



Een (on)gezonde leefstijl

Opleiding als scheidslijn

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, juli 2018

Colofon

André, S., G. Kraaykamp en R. Meuleman (2018).
Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn
Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Den Haag, juli 2018
ISBN 978 90 377 08 57 8

Over het SCP

Het [Sociaal en Cultureel Planbureau](#) is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat - gevraagd en ongevraagd - sociaalwetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. www.scp.nl

Contact

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met [Stéfanie André](#) van de sectie sociologie van de Radboud Universiteit (RU), 024-3612010, s.andre@ru.nl, of de afdeling Persvoorlichting van het SCP via pers@scp.nl, 06 2161 4433.

Auteurs

[Stéfanie André](#) (RU)
[Gerbert Kraaykamp](#) (RU)
[Roza Meuleman](#) (RU)

Begeleiding Card stack

[Sander Steijn](#)
[Anouk de Wit](#)

Ontwerp & realisatie

[Textcetera](#), Den Haag

Figuren

[Studio With Lisa Dalhuijsen](#), Den Haag

Openingsbeeld

Maarten Hartman, Hollandse Hoogte

Inhoud

Gezondheidsgedrag in Nederland	4
Opleiding als scheidslijn	12
Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof	17
Nederland in Europa.....	22
Familie en leefstijlgewoonten.....	31
Partner en gezondheidsgedrag.....	43
De buurt en gezondheidsgedrag	47
Stapelning van risicofactoren	52
Geslacht en de kloof in gezondheidsgedrag.....	56
Gezondheidsgedrag naar leeftijd.....	62
Alternatieve geneeswijzen	66
De opleidingskloof en beleidsrelevantie	70
Verantwoording en bronnen.....	73

Gezondheidsgedrag in Nederland

Auteurs: [Gerbert Kraaykamp](#), [Stéfanie André](#) en [Roza Meuleman](#)

De reden voor het bestuderen van gezondheidsgedrag

Er zijn aantoonbare gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat die voor een belangrijk deel verklaard kunnen worden door leefstijlverschillen [[Verschillen in bijvoorbeeld eet-, drink- en beweeggedrag.](#)] (Mackenbach 2010; Williams 1995). Daarom is er in Nederland veel belangstelling voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het bestuderen van de diverse leefstijluitingen kan voor een deel de verschillen in ervaren (oftewel subjectieve) gezondheid helpen verklaren. Maar leefstijlverschillen zijn ook sterk gerelateerd aan objectieve aspecten van gezondheid, zoals de kans op ziekte en mortaliteit.

Er is duidelijk een omvangrijke én groeiende belangstelling voor deze leefstijlgedragingen, zie ook [Verantwoording en bronnen](#). Ongelijkheden op het gebied van gezondheid kunnen namelijk op veel morele afkeuring rekenen (McCartney et al. 2013). Ook vinden overheden in leefstijlgedragingen duidelijke aanknopingspunten voor de bestrijding van ongelijkheden. Andere oorzaken van gezondheidsongelijkheid tussen bevolkingsgroepen, zoals genetische aanleg en gezinsachtergrond, zijn immers veel minder goed te beïnvloeden via overheidsbeleid. Het beleid richt zich daarom vooral op het aanpakken van de gedragsmatige en culturele oorzaken van gezondheidsverschillen. Dit vindt veelal plaats door overheidsvoorlichting, preventie-activiteiten, ondersteuning en diverse vormen van educatie.

Al deze maatregelen zijn er in essentie op gericht om gezond gedrag te bevorderen, kennis over risicogedrag te vergroten en culturele voorkeuren voor gezondheidsgedragingen te beïnvloeden. Deze bijdrage sluit daarom ook aan bij een bredere beleidscontext, waarin wordt gewezen op het belang van preventie boven genezing. Een voorbeeld hiervan is het onlangs gesloten Nationaal Preventieakkoord tussen diverse maatschappelijke organisaties. Daarin wordt expliciet de nadruk gelegd op gedrag en gezondheid, in tegenstelling tot de eerdere focus op zorg en ziekte (zie o.a. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2010; en diverse adviezen van de Gezondheidsraad).

Meer inzicht in de verschillen tussen opleidingsgroepen in gezondheidsgedrag

Er is al veel bekend over gezondheidgerelateerd gedrag vanuit nationale en internationale onderzoeken, zie ook [Verantwoording en bronnen](#). Deze beschrijving wil daarnaast uitgebreidere informatie met unieke, vergelijkende gegevens bieden. Meer specifiek streven we met deze bijdrage naar informatievoorziening voor een breed geïnteresseerd algemeen publiek. Allereerst gaan we in op de ongelijkheid van gezondheidsgedrag naar opleidingsgroepen, zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). Hiermee verkrijgen we inzicht in bestaande verschillen in de persoonlijke gezondheid van de bevolking.

Ten tweede bestuderen we gezondheidgerelateerd gedrag in samenhang. Dat wil zeggen, we gaan na of (on)gezonde gewoonten stapelen bij dezelfde groepen, en of de opleidingskloof hierdoor extra uitgesproken wordt, zie ook [Stapelings van risicofactoren](#).

Ten derde bezien we verschillen tussen opleidingsgroepen in gezondheidgerelateerd gedrag in hun sociale en nationale context. Ze worden gerelateerd aan niet alleen aspecten van de familie, zoals het gezin van, en de partner herkomst, maar ook aan de opleidingsverschillen in andere Europese landen zie [Familie en leefstijlgewoonten](#) en [Partner en gezondheidsgedrag](#). Dit maakt het mogelijk uitspraken te doen over de nationale context en hoe nationaal beleid verschillen kan beïnvloeden. Ook biedt deze internationale vergelijking inzicht in hoe culturele en structurele landkenmerken verschillen in de opleidingskloof tussen landen zouden kunnen verklaren, zie ook [Nederland in Europa](#).

Ten vierde gaan we uitgebreid in op het gebruik van [Alternatieve geneeswijzen](#). Dergelijke informatie is niet eerder beschikbaar geweest in een representatieve studie in vergelijkend Europees perspectief.

Ten slotte gebruiken wij bij de beschrijving van gezondheidgerelateerd gedrag de gerenommeerde gegevens van de European Social Survey (<http://www.europeansocialsurvey.org>), die representatief zijn voor de Nederlandse bevolking. Hierdoor is het mogelijk een goede en valide beschrijving van verschillen in gezondheidgerelateerd gedrag te waarborgen.

Gezonde en ongezonde gezondheidgerelateerde gedragingen

Wat verstaan we onder gezondheidgerelateerd gedrag? Allereerst is het belangrijk het volgende te onderkennen. Gezondheidsgedragingen zijn geen eenmalige uitspattingen, maar gewoonten die onderdeel uitmaken van een persoonlijke leefstijl. Vaak zijn deze gewoonten jarenlang ingesleten en hebben een plaats in het dagelijks leven. Als gevolg hiervan kunnen ze op termijn substantiële gevolgen hebben voor iemands gezondheid (Williams 1995). Deze gevolgen kunnen schadelijk zijn voor de gezondheid, of ze kunnen de gezondheid bevorderen (Huijts et al. 2017).

*Leefstijluitingen*In de onderliggende kaarten bestuderen we zes relevante leefstijluitingen waarvan wordt aangenomen dat ze gerelateerd zijn aan de gezondheid. We bestuderen:

- roken;
- regelmatig alcohol drinken (meerdere keren per week);
- het hebben van overgewicht;
- het consumeren van groente;
- het consumeren van fruit;
- voldoende bewegen.

Op basis van informatie van de Gezondheidsraad (www.gezondheidsraad.nl) zijn we gekomen tot een benchmarking van wat als gezond en ongezond kan worden beschouwd. Belangrijk is te vermelden dat we bij deze benchmarking beperkt zijn door de vraagformulering van (on) gezonde gewoonten in ronde 7 van de European Social Survey (2014/'15), zie ook [Verantwoording en bronnen](#).

Wat is gezond en ongezond?

Wat is gezond?

We bestuderen 3 gezonde gedragingen: het eten van groente, eten van fruit, en voldoende bewegen. Voor het eten van groente en fruit zijn geen gestandaardiseerde gezondheidsnormen voorhanden. De Gezondheidsraad (2015) stelt echter wel dat het eten van groente en fruit het risico op coronaire hartziekten, beroerte, diabetes en bepaalde soorten kanker verlaagt. De raad adviseert dan ook het dagelijks consumeren van ten minste 200 gram groente en ten minste 200 gram fruit. Bij het eten van groente bij de maaltijd maken we daarom onderscheid tussen personen die minstens 1 keer per dag groente eten en personen die dit niet doen. Vervolgens kijken we naar het regelmatig consumeren van fruit. We beschouwen daarbij het dagelijks eten van fruit als gezond.

De derde gezonde gedraging is voldoende bewegen. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) veronderstelt dat een minimale hoeveelheid beweging nodig is om de gezondheid te onderhouden. Die bestaat uit wekelijks ten minste 2,5 uur matig intensief bewegen, verspreid over meerdere dagen. Wij definiëren voldoende bewegen als: minstens 1 dag per week meer dan 30 minuten intensief bewegen. Voor meer informatie over de gebruikte vragen en antwoordcategorieën, zie [Verantwoording en bronnen](#).

Wat is ongezond?

We bestuderen 3 ongezonde gedragingen: roken, alcohol drinken en het hebben van overgewicht. Roken is sterk van invloed op ziekte en gezondheid; rokers in Nederland sterven gemiddeld 4,1 jaar eerder en zijn 4,6 jaar minder in goede gezondheid dan niet-rokers. In deze bijdrage maken we onderscheid tussen niet-rokers en personen die dit dagelijks of regelmatig doen.

Ook regelmatig alcohol drinken beschouwen we als een ongezonde gedraging. De Gezondheidsraad (2015) geeft als advies: 'Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.' Regelmatig alcoholgebruik heeft niet alleen gevolgen voor de gezondheid; het heeft ook secundaire nadelige gevolgen, zoals verminderde arbeidsproductiviteit, huiselijk geweld en verkeersongevallen. Onze definitie van regelmatig alcohol drinken is het meerdere keren per week consumeren van alcohol.

Tot slot bekijken we het hebben van een ongezond lichaamsgewicht (Body Mass Index). Hierbij maken we een onderscheid tussen personen met een BMI hoger dan 30 (obesitas), een BMI hoger dan 25 (overgewicht), en personen met een lagere BMI. Hoewel de gezondheidsrisico's van (matig) overgewicht minder duidelijk zijn, stelt de Gezondheidsraad (2003) dat de gezondheidsrisico's van obesitas redelijk goed zijn gedocumenteerd. De met obesitas gepaard gaande morbiditeit leidt bijvoorbeeld tot meer medische behandeling, meer arbeidsongeschiktheid en hogere kosten voor de gezondheidszorg.

Hoe vaak komt (on)gezond gedrag voor in Nederland en Europa?

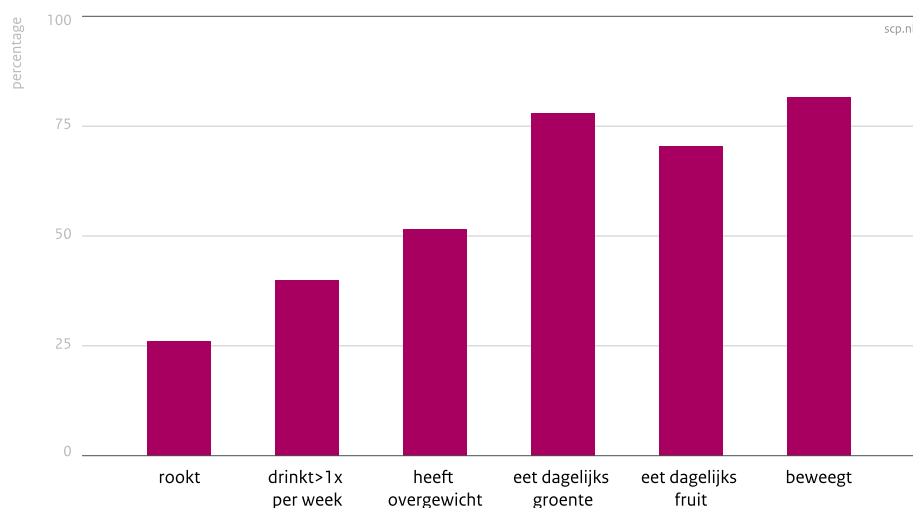
Figuur 1.1 toont de prevalentie van de zes bovengenoemde leefstijlgedragingen in de Nederlandse bevolking in 2014.

- Van alle personen tussen de 25 en 70 jaar blijkt 26% een regelmatig of intensief roker. Roken is daarmee een slechte gewoonte van ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking.
- Regelmatig alcohol drinken komt veel vaker voor; 40% van de Nederlanders geeft aan meerdere keren per week alcohol te consumeren.
- Overgewicht nemen we bij meer dan de helft van de bevolking waar (51,6%).
- Het dagelijks nuttigen van groente en fruit is met 77,9% respectievelijk 70,4% een veelvoorkomend aspect van een gezonde leefstijl in Nederland.
- Het merendeel van de Nederlanders (81,6%) rapporteert ten minste eenmaal per week meer dan 30 minuten stevige fysieke inspanning te verrichten. Dit hoeft geen sport te zijn, maar kan ook in een stevig tempo wandelen of tuinieren betreffen.

Figuur 1.1

Prevalentie zes gezondheidsgedragingen

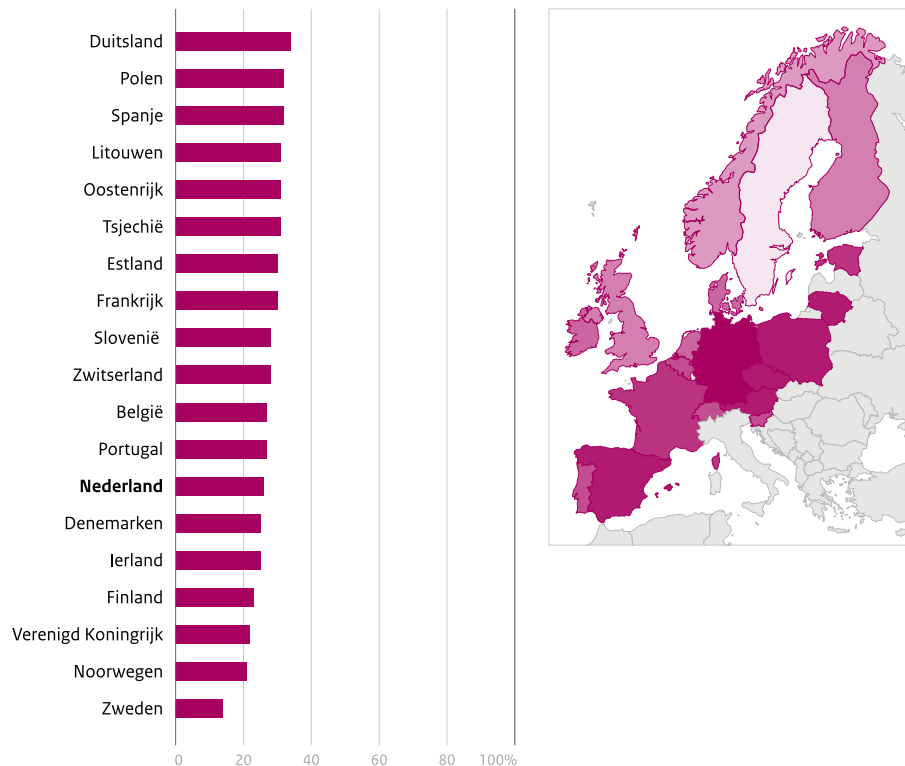
[Prevalentie zes gezondheidsgedragingen, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, 2014 (in procenten).]



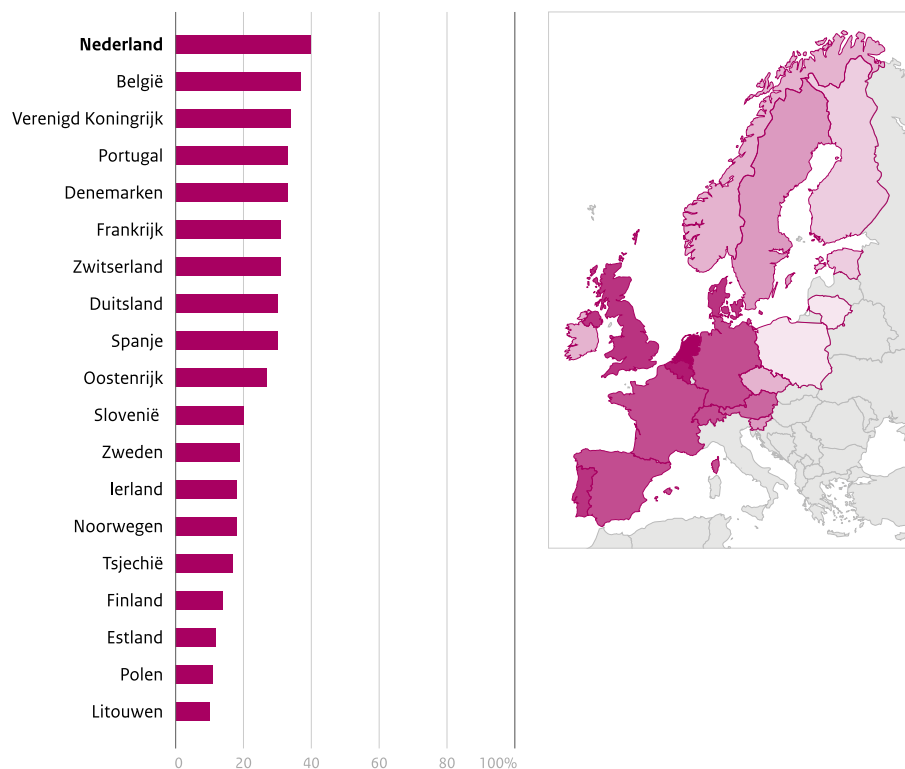
Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Figuur 1.2
Prevalentie zes gezondheidsgedragingen in Europa
 [Prevalentie zes gezondheidsgedragingen, EU-bevolking van 25-70 jaar, 2014-2015 (in procenten).]

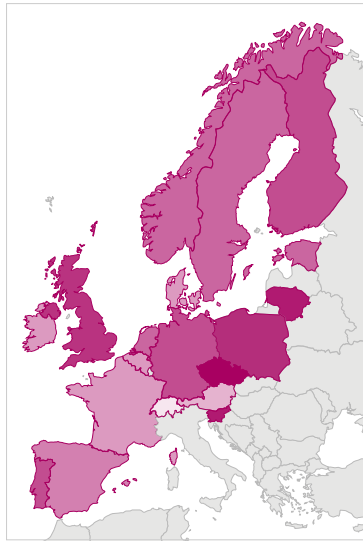
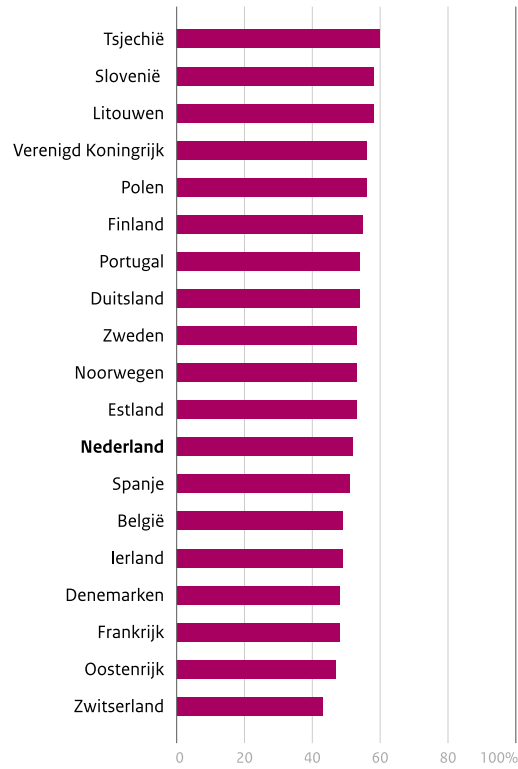
Rookt



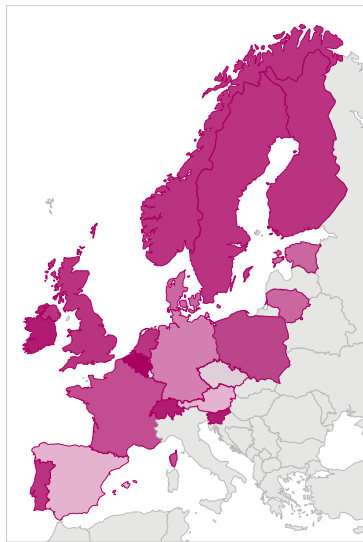
Drinkt >1x per week



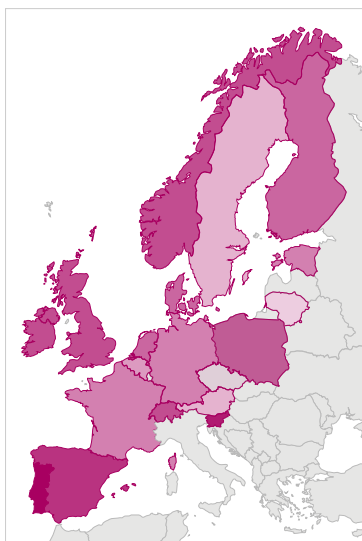
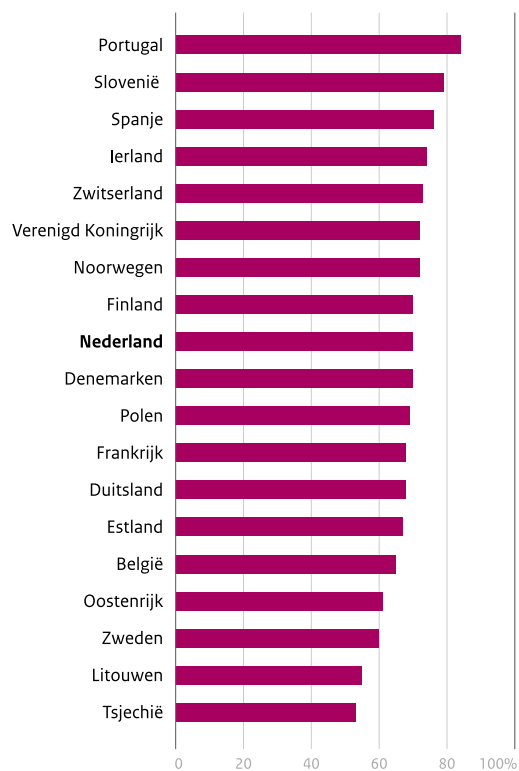
Heeft overgewicht



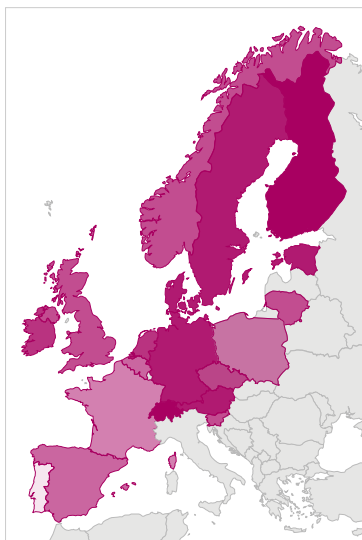
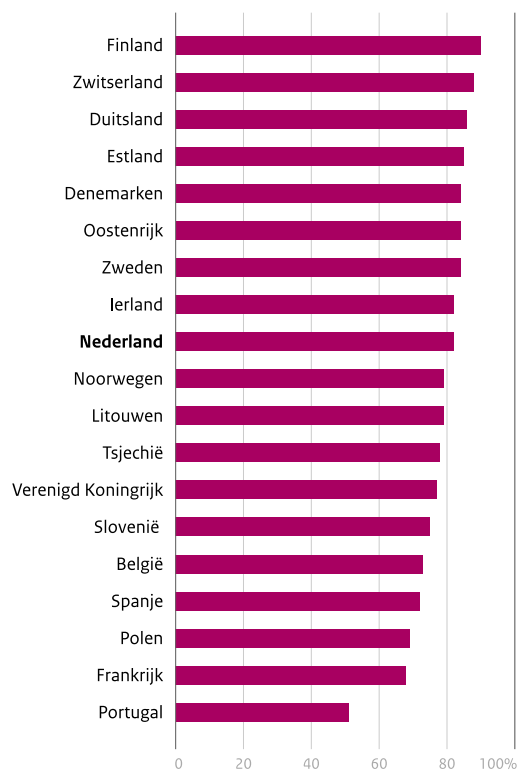
Eet dagelijks groente



Eet dagelijks fruit



Beweegt



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (n = 25.538)

In Nederland wordt gemiddeld genomen ongeveer net zo veel gerookt als in de rest van Europa (26% in Nederland, 27% in Europa). Nederland staat echter in de top als het gaat om regelmatige alcoholconsumptie (40% in Nederland, 24% in Europa). Regelmatige alcoholconsumptie is in Nederland blijkbaar wijder verspreid en breder geaccepteerd dan in andere Europese landen.

Hoewel de bovenstaande figuur informatie geeft over de incidentie en prevalentie van gezondheidgerelateerd gedrag onder de bevolking als geheel, moeten we nagaan bij welke sociale groepen risicogedragingen en gezondheid bevorderende activiteiten het meest voorkomen. Dit geeft namelijk specifieke informatie over mogelijke oorzaken van bestaande gezondheidsongelijkheid tussen bevolkingsgroepen. Met de kaarten 2 tot en met 10 focussen we daarom op het belang van opleidingsverschillen in de zes bovengenoemde gezondheidgerelateerde gedragingen zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). Met [Alternatieve geneeswijzen](#) gaan we nader in op de populariteit van alternatieve geneeswijzen als een uitzonderlijke vorm van aan gezondheid rakend gedrag.

Literatuur

Gezondheidsraad (2003). Overgewicht en obesitas. Te raadplegen op <https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/0307n.pdf>.

Gezondheidsraad (2015). Richtlijnen goede voeding 2015. Te raadplegen op https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201524_richtlijnen_goede_voeding_2015.pdf.

Huijts, T., A. Gkiouleka, N. Reibling, K.H. Thomson, T.A. Eikemo en C. Bambra (2017). Educational inequalities in risky health behaviours in 21 European countries: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. In: *The European Journal of Public Health*, jg. 27, suppl_1, p. 63-72.

Mackenbach, J. (2010). *Ziekte in Nederland. Volksgezondheid tussen biologie en politiek*. Amsterdam: Mouria en Elsevier gezondheidszorg.

McCartney, G., C. Collins en M. Mackenzie (2013). What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? In: *Health Policy*, jg. 113, nr. 3, p. 221-227.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal*, Den Haag.

Williams, S.J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? In: *Sociology of Health & Illness*, jg. 17, nr. 5, p. 577-604.

Deze kaart citeren

Kraaykamp, G., S. André en R. Meuleman (2017). Gezondheidsgedrag in Nederland. In: *Een (on) gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/gezondheidsgedrag-in-nederland>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Opleiding als scheidslijn

Auteurs: [Gerbert Kraaykamp](#), [Stéfanie André](#) en [Roza Meuleman](#)

Opleidingsverschillen: een prominente scheidslijn

Het onderscheid tussen hoog- en laagopgeleiden wordt vaak gezien als een prominente sociale scheidslijn in de Nederlandse bevolking. Onlangs zijn er diverse wetenschappelijke publicaties verschenen die deze opleidingskloof in Nederland centraal stellen (Bovens et al. 2014; De Lange et al. 2015; Van de Werfhorst 2015). Volgens deze studies is er sprake van opleidingsverschillen op een breed spectrum aan gedragingen en voorkeuren: in werkgerelateerde aspecten, in cultuurdeelname (elitaire vs. populaire cultuuruitingen), in opvattingen en houdingen, in sociale netwerken (steun en vriendschap), in politiek vertrouwen en op het terrein van demografische transitie (huwen, kinderen krijgen, scheiden).

Een meer algemene constatering op basis van deze onderzoeken is dat de verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden substantieel en vaak ook blijvend zijn. We gaan daarom ook specifiek voor gezondheidgerelateerd gedrag in op de differentiatie tussen hoog- en laagopgeleiden. Waar we over opleidingsverschillen rapporteren, zijn deze statistisch significant zie ook [Verantwoording en bronnen](#).

De onderzoeksvragen

We stellen onderzoeksvragen zoals de volgende.

- Hoe staat het met de opleidingskloof in leefstijluitingen zoals roken, alcohol drinken, overgewicht, gezonde voeding en bewegen?
- In hoeverre is de cumulatie van risicofactoren gerelateerd aan opleiding?
- En in hoeverre verschilt de opleidingskloof in gezondheidsgedragingen tussen jongeren en ouderen, mannen en vrouwen, en tussen personen die sociaal gestegen of gedaald zijn?
- Zijn de opleidingsverschillen in gezondheidsgedrag onder verschillende omstandigheden gelijk, oftewel, in hoeverre verschillen hoog- en laagopgeleiden van elkaar in diverse contexten (in Europa, in Nederland en in verschillende buurten)?

Deze vragen worden beantwoord in de diverse kaarten.

Waarom kijken naar hoogst bereikte opleiding?

Wetenschappelijke studies naar sociale ongelijkheid in gezondheid of gezondheidgerelateerd gedrag gebruiken vaak het hoogst bereikte opleidingsniveau als bepalende factor voor iemands sociale positie (naast inkomen en beroepspositie). Hiervoor is een aantal goede redenen aan te voeren (Huijts et al. 2017).

1. Het hoogst bereikte opleidingsniveau is een relatief *stabiel stratificatiekenmerk* in de levensloop van een persoon; na het 25^e levensjaar verandert het nog maar weinig. Hierdoor is het ook een bestendige en relevante voorspeller van allerlei voorkeuren, mogelijkheden en uitkomsten in iemands leven.
2. De hoogst bereikte opleiding is sterk *verbonden met eigenschappen en kenmerken* van personen die verklaren *waarom* personen uit de lagere sociale klassen vaker gezondheidgerelateerd risicogedrag tentoonspreiden dan personen uit de hogere klassen (zie hieronder bij de paragraaf Mechanismen) (Mackenbach 2010). Bij deze mechanismen moeten we vooral denken aan beperktere toegang tot financiële, culturele en sociale hulpbronnen (Gesthuizen et al. 2012; Lahelma et al. 2004; Ross en Wu 1995).
3. Het vaststellen van individueel opleidingsniveau middels een op één moment afgenomen landenvergelijkend onderzoek (zoals in de European Social Survey) is relatief *betrouwbaar en valide*. Alternatieve indicatoren van de sociale positie van een persoon, zoals inkomen en beroepsniveau, verschillen veel meer van tijd tot tijd, en zijn vaak ook nog afhankelijk van specifieke regelingen of constellaties in een land.

Mechanismen: waarom is opleiding gerelateerd aan gezondheidsgedrag?

Uit eerder onderzoek is gebleken dat lager opgeleiden over het algemeen een slechtere gezondheid rapporteren en oververtegenwoordigd zijn onder degenen met een minder gezonde leefstijl (Eikemo et al. 2017; Mackenbach 2010; Ross en Wu 1995). Achter deze opleidingsverschillen gaat een veelheid aan mechanismen schuil, die (mogelijk) verklaart waarom lager en hoger opgeleiden van elkaar verschillen op het terrein van gezondheidsgedrag. Deze mechanismen zijn theoretisch goed van elkaar te onderscheiden, maar kunnen elkaar hoogstwaarschijnlijk ook versterken. Dat wil zeggen, zij komen vaak tegelijkertijd bij dezelfde personen voor (Gesthuizen et al. 2012; Mackenbach 2010; Williams 1995), waardoor nadelige gezondheidseffecten zich opstapelen en sterker zullen zijn. Niettemin is het belangrijk om vast te stellen dat de ondergenoemde mechanismen niet altijd in dezelfde mate bij de zes onderscheiden gewoonten werkzaam zijn.

Kennis- en competentieverschil

De eerste, veelgenoemde verklaring is het kennis- en competentieverschil op het gebied van gezondheid tussen hoog- en laagopgeleiden. Hierbij speelt niet alleen dat hoogopgeleiden meer informatie over, en vaardigheden voor gezond gedrag bezitten en daarnaar kunnen handelen, ook is gezondheidsinformatie vaak zodanig ingewikkeld (vindbaar) dat de toegankelijkheid voor laagopgeleiden beperkter is (Rademakers 2014).

Financiële mogelijkheden

Ten tweede maken de vaak ruimere financiële mogelijkheden van hoger opgeleiden het makkelijker om gezonder gedrag tentoon te spreiden. Gezonde keuzes zijn namelijk meestal kostbaarder dan ongezonde alternatieven. Lichamelijk actief zijn vergt bijvoorbeeld financiële investeringen in verenigingslidmaatschap en een sportuitrusting, en gezonde (biologische) voeding is ook vaak duurder. Ook bemoeilijkt het beperktere financiële budget van lager opgeleiden hen in de toegang tot en het gebruik van gezondheidszorgfaciliteiten.

Type werk

Als derde merken we op dat het bereikte opleidingsniveau veelal een gevolg kent in het soort werk dat personen (gaan) verrichten. Hoger opgeleiden hebben vaker lichamelijk minder belastend werk

en werken veelal onder gunstigere arbeidsomstandigheden, wat betreft autonomie, geluid, vocht en giftige stoffen. Ook deze werkomstandigheden zijn gerelateerd aan gezondheidsuitkomsten.

Sociale netwerken

Ten vierde is het relevant de rol van sociale netwerken van mensen te benoemen. Personen uit het directe sociale netwerk kunnen psychische en fysieke steun bieden, informatie delen, en signaleren. Hoger opgeleiden hebben over het algemeen een ruimer sociaal netwerk, waarvan de leden vaker over meer kennis, hulpbronnen en mogelijkheden beschikken.

Culturele leefstijlverschillen

Ten vijfde wijzen we op culturele leefstijlverschillen die samengaan met opleidingsverschillen. Culturele smaken en voorkeuren zijn sterk verbonden met sociale groepen, die vaak gebaseerd zijn op de verschillende opleidingscategorieën. Het uiten van groepsspecifieke culturele leefstijlgedragingen kan mensen een identiteit verschaffen en het gevoel versterken tot een groep te behoren. Ook gezondheidgerelateerde gedragingen (en kennis) kunnen worden gezien als cultuuruitingen van specifieke, vaak op opleiding gebaseerde, sociale groepen, waardoor de associatie tussen deze gedragingen en opleiding tot stand komt.

Contexten waarin mensen leven

Als laatste is er een rol weggelegd voor de contexten waarin mensen leven, die samenhangen met opleiding. Omdat hoger opgeleiden op diverse gebieden op elkaar lijken (financieel, cultureel en qua voorkeuren), clusteren zij ook vaak bij het wonen in bepaalde wijken met relatief goede omstandigheden. Ook dit kan gevolgen hebben voor scheidslijnen in risico- en gezondheidsgewoonten. In tabel 2.1 zien we hoe het hoogst bereikte opleidingsniveau in Nederland in 2014 is verdeeld.

Het meten van het opleidingsniveau

Opleiding wordt in empirisch onderzoek op diverse manieren gemeten. In de European Social Survey is het opleidingsniveau van personen tussen de 25 en 70 jaar vastgesteld met een enkelvoudige vraag naar de hoogst afgeronde opleiding. Aan Nederlandse ondervraagden is een kaart voorgelegd, met daarop 48 mogelijke opleidingen binnen het huidige (en voormalige) Nederlandse onderwijslandschap.

Om voldoende vulling in de opleidingscategorieën te waarborgen, kiezen we hier voor een differentiatie naar vier niveaus (zie tabel 2.1). Lager opgeleid omvat de categorieën lager onderwijs, lbo, mulo, mavo en kmbo (31,0%). Hoog secundair opgeleid is de grootste categorie (35,9%), bestaand uit een opleiding op mbo-, mms-, havo-, vwo-, hbs-, kort hbo- en mbo+-niveau. Binnen het tertiair onderwijs onderscheiden we personen met een hbo-diploma (23,5%) en wetenschappelijk opgeleiden (9,6%). Hiermee wordt het onderscheid tussen een academisch georiënteerde en beroepsgeoriënteerde bovenlaag in de Nederlandse samenleving in kaart gebracht. Personen die nog op school zitten of studeren, zijn in onze studie uitgesloten; zij hebben hun opleiding nog niet afgerond.

Tabel 2.1

Opleiding in Nederland

[Hoogst afgeronde opleiding, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, 2014-2015 (in procenten).]

		%	(n)
laagopgeleid	lo, bao, lbo, mulo, mavo, vmbo, kmbo, mbo 1	31,0	(438)
hoog secundair opgeleid	mbo 2-4, mms, havo, vwo, hbs, kort hbo, mbo+, propedeuse wo	35,9	(508)
hbo-opgeleid	hbo bachelor en master	23,5	(333)
wetenschappelijk opgeleid	wo bachelor en master, kandidaats en doctoraal	9,6	(136)
totaal		100	(1415)

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Literatuur

Bovens, M., P. Dekker en W. Tiemeijer (2014). *Gescheiden werelden. Een verkenning van sociaal-culturele tegenstellingen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Eikemo, T.A., C. Bambra, T. Huijts en R. Fitzgerald (2017). The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. In: *European Sociological Review*, jg. 33, nr. 1, p. 137-153.

Gesthuizen, M., T. Huijts en G. Kraaykamp (2012). Explaining health marginalisation of the lower educated: the role of cross national variations in health expenditure and labour market conditions. In: *Sociology of Health & Illness*, jg. 34, nr. 4, p. 591-607.

Lahelma, E., P. Martikainen, M. Laaksonen en A. Aittomäki (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. In: *Journal of Epidemiology & Community Health*, jg. 58, nr. 4, p. 327-332.

Lange, M. de, J. Tolsma en M.H. Wolbers (2015). *Opleiding als sociale scheidslijn. Een nieuw perspectief op een oude kloof*. Apeldoorn/Antwerpen: Maklu.

Mackenbach, J. (2010). *Ziekte in Nederland. Volksgezondheid tussen biologie en politiek*. Amsterdam: Mouria en Elsevier gezondheidszorg.

Rademakers J. (2014). *Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.

Ross, C.E., en C.L. Wu (1995). The links between education and health. In: *American Sociological Review*, jg. 60, nr. 5, p. 719-745.

Werfhorst, H. van de (2015). *Een kloof van alle tijden tussen lager en hoger opgeleiden*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Williams, S.J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? In: *Sociology of Health & Illness*, jg. 17, nr. 5, p. 577-604.

Deze kaart citeren

Kraaykamp, G., S. André en R. Meuleman (2017). Opleiding als scheidslijn. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/opleiding-als-scheidslijn>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

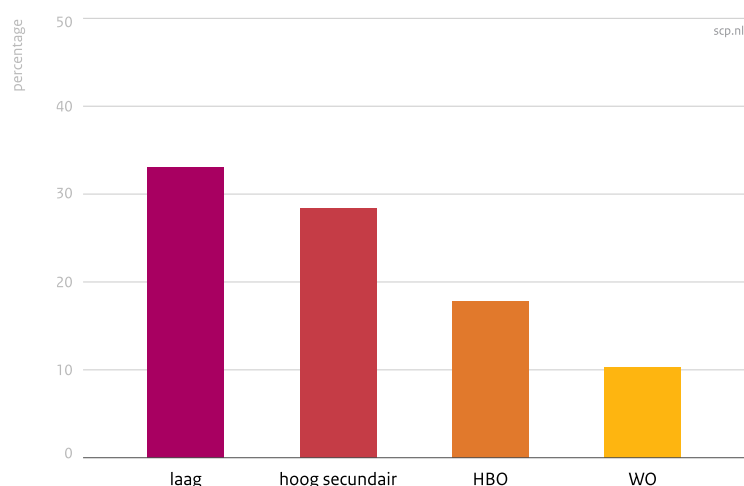
Hier gaan we in op de opleidingsverschillen in gezondheidgerelateerd gedrag in Nederland. We bestuderen opleidingsscheidslijnen in roken, regelmatig alcohol drinken, overgewicht, groente en fruit eten, en bewegen onder de Nederlandse bevolking in 2014. Eventuele opleidingsverschillen in gezondheidgerelateerd gedrag kunnen voortkomen uit het feit dat laag- en hoogopgeleiden verschillen in gezondheidskennis, financiële mogelijkheden, werkomstandigheden, sociale netwerken, culturele leefstijlverschillen en context, zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). Grote opleidingsverschillen in roken

Kennis over de kwalijke gevolgen van roken is wijdverbreid. Tevens zijn in Nederland reeds lange tijd leeftijdsrestricties en reclamebeperkende maatregelen ingevoerd en geldt er een rookverbod op de werkplek en in openbare gebouwen en ruimtes. Desondanks zijn er in 2014 nog veel mensen die aangeven dagelijks te roken. Deze (regelmatige) rokers vindt men vooral onder de lager en hoog secundair opgeleiden (33,1% resp. 28,4%), terwijl hoger opgeleiden veel minder vaak (regelmatige) rokers zijn. Dit is wellicht te verklaren vanuit het idee dat lager opgeleiden minder kennis hebben over de ernstige gezondheidsgevolgen van roken, of meer acceptatie van roken ervaren binnen hun sociale netwerk (en dus minder stigma) dan hoger opgeleiden. Hoewel roken inmiddels zeer duur is (geworden), lijken financiële overwegingen bij roken een minder belangrijke rol te spelen.

Figuur 3.1

Rookgedrag naar opleidingsniveau

[Respondent rookt,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau, 2014-2015 (in procenten).]



a Onder roken verstaan wij het dagelijks roken en het wel roken, maar niet dagelijks. Voor meer informatie over de variabelen zie [Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#).

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Drinken juist iets van hoogopgeleiden

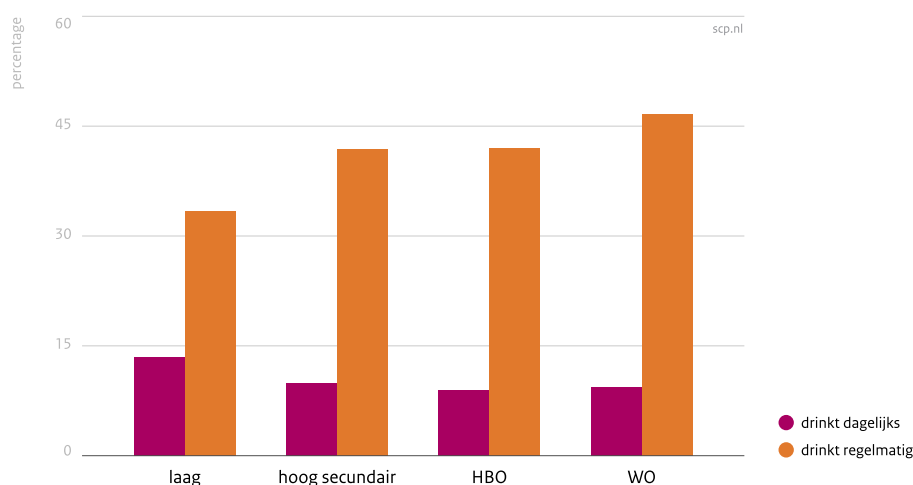
Figuur 3.2 illustreert dat personen die regelmatig alcohol drinken [Meerdere keren per week.] het vaakst te vinden zijn onder wetenschappelijk opgeleiden (46,7%), tegenover 33,4% onder laagopgeleiden. Dit is opmerkelijk, aangezien de Gezondheidsraad overvloedige alcoholconsumptie afraadt. Het lijkt erop dat onder de wo-opgeleiden regelmatig alcoholgebruik zodanig sociaal en cultureel geaccepteerd is, dat het hoort bij de leefstijl van deze groep, zie ook [Opleiding als scheidslijn](#); dat kan een reden zijn om mogelijke nadelige gezondheidseffecten te negeren.

Meer algemeen constateren we dat frequente alcoholconsumptie vaker voorkomt onder mensen met een hogere opleiding; onder lager opgeleiden is regelmatig alcoholgebruik het minst gebruikelijk (33,4%), terwijl dit gestaag oploopt bij de hogere opleidingscategorieën. Aangenomen mag worden dat deze samenhang ook deels te verklaren is door het gemiddeld genomen hogere inkomen van hoger opgeleiden. Anders dan bij regelmatige alcoholconsumptie, zijn de verschillen tussen opleidingsgroepen in het dagelijks consumeren van alcohol niet noemenswaardig.

Figuur 3.2

Alcoholconsumptie naar opleidingsniveau

[Drinkt regelmatig^a of dagelijks alcohol, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau, 2014 (in procenten).]



a Meer dan 1 keer per week.

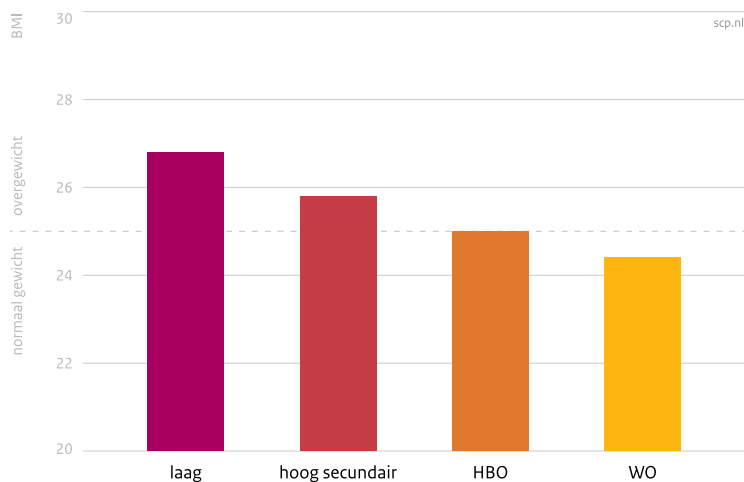
Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Ook lichaamsgewicht en groenteconsumptie zijn sterk gedifferentieerd

Figuur 3.3 presenteert de opleidingsverschillen naar (relatief) lichaamsgewicht gemeten in BMI. De gemiddelde BMI onder de laag en hoog secundair opgeleiden ligt boven de 25, wat duidt op overgewicht. Bij de hbo-opgeleiden ligt het BMI-gemiddelde precies op de grens van overgewicht, terwijl de wo-opgeleiden met 24,4 ruim onder de grens van overgewicht blijven. Ook hier kunnen kennis en financiële mogelijkheden een rol spelen in de verklaring van de gepresenteerde opleidingskloof zie ook [Opleiding als scheidslijn](#).

Figuur 3.3

BMI naar opleidingsniveau

[BMI, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau, 2014^a.]

a De gestippelde lijn is de grens voor overgewicht (BMI > 25).

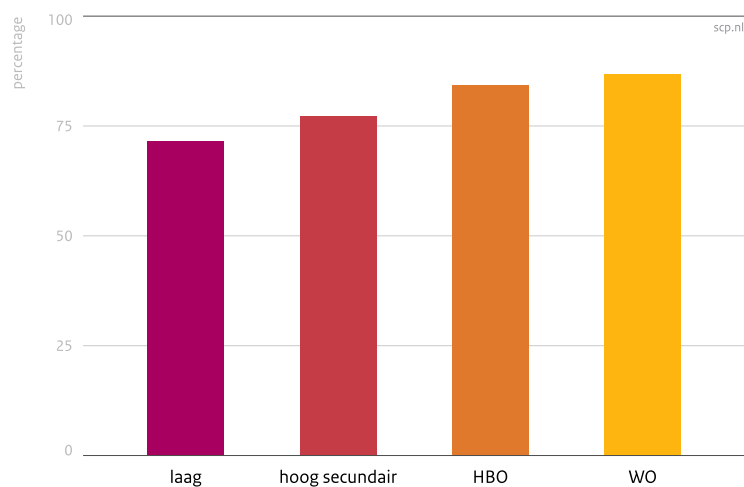
Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Opleidingsverschillen in gezonde consumptie zijn minder groot dan bij de andere gezondheidsgedragingen. Voor het dagelijks eten van groente en fruit vinden we echter wel een duidelijk verband met opleiding: hoe hoger de opleiding, hoe gezonder men eet. Hoewel wo-opgeleiden vaker dan de laagopgeleiden aangeven dagelijks fruit te eten, is dit verschil van 5,6 procentpunten te verwaarlozen. Dit in tegenstelling tot de verschillen in het dagelijks eten van groente, waar we wel noemenswaardige verschillen tussen deze groepen vinden (15,4 procentpunten). De opleidingsverschillen zijn dus groter voor de dagelijkse consumptie van groente, dan voor die van fruit.

Figuur 3.4

Groenteconsumptie naar opleidingsniveau

[Eet minstens 1x per dag groente, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Bewegen meest in trek bij wo-opgeleiden

Figuur 3.5 laat zien dat de laagopgeleiden het minst vaak bewegen (72,6%). Wellicht hebben laagopgeleiden minder financiële middelen om georganiseerd te gaan sporten of een sportuitrusting aan te schaffen, zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). Fysieke activiteit in de vrije tijd is het meest gebruikelijk onder wetenschappelijk opgeleiden: 92,5% van hen beweegt voldoende. Mogelijke verklaringen hiervoor liggen in het feit dat zij de meeste kennis over de gezondheid bevorderende effecten van bewegen hebben, en daarnaast meer financiële mogelijkheden voor sportbeoefening bezitten.

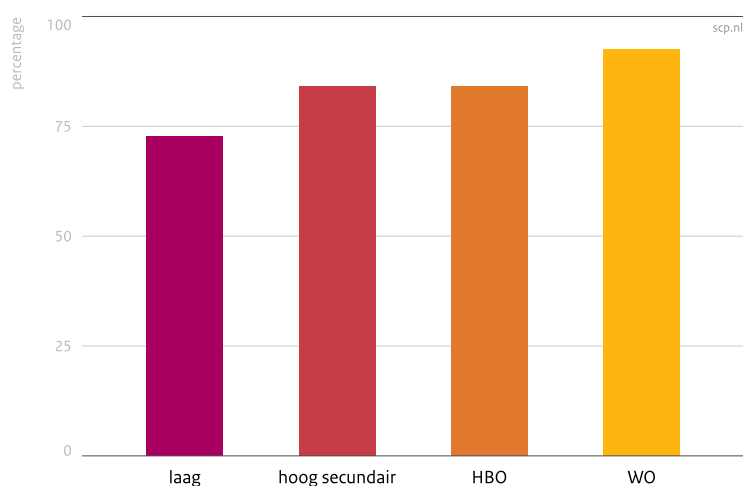
Voldoende gezond bewegen

Om vast te stellen of mensen voldoende gezond bewegen, is aan hen gevraagd op hoeveel dagen in de afgelopen week zij in een stevig tempo hebben gewandeld, gesport of een andere lichamelijke activiteit hebben verricht gedurende ten minste 30 minuten. Het bewegen kan daarmee betrekking hebben op fietsen naar het werk, maar ook op intensief sporten. Hier definiëren we voldoende bewegen als ten minste één keer per week meer dan 30 minuten intensief bewegen zie [Verantwoording en bronnen](#).

Figuur 3.5

Bewegen naar opleidingsniveau

[Beweegt minstens 1 dag per week meer dan 30 minuten intensief, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

In [Stapeling van risicofactoren](#) bekijken we in hoeverre de stapeling van (on)gezonde gedragingen gerelateerd is aan opleiding.

Deze kaart citeren

André, S., Meuleman, R., en Kraaykamp, G. (2017). . In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Nederland in Europa

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

Hoe verhoudt Nederland zich wat betreft de opleidingskloof in gezondheidsgedrag tot andere landen? In de European Social Survey (2014-2015) is voor 19 Europese landen nagegaan hoe laag- en hoogopgeleide personen tussen de 25 en 70 jaar verschillen in hun gezondheidsgedrag. Voor de overzichtelijkheid zijn hierbij de tertiair opgeleiden (hbo en wo) samengenomen en wordt de opleidingskloof concreet afgemeten aan het verschil tussen de laagst en hoogst opgeleiden. We bestuderen wederom scheidslijnen in roken, regelmatig alcohol drinken, overgewicht, groente en fruit eten, en bewegen.

Opleidingsverschillen in gezondheidsgedrag in Europa

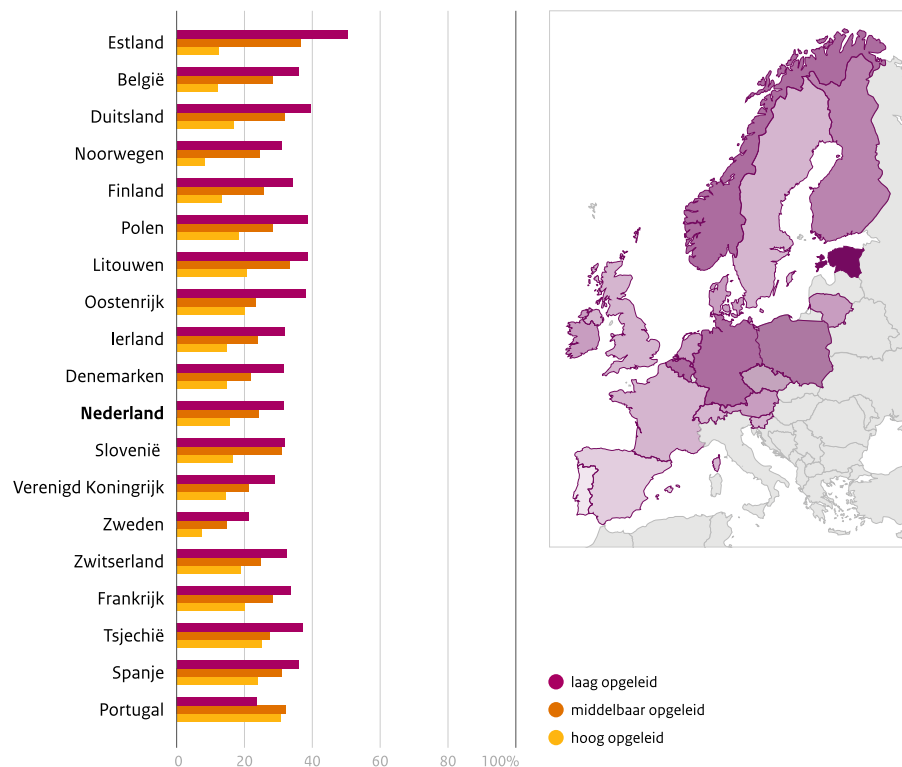
Figuur 4.1 toont opleidingsverschillen in de zes gezondheidsgedragingen in Europa. Door te klikken op de landkaart kunt u de verschillende indicatoren selecteren.

Figuur 4.1

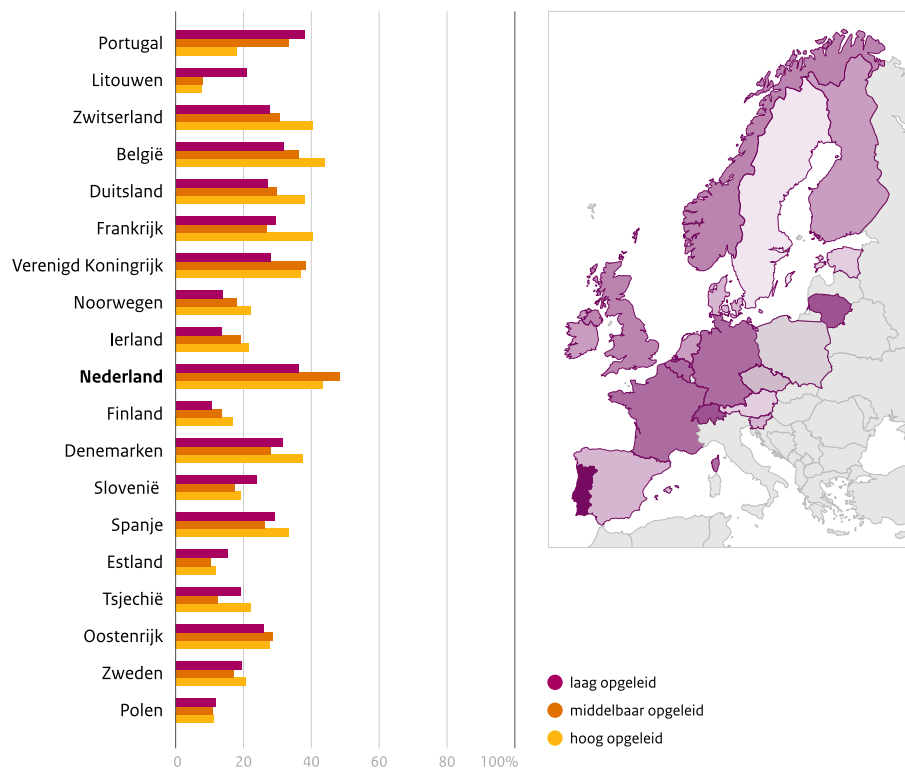
De opleidingskloof in gezondheidsgedrag in Europa

[De opleidingskloof in gezondheidsgedrag, EU-bevolking van 25-70 jaar, 2014-2015 (in procenten).]

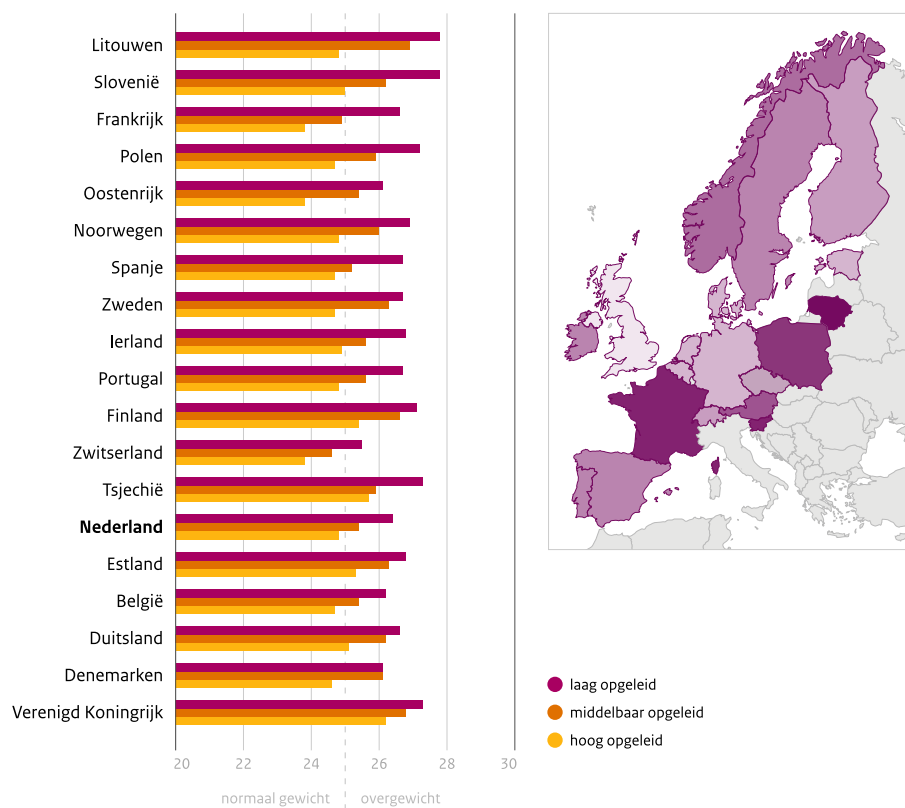
Rookt



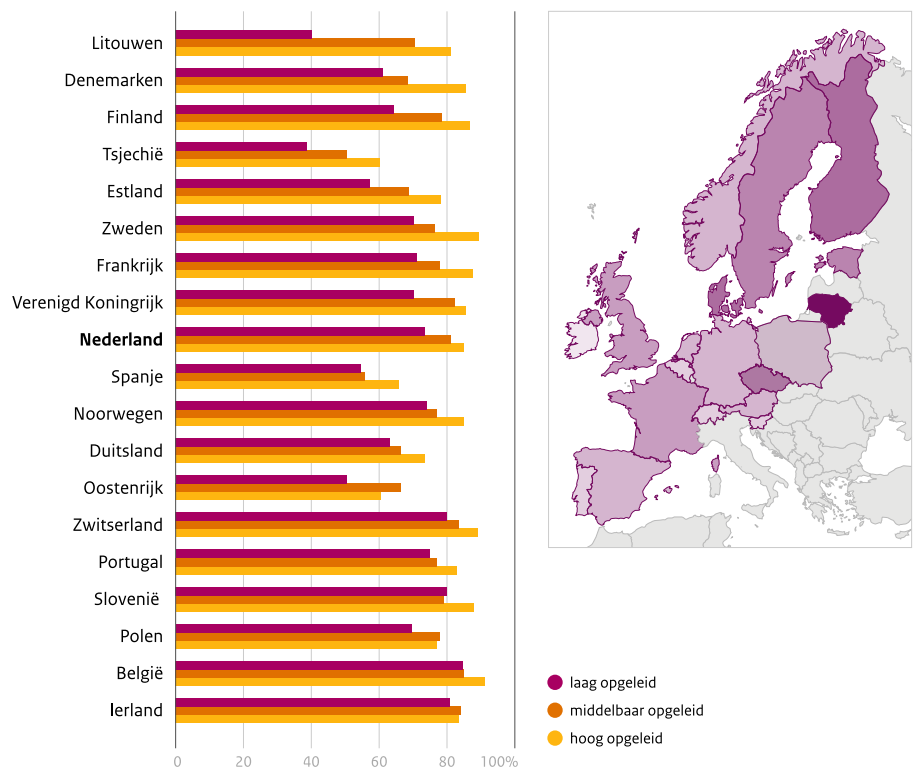
Drinkt >1x per week



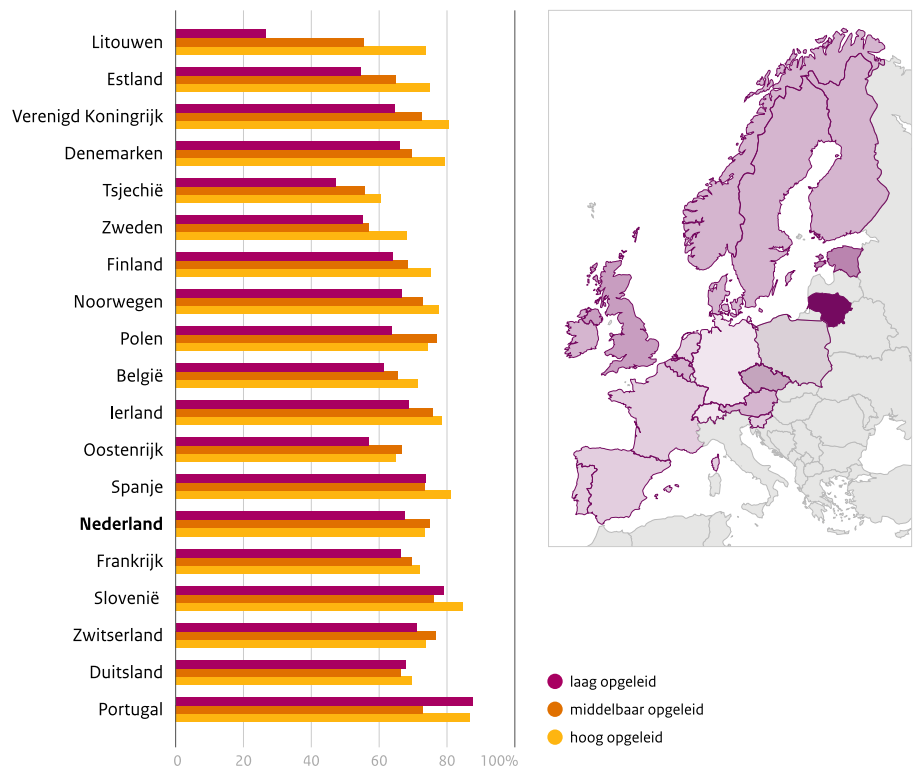
Gemiddeld BMI



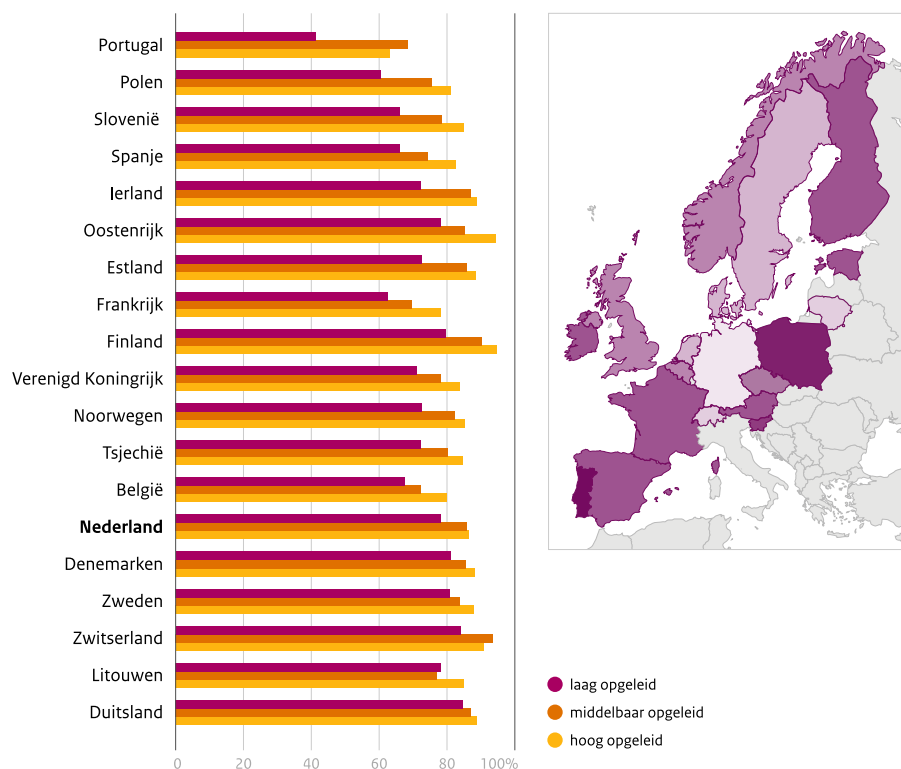
Eet dagelijks groente



Eet dagelijks fruit



Beweegt



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (n = 25.538)

Roken

We zien dat alleen in Portugal hoogopgeleiden meer roken dan laagopgeleiden; in alle andere landen is deze ongezonde gewoonte meer in trek bij de laagst opgeleiden. Nederland neemt een middenpositie in als het gaat om de kloof tussen laag- en hoogopgeleid, met een verschil van 15,8 procentpunten. In het oog springen de relatief grote opleidingsverschillen in roken in België en Estland, waar de kloof zelfs 23 procentpunt of meer bedraagt. Voor roken stellen we vast dat een opleidingskloof in vrijwel geheel Europa wordt aangetroffen, en dat roken Europa-breed behoort tot een ongezonde leefstijluiting van met name laagopgeleiden.

Alcoholgebruik

Bij de alcoholconsumptie in Europa' constateren we dat Nederland een middenpositie inneemt qua ongelijkheid tussen hoog- en laagopgeleiden in regelmatig [Vaker dan 1 keer per week.] alcohol drinken. In de meeste landen zijn het hoger opgeleiden die het vaakst drinken, maar in zes landen (met name Portugal en Litouwen) zijn het lager opgeleiden die frequenter alcohol nuttigen.

De kloof is met name groot in Midden-Europese landen, zoals België, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland. Daar kennen de hoogst opgeleiden een relatief hoge alcoholconsumptie en loopt de opleidingskloof op tot boven de 10 procentpunt. Opmerkelijk is dat van alle Europese landen, in Nederland en België de regelmatige alcoholconsumptie onder de hoogopgeleiden het hoogst is.

Overgewicht

Een vergelijking van opleidingsverschillen in relatief lichaamsgewicht (BMI) laat zien dat de laagst opgeleiden in Nederland gemiddeld 1,6 BMI-punten zwaarder zijn dan hoogopgeleiden. Een dergelijk substantieel verschil treffen we in vrijwel alle Europese landen aan, variërend tussen

de 1,1 tot 3,0 BMI-punten. De BMI-verschillen naar opleiding zijn met name groot in Midden- en Oost-Europese landen (Slovenië, Frankrijk en Litouwen).

Groente en fruit eten

Opleidingsverschillen in het eten van groente en fruit blijken internationaal sterk te verschillen. Waar in Litouwen het dagelijks eten van fruit extreem ongelijk verdeeld is over opleidingsgroepen, is er in Duitsland en Portugal vrijwel geen onderscheid tussen hoog- en laagopgeleiden. Ook in Nederland zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen opleidingsgroepen; 68% van de laagst opgeleiden eet dagelijks fruit, tegenover 74% van de hoogopgeleiden.

Bij het dagelijks eten van groente vinden we een meer eenduidig beeld: Europa-breed zijn het de hoger opgeleiden die vaker dagelijks groente eten. Wederom zijn de opleidingsverschillen het grootst in Litouwen. Nederland neemt een middenpositie in Europa in bij de opleidingsverschillen. Opvallend is wel dat in Nederland het verschil tussen hoog- en laagopgeleiden in groenteconsumptie duidelijk groter is (11,4 procentpunten) dan in fruitconsumptie (5,8 procentpunten) zie ook [Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#). Het overkoepelende beeld is dat in heel Europa dagelijks gezond eten onder hoger opgeleiden gebruikelijker is dan onder lager opgeleiden. De landverschillen zijn echter groot. In hoeverre hierbij prijs, beschikbaarheid, of culturele en kennisverschillen een rol spelen, moet nader worden onderzocht.

Bewegen

Vooraf in Noord-Europese landen is voldoende bewegen relatief gelijk verdeeld over opleidingsgroepen. Nederland vormt hierbij geen uitzondering, met een klein, doch niet te verwaarlozen verschil van 8,1 procentpunten tussen de hoog- en laagopgeleiden in stevig bewegen. Met name in Oost-Europese landen (behalve in Litouwen) zijn de verschillen duidelijk groter. Dit is vooral toe te schrijven aan het vaker niet-bewegen van de laagst opgeleiden aldaar. Hoger opgeleiden in Europa bewegen namelijk overal ongeveer even vaak (tussen de 80% en 90%). Een uitzondering hierbij is Portugal; daar is de gerapporteerde lichaamsbeweging over het algemeen relatief laag.

Zijn er verschillen tussen landen waardoor we de opleidingskloof beter kunnen begrijpen?

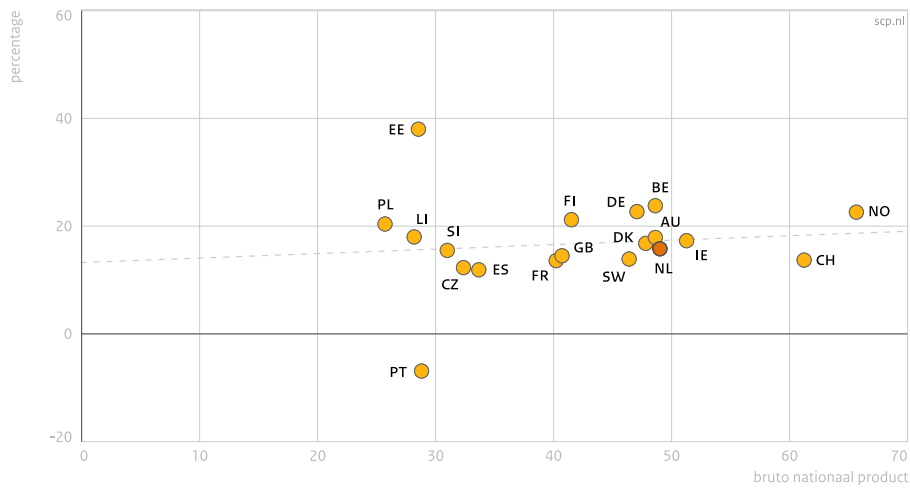
Een logische vervolgvraag is of de opleidingskloof in gezondheidsgedrag in de diverse Europese landen ook samenhangt met centrale kenmerken van deze landen. In figuur 4.2 kunt u de relatie bekijken tussen de economische ontwikkeling van een land (uitgedrukt in bbp) en de zes uitingen van gezondheidgerelateerd gedrag die hier centraal staan.

Figuur 4.2

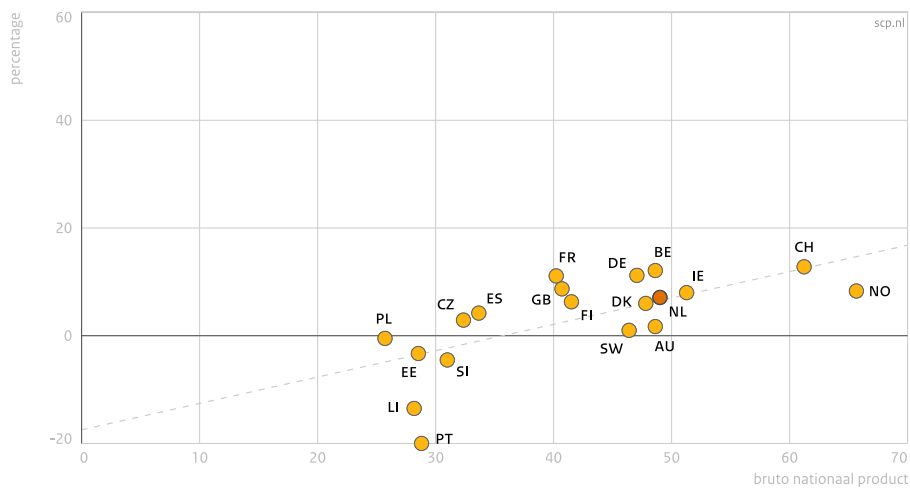
De relatie tussen welvaart en de opleidingskloof in gezondheidsgedrag in Europa

[De relatie tussen welvaart en de opleidingskloof in gezondheidgerelateerd gedrag, EU-bevolking van 25-70 jaar, 2014-2015.]

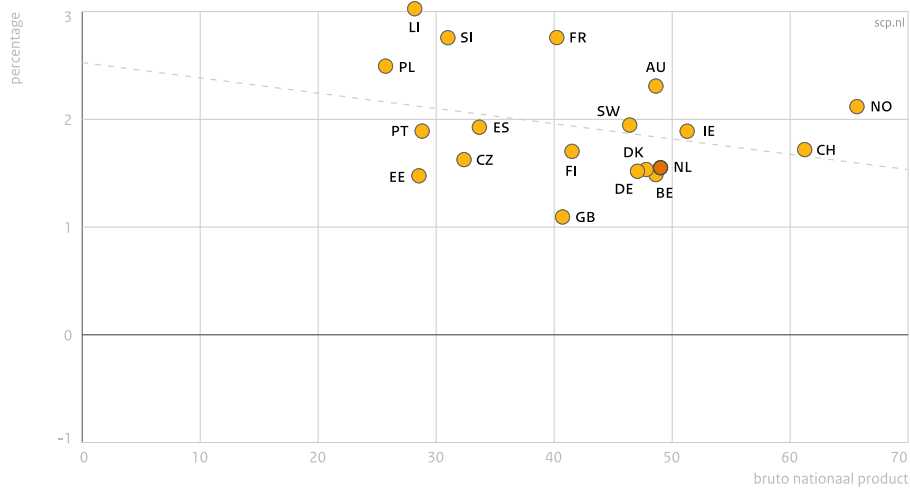
Rookt



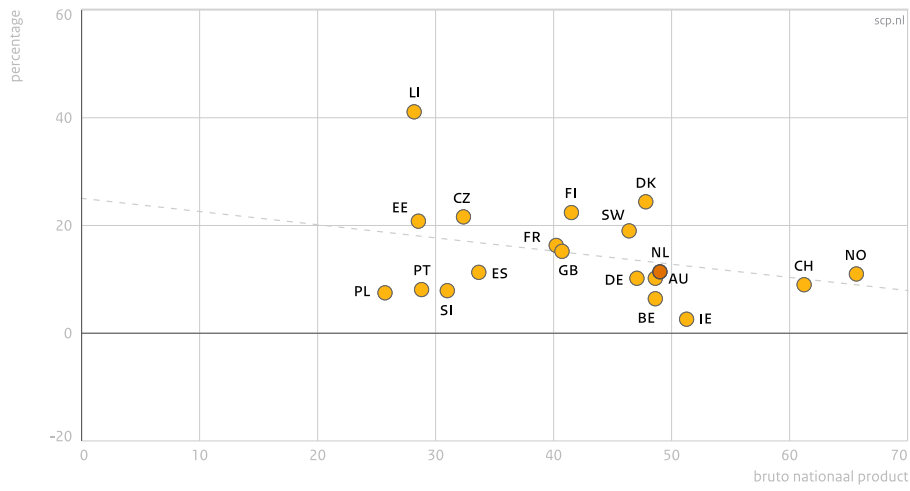
Drinkt >1x per week



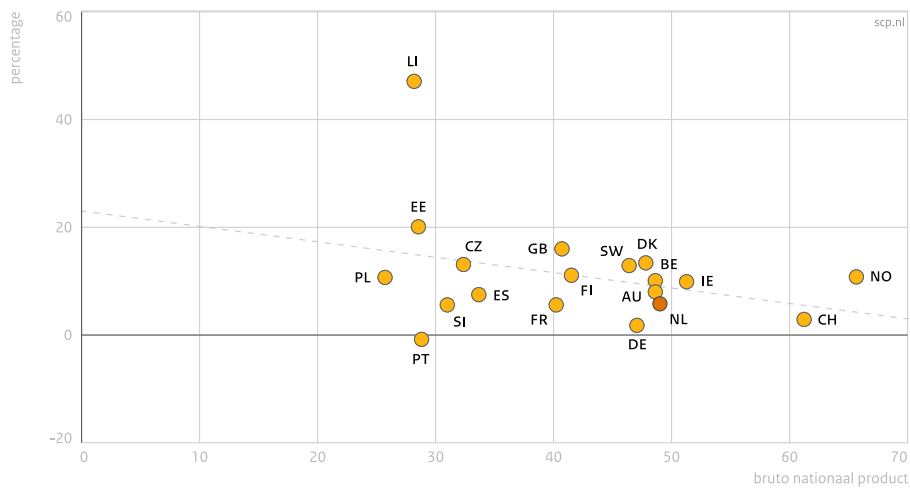
Gemiddeld BMI



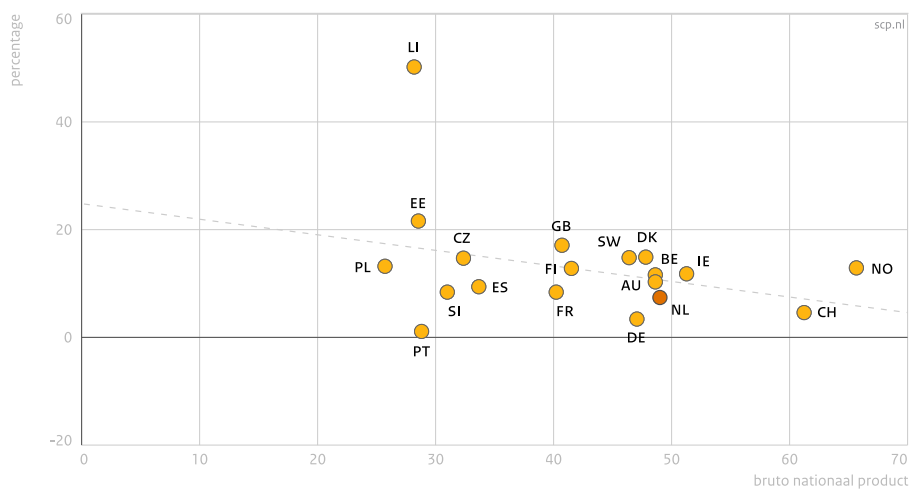
Eet dagelijks groente



Eet dagelijks fruit



Beweegt



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (n = 25.538)

Roken en alcoholgebruik

Aan de hand van de figuur stellen we vast dat de opleidingskloof in roken in een land nauwelijks groter is naarmate de welvaart er hoger is. Dit in tegenstelling tot de relatie bij alcoholconsumptie. Daar zien we dat naarmate de economische ontwikkeling van een land (bbp) hoger is, ook de opleidingsverschillen in alcoholconsumptie groter zijn. Let wel, het zijn vooral de hoger opgeleiden die dan vaker alcohol consumeren, wat doet vermoeden dat een hogere algehele welvaart in een land vooral samengaat met meer alcoholconsumptie onder de hoogopgeleide groep. Wellicht is alcoholgebruik, hoewel een ongezonde leefstijluiting, ook meer geaccepteerd in rijkere landen zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). Daarnaast is het mogelijk dat hoogopgeleiden zich in landen met meer economische ontwikkeling vaker middels hun culturele leefstijl trachten te onderscheiden van laagopgeleiden, bijvoorbeeld door het drinken van goede wijnen of exclusieve gedistilleerde dranken.

BMI, groente en fruit eten, en bewegen

Bij de bestudering van landverschillen in BMI zien we daarentegen een negatief verband tussen de welvaart in een land en de opleidingskloof. Hoe groter de welvaart in een land, des te kleiner de verschillen in BMI tussen laag- en hoogopgeleiden. Voor de als gezond te boek staande leefstijluitingen, groente en fruit eten en bewegen, zien we ook dat grotere welvaart van een land (bbp) samengaat met een afname van de opleidingskloof. Gezonde voeding en bewegen zijn blijkbaar voor meer mensen acceptabel, toegankelijk en bereikbaar wanneer de welvaart toeneemt. Evenals bij roken merken we hier wel op dat de samenhang tussen het landelijke welvaartsniveau en de opleidingskloof in BMI, groente en fruit eten, en voldoende bewegen niet noemenswaardig is, in tegenstelling tot het gevonden verband bij alcoholconsumptie.

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Nederland in Europa. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/nederland-in-europa>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Noten

- 1 Selecteer alcoholconsumptie in figuur 4.1.

Familie en leefstijlgewoonten

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

Sociaalwetenschappelijk onderzoek laat zien dat ouders op veel gebieden een grote invloed hebben op de voorkeuren en gedragingen van hun kinderen (Kraaykamp 2009). Ook over de intergenerationele overdracht van leefstijlkenmerken, zoals risicogedragingen, is al veel bekend (Ten Cate et al. 2013; De Neve en Kawachi 2017), zie ook [Opleiding als scheidslijn](#).

Onderzoekers veronderstellen veelal dat smaken en voorkeuren in de opvoeding worden overgedragen via enerzijds (bewuste) instructie en anderzijds (onbewust) voorbeeldgedrag (Kraaykamp 2009). *Instructie* heeft betrekking op het structureren van gedrag door het aanbieden van regels en structuren. Bij *voorbeeldgedrag*, of ‘modelling’, gaat het om onbewust leren, waarbij men als vanzelfsprekend de gedragingen van belangrijke rolmodellen overneemt. Aangezien ouders belangrijke rolmodellen zijn voor hun kinderen, veronderstellen we dat ouders ook belangrijk zijn bij de ontwikkeling van voorkeuren op het terrein van gezondheidsgedrag.

Wij richten ons hier op het ouderlijk opleidingsniveau als indicator, omdat we veronderstellen dat de culturele en financiële hulpbronnen die met opleiding samengaan, sterk gerelateerd zijn aan de hier centraal staande leefstijlvoorkeuren. We bestuderen het hoogst behaalde opleidingsniveau van (een van beide) ouders.

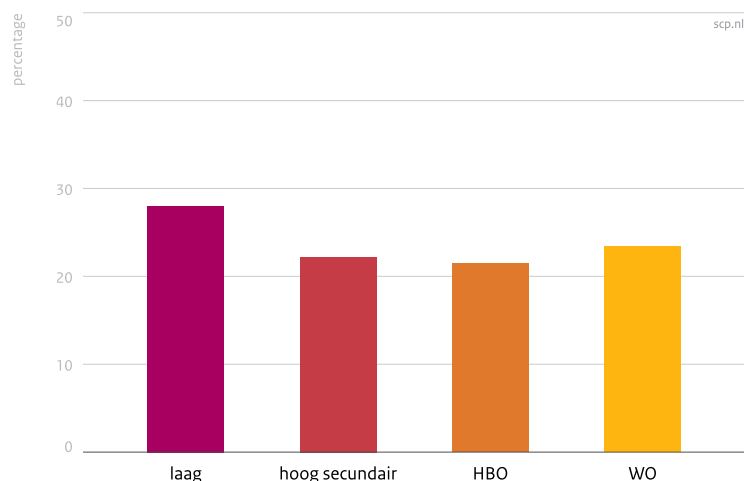
Opleidingsniveau ouders, roken en alcoholconsumptie

Figuur 5.1 laat geen relevante verschillen in roken zien naar ouderlijk opleidingsniveau. Roken lijkt meer te worden verklaard door het opleidingsniveau van de respondent zelf dan door de opleiding van de ouders zie ook [Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#).

Figuur 5.1

Roken naar opleidingsniveau van de ouders

[Rookt,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau van de ouders van de respondent, 2014 (in procenten).]



a Onder roken verstaan wij het dagelijks roken en het wel roken, maar niet dagelijks. Voor meer informatie over de variabelen zie [Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#).

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

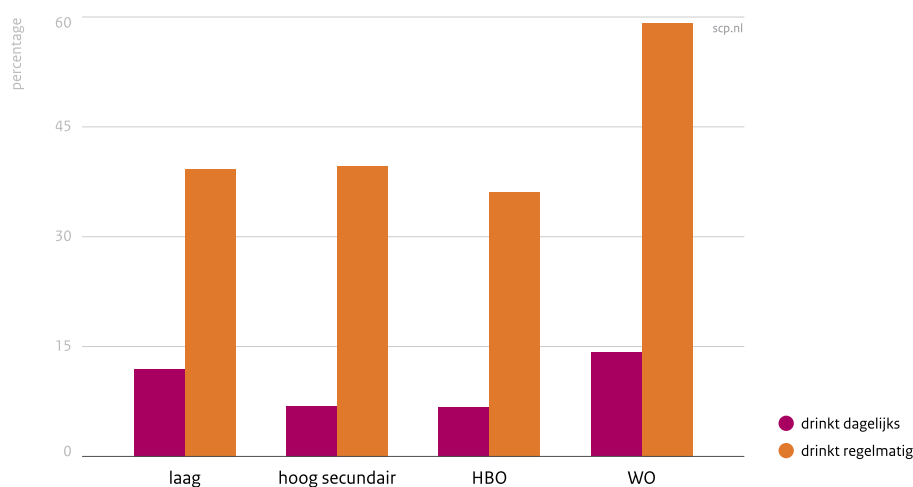
Figuur 5.2 laat zien dat regelmatige alcoholconsumptie van de Nederlander sterk gerelateerd is aan het opleidingsniveau in het gezin van herkomst. Vergelijkbaar met de verschillen in alcoholconsumptie naar eigen opleidingsniveau, constateren we dat vooral personen met academisch opgeleide ouders regelmatig [[Meer dan eenmaal per week](#).] alcohol consumeren: 59,2% tegen minder dan 40% voor ouders met een lagere opleiding zie ook [Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#).

Ook dagelijks alcoholgebruik hangt samen met het opleidingsniveau van de ouders. Onder degenen met wetenschappelijk opgeleide ouders drinkt 14,2% dagelijks, terwijl bij respondenten met middelbaar en hbo-opgeleide ouders dit ongeveer de helft is. Ook valt op dat personen met de laagst opgeleide ouders en met de hoogst opgeleide ouders het meest overeenkomen in hun alcoholgewoonten. Opmerkelijk genoeg blijken dus hier de voorkeuren van de twee extremen in de opleidingsverdeling relatief veel op elkaar te lijken. Maar waarschijnlijk zal, als leefstijluiting, de soort alcohol (bier, wijn, gedestilleerd) onderling sterk verschillen.

Figuur 5.2

Alcoholconsumptie naar opleiding ouders

[Drinkt dagelijks en drinkt regelmatig^a alcohol, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding ouders, 2014 (in procenten).]



a Meer dan 1 keer per week

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Sociale mobiliteit en gezondheidgerelateerd gedrag

Hoewel personen meestal lijken op hun ouders, ook in termen van hun opleiding, is het interessant om na te gaan of personen die gestegen of gedaald zijn op de sociale ladder¹ er andere gewoonten op na houden dan hun ouders. Het valt namelijk te verwachten dat met name sociaal stabiele personen (die hetzelfde opleidingsniveau hebben behaald als hun ouders) zich groepsconform gedragen, terwijl dalers en stijgers een mix van leefstijlvoorkeuren van twee opleidingsgroepen zullen laten zien (namelijk die van het ouderlijk milieu en van het huidige, eigen opleidingsniveau).

Tabel 5.1 laat allereerst zien hoeveel personen qua opleidingsniveau gestegen of gedaald zijn ten opzichte van hun ouders. Personen op de diagonaal zijn stabiel (44,5%); zij hebben hetzelfde opleidingsniveau bereikt als hun ouders. Daarnaast blijkt 48,8% te zijn gestegen, terwijl 6,7% is gedaald ten opzichte van de ouders in Nederland in 2014. Dit beeld komt overeen met de onderwijsuitbreiding die sinds de jaren zestig van de vorige eeuw in Nederland heeft plaatsgevonden, een steeds groter gedeelte van de Nederlandse bevolking volgt een (hogere) opleiding.

Tabel 5.1

Mobiliteit opleiding ouders en kind

[Opleidingsmobiliteit kind, a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding ouders, 2014 (in procenten).]

		opleiding kind		
		laag	hoog secundair	hoog
opleiding ouders	laag	27,8	24,7	14,1
	hoog secundair	2,2	7,6	10,0
	hoog	0,9	3,6	9,1
(n)		(438)	(508)	(469) (1415)

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

In tabel 5.2 zijn dezelfde gegevens gepresenteerd in een transitie matrix. Hierin tellen de rijen op tot 100% en zien we, net als in tabel 5.1, dat de meeste kinderen opwaarts mobiel zijn ten opzichte van hun ouders.

Tabel 5.2

Transitiematrix opleiding ouders en kind

[Transitiematrix kind, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding ouders, 2014 (in procenten).]

		opleiding kind			totaal
		laag	hoog secundair	hoog	
opleiding ouders	laag	42	37	21	100
	hoog secundair	11	39	50	100
	hoog	7	26	67	100

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Alcoholgebruik

Vervolgens bekijken we of iemands opleidingsmobiliteit gerelateerd is aan diens alcoholconsumptie. Figuur 5.3 laat zien dat sociale dalers vanuit wo-opgeleide ouders het vaakst regelmatig drinken (64,0%); bij andere sociale dalers is dit slechts rond de 35%. Regelmatig alcohol drinken is blijkbaar geaccepteerder onder wo-opgeleiden, en sociaal dalende kinderen uit deze groep houden meer vast aan de leefstijl waarmee zij zijn opgevoed, ongeacht het opleidingsniveau dat zij zelf bereiken zie ook [Gezondheidsgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#).

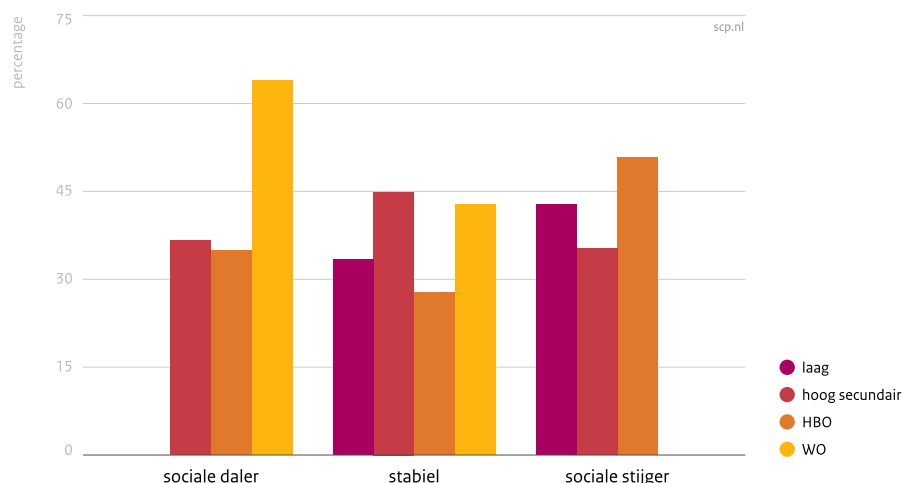
Onder de respondenten met een opleidingsniveau gelijk aan dat van hun ouders, zijn de verschillen niet erg uitgesproken. Vooral stabiele hbo'ers zijn relatief terughoudend in hun alcoholconsumptie.

Sociale stijgers drinken over het algemeen vaker regelmatig dan sociaal stabiele respondenten; vooral gestegen wo'ers (met hbo-opgeleide ouders) drinken relatief vaak (50,8%).

Figuur 5.3

Regelmatige alcoholconsumptie naar opleidingsmobiliteit en opleidingsniveau ouders

[Drinkt meer dan 1 keer per week, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsmobiliteit en opleidingsniveau ouders, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

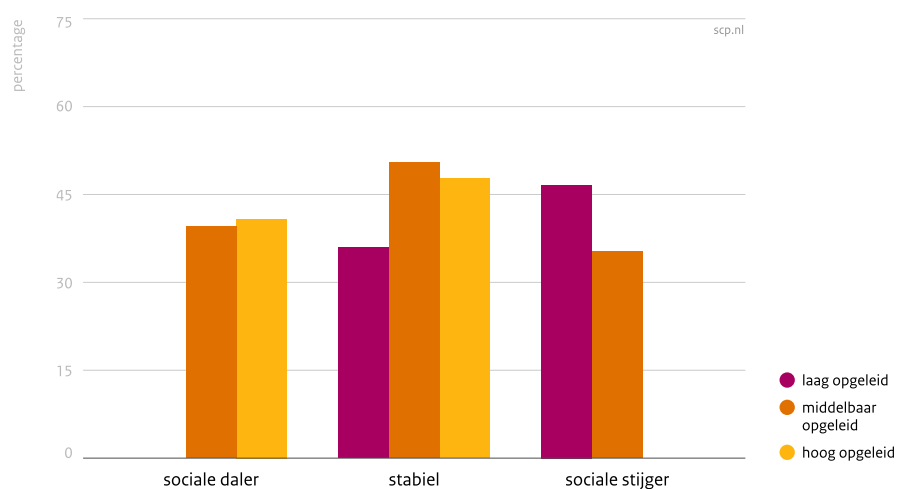
Bij een Europese vergelijking (zie **figuur 5.4**) blijken er duidelijke landverschillen te zijn. In Nederland is de alcoholconsumptie onder de sociale stijgers beduidend hoger dan onder de stabielen en sociale dalers; deze verschillen zijn groter dan in bijvoorbeeld Litouwen of Noorwegen.

Figuur 5.4

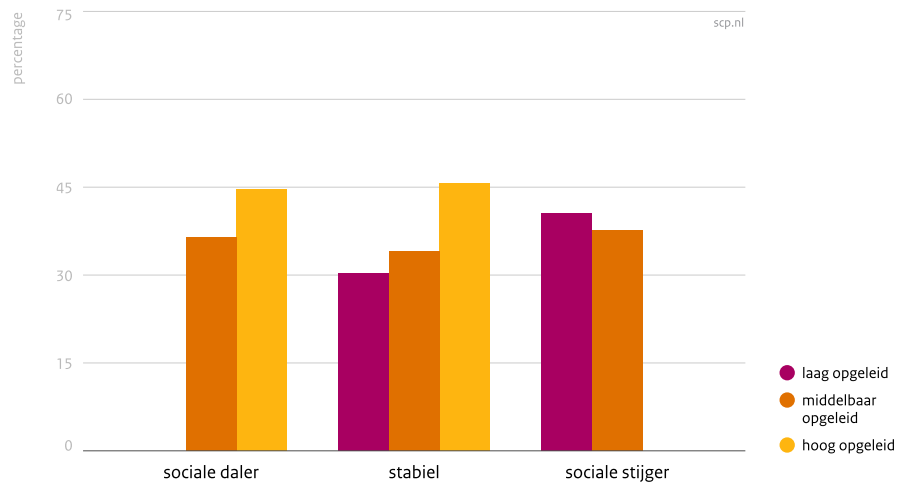
Sociale mobiliteit in Europa naar opleiding

[Sociale mobiliteit, EU-bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding, 2014 (in procenten).]

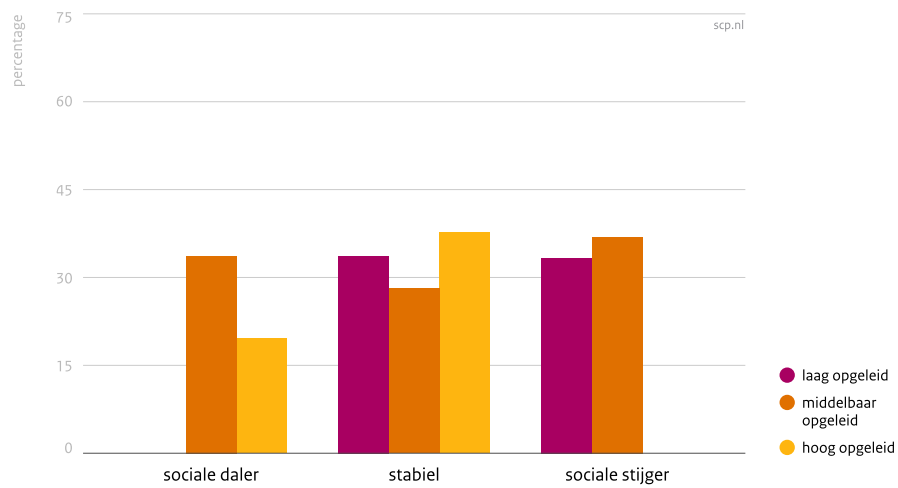
Nederland



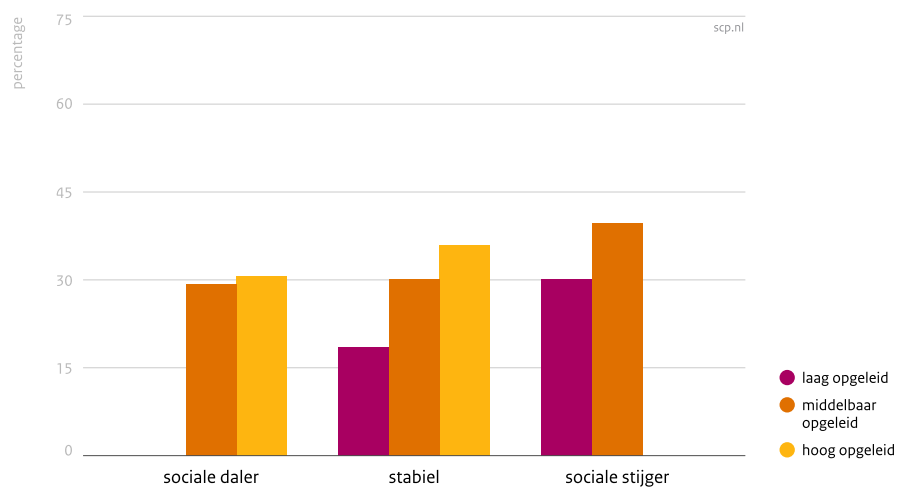
België



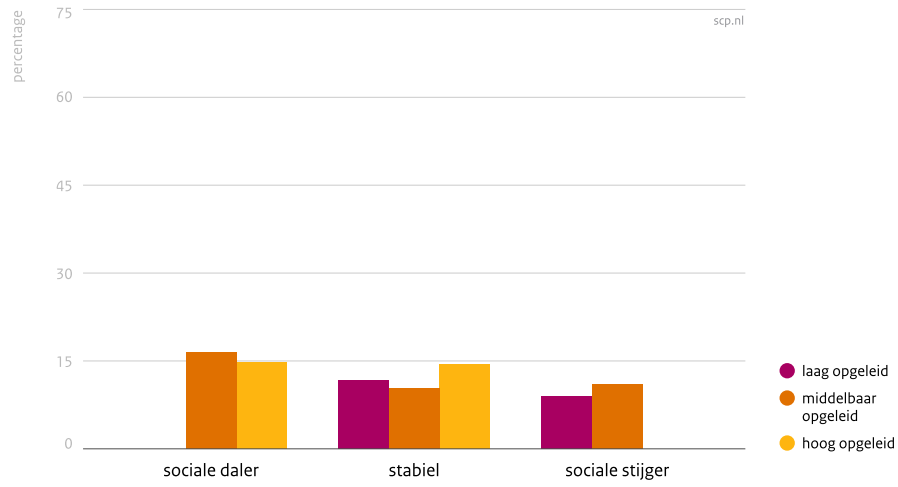
Denemarken



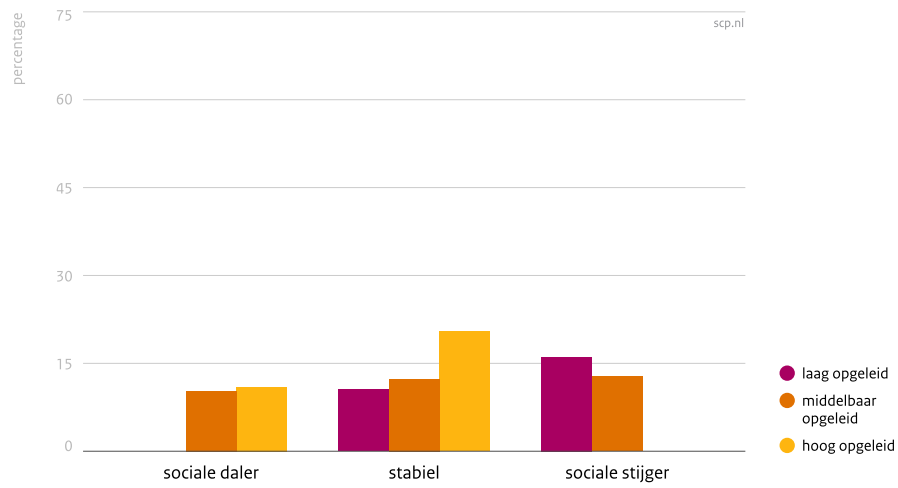
Duitsland



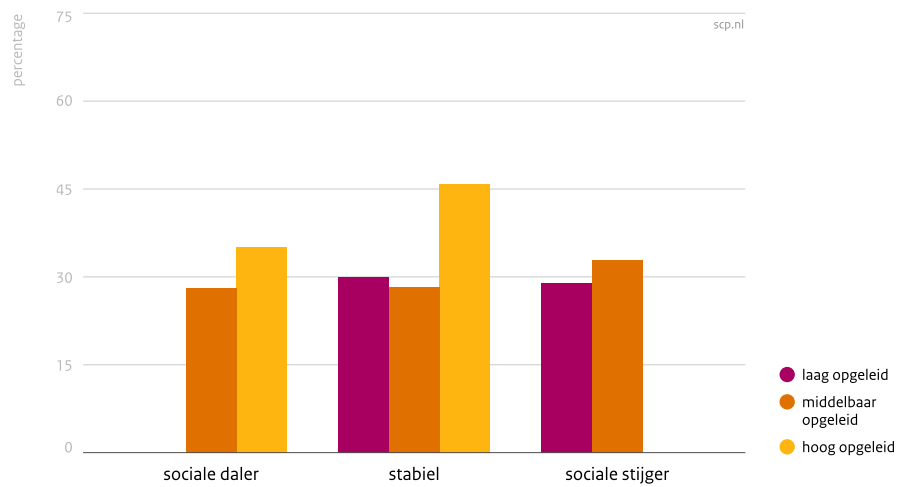
Estland



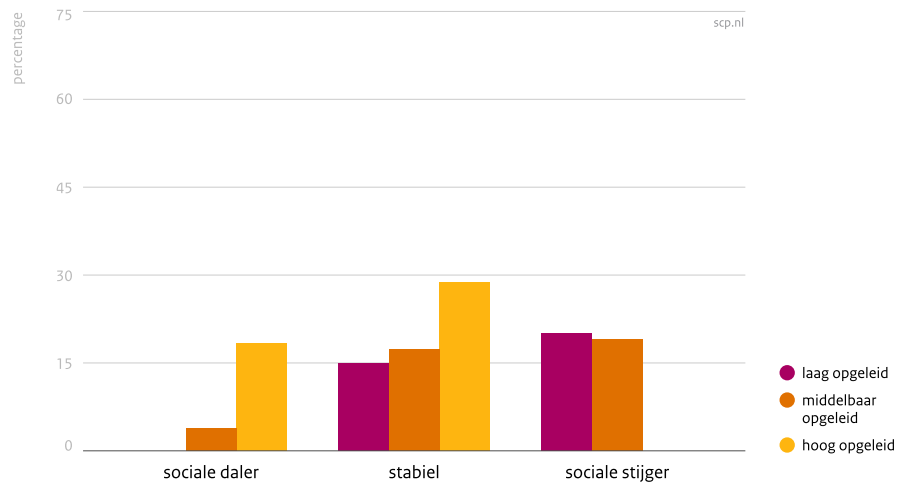
Finland



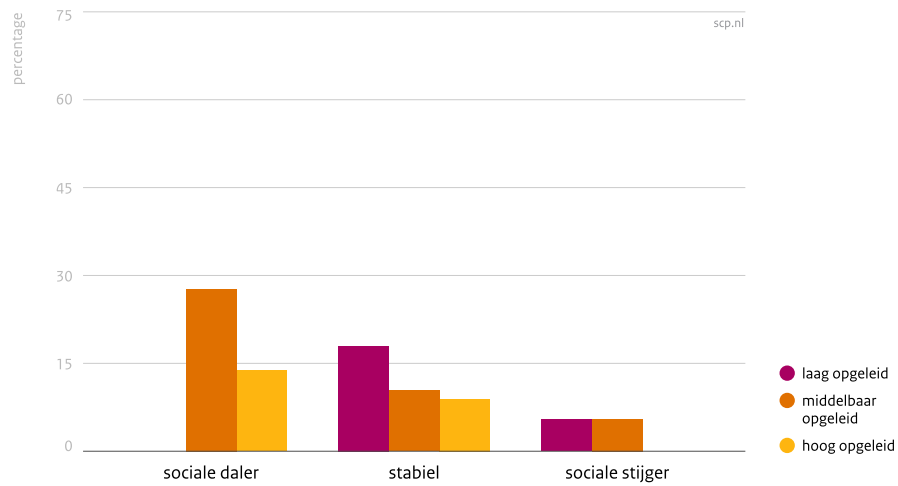
Frankrijk



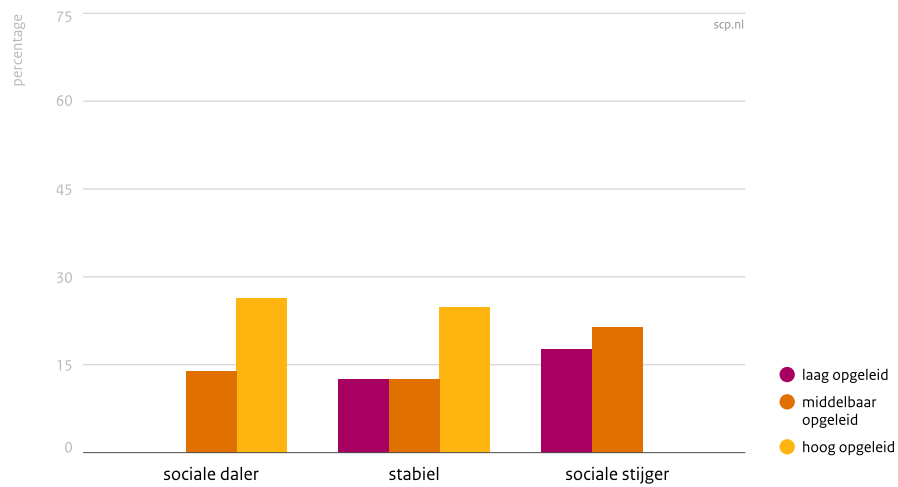
Ierland



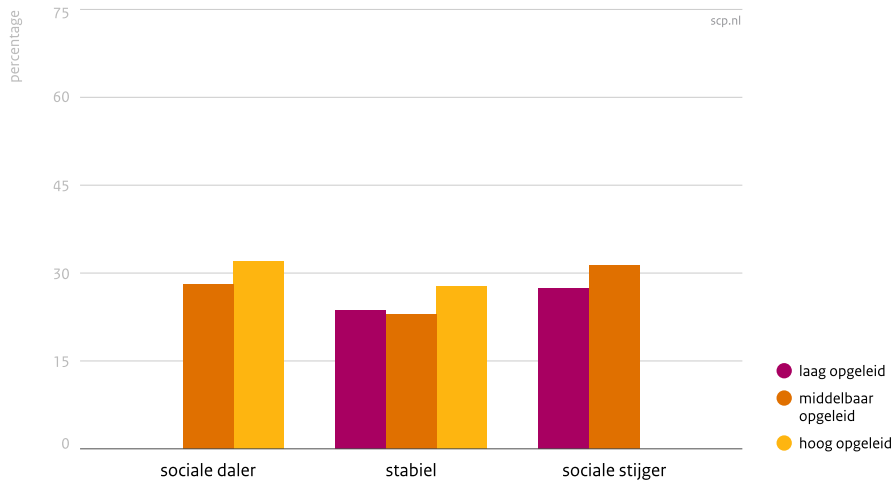
Litouwen



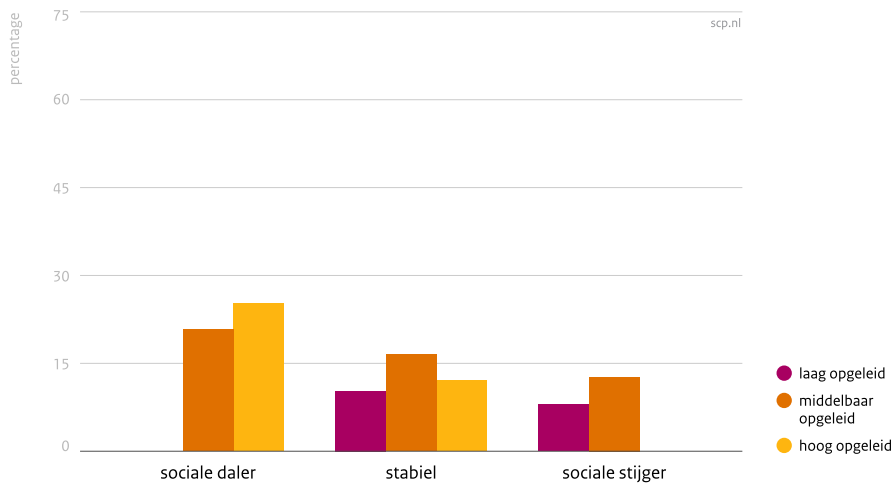
Noorwegen



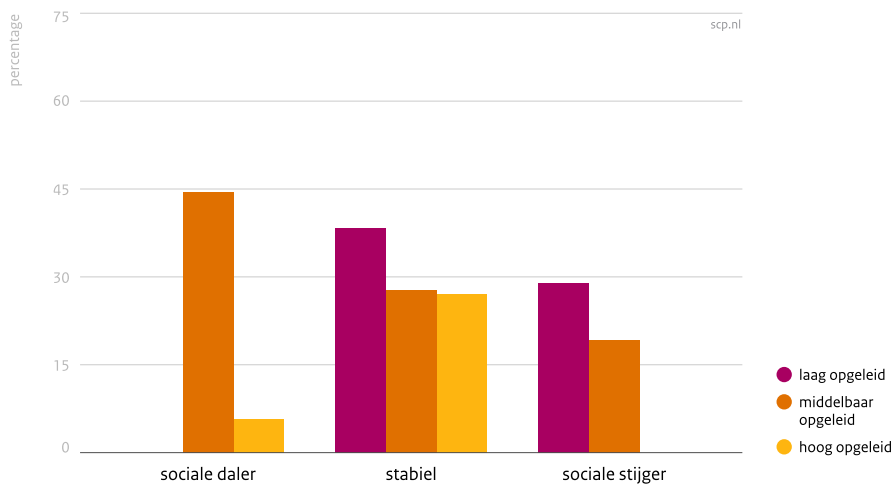
Oostenrijk



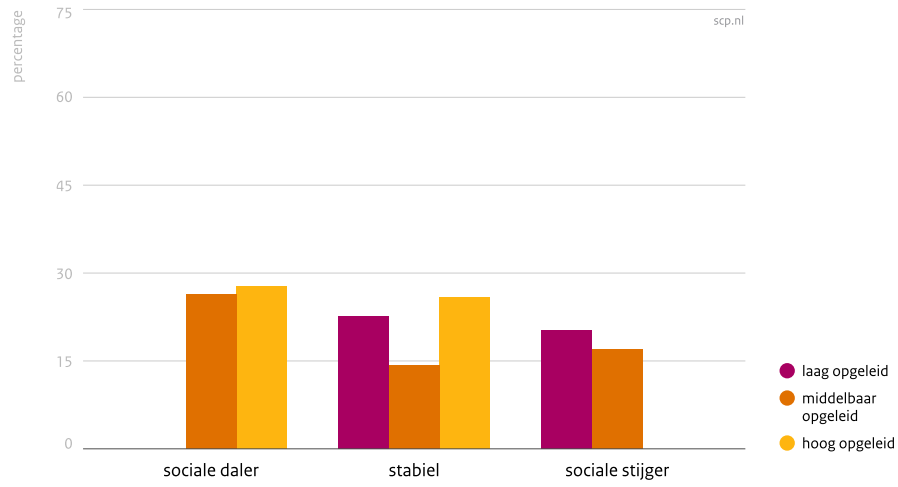
Polen



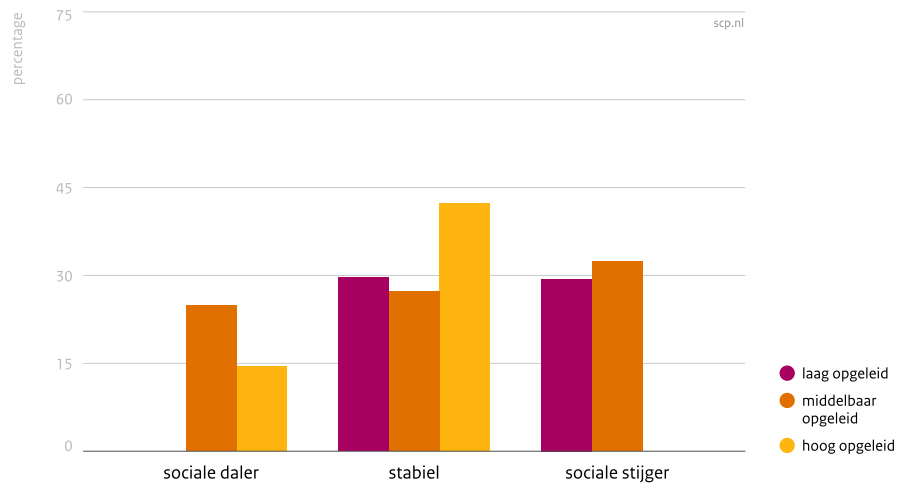
Portugal



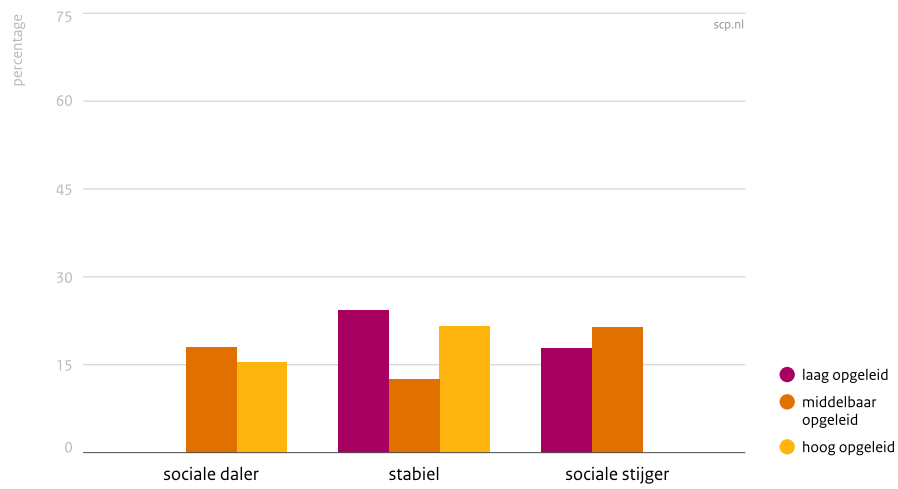
Slovenië



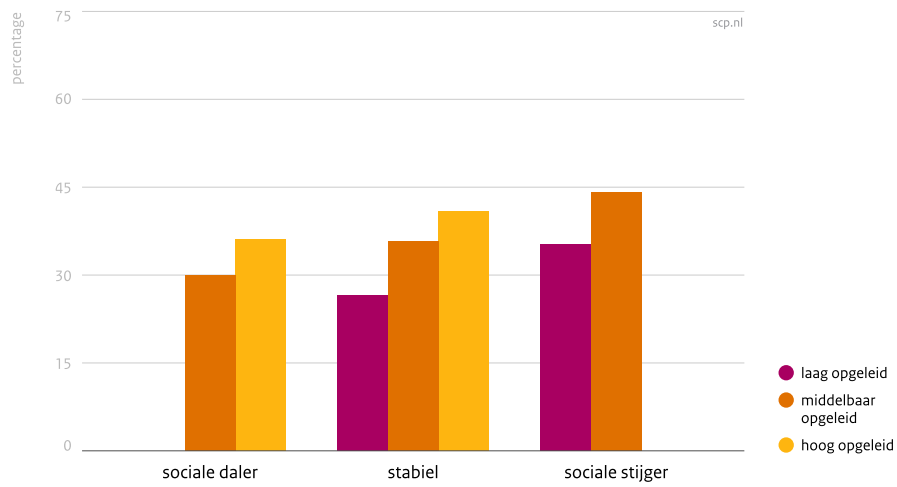
Spanje



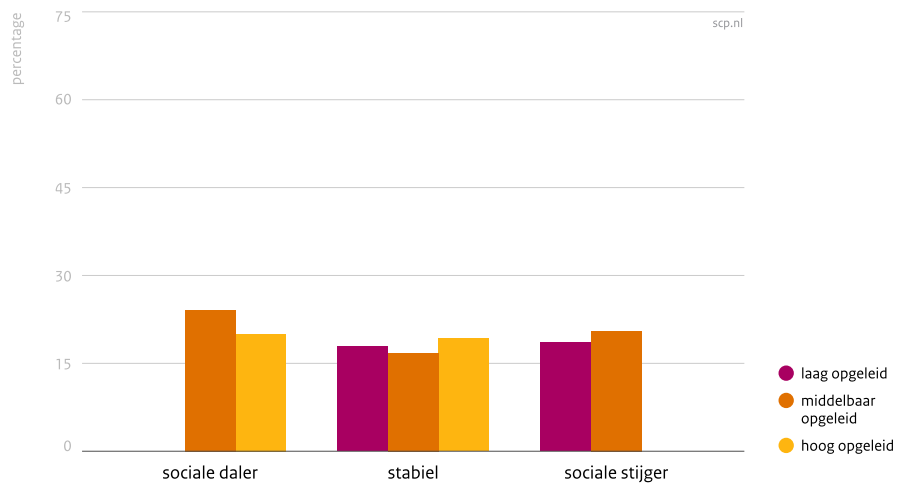
Tsjechië



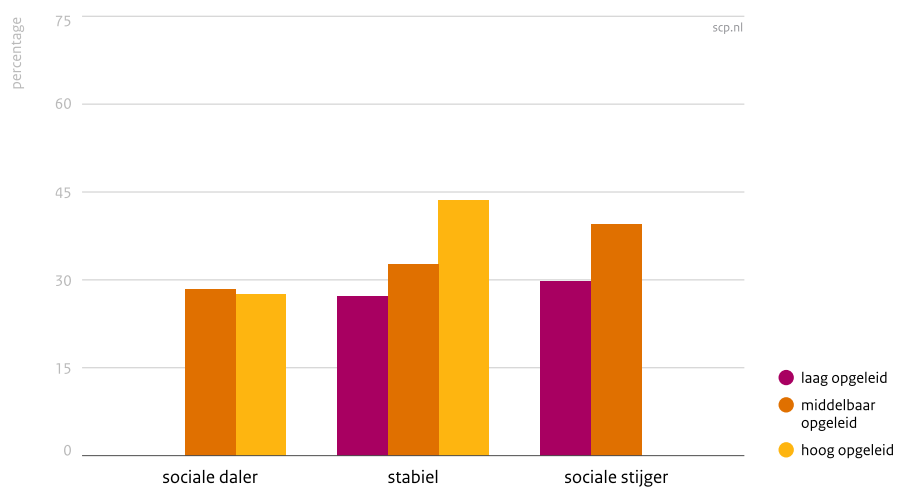
Verenigd Koninkrijk



Zweden



Zwitserland



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (n = 25,538)

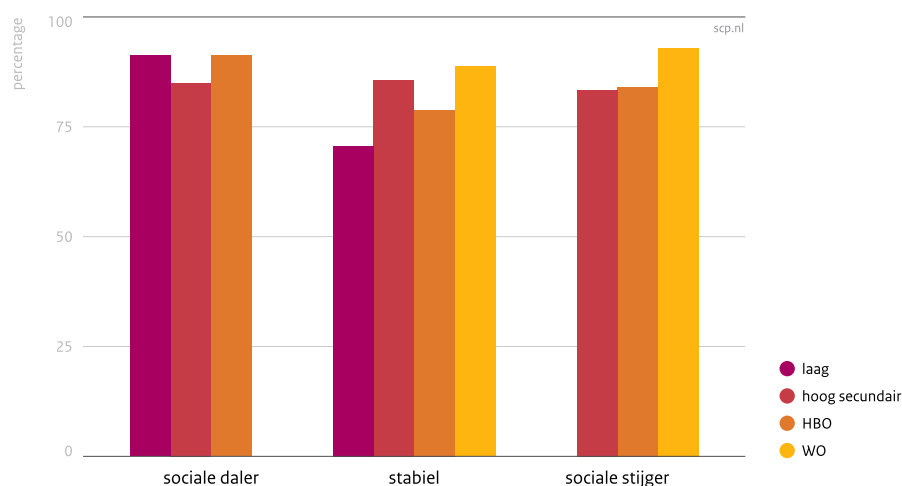
Sociale en fysieke mobiliteit

In figuur 5.5 zien we dat wo-opgeleiden het vaakst intensief bewegen, ongeacht of ze nu sociaal gestegen of stabiel gebleven zijn. Ook de sociale dalers vanuit het wo-milieu bewegen relatief gezien net zo vaak als wo-opgeleiden. Bij de stabiele personen valt op dat laagopgeleiden uit een laagopgeleid milieu het minst bewegen (70,6%). Het ouderlijk opleidingsniveau is hier belangrijker dan het eigen opleidingsniveau. Een mogelijke verklaring lijkt dat niet-bewegen overgedragen wordt van ouder op kind.

Figuur 5.5

Bewegen naar opleidingsmobiliteit en opleidingsniveau

[Minstens 1 keer per week stevig bewegen, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsmobiliteit en opleidingsniveau, 2014 (in procenten).]



Literatuur

Cate, A. ten, T. Huijts en G. Kraaykamp (2013). Intergenerationele overdracht van risicogedrag. Rookgedrag, alcoholgebruik en ongezonde eetgewoonten van ouders en hun volwassen kinderen. In: *Mens en Maatschappij*, jg. 88, nr. 2, p. 150-176.

Kraaykamp, G. (2009). *Culturele socialisatie: een zegen en een vloek. Verbreding en verdieping in het sociologisch onderzoek naar langetermijneffecten van culturele opvoeding* (oratie). Nijmegen: Radboud Universiteit.

Neve, J.W. de en I. Kawachi (2017). Spillovers between siblings and from offspring to parents are understudied. A review and future directions for research. In: *Social Science & Medicine*, jg. 183, p. 56-61.

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Familie en leefstijlgewoonten. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/familie-en-leefstijlgewoonten>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Noten

- 1 Sociale mobiliteit.

Partner en gezondheidsgedrag

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

De partner is een van de belangrijkste personen die van invloed is op iemands leefstijl en risicogewoonten (Monden et al. 2003; De Neve en Kawachi 2017). Het is immers degene met wie samen wordt gegeten en gedronken, wordt bewogen en van wie men afkeuring of acceptatie van roken verwacht. Daarom valt ook te verwachten dat iemands gezondheidsgedrag samenhangt met het opleidingsniveau van zijn of haar partner.

We kijken naar de effecten van het samenleven met een tertiair opgeleide partner, versus een primair/secundair opgeleide partner. We hebben voor deze tweedeling gekozen om de vergelijking overzichtelijk te houden.

In tabel 6.1 relateren we het eigen opleidingsniveau aan het al dan niet hebben van een partner, en aan het hebben van een hbo/wo-opgeleide partner of lager opgeleide partner. We stellen een duidelijke samenhang vast: mensen kiezen vooral een partner met een gelijksoortig opleidingsniveau. Een opleidingskloof in het al dan niet hebben van een partner is er vrijwel niet.

Tabel 6.1

Opleiding respondent en partner

[Hoogst behaalde opleiding, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding partner, 2014 (in procenten).]

	opleiding respondent				(n)
	laag	hoog secundair	hbo	wo	
geen partner	26,3	23,3	21,7	23,4	
laag/hoog secundair	67,7	59,5	33,5	18,7	
hbo/wo	6,0	17,2	44,8	57,9	
totaal	100	100	100	100	(1415)

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Roken en opleiding partner

Figuur 6.1 laat allereerst zien dat het hebben van een partner van invloed is op de kans een roker te zijn. Voor laag-, middelbaar en hbo-opgeleiden geldt dat respondenten zonder een partner vaker roken. Zo rookt 45,3% van de lager opgeleiden zonder partner, terwijl dat bij lager opgeleiden met een laag-/middelbaar opgeleide partner 29,6% is, en met een tertiair opgeleide partner 17,2%.

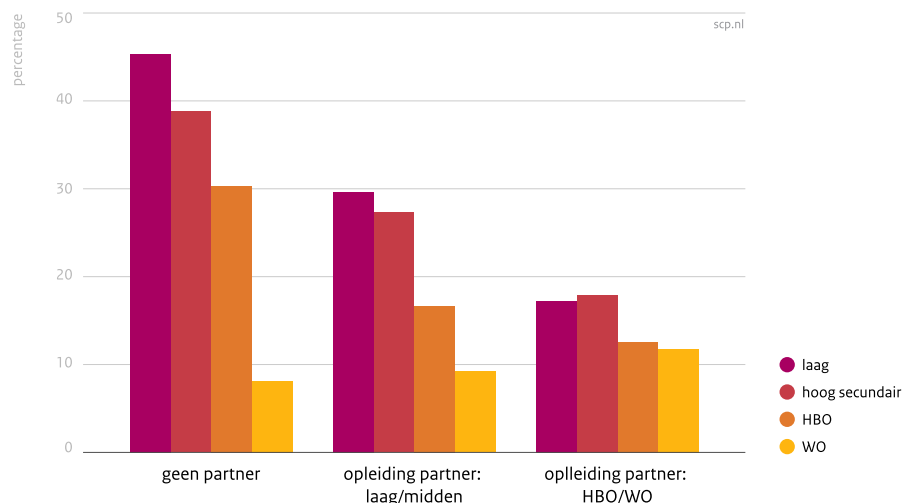
Indien men een partner heeft, maakt ook het opleidingsniveau van deze partner uit. Het hebben van een tertiair opgeleide partner leidt onder alle opleidingsgroepen tot een relatief lagere kans om te roken. Deze partnerinvloed is vooral bij laagopgeleide respondenten substantieel (17,2%), vergeleken met de kans op roken bij het hebben van een laagopgeleide partner (29,6%) of geen partner (45,3%). We stellen daarom vast dat het hebben van een relatie met een hoogopgeleide

partner meer bescherming biedt tegen roken, wat gezondheid bevorderend is. Uiteraard kan een verklaring ook zijn dat hoogopgeleiden vooral niet-rokende partners kiezen.

Figuur 6.1

Roken naar opleiding respondent en partner

[Rookt,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding respondent en opleiding partner, 2014 (in procenten).]



a Onder roken verstaan wij het dagelijks roken en het wel roken, maar niet dagelijks. Voor meer informatie over de variabelen zie [Verantwoording en bronnen](#).

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

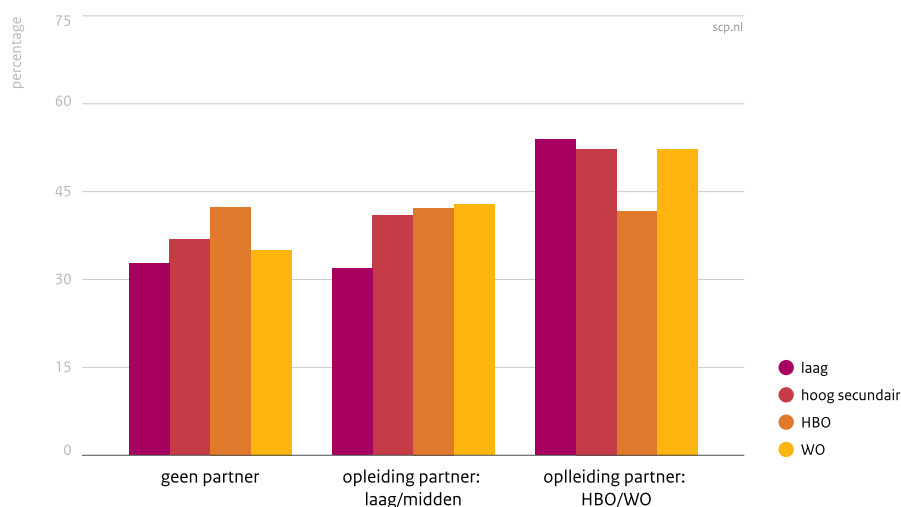
Alcoholconsumptie en opleiding partner

Hoe zit het met mogelijke gezondheid bevorderende partnereffecten wanneer we het drinken van alcohol bestuderen? Wordt deze sociale activiteit wellicht op een andere manier beïnvloed dan roken? In lijn met de bevindingen omtrent opleidingsverschillen in alcoholconsumptie van de respondenten zelf in [Gezondheidgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#), blijkt uit figuur 6.2 dat het hebben van een hoogopgeleide partner vaak samengaat met regelmatige alcoholconsumptie. Van de wo-opgeleide respondenten met een tertiair opgeleide partner drinkt 52,3% regelmatig, terwijl dat onder de wo-opgeleiden zonder partner duidelijk lager ligt (35,0%).

Figuur 6.2

Regelmatige alcoholconsumptie naar opleiding respondent en partner

[Drinkt meer dan 1 keer per week, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding respondent en opleiding partner, 2014 (in procenten).]



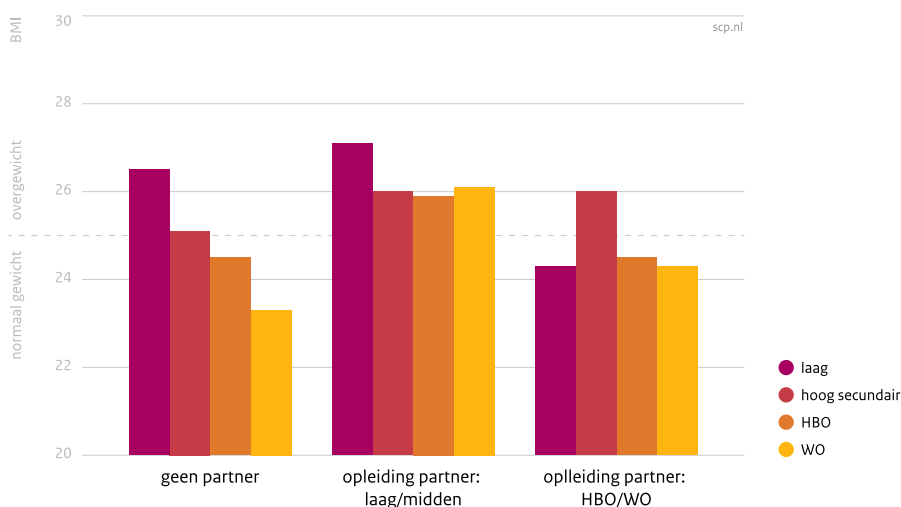
Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Is opleiding partner ook gerelateerd aan overgewicht?

Overgewicht is een belangrijk en groeiend probleem in de Nederlandse samenleving. Een hoog BMI is veelal het gevolg van veel en calorierijk voedsel eten, en dit gebeurt vaak samen met een partner als maaltijden gemeenschappelijk worden genoten. De vraag is dus in hoeverre de partner ook van invloed is op het gewicht van een persoon. In figuur 6.3 is te zien dat er duidelijke effecten op overgewicht uitgaan van het hebben van een partner. Allereerst constateren we dat de opleidingskloof het grootst is bij personen zonder partner: een gemiddeld BMI van 26,5 voor de laagst opgeleiden, tegen een BMI van 23,3 voor wo-opgeleiden. Samenwonen met een laag- of middelbaar opgeleide partner lijkt voor alle respondenten samen te gaan met een gemiddeld hoger BMI ten opzichte van het hebben van geen partner; dit effect is ook voor laag en hoog secundair opgeleiden relevant.

Figuur 6.3

Gemiddelde BMI naar opleiding respondent en partner

[Gemiddelde BMI,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding respondent en opleiding partner, 2014 (in procenten).]

a De gestippelde lijn is de grens voor overgewicht (BMI > 25).

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Literatuur

Lenthe, F.J. van en J.P. Mackenbach (2006). Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking: the role of physical neighbourhood stressors. In: *Journal of Epidemiology & Community Health*, jg. 60, nr. 8, p. 699-705.

Monden, C.W., F. van Lenthe, N.D. de Graaf en G. Kraaykamp (2003). Partner's and own education: does who you live with matter for self-assessed health, smoking and excessive alcohol consumption? In: *Social Science & Medicine*, jg. 57, nr. 10, p. 1901-1912.

Neve, J.W. de en I. Kawachi (2017). Spillovers between siblings and from offspring to parents are understudied. A review and future directions for research. In: *Social Science & Medicine*, jg. 183, p. 56-61.

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Partner en gezondheidsgedrag. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/partner-en-gezondheidsgedrag>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Noten

1 Let wel: hierbij treden tegelijkertijd leeftijdeffecten op.

De buurt en gezondheidsgedrag

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

De sociale omgeving kan van belang zijn bij het begrijpen van gezondheidgerelateerde gewoonten en voorkeuren, zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). De sociale omgeving kan de directe familie of een vriendenkring zijn, maar ook het leven in bepaalde buurten wordt daar vaak toe gerekend (Carpiano 2007; Van Lenthe en Mackenbach 2006). De directe en dagelijkse leefomgeving is van belang omdat zij een indicatie geeft van de beschikbaarheid van faciliteiten. Daarnaast geeft zij ook een idee van wat gebruikelijk is aan gezondheidsgedrag rondom een persoon (Carpiano 2007). In deze kaart gaan we daarom na of er substantiële verschillen zijn tussen wijken in de zes leefstijlindicatoren omtrent gezondheid [[Roken](#), [alcoholgebruik](#), [groente en fruit eten](#), [overgewicht](#), [bewegen](#)]. Meer specifiek willen we nagaan of de kwaliteit van de leefomgeving van invloed is op het gezondheidsgedrag van bewoners en welke rol opleidingsverschillen daarbij spelen.

Kwaliteit van de leefomgeving: bevolkingsdichtheid

Als indicator voor de kwaliteit van de leefomgeving bekijken we allereerst de bevolkingsdichtheid (aantal personen per km²) in een buurt. In buurten waar mensen dichter op elkaar wonen, zijn er gemiddeld genomen minder mogelijkheden om buiten te bewegen en zijn er meer verleidingen voor ongezond gedrag (aanbod fastfood, supermarkten).

Ten tweede kijken we naar het percentage koopwoningen in een buurt. Buurten met veel koopwoningen kennen gemiddeld genomen minder criminaliteit, een betere staat van onderhoud, minder verloedering, een ruim voorzieningenaanbod en meer sociale cohesie (Rohe et al. 2013). Het aantal respondenten voor deze kaart is iets lager dan bij voorgaande kaarten (1369 in plaats van 1415)¹.

Gezond gedrag en de buurt

Bevolkingsdichtheid

Allereerst stellen we vast (figuur 7.1) dat in buurten met een hogere bevolkingsdichtheid, voldoende bewegen minder gebruikelijk is. Hoe meer mensen er per vierkante kilometer in een buurt wonen, des te kleiner is het percentage bewoners dat minstens 1 dag per week 30 minuten lang stevig actief is.

In dunbevolkte buurten is zo'n 85% fysiek actief, terwijl dit in midden en dichtbevolkte buurten 79% is. Hoogstwaarschijnlijk heeft dit te maken met de buitenruimte, die in een dichtbevolkte omgeving minder mogelijkheden biedt om te bewegen. Het kan echter ook te maken hebben met de bevolkingssamenstelling van de buurten. Ook kan een ruimer aanbod van openbaar vervoer in meer verstedelijkte gebieden ervoor zorgen dat inwoners minder vaak de fiets pakken.

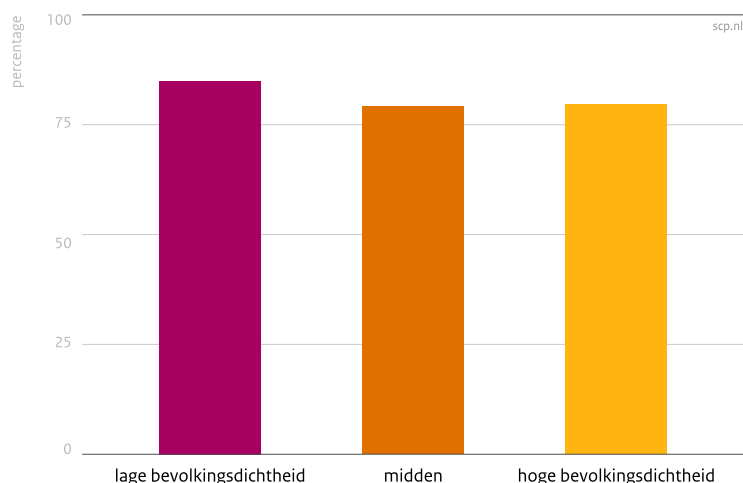
Context en compositie van de buurt

We kunnen hier geen onderscheid maken tussen context (hoe ziet de wijk eruit) en compositie (welke mensen wonen er in een buurt). Wij zullen ons daar in een latere publicatie op richten.

Figuur 7.1

Bewegen naar bevolkingsdichtheid buurt

[Beweegt minstens 1 dag per week meer dan 30 minuten intensief, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar bevolkingsdichtheid buurt, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.369)

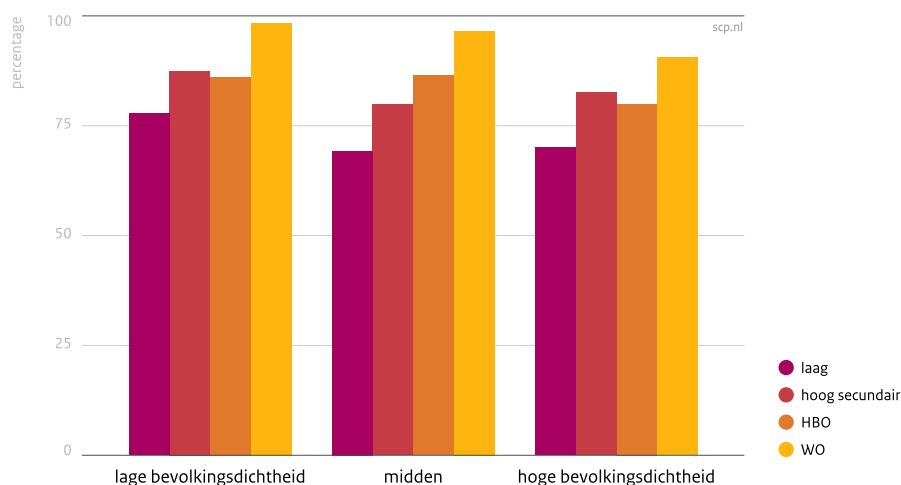
Opleidingsverschillen

Dat men vaker intensief beweegt in een buurt met een lage bevolkingsdichtheid dan in een buurt met hoge bevolkingsdichtheid, geldt voor alle opleidingsgroepen (figuur 7.2). Opmerkelijk is dat de buurtverschillen naar opleiding niet erg uitgesproken zijn; het patroon is bij alle typen verstedelijking min of meer gelijk. Zelfs in de meest verstedelijkte omgeving blijkt 90,5% van de hoger opgeleiden minimaal 1 keer per week intensief te bewegen. In de minst verstedelijkte gebieden is dit 98,4%; een betrekkelijk gering verschil. De verschillen zijn vergelijkbaar voor de andere opleidingsgroepen. We concluderen derhalve dat buurtkenmerken de opleidingsongelijkheid in gezondheidsgedrag niet sterk beïnvloeden.

Figuur 7.2

Bewegen naar bevolkingsdichtheid en opleiding

[Beweegt minstens 1 dag per week meer dan 30 minuten intensief, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar bevolkingsdichtheid van de buurt en opleiding respondent, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.369)

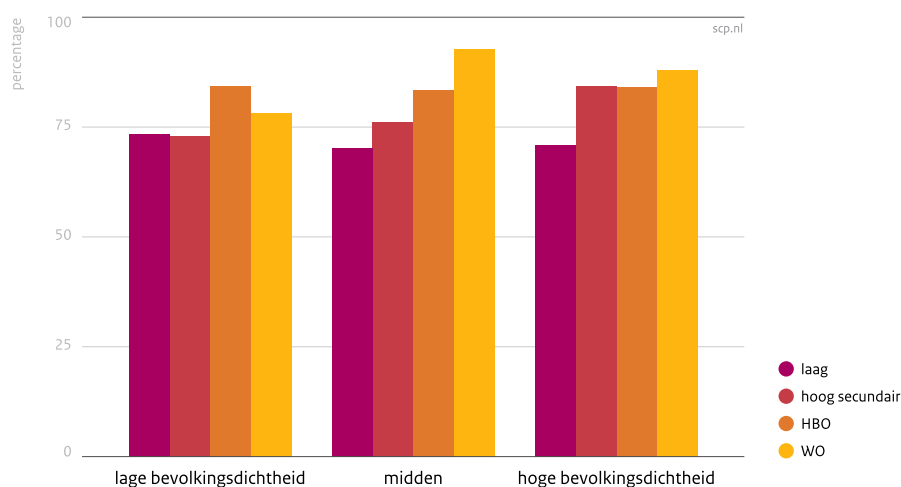
Groente eten

Ook bij het dagelijks groente eten lijken er opleidingsverschillen te zijn naar bevolkingsdichtheid (figuur 7.3). Zo eten hoogopgeleiden in gebieden met een lagere bevolkingsdichtheid minder gezond dan hoogopgeleiden in gebieden met een gemiddelde bevolkingsdichtheid. De kloof met laagopgeleiden is in buurten met een lage bevolkingsdichtheid 4,7 procentpunten, terwijl die in buurten met een hoge bevolkingsdichtheid maar liefst 17 procentpunten is. Of deze verschillen optreden door een selectieve instroom van bewoners met relatief ongezonde gewoonten, of dat de buurt gezondheidgerelateerd gedrag versterkt of dempt, is iets dat nader onderzoek moet uitwijzen.

Figuur 7.3

Dagelijks groente eten naar bevolkingsdichtheid en opleiding

[Eet dagelijks groente, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar bevolkingsdichtheid van de buurt en opleiding respondent, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.369)

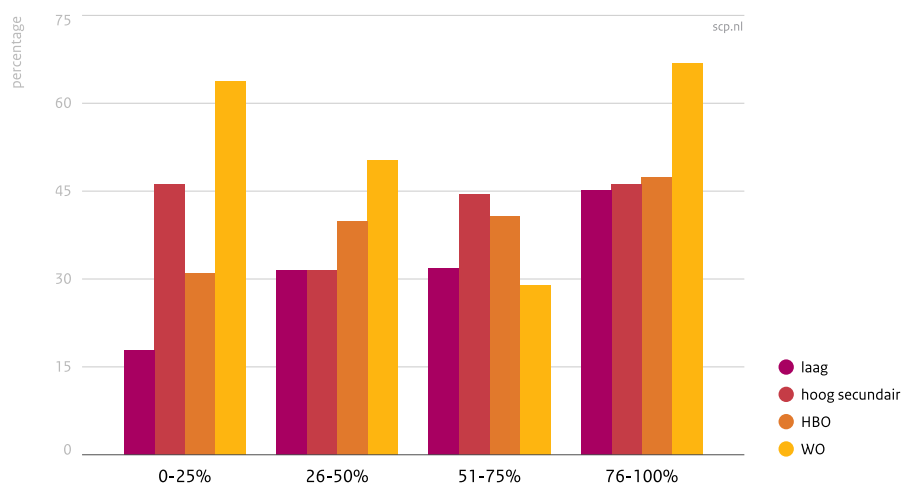
Kwaliteit van de leefomgeving: homogene of heterogene wijken?

Alcoholgebruik

Figuur 7.4 toont de regelmatige alcoholconsumptie en relateert die aan de welvaart van de buurt [Gemeten met het percentage koopwoningen.] waar iemand woont. De veronderstelling is dat men in meer welvarende buurten beter zorgt voor de fysieke en sociale omgeving, wat wellicht meer gezond gedrag kan bevorderen. Het eerder gevonden patroon dat wo-opgeleiden het vaakst regelmatig alcohol drinken in [Gezondheidsgerelateerd gedrag en de opleidingskloof](#), vinden we ook hier terug. Vooral wo-opgeleiden uit buurten met veel koopwoningen, en uit buurten met vrijwel geen koopwoningen drinken regelmatig (66,8% resp. 63,8%). In buurten met een meer evenwichtige verdeling van koop- en huurwoningen zijn de opleidingsverschillen veel minder uitgesproken. De opleidingskloof in alcoholconsumptie is dus het grootst in homogene buurten met vrijwel alleen koop of alleen huur.

Figuur 7.4

Regelmatige alcoholconsumptie naar percentage koopwoningen in de buurt en opleiding [Drinkt meer dan 1 keer per week alcohol, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar percentage koopwoningen in de buurt en opleiding respondent, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.369)

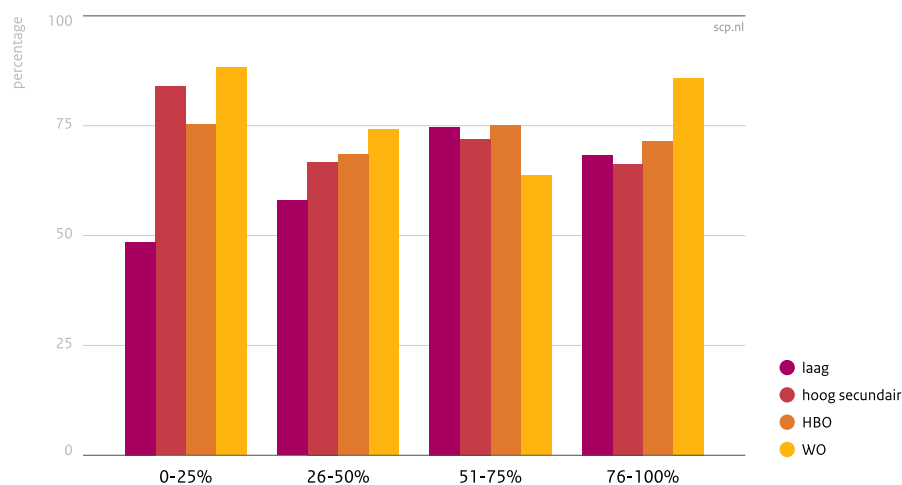
Fruit eten

Bij dagelijks fruit eten zien we in figuur 7.5 dat de opleidingskloof het grootst is in buurten met weinig koopwoningen. Dus hoe lager de welvaart in een buurt, des te groter zijn de verschillen tussen laag- en hoogopgeleiden in fruitconsumptie, waarbij de hoogopgeleiden vaker dagelijks fruit eten dan laagopgeleiden. Laagopgeleiden lijken zich derhalve aan de omgeving op te trekken in een welvarende buurt en laten relatief gezond voedingsgedrag zien, wellicht door een groter aantal mogelijkheden en meer gezonde voorbeelden. Nader onderzoek moet uitwijzen in hoeverre structurele en culturele wijkenmerken opleidingsverschillen in leefstijlgewoonten kunnen versterken of verminderen.

Figuur 7.5

Dagelijks fruit eten naar percentage koopwoningen in de buurt en opleiding

[Eet dagelijks fruit, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar percentage koopwoningen in de buurt en opleiding respondent, 2014 (in procenten).]



Bron: EC/NWO (ESS Nederland 2014/'15, ronde 7) (n = 1369)

Literatuur

Carpiano, R.M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model. In: *Health & Place*, jg. 13, nr. 3, p. 639-655.

Rohe, W.M., S. Van Zandt en G. McCarthy (2013). The social benefits and costs of homeownership. A critical assessment of the research. In: *The Affordable Housing Reader*, jg. 40, p. 196-213.

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). De buurt en gezondheidsgedrag. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/de-buurt-en-gezondheidsgedrag>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Noten

1 Dit komt doordat niet voor alle buurten uit ESS-ronde 7 buurtgegevens beschikbaar zijn via het CBS.

Stapeling van risicofactoren

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

Bij gezondheidgerelateerd gedrag is waarschijnlijk niet één enkele goede of slechte gewoonte relevant, maar gaat het om een opeenhoping van gezonde en ongezonde uitingen. Dit zijn ingesleten gewoonten, die onderdeel uitmaken van een persoonlijke leefstijl. Op termijn kunnen deze gedragingen gevolgen hebben voor de gezondheid.

Belangrijk is ook dat mensen meerdere (on)gezonde gewoonten combineren, waardoor gezondheidsgedrag zich niet op één terrein uit, maar op meerdere gebieden. Om dit fenomeen te bestuderen, hebben we een stapelingsindex gecreëerd van de drie ongezonde leefstijlfactoren: regelmatig drinken [[Meer dan eenmaal per week.](#)], roken en overgewicht [[BMI > 25](#)]. De vraag is hoe vaak deze aspecten samen voorkomen en of deze stapeling gerelateerd is aan het opleidingsniveau.

Van de 25-70-jarige respondenten blijkt over het geheel 45,7% één risicogedraging te vertonen, 29% combineert twee risicogedragingen, terwijl 4,7% zowel rookt en drinkt als overgewicht heeft; 20,6% vertoont geen van de door ons onderscheiden risicofactoren.

Ongezond gedrag: stapeling en opleidingsverschillen

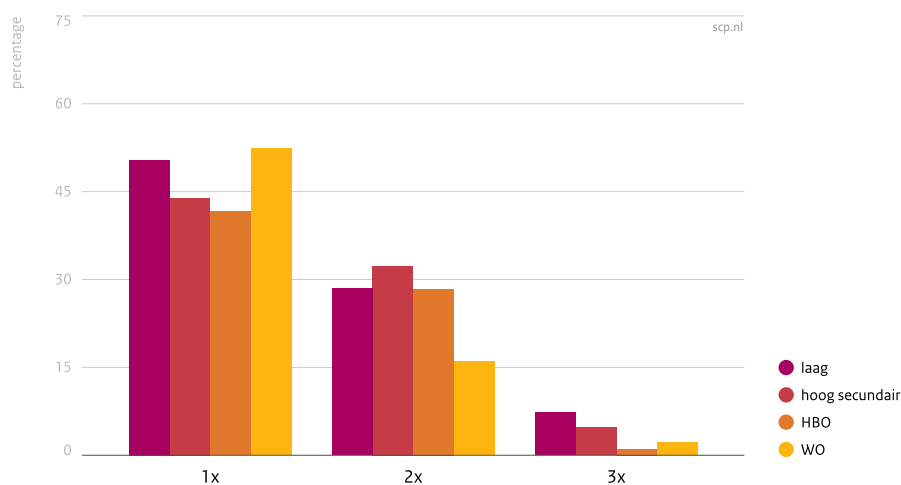
Figuur 8.1 toont aan dat een stapeling van risicofactoren gerelateerd is aan opleiding: het hebben van meerdere risicogedragingen gaat samen met een grotere opleidingskloof. Bij het hebben van 1 risicogedraging is het verschil tussen laag-, middelbaar en hoogopgeleiden nog betrekkelijk gering; de hoge score van de hoogst opgeleiden is dan vooral toe te schrijven aan hun regelmatige alcoholgebruik.

Het beeld is geheel anders wanneer we kijken naar degenen met 3 risicovolle gewoonten. Hier treffen we ruim 6 keer zoveel laagopgeleiden als hbo-opgeleiden aan. Dit illustreert dat er bij de laagopgeleide groep vaker meerdere risicofactoren aanwezig zijn dan bij de hoogopgeleide groep.

Figuur 8.1

Cumulatieve index van ongezond gedrag

[Cumulatieve index van roken, regelmatig alcohol drinken en overgewicht, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Gezond gedrag: stapeling en opleidingsverschillen

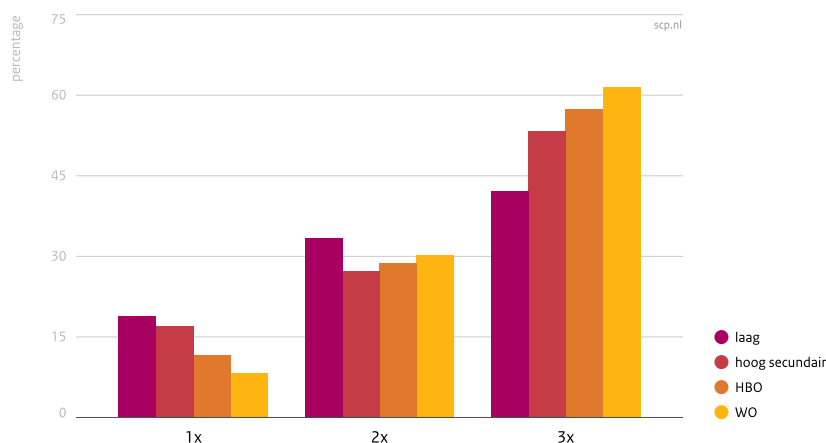
In figuur 8.2 kijken we naar de stapeling van gezonde gedragingen. We creëren een index bestaande uit: dagelijks fruit eten, dagelijks groente eten en minstens 1 keer per week intensief bewegen. Slechts 3,1% van de ondervraagden geeft aan geen gezonde gedragingen te hebben. De hoogst opgeleiden blijken in hun leefstijl het meest gezond bezig; maar liefst 61,5% van alle wo-opgeleiden geeft aan alle drie de gezonde gedragingen te ondernemen.

Over het algemeen vinden we voor elk hoger opleidingsniveau een grotere stapeling van gezond gedrag, waarbij de laagst opgeleiden het minst vaak een stapeling van gezond gedrag laten zien.

Figuur 8.2

Cumulatieve index van gezond gedrag naar opleidingsniveau

[Eet dagelijks fruit en groente, beweegt minstens 1x per week 30 minuten intensief, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Een samengaan van gezond en ongezond gedrag?

Ten slotte is het interessant om na te gaan of, en hoe, gezonde en ongezonde gedragingen samengaan. In figuur 8.3 is daarom één index gecreëerd, waarbij de ongezonde gedragingen zijn gespiegeld als gezonde gedragingen (dus als niet roken, niet regelmatig drinken en geen overgewicht).

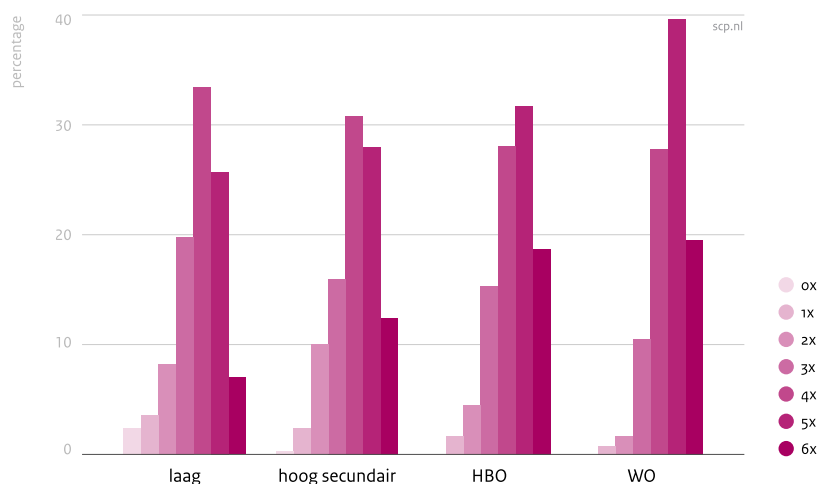
Allereerst is duidelijk dat bij de hoogst opgeleiden een zeer sterke cumulatie van gezondheidsgedrag optreedt; 59,1% van de wo-opgeleiden rapporteert vijf of meer gezonde leefstijlgedragingen. Voor de laagopgeleide groep is dit slechts 32,7%. Illustratief is ook dat bij de laagst opgeleiden 2,4% geen enkele gezonde gedraging heeft; onder hoogopgeleiden komt dit niet voor.

Dit geeft eens te meer aan dat ongezonde leefstijlgedragingen cumuleren. Tevens illustreert het dat we de opleidingskloof in gezondheidsgewoonten in samenhang moeten zien; het gaat er niet alleen om dat bepaalde groepen een enkele gedraging meer of minder vertonen, maar het is een feit dat ongelijkheden in ongezond gedrag samen voorkomen met name bij de groep laagst opgeleiden.

Figuur 8.3

Cumulatie van gezond gedrag

[Cumulatie van gezond gedrag,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, 2014 (in procenten).]



a Niet roken, niet regelmatig drinken, geen overgewicht, groente eten, fruit eten, bewegen.

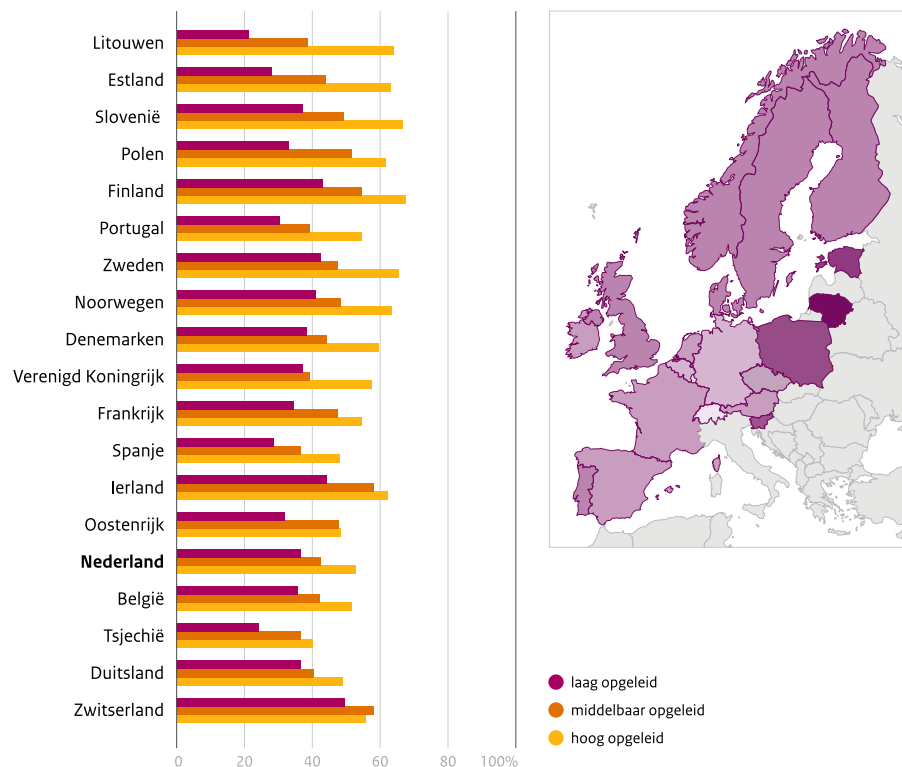
Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Op de kaart van Europa is te zien hoe de opleidingskloof in cumulatie van (on)gezond gedrag eruitziet in diverse landen uit de European Social Survey. In figuur 8.4 is steeds het percentage respondenten dat 5 of 6 gezonde gedragingen rapporteert, afgezet tegen het percentage met 4 of minder gezonde gedragingen. Onze resultaten laten zien dat de opleidingskloof in stapeling van gezondheidgerelateerd gedrag het kleinst is in Zwitserland (5,4%) en het grootst in Litouwen (42,9%); Ook Nederland heeft, met 16,4%, een relatief kleine opleidingskloof.

Figuur 8.4

De opleidingskloof in cumulatie van gezondheidsgedrag in Europa

[De opleidingskloof in gezondheidsgedrag, EU-bevolking van 25-70 jaar, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (n = 25.538)

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Stapeling van risicofactoren. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/stapeling-van-risicofactoren>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Geslacht en de kloof in gezondheidsgedrag

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

Eerder onderzoek laat zien dat er overduidelijk verschillen zijn tussen mannen en vrouwen in gezondheidsgedrag; mannen rapporteren over het algemeen een minder gezonde leefstijl dan vrouwen (Deeks et al. 2009; Ross en Mirowsky 2010). De vraag is echter in hoeverre deze verschillen in gezondheidsgedrag gerelateerd zijn aan de opleidingskloof in gezondheidsgedrag. We onderzoeken daarom in hoeverre geslacht gerelateerd is aan de opleidingskloof in gezondheidsgedrag.

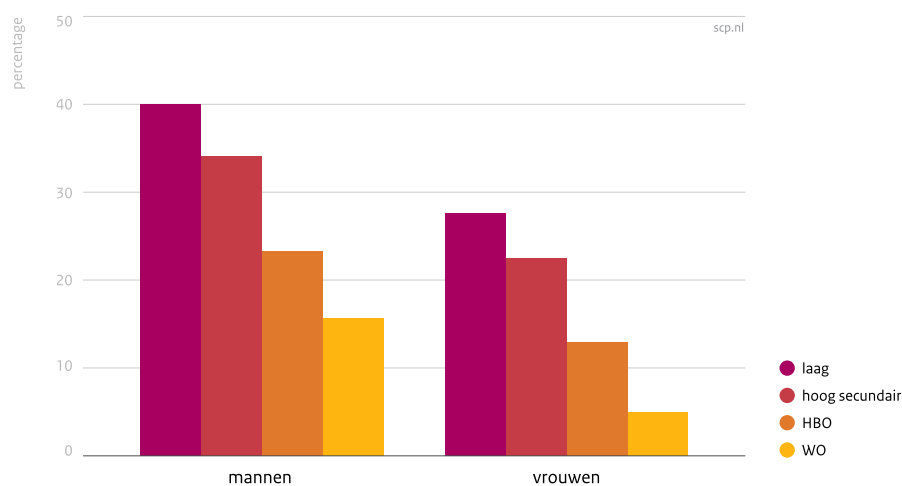
Roken

Uit de opleidingsgradiënt in figuur 9.1 lezen we dat laagopgeleiden vaker roken dan hoogopgeleiden. Ook het verschil tussen mannen en vrouwen is helder: mannen roken vaker dan vrouwen (alleen bij de wo-opgeleiden is dit verschil niet significant). Dit is vooral onder laagopgeleide mannen het geval. Roken lijkt daarmee voornamelijk onder laagopgeleide mannen relatief vaak voor te komen (40%).

Figuur 9.1

Rookgedrag naar opleidingsniveau en geslacht

[Rookt,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleidingsniveau en geslacht, 2014 (in procenten).]



a Onder roken verstaan wij het dagelijks roken en het wel roken, maar niet dagelijks. Voor meer informatie over de variabelen zie [Verantwoording en bronnen](#).

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Drinken van mannen en vrouwen: zijn er opleidingsverschillen?

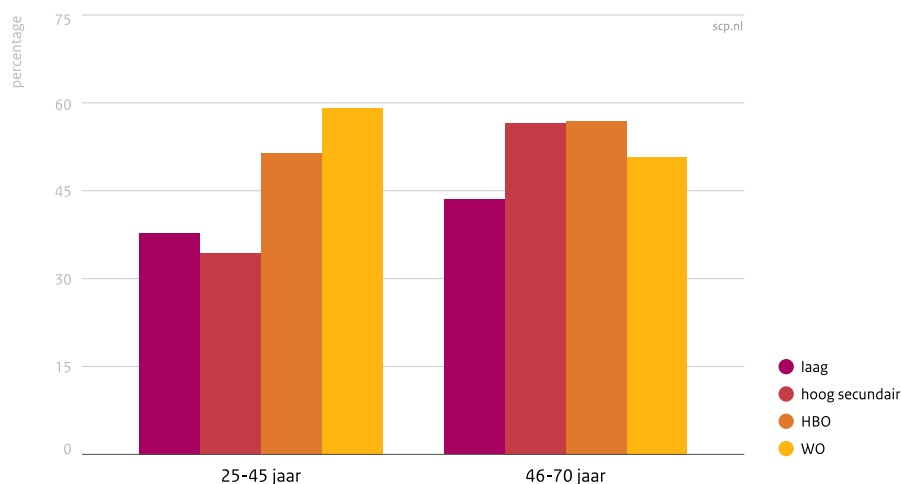
Figuren 9.2 en 9.3 tonen de opleidingsverschillen voor mannen en vrouwen in regelmatig alcohol drinken; daarbij wordt ook naar leeftijd gekeken. Jonge vrouwen, in alle opleidingsgroepen, blijken minder regelmatig te drinken dan mannen. Opmerkelijk is dat bij vrouwen van 46-70 jaar opleidingsverschillen in regelmatig drinken het sterkst naar voren komen; van de laagst opgeleide vrouwen drinkt in deze groep 29,4% regelmatig, tegen 60,4% van de wo-opgeleide vrouwen. Onder jongere vrouwen zijn de verschillen veel minder uitgesproken.

Onder mannen is de situatie andersom. Daar vinden we de grootste opleidingsverschillen in de jongere categorie; met name hoogopgeleide jonge mannen drinken relatief vaak (59,1%), terwijl middelbaar en laagopgeleide mannen meer gematigd zijn (34,4% resp. 37,8%). Onder de mannen van 45 jaar en ouder is regelmatig drinken zeer ingeburgerd; van hen drinkt onder vrijwel alle opleidingsgroepen rond de 50% regelmatig alcohol. Alleen de absoluut gezien kleine groep van laagopgeleiden is iets gematigder, met 43,5% regelmatige drinkers. Wellicht zijn financiële redenen hiervoor een verklaring.

Figuur 9.2

Regelmatige alcoholconsumptie naar opleiding, mannen

[Drinkt meer dan 1 keer per week alcohol, Nederlandse mannen van 25-70 jaar, naar opleiding, 2014 (in procenten).]

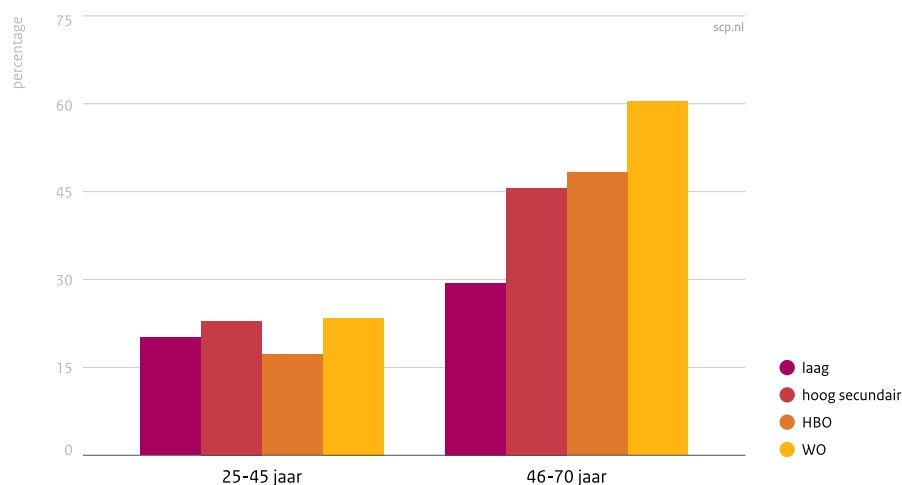


Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Figuur 9.3

Regelmatige alcoholconsumptie naar opleiding, vrouwen

[Drinkt meer dan 1 keer per week alcohol, Nederlandse vrouwen van 25-70 jaar, naar opleiding, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Geslacht, en gewicht en groente

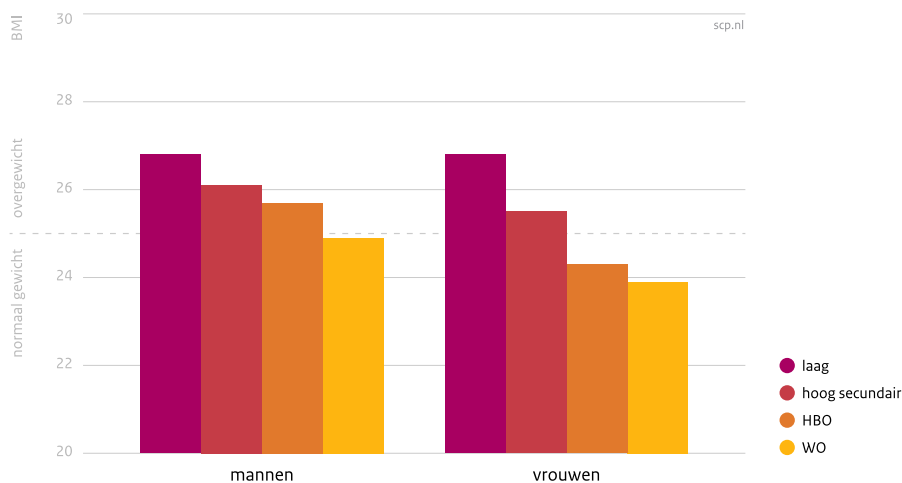
BMI

Een van de grootste welvaartsproblemen in westerse samenlevingen is de prevalentie van overgewicht [BMI 25-30] en obesitas [BMI > 30]. Figuur 9.4 laat de gemiddelde BMI voor mannen en vrouwen zien naar opleiding. De gestippelde lijn geeft de ondergrens voor overgewicht aan.

Hbo- en wo-opgeleide vrouwen hebben gemiddeld gezien geen overgewicht. Bij mannen constateren we dat strikt genomen alleen wo-opgeleiden gemiddeld gezien een gezond gewicht rapporteren. Tevens zien we een duidelijk onderscheid tussen mannen en vrouwen in opleidingsverschillen: de opleidingskloof tussen enerzijds laag en hoog secundair opgeleide vrouwen en anderzijds hbo/wo-opgeleide vrouwen in BMI is duidelijk meer uitgesproken dan bij mannen, waar de grens tussen hbo- en wo-opgeleide mannen ligt.

Figuur 9.4**Gemiddelde BMI naar opleiding en geslacht**

[Gemiddelde BMI,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding en geslacht, 2014 (in procenten).]



a De gestippelde lijn is de grens voor overgewicht (BMI > 25).

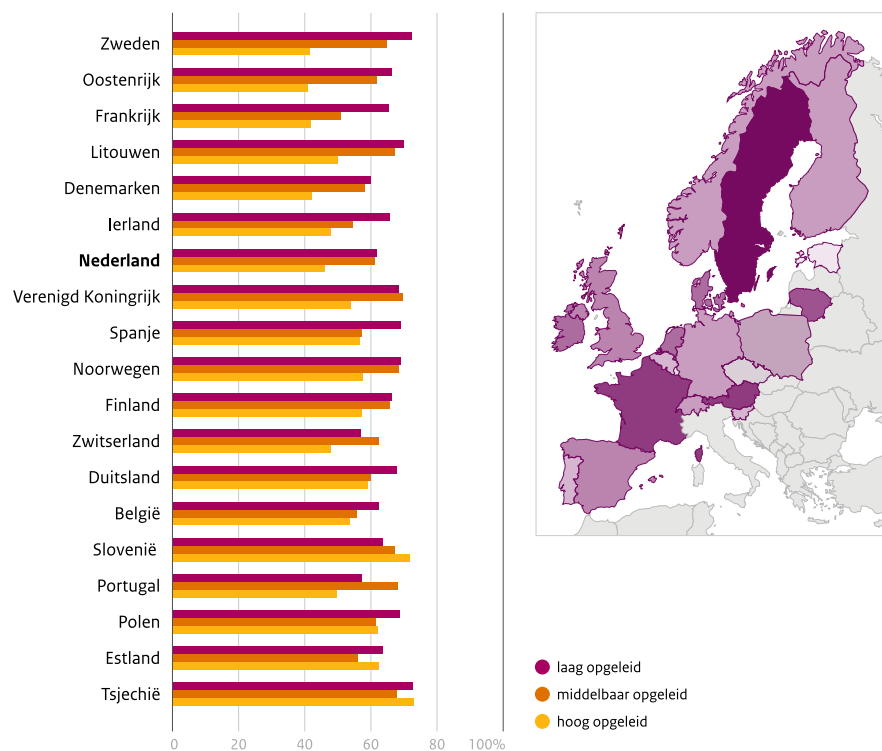
Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Als we naar de geslachtsspecifieke opleidingskloof in BMI kijken in Europa (figuur 9.5), constateren we dat in Slovenië laagopgeleide mannen minder vaak overgewicht hebben dan hoogopgeleide. In alle andere landen is dit precies andersom. Het opleidingsverschil onder mannen is het grootst in Zweden. Daar heeft 41,5% van de hoogopgeleide en 72,3% van de laagopgeleide mannen overgewicht.

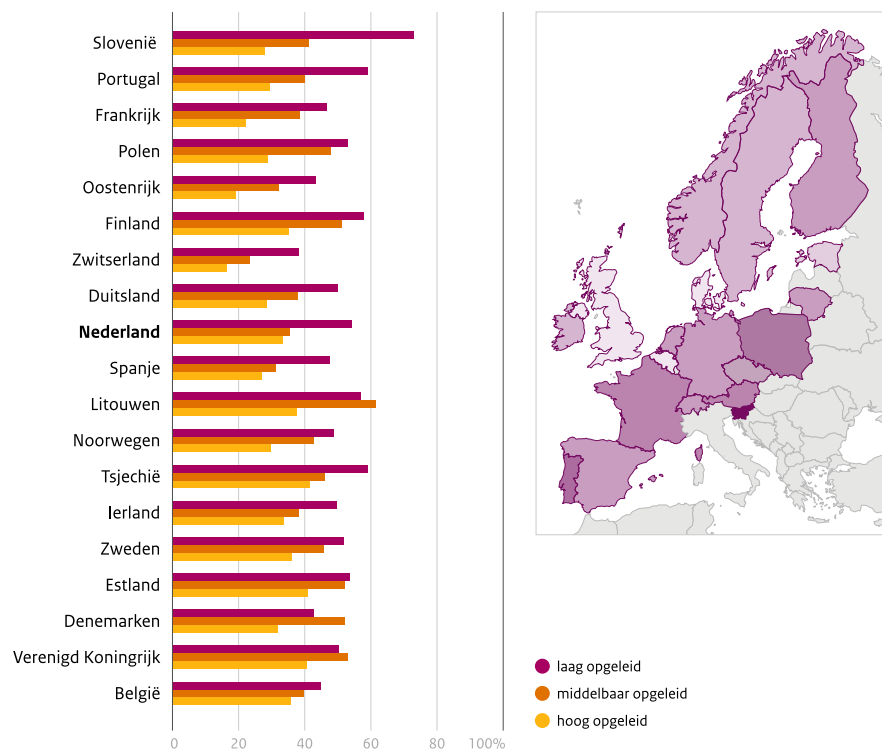
Nederland heeft een relatief grote opleidingskloof in BMI. Onder mannen is het verschil 15,5 procentpunten, onder vrouwen is de opleidingskloof zelfs 20,8 procentpunten. Voor alle landen stellen we vast dat overgewicht onder laagopgeleide vrouwen vaker voorkomt dan onder hoogopgeleide vrouwen.

Figuur 9.5
Overgewicht in Europa naar geslacht
 [Overgewicht (BMI > 25), EU-bevolking van 25-70 jaar, naar geslacht, 2014 (in procenten).]

Mannen



Vrouwen



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (n = 25.538)

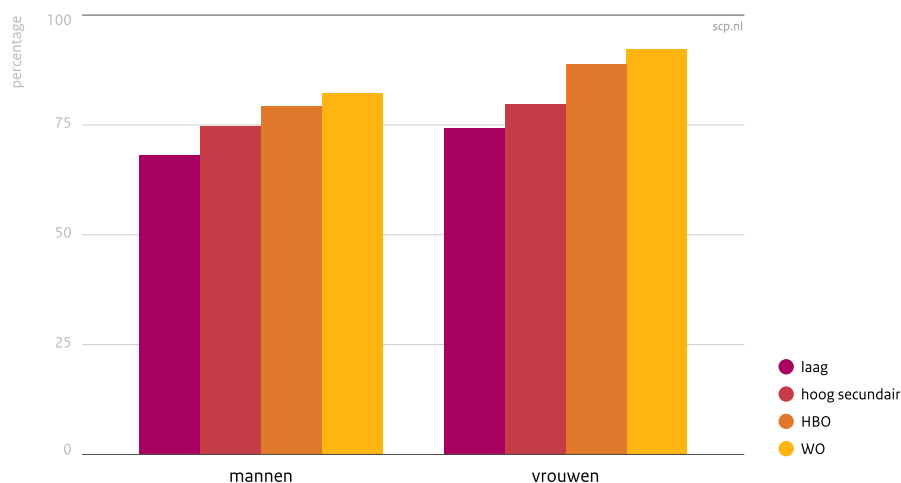
Groente eten

Figuur 9.6 toont ook voor dagelijks groente eten een duidelijke trend in opleidingsverschillen; deze zijn sterker onder vrouwen dan onder mannen. Vooral wo-opgeleide vrouwen eten vaker dagelijks groente (92,3%) dan laagopgeleide vrouwen (74,2%). Dit verschil is bij wo-opgeleide (82,2%) en laagopgeleide (68,1%) mannen duidelijk kleiner.

Figuur 9.6

Dagelijks groente eten naar opleiding en geslacht

[Eet dagelijks groente, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding en geslacht, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Literatuur

Deeks, A., C. Lombard, J. Michelmore en H. Teede (2009). The effects of gender and age on health related behaviors. In: *BMC Public Health*, jg. 9, nr. 1, p. 213.

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2010). Gender and the health benefits of education. *The Sociological Quarterly*, 51(1), 1-19.

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Geslacht en de kloof in gezondheidsgedrag. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/geslacht-en-de-kloof-in-gezondheidsgedrag>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Gezondheidsgedrag naar leeftijd

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

Zoals bekend is gezondheidsgedrag sterk gerelateerd aan leeftijd (Deeks et al. 2009). Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat met de jaren zowel de objectieve als de subjectieve gezondheid gestaag afneemt. Vinden we deze relatie met leeftijd ook terug bij de door ons gespecificeerde gezondheidsgedragingen? En in hoeverre is de leeftijdsdifferentiatie gerelateerd aan opleidingsverschillen?

Alcohol en leeftijdsverschillen

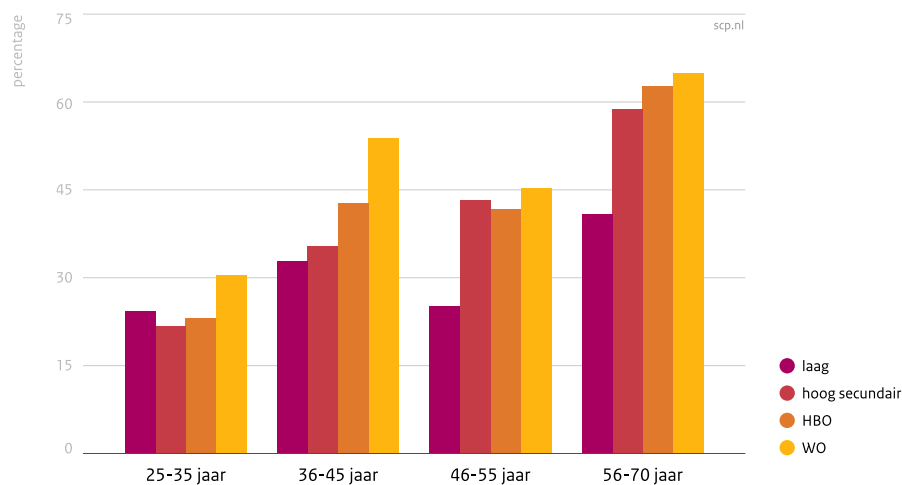
In figuur 10.1 is het regelmatig [*Meer dan 1 keer per week.*] drinken van alcohol uitgesplitst naar leeftijd en hoogst voltooide opleiding. We treffen een vrij consistent beeld aan. Bij alle leeftijdsgroepen drinken de wo-opgeleiden het meest regelmatig alcohol, terwijl de lager opgeleiden meer gematigd zijn. Deze opleidingsverschillen lijken groter te zijn voor de oudere respondenten. In andere woorden: met het toenemen van de leeftijd, stijgt het aantal regelmatige drinkers onder wo-opgeleiden sterker (van 30,4% naar 65,0%), dan onder de lager opgeleiden (van 24,3% naar 40,9%).

Alcohol drinken is dus risicogedrag dat vooral past bij de leefstijl van de hoogst opgeleiden in de oudere leeftijdscategorie. Binnen deze kringen is het blijkbaar meer sociaal geaccepteerd om regelmatig alcohol te drinken. Daarbij komt dat in deze groepen hiervoor ook vaker de financiële middelen beschikbaar zijn.

Figuur 10.1

Regelmatige alcoholconsumptie naar opleiding en leeftijd

[*Drinkt meer dan 1 keer per week alcohol, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding en leeftijd, 2014 (in procenten).*]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Leeftijd en opleiding in relatie tot gezondheidsgedragingen

Overgewicht

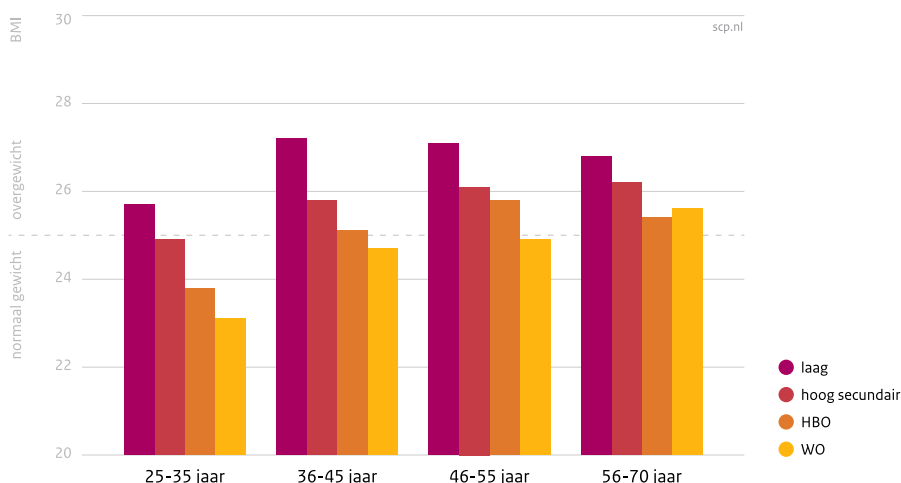
De kans op overgewicht neemt over het algemeen toe naarmate mensen ouder worden (CBS StatLine 2018). Dit fenomeen wordt ook geïllustreerd in figuur 10.2. De gemiddelde BMI onder 56-70-jarigen is aanzienlijk hoger dan onder 25-35-jarigen. Opmerkelijk is dat er een duidelijke opleidingskloof in overgewicht bestaat onder jongeren, terwijl de verschillen in overgewicht kleiner zijn onder oudere leeftijdsgroepen. Bij de 25-35-jarigen hebben alleen de laagopgeleiden gemiddeld gezien overgewicht (BMI = 25,7), terwijl de wo-opgeleiden, met een gemiddelde BMI van 23,1, een relatief gezond gewicht hebben.

Over de levensloop worden deze opleidingsverschillen steeds minder groot. In de oudste leeftijdscategorie vinden we bij alle opleidingsgroepen gemiddeld gezien overgewicht, en is de opleidingskloof kleiner geworden: van 2,6 naar 1,2 BMI-punten.

Figuur 10.2

Gemiddelde BMI naar opleiding en leeftijd

[Gemiddelde BMI,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding en leeftijd, 2014 (in procenten).]



a De gestippelde lijn is de grens voor overgewicht (BMI > 25).

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Groente eten

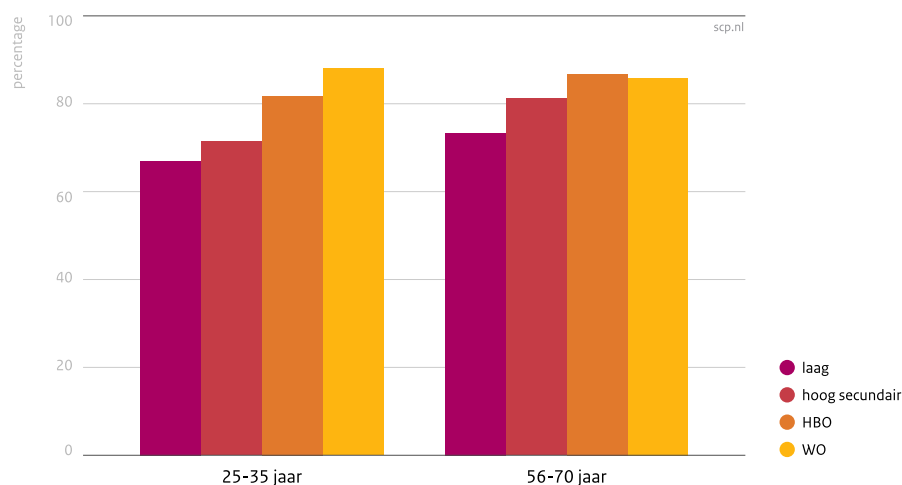
Figuur 10.3 laat zien dat dagelijks groente eten bij de maaltijd onder alle groepen tamelijk gewoon is. Toch treffen we ook hier verschillen naar opleiding aan, en die zijn vooral te vinden bij de jongeren.

Vooraf laagopgeleide jongeren (25-35 jaar) lijken minder frequent groente te eten (67,0%), terwijl dat onder laagopgeleide ouderen (56-70 jaar) iets gebruikelijker is (73,3%). Of dit te maken heeft met opgroeien in een tijd waarin groente eten nog heel gewoon was, de opkomst van kant-en-klaarmaaltijden waar vooral jongeren gebruik van maken, of het vaker eten in gezinsverband onder ouderen moet nader onderzoek uitwijzen.

Figuur 10.3

Dagelijks groente eten naar opleiding en leeftijd

[Eet dagelijks groente, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding en leeftijd, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

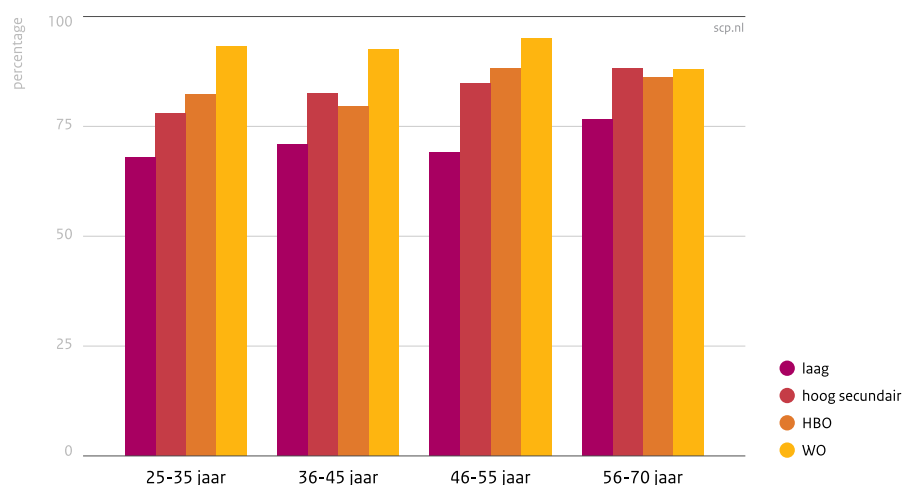
Bewegen

Uit figuur 10.4 lezen we ten slotte af dat in alle leeftijdscategorieën intensief bewegen het minst in trek is bij de laagst opgeleiden. De figuur laat ook zien dat de opleidingskloof in fysieke activiteit het grootst is bij de 25-35-jarigen en duidelijk kleiner onder ouderen. Wellicht zijn de verschillen in beschikbare vrije tijd in deze oudere categorie wat kleiner, of neemt de noodzaak tot bewegen toe naarmate men ouder wordt. Aangezien risicofactoren stapelen over de levensloop is dit een aandachtspunt. Als vooral jongere laagopgeleiden afzien van voldoende bewegen, kan dit consequenties hebben op de langere termijn.

Figuur 10.4

Bewegen naar opleiding en leeftijd


[Beweegt minstens 1 keer per week 30 minuten intensief, Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding en leeftijd, 2014 (in procenten).]



Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Literatuur

Deeks, A., C. Lombard, J. Michelmore en H. Teede (2009). The effects of gender and age on health related behaviors. In: *BMC Public Health*, jg. 9, nr. 1, p. 213.

CBS Statline (2018). Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981. Te raadplegen op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81565NED/table?ts=1529397175143> 

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Gezondheidsgedrag naar leeftijd. In: *Een (on) gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/gezondheidsgedrag-naar-leeftijd>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Alternatieve geneeswijzen

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

In de discussie over gezondheidgerelateerd gedrag speelt ook de kwestie van gezondheidspreventie [[Preventieve maatregelen voor het behoud of de bevordering van de gezondheid.](#)]. Er is steeds meer aandacht voor voeding, mensen zijn zich meer bewust van hun gezondheid en proberen daar via hun gedrag ook invloed op uit te oefenen. In deze ontwikkeling speelt op de achtergrond ook het gebruik van alternatieve geneeswijzen.

Hoogopgeleide vrouwen met een goed inkomen worden wel beschouwd als de grootste gebruikers van alternatieve geneeswijzen in geïndustrialiseerde landen (Ernst 2000). Hoe is dat anno 2014 in Nederland? Om dit vast te stellen construeren we een meetinstrument waarin voor 11 alternatieve geneeswijzen is nagegaan of men hier in de afgelopen 12 maanden gebruik van heeft gemaakt. Het gaat om acupunctuur, acupressuur, Chinese medicijnen, chiropractie, osteopathie, homeopathie, kruidentherapie, hypnotherapie, massagetherapie, reflexologie en spirituele geneeswijzen.

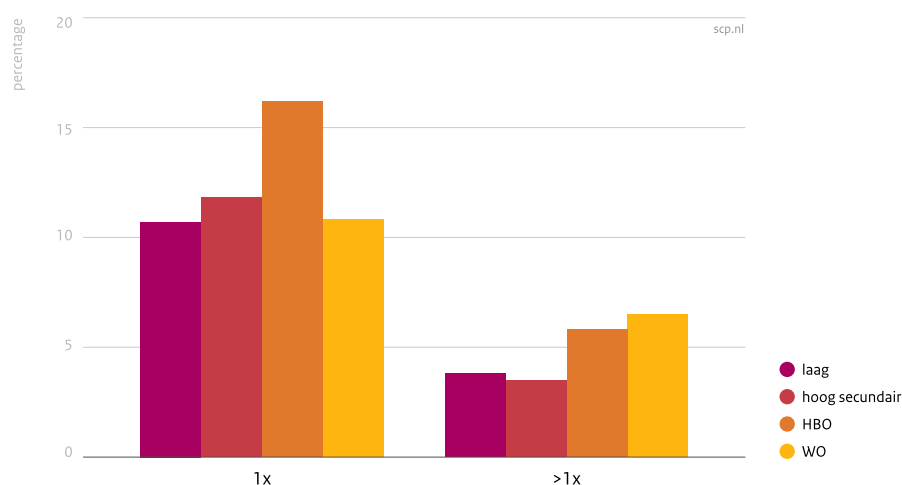
Gebruik naar opleidingsniveau

Figuur 11.1 presenteert de opleidingsverschillen in het gebruik van alternatieve geneeswijzen onder Nederlanders tussen de 25 en 70 jaar. HBO-opgeleiden maken het vaakst gebruik van deze geneeswijzen (22,0%) en de laagopgeleiden het minst (14,5%). Daarnaast lijken hbo- en wo-opgeleiden ook vaker meerdere alternatieve geneeswijzen te gebruiken dan laag- en middelbaar opgeleiden.

Figuur 11.1

Gebruik alternatieve geneeswijzen naar opleiding

[[Gebruik alternatieve geneeswijzen,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding, 2014 \(in procenten\).](#)]



a De gestippelde lijn is de grens voor overgewicht (BMI > 25).

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Gebruik naar geslacht

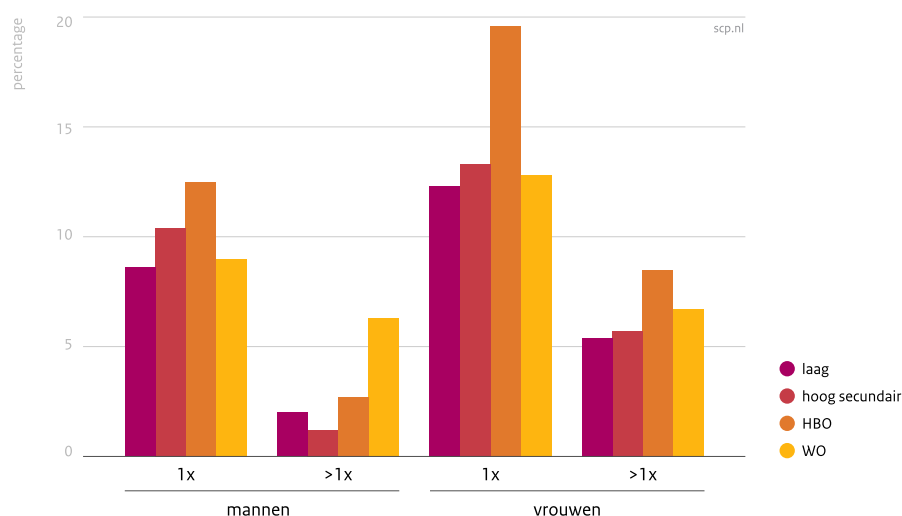
In figuur 11.2 splitsen we het gebruik van alternatieve geneeswijzen uit voor mannen en vrouwen. Overduidelijk is dat vrouwen meer gebruik maken van alternatieve therapieën dan mannen, en dit constateren we binnen alle opleidingsgroepen. Vooral hbo-opgeleide vrouwen zijn grootgebruikers van de alternatieve geneeswijzen: 28,1% maakt jaarlijks één of meerdere keren gebruik van alternatieve therapieën. Onder hbo-opgeleide mannen is dit 15,2%.

Bij mannen springen de geringe opleidingsverschillen in het oog: in alle opleidingsgroepen gebruikt net boven de 10% één of meerdere keren in een jaar een alternatieve therapie. Bij vrouwen zijn de percentages stelselmatig hoger, vooral bij hbo-opgeleide vrouwen.

Figuur 11.2

Gebruik alternatieve geneeswijzen naar opleiding en geslacht

[Gebruik alternatieve geneeswijzen,^a Nederlandse bevolking van 25-70 jaar, naar opleiding en geslacht, 2014 (in procenten).]



a Acupunctuur, acupressuur, Chinese medicijnen, chiropractie, osteopathie, homeopathie, kruidentherapie, hypnotherapie, massagetherapie, reflexologie en spirituele geneeswijzen.

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (N=1.415)

Alternatieve geneeswijzen in Europa

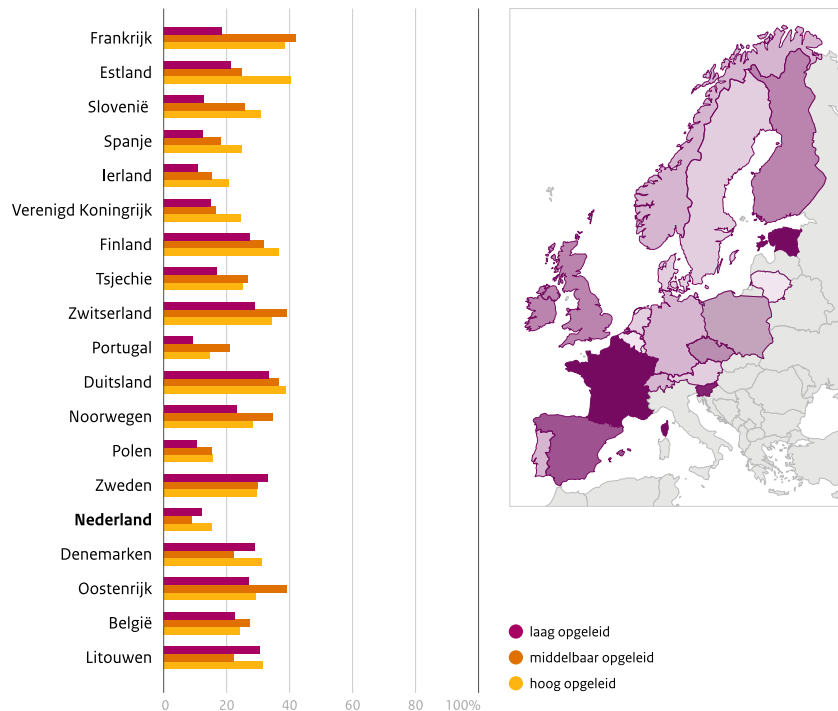
Komt het gebruik van alternatieve geneeswijzen overal evenveel voor in Europa? Nee, er is duidelijk een spreiding van de mate waarin gebruik gemaakt wordt van alternatieve geneeswijzen. Zo blijkt uit Figuur 11.3 dat in Duitsland zowel mannen als vrouwen ruim twee keer zo vaak gebruik maken van alternatieve geneeswijzen als in Nederland. De opleidingskloof in het gebruik van alternatieve geneeswijzen is het grootst in Estland, voor zowel mannen als vrouwen.

Figuur 11.3

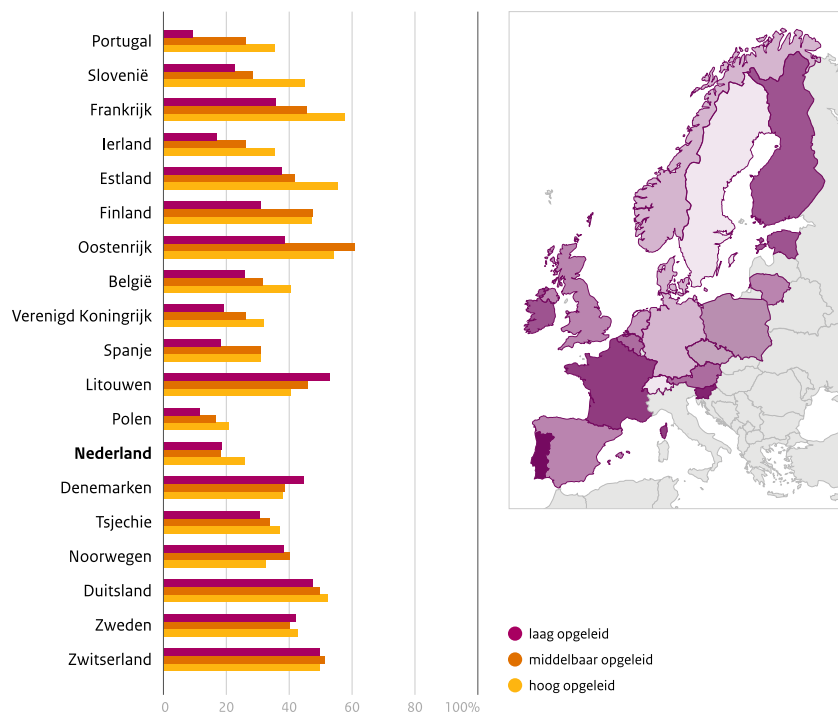
Opleidingsverschillen in alternatieve geneeswijzen in Europa

[Opleidingsverschillen in alternatieve geneeswijzen,^a EU-bevolking van 25-70 jaar, 2014 (in procenten).]

Mannen



Vrouwen



a Acupunctuur, acupressuur, Chinese medicijnen, chiropractie, osteopathie, homeopathie, kruidentherapie, hypnotherapie, massagetherapie, reflexologie en spirituele geneeswijzen.

Bron: European Social Survey Nederland, ronde 7, 2014-2015 (n = 25.538)

Literatuur

Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. In: *Bulletin of the World Health Organization*, jg. 78, nr. 2, p. 252-257.

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Alternatieve geneeswijzen. In: *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/alternatieve-geneeswijzen>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

De opleidingskloof en beleidsrelevantie

Auteurs: [Gerbert Kraaykamp](#) en [Ronald Batenburg](#)

Hoewel verschillende gezonde gedragingen veel voorkomen onder de Nederlandse bevolking, is ongezond gedrag nog steeds tamelijk wijdverbreid. Dit betekent dat er nog veel gezondheidswinst te boeken is met het bevorderen van gezondere leefstijlgewoonten. Maar maakt beleid dat zich richt op gezondheidsbevordering en leefstijl veel kans? En hoe kan rekening worden gehouden met de opleidingsverschillen die we in de diverse kaarten hebben vastgesteld?

Blijvende verschillen in gezondheidgerelateerd gedrag

Dat er gezondheidsverschillen zijn in Nederland, is op zichzelf niet heel verassend en is ook al in meerdere onderzoeken aangetoond, zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). Wel is verontrustend dat er substantiële en pregnante verschillen in gezonde en ongezonde gewoonten zijn tussen opleidingsgroepen (Ruwaard 2011). Ook onze studie toont een tamelijk sterke sociale scheidslijn tussen hoog- en laagopgeleiden, ook als we corrigeren voor andere achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd) en contextuele factoren (familie, buurt, land).

Zo komt onder laagopgeleiden de meest risicovolle gedraging, roken, het vaakst voor, terwijl intensief bewegen en gezond eten er juist minder vaak voorkomen; hoogstwaarschijnlijk resulteert dit ook in een hoger BMI. In spiegelbeeld zien we, gemiddeld genomen, vooral onder woopgeleiden meer gezond gedrag en een gezonder BMI. Een uitzondering hierop is het consumeren van alcohol; dat doen juist de hoogst opgeleiden relatief frequent.

Onze resultaten ondersteunen hiermee het idee dat gezondheidgerelateerd gedrag cultureel bepaald is; het hoort bij de leefstijl en identiteit van een sociale groep of klasse. Omdat opleiding, leefstijl en cultuur zo sterk met elkaar samenhangen, zien we dat de hier gepresenteerde differentiatie in gezondheidgerelateerd gedrag ook een sterke indicatie is van robuuste verschillen tussen sociale groepen in Nederland.


Dat neemt echter niet weg dat verschillen overbrugd kunnen worden, en dat beleid daarbij een rol kan en moet spelen. Ondanks leefstijl- en culturele verschillen is en blijft gezondheid immers voor iedereen essentieel. En waar individuen of sociale groepen minder mogelijkheden hebben om zelf hun gezondheid te verbeteren, hebben de overheid en samenleving een taak om hulp en ondersteuning te bieden (McCartney et al. 2013).

Preventie en voorlichting vormen de bekendste taken in dezen, maar ook de meest weerbarstige. Meer dan ooit wordt nu ingezet op beleid dat zich richt op preventie boven genezing, en op gedrag in plaats van ziekte. Een belangrijke aanzet hiervoor is gegeven door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg met de discussienota *Van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid* (RVZ 2010). Meer recent benadrukt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in een advies, getiteld *Verlangen naar samenhang*, nog eens dat verschillen in persoonlijk, economisch, sociaal en cultureel kapitaal ervoor zorgen dat mensen gedifferentieerde zorg- en hulpvragen hebben (RVS 2016).

Een rol van overheid en zorgverleners

Zorgverleners krijgen steeds vaker de rol toebedeeld van beïnvloeder van persoonlijk gezondheidsgedrag. Binnen zorgopleidingen krijgt daarom de sociaal-communicatieve kant van het beroep steeds meer aandacht. Onder het motto ‘de kunst van het nee zeggen’ krijgen zorgprofessionals steeds meer een begeleidende rol, waarbij waar mogelijk verantwoordelijkheid bij individuele burgers wordt gelegd.


Hoe kan voorlichting rondom voeding, roken, drinken, bewegen en fysieke activiteit, de lagere opleidingsgroepen bereiken, die dit het meest nodig hebben? Maar ook: zijn deze doelgroepen vervolgens in staat de stap te maken naar gezonder gedrag en een andere leefstijl? Immers, verschillen tussen opleidingsgroepen in gezondheidsgedrag zijn gerelateerd aan het hebben van minder competenties, meer financiële restricties, een kleiner sociaal netwerk en aspecten van culturele identiteit, zie ook [Opleiding als scheidslijn](#). Het ligt voor de hand te veronderstellen dat deze factoren ook verklaren waarom beleid weleens minder zou kunnen aanslaan bij deze meest kwetsbare groep.

De overheid heeft natuurlijk al sinds jaar en dag de doelstelling om de gezondheidstoestand van de bevolking te bevorderen. Deze studie laat eens en te meer zien dat het investeren in (gedifferentieerd) beleid om ongezonde leefstijluitingen te beperken, daarbij essentieel is. Voor veel leefstijlgewoonten wordt aangenomen dat met voorlichting en kennisoverdracht een omslag kan worden bereikt. Zo is verstrekking van informatie en kennis, de basis van het recent ingezette Nationaal Preventieakkoord. Het idee is dat mensen om te beginnen meer bewust gemaakt moeten worden van hun gedrag en de mogelijk schadelijke gevolgen daarvan; daaruit zouden zij aangezet kunnen worden tot zelfmanagement. Omdat ongezonde leefstijlfactoren vooral clusteren bij de groep laagopgeleiden, zou preventiebeleid zich dus specifiek kunnen richten op deze groep (zie hiervoor bv: [Loket gezond leven](#) .

Het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden [[Vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, begrijpen, beoordelen en gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen \(Pharos\)](#).] zijn te ontwikkelen, ook al hebben laagopgeleiden deze van huis uit minder vaak meegekregen en staan de normen in hun sociale netwerken daar minder voor open. In ons onderzoek vinden we bijvoorbeeld tamelijk sterke invloeden van een partner en de familie op gezondheidsgedrag. Hier zou echter ook een aangrijpingspunt voor beleid gevonden kunnen worden, door niet de individuele burger aan te spreken op zijn of haar ongezonde leefstijl, maar dit in samenhang met een partner en andere familieleden te doen. Sociale steun, informatievoorziening en financiële prikkels zouden hierbij ingezet kunnen worden. Is het niet op nationaal niveau, dan wel op regionaal of buurniveau. Steeds meer gemeenten ontwikkelen in samenwerking met zorgverleners en zorgverzekeraars campagnes en projecten ter bevordering van meer gezond gedrag onder slecht bereikbare bevolkingsgroepen.

Laagopgeleiden hebben over het algemeen minder vertrouwen in informatie die van overheidswege komt. Ook met centraal gestuurde organisaties (zorgverzekeraars) hebben zij eerder een haat- dan een liefdeverhouding (Hoefman et al. 2015; Rademakers 2014). Het aanhaken bij de buurt en het sociale netwerk is dan mogelijk de route om abstracte begrippen als ‘positieve gezondheid’, ‘voorzorg’ en ‘gezondheidsvaardigheden’ handen en voeten te geven. Daarbij

is de rol van zorgverleners en begeleiders niet te onderschatten, in de eerste lijn én in sociale wijkteams. Specifiek beleid om bijvoorbeeld gezondheidskennis, stoppen-met-rokencursussen en beweegprogramma's te doen aanslaan en slagen bij laagopgeleiden, vergt dus lokaal maatwerk, waarbij de sociale omgeving (partner, familie) moet worden betrokken (zie: [Gezond in](#) .

Literatuur

Hoefman, R.J., A.E.M. Brabers en J.D. de Jong (2015). *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL.

McCartney, G., C. Collins en M. Mackenzie (2013). What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? In: *Health Policy*, jg. 113, nr. 3, p. 221-227.

RVS (2016). *Verlangen naar samenhang*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.

RVZ (2010). *Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Ruwaard, D. (2011). Ongezonde leefstijl: wiens zorg. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 89, nr. 6, p. 293-295.

Deze kaart citeren

Kraaykamp, G., en en R. Batenburg (2017). De opleidingskloof en beleidsrelevantie. In: *Een (on) gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/de-opleidingskloof-en-beleidsrelevantie>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Verantwoording en bronnen

Auteurs: [Stéfanie André](#), [Roza Meuleman](#) en [Gerbert Kraaykamp](#)

Voor deze cardstack is gebruik gemaakt van de zevende ronde van de European Social Survey (ESS, www.europeansocialsurvey.org), een representatief survey afgenomen in 2014/'15, met daarin een toegesneden module over gezondheid en gezondheidsgedrag (Eikemo et al. 2017). De ESS is een internationaal vergelijkend vragenlijstonderzoek, dat wordt afgenomen bij personen van 15 jaar en ouder in zelfstandige huishoudens, ongeacht nationaliteit of taal. Interviews worden in Nederland persoonlijk (face-to-face) afgenomen door getrainde interviewers bij respondenten thuis.

Respondentselectie en respons

Voor dit onderzoek zijn respondenten geselecteerd die tussen de 25 en 70 jaar oud waren op het tijdstip van ondervraging. We sluiten hiermee jongeren (en expliciet ook studenten) uit. Ook personen ouder dan 70 jaar zijn uitgesloten, omdat bij deze groep meer gezondheidsproblemen voorkomen en men als gevolg daarvan wellicht het gezondheidgerelateerd gedrag aanpast.

Voor onze analyses was het verder noodzakelijk dat informatie beschikbaar was voor essentiële kenmerken zoals het geslacht, opleidingsniveau van de respondent en van de ouders; respondenten met ontbrekende informatie zijn daarom uitgesloten. Voor respondenten van wie alleen het ouderlijk opleidingsniveau ontbrak (62 in totaal), is met multi-pele imputatie voor 46 personen een waarde toegekend. Voor 16 respondenten was dit niet mogelijk vanwege ontoereikende informatie; ook deze respondenten zijn buiten beschouwing gelaten. Als gevolg van deze selecties is voor alle kaarten (behalve voor de buurtkaart) dezelfde groep respondenten in ogenschouw genomen (n = 1415).

In het Nederlandse deel van de European Social Survey zijn personen op 3452 adressen benaderd met een verzoek om deelname. In totaal hebben er 1919 respondenten meegedaan aan het onderzoek. Na uitsluiting van de niet-beschikbare adressen (bedrijf, bouwval, onbewoond) was de respons 59% (ESS 7 Data Documentation Report 3.1, 2014). De gepresenteerde gegevens voor deze cardstack zijn gewogen met de door ESS voorgeschreven poststratificatiegewichten. Hiermee wordt gecorrigeerd voor het gebruikte steekproefontwerp in een land¹ en selectieve non-respons (jongeren doen bijvoorbeeld vaker niet mee aan het onderzoek dan ouderen).

De meetinstrumenten

Opleiding is ingedeeld in vier categorieën:

- laagopgeleid (lo, bao, lbo, mulo, mavo, vmbo, kmbo, mbo 1)
- hoog secundair opgeleid (mbo 2-4, mms, havo, vwo, hbs, kort hbo, mbo+, propedeuse wo)
- hbo-opgeleid (hbo bachelor en master)
- wetenschappelijk opgeleid (wo bachelor en master, kandidaats en doctoraal)

Bij specifieke kaarten is soms gekozen voor een samennemen van categorieën. Dit wordt dan aangegeven.

Alle uitkomsten die worden beschreven in de kaarten, zijn gebaseerd op antwoorden die respondenten hebben gegeven op surveyvragen over hun gedrag. Deze zelfrapportage kan door allerlei processen enigszins afwijken van het werkelijke gedrag, bijvoorbeeld door sociale wenselijkheid of vergeetachtigheid. Er wordt in dit onderzoek aangenomen dat het verschil tussen zelfgerapporteerd gedrag en daadwerkelijk gedrag voor laagopgeleiden niet anders is dan voor hoogopgeleiden.

Bij vier van de zes metingen van gezondheidgerelateerd gedrag in ESS is gebruik gemaakt van zogenaamde toonkaarten. Dit gebeurt om aan respondenten voorgeschreven gestandaardiseerde antwoordcategorieën te kunnen voorleggen. Hier kunt u door te klikken op het meetinstrument de [showcard](#) inzien, zoals die aan respondenten is getoond. Verder geven we hieronder de vraagstelling weer.

Roken

Laten we het nu hebben over het roken van sigaretten. Welk van de beschrijvingen op deze kaart komt het best overeen met uw rookgedrag?

- Ik rook dagelijks.
- Ik rook, maar niet dagelijks.
- Ik rook momenteel niet, maar ik heb gerookt in het verleden.
- Ik heb maar een paar keer gerookt.
- Ik heb nog nooit gerookt.

De eerste twee categorieën worden aangemerkt als 'roken', want ook niet dagelijks (maar regelmatig) roken is ongezond; de overige categorieën worden gecodeerd als 'niet roken'.

Drinken

Hoe vaak heeft u alcohol gedronken in de afgelopen 12 maanden, dat wil zeggen sinds [dag, maand, jaar]? Bijvoorbeeld wijn, bier, sterke drank of andere alcoholische dranken.

- elke dag
- meerdere keren per week
- 1 keer per week
- 2-3 keer per maand
- 1 keer per maand
- minder dan 1 keer per maand
- nooit

De eerste twee categorieën zijn samengenomen als regelmatig drinken.

Overgewicht

Om overgewicht te berekenen zijn twee metingen gebruikt, die van de lengte en het gewicht. De gestelde vragen waren:

1. Wat is uw lichaamslengte zonder schoenen aan?
2. Wat is uw lichaamsgewicht zonder schoenen aan?

De BMI van een persoon is vastgesteld met de formule: gewicht (kg) / (lengte in meters x lengte in meters). Een BMI hoger dan 25 wijst op overgewicht, terwijl een BMI van hoger dan 30 duidt op obesitas.

Fruit eten

Kunt u aan de hand van deze kaart zeggen hoe vaak u fruit eet? Het drinken van vruchtensap telt niet mee.

- 3 keer per dag of vaker
- 2 keer per dag
- 1 keer per dag
- minder dan 1 keer per dag, maar minstens 4 keer per week
- minder dan 4 keer per week, maar minstens 1 keer per week
- minder dan 1 keer per week
- nooit

(De eerste 3 antwoorden zijn gecodeerd door ons als minstens 1 keer per dag; de overige antwoorden als minder dan 1 keer per dag).

Groente eten

Kunt u nog steeds aan de hand van deze kaart zeggen hoe vaak u groente of salades eet? Het eten van aardappelen telt niet mee.

- 3 keer per dag of vaker
- 2 keer per dag
- 1 keer per dag
- minder dan 1 keer per dag, maar minstens 4 keer per week
- minder dan 4 keer per week, maar minstens 1 keer per week
- minder dan 1 keer per week
- nooit

(De eerste 3 antwoorden zijn gecodeerd door ons als minstens 1 keer per dag; de overige antwoorden als minder dan 1 keer per dag).

Bewegen

Op hoeveel van de afgelopen 7 dagen heeft u in een stevig tempo gewandeld, gesport of een andere lichamelijke activiteit gedaan gedurende 30 minuten of langer? (Informatie voor de interviewer: de lichamelijke activiteit hoeft niet onafgebroken te zijn geweest om meegeteld te worden).

Aan de verdeling van de antwoorden kunnen we zien dat de vraag door de respondenten verschillend is geïnterpreteerd. Omdat het ons gaat om intensief bewegen, hebben we besloten om iedereen die minstens 1 dag in de week stevig heeft bewogen, mee te tellen als 'wel intensief bewegen' en alle andere in de categorie 'niet intensief bewegen' te plaatsen.

De Europese grafieken

Voor het maken van interactieve grafieken voor Europese landen zijn dezelfde metingen en selecties gebruikt als voor Nederland. Respondenten zijn geselecteerd uit de groep personen van 25-70 jaar, die niet studeren en van wie de opleiding van de respondent zelf en de ouders bekend is. In alle Europese landen is van 8% van de respondenten niet bekend wat het opleidingsniveau van de ouders is. Voor 890 respondenten is daarom deze informatie geïmputeerd, de resterende 1352 respondenten (5,2% van alle respondenten) zijn buiten beschouwing gelaten. Dit heeft tot gevolg dat we in totaal 25.832 respondenten in Europa hebben gebruikt voor de interactieve vergelijkende kaarten.

Twee landen uit de ESS zijn buiten beschouwing gelaten. Dat zijn Hongarije, omdat er onvoldoende informatie was over de opleiding van respondenten en hun ouders, en Israël, omdat dit op grond van geografische positie niet als Europees land is beschouwd.

Toetsing

Opleidingsverschillen zijn getoetst met een χ^2 -toets. Alle effecten van opleiding die we tonen, zijn significant. Indien dit niet zo is, wordt dit vermeld en wordt alleen maar beschreven en niet vergeleken.

Waar naar individuele opleidingscategorieën is gekeken, zijn verschillen getoetst met Anova met Tuckey post-hoc testen. In het geval er twee variabelen zijn (bv. opleiding ouders en opleiding respondent), is de interactie van de twee categorieën getoetst met een two-way Anova.

Aanvullende informatie via Nederlandstalige en internationale websites

De huidige studie richt zich op de opleidingskloof in gezondheidgerelateerd gedrag en maakt hiervoor gebruik van representatief Europees vergelijkend onderzoek. Hierdoor is het mogelijk het beeld voor de Nederlandse bevolking te relateren aan dat in andere landen. Ook is getracht de resultaten zo toegankelijk mogelijk te presenteren, waardoor zij aantrekkelijk worden voor een breed geïnteresseerd publiek. Hoewel ons onderzoek hiermee een aantal vernieuwingen brengt, bouwt het uiteraard voort op eerder onderzoek naar leefstijlgewoonten. Hieronder presenteren we een aantal weblinks waar aanvullende informatie te vinden is.

1. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) kent de [Leefstijlmonitor](#). Deze monitor richt zich vooral op ongezonde gewoonten onder jongeren en gebruikt hiervoor de Gezondheidsenquête en de HSBC-data. Opleidingsverschillen staan niet centraal.
2. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) biedt via [StatLine](#) de mogelijkheid zelf tabellen te creëren voor diverse leefstijlindicatoren. Hiervoor wordt veelal de jaarlijkse Nederlandse Gezondheidsenquête gebruikt. Ook kan men trends in de prevalentie van leefstijlgedragingen opvragen. Veelal staan bij CBS-publicaties leeftijds- en geslachtsverschillen centraal, maar ook uitsplitsing naar opleiding is mogelijk.
3. De GGD geeft op <https://www.gezondheidinsociaaldomein.nl/> informatie over een veelheid aan leefstijlindicatoren, waarmee het mogelijk is om gemeenten onderling te vergelijken. Het betreft hier vooral beschrijvende informatie.
4. De [Gezondheidsraad](#) biedt een registratie van gezondheidgerelateerd onderzoek en daarnaast meer specifieke richtlijnen over gezond gedrag ten aanzien van roken, drinken, bewegen en voeding.
5. De World Health Organization (WHO) presenteert [factsheets](#) voor diverse aspecten van gezondheid, waaronder leefstijlaspecten. Hierin vindt men de meest recente kennis en informatie over het onderwerp, inclusief relevantie en context. Ook een interessante [infographic](#) over roken is te vinden op de WHO-site.
6. Bij het [Loket gezond leven](#), ten slotte, vindt men een beleidsrijke inventarisatie van leefstijlinterventies op basis van diverse criteria zoals doelgroep, setting of thema.

De auteurs bedanken de leescommissie van het SCP, bestaande uit, [Ineke Stoop](#), [Frieke Vonk](#), [Sander Steijn](#) en [Sjoerd Kooiker](#) voor hun opbouwende commentaar op eerdere versies van deze bijdrage. Uiteraard blijft de inhoud van deze publicatie volledig de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Literatuur

Eikemo, T.A., C. Bambra, T. Huijts en R. Fitzgerald (2017). The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. In: *European Sociological Review*, jg. 33, nr. 1, p. 137-153.

European Social Survey (2015). *ESS7 data documentation report 2014*. Te raadplegen op http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round7/survey/ESS7_data_documentation_report_eo3_1.pdf

Deze kaart citeren

André, S., R. Meuleman en G. Kraaykamp (2017). Verantwoording en bronnen. In: *Een (on) gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op [...] via <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/verantwoording-en-bronnen>.

Publicatiedatum

10 juli 2018

Noten

- 1 Bv. voor ongelijke insluitkansen, toevallige steekproeffouten.