



# Factsheet

## Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (segv)

**Sociaaleconomische gezondheidsverschillen** zijn systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met hoge en mensen met een lager (sociaaleconomische) positie in de maatschappij.

### De algemene indicatoren van SEGV zijn:

- **Inkomen** - naarmate het inkomen hoger is, is ook de gezonde levensverwachting hoger (bij SEGV wordt een onderscheid gemaakt tussen de absolute levensverwachting en de verwachting van het aantal levensjaren die iemand doorbrengt in goede [ervaren] gezondheid).
- **Opleidingsniveau** (de meest gebruikte indicator) – hoe lager het opleidingsniveau, hoe lager de sociaaleconomische status (SES) van mensen. Lager-opgeleide mensen leven gemiddeld korter, en verkeren gedurende hun leven gemiddeld in een minder goede gezondheidstoestand.

### Overige (belangrijke) indicatoren van SEGV zijn:

- biologische factoren (genetisch en geslacht)
- de fysieke omgeving
- de sociale omgeving
- leefstijl en gezondheidsgedrag
- de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg
- gezondheidsvaardigheid en het vermogen tot zelfmanagement

Er is een duidelijke **samenhang tussen laaggeletterdheid, lage gezondheidsvaardigheden en een slechtere gezondheid** - het vermogen tot zelfzorg en zelfmanagement speelt een grote rol bij gezondheid. Binnen de geschatte 29% van de bevolking met geringe gezondheidsvaardigheden, zijn laagopgeleiden, ouderen en migranten sterk vertegenwoordigd. De incidentie van ziekten zoals astma, diabetes, kanker, hartinfarcten en van psychische problemen, is onder deze groepen beduidend hoger dan bij ander bevolkingsgroepen.

Een aanzienlijk deel van de **gezondheidsachterstanden betreft het laag opgeleide migrantendeel van de bevolking**; naar schatting is de ziektelast (de omvang van het verlies aan gezonde levensjaren) bij niet-westerse allochtonen 22% hoger dan bij autochtonen. Risicofactoren die ook een rol spelen zijn de migratiegeschiedenis, minder toegankelijke en effectieve zorg en preventie, verschillen in leefstijl en visie op gezondheid en zorg.

### Ook op individueel niveau zijn er verschillen in gezondheidsachterstanden.

Gezondheidsverschillen tussen individuele mensen in achterstandswijken kunnen groot zijn. Differentiatie naar leeftijd, sekse, afkomst en gezinscontext zal meer aangrijpingspunten opleveren dan het kijken naar SEGV's alleen.

## Feiten en cijfers

In Nederlandse regio's en (achterstands)wijken met de laagste inkomens en de minste hoogopgeleiden ...

- Is de prevalentie van (ernstig) overgewicht het hoogst
- Zijn er meer rokers
- Is de incidentie van hartinfarcten het hoogst
- Wordt er meer antidepressiva gebruikt

De verschillen in Nederland tussen hoog- en laagopgeleiden in levensverwachting zijn groot: 7.3 jaar bij mannen en 6.4 jaar bij vrouwen. Hoogopgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 14,3 en 15,3 jaar langer zonder beperkingen.

Een op de negen Nederlanders is laaggeletterd (heeft moeite met lezen en rekenen). Twee op de drie laaggeletterden zijn autochtoon; 25-30% van deze groep heeft moeite met complexe informatie (schema's, grafieken, formulieren).

5.2% van de laagst geletterde mannen hebben diabetes tegenover 1.5% van de hoogst geletterden. 6% van vrouwen onder de laagst geletterden versus 0.9% onder de hoogst geletterden hebben diabetes.

Ruim 25% van de bevolking heeft (zeer) beperkte gezondheidsvaardigheden. Ouderen binnen deze groep hebben 1.5 tot 2 maal hogere sterftkans dan ouderen met adequate gezondheidsvaardigheden.

## Aanpak lokale gezondheidsachterstanden

Samen met Platform31 en in afstemming met diverse landelijke en lokale partijen, voert Pharos het [Stimuleringsprogramma Gids Lokale Aanpak Gezondheidsachterstanden](#) uit.

Hoofddoel is het duurzaam terugdringen van de gezondheidsachterstanden waarbij gemeenten en lokale partijen ondersteund worden en advies op maat kunnen krijgen die afgestemd is op de situatie en de fase op lokaal niveau.

### Bronnen / Publicaties:

\* M. Aarts (2012) [Socioeconomic Determinants of Cancer Risk, Detection, and Outcome in the Netherlands since 1990](#)

\* K. Knoops, M. van den Brakel. [Rijke mensen leven lang en gezond. Inkomensgerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting](#) jrg. TSG 88 (2010) 17-24.

\* IGZ (2010) [Referentiekader voor aanpak sociaal-economische gezondheidsverschillen](#)

\* M.J. Aarts (2010) [Understanding socioeconomic differences in health an economic approach = Sociaaleconomische verschillen in gezondheid: een economische analyse](#)

\* (2008) [Naar een weerbare samenleving: beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden](#)

### Primaire bronnen:

\* Kooiker, S., Hoeymans, N. (2014) [Burgers en Gezondheid. Themarapport VTV 2014](#) RIVM / SCP. Bilthoven / Den Haag

\* RIVM (2014) [Gezondheid en Maatschappelijke Participatie. Themarapport VTV](#)

\* M. Buisman, W. Houtkoop. (2014). [Laaggeletterdheid in kaart](#). Stichting Lezen en Schrijven / ECBO. Den Bosch / Den Haag

\* M. de Greef et al. (2013) [Feiten & Cijfers geletterdheid : overzicht van de gevolgen van laaggeletterdheid en opbrengsten van investeringen voor samenleving en individu](#) Stichting Lezen en Schrijven i.s.m. Universiteit Maastricht. Den Haag

\* Kickbusch e.a. (2013). [Health Literacy – the solid facts](#). Kopenhagen : WHO

\* E. Wijenberg, J. Engels (2013). [Tools gezondheidsvaardigheden: overzicht van tools om in te zetten in de zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden](#). Utrecht : Vilans, 2013.

\* P.J.A.M. van der Smissen (2013) [Kennisdossier Borging ZonMw Programma gezonde Slagkracht](#)

\* RIVM. (2012) [Integrale inzichten. Een verkenning van vijf lokale integrale gezondheidsprogramma's](#)

\* J. Pelikan et al. (2012) [Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project](#)

## Enkele conclusies uit ervaringen in binnen- en buitenland:

De aanpak van gezondheidsachterstanden vraagt om een lange adem. Forse resultaten zijn in Finland na 25 jaar investering behaald.

In de wijk Overvecht in Utrecht is op het korte termijn het deelgebied overgewicht wel in een beperkt aantal jaren teruggebracht (zie: [Utrecht Gezond](#) – zorgkosten tussen 2006-2010 gedaald).

Langdurige investering in bestuurlijke draagvlak en betrokkenheid van alle partijen, is een voorwaarde. Het gaat om borging in regulier beleid en financiering in plaats van kortdurende projectmatige samenwerking.

Actieve participatie van betrokken burgers en professionals is van groot belang – vooral ook afgestemd op lager opgeleiden en migranten.

### Internetbronnen:

\* [Vastelling Kabinets agenda NNP](#) \* [Wat zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen?](#)

\* [www.nationaalkompas.nl](#)

\* [Persbericht Grote regionale verschillen om overgewicht, roken en alcoholgebruik, 12 september 2013](#)

\* [Grote regionale verschillen in overgewicht, roken en alcoholgebruik \(CBS, 2013\)](#)

September 2014

