opgeleiden. Opleiding is teruggebracht tot vier niveaus: (1) geen opleiding of lager onderwijs (2) vmbo (3) mbo, havo, vwo en (4) hbo, wo. De resultaten hebben betrekking op de volwassen bevolking van 25 jaar en ouder in 2008/2009. Aangenomen wordt dat deze groep de opleiding heeft afgerond.

Box: Definities

- **Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (segv):**
Systematische verschillen in gezondheid tussen mensen met een lage ses (lager opgeleiden) en hoge ses (hoger opgeleiden).
- **Sociaaleconomische status (ses):**
Positie van mensen op de maatschappelijke ladder; hier afgemeten aan het opleidingsniveau.
- **Lage ses:**
Hier gelijkgesteld aan lager opgeleiden.
- **Hoge ses:**
Hier gelijkgesteld aan hoger opgeleiden.
- **Lager opgeleiden:**
Geen opleiding of lager onderwijs.
- **Hoger opgeleiden:**
hbo of wo.
- **Zware alcoholdrinker:**
Mannen: minimaal één keer per week zes of meer glazen. Vrouwen: minimaal één keer per week vier of meer glazen.
- **Matig overgewicht:**
BMI 25 tot 30, op basis van zelfrapportage.
- **Obesitas:**
BMI \geq 30, op basis van zelfrapportage.
- **Nederlandse Norm Gezond Bewegen:**
Volwassenen (18 jaar en ouder): minimaal op vijf dagen van de week een half uur matig intensief actief zijn.
- **Regio Rotterdam-Rijnmond:** 19 gemeenten binnen het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond.

Hoe groot is de groep met een lage ses in de regio Rotterdam-Rijnmond?

In de regio wonen naar schatting ruim 100.000 inwoners die tot de groep lage ses gerekend kunnen worden. Deze inwoners van 25 jaar en ouder hebben geen opleiding of alleen lager onderwijs gevolgd. Dit komt neer op 13% van de totale populatie van 25 jaar en ouder.

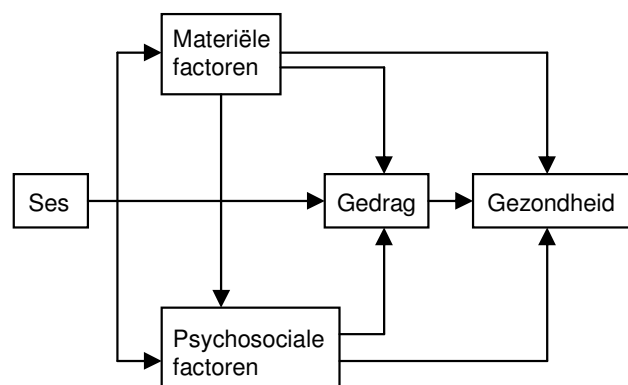
Tabel 1 Schatting omvang van groep lage ses in de regio Rotterdam-Rijnmond, 25 jaar en ouder

Gemeente	Aantal Lager opgeleiden	Als percentage van de totale populatie
Albrandswaard en Barendrecht*	2.700	6%
Capelle en Krimpen aan den IJssel*	6.300	10%
Goeree Overflakkee*	5.000	15%
Lansingerland	2.300	7%
Maassluis	2.700	13%
Ridderkerk	4.400	14%
Rotterdam	61.000	16%
Schiedam	7.900	16%
Vlaardingen	5.600	12%
Voorne Putten*	10.100	9%
Regio totaal	108.000	13%

* Om een betrouwbaar beeld te geven zijn de gemeenten, vanwege onvoldoende respondenten in de enquête, samengevoegd.

Oorzaken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Er zijn twee mechanismen die verklaren waarom mensen met een lage ses ongezonder zijn dan mensen met een hoge ses. Ten eerste: een lage ses kan via tussenliggende determinanten (gedrag of leefstijl, materiële en psychosociale factoren) tot een slechtere gezondheid leiden (figuur 1). Mensen met een lage ses hebben over het algemeen een ongezondere leefstijl dan mensen met een hoge ses. Zij roken gemiddeld meer, drinken meer, bewegen minder en hebben vaker overgewicht dan mensen met een hoge ses (2). Daarnaast ondervinden mensen met een lage ses meer psychosociale stress onder meer door financiële zorgen en door een combinatie van hoge werkdruk en weinig eigen regelmogelijkheden. Ook hebben ze vaker een gevoel van gebrek aan controle over het eigen bestaan en lijden vaker aan depressie (3). Tenslotte zijn er grote verschillen in inkomen en in werken leefomstandigheden. Mensen met een lage ses zijn oververtegenwoordigd in laagbetaalde banen. Ze worden vaker geconfronteerd met vuil, lawaaiig, gevaarlijk en lichamelijk zwaar werk (3) en ze wonen vaker in buurten waar de lucht minder schoon is. De volgende figuur biedt schematisch inzicht in de samenhang tussen ses en gezondheidsverschillen (4).

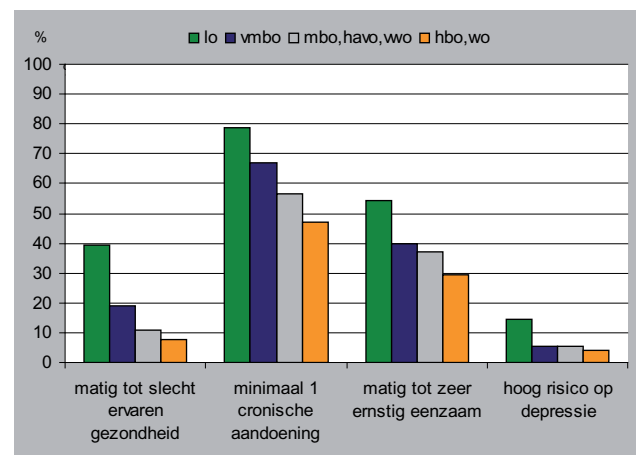


Figuur 1 De rol van materiële, psychosociale en gedragsfactoren voor het verklaren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Ten tweede: een slechte gezondheid kan tot een lage ses leiden. Gezondheidsproblemen kunnen zowel onderwijsloopbaan als beroepsloopbaan nadelig beïnvloeden. Werknemers zonder diploma hebben minder kans op een gunstige baan of inkomen dan diegenen die dat wel hebben. Diploma en werk zijn juist twee belangrijke middelen om een hoge ses te kunnen bereiken.

Verschillen in gezondheid

Onderstaande figuur laat zien dat tussen laag- en hoogopgeleide inwoners gezondheidsverschillen bestaan en dat deze verschillen aanzienlijk kunnen oplopen. Zo ervaart 40% van de lager opgeleiden de eigen gezondheid als matig tot slecht tegenover 8% van de hoger opgeleiden. Ongeveer 80% van de lager opgeleiden geeft aan dat ze minimaal één chronische aandoeningen hebben tegenover bijna de helft van de hoger opgeleiden. Wat eenzaamheid betreft is ruim de helft van de lager opgeleiden matig tot zeer ernstig eenzaam ten opzichte van 30% van de hoger opgeleiden.



Figuur 2 Gezondheid in de regio Rotterdam-Rijnmond naar opleidingsniveau

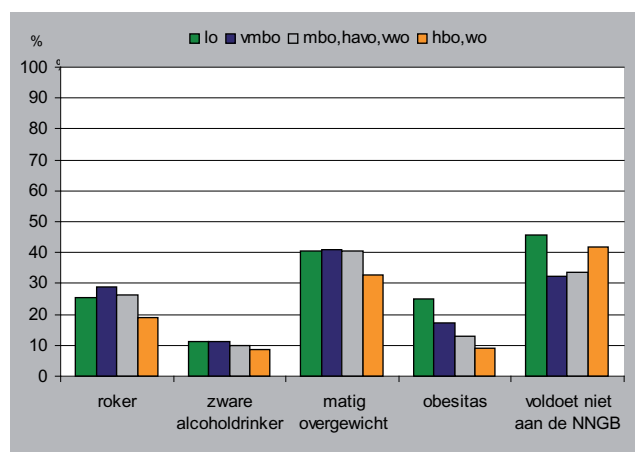
Hoewel psychische ongezondheid onder de bevolking, in vergelijking met eerder genoemde aspecten, niet in grote mate voorkomt, lopen de lager opgeleiden ruim drie keer zoveel risico op een angststoornis of depressie dan hoger opgeleiden, respectievelijk 14% en 4%.

Lager opgeleiden ervaren bepaalde problemen of moeilijkheden vaker dan hoger opgeleiden. Zo geeft één op de tien laagopgeleide inwoners aan problemen te hebben met de eigen kinderen. Onder de hoger opgeleiden is dat één op de twintig. Lager opgeleiden ervaren ook vaker problemen met het overlijden van een naaste dan hoger opgeleiden, respectievelijk 17% en 7%.

Verschillen in gedrag of leefstijl

De manier waarop iemand zijn leven leidt, heeft gevolgen voor zijn gezondheid. Ongezonde leefgewoonten zoals roken, veel alcoholgebruik, weinig bewegen en ongezonde voeding kan op den duur het lichamelijk functioneren beperken en daarmee de kwaliteit van leven aantasten. In de volgende figuur zijn drie leefstijlfactoren en twee lichamelijke eigenschappen (matig overgewicht en obesitas) opgenomen.

De figuur laat zien dat tussen laag- en hoogopgeleide inwoners verschillen bestaan in roken, alcoholgebruik, bewegen en overgewicht.



Figuur 3 Leefstijl in de regio Rotterdam-Rijnmond naar opleidingsniveau

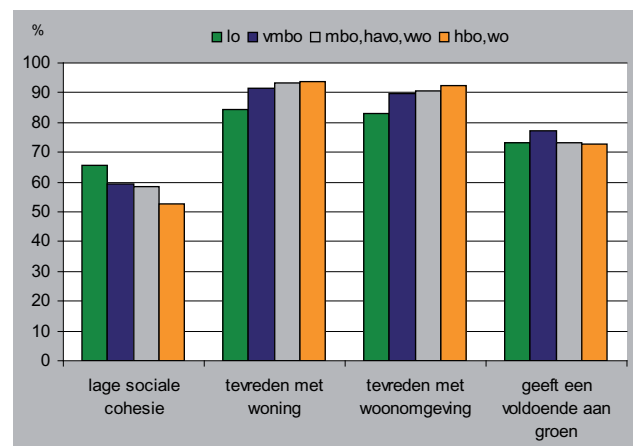
Eén op de vier laagopgeleide inwoners rookt ten opzichte van bijna één op de vijf hoogopgeleide inwoners. Hoewel het verschil klein is, zijn de laagopgeleide inwoners vaker zware alcoholdrinkers dan hoogopgeleide inwoners, respectievelijk 11% en 9%.

Laagopgeleide inwoners hebben vaker last van overgewicht dan hoogopgeleide inwoners. Van de laagopgeleide inwoners heeft 41% matig overgewicht in vergelijking met 33% van de hoogopgeleide inwoners. Obesitas komt onder lager opgeleiden bijna drie keer zo vaak voor dan onder hoger opgeleiden, respectievelijk 25% en 9%. De laagopgeleide inwoners halen minder vaak de beweegnorm dan hoogopgeleide inwoners. Het verschil is klein: van de lager opgeleiden voldoet 46% niet aan de norm, van de hoger opgeleiden 42%.

Verschillen in inkomen, woon- en leefomgeving

Een lage opleiding gaat vaak gepaard met een laag inkomen. Vier van de vijf hoger opgeleiden hebben een bovenmodaal inkomen. Van de lager opgeleiden bijna één op de vijf. Ook geven lager opgeleiden vaker aan dat ze moeite hebben met het rondkomen van het inkomen dan hoger opgeleiden (34% versus 14%).

Sociale cohesie duidt op sociale samenhang. Wanneer sociale cohesie hoog is, is de solidariteit in een gemeenschap groot, men identificeert zich met elkaar en/of voelt zich verbonden (5). Van lager opgeleiden vindt tweederde dat de sociale cohesie in hun buurt laag is, van hoger opgeleiden 53% (figuur 4).

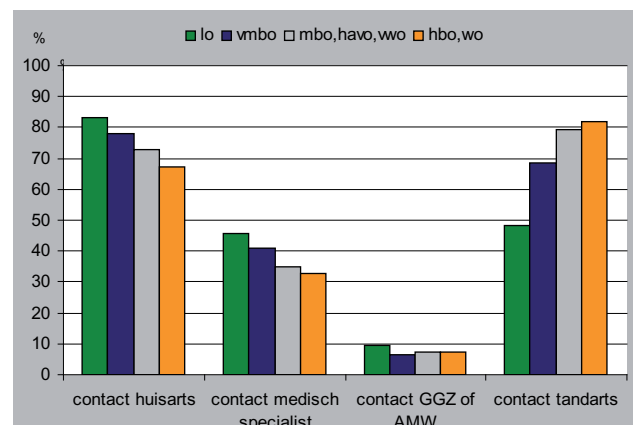


Figuur 4 Woon- en leefomgeving in de regio Rotterdam-Rijnmond naar opleidingsniveau

Laagopgeleide inwoners zijn in vergelijking met hoogopgeleide inwoners minder tevreden over hun woning en woonomgeving. Van de lager opgeleiden geeft ruim 80% een voldoende aan zijn woning of woonomgeving. Dit percentage ligt bij de hoger opgeleiden rond 90%. Ook geven lager opgeleiden vaker dan hoger opgeleiden aan dat ze problemen of moeilijkheden hebben met hun woning of huisvesting. Wat betreft groenbeleving is er geen verschil: beide groepen geven even vaak het groen in hun buurt een voldoende.

Verschillen in zorggebruik

Tenslotte wordt hier nog aandacht besteed aan het zorggebruik, omdat dit inzicht biedt in de gevolgen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (figuur 5). Lager opgeleiden hebben in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek vaker dan hoger opgeleiden contact gehad met de huisarts, medisch specialist en GGZ of AMW.



GGZ: geestelijke gezondheidszorg AMW: algemeen maatschappelijk werk

Figuur 5 Zorggebruik in de regio Rotterdam-Rijnmond naar opleidingsniveau

Van de lager opgeleiden heeft 83% contact gezocht met de huisarts, 46% met de medisch specialist en 10% met de GGZ of het AMW. Voor de hoger opgeleiden zijn deze percentages respectievelijk 67%, 33% en 7%. Als het om een bezoek aan de tandarts gaat, hebben lager opgeleiden in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek juist minder vaak contact gehad dan hoger opgeleiden, respectievelijk 48% en 82%.

Aangrijpingspunten voor interventie en beleid

De commissie Albeda (programmacommissie segv-II) onderscheidt vier aangrijpingspunten voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (6).

1. Het verkleinen van verschillen in opleiding, beroepsklasse en inkomen. Hierbij kunnen we denken aan maatregelen om schooluitval en schoolverzuim tegen te gaan of aan voorschoolse educatie om taalachterstanden te verminderen, maar ook aan cursussen en opleidingen om een beroep te leren.
2. Het verminderen van negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsklasse en inkomen. Dit zijn maatregelen die ervoor zorgen dat mensen ondanks hun gezondheidsproblemen toch blijven deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, zoals het creëren van gepast werk voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten of het opzetten van re-integratietrajecten voor werklozen.
3. Het beïnvloeden van determinanten van gezondheid. Denk hierbij aan het beïnvloeden van leefgewoonten als roken, drinken, eten en bewegen. Maar ook het verbeteren van woon- en werkomstandigheden van de groep met een lage ses. Verder oog hebben voor moeilijke omstandigheden en negatieve gebeurtenissen (werkloosheid, schulden, echtscheidingen), waardoor stress wordt veroorzaakt.
4. Het toezien op goede toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor verschillende sociaaleconomische groepen. Het verbeteren van de gezondheidszorg aan mensen met een lage ses. Dit geldt zowel voor de eerste lijn als voor de tweede lijn. Daarnaast zijn vroegsignalering en preventie ook belangrijk om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen.

Wat aangrijpingspunten betreft komt één punt duidelijk naar voren. De determinanten van gezondheid liggen in verschillende beleidssectoren. Dit vraagt om een intersectorale samenwerking. Voor bedrijven en zelforganisaties zijn hierin ook belangrijke rollen weggelegd.

Om de gezondheid van Rotterdammers in achterstandswijken te versterken en daarmee de gezondheidsverschillen te verkleinen is het programma *Samen Werken aan een Goede Gezondheid (SWGG)* opgezet.

Meer informatie

Deze factsheet en andere rapportages kunt u terugvinden op www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl.

Wilt u meer weten over het programma SWGG, dan kunt u vanaf juli 2011 terecht op www.ggd.rotterdam.nl.

Bron en verwijzingen

Voor deze factsheet is gebruik gemaakt van gegevens van de Gezondheidsenquête 2008/2009.

Literatuur

1. Bruggink JW Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. Bevolkingstrends: Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland 2009; 57(4): 71-76.
2. Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (red). Zorg voor gezondheid : Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
3. Mackenbach JP, Maas PJ van der (red). Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen : Elsevier Gezondheidszorg, 2008.
4. Mackenbach JP Socio-economic inequalities in health in developed countries: the facts and the options. In: Detels, R, McEwen, J, Beaglehole, R & Tanaka, H., eds., Oxford Textbook of Public Health, 4th edition, pp. 1773-1790. Oxford, etc.: Oxford University Press, 2002.
5. Knol, F. Maas-de Waal, C. Roes, T. Hart, J de (red) Sociaal en Cultureel Planbureau. Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002.
6. Albeda W. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen: eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland; 2001.

Colofon

Dit is een uitgave van de GGD Rotterdam-Rijnmond.
Juni 2011

Auteur:
Özcan Erdem o.erdem@ggd.rotterdam.nl