

Ongelijke verdeling van gezondheid: inzicht in gezondheidsgroepen onder volwassenen

Verdiepende rapportage Gezondheidsmonitor Volwassenen en
Ouderen 2024

Colofon

© GGD GHOR Nederland en RIVM, april 2026

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: GGD GHOR Nederland en RIVM, Gezondheidsprofielen volwassenen: inzicht in gezondheidsverschillen. Verdiepende rapportage Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024.

Auteurs:

Willeke Wijburg (GGD GHOR Nederland)

Anne Meerdink (GGD GHOR Nederland)

Rosemarijn Boekee (RIVM)

UnYoung Chavez-Baldini (RIVM)

Met dank aan:

De meelezers: Nannah Tak (GGD GHOR Nederland), Elske Marra (RIVM), Marije van Koperen (RIVM), Mark Bosmans (Nivel).

Alle betrokken onderzoekers van de GGD'en.

Een gedeelte van de resultaten van de GM V&O 2024 wordt gebruikt om de langetermijnevolgen van de coronaperiode in kaart te brengen. Daarmee is dit onderzoek onderdeel van de [Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19](#) van Netwerk Gezondheidsonderzoek bij Rampen (GOR). Hierbij wordt samengewerkt met de GGD'en, GGD GHOR Nederland, het RIVM, het Nivel en ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. ZonMw is opdrachtgever namens het ministerie van VWS.

Contact GGD GHOR Nederland:

Team Gezondheidsmonitors: gezondheidsmonitors@ggdghor.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen	6
2. Methode	7
2.1 Gezondheidsmonitor V&O 2024	7
2.2 Vragenlijst	7
2.3 Conceptueel kader	7
2.3.1 Laag 'gezondheid'	8
2.3.2 Laag 'persoonlijke kenmerken'	9
2.3.3 Laag 'leefomstandigheden'	10
2.3.4 Laag 'sociaal-economische positie'	11
2.4 Analyses	11
2.4.1 Trends	11
2.4.2 Latente klassenanalyse	11
2.4.3 Multinomiale Logistische Regressieanalyse	12
3. Trends naar achtergrondkenmerken	14
3.1 Ervaren gezondheid	14
3.2 Eenzaamheid	17
4. Gezondheidsgroepen	19
4.1 Indeling in zes gezondheidsgroepen	19
4.2 Gezondheidsuitkomsten	20
4.3 Gezondheidsgroepen per GGD-regio	25
4.4 Voorspellers voor gezondheidsgroepen	27
5. Conclusie	30
5.1 Gezondheidsgroepen	30
5.2 Corona	31
5.3 Sterke en zwakke punten	31
5.4 Tot slot	32
6. Referenties	34
Bijlage A Model uitkomstmaten latente klassen analyse	36
Bijlage B Gezondheidsindicatoren en gezondheidsgroepen	38
Bijlage C Voorspellers van gezondheidsgroepen	41
Bijlage D Achtergrondkenmerken per gezondheidsgroep	43

Samenvatting

Er bestaan grote gezondheidsverschillen tussen volwassenen in Nederland. Deze rapportage geeft inzicht in de gezondheid van inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder in brede zin en de ontwikkeling daarvan door de tijd. Om beter grip te krijgen op gezondheidsverschillen en factoren die daar invloed op hebben, worden in deze rapportage verschillende gezondheidsgroepen onderscheiden. Gezondheidsverschillen tussen groepen zijn vaak het resultaat van meerdere factoren, zoals achtergrondkenmerken (leeftijd, opleiding), maar ook andere factoren die gezondheid kunnen beïnvloeden, zoals moeite met rondkomen, gebrek aan sociale steun en beperkte deelname aan werk of onderwijs. Voor de analyses is gebruik gemaakt van de resultaten van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024. De uitkomsten voor ervaren gezondheid en eenzaamheid zijn vergeleken met resultaten van eerdere jaren.

De trends in ervaren gezondheid en eenzaamheid laten zien dat de gezondheidssituatie tijdens de coronaperiode verslechterde. Sindsdien is er licht herstel opgetreden, maar is de gezondheid nog niet terug op het niveau van voor de crisis. Grote verschillen blijven bestaan tussen subgroepen. Vooral onder volwassenen die moeite hebben met rondkomen is het aandeel dat een (zeer) goede gezondheid ervaart kleiner en het aandeel met eenzaamheid groter. Ook tussen leeftijdsgroepen bestaan verschillen in ervaren gezondheid, maar deze worden kleiner over de jaren heen.

Verder is onderzocht op welke wijze verschillende aspecten van gezondheid zich clusteren binnen subgroepen in de populatie. Op basis van gezondheidsuitkomsten (ingedeeld naar het Utrechts Gezondheidsmodel) op het gebied van ervaren, mentale en fysieke gezondheid, leefgewoonten en mentale kenmerken en stress werden respondenten ingedeeld in zes verschillende gezondheidsgroepen met vergelijkbare gezondheidsuitkomsten (gezondheidsprofiel):

- Gezondheidsgroep A: Meest gunstige gezondheidsprofiel
- Gezondheidsgroep B: Gunstig gezondheidsprofiel, met weinig beweging
- Gezondheidsgroep C: Gunstig gezondheidsprofiel, met hoog middelengebruik
- Gezondheidsgroep D: Mentaal ongunstig profiel
- Gezondheidsgroep E: Fysiek ongunstig profiel
- Gezondheidsgroep F: Meest ongunstige gezondheidsprofiel

Een groot deel van de volwassenen in Nederland heeft een relatief gunstige gezondheid. Bijna driekwart ervaart hun gezondheid als (zeer) goed en valt binnen een van de gunstigere gezondheidsgroepen. De gunstigere gezondheidsgroepen hebben ieder hun eigen aspecten van ongezondheid (bewegen, middelengebruik of mentale gezondheid). In de totale populatie ervaart 74% de gezondheid als (zeer) goed. In groepen A t/m D ervaren meer dan negen op de tien de gezondheid als (zeer) goed. In groepen E en F is dit slechts één op de tien.

Ondanks het hoge percentage (zeer) goed ervaren gezondheid kennen groepen B t/m D ook uitdagingen op het gebied van bijvoorbeeld leefstijl, mentale gezondheid of een combinatie hiervan ten opzichte van de meest gunstige gezondheidsgroep A. Hoewel het met bijna driekwart van de populatie relatief goed gaat, betekent dat ook dat meer dan een kwart (28%) van de populatie in een ongunstige gezondheidsgroep valt.

Om inzicht te krijgen in factoren die samenhangen met de indeling in gezondheidsgroepen, ofwel het hebben van een bepaald gezondheidsprofiel, is gekeken naar de samenhang met achtergrondkenmerken en andere factoren die gezondheid kunnen beïnvloeden.

Belangrijke factoren die samenhangen met de indeling in een gezondheidsprofiel anders dan de meest gunstige zijn leeftijd, opleiding, sociale steun en moeite met rondkomen. Daarnaast zijn er factoren die sterk samenhangen met indeling in de relatief ongunstige gezondheidsprofielen E en F, namelijk vrijwilligerswerk, werk/studie, inkomen en fysieke leefomgeving.

Hoewel het merendeel van de bevolking een relatief gunstig gezondheidsprofiel heeft, is er een aanzienlijke groep met een ongunstig profiel. Gerichte interventies om de gezondheid van deze groep te verbeteren zijn nodig om gezondheidsverschillen te verkleinen. Hierbij zijn factoren zoals moeite met rondkomen, gebrek aan sociale steun, beperkte deelname aan werk of onderwijs en fysieke leefomgeving belangrijk. De factoren die samenhangen met een ongunstiger gezondheidsprofiel, zijn niet per definitie factoren die alleen tot het beleidsterrein van de publieke gezondheid horen. Samenwerken met andere beleidsterreinen is dan ook essentieel om gezondheidsverschillen te verkleinen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In Nederland zijn grote verschillen in gezondheid tussen groepen. De gemiddelde levensverwachting bij geboorte in Nederland was in 2024 83,3 jaar voor vrouwen en 80,5 voor mannen. Mannen leven langer in goed ervaren gezondheid dan vrouwen. Voor mannen lag deze gezonde levensverwachting in 2024 op 63,5 jaar. Voor vrouwen lag dit 1,5 jaar lager. Er zijn meer verschillen in levensverwachting tussen groepen. Zo is de levensverwachting voor mensen met de hoogste inkomens 7,7 jaar hoger dan de mensen met het laagste inkomen (VZinfo, 2025a). Het verschil tussen de hoogste en laagste inkomensgroepen voor de gezonde levensverwachting is 21,4 jaar (VZinfo, 2025b).

Het doel van deze rapportage is het geven van inzicht in de gezondheid van inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder (hierna: volwassenen) in brede zin en de ontwikkeling daarvan door de tijd. Om beter grip te krijgen op gezondheidsverschillen en de factoren die daar invloed op hebben, worden verschillende gezondheidsgroepen onderscheiden. Gezondheidsverschillen tussen groepen zijn vaak het resultaat van meerdere factoren. Daarom is het belangrijk om naast losse factoren ook te kijken naar het totaalplaatje rondom gezondheid. Deze rapportage is een verdiepende weergave van de resultaten van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024 (hierna: GM V&O 2024). Een soortgelijke rapportage is gemaakt op basis van de [Gezondheidsmonitor Jeugd](#) en de [Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen](#).

1.2 Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen

De GM V&O is een groot vragenlijstonderzoek naar de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van Nederlanders van 18 jaar en ouder. Alle GGD'en en gemeente Utrecht (hierna: GGD'en) voeren deze monitor uit in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Gemeenten hebben vanuit de Wpg de taak om de gezondheidssituatie van inwoners in kaart te brengen. De GGD'en voeren deze taak uit. De GGD'en werken voor de GM V&O samen met het CBS, het RIVM en GGD GHOR Nederland. De GM V&O wordt sinds 2012 elke 4 jaar geharmoniseerd uitgevoerd. In 2022 was er een extra meting ten behoeve van het monitoren van de publieke gezondheid in coronatijd. De resultaten van de GM V&O 2024 zijn in juni 2025 gepubliceerd.

2. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de GM V&O 2024. Daarna volgt de beschrijving van de uitgevoerde analyses.

2.1 Studiepopulatie

In het najaar van 2024 deden 454.342 inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder mee aan de GM V&O. Het CBS selecteerde personen uit de Basisregistratie Personen (BRP) die werden uitgenodigd voor deelname (steekproef). Geselecteerde personen kregen een uitnodiging per brief om de vragenlijst in te vullen. Dit kon digitaal of op papier. De GM V&O werkt samen met de Gezondheidsenquête van het CBS. De vragenlijsten van deze twee onderzoeken worden afgestemd. Hierdoor kunnen de gegevens uit de GM V&O en uit de Gezondheidsenquête voor een deel van de onderwerpen worden samengevoegd. Ongeveer 7.800 van de respondenten in 2024 hebben de Gezondheidsenquête ingevuld. Van hen zijn alleen de antwoorden meegenomen op de vragen die hetzelfde zijn als in de GM V&O.

De respons op de GM V&O 2024 was 30%. De respons verschilt per groep, in sommige groepen deden relatief minder volwassenen mee. Om de resultaten zo representatief mogelijk te laten zijn voor alle volwassenen in Nederland, zijn de resultaten gewogen. Dit houdt in dat groepen die in de respons onder- dan wel oververtegenwoordigd zijn, zwaarder of juist minder zwaar meetellen in de resultaten. Voor de volgende kenmerken is een correctie toegepast: geografisch niveau, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, herkomst, huishoudgrootte en inkomen.

Voor de trends worden data van de GM V&O uit 2012, 2016, 2020 en 2022 gebruikt. De GM V&O in 2020 en 2022 werden in coronatijd afgenomen. Normaliter wordt de GM V&O om de vier jaar afgenomen. In 2022 is er een extra meetronde geweest vanwege de coronaperiode.

Meer informatie over de monitor is te vinden op [Gezondheidsmonitors | RIVM](#).

2.2 Vragenlijst

De vragenlijst van de GM V&O 2024 was voor een groot deel hetzelfde voor alle GGD'en. Dit deel van de vragenlijst wordt de basisvragenlijst genoemd. Daarnaast hebben GGD'en lokale vragen kunnen toevoegen. Voor deze rapportage is alleen data van de basisvragenlijst gebruikt.

De vragen hadden betrekking op meerdere thema's: achtergrondkenmerken, gezondheid, mentaal welbevinden, leefstijl, leefomgeving en financiën. Voor 65+'ers waren er extra vragen over beperkingen en vallen. De basisvragenlijst is in te zien op [Gezondheidsmonitors | RIVM](#). De resultaten zijn door het CBS aangevuld met gegevens uit het BRP of andere registratiebronnen. Dit zijn gegevens als inkomen, burgerlijke staat, migratieachtergrond en regio.

2.3 Conceptueel kader

Om het brede scala aan gezondheidsaspecten in de GM V&O 2024 te groeperen, wordt het Utrechts gezondheidsmodel gebruikt als conceptueel kader. Dit conceptueel kader bestaat uit vijf lagen, opgebouwd uit gezondheid en de kenmerken die daaraan ten grondslag liggen (Volksgezondheidsmonitor.nl, 2025).

Het Utrechts gezondheidsmodel is samengesteld op basis van verschillende landelijke en internationale theoretische modellen en rapporten over gezondheid en gezondheidsverschillen (Barton & Grant, 2006; Dahlgren & Whitehead, 1991; Institute for Positive Health, 2018; Lalonde, 1974; Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, 2020; Solar & Irwin, 2010; WHO Europe, 2019). Het model gaat uit van een brede en positieve

benadering van gezondheid, waarin de burger centraal staat. Het is een versimpelde weergave van een complexe werkelijkheid en helpt om samenhangend en over verschillende domeinen heen naar gezondheid en kansen op gezondheid te kijken. Alle lagen zijn met elkaar verbonden. De situatie in één laag kan niet los worden gezien van de andere lagen (Volksgezondheidsmonitor.nl, 2025).

De indicatoren van de basisvragenlijst van de GM V&O 2024 zijn ondergebracht in de afzonderlijke lagen van het Utrechts Gezondheidsmodel. Niet alle lagen of kenmerken uit het Utrechts Gezondheidsmodel kunnen gevuld worden vanuit de vragenlijst. De laag 'maatschappelijke, economische en politieke context' ontbreekt.

Figuur 1 toont de aangepaste versie van het Utrechts Gezondheidsmodel die voor deze rapportage gebruikt is. Hieronder volgt een beschrijving van de indicatoren uit de GM V&O 2024 die zijn gebruikt in deze rapportage per laag en kenmerk van het model.



Figuur 1 Aangepast Utrechts Gezondheidsmodel voor toepassing op de GM V&O 2024

2.3.1 Laag 'gezondheid'

De gezondheid van de respondenten is in kaart gebracht aan de hand van de kenmerken kwaliteit van leven, mentale gezondheid en lichamelijke gezondheid.

Kwaliteit van leven

Maten voor kwaliteit van leven zijn ervaren gezondheid, regie eigen leven en geluk.

-
- Ervaren gezondheid is gemeten met één vraag over de algehele gezondheidstoestand: 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?' De antwoorden variëren van zeer goed tot zeer slecht.
 - De indicator regie eigen leven is gebaseerd op een vraag met zeven stellingen. De antwoorden worden samengevat in een score die aangeeft in welke mate regie over het eigen leven ervaren wordt. Voorbeelden van vragen zijn 'Ik heb weinig controle over de dingen die mij overkomen' of 'Ik kan ongeveer alles als ik mijn zinnen er op heb gezet'¹.
 - Geluk is gemeten op basis van een vraag over hoe vaak men zich gelukkig voelde in de laatste 4 weken (onderdeel van de MHI-5). De antwoorden variëren van voortdurend tot nooit.

Mentale gezondheid

Voor mentale gezondheid zijn een hoog risico op een angststoornis of depressie, eenzaamheid en suïcidale gedachten gemeten.

- Voor een hoog risico op een angststoornis of depressie is de Kessler-10 (K10) gebruikt. Hiermee wordt aan de hand van tien stellingen bepaald in hoeverre iemand een hoog risico op een angststoornis of depressie heeft².
- Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit elf uitspraken over emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid³. De antwoorden worden samengevat in een score die aangeeft in welke mate iemand eenzaam is: een score van 9 of hoger betekent (zeer) sterk eenzaam.
- Het vóórkomen van suïcidale gedachten is uitgevraagd aan de hand van de vraag: 'Heeft u er in de laatste 12 maanden wel eens serieus over gedacht om een eind te maken aan je leven?'. De antwoorden variëren van 'nooit' tot 'heel vaak'.

Lichamelijke gezondheid

De lichamelijke gezondheid wordt beoordeeld met de indicator 'Is zes maanden of langer (ernstig) beperkt in het dagelijks leven door problemen met de gezondheid', uitgevraagd met twee enkelvoudige vragen.

2.3.2 Laag 'persoonlijke kenmerken'

Deze laag bestaat uit lichamelijke kenmerken, leefgewoonten en tenslotte mentale kenmerken en stress.

Lichamelijke kenmerken

Voor lichamelijke kenmerken is overgewicht bepaald op basis van iemands lengte en gewicht, waaruit BMI (Body Mass Index) wordt berekend.

Leefgewoonten

Voor leefgewoonten is gekeken naar bewegen, alcoholgebruik en roken met de volgende indicatoren:

- Voldoet aan de beweegrichtlijnen (gemeten met de SQUASH⁴);
- Sport wekelijks (gemeten met de SQUASH);
- Drinkt niet of maximaal één glas alcohol per dag (richtlijn RGV 2015).
- Overmatige drinker: iemand drinkt overmatig alcohol als per week meer dan 14 glazen (voor vrouwen) of meer dan 21 glazen (voor mannen) wordt gedronken. Gemeten met vragen over op hoeveel dagen wordt gedronken en hoeveel glazen gemiddeld op een door-de-weekse of weekenddag.
- Rookt (tabaksproducten) gemeten met de vraag 'Rookt u weleens?'.

¹ [Participatie | Verantwoording | Methoden | Volksgezondheid en Zorg](#), geraadpleegd 29 oktober 2025.

² [Depressie en andere stemmingsstoornissen | Methoden | Volksgezondheid en Zorg](#), geraadpleegd 29 oktober 2025.

³ [Eenzaamheid | Verantwoording | Methoden | Volksgezondheid en Zorg](#), geraadpleegd 29 oktober 2025.

⁴ [Bewegen | Verantwoording | Methoden | Volksgezondheid en Zorg](#), geraadpleegd 29 oktober 2025.

-
- Vapet (e-sigaret) gemeten met de vraag 'Gebruikt u weleens een vape of e-sigaret?'.

Mentale kenmerken en stress

Voor 'mentale kenmerken en stress' is gekeken naar last gehad hebben van veel of heel veel stress in de laatste vier weken en veerkracht. Veerkracht is gemeten met vijf stellingen over veerkracht uit de Nederlandse vitaliteitsmeter VITA-16 over hoe men zich de laatste vier weken voelde⁵.

2.3.3 Laag 'leefomstandigheden'

De leefomstandigheden zijn in kaart gebracht aan de hand van de sociale en fysieke leefomgeving. Voor het kenmerk veiligheid en het kenmerk zorg en hulpverlening zijn geen items in de vragenlijst van de GM V&O 2024 opgenomen. Die kenmerken worden daarom niet meegenomen.

Sociale leefomgeving

Voor sociale leefomgeving zijn twee indicatoren opgenomen, namelijk het redelijk tot goed kunnen ontvangen van sociale steun uit de omgeving en het geven van mantelzorg. Sociale steun is gemeten aan de hand van drie stellingen over de mate waarin men hulp kan krijgen voor praktische klussen, kan praten over persoonlijke problemen en voor gezelligheid langs kan bij iemand.

Iemand is mantelzorger volgens de definitie als de mantelzorg minimaal 3 maanden duurt en/of als er minimaal 8 uur zorg per week wordt gegeven.

Fysieke leefomgeving

Voor de fysieke leefomgeving worden de volgende vier indicatoren gebruikt:

- Is (zeer) tevreden met de woonomgeving (rapportcijfer van 1 t/m 10, waarbij een 8 of hoger '(zeer) tevreden' is)
- Kan goed verkoeling vinden in de woning tijdens aanhouden warm weer (rapportcijfer van 1 t/m 10, waarbij een 8 of hoger 'kan goed verkoeling vinden' is)
- Ervaart ernstige geluidhinder door minimaal één van de uitgevraagde bronnen. Per geluidsbron was gevraagd hoeveel hinder de respondent hiervan ervaart op een schaal van 0 tot en met 10, waarbij een 8 of hoger wordt gezien als 'ernstige hinder'. De volgende bronnen zijn uitgevraagd in de basisvragenlijst:
 - Verkeer op wegen waar je harder mag dan 50 km/uur
 - Verkeer op wegen waar je niet harder mag dan 50 km/uur
 - Treinverkeer
 - Vliegverkeer
 - Brommers/scooters
 - Buren
 - Bedrijven/industrie
 - Windturbines/windmolens
 - Warmtepompen/airco's
- Ervaart ernstige geurhinder door minimaal één van de uitgevraagde bronnen. Per geurbron was gevraagd hoeveel hinder de respondent hiervan ervaart op een schaal van 0 tot en met 10, waarbij een 8 of hoger wordt gezien als 'ernstige hinder'. De volgende bronnen zijn uitgevraagd in de basisvragenlijst:
 - Open haard/ allesbrander/ andere houtkachel
 - Vuurkorf/ barbecue/ terrashaard
 - Riolering/ waterzuivering
 - Landbouw/ veeteelt
 - Andere bedrijven/ industrie
 - Wegverkeer

⁵ [Mentale gezondheid | Verantwoording | Methodes | Volksgezondheid en Zorg](#), geraadpleegd 29 oktober 2025.

2.3.4 Laag 'sociaal-economische positie'

Deze laag bestaat uit indicatoren over de financiële situatie en participatie.

Financiële situatie

Twee indicatoren geven de financiële situatie weer: de subjectieve maat over of iemand moeite met rondkomen ervaart en de objectieve maat voor inkomen tot 110% van het beleidsmatig minimum. Deze laatste is niet uitgevraagd in de vragenlijst, maar toegevoegd aan de data door het CBS.

Participatie

Over participatie zijn twee indicatoren gebruikt. De eerste is of iemand vrijwilligerswerk doet. De tweede is het hebben van betaald werk voor tenminste 20 uur per week en/of het volgen van onderwijs.

2.4 Analyses

2.4.1 Trends

Voor het beschrijven van de ontwikkelingen over de tijd worden de trends van twee maten van gezondheid beschreven waar sinds 2012 informatie over beschikbaar is. De prevalenties van ervaren gezondheid en eenzaamheid worden hiertoe binnen de totale groep van 18 jaar en ouder van 2012 tot en met 2024 getoond voor de totale groep en uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken (hoofdstuk 3). Ervaren gezondheid is een overkoepelende maat voor gezondheid en daarom belangrijk om de ontwikkeling van de gezondheidssituatie te beschrijven. Eenzaamheid is een maat uit de laag mentale gezondheid. De beschrijving van die trend geeft een goede indicatie hoe de mentale gezondheid zich ontwikkelt. Bij het beschrijven van de trends wordt rekening gehouden met de coronaperiode, die plaatsvond tijdens de metingen uit 2020 en 2022.

Naast de uitkomsten onder de totale populatie, worden verschillen in ervaren gezondheid en eenzaamheid beschreven naar de achtergrondkenmerken leeftijd, gender, opleidingsniveau en moeite met rondkomen.

Met een grote dataset zoals die van de GM V&O kunnen zelfs zeer kleine verschillen al statistisch significant zijn, ook wanneer de verschillen inhoudelijk niet relevant zijn. Daarom worden in deze rapportage effectgroottes gebruikt voor inzicht in hoe betekenisvol of relevant de gevonden verschillen tussen de jaren en tussen groepen zijn. Hiervoor wordt de Cohen's h effectgrootte gebruikt, waarbij een effectgrootte van 0,2 of hoger gezien als een relevant verschil (Cohen, J. 1988). Alle jaren zijn met elkaar vergeleken, niet alleen 2024 en 2012. Voor de verschillen tussen subgroepen is per achtergrondkenmerk de groep met het hoogste percentage vergeleken met de andere groepen. Wanneer sprake is van een relevant verschil, wordt de trend van de uitkomstmaat per subgroep weergegeven.

Trends van overige indicatoren zijn te vinden in de [landelijke rapportage van de GMVO2024](#).

2.4.2 Latente klassenanalyse

Om naast specifieke gezondheidsindicatoren ook breder naar gezondheid te kijken, zijn de respondenten ingedeeld in gezondheidsgroepen met een vergelijkbaar gezondheidsprofiel. Dit is gedaan middels een latente klassenanalyse (LCA). Met een LCA kunnen in een populatie gelijksoortige groepen worden gevonden op basis van hun kenmerken op relevante variabelen (SCP, 2020). In dit onderzoek is de LCA uitgevoerd met een zogenaamde Three-Step Method. Eerst worden gezondheidsgroepen met vergelijkbare gezondheidsuitkomsten geïdentificeerd en worden respondenten ingedeeld in deze groepen, zoals hieronder beschreven. Vervolgens wordt gekeken hoe overige factoren samenhangen met de indeling in deze groepen (zie 2.4.3 Multinomiale Logistische Regressieanalyse).

De indeling in groepen is tot stand gekomen op basis van de uitkomsten voor de laag 'gezondheid' (ervaren gezondheid en mentale gezondheid) en de laag 'persoonlijke kenmerken' (lichamelijke kenmerken, leefgewoonten en mentale kenmerken en stress). Deze factoren zijn enerzijds directe uitkomstmaten van gezondheid en anderzijds gezondheidsrisico's met een meer directe impact op de gezondheid dan de onderliggende lagen.

Voor de uitvoer van de latente klassenanalyse is gebruik gemaakt van R-package 'poLCA'. Ontbrekende waarden zijn aangevuld met behulp van het programma 'mice' in R. Van alle respondenten heeft 21% missende waarden voor één of meer gezondheidsindicatoren. Het gemiddelde percentage ontbrekende gegevens voor de gezondheidsindicatoren is 5,4%.

Op basis van de gezondheidsindicatoren zijn indelingen in verschillende aantallen groepen mogelijk. Op basis van de fitmaten BIC, cAIC, Llik (log-likelihood) en Lo-Mendell-Rubin toets (LMR) is gekeken welk aantal groepen statistisch het best passend is (zie bijlage A). De modellen met 3 t/m 8 groepen waren statistisch het beste en zijn vervolgens inhoudelijk beoordeeld. Samen met een beleidsmedewerker van GGD GHOR Nederland (werkzaam op diverse thema's waaronder mentale gezondheid), is gekozen voor de indeling op basis van zes groepen. Hierbij is gekeken naar of de groepen goed van elkaar te onderscheiden waren kijkend naar de gezondheidskenmerken en of deze beleidsmatig interessant kunnen zijn. Beleidsmatig had een indeling in zes groepen toegevoegde waarde en onderscheidend vermogen ten opzichte van vijf groepen wat betreft gezondheidskenmerken. Indeling in zeven groepen had inhoudelijk minder onderscheidend vermogen ten opzichte van zes groepen en gaf geen extra relevante informatie. De indeling in zes groepen heeft een onderscheidend vermogen (entropie) van 64%⁶.

In hoofdstuk 3 worden de zes gezondheidsgroepen beschreven. Verschillen tussen de gezondheidsgroepen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van het gemiddelde van de totale onderzoekspopulatie worden beschreven per laag uit het model. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een kleurcodering, gebaseerd op de relatieve (gunstige of ongunstige) afwijking van het gemiddelde. Vervolgens zijn de achtergrondkenmerken van de gezondheidsgroepen met elkaar vergeleken. Ook is in kaart gebracht hoe de verdeling van de gezondheidsgroepen verschilt per GGD-regio.

2.4.3 Multinomiale Logistische Regressieanalyse

Per gezondheidsgroep is bekeken welke achtergrondkenmerken en indicatoren uit de lagen leefomstandigheden en sociaal-economische positie samenhangen met indeling in de betreffende gezondheidsgroep. Met andere woorden: welke factoren hangen samen met het hebben van een bepaald gezondheidsprofiel. Dit is gedaan met een multinomiale logistische regressie-analyse (MLR). Het regressiemodel gaf een pseudo-verklaarde variantie van 0,29 (Nagelkerke R^2)⁷. Voor de MLR-analyse zijn de niet-geïmputeerde gegevens gebruikt.

In de MLR is de meest gunstige groep (gezondheidsgroep A) als referentiegroep gebruikt met als doel om aanknopingspunten te vinden voor het verbeteren van de gezondheid van relatief minder gunstige groepen. De mate van samenhang tussen de onderzochte factoren en indeling in een bepaalde gezondheidsgroep is gekwantificeerd met adjusted Odds Ratios (aOR):

- Een aOR van 1 betekent dat er geen associatie is en dat de onderliggende indicator of het achtergrondkenmerk niet samenhangt met indeling in een bepaalde gezondheidsgroep.

⁶ Hoe hoger de entropie, hoe minder overlap er tussen groepen zit en hoe groter de zekerheid waarmee respondenten in een bepaalde groep worden ingedeeld.

⁷ Nagelkerke R^2 is een genormaliseerde pseudo- R^2 voor (multinomiale) logistische regressie, afgeleid van log-likelihoods. De maat ligt tussen 0 en 1, maar is niet rechtstreeks vergelijkbaar met lineaire R^2 . Het geeft de 'passendheid' van een model aan, ofwel hoe goed het model de uitkomst kan verklaren of voorspellen op basis van de meegenomen factoren.

-
- Een aOR van minder dan 1 betekent dat personen die voldoen aan een onderliggende indicator of achtergrondkenmerk een kleinere kans hebben op indeling in die gezondheidsgroep ten opzichte van de meest gunstige groep.
 - Een aOR van meer dan 1 betekent dat er een grotere kans is op indeling in die gezondheidsgroep ten opzichte van de meest gunstige groep.

'Adjusted' betekent dat de samenhang van een factor met indeling in een bepaalde gezondheidsgroep is bekeken rekening houdend met alle andere meegenomen factoren. De samenhang van een factor wordt daardoor niet verklaard door de samenhang van een andere onderzochte factor.

Op basis van de aOR's is onderscheid gemaakt tussen 'belangrijke samenhangende factoren' en 'overige samenhangende factoren'. In deze rapportage worden samenhangende factoren gezien als belangrijk als zij de kans op indeling in een bepaald gezondheidsprofiel met tenminste anderhalve keer verkleinen of vergroten. Dit komt neer op een aOR van respectievelijk $\leq 0,67$ of $\geq 1,5$. Overige samenhangende factoren zijn factoren die wel significant samenhangen met de indeling in een bepaalde gezondheidsgroep op basis van 99,9%-betrouwbaarheidsintervallen, maar een aOR hebben van $>0,67$ of $<1,5$.

3. Trends naar achtergrondkenmerken

De prevalenties van ervaren gezondheid en eenzaamheid worden hiertoe binnen de totale groep van 18 jaar en ouder van 2012 tot en met 2024 getoond voor de totale groep en uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken (hoofdstuk 3). Ervaren gezondheid is een overkoepelende maat voor gezondheid en daarom belangrijk om de ontwikkeling van de gezondheidssituatie te beschrijven. Eenzaamheid is een maat uit de laag mentale gezondheid.

In dit hoofdstuk laten we voor ervaren gezondheid en eenzaamheid de resultaten van 2024 zien, inclusief uitsplitsingen naar achtergrondkenmerken (leeftijd, gender⁸, opleidingsniveau en moeite met rondkomen). Daarna volgen de trends voor de totale groep van 18 jaar en ouder en de trends naar achtergrondkenmerken waarbinnen een betekenisvol verschil te zien is.

3.1 Ervaren gezondheid

Driekwart van de personen van 18 jaar en ouder (74%) ervaarde in 2024 de eigen gezondheid als (zeer) goed. Kijkend naar achtergrondkenmerken, zijn er tussen groepen verschillen te zien in het aandeel personen met een (zeer) goed ervaren gezondheid (zie Tabel 1). Met name onder de groep volwassenen van 85 jaar en ouder en personen die enige tot grote moeite hebben met rondkomen, is het aandeel met een goed ervaren gezondheid kleiner.

De groep volwassenen van 85 jaar en ouder verschilt relevant van elke andere leeftijdsgroep. Voor de 18- t/m 24-jarigen en 25- t/m 39-jarigen is er een relevant verschil met alle leeftijdsgroepen vanaf 55 jaar.

De groep met een hbo- of wo-opleiding verschilt relevant van de andere opleidingsniveaus.

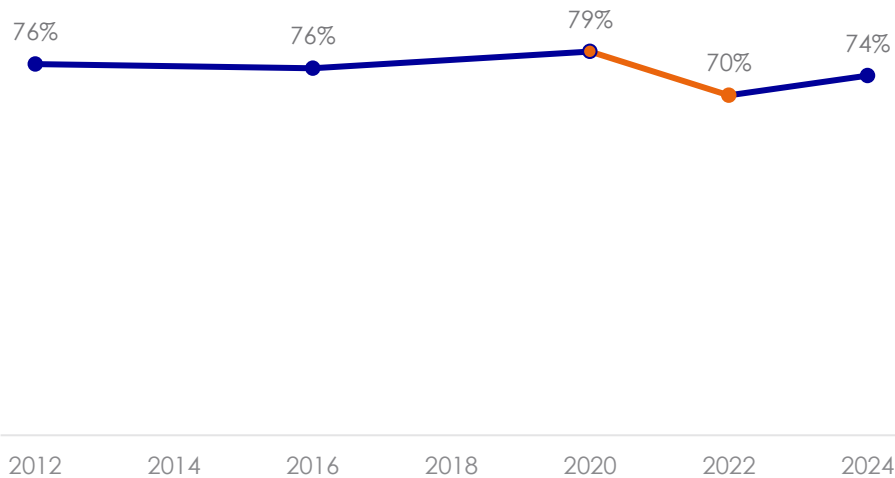
Tabel 1 Percentage volwassenen met een (zeer) goed ervaren gezondheid uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken.

		2024
Gender	Man (ref)	76%
	Vrouw	72%
Leeftijd	18 t/m 24 jaar	80%
	25 t/m 39 jaar (ref)	82%
	40 t/m 54 jaar	76%
	55 t/m 64 jaar	70%*
	65 t/m 74 jaar	69%*
	75 t/m 84 jaar	61%*
	85 jaar en ouder	51%*
Opleidingsniveau	Po, vmbo, mbo-1	60%*
	Mbo 2-4, havo, vwo	74%*
	Hbo, wo (ref)	83%
Moeite met rondkomen	Geen moeite (ref)	78%
	Enige tot grote moeite	54%*
Totaal		74%

* Groepen met een relevant verschil ten opzichte van de referentiegroep. De groep met de hoogste prevalentie wordt vergeleken met de andere groepen. Verschillen zijn gekwantificeerd met Cohen's h effectgrootte. Als de effectgrootte 0,2 of hoger is ten opzichte van de referentiegroep, is er sprake van een betekenisvol verschil.

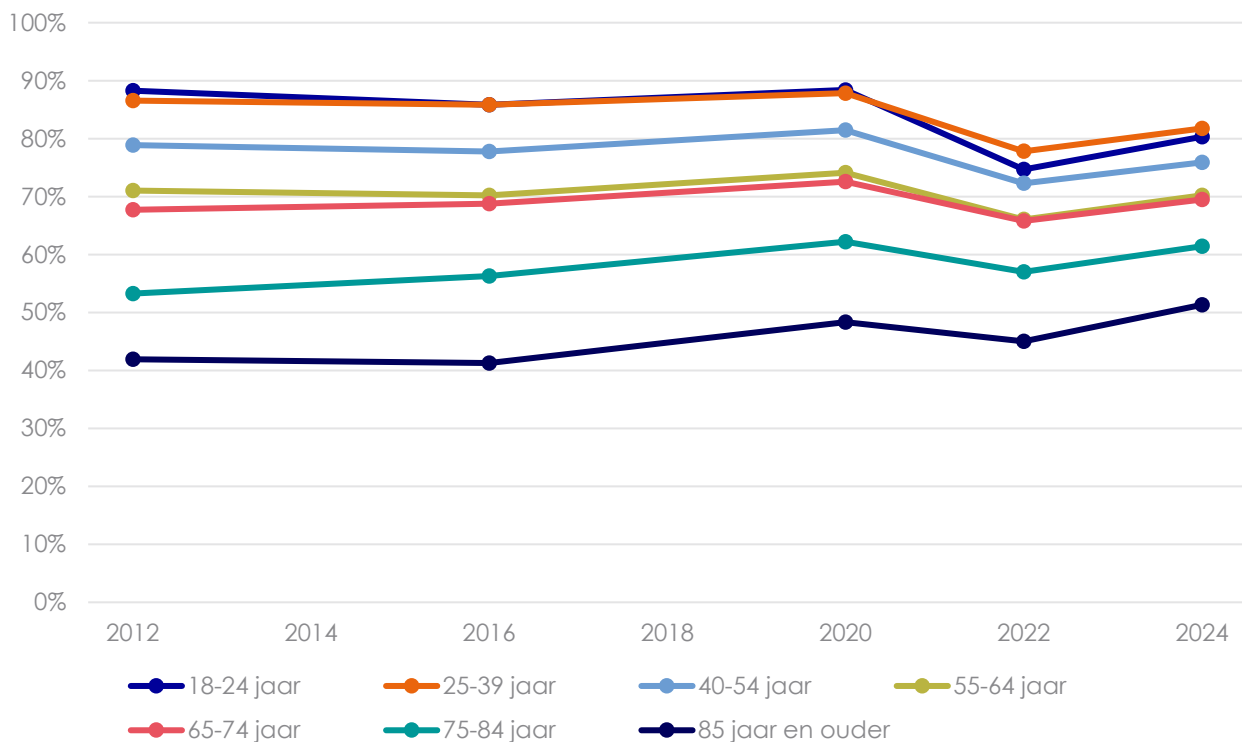
⁸ Voor trends naar gender zijn alleen man en vrouw beschikbaar, omdat in eerdere metingen niet altijd naar gender 'anders dan man of vrouw' gevraagd is.

In Figuur 2 is te zien dat in de periode van 2012 tot en met 2024 dit aandeel het laagst was vlak na de coronaperiode, in het najaar 2022 (70%). Het verschil tussen 2020 en 2022 is een relevant verschil, mede omdat het percentage in 2020 het hoogst was en in 2022 het laagst.



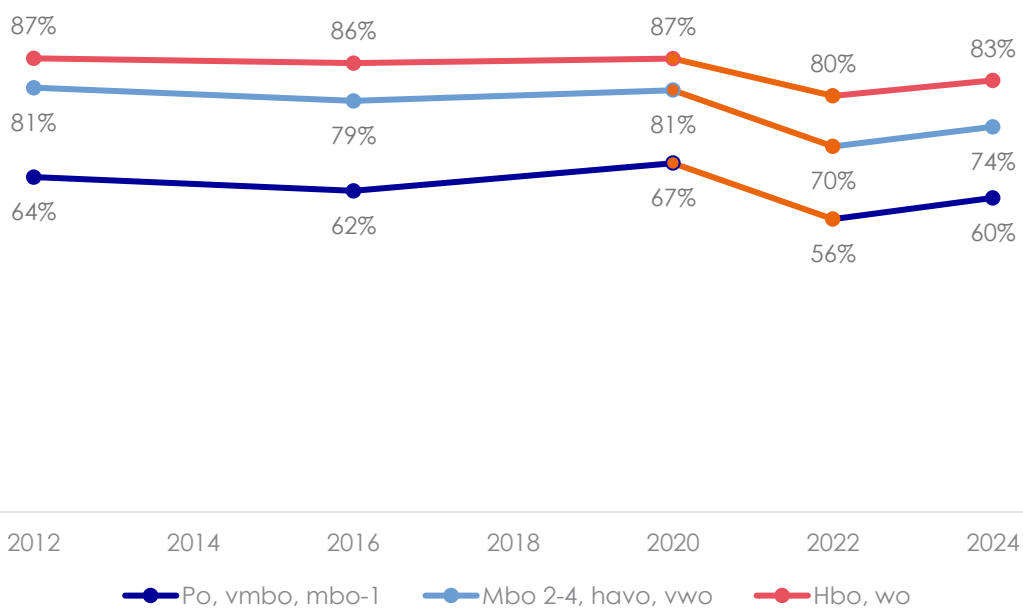
Figuur 2 Percentage personen van 18 jaar en ouder met een (zeer) goed ervaren gezondheid in de periode 2012-2024. De oranje bolletjes representeren resultaten uit de metingen rondom de coronaperiode.

In Figuur 3 is de trend van ervaren gezondheid weergegeven voor de verschillende leeftijdsgroepen. In alle metingen sinds 2012 is het percentage met een (zeer) goed ervaren gezondheid het laagst in de groepen 75 t/m 84 jaar en 85 jaar en ouder. De verschillen tussen leeftijdsgroepen worden wel kleiner, enerzijds omdat het percentage (zeer) goed ervaren gezondheid toeneemt bij de oudste leeftijdsgroepen, anderzijds omdat het percentage afneemt bij de jongere leeftijdsgroepen. Voor de leeftijdsgroepen 18 t/m 24 jaar en 25 t/m 39 jaar is er een relevant verschil tussen 2022 en alle voorgaande jaren. Tijdens de coronatijd is het aandeel dat de gezondheid als (zeer) goed ervaart gedaald voor deze leeftijdsgroepen. In 2024 is het percentage weer iets gestegen, maar niet tot het oude niveau van voor de coronaperiode. Bij de leeftijdsgroepen vanaf 55 jaar zien we geen enkel betekenisvol verschil tussen de jaren. Hier is het percentage (zeer) goed ervaren gezondheid dus minder gedaald in de coronaperiode dan bij de leeftijdsgroepen 18 t/m 24 jaar en 25 t/m 39 jaar. Voor de groepen 75 t/m 84 jaar en 85 jaar en ouder zien we een stijgende lijn, het verschil is niet relevant.



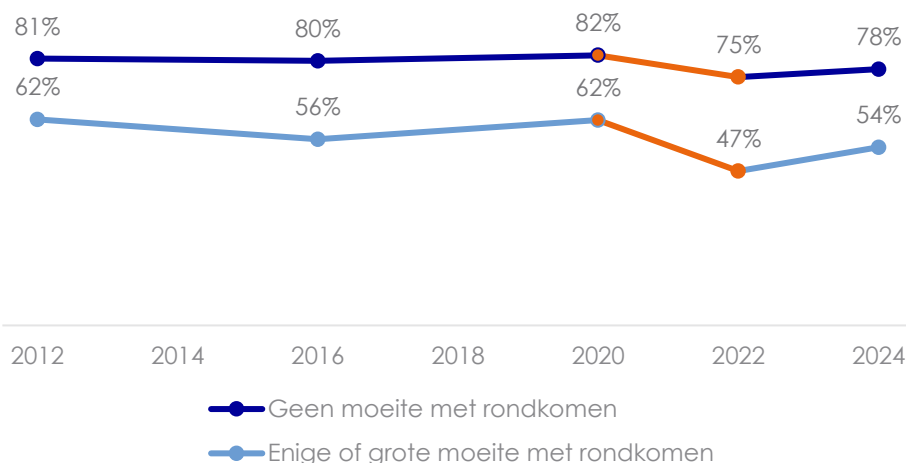
Figuur 3 Percentage volwassenen met een (zeer) goed ervaren gezondheid voor verschillende leeftijdsgroepen in de periode 2012-2024.

Meer volwassenen met een hbo- of wo-opleiding hebben een (zeer) goed ervaren gezondheid in vergelijking met andere opleidingsniveaus (Figuur 4). Het percentage met een (zeer) goed ervaren gezondheid is het laagst onder volwassenen met po-, vmbo- of mbo-1-opleiding ten opzichte van de andere opleidingsniveaus. Sinds 2012 is er een relevant verschil tussen de groep met een po-, vmbo- of mbo-1-opleiding versus hbo en wo. Sinds 2022 is ook het verschil tussen mbo 2-4/havo/vwo en hbo/wo relevant. Dat verschil is dus groter geworden in coronatijd.



Figuur 4 Percentage volwassenen met een (zeer) goed ervaren gezondheid naar opleidingsniveau in de periode 2012-2024. De oranje bolletjes representeren resultaten uit de metingen rondom de coronaperiode.

Bij elke meting is er een relevant verschil tussen volwassenen met enige tot grote moeite met rondkomen en volwassenen zonder moeite met rondkomen (Figuur 5). Er is een relevant verschil tussen 2022 en 2020 in (zeer) goed ervaren gezondheid voor volwassenen die moeite hebben met rondkomen. Dit verschil is niet relevant voor de volwassenen die geen moeite hebben met rondkomen; de (gezondheids)verschillen zijn tussen 2020 en 2022 dus toegenomen.



Figuur 5 Percentage volwassenen met een (zeer) goed ervaren gezondheid naar moeite met rondkomen in de periode 2012-2024. De oranje bolletjes representeren resultaten uit de metingen rondom de coronaperiode.

3.2 Eenzaamheid

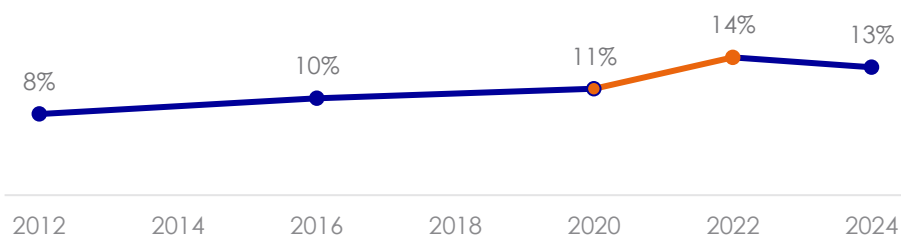
Van de volwassenen in Nederland voelde 13% zich (zeer) sterk eenzaam in 2024. Kijkend naar achtergrondkenmerken, zijn er tussen groepen weinig verschillen te zien in het aandeel dat zich (zeer) sterk eenzaam voelde in 2024 (Tabel 2). Alleen in de groep volwassenen met enige tot grote moeite met rondkomen ligt het percentage hoger dan de groep die geen moeite heeft met rondkomen.

Tabel 2 Percentage volwassenen dat zich (zeer) sterk eenzaam voelt uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken.

		2024
Gender	Man	13%
	Vrouw (ref)	13%
Leeftijd	18 t/m 24 jaar (ref)	13%
	25 t/m 39 jaar	15%
	40 t/m 54 jaar	14%
	55 t/m 64 jaar	13%
	65 t/m 74 jaar	10%
	75 t/m 84 jaar	11%
	85 jaar en ouder	14%
Opleidingsniveau	Po, vmbo, mbo-1 (ref)	16%
	Mbo 2-4, havo, vwo	14%
	Hbo, wo	11%
Moeite met rondkomen	Geen moeite	10%*
	Enige tot grote moeite (ref)	31%
Totaal		13%

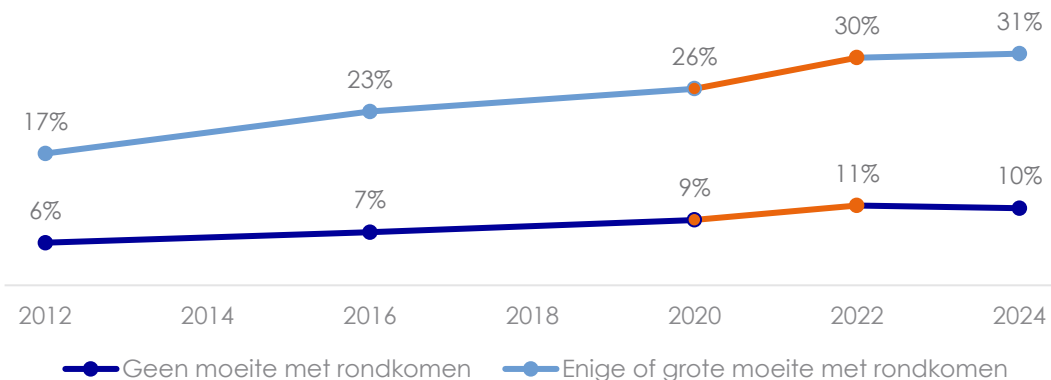
* Groepen met een relevant verschil ten opzichte van de referentiegroep. De groep met de hoogste prevalentie wordt vergeleken met de andere groepen. Verschillen zijn gekwantificeerd met Cohen's h effectgrootte. Als de effectgrootte 0,2 of hoger is ten opzichte van de referentiegroep, is er sprake van een betekenisvol verschil.

Figuur 6 laat de ontwikkeling van de prevalentie zien in de periode 2012-2024. Er lijkt een toename te zijn in het percentage volwassenen dat zich (zeer) sterk eenzaam voelt, maar het verschil is volgens de hier gehanteerde effectgrootte niet betekenisvol.



Figuur 6 Percentage volwassenen dat zich (zeer) sterk eenzaam voelt in de periode 2012-2024. De oranje bolletjes representeren resultaten uit de metingen rondom de coronaperiode.

In Figuur 7 is te zien dat het percentage (zeer) sterk eenzaam voor volwassenen die moeite hebben met rondkomen stijgt. Het verschil met 2012 is vanaf 2020 relevant. Voor de groep die geen moeite heeft met rondkomen is er geen relevant verschil tussen jaren. Het verschil tussen de groepen die wel of geen moeite hebben met rondkomen wordt door de jaren heen groter.



Figuur 7 Percentage volwassenen dat zich (zeer) sterk eenzaam voelt naar moeite met rondkomen in de periode 2012-2024. De oranje bolletjes representeren resultaten uit rondom metingen in de coronaperiode.

4. Gezondheidsgroepen

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de gezondheidsgroepen die zijn geïdentificeerd in de data aan de hand van de latente klassenanalyse (paragraaf 3.1). Eerst worden de gezondheidsuitkomsten van de verschillende groepen beschreven (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt de verdeling van de groepen over de GGD-regio's getoond (paragraaf 3.3). Tenslotte wordt beschreven welke factoren samenhangen met het hebben van een bepaald gezondheidsprofiel (paragraaf 3.4).

4.1 Indeling in zes gezondheidsgroepen

Met de latente klassenanalyse zijn zes gezondheidsgroepen geïdentificeerd waarbinnen volwassenen vergelijkbare gezondheidsuitkomsten hebben:

- **Gezondheidsgroep A: Meest gunstige gezondheidsprofiel**

Het aandeel met een goed ervaren gezondheid is in deze groep het grootst, ze scoren op bijna alle vlakken beter dan gemiddeld.

- **Gezondheidsgroep B: Gunstig gezondheidsprofiel, met weinig beweging**

Het overgrote deel van deze groep ervaart een goede gezondheid, ze scoren op bijna alle vlakken beter dan gemiddeld, behalve op bewegen en sporten.

- **Gezondheidsgroep C: Gunstig gezondheidsprofiel, met hoog middelengebruik**

Een groot deel van deze groep ervaart een goede gezondheid, ze scoren op de meeste vlakken vrij gunstig, behalve voor middelengebruik: zowel het alcoholgebruik als roken en vaperen zijn relatief hoog.

- **Gezondheidsgroep D: Mentaal ongunstig profiel**

Een groot deel van deze groep ervaart een goede gezondheid, ze scoren op fysieke gezondheid vrij gunstig, maar relatief ongunstig op mentaal vlak.

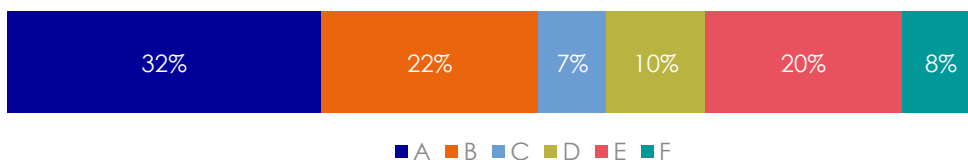
- **Gezondheidsgroep E: Fysiek ongunstig profiel**

Slechts een klein deel van deze groep ervaart een goede gezondheid, ze scoren op meerdere vlakken relatief ongunstig, vooral fysiek en op maten van kwaliteit van leven. Op de meeste mentale vlakken scoort deze groep wel relatief gunstig.

- **Gezondheidsgroep F: Meest ongunstige gezondheidsprofiel**

Het aandeel met een goed ervaren gezondheid is in deze groep het kleinst, ze scoren op bijna alle vlakken slechter dan gemiddeld.

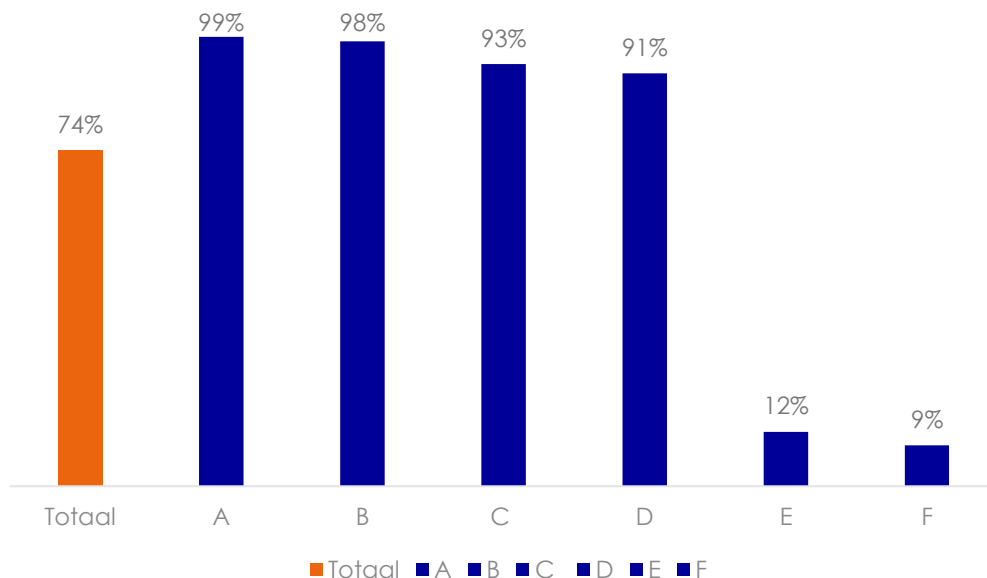
Een derde van de volwassenen (32%) valt in de meest gunstige gezondheidsgroep A. Ruim een kwart (28%) valt in een relatief ongunstige gezondheidsgroep (groep E of groep F). De rest van de volwassenen valt in een groep die relatief gezond is, maar wel op een aantal punten ongunstig scoort (Figuur 8).



Figuur 8 Verdeling van respondenten over de gezondheidsgroepen

4.2 Gezondheidsuitkomsten

Ervaren gezondheid is een algemene maat die weergeeft hoe het met volwassenen gaat. In de totale groep ervaart driekwart de gezondheid als (zeer) goed (Figuur 9). Tussen de verschillende gezondheidsgroepen varieert het percentage met een (zeer) goede ervaren gezondheid sterk van 9% in groep F tot 99% in groep A. De ervaren gezondheid laat duidelijk het onderscheid zien tussen relatief gunstige gezondheidsgroepen (A, B, C en D) en relatief ongunstige gezondheidsgroepen (E en F).



Figuur 9 Percentage volwassenen met een (zeer) goed ervaren gezondheid totaal en per gezondheidsgroep

In Figuur 10 t/m 12 zijn gezondheidsprofielen per gezondheidsgroep weergegeven. Per kenmerk en factor uit het model is weergegeven hoe een groep scoort ten opzichte van het gemiddelde. In bijlage B zijn de bijbehorende gezondheidsuitkomsten per groep weergegeven (percentages en 99,9% betrouwbaarheidsintervallen).

Gezondheidsgroep A heeft over het algemeen de meest gunstige gezondheidsuitkomsten (zie Figuur 10). Deze groep scoort op bijna alle uitkomsten gunstiger dan gemiddeld. De enige uitzondering is het voldoen aan de alcoholrichtlijn.

Gezondheidsgroep B scoort ook vrij gunstig, behalve voor bewegen (zie Figuur 10). Het aandeel dat wekelijks sport (1%) of voldoet aan de beweegrichtlijn (29%) is binnen gezondheidsgroep B het laagst van alle groepen.

Gezondheidsgroep C scoort over het algemeen, net als groep A en B, vrij gunstig qua gezondheidsuitkomsten, behalve voor middelengebruik (zie Figuur 11). Zowel het alcoholgebruik als roken en vaperen ligt in deze groep veel hoger dan in andere groepen. Bijna de helft van groep C is een overmatige drinker (48%), 62% rookt en 22% vaperen.

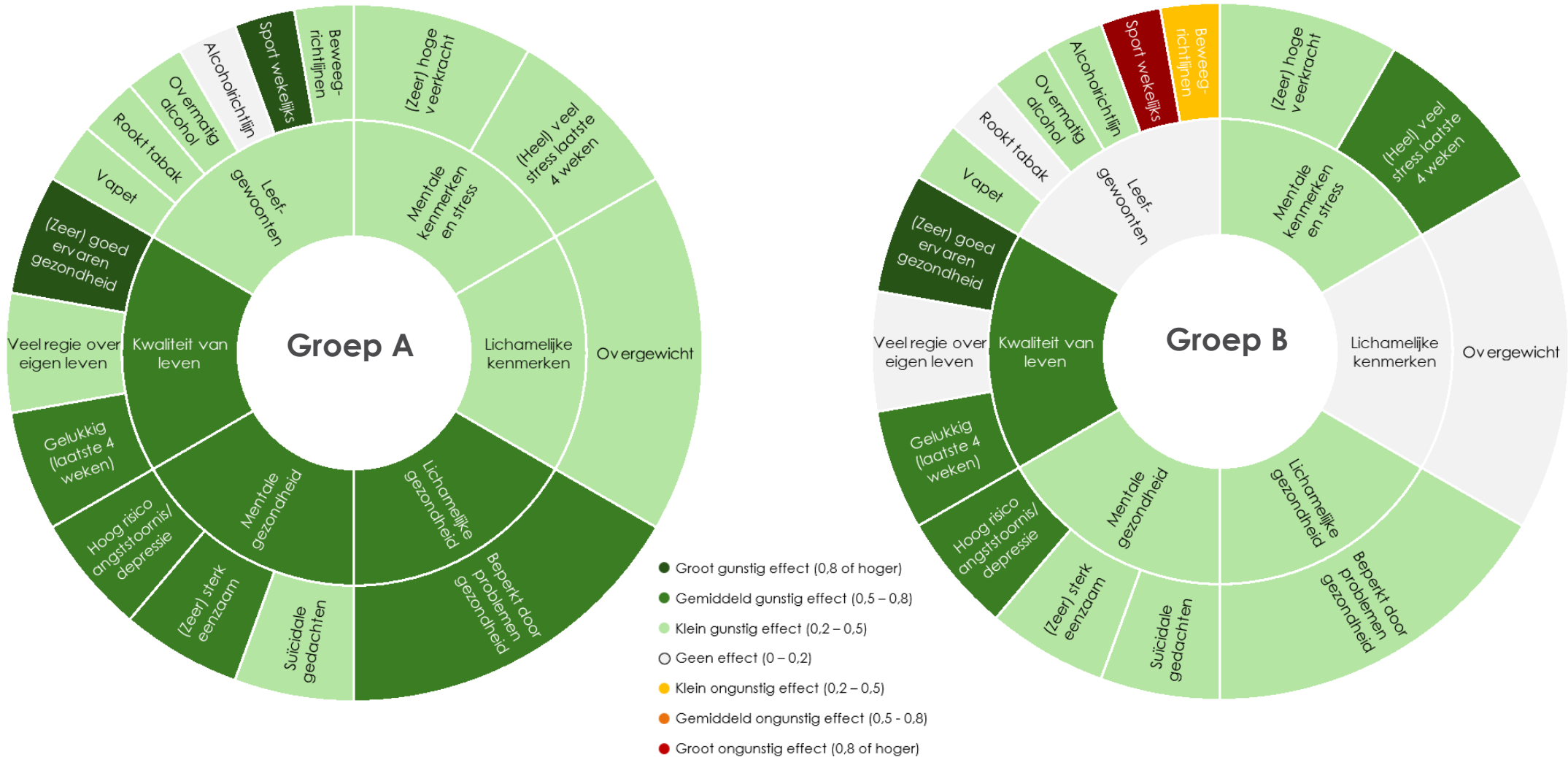
Gezondheidsgroep D scoort gunstig op maten van fysieke gezondheid (ervaren gezondheid, het ervaren van een beperking van de gezondheid en overgewicht), maar ongunstig op veel andere maten, zoals mentale gezondheid en mentale kenmerken en stress (zie Figuur 11). In deze groep hebben meer volwassenen dan gemiddeld last van eenzaamheid of stress. Ook ervaart een kleiner aandeel veel regie over het eigen leven, geluk en (zeer) hoge veerkracht dan gemiddeld. Alleen groep F scoort ongunstiger op deze uitkomsten.

Gezondheidsgroep E scoort ten opzichte van het gemiddelde ongunstig op meerdere gezondheidsuitkomsten, vooral op lichamelijke gezondheid en op maten van kwaliteit van leven (zie Figuur 12). Dit vertaalt zich in een klein aandeel (12%) volwassenen dat de gezondheid als (zeer) goed ervaart (zie Figuur 9). Daarnaast is vooral het aandeel dat langdurig beperkt is in het dagelijks leven door gezondheidsproblemen veel hoger dan gemiddeld (82% in groep E, 30% gemiddeld). Ook op overgewicht en bewegen/sporten scoort deze groep ongunstig. Op sommige mentale maten scoort groep E wel beter dan gemiddeld (stress, risico op angststoornis/depressie en suïcidale gedachten), met uitzondering van regie over het eigen leven en veerkracht. Ook op het voldoen aan de alcoholrichtlijn scoort deze groep relatief gunstig.

Gezondheidsgroep F heeft over het algemeen de meest ongunstige uitkomsten (zie Figuur 12). Op bijna alle indicatoren scoort deze groep veel slechter dan gemiddeld. Alleen op voldoen aan de alcoholrichtlijn scoort deze groep gunstiger dan gemiddeld. Het aandeel met een (zeer) goed ervaren gezondheid is met 9% het laagst van alle groepen.

Figuur 10 Gezondheidsprofielen voor gezondheidsgroepen A en B

De gezondheidsprofielen geven in één oogopslag een beeld van de gezondheid van iedere gezondheidsgroep. Per groep zijn de gezondheidsuitkomsten waarop de indeling in groepen is gebaseerd (Bijlage B) vergeleken met het gemiddelde. In de binnenste ring zijn de sublagen van het model weergegeven, in de buitenring de gezondheidsuitkomsten (indicatoren). De grootte van verschillen in gezondheidsuitkomsten is gekwantificeerd met Cohen's h. Er is sprake van een relevant verschil bij een effectgrootte is van 0,2 of hoger.



Figuur 11 Gezondheidsprofielen voor gezondheidsgroepen C en D

De gezondheidsprofielen geven in één oogopslag een beeld van de gezondheid van iedere gezondheidsgroep. Per groep zijn de gezondheidsuitkomsten waarop de indeling in groepen is gebaseerd (Bijlage B) vergeleken met het gemiddelde. In de binnenste ring zijn de sublagen van het model weergegeven, in de buitenring de gezondheidsuitkomsten (indicatoren). De grootte van verschillen in gezondheidsuitkomsten is gekwantificeerd met Cohen's h. Er is sprake van een relevant verschil bij een effectgrootte is van 0,2 of hoger.



Figuur 12 Gezondheidsprofielen voor gezondheidsgroepen E en F

De gezondheidsprofielen geven in één oogopslag een beeld van de gezondheid van iedere gezondheidsgroep. Per groep zijn de gezondheidsuitkomsten waarop de indeling in groepen is gebaseerd (Bijlage B) vergeleken met het gemiddelde. In de binnenste ring zijn de sublagen van het model weergegeven, in de buitenring de gezondheidsuitkomsten (indicatoren). De grootte van verschillen in gezondheidsuitkomsten is gekwantificeerd met Cohen's h. Er is sprake van een relevant verschil bij een effectgrootte van 0,2 of hoger.



4.3 Gezondheidsgroepen per GGD-regio

In Figuur 8 wordt de verdeling van de gezondheidsgroepen in heel Nederland getoond. Figuren 13 en 14 laten per GGD-regio zien hoe groot het aandeel van iedere gezondheidsgroep is. Op deze manier worden regionale verschillen inzichtelijk gemaakt.

In GGD-regio's Gooi en Vechtstreek (38%) en regio Utrecht (36%) zijn relatief de meeste respondenten ingedeeld in de meest gunstige groep A. In heel Nederland is 32% in groep A ingedeeld. Groep A is juist relatief klein in GGD-regio's Groningen, Zeeland, Zuid-Holland-Zuid en Zuid-Limburg.

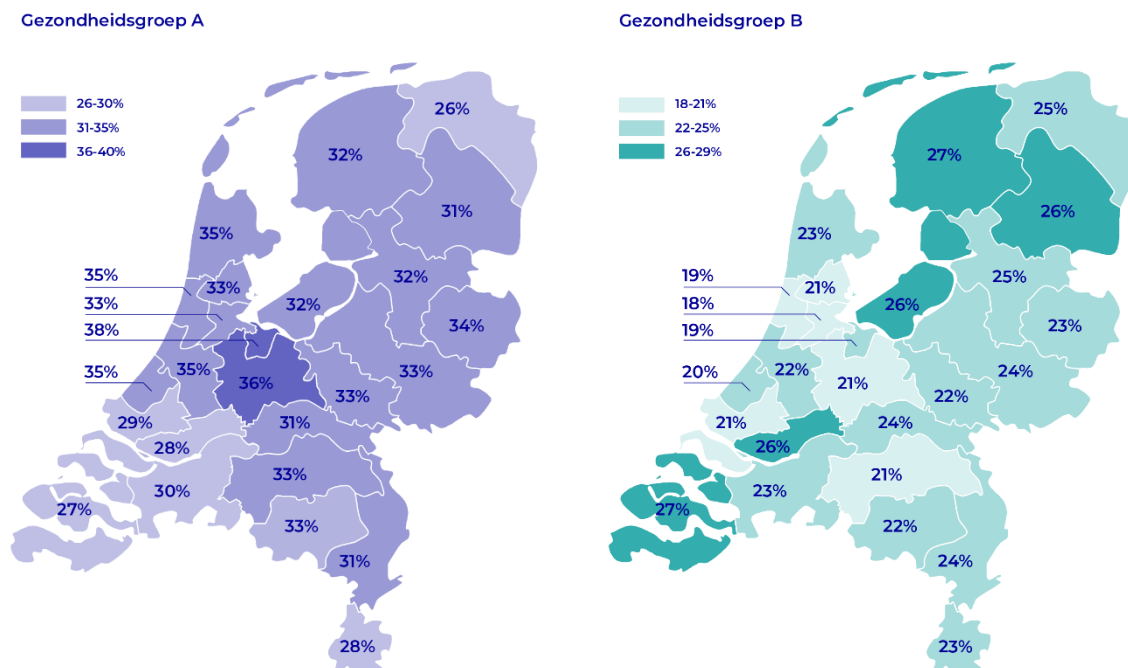
In GGD-regio's Zeeland en Friesland zijn relatief veel respondenten in gezondheidsgroep B ingedeeld (27%). In heel Nederland was dit 22%. Het aantal respondenten dat is ingedeeld in groep B is relatief kleiner in GGD-regio's Amsterdam (18%), Gooi en Vechtstreek en Kennemerland (beide 19%).

De omvang van gezondheidsgroep C verschilt nauwelijks per GGD-regio.

In heel Nederland is 10% van de respondenten ingedeeld in gezondheidsgroep D. De variatie tussen GGD-regio's hierin loopt van 8% in Friesland tot 13% in Amsterdam.

In heel Nederland wordt 20% in gezondheidsgroep E ingedeeld. De variatie onder de GGD-regio's hierin loopt van 18% in een aantal regio's in de randstad tot 24% in Zuid-Limburg.

Het aandeel respondenten in de meest ongunstige groep F is met 6% het laagst in Twente en het hoogst in Zuid-Limburg en Rotterdam-Rijnmond (11%).



Figuur 13 Verdeling van respondenten over de gezondheidsgroepen A en B per GGD-regio.

4.4 Voorspellers voor gezondheidsgroepen

Voor de gezondheidsgroepen B t/m F is onderzocht welke achtergrondkenmerken en indicatoren uit de lagen leefomstandigheden en sociaal-economische positie samenhangen met de indeling in deze groepen, vergeleken met de meest gunstige groep A (Tabel 3 en Bijlage C). Dit geeft inzicht in welke factoren samenhangen met het hebben van een ander gezondheidsprofiel dan het meest gunstige. De prevalenties van de onderliggende factoren zijn per groep te vinden in bijlage B, de prevalenties van de achtergrondkenmerken (ongewogen) zijn te vinden in bijlage D.

Alle onderzochte achtergrondkenmerken hangen in meer of mindere mate samen met indeling in groep B t/m F. Opleidingsniveau laat de sterkste samenhang zien van de achtergrondkenmerken; respondenten met een opleidingsniveau anders dan hbo of wo hebben vaker een gezondheidsprofiel uit de groepen B t/m F. De samenhang van leeftijd verschilt per groep. Volwassenen van 25 jaar en ouder hebben relatief vaker een gezondheidsprofiel van groep B of E en minder vaak een profiel voor groep C, D of F. Gender anders dan man of vrouw hangt sterk samen met indeling in alle groepen behalve C.

Eén van de belangrijkste samenhangende factoren is het hebben van voldoende sociale steun. Respondenten met voldoende sociale steun worden relatief minder vaak ingedeeld in een groep anders dan groep A. Voor alle groepen met uitzondering van groep C betreft dit een sterke samenhang. De samenhang is het sterkst in de groepen D en F (aOR 0,1).

Een andere belangrijke samenhangende factor is enige tot grote moeite met rondkomen. Hoe ongunstiger de gezondheidsgroep, hoe sterker de samenhang van moeite met rondkomen met indeling in die groep. De samenhang van inkomen tot 110% van het bestaansminimum is ook sterk voor indeling in groep E en F.

Gezondheidsgroepen E en F hebben de meest ongunstige gezondheidsprofielen. Naast de eerder genoemde samenhangende factoren zijn voor groep E en F nog een aantal factoren onderscheidend. Het doen van vrijwilligerswerk en het hebben van betaald werk of volgen van een opleiding hangen sterk samen met een kleinere kans tot indeling in deze groepen. Tenslotte zijn alle fysieke leefomgeving indicatoren ongunstige samenhangende factoren voor groep F ten opzichte van groep A.

Tabel 3 Samenhang van gezondheidsgroepen met achtergrondkenmerken en onderliggende indicatoren

	B	C	D	E	F
	aOR	aOR	aOR	aOR	aOR
Achtergrondkenmerken					
Leeftijd					
18 t/m 24 jaar	ref	ref	ref	ref	ref
25 t/m 39 jaar	● 1,5	● 0,6	● 0,6	● 1,2	● 0,7
40 t/m 54 jaar	● 1,8	● 0,5	● 0,5	● 2,1	● 0,6
55 t/m 64 jaar	● 2,2	● 0,6	● 0,3	● 2,8	● 0,5
65 t/m 74 jaar	● 2,4	● 0,6	● 0,2	● 2,2	● 0,2
75 t/m 84 jaar	● 3,1	● 0,5	● 0,2	● 3,2	● 0,3
85 jaar en ouder	● 5,2	● 0,3	● 0,3	● 6,8	● 0,6
Gender					
Man	ref	ref	ref	ref	ref
Vrouw	● 0,9	● 0,6	● 1,2	● 0,9	● 1,2
Anders dan man of vrouw	● 1,5	0,7	● 2,9	● 2,0	● 5,9
Stedelijkheid					
Zeer sterk stedelijk	● 0,7	1,1	0,9	● 0,8	● 0,8
Sterk stedelijk	● 0,8	● 0,9	0,9	● 0,9	● 0,9
Matig stedelijk	● 0,7	● 0,9	● 0,9	● 0,8	● 0,8
Weinig stedelijk	● 0,8	● 0,9	1,0	● 0,9	● 0,9
Niet stedelijk	ref	ref	ref	ref	ref
Opleidingsniveau					
Po, vmbo, mbo-1	● 2,7	● 1,9	● 1,5	● 2,7	● 2,8
Mbo 2-4, havo, vwo	● 1,8	● 1,6	● 1,2	● 1,8	● 1,8
Hbo, wo	ref	ref	ref	ref	ref
Huishoudsamenstelling					
Eenpersoonshuishouden en/of eenoudergezin	● 1,1	● 1,4	● 1,9	● 1,3	● 2,2
Andere samenstelling	ref	ref	ref	ref	ref
Migratieachtergrond					
Nederlandse herkomst	ref	ref	ref	ref	ref
Migrant	● 1,3	● 0,9	● 1,6	● 1,3	● 1,5
Kind van migrant(en)	1,0	1,0	● 1,1	● 1,1	● 1,2
Leefomstandigheden					
Sociale leefomgeving					
Kan redelijk tot goed sociale steun vanuit omgeving ontvangen	● 0,6	● 0,8	● 0,1	● 0,4	● 0,1
Mantelzorger	● 1,1	● 0,9	● 1,2	1,0	● 1,2
Fysieke leefomgeving					
Ervaat ernstige geluidhinder door minimaal 1 bron	1,0	● 1,1	● 1,3	● 1,2	● 1,6
Ervaat ernstige geurhinder door minimaal 1 bron	● 1,1	● 0,8	● 1,3	● 1,3	● 1,5
Is niet tevreden met woonomgeving	1,1	1,0	● 1,5	● 1,3	● 2,1

	B	C	D	E	F
	aOR	aOR	aOR	aOR	aOR
Kan niet goed verkoeling vinden in woning tijdens aanhoudend warm weer	● 1,0	1,0	● 1,8	● 1,6	● 2,3
Sociaal-economische positie					
Financiële situatie					
Enige tot grote moeite met rondkomen	● 1,3	● 1,8	● 2,6	● 2,6	● 5,1
Inkomen tot 110% van het beleidsmatig minimum	● 1,4	● 1,2	● 1,2	● 1,7	● 1,7
Participatie					
Doet vrijwilligerswerk	● 0,7	● 0,7	● 0,7	● 0,5	● 0,5
Heeft betaald werk (minimaal 20 uur per week) of volgt volledig onderwijs/studeert	● 0,8	1,0	● 0,8	● 0,3	● 0,3

De kleurcodering geeft aan of en hoe sterk de betreffende factor samenhangt met indeling in de betreffende gezondheidsgroep ten opzichte van groep A. Donkerblauw: sterke samenhang (aOR $\geq 1,5$; minstens anderhalf keer grotere kans). Lichtblauw: overige voorspeller (aOR $1 < 1,5$; minder dan anderhalf keer grotere kans). Lichtoranje/geel: overige voorspeller (aOR $> 0,67 - 1$; minder dan anderhalf keer kleinere kans). Donkeroranje: sterke samenhang (aOR $\leq 0,67$; minstens anderhalf keer kleinere kans). Wit/geen kleur: geen voorspeller (aOR wijkt niet significant af van 1). Omdat de kleurcodering is gebaseerd op de onafgeronde aOR's, kan het voorkomen dat eenzelfde afgeronde aOR een andere kleur heeft.

5. Conclusie

De belangrijkste bevindingen worden in dit hoofdstuk toegelicht, gevolgd door een reflectie op de betekenis van de resultaten.

5.1 Gezondheidsgroepen

Het doel van deze rapportage was om inzicht te geven in de gezondheid van volwassenen in brede zin door te onderzoeken welke trends er zijn binnen groepen en op welke wijze verschillende aspecten van gezondheid zich clusteren binnen subgroepen in de populatie, oftewel welke gezondheidsprofielen zijn te onderscheiden.

Voor de onderwerpen ervaren gezondheid en eenzaamheid zijn de trends bekeken vanaf 2012 voor verschillende subgroepen. Deze analyses laten zien dat er met name verschillen zijn voor leeftijd en moeite met rondkomen. De verschillen tussen volwassenen zonder moeite met rondkomen en met moeite met rondkomen zijn en blijven groot.

Een (zeer) goed ervaren gezondheid is minder vanzelfsprekend naarmate iemand ouder wordt. Wel worden verschillen tussen leeftijdsgroepen kleiner. Waar er voor volwassenen van 65 jaar en ouder een stijgende lijn in het percentage goed ervaren gezondheid te zien is, nam dit in coronatijd juist hard af voor 18-24-jarigen en 25-39-jarigen.

Op basis van de resultaten van de GM V&O 2024 zijn zes gezondheidsgroepen onderscheiden. De indeling in deze groepen is tot stand gekomen op basis van indicatoren uit de bovenste lagen uit een aangepaste versie van het Utrechts Gezondheidsmodel. Binnen deze zes groepen zijn relatief gunstige en ongunstige gezondheidsprofielen te onderscheiden. De verschillen in gezondheid tussen de gunstige en ongunstige groepen zijn relatief groot. In groepen A t/m D ervaart meer dan 9 op de 10 de gezondheid als (zeer) goed. In groepen E en F is dit slechts 1 op de 10. Gemiddeld ervaart driekwart de gezondheid als (zeer) goed.

Groep A heeft het meest gunstige gezondheidsprofiel. Groepen B, C en D hebben ook een relatief gunstig gezondheidsprofiel met onder meer een hoog percentage dat de gezondheid als (zeer) goed ervaart. Binnen deze groepen zijn er echter ook wat ongunstige uitkomsten ten opzichte van groep A. In groep B wordt met name minder bewogen, in groep C is het middelengebruik hoog. Groep D heeft een relatief hoog percentage dat de gezondheid als (zeer) goed ervaart. Toch heeft deze groep een ongunstige score op meerdere uitkomsten, meer dan bij groepen B en C. De ongunstige uitkomsten liggen met name op het mentale vlak.

Groep E en groep F hebben een relatief ongunstig gezondheidsprofiel. Beide groepen samen omvatten 28% van de respondenten, een aanzienlijke groep. De indeling van de gezondheidsgroepen is op basis van ongewogen data gemaakt en gepresenteerd. De omvang van groepen E en F zijn daarmee iets kleiner dan in werkelijkheid.

Binnen GGD regio's zijn verschillen te zien in de verdeling van respondenten over de gezondheidsprofielen. Regio's Zuid-Limburg, Rotterdam-Rijnmond en Groningen zijn de regio's met relatief de meeste respondenten in gezondheidsprofiel E en/of F. In Zuid-Limburg zijn eveneens relatief weinig volwassenen ingedeeld in groep A.

Leeftijd, opleiding, het hebben van voldoende sociale steun en moeite met rondkomen hangen samen met de indeling in groepen B t/m F ten opzichte van groep A, ofwel met het hebben van een minder gunstig gezondheidsprofiel dan het meest gunstige. De samenhang van leeftijd geeft een wisselend beeld per groep. De samenhang van leeftijd verschilt per groep. Volwassenen van 25 jaar en ouder hebben relatief vaker een

gezondheidsprofiel van groep B of E en minder vaak een profiel voor groep C, D of F. Volwassenen met moeite met rondkomen worden vaker in groepen B t/m F ingedeeld dan volwassenen zonder moeite met rondkomen. Hoe ongunstiger het gezondheidsprofiel, hoe sterker de samenhang met moeite met rondkomen.

Daarnaast zijn specifiek nog drie belangrijke samenhangende factoren voor de ongunstige gezondheidsprofielen E en F. Het doen van vrijwilligerswerk en het hebben van betaald werk/volgen van een studie hangen samen met een kleinere kans op indeling in groep E en F. Een inkomen tot 110% van het sociaal minimum hangt samen met een grotere kans op indeling in deze groepen.

Moeite met rondkomen is bij meer groepen een belangrijke samenhangende factor dan inkomen tot 110% van het sociaal minimum. Volwassenen met een hoger inkomen kunnen moeite met rondkomen of financiële stress ervaren door hoge maandlasten van bijvoorbeeld een hypotheek. Het ervaren inkomen is een belangrijker factor dan het feitelijk inkomen.

5.2 Corona

De latente klassenanalyse is uitgevoerd met gegevens van de GM V&O 2024. Deze gegevens zijn verzameld na de coronaperiode. Er zijn in de indeling van de gezondheidsgroepen geen indicatoren meegenomen die direct iets zeggen over een effect van de coronapandemie. Wel laten de trends op ervaren gezondheid en eenzaamheid ontwikkelingen zien over de coronaperiode. In het najaar van 2022, aan het einde van de coronaperiode, was er een daling in het percentage met een (zeer) goed ervaren gezondheid ten opzichte van 2020. Bij eenzaamheid was er voor de coronaperiode al een lichte stijging te zien, die tijdens de coronaperiode groter werd. Dit verschil is echter niet betekenisvol volgens de in deze rapportage gehanteerde criteria. Beide ontwikkelingen vielen vooral op voor de kwetsbare groepen, zoals volwassenen die moeite hebben met rondkomen en jonge volwassenen.

Het is in dit onderzoek niet aantoonbaar of een verschil door de coronaperiode veroorzaakt wordt of bijvoorbeeld door andere gebeurtenissen in de wereld, zoals de oorlog in Oekraïne, de inflatie, etc. De WHO schrijft in een recent rapport dat de coronaperiode de gezondheidsverschillen vergroot heeft, doordat de getroffen maatregelen lastiger op te volgen waren voor bepaalde groepen omdat zij bijvoorbeeld dichterbij elkaar woonden of een beroep hadden waarin het lastiger was om niet besmet te raken (WHO, 2025). Literatuuronderzoek van het Netwerk GOR laat zien dat corona en de maatregelen tegen verspreiding negatieve impact hadden op de fysieke en mentale gezondheid en het welzijn van de bevolking. Mogelijk zijn de verschillen tussen bevolkingsgroepen hierdoor groter geworden, (Nivel en RIVM, 2022).

5.3 Sterke en zwakke punten

Dit onderzoek kent een aantal sterke punten. Het eerste punt is het grote aantal respondenten. De ruim 450.000 respondenten van de GM V&O 2024 maken het goed mogelijk om subgroepen te onderscheiden in dit onderzoek.

Ten tweede geeft het theoretisch onderbouwde Utrechts Gezondheidsmodel handvaten om de samenhang tussen gezondheidsuitkomsten te onderzoeken, om de indicatoren te ordenen, in plaats van elke uitkomst afzonderlijk te bekijken.

Een ander sterk punt is het brede scala aan onderwerpen die zijn uitgevraagd in de GM V&O. Determinanten die uit ander onderzoek belangrijk blijken voor sociale ongelijkheid in gezondheid, hebben wij ook in deze analyses grotendeels mee kunnen nemen, zoals financiële zekerheid, woonsituatie, sociale netwerken en werk- en leefomstandigheden (EurohealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN), 2025).

Er zijn ook enkele zwakke punten te benoemen. De GM V&O heeft een cross-sectionele onderzoeksopzet. Dit zorgt ervoor dat er alleen verbanden vastgesteld kunnen worden en geen causaliteit. Ook kunnen we niets zeggen over de richting van de gevonden verbanden.

Niet alle lagen van het Utrechts Gezondheidsmodel zijn te vullen met indicatoren uit de GM V&O 2024. Het kan dus zijn dat belangrijke factoren niet zijn meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast zijn er bij sommige kenmerken meer indicatoren beschikbaar dan bij anderen, wat kan leiden tot een onevenredige invloed op de totstandkoming van de gezondheidsgroepen.

We hebben de keuze voor het aantal groepen gebaseerd op een aantal fit indices en op basis van de inhoudelijke uitkomsten (paragraaf 2.4.2). De entropie, het onderscheidend vermogen, geeft aanvullende informatie om te beoordelen hoe goed de respondenten over klassen verdeeld worden in de latente klassenanalyse. De entropie is 64% bij de indeling in 6 groepen. Bij de verdiepende rapportages voor [Jeugd](#) en voor [Jongvolwassenen](#) was de entropie hoger dan in dit onderzoek, respectievelijk 76% en 80%. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de groep van 18 jaar en ouder een brede heterogene groep is in vergelijking met Jeugd (2^e en 4^e klassers) en Jongvolwassenen (16-25 jaar). Daarnaast is de entropie hoger bij kleinere groepen respondenten en bij meer categorale variabelen (Sorgente et al, 2025). In dit onderzoek is de groep respondenten met ruim 450.000 groot en daarnaast zijn de meeste gebruikte indicatoren binair en niet categoraal. Een lagere entropie hoeft niet erg te zijn, de indeling van de groepen wordt op basis van meerdere fitmaten en inhoud gekozen.

De pseudo-verklaarde variantie van de MLR is 0,29. In ons onderzoek kunnen we een deel van de variatie tussen de groepen verklaren door de gebruikte indicatoren, maar er is ook nog een deel dat verklaard kan worden door niet gemeten factoren. De pseudo-verklaarde variantie is in onderzoek naar de samenhang van factoren voor de verschillende groepen niet zo belangrijk als bijvoorbeeld bij het voorspellen van uitkomsten. De significantie van de diverse indicatoren in het model zijn belangrijker.

5.4 Tot slot

Een groot deel van de volwassenen in Nederland heeft een relatief gunstige gezondheid. Bijna driekwart ervaart hun gezondheid als (zeer) goed en valt binnen een van de gunstigere gezondheidsgroepen. De gunstigere gezondheidsgroepen hebben ieder hun eigen aspecten van ongezondheid (bewegen, middelengebruik of mentale gezondheid).

Ondanks dat het met bijna driekwart relatief goed gaat, betekent dat ook dat meer dan een kwart (28%) van de populatie in een ongunstige gezondheidsgroep valt. Binnen deze groepen is een clustering van ongezonde aspecten te zien. Voor de meest ongunstige groepen is er nog veel te winnen op het gebied van gezondheid. De verschillen tussen de gunstige en ongunstige groepen zijn erg groot. Het is belangrijk om in beleid rekening te houden met deze verschillen en niet alleen oog te hebben voor het gemiddelde van de totale populatie.

Belangrijke factoren die samenhangen met de indeling in een gezondheidsprofiel anders dan de meest gunstige zijn leeftijd, opleiding, sociale steun en moeite met rondkomen. Dat betekent dat deze factoren zowel samenhangen met gezondheidsprofielen die ongunstig scoren op middelengebruik, als op fysiek of mentaal vlak of een combinatie hiervan.

Voor de meest ongunstige groepen zijn fysieke leefomgeving, vrijwilligerswerk, werk/studie en inkomen ook belangrijke samenhangende factoren. Deze factoren hangen dus samen met het hebben van een relatief minder gunstige gezond in brede zin. Dit zijn daarmee belangrijke aangrijpingspunten voor preventief beleid. Dit wordt ook bevestigd in longitudinaal onderzoek van Lifelines. Men concludeert dat niet alleen leefstijlfactoren belangrijk zijn in het ontstaan van gezondheidsverschillen, maar dat ook de context waarin men leeft belangrijk is (stress, werkomstandigheden, etc) (Shui A et al, 2025).

Vanuit het perspectief van de publieke gezondheid is het belangrijk om in te zetten op beïnvloedbare factoren die samenhangen met een ongunstig gezondheidsprofiel, zoals bijvoorbeeld op groepen met een laag inkomen of die moeite hebben met rondkomen. Een recent Europees rapport bevestigt het belang van goed kunnen rondkomen voor de gezondheid. Het gevoel hebben dat men voldoende geld heeft, is een

belangrijke verklarende factor voor gezondheidsverschillen (EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN), 2025). Moeite met rondkomen is een belangrijkere factor dan feitelijk inkomen.

De factoren die samenhangen met een ongunstiger gezondheidsprofiel, zijn niet per definitie factoren die alleen tot het beleidsterrein van de publieke gezondheid horen. Samenwerken met andere beleidsterreinen blijft daarom essentieel om gezondheidsverschillen te verkleinen. Deze integrale aanpak komt ook terug in de landelijke nota gezondheidsbeleid waar het terugdringen van gezondheidsachterstanden een belangrijk thema is. Denk aan inzet op sociale verbinding of aanpak van armoede en schulden.

6. Referenties

Barton H, Grant M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Public Health*. 126(6): 252–253. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17152313/>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies

EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN) (2025). Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap? Brussels, 25 September 2025

Institute for Positive Health (z.d.). *Publicaties over Positieve Gezondheid*. <https://www.iph.nl/publicaties/>

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Nivel & Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), De gevolgen van de coronapandemie voor de gezondheid en het welzijn: deel 2 Een systematische literatuurstudie Nivel & RIVM-rapport 2022-0124, 2022

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>

SCP (2020): <https://www.scp.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2020/06/25/verschillende-wegen-naar-leidinggeven/Bijlage+A+Toelichting+op+de+latente+klassenanalyse.pdf>. Sociaal en Cultureel Planbureau, geraadpleegd 3 november 2025

Shui A, van den Berg GJ, Mierau JO, Viluma L. Lifetime Trajectories and Drivers of Socioeconomic Health Disparities. Evidence from Longitudinal Biomarkers in the Netherlands. *Journal of Human Resources*, *Published online before print* December 08, 2025, 0225-14125R2; DOI: <https://doi.org/10.3368/jhr.0225-14125R2>

Solar O, Irwin A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO

Sorgente A, Caliciuri, R, Robba, M, Lanz M, Zumbo B.D. A systematic review of latent class analysis in psychology: Examining the gap between guidelines and research practice. *Behav Res* 57, 301 (2025). <https://doi.org/10.3758/s13428-025-02812-1>

Volksgezondheidsmonitor.nl (2025): <https://volksgezondheidsmonitor.nl/utrechts-gezondheidsmodel>, Gemeente Utrecht, geraadpleegd 31 oktober 2025

VZinfo.nl (2025a): <https://www.vzinfo.nl/levensverwachting>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd 27 oktober 2025

VZinfo.nl (2025b): <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd 27 oktober 2025

VZinfo.nl (2025c): <https://www.vzinfo.nl/participatie/verantwoording/methoden>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd 29 oktober 2025

VZinfo.nl (2025d): <https://www.vzinfo.nl/angststoornissen/verantwoording/methoden>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd 29 oktober 2025

VZinfo.nl (2025e): <https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid/verantwoording/methoden>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd 29 oktober 2025

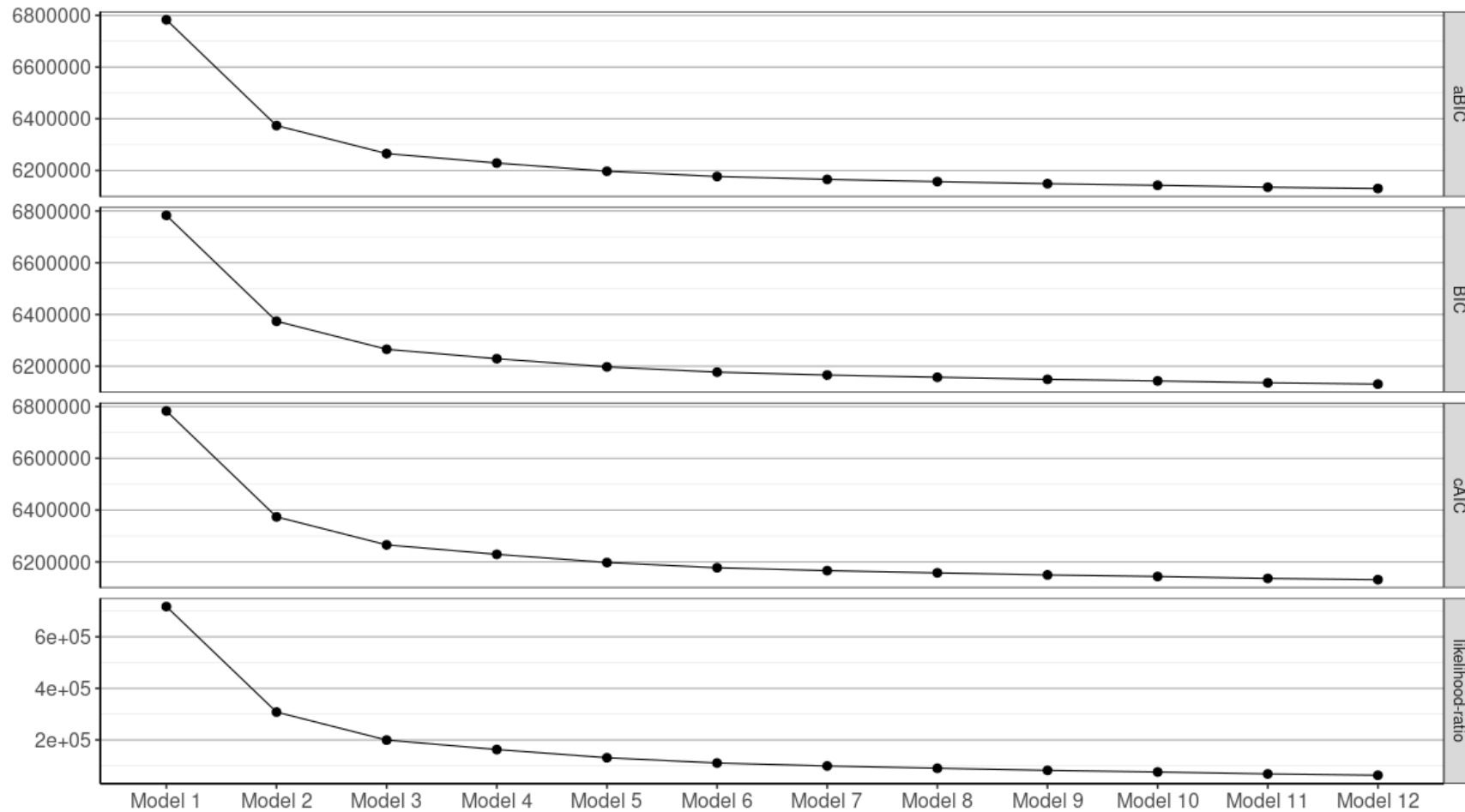
VZinfo.nl (2025f): <https://www.vzinfo.nl/bewegen/verantwoording-methoden>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd 29 oktober 2025

VZinfo.nl (2025g): <https://www.vzinfo.nl/mentale-gezondheid/verantwoording/methoden>, RIVM: Bilthoven, geraadpleegd 29 oktober 2025

WHO (2025). World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO Europe (2019). *Health Equity Status report initiative (HESRI): healthy, prosperous lives for all: the European Health equity status report*. <https://health-inequalities.eu/jwddb/healthy-prosperous-lives-for-all-the-european-health-equity-status-report/>

Bijlage A Model uitkomstmaten latente klassen analyse



Figuur A1 Elbowplot latente klassenanalyse voor 1 tot 12 groepen. In deze figuur staan voor de verschillende fit indices de uitkomsten voor elk model. Het nummer achter het model geeft aan hoeveel groepen er zijn, dus Model 5 staat voor een latente klassenanalyse met 5 groepen. aBIC = adjusted Bayesian Information Criterion, BIC=Bayesian Information Criterion, cAIC = consistent Akaike Information Criterion.

Tabel A1. Uitkomsten *fit indices* latente klassen analyse

Model	log- likelikhoo	resid. df	BIC	aBIC	cAIC	likelikhoo- ratio	Entropy	LMR	p _≤ *
Model 1	-3391378	65519	6782965	6782914	6782981	717145,7	NaN		
Model 2	-3186695	65502	6373820	6373716	6373853	307779,6	0.718	399152,4	0
Model 3	-3132430	65485	6265510	6265351	6265560	199248	0.725	105823,7	0
Model 4	-3114085	65468	6229042	6228829	6229109	162558,4	0.672	35774,2	0
Model 5	-3098164	65451	6197423	6197156	6197507	130717,5	0.659	31046,49	0
Model 6	-3087896	65434	6177108	6176787	6177209	110180,9	0.636	20024,24	0
Model 7	-3082213	65417	6165964	6165589	6166082	98815,4	0.621	11081,89	0
Model 8	-3077788	65400	6157335	6156906	6157470	89964,98	0.611	8629,605	0
Model 9	-3073659	65383	6149297	6148814	6149449	81706,14	0.607	8052,773	0
Model 10	-3070538	65366	6143277	6142740	6143446	75464,88	0.624	6085,541	0
Model 11	-3066741	65349	6135905	6135314	6136091	67870,74	0.606	7404,668	0
Model 12	-3064198	65332	6131041	6130396	6131244	62785,41	0.6	4958,446	0

In deze tabel staan per model de uitkomsten van de statistische maten die aangeven hoe goed het model past. Het nummer achter model geeft aan hoeveel groepen er zijn in de latente klassenanalyse. Zo geeft Model 5 aan dat er 5 groepen zijn in de latente klassenanalyse. BIC=Bayesian Information Criterion, aBIC = adjusted Bayesian Information Criterion, cAIC = consistent Akaike Information Criterion, LMR = Lo-Medell-Rubin toets. Voor BIC, aBIC en cAIC geldt dat hoe lager de uitkomst hoe beter het model is. Entropy is een maat om aan te geven hoe goed de respondenten verdeeld zijn over de groepen. Bij een hoger percentage zijn de groepen beter verdeeld.

* p-waarde die hoort bij de LMR toets. Als p-waarde significant is het model significant beter dan de oplossing met 1 groep minder.

Bijlage B Gezondheidsindicatoren en gezondheidsgroepen

Tabel B1 Landelijk percentage van gezondheidsuitkomsten totaal en per gezondheidsgroep

	Totaal	A	B	C	D	E	F
	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)
Gezondheid							
Kwaliteit van leven							
◆ (Zeer) goede ervaren gezondheid	74 (73,8-74,4)	99 (98,4-98,7)	98 (98,2-98,6)	93 (92,4-93,9)	91 (90,0-91,3)	12 (11,6-12,7)	9 (8,2-9,7)
◆ Veel regie over eigen leven	11 (11,0-11,5)	20 (19,2-20,3)	14 (13,2-14,3)	20 (18,5-20,8)	1 (0,4-0,9)	3 (2,6-3,2)	0 (0,0-0,2)
◆ Gelukkig (vaak tot voortdurend in laatste 4 weken)	77 (77,1-77,7)	98 (97,5-97,9)	96 (96,1-96,7)	96 (95,2-96,4)	37 (35,4-37,7)	81 (80,2-81,7)	10 (8,8-10,4)
Mentale gezondheid							
◆ Hoog risico op angststoornis of depressie	9 (8,7-9,2)	0 (0,0-0,04)	0 (0,0-0,04)	0 (0,0-0,2)	15 (14,2-16,0)	2 (1,6-2,2)	62 (61,1-63,6)
◆ (Zeer) sterk eenzaam	13 (12,9-13,5)	1 (1,1-1,4)	3 (2,7-3,3)	2 (1,3-2,0)	34 (33,0-35,4)	8 (7,6-8,6)	58 (56,7-59,3)
◆ Enkele keer tot heel vaak suïcidale gedachten in laatste 12 maanden	10 (9,8-10,4)	1 (0,8-1,1)	1 (0,6-1,0)	3 (2,5-3,8)	25 (23,8-26,1)	4 (4,1-4,8)	51 (49,4-52,1)
Lichamelijke gezondheid							
◆ Zes maanden of langer (ernstig) beperkt in dagelijks leven door gezondheidsproblemen	30 (29,3-30,0)	10 (9,7-10,4)	13 (12,6-13,5)	11 (10,2-11,7)	14 (12,8-14,4)	82 (81,2-82,7)	79 (77,7-80,1)
Persoonlijke kenmerken							
Lichamelijke kenmerken							
◆ Overgewicht	50 (49,6-50,4)	40 (39,3-40,6)	55 (54,2-55,8)	50 (48,5-51,4)	40 (38,7-41,0)	68 (66,8-68,5)	60 (58,4-61,0)
Leefgewoonten							
◆ Voldoet aan beweegrichtlijnen	49 (48,5-49,3)	69 (68,8-70,0)	29 (28,8-30,2)	57 (56,0-58,8)	55 (54,0-56,4)	30 (29,2-30,8)	32 (30,6-33,1)
◆ Sport wekelijks	57 (57,1-57,9)	99 (99,4-99,5)	1 (0,9-1,3)	68 (67,1-69,7)	68 (66,8-69,0)	36 (34,9-36,6)	36 (34,3-36,9)

◆ Drinkt niet of maximaal 1 glas per dag (richtlijn RGV 2015)	45 (44,4-45,1)	38 (37,5-38,8)	55 (54,6-56,2)	0	43 (41,8-44,1)	61 (59,8-61,5)	60 (58,8-61,3)
◆ Overmatige drinker (dwz m > 21 glazen pw; v > 14 glazen pw)	6 (5,5-5,9)	0	0	48 (47,6-46,2)	4 (3,9-4,9)	4 (3,3-3,8)	7 (6,1-7,3)
◆ Rookt (tabaksproducten)	16 (15,3-15,9)	3 (2,8-3,3)	11 (10,1-11,1)	62 (60,4-63,1)	20 (19,5-21,5)	13 (12,4-13,7)	27 (25,5-27,9)
◆ Vapet (e-sigaret)	4 (4,1-4,5)	0 (0,2-0,4)	1 (1,0-1,4)	22 (20,5-23,2)	8 (7,6-9,1)	2 (1,6-2,2)	8 (7,4-9,0)
Mentale kenmerken en stress							
◆ Heeft in de laatste 4 weken (heel) veel stress ervaren	20 (19,9-20,6)	8 (7,7-8,5)	5 (4,2-4,9)	11 (9,7-11,8)	50 (49,2-51,6)	12 (11,0-12,2)	68 (66,7-69,1)
◆ (Zeer) hoge veerkracht	54 (53,2-54,0)	75 (74,6-75,8)	74 (72,9-74,3)	72 (70,8-73,5)	14 (13,3-15,1)	42 (41,3-43,0)	4 (3,3-4,3)

De percentages in deze tabel zijn gestandaardiseerd. BI = Betrouwbaarheidsinterval.

Tabel B2 Landelijk percentage van onderliggende indicatoren totaal en per gezondheidsgroep

	Totaal	A	B	C	D	E	F
	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)	% (99,9%-BI)
Leefomstandigheden							
Sociale leefomgeving							
♦ Kan redelijk tot goed sociale steun vanuit omgeving ontvangen	93 (93,1-93,5)	98 (98,3-98,6)	97 (96,3-97,0)	98 (97,5-98,4)	87 (86,6-88,3)	94 (93,6-94,5)	74 (72,8-75,2)
♦ Mantelzorger	14 (13,5-14,0)	13 (12,8-13,6)	16 (15,0-16,1)	10 (9,0-10,4)	13 (12,1-13,4)	16 (14,9-16,1)	14 (13,4-15,1)
Fysieke leefomgeving							
♦ Ervaart ernstige geluidhinder door minimaal 1 bron	19 (18,4-19,1)	16 (15,0-16,0)	15 (14,8-16,0)	16 (14,6-16,8)	23 (22,0-24,1)	20 (19,0-20,4)	31 (29,4-31,9)
♦ Ervaart ernstige geurhinder door minimaal 1 bron	8 (8,0-8,5)	6 (6,0-6,6)	7 (7,0-7,8)	5 (4,4-5,6)	9 (8,5-10,0)	11 (10,1-11,1)	14 (13,1-14,9)
♦ Is (zeer) tevreden met woonomgeving	88 (87,8-88,4)	93 (92,2-92,9)	91 (90,9-92,0)	91 (90,3-92,1)	82 (81,1-83,1)	89 (88,0-89,2)	72 (70,9-73,4)
♦ Kan (heel) goed verkoeling vinden in woning tijdens aanhoudend warm weer	58 (57,6-58,4)	64 (63,5-64,8)	67 (66,6-68,2)	61 (59,2-62,3)	44 (42,9-45,3)	58 (57,2-58,9)	36 (35,3-37,8)
Sociaal-economische positie							
Financiële situatie							
♦ Enige tot grote moeite met rondkomen	13 (12,9-13,6)	6 (5,5-6,2)	7 (6,5-7,5)	12 (10,9-13,2)	21 (19,5-21,7)	14 (13,8-15,2)	38 (37,0-39,7)
♦ Inkomen tot 110% van beleidsmatig minimum	6 (5,5-5,9)	2 (1,9-2,4)	5 (4,3-5,1)	3 (2,6-3,7)	5 (4,7-5,9)	10 (9,0-10,2)	16 (15,0-17,1)
Participatie							
♦ Vrijwilligerswerk	26 (25,8-26,5)	33 (32,1-33,3)	25 (24,8-26,1)	25 (23,9-26,4)	21 (20,4-22,3)	23 (22,0-23,5)	18 (17,2-19,3)
♦ Betaald werk (minimaal 20 uur per week) of volgt onderwijs/studeert	61 (60,4-61,0)	73 (72,4-73,3)	54 (52,9-54,4)	74 (73,3-75,6)	76 (74,6-76,5)	34 (32,6-34,4)	45 (43,6-46,3)

De percentages in deze tabel zijn gestandaardiseerd. BI = Betrouwbaarheidsinterval.

Bijlage C Voorspellers van gezondheidsgroepen

Tabel C1 Samenhang van gezondheidsgroepen met achtergrondkenmerken en onderliggende indicatoren ten opzichte van de meest gezonde groep A

	B aOR (99,9%-BI)	C aOR (99,9%-BI)	D aOR (99,9%-BI)	E aOR (99,9%-BI)	F aOR (99,9%-BI)
Achtergrondkenmerken					
Leeftijd					
18-24 jaar	ref	ref	ref	ref	ref
25-39 jaar	1,5 (1,4-1,7)	0,6 (0,6-0,7)	0,6 (0,6-0,7)	1,2 (1,0-1,4)	0,7 (0,6-0,8)
40-54 jaar	1,8 (1,7-2,0)	0,5 (0,5-0,6)	0,5 (0,4-0,5)	2,1 (1,9-2,4)	0,6 (0,6-0,7)
55-64 jaar	2,2 (2,0-2,4)	0,6 (0,5-0,6)	0,3 (0,3-0,4)	2,8 (2,5-3,2)	0,5 (0,5-0,6)
65-74 jaar	2,4 (2,1-2,6)	0,6 (0,5-0,7)	0,2 (0,2-0,3)	2,2 (1,9-2,5)	0,2 (0,2-0,3)
75-84 jaar	3,1 (2,8-3,4)	0,5 (0,4-0,5)	0,2 (0,2-0,3)	3,2 (2,8-3,7)	0,3 (0,2-0,3)
85 jaar en ouder	5,2 (4,5-6,0)	0,3 (0,2-0,4)	0,3 (0,3-0,4)	6,8 (5,8-7,9)	0,6 (0,5-0,7)
Gender					
Man	ref	ref	ref	ref	ref
Vrouw	0,9 (0,8-0,9)	0,6 (0,6-0,6)	1,2 (1,2-1,3)	0,9 (0,9-1,0)	1,2 (1,1-1,2)
Anders dan man of vrouw	1,5 (1,0-2,4)	0,7 (0,4-1,3)	2,9 (1,9-4,4)	2,0 (1,3-3,2)	5,9 (3,9-8,8)
Stedelijkheid					
Zeer sterk stedelijk	0,7 (0,7-0,8)	1,1 (1,0-1,2)	0,9 (0,9-1,0)	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)
Sterk stedelijk	0,8 (0,7-0,8)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,8-0,9)
Matig stedelijk	0,7 (0,7-0,8)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)
Weinig stedelijk	0,8 (0,8-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-1,0)
Niet stedelijk	ref	ref	ref	ref	ref
Opleidingsniveau					
Po, vmbo, mbo-1	2,7 (2,6-2,8)	1,9 (1,8-2,0)	1,5 (1,4-1,6)	2,7 (2,6-2,8)	2,8 (2,6-3,0)
Mbo2-4, havo, vwo	1,8 (1,7-1,9)	1,6 (1,5-1,6)	1,2 (1,2-1,3)	1,8 (1,7-1,8)	1,8 (1,7-1,9)
Hbo, wo	ref	ref	ref	ref	ref
Huishoudsamenstelling					
Eenpersoonshuishouden en/of eenoudergezin	1,1 (1,1-1,1)	1,4 (1,3-1,5)	1,9 (1,8-2,0)	1,3 (1,2-1,3)	2,2 (2,1-2,3)
Andere samenstelling	ref	ref	ref	ref	ref

	B aOR (99,9%-BI)	C aOR (99,9%-BI)	D aOR (99,9%-BI)	E aOR (99,9%-BI)	F aOR (99,9%-BI)
Migratieachtergrond					
Nederlandse herkomst	ref	ref	ref	ref	ref
Migrant	1,3 (1,2-1,3)	0,9 (0,8-1,0)	1,6 (1,5-1,8)	1,3 (1,2-1,4)	1,5 (1,4-1,6)
Kind van migrant(en)	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (1,1-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,1-1,3)
Leefomstandigheden					
Sociale leefomgeving					
Kan redelijk tot goed sociale steun vanuit omgeving ontvangen	0,6 (0,5-0,7)	0,8 (0,7-1,0)	0,1 (0,1-0,1)	0,4 (0,3-0,4)	0,1 (0,1-0,1)
Mantelzorger	1,1 (1,0-1,1)	0,9 (0,8-0,9)	1,2 (1,2-1,3)	1,0 (0,9-1,0)	1,1 (1,1-1,2)
Fysieke leefomgeving					
Ervaart ernstige geluidhinder door minimaal 1 bron	1,0 (1,0-1,1)	1,1 (1,0-1,1)	1,3 (1,3-1,4)	1,2 (1,1-1,2)	1,6 (1,5-1,7)
Ervaart ernstige geurhinder door minimaal 1 bron	1,1 (1,0-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,3-1,4)	1,5 (1,4-1,6)
Is niet tevreden met woonomgeving	1,1 (1,0-1,1)	1,1 (1,0-1,1)	1,5 (1,4-1,6)	1,3 (1,2-1,4)	2,1 (2,0-2,3)
Kan niet goed verkoeling vinden in woning tijdens aanhoudend warm weer	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,8 (1,7-1,8)	1,6 (1,5-1,6)	2,3 (2,2-2,4)
Sociaal-economische positie					
Financiële situatie					
Enige tot grote moeite met rondkomen	1,3 (1,2-1,4)	1,8 (1,6-2,0)	2,6 (2,4-2,8)	2,6 (2,4-2,8)	5,1 (4,7-5,5)
Inkomen tot 110% van beleidsmatig minimum	1,4 (1,3-1,6)	1,2 (1,0-1,4)	1,2 (1,1-1,4)	1,7 (1,5-1,8)	1,7 (1,5-1,9)
Participatie					
Doet vrijwilligerswerk	0,7 (0,7-0,7)	0,7 (0,7-0,8)	0,7 (0,7-0,7)	0,5 (0,5-0,6)	0,5 (0,4-0,5)
Heeft betaald werk (minimaal 20 uur per week) of volgt volledig onderwijs/studeert	0,8 (0,8-0,9)	1,0 (0,9-1,0)	0,8 (0,8-0,9)	0,3 (0,3-0,4)	0,3 (0,2-0,3)

BI = Betrouwbaarheidsinterval.

Bijlage D Achtergrondkenmerken per gezondheidsgroep

In deze bijlage worden de achtergrondkenmerken van de gezondheidsgroepen en het totaal weergegeven. Het gaat om ongewogen percentages.

Tabel D1 Percentuele verdeling achtergrondkenmerken van respondenten voor totaal en per gezondheidsgroep.

	Totaal %	A %	B %	C %	D %	E %	F %
Leeftijd							
18-24 jaar	5	5	3	10	12	2	7
25-39 jaar	14	17	9	17	25	5	16
40-54 jaar	17	20	14	17	21	11	19
55-64 jaar	18	19	18	18	16	16	19
65-74 jaar	26	25	30	26	15	30	20
75-84 jaar	17	13	22	11	9	27	15
85 jaar en ouder	4	1	5	1	2	8	5
Gender							
Man	47	48	50	58	41	46	40
Vrouw	53	52	50	42	59	54	59
Anders dan man of vrouw	0	0	0	0	0	0	1
Stedelijkheid							
Zeer sterk stedelijk	18	17	15	20	22	17	23
Sterk stedelijk	26	26	25	25	27	27	28
Matig stedelijk	20	21	20	20	19	20	18
Weinig stedelijk	27	27	29	26	24	27	24
Niet stedelijk	9	8	11	9	8	9	8
Opleidingsniveau							
Po, vmbo, mbo-1	30	18	38	25	22	45	39
Mbo2-4, havo, vwo	32	30	32	37	34	30	34
Hbo, wo	38	52	30	39	44	26	27
Huishoudsamenstelling							
Eenpersoonshuishouden en/of eenoudergezin	24	18	23	22	30	29	41
Andere samenstelling	76	82	77	78	70	71	59
Migratieachtergrond							
Nederlandse herkomst	85	87	86	87	77	85	76
Migrant	9	7	8	7	15	9	16
Kind van migrant(en)	6	6	6	6	7	6	8

Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht
ggdghor.nl

