

Stratificatie in gezondheid: hoe de intersectie van leeftijd, gender en opleidingsniveau een rol speelt bij het zelfgerapporteerde gezondheidsoordeel gedurende 50 jaar levensloop in Suriname en andere landen

Nancy M. Gooding¹, Tamira E. Sno¹, Harry B.G. Ganzeboom²

¹ Anton de Kom Universiteit van Suriname

² Vrije Universiteit Amsterdam

Stratificatie in gezondheid: hoe de intersectie van leeftijd, gender en opleidingsniveau een rol speelt bij het zelfgerapporteerde gezondheidsoordeel gedurende 50 jaar levensloop in Suriname en andere landen

1. Inleiding

Op 25 november 2025 vierde Suriname vijftig jaar staatkundige onafhankelijkheid. Bij deze herdenking is het goed stil te staan niet slechts bij de politieke en economische ontwikkelingen die aan deze dag vooraf zijn gegaan, maar ook bij andere indicatoren van nationale vooruitgang. Heden ten dage wordt de (fysieke en mentale) gezondheid van het individu, misschien wel meer dan ooit tevoren, gekoesterd als waardevol bezit. Tegelijkertijd wordt het bewustzijn steeds groter dat economische en sociale vooruitgang moeilijk kan worden bewerkstelligd in een samenleving waarvan haar inwoners ongezond zijn. Echter wanneer goederen (materieel en immaterieel) schaars en kostbaar zijn, komen de gelijke spreiding van en toegang en tot deze kostbaarheden onder druk te staan. In iedere samenleving, ook in Suriname, is er sprake van diverse vormen van sociale ongelijkheid. Sociale ongelijkheid in Suriname uit zich door grote inkomensverschillen, beperkte toegang tot basisvoorzieningen en ongelijke onderwijskansen. In dit artikel staat centraal de wijze waarop de sociale ongelijkheid zich manifesteert in de subjectief ervaren gezondheid.

Het is belangrijk te onderstrepen dat objectieve gezondheid (de biomedisch meetbare gezondheidstoestand) en zelfgerapporteerde gezondheid conceptueel niet samenvallen. Objectieve gezondheid verwijst naar klinische metingen (bijv. bloeddruk, cholesterolniveaus, etc), diagnoses en testresultaten, terwijl zelfgerapporteerde gezondheid gebaseerd is op iemands eigen inschatting van zijn of haar algemene gezondheidstoestand. Toch blijkt uit veel onderzoek dat zelfgerapporteerde gezondheid een valide en betrouwbare maat is voor gezondheid. Zij wordt breed toegepast in bevolkingsonderzoek, sociaalwetenschappelijk onderzoek en klinische studies. Bovendien is herhaaldelijk aangetoond dat zelfgerapporteerde gezondheid een sterke voorspeller is van zowel mortaliteit als morbiditeit.

Volgens Jylhä (2009) voorspelt zelfgerapporteerde gezondheid mortaliteit omdat zij fungeert als een inclusieve indicator. In deze subjectieve beoordeling worden lichamelijke sensaties, niet-

gediagnosticeerde aandoeningen, functionele beperkingen en psychisch welbevinden geïntegreerd, aspecten die objectieve medische tests niet altijd (tijdig) detecteren. Met andere woorden: mensen beschikken over impliciete kennis van hun eigen gezondheidstraject die verder reikt dan wat een eenmalig, cross-sectioneel medisch onderzoek kan vastleggen. Juist daardoor zou deze subjectieve zelfinschatting een hoge voorspellende waarde hebben, ondanks of misschien juist dankzij haar subjectieve karakter.

Sociaal-economische ongelijkheid weerspiegelt zich duidelijk in de manier waarop verschillende groepen hun gezondheid beoordelen. Mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) beoordelen significant vaker hun eigen gezondheid als matig of slecht. In het Britse Black Report werd reeds in de 80er jaren van de vorige eeuw beargumenteerd dat met name inkomensverschillen, ongelijke toegang tot onderwijs, adequate huisvesting, voeding, werkgelegenheid en werkomstandigheden van invloed waren op de gezondheid van individuen. Het Marmot Review (2010) herhaalt dit gegeven wanneer wordt gesteld dat ongelijkheid binnen de gezondheid veroorzaakt wordt door diverse vormen van sociale ongelijkheid.

Een belangrijke vorm van gezondheidsongelijkheid is die naar opleiding. Het verband tussen opleidingsniveau en ervaren gezondheid is veel onderzocht. Onderzoek wijst consistent uit dat hoger opgeleiden gemiddeld genomen een betere gezondheid ervaren dan lager opgeleiden. De studie van Cutler & Lleras-Muney (2010) onderzocht deze relatie in verschillende landen en vond consistent bewijs dat hoger opgeleiden een betere gezondheid hebben dan lager opgeleiden. Het effect van opleidingsniveau op gezondheid is ingewikkeld omdat gezondheid wordt beïnvloed door veel verschillende aspecten, zoals toegang tot kennis, levensstijlkeuzes en hoeveel geld iemand heeft. Al deze aspecten kunnen invloed hebben op hoe gezond iemand is (Adams, 2002). Ook spelen aspecten zoals stress, discriminatie en of iemand toegang heeft tot goede zorg een rol (Williams & Mohammed, 2008). Daarnaast spelen omgeving en ervaringen ook een rol. Dit wijst erop dat gezondheid het resultaat is van een samenspel van factoren, waardoor het methodologisch uitdagend is om het onafhankelijke effect van opleidingsniveau te isoleren.

In dit onderzoek wordt nagegaan of het patroon, hoe hoger het opleidingsniveau hoe positiever de ervaren gezondheid wordt beoordeeld, te herleiden is.

Een hoger opleidingsniveau kan resulteren in een hoger inkomen, omdat een hoger opleidingsniveau in de maatschappij vaak beloond wordt met een hoger inkomen (Card, 1999). Een hoger inkomen kan op zijn beurt een directe impact hebben op de gezondheid en leefomstandigheden van een individu. Studies, zoals die van Adler en Newman (2002), laten zien dat hogere inkomensniveaus van mensen leiden tot een verbeterde toegang tot medische diensten en een gunstige leefomgeving, wat op hun beurt weer leidt tot een betere gezondheid. Deze verbeterde toegang tot gezondheidszorg en leefomstandigheden stelt individuen met hogere inkomens in staat om preventieve zorg te zoeken en gezondere levensstijlkeuzes te maken

(Adams, 2002). Onderzoek door Adams (2002) laat zien dat mensen met hogere opleidingsniveaus vaak beter geïnformeerd zijn over gezondheid en medische kwesties, waardoor zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen, zoals het regelmatig ondergaan van gezondheidscontroles en het maken van gezonde voedingskeuzes. Bovendien zijn zij meergeneigd om preventieve gezondheidsmaatregelen te nemen, zoals vaccinaties en screenings, wat bijdraagt aan het behoud van een goede gezondheid.

Dat mensen hun gezondheid gemiddeld als slechter ervaren naarmate zij ouder worden, is ook geen nieuwe bevinding. Veel minder bekend is echter **wanneer** deze gezondheidsachteruitgang zich precies begint af te tekenen en **hoe sterk** zij zich manifesteert gedurende verschillende fasen van de levensloop. Inzicht in deze timing en intensiteit is essentieel om gezondheidsongelijkheden niet slechts te beschrijven, maar ook te begrijpen. In dit onderzoek gebruiken we daarom *age-health profiles* om stratificatie in gezondheid te bestuderen.

Naast leeftijd vormt gender een fundamentele sociale dimensie die gezondheid en ziektepatronen gedurende de gehele levensloop beïnvloedt. Verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheid worden mede gevormd door sociale en culturele factoren. Culturele overtuigingen, houdingen en waarden spelen een belangrijke rol in de zelfperceptie van gezondheid. In die zin is gender een relevante variabele die samenhangt met cultuur. Zo tonen studies aan dat bijvoorbeeld de Latijnse cultuur toleranter is ten aanzien van vrouwen die een negatieve gezondheidsperceptie uiten.

Internationaal vergelijkend onderzoek in 17 Europese landen laat zien dat, hoewel de perceptie van gezondheid sterk varieert tussen landen, vrouwen consequent een slechtere zelfgerapporteerde gezondheid rapporteren dan mannen, zelfs in landen met een relatief goede algemene gezondheidssituatie. Bovendien blijkt de genderkloof groter te zijn in oostelijke en zuidelijke EU-landen. Deze bevindingen wijzen erop dat de relatie tussen gender en subjectieve gezondheid sterk contextafhankelijk is (Präg, P., Subramanian S.V, 2017).

Genderongelijkheden in gezondheid worden vaak verklaard vanuit een stratificatieperspectief. Volgens deze benadering zijn gezondheidsverschillen het resultaat van maatschappelijke structuren die mannen en vrouwen verschillende sociaaleconomische kansen toekennen. Opleidingsniveau speelt hierin een belangrijke rol: onderwijs komt vrouwen relatief meer ten goede dan mannen wat betreft zelfgerapporteerde gezondheid. Ook de sterke aanwezigheid van vrouwen op de arbeidsmarkt draagt bij aan een positievere zelfevaluatie van hun gezondheid. Tegelijkertijd suggereren studies dat de potentiële positieve effecten van onderwijs op de gezondheid van vrouwen kunnen afnemen naarmate de genderkloof in bredere zin kleiner wordt.

In de literatuur worden doorgaans twee hoofdverklaringen onderscheiden voor genderverschillen in subjectieve gezondheid. Zoals geciteerd in Eisen (2024) richt de eerste verklaring zich op verschillen in gezondheidsrapportage (Case & Paxson, 2005; Macintyre et al., 1999). Volgens

deze hypothese rapporteren vrouwen een slechtere gezondheid dan mannen, zelfs bij vergelijkbare objectieve gezondheidscondities. Dit zou kunnen worden verklaard doordat vrouwen meer gezondheidsbewust zijn en sociaal meer ruimte krijgen om kwetsbaarheid te erkennen en hulp te zoeken (Benyamini et al., 2000; Courtenay, 2000; Hibbard & Pope, 1983; Idler, 2003). Empirische studies hebben deze verklaring zowel ondersteund als in twijfel getrokken (Benyamini et al., 2000; Case & Paxson, 2005; Courtenay, 2000; Grol-Prokopczyk et al., 2011; Hibbard & Pope, 1983; Idler, 2003; Macintyre et al., 1999,)

De tweede verklaring benadrukt verschillen in morbiditeit. Volgens deze benadering rapporteren vrouwen een slechtere gezondheid omdat zij daadwerkelijk vaker of langduriger door gezondheidsproblemen worden getroffen dan mannen (Case & Paxson, 2005; Idler, 2003; Read & Gorman, 2010). Verschillende studies suggereren dat deze hogere morbiditeit een belangrijkere verklaring vormt voor de genderkloof in zelfgerapporteerde gezondheid dan louter verschillen in rapportagegedrag.

Samengevat laten deze inzichten zien dat genderverschillen in zelfgerapporteerde gezondheid voortkomen uit een complexe wisselwerking tussen culturele normen, maatschappelijke stratificatie en feitelijke verschillen in gezondheidstoestand. De relatie tussen gender en subjectieve gezondheid is daarmee niet statisch, maar dynamisch en contextgebonden.

In dit artikel onderzoeken wij hoe opleiding, leeftijd en gender in onderlinge samenhang van invloed zijn op zelf-gerapporteerde gezondheid over een periode van vijftig jaar van de levensloop. Daarbij plaatsen wij Suriname in een internationaal vergelijkend kader. Door Suriname te vergelijken met landen uit het Globale Noorden en het Globale Zuiden, verkrijgen we inzicht in zowel wereldwijde patronen als contextspecifieke dynamieken.

De aanduiding Globale Noorden en Globale Zuiden zijn politieke termen die de wereld verdelen op basis van welvaart, ontwikkeling en macht, in plaats van strikte geografie. Het Noorden omvat rijke, geïndustrialiseerde landen (bijvoorbeeld VS, Europa en Japan, maar ook Australië en Nieuw-Zeeland), terwijl het Zuiden ontwikkelingslanden (Afrika, Latijns-Amerika, delen van Azië) omvat. Alhoewel deze tweedeling kritiek kent, zoals enige hantering van de geografie als uitgangspunt, het voorbijgaan aan snelle economische ontwikkelingen van bepaalde gebieden, wordt deze toch vaak gehanteerd. De geografische terminologie wordt als waardevrijer en minder denigrerend beschouwd dan begrippen als derdewereld- of ontwikkelingslanden. Middels de terminologie Noord – Zuid wordt enigszins toch inhoud gegeven aan historische contexten van bijvoorbeeld kolonialisme en machtsverschillen. Rekening houdend met deze definiering wordt Suriname gepositioneerd als land horend bij het Globale Zuiden. Interessant is te onderzoeken welke gelijkenissen en verschillen heeft met haar broeders/zusters uit het Globale Zuiden en evenzo met de landen die tot het Globale Noorden worden gerekend.

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Hoe beïnvloedt de intersectie van opleidingsniveau, leeftijd en gender de zelf-gerapporteerde gezondheid over vijftig jaar van de levensloop in Suriname, en in hoeverre wijken deze patronen af van het Globale Noorden en het Globale Zuiden?

4. Methodologische opzet

4.1 Databron en steekproef

De gebruikte data zijn afkomstig uit de *International Social Survey Programme* (ISSP), een internationaal vergelijkend surveyprogramma dat zich richt op opvattingen over maatschappelijke vraagstukken. Het International Social Survey Programme is een samenwerking tussen academische surveys om internationaal vergelijkbare gegevens over het opinieklimaat en sociale achtergronden in de deelnemende landen te verzamelen. Het is geïnitieerd in 1984 door zes (6) landen: Oostenrijk, Australië, Duitsland, Zwitserland, UK en de USA. Thans is het een wereldwijd netwerk van 44 landen, waaronder Suriname die in 2013 lid werd. Verder bestaat dit ook uit een aantal Zuid- en Middenamerikaanse landen waaronder Argentinië, Chili, Dominicaanse republiek, Mexico en Venezuela e.a niet-Europese landen namelijk China, Japan, Taiwan en Zuid-Afrika. De lidlanden houden een jaarlijkse module van 60 vragen over wisselende (maar periodiek terugkerende) maatschappelijk vraagstukken. Daarnaast worden elke keer ca. 40 vast vragen over sociale achtergronden gesteld, waaronder leeftijd en geslacht, opleiding, beroep en inkomen. Het streven is steeds weer een minimum response te hebben van 1400 cases. De ISSP-data worden geharmoniseerd en verspreid door het GESIS data-archief in Keulen (Duitsland) en worden zonder enige kosten aan gebruikers ter beschikking gesteld. De Surinaamse datasets (die meer achtergrondvariabelen bevatten dan de internationale vragenlijst) worden daarnaast gearchiveerd in het Nederlandse DANS data-archief in Den Haag.

In de vanaf 2022 gehouden module Health & Health Care II is uitvoerig gevraagd naar de ervaren gezondheid. In tegenstelling tot klinische of biomedische metingen, wordt gezondheid in de ISSP vastgelegd aan de hand van individuele zelfbeoordelingen. Deze worden in dit paper bestudeerd, in het bijzonder wat betreft er sociale ongelijkheid in deze ervaren gezondheid.

De Health Module II is tussen 2021 en 2023 afgenomen in 30 landen, met een totale oorspronkelijke steekproefomvang van $N = 44.459$ respondenten. De Surinaamse data zijn in 2023 verzameld en omvatten $N = 1.468$ respondenten. Om de vergelijkbaarheid over de levensloop te waarborgen en extreme leeftijdswaarden te vermijden, zijn voor dit onderzoek in alle landen respondenten geselecteerd in de leeftijdscategorie 21 tot en met 77 jaar. Na deze selectie resteert een analytische steekproef van $N = 41.902$ respondenten.

Voor de vergelijkende analyses zijn landen gegroepeerd in een Globale Noord–Globale Zuid-indeling, een benadering die veelvuldig wordt toegepast in internationaal

ongelijkheidsonderzoek. De ISSP-2021 Health Module bevat data uit acht landen uit het Globale Zuiden (China, Filipijnen, India, Mexico, Thailand, Suriname, Taiwan en Zuid-Afrika) en 22 landen uit het Globale Noorden. Deze indeling maakt het mogelijk om zowel algemene mondiale patronen als contextspecifieke verschillen te analyseren.

4.2 Meting van gezondheid

Gezondheid wordt in dit onderzoek gemeten aan de hand van zelf-gerapporteerde gezondheid, conform de operationalisatie binnen de ISSP. De Health Module bevat vier vragen die verschillende dimensies van ervaren gezondheid bestrijken:

1. *“In general, would you say your health is... excellent, very good, good, fair, or poor?”*
2. *“Do you have a long-standing illness, a chronic condition, or a disability?”*
3. *“During the past four weeks, how often have you had difficulties with work or household activities because of health problems?”*
4. *“During the past four weeks, how often have you had bodily aches or pains?”*

Deze vier uitspraken dekken respectievelijk algemene gezondheidsbeleving, chronische aandoeningen, functionele beperkingen en lichamelijke klachten. Alle items zijn zodanig ge(her)codeerd dat hogere waarden wijzen op betere gezondheid (bijvoorbeeld afwezigheid van chronische aandoeningen, geen beperkingen, geen pijn). Om tot één samenvattende gezondheidsmaat te komen, zijn de vier indicatoren (die verschillende antwoordschalen hebben) tot POMP scores getransformeerd en daarna zijn ze gemiddeld. De index loopt van 0 (4x laagst mogelijk) tot 100 (4x hoogst mogelijk).

4.2 Meting opleidingsniveau

De ISSP verzamelt informatie over het opleidingsniveau aan de hand van twee vragen: ten eerste naar de hoogst behaalde kwalificatie, die internationaal is geharmoniseerd in negen geordende categorieën, overeenkomend met het eerste cijfer van de ISCED-2011-classificatie (EDULEVEL). Ten tweede wordt gevraagd naar de duur van de onderwijsloopbaan, gespecificeerd als het *aantal jaren dat men voltijds onderwijs heeft gevolgd* (EDUCYRS).

Voor wat betreft opleiding is eerder gebleken (Sno & Ganzeboom, 2023) dat standaard internationale harmonisatie (EDULEVEL), die uitsluitend afgeronde kwalificaties meetelt, tekortdoet aan de Surinaamse realiteit. Het valideitsverlies en het betrouwbaarheidsverlies (die mogelijk ook in andere landen optreden) kunnen worden omzeild door de duurmeting en kwalificatiemeting van opleiding te combineren. De eenvoudigste manier van combineren is een gemiddelde te nemen. Daarvoor moeten de beide metingen in dezelfde meeteenheid te worden uitgedrukt. We hebben ervoor gekozen dat te doen door de kwalificatiemeting naar duur te schalen. Deze keuze heeft als voordeel dat de combinatie alle voordelen van de duurmeting

heeft, maar tegelijkertijd voor de helft uit de kwalificatiemeting bestaat. De ontstane variabele EDYR heeft ratio-meetniveau, kent zeer veel detail en is zeer eenduidig te interpreteren als een opleidingsladder, met een hoger en een lager. EDULEVEL en EDUCYRS correleren sterk ($r = .80$).

Door de duur van de opleiding als meeteenheid te kiezen, is het ook zeer gemakkelijk de oorspronkelijke Surinaamse kwalificatiemeting, die ook informatie bevatte over niet afgemaakte opleidingen, in te voegen bij de internationaal geharmoniseerde opleidingsmeting (Sno & Ganzeboom 2023, 2024).

5. Resultaten

5.1 Gezondheid naar regio

Tabel 1: Gemiddelde scores op vier indicatoren van ervaren gezondheid per regio

HEALTHp by Region					
MEANS					
Region	P51 Excellent	P52 No_Chronic	P33 No_Problems	P34 No_Pain	HEALTHp
1 SR	43.4	82.5	69.2	60.4	64.3
2 South	53.7	77.0	74.1	69.9	68.6
3 North	53.8	66.8	75.1	61.5	64.2
Total	53.5	70.4	74.6	64.0	65.6
POMP-scores between 1 and 100					

Tabel 1 toont de gemiddelde scores op de samengestelde gezondheidsindex (HEALTHp) en de vier onderliggende indicatoren voor Suriname (SR), het Globale Zuiden en het Globale Noorden. Alle scores zijn uitgedrukt als POMP-scores (0–100), waarbij hogere waarden wijzen op een betere gezondheid.

Op het niveau van de samengestelde index valt op dat Suriname (64,3) en het Globale Noorden (64,2) vrijwel identieke gemiddelde gezondheidsniveaus vertonen. Het Globale Zuiden scoort daarentegen duidelijk hoger (68,6). Dit suggereert op het eerste gezicht dat Suriname, gemeten

naar zelf-gerapporteerde gezondheid, niet substantieel achterblijft bij het Globale Noorden. Een nadere beschouwing van de afzonderlijke gezondheidsindicatoren laat echter zien dat deze gelijkenis berust op verschillende onderliggende gezondheidsprofielen.

Wat betreft de algemene beoordeling van de eigen gezondheid (P51: *Excellent*), rapporteert Suriname een beduidend lagere score (43,4) dan zowel het Globale Zuiden (53,7) als het Globale Noorden (53,8). Respondenten in Suriname beoordelen hun gezondheid dus gemiddeld genomen aanzienlijk minder vaak als (zeer) goed of excellent. Dit wijst op een meer terughoudende of kritischere gezondheidsbeleving.

Tegelijkertijd laat Suriname juist de hoogste score zien op de indicator voor afwezigheid van chronische aandoeningen (P52: *No Chronic*), met een waarde van 82,5. Deze score ligt substantieel hoger dan die van het Globale Zuiden (77,0) en vooral van het Globale Noorden (66,8). Dit impliceert dat Surinaamse respondenten relatief minder vaak rapporteren dat zij lijden aan een langdurige ziekte, chronische aandoening of beperking.

Ten aanzien van beperkingen in werk- of huishoudelijke activiteiten als gevolg van gezondheidsproblemen (P33: *No Problems*), neemt Suriname een intermediaire positie in. De Surinaamse score (69,2) ligt lager dan die van het Globale Zuiden (74,1) en het Globale Noorden (75,1), wat suggereert dat functionele gezondheidsbeperkingen in Suriname relatief vaker voorkomen.

Een vergelijkbaar patroon wordt zichtbaar bij lichamelijke klachten (P34: *No Pain*). Suriname scoort hier met 60,4 iets lager dan zowel het Globale Zuiden (69,9) als het Globale Noorden (61,5). Vooral in vergelijking met het Globale Zuiden rapporteren Surinaamse respondenten vaker lichamelijke pijn of ongemak.

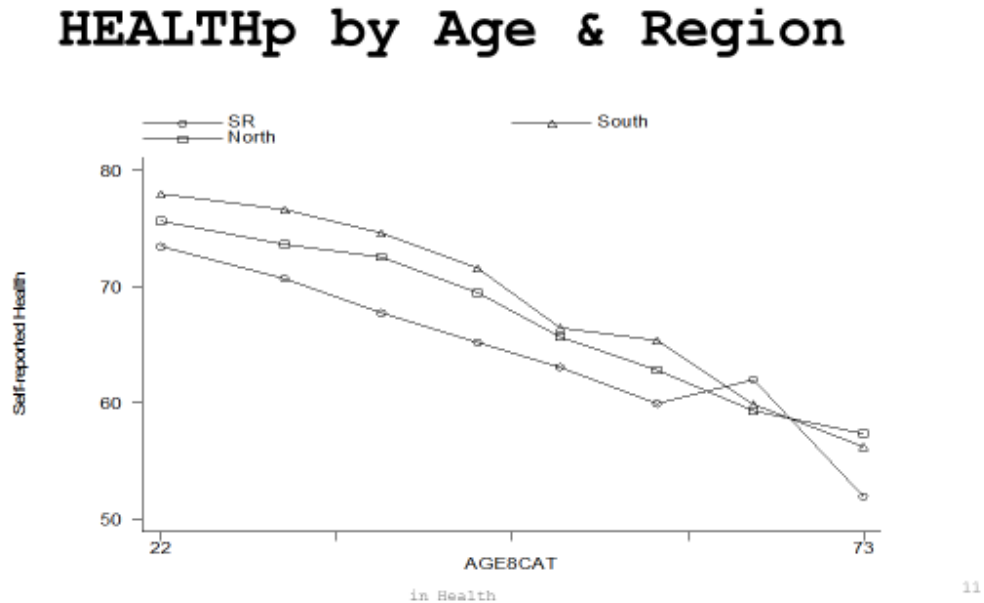
Hoewel Suriname en het Globale Noorden een vergelijkbaar niveau van samengestelde zelf-gerapporteerde gezondheid laten zien, wijzen de afzonderlijke indicatoren op van elkaar verschillende gezondheidsstructuren. In Suriname lijkt de gezondheid minder te worden gekenmerkt door chronische aandoeningen, maar juist sterker door functionele beperkingen, lichamelijke klachten en een minder positieve algemene gezondheidsbeleving.

Voor het Globale Zuiden geldt daarentegen dat zowel de algemene gezondheidsbeleving als de functionele en lichamelijke gezondheidsindicatoren relatief gunstig uitvallen, wat resulteert in een hogere samengestelde score.

Deze bevinding onderstreept het analytische belang van het gebruik van een samengestelde gezondheidsmaat in combinatie met een uitsplitsing naar onderliggende componenten. Zonder deze decompositie zouden belangrijke regionale verschillen in de aard en beleving van gezondheid onzichtbaar blijven.

5.2 Gezondheid en leeftijd

Figuur 1: Ervaren gezondheid naar leeftijd en regio



Figuur 1 toont de gemiddelde scores op zelf-gerapporteerde gezondheid (HEALTHp) uitgesplitst naar leeftijdscategorie en regio (Suriname, Globale Zuiden en Globale Noorden). Voor alle regio's is een duidelijk negatief verband tussen leeftijd en gezondheid zichtbaar: naarmate respondenten ouder worden, daalt de gemiddelde HEALTHp-score. Dit bevestigt dat gezondheidsachteruitgang een universeel levenslooppatroon is.

Op jonge volwassen leeftijd (circa 21–30 jaar) liggen de gezondheidsniveaus in het Globale Zuiden het hoogst, gevolgd door het Globale Noorden, terwijl Suriname een iets lager startniveau vertoont. Hoewel de verschillen op jonge leeftijd relatief beperkt zijn, is het patroon consistent: jonge volwassenen in Suriname rapporteren gemiddeld een minder gunstige gezondheid dan hun leeftijdsgenoten in de andere twee regio's.

Figuur 1 geeft aan dat de helling van de gezondheidsdaling verschilt tussen regio's. In het Globale Zuiden is de afname in zelf-gerapporteerde gezondheid in de jongere en middelbare leeftijd relatief geleidelijk. In het Globale Noorden verloopt de daling gelijkmatiger over de levensloop. Suriname neemt hierin een tussenpositie in, maar vertoont vanaf de middelbare leeftijd een duidelijker versnelde achteruitgang.

Op hogere leeftijdscategorieën (rond 60–70 jaar) convergeren de gezondheidsniveaus van de drie regio's. De aanvankelijke voorsprong van het Globale Zuiden neemt af, terwijl het Globale Noorden en Suriname elkaar naderen. In de oudste leeftijdscategorieën liggen de gemiddelde HEALTHp-scores dicht bij elkaar, wat suggereert dat regionale verschillen in ervaren gezondheid met het ouder worden kleiner worden.

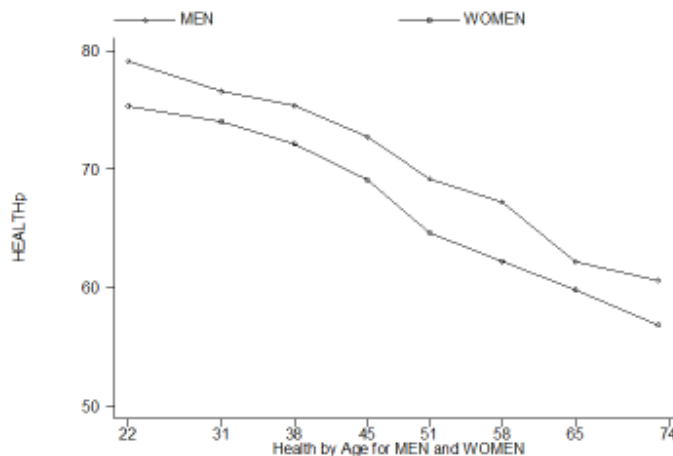
Opvallend is dat in de hoogste leeftijdscategorie Suriname en het Globale Zuiden elkaar kruisen, terwijl het Globale Noorden een relatief stabiel, zij het lager, niveau behoudt. Dit wijst erop dat de relatieve gezondheidspositie van regio's niet constant is over de levensloop, maar verandert naarmate leeftijd toeneemt.

Bij deze resultaten kunnen steefproeffluctuaties een rol spelen, in het bijzonder wat betreft de relatief kleine Surinaamse steekproef. Hieronder zal via een statistisch model onderzocht worden of de verschillen in verloop statistisch significant zijn.

5.3 Gezondheid naar leeftijd en gender

Figuur 2: Ervaren gezondheid naar leeftijd voor mannen en vrouwen

HEALTHp by AGECAT for MEN and WOMEN



Gooding, Sno & Ganzeboom - Stratification in Health

12

Figuur 2 toont de gemiddelde scores op zelf-gerapporteerde gezondheid (HEALTHp) uitgesplitst naar leeftijdscategorie voor mannen en vrouwen. Voor beide groepen is een duidelijke en consistente afname van gezondheid met het ouder worden zichtbaar, wat bevestigt dat gezondheidsachteruitgang een algemeen levenslooppatroon vormt.

Wat betreft de gemiddelde leeftijd valt op dat de steekproef in het Globale Noorden duidelijk ouder is (49,6 jaar) dan die van Suriname (44,1 jaar) en het Globale Zuiden (44,3 jaar). Suriname en het Globale Zuiden vertonen in dit opzicht vrijwel identieke leeftijdsprofielen. Over alle leeftijdscategorieën heen rapporteren mannen een hogere ervaren gezondheid dan vrouwen. Deze genderkloof is reeds zichtbaar op jongvolwassen leeftijd en blijft gedurende de gehele levensloop bestaan. Er is geen leeftijdscategorie waarin vrouwen gemiddeld een hogere HEALTHp-score rapporteren dan mannen.

Hoewel de gezondheidsachteruitgang zich bij zowel mannen als vrouwen voltrekt, verloopt deze niet volledig parallel. Figuur 2 laat zien dat de daling in gezondheid bij vrouwen iets sterker is, met name vanaf de middelbare leeftijd. Hierdoor neemt het absolute verschil tussen mannen en vrouwen toe naarmate de leeftijd stijgt, wat wijst op een nadeel voor vrouwen in ervaren gezondheid.

De meest uitgesproken verschillen tussen mannen en vrouwen doen zich voor rond de overgang van op middelbare leeftijd (circa 40–55 jaar). In deze levensfase vermindert de gezondheid bij vrouwen relatief sterker dan bij mannen. Dit suggereert dat levensloopprocessen die specifiek vrouwen raken — zoals combinatie van arbeid en zorg, reproductieve gezondheid en langdurige zorgverantwoordelijkheden — mogelijk opspelen in de ervaren gezondheid.

Op hogere leeftijdscategorieën blijft de genderkloof bestaan, maar lijkt deze minder sterk toe te nemen. Beide lijnen lopen dan grotendeels parallel, wat erop wijst dat latere levensfasen worden gekenmerkt door gedeelde gezondheidsrisico's die minder sterk naar gender differentiëren.

Dat de gezondheidsachteruitgang bij vrouwen sterker lijkt te verlopen, vooral in de middelbare levensfase, onderstreept het belang van een levensloop- en gendergevoelige benadering van gezondheidsongelijkheid. Uit de figuur blijkt ook dat gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen niet aan de (lichtelijk) verschillende leeftijdsopbouw kunnen worden toegeschreven.

Deze resultaten vormen een belangrijke basis voor de volgende stap in de analyse, waarin wordt onderzocht in hoeverre opleiding deze genderkloof kan verklaren of juist niet.

5.4 Onderwijsniveau en gezondheid

Voor het opleidingsniveau (EDYR) wordt een ander patroon zichtbaar. Respondenten in het Globale Noorden hebben gemiddeld het hoogste opleidingsniveau (13,7 jaar onderwijs), gevolgd door Suriname (11,8 jaar) en het Globale Zuiden (10,5 jaar). In Suriname is het gemiddelde opleidingsniveau hoger dan in het Globale Zuiden, maar lager dan in het Globale Noorden.

Tabel 2. Opleidingsniveau naar gender en cohort

Parameter Estimates						
Dependent Variable: EDYR						
Parameter	B	SE	t	p	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	12.662	.053	238.352	0.000	12.558	12.766
SR	-2.281	.093	-24.656	.000	-2.463	-2.100
South	-3.501	.037	-94.117	0.000	-3.573	-3.428
North (ref)	0 ^a					
FEMALE	-.743	.072	-10.263	.000	-.885	-.601
COHx	2.317	.092	25.316	.000	2.138	2.497
COHx * FEMALE	1.299	.125	10.411	.000	1.054	1.543

SR education includes incomplete qualification ("highest education attended")

Gooding, Sno & Ganzeboom - Stratification in Health

14

Tabel 2 laat via een regressiemodel zien hoe het onderwijsniveau zich heeft ontwikkeld voor mannen en vrouwen in de drie verschillende regio's. De regressieresultaten laten duidelijke en statistisch significante regionale onderwijsverschillen zien. In vergelijking met het Globale Noorden hebben respondenten in:

- Suriname gemiddeld ruim twee jaar minder onderwijs genoten ($B = -2,281$; $p < .001$);
- In het Globale Zuiden gemiddeld 3,50 jaar minder onderwijs ($B = -3,501$; $p < .001$).

Deze bevindingen laten zien dat Suriname qua opleidingsniveau een intermediaire positie inneemt tussen het Globale Noorden en het Globale Zuiden, maar desondanks substantieel achterblijft bij het Noorden.

Vrouwen in het oudste cohort ($COHx=0$) hebben gemiddeld genomen, ongeveer drie kwart jaar minder onderwijs gevolgd dan mannen ($B = -0,743$; $p < .001$). Het positieve effect van cohort ($COHx$) ($B = 2,317$; $p < .001$) wijst erop dat jongere cohorten gemiddeld aanzienlijk hoger zijn opgeleid dan oudere cohorten. Dit bevestigt dat onderwijsdeelname wereldwijd is toegenomen over de tijd, een patroon dat ook zichtbaar is in Suriname. Cruciaal is de interactie tussen cohort en gender ($COHx \times FEMALE$), die positief en statistisch significant is ($B = 1,299$; $p < .001$). Deze interactie duidt erop dat vrouwen in jongere cohorten een snellere onderwijsgroei hebben doorgemaakt dan mannen en de vrouwen de mannen hebben ingehaald.

Waar vrouwen historisch gezien minder onderwijs genoten dan mannen, hebben zij deze achterstand in recente cohorten in belangrijke mate ingehaald. Tegelijkertijd blijven regionale

verschillen in opleidingsniveau aanzienlijk, met name tussen het Globale Noorden enerzijds en Suriname en het Globale Zuiden anderzijds.

Tabel 3: Ervaren gezondheid naar gender en regio – regressiemodel

HEALTHp by Gender and Region

Table 3: Women are on Average less Healthy than Men

	B	B	B
FEMALE	-3.6	-3.5	
* SR			-2.6
* South			-2.6
* North			-4.0
CNTRY	controlled	controlled	controlled
AGECAT	controlled	controlled	controlled
EDUCATION		controlled	controlled

B-coefficients in **bold** are statistically significant ($p < .05$, two-tailed).

Gooding, Sno & Ganzeboom - Stratification
in Health

13

Tabel 3 presenteert regressieresultaten voor de relatie tussen gender en zelf-gerapporteerde gezondheid (HEALTHp), met afzonderlijke schattingen voor Suriname, het Globale Zuiden en het Globale Noorden. In alle modellen is gecontroleerd voor land (country), leeftijdscategorie en opleidingsniveau, waardoor de gerapporteerde effecten kunnen worden geïnterpreteerd als netto genderverschillen in gezondheid.

In het basismodel laat de negatieve coëfficiënt voor vrouw ($B = -3,6$ tot $-3,5$) zien dat vrouwen gemiddeld tussen de 3,5 en 3,6 punten lager scoren op de HEALTHp-schaal dan mannen. Dit verschil is statistisch significant en blijft bestaan na controle voor leeftijd en onderwijs. Dit betekent dat vrouwen, onafhankelijk van hun leeftijd en opleidingsniveau, systematisch een slechtere gezondheid rapporteren dan mannen.

Wanneer het gender-effect wordt uitgesplitst naar regio, blijkt dat de omvang van de gezondheidskloof tussen mannen en vrouwen varieert per regio:

- In Suriname bedraagt het geschatte verschil $-2,6$ punten, wat wijst op een duidelijke maar relatief kleinere genderkloof in ervaren gezondheid.

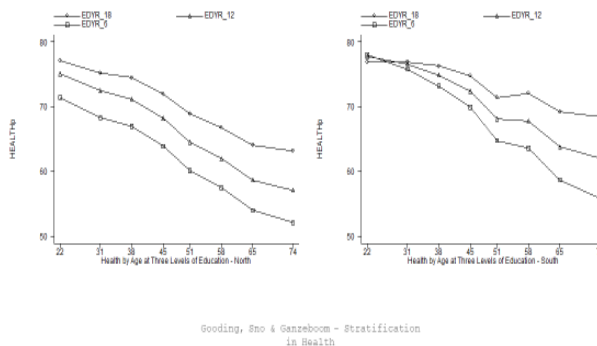
- In het Globale Zuiden is het effect eveneens **-2,6**, wat suggereert dat de genderongelijkheid in gezondheid daar vergelijkbaar is met die in Suriname.
- In het Globale Noorden is de genderkloof het grootst, met een verschil van **-4,0** punten, wat erop duidt dat vrouwen daar slechtere gezondheid rapporteren dan mannen, zelfs na controle voor leeftijd en opleiding.

Alle gerapporteerde coëfficiënten zijn statistisch significant ($p < .05$), wat aangeeft dat de waargenomen verschillen niet aan toeval kunnen worden toegeschreven.

Alhoewel genderongelijkheid in onderwijsniveau afneemt (conclusie uit Tabel 2, blijft genderongelijkheid in gezondheid bestaan. Dit versterkt de conclusie dat onderwijsverschillen de gezondheidskloof tussen mannen en vrouwen niet (meer) verklaren, en wijst op andere, levensloop- en contextgebonden mechanismen die aan gezondheidsongelijkheid ten grondslag liggen.

Figuur 3: Health-Age profiles naar opleidingsniveaus per regio

Educational differences in HEALTH-AGE profiles by North-South



Figuur 3 laat vervolgens zien hoe de relatie tussen leeftijd en gezondheid verschilt tussen hoger, middelbaar en lager opgeleiden in de twee wereldregio's en Suriname. De Noord-Zuid-figuur laat zien dat onderwijs in beide regio's een duidelijk gezondheidsvoordeel oplevert, maar dat de levensloopdynamiek van dit voordeel verschilt. In het Globale Noorden blijven de gezondheidsprofielen van laag-, midden- en hoogopgeleiden over de levensloop grotendeels parallel. Hoewel gezondheid in alle onderwijsniveaus afneemt met de leeftijd, blijft de afstand tussen de onderwijsniveaus relatief constant. Dit wijst op een stabiele rol van onderwijs, waarbij het gezondheidsvoordeel van onderwijs vroeg wordt opgebouwd en gedurende het leven behouden blijft.

In het Globale Zuiden is het patroon wezenlijk anders. Daar divergeren de gezondheidsprofielen naarmate de leeftijd toeneemt: lager opgeleiden ervaren een snellere en sterkere gezondheidsachteruitgang dan hoger opgeleiden. Hierdoor neemt de onderwijsgerelateerde gezondheidsongelijkheid toe met de leeftijd, wat wijst op een beschermend effect van onderwijs. Onderwijs fungeert hier dus niet alleen als startvoordeel, maar steeds meer als buffer tegen gezondheidsverlies op latere leeftijd.

De Suriname-specifieke figuur laat zien dat Suriname dit Zuid-patroon niet alleen volgt, maar in bepaalde opzichten versterkt. Op jonge volwassen leeftijd zijn de gezondheidsverschillen tussen de drie opleidingsgroepen relatief beperkt. Naarmate de leeftijd toeneemt, lopen de profielen echter duidelijk uiteen. De gezondheidsachteruitgang is het sterkst bij lager opgeleiden, terwijl hoger opgeleiden hun gezondheid relatief beter weten te behouden.

Opvallend is dat deze divergentie in Suriname vooral zichtbaar wordt vanaf de middelbare levensfase en zich vervolgens sterk manifesteert op hogere leeftijd. In de oudste leeftijdscategorieën is het verschil in HEALTHp tussen laag- en hoogopgeleiden in Suriname groter dan in het Globale Zuiden gemiddeld. Dit zou erop kunnen duiden dat onderwijs in de Surinaamse context een bijzonder sterke beschermende rol speelt tegen gezondheidsachteruitgang op latere leeftijd.

Net als in het Globale Zuiden neemt de onderwijsgerelateerde gezondheidsongelijkheid in Suriname toe met de leeftijd, wat afwijkt van het stabiele patroon in het Globale Noorden. Tegelijkertijd lijkt de mate van divergentie in Suriname sterker dan het Zuid-gemiddelde, vooral onder oudere cohorten.

6. Discussie

Dit onderzoek had tot doel inzicht te krijgen in de wijze waarop leeftijd, gender en opleiding samenhangen met zelf-gerapporteerde gezondheid over de levensloop, met specifieke aandacht voor Suriname in internationaal vergelijkend perspectief. De resultaten laten zien dat Suriname op het eerste gezicht een gezondheidsprofiel vertoont dat vergelijkbaar is met dat van het Globale Noorden, maar naderhand blijken er wezenlijke verschillen te bestaan met dit gebied.

Waar Suriname relatief gunstig scoort op de afwezigheid van chronische aandoeningen, worden deze voordelen eigenlijk tenietgedaan door een minder positieve algemene gezondheidsbeleving, meer functionele beperkingen en meer lichamelijke klachten. Dit benadrukt het gegeven dat gezondheid niet kan worden gereduceerd tot één enkelvoudige indicator.

Deze bevinding bevestigt het analytische belang van het gebruik van een samengestelde gezondheidsmaat in combinatie met een uitsplitsing naar componenten. Zonder deze

decompositie zou Suriname gemakkelijk worden gepositioneerd als ‘vergelijkbaar met het Globale Noorden’, terwijl de aard van de gezondheidsproblematiek duidelijk verschilt.

De analyses naar leeftijd tonen dat gezondheidsachteruitgang een universeel patroon is, maar dat het tempo en verloop van deze achteruitgang sterk regionaal verschillen. Suriname neemt hierin een tussenpositie in: het startniveau op jonge leeftijd ligt lager dan in het Globale Zuiden en Noorden, terwijl de achteruitgang vanaf de middelbare leeftijd relatief sterker is. Op hogere leeftijd convergeren de gezondheidsniveaus van alle regio’s. Vergelijkingen op één leeftijdsmoment geven een onvolledig beeld van gezondheidsongelijkheid

Een van de meest consistente bevindingen is de structurele genderkloof in gezondheid. Vrouwen rapporteren over de gehele levensloop een slechtere gezondheid dan mannen, een patroon dat zichtbaar blijft na controle voor leeftijd en opleidingsniveau en zich in alle regio’s manifesteert. Hoewel de omvang van deze kloof regionaal varieert — kleiner in Suriname en het Globale Zuiden, groter in het Globale Noorden — blijft zij overal statistisch significant.

De analyses laten zien dat vrouwen hun historische onderwijsachterstand in recente cohorten grotendeels hebben ingehaald. Dat de gezondheidskloof desondanks blijft bestaan, suggereert dat onderwijs alleen onvoldoende is om genderongelijkheid in gezondheid te verklaren of op te heffen.

Misschien wel de meest centrale bijdrage van dit onderzoek betreft de rol van opleiding in de relatie tussen leeftijd en gezondheid. In lijn met bestaand onderzoek blijkt hoger onderwijs in alle regio’s samen te hangen met een betere gezondheid. De levensloopdynamiek van dit effect verschilt echter wezenlijk tussen regio’s.

In het Globale Noorden blijft de rol van opleiding in gezondheid opvallend stabiel over de levensloop: de gezondheidsvoorsprong van hoger opgeleiden wordt vroeg opgebouwd en blijft relatief constant. In het Globale Zuiden daarentegen neemt de onderwijsgerelateerde gezondheidsongelijkheid toe met de leeftijd. Lager opgeleiden ervaren een snellere gezondheidsachteruitgang, terwijl hoger opgeleiden hun gezondheid relatief beter weten te behouden.

Suriname volgt dit Zuid-patroon. In Suriname zijn opleidingsverschillen in gezondheid op jonge leeftijd relatief klein, maar nemen zij vanaf de middelbare levensfase sterk toe. In de oudste leeftijdscategorieën zijn de verschillen tussen laag- en hoogopgeleiden groter dan in het Globale Zuiden gemiddeld. Dit zou kunnen betekenen dat onderwijs in de Surinaamse context een bijzonder krachtige beschermende rol speelt tegen gezondheidsachteruitgang op latere leeftijd.

De bevinding dat onderwijs een steeds belangrijkere beschermende rol speelt naarmate mensen ouder worden, onderstreept het belang van blijvende investeringen in onderwijs als

langetermijnstrategie voor volksgezondheid. Tegelijkertijd laat de persistentie van genderongelijkheid in gezondheid zien dat dergelijke investeringen alleen effectief zijn wanneer zij worden ingebed in breder sociaal beleid dat rekening houdt met levensloopynamic en structurele ongelijkheden.

7. Conclusies

Dit artikel onderzocht hoe leeftijd, gender en opleiding samenhangen met zelf-gerapporteerde gezondheid over de levensloop, waarbij Suriname centraal werd gesteld in de vergelijking met andere landen, het Globale Noorden en het Globale Zuiden. Dit vond plaats mede in het licht van 50 jaar onafhankelijkheid op 25 november 2025. Door gebruik te maken van de ISSP 2021 Health Module kon Suriname systematisch worden vergeleken met landen uit het Globale Noorden en het Globale Zuiden.

Een eerste belangrijke conclusie is dat Suriname en het Globale Noorden, vergelijkbare gemiddelde niveaus van zelf-gerapporteerde gezondheid laten zien. Deze schijnbare gelijkenis verhuult echter wezenlijke verschillen in de samenstelling van gezondheid. Waar Suriname relatief gunstig scoort op de afwezigheid van chronische aandoeningen, worden deze voordelen tenietgedaan door een minder positieve algemene gezondheidsbeleving, meer functionele beperkingen en meer lichamelijke klachten. Gezondheid manifesteert zich in Suriname daarmee in een andere vorm dan in het Globale Noorden, wat onderstreept dat gezondheid niet als een eendimensionaal fenomeen kan worden begrepen.

Ten tweede bevestigt dit onderzoek dat gezondheidsachteruitgang een universeel levenslooppatroon vormt, maar dat het tempo en verloop verschillen. In de hogere leeftijdscategorieën vervagen de verschillen in gezondheidsniveaus tussen Suriname, het Globale Zuiden en het Globale Noorden.

Een derde belangrijke bevinding betreft de rol van gender. Vrouwen rapporteren over de gehele levensloop een slechtere gezondheid dan mannen, ongeacht regio. Deze genderkloof is reeds zichtbaar op jonge leeftijd, neemt toe in de middelbare levensfase en blijft ook op hogere leeftijd bestaan. Hoewel vrouwen historisch gezien minder onderwijsjaren hebben genoten dan mannen, tonen de opleidingsanalyses aan dat vrouwen deze achterstand in recente cohorten grotendeels hebben ingehaald, in Suriname, het Globale Zuiden en het Globale Noorden. Dat de gezondheidskloof tussen mannen en vrouwen desondanks blijft bestaan, leidt tot de belangrijke conclusie dat opleidingsverschillen de genderongelijkheid in gezondheid niet (meer) verklaren.

Het vierde en centrale resultaat van dit onderzoek betreft de rol van opleiding als determinant van gezondheid. In alle regio's geldt dat hoger opgeleiden hun gezondheid beter beoordelen dan lager opgeleiden. Deze bevinding komt overeen met de aanname in de beginnende delen van het artikel. Ook uit de ISSP-data kan het patroon worden herleid dat hoe hoger de opleidingsverschillen des

te positiever de ervaren gezondheid beoordeeld wordt. De levenslooptdynamiek van dit effect verschilt echter sterk. In het Globale Noorden blijft de gezondheidskloof tussen hoger en lager opgeleiden relatief stabiel over de levensloop. In het Globale Zuiden en in Suriname daarentegen neemt de opleidingsgerelateerde gezondheidsongelijkheid toe met de leeftijd. Lager opgeleiden ervaren een snellere gezondheidsachteruitgang, terwijl hoger opgeleiden hun gezondheid beter beoordelen. .

Voor Suriname is dit patroon bijzonder uitgesproken. De opleidingsverschillen in gezondheid zijn op jonge leeftijd relatief beperkt, maar nemen vanaf de middelbare levensfase sterk toe en zijn op hoge leeftijd groter dan het Zuid-gemiddelde.

Geplaatst in het kader van vijftig jaar onafhankelijkheid van Suriname, schetsen deze bevindingen een beeld van sociale vooruitgang maar ook van blijvende ongelijkheid. Opleiding blijkt daarbij een belangrijke rol te spelen, niet alleen als motor van economische ontwikkeling, maar ook als determinant van gezondheid en welzijn op latere leeftijd. Het is gebleken dat opleiding een beschermende functie heeft binnen de ervaren gezondheid. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen dat investeringen in onderwijs moeten worden gezien als langetermijninvesteringen in volksgezondheid. Tegelijkertijd maken zij duidelijk dat het terugdringen van gezondheidsongelijkheid meer vergt dan onderwijsbeleid alleen. Echter, een effectieve aanpak vraagt om een geïntegreerde benadering waarin gender, arbeid, zorg en sociale bescherming nadrukkelijk worden meegenomen.

Referenties

Black, D. (Ed.). (1980). *Inequalities in health: Report of the Research Working Group*. <https://sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>

Eisen, V. (2024). *Opleidingsniveau als voorspeller van ervaren gezondheid: Het effect van zelfcontrole en sociale relatie*.

Gil-Lacruz, M., Gil Lacruz, I., Navarro-Lopez, J., & Aguilar Palacio, I. (2022). Gender gap in self-rated health: A cohort perspective in Eastern European countries.

Gooding, N., Sno, T. E., & Ganzeboom, H. B. G. (2025). *Stratification in health: How the intersection of age and education changes experienced health across 50 years of the life course in Suriname and elsewhere* [Conference presentation]. Fourth ISSP Online Conference.

ISSP Research Group. (2025). *ISSP 2021 health and health care II, Version 2* [Data set]. GESIS Data Archive. <https://doi.org/10.4232/5.ZA8000.2.0.0.0>

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Toward a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review: Strategic review of health inequalities in England*. The Marmot Review.

Präg, P., & Subramanian, S. V. (2017). Educational inequalities in self-rated health across US states and European countries. *International Journal of Public Health*, 62(6), 709–716. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-0981-6>

Ross, C. E., & Wu, C.-L. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5), 719–745.

Sno, T. E., & Ganzeboom, H. B. G. (2023). *SurMob2023: Opvattingen over milieuvraagstukken en gezondheidszorg (ISSP-SR 2020 en 2021)* [Data set]. To be archived.

Sno, T. E., & Ganzeboom, H. B. G. (2024). *The value of incomplete education: The case of Suriname* [Conference presentation]. NSV Dag van de Sociologie 2024, Radboud Universiteit Nijmegen.

Sno, T. E., & Ganzeboom, H. B. G. (2025). *Trends in the prevalence of (not) completing education: Suriname 2012–2023* [Conference presentation]. ISSP Research Session, Pula, Croatia.

Tanaka, H., Nusselder, W. J., Kobayashi, Y., & Mackenbach, J. P. (2023). Socio-economic inequalities in self-rated health in Japan, 32 European countries and the US: An international comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51, 1161–1172. <https://doi.org/10.1177/14034948231168417>

Williams, D. R., Gonzalez, H. M., Williams, S., Mohammed, S. A., Moomal, H., & Stein, D. J. (2008). Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Social Science & Medicine*, 67(3), 441–452. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.021>