

**SOCIAAL-ECONOMISCHE
VERSCHILLEN IN GEZONDHEID
IN ENGELAND EN NEDERLAND**

INHOUDSTAFEL

<i>INLEIDING</i>	4
------------------	---

<i>SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN IN ENGELAND</i>	7
--	----------

<i>1. Gezondheidsenquête in Engeland: opzet en evolutie</i>	8
<i>2. Het meten van SES in de Engelse gezondheidsenquête</i>	10
<i>3. Sociaal-economische verschillen in cardio-vasculaire aandoeningen</i>	11
<i>4. Sociaal-economische verschillen in leefstijl</i>	14
4.1 Alcoholgebruik	14
4.2 Rookgedrag	15
4.3 Eetgewoonten	18
4.4 Fysieke activiteit	18
<i>5. Sociaal-economische verschillen in de resultaten van de klinische metingen</i>	20
5.1 Bloeddruk	20
5.2 Bloedanalyses	21
5.3 Lichaamsmassa	22
<i>6. Sociaal-economische verschillen in zelf-gerapporteerde gezondheid</i>	24
6.1 Zelfgerapporteerde langdurige aandoeningen	24
6.2 Beperkende langdurige aandoeningen	25
6.3 Zelfgerapporteerde acute ziekte	25
6.4 Zelfbeoordeelde gezondheid	26
6.5 Mentale gezondheid	27
6.6 Ervaren sociale ondersteuning	28

<i>SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN IN NEDERLAND</i>	30
---	-----------

<i>1. Gezondheidsenquête in Nederland: opzet en evolutie</i>	31
<i>2. Het meten van SES in de Nederlandse gezondheidsenquête</i>	33
<i>3. Sociaal-economische verschillen in leefstijl</i>	33
3.1 Alcoholgebruik	33
3.2 Rookgedrag	34
3.3 Fysieke activiteit in de vrije tijd	34

4. Sociaal-economische verschillen in zelf-gerapporteerde gezondheid	35
4.1. Zelfbeoordeelde gezondheid	35
4.2. Langdurige aandoeningen	37
4.3. Langdurige beperkingen	39
4.4. Gezondheidsklachten	40
4.5. Tijdelijke activiteitsbeperkingen	40
4.6. Gebitsprothesen	41
4.7. Lengte en overgewicht	41
4.8. Psycho-sociale gezondheid	41
ALGEMEEN BESLUIT	42

INLEIDING

In 1977 lanceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) haar “Health for All”-campagne, die doelstellingen vooropstelt voor de verbetering van de gezondheidstoestand in de gehele wereld. Dit “Health for All”-programma werd later door het Europees departement van de WGO aangepast aan de concrete Europese situatie. De eerste doelstelling van “Health for All” is gelijkheid in gezondheid. Het uitgangspunt is dat elke persoon recht heeft op voldoende kansen om gezond te leven en op kwaliteitszorg bij eventuele gezondheidsproblemen¹. Precies op dit vlak van gelijkheid in gezondheid is er echter nog heel wat werk aan de winkel. Uit studies in verschillende Europese landen blijkt immers dat er substantiële gezondheidsverschillen zijn én blijven tussen verschillende bevolkingslagen binnen hetzelfde land. In sommige gevallen nemen de verschillen zelfs toe². Nochtans is deze ongelijkheid in grote mate vermijdbaar, in die zin dat ze voor een belangrijk deel te wijten is aan verschillen in materiële en sociale levensomstandigheden³.

Dit rapport maakt verslag van sociaal-economische verschillen in gezondheid in Engeland en Nederland, die naar voren komen in de resultaten van grootschalige gezondheidsenquêtes. We gaan met andere woorden op zoek naar verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag tussen mensen met verschillende opleidingsniveaus, mensen uit verschillende beroepscategorieën, met uiteenlopende inkomens, enzovoort. Voor Engeland wordt daarbij uitgegaan van gegevens uit de Health Survey for England. De Nederlandse data zijn afkomstig uit de gezondheidsenquête in het POLS-onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De keuze voor deze landen lag voor de hand, omdat zij de grootste ervaring hebben opgebouwd in verband met gezondheidsenquêtes en met sociaalwetenschappelijk gezondheidsonderzoek. Dit in tegenstelling tot België, waar het onderzoek naar sociaal-economische verschillen in gezondheid pas veel later werd opgestart. Ons land heeft ten opzichte van Engeland en Nederland dan ook nog een grote achterstand goed te maken.

Onze studie kadert binnen het AGORA-project op het Steunpunt Samenleving en Gezondheid van de V.U.B. Dit AGORA-project spitst zich toe op twee thema's: sociaal-economische verschillen in gezondheid en financiële toegangsdrempels in de gezondheidszorg. Om deze brede problematiek in kaart te brengen en oplossingen aan te dragen, werd het AGORA-onderzoek uitgesplitst in verschillende deelstudies. Een belangrijk deelonderzoek is de analyse van de Belgische gezondheidsenquête uit 1997⁴. Ook het rapport dat voor u ligt is een onderdeel van de AGORA-opdracht. Het

¹ World Health Organisation, Regional Office for Europe, 1993. Health for All targets. The Health policy for Europe. Copenhagen.

² Drever en Whitehead leveren een overzicht van een aantal belangrijke Europese onderzoeken op dit vlak. Drever, F. en Whitehead, M., 1997. Health Inequalities. Office for National Statistics Series DS no 15. The Stationary Office, London.

³ Department of Health, 1995, Variations in Health: What can the Department of Health and NHS do? London, HMSO. Zie ook Drever en Whitehead (1997, p.44).

⁴ Vanroelen, C. Sociaal-economische verschillen in gezondheidsfactoren en toegankelijkheidsproblemen in de Belgische gezondheidszorg: een analyse van de Belgische gezondheidsenquête 1997. Vakgroep Medische Sociologie, VUB. Rapport in aanmaak.

werd deels opgevat als een voorstudie voor het uitvoeren van de analyse van de Belgische data. Anderzijds is het er een uitbreiding van, omdat het een zicht biedt op de bredere internationale context en toelaat de Belgische gegevens te kaderen. Daar waar de deelstudie voor België zowel op ongelijkheid in gezondheid als op financiële toegangsdrempels tot de gezondheidszorg ingaat, was het voor de studie van Engelse en Nederlandse gezondheidsenquêtes alleen mogelijk het eerstgenoemde thema te bestuderen. Dit omdat de Nederlandse en Engelse gezondheidsenquêtes geen informatie bieden over financiële toegangsdrempels in hun nationale gezondheidszorg. De voornaamste reden hiervoor is waarschijnlijk dat de financiële toegangsdrempels in Engeland en Nederland veel minder problemen stellen dan in België. In beide landen wordt een groot deel van de gezondheidszorg immers gratis verstrekt. Voor vele gezondheidsmiddelen en -zorgen hoeft er in Engeland en Nederland met andere woorden geen persoonlijke bijdragen betaald te worden⁵.

In het eerste deel van dit rapport worden de gegevens over sociaal-economische gezondheidsverschillen in Engeland voorgesteld. Het volgende deel behandelt de Nederlandse bevindingen. Zowel voor Engeland als voor Nederland wordt eerst beknopt uitleg gegeven over de opzet en de evolutie van de gezondheidsenquête en over de gebruikte sociaal-economische indicatoren. Vervolgens worden de vaststellingen in verband met sociaal-economische verschillen in uiteenlopende gezondheidsaspecten weergegeven, aan de hand van zo recent mogelijke gegevens.

Het vergelijken van de gegevens uit beide landen of het vergelijken van deze gegevens met de Belgische situatie, is vanuit wetenschappelijk oogpunt een uiterst hachelijke onderneming. In Drever en Whitehead (1997) worden een aantal belangrijke valkuilen bij de internationale vergelijking van gegevens over sociaal-economische gezondheidsverschillen besproken. Eén van de voornaamste problemen bij dergelijke vergelijkingen is dat gezondheidsenquêtes uit verschillende landen meestal niet (helemaal) overeenkomen qua opgenomen morbiditeitsindicatoren en de omschrijving ervan. Ook voor sociaal-economische status worden vaak verschillende indicatoren gebruikt. Verschillen in de operationalisering van de variabelen, of zelfs andere categorie-indelingen voor dezelfde indicatoren, kunnen leiden tot verschillen in de resultaten, waardoor ze vergelijkingen bemoeilijken. Daarnaast stelt zich het probleem dat het begrip 'gezondheid' in verschillende landen op een andere wijze kan worden ingevuld, wat opnieuw vergelijkingsproblemen oplevert. Zo is het mogelijk dat in het ene land de meeste mensen alleen aan fysieke gezondheid denken als je naar hun gezondheidstoestand vraagt, terwijl in een ander land fysieke en mentale gezondheid als een geheel worden beschouwd. Bovendien gelden in verschillende maatschappijen soms verschillende attitudes ten aanzien van het melden van gezondheidsklachten. Dit maakt dat eenzelfde antwoord verschillende betekenissen kan hebben al naargelang de culturele achtergrond. Tenslotte veronderstelt een goede vergelijking van gegevens uit gezondheidsenquêtes dat de tijdstippen van de enquëtering voldoende dicht bij elkaar liggen. Al deze verstoringen die kunnen optreden bij het vergelijken van internationale enquêtegegevens brengen Blaxter tot de conclusie dat "there is little possibility of comparing morbidity

⁵ Mossialos, E. en La Grand, J. (eds.), 1999. Health care and cost containment in the European Union, Ashgate, Aldershot.
Mackenbach, J.P., 1994. Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Van Gorcum, Assen.

information across the countries of Europe”⁶. Maar er zijn ook wetenschappers die een milder standpunt innemen. In het geval van onze studie is het echter duidelijk dat een gedetailleerde wetenschappelijke vergelijking uitgesloten is, vermits we genoodzaakt zijn te werken met secundaire bronnen en de gebruikte indicatoren te sterk verschillen.

⁶ Blaxter, M., 1989. A comparison of measures of inequality in morbidity. In: Fox J. (ed.): Health Inequalities in European Countries. Aldershot, Gower.

SOCIAAL-ECONOMISCHE
GEZONDHEIDSVerschillen
IN ENGELAND

1. Gezondheidsenquête in Engeland: opzet en evolutie

Engeland heeft al sinds 1971 ervaring met nationale gezondheidsenquêtes⁷. In 1991 werd gestart met de Health Surveys for England, die bij nationaal representatieve steekproeven van de bevolking peilen naar uiteenlopende gezondheidsaspecten. De Health Survey maakt deel uit van een overkoepelend programma dat verschillende enquêtes omvat en dat werd opgezet vanuit het Department of Health. Op die manier wil de Engelse overheid een solide basis creëren voor regelmatige informatie over verschillende thema's in verband met gezondheid.

De Engelse gezondheidsenquête beoogt 7 doelstellingen. De eerste is het opvolgen van trends in de gezondheid van de bevolking. Daarnaast moet de enquête een schatting toelaten van het aantal personen met bepaalde gezondheidsproblemen. Ook de risicofactoren die met deze gezondheidsproblemen samengaan, wil men opmeten. Verschillende subgroepen van de bevolking moeten vervolgens kunnen worden vergeleken voor wat het vóórkomen van deze gezondheidsproblemen en risicofactoren betreft. Een bijkomende doelstelling is het nagaan van de mate waarin bepaalde risicofactoren onderling samengaan en in welke bevolkingsgroepen deze combinaties het vaakst vóórkomen. De gezondheidsenquête wordt ook verwacht een middel te zijn om na te gaan in hoeverre de gezondheidsdoelstellingen die de overheid vooropstelt, gerealiseerd worden. Tenslotte moet de gezondheidsenquête zorgen voor gegevens over de lengte van de Engelse kinderen.

De Engelse gezondheidsenquête vraagt elk jaar dezelfde “kern” van gezondheidsaspecten op, die aangevuld wordt met specifieke modules en onderwerpen die van jaar tot jaar verschillen.

De “kern” beslaat vragen over rookgedrag, alcoholconsumptie, algemene gezondheid en psychosociale indicatoren, demografische en sociaal-economische kenmerken, gebruik van gezondheidsdiensten, medicatie, bloeddruk, lengte en gewicht.

De “specifieke modules” die aan deze vaste kern toegevoegd worden, beslaan een of meerdere gezondheidsaspecten of zijn gericht op specifieke doelgroepen. Gedurende de eerste vier jaren (1991-1994) behandelden de aanvullende modules vragen omtrent cardiovasculaire aandoeningen. In 1995 werden astma, ongevallen en handicaps als specifieke topics toegevoegd. De gezondheidsenquête uit 1996 spitste zich toe op astma, ongevallen en specifieke maten voor algemene gezondheid. In 1997 ging speciale aandacht naar kinderen en jongeren. In 1998 werd opnieuw geopteerd voor cardiovasculaire aandoeningen. In 1999 en 2000 tenslotte, staan respectievelijk etnische groepen en ouderen centraal. De meest recent geanalyseerde gegevens zijn deze van 1998. Het zijn deze gegevens die in dit rapport worden weergegeven. Aangezien cardiovasculaire aandoeningen als specifieke module in 1998 veel aandacht kregen, wijden we er in dit rapport een afzonderlijke paragraaf aan.

⁷ Van Oyen, H. en Tafforeau, J., 1993. Een gezondheidsenquête in België. Een noodzakelijkheid? In: V. Raes, E. Kerkhofs en F. Louckx (eds.): Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid. VUBpress, Brussel.

De Engelse gezondheidsenquête bestaat uit drie delen: een vragenlijst die afgenomen wordt door een interviewer, een vragenlijst die de respondent zelf invult en metingen uitgevoerd door een verpleegkundige. Dit laatste deel omvat behalve het opmeten van lichaamsmaten ook de afname van een staal bloed en speeksel en het opmeten van de bloeddruk. Wat men precies opmeet, kan jaarlijks variëren naargelang de specifieke modules. Ook op deze klinische metingen zullen we in een afzonderlijke paragraaf ingaan.

De gezondheidsenquête verzamelt gegevens over een representatief staal van de Engelse bevolking van 2 jaar en ouder en wonend in een "privéhuishouden". Dit laatste betekent dat personen die in een instelling leven, niet opgenomen zijn in de steekproef. Hiermee moet rekening gehouden worden bij het interpreteren van de gegevens. Mensen die in een instelling verblijven zijn immers gemiddeld ouder en in een slechtere gezondheidstoestand dan mensen die in privéhuishoudens leven.

De steekproeftrekking van de Engelse gezondheidsenquêtes gebeurt via een gestratificeerde steekproef van een groot aantal adressen. Voor 1998 werden in 720 verschillende postsectoren telkens 19 adressen geselecteerd, wat resulteerde in 13.680 geselecteerde huishoudens. In deze huishoudens werden gegevens verzameld voor alle leden vanaf de leeftijd van 2 jaar. Om de betrokkenen niet te veel te belasten, werd het aantal in de steekproef opgenomen kinderen beperkt tot twee per huishouden. Zij werden ad random aangeduid.

Voor kinderen tussen 2 en 12 jaar, werden de vragen beantwoord door een van de ouders of door de voogd, in het bijzijn van het kind zelf. Kinderen van 13 tot 15 jaar werden persoonlijk geïnterviewd, na instemming van de ouders of de voogd. Voor de 8 tot 15 jarigen werden ook zelf in te vullen vragenlijsten voorzien, waarin gepeild wordt naar hun drink- en rookgewoonten. Jongeren vanaf 16 jaar kregen dezelfde vragen als de volwassen bevolking.

Voor 1998 werden gegevens verzameld van 19.654 personen, waarvan 15.908 met een leeftijd van 16 jaar of ouder en 3.746 kinderen tussen 2 en 15 jaar. 16799 personen stonden een bezoek van de verpleegkundige toe. Van 10.773 volwassenen en van 268 van de 11 tot 15 jarigen werd een bloedstaal afgenomen.

Qua individuele response rate komt dit voor het interviewgedeelte van de enquête neer op 69% voor de volwassenen. Dit wil zeggen dat 69% van alle volwassenen in de steekproef een interview hebben afgelegd. Voor de kinderen ligt de response rate op 74%. 59% van de volwassenen en 64% van de kinderen stemde daarnaast ook in met een bezoek van een verpleegkundige. Respectievelijk 57% en 61% heeft een speekselstaal gegeven. Tenslotte stonden 47% van de volwassenen en 32% van de kinderen tussen 11 en 15 jaar een bloedstaal af.

Voor de volwassenen in de verschillende opeenvolgende gezondheidsenquêtes werd geoordeeld dat zij als groep voldoende overeenstemming vertoonden met de gehele Engelse bevolking, zodat weging overbodig was. De gegevens van de kinderen werden echter wel gewogen, ter compensatie van de beperking tot 2 kinderen per huishouden.

2. Het meten van sociaal-economische status in de Engelse gezondheidsenquête

In het rapport over de Engelse gezondheidsenquête van 1998⁸ wordt hoofdzakelijk met drie maten voor sociaal-economische status gewerkt: ten eerste een indeling in beroepscategorieën, ten tweede de kwintielcategorieën van het equivalent inkomen en ten derde de 'Health Authority area type'.

Beroepscategorie

In de Engelse gezondheidsenquête worden 6 beroepscategorieën onderscheiden:

Beroepscategorieën: indeling gebruikt in de Engelse gezondheidsenquête	
I	'Professional'
II	'Managerial & technical/intermediate'
IIINM	'Non-manual skilled'
IIIM	'Manual skilled'
IV	'Partly skilled'
V	'Unskilled'

Categorieën I tot en met IIINM worden ook de 'niet manuele' categorieën genoemd, de overige categorieën kregen de benaming 'manuele' categorieën mee.

De beroepscategorie van het gezinshoofd geldt als beroepscategorie van alle andere leden van het huishouden. Met andere woorden: voor een gezin bestaande uit twee volwassenen met kinderen, geldt de beroepscategorie van het gezinshoofd ook als beroepscategorie van de tweede volwassene en de kinderen.

Equivalent inkomen

Het equivalent inkomen is een maat waarbij het totale beschikbare inkomen van alle leden van een huishouden samen, gecorrigeerd wordt voor de gezinssamenstelling. Dit gebeurt door het totale beschikbare inkomen te delen door een coëfficiënt die afhankelijk is van de gezinssamenstelling. Op die manier worden de inkomens van verschillende gezinstypes vergelijkbaar gemaakt. In de bespreking van de Engelse gezondheidsenquête wordt het equivalent inkomen ingedeeld in 5 categorieën, overeenkomstig de vijf kwintielwaarden. In het eerste kwintiel bevinden zich de leden van de huishoudens waarvan het equivalent inkomen behoort tot de laagste 20%. Het vijfde kwintiel zijn de huishoudens met een equivalent inkomen bij de hoogste 20% van de steekproef.

⁸ The Stationary Office, 1999. Health Survey for England 1998. London.

Health Authority area type

De variabele 'Health Authority area type' onderscheidt verschillende types gebieden: inner London, mining & industrial areas, urban areas, mature areas, prosperous areas en rural areas. Vermits deze variabele - in tegenstelling tot de andere twee - moeilijk vertaalbaar is naar de situatie in eigen land, werd besloten hier niet dieper op in te gaan in dit rapport.

Andere SES-indicatoren

Beroeps categorie, equivalent inkomen en Health Authority area type zijn de drie SES-variabelen die doorheen het rapport steeds aan bod komen. Op verschillende momenten wordt echter via multivariate statistiek ook gecontroleerd voor het effect van andere variabelen, waarvan er twee van groot belang zijn voor de analyse van sociaal-economische gezondheidsverschillen: opleidingsniveau en activiteitsstatus.

Opleidingsniveau wordt in de Engelse gezondheidsenquête geoperationaliseerd als 'hoogste behaald diploma', waarbij vier categorieën worden onderscheiden: 'degree', 'A level', 'O level' en 'no qualifications'.

De variabele 'activiteitsstatus' maakt een onderscheid tussen 'werkenden', 'werklozen', 'gepensioneerden' en 'andere economisch inactieven'.

Opmerkingen

Bij het vergelijken van verschillende sociaal-economische categorieën werd steeds vooraf een leeftijdsstandaardisering doorgevoerd. Dit wil zeggen dat de eventuele invloed van leeftijd op de verschillen tussen de sociaal-economische categorieën werd weggewerkt, zodat de besproken verschillen tussen de sociaal-economische categorieën niets te maken hebben met leeftijdsverschillen. In dit verslag wordt dit niet steeds opnieuw vermeld.

De gegevens over sociaal-economische verschillen in gezondheid die in het Engelse rapport over de gezondheidsenquête worden weergegeven, hebben alleen betrekking op personen vanaf 16 jaar. De enige uitzondering is de variabele 'Body Mass Index', waarbij ook voor kinderen informatie wordt vermeld over verschillen naargelang sociaal-economische status. Deze zullen bij de bespreking van de 'Body Mass Index' (onder 5.3) afzonderlijk worden behandeld. Alle andere resultaten hebben dus alleen betrekking op personen vanaf 16 jaar.

3. Sociaal-economische verschillen in cardiovasculaire aandoeningen

Cardiovasculaire aandoeningen zijn over de jaren heen het grote aandachtspunt geweest in de Engelse gezondheidsenquête. Ook in 1998 werd aan dit thema veel aandacht besteed.

De respondenten van de Engelse gezondheidsenquête werden als 'cardiovasculair patiënt' geklasseerd indien ze minstens één klacht uit een vastgelegde reeks gezondheidsproblemen hadden én rapporteerden dat die diagnose bevestigd was door

een arts. De lijst van cardiovasculaire problemen omvat: hartbeklemming, hartaanval, beroerte, hartgeruis, hartritmestoornissen, andere hartproblemen, diabetes en hoge bloeddruk⁹.

In het resultatenrapport van de gezondheidsenquête 1998 wordt een onderscheid gemaakt tussen 'een cardiovasculaire aandoening', 'ischemische hartziekten', en 'ischemische hartziekten of beroerte'.

Iedereen die minstens één door een dokter bevestigde aandoening heeft uit bovenstaande lijst, heeft 'een cardiovasculaire aandoening' Personen die een hartbeklemming of hartaanval hebben gehad, bevestigd door een arts, werden geklasseerd in de categorie 'Ischemische hartziekten' (IHZ). Met 'Ischemische hartziekten (IHZ) of beroerte' tenslotte, wordt verwezen naar een hartbeklemming, hartaanval of beroerte, bevestigd door een arts.

Het nagaan van sociaal-economische verschillen in cardiovasculaire aandoeningen gebeurde alleen voor de respondenten van 35 jaar of ouder. Dit omdat cardiovasculaire aandoeningen weinig voorkomen op jongere leeftijd.

Verschillen naar beroeps categorie

De leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van 'een cardiovasculaire aandoening' is over het algemeen hoger in de manuele dan in de niet manuele categorieën. Bij mannen is de prevalentie het hoogst in beroeps categorie V (38,2%) en het laagst in beroeps categorie I (28,6%), maar er is geen consistent patroon voor de tussenliggende beroeps categorieën. Bij de vrouwen is er een consistente stijging van beroeps categorie I (31,8%) tot categorie IV (39,7%), maar vervolgens weer een afname bij categorie V (36,6%).

Voor IHZ en IHZ of beroerte is er voor beide geslachten een sociale gradiënt waar te nemen. Bij mannen verdubbelt de prevalentie van IHZ van 5,2% in categorie I naar 10% à 11% in categorieën III tot V. Bij vrouwen stijgt de prevalentie van IHZ van beroeps categorie II (5,7%) tot beroeps categorie V (10,0%). Beroeps categorie I vormt bij de vrouwen met 8,2% echter een uitzondering op de algemene trend.

De resultaten voor IHZ of beroerte zijn gelijkaardig als deze voor IHZ: een opvallend lage prevalentie in categorie I bij de mannen en een stijging van categorie II tot V bij de vrouwen.

Verschillen naar equivalent inkomen

Bij de verschillen naargelang equivalent inkomen is de sociale gradiënt nog duidelijker: de prevalentie van 'een cardiovasculaire aandoening', van 'IHZ' en van 'IHZ of beroerte' is negatief geassocieerd met equivalent inkomen. Bij vrouwen is er voor de drie variabelen een consistente daling van de prevalentie bij stijgend inkomen. Bij de mannen is er voor IHZ en IHZ of beroerte een daling van het laagste tot het tweede hoogste inkomenskintiel, om dan weer licht te stijgen in het allerhoogste inkomenskintiel. Wat de prevalentie van 'een cardiovasculaire

⁹ Engelstalige omschrijving: angina, heart attack, stroke, heart murmur, abnormal heart rhythm, 'other heart trouble', diabetes en high blood pressure.

aandoening' betreft, scoort het laagste inkomenskintiel het hoogst en het hoogste inkomenskintiel het laagst, maar zijn de prevalenties in de tussenliggende categorieën niet consistent.

Determinanten van IHZ of beroerte: multivariate analyse

Uit bovenstaande cijfergegevens blijkt dat de beroepscategorie en de inkomenscategorie geassocieerd zijn met IHZ of beroerte. Hieruit zonder meer besluiten dat de beroepscategorie en het inkomen rechtstreeks bepalend zijn voor de prevalentie van deze aandoeningen, is echter fout. Er zijn immers nog verscheidene andere factoren die de relatie tussen sociaal-economische status en IHZ of beroerte mee kunnen bepalen. Zo weten we bijvoorbeeld dat er in de lagere beroepscategorieën meer rokers zijn en dat roken leidt tot een verhoogd risico op cardiovasculaire problemen. Het zou dan ook kunnen dat roken de associatie tussen beroepscategorie en IHZ of beroerte verklaart en dat de beroepscategorie op zichzelf, los van het effect van roken, niet samenhangt met deze gezondheidsproblemen. Om uit te zoeken welke variabelen écht bepalend zijn voor deze cardiovasculaire problemen, wordt de techniek van logistische regressie toegepast. Hierbij wordt het 'gezuiverd' effect van verschillende mogelijk bepalende factoren nagegaan. Men zoekt het effect van de verschillende factoren, gezuiverd of gecontroleerd voor het effect van de andere factoren.

Volgende variabelen werden in het model opgenomen: beroepscategorie, C-reactief proteïne, fibrinogeenniveau, totaal cholesterolniveau, HDL-cholesterolniveau, familiegeschiedenis qua cardiovasculaire aandoeningen, al dan niet roker (geweest) zijn, fysieke activiteit, lenden-heup ratio, hoge bloeddruk en mentale gezondheid. Het doel is na te gaan of de beroepscategorie nog een invloed heeft, na controle voor het effect van al deze andere variabelen die geassocieerd zijn met cardiovasculaire aandoeningen.

Bij mannen vervalt de associatie tussen de beroepscategorie en IHZ of beroerte na de controle voor de andere vernoemde variabelen. Dit betekent dat de beroepscategorie op zich geen bepalende factor is voor IHZ of beroerte. Hoge bloeddruk, fibrinogeenniveau en mentale gezondheid daarentegen, blijven wel significant geassocieerd met IHZ of beroerte na controle voor de andere variabelen.

Bij vrouwen is het beeld anders. Daar blijft de invloed van de beroepscategorie wél significant, ook na controle voor de andere variabelen in het model. Vrouwen uit de 'manuele' categorieën hebben een grotere kans op IHZ of beroerte dan vrouwen uit de 'niet manuele' categorieën, ook als we controleren voor de andere variabelen in het model (odds-waarde 1,58 t.o.v. het gemiddelde). Naast beroepscategorie blijken ook fysieke activiteit en mentale gezondheid een onafhankelijke invloed uit te oefenen op de kans op IHZ of beroerte.

4. Sociaal-economische verschillen in leefstijl

4.1 Alcoholgebruik

Alcoholconsumptie laat zich niet zo makkelijk meten via enquêtes. We kunnen ervan uitgaan dat de werkelijke consumptie hoger ligt dan de cijfers weergegeven door gezondheidsenquêtes. Hiermee moet men rekening houden bij de interpretatie van de gegevens.

In het rapport over de Engelse gezondheidsenquête van 1998 wordt voor 3 samenvattende maten van alcoholgebruik nagegaan of er verschillen zijn tussen de sociaal-economische categorieën. De eerste samenvattende maat voor alcoholgebruik peilt naar het percentage overmatige drinkers. Hierbij worden 21 eenheden per week bij mannen en 14 eenheden per week bij vrouwen gezien als overmatig drankgebruik. De tweede maat voor alcoholconsumptie is het gemiddelde aantal geconsumeerde eenheden per week. Voor de derde maat gaat men uit van het hoogste aantal eenheden alcohol dat de respondent, gedurende de week voorafgaand aan het interview, op één dag heeft geconsumeerd. Concreet werd gepeild naar het percentage ‘binge drinkers’ of personen die een bepaalde grens van drankgebruik – 8 eenheden op één dag voor mannen en 6 eenheden op één dag voor vrouwen – minstens één keer overschreden gedurende de week voorafgaand aan het interview.

Meer dan 21 / 14 eenheden per week

Verschillen naargelang beroepscategorie

In Engeland anno 1998 blijkt er voor de eerste maat van alcoholconsumptie geen duidelijke sociale gradiënt te zijn bij de mannen. Mannen uit beroepscategorie II drinken het vaakst meer dan 21 eenheden per week, met name in 35% van de gevallen. Bij de vrouwen daarentegen, is er wel een sociale gradiënt, in die zin dat in de ‘niet manuele’ beroepscategorieën de norm van 14 eenheden alcohol per week vaker wordt overschreden dan in de ‘manuele’ beroepscategorieën. Ook hier heeft beroepscategorie II het hoogste percentage overmatige drinkers (22%).

Verschillen naargelang equivalent inkomen

Wanneer we het equivalent inkomen als SES-indicator nemen, is de sociale gradiënt zowel bij mannen als bij vrouwen duidelijk aanwezig. Voor beide geslachten geldt dat het percentage overmatige drinkers stijgt van de laagste twee inkomenskwintielen tot het hoogste inkomenskwintiel.

Gemiddelde wekelijkse consumptie

Verschillen naargelang beroepscategorie

De vaststellingen in verband met het gemiddelde aantal wekelijks geconsumeerde eenheden alcohol zijn redelijk gelijklopend met deze voor overmatig drinken. Bij de

mannen is er ook hier geen eenduidige richting in de verschillen tussen de beroepscategorieën. Categorieën II en V zijn met gemiddelden van 19,4 en 19,9 eenheden de grootste alcoholconsumenten. Bij de vrouwen stellen we opnieuw een verschil vast tussen de 'niet manuele' en de 'manuele' categorieën, waarbij de eerste groep wekelijks gemiddeld meer drinkt dan de tweede.

Verschillen naargelang equivalent inkomen

Bij beide geslachten is er een duidelijke associatie tussen equivalent inkomen en wekelijkse alcoholconsumptie. Bij mannen stijgt het gemiddelde aantal eenheden van 16,5 in de laagste inkomenscategorie tot 21,1 in de hoogste. Alleen het middenste kwintiel vormt een uitzondering met een iets lagere consumptie dan het net lagere inkomenskwintiel. Ook bij de vrouwen is er een duidelijke sociale gradiënt: het wekelijks alcoholgebruik stijgt er van 5,7 eenheden in de laagste twee inkomenskwintielen tot 9,8 in het hoogste. We kunnen dus besluiten dat zowel mannen als vrouwen gemiddeld meer drinken naarmate het equivalent inkomen hoger ligt.

Percentage 'binge drinkers'

Wanneer we de resultaten voor de derde maat van alcoholgebruik nagaan, krijgen we een heel ander beeld. Bij de mannen is er een continue stijging in het percentage binge drinkers gaande van beroepscategorie I (24%) naar -categorie V (44%). Ook bij de vrouwen ligt het percentage binge drinkers het laagst in categorie I en het hoogst in categorie V, maar hier is er in de tussenliggende categorieën geen eenduidig patroon. De verschillen in binge drinken naargelang equivalent inkomen kennen geen duidelijke gradiënt.

4.2 Rookgedrag

Wat het rookgedrag van de Engelse bevolking betreft, werden volgende variabelen nagegaan: (1) het percentage rokers, (2) het aantal gerookte sigaretten per dag en het percentage zware rokers (= minstens 20 sigaretten per dag) en (3) het type sigaretten.

Percentage rokers

Er is een sterke sociale gradiënt voor wat het percentage rokers betreft. In beroepscategorie I rookt 15% van de mannen en 14% van de vrouwen, terwijl deze cijfers oplopen tot respectievelijk 42% en 37% in beroepscategorie V. Qua equivalent inkomen stellen we een gelijkaardige trend vast: het percentage rokers neemt af naarmate het inkomen stijgt.

Aantal gerookte sigaretten per dag

Er zijn ook verschillen tussen de beroepscategorieën qua aantal gerookte sigaretten per dag. Bij beroepscategorieën IV en V gaat het om gemiddelden van 16,2 sigaretten voor de mannen en 14 voor de vrouwen. Voor beroepscategorieën I en II zijn deze dagelijkse gemiddelden respectievelijk 14,5 en 12,5 sigaretten.

Het percentage zware rokers – minstens 20 sigaretten per dag – stijgt bij mannen van 32% in beroepscategorieën I en II tot 40% in beroepscategorieën IV en V. Bij vrouwen wordt een stijging van 26% tot 31% vastgesteld.

Bij mannen is er geen duidelijke sociale gradiënt voor wat het dagelijkse aantal gerookte sigaretten en het percentage zware rokers betreft. Bij vrouwen daarentegen, is de gradiënt wel duidelijk: over het algemeen daalt het aantal gerookte sigaretten en het percentage zware rokers met stijgend inkomen.

Type sigaretten

Mannen in de ‘manuele’ beroepscategorieën roken vaker zelfgerolde sigaretten en minder vaak sigaretten met een teergehalte onder 10 mg per sigaret dan mannen uit ‘niet manuele’ beroepscategorieën. Bij vrouwen werd vastgesteld dat in beroepscategorieën I en II meer lichte sigaretten (minder dan 10mg teer per sigaret) werden gerookt.

Bij stijgend inkomen stijgt het gebruik van lichte sigaretten bij mannen en daalt het gebruik van gerolde sigaretten. Vrouwen uit het laagste inkomenskintiel roken vaker zware dan lichte sigaretten, terwijl vrouwen uit het hoogste inkomenskintiel vaker lichte dan zware sigaretten roken.

Determinanten van al dan niet roken: multivariate analyse

Zoals bij cardiovasculaire aandoeningen, werd ook hier een logistische regressie toegepast. Ditmaal om na te gaan of de associatie tussen al dan niet roken enerzijds en de sociaal-economische indicatoren anderzijds te wijten is aan andere factoren.

Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat opleidingsniveau een bepalende invloed heeft op roken én op sociaal-economische status. De associatie die gevonden wordt tussen roken en de sociaal-economische variabelen, zou dan ook te wijten kunnen zijn aan een gemeenschappelijke oorsprong – bijvoorbeeld opleidingsniveau - en niet aan een rechtstreekse relatie tussen roken en sociaal-economische status. Om dergelijke vertekeningen na te gaan, werd een logistische regressie uitgevoerd met leeftijd, beroepscategorie, equivalent inkomen, Health Authority area type en hoogst behaalde diploma als onafhankelijke variabelen.

Deze analyse leert ons dat de sociaal-economische variabelen sterke determinanten blijven van het al dan niet roken, ook na controle voor de andere variabelen in het model. Zo blijken mannen uit beroepscategorie V, na controle voor de andere variabelen, tweeënhalve keer zoveel kans te hebben om te roken als mannen uit beroepscategorie I. Mannen uit het laagste inkomenskintiel hebben 58% meer kans om te roken dan deze in het hoogste kwintiel. Voor vrouwen zijn de resultaten gelijkaardig. De associatie tussen de sociaal-economische variabelen en het al dan niet roken, is dus niet te wijten aan verschillen in andere factoren in het model.

Een andere SES-factor die een significante invloed uitoefent op het al dan niet roken, is het opleidingsniveau. Het hoogst behaalde diploma is, ook na controle voor de andere variabelen, een determinant van rookgedrag bij mannen en vrouwen, waarbij hogeschoolden minder roken dan laaggeschoolden.

Determinanten van zwaar roken: multivariate analyse

Om na te gaan welke factoren bepalend zijn voor zwaar roken, werd opnieuw een logistische regressie-analyse uitgevoerd, met dezelfde onafhankelijke variabelen als hierboven.

Hier zien we dat er geen verband is tussen beroepscategorie en zwaar roken na controle voor de andere factoren in het model. De hoger genoteerde associatie tussen beroepscategorie en zwaar rookgedrag is dus te wijten aan andere factoren in het model en niet aan de beroepscategorie op zich.

Bij mannen verdwijnt ook het verband tussen equivalent inkomen en zwaar roken na controle voor de andere variabelen. Bij vrouwen daarentegen, blijft de relatie tussen equivalent inkomen en zwaar roken wél significant: de kans voor een vrouw om zware roker te zijn, daalt naarmate het inkomen stijgt. Vrouwen in het laagste inkomenskwintiel hebben bijna twee keer zoveel kans om zware roker te zijn als vrouwen in de hoogste inkomenscategorie.

Een significante determinant bij mannen én vrouwen is ook hier de variabele 'opleidingsniveau'. Vooral onder de laagst geschoolden bevinden zich veel rokers.

Determinanten van het cotininegehalte

In het kader van de Engelse gezondheidsenquête wordt van de respondenten een speekselstaal afgenomen. Hieruit kan het 'cotininegehalte' onderzocht worden. Cotinine is een objectief meetbare indicator van roken. Het cotininegehalte is bruikbaar om regelmatige rokers op te sporen. Occasionele rokers die gedurende de laatste dagen voor de spekselafnamen niet gerookt hebben, zullen echter niet gedetecteerd worden.

Om de determinanten van een hoog cotininegehalte na te gaan, werd een logistische regressie uitgevoerd met leeftijd, beroepscategorie, Health Authority area type, opleidingsniveau en twee bijkomende onafhankelijke variabelen. De bijkomende variabelen zijn het aantal gerookte sigaretten per dag en het teergehalte in de sigaretten. De afhankelijke variabele maakt een onderscheid tussen een hoog en een niet-hoog cotininegehalte, waarbij het gehalte van het derde kwartiel als grens werd gesteld.

Na controle voor alle onafhankelijke variabelen in het model blijken beroepscategorieën en equivalent inkomen geen significante invloed meer te hebben op het hebben van een hoog cotininegehalte. Het hoogst behaalde diploma daarentegen, blijft wél een belangrijke determinant, maar alleen bij vrouwen.

4.3 Eetgewoonten

Er is een belangrijk verband tussen voedingsgewoonten en ongelijkheid inzake gezondheid¹⁰. Er is ook toenemend bewijs dat voedingsgerelateerde ziekten geconcentreerd zijn bij achtergestelde groepen.

Om de eetgewoonten van de Engelsen in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van een vragenlijst die gebaseerd is op de “DINE-questionnaire” (Dietary Instrument for Nutrition Education). Zowel voor de consumptie van vet als voor vezelrijke voeding werden de respondenten ingedeeld in drie categorieën: laag, middelmatig en hoog gebruik. Voor vetconsumptie liggen de tussengrenzen op 33 gram en 122 gram per dag, voor vezelinname op 20 gram en 30 gram per dag.

Het percentage personen met een hoog vetgebruik in de voeding stijgt van beroepscategorie I tot beroepscategorie V, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. De stijging gaat van 19% tot 38% bij mannen en van 7% tot 17% bij vrouwen.

Ook het gebruik van vezelarme voeding neemt toe van beroepscategorie I tot beroepscategorie V: van 45% tot 59% bij mannen en van 47% tot 68% bij vrouwen.

Hoog vetgebruik houdt ook verband met equivalent inkomen: het vetgebruik bij mannen en vrouwen daalt wanneer het inkomen stijgt. Voor vezelarme voeding was het verband echter niet zo duidelijk, al werd ook hier vastgesteld dat vezelarme voeding het meest voorkomt in het laagste inkomenskwestiel.

4.4 Fysieke activiteit

Voor wat sociaal-economische verschillen in fysieke activiteit betreft, bespreken we eerst de leeftijdsgestandaardiseerde resultaten voor sport, wandelen en fysieke activiteit op het werk. Vervolgens worden de resultaten weergegeven van logistische regressies, waarbij tegelijk voor verschillende onafhankelijke variabelen wordt gecontroleerd.

sport

Zowel bij mannen als bij vrouwen is het percentage personen dat in de vier weken voor het interview aan sport heeft gedaan, het hoogst bij beroepscategorieën I en II. Voor equivalent inkomen is er een gelijkaardig patroon waar te nemen. Bij mannen stijgt het percentage sportbeoefenaars van 31% in het laagste inkomenskwestiel tot 55% in het hoogste inkomenskwestiel, bij vrouwen zijn deze cijfers respectievelijk 24% en 45%.

wandelen

Bij wandelen tekent zich een vergelijkbaar beeld af, zowel wat beroepscategorie aangaat als voor inkomen. Vooral mannen en vrouwen uit ‘niet manuele’ categorieën hebben in de vier weken voor het interview gewandeld. Bij mannen steeg het percentage wandelaars van 27% in het laagste inkomenskwestiel tot 41% in het hoogste inkomenskwestiel, bij vrouwen van 19% tot 30%.

¹⁰ The Stationary Office, 1998. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London.

fysieke activiteit op het werk

Zoals te verwachten, liggen de resultaten voor fysieke activiteit op het werk heel anders. Bij mannen zijn vooral de ‘manuele’ beroeps categorieën fysiek actief op het werk, bij vrouwen vooral beroeps categorie V. In termen van equivalent inkomen, is het percentage fysiek actieve personen het hoogst in de middenste inkomenskwintielen.

Determinanten van fysieke activiteit: multivariate analyses

Wat zijn de resultaten wanneer we voor verschillende variabelen tegelijk controleren? Wat zijn met andere woorden de zuivere effecten van sociaal-economische statusvariabelen? Om deze vragen te beantwoorden, werd opnieuw gebruik gemaakt van logistische regressie-analyses. Daarbij werden telkens (1) leeftijd, (2) beroeps categorie, (3) de inkomenskwintielen, (4) activiteitsstatus en (5) Health Authority area type opgenomen als onafhankelijke variabelen. In totaal werden zes logistische regressies uitgevoerd, waarbij naast de vernoemde onafhankelijke variabelen elke keer een andere afhankelijke variabele werd opgenomen: zware huishoudelijke taken, klussen en doe-het-zelf-activiteiten, wandelen, sport, fysieke activiteit op het werk en een samenvattende activiteitsmaat.

Voor de eerste afhankelijke variabele - ‘*zware huishoudelijke taken*’ – blijft er bij de mannen, na controle voor de andere variabelen, geen significant verband meer met beroeps categorie en equivalent inkomen. Voor vrouwen is de situatie anders. Daar valt vooral op dat categorie I en II minder vaak zware huishoudelijke taken verrichten en de categorie IIINM veruit het vaakst.

Qua activiteitsstatus zijn er zowel bij mannen als bij vrouwen significante verschillen. Bij mannen zijn het vooral de werklozen en de gepensioneerden die in de vier weken voorafgaand aan het interview zware huishoudelijke taken op zich genomen hebben. Bij de vrouwen daarentegen, scoort de werkende categorie het hoogst, al zijn de verschillen met de andere categorieën niet heel groot.

Klussen en doe-het-zelf-activiteiten zijn bij geen van beide geslachten – na controle voor de andere variabelen - verbonden met beroeps categorie of equivalent inkomen. Wel is er bij mannen een significant verband met de activiteitsstatus, in die zin dat bij de ‘andere’ economisch inactieven (dwz de economisch inactieven die niet in de categorie van gepensioneerden of werklozen thuishoren) de kans op klussen duidelijk het laagst is.

Voor de afhankelijke ‘*wandelen*’ vinden we dan wél weer een belangrijke sociale gradiënt, zowel voor beroeps categorie als voor equivalent inkomen. Zowel bij mannen als bij vrouwen is de kans op wandelen groter bij de ‘niet manuele’ beroeps categorieën en stijgt de kans van het laagste naar het hoogste inkomenskwintiel (met een kleine uitzondering voor het laagste inkomenskwintiel, dat bij de mannen lichtjes hoger scoort dan het tweede laagste). Ook qua activiteitsstatus zijn er belangrijke verschillen. Bij de mannen hebben werklozen en gepensioneerden een grotere kans op wandelen, bij vrouwen de werklozen.

Ook voor *sportbeoefening* is er een verband met sociale status. Na controle voor de andere variabelen in het model, blijft er bij de mannen een significant effect van

beroepscategorie, waarbij de kans op sportbeoefening het hoogst is in beroepscategorieën I en II. Ook equivalent inkomen is een significante determinant, met beduidend meer sporters in de hoogste twee kwintielen dan in de lagere. Bij vrouwen zijn het vooral de ‘niet manuele’ beroepscategorieën die sporten. Daarnaast is er een positief verband tussen sportbeoefening en het inkomenskwintiel. Ook wat de activiteitsstatus betreft, zijn er zowel bij mannen als bij vrouwen verschillen. Bij de mannen valt vooral de lage sportdeelname van de ‘andere’ economische inactieven op, bij vrouwen de hogere kans op sporten bij de werklozen.

Fysieke activiteit op het werk daalt bij mannen van beroepscategorie V tot beroepscategorie I en komt het vaakst voor in het middenste inkomenskwintiel. In het hoogste inkomenskwintiel is de kans op fysieke activiteit op het werk het kleinst. Bij vrouwen scoren beroepscategorieën IV en V het hoogst voor fysieke arbeid op het werk en de hoogste twee inkomenskwintielen het laagst. Voor de volledigheid vermelden we dat er ook qua activiteitsstatus grote verschillen zijn, waarbij de categorie van de werkenden vanzelfsprekend bij beide geslachten het hoogst scoren.

De laatste afhankelijke variabele in de reeks logistische regressie-analyses is een *samenvattende activiteitsmaat*. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen personen die gedurende de vier weken voorafgaand aan het interview minstens 20 keer gedurende minimum een half uur ‘matig’ of ‘sterk’ actief waren (groep 1) en personen waarvoor dit niet geldt (groep 2). Met ‘matige’ activiteit wordt fysieke activiteit bedoeld waarbij tussen 5 kcal en 7,5 kcal per minuut wordt verbruikt. Vanaf een energieverbruik van 7,5 kcal of meer is men ‘sterk’ actief. Bij deze indeling wordt geen rekening meer gehouden met de soort activiteit. Ook zware huishoudelijke taken en fysieke arbeid op het werk zijn hier dus inbegrepen.

Mannen in ‘manuele’ beroepscategorieën behoren vaker tot groep 1 dan mannen in de ‘niet manuele’ beroepscategorieën. Dit hoeft niet echt te verwonderen, aangezien de manuele categorieën vaker fysiek actief zijn op het werk, waardoor zij bij voltijds werk sowieso tot groep 1 behoren. Voor wat de inkomenskwintielen betreft, stellen we vast dat vooral het derde en het vierde hoogste kwintiel goed scoren voor deze samenvattende maat voor fysieke activiteit.

Bij vrouwen ligt de situatie anders. Hier is er na controle voor de andere variabelen in het model helemaal geen significant effect meer van beroepscategorie of equivalent inkomen.

Bij beide geslachten zijn er verschillen naargelang de activiteitsstatus: de werkenden hebben het meeste kans om tot de fysiek actieve groep te behoren.

5. Sociaal-economische verschillen in de resultaten van de klinische metingen

5.1 Bloeddruk

Bij de objectieve metingen door een verpleegkundige in het kader van de Engelse gezondheidsenquête hoort ook een bloeddruktest. Een hoge bloeddruk of ‘hypertensie’ wordt daarbij gedefinieerd als een systolische bloeddruk groter of gelijk aan 140 mmHg en/of een diastolische bloeddruk groter of gelijk aan 90 mmHg. Ook

personen met een bloeddruk onder deze grenzen, maar die medicatie nemen tegen een hoge bloeddruk, worden in de categorie ‘hoge bloeddruk’ geïnclassificeerd. Alle andere respondenten behoren tot de categorie zonder hoge bloeddruk.

Bij mannen werd er geen verband vastgesteld tussen hoge bloeddruk en beroeps categorie, noch tussen hoge bloeddruk en equivalent inkomen. Bij vrouwen bleken in beroeps categorieën I en II iets minder personen met een hoge bloeddruk voor te komen dan in de andere categorieën. Bovendien was er bij vrouwen wel een duidelijke sociale gradiënt voor equivalent inkomen, waarbij het percentage met een hoge bloeddruk daalde van het laagste tot het hoogste inkomenskintiel. Bij mannen staat het hebben van een hoge bloeddruk dus los van SES, bij vrouwen is er wel een sociale gradiënt.

5.2 Bloedanalyses

De Engelse gezondheidsenquête omvat ook de afname van een bloedstaal. Op deze stalen worden verschillende analyses uitgevoerd. Het totale cholesterolgehalte, HDL-cholesterol, C-actief proteïne en fibrinogeen werden nagegaan.

Totale cholesterol

De scheidingslijn tussen een gezond en een verhoogd cholesterolgehalte werd vastgelegd op 6,5 mmol/l.

De totale cholesterolgehalten bleken weinig te variëren tussen de verschillende beroeps categorieën. De vastgestelde verschillen waren niet significant. In verband met equivalent inkomen werd bij mannen in de laagste twee inkomenskintielen een hogere prevalentie vastgesteld; bij vrouwen kenden de verschillen tussen de inkomens categorieën geen eenduidig patroon.

HDL-cholesterol

HDL-cholesterol is een deel van de totale cholesterol. Studies hebben uitgewezen dat verminderde HDL-cholesterol samengaat met een verhoogd risico op coronaire hartaandoeningen. Als grenswaarde voor HDL-cholesterol geldt een minimumgehalte van 0,9 mmol/l. Zowel de gemiddelde HDL-cholesterolwaarde als de proportie personen met een waarde onder 0,9mmol/l werden nagegaan.

De gemiddelde HDL-cholesterolniveaus bij mannen verschillen niet significant naargelang de beroeps categorieën. Bij vrouwen daarentegen, liggen de gemiddelden lager in de ‘manuele’ beroeps categorieën dan in de ‘niet manuele’ beroeps categorieën. Ook de prevalentie van een te laag HDL-cholesterolniveau is bij vrouwen geassocieerd met de beroeps categorie: gaande van beroeps categorie I tot beroeps categorie V is er een stijging van het percentage vrouwen met een te lage waarde.

Wat equivalent inkomen betreft, zien we zowel bij mannen als bij vrouwen een verband met het HDL-cholesterolniveau: het gemiddelde gehalte stijgt bij stijgend inkomen. Daarnaast neemt het percentage vrouwen met een te lage waarde af van het

laagste tot het hoogste inkomenskintiel. Bij mannen werd een lagere prevalentie vastgesteld bij de hoogste twee inkomenskintielen.

C-reactief proteïne

Het C-reactief proteïne is geassocieerd met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. Gezonde mensen hebben normaal een lage concentratie C-reactief proteïne, maar een echte scheidingslijn tussen een goed en een minder goed niveau is moeilijk te trekken. In het rapport van de Engelse gezondheidsenquête wordt daarom gewerkt met een indeling in kwintielen.

Er werd geen eenduidig patroon waargenomen naargelang beroepscategorie. Wel werd een inkomensgradiënt vastgesteld, waarbij de proportie personen in het hoogste kwintiel van de C-reactief proteïneconcentratie groter blijkt te zijn in de lagere inkomenskintielen dan in de hogere, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen.

fibrinogeen

Te hoge waarden voor fibrinogeen is een andere factor die geassocieerd is met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen.

De fibrinogeenwaarde blijkt samen te hangen met de beroepscategorie. Zowel bij mannen als bij vrouwen hadden de ‘manuele’ beroepscategorieën hogere waarden dan de ‘niet manuele’ beroepscategorieën.

De fibrinogeenwaarde is daarnaast ook bij beide geslachten lichtjes negatief geassocieerd met equivalent inkomen, maar vooral bij de vrouwen zijn de verschillen tussen de vijf inkomenskintielen niet erg groot.

Het algemeen beeld dat uit deze bloedanalyses naar voren komt, is dat de lagere beroeps- en inkomenscategorieën slechter scoren. Ze hebben globaal genomen meer nadelige gezondheidskenmerken dan de hogere beroepscategorieën en inkomenscategorieën.

5.3 Lichaamsmassa

Om overgewicht na te gaan, wordt de Body Mass Index (BMI) gebruikt. Deze wordt gedefinieerd als gewicht/lengte², uitgedrukt in kg/m². Voor het bepalen van onder- en overgewicht worden volgende criteria gebruikt:

BMI (kg/m ²)	Omschrijving
< 20	Ondergewicht
20 – 25	Wenselijk gewicht
25 – 30	Overgewicht
30 – 40	Zwaarlijvigheid
> 40	Ziekelijke zwaarlijvigheid

Het opmeten van lengte en gewicht gebeurde in de Engelse gezondheidsenquête door een verpleegkundige. Er is dan ook weinig of geen gevaar voor verkeerde rapportering.

Verschillen naargelang beroepscategorie

Bij mannen is er qua beroepscategorie geen duidelijke sociale gradiënt in *gemiddelde BMI-score* (de scores variëren tussen 25,9 kg/m² en 26,7 kg/m², maar zonder eenduidige richting). De gemiddelde BMI-score bij vrouwen daarentegen is wel verbonden met de beroepscategorie: er is een stijging van beroepscategorie I (25,4 kg/m²) tot beroepscategorie V (27,2 kg/m²).

Overgewicht komt bij mannen vaker voor in de beroepscategorieën I (45,9%) en II (46,8%) dan in de andere categorieën. Anders is het met *zwaarlijvigheid en ziekelijke zwaarlijvigheid*, die vooral bij beroepscategorieën III en V voorkomen.

Bij vrouwen scoort beroepscategorie II het hoogst voor *overgewicht* (32,5%). De kans op (*ziekelijke*) *zwaarlijvigheid* stijgt van beroepscategorie I tot beroepscategorie V: van 14,4% tot 28,1% voor zwaarlijvigheid en van 0,7 % tot 3,3% voor ziekelijke zwaarlijvigheid.

Verschillen naargelang equivalent inkomen

Wanneer we de verschillen nagaan tussen de verschillende inkomenskintielen, zijn de resultaten als volgt. Net als bij de beroepscategorie, werd er ook bij equivalent inkomen geen duidelijke sociale gradiënt vastgesteld in *gemiddelde BMI* bij de mannen, maar wel bij de vrouwen. Daar stijgt de BMI-score geleidelijk gaande van het hoogste (25,4 kg/m²) naar het laagste kwintiel (27,1 kg/m²).

Voor wat *overgewicht* betreft, zien we dan weer dat er bij de mannen wél en bij de vrouwen geen duidelijke sociale gradiënt aanwezig is. Mannen uit lagere inkomenskintielen hebben minder vaak overgewicht dan mannen uit hogere inkomenskintielen, waar het percentage met overgewicht 46,8% bedraagt. Bij *zwaarlijvigheid en ziekelijke zwaarlijvigheid* geldt zowel bij mannen als bij vrouwen een negatief verband met equivalent inkomen. Bij de mannen gaat het om een stijging van 14,5% zwaarlijvigen en 0,6% ziekelijk zwaarlijvigen in het hoogste inkomenskintiel tot respectievelijk 20,3% en 1,2% in het laagste. Bij de vrouwen zijn er overeenkomstige stijgingen van 15,9% en 0,9% tot 26,3% en 3,7%.

We kunnen besluiten dat zwaarlijvigheid en ziekelijke zwaarlijvigheid bij mannen en vrouwen negatief geassocieerd zijn met SES.

Resultaten bij kinderen

Ook voor kinderen (van twee tot acht jaar en van acht tot vijftien) werden sociaal-economische verschillen in gemiddelde BMI-score nagegaan. De beroepscategorie – van het gezinshoofd – en het equivalent inkomen van het gezin werden daarbij als indicatoren gebruikt. De enige sociale gradiënt die gevonden werd, betreft de gemiddelde BMI-score van jongens tussen 2 en 8 jaar. Jongens van die leeftijd uit beroepscategorieën I en II hebben gemiddeld een lagere BMI-score dan deze in de categorieën IV en V. Voor oudere jongens waren de verschillen niet meer duidelijk en

ook voor meisjes werd geen eenduidig patroon gevonden. Voor equivalent inkomen konden we noch bij jongens noch bij meisjes een eenduidige gradiënt opmaken.

Lenden-heup ratio

De Body Mass Index houdt geen rekening met de verdeling van het lichaamsvet. Nochtans is dit wel van belang. Zo blijkt dat vooral abdominale of androïde types van zwaarlijvigheid erg nadelige effecten kunnen hebben op de gezondheid. Als maat voor abdominaal vet wordt in de Engelse gezondheidsenquête de “waist-hip ratio” – vertaald: de “lenden-heup ratio” (LHR) – gebruikt. De LHR is gedefinieerd als lenden-omtrek (in m) gedeeld door heupomtrek (in m). Er is echter geen consensus over waar de scheiding tussen een aanvaardbare en een ongezonde lenden-heup ratio moet worden gelegd. In Engeland heeft men de knoop doorgehakt op 0,95 voor mannen en 0,85 voor vrouwen. Ook voor de LHR werd uitgegaan van metingen door een verpleegkundige.

Net zoals bij de gemiddelde BMI-score, wordt er bij de gemiddelde LHR-score geen verband met beroepscategorie waargenomen bij mannen, maar wel bij vrouwen. Bij vrouwen daalt de gemiddelde LHR van categorie V (0,81) tot categorie I (0,78).

Ook tussen de verschillende inkomenskwintielen zijn er bij de mannen geen grote verschillen in LHR, terwijl we ook hier bij vrouwen wel een zekere afname waarnemen naarmate het inkomen stijgt.

6. Sociaal-economische verschillen in zelfgerapporteerde gezondheid

De resultaten die hier aan bod komen, zijn gebaseerd op wat de respondenten zelf beweren over hun gezondheid. Het gaat met andere woorden om subjectieve standpunten, die niet noodzakelijk overeenstemmen met medische diagnoses.

6.1 Zelfgerapporteerde langdurige aandoeningen

De respondenten werd gevraagd of ze een chronische aandoening, handicap of ander gezondheidsgebrek hebben, waarvan ze gedurende een periode last hadden of waarvan ze waarschijnlijk gedurende een periode last zullen hebben. Personen die dergelijke aandoening of gebrek melden, worden hier in de categorie met een ‘langdurige aandoening’ geplaatst.

De leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van het hebben van een langdurige aandoening vertoont een sociale gradiënt. Bij mannen is deze prevalentie 38% in beroepscategorie I en 44% in beroepscategorie V. Bij vrouwen zijn deze cijfers respectievelijk 41% en 46%. Daarnaast stijgt de prevalentie van het hebben van een langdurige aandoening wanneer het inkomen daalt. In het hoogste inkomenskwintiel rapporteerden 38% van de mannen en 36% van de vrouwen een langdurige aandoening, in het laagste inkomenskwintiel liggen deze percentages op 52% en 48%.

Determinanten van langdurige aandoeningen: multivariate analyse

Ook hier werd vervolgens gecontroleerd voor andere variabelen via de techniek van logistische regressie. Als onafhankelijke variabelen werden leeftijd, inkomen, beroepscategorie, activiteitsstatus en Health Authority area type opgenomen. Controle voor deze variabelen deed het verband met de sociaal-economische variabelen inkomen en beroepscategorie verdwijnen. Er is dus geen zuiver effect van deze factoren op het al dan niet hebben van een langdurige aandoening.

Er blijft na controle voor de andere variabelen echter wel een verschil naargelang activiteitsstatus. Bij mannen hebben de ‘andere’ economisch inactieven driemaal meer dan gemiddeld kans op een langdurige aandoening en hebben de werkenden een duidelijk lagere kans dan de andere categorieën. Bij vrouwen zijn de verschillen kleiner en is er veeleer een scheidingslijn met de werkenden en werklozen aan de ene kant en de gepensioneerden en ‘andere’ economisch inactieven aan de andere kant.

6.2 Beperkende langdurige aandoeningen

In een volgende stap werd nagegaan of er een sociale gradiënt is voor wat beperkende langdurige aandoeningen betreft. Ook in dit geval is er een verschil tussen de beroepscategorieën en inkomenskwintielen. Het percentage mannen met een beperkende langdurige aandoening is 17% in categorie I en 31% in categorie V. Bij vrouwen gaat het respectievelijk om 24% en 30%. Deze verschillen zijn dus nog meer uitgesproken dan bij langdurige aandoeningen in het algemeen.

Ook bij equivalent inkomen is de gradiënt sterker voor beperkende langdurige aandoeningen. De leeftijdsgestandaardiseerde proportie met een beperkende langdurige aandoening stijgt van 17% in het hoogste tot 41% in het laagste inkomenskwintiel bij de mannen en van 21% tot 34% bij de vrouwen.

Determinanten van beperkende langdurige aandoeningen: multivariate analyse

Voor beperkende langdurige aandoening werden dezelfde onafhankelijke variabelen opgenomen in de logistische regressie als bij langdurige aandoeningen in het algemeen. Ook hier verdwijnt het effect van beroepscategorie na controle voor de andere variabelen. De invloed van equivalent inkomen daarentegen, doorstaat de controle. Mannen en vrouwen in de hoogste twee inkomenskwintielen hebben beduidend minder kans op een beperkende langdurige aandoening dan personen uit het laagste inkomenskwintiel. Zoals bij langdurige aandoeningen in het algemeen, zien we ook bij de beperkende langdurige aandoeningen een sterk verhoogde kans bij ‘andere’ economisch inactieven bij mannen en bij ‘andere’ economisch inactieven en gepensioneerden bij vrouwen.

6.3 Zelfgerapporteerde acute ziekte

De respondenten van de Engelse gezondheidsenquête kregen de bepaling “acuut ziek” mee als ze, in de twee weken voorafgaand aan het interview en ten gevolge van ziekte of verwondingen, iets níet hadden kunnen doen van wat ze normaal gezien thuis, op het werk, op school of in de vrije tijd wél doen.

De leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van acute ziekte is bij mannen gerelateerd met beroepscategorie en equivalent inkomen: mannen in ‘manuele’ beroepscategorieën zijn vaker ziek geweest en het vóórkomen van ziekte stijgt met dalend inkomen. Bij vrouwen daarentegen is het patroon minder duidelijk.

Determinanten van acute ziekte: multivariate analyse

Na controle voor andere factoren – via een logistische regressie met leeftijd, inkomen, beroepscategorie, activiteitsstatus en Health Authority area type als onafhankelijke variabelen – verdwijnt de sociale gradiënt ook bij mannen. Activiteitsstatus blijft echter wel een determinant. Bij mannen zijn het opnieuw de ‘andere’ economisch inactieven die de hoogste kans hebben op acute ziekte, gevolgd door de werklozen en daarna de gepensioneerden. Bij vrouwen is het beeld weer anders. Hier verschillen de werkenden en de werklozen niet sterk van elkaar en hebben naast de ‘andere’ economisch inactieven ook de gepensioneerden een verhoogde kans op acute ziekte.

6.4 Zelfbeoordeelde gezondheid

De respondenten werden gevraagd hun eigen gezondheid een score toe te kennen op een vijfpuntenschaal, gaande van ‘zeer goed’ tot ‘zeer slecht’.

Het leeftijdsgestandaardiseerde percentage personen dat zijn/haar gezondheid een score ‘goed’ of ‘zeer goed’ meegeeft, stijgt bij stijgend equivalent inkomen en van beroepscategorie V tot I. Bij mannen stijgt dit percentage van 61% in beroepscategorie V tot 86% in categorie I, bij vrouwen is er een stijging van 64% tot 81%. Het percentage met een ‘zeer slechte’ gezondheid daalt bij mannen van 15% in het laagste inkomenskintiel tot 1% in het hoogste en bij vrouwen van 10% tot 2%.

Determinanten van zelfbeoordeelde gezondheid: multivariate analyse

Er werden twee logistische regressie-analyses uitgevoerd om de vastgestelde sociale gradiënten te controleren voor andere variabelen. In het eerste model werden leeftijd, inkomen, beroepscategorie, activiteitsstatus en Health Authority area type opgenomen.

De effecten van zowel beroepscategorie als van equivalent inkomen bleven bestaan na controle voor de andere variabelen in het model. De oddsratio’s voor een betere gezondheid gaan van 0,75 in categorie V tot 1,29 in categorie I bij mannen en van 0,79 tot 1,22 bij vrouwen. Voor equivalent inkomen zien we gelijkaardige getallen: bij mannen variëren de odds voor een betere gezondheid van 0,79 voor het laagste inkomenskintiel tot 1,23 voor het hoogste en bij vrouwen liggen de overeenkomstige odds op 0,82 voor het laagste inkomenskintiel en 1,34 voor het hoogste. Werkende mannen hebben meer kans op een betere gezondheid dan de andere activiteitsgroepen. Ook bij vrouwen scoren de werkenden het best, maar hier is het verschil met de werklozen te klein om statistisch significant te zijn.

In de tweede logistische regressie werden drie onafhankelijk variabelen aan het model toegevoegd, met name opleidingsniveau, prevalentie van beperkende langdurige aandoening en prevalentie van acute ziekte. Dit veranderde echter weinig aan de sociale gradiënt uit het eerste regressiemodel. Zowel voor beroepscategorie als voor

equivalent inkomen bleef de sociale gradiënt significant bij mannen én vrouwen. Dit betekent dat er na controle voor al deze andere factoren nog steeds een significant effect uitgaat van beroepscategorie en equivalent inkomen op de zelfgerapporteerde algemene gezondheid. Mannen en vrouwen uit lagere beroepscategorieën en met lagere inkomens voelen zich minder gezond dan personen met een hogere sociaal-economische status. Qua activiteitsstatus zien we dat de werkende en gepensioneerde mannen na controle voor alle andere variabelen hun gezondheid significant beter beoordelen dan het algemene gemiddelde en ‘andere’ economisch inactieven significant slechter. Bij vrouwen voelen de werkenden zich gezonder, terwijl de ‘andere’ economisch inactieven hun gezondheid duidelijk slechter inschatten.

6.5 Mentale gezondheid

In de Engelse gezondheidsenquête werd de “General Health Questionnaire” (GHQ12) gebruikt voor het nagaan van de mentale gezondheid. De GHQ12 is een vragenlijst, bestaande uit 12 vragen, die peilt naar (on)gelukkig zijn, depressie, angst en slaapstoornissen gedurende de laatste vier weken. De vragenlijst spoort mogelijke psychiatrische morbiditeit op. Een hoge GHQ12-score wijst op een slechte mentale gezondheid. Men moet er echter rekening mee houden dat gezondheidsenquêtes niet de beste manier zijn om het vóórkomen van mentale problemen na te gaan. Mentale gezondheidsproblemen worden in enquêtes namelijk vaak ondergerapporteerd. De cijfers die uit de gezondheidsenquêtes blijken, geven met andere woorden vaak een onderschatting van de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen¹¹.

Er werd geen eenduidig verband vastgesteld tussen de prevalentie van een slechte score voor mentale gezondheid en beroepscategorie. Dit geldt voor beide geslachten. Er werden weliswaar enkele verschillen vastgesteld tussen de verschillende categorieën, maar die vormden geen duidelijk patroon.

Anders is het met de resultaten in verband met equivalent inkomen. Bij mannen was er een duidelijke inverse relatie tussen de GHQ12-score en equivalent inkomen: hoe lager het inkomen, hoe hoger de leeftijdsgestandaardiseerde proportie mannen met een hoge score voor GHQ12. In het hoogste inkomenskintiel had 9% van de mannen een hoge score op de GHQ12-vragenlijst, in het laagste inkomenskintiel steeg dit percentage tot 20%. Bij vrouwen werd eveneens een sociale gradiënt waargenomen, maar met minder uitgesproken verschillen. In het hoogste inkomenskintiel scoort 17% van de vrouwen slecht voor mentale gezondheid, tegenover 21% in het laagste kintiel.

Determinanten van mentale gezondheid: multivariate analyse

Ook na controle voor andere factoren – naast leeftijd werd gecontroleerd voor beroepscategorie, activiteitsstatus en Health Authority area type – blijft de mentale gezondheid bij mannen in de laagste inkomenscategorieën lager dan in de andere. Bij vrouwen werd hetzelfde patroon vastgesteld, maar hier waren de resultaten niet meer significant. Voor beroepscategorie werd via logistische regressie geen sociale gradiënt gevonden. Activiteitsstatus daarentegen, blijkt een belangrijke predictor te zijn voor mentale gezondheid. Zowel bij mannen als bij vrouwen hebben werklozen en ‘andere’

¹¹ Department of Health, 1993. The Health of the Nation: Key Area Handbook on Mental Health, London.

economisch inactieven een significant hogere kans op een slechte score voor mentale gezondheid dan werkenden. De verschillen zijn evenwel groter bij de mannen dan bij de vrouwen.

Dit alles betekent dat er geen verband kon worden vastgesteld tussen beroepscategorie en mentale gezondheid. Wel blijkt er een verband tussen mentale gezondheid en inkomen: controlerend voor leeftijd, hebben mannen en vrouwen met een lager inkomen een minder goede mentale gezondheid. Bij vrouwen is dit verband echter niet toe te schrijven aan het inkomen op zich, vermits de significantie vervalst na controle voor andere factoren. Bij mannen blijft de relatie tussen equivalent inkomen en mentale gezondheid wél overeind na controle voor andere factoren. Mannen in de laagste inkomenscategorieën hebben dus de slechtste zelfgerapporteerde mentale gezondheid, ook wanneer we controleren voor de invloed van leeftijd, activiteitsstatus, Health Authority area type en beroepscategorie. Tenslotte is de activiteitsstatus een belangrijke predictor van mentale gezondheid bij mannen én vrouwen. De ‘andere’ economisch inactieven en de werklozen hebben een slechtere zelfgerapporteerde mentale gezondheid dan de andere categorieën.

6.6 Ervaren sociale ondersteuning

Sociale ondersteuning werd nagegaan aan de hand van een vragenlijst over het kunnen rekenen op ondersteuning en aanmoediging door familie en vrienden. Op basis van de antwoorden worden de respondenten ingedeeld in drie categorieën: geen gebrek aan sociale ondersteuning, enig gebrek aan sociale ondersteuning en ernstig gebrek aan sociale ondersteuning.

Er blijkt een sterke associatie tussen het ervaren van sociale ondersteuning en beroepscategorie. Het leeftijdsgestandaardiseerde percentage mannen met een ernstig gebrek aan sociale ondersteuning stijgt van 10% in beroepscategorie I tot 27% in categorie V. Bij vrouwen liggen de overeenkomstige percentages op 6% en 16%. Ook qua equivalent inkomen, werd een sterke sociale gradiënt vastgesteld. Daar stijgt het percentage mannen met een ernstig gebrek aan sociale ondersteuning van 11% in het hoogste inkomenskintiel tot 25% in het laagste inkomenskintiel. De resultaten bij vrouwen wijzen op een stijging van 7% in de hoogste twee inkomenskintielen tot 19% in de laagste inkomenscategorie.

Determinanten van gebrek aan sociale ondersteuning: multivariate analyse

Ook voor het onderzoeken van het verband met sociale ondersteuning, werd gebruik gemaakt van een logistische regressie met leeftijd, beroepscategorie, equivalent inkomen, activiteitsstatus en Health Authority area type als onafhankelijke variabelen. De hoger vastgestelde sociale gradiënten doorstaan de controle moeiteloos. Zo werd vastgesteld dat mannen in beroepscategorie V meer dan twee keer zoveel kans hebben op een ernstig gebrek aan sociale ondersteuning dan mannen uit beroepscategorie I. Ook bij vrouwen werd een gelijkaardig verband waargenomen, zij het minder uitgesproken. Ook de inverse associatie met equivalent inkomen blijft zeer duidelijk bestaan na controle voor de andere variabelen. Mannen in het laagste inkomenskintiel hebben bijna twee keer zoveel kans op een ernstig gebrek aan sociale ondersteuning als mannen in het hoogste kwintiel. Bij vrouwen gaat het zelfs

om een tweeënhalft keer grotere kans. Er is dus een zeer sterk verband tussen deze twee sociale statusvariabelen en ervaren sociale ondersteuning. Deze verbanden zijn meer uitgesproken dan deze tussen sociaal-economische status en de score voor mentale gezondheid. Tenslotte willen we opmerken dat de variabele 'activiteitsstatus' na controle voor de andere variabelen geen significant effect heeft op ervaren sociale ondersteuning.

SOCIAAL-ECONOMISCHE
GEZONDHEIDSVERSCHILLEN
IN NEDERLAND

1. Gezondheidsenquête in Nederland: opzet en evolutie

In Nederland werd de eerste gezondheidsenquête gehouden in 1981. Ze werd opgezet vanuit de nood om de bestaande statistische gezondheidsgegevens uit te breiden en aan te vullen. Tevoren had Nederland weliswaar gegevens over de volksgezondheid, maar ontbrak de mogelijkheid om deze data te koppelen aan persoonlijke en achtergrondkenmerken. Dankzij de gezondheidsenquête kon niet alleen coherente informatie verzameld worden over de gezondheidstoestand van de Nederlanders, maar ook over de determinanten die hierop een invloed hebben en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Deze verschillende aspecten konden vanaf de gezondheidsenquête van 1981 aan elkaar worden gekoppeld (CBS, 1996)¹².

De organisatie en verwerking van de Nederlandse gezondheidsenquête werd verzorgd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS stond daarnaast ook in voor andere enquêtes in verband met de leefsituatie van de Nederlanders. Hierin kwamen onder meer huisvesting, tijdbesteding, politiek, kwaliteit van de arbeid en rechtsbescherming aan bod. Er kwam echter kritiek op de onderlinge afstemming van de verschillende CBS-enquêtes. Omdat de onderzoeken steeds meer uit elkaar groeiden, leverden ze een onvoldoende coherent totaalbeeld van de Nederlandse leefsituatie. Bovendien had de verscheidenheid in enquêtes een versnippering in rapportering tot gevolg. Om die redenen werd beslist de verschillende enquêtes samen te brengen in een groot geheel. Zo ontstond één geïntegreerd systeem van leefsituatieonderzoeken, waarin ook de gezondheidsenquête werd opgenomen. Het geheel kreeg de nieuwe naam POLS - Permanent Onderzoek Leefsituatie - en ging in 1997 van start (CBS, 1999)¹³.

De POLS-enquête bestaat uit een Basismodule en verschillende Deelmodules. De Basismodule wordt aan alle respondenten van de POLS-enquête voorgelegd en peilt naar (1) algemene achtergrondvariabelen, zoals demografische en sociaal-economische kenmerken en naar (2) de “kernindicatoren” van de verschillende leefsituatie-onderwerpen. De “kernindicatoren” omvatten over elk belangrijk domein van de leefsituatie – zoals gezondheid - enkele vragen. Op die manier worden over elk onderwerp enkele belangrijke algemene variabelen opgevraagd van de ganse onderzoekspopulatie van de POLS-enquête.

De verschillende Deelmodules spitsen zich elk toe op een specifiek domein van de leefsituatie. Elke Deelmodule wordt aan een ander deel van de respondenten voorgelegd. Eén van deze deelmodules is “Gezondheid en Arbeid”. De vragenmodule ‘Gezondheid en Arbeid’ komt bijna volledig overeen met de voormalige gezondheidsenquête, maar dan aangevuld met vragen over het thema “kwaliteit van de arbeid”. De algemene persoons- en achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, worden ontleend aan de Basismodule. Het specifieke doel van het vragengedeelte over gezondheid is het schetsen van een zo volledig mogelijk

¹² CBS, 1996. Netherlands Health Interview Survey 1981-1995. CBS-publications, Den Haag.

¹³ CBS, 1999. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1997. Deel 1: Gezondheid en kwaliteit van de arbeid. CBS, Voorburg / Heerlen.

overzicht van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand, het gebruik van medische en maatschappelijke voorzieningen, de leefstijl en het gezondheidsgedrag van de Nederlandse bevolking. Deze ontwikkelingen kunnen beschreven worden voor de bevolking als geheel en voor specifieke bevolkingsgroepen afzonderlijk.

De respondenten worden bevraagd door middel van een interview en een persoonlijk in te vullen vragenlijst. Daarnaast werd er in 1998 op kleine schaal gestart met het verzamelen van objectieve gegevens aan de hand van lichamelijk onderzoek. Het is de bedoeling deze aanpak steeds verder uit te breiden, tot er voor een representatief staal van de Nederlandse bevolking ook objectieve data voorhanden zijn. Het objectief lichamelijk onderzoek bestaat uit de meting van lengte, lenden- en heupomtrek, gewicht en bloeddruk. Daarnaast wordt een bloedstaal afgenomen voor labo-tests en wordt er een gewrichtsfunctietest uitgevoerd. In 1998 werden 401 personen onderzocht, wat onvoldoende is om uitspraken te kunnen doen over de gehele Nederlandse bevolking. De resultaten hiervan zullen in dit rapport dan ook buiten beschouwing worden gelaten. In 1999 werd een groter aantal Nederlandse inwoners onderzocht, maar de resultaten hiervan zijn nog niet bekend. Binnen enkele jaren zal Nederland – in navolging van Engeland - over representatieve, objectief gemeten gezondheidsgegevens beschikken.

De doelpopulatie van het POLS-onderzoek is de in Nederland woonachtige bevolking van alle leeftijden verblijvend in particuliere huishoudens. Personen die in instellingen verblijven zijn met andere woorden niet opgenomen. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het interpreteren van de data. POLS is gebaseerd op een steekproef uit de Gemeentelijke Basisadministratie. De respons voor de module “Gezondheid en Arbeid” bedroeg in 1998 – het meest recente jaar waarvoor er reeds resultaten bekend zijn – 58,1%. In absolute cijfers werden 9.323 personen bevraagd. Voor kinderen onder de 12 jaar worden de antwoorden gegeven door een van de ouders.

Gezien de non-respons, wordt in het POLS-onderzoek een weging toegepast om de representativiteit te verbeteren. Dit gebeurt in twee stappen: eerst wordt de totale onderzoekspopulatie van de Basismodule gewogen, vervolgens is er een afzonderlijke weging per Deelmodule. Voor de weging van de totale steekproef, is gebruik gemaakt van volgende kenmerken: geslacht in combinatie met leeftijd, burgerlijke staat, grootte van het huishouden, stedelijkheidsgraad en COROP-gebied (COROP is een regionale indeling van Nederland, waarbij 40 gebieden onderscheiden worden). Door deze weging wil men een eventuele vertekening in andere steekproefkenmerken rechtzetten of op zijn minst verbeteren.

Na de weging van de totale steekproef, kent men de gewogen resultaten voor de “kernindicatoren” in de Basismodule. De gewogen data uit de Basismodule worden vervolgens gebruikt voor een bijkomende weging van elke Deelmodule. Voor de weging van de module “Gezondheid en Arbeid” wordt gebruik gemaakt van de kenmerken geslacht in combinatie met leeftijd, burgerlijke staat, stedelijkheid, provincie, participatie op de arbeidsmarkt, ervaren gezondheidstoestand en rookgedrag¹⁴ (CBS, 1998¹⁵; CBS, 1999bis¹⁶).

¹⁴ Uitzondering: wanneer het over tandgezondheid gaat, wordt de gebitstoestand in plaats van de algemene gezondheidstoestand als wegingsvariabele gebruikt.

¹⁵ CBS, 1998. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland. CBS, Voorburg / Heerlen.

In tegenstelling tot Engeland, is er voor Nederland geen overzichtspublicatie met alle gegevens uit de gezondheidsenquête. We moeten de resultaten dan ook uit verschillende bronnen samenbrengen. Vandaar dat we bij de bespreking van de sociaal-economische gezondheidsverschillen (zie infra) naar verschillende bronnen zullen verwijzen.

2. Het meten van sociaal-economische status in de Nederlandse gezondheidsenquête

In de meest recente publicaties rond de resultaten van de POLS-gezondheidsgegevens, wordt een aantal gezondheidsverschillen naar opleidingsniveau gepresenteerd (CBS, 1999; CBS, 1999bis; CBS, 1998). Opleidingsniveau wordt daarbij geoperationaliseerd als 'het hoogste behaalde diploma', waarbij alleen personen vanaf 16 jaar in acht genomen worden. Voor 'het hoogste behaalde diploma' worden in de reeks Vademecum Gezondheidsstatistiek vier categorieën onderscheiden. In stijgende volgorde gaat het om (1) basisonderwijs, (2) mavo of vbo, (3) havo, vwo of mbo en (4) hbo of universiteit. In de 'Leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1997', wordt nog een vijfde onderscheid gemaakt: hier wordt de categorie 'mavo of vbo' gesplitst in 'vbo' en 'mavo', waarbij 'vbo' als lager opleidingsniveau geldt dan 'mavo'. De andere categorieën zijn dezelfde.

In 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997' (RIVM, 1997)¹⁷ vinden we gegevens over gezondheidsverschillen naar opleiding, inkomen, beroepsstatus en activiteitsstatus. 'Opleidingsniveau' wordt ook hier geoperationaliseerd als 'hoogst behaalde diploma', maar wordt ingedeeld in andere categorieën: (1) lager onderwijs, (2) lavo, mavo, lbo, (3) vwo, havo, mbo, (4) hbo en (5) universiteit. 'Inkomen' is opgevat als het netto jaarinkomen van het huishouden, gecorrigeerd voor het aantal gezinsleden. Bij de operationalisering van de beroepsstatus werd vertrokken van het Erikson-Goldthorpe schema. Vijf categorieën werden onderscheiden: 'hoog', 'midden', 'laag', 'agrariër' en 'kleine zelfstandige'. Wat de activiteitsgraad betreft tenslotte, worden 5 categorieën opgenomen: werkenden, werklozen, arbeidsongeschikten, gepensioneerden en thuiswerkenden. We willen tenslotte nog opmerken dat de gegevens uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning alleen gelden voor de leeftijdscategorie van 25 tot 79 jaar.

3. Sociaal-economische verschillen in leefstijl

3.1 Alcoholgebruik

Het percentage personen dat nooit alcohol drinkt, is hoger in laaggeschoolde middens dan bij hooggeschoolden. Van het laagste tot het hoogste opleidingsniveau gaat de daling van 24,2% niet-drinkers, over 17,8% en 13,9% in de middencategorieën naar 7,8% niet-drinkers in de hoogste categorie (CBS, 1999bis, p. 57).

¹⁶ CBS, 1999bis. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland. CBS, Voorburg / Heerlen.

¹⁷ RIVM, 1997. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. II Gezondheidsverschillen. RIVM, Bilthoven; Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen.

Bij het percentage zware drinkers – waarbij ‘zwaar drinken’ gedefinieerd wordt als ‘minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken’ - zien we eveneens een sociale gradiënt. Zwaar alcoholgebruik is hoger bij laaggeschoolden dan bij hooggeschoolden. In de laagste opleidingscategorie drinkt 15,7% minstens één keer per week 6 of meer glazen; in de hoogste categorie gaat het om 11,5% (CBS, 1999bis, p. 57). Zowel niet drinken als zwaar drinken komt dus vaker voor bij laaggeschoolden.

Deze cijfers gelden voor de periode 1997 / 1998 en zijn gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

3.2 Rookgedrag

Het percentage rokers daalt gestaag gaande van de laagste opleidingscategorie, waar 45% rookt, tot de hoogste, met 27% rokers. Ook bij het percentage zware rokers – d.w.z. meer dan 20 sigaretten per dag – is er een geleidelijke daling met stijgend opleidingsniveau. Hier zien we dat in de categorie met alleen een diploma basisonderwijs het percentage zware rokers 17,6% bedraagt, tegenover 5,7% in de hoogste opleidingscategorie (cijfers voor 1997 / 1998, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht, CBS, 1999bis, p. 56).

3.3 Fysieke activiteit in de vrije tijd

In het Maandbericht Gezondheidsstatistiek van mei 1998 vinden we gegevens uit de Nederlandse Gezondheidsenquête van 1996 over de fysieke activiteit in de vrije tijd. De respondenten van de enquête worden ingedeeld in drie categorieën: inactieven, semi-actieven en normactieven. ‘Inactief’ is iedereen die negatief antwoordt op de vraag “Doet u aan sport of aan een andere vorm van lichaamsbeweging?”. ‘Semi-actieven’ zijn degenen die wel aan sport of lichaamsbeweging doen, maar die in de twee weken voorafgaand aan het interview minder dan 300 minuten aan middelzware activiteiten hebben besteed. ‘Normactieven’ tenslotte, zijn respondenten die 300 minuten of langer aan sport of andere lichaamsbeweging hebben gedaan in de 14 dagen vóór het interview.

Uit de analyse blijkt dat er ook voor fysieke activiteit in de vrije tijd sociale verschillen zijn in Nederland. Zowel wat opleiding als wat inkomen betreft, werd een sociale gradiënt gevonden. Voor inkomen werd vertrokken van het totale netto inkomen op huishoudelijk niveau. Inactiviteit blijkt stapsgewijs af te nemen naarmate het inkomen hoger is. Mensen uit de laagste twee inkomensgroepen zijn vaker inactief dan mensen uit de hogere inkomensgroepen. Voor normactiviteit zien we het tegenovergestelde. Een hoger inkomen gaat gepaard met een hoger percentage normactieven. Er is dus een negatieve associatie tussen inkomen en inactiviteit en een positieve tussen inkomen en normactiviteit.

Dezelfde vaststelling vinden we terug voor opleiding. In concrete cijfers daalt het percentage inactieven van 50,4% in de laagste opleidingscategorie tot 23% in de

hoogste. Het percentage normactieven daarentegen stijgt van 28,9% tot 47,7%¹⁸. Deze cijfers zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd én inkomen (Hoeben, 1998)¹⁹.

4. Sociaal-economische verschillen in zelfgerapporteerde gezondheid

4.1. Zelfbeoordeelde gezondheid

De respondenten van de Nederlandse gezondheidsenquête worden gevraagd hun eigen gezondheid te beoordelen en te categoriseren als 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel', 'soms goed en soms slecht' of 'slecht'.

De resultaten voor deze variabele naar opleidingsniveau geven duidelijk een sociale gradiënt weer. Gecontroleerd voor leeftijd en geslacht stijgt het percentage personen dat zijn of haar gezondheid als 'zeer goed' beoordeelt gestaag van 16,7% in de categorie met het laagste opleidingsniveau tot 29,9% in de categorie met de hoogste opleiding. Omgekeerd zien we een daling van 'slechte gezondheid' van 5,2% van de personen met de laagste opleiding tot 1,6% in de hoogste opleidingscategorie (gegevens voor 1997 / 1998 uit CBSbis, 1999, p. 81). Uit de cijfers kunnen we besluiten dat lager opgeleiden in Nederland zich over het algemeen minder gezond voelen dan hoger opgeleiden.

In de 'Leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1997', vinden we een gelijkaardige trend (CBS, 1999, p. 32). Hier wordt het (ongecontroleerd) percentage personen met een zelfbeoordeelde gezondheid van minder dan 'goed' weergegeven per opleidingsniveau. Dit percentage is veruit het hoogst in de laagste opleidingscategorie (42%), al een stuk lager bij personen met een vbo-opleiding (25%), daalt vervolgens tot 18% bij mavo-afgestudeerden en tot 16% in de categorie daarboven. In de hoogste opleidingscategorie tenslotte bedraagt dit percentage nog 11%.

Ook in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (RIVM, 1997, p. 53) vinden we – ditmaal voor gegevens uit 1991-1994 - dezelfde sociale gradiënt voor opleidingsniveau. Daarnaast biedt deze publicatie ook gegevens voor andere sociaal-economische indicatoren. De cijfers zijn gecontroleerd voor leeftijd en geslacht. Er wordt een duidelijke inkomensgradiënt vastgesteld voor zelfbeoordeelde gezondheid. Het risico op een minder dan 'goede' ervaren gezondheid stijgt naarmate het inkomen daalt. De laagste inkomenscategorie heeft 1,65 keer zoveel kans op een minder dan goede gezondheid dan de gemiddelde Nederlander. De hoogste inkomenscategorie daarentegen, heeft hier slechts 0,63 keer zoveel kans toe dan het Nederlandse gemiddelde.

Ook voor beroepsstatus wordt een gradiënt vastgesteld. De kans op een minder dan goede gezondheid daalt van 'lage' naar 'hoge' beroepsstatus. De 'agrariërs' en kleine

¹⁸ We moeten hierbij opmerken dat de variabele opleiding hier anders geoperationaliseerd is dan in de andere CBS-publicaties. Opleiding is hier een samengestelde maat, die rekening houdt met het hoogst behaalde diploma én met de hoogst gevolgde opleiding. Vier categorieën worden onderscheiden: (1) lager onderwijs, (2) MAVO, LBO, LAVO, (3) HAVO, MBO en (4) HBO of universiteit.

¹⁹ Hoeben, Judith, 1998. Lichamelijke activiteit in de vrije tijd. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, mei 1998.

zelfstandigen hebben een score voor ervaren gezondheid die het Nederlandse gemiddelde sterk benadert.

Er zijn grote verschillen in ervaren gezondheid tussen de onderscheiden categorieën van activiteitsstatus. Thuiswerkenden – huismannen en -vrouwen – en mensen met een betaalde baan, hebben de beste zelfbeoordeelde gezondheid. Gepensioneerden scoren gemiddeld. Werklozen hebben een grotere kans op een minder dan goede gezondheid – 1,51 ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde. Veruit de grootste kans op een slechtere gezondheid – bijna 3,5 keer het gemiddelde – hebben de arbeidsongeschikten.

Uit deze uiteenlopende gegevens komt duidelijk naar voren dat er een belangrijke sociale gradiënt is voor zelfbeoordeelde gezondheid. Nederlanders met een lagere sociaal-economische status ervaren hun gezondheid duidelijk slechter dan Nederlanders met een hoge sociaal-economische status.

Determinanten van zelfbeoordeelde gezondheid: multivariate analyse

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM, 1997, p. 62) worden de verschillende sociaal-economische determinanten van zelfbeoordeelde gezondheid verder getest in een logistisch model. Dit om na te gaan of ze na controle voor de andere variabelen in het model nog steeds significant geassocieerd blijven met ervaren gezondheid. Er wordt met andere woorden uitgezocht of ze na zuivering voor de effecten van de andere variabelen, nog steeds een onafhankelijke invloed uitoefenen. Het logistische model bevat de variabelen geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, samenlevingsvorm, opleidingsniveau, inkomen, beroepsstatus, activiteitsstatus en urbanisatiegraad.

Opleidingsniveau blijkt na controle voor alle andere variabelen in het model nog steeds een significante invloed te hebben op ervaren gezondheid. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager de kans op een minder dan goede gezondheid. Zo hebben personen met alleen een diploma lager onderwijs tweeënhalf keer zoveel kans op een minder dan goede gezondheidservaring dan universitair.

Ook de invloed van inkomen blijft duidelijk bestaan na controle voor de andere variabelen. Wanneer het inkomen lager is, is de kans op een minder goede gezondheid groter. In de laagste inkomenscategorie heeft men 1,84 keer zoveel kans op een minder goede gezondheid als in de hoogste.

Het effect van beroepsstatus is na controle voor de andere variabelen echter niet langer significant. De verschillen tussen de categorieën zijn klein en niet volledig consistent. De sociale gradiënt die in de univariate analyse gevonden werd voor beroepsstatus, wordt met andere woorden wegverklaard door de andere variabelen in het model.

Activiteitsstatus tenslotte, behoudt wel zijn effect. Thuiswerkenden en personen met een betaalde job voelen zich het gezondst. Gepensioneerden scoren wat lager. Werklozen hebben 2,5 keer zoveel kans op een minder goede gezondheid als de werkenden. Voor arbeidsongeschikten is die kans zelfs meer dan tien keer zo groot als voor werkenden.

Samenvattend komen deze vaststellingen neer op een significante onafhankelijke invloed van opleiding, inkomen en activiteitsstatus, na controle voor alle andere variabelen in het logistische model.

4.2. Langdurige aandoeningen

In het kader van de POLS-enquête wordt aan de respondenten gevraagd om van vierentwintig langdurige aandoeningen aan te geven of ze eraan lijden.

Voor 1997 / 1998 wordt het gemiddelde aantal langdurige aandoeningen in iedere opleidingscategorie weergegeven (CBS, 1999bis, p. 92). Bij de categorie met de laagste opleiding, is er een gemiddelde van 1 langdurige aandoening per persoon. In de volgende twee categorieën is dit gemiddelde gezakt tot 0,8 en bij de hoogst opgeleiden tot 0,7. Deze gegevens zijn gecontroleerd voor leeftijd en geslacht.

Deze vaststelling wordt op een andere manier weergegeven in de 'Leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1997' (p. 32), waar het percentage personen met één of meer langdurige aandoeningen werd nagegaan. Dit percentage neemt af van 58% in de laagste tot 41% in de hoogste twee opleidingscategorieën.

Net zoals bij subjectief ervaren gezondheid, zien we met andere woorden dat de lager opgeleiden ook qua langdurige aandoeningen een slechtere gezondheidstoestand hebben. Er werd echter niet gecontroleerd voor andere variabelen.

Uit de VTV 1997²⁰ leren we dat de hoogst opgeleiden een vierde minder kans hebben om minstens één langdurige aandoening te hebben dan de gemiddelde Nederlander, terwijl deze kans bij de laagst geschoolden 16% hoger is dan gemiddeld.

Ook qua inkomen is er een duidelijke gradiënt. De kans op één of meerdere langdurige aandoeningen is groter wanneer men minder inkomen heeft. In de hoogste inkomenscategorie werd een kans van 0,85 ten opzichte van het gemiddelde vastgesteld, in de laagste een kans van 1,20.

Mensen met een 'lage' beroepsstatus hebben een grotere kans op langdurige beperkingen dan alle andere beroepsstatuscategorieën. De verschillen tussen deze andere categorieën – met inbegrip van de agrariërs en de kleine zelfstandigen - zijn echter bijzonder klein.

Wat activiteitsstatus aangaat, zien we opnieuw een goede score voor de thuiswerkenden en betaald werkenden, een gemiddelde positieve voor de gepensioneerden en een grotere kans op langdurige aandoeningen voor werklozen en vooral voor arbeidsongeschikten (cijfers gecontroleerd voor leeftijd en geslacht).

Determinanten van langdurige aandoeningen: multivariate analyse

Deze vaststellingen worden opnieuw dieper uitgespit via een logistische regressie-analyse (VTV, 1997). De variabelen die opgenomen werden in het model zijn dezelfde als bij de analyse voor ervaren gezondheid. Ook de resultaten liggen in dezelfde lijn als bij de bespreking van ervaren gezondheid, al zijn de bevindingen soms iets minder consistent.

²⁰ We moeten hierbij opmerken dat in deze analyse één item minder werd meegeteld bij de operationalisering van 'langdurige aandoeningen' dan in de analyses in de Vademecum 1999 en de Leefsituatie van de Nederlandse Bevolking 1997.

Voor opleiding stellen we een stijgende kans op één of meerdere langdurige aandoeningen vast naarmate het opleidingsniveau lager is. De laagst geschoolden hebben ongeveer anderhalve keer zoveel kans op een langdurige aandoening als de universitaireren. Een kleine uitzondering wordt gevormd door de op één na laagste categorie, die iets minder vaak langdurige aandoeningen heeft dan de net hogere opleidingscategorie.

Ook voor inkomen vinden we een sociale gradiënt, waarbij een hoger inkomen de kans op een langdurige aandoening doet verminderen. De laagste inkomenscategorie heeft ongeveer een derde meer kans op een langdurige aandoening dan de hoogste. Ook hier is er één kleine uitzondering: de op één na laagste inkomenscategorie heeft net vaker een langdurige aandoening dan de allerlaagste.

De invloed van beroepsstatus is hier – net zoals bij ervaren gezondheid – niet langer significant na controle voor de andere variabelen in het model. De verschillen zijn klein en niet consistent.

Bij activiteitsstatus zien we dan wel weer belangrijke verschillen. Thuiswerkenden scoren het best, gevolgd door de buitenshuis werkenden. Voorts zien we opnieuw een dalende gezondheidstrend gaande van gepensioneerden over werklozen naar de arbeidsongeschikten. Ook hier is het deze laatste categorie die veruit het vaakst met gezondheidsproblemen kampt.

Specifieke langdurige aandoeningen

In van der Wulp (1996)²¹ vinden we gegevens over sociale verschillen in het vóórkomen van een aantal specifieke langdurige aandoeningen.

Daaruit blijkt dat er, na controle voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en inkomensniveau, een negatief verband is tussen opleidingsniveau en een hele reeks langdurige aandoeningen: astma, ernstige hartkwaal of hartinfarct, hoge bloeddruk, maagzweer, ernstige darmstoornissen, nierstenen, suikerziekte, schildklierafwijking, hardnekkige rugaandoeningen, gewrichtsslijtage van knieën, heupen of handen, gewrichtsontstekingen aan handen of voeten, epilepsie en duizeligheid met vallen.

Vele van deze aandoeningen vertonen eveneens een negatief verband met inkomen. Dit geldt echter niet voor ernstige hartkwaal of hartinfarct, nierstenen, schildklierafwijking, gewrichtsontsteking van handen of voeten en epilepsie, die na controle voor de andere variabelen geen significante relatie hebben met inkomen. Anderzijds werd wel een negatief verband vastgesteld tussen inkomen en migraine.

Van der Wulp bestudeerde ook het aantal langdurige aandoeningen naar opleidingsniveau. Daarbij valt op dat het percentage personen met vier of meer aandoeningen hoger is wanneer het opleidingsniveau lager is. Bij de universitaireren heeft slechts 1,3% vier of meer langdurige aandoeningen, bij degenen met alleen een diploma lager onderwijs ligt dit percentage op 4,4%. Ook het percentage personen met drie aandoeningen is hoger bij lager geschoolden. Het aantal mensen zonder

²¹ Van der Wulp, C.G., 1996. Langdurige aandoeningen in de CBS-Gezondheidsenquête 1989-1993. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1996 / 2, p. 5-27.

langdurige aandoeningen stijgt dan weer gaande van de laagste (53,2%) naar de hoogste opleidingscategorie (66,3%).

4.3. Langdurige beperkingen

Naar langdurige beperkingen wordt gepeild aan de hand van de OESO-indicator. Daarin wordt gevraagd of de respondenten – eventueel met behulp van hulpmiddelen zoals een bril, een wandelstok of een gehoorapparaat – in staat zijn een aantal eenvoudige dagelijkse activiteiten te volbrengen. Zo wordt er onder meer gevraagd of ze in staat zijn het gezicht van iemand te herkennen op 4 meter afstand, of ze een voorwerp van 5kg kunnen dragen over een afstand van 10 meter en of ze een gesprek kunnen volgen in een groep van 3 of meer personen. In totaal worden zeven dergelijke vragen gesteld. Respondenten die minstens eenmaal antwoorden de aangegeven activiteit ‘niet’ of alleen ‘met grote moeite’ te kunnen uitvoeren, worden gecategoriseerd als ‘personen met een OESO-score’.

Ook voor deze variabele wordt een sterke sociale gradiënt vastgesteld. Er is een daling van het percentage personen met een OESO-score gaande van de laagste opleidingscategorie (28%) tot de hoogste (6%). Opvallend daarbij is dat de hoogste drie categorieën niet zoveel van elkaar verschillen (6%, 7% en 8%), maar dat er een kloof is met de op een na laagste (14%) en de laagste opleidingscategorie (28%). Hetzelfde nemen we waar voor wat het gemiddelde aantal OESO-scores per persoon in de bevolking betreft. Daar is er een daling van 0,54 bij de laagst opgeleiden, over 0,24 bij de op een na laagst opgeleiden tot 0,11 in de volgende twee categorieën en 0,08 bij de hoogst geschoolden (ongecontroleerde cijfers voor 1997, CBS, 1999, p. 34).

Langdurige beperkingen komen ook in de VTV 1997 aan bod. Ook hier wordt de sociale gradiënt voor opleidingsniveau bevestigd.

Daarnaast wordt ook voor inkomen een sociale gradiënt vastgesteld. Hoe hoger het inkomen, hoe kleiner de kans op een (of meer) langdurige beperkingen volgens de OESO-score. De meest verdienenden hebben een relatief risico ten opzichte van het gemiddelde van 0,58; de categorie met het laagste inkomen heeft daarentegen 67% meer kans dan gemiddeld op een OESO-score.

Qua beroepsstatus wijzen de resultaten op een stijgende kans op een OESO-score wanneer de beroepsstatus daalt. Ook de agrariërs hebben meer kans dan gemiddeld. De kleine zelfstandigen tenslotte kennen een gemiddelde kans op het hebben van een OESO-score.

Voor activiteitsstatus zijn de bevindingen ongeveer gelijklopend met deze voor zelfbeoordeelde gezondheid en langdurige aandoeningen: thuis- en buitenshuiswerkenden hebben een lager dan gemiddelde kans op langdurige beperkingen; gepensioneerden scoren ongeveer gemiddeld; werklozen en vooral arbeidsongeschikten lopen een groot risico op een OESO-score.

Determinanten van langdurige beperkingen: multivariate analyse

Om de invloed van de verschillende sociaal-economische variabelen na te gaan, werd opnieuw een logistische regressie toegepast, waarbij dezelfde variabelen in het model werden opgenomen (VTV 1997).

Net zoals bij de hoger besproken gezondheidsvariabelen, blijken opleiding, inkomen en activiteitsstatus na controle voor de andere variabelen in het model nog steeds een significante invloed uit te oefenen, terwijl het effect van beroepsstatus verdwijnt.

De laagst geschoolden hebben maar liefst 4,7 keer zoveel kans op een OESO-score als de universitaireren, en dit nadat het effect van inkomen, beroepsstatus, activiteitsgraad, enz. werd weggezuiverd. Personen uit de laagste inkomenscategorie hebben meer dan anderhalve keer zoveel kans op een OESO-score als de meest verdienenden. Tenslotte hebben de arbeidsongeschikten meer dan 8 keer zoveel kans op een langdurige beperking als de werkenden. Thuiswerkenden scoren even goed als buitenshuis werkenden. Gepensioneerden hebben opnieuw iets meer kans op gezondheidsproblemen dan werkenden, maar nog altijd minder dan werklozen.

Voor de drie totnogtoe besproken gezondheidsindicatoren is het duidelijk dat zowel opleiding als inkomen en activiteitsstatus belangrijke determinanten zijn.

4.4. Gezondheidsklachten

Door middel van de VOEG – Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheid – peilt de POLS-enquête naar het vóórkomen van 23 gezondheidsklachten bij de Nederlanders. In de Vademcum 1999 wordt het gemiddelde aantal gezondheidsklachten per opleidingscategorie weergegeven (CBS, 1999bis, p. 92).

Voor de periode 1997 / 1998 is er een geleidelijke afname bij stijgend opleidingsniveau, gaande van een gemiddelde van 4,6 gezondheidsklachten in de laagste opleidingscategorie tot 3,4 in de hoogste. Deze cijfers zijn gecontroleerd voor leeftijd en geslacht.

4.5. Tijdelijke activiteitsbeperkingen

De vraag die in de POLS-enquête gesteld wordt naar activiteitsbeperking luidt: “Heeft u het gedurende de laatste veertien dagen ten gevolge van ziekte of verwondingen rustiger aan moeten doen of iets achterwege moeten laten dat u gewoonlijk wel doet?”. Indien dit het geval is, wordt vervolgens gevraagd naar het aantal dagen met beperking en naar het aantal dagen dat men het bed heeft gehouden. Het aantal dagen met beperking en het aantal beddagen worden vervolgens vermenigvuldigd met 26 om tot een getal op jaarbasis te komen.

Ook voor deze variabelen werden sociale verschillen vastgesteld. Na controle voor leeftijd en geslacht kenden de laagst geschoolden gemiddeld het grootste aantal beddagen en dagen met activiteitsbeperking en werden de hoogst geschoolden hiermee het minst vaak geconfronteerd. Het gaat om 5,9 beddagen en 40,8 dagen met activiteitsbeperking bij de laagst geschoolden en 3,3 en 28,6 overeenkomstige dagen bij de hoogste opleidingscategorie. Er werd echter geen continue stijging vastgesteld voor wat de tussenliggende categorieën aangaat (CBS, 1999bis, p. 83).

4.6. Gebitsprothesen

Ook voor het al dan niet hebben van een kunstgebit, werd een sociale gradiënt vastgesteld. Naarmate het opleidingsniveau stijgt, stijgt ook het percentage personen zonder gebitsprothese (van 55,0% tot 71,7%) en daalt het percentage personen met een volledig kunstgebit (van 29,3% tot 9,1%) (cijfers voor 1997 / 1998 gecontroleerd voor leeftijd en geslacht, CBS, 1999bis, p. 96).

4.7. Lengte en overgewicht

Er is een positieve associatie tussen het opleidingsniveau en de lichaamslengte. Nederlanders die alleen basisonderwijs hebben gevolgd, meten gemiddeld 1,695m. De hoogst opgeleiden daarentegen, hebben een gemiddelde lengte van 1,763m (ongecontroleerde cijfers voor 1997, CBS, 1999, p. 33). Lichaamslengte vormt een indicator van levensomstandigheden tijdens de kinderjaren²².

Ook qua overgewicht werd een sociale gradiënt gevonden. Het percentage personen met een Body Mass Index-score van 25 of meer bedraagt 39% bij de laagstgeschoolden en daalt tot 27% bij de hoogste opleidingscategorie. Ook voor zwaarlijvigheid (BMI > 30) wordt deze trend teruggevonden: het percentage zwaarlijvigen daalt van 15% in de laagste tot 4% in de hoogste opleidingscategorie. Zowel bij overgewicht als bij zwaarlijvigheid blijkt er een soort breuklijn te bestaan tussen de laagste twee opleidingscategorieën enerzijds en de hogere drie anderzijds, waarbij eerstgenoemde categorieën duidelijk vaker met gewichtsproblemen kampen (ongecontroleerde cijfers voor 1997, CBS, 1999, p. 33).

4.8. Psycho-sociale gezondheid

Om een zicht te krijgen op de mentale gezondheid van de Nederlanders wordt gebruik gemaakt van de Affect Balance Scale (ABS). Hierin worden vragen gesteld over eenzaamheid, rusteloosheid, verveling, in de put zitten en zich van streek voelen. Respondenten die aangeven één of meer van deze gevoelens vaak of erg vaak te hebben gehad in de afgelopen weken, worden ondergebracht in de categorie 'personen met ABS-klachten'.

Bij lager opgeleiden is het percentage personen met ABS-klachten hoger dan bij hoger geschoolden. Dit percentage neemt af van 18% bij degenen die alleen basisschool liepen tot 9% bij de hoogst geschoolden. Voor wat het gemiddelde aantal ABS-klachten per persoon in de bevolking betreft, is er een daling van 0,31 bij de categorie met alleen basisonderwijs tot 0,15 bij de hoogste opleidingscategorie. We kunnen dan ook besluiten dat de psychosociale gezondheid, gemeten volgens de ABS, een duidelijke sociale gradiënt vertoont (ongecontroleerde cijfers voor 1997, CBS, 1999, p. 35).

²² Cavelaars, Adriëne, 1998. Cross-National Comparisons of Socio-Economic Differences in Health Indicators, Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

ALGEMEEN BESLUIT

In de Engelse gezondheidsenquête van 1998 wordt veel aandacht besteed aan cardiovasculaire aandoeningen. Deze kennen vooral bij de vrouwen een duidelijke sociale gradiënt; bij mannen is het patroon grilliger. Via multivariate analyse werd de invloed van beroepscategorie nagegaan na controle voor verscheidene andere onafhankelijke variabelen. Bij vrouwen bleef de sociale gradiënt naar beroepscategorie bestaan na deze controle, bij mannen verdween de significantie. Dit betekent dat de associatie tussen beroepscategorie en cardiovasculaire aandoeningen bij mannen te wijten is aan andere variabelen in het model en niet aan beroepscategorie op zich.

Wat leefstijl betreft, zien we in eerste instantie dat sociaal-economische categorieën verschillen inzake alcoholconsumptie. Ook hier is het verhaal echter genuanceerd. Wanneer we kijken naar de gemiddelde wekelijkse alcoholconsumptie, dan zien we zowel bij mannen als bij vrouwen een positief verband met inkomen. Wanneer we het percentage 'binge drinkers' nagaan, is het beeld evenwel heel anders. 'Binge drinkers' zijn personen die op één avond meer dan vijf eenheden (voor vrouwen) of zeven eenheden (voor mannen) alcohol consumeren. Bij mannen stijgt het percentage bingedrinkers gaande van beroepscategorie I naar categorie V. Bij vrouwen is de gradiënt minder duidelijk. Voor beide geslachten zien we geen gradiënt voor binge drinken naargelang het inkomen.

Voor de volgende leefstijlfactor, met name het rookgedrag, is het beeld veel eenduidiger. Mannen en vrouwen uit lagere beroeps- en inkomenscategorieën roken vaker, roken gemiddeld meer sigaretten per dag en roken vaker zware sigaretten. Ook na controle voor andere variabelen, blijven beroepscategorie en inkomen significant geassocieerd met rookgedrag.

Ook wat het gebruik van vetrijke en vezelarme voeding betreft, is er een duidelijke sociale gradiënt. Het vetgebruik van zowel mannen als vrouwen neemt af gaande van de lagere beroeps- en inkomenscategorieën naar de hogere. Ook het gebruik van vezelarme voeding is groter bij de lagere beroepscategorieën, maar hier is de sociale gradiënt naargelang het inkomen niet zo duidelijk.

De Engelse gezondheidsenquête biedt heel wat informatie over verschillende vormen van fysieke activiteit, zowel op de werkvloer en in het huishouden als in de vrije tijd. Daaruit blijkt dat hogere sociaal-economische categorieën over het algemeen vaker fysiek actief zijn in de vrije tijd. Wanneer we fysieke activiteit op het werk, thuis en in de vrije tijd samen beschouwen, is het beeld echter heel anders. In dat geval is er bij de vrouwen helemaal geen significante sociale gradiënt meer. Bij mannen stellen we vast dat vooral de manuele beroepscategorieën en het derde en vierde inkomenskwintiel fysiek actief zijn.

Bij de Engelse gezondheidsenquête hoort ook een klinisch onderzoek. Daarbij worden bloed- en speekselstalen afgenomen en worden ook lengte en gewicht gemeten. De bloedanalyses in de Engelse gezondheidsenquête tonen opnieuw een erg genuanceerd beeld. Voor sommige stoffen en eigenschappen is er sociale gradiënt naar inkomen of

naar beroepscategorie, voor andere is dit niet het geval. Maar wanneer er verschillen zijn naargelang beroepsstatus of inkomen, stellen we steeds vast dat hoger geplaatsten een voordeliger positie hebben dan lager geplaatsten.

Ook lengte en gewicht worden in de Engelse gezondheidsenquête gemeten. Daaruit wordt de BMI-index opgemaakt om na te gaan wie teveel weegt. De gemiddelde BMI stijgt bij de vrouwen gaande van beroepscategorie I naar categorie V. Bij mannen is er geen sociale gradiënt in gemiddelde BMI. Toch zien we dat zwaarlijvigheid en ziekelijke zwaarlijvigheid zowel bij mannen als bij vrouwen vaker voorkomt bij de lagere inkomens- en beroepscategorieën. De BMI werd ook bij kinderen nagegaan. Daar werden echter zeer weinig aanwijzingen gevonden voor het bestaan van een sociale gradiënt.

Tenslotte biedt de Engelse gezondheidsenquête gegevens over de zelfgerapporteerde algemene lichamelijke, mentale en sociale gezondheid. Bij de meeste van deze variabelen is er een duidelijke sociale gradiënt.

Mannen en vrouwen uit de lagere beroeps- en inkomenscategorieën hebben vaker één of meerdere langdurige aandoeningen dan personen uit hogere sociaal-economische categorieën, maar dit verband verdwijnt na controle voor andere variabelen.

Ook voor beperkende langdurige aandoeningen zien we in eerste instantie voor beide geslachten een sociale gradiënt voor zowel beroep als inkomen. Multivariate analyse doet het verband met de beroepscategorie verdwijnen, maar de gradiënt naar het inkomen blijft behouden: mannen en vrouwen die meer verdienen, hebben minder kans op een beperkende langdurige aandoening dan degenen die minder verdienen.

Voor wat acute aandoeningen betreft, is er geen duidelijke gradiënt na controle voor andere variabelen.

De variabele 'zelfbeoordeelde gezondheid' laat dan weer wel een sterke sociale gradiënt zien, bij mannen én bij vrouwen. Zowel beroepscategorie als inkomen blijken geassocieerd met zelfbeoordeelde gezondheid, ook na controle voor andere variabelen in een multivariaat model. De zelfbeoordeelde kwaliteit van de gezondheid stijgt met het inkomen en de beroepsstatus.

De mentale gezondheid van de Engelse mannen en vrouwen blijkt niet te verschillen naargelang de beroepscategorie, maar wel naargelang het inkomen. Meer verdienenden hebben een betere mentale gezondheid dan minder verdienenden. Dit geldt vooral voor de mannen. Na controle voor andere variabelen blijft de associatie tussen inkomen en mentale gezondheid bestaan bij mannen, maar niet bij vrouwen.

Sociale gezondheid, gemeten als ervaren sociale ondersteuning, blijkt sterk samen te hangen met sociaal-economische status. Mannen en vrouwen uit de hogere beroeps- en inkomenscategorieën hebben minder vaak een tekort aan sociale ondersteuning dan personen uit lagere sociaal-economische categorieën. Dit blijft zo na controle voor andere variabelen.

Ook in Nederland vinden we voor veel variabelen sociale gradiënten terug. In de publicaties met gegevens over de Nederlandse gezondheidsenquête wordt daarbij meestal het opleidingsniveau gebruikt als SES-variabele.

Roken blijkt in Nederland sterk verbonden met opleidingsniveau. Zowel het percentage rokers als het percentage zware rokers is hoger in de lagere opleidingscategorieën.

Voor alcohol zien we dat het percentage mensen dat nooit alcohol drinkt hoger is in de lagere opleidingscategorieën. Ook het percentage zware drinkers komt vaker voor bij de laaggeschoolden.

Het percentage personen dat fysiek actief is in de vrije tijd neemt toe met het opleidingsniveau.

Ook voor zelfbeoordeelde gezondheid is er een duidelijke sociale gradiënt. Het percentage personen dat zijn of haar gezondheid omschrijft als goed of zeer goed stijgt met stijgend inkomen, opleidingsniveau en beroepsstatus. Voor opleiding en inkomen blijft deze gradiënt bestaan na controle voor andere variabelen in het multivariate model. De gradiënt naar de beroepsstatus verdwijnt evenwel.

Voor langdurige aandoeningen is het beeld gelijkaardig. Hoe hoger de opleiding, het inkomen en de beroepsstatus, hoe kleiner de kans op het hebben van een langdurige aandoening. Na controle voor andere variabelen vervalt de associatie met de beroepsstatus.

Voor langdurige beperkingen is er opnieuw een sociale gradiënt voor de drie SES-variabelen. Deze blijft voor elk van de drie variabelen bestaan na controle voor andere variabelen.

Over het algemeen hebben de laaggeschoolde Nederlanders ook een groter aantal gezondheidsklachten en meer dagen met tijdelijke activiteitsbeperking ten gevolge van gezondheidsproblemen.

Ook qua psycho-sociale gezondheid voelen hooggeschoolden zich beter dan mensen met een lager opleidingsniveau.

Inzake lengte en gewicht zijn er eveneens sociaal-economische verschillen. Hoger opgeleiden zijn groter en hebben een minder hoge BMI dan laaggeschoolden. Tot slot kunnen we vermelden dat het dragen van een kunstgebit vaker voorkomt in de lagere opleidingscategorieën dan in de hogere.

Het algemene besluit uit deze literatuurstudie is dan ook dat we zowel in Nederland als in Engeland op verscheidene gezondheidsdomeinen sterke sociale gradiënten vaststellen. Deze algemene trend ligt geheel in de lijn van de bevindingen uit andere Europese studies.

Om gelijkheid inzake gezondheid en gezondheidsbeleving te verwezenlijken, is er dan ook nog een lange weg af te leggen. In een volgend rapport zullen we ingaan op de mogelijkheden om vanuit het overheidsbeleid in te grijpen om deze gezondheidskloof te verkleinen.