Stratificatie in gezondheid

Hoe de intersectie van leeftijd, gender en opleidingsniveau van invloed is op de ervaren gezondheid in Suriname en andere landen

Nancy M. Gooding[1]*, Tamira E. Sno[1], Harry B.G. Ganzeboom[2]

[1] Anton de Kom Universiteit van Suriname
[2] Vrije Universiteit Amsterdam

* Corresponderend auteur: Nancy Gooding, Email: Nancy.Gooding@uvs.edu.

Aantal woorden: 6356

Abstract

Op 25 november 2025 was Suriname vijftig jaar staatkundig onafhankelijk, een mijlpaal die uitnodigt om niet alleen terug te blikken op de politieke en economische ontwikkeling, maar ook op de gezondheid van de bevolking, een voorwaarde voor duurzame sociale en economische vooruitgang. In iedere samenleving, ook in Suriname, is er sprake van diverse vormen van sociale stratificatie, ongelijkheid in levenskansen. Dit artikel onderzoekt hoe sociale ongelijkheid zich manifesteert in ervaren gezondheid in Suriname, vergeleken met het Globale Noorden en het Globale Zuiden, met bijzondere aandacht voor de intersectie van gender, leeftijd en opleiding. De data zijn afkomstig uit de ISSP 2021 Health Module (30 landen, N = 44.459; Suriname: N = 1.468), met respondenten van 21 tot en met 77 jaar. Ervaren gezondheid wordt gemeten met een index van vier indicatoren en geanalyseerd aan de hand van beschrijvende gemiddelden en lineaire regressiemodellen met interactietermen. Zonder correctie voor leeftijd scoort Suriname vergelijkbaar met het Globale Noorden, maar bij gelijke leeftijd slechter dan zowel het Noorden als het Zuiden. Gezondheidsachteruitgang met de leeftijd is een universeel patroon, waarvan tempo en verloop regionaal verschillen. Vrouwen rapporteren in alle regio's een slechtere gezondheid dan mannen; deze kloof is kleiner in Suriname en het Globale Zuiden dan in het Globale Noorden. Opleiding hangt overal samen met betere ervaren gezondheid; in het Globale Noorden neemt dit effect met de leeftijd slechts geleidelijk toe, in het Globale Zuiden duidelijk sterker. In Suriname nemen de opleidingsverschillen pas in de oudste leeftijdscategorieën toe tot een niveau dat lager blijft dan het Zuid-gemiddelde. Dat vrouwen hun onderwijsachterstand in jongere cohorten hebben ingehaald zonder dat de gezondheidskloof kleiner wordt, wijst erop dat opleiding alleen genderongelijkheid in gezondheid niet verklaart. De resultaten onderstrepen het belang van een intersectioneel perspectief: gender, leeftijd en opleiding werken niet los van elkaar en de wijze waarop zij ervaren gezondheid beïnvloeden verschilt per regio.

Trefwoorden

ISSP, ervaren gezondheid, gender, opleiding, leeftijd

Stratificatie in gezondheid

Hoe de intersectie van leeftijd, gender en opleidingsniveau van invloed is op de ervaren gezondheid 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 maar ook bij andere indicatoren van nationale vooruitgang zoals gezondheid. Economische en sociale vooruitgang is immers moeilijk te bewerkstelligen in een samenleving waarvan de inwoners ongezond zijn. Net zoals materiële goederen, is gezondheid ongelijk verdeeld. In iedere samenleving, ook in Suriname, is er sprake van diverse vormen van sociale stratificatie, ongelijkheid in levenskansen. In dit artikel staat centraal de wijze waarop de sociale ongelijkheid zich manifesteert in de ervaren gezondheid.

Het is belangrijk te onderstrepen dat objectieve gezondheid (de biomedisch meetbare gezondheidstoestand) en ervaren (=subjectieve) gezondheid conceptueel niet samenvallen. Objectieve gezondheid verwijst naar klinische metingen (bijv. bloeddruk, cholesterolniveaus, etc.), diagnoses en testresultaten, terwijl subjectieve gezondheid gebaseerd is op iemands eigen inschatting van zijn of haar gezondheidstoestand. Beide vormen van gezondheid kunnen middels zelfrapportage worden vastgelegd. Het onderscheid tussen objectief en subjectief betreft in dit artikel dus vooral het type informatie dat wordt verzameld, biomedische feiten versus iemands eigen beleving. Vanuit sociologisch perspectief gaat het niet zozeer om de vraag of iemand gezond is, maar om hoe gezond iemand zich voelt.

Uit veel eerder onderzoek blijkt dat ervaren gezondheid een valide en betrouwbare predictor is voor mortaliteit en morbiditeit (Idler & Benyamini, 1997). Zij wordt breed toegepast in bevolkingsonderzoek, sociaalwetenschappelijk onderzoek en klinische studies. Volgens Jylhä (2009) komt dit doordat ervaren gezondheid fungeert als een inclusieve indicator waar lichamelijke sensaties, niet-gediagnosticeerde aandoeningen, functionele beperkingen en psychisch welbevinden worden 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.

Sociale ongelijkheid omvat brede verschillen tussen groepen in aanzien, macht en levenskansen (Holton & Turner, 1989); sociaaleconomische ongelijkheid vormt daarbinnen specifiek de verschillen die samenhangen met inkomen, opleiding en beroep (Adler & Newman, 2002). Mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) beoordelen hun eigen gezondheid significant vaker als matig of slecht. Het Britse Black Report wees er al op dat inkomensverschillen, ongelijke toegang tot onderwijs, huisvesting, voeding, werkgelegenheid en werkomstandigheden van invloed zijn op de gezondheid van individuen (Black, 1980). De Marmot

Review (Marmot, 2010) bevestigt dat gezondheidsongelijkheid voortkomt uit meerdere vormen van sociaal-economische ongelijkheid. Ook in een vergelijking van 22 Europese landen doen sociaaleconomische ongelijkheden in morbiditeit en mortaliteit zich in vrijwel alle onderzochte landen voor, zij het met wisselende omvang (Mackenbach et al., 2008).

Opleiding

Een belangrijke vorm van gezondheidsongelijkheid is die naar opleiding. In dit onderzoek wordt nagegaan of het patroon dat hogere opleiding samengaat met een positiever ervaren gezondheid, zich ook in de Surinaamse en internationale ISSP-data manifesteert. Onder alle mogelijke dimensies van sociaal-economische ongelijkheid is die naar opleiding in ten minste één opzicht de meest fundamentele: opleiding wordt immers al vroeg in de levensloop behaald en is bepalend voor beroep en inkomen, niet andersom.

Eerder onderzoek wijst systematisch uit dat hoger opgeleiden een betere gezondheid ervaren dan lager opgeleiden (Ross & Wu, 1995). De studie van Cutler & Lleras-Muney (2010) onderzocht deze relatie in verschillende landen en vond consistent bewijs dat hoger opgeleiden een betere gezondheid ervaren dan lager opgeleiden; een bevinding die ook wordt bevestigd door recenter internationaal vergelijkend onderzoek (Tanaka et al., 2023).

Hoe het effect van opleidingsniveau op gezondheid tot stand komt, is ingewikkeld te verklaren. Ten dele kan het gaan om achterliggende factoren die zowel opleiding als gezondheid beïnvloeden, zoals de sociaaleconomische positie van het gezin van herkomst en genetische disposities. Daarnaast kan omgekeerde causaliteit spelen: een slechtere gezondheid kan zelf ook weer leiden tot een lagere sociaaleconomische positie, bijvoorbeeld doordat gezondheidsproblemen de onderwijsloopbaan of arbeidsmarktkansen beperken. In beide gevallen is de samenhang tussen opleiding en gezondheid een causaal schijneffect. Niettemin zijn er goede redenen om aan te nemen dat een hogere opleiding zelf een oorzaak is van een betere gezondheid via tussenliggende factoren waarlangs opleiding zijn effect op gezondheid uitoefent, zoals toegang tot kennis, levensstijlkeuzes, inkomen, stress, discriminatie en toegang tot goede zorg (Adams et al., 2003; Williams et al., 2008). Hoger opgeleiden zijn vaak beter geïnformeerd over gezondheid, ondergaan vaker gezondheidscontroles en screenings en maken gezondere keuzes Adams et al. (2003). Bovendien resulteert een hoger opleidingsniveau in een hoger inkomen (Card, 1999), wat leidt tot een betere toegang tot medische diensten en een gunstiger leefomgeving (Adler & Newman, 2002).

Leeftijd

Dat mensen hun gezondheid gemiddeld als slechter ervaren naarmate zij ouder worden, is geen nieuw inzicht. Veel minder bekend is hoe sterk deze gezondheidsachteruitgang zich manifesteert in verschillende fasen van de levensloop, en of dit tempo verschilt tussen regio's. In dit onderzoek gebruiken we daarom *age-health profiles* om stratificatie in gezondheid te bestuderen. Belangrijk daarbij is dat jongere cohorten als gevolg van de onderwijsexpansie gemiddeld meer onderwijs genoten dan oudere cohorten. Om te voorkomen dat leeftijds- of cohortverschillen in gezondheid

ten onrechte aan opleiding worden toegeschreven, wordt bij het schatten van het opleidingseffect rekening gehouden met leeftijdscategorie.

Gender

Ook gender beïnvloedt gezondheid gedurende de gehele levensloop. In de literatuur worden doorgaans twee hoofdverklaringen onderscheiden (zie Eisen, 2024). De eerste richt zich op verschillen in gezondheidsrapportage: vrouwen rapporteren een slechtere gezondheid zelfs bij vergelijkbare objectieve gezondheidscondities omdat zij meer gezondheidsbewust zijn en sociaal meer ruimte krijgen om kwetsbaarheid te erkennen (Benyamini et al., 2000; Courtenay, 2000; Hibbard & Pope, 1983; Idler, 2003). Empirisch is deze verklaring zowel ondersteund als in twijfel getrokken (Case & Paxson, 2005; Grol-Prokopczyk et al., 2011; Macintyre et al., 1999). De tweede verklaring benadrukt objectieve verschillen in morbiditeit: vrouwen worden daadwerkelijk vaker of langduriger door gezondheidsproblemen getroffen dan mannen (Case & Paxson, 2005; Idler, 2003; Read & Gorman, 2010).

De relatie tussen gender en ervaren gezondheid is sterk contextafhankelijk (Präg & Subramanian, 2017). Onderzoek in 17 Europese landen laat zien dat vrouwen consequent een slechtere gezondheid rapporteren dan mannen -- zelfs in landen met een relatief goede algemene gezondheidssituatie --, maar dat de genderkloof groter is in oostelijke en zuidelijke EU-landen (Gil-Lacruz et al., 2022). Genderverschillen in gezondheid worden mede gevormd door culturele overtuigingen en waarden; zo zou de Latijnse cultuur toleranter zijn ten aanzien van vrouwen die een negatieve gezondheidsperceptie uiten (Gil-Lacruz et al., 2022).

Vanuit een stratificatieperspectief zijn genderverschillen in gezondheid het resultaat van maatschappelijke structuren die mannen en vrouwen verschillende sociaaleconomische kansen toekennen. Opleiding speelt hierin een belangrijke rol, maar werkt niet voor beide seksen op dezelfde manier. Vrouwen rapporteren weliswaar een slechtere ervaren gezondheid dan mannen, maar profiteren in dit opzicht meer van onderwijs, waardoor de genderkloof onder hoger opgeleiden kleiner is (Ross et al., 2012).Volgens de *resource substitution*-gedachte compenseert onderwijs voor hulpbronnen waarover vrouwen van oudsher minder beschikten, zoals inkomen en autonomie. Dit vrouwenvoordeel neemt echter af, nu vrouwen mannen in veel landen inhalen of voorbijstreven. (Delaruelle et al., 2018).

2. Onderzoeksopzet en onderzoeksvragen

In dit artikel onderzoeken wij hoe opleiding, leeftijd en gender in onderlinge samenhang van invloed zijn op de ervaren gezondheid waarbij wij Suriname vergelijken met landen uit het Globale Noorden en het Globale Zuiden.

De aanduidingen Globale Noorden en Globale Zuiden verdelen de wereld op basis van welvaart, ontwikkeling en macht, in plaats van strikte geografie. Deze indeling gaat terug op het zogeheten Brandt-rapport uit 1980 dat een grove scheidslijn trok tussen rijke en arme landen en zo aan de basis stond van de hedendaagse Noord-Zuidterminologie (Thérien, 2024). Het Noorden omvat

rijke, geïndustrialiseerde economieën (zoals de VS, Europa, Japan, Australië en Nieuw-Zeeland), het Zuiden ontwikkelingseconomieën in Afrika, Latijns-Amerika en delen van Azië. Hoewel deze tweedeling de werkelijkheid simplificeert en voorbijgaat aan snelle economische ontwikkelingen van bepaalde gebieden, wordt zij vaak gehanteerd en geeft zij inhoud aan historische contexten van kolonialisme en machtsverschillen (Thérien, 2024). Suriname wordt hierin gepositioneerd als land horend bij het Globale Zuiden.

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Hoe beïnvloedt de intersectie van opleidingsniveau, leeftijd en gender de ervaren gezondheid in Suriname, en in hoeverre wijken deze patronen af van het Globale Noorden en het Globale Zuiden?

Het begrip intersectie wordt in dit artikel vertaald naar twee problemen uit de klassieke multivariate analyse. Het eerste is het multicausaliteitsprobleem: leeftijd, gender en opleidingsniveau zijn onderling gecorreleerd. Vrouwen zijn gemiddeld lager opgeleid dan mannen, al is deze kloof in jongere cohorten verdwenen en zelfs omgekeerd, en hoger opgeleiden komen vaker voor in jongere cohorten. Door de drie kenmerken gelijktijdig in een lineair regressiemodel op te nemen, wordt voor elk kenmerk het zelfstandige effect geschat (hoofdeffecten). Het tweede is het interactieprobleem: het effect van het ene kenmerk op gezondheid kan afhangen van de waarde van een ander. Zo kan de onderwijsgroei verschillen tussen mannen en vrouwen, kan de genderkloof in gezondheid verschillen tussen regio's, en kan het opleidingseffect met de leeftijd veranderen. Dit wordt onderzocht met producttermen (cohort × gender, gender × regio) en met leeftijdsprofielen naar opleidingsniveau per regio.

2.1 Databron en steekproef

De gebruikte data zijn afkomstig uit het *International Social Survey Programme* (ISSP), een internationaal vergelijkend surveyprogramma dat zich richt op opvattingen over maatschappelijke vraagstukken. Het ISSP is een samenwerking tussen landen die elk eigen surveys uitvoeren, met als doel internationaal vergelijkbare gegevens over het opinieklimaat en sociale achtergronden te verzamelen. ISSP 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. In de ISSP participeren ook een aantal Zuid- en Middenamerikaanse landen waaronder Argentinië, Chili, Dominicaanse republiek, Mexico en Venezuela en andere niet-Europese landen namelijk China, Japan, Philippijnen, Taiwan en Zuid-Afrika. De lidlanden houden een jaarlijkse module van 60 vragen over wisselende (maar periodiek terugkerende) maatschappelijke vraagstukken. Daarnaast worden elke keer ca. 40 vaste 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) zullen daarnaast worden gearchiveerd in het Nederlandse DANS data-archief in Den Haag.

In de module Health & Health Care II is uitvoerig gevraagd naar de ervaren gezondheid, vastgelegd aan de hand van individuele zelfbeoordelingen. 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 extreme leeftijdswaarden te vermijden, zijn in alle landen respondenten geselecteerd in de leeftijdscategorie 21 tot en met 77 jaar. Na deze selectie resteert een analytische steekproef van N = 41.909 respondenten. De responsratio's per deelnemend land zijn gedocumenteerd in het ISSP 2021 Study Monitoring Report (ISSP Research Group, 2026); voor Suriname bedroeg de responsratio 84,1%. 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. Ondanks de leeftijdsrestrictie is het Globale Noorden duidelijk ouder (gemiddeld 49,6 jaar) dan Suriname (44,1 jaar) en het Globale Zuiden (44,3 jaar). Verder zijn de respondenten in het Globale Noorden aanzienlijker hoger opgeleid dan in het Globale Zuiden en Suriname. In alle drie regio's is de geslachtverdeling min of meer gelijk.

2.2 Meting van gezondheid

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

Q24. *"In general, would you say your health is… excellent, very good, good, fair, or poor?"*
Q25. *"Do you have a long-standing illness, a chronic condition, or a disability?"*
Q16a.*"During the past four weeks, how often have you had difficulties with work or household activities because of health problems?"*
Q16b. *"During the past four weeks, how often have you had bodily aches or pains?"*

Deze vier items 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. De vier indicatoren (die verschillende antwoordschalen hebben) zijn tot POMP-scores tussen 0 en 100 getransformeerd (Cohen et al., 1999) en daarna zijn ze gemiddeld. De index HEALTHp loopt van 0 (4x laagst mogelijk) tot 100 (4x hoogst mogelijk).

2.3 Meting opleidingsniveau

De ISSP meet opleiding met twee vragen: de hoogst behaalde kwalificatie, internationaal geharmoniseerd in negen geordende categorieën volgens de *International Standard Classification of Education* (ISCED-2011; UNESCO Institute for Statistics [UIS], 2012), (EDULEVEL) en het *aantal jaren voltijds onderwijs* (EDUCYRS). EDULEVEL en EDUCYRS correleren sterk (r = .80), maar ze zijn niet identiek. De beste meting ontstaat door de beide indicatoren samen te voegen.

Eerder is gebleken (Sno & Ganzeboom, 2023) dat standaard internationale harmonisatie (EDULEVEL), die uitsluitend afgeronde kwalificaties meetelt, tekortdoet aan de Surinaamse realiteit. Daarom worden beide metingen gecombineerd door de kwalificatiemeting naar duur te schalen en het gemiddelde te nemen. De aldus ontstane variabele EDYR heeft ratio-meetniveau, bevat veel detail en is eenduidig te interpreteren als een opleidingsladder van laag naar hoog. Bovendien kan zo de oorspronkelijke Surinaamse kwalificatiemeting, die ook informatie bevatte over niet afgemaakte opleidingen worden ingevoegd (Sno & Ganzeboom, 2023,2024).

2.4 Data-analyse

De analyses verlopen in drie stappen. Eerst worden de gemiddelde scores op HEALTHp en de vier onderliggende indicatoren beschreven per regio. Het zijn beschrijvende gemiddelden waarbij geen rekening is gehouden met verschil in leeftijdsopbouw en opleidingshoogte tussen de regio's. Deze verschillen worden geïllustreerd naar leeftijdscategorie, gender en opleidingsniveau, met 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Vervolgens wordt met een lineair regressiemodel nagegaan hoe het opleidingsniveau (EDYR) varieert naar regio, gender en geboortecohort, inclusief een interactieterm tussen cohort en gender. Ten slotte wordt met lineaire regressie het verschil tussen mannen en vrouwen in HEALTHp geschat, met controle voor land en leeftijdscategorie (Model 1), aangevuld met opleidingsniveau (Model 2). In Model 3 wordt het genderverschil vervolgens afzonderlijk per regio geschat**.**

3. Resultaten

3.1 Ervaren gezondheid naar regio

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

Region	N of Cases	Q24 Excellent	Q25 No_Chronic	Q16a No_Problem	Q16b No-Pain	**HEALTHp**
1 SR	1454	43.4	82.5	69.2	60.4	**64.3**
2 South	12676	53.7	77.0	74.1	69.9	**68.6**
3 North	27779	53.8	66.8	75.1	61.5	**64.2**
Total	**41909**	**53.5**	**70.4**	**74.6**	**64.0**	**65.6**

Noot: Pomp-scores tussen 0 en 100. Een hogere score duidt op een betere ervaren gezondheid. Q verwijst naar de nummering in ISSP-vragenlijst.

Op de samengestelde index (HEALTHp, **Tabel 1**) scoren Suriname (64,3) en het Globale Noorden (64,2) vrijwel gelijk, terwijl het Globale Zuiden duidelijk hoger uitkomt (68,6). De afzonderlijke indicatoren laten echter een ander beeld zien. Surinaamse respondenten beoordelen hun algemene gezondheid minder positief en rapporteren vaker beperkingen in werk of huishouden dan respondenten in het Zuiden en het Noorden. Op lichamelijke pijn scoort Suriname vergelijkbaar met het

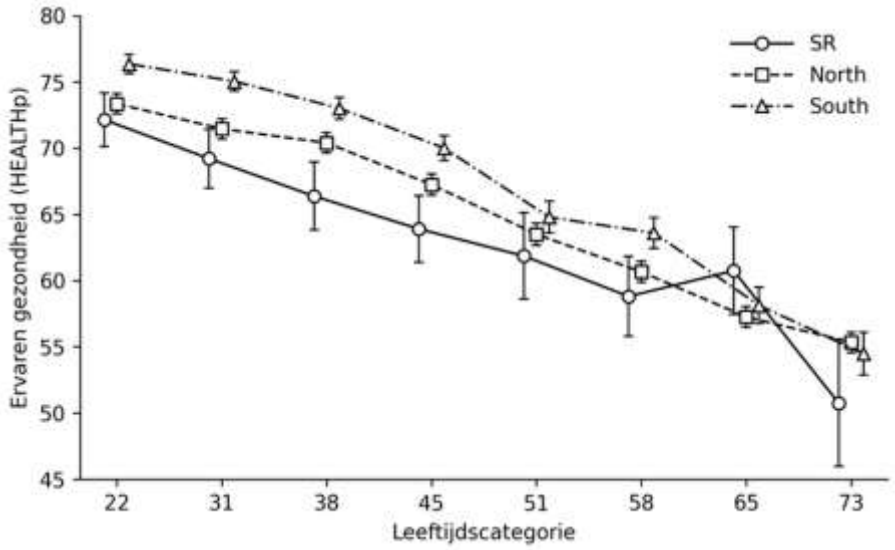
Noorden (60,4 tegenover 61,5), maar lager dan het Zuiden (69,9). Daartegenover staat dat Surinaamse respondenten het minst vaak een chronische aandoening rapporteren (82,5, tegenover 77,0 in het Zuiden en 66,8 in het Noorden).

De hogere samengestelde score van het Globale Zuiden komt vooral voort uit minder chronische aandoeningen en minder lichamelijke pijn; op algemene gezondheidsbeleving en functionele beperkingen verschilt het Zuiden nauwelijks van het Noorden.

3.2 Ervaren gezondheid en leeftijd en regio

Figuur 1

Gemiddelde POMP-scores voor ervaren gezondheid naar leeftijd en regio



Noot. Foutbalken geven het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde weer (gemiddelde ± 1,96 × standaardfout). Markers zijn per leeftijdscategorie iets horizontaal verschoven om overlap te voorkomen.

In alle drie regio's ligt de gemiddelde HEALTHp-score lager in hogere leeftijdscategorieën (**Figuur 1**). In de jongste leeftijdscategorie scoort het Globale Zuiden het hoogst (76,4), gevolgd door het Globale Noorden (73,4) en Suriname (72,2); het verschil tussen Suriname en het Globale Noorden valt hier binnen de onzekerheidsmarges. Tot en met de categorie van 58 jaar scoort Suriname ongeveer 3 à 7 punten lager dan het Globale Zuiden en circa 1 à 4 punten lager dan het Globale Noorden. Rond 38 en 45 jaar valt ook het verschil met het Globale Noorden buiten de betrouwbaarheidsintervallen.

Deze bevinding wijkt af van de beschrijvende gemiddelden in Tabel 1, waarin Suriname en het Globale Noorden vrijwel gelijk scoren (64,3 en 64,2). Dat komt doordat in Figuur 1 binnen leeftijdscategorieën wordt vergeleken en dus rekening wordt gehouden met de leeftijdsverschillen tussen de regio's: de respondenten in het Globale Noorden zijn gemiddeld ruim vijf jaar ouder (49,6

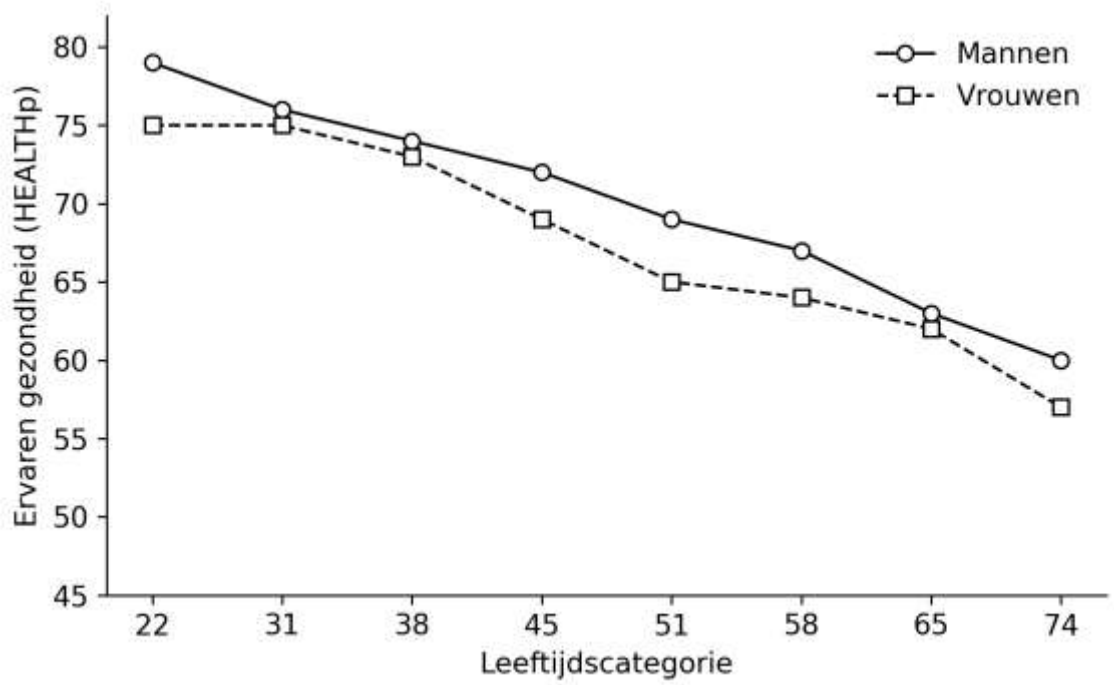
tegenover 44,1 jaar). Bij gelijke leeftijd ervaren Surinamers hun gezondheid dus als slechter dan respondenten in zowel het Globale Noorden als het Globale Zuiden.

In de hogere leeftijdscategorieën lopen de drie regio's naar elkaar toe. Bij 65 jaar ligt de Surinaamse score (60,8) boven die van het Globale Noorden (57,3) en het Globale Zuiden (58,1); in de oudste categorie ligt zij er juist onder (50,8 tegenover 55,4 en 54,5). De betrouwbaarheidsintervallen voor Suriname zijn op deze leeftijden echter breed en overlappen met die van de andere regio's. Gezien de relatief beperkte omvang van de Surinaamse steekproef op deze leeftijden kunnen deze schommelingen deels op steekproeffluctuaties berusten. Een mogelijke verklaring voor het samenkomen van de regio's op hoge leeftijd, selectieve sterfte, wordt besproken bij de beperkingen.

3.3 Ervaren gezondheid naar leeftijd en gender

Figuur 2

Ervaren gezondheid naar leeftijd voor mannen en vrouwen



Figuur 2 laat zien dat gezondheid bij zowel mannen als vrouwen afneemt naarmate de leeftijdscategorie hoger is. Het gaat hierbij om beschrijvende gemiddelden voor de gehele steekproef, zonder correctie voor regio of opleiding.

Over alle leeftijdscategorieën heen rapporteren mannen een hogere ervaren gezondheid dan vrouwen. De genderkloof is reeds zichtbaar in de jongste leeftijdscategorie en blijft in alle leeftijdscategorieën bestaan. Het verschil schommelt tussen ongeveer 1 en 4 punten, zonder duidelijk patroon; of de genderkloof met de leeftijd verandert, is niet formeel getoetst.

3.4 Opleidingsniveau en gezondheid

Respondenten in het Globale Noorden hebben gemiddeld het hoogste opleidingsniveau (EDYR: 13,7 jaar onderwijs), gevolgd door Suriname (11,8 jaar) en het Globale Zuiden (10,5 jaar).

Tabel 2.
Opleidingsniveau naar gender en cohort

Parameter	Eenheid	B	SE	t
Intercept		12,666	,054	236,0
REGIO				
Suriname	0/1	-2,293	,094	-24,4
South	0/1	-3,517	,038	-93,6
North	0/1	0	ref	
FEMALE	0/1	-,754	,073	-10,3
COHx	0..1	2,332	,092	25,2
COHx * FEMALE		1,317	,126	10,4

Noot. Afhankelijke variabele: opleidingsniveau in jaren (EDYR). Het intercept betreft mannen in het oudste cohort (COHx = 0) in het Globale Noorden. Adj. R^2 = 19,7%, N = 41.664 complete cases. B is statistisch significant ($p < .05$, tweezijdig) als $|t| > 1,96$.

Tabel 2 laat zien hoe het opleidingsniveau zich over geboortecohorten heeft ontwikkeld voor mannen en vrouwen. In vergelijking met het Globale Noorden hebben respondenten in Suriname gemiddeld ruim twee jaar minder onderwijs genoten (B = −2,293) en in het Globale Zuiden gemiddeld 3,52 jaar minder (B = −3,517). Suriname neemt qua opleidingsniveau dus een intermediaire positie in, maar blijft desondanks substantieel achter bij het Noorden.

Vrouwen in het oudste cohort (COHx=0) hebben gemiddeld ongeveer driekwart jaar minder onderwijs gevolgd dan mannen (B = −0,754). Jongere cohorten zijn aanzienlijk hoger opgeleid dan oudere (B=2,332). De positieve interactie tussen cohort en gender (B = 1,317) laat zien dat vrouwen in jongere cohorten een snellere onderwijsgroei hebben doorgemaakt en de mannen hebben ingehaald, en in het jongste cohort zelfs licht voorbijgestreefd (−0,754 + 1,317 ≈ +0,56 jaar).

Tabel 3

Ervaren gezondheid naar gender en regio

	Model 1	Model 2	Model 3
	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

Noot: Ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (B). Afhankelijke variabele is HEALTHp (POMP-score, 0–100). Vetgedrukte coëfficiënten zijn statistisch significant ($p < .05$, tweezijdig).

Tabel 3 presenteert resultaten van een lineaire regressie voor de relatie tussen gender en ervaren gezondheid (HEALTHp). In alle modellen is gecontroleerd voor land en leeftijdscategorie; in Model 2 en 3 daarnaast voor opleidingsniveau.

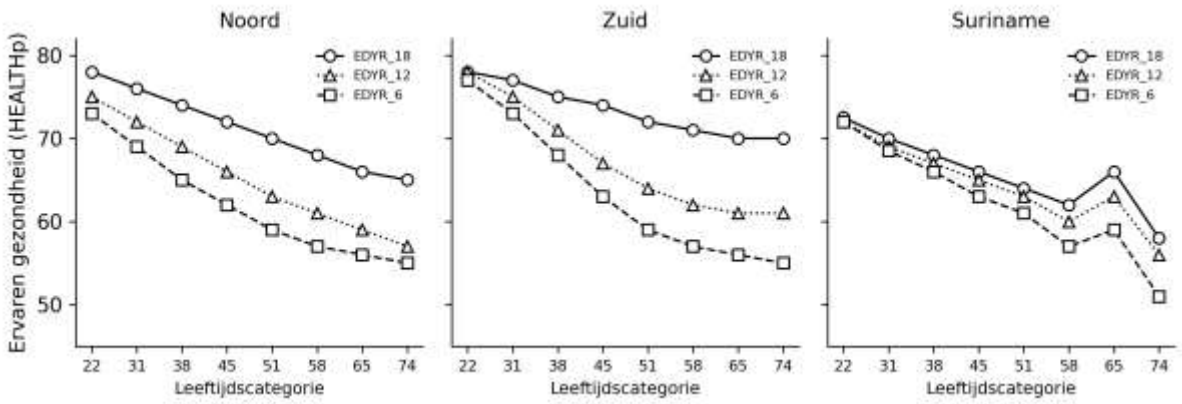
Volgens Model 1 scoren vrouwen gemiddeld 3,6 punten lager op de HEALTHp-schaal dan mannen. Een soortgelijk verschil zagen we in Figuur 2. Na controle voor opleiding blijft dit verschil vrijwel gelijk (3,5 punten, Model 2): ook bij gelijke leeftijd en opleiding rapporteren vrouwen systematisch een slechtere gezondheid dan mannen.

Uitgesplitst naar regio (Model 3) bedraagt de genderkloof in Suriname en het Globale Zuiden −2,6 punten en in het Globale Noorden −4,0 punten. In alle drie regio's is de genderkloof statistisch significant ($p < .05$).

Hoewel de genderongelijkheid in opleiding in jongere cohorten is verdwenen (Tabel 2), blijft de genderongelijkheid in gezondheid dus bestaan. Onderwijsverschillen alleen verklaren de gezondheidskloof tussen mannen en vrouwen niet.

Figuur 3

Health-Age profiles naar opleidingsniveau per regio (Noord, Zuid en Suriname)



Figuur 3 laat zien hoe de relatie tussen leeftijd en ervaren gezondheid verschilt tussen hoger, middelbaar en lager opgeleiden. In alle drie regio's levert onderwijs een duidelijk gezondheidsvoordeel op. In het Globale Noorden blijven de gezondheidsprofielen van laag-, midden- en hoogopgeleiden op jonge leeftijd relatief dicht bij elkaar, en neemt de opleidingskloof slechts geleidelijk toe met de leeftijd: het gezondheidsvoordeel van onderwijs wordt vroeg opgebouwd en verandert daarna nog maar beperkt.

In het Globale Zuiden divergeren de gezondheidsprofielen sterker naarmate de leeftijd toeneemt: lager opgeleiden ervaren een duidelijk snellere en sterkere gezondheidsachteruitgang dan hoger opgeleiden. Onderwijs fungeert hier dus niet alleen als startvoordeel, maar in toenemende mate als buffer tegen gezondheidsverlies op latere leeftijd.

Suriname volgt dit Zuid-patroon grotendeels: op jonge en middelbare leeftijd blijven de drie opleidingsgroepen relatief dicht bij elkaar, en pas in de oudste leeftijdscategorieën ontstaat een duidelijke divergentie. Deze divergentie is in Suriname echter kleiner dan in het Globale Zuiden gemiddeld: in de oudste leeftijdscategorie bedraagt het verschil in HEALTHp tussen laag- en hoogopgeleiden in Suriname ongeveer 7 punten, tegenover ongeveer 15 punten in het Globale Zuiden. Dit zou erop kunnen duiden dat de opleidingsgerelateerde gezondheidsongelijkheid in Suriname op hoge leeftijd minder uitgesproken is dan in het Globale Zuiden als geheel, wel moet hierbij worden opgemerkt dat het profiel van hoogopgeleiden in Suriname op oudere leeftijd een onregelmatig verloop vertoont (een stijging gevolgd door een scherpe daling), wat mogelijk samenhangt met de kleinere Surinaamse steekproefomvang in deze leeftijdscategorieën.

4. Conclusies

Dit artikel onderzocht hoe leeftijd, gender en opleiding onderling van invloed zijn op ervaren gezondheid in Suriname, vergeleken met het Globale Noorden en het Globale Zuiden. We vergeleken leeftijdscategorieën die samen een periode van ongeveer vijftig jaar beslaan (21 tot en met 77 jaar) en het toeval wil dat deze tijdspanne parallel loopt met de viering van 50 jaar onafhankelijkheid van Suriname.

Ten eerste laten Suriname en het Globale Noorden op basis van de beschrijvende gemiddelden vergelijkbare niveaus van ervaren gezondheid zien, terwijl het Globale Zuiden hoger scoort. Deze gelijkenis met het Noorden verdwijnt echter wanneer rekening wordt gehouden met de oudere leeftijdsopbouw in het Globale Noorden: bij gelijke leeftijd ervaren Surinamers tot op middelbare leeftijd een slechtere gezondheid dan respondenten in zowel het Globale Noorden als het Globale Zuiden.

Ten tweede is gezondheidsachteruitgang met de leeftijd een universeel patroon. Op hogere leeftijd lopen de drie regio's naar elkaar toe; de uitkomsten voor Suriname in de oudste leeftijdscategorieën zijn echter onzeker, gezien de beperkte omvang van de Surinaamse steekproef op die leeftijden.

Ten derde rapporteren vrouwen in alle leeftijdscategorieën (Figuur 2) en in alle drie regio's (Tabel 3) een slechtere ervaren gezondheid dan mannen. Dit sluit aan bij eerder onderzoek: Delaruelle et al. (2018) vonden hetzelfde patroon in acht golven van de European Social Survey (2002-2016) en Case & Paxson (2005) lieten zien dat vrouwen over de hele levensloop een slechtere gezondheid rapporteren dan mannen ondanks hun langere levensverwachting. Deze kloof is kleiner in Suriname en het Globale Zuiden dan in het Globale Noorden, is al zichtbaar op jonge leeftijd. Hoewel vrouwen hun onderwijsachterstand in recente cohorten hebben ingehaald, blijft de gezondheidskloof bestaan: opleidingsverschillen verklaren de genderongelijkheid in gezondheid niet (meer).

Ten slotte beoordelen hoger opgeleiden in alle regio's hun gezondheid beter dan lager opgeleiden. Hoe dit opleidingsverschil zich over de leeftijdscategorieën ontwikkelt, verschilt echter per regio: in het Globale Noorden neemt de opleidingskloof in gezondheid met de leeftijd slechts geleidelijk toe, terwijl zij in het Globale Zuiden duidelijk sterker toeneemt. Suriname volgt dit Zuid-patroon, zij het minder uitgesproken: de opleidingsverschillen in gezondheid zijn op jonge en middelbare leeftijd relatief beperkt en nemen pas in de oudste leeftijdscategorieën toe, tot een niveau dat lager blijft dan het Zuid-gemiddelde. Het profiel van hoogopgeleiden in Suriname vertoont op oudere leeftijd bovendien een onregelmatig verloop.

5. Discussie

Op basis van de beschrijvende gemiddelden lijkt Suriname op het Globale Noorden, maar bij gelijke leeftijd scoort Suriname lager dan zowel het Noorden als het Zuiden. Deze uitkomst nodigt uit tot een kritische reflectie op de Noord/Zuid-indeling: Suriname laat zich niet eenvoudig in een

van beide categorieën plaatsen. Hoe bruikbaar deze tweedeling ook is als analytisch startpunt, er moet rekening gehouden worden met de specifieke context van landen en regio's.

De leeftijdspatronen laten zien dat vergelijkingen op één leeftijdsmoment niet een volledig beeld geven van gezondheidsongelijkheid. Hierbij is een belangrijke methodologische kanttekening op zijn plaats. De data zijn cross-sectioneel: de verschillen tussen leeftijdscategorieën kunnen niet zonder meer worden gelijkgesteld aan de levensloopverandering van individuen, maar kunnen ook het resultaat zijn van cohortverschillen (andere omstandigheden wat betreft gezondheidszorg, voeding en onderwijs) of van selectieve sterfte. Met herhaald cross-sectioneel onderzoek zou het mogelijk zijn de invloeden van leeftijd en cohort van elkaar te onderscheiden, maar voor Suriname is een dergelijke herhaalde meting niet beschikbaar. Toch zijn de leeftijdspatronen niet betekenisloos: elke respondent heeft daadwerkelijk een levensloop tot het meetmoment doorlopen, zodat de leeftijdsverschillen een voorzichtige levensloopinterpretatie bieden. Dit is nuttig omdat het zicht geeft op levensfasen waarin gezondheidsverschillen ontstaan of juist groter worden.

Opmerkelijk is dat de genderkloof kleiner lijkt in Suriname en het Globale Zuiden dan in het Globale Noorden. De in de Inleiding genoemde culturele verklaring heeft betrekking op landen met een Latijnse cultuur (Gil-Lacruz et al., 2022), en is niet zonder meer van toepassing op Suriname, dat qua taal en religieuze achtergrond niet tot de Latijnse cultuursfeer behoort. Welke factoren de kleinere genderkloof in Suriname en het Globale Zuiden verklaren, bijvoorbeeld regionale verschillen in de objectieve gezondheidstoestand van mannen en vrouwen, is een vraag voor vervolgonderzoek.

De bevindingen over opleiding, zoals weergegeven in Figuur 3, vormen een belangwekkende bijdrage van dit onderzoek: zij laten zien dat de rol van opleiding in de relatie tussen leeftijd en gezondheid wezenlijk verschilt tussen regio's. Dat hoger opgeleiden in alle regio's een betere gezondheid rapporteren, sluit aan bij eerder onderzoek (Ross & Wu, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2010; Tanaka et al., 2023). Deze studies richtten zich grotendeels op landen in het Globale Noorden; dit artikel laat zien dat het verband ook in het Globale Zuiden en in Suriname opgaat. Wat wel per regio verschilt, is hoe de opleidingskloof in ervaren gezondheid zich over de leeftijd ontwikkelt. In het Globale Noorden neemt deze kloof slechts geleidelijk toe over de leeftijdscategorieën. In het Globale Zuiden neemt zij duidelijk sterker toe: lager opgeleiden ervaren een snellere gezondheidsachteruitgang, terwijl hoger opgeleiden hun gezondheid relatief beter weten te behouden. Suriname volgt dit Zuid-patroon grotendeels, zij het minder uitgesproken: de opleidingskloof is op jonge en middelbare leeftijd relatief klein en neemt pas in de oudste leeftijdscategorieën toe, tot een niveau dat lager blijft dan het Zuid-gemiddelde.

Dat de opleidingskloof in Suriname op hoge leeftijd kleiner blijft dan het Zuid-gemiddelde, zou kunnen betekenen dat onderwijs in de Surinaamse context een enigszins minder uitgesproken rol speelt in het uiteenlopen van ervaren gezondheid op latere leeftijd dan in het Globale Zuiden als geheel, al moet deze conclusie met terughoudendheid worden getrokken, gezien het onregelmatige verloop dat het profiel van hoogopgeleiden in Suriname op oudere leeftijd vertoont.

De onderzoeksresultaten laten zien dat gender, leeftijd en opleiding niet als onafhankelijke, optelbare determinanten van gezondheid moeten worden begrepen, en dat hun samenspel bovendien per regio verschilt. Dat blijkt uit twee bevindingen: de opleidingskloof in ervaren gezondheid neemt per regio op een andere manier met de leeftijd toe, en de omvang van de genderkloof hangt af van de regionale context. Juist deze combinatie van kenmerken, en niet elk kenmerk afzonderlijk, bepaalt hoe gezondheidsongelijkheid tot uiting komt. Dat is de kern van een intersectioneel perspectief.

Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Ten eerste vormt het cross-sectionele karakter van de ISSP-data zoals eerder toegelicht één van de beperkingen. Een gevolg hiervan is dat het causale effect van opleiding op gezondheid hierdoor niet kan worden geïsoleerd. Zoals in de Inleiding besproken, kan de samenhang tussen opleiding en gezondheid deels voortkomen uit achterliggende factoren, zoals het gezin van herkomst en genetische disposities, of uit omgekeerde causaliteit, waarbij een slechte gezondheid de onderwijsloopbaan beperkt. In dit onderzoek zijn deze mechanismen niet onderzocht. Panelonderzoek, waarbij dezelfde respondenten herhaaldelijk worden bevraagd, zou het mogelijk maken daadwerkelijke individuele gezondheidstrajecten te volgen. Panelonderzoek biedt echter geen oplossing voor het onderscheid tussen leeftijds- en cohorteffecten, aangezien binnen één cohortvolgend onderzoek geen cohorten met elkaar kunnen worden vergeleken; hiervoor blijft herhaald cross-sectioneel onderzoek nodig.

Ten tweede is ervaren gezondheid gemeten met een samengestelde index. Tabel 1 laat zien dat de regio's op de afzonderlijke indicatoren uiteenlopende patronen vertonen: Surinaamse respondenten rapporteren het minst vaak een chronische aandoening, maar beoordelen hun algemene gezondheid minder positief en rapporteren vaker functionele beperkingen. De analyses zijn niet afzonderlijk per indicator uitgevoerd, terwijl de patronen naar leeftijd, gender en opleiding per indicator kunnen verschillen. Bovendien is ervaren gezondheid, zoals in de Inleiding toegelicht, gebaseerd op iemands eigen beoordeling, subjectief van aard. Het is niet uit te sluiten dat respondenten in verschillende landen of culturen dezelfde gezondheidstoestand verschillend beoordelen, waardoor regionale verschillen deels ook verschillen in rapportage kunnen weerspiegelen.

Ten derde is de Surinaamse steekproef in de oudste leeftijdscategorieën relatief klein. Bevindingen op deze leeftijden, zoals het samenlopen van de regionale curves in Figuur 1 en het onregelmatige profiel van hoogopgeleiden in Figuur 3, moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Een mogelijke verklaring voor het samenlopen van de curves op hoge leeftijd is selectieve sterfte: ongezonde mensen overlijden in Suriname en het Globale Zuiden eerder dan in het Globale Noorden, waardoor daar relatief meer gezonde ouderen overblijven. Dit is een hypothese die met de huidige data niet kan worden getoetst.

Ten vierde zijn de leeftijdspatronen in de figuren beschrijvend en is niet formeel getoetst of de genderkloof met de leeftijd verandert. Rond de middelbare leeftijd lijkt het verschil tussen mannen en vrouwen iets groter. Of dit een reëel patroon is en of het samenhangt met levensloopprocessen die specifiek vrouwen raken, zoals de combinatie van arbeid en zorg, reproductieve gezondheid en langdurige zorgverantwoordelijkheden, is een vraag voor vervolgonderzoek.

Ten slotte is er, voor zover bekend, nauwelijks historische literatuur beschikbaar over gezondheidsongelijkheid in Suriname specifiek, waardoor de bevindingen van dit onderzoek moeilijk in een langere Surinaamse onderzoekstraditie konden worden geplaatst.

Dankbetuiging

Onderzoeksresultaten uit dit artikel zijn gepresenteerd op de ISSP-conferentie in november 2025 en op de door de Anton de Kom Universiteit van Suriname georganiseerde 505050 conferentie in december 2025. Wij danken de deelnemers aan beide conferenties voor hun waardevolle inzichten. Daarnaast gaat dank uit naar de reviewers, die met hun kritische beschouwingen hebben bijgedragen aan het aanscherpen van de bevindingen.

Referenties

Adams, P., Hurd, M. D., McFadden, D., Merrill, A., & Ribeiro, T. (2003). Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. *Journal of Econometrics, 112*(1), 3–56. https://doi.org/10.1016/S0304-4076(02)00145-8

Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Affairs, 21*(2), 60–76. https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.60

Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine, 62*(3), 354–364. https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00009

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-andinequality/the-black-report-1980/

Card, D. (1999). The causal effect of education on earnings. In O. Ashenfelter & D. Card (Eds.), *Handbook of Labor Economics* (Vol. 3A, pp. 1801–1863). Elsevier.

Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography, 42*(2), 189–214. https://doi.org/10.1353/dem.2005.0011

Cohen, P., Cohen, J., Aiken, L. S., & West, S. G. (1999). The problem of units and the circumstance for POMP. *Multivariate Behavioral Research, 34*(3), 315–346. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_2

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50*(10), 1385–1401. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1

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

Delaruelle, K., Buffel, V., & Bracke, P. (2018). The reversal of the gender gap in education: What does it mean for gender differences in the relationship between education and health? *European Sociological Review*, ***34***(6), 629–644. https://doi.org/10.1093/esr/jcy032

Eisen, V. (2024). *Opleidingsniveau als voorspeller van ervaren gezondheid: Het effect van zelfcontrole en sociale relaties* [Bachelorscriptie, Rijksuniversiteit Groningen]. https://gmwpublic.studenttheses.ub.rug.nl/3648/1/BWEisenS4664655Eindproduct.docx-1-1.pdf

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. *Healthcare (Switzerland)* 10(2). doi: 10.3390/healthcare10020365.

Grol-Prokopczyk, H., Freese, J., & Hauser, R. M. (2011). Using anchoring vignettes to assess group differences in general self-rated health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(2), 246–261. https://doi.org/10.1177/0022146510396713

Hibbard, J. H., & Pope, C. R. (1983). Gender roles, illness orientation and use of medical services. *Social Science & Medicine, 17*(3), 129–137. https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90246-0

Holton, R. J., & Turner, B. S. (1989). *Max Weber on economy and society*. Routledge.

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior, 38*(1), 21–37. https://doi.org/10.2307/2955359

Idler, E. L. (2003). Discussion: Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *The Gerontologist, 43*(3), 372–375. https://doi.org/10.1093/geront/43.3.372

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

ISSP Research Group. (2026). *ISSP 2021: Health and healthcare. Study monitoring report* [Rapport]. https://www.gesis.org/fileadmin/admin/neu_Dateiablage_allgemein/2021_mr.pdf

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

Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long-standing illness. *Social Science & Medicine, 48*(1), 89–98. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00292-5

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine, 358*(23), 2468–2481. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review. https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-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

Read, J. G., & Gorman, B. K. (2010). Gender and health inequality. *Annual Review of Sociology, 36*, 371–386. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102535

Ross, C. E., Masters, R. K., & Hummer, R. A. (2012). Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography, 49*(4), 1157–1183. https://doi.org/10.1007/s13524-012-0130-z

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)* [Dataset]. Te archiveren in DANS. http://www.harryganzeboom.nl/SurMob/index.htm

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

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

Thérien, J.-P. (2024). The North–South distinction: From consensus to contestation. *Global Studies Quarterly, 4*(4), Article ksae080. https://doi.org/10.1093/isagsq/ksae080

UNESCO Unesco Institute for Statistics. (2012). *International Standard Classification of Education: ISCED 2011*. UNESCO Institute for Statistics.

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