

## 8.1.1. Inleiding

In 1977 aanvaardden de WGO en haar lidstaten de resolutie waarbij 'Gezondheid voor Allen' voor de regeringen het belangrijkste doel werd op het vlak van sociale gezondheid. In het verlengde hiervan heeft het Regionaal Europees Bureau van de WGO belangrijke maatregelen genomen namelijk, door de aanvaarding in 1984, door de 32 lidstaten van de regio op dat ogenblik, van de 38 regionale doelstellingen van 'Gezondheid voor allen'. Centraal in deze doelstellingen staat het reduceren van de sociale ongelijkheid op het vlak van de gezondheid .

Het thema sociale (on-)gelijkheid op het vlak van de gezondheid vormt een quasi constante in het epidemiologisch onderzoek. Veelal kon vastgesteld worden een lagere sociaal-economische status gepaard gaat met slechtere gezondheidsscores. De voorbeelden zijn voldoende gekend: het gemiddeld lagere geboortegewicht, de hogere prevalentie van chronische specifieke respiratoire aandoeningen, hart- en vaatziekten, reumatische klachten en suikerziekte, de grote aanwezigheid van lichamelijke beperkingen (o.a. moeilijkheden bij het lopen), de lagere levensverwachting, enz.

## 8.1.2. BELGIË

### 8.1.2.1. GEZONDHEIDSSTATUS

(5.1) De *perceptie van de eigen gezondheid* (PE01\_1) vertoont een directe band met het opleidingsniveau: bij personen zonder diploma, met een diploma lager onderwijs of een diploma lager secundair onderwijs geeft tussen de 30 en 40% aan de eigen gezondheidstoestand als onbevredigend te beschouwen (globaal percentage: 22%). Bij diegenen die een diploma hoger secundair behaald hebben, daalt dit percentage tot 18%, bij diegenen die een diploma hoger onderwijs behaald hebben tot 13%. Eenzelfde socio-economische gradiënt kan vastgesteld worden indien de samenhang tussen subjectieve perceptie van de gezondheid en het equivalent inkomen van het huishouden nagegaan wordt. Een eerder laag (equivalent) inkomen hangt samen met een relatief grotere kans de eigen gezondheid als onbevredigend te beschouwen.

(5.2.- 5.3.) Er kan geen uitgesproken samenhang tussen enerzijds het opleidingsniveau of het inkomensniveau en anderzijds de *afwezigheid van aandoeningen of de prevalentie van co-morbiditeit* vastgesteld worden. Naarmate het opleidings- of inkomensniveau lager is komt co-morbiditeit wel vaker voor, maar deze verschillen zijn niet significant.

(5.4) Tussen het opleidingsniveau en het gemiddeld *aantal gerapporteerde klachten* (uit een lijst van 23 klachten) bestaat een - weliswaar licht - negatief verband: Lager opgeleiden geven gemiddeld meer klachten aan dan hoger geschoolden. Van een duidelijke inkomensgradiënt is weinig sprake indien de samenhang ervan met het aantal gerapporteerde klachten nagegaan wordt. Wel kan vastgesteld worden dat diegenen met een maandelijks (equivalent) inkomen van meer dan 40.000 Bfr. gemiddeld minder klachten rapporteren dan diegene met een lager inkomen. Eenzelfde beeld kan teruggevonden worden indien de samenhang tussen enerzijds opleidingsniveau en inkomensniveau en anderzijds de mate waarin *lichamelijke pijnen* de dagelijkse normale activiteit hindert. Personen met een lage opleiding, resp. inkomen melden meer dan de anderen gehinderd te worden door pijn in de dagelijkse activiteit.

(5.5) De *Body Mass Index (BMI)* daalt in functie van het opleidingsniveau en - minder uitgesproken - het inkomensniveau. De proportie personen met een overgewicht, resp. personen met obesitas is kleiner bij de hoger opgeleiden. Personen met een lager opleidingsniveau resp. behorende tot een lagere inkomenscategorie geven minder dan de anderen aan bezorgd te zijn over hun gewicht. Zij die dit wel doen geven meer dan de anderen aan minder aanbevolen/duurdere methodes te gebruiken om te vermageren (o.a. vasten). Interessant om te melden is tevens dat lager opgeleiden resp. personen behorend tot een lager inkomensniveau meer aangeven te willen vermageren zelfs indien hun gewicht daartoe geen aanleiding zou mogen geven.

(5.7) Er kan nauwelijks een samenhang onderkend worden tussen socio-economische kenmerken van de bevolking en hun *mentale gezondheid*. Niettemin laten de resultaten zien dat bij de laagst opgeleiden resp. personen behorend tot de lagere inkomenscategorieën de proportie personen dat aangeeft depressief te zijn, significant hoger ligt dan bij de anderen. Hiermee gepaard gaand kan een negatieve samenhang tussen het opleidings- en inkomensniveau en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen vastgesteld worden (alhoewel de vastgestelde verschillen niet statistisch significant zijn).

(5.8) Van een rechtstreekse samenhang tussen socio-economische karakteristieken van de bevolking en hun *sociale gezondheid* is nauwelijks sprake. Een partiële samenhang tussen het inkomensniveau en sociale gezondheid kan enkel teruggevonden worden indien de eigen lichamelijke gezondheid of emotionele problemen als remming op het onderhouden van sociale relaties mee in rekening gebracht wordt. Voor personen met een eerder beperkt inkomen (minder dan 40.000 Bfr) geldt dat gezondheidsproblemen/emotionele problemen meer dan voor andere personen de omgang met anderen hindert.

### 8.1.2.2. LEVENSTIJL EN PREVENTIE

(6.1) De *consumptie van tabak* (regelmatig of occasioneel) daalt met een stijgend opleidingsniveau. Bij diegenen met een diploma hoger onderwijs is het laagst (26%), bij de overige opleidingscategorieën varieert het van 30 tot 35%. De proportie occasionele rokers (vergeleken met de regelmatige rokers) stijgt met het opleidingsniveau resp. het inkomensniveau. De proportie zware rokers is het kleinst bij diegenen met een diploma hoger onderwijs en diegenen behorend tot de hoogste hier onderscheiden inkomenscategorie (+ 60.000 Bfr).

(6.2) Globaal genomen kan een samenhang terug gevonden worden tussen socio-economische karakteristieken en de *consumptie van alcohol*. Wanneer nagegaan wordt hoeveel personen aangaven in de loop van het afgelopen jaar (minstens eenmaal) alcoholische dranken geconsumeerd te hebben, kan vastgesteld worden dat deze proportie stijgt met het opleidingsniveau; waar 52% van diegenen zonder diploma aangaven in deze referentieperiode alcoholische dranken te hebben geconsumeerd, stijgt dit percentage tot 93% bij die personen met een diploma hoger onderwijs. Niet alleen het aantal personen dat alcohol consumeert stijgt met het opleidingsniveau, ook het gemiddeld aantal glazen dat geconsumeerd wordt: waar dit gemiddeld 3 glazen per week bedraagt bij de personen zonder diploma, stijgt dit tot gemiddeld 6 glazen bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. Tevens is het aantal dagelijkse drinkers het hoogst bij die personen met minstens een diploma hoger onderwijs resp. met een (equivalent) inkomen van meer dan 60.000 Bfr.

(6.3) Het al dan niet beoefenen van *sportieve activiteiten* vertoont een nauw samenhang met socio-economische karakteristieken. 40% tot 60% van de personen zonder diploma of met een diploma lager of lager secundair beoefenen geen enkele vorm van (actieve) sport. Dit percentage zakt tot 23% bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. Eenzelfde tendens kan vastgesteld worden indien de samenhang met het inkomensniveau wordt nagegaan: 40% van de personen met een gering inkomen beoefent geen (actieve) sport tegen slechts 23% van diegenen met een (equivalent) inkomen van meer dan 60.000 Bfr. Ook indien de samenhang een andere hier bestudeerde indicator - het percentage personen dat minstens eenmaal per week een fysieke activiteit (voldoende lang om te zweten) beoefent - nagegaan wordt, kan eenzelfde beeld teruggevonden worden: lager geschoolden, resp. personen met een lager inkomen beoefenen minder dan hoger geschoolden, resp. personen met een hoger inkomen een sportieve activiteit.

(6.4) De praktijk van *vaccinatie* (tegen tetanus, tegen griep, tegen rodehond) vertoont geen enkele samenhang met de weerhouden socio-economische indicatoren.

(6.5.) Zowel het onderwijsniveau als het inkomensniveau vertoont een hechte samenhang met de mate waarin personen het *besmettingsgevaar voor AIDS* correct inschatten. De teneur hierbij is duidelijk: hoe hoger het opleidingsniveau, resp. hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter het aantal personen is dat deze besmettingsmethodes correct inschatten. Een speciale aandacht ging naar de mate waarin personen (correct) aangaven dat bloedtransfusie in België geen enkel risico op AIDS-besmetting met zich meebrengt. Ook hier kan eenzelfde tendens onderkend worden; hoger opgeleiden schatten beter dan lager opgeleiden, meerverdieners meer dan minderverdieners de afwezigheid van besmettingsmogelijkheden correct in. Parallel met de correcte inschatting van besmettingsmethodes, scoort de herkenning van efficiënte

beschermingsmethodes voor AIDS; hoger opgeleiden en personen met een relatief hoog (equivalent) inkomen schatten de beschermingsmethodes beter in.

Niet alleen met betrekking tot de kennis over besmettings- en beschermingsmethodes kan een uitgesproken socio-economische gradiënt onderkend worden, ook met betrekking tot het concrete screening voor AIDS bestaat deze gradiënt. Een hogere opleiding resp. een hoger equivalent inkomen hangt samen met een hoger gebruik van AIDS-tests. Tevens hangt de motivatie voor een dergelijke screening samen met socio-economische karakteristieken.

Tenslotte kan een duidelijke socio-economische gradiënt onderkend worden met betrekking tot de houding ten aanzien van HIV-geïnfekteerden. Zo houdt 80% van de personen zonder diploma er een discriminerende houding op na, tegen 61% van de personen met een diploma hoger onderwijs.

(6.6) Globaal genomen kan een positieve samenhang vastgesteld worden tussen resp. het opleidingsniveau en het inkomensniveau enerzijds en goede *voedingsgewoonten* anderzijds. Personen met een eerder lage opleiding resp. behorend tot een lage inkomenscategorie geven minder aan frequent vis te eten, fruit en groenten te eten, geven meer aan gesuikerde dranken te consumeren,...

(6.7) Er kan geen netto-samenhang vastgesteld worden tussen opleidings- en inkomensniveau van de moeder enerzijds en het geven van *borstvoeding* na de geboorte van een kind. Er kunnen wel aanwijzingen teruggevonden worden dat het geven van borstvoeding na een periode van zes weken resp. 3 maanden na de geboorte meer een praktijk is van de laagst opgeleiden enerzijds en de hoogst opgeleiden anderzijds. Eenzelfde profiel kan teruggevonden worden indien de samenhang met het inkomen nagegaan wordt: ook hier ligt de proportie moeders dat na zes weken, resp. 3 maanden na de geboorte nog steeds borstvoeding geeft significant hoger bij de diegenen behorend tot de laagste én de hoogste inkomenscategorie.

Moeders zonder diploma, resp. behorend tot de laagste hier onderscheiden inkomenscategorie werden hebben minder dan anderen een huisbezoek gehad na de geboorte. Moeders met een diploma hoger onderwijs gaven meer frequent aan hun kind medisch te laten opvolgen in het kinderdagverblijf of door een privé pediater. Er kunnen tevens aanwijzingen teruggevonden worden voor de praktijk waarbij moeders met een lager opleidingsniveau resp. een lager inkomensniveau meer tijdens het eerste levensjaar van het kind op medische consultatie gaan.

(6.7) Het feit een *voorbehoedmiddel* te gebruiken is onafhankelijk van het socio-economische niveau van de betrokkenen. In de keuze van het voorbehoedmiddel kunnen lichte aanwijzingen gevonden voor socio-economische verschillen. Zo zijn er indicaties dat vrouwen in de laagste inkomenscategorie (< 20.000 Bfr) meer dan vrouwen in de overige inkomenscategorieën 'de' pil gebruiken en minder de sterilisatie. Daarenboven lijkt het gebruik van het condoom en het pessarium bij vrouwen in de laagste inkomenscategorie lager te liggen dan bij vrouwen in de overige inkomenscategorieën).

(6.7) Het geringe aantal gevallen in de steekproef laat niet toe een samenhang na gaan tussen socio-economische status van vrouwen en (kenmerken van) de *opvolging van de zwangerschap*.

(6.7) Het gering aantal gevallen laat niet toe verregaande conclusies te trekken aangaande de mogelijke samenhangen tussen socio-economische karakteristieken en het risicogedrag in verband met *wiegedood*. Met de nodige voorzichtigheid kan afgeleid worden dat vrouwen met een diploma hoger onderwijs of een (equivalent) inkomen van meer dan 60.000 Bfr. een minder risicovolle omgeving (kunnen) bieden aan hun pasgeborene.

(6.8) Een samenhang tussen socio-economische karakteristieken en *cardio-vasculaire preventie* (controle bloeddruk, controle cholesterol) kan slechts in beperkte mate vastgesteld worden. Met betrekking tot controle van de bloeddruk is deze samenhang zelfs helemaal afwezig. Hoger opgeleiden, resp. personen behorend tot een hogere inkomenscategorie geven significant meer aan in de afgelopen vijf jaar preventief gescreend te zijn voor cholesterol.

(6.9) De analyse van de onderzoeksresultaten laten toe samenhangen vast te stellen tussen de socio-economische kenmerken van vrouwen en de praktijk van *kankeropsporing* (borstkanker, baarmoederhalskanker). Zo is duidelijk dat screening voor borstkanker (mammografie) een praktijk is dat

significanter meer voorkomt bij vrouwen met een diploma hoger onderwijs. Ook het klinisch onderzoek van de borsten wordt proportioneel meer verricht bij met een hoger opleidingsniveau. Het al dan niet zelf controleren van de borsten (in de loop van de afgelopen maand) vertoont evenwel geen samenhang met de socio-economische karakteristieken van de vrouwen. De preventieve controle voor baarmoederhalskanker lijkt een praktijk te zijn die toeneemt met het opleidings- resp. het inkomensniveau.

(6.10) Er kan geen samenhang vastgesteld worden tussen het opleidings- of inkomensniveau en de incidentie van *ongevallen*. Het dragen van een autogordel vooraan in de auto ligt significant hoger bij de hoger dan bij de lager opgeleiden. Er kunnen aanwijzingen teruggevonden worden dat hoger opgeleiden, resp. personen behorend tot een hogere inkomenscategorie beter dan de anderen het toegelaten alcoholpercentage in het bloed voor een bestuurder van een auto correct inschatten.

### 8.1.2.3. MEDISCHE CONSUMPTIE

(7.1) De samenhang tussen de hier gehanteerde socio-economische indicatoren en de *contacten met de huisarts* is weinig eenduidig en aspectueel. Zo kunnen er slechts in beperkte mate verschillen teruggevonden worden tussen de onderscheiden opleidingscategorieën, resp. inkomenscategorieën met betrekking tot het beroep doen op een huisarts of specialist of met betrekking tot de hospitalisatie.

(7.3.) Ook met betrekking tot de *contacten met de specialist* kunnen weinig uitgesproken samenhangen met opleidings- of inkomenscarakteristieken teruggevonden worden. Niettemin kan vastgesteld worden dat de kans om in de loop van één jaar tenminste één contact te hebben met een arts-specialist hoger is als men tot de hoogste opleidingsklasse behoort. Personen met een diploma secundair onderwijs of lager rapporteren in 45% van de gevallen een contact met een arts-specialist in het afgelopen jaar, bij personen met een diploma hoger onderwijs is dit percentage 52%. Daarenboven hangt een hogere opleiding en een hoger inkomen samen met een hogere kans om de specialist te contacteren zonder verwijzing door de huisarts (alhoewel dit zeker niet geldt voor alle specialismen). Het gemiddeld aantal consultaties met de arts-specialist, de reden voor contact noch het soort contact (nieuw contact versus herhalingsbezoek) vertoont echter geen samenhang met de hier weerhouden socio-economische karakteristieken.

(7.5) Tussen onderscheiden socio-economische indicatoren en de *opname in een ziekenhuis* kunnen nauwelijks samenhangen teruggevonden worden. Zo hangen de kans opgenomen te worden in een ziekenhuis noch de duur van opname samen met het opleidings- of inkomensniveau. De analyse van de enquêteresultaten laten echter wel toe vast te stellen dat cardiovasculaire en psychosociale problemen als belangrijkste oorzaak van opname in het ziekenhuis zijn relatief belangrijker in de laagste socio-economische klassen.

(7.6.) Voor de studie van een mogelijke samenhang tussen socio-economische karakteristieken en het *gebruik van geneesmiddelen* (tijdens de afgelopen twee weken) is het noodzakelijk een onderscheid te maken tussen voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen lijkt slechts in beperkte mate samen te hangen met socio-economische karakteristieken. De consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen daarentegen hangt daarentegen positief samen met het inkomensniveau; hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter de consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen (laagste inkomenscategorie: 27%, hoogste categorie: 41%). Indien naar het soort geneesmiddel (voorgeschreven en niet voorgeschreven) gekeken wordt, kunnen kleine socio-economische verschillen vastgesteld worden: zo gebruiken mensen met een lagere opleiding gebruiken meer pijnstillers dan diegenen met een hogere opleiding en ligt het gebruik van geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel hoger in de lagere opleidings- en inkomensklassen.

(7.7) Noch wat het aantal huishoudens dat in de referentieperiode uitgaven had voor gezondheidsverstrekers noch met de gemiddelde uitgaven voor gezondheidswerkers, kan een samenhang onderkend worden met de hier weerhouden socio-economische kenmerken (van het huishouden). Van een dergelijke samenhang is evenmin sprake indien het aantal huishoudens dat uitgaven had voor geneesmiddelen beschouwd wordt. Daarentegen dalen de uitgaven voor geneesmiddelen zowel in absolute als in relatieve termen over de onderscheiden opleidingscategorieën heen. Eenzelfde tendens kan vastgesteld worden indien de samenhang met het inkomen van de huishoudens bestudeerd wordt: De uitgaven voor geneesmiddelen dalen zowel in absolute als in relatieve termen over de onderscheiden inkomenscategorieën heen. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht van de referentiepersoon verschillen de relatieve gemiddelde

uitgaven significant voor elke onderscheiden inkomenscategorie. Een samenhang tussen het aantal huishoudens dat uitgaven had voor hospitalisatie en de gemiddelde uitgaven hiervoor enerzijds en de hier onderscheiden socio)economische kenmerken anderzijds kan niet worden vastgesteld.

### 8.1.3. VLAAMSE GEMEENSCHAP

#### 8.1.3.1. GEZONDHEIDSSTATUS

(5.1) De *perceptie van de eigen gezondheid* (PE01\_1) vertoont een directe band met het opleidingsniveau: bij personen zonder diploma, met een diploma lager onderwijs of een diploma lager secundair onderwijs geeft ongeveer 30% aan de eigen gezondheidstoestand als onbevredigend te beschouwen (globaal percentage: 18%). Bij diegenen die een diploma hoger secundair behaald hebben, daalt dit percentage tot 15%, bij diegenen die een diploma hoger onderwijs behaald hebben tot 11%. Eenzelfde socio-economische gradiënt kan vastgesteld worden indien de samenhang tussen subjectieve perceptie van de gezondheid en het equivalent inkomen van het huishouden nagegaan wordt. Een eerder laag (equivalent) inkomen hangt samen met een relatief grotere kans de eigen gezondheid als onbevredigend te beschouwen.

(5.2.- 5.3.) Er kan geen uitgesproken samenhang tussen enerzijds het opleidingsniveau of het inkomensniveau en anderzijds de *afwezigheid van aandoeningen of de prevalentie van co-morbiditeit* vastgesteld worden. Naarmate het opleidings- of inkomensniveau lager is komt co-morbiditeit wel vaker voor, maar deze verschillen zijn niet significant.

(5.4) Tussen het opleidingsniveau en het gemiddeld *aantal gerapporteerde klachten* (uit een lijst van 23 klachten) bestaat een - weliswaar licht - negatief verband: Lager opgeleiden geven gemiddeld meer klachten aan dan hoger geschoolden. Van een duidelijke inkomensgradiënt is weinig sprake indien de samenhang ervan met het aantal gerapporteerde klachten nagegaan wordt. Wel kan vastgesteld worden dat diegenen met een maandelijks (equivalent) inkomen van meer dan 40.000 Bfr. gemiddeld minder klachten rapporteren dan diegene met een lager inkomen. Eenzelfde beeld kan teruggevonden worden indien de samenhang tussen enerzijds opleidingsniveau en inkomensniveau en anderzijds de mate waarin *lichamelijke pijnen* de dagelijkse normale activiteit hindert. Personen met een lage opleiding, resp. inkomen melden meer dan de anderen gehinderd te worden door pijn in de dagelijkse activiteit.

(5.5) De *Body Mass Index (BMI)* daalt in functie van het opleidingsniveau en - minder uitgesproken - het inkomensniveau. De proportie personen met een overgewicht, resp. personen met obesitas is kleiner bij de hoger opgeleiden. Personen met een lager opleidingsniveau resp. behorende tot een lagere inkomenscategorie geven minder dan de anderen aan bezorgd te zijn over hun gewicht. Zij die dit wel doen geven meer dan de anderen aan minder aanbevolen/duurdere methodes te gebruiken om te vermageren (o.a. vasten). Interessant om te melden is tevens dat lager opgeleiden resp. personen behorend tot een lager inkomensniveau meer aangeven te willen vermageren zelfs indien hun gewicht daartoe geen aanleiding zou mogen geven.

(5.7) Er kan nauwelijks een samenhang onderkend worden tussen socio-economische kenmerken van de bevolking en hun *mentale gezondheid*. Niettemin laten de resultaten zien dat bij de laagst opgeleiden resp. personen behorend tot de lagere inkomenscategorieën de proportie personen dat aangeeft depressief te zijn, significant hoger ligt dan bij de anderen. Hiermee gepaard gaand kan een negatieve samenhang tussen het opleidings- en inkomensniveau en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen vastgesteld worden (althoewel de vastgestelde verschillen niet statistisch significant zijn).

(5.8) Van een rechtstreekse samenhang tussen socio-economische karakteristieken van de bevolking en hun *sociale gezondheid* is nauwelijks sprake. Een partiële samenhang tussen het inkomensniveau en sociale gezondheid kan enkel teruggevonden worden indien de eigen lichamelijke gezondheid of emotionele problemen als remming op het onderhouden van sociale relaties mee in rekening gebracht wordt. Voor personen met een eerder beperkt inkomen (minder dan 40.000 Bfr) geldt dat gezondheidsproblemen/emotionele problemen meer dan voor andere personen de omgang met anderen hindert.

### 8.1.3.2. LEVENSTIJL EN PREVENTIE

(6.1) De *consumptie van tabak* (regelmatig of occasioneel) daalt met een stijgend opleidingsniveau. Bij diegenen met een diploma hoger onderwijs is het het laagst (23%), bij de overige opleidingscategorieën bedraagt het van 29% en meer. De proportie occasionele rokers (vergeleken met de regelmatige rokers) stijgt met het opleidingsniveau resp. het inkomensniveau. De proportie zware rokers is het kleinst bij diegenen met een diploma hoger onderwijs en diegenen behorend tot de hoogste hier onderscheiden inkomenscategorie (+ 60.000 Bfr).

(6.2) Globaal genomen kan een samenhang terug gevonden worden tussen socio-economische karakteristieken en de *consumptie van alcohol*. Wanneer nagegaan wordt hoeveel personen aangaven in de loop van het afgelopen jaar (minstens eenmaal) alcoholische dranken geconsumeerd te hebben, kan vastgesteld worden dat deze proportie stijgt met het opleidingsniveau; waar 71% van diegenen zonder diploma aangaven in deze referentieperiode alcoholische dranken te hebben geconsumeerd, stijgt dit percentage tot 95% bij die personen met een diploma hoger onderwijs. Niet alleen het aantal personen dat alcohol consumeert stijgt met het opleidingsniveau, ook het gemiddeld aantal glazen dat geconsumeerd wordt: waar dit gemiddeld 1,5 glazen per week bedraagt bij de personen zonder diploma, stijgt dit tot gemiddeld 6 glazen bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. Tevens is het aantal dagelijkse drinkers het hoogst bij die personen met minstens een diploma hoger onderwijs resp. met een (equivalent) inkomen van meer dan 60.000 Bfr.

(6.3) Het al dan niet beoefenen van *sportieve activiteiten* vertoont een nauw samenhang met socio-economische karakteristieken. 35% tot 50% van de personen zonder diploma of met een diploma lager of lager secundair beoefenen geen enkele vorm van (actieve) sport. Dit percentage zakt tot 29% bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. Ook indien de samenhang een andere hier bestudeerde indicator - het percentage personen dat minstens eenmaal per week een fysieke activiteit (voldoende lang om te zweten) beoefent - nagegaan wordt, kan eenzelfde beeld teruggevonden worden: lager geschoolden beoefenen minder dan hoger geschoolden een sportieve activiteit.

(6.4) De praktijk van *vaccinatie* (tegen tetanus, tegen griep, tegen rodehond) vertoont geen enkele samenhang met de weerhouden socio-economische indicatoren.

(6.5.) Zowel het onderwijsniveau als het inkomensniveau vertoont een hechte samenhang met de mate waarin personen het *besmettingsgevaar voor AIDS* correct inschatten. De teneur hierbij is duidelijk: hoe hoger het opleidingsniveau, resp. hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter het aantal personen is dat deze besmettingsmethodes correct inschatten. Een speciale aandacht ging naar de mate waarin personen (correct) aangaven dat bloedtransfusie in België geen enkel risico op AIDS-besmetting met zich meebrengt. Ook hier kan eenzelfde tendens onderkend worden; hoger opgeleiden schatten beter dan lager opgeleiden, meerverdieners meer dan minderverdieners de afwezigheid van besmettingsmogelijkheden correct in. Parallel met de correcte inschatting van besmettingsmethodes, scoort de herkenning van efficiënte beschermingsmethodes voor AIDS; hoger opgeleiden en personen met een relatief hoog (equivalent) inkomen schatten de beschermingsmethodes beter in.

Niet alleen met betrekking tot de kennis over besmettings- en beschermingsmethodes kan een uitgesproken socio-economische gradiënt onderkend worden, ook met betrekking tot het concrete screening voor AIDS bestaat deze gradiënt. Een hogere opleiding resp. een hoger equivalent inkomen hangt samen met een hoger gebruik van AIDS-tests. Tevens hangt de motivatie voor een dergelijke screening samen met socio-economische karakteristieken.

Tenslotte kan een duidelijke socio-economische gradiënt onderkend worden met betrekking tot de houding ten aanzien van HIV-geïnfecteerden. Zo houdt 84% van de personen zonder diploma er een discriminerende houding op na, tegen 64% van de personen met een diploma hoger onderwijs.

(6.6) Globaal genomen kan een positieve samenhang vastgesteld worden tussen resp. het opleidingsniveau en het inkomensniveau enerzijds en goede *voedingsgewoonten* anderzijds. Personen met een eerder lage opleiding resp. behorend tot een lage inkomenscategorie geven minder aan frequent vis te eten, fruit en groenten te eten, geven meer aan gesuikerde dranken te consumeren,...

(6.7) Er kan geen netto-samenhang vastgesteld worden tussen opleidings- en inkomensniveau van de moeder enerzijds en het geven van *borstvoeding* na de geboorte van een kind. Er kunnen wel aanwijzingen teruggevonden worden dat het geven van borstvoeding na een periode van zes weken resp. 3 maanden na de geboorte meer een praktijk is van de hoogst opgeleiden.

Moeders zonder diploma, resp. behorend tot de laagste hier onderscheiden inkomenscategorie werden hebben minder dan anderen een huisbezoek gehad na de geboorte. Moeders met een diploma hoger onderwijs gaven meer frequent aan hun kind medisch te laten opvolgen in het kinderdagverblijf of door een privé pediater. Er kunnen tevens aanwijzingen teruggevonden worden voor de praktijk waarbij moeders met een lager opleidingsniveau resp. een lager inkomensniveau meer tijdens het eerste levensjaar van het kind op medische consultatie gaan.

(6.7) Het feit een *voorbehoedmiddel* te gebruiken is onafhankelijk van het socio-economische niveau van de betrokkenen. In de keuze van het voorbehoedmiddel kunnen lichte aanwijzingen gevonden voor socio-economische verschillen. Zo zijn er indicaties dat vrouwen in de laagste inkomenscategorie (< 20.000 Bfr) meer dan vrouwen in de overige inkomenscategorieën 'de' pil gebruiken en minder de sterilisatie. Daarenboven lijkt het gebruik van het condoom en het pessarium bij vrouwen in de laagste inkomenscategorie lager te liggen dan bij vrouwen in de overige inkomenscategorieën).

(6.7) Het geringe aantal gevallen in de steekproef laat niet toe een samenhang na gaan tussen socio-economische status van vrouwen en (kenmerken van) de *opvolging van de zwangerschap*.

(6.7) Het gering aantal gevallen laat niet toe verregaande conclusies te trekken aangaande de mogelijke samenhangen tussen socio-economische karakteristieken en het risicogedrag in verband met *wiegedood*. Met de nodige voorzichtigheid kan afgeleid worden dat vrouwen met een diploma hoger onderwijs of een (equivalent) inkomen van meer dan 60.000 Bfr. een minder risicovolle omgeving (kunnen) bieden aan hun pasgeborene.

(6.8) Een samenhang tussen socio-economische karakteristieken en *cardio-vasculaire preventie* (controle bloeddruk, controle cholesterol) kan slechts in beperkte mate vastgesteld worden. Met betrekking tot controle van de bloeddruk is deze samenhang zelfs helemaal afwezig. Hoger opgeleiden, resp. personen behorend tot een hogere inkomenscategorie geven significant meer aan in de afgelopen vijf jaar preventief gescreend te zijn voor cholesterol.

(6.9) De analyse van de onderzoeksresultaten laten toe samenhangen vast te stellen tussen de socio-economische kenmerken van vrouwen en de praktijk van *kankeropsporing* (borstkanker, baarmoederhalskanker). Zo is duidelijk dat screening voor borstkanker (mammografie) een praktijk is dat significant meer voorkomt bij vrouwen met een diploma hoger onderwijs. Ook het klinisch onderzoek van de borsten wordt proportioneel meer verricht bij met een hoger opleidingsniveau. Het al dan niet zelf controleren van de borsten (in de loop van de afgelopen maand) vertoont evenwel geen samenhang met de socio-economische karakteristieken van de vrouwen. De preventieve controle voor baarmoederhalskanker lijkt een praktijk te zijn die toeneemt met het opleidings- resp. het inkomensniveau.

(6.10) Er kan geen samenhang vastgesteld worden tussen het opleidings- of inkomensniveau en de incidentie van *ongevallen*. Het dragen van een autogordel vooraan in de auto ligt significant hoger bij de hoger dan bij de lager opgeleiden. Er kunnen aanwijzingen teruggevonden worden dat hoger opgeleiden, resp. personen behorend tot een hogere inkomenscategorie beter dan de anderen het toegelaten alcoholpercentage in het bloed voor een bestuurder van een auto correct inschatten.

### 8.1.3.3. MEDISCHE CONSUMPTIE

(7.1) De samenhang tussen de hier gehanteerde socio-economische indicatoren en de *contacten met de huisarts* is weinig eenduidig en aspectueel. Zo kunnen er slechts in beperkte mate verschillen teruggevonden worden tussen de onderscheiden opleidingscategorieën, resp. inkomenscategorieën met betrekking tot het beroep doen op een huisarts of specialist of met betrekking tot de hospitalisatie.

(7.3.) Ook met betrekking tot de *contacten met de specialist* kunnen weinig uitgesproken samenhangen met opleidings- of inkomenscarakteristieken teruggevonden worden. Niettemin kan vastgesteld worden dat de

kans om in de loop van één jaar tenminste één contact te hebben met een arts-specialist hoger is als men tot de hoogste opleidingsklasse behoort. Personen met een diploma secundair onderwijs of lager rapporteren in 44% van de gevallen een contact met een arts-specialist in het afgelopen jaar, bij personen met een diploma hoger onderwijs is dit percentage 48%. Daarenboven hangt een hogere opleiding en een hoger inkomen hangen samen met een hogere kans om de specialist te contacteren zonder verwijzing door de huisarts (alhoewel dit zeker niet geldt voor alle specialismen). Het gemiddeld aantal consultaties met de arts-specialist, de reden voor contact noch het soort contact (nieuw contact versus herhalingsbezoek) vertoont echter geen samenhang met de hier weerhouden socio-economische karakteristieken.

(7.5) Tussen onderscheiden socio-economische indicatoren en de *opname in een ziekenhuis* kunnen nauwelijks samenhangen teruggevonden worden. Zo hangen de kans opgenomen te worden in een ziekenhuis noch de duur van opname samen met het opleidings- of inkomensniveau. De analyse van de enquêteresultaten laten echter wel toe vast te stellen dat cardiovasculaire en psychosociale problemen als belangrijkste oorzaak van opname in het ziekenhuis zijn relatief belangrijker in de laagste socio-economische klassen.

(7.6.) Voor de studie van een mogelijke samenhang tussen socio-economische karakteristieken en het *gebruik van geneesmiddelen* (tijdens de afgelopen twee weken) is het noodzakelijk een onderscheid te maken tussen voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen. Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen lijkt slechts in beperkte mate samen te hangen met socio-economische karakteristieken. De consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen daarentegen hangt daarentegen positief samen met het inkomensniveau; hoe hoger het inkomensniveau, hoe groter de consumptie van niet voorgeschreven geneesmiddelen. Indien naar het soort geneesmiddel (voorgeschreven en niet voorgeschreven) gekeken wordt, kunnen kleine socio-economische verschillen vastgesteld worden: zo gebruiken mensen met een lagere opleiding gebruiken meer pijnstillers dan diegenen met een hogere opleiding en ligt het gebruik van geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel hoger in de lagere opleidings- en inkomensklassen.

(6.7) Noch wat het aantal huishoudens dat in de referentieperiode uitgaven had voor gezondheidsverstrekers noch met de gemiddelde uitgaven voor gezondheidswerkers, kan een samenhang onderkend worden met de hier weerhouden socio-economische kenmerken (van het huishouden). Van een dergelijke samenhang is evenmin sprake indien het aantal huishoudens dat uitgaven had voor geneesmiddelen beschouwd wordt. Daarentegen dalen de uitgaven voor geneesmiddelen zowel in absolute als in relatieve termen over de onderscheiden opleidingscategorieën heen. Eenzelfde tendens kan vastgesteld worden indien de samenhang met het inkomen van de huishoudens bestudeerd wordt: De uitgaven voor geneesmiddelen dalen zowel in absolute als in relatieve termen over de onderscheiden inkomenscategorieën heen. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht van de referentiepersoon verschillen de relatieve gemiddelde uitgaven significant voor elke onderscheiden inkomenscategorie. Een samenhang tussen het aantal huishoudens dat uitgaven had voor hospitalisatie en de gemiddelde uitgaven hiervoor enerzijds en de hier onderscheiden socio)economische kenmerken anderzijds kan niet worden vastgesteld.