

Feitenkaart Trends in sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Rotterdam

Gezondheidsmonitor

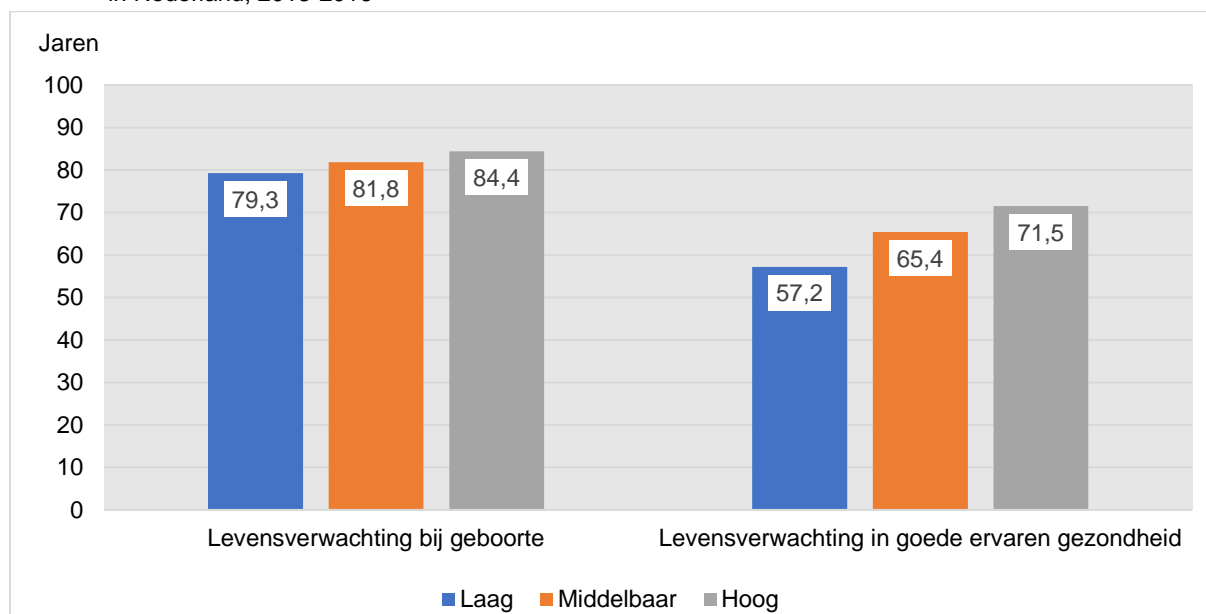
Wat zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en met een lage sociaaleconomische status (SES) in de samenleving. SES is de positie die iemand inneemt in de sociale hiërarchie, gemeten aan de hand van opleiding, inkomen en/of beroepsstatus [1]. Hoe hoger het opleidingsniveau, inkomen of beroepsstatus, des te hoger iemands positie in de sociale hiërarchie.

Mensen met een lage SES leven korter

Mensen met een lage SES zijn over het algemeen ongezonder en leven korter dan mensen met een hoge SES. Landelijke cijfers (2013-2016) hierover zijn eenduidig. Het verschil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau is 5,1 jaar (figuur1). Het verschil in levensverwachting doorgebracht in goede ervaren gezondheid tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau is 14,3 jaar [2]. Niet alleen mensen met een laag opleidingsniveau hebben een lagere levensverwachting, ook mensen met een middelbaar opleidingsniveau hebben een lagere levensverwachting dan mensen met een hoog opleidingsniveau.

Figuur 1 Levensverwachting bij geboorte en levensverwachting in goede ervaren gezondheid naar onderwijsniveau in Nederland, 2013-2016



Bron: CBS Statline.

Laag onderwijsniveau: basisonderwijs, vmbo, onderbouw havo/vwo, mbo-1.

Middelbaar onderwijsniveau: bovenbouw havo/vwo, mbo-2, mbo-3, mbo-4.

Hoog onderwijsniveau: hbo, wo.

Meer ongezondheid bij mensen met een lage SES

Mensen met een laag opleidingsniveau hebben vaker een chronische aandoening, zoals diabetes, een hartaandoening en een beroerte, en vaker twee of meer chronische aandoeningen dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Ook komen overmatig alcoholgebruik, overgewicht en roken onder mensen met een laag opleidingsniveau vaker voor dan onder mensen met een hoog opleidingsniveau [3].

Hoeveel inwoners in Rotterdam hebben een lage SES?

In Rotterdam woonden in 2016 naar schatting 168.600 15- tot en met 75-jarigen die tot de groep lage SES gerekend kunnen worden (tabel 1). Deze groep heeft geen opleiding of alleen lager onderwijs gevolgd. Samen vormden ze 35% van de bevolking van 15- tot en met 75-jaar in 2016. In de periode 2009-2016 is het aantal mensen met een lage SES in Rotterdam afgenomen [4].

Tabel 1 Schatting van het aantal laag, middelbaar en hoogopgeleide inwoners van 15 t/m 75 jaar in Rotterdam

	Aantal			Als % van de bevolking		
Laag	195.500	185.300	168.600	42%	39%	35%
Hoog	99.700	109.400	130.000	22%	23%	27%

Doel feitenkaart

Landelijke maar vooral ook lokale trends op het gebied van gezondheid en gezond gedrag naar SES zijn nauwelijks voorhanden. Een belangrijke vraag is of de verschillen in gezondheid en gezond gedrag in de afgelopen jaren tussen mensen met een lage en hoge SES kleiner zijn geworden. Deze feitenkaart beschrijft de trends in verschillen in gezondheid (ervaren gezondheid en een hoog risico op een depressie of angststoornis), ongezond gedrag (roken en alcoholgebruik), obesitas en sociale indicatoren (eenzaamheid en moeite met rondkomen) tussen mensen met een lage en hoge SES in Rotterdam in de periode 2008-2016.

Methode

Databron

De analyses zijn uitgevoerd met het databestand van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen. De gegevens hiervoor zijn verzameld door de GGD Rotterdam-Rijnmond over de jaren 2008, 2012 en 2016.

Opleidingsniveau als maat voor SES

SES wordt vaak afgemeten aan opleidingsniveau, inkomen en/of beroepsstatus. In dit onderzoek is opleidingsniveau gebruikt als maat voor SES, omdat in de Gezondheidsmonitor de opleidingsgegevens in alle drie de jaren zijn verzameld. Opleidingsniveau is een goede graadmeter voor inkomen en beroepsstatus: hoogopgeleiden hebben over het algemeen een hoger inkomen en werken ook vaker in hogere functies dan laagopgeleiden. Opleiding is in drie categorieën ingedeeld: (1) geen opleiding, lager onderwijs, lbo, mavo, vmbo, mbo-1 (2) mbo-2, mbo-3, mbo-4, havo, vwo en (3) hbo, wo. Jongvolwassen tot en met 24 jaar zijn buiten beschouwing gelaten, omdat de kans groot is dat ze nog een opleiding volgen. De resultaten hebben betrekking op de volwassen bevolking van 25 tot 65 jaar in Rotterdam.

Statistische analyses

Het percentage mensen met een gezondheidsprobleem naar opleidingsniveau is voor elk afzonderlijk jaar vastgesteld door het berekenen van de prevalentiecijfers. Deze cijfers zijn gewogen naar geslacht, leeftijd en herkomst om ze representatief te maken voor de Rotterdamse bevolking in dat jaar.

Voor elk jaar is nagegaan of laagopgeleiden van hoogopgeleiden verschillen in gezondheidsproblemen. Hiervoor is gebruik gemaakt van logistische regressie. De onafhankelijke variabelen in deze logistische regressie zijn naast opleidingsniveau ook geslacht (man, vrouw), leeftijd (25-34, 35-44, 45-54, 55-64), etnische herkomst (niet-Westerse, Westerse, Nederlandse achtergrond), burgerlijke status (weduwe of weduwnaar, gescheiden, ongehuwd, gehuwd of samenwonend) en betaald werk (ja, nee).

Er is getoetst of gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden in de loop van tijd zijn toegenomen, gelijk zijn gebleven of zijn afgenomen. Hiervoor is logistische regressie gebruikt. In dit model is een interactieterm voor jaartal en opleidingsniveau (als een continue variabele) opgenomen om inzicht te geven in een eventuele trend in gezondheidsverschillen. 'Opleidingsniveau' in de logistische regressieanalyse is de relatieve positie van een respondent binnen de drie opleidingsniveaus oftewel het gemiddelde van de percentielwaarde van

de groep. Deze houdt rekening met de verdeling van respondenten over de drie opleidingsniveaus. De onafhankelijke variabelen in deze logistische regressie zijn naast jaartal, opleidingsniveau en de interactieterm hiervan, ook geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en betaald werk om na te gaan in hoeverre deze variabelen een eventuele trend in gezondheidsverschillen kunnen verklaren.

De uitkomst in een logistische regressie is een odds ratio en heet Relatieve Index of Inequality (zie box voor informatie) en geeft de verhouding van kansen op een gezondheidsprobleem van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden. Verschillen worden als statistisch significant beschouwd als de p -waarde kleiner is dan 0,05. Dat een verschil significant is wil zeggen dat het gevonden verschil met een waarschijnlijkheid van 95% niet op toeval berust.

Relatieve Index of Inequality (RII) is een maat waarmee de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen wordt weergegeven. RII geeft de verhouding van kansen op een gezondheidsprobleem (bijvoorbeeld depressie) van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in demografische kenmerken en werkstatus [3,5]. Deze maat kan ook weergeven of de verschillen in de loop van de tijd groter of kleiner zijn geworden.

Interpretatie:

- | | |
|-------------------|---|
| RII > 1 | Laagopgeleiden ongezonder dan hoogopgeleiden. |
| RII = 1 | Geen verschil in gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden. |
| RII < 1 | Hoogopgeleiden ongezonder dan laagopgeleiden. |

Resultaten: trends in sociaaleconomische gezondheidsverschillen

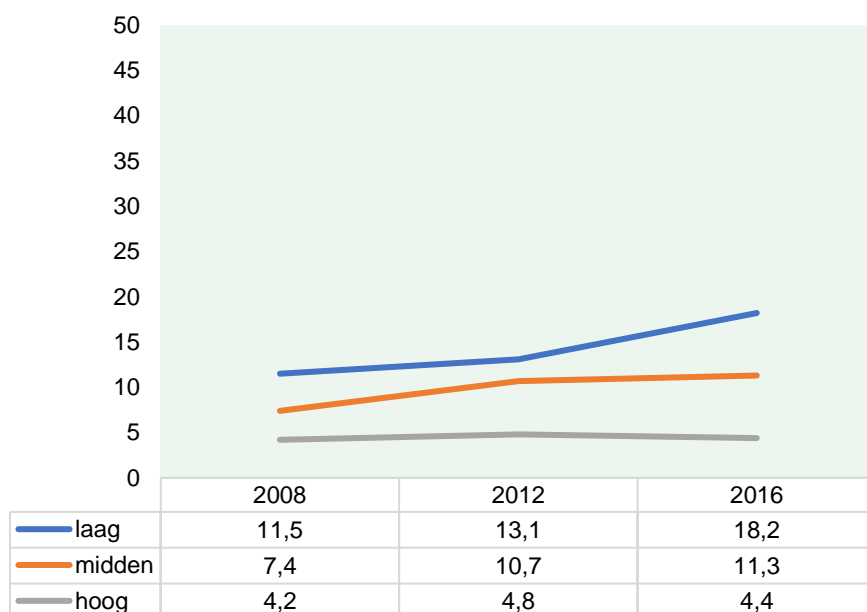
Hieronder worden de trends in sociaaleconomische gezondheidsverschillen beschreven voor depressie, ervaren gezondheid, obesitas, roken, alcoholgebruik, eenzaamheid en moeite met rondkomen voor de periode 2008-2016 in Rotterdam.

Depressie of angststoornis

Het percentage mensen met een hoog risico op een depressie of angststoornis ligt hoger onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden. Dit patroon is niet veranderd over de jaren heen (figuur 2). Het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden is significant toegenomen. Het percentage mensen met een hoog risico op een depressie of angststoornis is onder laagopgeleiden significant gestegen van 11,5% in 2008 tot 18,2% in 2016. Het percentage is onder hoogopgeleiden in dezelfde periode stabiel gebleven (rond 4%).

De toename van het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden wordt niet verklaard door de verschillen in demografische kenmerken en werkstatus (tabel 2: trend $p < 0,05$). In alle onderzochte jaren hebben laagopgeleiden een grotere kans (RII) op een hoog risico op een depressie of angststoornis dan hoogopgeleiden (de RII is in alle afzonderlijke jaren groter dan 1 en steeg van 2,51 in 2008 naar 4,11 in 2016).

Figuur 2 Percentage inwoners (25 t/m 64 jaar) met een hoog risico op een depressie of angststoornis naar opleidingsniveau in Rotterdam, 2008-2016



Tabel 2 De verhouding van kansen op een hoog risico op een depressie of angststoornis van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in individuele kenmerken*, Rotterdam, 2008-2016

	2008	2012	2016	p voor trend
RII (95% BI)	2,51 (1,38-4,59)	2,65 (1,71-4,12)	4,11 (2,71-6,25)	< 0,05

* Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en werk.

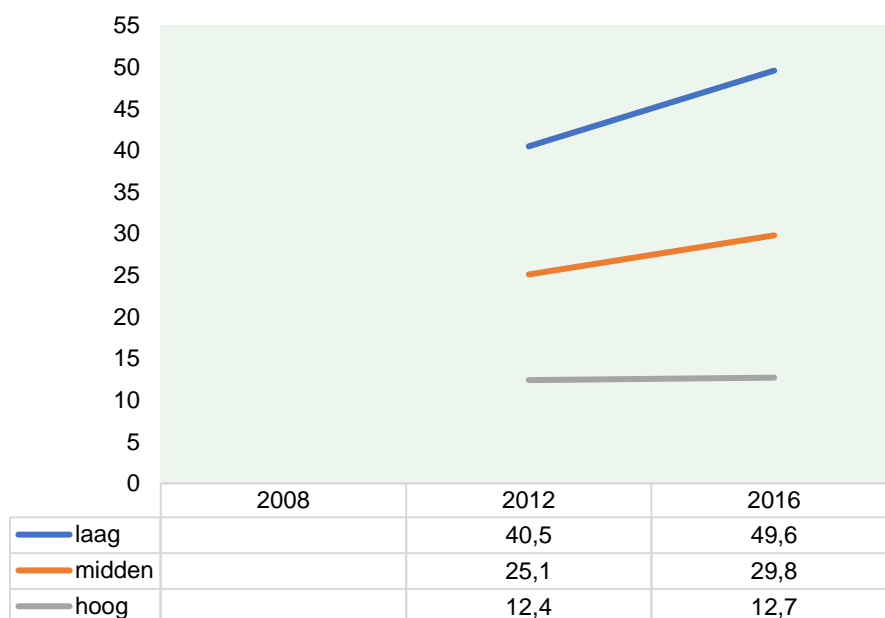
BI: Betrouwbaarheidsinterval. Significante verschillen zijn vetgedrukt.

Ervaren gezondheid

Het percentage mensen met een slechte ervaren gezondheid ligt aanzienlijk hoger onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden (figuur 3). Dit verschil tussen laag- en hoogopgeleiden is tussen 2012 en 2016 significant toegenomen. Zo is het percentage mensen met een slechte ervaren gezondheid onder laagopgeleiden gestegen van 40,5% in 2012 tot 49,6% in 2016. Daarentegen is dit percentage onder hoogopgeleiden in dezelfde periode nauwelijks veranderd (12,4% in 2012 en 12,7% in 2016).

De toename van het verschil in slechte ervaren gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden wordt niet verklaard door de verschillen in demografische kenmerken en werkstatus (tabel 3: trend $p < 0,05$). Laagopgeleiden hebben zowel in 2012 als in 2016 een grotere kans (RII) op een slechte ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden (de RII is in beide jaren groter dan 1 en steeg van 3,39 in 2012 naar 5,30 in 2016).

Figuur 3 Percentage inwoners (25 t/m 64 jaar) met een slechte ervaren gezondheid (zeer slecht, slecht, gaat wel) naar opleidingsniveau in Rotterdam, 2012-2016



Tabel 3 De verhouding van kansen op een slechte ervaren gezondheid van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in individuele kenmerken*, Rotterdam, 2012-2016

	2008	2012	2016	p voor trend
RII (95% BI)		3,39 (2,57-4,48)	5,30 (4,06-6,90)	< 0,05

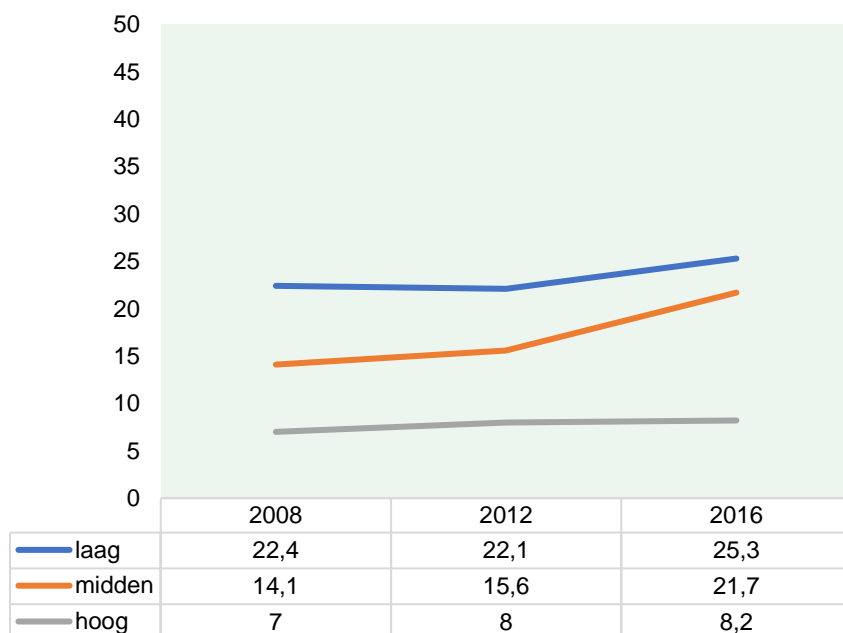
* Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en werk.

BI: Betrouwbaarheidsinterval. Significante verschillen zijn vetgedrukt.

Obesitas

Obesitas komt meer voor onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden (figuur 4). Het percentage mensen met obesitas is onder laagopgeleiden tussen 2012 en 2016 statistisch toegenomen van 22,1% tot 25,3%. Dit percentage is onder hoogopgeleiden tussen 2008 en 2012 toegenomen maar deze toename was niet statistisch significant. Over de gehele periode gezien is het verschil in het percentage mensen met obesitas tussen laag- en hoogopgeleiden gelijk gebleven (tabel 4: trend $p > 0,05$).

Figuur 4 Percentage inwoners (25 t/m 64 jaar) met obesitas naar opleidingsniveau in Rotterdam, 2008-2016



Tabel 4 De verhouding van kansen op obesitas van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in individuele kenmerken*, Rotterdam, 2008-2016

	2008	2012	2016	<i>p</i> voor trend
RII (95% BI)	4,46 (2,91-6,83)	2,96 (2,14-4,10)	4,22 (3,13-5,69)	> 0,05

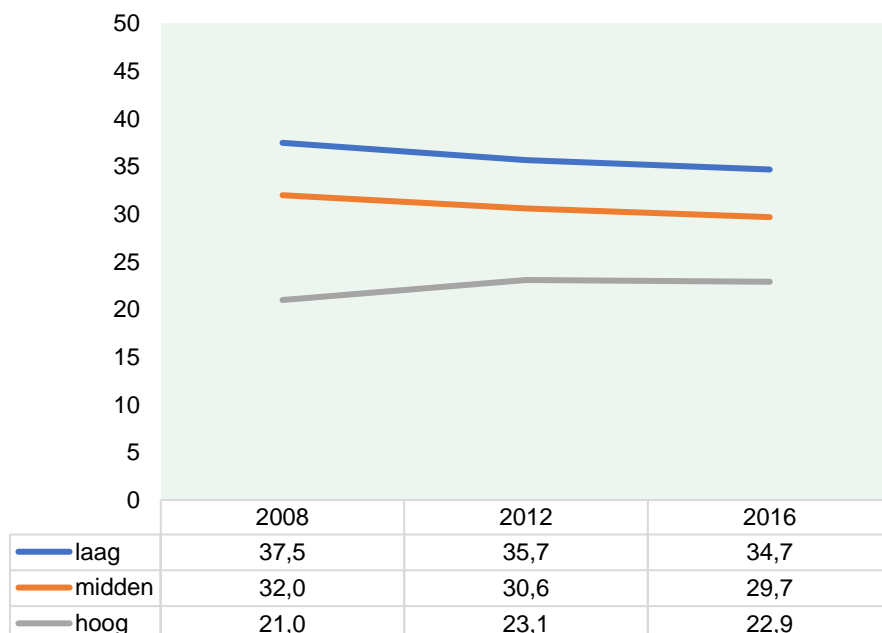
* Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en werk.

BI: Betrouwbaarheidsinterval. Significante verschillen zijn vetgedrukt.

Roken

Ook het percentage rokers ligt hoger onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden (figuur 5). Het verschil in het percentage rokers tussen laag- en hoogopgeleiden is in de periode 2008-2016 gelijk gebleven (tabel 5: trend $p > 0,05$).

Figuur 5 Percentage rokers (25 t/m 64 jaar) naar opleidingsniveau in Rotterdam, 2008-2016



Tabel 5 De verhouding van kansen op roken van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in individuele kenmerken*, Rotterdam, 2008-2016

	2008	2012	2016	<i>p</i> voor trend
RII (95% BI)	4,66 (3,37-6,45)	4,37 (3,39-5,64)	3,49 (2,71-4,49)	> 0,05

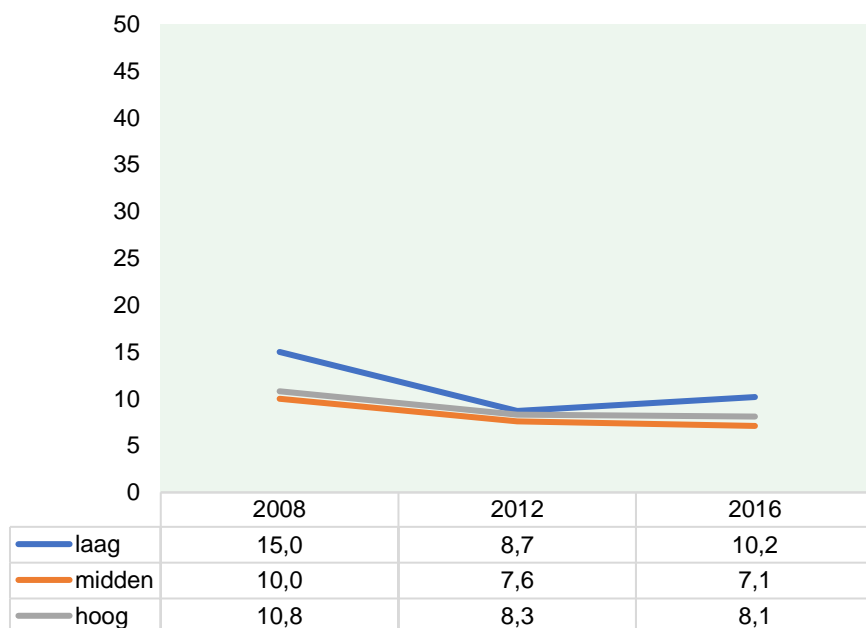
* Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en werk.

BI: Betrouwbaarheidsinterval. Significante verschillen zijn vetgedrukt.

Alcoholgebruik

Zwaar alcoholgebruik komt vaker voor onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden. Dit geldt voor alle onderzochte jaren. Zwaar alcoholgebruik is onder laagopgeleiden tussen 2008 en 2012 statistisch afgenomen van 15% naar 8,7%. Ook onder hoogopgeleiden is zwaar alcoholgebruik tussen 2008 en 2012 statistisch afgenomen. Over de gehele periode gezien is het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden gelijk gebleven (tabel 6: trend $p > 0,05$).

Figuur 6 Percentage zware drinkers (25 t/m 64 jaar) naar opleidingsniveau in Rotterdam, 2008-2016



Tabel 6 De verhouding van kansen op zwaar drinken van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in individuele kenmerken*, Rotterdam, 2008-2016

	2008	2012	2016	<i>p</i> voor trend
RII (95% BI)	2,40 (1,55-3,71)	1,76 (1,19-2,60)	1,99 (1,36-2,91)	> 0,05

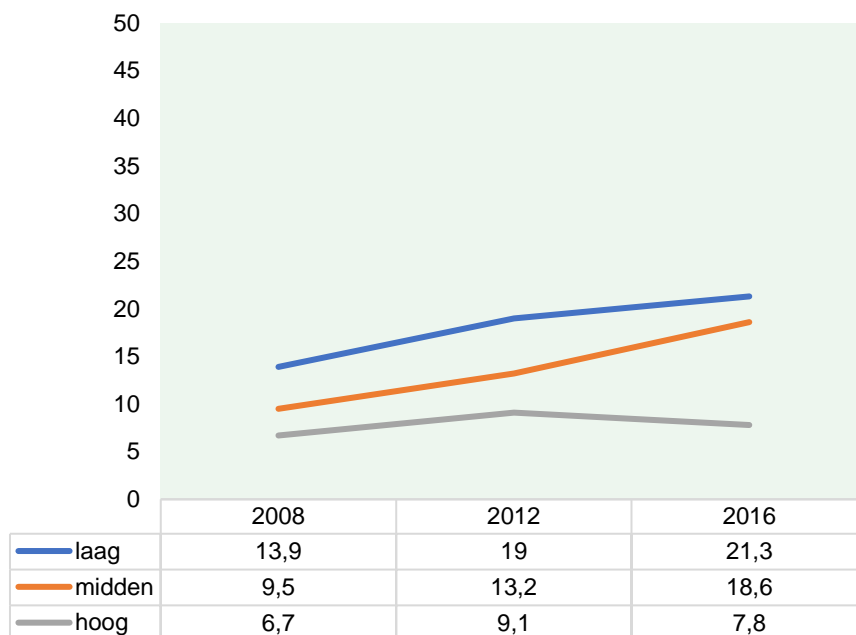
* Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en werk.

BI: Betrouwbaarheidsinterval. Significante verschillen zijn vetgedrukt.

Eenzaamheid

Uit figuur 7 blijkt dat laagopgeleiden vaker (zeer) ernstig eenzaam zijn dan hoogopgeleiden. Eenzaamheid onder laagopgeleiden is tussen 2008 en 2016 significant toegenomen van 13,9% tot 21,3%. Eenzaamheid onder hoogopgeleiden is alleen tussen 2008 en 2012 significant toegenomen van 6,7% tot 9,1%. In de periode 2008-2016 is het verschil in het percentage eenzaamheid tussen laag- en hoogopgeleiden niet veranderd (tabel 7: trend $p > 0,05$).

Figuur 7 Percentage inwoners (25 t/m 64 jaar) dat (zeer) ernstig eenzaam is naar opleidingsniveau in Rotterdam, 2008-2016



Tabel 7 De verhouding van kansen op (zeer) ernstig eenzaamheid van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in individuele kenmerken*, Rotterdam, 2008-2016

	2008	2012	2016	<i>p</i> voor trend
RII (95% BI)	1,53 (0,90-2,61)	2,06 (1,43-2,98)	2,51 (1,77-3,55)	> 0,05

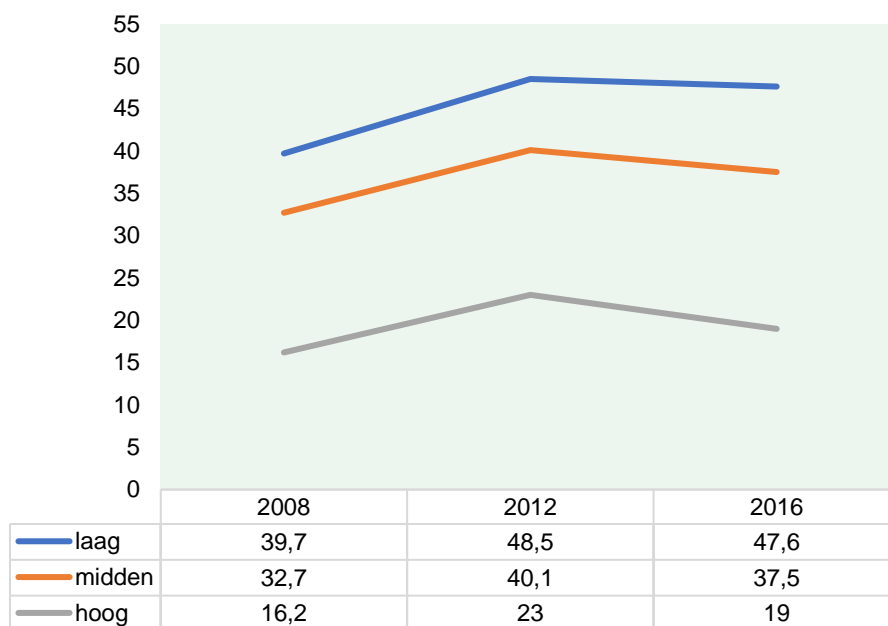
* Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en werk.

BI: Betrouwbaarheidsinterval. Significante verschillen zijn vetgedrukt.

Moeite met rondkomen

Figuur 8 laat zien dat laagopgeleiden vaker dan hoogopgeleiden moeite hebben met rondkomen van het inkomen. Tussen 2008 en 2012 is het percentage inwoners dat moeite met rondkomen heeft zowel onder laagopgeleiden als onder hoogopgeleiden significant toegenomen. Dit percentage is tussen 2012 en 2016 alleen onder hoogopgeleiden significant gedaald. Over de gehele periode gezien is het verschil in het percentage inwoners dat moeite met rondkomen heeft tussen laag-en hoogopgeleiden gelijk gebleven (tabel 8: trend $p > 0,05$).

Figuur 8 Percentage inwoners (25 t/m 64 jaar) dat moeite heeft met rondkomen naar opleidingsniveau in Rotterdam, 2008-2016



Tabel 8 De verhouding van kansen op het moeite hebben met rondkomen van laagopgeleiden ten opzichte van hoogopgeleiden, gecorrigeerd voor de verschillen in individuele kenmerken*, Rotterdam, 2008-2016

	2008	2012	2016	<i>p</i> voor trend
RII (95% BI)	4,83 (3,40-6,85)	4,08 (3,16-5,26)	3,78 (2,91-4,92)	> 0,05

* Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etnische herkomst, burgerlijke status en werk.

BI: Betrouwbaarheidsinterval. Significante verschillen zijn vetgedrukt.

Samenvatting en conclusie

In deze feitenkaart is ingegaan op de vraag of de verschillen in gezondheid en ongezond gedrag tussen laag- en hoogopgeleiden in Rotterdam in de periode 2008-2016 gelijk zijn gebleven. Het verschil in percentage Rotterdammers met een hoog risico op een depressie of angststoornis tussen laag en opgeleiden is in de afgelopen jaren toegenomen. Ook het verschil in percentage Rotterdammers met een slechte ervaren gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden is in de afgelopen jaren toegenomen. In beide gevallen komt de toename van het verschil voor rekening van de laagopgeleiden. Alleen onder de laagopgeleiden is het aandeel met een hoog risico op een depressie of angststoornis en het aandeel met een slechte ervaren gezondheid toegenomen. Deze percentages zijn onder de hoogopgeleiden stabiel gebleven.

De verschillen in ongezond gedrag (alcoholgebruik en roken), obesitas en sociale indicatoren (eenzaamheid en moeite hebben met rondkomen) is tussen laag- en hoogopgeleiden in dezelfde periode gelijk gebleven. Vooralsnog hebben we geen verklaring voor de toename van de gezondheidsverschillen. Mogelijk zou de financiële crisis in de periode van 2008-2010 een verklaring kunnen zijn waarom het met de (psychische) gezondheid van laagopgeleiden achteruit is gegaan (bijvoorbeeld door een sterkere toename van werkloosheid en stress onder deze groep).

Om de verschillen in subjectieve (psychische) gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden te verkleinen kunnen doelgroepgerichte (laagopgeleiden) gezondheidsprogramma's en interventies opgezet worden met als doel om ervaren gezondheid te verbeteren en psychische klachten te verminderen. Ook kunnen onderwijskansen voor jongeren uit gezinnen die laagopgeleid zijn gestimuleerd worden. Verder kunnen erkende interventies ingezet worden om te werken aan de sociale competenties, gezondheid en leefstijl van kinderen, jongeren en volwassenen met een lage SES (zie hiervoor de website www.loketgezondleven.nl).

De verschillen in depressierisico en ervaren gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden in Rotterdam zijn in de afgelopen jaren groter geworden. De verschillen in obesitas, roken, alcoholgebruik, eenzaamheid en moeite met rondkomen zijn gelijk gebleven.

Begrippen

Zware drinker: Mannen drinken minimaal 1 keer per week 6 of meer glazen; vrouwen drinken minimaal 1 keer per week 4 of meer glazen.

Hoog risico op een depressie of angststoornis: Het vóórkomen van psychische klachten is in kaart gebracht met de Kessler Psychological Distress Scale (K10). Dit screeningsinstrument meet de psychische gezondheid, met name angst en depressieve klachten en bestaat uit tien items (schaalscore: 10-50) waarin voor een aantal gevoelens die samenhangen met angst en depressie gevraagd wordt hoe vaak men deze in de afgelopen maand heeft ervaren. Een score op de K10 ≥ 30 verwijst naar een hoog risico op een depressie of angststoornis.

(Zeer) ernstig eenzaam: Het vóórkomen van eenzaamheid is in kaart gebracht met de eenzaamheids-schaal van de Jong Gierveld. Dit instrument (11 stellingen) meet de sociale en emotionele eenzaamheid die samen een totale mate van eenzaamheid weergeven (schaalscore: 0-11). Een score van 9 of 10 is indicatief voor ernstige eenzaamheid en een score van 11 voor zeer ernstige eenzaamheid.

Obesitas: De Body Mass Index (BMI) of Queteletindex is een manier om de verhouding tussen het gewicht en de lengte van een persoon weer te geven. De BMI wordt berekend door het gewicht in kilogram te delen door lengte maal lengte in meter. Een BMI van 30 of hoger geeft extreem overgewicht (obesitas) aan.

Databronnen

Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2008, GGD Rotterdam-Rijnmond.

Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012, GGD Rotterdam-Rijnmond.

Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016, GGD'en, CBS en RIVM.

Meer informatie

U kunt contact opnemen met: o.erdem@rotterdam.nl

Auteur

Özcan Erdem (met dank aan Sarah Boer en Gea Schouten)

Mei 2019

Literatuur

- (1) Van der Lucht, F., & Verkleij, H. (2001). Gezondheid in de grote steden: achterstanden en kansen. Bohn Stafleu Van Loghum.
- (2) CBS Statline (<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83780NED/table?dl=4DE3>).
- (3) De Hollander, A. E. M., Hoeymans, N., Melse, J. M., Van Oers, J. A. M., & Polder, J. J. (2006). Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006.
- (4) De Graaf, P.A. (2018). Feitenkaart opleidingsniveau Rotterdam op gebieds- en buurniveau 2016.
- (5) Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Social science & medicine, 44(6), 757-771.