

Gezondheidsproblemen personen met een lage sociaal-economische status



seo economisch onderzoek

Amsterdam, juli 2020
In opdracht van FNO

Gezondheidsproblemen personen met een lage sociaal-economische status

Tim Schwartz
William Luiten
Lucy Kok



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winst-oogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2021-07

ISBN 978-90-5220-114-6

Informatie & Disclaimer

SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2020 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl

Samenvatting

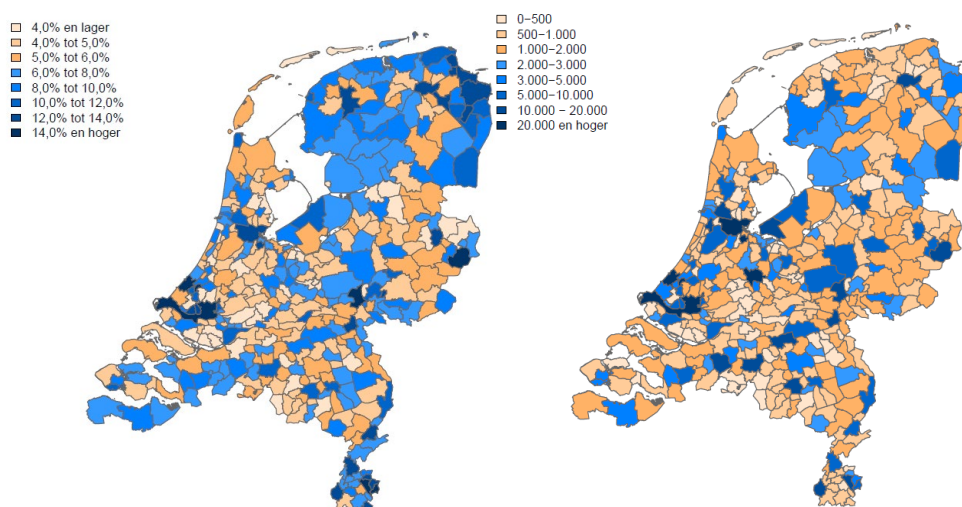
Inleiding

Mensen met een lage sociaal-economische status (SES), in dit onderzoek gedefinieerd als personen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen, ervaren vaker gezondheidsproblemen dan mensen met een hoge SES (Williams et al., 2010; Adler et al., 1994; Dyer et al., 1975). Zo leven mensen met een laag opleidingsniveau gemiddeld genomen zes jaar korter en vijftien jaar in minder goede gezondheid dan mensen met een hoog opleidingsniveau (CBS, 2017). Om gezondheidsproblemen binnen de groep met een lage SES tegen te gaan, heeft de stichting FNO het programma ‘Gezonde Toekomst Dichterbij’ in het leven geroepen. Dit programma is recentelijk geëvalueerd en er wordt in de nabije toekomst een nieuw programma gestart. Om dit programma goed in te richten, wil FNO inzicht in de huidige status van de groep met een lage SES. Dit onderzoek brengt voor de groep met een lage SES de volgende zaken in kaart: de risicofactoren voor gezondheidsproblemen, de gezondheidsproblemen zelf, en de maatschappelijke kosten. Met deze informatie kan FNO haar programma gericht inzetten.

Afbakening en beschrijving van de groep met een lage SES

De groep met een lage SES is afgebakend op basis van huishoudinkomen en opleidingsniveau. Een huishouden valt in de groep met een lage SES als het huishouden enerzijds hoort bij de 30 procent huishoudens met het laagste gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen en anderzijds iedereen in het huishouden een laag opleidingsniveau heeft. Deze groep omvat 9 procent van de Nederlandse bevolking van 65 jaar en jonger. De mensen in de groep met een lage SES zijn vaak alleenstaand, en zitten relatief vaak in een uitkering. Figuur S.1 laat zien hoe de groep met een lage SES over Nederland is verdeeld. Er zitten onder andere relatief veel personen met een lage SES in het noorden van Nederland, in de grote steden en in Zuid-Limburg. In absolute zin zitten er veel mensen met een lage SES in de grote steden en in West-Friesland.

Figuur S.1 Relatief veel gemeenten met een groot aandeel mensen met een lage SES in het noorden van Nederland



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

Toelichting: Aandeel personen met een lage SES in relatie tot het inwoneraantal van een specifieke gemeente (links). Het absolute aantal personen met een lage SES per gemeente (rechts).

Profielen

Op basis van het huishoudtype is de groep met een lage SES ingedeeld in zes verschillende profielen. De groepen alleenstaanden en alleenstaande ouders hebben het grootste aandeel personen met een lage SES (kolom 3). Mensen uit deze groepen hebben gemiddeld genomen een hogere kans op een lage SES.

Tabel S.1 Alleenstaanden en alleenstaande ouders hebben een relatief vaak een lage SES

Clusters	Aantal populatie onder 65 jaar	Aantal met lage SES	Aandeel lage SES als % totale populatie in profiel
Kinderen van paren	2.592.928	115.962	4%
Kinderen van alleenstaande ouders	465.192 ¹	163.107	35%
Paren met kinderen	4.459.383	143.341	3%
Paren zonder kinderen	2.394.368	112.596	5%
Alleenstaande ouder	677.659	144.755	21%
Alleenstaand	1.671.360	384.793	23%
Totaal	12.260.890	1.064.554	9%

Bron: CBS-microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek.

Toelichting: Het aantal personen per profiel van de gehele populatie zoals gehanteerd in dit onderzoek (kolom 1). Het aantal personen met een lage SES per profiel (kolom 2). Het aandeel personen met een lage SES ten opzichte van het aantal personen per profiel van de gehele populatie (kolom 3).

Risicofactoren

Ten opzichte van mensen met hoge SES hebben mensen met een lage SES een hogere kans op bijna alle risicofactoren voor gezondheidsproblemen. Vooral alleenstaanden hebben een grotere kans op deze risicofactoren. Alleenstaanden hebben de hoogste kans om te roken, problematisch te drinken en drugs te gebruiken ten opzichte van de andere profielen.

Gezondheidsproblemen

Personen met een lage SES gebruiken vaker medicijnen voor gezondheidsproblemen dan personen met een hoge SES. Grote verschillen zijn vooral waargenomen voor depressies en een hoge bloeddruk. Paren met kinderen gebruiken over het algemeen het minst vaak medicijnen voor gezondheidsproblemen, in vergelijking met de andere profielen met volwassenen. Paren zonder kinderen gebruiken het vaakst medicijnen voor gezondheidsproblemen. Uitschieters zijn hier diabetes en een hoge bloeddruk. Het gaat hier overwegend om een groep ouderen (50-65 jaar), die vaker kampen met dit soort fysieke gezondheidsproblemen.

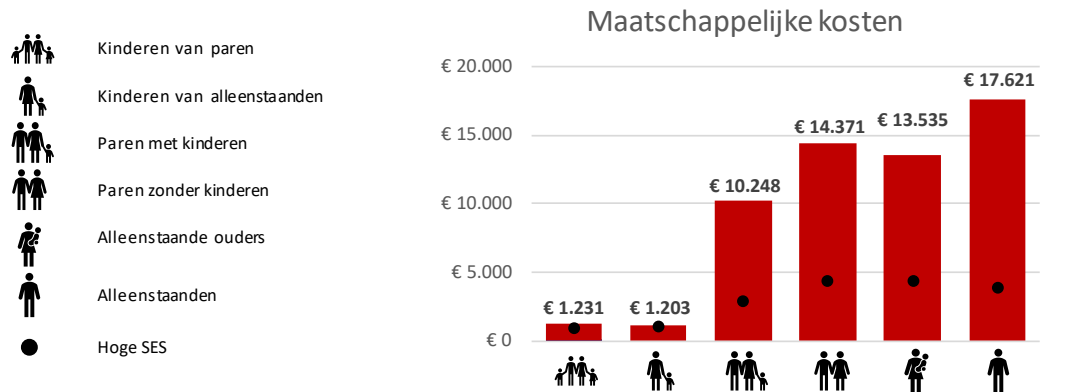
Maatschappelijke kosten

De profielen met een lage SES hebben aanzienlijk hogere maatschappelijke kosten dan de groep met een hoge SES. Dit scheelt gemiddeld ongeveer tussen de 9.000 en 16.000 euro per jaar. Het grootste verschil is waargenomen voor de groep alleenstaanden. Zowel de totale zorgkosten als de uitkeringslasten zijn voor deze groep hoger dan voor alle andere groepen. Paren met kinderen

¹ Het aantal kinderen van alleenstaande ouders is lager dan het aantal alleenstaande ouders omdat het hier alleen gaat om kinderen van nul tot achttien jaar. Een deel van de alleenstaande ouders heeft kinderen van boven de achttien jaar in huis wonen.

hebben de laagste maatschappelijke kosten van alle profielen (kinderen niet meegerekend). Dit geldt voor zowel de uitkeringslasten als de zorgkosten.

Figuur S. 2 Alleenstaanden hebben de hoogste maatschappelijke kosten



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

Toelichting: Dit figuur laat de totale maatschappelijke kosten zien per profiel. Het zwarte punt laat de totale maatschappelijke kosten zien voor de groep met een hoge SES.

Gericht inzetten gezondheidsinterventies

Kijkend naar de totale groep met een lage SES valt op dat alleenstaanden en paren zonder kinderen relatief veel gezondheidsproblemen ervaren en hoge zorgkosten hebben. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de personen in deze groepen relatief oud zijn, wat grotendeels de gezondheidsproblemen en maatschappelijke kosten verklaart. Bij het inzetten van gezondheidsinterventies is het voor deze groep vooral belangrijk om in te zetten op het tegengaan van al gemanifesteerde gezondheidsproblemen.

Het is mogelijk effectiever om gezondheidsinterventies op jongere leeftijd in te zetten, om te voorkomen dat gezondheidsproblemen op latere leeftijd opspelen. FNO zet met haar gezondheidsprogramma's vooral in op (jonge) gezinnen. De jongere groep met een lage SES bestaat grotendeels uit alleenstaande ouders en paren met thuiswonende kinderen. Gezinnen met een lage SES in de Randstad, Zeeuws-Vlaanderen en het noordoosten van Nederland hebben relatief vaak hoge zorgkosten. Gezinnen met een lage SES in het noorden van Nederland zitten relatief vaak in de schuldsanering. Van de gezinnen zijn vooral de alleenstaande moeders met een lage SES degenen met relatief hoge zorgkosten, uitkeringslasten en relatief veel (gezondheids)problemen.

Inhoud

Samenvatting.....	i
1 Inleiding.....	1
2 Aantallen en kenmerken van de groep met een lage SES.....	5
2.1 Afbakenen van de groep met een lage SES	5
2.2 Definiëren profielen.....	9
3 Risicofactoren voor gezondheidsproblemen	17
3.1 Risicofactoren voor gezondheidsproblemen volgens de literatuur.....	17
3.2 Databronnen	18
3.3 Vergelijken van de risicofactoren tussen profielen	19
4 Gezondheidsproblemen en overige problemen	23
4.1 Gezondheidsproblemen volgens de literatuur.....	23
4.2 Databronnen	23
4.3 Vergelijking (gezondheids)problemen tussen profielen.....	25
5 Maatschappelijke kosten	29
5.1 Maatschappelijke kosten volgens de literatuur	29
5.2 Databronnen	29
5.3 Vergelijking maatschappelijke kosten tussen profielen.....	30
6 Gericht inzetten programma.....	35
6.1 Inzichten totale groep met een lage SES.....	35
6.2 Gezinnen nader bekijken	36
7 Conclusies.....	41
Literatuur	43
Bijlage A Algemene bewerkingen	45
Bijlage B Definiëren variabelen	47
Bijlage C Overzicht medicijngegevens	51

1 Inleiding

FNO wil vanaf 2021 een programma inzetten om de gezondheidsachterstanden bij gezinnen met een lage SES te verminderen via een integrale benadering. Dit onderzoek brengt voor de groep met een lage SES de volgende zaken in kaart: de risicofactoren voor gezondheidsproblemen, de gezondheidsproblemen zelf, en de maatschappelijke kosten. Met deze informatie kan FNO het programma gericht inzetten.

Mensen met een lage sociaal-economische status (SES), in dit onderzoek gedefinieerd als personen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen, ervaren vaker gezondheidsproblemen dan mensen met een hoge SES (Williams et al., 2010; Adler et al., 1994; Dyer et al., 1975). Zo leven mensen met een laag opleidingsniveau gemiddeld genomen zes jaar korter en vijftien jaar in minder goede gezondheid dan mensen met een hoog opleidingsniveau (CBS, 2017). Om gezondheidsproblemen binnen de groep met een lage SES tegen te gaan, heeft FNO het programma ‘Gezonde Toekomst Dichterbij’ in het leven geroepen. Dit programma bestaat uit 46 integrale projecten die zich voornamelijk richten op het wegnemen van risicofactoren voor gezondheidsproblemen, zoals roken, alcoholgebruik en overgewicht.

Het programma vond hoofdzakelijk plaats van 2015 tot en met 2019 en de projecten zijn bijna allemaal afgerond of zitten in de afrondende fase. Het programma wordt geëvalueerd en de resultaten zijn medio 2020 bekend. Deze resultaten zal FNO gebruiken om een programma op te zetten dat start in 2021 en zich richt op het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen met een lage SES. Om dit nieuwe project zo goed mogelijk in te richten wil FNO niet alleen een evaluatie van het programma hebben, maar ook een aantal aanvullende onderzoeksvragen beantwoord zien. Een beantwoording van deze onderzoeksvragen stelt FNO in staat om zich in het volgende programma beter te richten op specifieke gebieden in Nederland, deeldoelgroepen en op specifieke aspecten van gezondheidsproblemen.

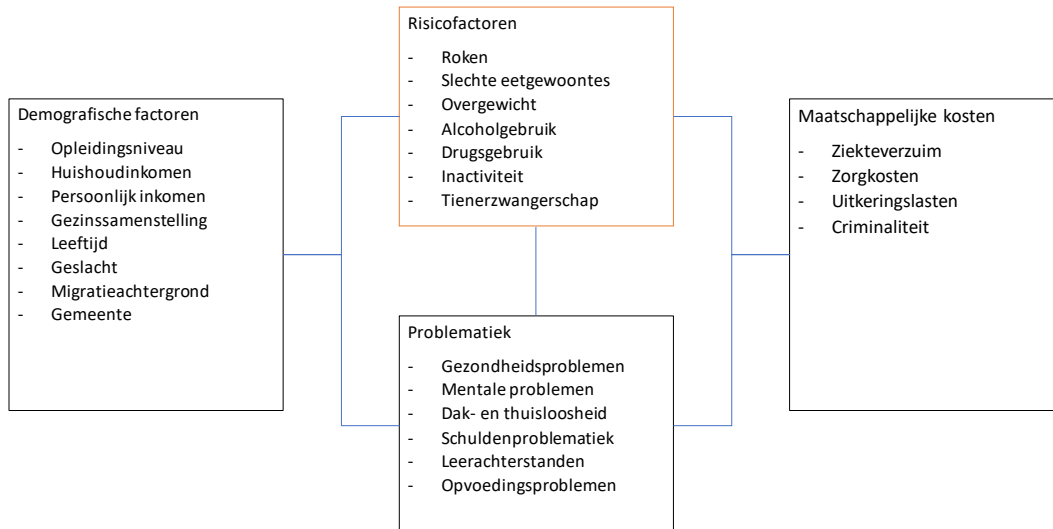
De onderzoeksvragen staan hieronder beschreven:

1. Hoeveel mensen en hoeveel gezinnen leven in een situatie met een lage sociaal-economische status (lage SES)?
2. Wat zijn de demografische kenmerken van de groep met een lage SES?
3. Hoe is de verspreiding van de deelgroepen over Nederland?
4. Welke oorzaken van de gezondheidsachterstanden zijn er binnen deze groep?
5. Wat levert de verminderde gezondheid van de groep mensen met een lage SES op en welke maatschappelijke kosten brengt dit met zich mee?
6. Wat is de aard, frequentie, overlap en stapeling van problematiek binnen de groep mensen met een lage SES?
7. Wat is op basis van de resultaten van dit onderhavige onderzoek een relevante focus voor het verbeteren van de gezondheid voor de doelgroep mensen met een lage SES in een vervolgprogramma van ‘Gezonde Toekomst Dichterbij’?

Figuur 1.1 brengt voor de groep met een lage SES de relatie tussen demografische factoren, risicofactoren voor gezondheidsproblemen, problemen en de maatschappelijke kosten in kaart. De lijnen

in het schema geven geen oorzakelijke verbanden weer, maar het schema gaat uit van de samenhang tussen de verschillende blokken.

Figuur 1.1 Relaties tussen risicofactoren voor gezondheidsproblemen, (gezondheids)problemen en maatschappelijke kosten voor de groep met een lage SES



Bron: SEO Economisch Onderzoek.

Het schema laat zien dat demografische factoren van de groep met een lage SES direct samenhangen met risicofactoren voor gezondheidsproblemen (zoals slechte eetgewoontes) en verschillende problemen (waaronder gezondheidsproblemen). Door een hogere kans op risicofactoren voor gezondheidsproblemen zal de kans op (gezondheids)problemen ook stijgen. Deze problemen zijn vervolgens weer gerelateerd aan maatschappelijke kosten. Zo zal een relatief hoge kans op gezondheidsproblemen naar verwachting leiden tot hogere zorgkosten. Daarnaast zijn er ook andere maatschappelijke kosten te relateren aan de gedefinieerde problemen, denk hierbij aan uitkeringslasten. Het gaat hier enkel om maatschappelijke kosten voor de rest van de maatschappij, niet voor degenen met een lage SES zelf (zoals bijvoorbeeld lagere arbeidsproductiviteit en hieraan gerelateerde lagere lonen). Vanuit de totale maatschappij (dus inclusief degenen met een lage SES) is een uitkering geen kostenpost omdat de maatschappelijke baten voor degenen die een uitkering ontvangen precies opwegen tegen de maatschappelijke kosten voor degenen die de uitkering betalen.

Methode

Op basis van microdata van het CBS worden de bovenstaande blokken voor de groep met een lage SES in kaart gebracht. Dit gebeurt ook voor de groep met een middelbare- en hoge SES, om vervolgens een vergelijking te maken tussen de twee groepen. In het vervolg zal in dit onderzoek gemakshalve gesproken worden van een hoge SES, terwijl het in feite gaat om middelbare en hoge SES. Het gaat hier in principe om de gehele bevolking met uitzondering van de groep met een lage SES. We verdelen telkens de groep met een lage SES in zes verschillende profielen om te zien waar de grootste problemen zich voordoen. Deze profielen zijn gebaseerd op de huishoudsamenstelling van de personen met een lage SES.

De microdata van het CBS bevatten gegevens op persoonsniveau over allerlei onderwerpen. De demografische factoren, gezondheidsproblemen en maatschappelijke kosten brengen we in kaart

op basis van integrale gegevens van het CBS. Dit zijn gegevens over alle Nederlanders. Het in kaart brengen van de risicofactoren voor gezondheidsproblemen gebeurt op basis van enquêtegegevens. Dit zijn de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor. Beide zijn gebaseerd op een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking.

Dit onderzoek kijkt hoofdzakelijk naar de relatie tussen een lage SES en de risicofactoren voor gezondheidsproblemen, de (gezondheids)problemen zelf, en de maatschappelijke kosten. Let wel: het onderzoek is beschrijvend van aard en op basis van de data kan niks worden gezegd over oorzakelijke verbanden. Daarom is voor elk deelonderwerp een korte literatuurstudie gedaan naar oorzakelijke verbanden tussen een lage SES en afzonderlijke risicofactoren, (gezondheids)problemen en maatschappelijke kosten.

Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 wordt de afbakening van de groep met een lage SES in dit onderzoek beschreven. Daarna komen de aantallen en kenmerken van de groep met een lage SES aan de orde, en volgt een antwoord op onderzoeksvragen een, twee en drie. In Hoofdstuk 3 worden risicofactoren voor gezondheidsproblemen voor de groep met lage SES besproken, en komt er een antwoord op onderzoeksvraag vier. Hoofdstuk 4 beschrijft de gezondheidsproblemen, Hoofdstuk 5 de maatschappelijke kosten en tezamen zorgen deze hoofdstukken voor een antwoord op onderzoeksvraag vijf. In Hoofdstuk 6 komt aan de orde op welke specifieke groepen FNO het beste haar programma kan richten. Verder wordt dit hoofdstuk dieper ingegaan op gezinnen met een lage SES, en dat resulteert in antwoorden op onderzoeksvragen zes en zeven.

2 Aantallen en kenmerken van de groep met een lage SES

De definitie voor de groep met een lage SES is afgebakend op basis van een laag opleidingsniveau en een laag inkomen. De groep, ongeveer 9 procent van de Nederlandse bevolking van 65 jaar en jonger, bestaat overwegend uit oudere alleenstaanden, personen met een migratieachtergrond en personen in een uitkering.

De definitie van een lage sociaal-economische status (SES) is niet eenduidig. Onderzoeken gebruiken verschillende definities, vaak gebaseerd op het opleidingsniveau, het inkomen of een combinatie van deze twee. In dit hoofdstuk staat beschreven welke definitie van een lage SES dit onderzoek hanteert. Paragraaf 2.2 splitst de groep met een lage SES op in verschillende profielen.

2.1 Afbakenen van de groep met een lage SES

Dit onderzoek kijkt naar de populatie in het jaar 2017, omdat dat het meest recente jaar is waarvoor de medische gegevens van alle personen beschikbaar zijn. De populatie in dit onderzoek betreft alle personen die jonger zijn dan 66 jaar. Verder zijn studenten met een opleidingsniveau hoger dan mbo-niveau 1, vroeggepensioneerden, personen in onbekende huishoudens en personen in institutionele huishoudens buiten beschouwing gelaten. De bewerkingen en onderbouwing voor het bepalen van deze populatie zijn te vinden in Bijlage A.

Voor de afbakening van de groep met een lage SES is gekozen voor een combinatie tussen het opleidingsniveau en het huishoudinkomen. Een huishouden krijgt de definitie lage SES als het huishouden enerzijds hoort bij de 30 procent huishoudens met het laagste gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen en anderzijds iedereen in het huishouden een laag opleidingsniveau heeft. De specifieke uitwerkingen van de opleidings- en de inkomenscomponent staan hieronder beschreven.

Huishoudinkomen

De 30 procent huishoudens met het laagste gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen worden beschouwd als huishoudens met een laag inkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen houdt rekening met het aantal personen in het huishouden door het besteedbaar huishoudinkomen te delen door een bepaalde fractie die afhankelijk is van het aantal personen in dit huishouden. Hoe meer personen in het huishouden wonen, hoe lager het gestandaardiseerd huishoudinkomen uitvalt. Het huishouden moet immers de kosten voor meerdere personen dragen. Het is echter ook zo dat meerdere personen kosten kunnen delen. Het CBS geeft de personen om deze reden een bepaalde weging.² Volwassenen tellen hierbij zwaarder mee dan kinderen.³

² CBS-wegingen gestandaardiseerd huishoudinkomen: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2008/50/wat-is-mijn-besteedbaar-inkomen>.

³ Wanneer een huishouden met één volwassene een besteedbaar huishoudinkomen heeft van 10.000 euro, een huishouden met één volwassene en twee kinderen een besteedbaar huishoudinkomen van 15.100 euro en een huishouden met drie volwassenen een besteedbaar huishoudinkomen van 17.300 euro, dan bedraagt het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen voor alle drie de huishoudens 10.000 euro.

Visser et al. (2015) geven aan dat het gestandaardiseerd huishoudinkomen een valide maatstaf is voor welvaart, omdat deze maatstaf rekening houdt met het aantal personen in het huishouden. Daarnaast laten ze ook zien dat deze maatstaf een goede voorspeller is voor zorgkosten.

Voor het bepalen van de 30 procent laagste huishoudinkomens is gekeken naar huishoudens waarvan de hoofdkostwinner tussen de 18 en 65 jaar ligt. Dit betekent dat het altijd gaat om huishoudens met een volwassen kostwinnaar. Vervolgens zijn er vier leeftijdscategorieën gemaakt, te weten 18-30, 30-40, 40-50 en 50-65 jaar. Het opdelen van de populatie in leeftijdsklassen is noodzakelijk omdat het inkomen stijgt naarmate de leeftijd stijgt. Zonder leeftijdsklassen behoren enkel personen van jonge leeftijd tot de groep met een lage SES. Van de vier leeftijdsgroepen zijn telkens de laagste 30 procent huishoudinkomens aangeduid als een huishouden met een lage SES. De bovengrens van het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen valt voor alle leeftijdsklassen tussen de 17.000 en 23.000 euro per jaar.

Opleiding

Als alle personen binnen het huishouden een laag opleidingsniveau (maximaal mbo 1) hebben, dan valt dit onder een huishouden met een lage SES. Als één persoon binnen het huishouden een middelbaar of hoog opleidingsniveau heeft, dan valt dit huishouden buiten de definitie. Het idee is dat personen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau hun kennis overdragen aan de rest van het gezin. Personen met een relatief hoge opleiding zijn toekomstgericht en gaan meer om met leeftijdsgenoten die gezonder leven (Becker & Mulligan, 1997; Li & Powdthavee, 2015).

Dit onderzoek gebruikt voor een deel van de populatie het arbeidsverleden in plaats van het opleidingsniveau, omdat niet van iedereen het opleidingsniveau bekend is. Het arbeidsverleden bestaat uit het inkomen uit arbeid en/of de zelfstandige onderneming van de afgelopen vijf jaar. Per leeftijdscategorie wordt vervolgens gekeken welke personen een arbeidsverleden hebben dat behoort tot de laagste 30 procent. Deze groep wordt aangemerkt als de groep met een laag arbeidsverleden. De combinatie van het opleidingsniveau of het arbeidsverleden resulteert in gecombineerde maatstaf, de Human Capital Index (HCI). Is het niveau van de opleiding bekend, dan gaat de HCI uit van het opleidingsniveau. Is het opleidingsniveau niet bekend, dan baseert de HCI het niveau op het arbeidsverleden.

Vertalen naar persoonsniveau

Nadat een huishouden is aangemerkt als een huishouden met een lage SES, worden alle personen die tot dat huishouden behoren aangemerkt als een persoon met lage SES. De personen in deze huishoudens worden apart op persoonsniveau meegenomen in de rest van het onderzoek. Risicofactoren voor gezondheidsproblemen (zoals roken), gezondheidsproblemen en maatschappelijke kosten (zoals kosten gezondheidszorg) zijn immers persoonsgebonden en verschillen tussen de personen binnen de huishoudens.

2.1.1 Aantallen en kenmerken

Tabel 2.1 Personen met een lage SES zijn ouder, hebben vaker een migratieachtergrond en hebben relatief vaak een uitkering

	Lage SES	Hoge SES
Totaal		
Observaties	1.066.932	11.211.633
Type huishouden		
Eenpersoonshuishouden	37%	12%
Paar zonder kinderen	10%	20%
Paar met kinderen	24%	61%
Eenouderhuishouden	29%	8%
Leeftijd		
0-18	26%	25%
18-30	9%	16%
30-40	15%	16%
40-50	19%	19%
50-65	31%	24%
Geslacht		
Man	48%	49%
Vrouw	52%	51%
Etniciteit		
Autochtoon	56%	84%
Niet-westerse herkomst	35%	9%
Overig westerse herkomst	8%	7%
Inkomstenbron		
Werknemer	8%	52%
Bijstand	26%	1%
Overige uitkering (WIA, ZW, WW)	24%	4%
Werk en uitkering	11%	7%
Zelfstandige	3%	9%
Scholier	24%	22%
Geen inkomen	4%	4%

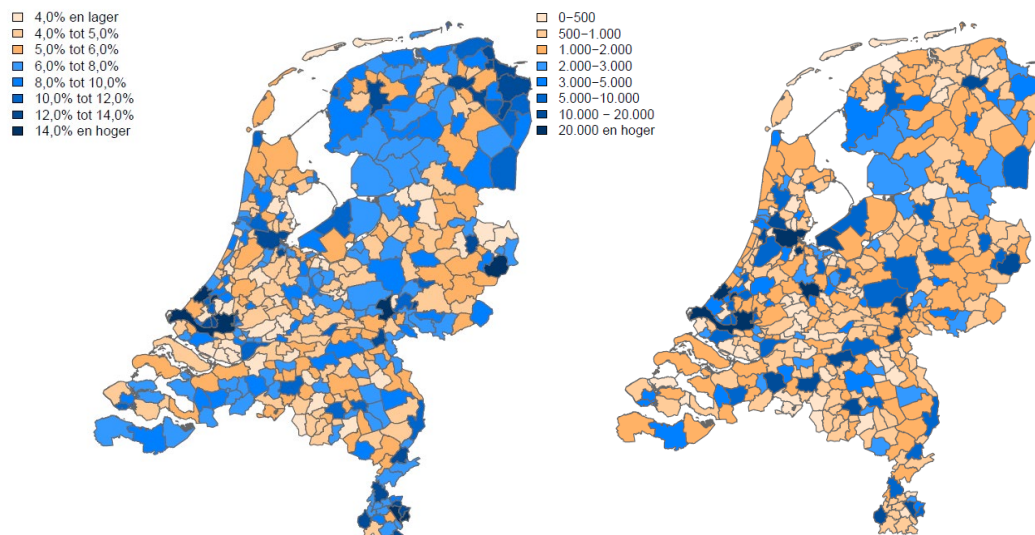
Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

Tabel 2.1 beschrijft de groep met een lage SES. De gehele groep bestaat uit 1.066.932 personen en bevat voornamelijk alleenstaanden. Eén derde betreft paren, waarvan ongeveer een derde zonder kinderen. De meeste personen vallen in de leeftijdscategorie 0-18 en 50-65. Dit is ook logisch aangezien dit de leeftijdscategorieën zijn met de grootste leeftijdsrange. De gemiddelde leeftijd is 36 jaar. De groep bestaat voor iets meer dan de helft uit autochtonen en de andere helft heeft een migratieachtergrond, waarvan het grootste deel een niet-westerse migratieachtergrond heeft.

Het kenmerk *inkomstenbron* is ingedeeld in elkaar uitsluitende categorieën. Mensen die inkomsten hebben uit werk (in loondienst of als zelfstandige) en daarnaast een uitkering ontvangen, zijn ingedeeld in de groep *werk en uitkering*. Dit betekent dat alle personen die vallen in de groep *werk en uitkering* werken naast de uitkering. Deze personen zijn daarnaast niet ingedeeld in de groep *werknemer* of de groepen *overige uitkering* en *bijstand*. Van de gehele groep werkt 22 procent in loondienst of heeft een eigen onderneming. 11 procent heeft een uitkering naast werk uit loondienst of als zelfstandig ondernemer. Van de groep heeft ongeveer 60 procent een uitkering; hiervan zit ongeveer de helft in de bijstand en de andere helft heeft een overige uitkering, zoals bijvoorbeeld WW of de WIA.

Figuur 2.1 laat de spreiding van de groep met een lage SES over Nederland zien (linkerkaartje). Het gaat hier om het aandeel personen met een lage SES ten opzichte van het aantal inwoners van een gemeente. Zo is te zien dat de meeste gemeenten met een groot aandeel personen met een lage SES in Friesland en Groningen liggen. Verder zitten de grote uitschieters voornamelijk bij Den Haag, Rotterdam en in Zuid-Limburg. Andere regio's met relatief veel mensen met een lage SES zijn de Achterhoek en Gelderland, de streek rondom Arnhem en Zeeuws-Vlaanderen.

Figuur 2.1 Relatief veel gemeenten met een groot aandeel mensen met een lage SES in het noorden van Nederland



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
Toelichting: Aandeel personen met een lage SES in relatie tot het inwoneraantal van een specifieke gemeente (links). Het absolute aantal personen met een lage SES per gemeente (rechts).

Het rechterkaartje van Figuur 2.1 toont in absolute aantallen waar de meeste personen met een lage SES zich bevinden. Logischerwijs zitten er veel mensen met een lage SES in de grote steden in de

Randstad. Daarnaast valt op dat er veel personen met een lage SES in gemeenten rondom deze grote steden zitten. Veel van de gemeenten in het noorden van het land hebben in absolute zin weinig personen met een lage SES, terwijl het relatieve aandeel groot is (zichtbaar in het linkerkaartje). In het westen van Friesland zitten echter zowel in absolute als relatieve zin veel mensen met een lage SES. Het is belangrijk om zowel de relatieve als absolute aantallen in acht te nemen. Het is enerzijds van belang om gericht in te zetten op gemeenten waar relatief veel personen met een lage SES zitten. Hier is de relatieve impact groter. Anderzijds is het van belang rekening te houden met het feit dat het in sommige gemeenten gaat om weinig personen.

2.2 Definiëren profielen

Het definiëren van de profielen gebeurt aan de hand van de huishoudsamenstelling. Om de vergelijkingen overzichtelijk te houden, is gekozen voor een totaal van zes profielen. Dat zijn kinderen van paren, kinderen van alleenstaande ouders, paren met kinderen, paren zonder kinderen, alleenstaande ouders en alleenstaanden. Bij de paren met kinderen gaat het om ouderparen met thuiswonende kinderen. Indien er bijvoorbeeld een oma, oom of vriend woont in dit huishouden, valt diegene ook in deze categorie.⁴ Dit is ook het geval wanneer kinderen ouder zijn dan achttien jaar. De groepen met kinderen zijn altijd achttien jaar of jonger. Bij alleenstaande ouders kan het ook zijn dat de kinderen ouder zijn dan achttien, dan vallen ze ook in het profiel alleenstaande ouders. Wanneer de kinderen achttien jaar of jonger zijn, dan vallen ze in de groep kinderen van alleenstaanden. De verdeling van de profielen binnen de totale groep met een lage SES en het aandeel van een profiel dat een lage SES heeft, staan beschreven in Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Alleenstaanden en alleenstaande ouders hebben een relatief vaak een lage SES

Clusters	Aantal populatie	Aantal met lage SES	Aandeel lage SES als % totale populatie in profiel
Kinderen van paren	2.592.928	115.962	4%
Kinderen van alleenstaande ouders	465.192 ⁵	163.107	35%
Paren met kinderen	4.459.383	143.341	3%
Paren zonder kinderen	2.394.368	112.596	5%
Alleenstaande ouder	677.659	144.755	21%
Alleenstaand	1.671.360	384.793	23%
Totaal	12.260.890	1.064.554	9%

Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

Toelichting: Het aantal personen per profiel van de gehele populatie zoals gehanteerd in dit onderzoek (kolom 1). Het aantal personen met een lage SES per profiel (kolom 2). Het aandeel van een profiel in relatie tot de totale groep met een lage SES (kolom 3).

De groep alleenstaanden bevat relatief veel personen met een lage SES

Van de groepen alleenstaande ouders en alleenstaanden zit een relatief groot aandeel in de groep met een lage SES (respectievelijk 21 en 23 procent). Dit is logischerwijs ook het geval voor kinderen

⁴ Bij het definiëren van de huishoudtypen wordt uitgegaan van de definitie van het CBS uit de GBAPER-SOONSBUS.

⁵ Het aantal kinderen van alleenstaande ouders is lager dan het aantal alleenstaande ouders omdat het hier alleen gaat om kinderen van nul tot achttien jaar. Een deel van de alleenstaande ouders heeft kinderen van boven de achttien jaar in huis wonen.

van alleenstaande ouders die in hetzelfde huishouden vallen. Vaak hebben kwetsbare alleenstaanden specifieke kenmerken waardoor het voor deze personen zowel moeilijk is om een baan te vinden als een partner. Dit laat zien dat deze groepen in het algemeen kwetsbare groepen zijn. Bij de groepen paren met kinderen, kinderen van paren en paren zonder kinderen is het aandeel met een lage SES duidelijk lager (rond de 5 procent). Dit heeft deels te maken met het feit dat de populatie voornamelijk bestaat uit paren.⁶

Tabel 2.3 **Paren zonder kinderen zijn veruit de oudste groep**

	Kinderen van paren	Kinderen van alleenstaanden	Paren met kinderen	Paren zonder kinderen	Alleenstaande ouders	Alleenstaanden
Totaal						
Observaties	116.730	164.259	144.268	113.316	146.822	390.835
Leeftijd						
0-18	100%	100%	0%	0%	0%	0%
18-30	0%	0%	17%	6%	17%	10%
30-40	0%	0%	30%	8%	31%	17%
40-50	0%	0%	32%	14%	34%	23%
50-65	0%	0%	22%	72%	17%	50%

Bron: CBS-microdata, bewerking SEO Economisch Onderzoek.
Toelichting: De verdeling van leeftijdsklassen uitgesplitst naar profielen.

De gemiddelde leeftijd, te vinden in Figuur 2.2, is voor de groep met een lage SES hoger voor de groepen paren zonder kinderen en alleenstaanden dan voor de groep met een hoge SES. In Tabel 2.2 is te zien dat deze groepen overwegend in de oudste leeftijdscategorie vallen. Bij de kwetsbare alleenstaanden en paren zonder kinderen gaat het dus voornamelijk om ouderen.

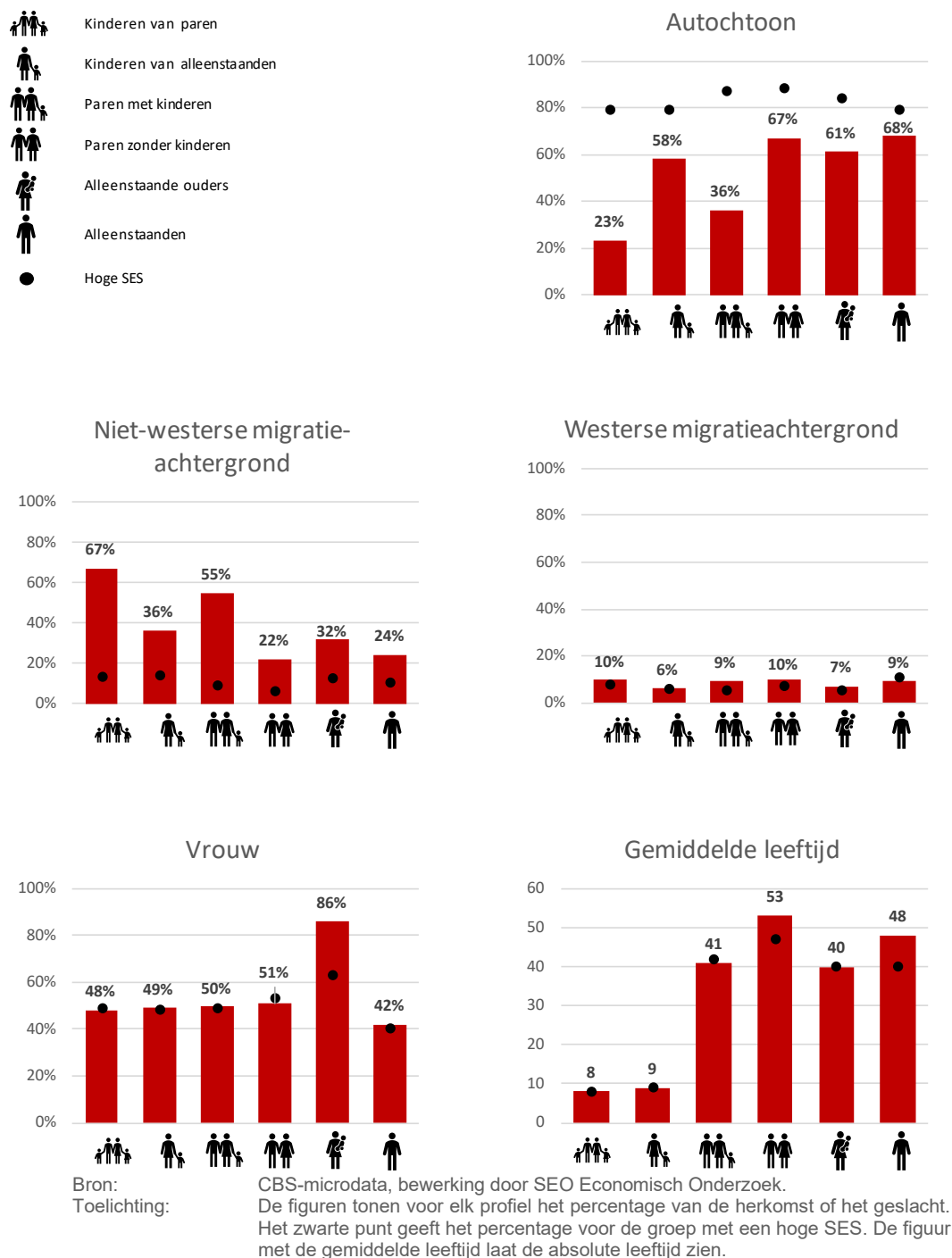
Veel paren met kinderen hebben een migratieachtergrond

Voor al in de groep paren met kinderen met een lage SES hebben mensen vaak een niet-westerse migratieachtergrond (zie Figuur 2.2). Dit is tevens een groep die in de totale populatie heel groot is, maar een relatief klein aandeel met een lage SES heeft. De paren met kinderen die een lage SES hebben, hebben dus vaak een migratieachtergrond. Dit geldt logischerwijs ook voor de groep kinderen van paren. Bij de definitie van migratieachtergrond is bij kinderen gekeken naar de herkomst van de ouders. Alleenstaande ouders en kinderen van alleenstaande ouders zijn weer overwegend autochtoon. Deze verschillen zijn mogelijk cultureel bepaald. In niet-westerse culturen is het minder gebruikelijk te scheiden, terwijl dit in de westerse cultuur steeds gebruikelijker is. De overige groepen zijn overwegend autochtoon en ongeveer één derde heeft een migratieachtergrond.

De groep alleenstaande ouders met een lage SES bestaat bijna volledig uit moeders, namelijk 86 procent. Alleenstaande vaders werken vaker en hebben minder risico op een lage SES. Ouders met een hoge SES zijn daarom minder vaak moeders en vaker vaders. Bij de andere profielen is de verdeling man/vrouw ongeveer gelijk.

⁶ Dit betreft de populatie gehanteerd in dit onderzoek zonder studenten en personen ouder dan 65 jaar. Hierdoor missen er veel alleenstaanden en paren zonder thuiswonende kinderen uit de gehele Nederlandse populatie.

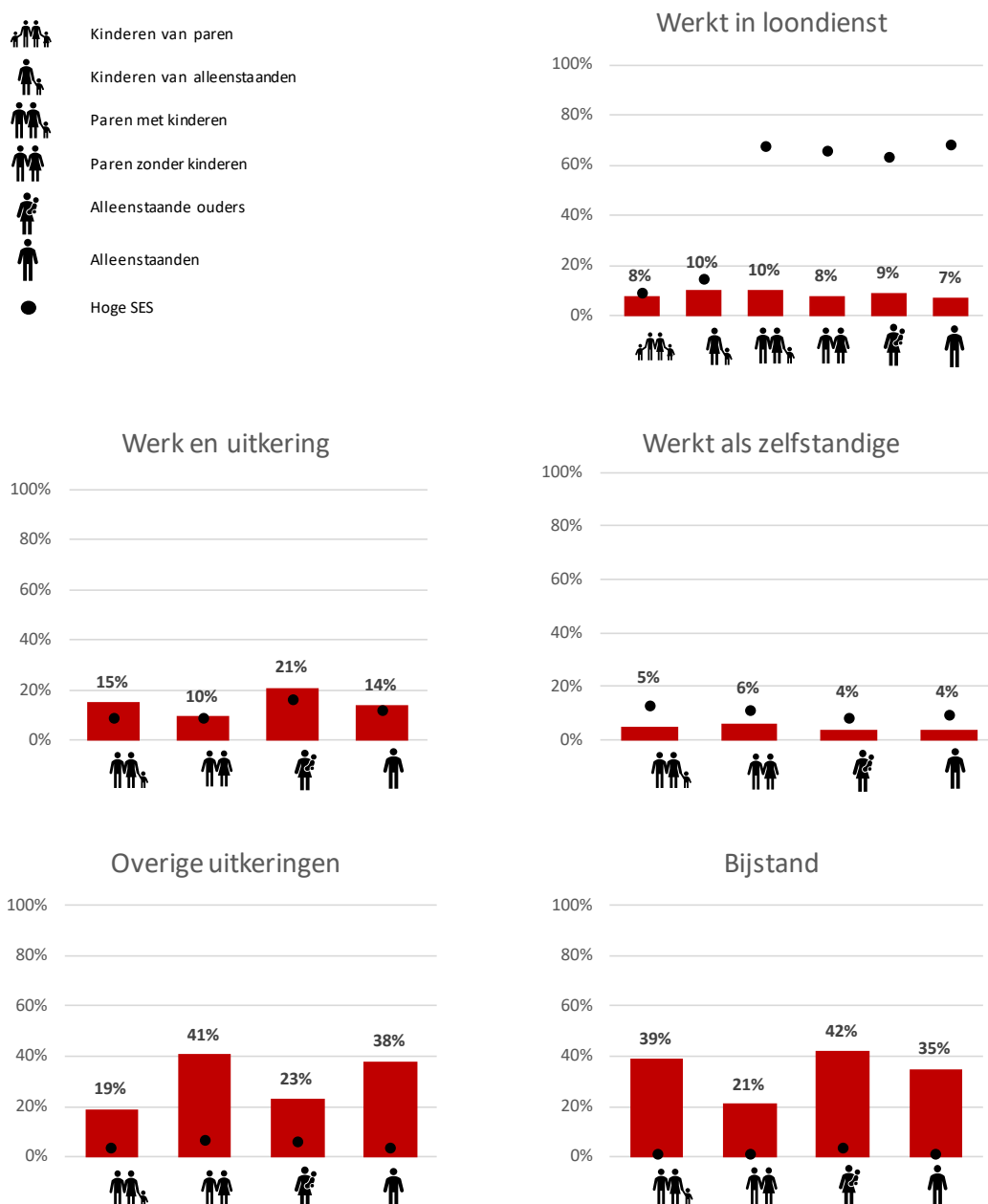
Figuur 2.2 Paren met kinderen met een lage SES hebben voornamelijk een niet-westerse migratieachtergrond



Ongeveer een kwart van de mensen met een lage SES werkt

Van alle groepen met een lage SES heeft 20 tot 30 procent een baan of werkt als zelfstandige. Alleenstaande ouders werken het meest, maar hebben naast hun baan ook vaak een uitkering. Voor alle groepen, exclusief kinderen, geldt dat van de personen die werken het merendeel daarnaast ook een uitkering ontvangt. In vergelijking met de groep met een hoge SES werken de mensen met een lage SES veel minder vaak.

Figuur 2.3 Personen met een lage SES zitten voornamelijk in een uitkering



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
 Toelichting: De figuren tonen voor elk profiel het percentage dat een bepaalde status heeft (werk, uitkering etc.). Het zwarte punt geeft het percentage voor de groep met een hoge SES.

Personen met een lage SES zitten relatief vaak in een uitkering

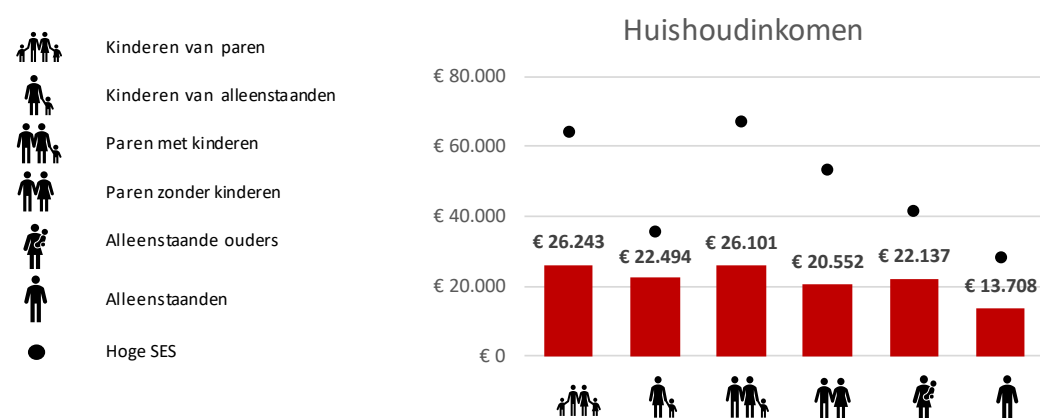
Paren met kinderen en alleenstaande ouders zitten relatief vaak in de bijstand, terwijl profielen zonder kinderen vaker een overige uitkering ontvangen (voornamelijk wegens arbeidsongeschiktheid). De groep alleenstaanden ontvangt in de meeste gevallen een uitkering, nagenoeg drie kwart van de totale groep alleenstaanden. Bij de paren zijn er relatief veel personen die geen inkomen ontvangen. Die leven van het inkomen van de partner. Dit kan zowel inkomen uit arbeid zijn of

van een uitkering. In de groepen met kinderen gaat het nagenoeg altijd om schoolgaande kinderen, maar een aantal kinderen werkt. Het gaat hier vaak om bijbaantjes; een enkeling werkt fulltime.⁷

Alleenstaande ouders hebben een relatief hoog besteedbaar huishoudinkomen

Alleenstaande ouders hebben vergeleken met andere profielen een relatief hoog besteedbaar huishoudinkomen.⁸ Dit komt doordat deze groep in veel gevallen extra inkomstenbronnen heeft zoals kinderbijslag of alimentatie van de ex-partner. Paren met kinderen hebben het hoogste besteedbaar huishoudinkomen. Paren met kinderen hebben altijd maximaal twee volwassen personen in het huishouden die inkomen vergaren via werk of een uitkering. Daarnaast ontvangen ze waarschijnlijk ook kinderbijslag. Alleenstaanden hebben over het algemeen een lager besteedbaar huishoudinkomen omdat er maar één persoon in het huishouden inkomen kan vergaren. Daarnaast zijn uitkeringen voor een alleenstaande lager dan voor paren. Het gestandaardiseerd huishoudinkomen van kinderen komt overeen met de profielen waaronder hun ouders vallen.⁹

Figuur 2.4 Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen is het laagst voor alleenstaanden



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
Toelichting: De figuur toont het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen per profiel. Het zwarte punt laat het gemiddelde voor de groep met een hoge SES zien.

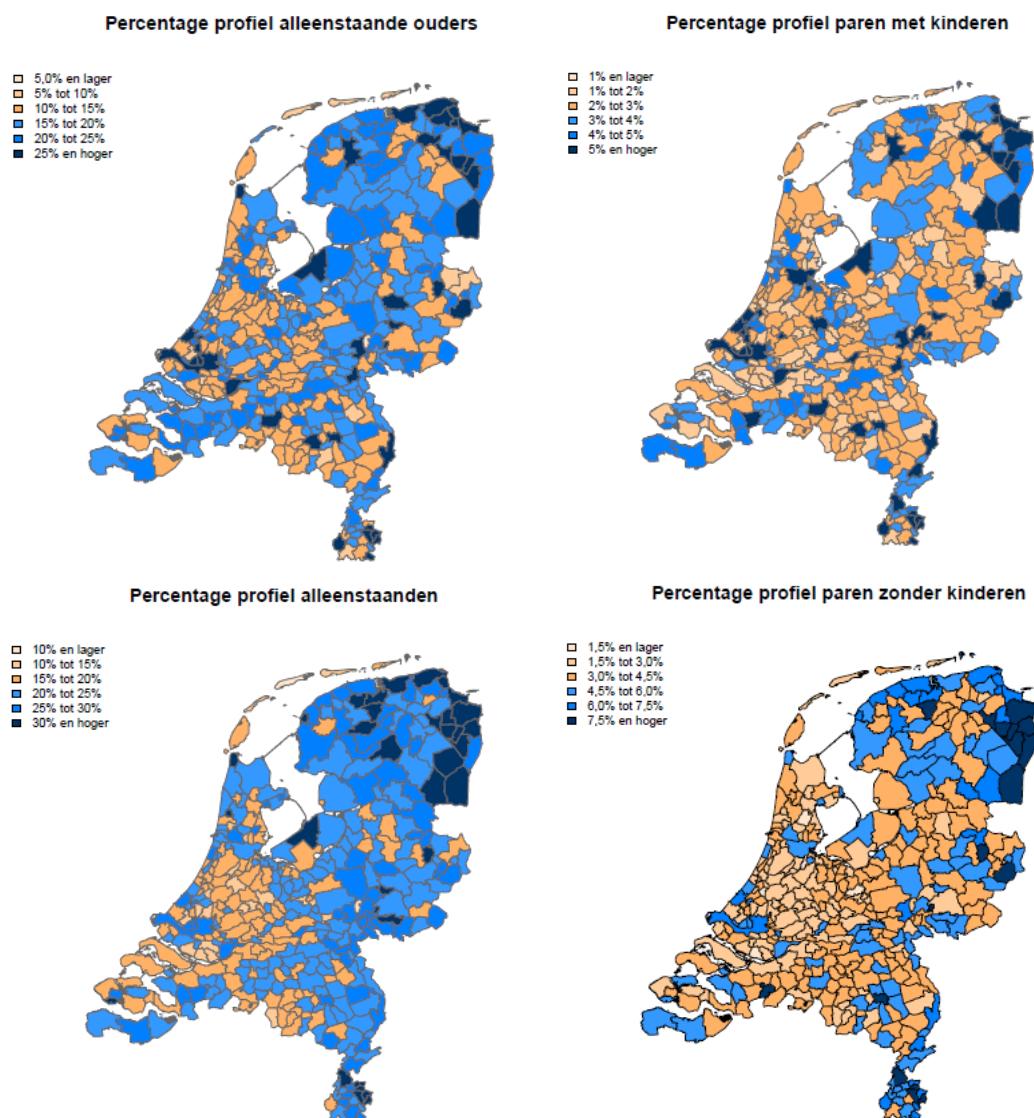
Figuur 2.5 laat per profiel zien welk aandeel van een profiel een lage SES heeft in een specifieke gemeente. Neem bijvoorbeeld het eerste plaatje linksboven, over alleenstaande ouders. Indien een gemeente donkerblauw is, betekent dit dat van de alleenstaande ouders in deze gemeente meer dan 20 procent een lage SES heeft. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat het niet om absolute aantallen gaat zoals in Figuur 2.1 (rechterkaartje). Een relatief groot aandeel personen met een lage SES in een specifieke gemeente betekent niet dat er in deze gemeente in absolute zin veel personen met een lage SES wonen.

⁷ Cijfers over personen zonder inkomen en scholieren staan niet vermeld in de figuren.

⁸ In tegenstelling tot bij het afbakenen van de groep met een lage SES wordt nu het besteedbaar huishoudinkomen gebruikt in plaats van het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen omdat deze bedragen gemakkelijker te interpreteren zijn.

⁹ De kleine verschillen tussen de groep kinderen en de groep met hun ouders komen doordat het aantal kinderen per gezin niet gelijk is aan het aantal ouders per gezin. Hebben gezinnen met een relatief laag inkomen veel kinderen, dan telt dit lage inkomen relatief vaak mee voor het gemiddelde, wat uiteindelijk het gemiddelde omlaag drijft.

Figuur 2.5 Gemeenten met profielen waarvan een groot aandeel een lage SES heeft bevinden zich vooral aan de randen van Nederland



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

Toelichting: Aandeel personen met een lage SES per profiel, beschreven per gemeente. De schalen variëren per landkaartje. De schalen zijn zo ingericht dat de omslag van oranje gebeurt precies rondom het gemiddelde.

De kaartjes in Figuur 2.5 laten zien dat er vooral in het noorden van Nederland relatief veel mensen met een lage SES wonen.¹⁰ Daarnaast valt op dat relatief veel mensen met een lage SES aan de randen van Nederland wonen, namelijk in Friesland, Flevoland, Groningen en Limburg. Kijkend naar de verschillen tussen profielen, zijn er in de grote gemeenten relatief veel mensen met een lage SES als het gaat om profielen met kinderen. Bij de profielen *alleenstaanden* en *paren zonder*

¹⁰ Bij de interpretatie van de kaartjes is het belangrijk om rekening te houden met de verschillende schalen. De schalen zijn dusdanig afgestemd dat het veranderen van de kleur oranje naar de kleur blauw gebeurt rondom het gemiddelde.

kinderen zitten veel mensen met een lage SES in het noorden en oosten van Nederland. Voor alle profielen geldt dat gemeenten met een relatief groot aandeel personen met een lage SES zich veelal in het noordoosten van Groningen bevinden. Bij de profielen met kinderen zijn er echter nog andere gemeenten met een relatief groot aandeel gezinnen met een lage SES. Naast de vier grote gemeenten en een aantal gemeenten in Zuid-Limburg gaat het hier vooral om Enschede, Katwijk aan Zee, Lelystad, Arnhem, Nijmegen, Eindhoven, Tilburg, Helmond, Leeuwarden en Dordrecht.

3 Risicofactoren voor gezondheidsproblemen

Risicofactoren voor gezondheidsproblemen zoals overgewicht, alcohol en inactiviteit verhogen de kans op gezondheidsproblemen. Alleenstaanden hebben het grootste aandeel rokers, problematische drinkers en drugsgebruikers. Ten opzichte van mensen met een hoge SES hebben mensen met een lage SES een hogere kans op bijna alle risicofactoren. Mensen met een hoge SES hebben alleen een grotere kans om een problematische drinker te zijn.

3.1 Risicofactoren voor gezondheidsproblemen volgens de literatuur

Risicofactoren zoals overgewicht, alcohol en inactiviteit zijn sterk gecorreleerd met kanker, hart- en vaatziekte, obesitas en hartaanvallen (Adler et al., 1994). Winkleby et al. (1990) tonen een verband aan tussen zes risicofactoren en opleidingsniveau. De risicofactoren roken, overgewicht, bloeddruk, cholesterol en lengte komen vaker voor bij mensen met een laag opleidingsniveau. Uit de literatuurstudie van Adler et al. (1994) blijkt ook dat mensen met een lage SES vaker roken, meer stress hebben en minder bewegen. Adler et al. (1994) vinden geen verband tussen mensen met een lage SES en problematisch alcoholgebruik.

Ook voor jongeren met een lage SES is er een verhoogde kans op risicofactoren. Een lage SES is voor adolescenten gecorreleerd met ongezonder eten, minder bewegen en meer sigaretten roken (Hanson & Chen, 2007). De onderzoekers vonden geen verband tussen een lage SES en het gebruik van alcohol of cannabis.

Een lage SES leidt tot een verhoogde kans op risicofactoren, onder andere vanwege het leven in een slechtere buurt (Chen, 2004; Cubbin et al., 2006). Uit de studie van Cubbin et al. (2006) kwam naar voren dat mensen die in een achterstandswijk wonen een hogere kans hebben op roken, fysieke inactiviteit en obesitas dan mensen in een gemiddelde wijk. Armere wijken hebben supermarkten die minder gezonde producten verkopen en hebben minder parken in de buurt (Williams & Collins, 2001).

Ook kan een lage SES de kans op risicofactoren verhogen vanwege een lager opleidingsniveau. Meer scholing zorgt ervoor dat mensen toekomstgerichter zijn (Becker & Mulligan, 1997). Hierdoor leven ze minder risicovol. Dit effect wordt versterkt doordat hogeropgeleiden omgaan met andere hogeropgeleiden, die gezonder leven (Li & Powdthavee, 2015). Li en Powdthavee concluderen dat een hogere SES, gemeten door een jaar meer scholing, leidt tot een beter dieet, meer bewegen en gematigder drinken. Zij zien geen effect van een extra jaar scholing op het aantal rokers.

Behalve naar risicofactoren zoals drank en drugs kijkt dit onderzoek ook naar tienermoeders en kinderen van tienermoeders. Het krijgen van een kind als tiener kan gezondheidsproblemen met zich meebrengen (Paranjothy et al., 2008). Vrouwen die als tiener een kind krijgen, hebben namelijk

vaker last van bloedarmoede en een hoge bloeddruk. Daarnaast ronden tienermoeders ook minder vaak hun school af (Moffitt, 2002). Dit leidt tot lagere kansen op de arbeidsmarkt.

Voor een baby brengt tienermoederschap ook verschillende gezondheidsrisico's met zich mee. Tiernzwangerschap is een risicofactor voor vroeggeboorte, laag geboortegewicht en zuigelingensterfte. De gezondheidsproblemen worden veroorzaakt doordat de moeder vaker rookt, alcohol drinkt en een slechter dieet heeft tijdens de zwangerschap (Paranjothy et al., 2008). Naast gezondheidsproblemen zijn er ook gedragsproblemen. Kinderen van tienermoeders hebben een verhoogd risico op huiselijk geweld, ongelukken en gedragsproblemen (Moffitt, 2002).

3.2 Databronnen

Om de risicofactoren in kaart te brengen, is gebruikgemaakt van de Gezondheidsenquête van het CBS en de Leefstijlmonitor van het RIVM. In tegenstelling tot wanneer er integrale gegevens gebruikt worden, resulteert het gebruik van enquêtes in een beperkt aantal waarnemingen. De twee enquêtes geven informatie over de risicofactoren zoals vermeld in Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Aantal waarnemingen op basis van enquêtegegevens

	Kinderen van pa- ren	Kinderen van alleen- staande ouders	Paren met kinderen	Paren zon- der kinderen	Alleen- staande ouder	Alleen- staanden
Bewegen	211	302	189	188	236	621
Voeding	182	237	158	145	194	492
Drugs	x	x	254	239	318	832
Obesitas	235	335	290	277	353	933
Alcohol	x	x	158	145	194	491
Roken	x	x	228	206	269	733
Ervaren gezond- heid	275	375	296	285	372	982

Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
Toelichting: De tabel toont per profiel en risicofactor het aantal waarnemingen.

De definities van de risicofactoren in dit onderzoek sluiten zoveel mogelijk aan bij de definities van een onderzoek van het RIVM uit 2017.¹¹ Als iemand niet aan de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad voldoet, dan is dat een risicofactor. De Gezondheidsraad adviseert ook dat mensen ten minste 200 gram groente per dag eten. Als mensen deze norm niet halen, dan is dat een risicofactor. Als iemand wel eens rookt, is dat ook gedefinieerd als een risicofactor. De ervaren gezondheid wordt gemeten op een schaal van vijf: zeer goed, goed, matig, slecht, zeer slecht. De antwoorden matig tot zeer slecht worden in dit onderzoek meegenomen als risicofactor. Als iemand de afgelopen maand minstens één keer drugs heeft gebruikt, dan is dat een risicofactor. Van obesitas wordt gesproken als iemand een BMI van 30 of hoger heeft. Een problematisch alcoholgebruiker is iemand die aan één van de volgende drie voorwaarden voldoet:

- zware drinker,

¹¹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezondheidsverschillen/inleiding>.

- overmatige drinker of
- binge-drinker.

Onder overmatige drinker wordt verstaan: personen die meer dan 14 glazen (voor vrouwen) en 21 glazen (voor mannen) alcohol per week drinken. Onder zware drinkers wordt verstaan: personen die minstens één keer per week ten minste vier (voor vrouwen) en zes (voor mannen) glazen alcohol op één dag drinken. Binge-drinkers zijn mensen die minstens vijf glazen bij één gelegenheid minstens één keer per maand drinken. Een verdere beschrijving van de variabelen staat in Bijlage A.

In de enquêtes beantwoorden kinderen jonger dan tien jaar geen vragen over drugs, alcohol en roken. Daardoor blijven er per profiel te weinig observaties over. Deze risicofactoren zijn dus niet te onderzoeken voor de twee profielen met kinderen.

3.3 Vergelijken van de risicofactoren tussen profielen

Van de volwassenen hebben alleenstaanden de hoogste kans op risicofactoren

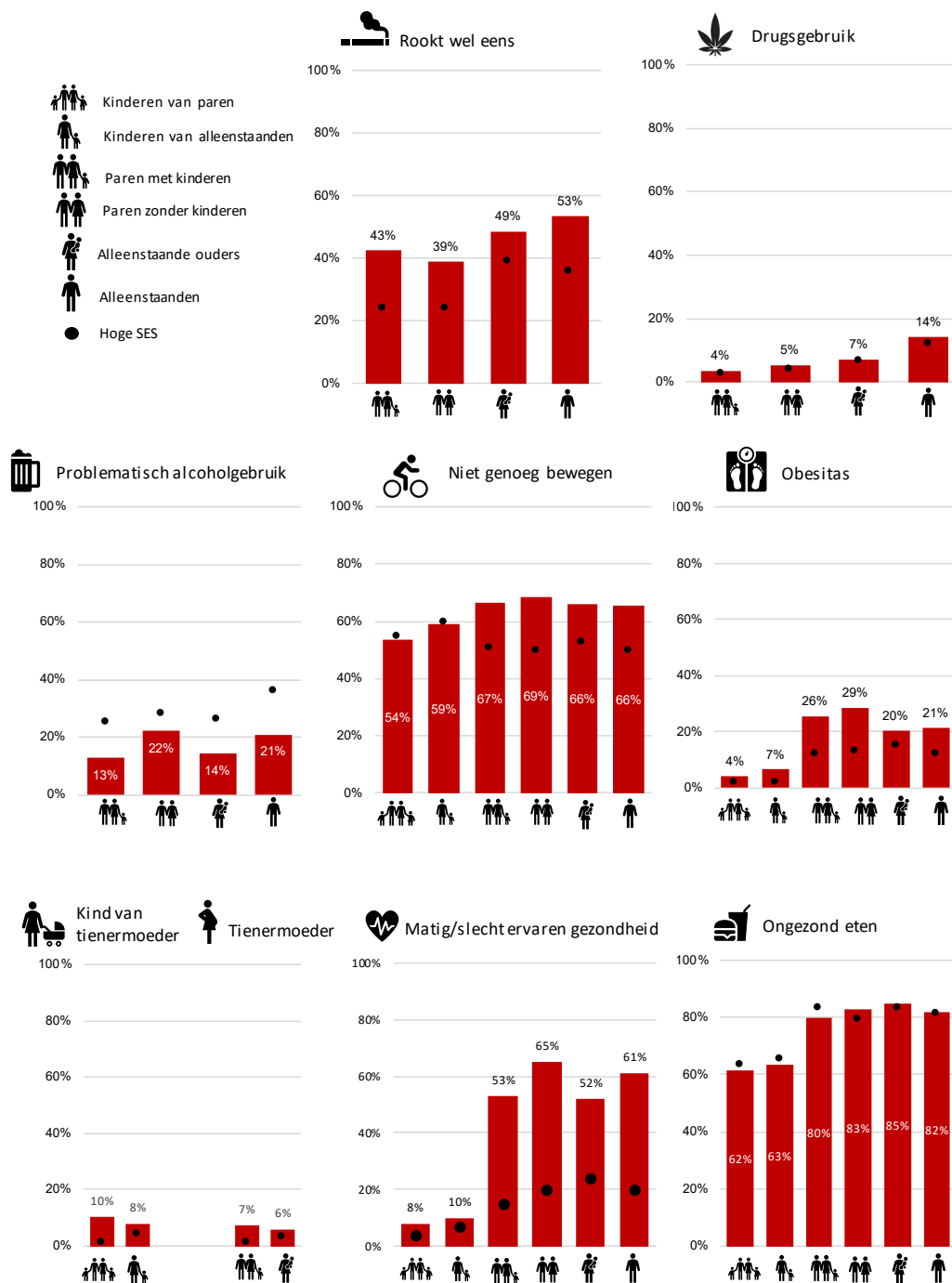
Alleenstaanden leven het meest ongezond van alle profielen; ze roken het vaakst en gebruiken het vaakst drugs (zie Figuur 3.1). Daarnaast drinken personen in huishoudens zonder kinderen het vaakst problematisch. Een mogelijke oorzaak is dat deze twee groepen van elkaar verschillen als het gaat om migratieachtergrond. Personen in huishoudens met kinderen hebben namelijk vaker een niet-westerse migratieachtergrond. Uit de studie van Van Laar et al. (2020) blijkt dat mensen met een niet-westerse migratieachtergrond minder vaak alcohol drinken dan autochtonen of mensen met een westerse migratieachtergrond.

Paren zonder kinderen en alleenstaanden hebben het vaakst een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid. Meer dan 60 procent van de huishoudens zonder kinderen heeft een matige tot zeer slechte ervaren gezondheid. Van de huishoudens met kinderen heeft de helft een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid. Dit komt doordat alleenstaanden en paren zonder kinderen ouder zijn dan paren met kinderen en alleenstaande ouders (Figuur 3.1). Over het algemeen heeft iets meer dan 80 procent van de volwassen met een lage SES een ongezond dieet en rond de 67 procent beweegt niet genoeg. Paren hebben wel vaker obesitas dan singles.

Mensen met een lage SES bewegen minder, hebben vaker obesitas en roken vaker

Mensen met een lage SES bewegen minder dan mensen met een hoge SES. Wel eten ze ongeveer even ongezond als mensen met een hoge SES. Mensen met een lage SES hebben vaker obesitas dan mensen met een hoge SES. De grootste verschillen zijn er tussen paren zonder kinderen met een lage SES en paren zonder kinderen met een hoge SES. Mensen met een lage SES roken vaker dan mensen met een hoge SES. Vooral paren met kinderen en alleenstaanden met een lage SES roken vaker. Paren met kinderen met een lage SES roken bijna twee keer zo vaak als paren met kinderen met een hoge SES.

Figuur 3.1 Mensen met een lage SES roken vaker en bewegen minder dan de groep met een hoge SES



Bron:

Toelichting:

CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

De figuren tonen voor elk profiel het percentage dat een bepaalde risicofactor voor gezondheidsproblemen heeft. Het zwarte punt geeft het percentage voor de groep met een hoge SES.

De ervaren gezondheid van mensen met een lage SES is significant slechter dan de ervaren gezondheid van mensen met een hoge SES. Dit blijkt ook uit de studie van Power et al. (1991). De verschillen tussen paren zonder kinderen met een lage SES en paren zonder kinderen met een hoge SES zijn het grootst. 65 procent van de paren zonder kinderen met een lage SES heeft een slechte ervaren gezondheid ten opzichte van 20 procent paren zonder kinderen met een hoge SES. Dit zijn de profielen waarvan de personen relatief oud zijn. Moeders met een lage SES zijn vaker tienermoeder geweest ten opzichte van moeders met een hoge SES. Dit komt overeen met de literatuurstudie van Paranjothy et al. (2008).

Personen met een hoge SES hebben vaker last van problematisch alcoholgebruik

De groep met een hoge SES heeft vaker last van problematisch alcoholgebruik dan de groep met een lage SES. Uit de literatuurstudie van Adler et al. (1994) bleek ook dat hogeropgeleiden vaker alcohol drinken dan lageropgeleiden. Drugsgebruik verschilt alleen tussen alleenstaanden met een lage SES en alleenstaanden met een hoge SES. Van de alleenstaanden met een lage SES gebruikt 14 procent drugs terwijl dit maar voor 10 procent van de alleenstaanden met een hoge SES geldt.

De kans op risicofactoren verschilt niet significant tussen kinderen van paren en kinderen van alleenstaanden

Kinderen van alleenstaanden hebben ongeveer een even hoge kans op risicofactoren als kinderen van paren. Uit de studie van Scharte et al. (2012) blijkt dat kinderen van alleenstaande moeders vaker overgewicht hebben dan kinderen van paren. Uit Figuur 3.1 blijkt dit maar in beperkte mate. Van de kinderen van paren heeft 4 procent obesitas en van de kinderen van alleenstaanden is dit 7 procent.

Ten opzichte van kinderen van paren met een hoge SES leven kinderen van paren met een lage SES ongeveer even gezond. Kinderen van paren met een lage SES hebben echter wel iets vaker obesitas. Als kinderen gezonder leven, hebben ze niet per definitie minder vaak obesitas. Dit blijkt uit de studie van Kleinendorst et al. (2020). Bij 19 procent van de kinderen waren medische factoren de oorzaak. Kinderen van alleenstaande ouders hebben iets vaker een matige of (zeer) slechte ervaren gezondheid dan kinderen van paren. Daarnaast hebben kinderen van ouders met een lage SES vaker een matige of slechte ervaren gezondheid dan kinderen van ouders met een hoge SES.

Kinderen van ouders met een lage SES zijn vaker een kind van een tienermoeder dan kinderen van ouders met hoge SES. Kinderen van paren met een hoge SES hebben bijna nooit een tienermoeder terwijl één op de tien kinderen van paren met een lage SES een tienermoeder heeft. Ook kinderen van alleenstaande ouders met een lage SES hebben vaker een tienermoeder dan kinderen van alleenstaande ouders met een hoge SES.

4 Gezondheidsproblemen en overige problemen

Personen met een lage SES hebben meer (gezondheids)problemen dan personen met een hoge SES. Grote verschillen zijn vooral waargenomen voor depressies, hoge bloeddruk en schulden. Van de personen met een lage SES ervaren paren zonder kinderen de meeste gezondheidsproblemen. Dit is tevens de groep met de hoogste gemiddelde leeftijd.

4.1 Gezondheidsproblemen volgens de literatuur

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de groep met een lage SES een grotere kans heeft op gezondheidsproblemen dan de groep met een hoge SES. Adler et al. (1994) tonen aan dat mensen met een lage SES een hogere kans hebben op onder andere chronische ziektes en depressies dan mensen met een hoge SES. Andere onderzoeken geven aan dat een lage SES samenhangt met een grotere kans op een hoge bloeddruk (Williams et al., 2010; Adler et al., 1994; Dyer et al., 1975). Het effect van opleidingsniveau (onderdeel van de definitie van een lage SES in dit onderzoek) op gezondheid is voor een groot deel te verklaren door risicovol gedrag zoals roken, drinken en te weinig bewegen, zoals Brunello et al. (2015) laten zien. Dit duidt erop dat de risicofactoren voor gezondheidsproblemen uit Hoofdstuk 3 verband houden met de gezondheidsproblemen die in dit hoofdstuk aan bod komen.

De relatie tussen een lage SES en de gezondheid van kinderen is echter niet eenduidig. Halliday et al. (2020) laten zien dat een derde van de gezondheid van de ouders wordt overgedragen op de gezondheid van het kind. Als ouders vanwege een lage SES ook een lagere gezondheid ervaren zal dit deels worden overgedragen op hun kinderen. Lindeboom et al. (2009) vinden echter in een onderzoek naar de relatie tussen het opleidingsniveau van ouders en de gezondheid van hun kinderen geen causaal verband.

Neises & Gruneberg (2005) laten zien dat alleenstaande ouders een grotere kans hebben op mentale gezondheidsproblemen. Deze relatie wordt echter grotendeels verklaard door de lage SES van deze groep. Zoals ook is te zien in dit onderzoek heeft een relatief hoog percentage van de groep alleenstaande ouders een lage SES (zie Tabel 2.2). Doordat alleenstaande ouders alleen voor hun kind moeten zorgen, zijn er minder middelen en tijd beschikbaar om te besteden aan actieve deelname aan de maatschappij.

4.2 Databronnen

Op basis van microdata van het CBS zijn de gezondheidsproblemen en andere problemen van de groep met een lage SES in kaart gebracht. De focus in dit hoofdstuk ligt voornamelijk op gezondheidsproblemen. Naast gezondheidsproblemen brengt dit hoofdstuk ook overige problemen in kaart.

Voor de gezondheidsproblemen is gekeken naar het medicijngebruik. Welke medicijngegevens zijn gebruikt, staat beschreven in Bijlage C. Er zijn twee redenen waarom in dit onderzoek de medicijngegevens als indicator voor gezondheidsproblemen zijn gebruikt. Enerzijds zijn deze gegevens integraal beschikbaar, lees: er zijn gegevens van alle Nederlanders. Anderzijds lenen medicijngegevens zich ervoor om er specifieke gezondheidsproblemen uit af te leiden. De medicijngegevens van het CBS zijn in veel gevallen dusdanig gedetailleerd dat ze goed te relateren zijn aan specifieke gezondheidsproblemen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld gegevens over de zorgkosten, die op een hoger geaggregeerd niveau zijn beschreven.¹²

Het medicijngebruik geeft een indicatie van de gezondheidsproblemen. Er zijn uiteraard andere factoren, zoals therapie, die niet worden meegenomen in dit onderzoek, maar wel van belang zijn. Het gaat hier dan ook om een benadering van gezondheidsproblemen op basis van het medicijngebruik. Voor de medicijnen op de lijst in Bijlage C is gekozen omdat gegevens over deze medicijnen integraal beschikbaar zijn, met voldoende waarnemingen, en omdat ze op basis van de benaming van het CBS te linken zijn aan specifieke gezondheidsproblemen.

Voor andere problemen gebruikt dit onderzoek gegevens over schuldsanering, speciaal onderwijs en jeugdreclassering. Er is voor deze variabelen gekozen omdat hier integrale data over beschikbaar zijn bij het CBS. De gegevens over schuldsanering betreffen mensen die een wettelijk schuldsaneringstraject volgen in het kader van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp). Om een breder beeld te krijgen van schuldenproblematiek kijkt dit onderzoek ook naar de betalingsachterstanden in relatie tot de Zorgverzekeringswet. Het gaat hier om personen die meer dan zes maanden achterstand hebben op de betalingen voor de zorgverzekering.

Voor de profielen met kinderen die ooit hebben deelgenomen aan speciaal onderwijs is gekeken naar de registratie van het speciaal onderwijs van de jaren 2014 tot 2017. Daarnaast is gekeken naar de jeugdreclassering en jeugdhulp op basis van gegevens in het kader van beleidsinformatie Jeugd. Het gaat om informatie uit de jaren 2015 tot 2017. In eerste instantie was beoogd om informatie te verzamelen over dak- en thuislozen door gebruik te maken van gemeentelijke registratie van de bijstand voor adreslozen. Dit leverde echter geen relevante informatie op, aangezien de gegevens te beperkt waren. Deze gegevens zijn om deze reden niet opgenomen in het rapport.

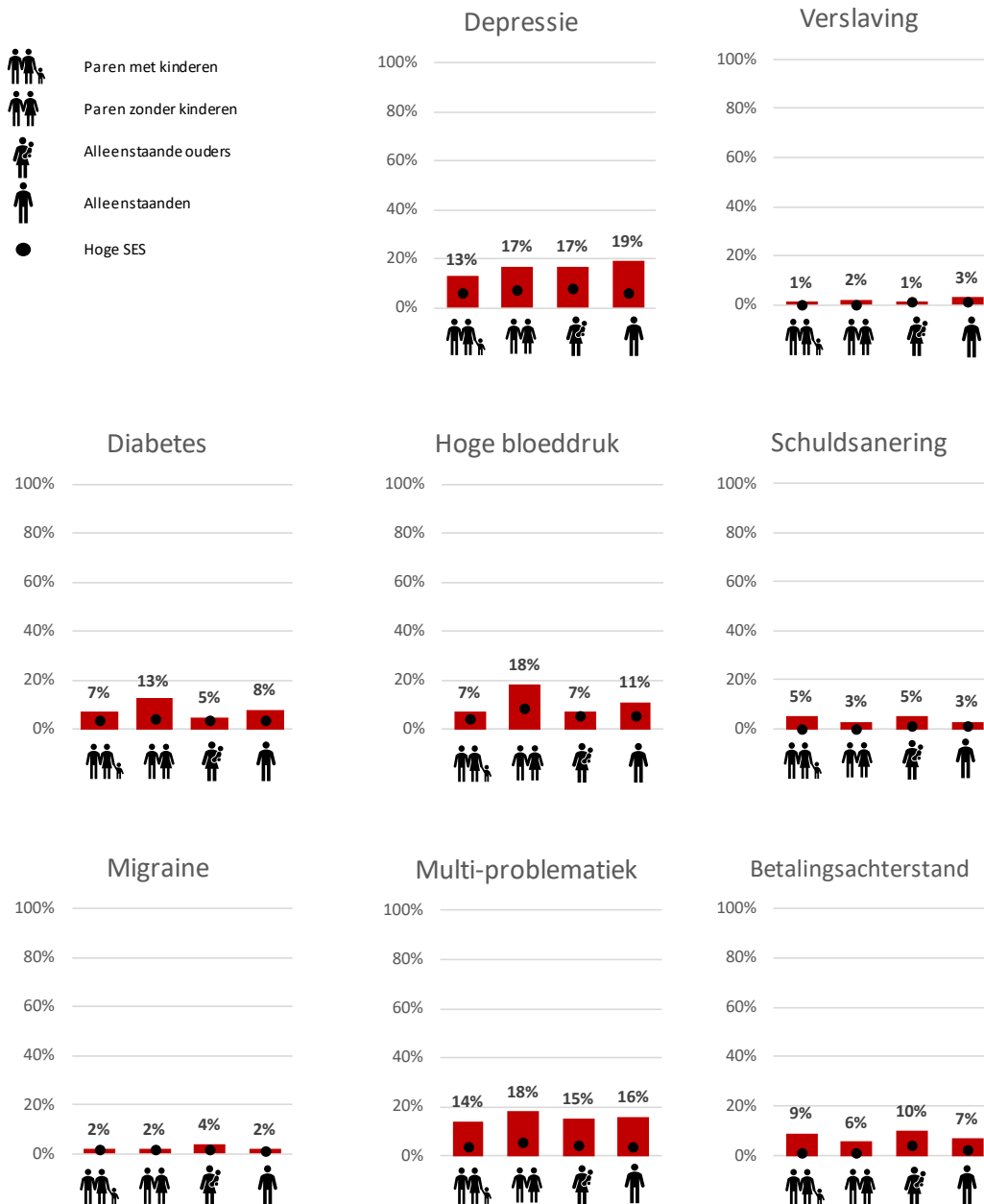
Gegevens over jeugdreclassering en betalingsachterstanden in relatie tot de Zorgverzekeringswet en schuldsanering zijn alleen in dit hoofdstuk opgenomen. Voor deze kenmerken zijn er geen gegevens beschikbaar bij het CBS over daadwerkelijke kosten. Hierdoor is het onmogelijk om de maatschappelijke kosten te bepalen.

De gebruikte gegevens uit dit hoofdstuk zijn gebaseerd op integrale data. In Figuur 4.1 staat beschreven welk aandeel van een profiel specifieke gezondheidsproblemen of andere problemen heeft. Naast de vergelijking van (gezondheids)problemen tussen de profielen worden de profielen ook vergeleken met personen met een hoge SES.

¹² De zorgkosten gebruiken we in Hoofdstuk 5 voor het beschrijven van de maatschappelijke kosten. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om ziekenhuiskosten of kosten voor de huisarts. Hier zijn echter geen directe gezondheidsproblemen aan te relateren.

4.3 Vergelijking (gezondheids)problemen tussen profielen

Figuur 4.1 Paren zonder kinderen gebruiken het vaakst medicijnen voor verschillende gezondheidsproblemen



Bron:

Toelichting:

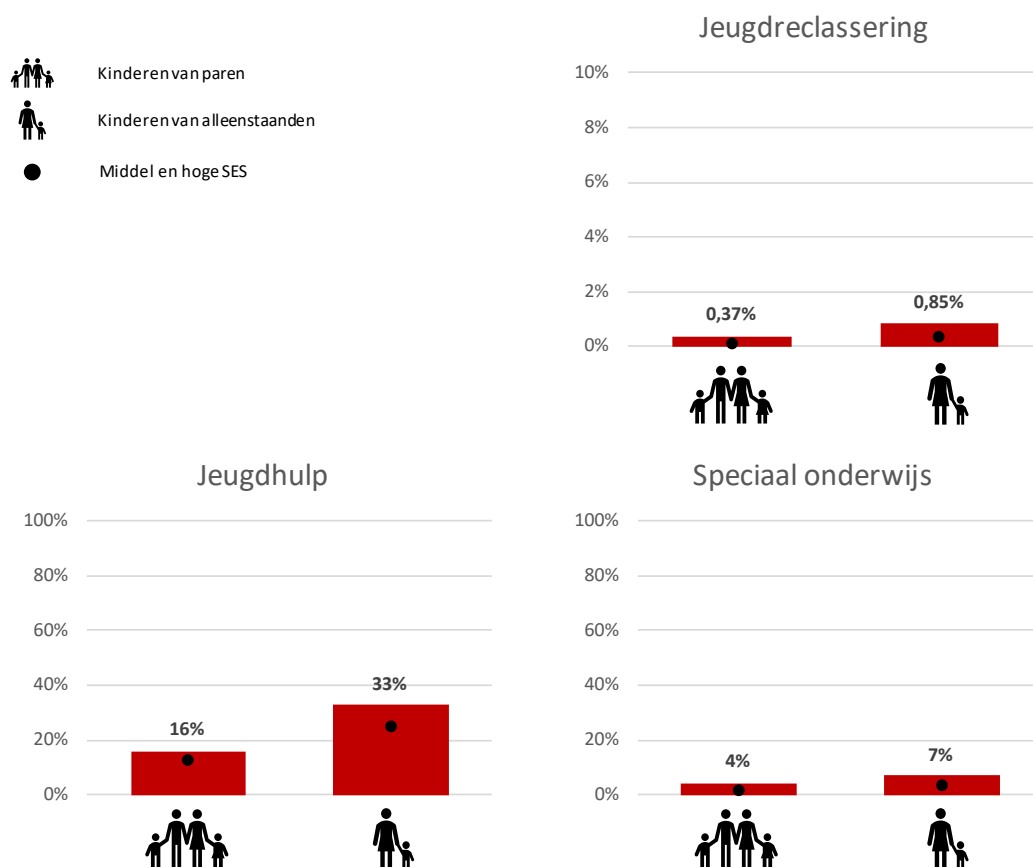
CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

De figuren tonen voor elk profiel het percentage dat medicijnen gebruikt voor specifieke gezondheidsproblemen en laat het percentage zien dat in de schuldsanering zit of betalingsachterstanden heeft in relatie tot de Zorgverzekeringswet. Het zwarte punt geeft het percentage voor de groep met een hoge SES.

Mensen met een lage SES gebruiken vaker medicijnen voor gezondheidsproblemen

In totaal gebruiken personen met een lage SES vaker medicijnen dan personen met een hoge SES. Vooral medicijngebruik voor depressies, een hoge bloeddruk en diabetes komen vaker voor. Daarnaast zitten mensen met een lage SES vaker in de schuldsanering. Voor minder voorkomende gezondheidsproblemen, zoals migraine of verslaving, is het verschil in medicijngebruik tussen mensen met een lage en hoge SES minder groot. Van de volwassenen met een lage SES gebruikt gemiddeld 17 procent medicijnen voor depressieklachten, terwijl dit van de volwassenen met een hoge SES gemiddeld 6 procent is. Op basis van het medicijngebruik is te concluderen dat depressies vaker voorkomen bij personen met een lage SES, zoals ook blijkt uit de literatuur (Adler et al., 1994).

Figuur 4.2 Kinderen van alleenstaande ouders vaker in aanraking met jeugdinstaties



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
 Toelichting: De figuren tonen voor de profielen met kinderen het percentage dat in aanraking is geweest met jeugdreclassering, jeugdhulp of deel heeft genomen aan het speciaal onderwijs. Het zwarte punt geeft het percentage voor de groep met een hoge SES. De schaal van de figuur over jeugdreclassering wijkt af van de schalen van de andere figuren.

Kinderen van alleenstaande ouders vaker in aanraking met jeugdhulp of jeugdreclassering

Kinderen van alleenstaande ouders komen vaker in aanraking met jeugdreclassering¹³ of hebben vaker jeugdhulp ontvangen dan kinderen van paren (zie Figuur 4.2). Kinderen van ouders met een lage SES komen vaker in aanraking met jeugdhulp of jeugdreclassering dan kinderen met een hoge

¹³ De schaal van de figuur over jeugdreclassering loopt tot 10 procent in plaats van 100 procent.

SES, maar dat verschil is niet substantieel. Ook kinderen met een hoge SES komen regelmatig in aanraking met jeugdinstanties. Kinderen van alleenstaande ouders gaan vaker naar het speciaal onderwijs dan kinderen van paren.

Voor kinderen zijn er weinig tot geen gezondheidsproblemen en overige problemen geconstateerd. Dit komt voornamelijk doordat gezondheidsproblemen pas op een latere leeftijd opspelen. Voor nagenoeg elke gezondheids categorie is het percentage dat medicijnen gebruikt voor deze gezondheidsproblemen kleiner dan 1 procent. Hierdoor is het lastig om een vergelijking te maken. De verschillen tussen kinderen van paren en kinderen van alleenstaanden zijn dan ook minimaal.

Paren met kinderen en alleenstaande ouders met een lage SES vaker in de schuldsanering

Het percentage alleenstaande ouders en paren met kinderen dat in de schuldsanering zit is relatief hoog. In totaal gaat het om 5 procent van de alleenstaande ouders en paren met kinderen. Bij de groep met hoge SES gaat hier om 0 tot 1 procent. Paren met kinderen en alleenstaande ouders met een lage SES hebben ook relatief vaak betalingsachterstanden in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het gaat hier om respectievelijk 10 en 9 procent.

Paren zonder kinderen gebruiken het vaakst medicijnen voor gezondheidsproblemen

Paren zonder kinderen gebruiken vooral medicijnen voor fysieke gezondheidsproblemen. Uitschieters zijn medicijnen voor diabetes en een hoge bloeddruk. Het gaat hier overwegend om een groep ouderen (50-65 jaar), die vaker kampen met dit soort fysieke gezondheidsproblemen. Dit is in mindere mate ook terug te zien bij de groep alleenstaanden, wat eveneens een relatief oude groep is. Uitschieters van medicijngebruik voor een hoge bloeddruk en diabetes bij de groep paren zonder kinderen zijn ook te zien bij de groep met een hoge SES.

Alleenstaanden gebruiken vaker medicijnen voor depressieklachten

De groep alleenstaanden gebruikt het vaakst medicijnen voor depressieklachten, namelijk 19 procent. Het gaat om een aanzienlijk aantal personen, aangezien de groep alleenstaanden de grootste groep is. Uit eerder onderzoek blijkt dat vooral alleenstaande ouders over het algemeen veel psychische klachten hebben (Neises & Grunenberg, 2005). Dit is ook te zien bij de hoge SES, waar de alleenstaande ouders eveneens de meeste depressieklachten ervaren. Bij de groep met een lage SES is dit verschijnsel echter niet waargenomen: daar zijn relatief minder alleenstaande ouders die medicijnen gebruiken voor depressieklachten in vergelijking met de groep alleenstaanden (2 procentpunt).

Paren zonder kinderen gebruiken vaker medicijnen voor meerdere gezondheidsproblemen

Kijkend naar personen die medicijnen gebruiken voor meer dan één gezondheidsprobleem, of naast het gebruik van medicijnen ook in de schuldsanering zitten, of achterstanden hebben op de betaling van de Zvw, dan komt dit het vaakst voor bij paren zonder kinderen. Bij de andere profielen gaat het hier om ongeveer 14 tot 16 procent, terwijl dit voor paren zonder kinderen 18 procent is. Het gaat bij paren zonder thuiswonende kinderen vaak om relatief oude personen. Dezelfde verdeling van medicijngebruik voor meerdere gezondheidsproblemen over de profielen is ook terug te zien bij de groep met een hoge SES.

5 Maatschappelijke kosten

De profielen met een lage SES hebben aanzienlijk hogere maatschappelijke kosten dan de groep met een hoge SES. Het verschil ligt ongeveer tussen de 9.000 en 16.000 euro per jaar. Het grootste verschil is waargenomen voor de groep alleenstaanden.

5.1 Maatschappelijke kosten volgens de literatuur

Mensen met een lage SES hebben hogere maatschappelijke kosten dan mensen met een hoge SES. Zo blijkt uit onderzoek dat personen met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau een grote kans hebben op een hoge zorgbehoefte en hoge zorgkosten (Fitzpatrick et al., 2019). Een onderzoek van Epstein et al. (1990) toont aan dat mensen met een lage SES gemiddeld genomen voor vergelijkbare aandoeningen langer in het ziekenhuis verblijven dan mensen met een hoge SES. Verder hebben mensen met een lage SES vaker een uitkering dan mensen met een hoge SES. Dit is inherent aan de definitie van een lage SES, omdat deze definitie in dit onderzoek deels is gebaseerd op het inkomen. Het inkomen bepaalt mede het recht op een uitkering. Mensen die geen werk hebben, en dus een laag inkomen, zitten logischerwijs vaker in een uitkering.

Gezondheid speelt een belangrijke rol bij de arbeidsparticipatie. Een slechte gezondheid kan een reden zijn om te stoppen met werken. Onderzoek toont aan dat er een relatie is tussen gezondheidsproblemen en een grotere kans op instroom in de WW en in de bijstand (Mulwijk-Vriend et al., 2019). Daarnaast kan een slechte gezondheid ervoor zorgen dat mensen langer in een uitkering blijven omdat het voor hen moeilijker is om een baan te vinden vanwege hun gezondheidsproblemen (Mulwijk-Vriend et al., 2019).

5.2 Databronnen

Voor het in kaart brengen van de zorgkosten en uitkeringslasten gebruikt dit onderzoek microdata van het CBS. Het gaat om gegevens over alle Nederlanders. Voor het in kaart brengen van de zorgkosten is gekeken naar registratiedata van zorgverzekeraars. Er zijn verschillende typen zorgkosten in kaart gebracht, zoals ziekenhuiskosten, kosten voor medicijnen (farmacie), en overige zorgkosten. De overige zorgkosten bestaan onder andere uit kosten voor hulpmiddelen, paramedische zorg en geboortezorg. De uitkeringslasten zijn gebaseerd op registratiedata van het persoonlijk inkomen. Er wordt onderscheid gemaakt in lasten voor de bijstand, WW, ZW en arbeidsongeschiktheid. De overige uitkeringslasten betreffen onder andere lasten voor de IOAW, WAJONG en de BBZ. Andere mogelijk relevante maatschappelijke kosten, denk aan kosten voor criminaliteit, zijn niet meegenomen in dit hoofdstuk omdat daar geen integrale gegevens over beschikbaar zijn.

Dit hoofdstuk gaat enkel in op maatschappelijke kosten voor de rest van de maatschappij, niet voor degenen met een lage SES zelf (zoals bijvoorbeeld lagere arbeidsproductiviteit en hieraan gerelateerde lagere lonen). Het gaat in dit geval alleen om lasten voor de maatschappij, zoals uitkerings-

lasten. Vanuit de totale maatschappij gezien (dus inclusief degenen met een lage SES) is een uitkering geen kostenpost omdat de maatschappelijke baten voor degenen die een uitkering ontvangen precies opwegen tegen de maatschappelijke kosten voor degenen die de uitkering betalen.

5.3 Vergelijking maatschappelijke kosten tussen profielen

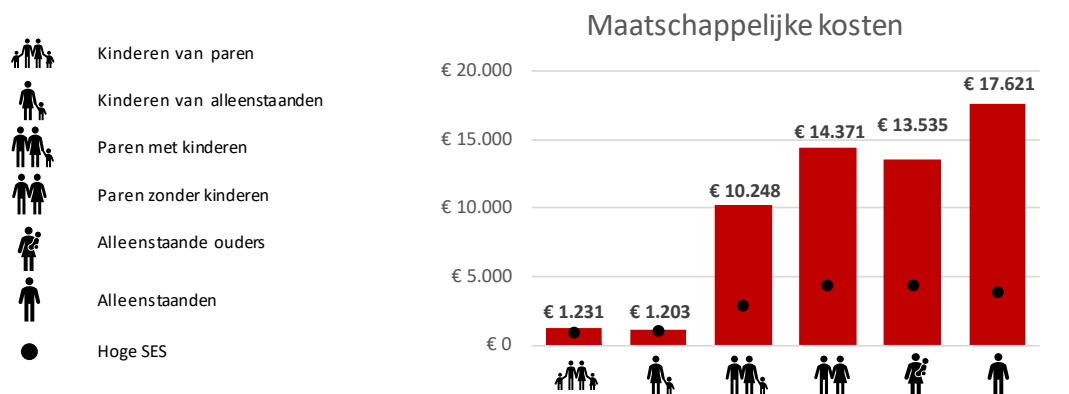
Kinderen hebben geen uitkeringslasten

In Figuur 5.1 is te zien dat kinderen met een lage SES de laagste maatschappelijke kosten hebben. Dat was te verwachten aangezien kinderen vaker gezond zijn dan ouderen. Ook ontvangen kinderen over het algemeen geen uitkeringen, omdat iemand pas aanspraak kan maken op een uitkering vanaf achttien jaar en ouder. De enkeling die een uitkering ontvangt, krijgt een nabestaanden-uitkering of een vergelijkbare uitzondering. Aangezien de uitkeringslasten voor kinderen nagenoeg nul zijn, wordt hier niet verder op ingegaan.

Maatschappelijke kosten voor mensen met een lage SES aanzienlijk hoger

De profielen met een lage SES hebben aanzienlijk hogere maatschappelijke kosten dan de groep met een hoge SES. Dit scheelt ongeveer tussen de 9.000 en 16.000 euro per jaar. Het grootste verschil is waargenomen voor de groep alleenstaanden. De groep alleenstaanden heeft de hoogste maatschappelijke kosten. Zowel de totale zorgkosten als de uitkeringslasten zijn voor deze groep hoger dan voor alle andere groepen. Paren met kinderen hebben de laagste maatschappelijke kosten. Dit geldt voor zowel de uitkeringslasten als de zorgkosten. De zorgkosten voor kinderen met een lage SES zijn ongeveer driehonderd euro hoger dan voor kinderen met een hoge SES.

Figuur 5.1 Alleenstaanden hebben de hoogste maatschappelijke kosten



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

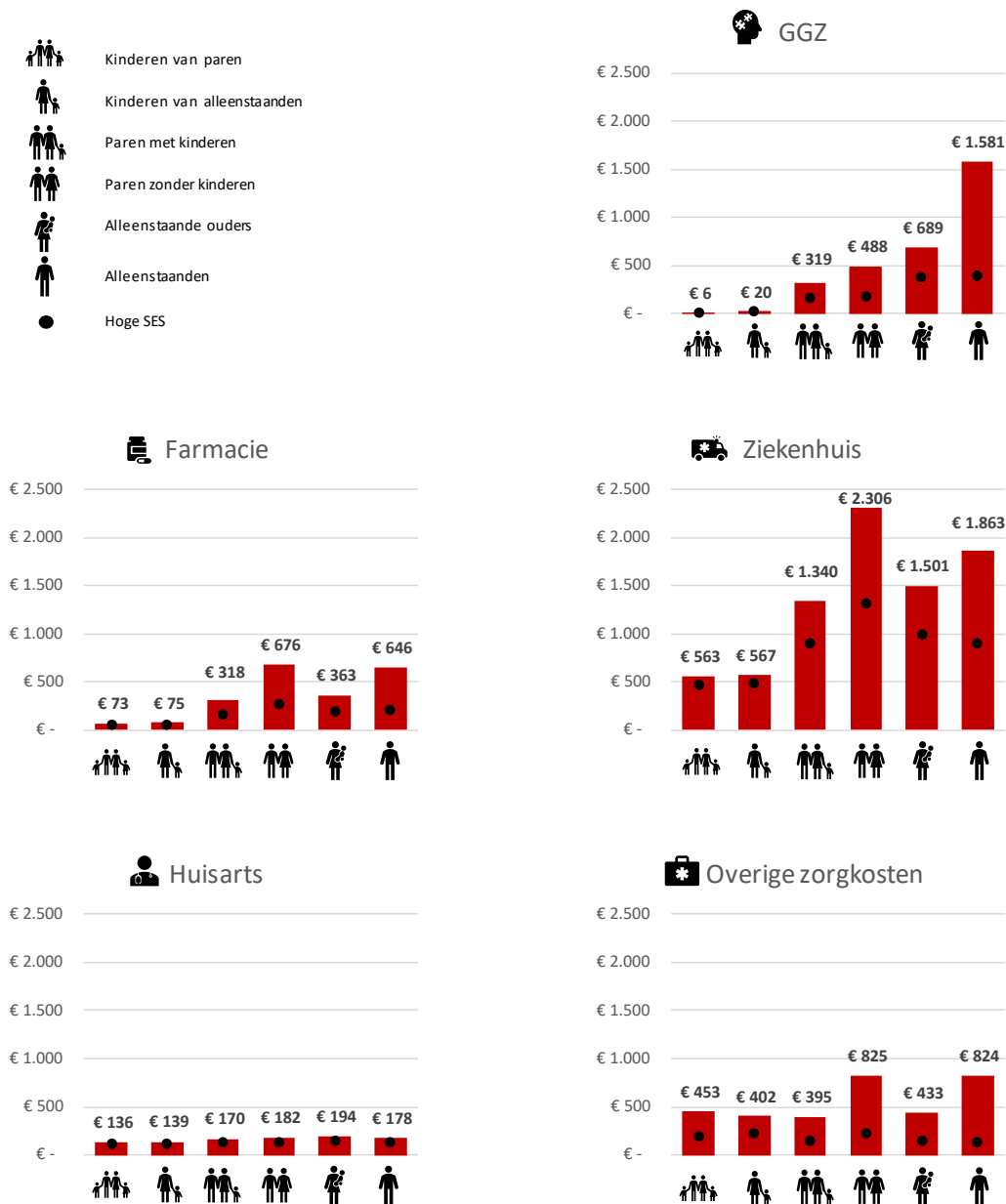
Toelichting: De figuur laat de totale maatschappelijke kosten zien per profiel. Het zwarte punt laat de totale maatschappelijke kosten zien voor de groep met een hoge SES.

5.3.1 Zorgkosten

Alleenstaanden en paren zonder kinderen hebben gemiddeld hogere zorgkosten

Figuur 5.2 laat de zorgkosten zien voor de vier profielen met volwassenen, uitgesplitst naar verschillende typen zorg. Zorgkosten zijn over het algemeen hoger voor alleenstaanden en paren zonder kinderen. Dat komt vooral doordat deze groepen gemiddeld genomen ouder zijn en de zorgkosten gemiddeld genomen stijgen naarmate men ouder wordt. De gemiddelde zorgkosten voor de groep met een lage SES (inclusief kinderen) bedragen 3.420 euro terwijl ze voor de groep met een hoge SES 1.614 euro zijn.

Figuur 5.2 Alleenstaanden hebben de hoogste zorgkosten

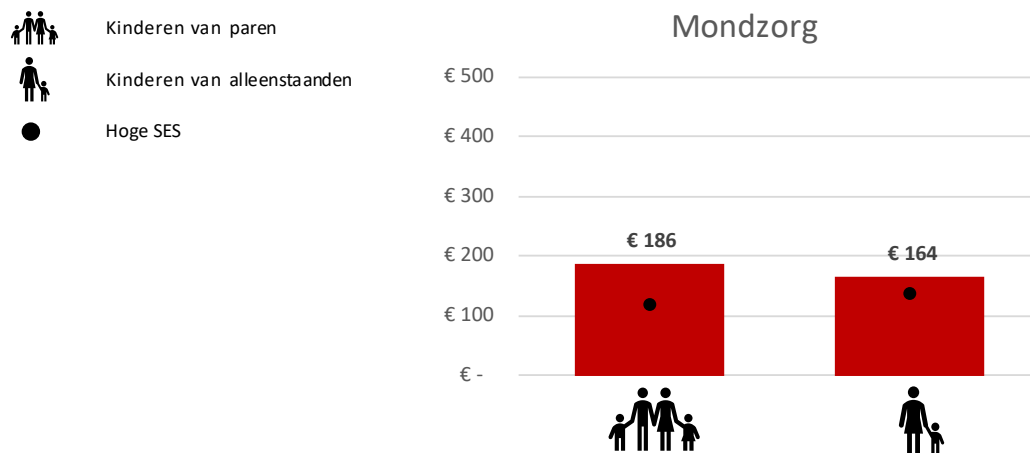


Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
 Toelichting: De figuren tonen voor elk profiel de zorgkosten, uitgesplitst naar verschillende typen zorg. Het zwarte punt toont de zorgkosten voor de groep met een hoge SES.

Alleenstaanden hebben relatief hoge kosten voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

De GGZ-kosten zijn voor de paren relatief laag en voor alleenstaanden en alleenstaande ouders relatief hoog. Vooral bij de groep alleenstaanden zijn deze kosten veel hoger dan bij de rest. Dit is ook de groep die tevens de meeste medicijnen tegen depressieklachten gebruikt. Voor elke groep maken de ziekenhuiskosten het grootste deel uit van de totale zorgkosten. De kosten voor het bezoek aan de huisarts zijn voor elke groep nagenoeg gelijk. Kosten voor medicijnen variëren juist weer sterk tussen groepen met en zonder kinderen. De profielen zonder kinderen hebben relatief hoge kosten voor farmacie en GGZ is de meest sterk variërende kostenpost.

Figuur 5.3 Kinderen met een lage SES hebben meer kosten voor mondzorg dan kinderen met een hoge SES



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
 Toelichting: Gemiddelde kosten voor de mondzorg voor kinderen van paren en kinderen van alleenstaande ouders. Het zwarte punt geeft de gemiddelde kosten voor de groep met een hoge SES.

Kinderen hebben, ondanks laag medicijngebruik, wel significante zorgkosten

Kinderen hebben significante zorgkosten, ondanks dat er in Hoofdstuk 4 weinig tot geen medicijngebruik is geconstateerd. Verschillen tussen de kinderen van paren en de kinderen van alleenstaanden zijn er echter nauwelijks. De totale zorgkosten komen dan ook nagenoeg overeen. In tegenstelling tot de profielen met volwassenen bestaan de totale zorgkosten voor een groot deel uit overige zorgkosten, onder andere bestaande uit paramedische zorg en geboortezorg. De ziekenhuiskosten zijn de grootste kostenpost; dit komt wel overeen met de andere groepen. Opvallend is dat kinderen nauwelijks GGZ-kosten hebben. Dit komt waarschijnlijk omdat deze zorg voor jongeren verloopt via de Jeugdwet en niet via de zorgverzekeraars. Hier zijn echter geen gegevens over beschikbaar.

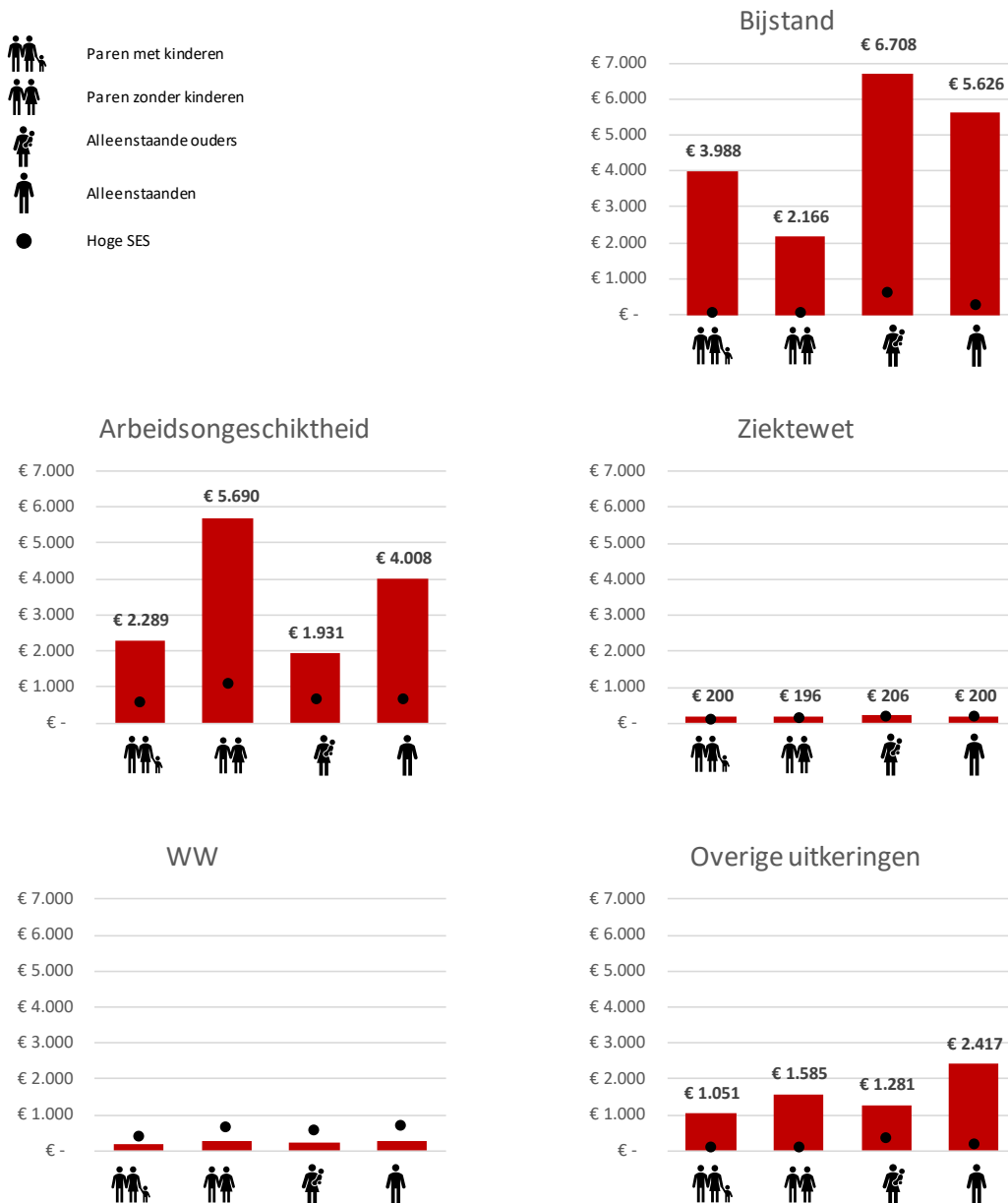
Figuur 5.3 laat zien dat de kinderen met een lage SES gemiddeld hogere kosten voor mondzorg hebben dan kinderen met een hoge SES. Kinderen met een lage SES maken relatief vaker geen kosten voor de mondzorg dan kinderen met een hoge SES, wat erop wijst dat ze minder vaak gebruikmaken van mondzorg.¹⁴ Als ze gebruikmaken van mondzorg liggen de kosten gemiddeld genomen hoger dan voor kinderen met een hoge SES.

¹⁴ Deze cijfers staan niet vermeld in dit rapport.

5.3.2 Uitkeringslasten

Dat uitkeringslasten gemiddeld hoger zijn voor de groep met een lage SES dan voor de groep met een hoge SES is logisch. De definitie van de groep met een lage SES is immers gedeeltelijk gebaseerd op het inkomen. Dat de laagste 30 procent inkomens vaker een uitkering ontvangt dan de 70 procent hoogste inkomens is meer dan logisch. Het is om deze reden voornamelijk interessant om de verschillen tussen profielen te bekijken.

Figuur 5.4 Vooral alleenstaande ouders hebben hoge bijstandskosten



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.
 Toelichting: De figuren tonen voor elk profiel de uitkeringslasten, uitgesplitst naar verschillende typen uitkeringen. Het zwarte punt toont de uitkeringslasten voor de groep met een hoge SES.

Alleenstaanden met een lage SES hebben de hoogste uitkeringslasten

Figuur 5.4 laat zien dat de groep alleenstaanden de hoogste uitkeringslasten heeft. Het gaat hier voor groot deel om kosten voor de bijstand en kosten voor arbeidsongeschiktheid. Bij de groepen zonder kinderen zijn de kosten voor arbeidsongeschiktheid het hoogst. Deze groepen zijn relatief ouder dan de groepen die uit ouders met kinderen bestaan. Dit kan deels verklaren waarom de kosten voor arbeidsongeschiktheid hoger zijn. De groep alleenstaande ouders heeft weer relatief veel bijstandslasten.

Mensen met een lage SES hebben lage uitkeringslasten voor de WW en de ZW

Logischerwijs zijn de kosten voor de WW en de ZW bij de groep met een lage SES relatief laag. Dit komt doordat iemand in eerste instantie een baan moet hebben voordat er aanspraak kan worden gemaakt op een dergelijke uitkering. De groep met een lage SES heeft echter in weinig gevallen een baan. Kijkend naar de groep met een hoge SES valt op dat de kosten voor de WW een stuk hoger zijn, en de bijstandslasten zijn bijna nihil. Het is logisch dat personen die in de 70 procent hoogste inkomens vallen geen recht hebben op bijstand. Deze groep werkt in veel gevallen of heeft een te hoog vermogen om daar op aanspraak te maken.

6 Gericht inzetten programma

Paren zonder kinderen en alleenstaanden met een lage SES hebben de meeste gezondheidsproblemen en de hoogste maatschappelijke kosten. Het gaat echter om personen die relatief oud zijn. FNO richt haar programma's voornamelijk op (jonge) gezinnen omdat zij vooral gezondheidsproblemen in de toekomst wil voorkomen. Gezinnen met relatief hoge zorgkosten bevinden zich voornamelijk aan de randen van Nederland.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van specifieke groepen met een lage SES waarop FNO haar programma gericht kan inzetten. In dit hoofdstuk worden de inzichten uit eerdere hoofdstukken samengenomen om zodoende verschillende aandachtsgroepen te definiëren. Allereerst komen in dit hoofdstuk alle profielen uit de groep met een lage SES aan bod. Vervolgens wordt verder ingezoomd op gezinnen met thuiswonende kinderen en een lage SES.

6.1 Inzichten totale groep met een lage SES

Gebaseerd op de inzichten uit de voorgaande hoofdstukken komt dit onderzoek tot vier specifieke groepen met relatief veel gezondheidsproblemen en relatief hoge maatschappelijke kosten, te weten:

- Paren met kinderen en een migratieachtergrond in de grote steden,
- Oudere autochtone paren zonder kinderen,
- Alleenstaande moeders in de bijstand,
- Alleenstaanden met mentale klachten.

Gezinnen met een migratieachtergrond in de grote steden

De maatschappelijke kosten van paren met kinderen met een lage SES zijn aanzienlijk hoger dan die van de groep met een hoge SES. De Nederlandse bevolking van 65 jaar en jonger bestaat voor het grootste deel uit paren met kinderen. Het aandeel met een lage SES bestaat echter grotendeels uit paren met kinderen met een migratieachtergrond. Deze groep bevindt zich voornamelijk in de grote steden in Nederland, in Zuid-Limburg en in het noordoosten van Groningen.

Oudere autochtone paren zonder thuiswonende kinderen

Oudere paren zonder thuiswonende kinderen in de leeftijdscategorie 50-65 jaar vormen een van de aandachtsgroepen. Deze groep heeft relatief hoge zorgkosten. Dit komt mede doordat het om relatief oude mensen gaat. Deze groep ervaart dan ook relatief veel fysieke gezondheidsproblemen, zoals diabetes en een hoge bloeddruk. Daarnaast heeft deze groep relatief hoge uitkeringslasten, die voor deze groep vooral bestaat arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Van de paren zonder kinderen hebben relatief veel personen een lage SES in het noordoosten van Nederland, Zuid-Limburg en in de Achterhoek.

Alleenstaande moeders in de bijstand

Van de alleenstaande ouders met een lage SES is 86 procent vrouw. Dit is een aanzienlijk percentage ten opzichte van alleenstaande ouders met een hoge SES, waar dit percentage ongeveer 60 procent is, en de andere profielen, waar het ongeveer 50 procent is. Een zeer groot deel van de alleenstaande ouders zit in de bijstand. De gemiddelde bijstandslasten voor deze groep zijn een

stuk hoger dan voor de andere profielen. Vergeleken met paren heeft deze groep ook relatief hoge GGZ-kosten. Uit de literatuur blijkt dan ook dat mentale problemen meer voorkomen bij alleenstaande ouders. Alleenstaande moeders bevinden zich relatief vaak in het oosten van het land met een sterke concentratie in het oosten van Groningen.

Alleenstaanden met mentale klachten

Alleenstaanden hebben in vergelijking met de andere groepen veel hogere GGZ-kosten. Bijna twee keer zo hoog als de andere aandachtsgroepen. Van de alleenstaanden gebruikt dan ook 19 procent medicijnen voor depressieklachten. De groep alleenstaanden zit grotendeels in de leeftijdscategorieën 40-50 en 50-65 jaar. In totaal zijn de maatschappelijke kosten voor deze groep het hoogst. Dit komt mede door de relatief hoge leeftijd van deze groep. Zo heeft deze groep naast hoge kosten voor de GGZ ook relatief hoge ziekenhuiskosten en overige zorgkosten.

6.2 Gezinnen nader bekijken

Wanneer men gezondheidsproblemen wil voorkomen, kan dat vooral door op jongere leeftijd risicovol gedrag te verminderen met behulp van gezondheidsprogramma's. Hier probeert FNO met haar programma's op in te zetten.

Nu de gehele groep met een lage SES in de vorige hoofdstukken in kaart is gebracht, wordt in dit hoofdstuk dieper ingegaan op de verdeling over Nederland van gezinnen met kinderen die bepaalde kenmerken hebben. Denk aan gezinnen in de schuldsanering, met GGZ-kosten of relatief hoge uitkeringslasten. Wanneer het in dit hoofdstuk gaat over gezinnen, betreft het zowel alleenstaande ouders als paren met thuiswonende kinderen. Dit hoofdstuk gaat niet specifiek in op de kinderen van deze profielen. De eerdere hoofdstukken leren ons dat het medicijngebruik en de maatschappelijke kosten van kinderen laag zijn, doordat deze zaken pas op latere leeftijd een rol spelen. Daarnaast bevinden logischerwijs de volwassen personen in de gezinnen zich in dezelfde gemeenten als hun kinderen; zij behoren immers tot hetzelfde huishouden. Dit hoofdstuk gaat enkel in op de verdeling van de gezinnen over Nederland. De beschrijving van risicofactoren voor gezondheidsproblemen, de gezondheidsproblemen zelf, en de maatschappelijke kosten voor alleenstaande ouders en paren met kinderen zijn al besproken in de vorige hoofdstukken.

Gezinnen met een lage SES in het noordoosten van Nederland zitten relatief vaak in de schuldsanering

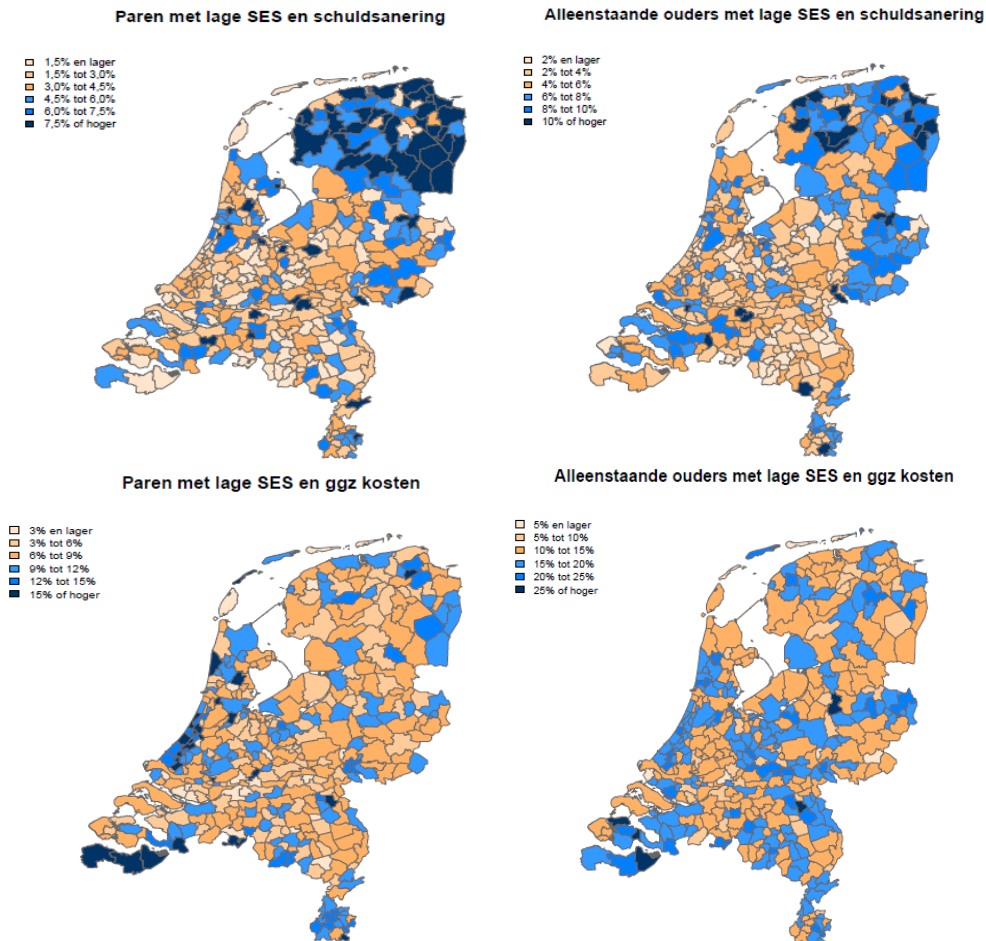
Figuur 6.1 laat voor zowel de paren met kinderen als de alleenstaande ouders met een lage SES zien welk aandeel in de schuldsanering zit of GGZ-kosten¹⁵ heeft.¹⁶ Het gaat hier om relatieve aandelen en niet om absolute aantallen. In sommige gevallen gaat hier maar om een klein aantal personen (zie voor een idee van de absolute aantallen Figuur 2.1, rechterplaatje).

¹⁵ Het gaat hier om personen die kosten maken voor de GGZ die groter zijn dan nul. Iedereen die GGZ-kosten heeft, wordt meegenomen ongeacht de hoogte

¹⁶ Voorbeeld ter verduidelijking: in gemeente X zijn er 120 alleenstaande ouders met een lage SES. Van deze groep zitten er 12 in de schuldsanering. Dit betekent dat het gaat om een aandeel van 10%, waardoor de gemeente donkerblauw kleurt in het kaartje *Alleenstaande ouders met een lage SES en schuldsanering* (rechtsboven).

In het noordoosten van Nederland zitten gezinnen met een lage SES waarvan relatief veel gezinnen in de schuldsanering zitten. Paren met kinderen met een lage SES waarvan een relatief groot deel in de schuldsanering zit, bevinden zich vooral in Groningen en Friesland. Bij de alleenstaande ouders met een lage SES komt hier ook de Achterhoek bij. Voor het inrichten van het programma van FNO is het dus van belang om rekening te houden met de schuldenproblematiek van gezinnen met een lage SES in deze regio's.

Figuur 6.1 Gezinnen met een lage SES in het noordoosten van Nederland zitten relatief vaak in de schuldsanering



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

Toelichting: Landkaartjes met per gemeente het aandeel personen van gezinnen met een lage SES dat ofwel in de schuldsanering zit (bovenste kaartjes), ofwel GGZ-kosten heeft (onderste kaartjes). Het gaat hier om relatieve aandelen, waardoor het in absolute zin in sommige gevallen om weinig personen gaat. De schalen van de landkaartjes verschillen. Het gemiddelde ligt precies bij de overgang van oranje naar blauw.

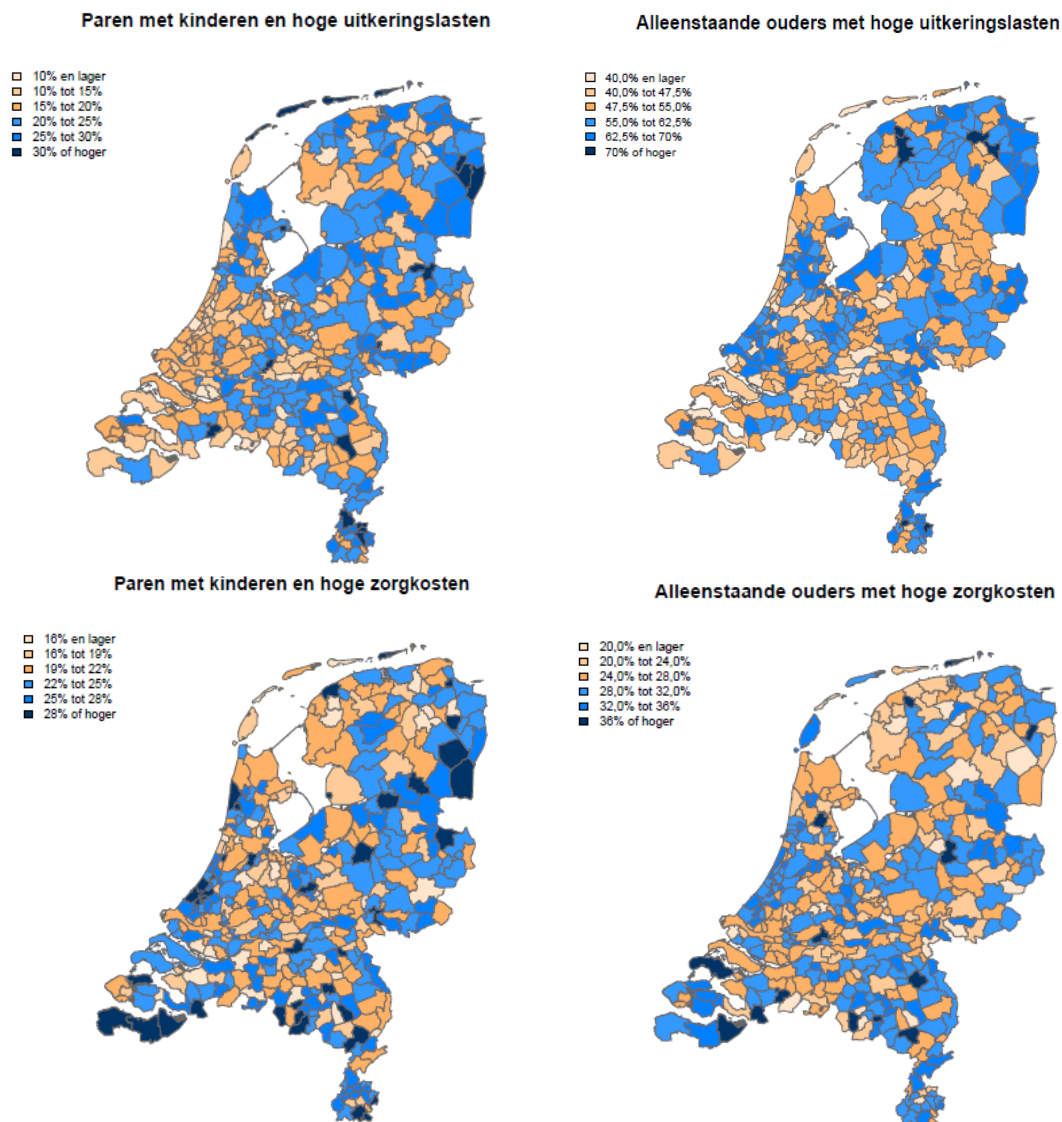
Gezinnen met een lage SES in gemeenten in de Randstad hebben vaak GGZ-kosten

Als men vervolgens kijkt naar de gezinnen met een lage SES en GGZ-kosten, dan zijn het vooral gezinnen met een lage SES in de Randstad en in Zeeuws-Vlaanderen die relatief vaak GGZ-kosten hebben. Het valt te verwachten dat dit type zorg meer voorkomt in de Randstad omdat verslavingen en drugsgebruik waarschijnlijk vaker voorkomen in stedelijke gebieden.

Alleenstaande ouders met een lage SES relatief vaak in de schuldsanering

Kijkend naar de verschillen tussen paren met kinderen met een lage SES en alleenstaande ouders met een lage SES, valt op dat de alleenstaande ouders, vaak moeders, relatief vaker in de schuldsanering zitten en GGZ-kosten hebben. Dit is te zien aan de schalen van de kaartjes. De schalen zijn zo afgesteld dat de kleur van oranje naar blauw overspringt rondom het gemiddelde. Hoe hoger de percentages in de schalen, hoe hoger het gemiddelde. Het aandeel alleenstaande ouders met een lage SES dat GGZ-kosten heeft ligt gemiddeld rond de 15 procent (rechtsonder), terwijl dit voor de paren met kinderen 9 procent is.

Figuur 6.2 Gezinnen met een lage SES in het noordoosten van Nederland hebben vaak hoge uitkeringslasten



Bron: CBS-microdata, bewerking door SEO Economisch Onderzoek.

Toelichting: Landkaartjes met per gemeente het aandeel personen van gezinnen met een lage SES dat ofwel relatief hoge uitkeringslasten heeft, lees 10.000 euro per jaar of meer (bovenste kaartjes), ofwel relatief hoge zorgkosten heeft, lees meer dan 2.500 euro per jaar (onderste kaartjes). Het gaat om relatieve aandelen, waardoor het in absolute zin in sommige gevallen om weinig personen gaat. De schalen van de landkaartjes verschillen. Het gemiddelde ligt precies bij de overgang van oranje naar blauw.

In het noordoosten van Nederland hebben gezinnen met een lage SES relatief vaak hoge uitkeringslasten

Figuur 6.2 laat zien dat de gezinnen met een lage SES en hoge uitkeringslasten, meer dan 10.000 euro per jaar, zich voornamelijk in het noordoosten van het land bevinden. Daarnaast zit er een clustering in Zuid-Limburg. Van de alleenstaande ouders met een lage SES in gemeenten in de Randstad hebben relatief veel gezinnen hoge uitkeringslasten. Paren met kinderen en een lage SES in de Randstad hebben relatief kleine aandelen personen met hoge uitkeringslasten.

Gezinnen met een lage SES in de randstad hebben relatief vaak hoge zorgkosten

Gemeenten met gezinnen met een lage SES waarvan een relatief groot aandeel hoge zorgkosten heeft, meer dan 2.500 euro per jaar, zijn vooral over de randen van Nederland verspreid. Verder is er voor paren met kinderen een sterke concentratie in Zeeuws-Vlaanderen, de Randstad en Zuid-Limburg.

Extra aandacht voor alleenstaande moeders

In Hoofdstuk 5 werd al duidelijk dat de uitkeringslasten het grootste deel van de maatschappelijke kosten uitmaken. Uit de eerdere hoofdstukken blijkt dan ook dat het vaak gaat om alleenstaande moeders die een beroep doen op de bijstand. Kijkend naar de landkaartjes in dit hoofdstuk en de inzichten uit de vorige hoofdstukken meenemend, is deze conclusie te trekken: van de gezinnen met kinderen ervaren de alleenstaande ouders met een lage SES het vaakst (gezondheids)problemen (Figuur 4.1). Bovendien hebben zij hogere zorgkosten (Figuur 5.2) en hogere uitkeringslasten (Figuur 5.4) dan paren met kinderen en een lage SES. Het programma dat bedoeld is om gezondheidsproblemen te verminderen, richt zich vooral op het tegengaan van gezondheidsrisico's. Figuur 3.1 laat zien dat alleenstaande ouders relatief vaak roken, drugs gebruiken en ongezond eten. Daarnaast valt op dat kinderen van alleenstaande ouders vaker in aanraking komen met jeugdhulp en/of jeugdreclassering en vaker deelnemen aan het speciaal onderwijs.

7 Conclusies

Mensen met een lage SES hebben vaker risicofactoren voor gezondheidsproblemen, meer gezondheidsproblemen en hogere maatschappelijke kosten dan de groep met een hoge SES. Aandachtsgroepen zijn gezinnen met een migratieachtergrond en alleenstaande moeders in de bijstand.

Dit onderzoek brengt voor FNO de risicofactoren voor gezondheidsproblemen, de gezondheidsproblemen zelf, en de maatschappelijke kosten van de groep met een lage SES in kaart. In het onderzoek zijn de hiervoor genoemde deelonderwerpen onderzocht aan de hand van CBS-microdata. FNO kan op basis van deze inzichten haar toekomstige gezondheidsprogramma gericht inzetten.

Ten opzichte van mensen met een hoge SES hebben mensen met een lage SES een hogere kans op bijna alle risicofactoren voor gezondheidsproblemen. Dat geldt vooral voor alleenstaanden: zij hebben van alle profielen de grootste kans om te roken, problematisch te drinken en drugs te gebruiken. Voor kinderen van ouders met een lage SES ten opzichte van kinderen van ouders met een hoge SES zijn de verschillen verwaarloosbaar.

Over het algemeen gebruiken mensen met een lage SES vaker medicijnen voor gezondheidsproblemen dan de groep met een hoge SES. Grote verschillen zijn vooral waargenomen voor depressies, hoge bloeddruk en Diabetes. De groep met een lage SES heeft dan ook hogere zorgkosten dan de groep met een hoge SES. Deze verschillen zitten voornamelijk in de GGZ- en ziekenhuiskosten. De grote verschillen tussen mensen met een hoge SES en mensen met een lage SES vormen een onderbouwing voor het inzetten van een gezondheidsprogramma voor de specifieke doelgroep met een lage SES.

Voor kinderen zijn er weinig tot geen gezondheidsproblemen geconstateerd. Er zijn echter wel duidelijke verschillen waargenomen als het gaat om overige problematiek, zoals de mate waarin kinderen in aanraking zijn geweest met jeugdreclassering, jeugdhulp hebben ontvangen of deelnemen aan het speciaal onderwijs. Kinderen van alleenstaande ouders komen een stuk vaker in aanraking met dergelijke jeugdinstanties dan kinderen van paren. Ook kinderen met een lage SES komen vaker in aanraking met deze instanties dan kinderen met een hoge SES, maar het verschil is niet substantieel.

Kijkend naar de totale groep met een lage SES valt op dat alleenstaanden en paren zonder kinderen relatief veel gezondheidsproblemen ervaren en hoge zorgkosten hebben. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de personen in deze groepen relatief oud zijn, wat grotendeels de gezondheidsproblemen en maatschappelijke kosten verklaart. Bij het inzetten van gezondheidsinterventies is het bij deze groep vooral belangrijk om in te zetten op het tegengaan van al gemanifesteerde gezondheidsproblemen.

Het relatief jonge deel van de groep met een lage SES bestaat vooral uit alleenstaande ouders en paren met kinderen. Gezinnen met een lage SES in de Randstad, Zeeuws-Vlaanderen en het noordoosten van Nederland hebben relatief hoge zorgkosten. Gezinnen met een lage SES in het noorden

van Nederland zitten relatief vaak in de schuldsanering. Van de gezinnen zijn vooral de alleenstaande moeders met een lage SES degenen met relatief hoge zorgkosten, uitkeringslasten en (gezondheids)problemen. Ook de kinderen van alleenstaande ouders hebben vaker te maken met jeugdinstellingen. Dit is een groep die op basis van de uitkomsten van dit onderzoek extra aandacht vereist.

Literatuur

- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L. & Syme, S.L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1), 15.
- Artero-Morales, M., González-Rodríguez, S. & Ferrer-Montiel, A. (2018). TRP channels as potential targets for sex-related differences in migraine pain. *Frontiers in molecular biosciences*, 5, 73.
- Becker, G.S., & Mulligan, C.B. (1997). The endogenous determination of time preference. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(3), 729-758.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau*. Statline. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83780NED &LA=NL>.
- Chen, E. (2004). Why socioeconomic status affects the health of children: A psychosocial perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 13(3), 112-115.
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M. & Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 320(7244):1240-3.
- Cubbin, C., Sundquist, K., Ahlen, H., Johansson, S.E., Winkleby, M.A. & Sundquist, J. (2006). Neighborhood deprivation and cardiovascular disease risk factors: Protective and harmful effects. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 228–237.
- Fitzpatrick, T., Rosella, L.C., Calzavara, A., Petch, J., Pinto, A.D., Manson, H., ... & Wodchis, W.P. (2015). Looking beyond income and education: socioeconomic status gradients among future high-cost users of health care. *American journal of preventive medicine*, 49(2), 161-171.
- Hanson, M. D. & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence, a review of the literature. *Journal of behavioral medicine*, 30(3), 263.
- Kleinendorst, L., Abawi, O., van der Voorn, B., Jongejan, M.H., Brandsma, A.E., Visser, J.A., ... & van Haelst, M.M. (2020). Identifying underlying medical causes of pediatric obesity: Results of a systematic diagnostic approach in a pediatric obesity center. *PloS one*, 15(5), e0232990.
- Laar, van M., Cruts, G., Miltenburg, van C., Strada, L., Ketelaars, T., Croes, E., Beenackers, E. & Meijer, R. (2020). Jaarbericht Nationale Drug Monitor 2019: Trends en cijfers over drugs, alcohol en roken. Trimbos-instituut. AF1706.
- Li, J. & Powdthavee, N. (2015). Does more education lead to better health habits? Evidence from the school reforms in Australia. *Social Science & Medicine*, 127, 83-91.

- Neises, G. & Grüneberg, C. (2005). Socioeconomic situation and health outcomes of single parents. *J Public Health* 13, 270–278. <https://doi.org/10.1007/s10389-005-0120-3>.
- Moffitt, T. E. & E-Risk Study Team. (2002). Teen-aged mothers in contemporary Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 727-742.
- Paranjothy, S., Broughton, H., Adappa, R. & Fone, D. (2009). Teenage pregnancy: who suffers? *Archives of disease in childhood*, 94(3), 239-245.
- Power, C., Manor, O. & Matthews, S. (1999). The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 89(7), 1059-1065.
- RIVM (2010). Gezondheid en determinanten: Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven. RIVM-rapportnummer: 270061006.
- RIVM (2018a). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, juni 2018.

Bijlage A Algemene bewerkingen

Dit onderzoek kijkt naar de populatie in het jaar 2017, omdat dat het meest recente jaar is waarvan de medische gegevens van alle personen beschikbaar zijn. Om tot het analysebestand te komen, zijn de volgende groepen uit het bestand verwijderd:

- Alle personen die ouder zijn dan 65 jaar,
- Alle personen in institutionele huishoudens en onbekende huishoudens,
- Studenten met een opleidingsniveau hoger dan mbo-niveau 1,
- Gepensioneerden tussen 55 jaar en 65 jaar (vroegpensioen).

Personen ouder dan 65 jaar

Enerzijds is het voor de gezondheidsinterventies van FNO beter om te focussen op de jongere doelgroep. Het risicovolle gedrag dat leidt tot gezondheidsproblemen vindt immers vaker op jongere leeftijd plaats en resulteert op latere leeftijd pas in gezondheidsproblemen. Anderzijds is het datatechnisch beter om enkel naar personen van 65 jaar en jonger te kijken, omdat niet van iedereen het opleidingsniveau bekend is. Voor de oudere leeftijdsgroepen gebruiken we het arbeidsverleden ter vervanging van het opleidingsniveau. Personen rond de 65 jaar zijn echter met pensioen en daardoor is het niet mogelijk om hun arbeidsverleden te bepalen. Vanwege bovenstaande redenen is besloten om personen boven de 65 jaar niet mee te nemen.

Personen in institutionele huishoudens en onbekende huishoudens

Personen in institutionele huishoudens hebben in veel gevallen een dusdanige speciale situatie dat deze groep buiten het bestand is gelaten. Over onbekende huishoudens is niets bekend en zijn daarom niet van toegevoegde waarde voor het onderzoek.

Studenten met een opleidingsniveau hoger dan mbo-niveau 1

Studenten krijgen in alle gevallen de status 'laag opleidingsniveau' omdat zij hun studie nog niet hebben afgerond, terwijl ze in veel gevallen wel een opleiding volgen van hoger niveau. Daarnaast hebben studenten vaak een laag inkomen en leven ze in veel gevallen in een eigen huishouden doordat ze bijvoorbeeld op kamers gaan. Deze groep krijgt de definitie lage SES, terwijl studenten van een hoog opleidingsniveau in de meeste gevallen meer zelfredzaam zijn en meer kennis over gezondheid hebben dan personen met een lage SES. Daarom is het niet wenselijk om deze groep mee te nemen.

Gepensioneerden tussen 55 jaar en 65 jaar (vroegpensioen)

Voor het definiëren van de groep met een lage SES gebruiken we deels het arbeidsverleden. Personen die met pensioen zijn, hebben (deels) geen arbeidsverleden. Deze maatstaf geeft in veel gevallen een verkeerd beeld van de groep gepensioneerden. Om deze reden laten we alle personen van boven de 55 jaar die met vroegpensioen zijn buiten beschouwing.

Bijlage B Definiëren variabelen

Aangezien er over onderwerpen zoals leefstijl, alcohol- en drugsgebruik geen integrale gegevens bekend zijn, gebruikt dit onderzoek de Gezondheidsenquête (GECON) en de Leefstijlmonitor (LSM). Deze enquêtes hebben een nette respons van respectievelijk 9.500 en 10.000 personen. Het gaat om de enquêtes uit 2016, 2017 en 2018.

In relatie tot risicofactoren bevatten de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor onder meer vragen over:

- Bewegen,
- Voeding,
- Drugs,
- Overgewicht,
- Alcohol,
- Roken,
- Ervaren gezondheid.

Hieronder is in Tabel B.1 uiteengezet waar de definitie vandaan komt en welke enquêtes we gebruiken per risicofactor. Het RIVM heeft in 2017 onderzoek gedaan naar verschillen in gezondheids en leefstijl tussen sociaal-economische groepen.¹⁷ Voor de definities proberen we zoveel mogelijk aan te sluiten bij de definities van het RIVM-onderzoek.

Tabel B.1 Bronnen risicofactoren voor gezondheidsproblemen

Risicofactoren	Herkomst definitie	LSM (2017)	LSM (2016, 2018)	GECON (2016, 2017, 2018)
Bewegen	RIVM	X		X
Voeding	Gezondheidsraad			X
Gewicht	WHO	X	X	X
Roken	RIVM		X	X
Drugs	RIVM/Trimbos		X	X
Alcohol	RIVM		X	X
Ervaren gezondheid	CBS	X	X	X

Bewegen

Het RIVM gaat uit van de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad uit 2017. De beweegrichtlijnen zijn als volgt gedefinieerd:

Voor volwassenen en ouderen

- Doe minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.

¹⁷ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezondheidsverschillen/inleiding#node-gezondheidsverschillen>.

- Doe minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen.

Voor kinderen van vier tot achttien jaar

- Doe minstens elke dag een uur matig intensieve inspanning. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Doe minstens driemaal per week spier- en botversterkende activiteiten.

Zowel in de Gezondheidsenquête als in de Leefstijlmonitor 2017 zit een indicator die aangeeft of iemand aan beide richtlijnen voldoet.

Voeding

Het rapport 'Richtlijnen goede voeding 2015' van de Gezondheidsraad is gebruikt om gezond eten te definiëren. De Gezondheidsraad geeft de volgende adviezen:

- Eet dagelijks ten minste 200 gram groente en ten minste 200 gram fruit.
- Eet dagelijks ten minste 90 gram bruin brood, volkorenbrood of andere volkorenproducten.
- Eet wekelijks peulvruchten.
- Eet ten minste 15 gram ongezoeten noten per dag.
- Eet een keer per week vis, bij voorkeur vette vis.
- Drink dagelijks drie koppen thee.

Alleen de Gezondheidsenquête heeft vragen opgenomen over voeding. Aan de hand van de Gezondheidsenquête kunnen we de groente-, fruit- en visnormen toetsen. In het databestand zitten indicatoren die aangeven of mensen:

- Wel of niet voldoen aan de norm over het eten van fruit.
- Wel of niet voldoen aan de norm over het eten van groente.
- Wel of niet minimaal een keer per week vis eten.

Dit onderzoek kijkt vanwege databeperkingen alleen naar de groentenorm. Als iemand aan de groentenorm voldoet, dan eet die persoon gezond.

Gewicht

Overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) zijn abnormale of buitensporige opeenhopingen van vet die de gezondheid kunnen beïnvloeden. Het RIVM gebruikt de Body Mass Index (BMI)¹⁸ om de (ernstige) mate van overgewicht te definiëren. Het RIVM gebruikt hiervoor de BMI-indeling van de World Health Organization. De tabel met grenswaarden bij volwassenen staat hieronder (Tabel B.2). Voor kinderen en jongeren zijn er aparte grenswaarden, gespecificeerd naar leeftijd en geslacht. De tabellen met grenswaarden voor kinderen en jongeren, op basis van het artikel van Cole et al. (2000)¹⁹, zijn hier niet vermeld).

¹⁸ De BMI is gebaseerd op de verhouding tussen lengte en gewicht. Het gewicht van iemand (in kilogram) gedeeld door het kwadraat van zijn lengte (in meters) geeft de BMI in kg/m².

¹⁹ Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M. & Dietz W. H. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 320(7244):1240-3.

Tabel B.2 Internationale categorieën in lichaamsgewicht voor volwassenen naar BMI

Categorie	Grenswaarden BMI (kg/m ²)
Ondergewicht	<18,5
Gezond gewicht	18,50 - 24,99
Overgewicht	≥25,0
Matig overgewicht	25,0 - 29,99
Ernstig overgewicht (obesitas)	≥30,0

Als iemand in de categorie ‘obesitas’ valt dan is dat een risicofactor. In alle drie de enquêtes zitten indicators of iemand obesitas heeft.

Roken

Het RIVM kijkt naar vier groepen rokers.

1. Het percentage rokers is het percentage respondenten dat de vraag “Rookt u weleens?” beantwoordt met “Ja”.
2. Bij dagelijkse rokers gaat het om personen uit de algemene bevolking die dagelijks één of meerdere sigaretten roken.
3. Meeroken is het inademen van tabaksrook uit de omgeving door niet-rokers, ook wel ‘passief roken’ genoemd.
4. Zwaar roken is het roken van twintig of meer sigaretten of shagjes per dag.

Dit onderzoek gaat uit van optie 1, de positieve antwoorden op de vraag “Rookt u weleens?” Deze vraag zit in de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor 2016 en 2018.

Drugs

Het RIVM hanteert de volgende definities:

- Actueel gebruik: in de laatste maand voorafgaand aan de peiling.
- Recent gebruik: in het laatste jaar voorafgaand aan de peiling.
- Ooit-gebruik: ooit in het leven.

Dit onderzoek kijkt naar actueel gebruik en recent gebruik. Het Trimbos-instituut²⁰ en het RIVM²¹ kijken ook naar drugsgebruik in het voorafgaande jaar en in de voorafgaande maand.

Drugsgebruik in de Gezondheidsenquête is op basis van de variabele ‘GEZAFLDrugs30Dagen’. De vraag luidt “Wel of geen drugs gebruikt in de afgelopen dertig dagen?” Als het antwoord “ja” is, dan is de variabele drugsgebruik 1 en anders 0. Om het drugsgebruik in het voorafgaande jaar te bepalen, maken we gebruik van de variabele ‘GEZPUBDrugs12Mnd’.

²⁰ Van Laar, M., Cruts, G., Miltenburg, van C., Strada, L., Ketelaars, T., Croes, E., Beenackers, E. & Meijer, R. (2020). Jaarbericht Nationale Drug Monitor 2019: Trends en cijfers over drugs, alcohol en roken. Trimbos instituut. AF1706.

²¹ RIVM (2018a). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, juni 2018.

Uit de Leefstijlmonitor 2016 en 2018 komt de variabele ‘AflDrugs30Dagen’. Als deze variabele 1 is, dan is de variabele drugsgebruik 1 en anders 0. Om het drugsgebruik in het voorafgaande jaar te bepalen gebruikt dit onderzoek de variabele ‘AflDrugs12Mnd’.

Alcohol

In de Gezondheidsenquête en de Leefstijlmonitor van 2018 zitten vragen over alcoholgebruik. Het probleem is dat de vragen verschillen. Het is dus lastig om een uniforme maatstaf te vinden. Het RIVM kijkt naar problematisch alcoholgebruik. Zij gebruiken de volgende definities:

- Al het alcoholgebruik door jongeren onder de achttien jaar.
- Al het alcoholgebruik door zwangere vrouwen.
- Overmatig drinken.
- Zwaar drinken.
- Regelmatig binge-drinken (d.w.z. minstens vijf glazen bij één gelegenheid minstens één keer per maand).
- Een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen en dat een adequate aanpak van bestaande problemen verhindert.

Onder overmatige drinkers wordt verstaan: personen die meer dan 14 glazen per week (voor vrouwen) en 21 (voor mannen) glazen alcohol drinken. Onder zware drinkers wordt verstaan: personen die minstens één keer per week ten minste vier (voor vrouwen) en zes (voor mannen) glazen alcohol op één dag drinken.

In beide enquêtes zit een indicator die aangeeft of iemand een overmatige drinker of zware drinker is. Alleen geeft het documentatierapport aan dat de twee indicatoren niet vergelijkbaar zijn. Daarom kiezen wij voor de enquête die het best aansluit op het bestand met mensen met een lage SES. Dit onderzoek gaat daarom uit van de risicofactor overmatig drinken.

Ervaren gezondheid

In de Gezondheidsenquête en alle jaren van de Leefstijlmonitor worden mensen gevraagd hoe ze hun eigen gezondheid ervaren. Ze kunnen kiezen uit de mogelijkheden:

- Zeer goed,
- Goed,
- Matig,
- Slecht,
- Zeer slecht.

In dit onderzoek worden de antwoorden matig, slecht en zeer slecht gezien als een indicator voor een slecht ervaren gezondheid.

Bijlage C Overzicht medicijngegevens

Voor het in kaart brengen van gezondheidsproblemen is gebruikgemaakt van de medicijnregistratie die beschikbaar is via het CBS. Dit bestand bevat een ruime lijst met medicijncodes en daaraan gerelateerde medicijnnamen. Om tot een onderstaande lijst te komen, zijn er hoofdzakelijk drie afwegingen geweest.

1. Is de medicijnnaam/medicijngroep direct te linken aan een specifiek gezondheidsprobleem en zijn er niet meerdere gezondheidsproblemen te relateren aan deze groep?
2. Zijn de medicijngegevens integraal beschikbaar bij het CBS?
3. Zijn er dusdanig veel waarnemingen van personen die de medicijngroep gebruiken dat er voldoende waarnemingen zijn per profiel om een betrouwbare vergelijking te kunnen maken?

De onderstaande medicijngegevens, gebruikt in dit onderzoek, zijn afkomstig uit het documentatierapport van de Medicijntab van het CBS.

Tabel C.1 Medicijngegevens van het CBS

Gezondheidsprobleem	Code	Medicijnnaam
Verslaving	N07B	Middelen bij verslaving
Depressie	N06A	Antidepressiva
Diabetes	A10A	Insulines en analogen
Diabetes	A10B	Bloedglucose Verlagende middelen excl. insulines
Hoge bloeddruk	C07A	Betablokkers
Migraine	N02C	Migrainemiddelen



seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . www.seo.nl