

**EEN NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN
EN VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK**

**BASISRAPPORT: GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGEDRAG
IN DE PRAKTIJKPOPULATIE**

M. Foets
H. Sixma

maart 1991

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT
Telefoon: 030 - 319946

Basisrapporten Nationale Studie

- I Meetinstrumenten en procedures
- II Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie
- III Morbiditeit in de huisartspraktijk
- IV Verrichtingen in de huisartspraktijk

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Nationale

Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. -
Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg (NIVEL)

Basisrapport: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie /
M. Foets, H. Sixma.

ISBN 90-6905-148-6

Trefwoorden: huisartsgeneeskunde ; onderzoek / patiënten ;
gedrag ; onderzoek.

Typewerk:	Ria Karamat Ali
Vormgeving:	Contekst vof, Zwijndrecht
Omslag:	Mieke Cornelius
Drukwerk:	Drukkerij Post

VOORWOORD

Het basisrapport: 'Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie' maakt deel uit van een serie van vier basisrapporten rond de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In het eerste rapport 'Meetinstrumenten en Procedures' is een wetenschappelijke verantwoording gegeven van de opzet en uitvoering van de studie, waarbij uitvoerig is stilgestaan bij een groot aantal methodologische onderwerpen. De rapporten drie en vier gaan in op respectievelijk de morbiditeit en de verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk.

De inhoud van dit rapport heeft betrekking op gezondheid en gezondheidsgedrag bij de bevolking van Nederland. Via een steekproef van ruim 13.000 personen, afkomstig uit de huisartspraktijken die aan de Nationale Studie hebben deelgenomen, zijn gegevens verzameld over de ervaren gezondheids-toestand, houdingen ten aanzien van ziekte en gezondheid, leefstijlen en mate waarin een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg en de gezondheidszorgvoorzieningen. De enquêtes zijn afgenomen in de periode tussen juni 1987 en maart 1988. De gegevens uit dit bevolkingsonderzoek worden in onderhavig rapport gepresenteerd. De toelichting bij de tabellen is kort gehouden; het betreft een rechttoe-rechtaan presentatie van de belangrijkste bevindingen uit het bevolkingsonderzoek, zonder dat verbanden worden gelegd naar de andere deelonderzoeken van de Nationale Studie of naar vergelijkbare bevolkingsonderzoeken zoals de CBS-gezondheidsenquête. Het rapport moet derhalve vooral worden gezien als een referentiepunt voor onderzoekers en beleidsmakers, waarin vele basisgegevens over de gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen op populatieniveau zijn terug te vinden. Dit betekent ook dat in dit rapport geen plaats is voor uitgebreide analyses. Deze zullen vooral plaatsvinden in de artikelen die, voortvloeiend uit de Nationale Studie, in de toekomst zullen verschijnen. Evenmin wordt in dit rapport een uitgebreide verantwoording gegeven van de vele meetinstrumenten waarvan gebruik is gemaakt. Hiervoor zij verwezen naar het basisrapport 'Meetinstrumenten en Procedures'.

Utrecht, januari 1991

Met dank aan degenen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport:

- André Zijdenbos en Marijke Hilbink: voor de organisatie van de materiaalverzameling
- Paul van Leeuwen, Harald Abrahamse, Henk Jan van Vliet: voor de dataverwerking

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1. Achtergronden van de Nationale Studie en plaatsbepaling van de patiëntenquête	1
1.2. De opbouw van de patiëntenquête	3
1.2.1. Morbiditeitsindicatoren	4
1.2.2. Ziektegedrag en medische consumptie	5
1.2.3. Sociaal-demografische variabelen	5
1.2.4. Indicatoren en gezondheidsattent gedrag	5
1.2.5. Meninge en attitudes	6
1.2.6. Netwerken, sociale steun en life events	6
1.2.7. Respons en dagboeken	6
1.3. Doelstelling van het rapport en presentatie van de gegevens	7
2. STEEKPROEF, RESPONS EN REPRESENTATIVITEIT	11
Inleiding	11
2.1. De steekproeftrekking en de respons	11
2.2. De consequenties van de steekproefprocedure	14
3. MENINGEN EN ATTITUDES OVER DE GEZONDHEID EN HET GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSVoorzieningen	17
Inleiding	17
3.1. Waardering van de huisarts	17
3.1.1. Bereikbaarheid	17
3.1.2. Informatief en communicatief optreden	19
3.1.3. Meninge over het verwijs- en voorschrijfgedrag	20
3.2. De gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie: health locus of control	20
3.3. Medische hulp bij alledaagse aandoeningen	24
4. GEZONDHEIDSGEDRAG	27
Inleiding	27
4.1. Gebruik van tabak	27
4.2. Gebruik van alcohol	29
4.3. Uren slaap	31
4.4. Sportactiviteiten	32
4.5. Voedingsgewoonten	35

- vervolg inhoudsopgave -

5. INDICATOREN VOOR MORBIDITEIT	41
Inleiding	41
5.1. Inschatting van de eigen gezondheid	41
5.2. Acute klachten	42
5.3. Chronische aandoeningen	46
5.4. Beperkingen in het dagelijks functioneren	50
5.5. Geestelijke gezondheid	54
5.6. Psycho-sociale problematiek	58
5.7. Ziekteverzuim en het niet uitoefenen van de dagelijkse bezigheden	60
6. HET GEBRUIK VAN MEDISCHE VOORZIENINGEN	67
6.1. Het gebruik van disciplines in de eerstelijnszorg	67
6.1.1. Contacten met de huisarts	67
6.1.2. Contacten met de fysiotherapeut	71
6.1.3. Contacten met de wijkverpleging	74
6.1.4. Contacten met de tandarts	77
6.1.5. Contacten met overige eerstelijnsvoorzieningen	79
6.2. Het gebruik van tweedelijnsdisciplines	80
6.2.1. Contacten met medisch-specialisten	80
6.2.2. Opnames in zieken- en verpleeghuizen	85
6.3. Contacten met de Geestelijke Gezondheidszorg	87
6.4. Contacten met alternatieve genezers	89
6.5. Het gebruik van medicijnen	91
6.5.1. Op voorschrift verkrijgbare medicijnen	91
6.5.2. Vrij verkrijgbare medicijnen	95
7. SAMENVATTING	97
7.1. Mening en attitudes respondenten	97
7.2. Gezondheidsgedrag	98
7.3. Morbiditeit	98
7.4. Gebruik van voorzieningen	99
8. BIJLAGEN	103
9. LITERATUUR	157

1. INLEIDING

In deze inleiding zal eerst worden ingegaan op de achtergronden van het onderzoek naar 'Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk' in het algemeen en de daaraan verbonden patiëntenquête in het bijzonder (1.1). Vervolgens zal de opbouw van deze enquête worden toegelicht (1.2). Tenslotte wordt de doelstelling van dit rapport geformuleerd evenals de wijze waarop de gegevens zullen worden gepresenteerd (1.3).

1.1. Achtergronden van de Nationale Studie en plaatsbepaling van de patiëntenquête

achtergronden van de Nationale Studie

Het beleid met betrekking tot de Nederlandse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een aantal karakteristieken. Naast het afremmen van de autonome groei van (de kosten van) de gezondheidszorg en de bevordering van coördinatie, samenwerking en samenhang binnen de gezondheidszorg, vormt verschuiving van zorg een kernbegrip: verschuiving van residentiële zorg naar thuiszorg, van specialistische zorg naar generalistische zorg en van curatieve zorg naar preventieve zorg. Bij de realisatie van dit beleid speelt het afremmen van de hulpvraag aan de zijde van de consument een belangrijke rol. Een beleid dat zelf- en mantelzorg in de eerstelijnsgezondheidszorg wil stimuleren, kan niet functioneren zonder informatie over diezelfde consument in relatie tot het gebruik van deze voorzieningen.

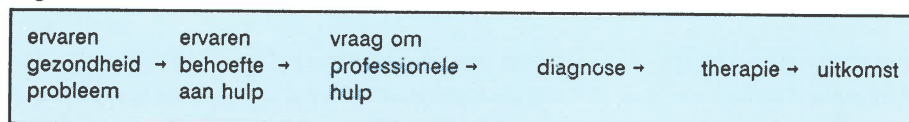
Behalve op de gebruiker van de zorgvoorzieningen, richt het beleid met betrekking tot het functioneren van de gezondheidszorg zich met name op de huisarts. De huisarts is één van de hulpverleners, waarmee een groot deel van de Nederlandse bevolking jaarlijks één of meerdere malen te maken heeft. Daarnaast functioneert de huisarts in de regel als schakel tussen de eerstelijnszorg en het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen zoals de contacten met medisch specialisten. Aandachtspunten met betrekking tot de plaats van de huisarts zijn in belangrijke mate verbonden met kostenaspecten. Enerzijds is het werk van de huisarts zelf in sterke mate verbonden met kosten, zoals bijvoorbeeld via het voorschrijven van medicijnen of het doen van diagnostisch onderzoek. Anderzijds is het voor een belangrijk deel aan de huisarts, in overleg met de patiënt, om te bepalen in welke mate en met welke andere hulpverleners in tweede- en eerstelijns de patiënt in contact treedt.

De Nationale Studie is gericht op het zo volledig en zo systematisch mogelijk verzamelen van gegevens over het werken van de Nederlandse huisarts en de relatie tussen het werken van de huisarts en de behoefte aan zorg bij de populatie. Twee vragen stonden bij de Nationale Studie centraal. De eerste vraag luidde: welke klachten, ziekten en problemen worden in de huisartspraktijk gepresenteerd; de tweede vraag: hoe reageren huisartsen, gegeven deze hulpvraag, op de aangeboden problematiek. Voor de beantwoording van deze vragen vormt een contactregistratie, waarbij door de huisarts voor elk contact

met een patiënt een formulier werd ingevuld met gegevens over de aard van de klachten en de gevolgde behandeling, de hoeksteen. Deze twee vraagstellingen werden naar twee kanten uitgebreid. Ten eerste zijn de factoren die aan de patiëntzijde de presentatie van gezondheidsproblemen beïnvloeden bij het onderzoek betrokken. Ten tweede is gekeken naar de factoren die aan de aanbods zijde de reacties van huisartsen op de aangeboden problematiek beïnvloeden.

Hoewel het hoofdaccent van de Nationale Studie ligt bij de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit en de reactie van de huisarts daarop, nemen de ervaren gezondheid en de ervaren behoefte aan hulp dus binnen de Nationale Studie ook een belangrijke positie in. Zij betreffen de eerste hierboven genoemde uitbreiding. Eén en ander wordt weergegeven in figuur 1.

Figuur 1.:



Om dit hulpverleningsproces in kaart te brengen zijn bij de Nationale Studie gegevens verzameld in het kader van twaalf deelprojecten. Elk deelproject heeft eigen vraagstellingen gericht op zowel de morbiditeit in de huisartspraktijk als op het vlak van de door de huisarts ingevoerde verrichtingen. Een korte beschrijving van elk van deze deelprojecten is terug te vinden in zowel het projectvoorstel voor de Nationale Studie (Foets, van der Velden, van der Zee, 1986) als in het basisrapport 'Meetinstrumenten en procedures' (Foets en van der Velden, 1990). De resultaten van deze deelanalyses zullen meestal in de vorm van artikelen gepubliceerd worden. Daarnaast is er een aantal basisgegevens die als uitgangspunt gebruikt zullen worden voor deze 12 deelprojecten. Deze gegevens worden in drie basisrapporten gepubliceerd. Het gaat hierbij om de morbiditeitsgegevens, om de verrichtingengegevens en om gegevens uit de patiëntenquête. Van deze twaalf deelprojecten is vooral het deelproject 'Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg' van belang als het gaat om de behoefte aan zorg aan de patiëntenkant. Doel van dit project is antwoord te geven op de vraag onder welke condities en voor welke klachten en problemen mensen een beroep doen op de huisarts en andere hulpverleners, alsmede op vragen betreffende de relatie tussen de ervaren gezondheidstoestand en de hulproute die wordt gekozen.

De belangrijkste meetinstrumenten gebruikt in het kader van de Nationale Studie zijn:

- de patiëntregistratie, door middel waarvan een aantal basiskenmerken is vastgelegd van alle patiënten die ingeschreven staan in de aan het onderzoek meewerkende huisartspraktijken;
- de contactregistratie, door middel waarvan een aantal gegevens is vastgelegd over alle contacten tussen patiënt en huisarts dan wel assistente in de registratieperiode;
- de huisartsenquête door middel waarvan informatie is verzameld over rele-

patiëntenquête

vante huisarts- en patiëntkenmerken die niet via de contactregistratie aan bod kunnen komen, met name niet direct patiënt-gebonden werkzaamheden;

- de patiëntenquête door middel waarvan informatie is verzameld over door de patiënt ervaren morbiditeit, over ziektegedrag, medische consumptie en de determinanten ervan; deze enquête is afgenomen bij een steekproef van de ingeschreven patiënten.

Dit laatste meetinstrument, de patiëntenquête, staat in het vervolg van dit rapport centraal en zal in de volgende paragraaf nader worden toegelicht.

1.2. De opbouw van de gezondheidsenquête

doelstellingen patiëntenquête

De klassieke opzet van praktijkstudies waarin wordt gewerkt met contactregistratie bij huisartsen, geeft bij uitstek informatie over de hulpvraag die de huisarts bereikt. Echter, over de klachten en problemen waaraan mensen niets doen, waarmee ze naar andere hulpverleners gaan, of die ze zelf of met behulp van hun omgeving trachten te verhelpen, wordt geen inzicht verkregen. Bovendien beschikt men in deze klassieke praktijkstudies meestal slechts over een beperkt aantal achtergrondkenmerken. Op dit vlak zijn in dit onderzoek al extra inspanningen geleverd, met name in de patiëntregistratie. Echter, door beperkingen aan de omvang van de patiëntregistratie was het niet mogelijk om te vragen naar meer complexe gegevens zoals subjectief ervaren gezondheidstoestand, attitudes, satisfactie en netwerken. Kortom naar diverse factoren die een rol kunnen spelen bij de overgang van een klacht naar een hulpvraag. Om aan beide beperkingen tegemoet te komen is een gezondheidsenquête opgenomen in het onderzoeksdesign van de Nationale Studie.

opbouw patiëntenquête

Bij de opbouw van de patiëntenquête is zoveel mogelijk aangesloten bij de structuur van de CBS-gezondheidsenquête (Van Sonsbeek en Stronkhorst, 1983), dit om vergelijkingsmogelijkheden optimaal te houden. Dit betekent dat het consulteren van de verschillende hulpverleners en gezondheidsvoorzieningen centraal staat, en dat van daaruit is gevraagd naar de redenen die aanleiding zijn tot contacten. Daarnaast is een aantal vragen opgenomen over de gezondheidstoestand.

verschillen met gezondheidsenquête CBS

De belangrijkste methodische en inhoudelijke verschillen tussen deze enquête en de CBS-gezondheidsenquête zijn:

- het CBS enquêteert huishoudens; in de Nationale Studie worden individuele personen geënquêteerd;
- het CBS trekt een steekproef uit de bevolking; in de Nationale Studie is een steekproef getrokken van patiënten ingeschreven bij huisartsen, die meededen aan de studie;
- de indicatoren voor ziekte en gezondheid zijn voor een deel verschillend;
- de vragen over het consulteren van hulpverleners zijn in de Nationale Studie op de meeste punten uitgebreider dan in de CBS-gezondheidsenquête: de vragen behandelen meer soorten hulpverleners en in een aantal gevallen zijn er ook meer vragen per hulpverlener;

- er wordt meer aandacht besteed aan potentieel verklarende factoren van verschillen in ziektegedrag en medische consumptie.

ingewikkelde structuur

De patiëntenquête heeft een ingewikkelde structuur gekregen. Dit is toe te schrijven aan de volgende zaken:

- Er is rekening gehouden met het feit dat bepaalde vragen niet op bepaalde personen van toepassing zijn (bijvoorbeeld zwangerschap bij een vrouw van 65), of dat kinderen onder 15 jaar niet in staat worden geacht alle vragen redelijkerwijs te beantwoorden. In dit laatste geval is gebruik gemaakt van zogenaamde proxi-interviews. Hierbij is één van de ouders of een verzorger van het kind gevraagd om de vragen uit de enquête voor het kind te beantwoorden. Een bijkomende moeilijkheid hierbij is dat een aantal vragen niet relevant is voor kinderen (bijvoorbeeld vragen naar meningen; evaluaties en gegevens over netwerken). Bij andere vragen is ervan uitgegaan dat het er niet toe doet aan wie de vraag wordt gesteld. Dit geldt met name voor de vragen over de huishouding en de woonsituatie.
- Een ander veel voorkomende situatie in deze enquête is het feit dat bepaalde vragen, met name deze over het consulteren van allerlei hulpverleners, alleen relevant zijn wanneer respondenten bij een bepaalde hulpverlener zijn geweest in een bepaalde periode.

referentieperiode

In de enquête wordt, bij alle vragen over morbiditeit, over ziektegedrag en over medische consumptie, gewerkt met referentieperiodes. Referentieperiodes zijn periodes waarop de gestelde vragen betrekking hebben, bijvoorbeeld de afgelopen twee maanden ingeval van contacten met de huisarts. Deze periodes zijn niet voor de hele enquête identiek. Twee omstandigheden spelen hierbij een rol. Ten eerste is zoveel mogelijk aangesloten bij wat gebruikelijk is in ander onderzoek, met name de CBS-enquête. Ten tweede is rekening gehouden met de aard van de vragen: sommige zaken, zoals bijvoorbeeld ziekenhuisopname, of een ernstige aandoening herinnert men zich langer dan andere, zoals hoofdpijn.

zes hoofdcomponenten

De vragenlijst is samengesteld uit zes hoofdcomponenten, te weten: morbiditeitsindicatoren; ziektegedrag en medische consumptie, sociaal-demografische variabelen; indicatoren van gezondheidsattent gedrag; attitudes en meningen; netwerken, sociale steun en levensgebeurtenissen. Hieronder volgt een bespreking per rubriek.

1.2.1. Morbiditeitsindicatoren

morbiditeit

Bij alle in deze enquête opgenomen morbiditeitsindicatoren betreft het de door de respondenten ervaren en gerapporteerde gezondheidstoestand. De subjectieve ervaring van patiënten staat in de patiëntenquête centraal, in tegenstelling tot de contactregistratie waarin de mening van de huisarts centraal staat zoals deze tot uiting komt in diagnose of werkhypothese.

Er bestaat op dit terrein een zeer uitgebreid scala van meetinstrumenten (bijvoorbeeld Kars-Marshall e.a., 1983, Hunt e.a., 1986). Dit hoeft geen verba-

zing te wekken gelet op het ontbreken van eenduidige definities van de begrippen 'ziekte' en 'gezondheid', en gelet op de uiteenlopende doelstellingen waartoe de instrumenten geconstrueerd werden. Deze omstandigheid heeft de keuze er niet eenvoudiger op gemaakt.

De keuze van de in onze enquête opgenomen indicatoren is gebaseerd op de doelstellingen van de diverse deelprojecten, waarbij zoveel mogelijk gebruik is gemaakt van reeds bestaande onderzoeksmethoden. Hierbij worden verschillende dimensies in beschouwing genomen: lichamelijke gezondheidsproblemen en psychiatrische/psychosociale problematiek; acute en chronische aandoeningen. Een volledig overzicht van de gebruikte indicatoren is terug te vinden in het basisrapport 'Meetinstrumenten en Procedures' (Foets en Van der Velden, 1990).

1.2.2. Ziektegedrag en medische consumptie

ziektegedrag en
medische consumptie

Een groot aantal onderdelen van de vragenlijst handelt over zowel de contacten met professionele hulpverleners, als over andere vormen van ziektegedrag. De vragen in deze categorie betreffen de contacten met andere eerstelijns-hulpverleners, de contacten met medisch-specialisten, de contacten met hulpverleners in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de contacten met alternatieve genezers, ziekenhuisopnamen en het geneesmiddelengebruik. Ook hier geeft het basisrapport 'Meetinstrumenten en procedures' een meer uitgebreid overzicht.

1.2.3. Sociaal-demografische variabelen

achtergrondgegevens

Hoewel vanuit de patiëntregistratie al een aantal achtergrondgegevens van patiënten bekend is, is hieraan in de patiëntenquête meer aandacht besteed. In een mondelinge enquête is meer tijd beschikbaar zodat meer vragen gesteld kunnen worden, de controle op de betrouwbaarheid van de antwoorden groter is en meer ingewikkelde vragen gesteld kunnen worden. Daarbij zijn de in de patiëntregistratie opgenomen variabelen bij wijze van controle opnieuw gevraagd, met uitzondering van de gegevens over nationaliteit en etnische achtergrond. Naast gegevens over met name de verzekeringsvorm, de opleiding, het beroep en de woonsituatie, zijn om de sociaal-economische status van de respondenten goed te kunnen bepalen, een aantal vragen opgenomen over opleiding en beroep van het hoofd van het huishouden. Als aanvullende informatie voor de sociaal-economische status is bovendien gevraagd naar het inkomen van het huishouden.

Over de samenstelling van het huishouden is een vraag opgenomen die vrijwel gelijk is aan de door het CBS gevolgde methode. Dit betreft de zogenaamde huishoudbox.

1.2.4. Indicatoren en gezondheidsattent gedrag

riskante leefgewoonten

Het ligt voor de hand dat in een gezondheidsenquête vragen worden gesteld over de mate waarin respondenten er voor hun gezondheid bevorderlijke dan

wel riskante gewoonten op na houden. Aan de orde komen het roken van tabak, het alcoholgebruik, de voedingsgewoonten, de slaapgewoonten en de mate waarin personen sport beoefenen.

1.2.5. Meningen en attitudes

meningen patiënt

Als vijfde component in de patiëntenquête is gevraagd naar opvattingen en attitudes ten aanzien van uiteenlopende zaken. De meeste vragen zijn opgenomen omdat vroeger onderzoek reeds heeft aangetoond dat ze van belang zijn bij ziektegedrag in het algemeen, en bij het consulteren van hulpverleners in het bijzonder. Een eerste reeks vragen heeft betrekking op het gedrag van de huisarts zoals beleefd door de patiënt, waarbij gebruik is gemaakt van een selectie uit een veel langere vragenlijst uit het onderzoek van Cassee (1973). Daarnaast komt de bereikbaarheid van de huisarts aan de orde, met inbegrip van de bereikbaarheid buiten kantooruren, de wachttijden bij contacten met de huisarts en andere hulpverleners en het voorschrijf- en verwijzbeleid. Andere schalen betreffen de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie van respondenten waarbij men meet in welke mate de respondenten denken dat hun gezondheid wordt beïnvloed door henzelf, door de arts of door het toeval (Halfens, 1985) en de verwachtingen van de medische hulpverlening bij alledaagse aandoeningen (Van de Lisdonk, 1985). Deze laatste vragenlijst meet de verwachtingen van patiënten bij veel voorkomende aandoeningen die naar de mening van de arts geen medische zorg vereisen. Verder zijn in deze sectie opgenomen de meningen over zwangerschap en bevalling welke handelen over zaken zoals door wie een zwangerschap het beste begeleid kan worden en waar een bevalling het beste plaats kan vinden. Tenslotte is gevraagd naar de meningen over hulp bij psychosociale problematiek.

1.2.6. Netwerken, sociale steun en life events

sociale netwerken

Een zesde en laatste groep vragen gaat in op de netwerken, sociale steun en belangrijke gebeurtenissen in het leven van respondenten. Met betrekking tot het sociale netwerk zijn in deze vragenlijst vragen opgenomen over de omvang en de samenstelling van een aantal netwerken (gezin, huishouding, verenigingen, vrienden en/of kennissen) van respondenten. Daarnaast is voor elk lid van de huishouding gevraagd naar het geslacht, het geboortejaar en de burgerlijke staat en zijn vragen gesteld over kinderen en ouders. Tevens wordt in de vragenlijst ingegaan op het lidmaatschap van verenigingen, de sociale contacten met andere personen als die behorend tot het huishouden, het hebben van kennissen op het terrein van de gezondheidszorg en spanningsvolle gebeurtenissen die in het leven van respondenten plaatsvinden.

1.2.7. Respons en dagboeken

De vragenlijst bevat tenslotte nog een aantal vragen om de respons en de gang van zaken tijdens de enquête te kunnen evalueren. Deze vragen betreffen:

- reden waarom een gesprek niet heeft plaatsgevonden;
- vragen over de aanwezigheid van andere personen bij het gesprek (vanwege mogelijke beïnvloeding) en over het verloop van het gesprek (prettig - onprettig) (geïnteresseerd of niet).

Aan het eind van het mondelinge gesprek is aan de respondent gevraagd om gedurende de drie daaropvolgende weken een gezondheidsdagboek bij te houden. Het doel hiervan is informatie te verzamelen over:

- gezondheidsklachten die niet resulteren in een contact met een huisarts of met een andere professionele hulpverlener (het zogenaamde ijsbergfenomeen): immers de vragenlijst verschaft ons alleen een goed inzicht in de redenen waarom mensen wél naar een huisarts of naar een andere hulpverlener stappen;
- andere vormen van ziektegedrag dan het consulteren van professionele hulpverleners; weliswaar geeft ook de vragenlijst hierover reeds enige informatie: echter veel beperkter en niet gerelateerd aan klachten.

Bij de samenstelling van het gezondheidsdagboek is vooral gesteund op de ervaring hiermee opgedaan in Nijmegen (Van de Lisdonk, 1985). Voor elke dag is een aparte bladzijde voorzien. Na drie meer algemene vragen over hoe men zich die dag voelt, wordt gevraagd of men die dag klachten over de gezondheid heeft, welke dat waren, hoe men deze klachten heeft beleefd en wat men eraan heeft gedaan. In dit rapport zal het gezondheidsdagboek verder buiten beschouwing blijven.

1.3. Doelstelling van het rapport en presentatie van de gegevens

Het is in het kader van dit basisrapport niet mogelijk, en waarschijnlijk ook niet wenselijk alle verzamelde gegevens te presenteren. De uiteindelijke vragenlijst zoals die is voorgelegd aan de respondenten bevatte circa 200 vragen, waarvan sommige vragen op hun beurt weer in een aantal subvragen waren onderverdeeld. Naast de lengte van de vragenlijst, die resulteerde in een gemiddelde gespreksduur van ruim 1½ uur per interview, geldt dat niet alle afzonderlijke vragen op zichzelf interessant genoeg zijn om de antwoorden hierop integraal weer te geven. Een deel van de gegevens is verzameld om specifieke vraagstellingen, die buiten het kader van dit basisrapport liggen, te kunnen beantwoorden. Op grond van deze twee motieven is besloten tot een verregaande selectie bij de te presenteren gegevens.

De selectie zoals die heeft plaatsgevonden sluit aan op de doelstelling van dit rapport, te weten: 'het beschrijven van en verwerven van inzicht in het ziekte en gezondheidsgedrag van de Nederlandse bevolking en de determinanten voor dit gedrag'.

Deze doelstelling impliceert een rapport met een sterk beschrijvend karakter. Naast een beschrijving van ziekte- en gezondheidsgedrag is gekozen voor een aanpak waarbij een groot aantal determinanten voor ziekte- en gezondheidsgedrag waaronder het gebruik van medische voorzieningen zal worden besproken. Behalve hun belang als determinant, geldt dat deze informatie die in dit rapport gepresenteerd zal worden ook op zichzelf interessant moet zijn.

presentatie naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm

Het is gebruikelijk om gegevens over gezondheid, ziekte en het gebruik van zorgvoorzieningen te presenteren in een vorm waarbij uitspraken over verschillende categorieën personen mogelijk zijn. Voorbeelden hiervan zijn opdelingen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, hoewel natuurlijk ook andere uitsplitsingen mogelijk zijn. De achterliggende gedachte hierbij is dat variabelen zoals hierboven genoemd zowel een direct effect hebben op het gebruik van gezondheidsvoorzieningen, als een indirect effect via bijvoorbeeld het gezondheidsattent gedrag of de ervaren gezondheid.

In dit rapport zal een groot deel van de gegevens worden gepresenteerd naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. De wijze van presentatie maakt het mogelijk dat zowel gekeken kan worden naar de hoofdeffecten van deze (onafhankelijke) variabelen als naar mogelijke interacties. De resultaten van de erbij horende variantie-analyses worden in bijlage A opgenomen en daar op dezelfde wijze genummerd als in de tekst. Hierbij geldt het nodige voorbehoud wanneer de uitkomsten percentages betreffen.

In principe is de mogelijkheid aanwezig om de resultaten niet alleen weer te geven naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm maar ook andere (onafhankelijke) variabelen in de presentatie te betrekken. Hierbij kan gedacht worden aan gegevens over de sociaal-economische positie van mensen (opleiding, inkomen, beroep), kerkelijke gezindte, land van herkomst of nationaliteit. Uiteindelijk is afgezien van een dergelijke opzet. Niet alleen is een dergelijke weergave van resultaten minder gebruikelijk, daarnaast is het niet altijd even duidelijk hoe de verbanden liggen tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen. Bovendien is het aantal relevante, onafhankelijke variabelen aanzienlijk, zodat bij het opnemen van meer dan de drie gekozen persoonskenmerken voorbij zou worden gegaan aan een van de doelen van dit basisrapport te weten: een eenvoudige beschrijving van de onderzoeksresultaten. Meer diepgaande analyses zullen in een andere vorm elders worden gepresenteerd. Naast de opdelingen van een groot aantal afhankelijke variabelen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, zullen voor een deel van de variabelen ook de frequentieverdelingen worden gegeven, met inbegrip van centrum- en spreidingsmaten.

hoofdstukindeling

Dit rapport telt zeven hoofdstukken. In hoofdstuk 2 komen de steekproeftrekking en materiaalverzameling aan de orde. Tevens wordt ingegaan op de consequenties van de opzet voor de analyse. De belangrijkste resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd in de hoofdstukken 3 tot en met 6. In hoofdstuk 3 staan de meningen en attitudes van de ondervraagde populatie centraal. In hoofdstuk 4, 5 en 6 gaat het respectievelijk om leefstijlen en leefgewoonten, de morbiditeit onder de bevolking en het gebruik van voorzieningen. Het rapport wordt afgesloten met een korte samenvatting van de belangrijkste resultaten.

aantal respondenten

Tenslotte nog enkele waarschuwingen in verband met de aantallen respondenten vermeld in de tabellen. De wisselende "N" kan inderdaad tot verwarring aanleiding geven. Zoals nog zal worden toegelicht in hoofdstuk 2 bedraagt het totaal aantal bruikbare enquêtes 13014 stuks. Het gebeurt evenwel vaak dat

de N zoals vermeld in de tabellen hiervan afwijkt. Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te geven, te weten:

- Bepaalde gegevens zijn alleen relevant voor de volwassen respondenten; in deze gevallen worden de kinderen beneden 15 jaar niet in de tabellen opgenomen.
- Missende waarden, met name wanneer de respondenten op bepaalde vragen geen antwoord hebben gegeven: hierdoor is vaak niet voor alle 13014 respondenten informatie beschikbaar.
- Bepaalde vragen zijn slechts gesteld onder bepaalde condities, zodat niet alle respondenten alle vragen voorgelegd kregen (bijvoorbeeld is alleen gevraagd naar de hoeveelheid alcoholgebruik, wanneer respondenten eerder hadden aangegeven alcohol gebruikt te hebben in de 6 maanden die voorafgingen aan het interview).

2. STEEKPROEF, RESPONS EN REPRESENTATIVITEIT

Inleiding

In dit hoofdstuk worden eerst kort de steekproeftrekking en de respons toegelicht (paragraaf 2.1). Daarna wordt stilgestaan bij de gevolgen van de gevolgde steekproefprocedure voor de uitkomsten van de patiëntenquête (paragraaf 2.2).

2.1. De steekproeftrekking en de respons

steekproefprocedure

De steekproef die ten behoeve van de patiëntenquête is ondervraagd werd als volgt samengesteld. Uit het patiëntenbestand van elke huisarts die aan de contactregistratie in het kader van de Nationale Studie heeft meegewerkt werd een aselechte steekproef getrokken van 100 patiënten. De huisartsen die hebben meegewerkt aan de Nationale Studie vormden een aselechte niet-proportionele gestratificeerde steekproef uit de gehele populatie van Nederlandse huisartsen. De stratificatievariabelen waren regio, urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis. De patiëntensteekproef is dus als het ware een getrapte steekproef. In principe werden deze steekproeven per huisarts getrokken. In niet-solo-praktijken, waarbij het niet mogelijk was om per huisarts aparte patiëntenbestanden samen te stellen, werd de steekproef getrokken uit het totale patiëntenbestand van de praktijk. De steekproefomvang werd dan in principe bepaald door het aantal artsen werkzaam in de praktijk. Een uitgebreide beschrijving van deze steekproefprocedure wordt gegeven in het basisrapport 'Meetinstrumenten en Procedures' (Foets en Van der Velden, 1990).

dataverzameling en respons

De contactregistratie vond plaats in vier aansluitende periodes van drie maanden (tussen april 1987 en maart 1988) zodat de 161 huisartsen over deze vier periodes verdeeld werden. De interviews ten behoeve van de patiëntenquête zijn eveneens gehouden in vier periodes die aansloten op de vier registratieperiodes in de huisartspraktijk. De enquêtes werden afgenomen telkens na de eerste twee registratiemaanden: de referentieperiode van de vragen naar contacten met de huisarts was immers ook op twee maanden vastgesteld, zodat een optimale vergelijkbaarheid aanwezig is. De totale steekproefomvang bedroeg bruto 17.344 patiënten. Na screening bleven er nog 17.047 patiënten over, waarvan er 13.066 (76,7%) aan de enquête hebben meegewerkt. Uiteindelijk waren 13.014 enquêtes bruikbaar voor verdere analyses.

De dataverzameling is uitbesteed aan een extern bureau, namelijk NSS-Marktonderzoek. Een beschrijving van de gang van zaken wordt eveneens in het basisrapport 'Meetinstrumenten en Procedures' gegeven. De mondelinge enquête nam gemiddeld ruim 1½ uur in beslag. In de gevallen waarin de te ondervragen persoon jonger was dan 15 jaar werd er een zogenaamde proxigesprek gevoerd: dit hield in dat het gesprek met één van de ouders of

verzorger over de desbetreffende persoon werd gevoerd. Voor de medewerking aan het onderzoek kregen de respondenten een kleine attentie. De enquête werd bij de patiënten geïntroduceerd door middel van een brief van hun huisarts. Deze brief, samen met het overhandigen van presentje, hebben bijgedragen tot een relatief hoge respons van ruim 75%. Tabel 2.1. geeft de respons per periode.

Tabel 2.1.: Steekproefomvang en respons in de patiëntenquête, per periode en totaal

	periode 1		periode 2		periode 3		periode 4		totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
brutosteekproef	4465		4264		4555		4058		17342	
nettosteekproef	4374	100	4212	100	4444	100	4017	100	17047	100
gesprek gevoerd	3297	75,4	3255	77,3	3337	75,1	3177	79,1	13066	76,6

De belangrijkste redenen om niet mee te werken kunnen in twee grote categorieën ondergebracht worden: een eerste groep omvat mensen die duidelijk niet willen of kunnen meewerken (52,8% van het totaal); een tweede groep omvat mensen die om diverse redenen niet bereikbaar zijn (41,8% van het totaal).

De patiëntenquête die in het kader van de Nationale Studie heeft plaatsgevonden betreft dus een aselechte steekproef van patiënten getrokken uit een niet-proportionele gestratificeerde steekproef van Nederlandse huisartsen. De steekproef van patiënten is derhalve trapsgewijs tot stand gekomen. In dit kader stelt zich vooral de vraag welke de consequenties zijn van de hierboven beschreven methode voor de interpretatie van de resultaten.

Wat betreft het getrapte karakter stelt zich de vraag of de uitkomsten van de patiëntenquête verschillen per praktijk. Het gestratificeerd karakter van onze steekproef roept de vraag op naar het verband tussen de stratificatievariabelen en de resultaten van de patiëntenquête. De stratificatie is namelijk bewust ingebracht in het design om verschillen naar regio, urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis zo goed mogelijk te bestuderen. Het zijn deze verschillen die, bij het opzetten van de studie, zó belangwekkend geacht werden dat het steekproefdesign hierop werd afgestemd. Het zijn daarom ook deze verschillen die op de eerste plaats onderzocht moeten worden.

Pas in het licht van de resultaten van een dergelijk onderzoek kan iets meer gezegd worden over de vragen die het niet proportionele karakter van onze steekproef met zich meebrengen. Dit niet proportionele karakter leidt er toe dat de verdeling van onze artsensteekproef en dus ook van onze patiëntensteekproef over de categorieën van de drie stratificatievariabelen niet overeenstemt met de verdeling van de totale huisartsenpopulatie en van de Nederlandse bevolking over deze categorieën. Dit laatste wordt geïllustreerd in tabel 2.2 voor wat betreft "regio" en "urbanisatiegraad". Voor "afstand tot het ziekenhuis" zijn geen gegevens beschikbaar voor de Nederlandse bevolking. Daarnaast speelt differentiële non-respons hierin natuurlijk ook een rol.

aselecte getrapte
steekproef

Tabel 2.2.: Respondenten en Nederlandse populatie naar urbanisatiegraad en regio

	Respondenten		Nederlandse populatie	
	%	N	%	N
Regio				
Noorden	28,7	3739	10,8	1.592.447
Midden	36,1	4695	67,2	9.882.032
Zuiden	35,2	4580	22,1	3.251.074
Urbanisatiegraad				
Grote stad	5,2	672	18,7	2.746.664
Middelgrote stad	15,5	2016	15,3	2.249.133
Verstedelijkt platteland	40,4	5253	35,1	5.161.599
Platteland	39,0	5073	30,9	4.556.133

Hieronder (tabel 2.3 en 2.4) volgt een vergelijking van de respondenten in de patiëntenquête met de Nederlandse bevolking, dit voor wat betreft geslacht en leeftijd.

Tabel 2.3.: Respondenten en Nederlandse bevolking naar geslacht

	Respondenten		Nederlandse bevolking	
	%	N	%	N
mannen	49,7	6469	49,4	7.224.323
vrouwen	50,3	6545	50,6	7.390.802

Tabel 2.4.: Respondenten en Nederlandse bevolking naar leeftijd

	Respondenten		Nederlandse bevolking	
	%	N	%	N
0-14 jaar	17,1	2227	18,8	2.745.515
15-24 jaar	16,2	2108	17,1	2.495.884
25-44 jaar	34,9	4538	31,5	4.600.266
45-64 jaar	21,0	2733	20,3	2.969.446
65+	10,8	1408	12,3	1.804.014

Naar geslacht zijn de verschillen zéér gering. Wat de leeftijd betreft is de leeftijdsgroep van 25-44 jaar licht oververtegenwoordigd bij onze respondenten vergeleken met de Nederlandse bevolking, terwijl de 65-plussers wat ondervertegenwoordigd zijn.

Het standaard-antwoord is dat er gewogen moet worden wil men zogenaamd "representatieve" uitspraken "voor Nederland" kunnen doen. Dit streven naar "één cijfer" voor het hele land staat in principe haaks op ons gestratificeerd onderzoeksdesign. Zeker wanneer er grote verschillen worden gevonden, is de waarde van één enkel cijfer beperkt. Een eenvoudig voorbeeld: wanneer blijkt dat men op het platteland gemiddeld 1x per jaar een specialist bezoekt, en in de grote steden 2x, dan is een gemiddelde van 1,5 niet zo relevant noch wetenschappelijk noch voor het beleid. Zijn de verschillen daarentegen beperkt, dan betekent dit meteen dat weging níet tot beduidend andere uitkomsten zal leiden.

Behalve het invoeren van gewichten om te corrigeren voor de ongelijke kans tot opname in de steekproef, is het tevens gebruikelijk gewichten in te voeren in verband met differentiële non-respons.

2.2. De consequenties van de steekproefprocedure

consequenties steekproefprocedure

In een vooronderzoek is de rol onderzocht van deze hierboven beschreven steekproefprocedure voor de uitkomsten van de patiëntenquête. Omwille van het groot aantal variabelen opgenomen in de enquête is hiertoe een selectie gemaakt, waarbij is gekozen voor een aantal variabelen die voor de Nationale Studie als geheel en voor de patiëntenquête van groot belang zijn. Hierbij is er tevens voor gezorgd dat de verschillende onderdelen van de patiëntenquête vertegenwoordigd zijn. Het vooronderzoek had betrekking op de volgende afhankelijke variabelen:

- a. morbiditeitsindicatoren, met name:
 - een somscore van het aantal gerapporteerde klachten: het gaat hier om de klachten waarvan men last had in de 14 dagen voorafgaand aan het interview;
- b. indicatoren van ziektegedrag en medische consumptie (kortweg 'gedrags-indicatoren'):
 - het huisartsbezoek: de contactfrequentie in de twee maanden voorafgaand aan het interview;
 - het specialistenbezoek: de contactfrequentie in de twee maanden voorafgaand aan het interview;
 - het aantal verzuimdagen in de twee maanden voorafgaand aan het interview; dit wat betreft werk, school of andere dagelijkse bezigheden.
- c. indicatoren van gezondheidsattitudes:
 - de zogenaamde "health locus of control": drie schalen die respectievelijk aangeven in welke mate de respondent van oordeel is dat zijn ziekte of gezondheid door zichzelf, de arts of het toeval wordt bepaald;
 - de zogenaamde "Nijmeegse verwachtingenlijst" die de (on)afhankelijkheid van de huisarts aangeeft.

Voor elke van de geselecteerde afhankelijke variabelen is de variabiliteit in relatie tot de steekproefprocedure nader onderzocht. Dit betekent dat zowel de rol van de praktijken als de rol van de stratificatievariabelen is geanalyseerd hoofdzakelijk door middel van variantie-analyse.

rol van stratificatievariabelen

De belangrijkste conclusie van dit vooronderzoek ten aanzien van de rol van de stratificatievariabelen waren:

- Het belang van de stratificatievariabele "afstand tot het ziekenhuis" is voor de gekozen afhankelijke variabelen zeer beperkt. Alleen in interactie met één (of twee) van de andere stratificatievariabelen speelt deze factor af en toe een rol.
- De resultaten van de analyses zijn duidelijk anders voor de morbiditeits- en gedragsindicatoren dan voor de attitude-variabelen. Bij de gezondheidsattitudes zijn er meer significante effecten te vinden, maar de verschillen zijn zeer klein en nauwelijks interpreteerbaar.
- Wat deze attitude-variabelen betreft is de enig mogelijke conclusie - afgezien van de kleine verschillen - dat regio waarschijnlijk de belangrijkste stratificatievariabele is, omdat het als enige een veel voorkomend significant hoofdeffect heeft. Dit is wellicht niet echt verbazingwekkend: regio is als stratificatievariabele in het design gebracht omdat met regio culturele verschillen samengaan: deze culturele verschillen worden mogelijk weerspiegeld in verschillende attitudes. In het Zuiden zijn de verwachtingen ten aanzien van de huisarts lager, en brengt men gezondheid minder in verband met de arts, het toeval of met eigen verantwoordelijkheid. In het Noorden brengt men gezondheid meer in verband met toeval en met eigen verantwoordelijkheid; in het Midden zijn de verwachtingen ten aanzien van de arts het hoogst.
- Voor de morbiditeits- en gedragsindicatoren blijken de andere stratificatievariabele - regio en vooral urbanisatiegraad - van belang te zijn. Het aantal klachten, de ghq-score, het verzuim en het huisartsbezoek stijgen met toenemende urbanisatiegraad, zij het dat dit patroon niet steeds en niet helemaal gevolgd wordt in elke regio.

Een analyse van de relatie tussen stratificatievariabelen enerzijds, de achtergrondvariabelen geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm anderzijds, bracht weinig dan wel moeilijk interpreteerbare verbanden aan het licht. Toch werden de relaties tussen stratificatievariabelen en afhankelijke variabelen opnieuw bekeken, gecontroleerd voor de achtergrondvariabelen. Dit leidde niet tot wezenlijk andere inzichten.

rol van praktijken

Wat betreft de rol van de praktijken is onderzocht of er verschillen in de afhankelijke variabelen blijven bestaan, als gecorrigeerd wordt voor de invloed van de stratificatievariabelen. De meeste uitkomsten van de patiëntenquête blijven inderdaad variëren per praktijk, na correctie voor de invloed van regio, urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis. Uitzonderingen hierop zijn het specialistenbezoek (beide opgenomen variabelen) en het aantal verzuimdagen. Overigens werden ook praktijkverschillen gevonden wat betreft leeftijd en verzekeringsvorm, niet wat betreft geslacht.

achtergronds- en afhankelijke variabelen

Tenslotte is gekeken naar de netto-correlaties tussen achtergrondkenmerken en afhankelijke variabelen. Met netto-correlaties wordt bedoeld dat de invloed van de praktijken en van de stratificatievariabelen is uitgeschakeld. De correlaties tussen de achtergrondvariabelen en de afhankelijke variabelen zijn niet sterk. Vrouwen formuleren meer klachten en scoren hoger op de ghq dan

mannen. Tussen leeftijd en drie van de vier in het vooronderzoek opgenomen attitude-variabelen bestaat een negatief verband. Het betreft hier de attitudes waarbij de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid buiten het individu zelf gezocht wordt (iets/toeval). Tussen leeftijd en de overige afhankelijke variabelen werden nauwelijks relaties aangetroffen, deels toe te schrijven aan het feit dat de verbanden niet-lineair zijn.

weging

Zoals reeds eerder gezegd zullen de in de volgende hoofdstukken te presenteren data steeds worden weergegeven naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. Wil men daarnaast ook één landelijk representatief cijfer, dan is weging noodzakelijk gelet op de resultaten van het vooronderzoek. Voor de meeste in de volgende hoofdstukken te presenteren resultaten zal tevens zo'n gecorrigeerd cijfer gegeven worden. In dit gecorrigeerde cijfer worden de oorspronkelijke waarden gewogen naar regio en urbanisatiegraad en naar geslacht en leeftijd. Correctie voor verzekeringsvorm is niet mogelijk omdat de gegevens hierover voor de Nederlandse populatie niet bestaan, althans niet naar regio en urbanisatiegraad. De matrix met weefactoren is in bijlage B opgenomen.

3. MENINGEN EN ATTITUDES OVER DE GEZONDHEID EN HET GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSVORZIENINGEN

Inleiding

meningen en attitudes van patiënten

Meningen en attitudes over gezondheid en over het gebruik van gezondheidsvoorzieningen kunnen een rol spelen bij beslissingen over gezondheidsbevorderend gedrag en over de consultatie van hulpverleners. In de patiëntenquête is een aantal vragen opgenomen die deze meningen en attitudes weergeven. In paragraaf 3.1 staat de waardering voor de huisarts centraal. Achtereenvolgens worden behandeld: de bereikbaarheid van de huisarts, de mening van patiënten over het informatieve en communicatieve optreden van de huisarts en de mening over het verwijz- en voorschrijfgedrag van de huisarts. In paragraaf 3.2 komt de 'health locus of control' aan de orde, die een indicator is voor het oordeel van de patiënten over de mate waarin de huisarts, de eigen persoon of het toeval van invloed is op de gezondheid. In paragraaf 3.3 tenslotte gaat het over de verwachtingen van patiënten bij een aantal veel voorkomende aandoeningen die naar de mening van huisartsen in het algemeen geen medische zorg vereisen.

De hieronder gepresenteerde gegevens hebben betrekking op personen van 15 jaar en ouder. Van kinderen beneden deze leeftijd mag niet verwacht worden dat zij reeds een eigen mening gevormd hebben over de onderwerpen die hier aan de orde zijn. Bij het afnemen van de interviews zijn de antwoorden voor kinderen jonger dan 15 jaar gegeven door de ouders of verzorgers. Mening en oordelen weerspiegelen in dat geval het denken van de ouders of verzorgers en niet de mening van het kind.

Een aantal van de in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens betreffen uitspraken die behoren tot een schaal. Waar dit het geval is worden de gegevens in gereduceerde vorm, namelijk in een somscore, gepresenteerd naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. Bij de afzonderlijke uitspraken blijven deze verdelingen achterwege.

3.1. Waardering van de huisarts

In deze paragraaf komen aan de orde de bereikbaarheid van de huisarts in de ogen van patiënten, de oordelen van respondenten over het informatief en communicatief optreden van de huisarts en over het verwijzen en voorschrijven.

3.1.1. Bereikbaarheid

bereikbaarheid van de huisarts

Naar de bereikbaarheid van de huisarts is in de enquête op drie manieren gevraagd. Ten eerste is aan de respondenten gevraagd of men in de afgelopen twee maanden 's avonds, 's nachts of in het weekend de huisarts nodig heeft gehad. Dit bleek het geval te zijn voor 150 van de in totaal ruim 10.000 respon-

denten (= 1,4%). Aan deze respondenten is gevraagd op welke wijze zij contact hebben opgenomen met de huisarts. Van de respondenten die telefonisch contact opnamen (N=118) kreeg 43% direct de huisarts, zijn partner of de assistente aan de lijn; 26% kreeg een waarnemend huisarts aan de lijn. Tabel 3.1 geeft zowel de absolute aantallen als de percentages, van de wijzen waarop buiten de werkuren contact is opgenomen met een huisarts.

Tabel 3.1.: Wijze waarop contact wordt opgenomen met de huisarts 's avonds, 's nachts of in het weekend in percentages en absolute aantallen (N=150)

wijze van contact	%	abs.
per telefoon	78,7	118
rechtstreeks naar spreekuur	6,7	10
buiten spreekuur om naar huisarts	9,3	14
anders	4,0	6
geen huisarts kunnen bereiken	1,3	2
totaal	100	150

Naast de bereikbaarheid bij spoedcontacten in de twee maanden voorafgaand aan het vraaggesprek, is meer algemeen - dat wil zeggen los van een directe behoefte - gevraagd naar oordelen over de bereikbaarheid van de huisarts 's avonds, 's nachts en in weekends en vakantieperiodes. De antwoorden op deze vragen staan in tabel 3.2. Uit de antwoorden blijkt dat weinig respondenten problemen hebben met de bereikbaarheid van de huisarts en dat weinig patiënten zich hierover ongerust maken. Waar men problemen heeft ondervonden, blijft dit meestal beperkt tot 'een enkele keer'; en slechts zelden tot 'meer dan eens'. Een derde en laatste aspect van de bereikbaarheid van de huisarts waarnaar in de patiëntenquête is gevraagd betreft de tijd die men doorgaans moet wachten in de wachtkamer: 42% wacht niet langer dan 10 minuten, 40% wacht tussen de 10 en 20 minuten en 18% wacht langer. De meeste respondenten (85%) vonden de wachttijden niet te lang.

Tabel 3.2.: Meninge n over bereikbaarheid van de huisarts, in percentages

	bijna altijd/ meestal	soms	zelden/ nooit	N
- tijdens de weekends en vakantieperiodes is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	89,4	5,1	5,6	7894
- tijdens de avond en 's nachts is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	90,0	4,7	5,3	7019

informatief
en communicatief
optreden van de huisarts

	ja, meer dan eens	ja, een enkele keer	nooit	N
- heeft het u weleens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens de weekends en vakantieperiodes niet goed te bereiken is?	2,1	7,5	90,4	7892
- heeft het u wel eens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens de nacht en 's avonds niet goed te bereiken is?	1,7	5,8	92,5	7633
- hebt u het wel eens meegemaakt dat uw huisarts geen visite wou maken?	1,1	6,1	92,7	9286

3.1.2. Informatief en communicatief optreden

Behalve een oordeel over de bereikbaarheid hebben de patiënten ook hun mening gegeven over een aantal aspecten die betrekking hebben op het informatieve en het communicatieve optreden van de huisarts. De reacties op de voorgelegde items geeft tabel 3.3.

Tabel 3.3.: Oordelen over het informatief en communicatief optreden van de huisarts, in percentages

	bijna altijd/meestal	soms	zelden/nooit	N
- mijn huisarts legt me precies uit wat me mankeert	82,8	10,4	6,8	9898
- mijn huisarts houdt zijn patiënten op afstand	9,5	8,7	81,8	9816
- mijn huisarts vertelt mij precies wat ik moet doen wanneer ik ziek ben	87,0	7,0	6,0	9593
- mijn huisarts behandelt me als een nummer	4,1	4,0	91,9	10112
- met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten	84,1	6,6	9,2	8601
- mijn huisarts besteedt voldoende tijd aan me	90,8	5,3	3,8	10117
- mijn huisarts vertelt me precies hoe ernstig het is	86,5	6,8	6,6	7679

	ja, meer dan eens	ja een enkele keer	nooit	N
- hebt u wel eens het gevoel dat uw huisarts uw problemen niet voldoende au serieux nam?	4,6	12,7	82,7	9662

Uit de antwoorden, weergegeven in tabel 3.3, blijkt opnieuw een positief oordeel over deze specifieke vaardigheden van de huisarts, zij het dat in vergelijking tot de bereikbaarheid dit positieve oordeel wat minder uitgesproken is.

3.1.3. Meningingen over het verwijfs- en voorschrijfgedrag

verwijs- en voorschrijfgedrag van de huisarts

Tenslotte zijn voor wat het werken van de huisarts betreft oordelen van de huisarts verkregen over het verwijzen naar medisch-specialisten en het voorschrijven van medicijnen. Deze oordelen staan vermeld in tabel 3.4. Slechts weinig patiënten vinden dat hun huisarts wel eens te snel verwijst of te snel medicijnen voorschrijft. Ruim 10% van de respondenten heeft meegemaakt dat de huisarts geen geneesmiddel heeft voorgeschreven op het moment dat de betreffende persoon een dergelijk middel wel meende nodig te hebben.

Tabel 3.4.: Meningingen over het verwijfs- en voorschrijfgedrag van de huisarts, in percentages

	ja, meer dan eens	ja een enkele keer	nooit	N
- verwijst uw huisarts u wel eens te snel naar een specialist?	0,6	3,4	96,1	8652
- schrijft uw huisarts u wel eens medicijnen voor wanneer u dat niet nodig vond?	1,0	6,4	92,6	9360
- schrijft uw huisarts wel eens geen geneesmiddel voor wanneer u vond dat het wel nodig was	1,0	10,5	88,5	9147

3.2. De gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie: health locus of control

health locus of control

De achttien items die samen de 'health locus of control' schaal, ofwel de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie, vormen, meten in welke mate de respondenten denken dat hun gezondheid wordt beïnvloed door henzelf, door de arts of door het toeval (Halfens, 1985). In tabel 3.5 zijn de items geordend per deelschaal zoals die door Halfens zijn onderscheiden. De eerste zes items betreffen de mate waarin de respondent denkt de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden. De volgende zes items geven aan welke rol men toebedeelt aan een arts, terwijl de laatste zes items de rol van het toeval weergeven.

In de vragenlijst waren er zes antwoordcategorieën voorzien van 'dat is beslist zo' tot 'dat is beslist niet zo'. In tabel 3.5 zijn de antwoordmogelijkheden 'dat is beslist zo', 'dat is zo' en 'dat is eigenlijk wel zo' samengevoegd.

Via factoranalyse (principale componentenanalyse) is onderzocht of de drie oorspronkelijke dimensies van de schaal ook in het hier gepresenteerde materiaal aanwezig zijn. Dit blijkt het geval te zijn. De drie factoren, met als

achterliggende dimensies: eigen invloed, oriëntatie op arts, oriëntatie op toeval, hebben elk een eigenwaarde groter dan 1 (respectievelijk 2,53; 4,34; 1,62) en zijn opgebouwd uit de bekende items. Tezamen verklaren deze factoren bijna 50% van de aanwezige variantie. De schalen die op basis van de drie factoren kunnen worden opgesteld hebben hoge betrouwbaarheidscoëfficiënten (respectievelijk 0,76; 0,81; 0,71), hetgeen voldoende is om van een schaal te mogen spreken.

Tabel 3.5.: Oordelen over gezondheid en de rol van de patiënt, de arts of het toeval, in percentages

	% dat is zo	N
1 als ik ziek ben, ligt het aan mijzelf hoe snel ik beter word	55,1	10587
2 als ik goed voor mijzelf zorg, kan ik ziekte voorkomen	67,1	10564
3 als ik ziek word, dan is dat mijn eigen schuld	11,1	10560
4 mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe	73,3	10568
5 ik heb mijn gezondheid in eigen hand	49,9	10563
6 het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen	57,0	10536
7 als ik van een ziekte herstel, heb ik dit toch vooral te danken aan mijn arts	51,0	10536
8 als ik me niet goed voel, moet ik eigenlijk een arts raadplegen	58,6	10560
9 wat betreft mijn gezondheid kan ik alleen maar doen wat de dokter mij zegt	36,9	10574
10 artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet	27,3	10536
11 artsen bepalen mijn gezondheid	14,5	10545
12 de beste manier om ziekte te voorkomen is, regelmatig de huisarts raadplegen	28,4	10594
13 wat ik ook doe, ziek word ik toch	31,1	10604
14 mijn goede gezondheid is grotendeels een kwestie van aanleg of geluk	63,2	10539
15 hoe snel ik van een ziekte zal genezen, wordt grotendeels door geluk bepaald	28,4	10557
16 de meeste dingen waardoor ik ziek word, overkomen mij bij toeval	53,2	10533
17 of ik gezond blijf, is een kwestie van toevallige gebeurtenissen	43,3	10527
18 als ik ziek word, dan word ik het toch, daar kan niemand iets aan doen	60,5	10576

De individuele schaalscores, na sommering over de zes items per schaal, variëren van 6 (sterk georiënteerd op de betreffende dimensie) tot 36 (zwak georiënteerd op de betreffende dimensie). De frequentieverdeling van de somscores van alle respondenten van 15 jaar en ouder op de drie dimensies van de 'health locus of control' schaal staat weergegeven in tabel 3.6.

Tabel 3.6.: Frequentieverdeling somscores 'health locus of control' oriëntaties, in absolute aantallen en percentages (N = 10555, 10562, 10552)

somscore	interne-oriëntatie		arts-oriëntatie		kans-oriëntatie	
	%	abs.	%	abs.	%	abs.
6	0,3	27	0,4	45	0,2	17
7	0,2	17	0,1	14	0,2	16
8	0,2	22	0,2	26	0,1	14
9	0,4	46	0,3	35	0,2	21
10	0,7	76	0,5	52	0,4	47
11	1,2	127	0,6	61	0,9	91
12	2,1	221	1,7	178	2,0	215
13	2,2	228	1,4	151	1,8	192
14	3,6	380	1,7	180	2,3	246
15	5,1	538	2,1	225	3,3	348
16	5,4	574	2,5	263	3,6	382
17	5,3	561	2,5	269	4,3	455
18	7,4	777	3,8	399	5,7	604
19	6,6	700	3,6	378	5,8	613
20	7,9	833	4,3	458	5,9	622
21	7,2	755	5,6	595	7,0	740
22	6,5	683	6,0	634	7,5	792
23	6,1	644	6,0	629	6,6	701
24	6,3	666	7,5	792	6,9	723
25	5,0	533	6,5	688	6,1	640
26	4,2	446	6,6	692	5,9	623
27	4,0	426	6,5	685	5,4	566
28	3,3	350	5,6	588	4,7	494
29	2,1	226	5,2	557	3,2	338
30	2,3	239	5,9	628	3,0	319
31	1,5	158	3,6	382	2,3	246
32	0,9	97	2,8	292	1,6	165
33	0,5	57	2,4	257	0,9	98
34	0,5	55	1,4	152	0,9	93
35	0,4	38	1,2	131	0,5	58
36	0,5	55	1,2	126	0,7	73
rekenkundig gemiddelde		20,975		23,992		22,329
standaard deviatie		5,386		5,890		5,492
scheefheid		0,171		-0,374		-0,024

Tabel 3.7 geeft vervolgens de gemiddelde scores voor deze respondenten, verdeeld naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. De scores op de artsoriëntatie en op de kansoriëntatie nemen licht af met het stijgen van de leeftijd, terwijl de scores op de interne oriëntatie iets toenemen met de leeftijd. Wat geslacht betreft liggen de scores iets hoger bij vrouwen dan bij mannen voor wat betreft de interne oriëntatie en de artsoriëntatie; bij de kansoriëntatie scoren de mannen iets hoger. Wat tenslotte de verzekeringsvorm betreft tenslotte hebben de ziekenfondspatiënten gemiddeld iets lagere scores dan de particuliere patiënten.

Tabel 3.7.: Health locus of control: gemiddelde scores naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 10483, 10489, 10479)

		15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
interne oriëntatie						
particulier	man	19,65	20,57	21,53	21,80	20,83
	vrouw	20,67	21,40	22,27	23,06	21,72
	subtotaal	20,16	20,96	21,86	22,48	21,25
ziekenfonds	man	19,43	20,26	21,58	20,90	20,50
	vrouw	21,23	20,83	21,59	21,34	21,17
	subtotaal	20,37	20,55	21,59	21,15	20,85
totaal	man	19,50	20,37	21,56	21,18	20,62
	vrouw	21,08	21,02	21,81	21,79	21,34
	totaal	20,31	20,69	21,68	21,53	20,98
gecorrigeerd totaal						20,76
arts-oriëntatie						
particulier	man	26,67	26,44	24,26	20,57	25,24
	vrouw	26,78	26,48	23,76	22,06	25,26
	subtotaal	26,72	26,46	24,04	21,37	25,25
ziekenfonds	man	25,32	24,63	21,21	19,16	23,25
	vrouw	25,80	24,93	21,59	19,69	23,50
	subtotaal	25,57	24,79	21,40	19,47	23,38
totaal	man	25,70	25,29	22,37	19,59	23,94
	vrouw	26,06	25,43	22,29	20,32	24,03
	totaal	25,88	25,36	22,33	20,01	23,99
gecorrigeerd totaal						23,98
kansoriëntatie						
particulier	man	24,46	24,12	22,84	20,50	23,43
	vrouw	23,95	23,50	21,84	21,07	22,84
	subtotaal	24,21	23,83	22,40	20,81	23,15
ziekenfonds	man	23,59	22,53	20,84	20,00	22,04
	vrouw	23,94	22,45	20,61	19,49	21,85
	subtotaal	23,77	22,49	20,72	19,70	21,93
totaal	man	23,84	23,11	21,60	20,15	22,51
	vrouw	23,94	22,79	21,01	19,91	22,15
	totaal	23,89	22,95	21,31	20,02	22,33
gecorrigeerd totaal						22,41

3.3. Medische hulp bij alledaagse aandoeningen

Als laatste onderdeel van het hoofdstuk over meningen en attitudes over gezondheid en gezondheidsvoorzieningen komt een in Nijmegen (Van de Lisdonk, 1985) ontwikkelde schaal over medische zorg bij alledaagse aandoeningen aan de orde. Dit gebeurt eerst via de antwoorden op de afzonderlijke schaalitems; vervolgens via somscores.

Respondenten verschillen in hun oordeel over de rol van de (huis)arts bij klachten die naar de mening van huisartsen in het algemeen geen medische zorg vereisen. De mate waarin men geneigd is hulp te zoeken bij de huisarts, zal mede bepalend zijn voor het feitelijk gebruik dat van de betreffende hulpverlener wordt gemaakt. Om te meten of men geneigd is in meer of mindere mate gebruik te maken van de diensten van de huisarts bij alledaagse aandoeningen zijn twaalf items geselecteerd die alle op dit onderwerp betrekking hebben. Deze twaalf items zijn afkomstig uit een in Nijmegen ontwikkeld meetinstrument: de Nijmeegse verwachtingenschaal. De items zijn, op basis van factoranalyse, geselecteerd. Tabel 3.8. geeft de oordelen van de respondenten over de afzonderlijke items. In de vragenlijst waren vijf antwoordcategorieën voorzien van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens'. In tabel 3.8 zijn de antwoordcategorieën 'helemaal mee eens' en 'mee eens' samengevoegd evenals de categorieën 'mee oneens' en 'helemaal mee oneens'.

Factoranalyse wijst uit dat alle in tabel 3.8 gepresenteerde items, met factorloadingen variërend tussen de .57 en .77, laden op één dimensie. Tezamen wordt door de twaalf items 48% van de aanwezige variantie verklaard. Met een betrouwbaarheidscoëfficiënt van $\alpha = .90$ vormen de twaalf items een goede schaal. Naarmate de schaalscore hoger is, zijn de verwachtingen die door de respondent bij de huisarts worden gelegd, met betrekking tot (het handhaven van) de eigen gezondheid, minder sterk en vindt men het meer de eigen verantwoordelijkheid. De verdeling van de somscores op de 'Nijmeegse verwachtingenschaal' is vermeld in tabel 3.9. De gemiddelde somscores naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm staan in tabel 3.10. De somscores nemen af met de leeftijd, liggen iets hoger bij vrouwen dan bij mannen en zijn eveneens hoger bij particuliere dan bij ziekenfondspatiënten.

Tabel 3.8.: Oordelen over het zoeken van hulp bij alledaagse aandoeningen, in percentages

	(hele- maal) mee eens	deels eens/ deels oneens	(hele- maal) mee oneens	N
1 met een middel van de huisarts ben je sneller van diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt	44,4	32,3	23,3	10590
2 kalmerende middelen die de huisarts kan voorschrijven zijn de aangewezen oplossing als je je nerveus en gejaagd voelt	31,3	29,5	39,2	10570
3 een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets dat perse behandeld moet worden	39,5	31,0	29,6	10579
4 als je griep hebt, gaat het sneller over als je de hulp van de huisarts inroept	30,4	25,5	44,2	10573
5 als je je hongerig en moe voelt, helpen versterkende middelen van de huisarts het beste	20,1	28,2	51,8	10534
6 keelpijn kun je om niets over het hoofd te zien beter even aan de huisarts laten zien	39,0	28,3	32,8	10547
7 als je last van je maag hebt, kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet	62,4	23,3	14,3	10572
8 als je hoofdpijn hebt, laat de huisarts je dan nakijken want je kunt wel wat ernstigs mankeren	26,5	32,2	41,3	10543
9 door doktersbehandeling ben je sneller van een moe gevoel in je arm af dan zonder doktersbehandeling	28,3	33,6	38,0	10500
10 als je misselijk bent en moet overgeven, kun je het beste naar de huisarts gaan, want je kunt niet weten wat er achter kan steken	23,3	27,1	49,5	10560
11 voor een verkoudheid kan de huisarts je beter werkzame middelen geven dan je zelf kunt kopen	27,3	24,2	48,4	10583
12 door doktersbehandeling kom je sneller van hoofdpijn af dan wanneer je er zelf wat aan doet	23,9	33,0	43,1	10581

Tabel 3.9.: Frequentieverdeling somscores 'Nijmeegse verwachtingenschaal'; in absolute aantallen en percentages (N = 10488)

som-scores	%	abs.	som-scores	%	abs.
12	0,9	94	37	4,2	443
13	0,2	24	38	4,8	507
14	0,3	33	39	4,2	438
15	0,3	32	40	4,9	509
16	0,5	56	41	4,0	422
17	0,4	42	42	4,4	465
18	0,5	52	43	4,0	423
19	0,4	45	44	4,1	427
20	0,5	52	45	3,4	354
21	0,7	69	46	3,0	310
22	0,8	79	47	2,3	246
23	1,1	117	48	2,6	270
24	2,5	266	49	1,1	119
25	1,9	196	50	1,0	106
26	2,2	226	51	0,6	58
27	2,0	214	52	0,6	68
28	2,6	276	53	0,5	55
29	2,3	239	54	0,5	54
30	3,1	328	55	0,4	40
31	3,1	327	56	0,5	53
32	3,5	368	57	0,2	26
33	3,6	379	58	0,4	37
34	4,4	460	59	0,2	20
35	3,8	398	60	0,5	57
36	5,8	607			
rekenkundig gemiddelde					36,660
standaard deviatie					8,834
scheefheid					-0,224

Tabel 3.10.: Verwachtingen ten aanzien van de huisarts bij veel voorkomende aandoeningen; gemiddelde somscores naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 10417)

		15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	39,35	39,74	35,79	32,72	37,81
	vrouw	40,28	40,83	35,85	34,52	38,62
	subtotaal	39,82	40,25	35,82	33,69	38,20
ziekenfonds	man	37,84	36,91	31,95	31,41	35,20
	vrouw	39,15	38,66	33,84	31,91	36,56
	subtotaal	38,52	37,81	32,93	31,71	35,92
totaal	man	38,26	37,94	33,43	31,82	36,11
	vrouw	39,45	39,35	34,49	32,61	37,19
	totaal	38,88	38,65	33,95	32,27	36,66
gecorrigeerd totaal						36,86

Tabel 4.3.: Gemiddeld aantal sigaretten per dag (geschat) voor respondenten die roken, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=4028)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	(1,00)*	12,42	17,45	18,43	12,35	16,78
	vrouw	(0,00)	11,44	14,16	11,70	7,52	12,82
	subtotaal	(1,00)	11,91	15,94	16,03	10,67	15,07
ziekenfonds	man	(5,60)	13,94	17,69	17,49	13,01	16,49
	vrouw	(4,00)	13,65	15,04	13,46	10,89	14,20
	subtotaal	(5,33)	13,78	16,35	15,87	12,37	15,42
totaal	man	(4,83)	13,63	17,62	17,77	12,87	16,57
	vrouw	(4,00)	13,23	14,82	13,01	10,06	13,86
	totaal	(4,71)	13,42	16,24	15,92	12,00	15,33
gecorrigeerd totaal							15,44

(*) De tussen haakjes vermelde gemiddelden zijn gebaseerd op aantallen kleiner dan 20.

4.2. Gebruik van alcohol

gebruik van alcohol

Naast het roken van tabak, geldt dat ook een overmatig gebruik van alcohol de gezondheid waarschijnlijk niet ten goede komt. Bij alle cijfers geldt de restrictie, dat er vanuit wordt gegaan dat alle respondenten een 'eerlijk' antwoord hebben gegeven. Evenals bij bijvoorbeeld het roken van sigaretten zullen de schattingen van aantallen drinkers en de glazen die worden gedronken, als gevolg van een vertekening in de richting van wat als sociaal wenselijk wordt gezien, eerder te laag dan te hoog zijn. Bij ons onderzoek heeft 64% van de respondenten in de zes maanden voorafgaand aan de enquête alcoholhoudende dranken gebruikt, waarbij kinderen in de leeftijd van 0-14 jaar zijn inbegrepen.

Het percentage respondenten dat alcohol drinkt ligt zoals tabel 4.4 laat zien hoger bij mannen dan bij vrouwen. Het alcoholgebruik stijgt tot aan de leeftijdsgroep van 25-44 jaar om dan weer af te nemen. Het alcoholgebruik ligt bij particulier verzekerden wat hoger dan bij ziekenfondsverzekerden. Van de respondenten die aangeven over een periode van zes maanden voorafgaand aan het interview alcohol te hebben gebruikt, drinkt circa 30% elke dag of nagenoeg elke dag. De resterende 70% drinkt alleen in het weekend, bij speciale gelegenheden of bij combinaties van deze twee mogelijkheden. Van de personen die aangeven alcohol te drinken, drinkt circa 57% van de respondenten gemiddeld minder dan 1 glas per dag. Tussen de 10 en 15% van alle respondenten die alcohol gebruiken geeft aan per dag gemiddeld drie glazen of meer te drinken.

Tabel 4.4.: Percentage respondentent dat alcoholhoudende drank heeft gebruikt in de 6 maanden voorafgaand aan de enquête naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12897)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	2,34	75,87	95,60	88,16	78,26	69,62
	vrouw	0,88	69,96	83,49	74,47	58,14	59,45
	subtotaal	1,65	72,93	89,91	82,06	67,42	64,80
ziekenfonds	man	1,37	80,93	91,79	81,50	73,80	71,30
	vrouw	1,56	67,97	74,24	60,18	42,32	56,36
	subtotaal	1,46	74,21	82,71	70,53	55,39	63,57
totaal	man	1,79	79,48	93,18	84,05	75,17	70,69
	vrouw	1,26	68,51	77,20	64,76	46,57	57,37
	totaal	1,54	73,85	85,17	74,60	58,32	63,99
gecorrigeerd totaal							62,72

Het aantal glazen alcohol, voor degenen die alcohol gebruiken staat weergegeven in tabel 4.5. Hierbij is geen onderscheid gemaakt naar het soort alcohol dat wordt gedronken. Glazen bier of wijn worden bijvoorbeeld gelijk gesteld met een glaasje jenever of sherry.

Tabel 4.5.: Frequentieverdeling van het aantal glazen alcohol gedronken door de personen die aangeven regelmatig of incidenteel alcohol te drinken (N= 7907)

aantal glazen alcohol	% respondentent in steekproef	% respondentent gecorrigeerd
minder dan 1 glas per week	21,3	21,0
1 - 3 glazen per week	14,9	15,0
3 - 6 glazen per week	20,6	19,8
1 - 2 glazen per dag	5,3	5,4
2 - 3 glazen per dag	18,8	18,6
3 - 4 glazen per dag	9,3	9,6
4 - 5 glazen per dag	4,2	4,5
5 - 6 glazen per dag	2,4	2,6
6 - 7 glazen per dag	1,5	1,6
7 - 8 glazen per dag	0,4	0,5
8 - 9 glazen per dag	0,5	0,4
9 - 10 glazen per dag	0,1	0,2
> 10 glazen per dag	0,7	0,7
rekenkundig gemiddelde	1,312	1,347
standaard afwijking	1,770	1,797
scheefheid	3,800	3,673

In tabel 4.6 worden de gemiddelden weergegeven naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm waarbij geen onderscheid is gemaakt naar regelmatige en incidentele alcoholdrinkers. Het gemiddeld aantal glazen alcohol per dag (1,31 voor de steekproefpopulatie) ligt hoger bij mannen dan bij vrouwen en het neemt toe tot de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar om dan weer af te nemen. Wat de verzekeringsvorm betreft zijn er geen significante verschillen.

Tabel 4.6.: Gemiddeld aantal glazen alcohol per dag, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 7855)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	> 64jr	totaal
particulier	man	0,15	1,16	1,85	2,02	1,49	1,77
	vrouw	0,22	0,48	0,91	0,88	0,73	0,82
	subtotaal	0,17	0,84	1,45	1,56	1,15	1,36
ziekenfonds	man	0,83	1,60	2,01	1,60	1,27	1,75
	vrouw	0,06	0,60	0,78	0,76	0,55	0,71
	subtotaal	0,44	1,14	1,45	1,24	0,96	1,29
totaal	man	0,43	1,48	1,95	1,77	1,34	1,76
	vrouw	0,12	0,56	0,83	0,81	0,61	0,75
	totaal	0,31	1,06	1,45	1,37	1,02	1,31
gecorrigeerd totaal							1,35

4.3. Uren slaap

slaapgewoonten

Bij het onderdeel leefstijl en leefgewoonten hebben de respondenten ook aan kunnen geven hoe laat men doorgaans naar bed gaat en opstaat, zowel doordeweeks als in het weekend. Op basis van deze gegevens kan het gemiddeld aantal uren slaap per nacht geschat worden: dit bedraagt 8,79 in de week en 9,27 in het weekend; beide cijfers zijn inclusief de kinderen. Exacte gemiddelden kunnen niet gepresenteerd worden omdat gewerkt is met antwoordklassen. Een overzicht van het aantal uren slaap dat personen nodig hebben geeft tabel 4.7.

Tabel 4.7.: Frequentieverdeling aantal uren slaap op doordeweekse dagen (N= 12833)

aantal uren slaap	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
minder dan 4 uur per nacht	0,1	0,1
4 - 5 uur	0,5	0,6
5 - 6 uur	3,2	3,3
6 - 7 uur	15,4	15,1
7 - 8 uur	31,5	30,1
8 - 9 uur	23,8	23,7
9 - 10 uur	10,0	10,5
10 - 11 uur	6,2	6,7
11 - 12 uur	6,6	7,0
12 uur of meer per dag	2,7	2,8

Uit tabel 4.8 blijkt het gemiddeld aantal uren slaap gedurende de week wat hoger te liggen bij vrouwen dan bij mannen. Particulier verzekerde personen gebruiken wat meer uren slaap dan ziekenfondsverzekerden. In beide gevallen blijven de verschillen echter klein. Laten we de jongste leeftijdsgroep buiten beschouwing, dan zijn ook de verschillen naar leeftijd klein.

Voor het gemiddeld aantal uren slaap in het weekend lopen de resultaten parallel. Een afzonderlijke tabel voor het weekend blijft derhalve achterwege.

Tabel 4.8.: Gemiddeld aantal uren slaap gedurende de week, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12753)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	11,30	8,70	7,62	7,74	8,68	8,68
	vrouw	11,51	8,82	8,07	8,28	8,79	9,03
	subtotaal	11,40	8,76	7,83	7,98	8,74	8,85
ziekenfonds	man	11,45	8,38	7,71	8,13	8,84	8,65
	vrouw	11,56	8,71	8,15	8,50	8,90	8,87
	subtotaal	11,50	8,55	7,94	8,32	8,87	8,76
totaal	man	11,38	8,47	7,68	7,98	8,79	8,66
	vrouw	11,54	8,74	8,12	8,43	8,87	8,92
	totaal	11,45	8,61	7,90	8,20	8,84	8,79
gecorrigeerd totaal							8,83

4.4. Sportactiviteiten

sportbeoefening

Een vierde indicator van gezondheidsattent gedrag is sport; een bezigheid waaraan behalve een positief effect op gezondheid ook risico's kleven. Bijna

40% van de respondenten geeft aan te sporten. Het relatief aantal beoefenaars van sport, opgedeeld naar leeftijd, geslacht en verzekering staat weergegeven in tabel 4.9.

Tabel 4.9.: Percentage respondenten dat sport beoefent naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	54,16	67,83	55,68	32,33	15,76	48,37
	vrouw	57,21	63,03	51,86	34,81	18,60	47,68
	subtotaal	55,59	65,44	53,88	33,44	17,29	48,04
ziekenfonds	man	43,46	53,36	41,81	16,74	11,51	35,77
	vrouw	44,21	44,50	37,05	20,79	14,85	32,98
	subtotaal	43,81	49,76	39,34	18,83	13,46	34,32
totaal	man	48,14	57,50	46,83	22,73	12,81	40,35
	vrouw	49,95	49,48	41,79	25,28	15,86	37,75
	totaal	48,99	53,38	44,30	23,98	14,55	39,05
gecorrigeerd totaal							39,70

Hieruit blijkt dat tot de leeftijdsklassen van 25-44 jaar meer mannen dan vrouwen aan sport doen. Daarna neemt het percentage actieve sporters af en sporten vrouwen wat vaker dan mannen. Particulier verzekerden doen veel meer aan sport dan ziekenfondsverzekerden. Tenslotte neemt het aantal respondenten dat sport beoefent af met het toenemen van de leeftijd. Het hoogste percentage actieve sportbeoefenaars vinden we bij mannen in de leeftijdsgroep van 15-25 jaar. Voor de 65-jarigen en ouder ligt het percentage personen dat actief sport beoefent op minder dan 20%.

In tabel 4.10 vindt men een overzicht van de diverse sporten die de respondenten beoefenen. Omdat een aantal respondenten meerdere sporten beoefent kunnen de percentages niet opgeteld worden. De meest beoefende sporten zijn: zwemmen en waterpolo, zaalsporten zoals basketbal, volleybal, badminton en tennis. Gymnastiek, voetbal, hardlopen, wandelen en joggen alsmede aerobic en fitness nemen met rond de 15% actieve beoefenaars een middenpositie in.

Tabel 4.10.: Soorten sport die beoefend worden (N=5098)

soort sport	%
badminton/squash/tennis	18,3
zaalsporten/basketbal e.a.	13,3
zwemmen/waterpolo	20,4
joggen/hardlopen/wandelen	14,9
aerobic/fitness/dans	14,5
voetbal	15,1
fietsen/wielrennen	10,8
atletiek	0,8
turnen/gymnastiek	15,6
kanoën/roeien/zeilen/surfen	2,7
jiu-jitsu/judo/karate	2,6
boksen/kickboksen	0,2
(water)skien	0,9
hockey	2,5
paardrijden	3,4
golf	0,4
anders	12,4

De respondenten die aan sport doen, doen dit gemiddeld 4 uur per week, zoals tabel 4.11 aangeeft. Van de respondenten die aangeven één of meerdere sporten te beoefenen doet circa 25% dit tot maximaal twee uur per week. Iets minder dan 10% geeft zelfs aan per week 10 uur of meer te sporten. De verdeling van het gemiddeld aantal minuten sport per week naar geslacht, leeftijd en verzekering wordt weergegeven in tabel 4.12.

Tabel 4.11.: Frequentieverdeling aantal uren/minuten per week aan sport besteed, door personen die één of meer sporten beoefenen (N=5098)

aantal uren/minuten	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
0 - 30 minuten	1,6	1,7
30 - 60 minuten	19,6	19,7
60 - 120 minuten	22,2	21,8
2 - 3 uur	16,0	15,7
3 - 4 uur	11,1	10,8
4 - 5 uur	7,6	7,5
5 - 6 uur	5,1	5,0
6 - 7 uur	3,6	3,5
7 - 8 uur	2,8	3,3
8 - 9 uur	1,6	1,6
9 - 10 uur	2,6	2,7
10 uur of meer per week	6,1	6,7

Tabel 4.12.: Gemiddeld aantal minuten sportbeoefening per week, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, voor alle respondenten die sporten (N=5049)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	225,46	336,01	266,16	305,93	292,28	274,78
	vrouw	177,42	213,80	176,56	236,24	274,25	196,12
	subtotaal	202,24	277,36	225,61	273,58	281,83	237,73
ziekenfonds	man	212,14	361,67	297,94	363,16	430,58	309,32
	vrouw	161,21	204,02	175,42	200,38	191,45	183,92
	subtotaal	188,22	286,67	238,25	270,49	274,47	246,44
totaal	man	218,69	352,02	284,25	331,91	378,49	293,70
	vrouw	169,41	207,37	175,87	216,19	217,53	188,92
	totaal	195,21	283,64	233,00	272,01	278,28	242,75
gecorrigeerd totaal							251,18

4.5. Voedingsgewoonten

voedingsgewoonten

Aan voedingsgewoonten is in de enquête in beperkte mate aandacht besteed omdat deze gewoonten nauwelijks goed zijn samen te vatten in enkele vragen. Er zijn vragen gesteld naar het koffiegebruik en het volgen van een dieet. Daarnaast kan, via informatie over lichaamslengte en lichaamsgewicht, worden ingegaan op de mate waarin over- en ondergewicht voorkomen in de onderzoekspopulatie.

koffie

Tabel 4.13.: Percentage koffiedrinkers, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12875)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	8,95	72,28	97,19	96,99	95,11	74,51
	vrouw	7,47	64,89	93,95	96,24	91,12	71,53
	subtotaal	8,26	68,61	95,67	96,66	92,96	73,10
ziekenfonds	man	14,37	79,86	94,84	97,77	95,40	79,94
	vrouw	11,19	73,74	92,20	96,26	92,64	79,25
	subtotaal	12,89	76,67	93,47	96,99	93,78	79,58
totaal	man	12,99	77,69	95,69	97,47	95,33	77,95
	vrouw	9,54	71,37	92,76	96,25	92,23	76,74
	totaal	10,84	74,44	94,22	96,87	93,55	77,34
gecorrigeerd totaal							74,85

Van de bevolking drinkt circa 77% koffie. Dit percentage ligt iets hoger bij mannen dan bij vrouwen en duidelijk hoger bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden. Het percentage koffiedrinkers onder de bevolking van 25 jaar en ouder ligt op meer dan 90%. De exacte percentages staan vermeld in tabel 4.13. De frequentieverdeling van de aantallen koppen koffie die worden gedronken geeft tabel 4.14. Het gemiddeld aantal koppen per dag bedraagt 5,25.

Tabel 4.14.: Frequentieverdeling aantal koppen koffie per dag voor de respondenten die aangeven koffie te drinken (N=10018)

aantal koppen koffie per dag	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1 kop koffie	6,0	6,9
2 koppen koffie	11,2	12,3
3	10,9	11,7
4	17,9	18,6
5	13,0	12,7
6	15,3	14,5
7	5,4	4,9
8	7,7	7,1
9	1,4	1,1
10	6,8	6,1
11	0,3	0,3
12	1,3	1,3
13 koppen koffie of meer	2,8	2,6
rekenkundig gemiddelde	5,248	5,061
standaard afwijking	2,836	2,816
scheefheid	0,768	0,843

Tabel 4.15.: Gemiddeld aantal koppen koffie per dag van personen die koffie drinken naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=9958)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	54-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	1,46	3,62	6,29	5,91	4,24	5,53
	vrouw	1,79	3,56	4,99	4,79	3,59	4,51
	subtotaal	1,60	3,59	5,69	5,41	3,90	5,05
ziekenfonds	man	1,76	4,91	6,44	6,26	4,76	5,79
	vrouw	2,00	4,15	5,56	5,38	3,84	4,95
	subtotaal	1,85	4,53	5,99	5,81	4,23	5,36
totaal	man	1,66	4,57	6,39	6,13	4,60	5,70
	vrouw	1,93	4,01	5,37	5,19	3,78	4,82
	totaal	1,77	4,29	5,89	5,67	4,14	5,26
gecorrigeerd totaal							5,07

In tabel 4.15 ziet men dat mannen meer koppen koffie drinken dan vrouwen, dat het koffiegebruik toeneemt tot de middelbare leeftijd en dan weer afneemt en dat het koffiegebruik gemeten naar het gemiddeld aantal koppen koffie groter is bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden.

dieet

Bij het volgen van een dieet geldt dat bijna 9% van de respondenten op het moment van de enquête één of meerdere vormen van een dieet volgde. Meestal gebeurt het volgen van een dieet op advies van huisarts of specialist, uitgezonderd bij het vermageringsdieet dat vooral op eigen initiatief plaatsvindt. Naast vermageringsdiëten hadden de diëten die werden gevolgd betrekking op met name zoutarm en vetarm eten. Ook werden veel combinaties van diëten gevolgd.

Tabel 4.16 laat zien dat twee keer zoveel vrouwen als mannen een dieet volgen, dat het volgen van een dieet sterk toeneemt met de leeftijd en dat ziekenfondsverzekerden vaker dan particulier verzekerden een dieet volgen.

Tabel 4.16.: Percentage respondenten dat een dieet volgt naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	0,77	1,05	4,03	10,15	18,48	5,47
	vrouw	1,75	4,58	8,39	17,06	26,51	10,04
	subtotaal	1,23	2,81	6,08	13,23	22,81	7,64
ziekenfonds	man	1,80	1,68	3,26	12,88	18,47	6,31
	vrouw	1,90	5,43	8,55	21,34	30,89	12,75
	subtotaal	1,85	3,63	6,00	17,24	25,72	9,65
totaal	man	1,35	1,50	3,54	11,83	18,47	6,00
	vrouw	1,83	5,20	8,50	19,97	29,17	11,87
	totaal	1,58	3,40	6,03	15,83	24,89	8,96
gecorrigeerd totaal							9,05

Quetelet-index

Behalve dat is gevraagd naar de gevolgde diëten, zijn geen gegevens verzameld over eetgewoonten. Wel is het mogelijk om via het lichaamsgewicht en de lichaamslengte, voor elke respondent de zogenaamde Quetelet-waarde uit te rekenen. De formule waarmee Q (=Quetelet) wordt berekend luidt:

$Q = \text{lichaamsgewicht} / (\text{lichaamslengte}/100)^2$ De Quetelet-waarde geeft aan in hoeverre er bij de betreffende persoon sprake is van onder- of overgewicht. Zowel ernstig ondergewicht als ernstig overgewicht zijn risicofactoren als het gaat om de eigen gezondheid van respondenten.

Tabel 4.17 geeft allereerst een overzicht van de Quetelet-waarden in de onderzoekspopulatie. De leeftijdsgroep tot 15 jaar is hier, en ook bij alle volgende tabellen waarin de Quetelet-waarden ter sprake komt, buiten de analyse gehouden. Voor jonge kinderen geldt dat de Quetelet-waarde in hoge mate

onbetrouwbaar kan zijn. Men onderscheidt vijf categorieën die de mate van onder- en overgewicht aanduiden.

Tabel 4.17.: Quetelet-waarden voor alle respondenten van 15 jaar en ouder in categorieën (N=10637)

Quetelet-waarden	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
Q < 20 (ondergewicht)	11,7	11,8
20 ≤ Q < 25 (normaal)	55,1	55,7
25 ≤ Q < 30 (matig overgewicht)	27,4	26,6
30 ≤ Q < 40 (ernstig overgewicht)	5,5	5,6
Q ≥ 40 (gevaarlijk overgewicht)	0,2	0,2
rekenkundig gemiddelde	23,425	23,373
standaard afwijking	3,718	3,737
scheefheid	1,095	1,104

De gemiddelde Quetelet-waarde komt uit op tussen de 23 en 24. Voor bijna 6% van de populatie geldt dat er sprake is van ernstig tot gevaarlijk overgewicht. Aan de andere kant van de schaal, is te zien dat voor circa 12% van de bevolking van 15 jaar en ouder gesproken kan worden van ondergewicht. Ter verduidelijking bij de interpretatie van tabel 4.17 kan worden aangehouden dat een Quetelet-waarde van minder dan 20 duidt op een zekere mate van ondergewicht. Hoe lager de Q-waarde, des te ernstiger de mate van ondergewicht. Een Q-waarde van boven de 25 duidt op overgewicht; boven de 40 is er sprake van gevaarlijk overgewicht.

Tabel 4.18.: Gemiddelde Quetelet-waarden voor respondenten van 15 jaar en ouder, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=10564)

		15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	20,69	23,67	24,60	24,16	23,55
	vrouw	20,47	22,13	23,96	24,64	22,66
	subtotaal	20,58	22,94	24,32	24,42	23,12
ziekenfonds	man	21,63	23,87	25,18	24,59	23,83
	vrouw	21,06	22,69	25,17	25,41	23,38
	subtotaal	21,34	23,26	25,17	25,07	23,59
totaal	man	21,37	23,80	24,96	24,46	23,73
	vrouw	20,90	22,51	24,78	25,20	23,16
	totaal	21,13	23,15	24,87	24,88	23,44
gecorrigeerd totaal						23,38

De gemiddelde Quetelet-waarden, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm zijn vermeld in tabel 4.18. Deze waarden stijgen met de leeftijd tot de periode van 45 tot 65 jaar, om na deze categoriegrens nagenoeg constant te blijven. De Quetelet-waarden voor vrouwen liggen over het geheel genomen wat lager dan voor mannen, en liggen voor ziekenfondsverzekerden wat hoger dan voor particulier verzekerden. De verschillen naar geslacht en verzekeringsvorm zijn echter klein.

5. INDICATOREN VOOR MORBIDITEIT

Inleiding

ervaren gezondheid

De door de bevolking ervaren gezondheid is een belangrijke verklarende variabele als het gaat om verschillen in ziektegedrag en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Voor de ervaren gezondheid zijn in de patiënt-enquête een aantal indicatoren opgenomen, waarbij meerdere dimensies in beschouwing worden genomen.

In de paragraaf (5.1) die volgt op deze inleiding staat de opvatting over de gezondheid in de breedste zin van het woord centraal. Vervolgens wordt in achtereenvolgende paragrafen aandacht geschonken aan deelaspecten van de gezondheid, zoals de mate waarin mensen aangeven last te hebben van acute aandoeningen (paragraaf 5.2), chronische aandoeningen (paragraaf 5.3), beperkingen in het dagelijks functioneren (paragraaf 5.4), psychiatrische problemen (paragraaf 5.5), psycho-sociale problemen (paragraaf 5.6). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin het ziekteverzuim en varianten daarvan aan de orde komen (5.7).

Waar mogelijk hebben de gegevens betrekking op de gehele ondervraagde populatie (5.1, 5.2, 5.3, 5.4 en 5.7). Wanneer het psychiatrische - en psychosociale problematiek betreft worden de resultaten gepresenteerd voor de personen van 15 jaar en ouder (5.5 en 5.6).

5.1. Inschatting van de eigen gezondheid

inschatting eigen gezondheid

Een ruwe indicator voor morbiditeit is het oordeel over de eigen gezondheid. Deze indicator, opgenomen omwille van de vergelijkbaarheid met veel andere onderzoeken, geeft een appreciatie weer van de eigen gezondheidstoestand in algemene zin. Tabel 5.1 geeft de percentageverdeling voor alle respondenten uit ons onderzoek, waarbij voor jonge kinderen in de leeftijdsgroep 0 tot en met 14 jaar de antwoorden zijn gegeven door ouders of verzorgers.

Tabel 5.1.: Inschatting van de eigen gezondheid (N= 13014)

De gezondheid is	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
heel goed	34,4	35,9
goed	50,5	48,9
niet goed, niet slecht	12,5	12,4
slecht	1,8	1,9
heel slecht	0,1	0,2
weet niet/ geen antwoord	0,7	0,7

Het percentage respondentent dat de eigen gezondheid als heel goed of goed beoordeelt komt uit op circa 85%; 15% vindt de eigen gezondheid matig tot zeer slecht.

In tabel 5.2 wordt het percentage respondentent dat de eigen gezondheid (heel) goed vindt weergegeven naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm.

Tabel 5.2.: Percentage respondentent dat de eigen gezondheid goed of heel goed inschat, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	92,84	95,10	93,41	84,96	73,37	89,99
	vrouw	94,98	92,96	91,47	85,98	71,16	89,25
	subtotaal	93,85	94,04	92,50	85,42	72,18	89,64
ziekenfonds	man	92,03	92,86	88,26	64,75	64,51	82,35
	vrouw	95,68	90,56	87,44	69,53	65,02	82,37
	subtotaal	93,73	91,66	87,84	67,21	64,81	82,36
totaal	man	92,39	93,50	90,23	72,51	67,22	85,13
	vrouw	95,37	91,20	88,73	74,79	66,67	84,61
	totaal	93,78	92,32	89,43	73,63	66,90	84,87
gecorrigeerd totaal							84,79

Men ziet duidelijk, dat het positieve oordeel over de gezondheid afneemt met het stijgen van de leeftijd. Tevens ervaart een relatief groter aantal particulier verzekerden dan ziekenfondsverzekerden de eigen gezondheid als goed of heel goed. Tussen mannen en vrouwen zijn er geen verschillen in het eigen oordeel over de gezondheid.

5.2. Acute klachten

acute klachten

Op basis van resultaten van eerder onderzoek is ten behoeve van deze studie een lijst samengesteld van veel voorkomende klachten. De respondentent konden per klacht aangeven of ze, in de veertien dagen voorafgaand aan het interview last hadden gehad van deze klacht.

Tabel 5.3 geeft, in volgorde van voorkomen, een overzicht van deze acute klachten. De meest voorkomende klachten zijn hoofdpijn (28,8% van de respondentent), moeheid (28,2%), hoesten (20,6%), verstopte neus (20,0%) en nervositeit (17,4%).

Tabel 5.3.: Het voorkomen van klachten in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek (N=13014)

soort klacht of aandoening	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
hoofdpijn	28,8	28,3
moeheid	28,2	29,0
hoesten	20,6	21,0
verstopte neus	20,0	21,1
nervositeit	17,4	19,0
rugklachten	15,8	15,4
snel opgewonden zijn	15,1	15,5
slapeloosheid	14,7	15,6
nek/schouderklachten	13,4	13,7
klachten aan been/knie/voet/tenen	12,8	13,1
keelpijn	11,8	12,1
lusteloosheid	11,0	11,6
overmatig transpireren	10,0	9,9
duizeligheid	9,7	9,7
klachten aan arm/hand/vingers/elleboog	9,6	9,4
hoorproblemen	9,1	8,8
buikkrampen	7,6	7,6
benauwdheid	7,5	8,1
agressief gevoel	6,8	7,4
pijn op borst/beklemd gevoel op borst	6,8	6,7
klachten over stoelgang	6,6	6,6
misselijkheid	6,0	6,0
maagzuur	5,9	5,6
oorsuizen	5,6	5,6
koorts	5,3	5,6
gewichtstoename	5,2	5,3
hartkloppingen	5,2	5,5
diarree	5,2	5,2
maagpijn	4,8	4,7
heupklachten	4,7	4,4
oorpijn	4,6	4,6
menstruatieklachten	4,3	4,3
dikke enkels	4,3	4,3
tandpijn	3,6	3,6
braken	3,1	2,9
incontinentie	2,7	2,7
problemen op het werk	2,7	2,9
neusbloeding	2,6	2,5
eetstoornissen	2,5	2,6
gezinsproblemen	2,4	2,7
branderig gevoel bij het plassen	1,8	1,7
anticonceptieproblemen	0,5	0,5
andere klachten	1,1	1,3

De aantallen personen die aangeven last te hebben van één of meer van de genoemde acute problemen zijn voldoende groot om een opsplitsing te maken naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd. Deze opdeling staat weergegeven

in tabel 5.4. De in tabel 5.4 vermelde aantallen betreffen het voorkomen van de betreffende klachten per 1000 personen.

Tabel 5.4.: Het voorkomen van klachten in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd, in promilages (N = 13014 voor geslacht en leeftijd; N = 12931 voor verzekeringsvorm)

last van	m	v	zf	part.	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65+
hoofdpijn	218	58	304	258	145	384	357	275	173
moeheid	223	340	285	276	142	338	316	281	313
hoesten	208	204	218	183	250	290	180	169	165
verstopte neus	203	198	203	196	223	339	203	124	94
nervositeit	129	219	190	144	72	162	172	236	239
rugklachten	141	174	174	125	12	111	175	256	210
snel opgewonden	144	158	165	124	135	130	147	182	161
slapeloosheid	111	182	161	119	62	101	124	226	267
nek/schouderklachten	104	164	147	110	8	79	135	242	201
klachten been/voet/ knie/teen	118	139	142	103	51	116	108	183	230
keelpijn	96	140	121	114	107	174	134	88	61
lusteloosheid	83	137	118	95	65	102	110	136	147
overmatig transpireren	93	108	112	78	39	74	106	170	85
duizeligheid	62	131	111	70	29	119	91	116	151
klachten arm/hand	79	114	105	80	16	52	81	181	176
hoorproblemen	100	83	98	79	53	50	68	129	214
buikkrampen	50	102	84	62	81	107	74	63	57
benauwdheid	75	76	90	48	48	55	63	100	141
agressief gevoel	67	70	78	50	55	74	73	74	56
pijn op borst	65	71	80	45	12	141	68	113	109
klachten stoelgang	32	98	74	49	23	45	67	81	129
misselijkheid	32	87	66	47	43	97	67	42	43
maagzuur	60	59	68	43	4	32	65	96	99
oorsuizen	51	61	63	42	9	38	45	86	135
koorts	47	58	56	46	95	50	46	41	33
gewichtstoename	32	73	59	40	14	40	56	78	69
hartkloppingen	38	67	60	37	3	25	46	97	102
diarree	48	56	56	44	72	56	53	39	37
maagpijn	42	54	53	39	13	46	59	64	46
heupklachten	38	57	53	36	2	10	30	98	135
oorpijn	38	53	50	39	66	43	39	44	43
menstruatieklachten	-	89	51	35	9	77	77	22	1
dikke enkels	19	66	49	30	2	15	24	75	144
tandpijn	35	37	37	35	31	54	45	26	11
braken	24	38	30	21	28	12	16	34	71
incontinentie	17	38	30	21	28	12	16	34	71
problemen op werk	33	20	26	29	3	29	42	16	13
neusbloeding	29	24	27	24	38	40	24	16	13
eetstoornissen	18	32	29	17	47	27	18	18	25
gezinsproblemen	18	29	26	18	8	26	28	30	18
brand gevoel bij plassen	11	25	22	12	5	13	15	27	39
anticonceptie problemen	-	8	6	2	-	8	7	3	4

Het algemene beeld dat uit tabel 5.4 naar voren komt, is dat vrouwen over het geheel genomen aangeven meer last te hebben van de genoemde klachten dan mannen. Hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus particulier verzekerden. Veel van de klachten uit de lijst komen meer voor met het toenemen van de leeftijd, maar toch vertoont het verband met leeftijd vaak ook een ander patroon. Zo geldt voor meerdere klachten, dat ze eerst met leeftijd stijgen en daarna weer afnemen. Sommige klachten dalen zelfs met de leeftijd (bijvoorbeeld koorts en diarree).

Mensen kunnen, over de periode van 14 dagen waarop de vraag naar acute klachten betrekking heeft, last hebben van meerdere klachten. Een overzicht van de aantallen respondenten met één of meerdere klachten geeft tabel 5.5. Ruim 20% van de personen die hebben meegewerkt aan het onderzoek hebben in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek geen last gehad van enige vorm van een van de acute klachten als genoemd in tabel 5.4.

Tabel 5.5.: Frequentieverdeling van het totaal aantal gerapporteerde klachten in een periode van 14 dagen (N=13014)

aantal klachten	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
geen klachten	22,3	21,8
1 klacht	15,8	16,8
2 klachten	12,2	11,9
3	10,7	10,8
4	8,4	8,5
5	6,5	6,3
6	5,4	5,4
7	4,0	4,1
8	3,2	3,3
9	2,5	2,5
10	2,0	2,1
11	1,4	1,3
12	1,1	1,3
13	0,9	0,9
14	0,7	0,7
15	0,7	0,7
> 15 klachten	2,1	2,2
rekenkundig gemiddelde	3,615	3,671
standaard deviatie	3,828	3,873
scheefheid	1,390	1,379

De percentages respondenten, die over een periode van meer dan 14 dagen last hebben van één of meer acute aandoeningen, staan in tabel 5.6 opgedeeld naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm.

Het gemiddeld aantal acute klachten waar respondenten zeggen last van te hebben bedraagt 3,68, maar de verschillen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm zijn aanzienlijk, zoals tabel 5.7 laat zien.

Tabel 5.6.: Percentage respondentent met één of meer acute klachten over 14 dagen, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	60,54	76,57	73,02	72,74	71,74	70,53
	vrouw	63,32	89,44	82,39	84,11	81,86	79,50
	subtotaal	61,85	82,98	77,43	77,81	77,19	74,79
ziekenfonds	man	68,72	75,35	74,79	81,50	78,66	75,70
	vrouw	64,42	85,51	84,84	85,15	84,98	82,35
	subtotaal	66,72	80,63	79,99	83,38	82,35	79,14
totaal	man	65,14	75,70	74,15	78,14	76,54	73,82
	vrouw	63,93	86,57	84,06	84,82	84,14	81,42
	totaal	64,58	81,28	79,12	81,42	80,88	77,64
gecorrigeerd totaal							78,20

Tabel 5.7.: Gemiddeld aantal klachten naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	1,96	2,92	2,64	2,84	2,92	2,59
	vrouw	1,89	4,44	3,72	4,19	4,78	3,62
	subtotaal	1,93	3,68	3,15	3,44	3,92	3,08
ziekenfonds	man	2,50	2,78	3,17	4,29	3,88	3,30
	vrouw	2,23	4,61	4,72	5,56	5,33	4,63
	subtotaal	2,38	3,73	3,97	4,94	4,73	3,99
totaal	man	2,26	2,82	2,98	3,74	3,59	3,04
	vrouw	2,08	4,56	4,40	5,12	5,18	4,30
	totaal	2,18	3,72	3,69	4,41	4,50	3,68
gecorrigeerd totaal							3,74

Het gemiddeld aantal acute klachten stijgt met de leeftijd, is hoger bij vrouwen dan bij mannen en hoger bij ziekenfonds dan bij particulier verzekerden.

5.3. Chronische aandoeningen

chronische aandoeningen

Behalve de mate waarin men over een periode van 14 dagen last heeft gehad van acute klachten, hebben respondenten kunnen aangeven aan welke chronische aandoeningen ze lijden. In tabel 5.8 vindt men een overzicht van de door de respondenten gerapporteerde chronische aandoeningen, waarbij de lijst van aandoeningen is ontleend aan Van den Bos (1989).

Tabel 5.8.: Chronische aandoeningen gepresenteerd door de respondenten (N = 13014)

chronische aandoeningen	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
rugklachten (hernia, ischias)	12,2	11,9
migraine/ernstige hoofdpijn	8,9	8,4
hoge bloeddruk	7,4	7,4
aambeien	7,4	6,8
spataderen	6,8	6,5
chronische huidziekten of eczeem	5,9	6,1
chronische bronchitis	5,6	5,8
hartklachten	4,7	5,0
hooikoorts	4,6	4,9
chronisch maaglijden	3,5	3,5
reuma, artritis, artrose	2,9	3,2
chronische menstruatieklachten/menopauze	2,8	2,7
gevolgen ongeval	2,4	2,4
astma	2,1	2,3
suikerziekte of diabetes	1,8	1,8
chronische nierziekte/nierstenen	1,4	1,4
parkinson/multiple-sclerose/epilepsie	1,2	1,2
galstenen/galblaas-/leverziekten	1,1	1,0
schildklierafwijking	1,1	1,1
prostaatklaften	0,9	0,9
gezwelvorming/kanker/leukemie	0,9	0,8
klachten aan gewrichten	0,8	0,7
aderverkalking	0,5	0,7
vocht achter longen	0,5	0,5
handicap door erfelijke afwijking	0,5	0,5
allergische afwijkingen	0,4	0,4
gehoorafwijkingen	0,4	0,4
nervositeit, gespannen	0,4	0,3
oogklachten	0,3	0,4
open been	0,2	0,2

De toppositie op de lijst van aandoeningen wordt ingenomen door rugklachten, op enige afstand gevolgd door migraine/ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk en aambeien.

In tabel 5.9 wordt een opdeling gegeven naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd. Evenals bij de acute aandoeningen en klachten betreffen de vermelde aantallen de promilages van het voorkomen van alle aandoeningen in de populatie. Ook bij de chronische aandoeningen rapporteren vrouwen meer aandoeningen dan mannen, terwijl hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus particulier verzekerden. Voor de meeste aandoeningen geldt dat de mate van voorkomen toeneemt met het stijgen van de leeftijd. Een deel van de respondenten wordt door meer dan een chronische aandoening geplaagd.

Tabel 5.9.: Het voorkomen van chronische aandoeningen naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd, in promilages (N=13014 voor geslacht en leeftijd, N=12931 voor verzekeringsvorm)

chronische aandoeningen	m	v	zf	part jaar	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64	65+
rugklachten	123	121	137	94	8	49	125	231	192
migraine/ernstige hoofdpijn	61	117	97	74	20	82	112	124	72
hoge bloeddruk	57	91	79	66	0	8	41	158	233
aambeien	61	86	77	67	4	25	100	115	91
spataderen	34	101	71	62	1	13	60	135	153
chronische huidziekte of eczeem	50	67	60	55	53	63	68	49	50
chronische bronchitis	66	46	66	36	61	37	33	69	127
hartklachten	51	42	54	33	5	7	17	90	182
hooikoorts	50	42	44	50	32	76	53	33	23
chronisch maaglijden	36	35	40	27	3	13	36	67	57
reuma,artritis/artrose	18	40	31	24	2	2	11	61	108
chronische menstruatieklachten	-	54	31	21	2	36	37	39	4
gevolgen ongeval	31	16	27	16	7	27	24	28	35
astma	24	18	24	16	23	19	16	22	36
diabetes	14	22	21	12	-	2	6	33	80
chronische nierziekte/nierstenen	17	11	15	11	1	5	13	26	26
parkinson/ms/epilepsie	11	12	14	7	4	7	10	20	22
gal + leverziekten	6	15	12	8	0	2	6	23	24
schildklierafwijking	4	17	11	9	0	3	6	23	24
prostaatklaften	17	-	11	6	-	1	3	16	43
kanker/leukemie	4	13	8	10	1	1	7	16	23
klachten gewrichten	9	7	9	5	2	10	7	8	17
aderverkalking	6	4	6	4	-	-	1	8	31
vocht achter longen	7	3	6	3	2	1	2	6	24
handicap, erfelijk	5	5	5	6	5	5	4	5	9
allergie	5	4	4	5	9	6	4	1	-
gehoorafwijking	5	4	5	3	6	4	3	4	5
nervositeit	3	4	4	2	-	2	5	4	6
oogklachten	4	2	3	3	7	1	1	3	8
open been	2	3	3	1	-	-	-	6	11

In tabel 5.10 staat de frequentieverdeling van de aantallen chronische klachten waarvan mensen zeggen last te hebben, ongeacht de soort aandoening. Het gemiddeld aantal gerapporteerde chronische aandoeningen bedraagt ongeveer één. Ongeveer 50% van de respondenten rapporteert één of meer chronische aandoeningen.

Tabel 5.10.: Frequentieverdeling van het aantal chronische aandoeningen per respondent (N= 13014)

aantal chronische klachten	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
geen chronische aandoeningen	50,2	50,5
1 klacht	26,4	26,1
2 klachten	13,0	12,9
3	5,7	5,7
4	2,6	2,6
5	1,1	1,1
6	0,5	0,5
7	0,3	0,3
8	0,2	0,2
9	0,0	0,0
10	0,0	0,1
> 10 chronische aandoeningen	0,0	0,0
rekenkundig gemiddelde	0,920	0,923
standaard afwijking	1,265	1,283
scheefheid	1,982	2,002

Het percentage personen met één of meer chronische aandoeningen, stijgt met de leeftijd van circa 20% bij de 0 tot 15 jarigen tot 75% bij de personen van 65 jaar en ouder (zie tabel 5.11). Meer vrouwen geven in zijn algemeenheid aan last te hebben van chronische aandoeningen. Hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden in verhouding tot particulier verzekerden.

Tabel 5.11.: Percentage respondenten met één of meer chronische aandoeningen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	> 64jr	totaal
particulier	man	23,79	31,47	40,90	57,52	69,02	41,96
	vrouw	17,25	38,38	52,96	70,56	75,35	49,10
	subtotaal	20,72	34,91	46,57	63,33	72,43	45,35
ziekenfonds	man	27,97	34,31	46,04	70,02	74,34	48,95
	vrouw	20,21	42,04	56,99	70,63	78,50	55,20
	subtotaal	24,36	38,33	51,71	70,33	76,77	52,19
totaal	man	26,14	33,50	44,18	65,22	72,71	46,41
	vrouw	18,90	41,06	55,70	70,61	77,65	53,22
	totaal	22,76	37,38	49,96	67,87	75,53	49,83
gecorrigeerd totaal							49,51

Tabel 5.12 laat vervolgens het gemiddeld aantal chronische aandoeningen zien waarvan mensen zeggen last te hebben, opgedeeld naar leeftijd, geslacht en

verzekeringsvorm. Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen stijgt met de leeftijd, en ligt bij vrouwen wat hoger dan mannen. Ziekenfondsverzekerden rapporteren gemiddeld meer chronische aandoeningen dan particulier verzekerden.

Tabel 5.12.: Gemiddeld aantal chronische aandoeningen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 13014)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	0,29	0,44	0,62	0,94	1,39	0,66
	vrouw	0,22	0,52	0,87	1,43	1,74	0,88
	subtotaal	0,25	0,48	0,74	1,16	1,58	0,76
ziekenfonds	man	0,38	0,46	0,75	1,53	1,77	0,90
	vrouw	0,24	0,62	1,00	1,68	1,92	1,09
	subtotaal	0,31	0,54	0,88	1,61	1,86	1,00
totaal	man	0,34	0,46	0,70	1,30	1,65	0,81
	vrouw	0,23	0,59	0,96	1,60	1,87	1,03
	totaal	0,29	0,53	0,83	1,45	1,78	0,92
gecorrigeerd totaal							0,92

5.4. Beperkingen in het dagelijks functioneren

beperkingen in het functioneren

Ziekten, aandoeningen en handicaps kunnen mensen ernstig beperken in hun dagelijks functioneren. Aan alle respondenten is een lijst voorgelegd met beperkingen. Deze lijst is een aangepaste versie van de OESO-indicator zoals herhaaldelijk opgenomen in de CBS-gezondheidsenquête (Van Sonsbeek, 1988). Bij alle genoemde activiteiten heeft elke respondent aan kunnen geven of men deze activiteit zelfstandig kan uitvoeren, of men het met (grote) moeite kan of dat men het alleen kan met de hulp van anderen.

Tabel 5.13 laat zien welk percentage respondenten een bepaalde activiteit niet zelfstandig of slechts met (grote) moeite kan uitvoeren. In deze tabel zijn alleen de items opgenomen die aan de hele onderzoekspopulatie zijn voorgelegd.

Van de personen die niet of slechts met grote moeite zonder hoorapparaat een gesprek kunnen volgen, kan een meerderheid (54,5%) dit ook niet of slechts met grote moeite met een hoorapparaat. Van de personen die zonder hoorapparaat geen gesprek kunnen voeren kan eveneens een meerderheid (59%) dit niet of slechts met grote moeite met een hoorapparaat. Van de personen die niet zonder bril of contactlenzen de krant kunnen lezen, kan 10,4% dit ook niet of slechts met grote moeite met een bril, contactlenzen of bijvoorbeeld een leesloep. Van de personen die zonder bril of contactlenzen geen gezichten kunnen herkennen van iemand aan de andere kant van de kamer of de straat, kan 9,5% dit ook niet of slechts met grote moeite met bril of contactlenzen.

Tabel 5.13.: Beperkingen in het dagelijks functioneren

U kunt niet of slechts met (grote) moeite of slechts met de hulp van een ander	% personen met genoemde beperking in steekproef gecorrigeerd		N
1 zonder hoorapparaat verstaan wat gezegd wordt in gesprek met 3 of 4 personen	2,5	2,5	12879
2 zonder hoorapparaat een gesprek voeren met iemand anders dan een huisgenoot	1,6	1,7	12819
3 goed praten (spraakgebrek, slissen of stotteren)*	5,9	5,8	12789
4 verstaanbaar praten	1,5	1,6	12709
5 zonder bril of contactlenzen de krant lezen	32,3	32,7	12859
6 zonder bril het gezicht herkennen van iemand aan de andere kant van de kamer of straat	15,7	16,6	12858
7 in hard voedsel bijten en kauwen (bijvoorbeeld een harde appel)**	5,4	5,6	12862
8 zelf het eten snijden, zoals bijvoorbeeld vlees of fruit*	6,5	7,2	12817
9 de nagels van de tenen knippen*	14,0	15,1	12856
10 een voorwerp van 5 kilo over 10 meter dragen	14,6	15,5	12843
11 bukken en iets van de grond oppakken	5,4	5,7	12879
12 uzelf van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping verplaatsen (eventueel met hulpmiddel of rolstoel)	1,7	1,9	12953
13 zelf in en uit bed stappen	2,7	3,0	12895
14 uzelf aan en uitkleden	5,1	5,6	12905

* vermelde percentage betreft respondenten die dit niet kunnen

** vermelde percentage betreft respondenten die beide of een van beide niet kunnen

In tabel 5.14 staan de cijfers opgedeeld naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm.

Ziektefondspatiënten ondervinden doorgaans meer beperkingen dan particulier verzekerden; wat het geslacht betreft is het beeld wisselend. Wanneer de jongste leeftijdscategorie buiten beschouwing wordt gelaten stijgt het aantal respondenten met beperkingen met de leeftijd.

Tabel 5.14.: Beperkingen in het dagelijks functioneren naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm

u kunt niet of slechts met (grote) moeite of slechts met de hulp van een ander	m	v	zf	part	0-14	15-24	25-44	45-64	65+
1 zonder hoorapparaat verstaan wat gezegd wordt in gesprek met 3 of 4 personen	2,6	2,3	2,8	1,8	1,4	0,6	0,7	3,1	11,1
2 zonder hoorapparaat een gesprek voeren met iemand anders dan een huisgenoot	1,7	1,4	1,8	1,1	2,5	0,3	0,3	1,1	6,8
3 goed praten (spraakgebrek, slissen of stotteren)*	6,9	4,8	6,2	5,2	7,7	7,5	5,3	4,5	4,8
4 verstaanbaar praten	1,7	1,2	1,5	1,3	7,3	0,2	0,2	0,2	0,9
5 zonder bril of contactlenzen de krant lezen	29,7	34,8	33,5	30,3	13,0	6,9	14,3	70,0	84,3
6 zonder bril het gezicht herkennen van iemand aan de andere kant van de kamer of straat	12,9	18,4	15,3	16,6	4,7	11,4	18,0	17,5	28,7
7 in hard voedsel bijten en kauwen (bv. een harde appel)**	4,9	5,9	6,3	3,8	5,0	3,7	1,9	9,3	16,6
8 zelf het eten snijden, zoals bv. vlees of fruit*	6,8	6,7	6,2	7,4	32,4	0,9	0,5	1,3	4,6
9 de nagels van de tenen knippen*	13,1	15,1	14,2	14,0	48,6	1,9	2,0	7,2	31,2
10 een voorwerp van 5 kilo over 10 meter dragen	10,2	18,7	15,6	12,5	39,0	1,7	4,2	13,2	31,5
11 bukken en iets van de grond oppakken	4,5	6,2	6,4	3,4	4,8	0,8	2,1	7,3	19,9
12 uzelf van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping verplaatsen (eventueel met loophulpmiddel of rolstoel)	1,3	2,0	1,9	1,3	3,5	0,5	0,5	0,8	6,0
13 zelf in en uit bed stappen	2,3	3,4	5,3	4,6	22,4	0,2	0,5	1,7	6,3
14 uzelf aan en uitkleden	5,3	4,9	5,3	4,6	22,4	0,2	0,5	1,7	6,3

* vermelde percentage betreft respondenten die dit niet kunnen

** vermelde percentage betreft respondenten die beide of een van beide niet kunnen

In tabel 5.15 staat de frequentieverdeling van het aantal beperkingen dat mensen ondervinden. Alleen die beperkingen, waarop elke respondent kan scoren zijn meegenomen.

Tabel 5.15.: Frequentieverdeling van het aantal beperkingen dat mensen ondervinden bij dagelijkse activiteiten (N = 13014)

aantal beperkingen	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
geen beperkingen	47,5	46,3
1 beperking	25,9	25,8
2 beperkingen	13,0	13,3
3	5,4	5,8
4	3,3	3,6
5	1,9	1,9
6	1,0	1,1
7	0,7	0,8
8	0,5	0,5
9	0,2	0,3
10	0,2	0,2
> 10 beperkingen	0,2	0,4
rekenkundig gemiddelde	1,134	1,190
standaard afwijking	1,672	1,732
scheefheid	2,521	2,472

In tabel 5.16 staan de percentages respondenten met één of meer beperkingen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. De jongste leeftijdsgroep (tot 14 jaar) neemt hierbij een aparte plaats in. Afgezien daarvan stijgt het percentage respondenten met beperkingen duidelijk met de leeftijd en is het iets hoger bij vrouwen dan bij mannen. Wat de verzekeringsvorm betreft zijn er geen verschillen.

Tabel 5.16.: Percentage respondenten met beperkingen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	57,45	23,08	34,31	72,56	88,59	51,03
	vrouw	57,42	27,82	37,00	81,07	94,42	54,97
	subtotaal	57,44	25,44	35,58	76,35	91,73	52,90
ziekenfonds	man	60,45	24,09	29,03	78,57	90,65	49,90
	vrouw	59,93	24,97	35,17	84,49	95,73	54,93
	subtotaal	60,21	24,55	32,21	81,62	93,62	52,51
totaal	man	59,14	23,80	30,94	76,26	90,02	50,31
	vrouw	58,82	25,73	35,76	83,40	95,38	54,94
	totaal	58,99	24,79	33,36	79,76	93,08	52,64
gecorrigeerd totaal							53,79

Tenslotte vindt men in tabel 5.17 het gemiddeld aantal beperkingen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm.

Tabel 5.17.: Gemiddeld aantal beperkingen bij het dagelijks functioneren van mensen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	1,70	0,31	0,48	1,01	1,78	0,95
	vrouw	1,78	0,36	0,55	1,25	2,53	1,13
	subtotaal	1,74	0,33	0,51	1,12	2,18	1,04
ziekenfonds	man	2,20	0,35	0,43	1,37	2,23	1,08
	vrouw	2,06	0,35	0,58	1,66	3,05	1,29
	subtotaal	2,13	0,35	0,51	1,52	2,71	1,19
totaal	man	1,98	0,34	0,45	1,23	2,09	1,03
	vrouw	1,94	0,35	0,57	1,53	2,91	1,24
	totaal	1,96	0,34	0,51	1,38	2,56	1,14
gecorrigeerd totaal							0,97

Het zijn met name jonge kinderen en mensen van 65 jaar en ouder die beperkingen ondervinden bij hun dagelijkse activiteiten. Vrouwen geven aan wat meer beperkingen te ondervinden dan mannen; ziekenfondsverzekerden ondervinden meer beperkingen dan particulier verzekerden.

5.5. Geestelijke gezondheid

general health questionnaire

Om de kans op psychiatrische aandoeningen op te sporen, kan gebruik worden gemaakt van de in tabel 5.18 weergegeven GHQ (General Health Questionnaire) (Goldberg, 1972). De GHQ bestaat uit 30 items met telkens vier antwoordcategorieën. Naarmate meer items van de schaal afhankelijk van het item bevestigend dan wel ontkennend worden beantwoord, is de kans groter dat de betreffende persoon als 'psychiatrische case' kan worden beoordeeld. In tabel 5.18 staan de dertig items, met de percentages respondenten die aangeven of hetgeen in de betreffende vraag wordt gesteld voor hen 'meer of minder dan gewoonlijk' en 'veel meer of veel minder dan gewoonlijk' het geval is. GHQ-items waarbij relatief vaak door respondenten wordt aangegeven dat zij hier in de vier weken voorafgaand aan het interview last van hebben gehad zijn: meer dan gewoonlijk het gevoel hebben onder druk te staan, onrustig slapen of 's nachts vaak wakker worden, gespannen en zenuwachtig zijn en het gevoel hebben dat alles teveel wordt. Bij deze vier items geeft 10% of meer van de mensen van 15 jaar en ouder aan dat dit wat hen betreft het geval is. De dertig GHQ-items zijn gecombineerd tot één schaal, waarbij de individuele schaalwaarden van respondenten afhankelijk zijn van het aantal GHQ-items waarbij door hen is aangekruist ('veel/meer/minder dan gewoonlijk').

Tabel 5.18.: De General Health Questionnaire (GHQ)

Heeft/Bent u de afgelopen vier weken ..	% respondenten in steekproef gecorrigeerd		N
1 onrustig geslapen of bent u vaak wakker geworden 's nachts?	14,4	14,8	10.644
2 het gevoel gehad dat u over het geheel genomen de dingen goed aanpakt?	4,7	5,0	10.635
3 warmte en genegenheid kunnen voelen voor mensen die u dierbaar zijn?	1,8	1,8	10.718
4 gemakkelijk met andere mensen overweg gekund?	2,1	2,3	10.645
5 veel tijd besteed aan zo hier en daar een praatje maken?	7,0	6,8	10.655
6 het gevoel gehad dat u zinvol bezig bent?	6,5	6,8	10.657
7 het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?	14,8	15,6	10.641
8 het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas bent?	7,3	7,6	10.632
9 het leven één voortdurende strijd gevonden?	5,5	6,0	10.643
10 plezier gehad in uw dagelijkse bezigheden?	7,1	7,6	10.632
11 de dingen zwaar opgenomen?	9,9	10,3	10.167
12 gevonden dat alles u teveel wordt?	10,8	11,4	10.358
13 het gevoel dat uw leven totaal uitzichtloos is?	3,3	3,5	10.228
14 het gevoel gehad dat het leven de moeite niet waard is?	2,9	3,0	10.248
15 door zorgen veel slaap tekort gekomen?	7,2	7,9	10.259
16 evenveel het huis uitgegaan als gewoonlijk?	7,8	7,9	10.266
17 tevreden over de manier waarop u uw taken vervult?	5,4	5,8	10.327
18 wel eens zomaar bang geworden of in paniek geraakt?	5,0	5,3	10.398
19 in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?	2,9	2,9	10.630
20 het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?	3,8	4,3	10.632
21 hoopvol gestemd geweest over uw eigen toekomst?	6,4	6,6	10.642
22 steeds maar zenuwachtig en gespannen geweest?	12,1	11,9	10.643
23 wel eens zo zenuwachtig geweest dat u niets meer kon doen?	4,5	5,0	10.644
24 kunnen concentreren op uw bezigheden?	6,8	7,2	10.630
25 heeft u zich net zo goed kunnen redden als de meeste andere mensen als ze in uw schoenen stonden?	2,9	3,1	10.575
26 heeft u zich goed kunnen bezighouden?	3,9	4,0	10.640
27 zich in staat gevoeld om over dingen beslissingen te nemen?	2,8	2,9	10.634
28 zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld?	8,8	9,5	10.506
29 zich als een waardeloos iemand beschouwd?	2,5	2,9	10.528
30 zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?	5,1	5,4	10.552

Een lage GHQ-score betekent een kleine kans dat de betreffende respondent aangemerkt kan worden als een psychiatrische 'case'. Een hoge GHQ-score correspondeert met een grote kans dat de betreffende persoon als een 'psychiatrische case' geldt. Bij de berekening van de individuele GHQ-scores, zijn respondenten, die vier of meer GHQ-items niet hebben beantwoord buiten de analyse gehouden. Bij de respondenten van 15 jaar en ouder die meer dan 26 items hebben beantwoord is de score berekend over het aantal items dat is aangekruist. De GHQ-score kon lopen van nul tot maximaal dertig.

Tabel 5.19.: Frequentieverdeling GHQ-schaal met 30 items (N= 10240)

somscore	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
0	59,9	58,9
1	14,4	14,4
2	6,4	6,5
3	3,8	4,0
4	3,0	3,1
5	1,9	1,9
6	1,4	1,4
7	1,4	1,3
8	1,2	1,2
9	1,0	1,0
10	0,8	0,9
11	0,6	0,7
12	0,5	0,6
13	0,5	0,6
14	0,5	0,5
15	0,3	0,3
16	0,3	0,4
17	0,3	0,3
18	0,2	0,3
19	0,2	0,3
20	0,2	0,3
21	0,2	0,1
22	0,2	0,2
23	0,1	0,1
24	0,1	0,1
25	0,2	0,2
26	0,1	0,1
27	0,1	0,0
28	0,1	0,0
29	0,0	0,0
30	0,0	0,1
rekenkundig gemiddelde	1,853	1,948
standaard deviatie	4,046	4,154
scheefheid	3,367	3,326

Tabel 5.23.: De aanwezigheid van psycho-sociale problematiek

problematiek	nee	ja	n.v.t.	N
1 heeft u problemen met uw financiën?	92,4	7,6	0,0	10.572
2 heeft u problemen met het wonen of met uw huisvesting?	93,5	6,5	0,0	10.597
3 heeft u problemen in de relatie met uw ouders?	73,6	4,1	22,2	10.614
4 heeft u problemen met de studie of opleiding die u volgt?	50,7	2,3	46,9	10.580
5 heeft u problemen met uw werk of baan?	62,2	6,0	31,8	10.610
6 heeft u problemen met het ouder worden?	94,6	5,4	0,0	10.594
7 heeft u problemen in de relatie met uw partner?	82,6	3,2	14,2	10.626
8 heeft u problemen met uw kinderen?	67,3	3,1	29,6	10.610
9 heeft u problemen met andere personen die voor u belangrijk zijn?	94,1	5,9	0,0	10.623
10 heeft u problemen met contacten met ouderen?	93,1	6,9	0,0	10.614
11 heeft u sexuele problemen?	96,7	3,3	0,0	10.425
12 heeft u problemen met de godsdienst?	79,7	5,7	14,6	10.644
13 heeft u problemen met het feit dat u te weinig gelegenheid heeft om uzelf te ontplooiën of te ontwikkelen?	88,7	11,3	0,0	10.594
14 heeft u problemen met wat u van uzelf vindt?	87,6	12,4	0,0	10.620
15 maakt u zich zorgen over wat de toekomst gaat brengen?	83,6	16,4	0,0	10.614
16 heeft u problemen met dingen als het gebruik van alcohol, het gebruik van medicijnen, het gebruik van verdovende middelen?	96,8	3,2	0,0	10.575
17 heeft u problemen met het feit dat u vaak alleen bent?	94,5	5,5	0,0	10.313
18 heeft u problemen in verband met veranderingen in de huidige maatschappij?	83,8	16,2	0,0	10.576
19 heeft u problemen met de leefsituatie in de gemeente waar u woont of met de leefsituatie in uw buurt?	94,4	5,6	0,0	10.625
20 heeft u problemen met de besteding van uw vrije tijd?	96,6	2,7	0,0	10.635
21 maakt u zich veel zorgen over het leven dat u nu leidt?	95,2	4,8	0,0	10.615
22 heeft u misschien andere problemen dan die hierboven genoemd zijn?	96,7	3,3	0,0	10.519

Tabel 5.24 geeft de frequentieverdeling van de BIOPRO-scores. Iets meer dan de helft van de respondenten ervaart op het moment van de enquête minstens één probleem. Meer dan 30% ervaart zelfs twee of meer problemen.

Tabel 5.24.: Frequentieverdeling van het aantal psycho-sociale problemen van respondenten (N=10515)

aantal problemen	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
geen problemen	47,7	46,4
1 probleem	20,1	20,2
2 problemen	11,8	11,8
3	7,5	7,4
4	4,7	4,9
5	2,9	3,1
6	1,9	2,1
7	1,2	1,5
8	0,8	1,0
9	0,6	0,6
10	0,3	0,4
meer dan 10 problemen	0,5	0,6
rekenkundig gemiddelde	1,410	1,490
standaard afwijking	2,063	2,144
scheefheid	2,173	2,106

5.7. Ziekteverzuim en het niet uitoefenen van de dagelijkse bezigheden

In de slotparagraaf van dit hoofdstuk zal aandacht besteed worden aan een aantal indicatoren op de grens tussen morbiditeit en het gebruik van de gezondheidsvoorzieningen. Het gaat hierbij om ziekteverzuim en het niet kunnen uitoefenen van de normale, dagelijkse activiteiten.

ziekteverzuim

Een eerste indicator voor ziekteverzuim is de mate waarin men de dagelijkse bezigheden niet heeft kunnen uitvoeren. Aan de respondenten is gevraagd of zij, in de twee maanden voorafgaand aan het interview, hun normale dagelijkse bezigheden hebben moeten nalaten wegens ziekte of ongeval. De antwoorden op deze vraag staan weergegeven in tabel 5.25. Circa 18% van de respondenten beantwoordde de vraag positief.

Tabel 5.25.: Ziekteverzuim in de twee maanden voorafgaand aan het interview (N=13014).

arbeidsverzuim	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
ja, niet naar het werk	9,3	9,3
ja, niet naar school	4,7	5,1
ja, het huishouden niet gedaan	4,1	4,1
niet verzuimd	81,8	81,3
geen antwoord	0,1	0,1

Dit percentage ligt zoals tabel 5.26 laat zien het hoogst in de middelste leeftijdsgroepen. Mogelijk heeft er bij de ouderen enige onderrapportering plaatsgevonden omdat men, in tegenstelling tot wat de bedoeling was, de vraag te eng heeft geïnterpreteerd waardoor huishoudelijk werk voor een deel buiten beschouwing is gebleven. Verder ligt het percentage hoger bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden; tussen mannen en vrouwen zijn de verschillen niet significant.

Tabel 5.26.: Ziekteverzuim in de twee maanden voorafgaand aan het interview naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, in percentages (N= 12922)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	17,60	18,25	18,68	15,23	7,61	16,73
	vrouw	17,47	29,33	14,58	10,05	9,77	15,77
	subtotaal	17,54	23,77	16,75	12,92	8,77	16,28
ziekenfonds	man	16,99	21,74	22,55	21,13	7,93	19,72
	vrouw	18,65	27,04	19,11	14,52	11,26	18,45
	subtotaal	17,77	24,50	20,76	17,72	9,88	19,06
totaal	man	17,26	20,74	21,14	18,86	7,83	18,63
	vrouw	18,13	27,65	17,66	13,09	10,86	17,58
	totaal	17,67	24,29	19,39	16,02	9,56	18,10
gecorrigeerd totaal							18,60

Tabel 5.27 geeft de frequentieverdeling van het aantal verzuimdagen over een periode van twee maanden. Het gemiddeld aantal dagen ziekteverzuim ligt rond de 1,4 dagen. In tabel 5.28 staat het gemiddeld aantal verzuimdagen naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Het gemiddelde stijgt met de leeftijd en is groter bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn niet significant.

Tabel 5.27.: Frequentieverdeling van het aantal ziekteverzuimdagen over twee maanden (N= 12917)

aantal verzuimdagen	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
niet verzuimd	82,4	82,0
1 dag verzuimd	2,6	2,8
2 dagen verzuimd	2,5	2,7
3	1,6	1,7
4	1,4	1,5
5	1,2	1,2
6	0,4	0,3
7	1,3	1,3
8	0,3	0,3
9	0,1	0,2
10 - 14 dagen	1,7	1,9
15 - 19	0,4	0,4
20 - 24	0,7	0,6
25 - 29	0,4	0,4
30 - 34	0,5	0,5
35 - 39	0,2	0,2
40 - 44	0,3	0,3
45 - 49	0,1	0,1
50 - 54	0,1	0,1
55 - 59	0,1	0,1
60 - 61 dagen verzuimd	1,7	1,6
rekenkundig gemiddelde	2,389	2,329
standaard afwijking	9,238	9,015
scheefheid	5,122	5,230

Tabel 5.28.: Gemiddeld aantal verzuimdagen in de twee maanden voorafgaand aan het interview, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12835)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	0,63	1,04	2,05	3,48	1,04	1,86
	vrouw	1,00	1,43	2,03	1,52	2,00	1,62
	subtotaal	0,80	1,23	2,04	2,60	1,56	1,74
ziekenfonds	man	0,89	2,04	3,42	5,61	1,76	3,05
	vrouw	0,90	2,39	2,40	3,36	2,96	2,47
	subtotaal	0,89	2,22	2,89	4,45	2,45	2,75
totaal	man	0,77	1,75	2,92	4,78	1,54	2,61
	vrouw	0,94	2,13	2,28	2,77	2,70	2,19
	totaal	0,85	1,95	2,60	3,79	2,20	2,40
gecorrigeerd totaal							2,34

aan het werk
bij ziekte

Zich niet lekker voelen hoeft niet altijd te resulteren in daadwerkelijk ziekteverzuim. Van alle respondenten heeft ruim 31% in de twee maanden voorafgaand aan het interview wel eens gewerkt, is naar school geweest of heeft huishoudelijke taken uitgevoerd, terwijl ze zich niet lekker voelden of ziek waren. Dit percentage ligt het hoogst in de leeftijdsgroepen 15-24 en 25-44 jaar oud. De verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden zijn niet significant. Een aanzienlijk hoger percentage vrouwen dan mannen geeft aan gewerkt te hebben ondanks dat zij zich niet lekker voelden, zoals tabel 5.29 uitwijst.

Tabel 5.29.: Percentage respondenten dat aan het werk gebleven is ondanks ziekte, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12843)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	20,70	23,43	38,50	30,81	11,17	28,83
	vrouw	24,89	40,49	40,19	32,32	23,70	33,67
	subtotaal	22,66	31,93	39,30	31,49	17,95	31,13
ziekenfonds	man	20,70	29,52	32,61	27,22	12,14	26,94
	vrouw	23,78	42,06	42,25	33,52	25,30	35,72
	subtotaal	22,14	36,04	37,60	30,47	19,84	31,49
totaal	man	20,70	27,77	34,74	28,60	11,84	27,63
	vrouw	24,27	41,63	41,59	33,13	24,87	35,05
	totaal	22,37	34,90	38,18	30,83	19,31	31,36
gecorrigeerd totaal							32,21

verminderd
inzetbaar

Beperken we de periode tot de 14 dagen voorafgaand aan het interview, dan heeft 13,8% van de respondenten het rustiger aan moeten doen tengevolge van ziekte of verwonding.

Dit percentage stijgt, zoals tabel 5.30 aantoont, met de leeftijd, behalve in de hoogste leeftijdscategorie. Verder ligt het percentage hoger bij vrouwen dan bij mannen, en hoger bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden.

Bij de personen die aangeven rustiger aan te hebben gedaan kan een frequentieverdeling worden gegeven van het aantal dagen waarover deze periode betrekking heeft. Deze verdeling wordt weergegeven in tabel 5.31. Tabel 5.32 geeft het gemiddeld aantal verzuimdagen per twee weken naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm.

Tabel 5.30.: Rustiger aangedaan in de 14 dagen voorafgaand aan het interview, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	9,28	10,49	13,80	11,65	9,24	11,55
	vrouw	7,42	15,85	16,51	12,38	13,02	13,26
	subtotaal	8,41	13,16	15,07	11,98	11,28	12,36
ziekenfonds	man	9,02	12,32	13,26	19,20	8,63	13,18
	vrouw	8,98	16,43	17,62	17,27	15,19	15,87
	subtotaal	9,00	14,46	15,52	18,21	12,46	14,57
totaal	man	9,14	11,80	13,46	16,31	8,82	12,59
	vrouw	8,29	16,27	17,26	15,71	14,61	15,02
	totaal	8,74	14,10	15,36	16,01	12,13	13,81
gecorrigeerd totaal							13,75

Tabel 5.31.: Frequentieverdeling van het aantal dagen dat men het rustiger aan heeft gedaan over een periode van 14 dagen (N = 12948)

aantal dagen	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
geen dag	86,6	86,7
1 dag	1,5	1,6
2 dagen	1,8	1,8
3	1,6	1,6
4	1,1	1,1
5	0,8	0,8
6	0,3	0,3
7	1,1	1,1
8	0,2	0,2
9	0,1	0,1
10	0,6	0,5
11	0,0	0,0
12	0,1	0,1
13	0,0	0,0
14	4,1	3,9
rekenkundig gemiddelde	0,951	0,935
standaard afwijking	3,059	3,022
scheefheid	3,541	3,575

Tabel 5.32.: Gemiddeld aantal rustdagen in de 14 dagen voorafgaand aan het interview, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12866)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	0,26	0,59	0,90	0,98	0,66	0,72
	vrouw	0,34	0,69	0,92	0,93	1,31	0,81
	subtotaal	0,30	0,64	0,91	0,96	1,02	0,76
ziekenfonds	man	0,53	0,81	1,06	1,83	0,74	1,06
	vrouw	0,41	0,85	1,12	1,41	1,26	1,06
	subtotaal	0,48	0,83	1,09	1,61	1,04	1,06
totaal	man	0,41	0,75	1,00	1,50	0,72	0,93
	vrouw	0,38	0,81	1,06	1,26	1,27	0,98
	totaal	0,40	0,78	1,03	1,38	1,03	0,96
gecorrigeerd totaal							0,94

6. HET GEBRUIK VAN MEDISCHE VOORZIENINGEN

gebruik van medische voorzieningen

In de voorgaande hoofdstukken is aandacht geschonken aan een aantal indicatoren voor de behoefte aan zorg. Houding en attitudes met betrekking tot de medische zorg, leefstijlen en morbiditeitsindicatoren zoals besproken in de hoofdstukken 4, 5 en 6, in combinatie met respondentkenmerken als geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, hebben met elkaar gemeen dat zij allen in meer of mindere mate invloed hebben op het gebruik van medische voorzieningen. Dit gebruik van medische voorzieningen zal centraal staan in hoofdstuk 6. Hierbij zal worden ingegaan op contacten met hulpverleners in de verschillende zorgsectoren, en op het gebruik van geneesmiddelen.

In paragraaf 6.1 staat het gebruik dat wordt gemaakt van een groot aantal eerstelijnsdisciplines centraal. Paragraaf 6.2 gaat in op de contacten met medisch specialisten en op de opnames in zowel zieken- en verpleeghuizen als gespecialiseerde klinieken. Een bijzondere sector in de gezondheidszorg is de geestelijke gezondheidszorg. In paragraaf 6.3 zal aan deze sector aandacht worden geschonken, terwijl in de daaropvolgende paragraaf 6.4 wordt ingegaan op het bezoek aan alternatieve genezers. De laatste paragraaf (6.5) van dit hoofdstuk bevat gegevens over het medicijngebruik bij de door ons ondervraagde groep respondenten.

6.1. Het gebruik van disciplines in de eerstelijnszorg

Deze paragraaf bevat informatie over het gebruik van een groot aantal voorzieningen in de eerstelijnszorg. Via subparagrafen zal worden ingegaan op bezoeken aan de huisarts (paragraaf 6.1.1.), de fysiotherapeut (paragraaf 6.1.2.), de wijkverpleging (paragraaf 6.1.3.), de tandarts (paragraaf 6.1.4.) en een aantal overige eerstelijnsvoorzieningen (paragraaf 6.1.5.). Bij deze overige voorzieningen zal het gaan om contacten met het maatschappelijk werk, de gezinszorg, logopedisten en diëtisten.

6.1.1. Contacten met de huisarts

contacten met de huisarts

De huisarts is de hulpverlener waarmee mensen doorgaans het eerst en het meest te maken krijgen. Van de respondenten heeft 36,7% in de twee maanden voorafgaand aan het interview contact gehad met de huisarts. Telefonische consulten zijn hier ook onder begrepen. De percentages respondenten met één of meer contacten in twee maanden, naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn weergegeven in tabel 6.1.

In deze tabel kan men zien dat meer vrouwen dan mannen en meer ziekenfonds- dan particuliere patiënten met de huisarts contact gehad hebben. Het percentage respondenten met contact met de huisarts stijgt tevens met de leeftijd.

Tabel 6.1.: Percentage respondentent dat contact heeft gehad met de huisarts in de twee maanden voorafgaand aan het interview, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12391)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	23,79	19,93	28,08	29,89	42,93	27,67
	vrouw	27,51	32,75	38,51	42,99	46,98	37,12
	subtotaal	25,54	26,32	32,99	35,73	44,86	32,16
ziekenfonds	man	30,98	28,57	33,19	40,40	42,21	34,45
	vrouw	30,22	43,60	44,11	45,21	52,73	43,57
	subtotaal	30,63	36,38	38,84	42,88	48,35	39,17
totaal	man	27,83	26,10	31,34	36,36	42,26	31,99
	vrouw	29,03	40,68	42,32	44,50	51,19	41,47
	totaal	28,39	33,59	36,84	40,36	47,36	36,76
gecorrigeerd totaal							37,29

Aan de respondentent die in de twee maanden voorafgaand aan het interview niet bij de huisarts zijn geweest of de huisarts op huisbezoek hebben gehad, is gevraagd wanneer zij voor het laatst contact gehad hebben. Voor ruim 60% van deze groep respondentent gebeurde dit hooguit één jaar geleden. Dit betekent dat van de onderzoekspopulatie bijna 75% van de respondentent over een jaar genomen contact met de huisarts heeft gehad. Een verdeling van het tijdstip van het laatste contact met de huisarts geeft tabel 6.2. Het percentage personen voor wie het tenminste vijf jaar geleden is dat zij bij een huisarts zijn geweest, of die aangeven nog nooit met een huisarts contact gehad te hebben, is minder dan 5%.

Tabel 6.2.: Tijdstip van het laatste contact met de huisarts, in percentages (N = 13014)

laatste contact	% respondentent in steekproef	% respondentent gecorrigeerd
2 maanden (of minder) geleden	36,7	37,2
2 - 3 maanden	4,8	5,1
3 - 6 maanden geleden	17,1	16,8
6 - 9 maanden geleden	9,6	9,5
9 - 12 maanden geleden	6,2	6,1
12 - 18 maanden geleden	8,4	8,3
18 - 24 maanden	3,7	3,6
2 - 3 jaar geleden	5,2	5,1
3 - 5 jaar geleden	3,4	3,3
langer dan 5 jaar geleden	3,1	3,0
nooit contact met huisarts gehad	0,7	0,8
weet niet/geen antwoord	1,2	1,2

Voor de respondenten die in de twee maanden voorafgaand aan het interview contact hebben gehad met de huisarts, geldt dat het voor 64,2% van deze groep een eenmalig contact betrof; 21,8% had tweemaal contact met de huisarts; 11% bezocht de huisarts drie of viermaal; 3% bezoekt de huisarts vijfmaal of meer. Tabel 6.3 geeft de frequentieverdeling van de aantallen contacten. Vervolgens gaat tabel 6.4 in op het gemiddeld aantal contacten verdeeld naar verzekeringsvorm, geslacht en leeftijd. Het betreft hier gemiddelde aantallen contacten voor de groep respondenten die in twee maanden voor het vraaggesprek tenminste eenmaal contact met de huisarts hebben gehad.

Tabel 6.3.: Aantal contacten van de personen die in de twee maanden voorafgaand aan de enquête contact met de huisarts hebben gehad, in percentages (N=4777)

aantal contacten	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1 contact	64,2	64,5
2 contacten	21,8	21,1
3	8,0	8,3
4	3,0	2,9
5	1,3	1,2
6	0,8	0,9
7	0,1	0,1
8	0,4	0,4
9	0,0	0,0
10 contacten of meer	0,5	0,6
rekenkundig gemiddelde	1,655	1,669
standaard afwijking	1,836	1,919
scheefheid	31,182	30,385

Het gemiddeld aantal contacten bedraagt 1,64. Tussen mannen en vrouwen bestaat er geen significant verschil in het aantal contacten met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten ligt iets hoger bij ziekenfondspatiënten en neemt in bescheiden mate toe met de leeftijd.

De meeste contacten met de huisarts vinden plaats op initiatief van de patiënt (72%). De overige contacten zijn herhalingscontacten (25%) of betreffen contacten waarbij de respondent door een andere hulpverlener is doorverwezen naar de huisarts (3%). Van alle contacten met de huisarts betrof circa 80% een contact met de huisarts tijdens een spreekuurzitting, terwijl het bij 11% van de contacten om een huisbezoek van de huisarts ging. De resterende 9% waren telefonische contacten.

Tabel 6.4.: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts voor de respondenten die over twee maanden de huisarts consulteerden, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=4752)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	1,67	1,40	1,57	1,55	1,78	1,60
	vrouw	1,43	1,54	1,56	1,64	1,72	1,57
	subtotaal	1,55	1,49	1,56	1,60	1,75	1,59
ziekenfonds	man	1,56	1,57	1,62	1,73	1,63	1,63
	vrouw	1,62	1,59	1,69	1,81	1,69	1,69
	subtotaal	1,59	1,58	1,66	1,77	1,67	1,67
totaal	man	1,60	1,53	1,60	1,67	1,68	1,62
	vrouw	1,54	1,58	1,65	1,76	1,70	1,66
	totaal	1,57	1,56	1,63	1,72	1,69	1,64
gecorrigeerd totaal							1,66

redenen voor contact met de huisarts

Bij de antwoorden op de vraag naar de aard van de klacht waarvoor de huisarts is geraadpleegd, komt een veelheid van klachten naar voren. In tabel 6.5 staan de twintig meest genoemde redenen voor contact.

Tabel 6.5.: Redenen voor contact met de huisarts, in absolute aantallen en percentages van het aantal contacten (N=7806)

reden voor contact	N	%
1 huidziekten: acné, eczeem, uitslag, puisten, wratten...	431	5,7
2 hernia, ischias, rugklachten..	421	5,5
3 overige	381	5,0
4 bloeddrukcontrole	355	4,7
5 griep, verkoudheid	349	4,6
6 controle, dieet, uitslagen	339	4,4
7 buikklachten (constipatie, diarree e.d.)	279	3,7
8 bronchitis, hoesten	274	3,6
9 klachten aan voet, teen, enkel, been, heup	254	3,3
10 slaapproblemen, moeheid, nervositeit, stress	248	3,3
11 oorklachten	246	3,2
12 anticonceptie	202	2,7
13 blaasklachten	188	2,5
14 klachten aan arm, elleboog, hand, vinger	177	2,3
15 keelklachten (heesheid, keelpijn, ontsteking e.d.)	173	2,3
16 gewrichts- en spierklachten (scheuren, verstuikingen e.d.)	172	2,3
17 hoofdpijn, migraine	167	2,2
18 recept medicijnen	166	2,2
19 hoge bloeddruk	162	2,2
20 oogklachten, bril	160	2,1

De informatie in tabel 6.5 heeft betrekking op de in totaal 7619 met name

verwijzingen door de huisarts

genoemde klachten of redenen voor het contact met de huisarts. De in tabel 6.5 genoemde klachten vormen tezamen bijna 70% van het totale klachtenaanbod. Voor de resterende ruim 30% met name genoemde klachten geldt dat zij elk afzonderlijk betrekking hebben op minder dan 2% van het totale aantal klachten.

Naar aanleiding van de contacten met de huisarts hebben 7858 verwijzingen plaatsgevonden. In tabel 6.6 is de aard van de verwijzing aangegeven.

Tabel 6.6.: Aard van de verwijzing door de huisarts

doel van de verwijzing	N	%
verwijzing voor (röntgen)foto's	329	17,71
verwijzing naar laboratorium	127	6,84
verwijzing voor ziekenhuisopname	65	3,50
verwijzing naar medisch specialist/polikliniek	899	48,39
verwijzing naar fysiotherapeut	332	17,87
verwijzing naar wijkverpleegkundige	8	0,43
verwijzing naar maatschappelijk werk	16	0,86
verwijzing naar andere instantie	82	4,41

contacten met de fysiotherapeut

6.1.2. Contacten met de fysiotherapeut

Anders dan bij de vrij-toegankelijke huisarts, geldt dat voor een bezoek aan een fysiotherapeut in principe een verwijzing door de huisarts noodzakelijk is om de kosten van de behandeling vergoed te krijgen. Van alle respondenten heeft circa 13% in het jaar voorafgaand aan de enquête contact gehad met de fysiotherapeut.

Tabel 6.7.: Percentage respondenten met contact met de fysiotherapeut in het jaar voorafgaand aan de enquête, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	2,51	8,74	14,65	15,23	9,24	10,95
	vrouw	3,49	6,69	12,10	18,22	20,47	11,60
	subtotaal	2,97	7,72	13,45	16,56	15,29	11,26
ziekenfonds	man	5,11	10,36	16,11	17,56	11,51	13,15
	vrouw	2,42	11,00	14,83	21,23	19,45	14,46
	subtotaal	3,86	10,69	15,45	19,46	16,15	13,83
totaal	man	3,98	9,90	15,58	16,67	10,82	12,35
	vrouw	2,89	9,84	13,96	20,27	19,73	13,53
	totaal	3,47	9,87	14,77	18,44	15,91	12,95
gecorrigeerd totaal							13,33

In tabel 6.7 kan men zien dat het relatief aantal respondenten met contact met de fysiotherapeut stijgt tot de leeftijdsgrens van 65 jaar, om voor de groep van 65 jaar en ouder weer te dalen. Vrouwen hebben relatief wat vaker contact gehad met de fysiotherapeut dan mannen; hetzelfde geldt voor personen verzekerd via het ziekenfonds in vergelijking tot particulier verzekerden. De verschillen in percentages zijn echter klein.

Iets minder dan 20% van de personen onder de behandeling van een fysiotherapeut geeft aan twaalf keer bij de fysiotherapeut geweest te zijn, ofwel een volledige serie behandelingen op basis van één behandelkaart. Ruim 40% komt minder dan 12 keer, en opnieuw circa 40% wordt meer dan 12 keer behandeld (zie tabel 6.8). Het gemiddelde aantal contacten met een fysiotherapeut komt uit op circa 12 behandelingen.

Tabel 6.8.: Frequentieverdeling van het aantal contacten met de fysiotherapeut gedurende één jaar voor personen die met de fysiotherapeut contact hebben gehad, in procenten (N=1680)

aantal contacten	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1 contact	5,2	5,0
2 contacten	4,9	5,5
3	3,6	4,1
4	4,0	4,0
5	3,0	2,8
6	6,2	6,4
7	1,4	1,6
8	3,3	3,5
9	1,0	0,9
10	7,3	7,7
11	0,8	0,7
12	18,9	16,6
13	0,7	0,6
14	1,3	1,4
15 - 19	6,8	6,4
20 - 24	12,3	13,0
25 - 29	2,5	2,3
30 - 34	2,7	2,4
35 - 39	3,2	3,1
40 - 44	1,9	2,2
45 - 49	0,7	0,5
50 - 54	2,5	3,0
55 - 59	1,0	1,1
60 contacten of meer	4,8	5,3
rekenkundig gemiddelde	11,712	11,730
standaard afwijking	6,310	6,472
scheefheid	0,030	0,051

Tabel 6.9 geeft een overzicht van de gemiddelde aantallen contacten met de fysiotherapeut naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. Hieruit blijkt dat dit

aantal veel hoger ligt bij de 65-plussers dan in de andere leeftijdsgroepen. Tussen mannen en vrouwen zijn de verschillen niet significant; het gemiddeld aantal contacten ligt tenslotte hoger bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerde patiënten.

Tabel 6.9.: Gemiddeld aantal contacten met de fysiotherapeut in één jaar, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 1674)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	24,46	24,12	16,41	14,69	18,53	17,17
	vrouw	10,50	10,79	17,26	17,81	24,64	17,82
	subtotaal	16,76	18,36	16,77	16,22	22,93	17,49
ziekenfonds	man	17,59	20,35	17,17	21,40	32,75	20,20
	vrouw	30,57	19,51	18,03	20,84	29,35	21,39
	subtotaal	21,38	19,90	17,60	21,08	30,36	20,85
totaal	man	19,49	21,30	16,91	19,05	29,03	19,23
	vrouw	19,87	17,91	17,82	19,97	28,04	20,40
	totaal	19,64	19,57	17,34	19,54	28,33	19,84
gecorrigeerd totaal							20,52

De meeste van de contacten met een fysiotherapeut (87,7%) vonden plaats in de praktijk van de fysiotherapeut. De overige contacten vonden plaats bij de respondent thuis, of in een zieken-, bejaarden-, of verpleeghuis. Het initiatief tot contact met de fysiotherapeut komt meestal van de huisarts (65,5%) en anders op initiatief van de specialist (19,9%) op eigen initiatief van de respondent (11,5%) of nog anders (3,1%). De wachttijd, die ligt tussen de aanvraag voor een behandeling door de fysiotherapeut en het feitelijke begin van de behandeling, ligt voor ruim drie kwart (78,0%) van de respondenten op hooguit één week; ruim 8% moest langer dan 3 weken wachten. Tabel 6.10 geeft een overzicht van de wachttijden in detail.

redenen voor contact met de fysiotherapeut

In tabel 6.11 vindt men de tien belangrijkste redenen voor het laatste contact met de fysiotherapeut.

Het overgrote deel van de klachten waarvoor personen bij een fysiotherapeut onder behandeling zijn betreffen, naar het oordeel van de respondent, klachten over het bewegingsapparaat. Met name het grote aandeel van rugklachten (bijna 30%) valt op. Tezamen vormen de in tabel 6.11 genoemde klachten ruim 75% van het totale aantal klachten dat door respondenten als reden voor het (laatste) contact met de fysiotherapeut werd genoemd.

Tabel 6.10.: Wachtduur tot het eerste contact met de fysiotherapeut na verwijzing, in procenten (N=1680)

wachtduur in dagen	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
één dag of minder	25,7	27,8
2 dagen	15,1	15,5
3 dagen	9,6	9,1
4 dagen	4,1	3,3
5 dagen	2,4	2,2
6 dagen	1,2	1,8
7 dagen of 1 week	19,9	19,0
8 - 13 dagen	2,1	2,2
14 - 20 dagen	10,7	10,9
21 - 27 dagen	2,7	2,7
28 - 34 dagen	2,6	1,8
35 - 41 dagen	0,2	0,2
42 - 48 dagen	0,9	0,8
49 - 55 dagen	0,1	0,0
55 - 62 dagen	0,7	0,6
63 - 69 dagen	0,0	0,0
10 weken of langer	1,2	1,3
rekenkundig gemiddelde	12,847	12,140
standaard afwijking	89,238	86,012
scheefheid	10,944	11,368

Tabel 6.11.: Tien meest genoemde redenen voor behandeling door een fysiotherapeut (N= 1655)

reden voor contact	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1. rugklachten	28,5	28,3
2. nekklachten	12,6	11,9
3. knieklachten	8,5	9,1
4. schouderklachten	7,9	7,7
5. armklachten	6,6	6,0
6. been/dijbeenklachten	4,7	5,1
7. heupklachten	2,4	2,8
8. klachten bewegingsapparaat	2,6	2,6
9. rugpijn met uitstraling	2,7	2,6
10. enkelklachten	2,1	2,5

6.1.3. Contacten met de wijkverpleging

contacten met de wijkverpleging

De wijkverpleegkundige zorg is een tak van de eerstelijnszorg waarmee veel personen op uiteenlopende momenten in hun leven in aanraking komen. Ouders van jonge kinderen krijgen met de wijkverpleegkundige te maken in het

kader van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Aan ouderen kan de wijkverpleegkundige hulp bieden in de thuissituatie. Dit geldt ook voor personen die net uit een ziekenhuis of verpleeghuis ontslagen zijn, maar nog niet geheel zelfstandig kunnen functioneren. Tenslotte is het mogelijk om bij de werkgever van de wijkverpleegkundige - de Kruisvereniging - verpleegartikelen of hulpmiddelen in bruikleen te krijgen. Van alle deelnemers aan het onderzoek hebben 507 respondenten, dat is 7% van het totaal, in het jaar voorafgaand aan de enquête voor zichzelf contact gehad met de wijkverpleging, zoals tabel 6.12 laat zien.

Dit percentage ligt het laagst in de leeftijdsgroep van 45 tot 65 jaar, het hoogst bij de 0-14 jarigen en schommelt rond het gemiddelde bij de 65-plussers. Vrouwen maken meer dan mannen voor zichzelf gebruik van de wijkverpleging. Hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus particulier verzekerden.

Tabel 6.12.: Percentage respondenten dat contact heeft gehad met de wijkverpleging in het jaar voorafgaand aan de enquête, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	13,73	1,75	2,20	1,69	3,26	4,66
	vrouw	17,25	2,11	9,77	3,27	4,65	8,52
	subtotaal	15,38	1,93	5,76	2,40	4,01	6,49
ziekenfonds	man	19,70	2,52	2,01	2,34	7,91	5,65
	vrouw	18,83	5,56	9,72	3,19	8,70	8,70
	subtotaal	19,29	4,10	6,00	2,78	8,37	7,23
totaal	man	17,09	2,30	2,08	2,09	6,49	5,29
	vrouw	18,13	4,64	9,73	3,22	7,62	8,64
	totaal	17,58	3,50	5,92	2,64	7,13	6,98
gecorrigeerd totaal							6,57

aard van het contact met de wijkverpleging

In tabel 6.13 is vermeld wat voor soort contact het betrof.

Tabel 6.13.: Aard van het contact met de wijkverpleging (N=907)

aard van het contact	N	%
huisbezoek	395	43,6
spreekuur	260	28,7
lenen van verpleegartikelen of hulpmiddelen	296	32,6
consultatiebureau	471	51,9

Nemen we het totale aantal personen met wijkverpleegkundige contacten als uitgangspunt voor verdere analyse, dan geldt dat het gemiddeld aantal huisbezoeken uitkomt op ruim zes bezoeken op jaarbasis (6,32; st.dev. = 11,8). Het percentage respondenten dat huisbezoek heeft gehad van de wijkverpleging ligt hoger bij vrouwen (48,9%) dan bij mannen (34,7%) en hoger bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden (45,5% versus 34,5%). Wat betreft leeftijd is het patroon grillig: een hoog percentage (74,3%) bij de 65-plussers, maar ook een redelijk hoog percentage bij de leeftijdsgroep van 25-44 jaar (48,5%). De aantallen waarop deze percentages zijn gebaseerd zijn relatief laag; een overzichtstabel met het gemiddeld aantal huisbezoeken naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm wordt daarom niet gegeven. Het gemiddeld aantal huisbezoeken van een wijkverpleegkundige stijgt met de leeftijd, maar er zijn geen significante verschillen wat betreft geslacht en verzekeringsvorm. Een overzicht van de aard van de huisbezoeken door wijkverpleegkundigen geeft tabel 6.14, waarbij het gaat om het meest recente huisbezoek van de wijkverpleegkundige.

Tabel 6.14.: Aard van het laatste huisbezoek (N=389)

aard van het laatste huisbezoek	N	%
prenataal bezoek	60	15,4
bezoek voor zuigelingen/kleuters (preventief) bejaardenbezoek	175	45,0
verpleging	27	6,9
anders	56	14,4
andere	71	18,3
totaal	389	100,0

Van de 260 respondenten die via spreekuurbezoek contact hebben gehad met een wijkverpleegkundige in het jaar voorafgaand aan het vraaggesprek, geeft 55% aan dat dit een éénmalig contact betrof. Bijna 20% van de groep 260 heeft tweemaal een spreekuur bezocht tien keer of vaker het spreekuur van een wijkverpleegkundige.

Tenslotte is met betrekking tot de contacten met wijkverpleegkundigen informatie beschikbaar over de consultatiebureaufunctie van deze beroepsgroep in de eerstelijnszorg. Van de totale responsgroep van ruim 13.000 personen heeft 11,4% in het jaar voorafgaand aan het vraaggesprek, contact gehad met een wijkverpleegkundige in het kader van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Voor een deel zal dit gaan om contacten van zuigelingen en kleuters; voor een ander deel betreffen het ouders van kinderen in de leeftijdsfase tot 5 jaar. Het gemiddeld aantal contacten met wijkverpleegkundigen in het kader van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters voor de groep van 1484 respondenten komt uit op 3,3 (st.dev. 3,2). Een verdere opdeling van percentages respondenten met contacten en gemiddelde aantallen contacten wordt niet gegeven, gelet op het specifieke karakter van deze bezoeken die vooral op 0-5 jarigen betrekking hebben. Meer specifieke onder-

zoeken leveren gedetailleerde informatie over het consultatiebureauwerk van wijkverpleegkundigen en de mate waarin de bevolking van deze voorziening gebruik maakt. (Vorst-Tijssen, 1988).

6.1.4. Contacten met de tandarts

contacten met de tandarts

De informatie over de mate waarin personen gebruik maken van tandheelkundige zorg is in de Nationale Studie betrekkelijk gering. De vragen die zijn gesteld, hebben betrekking op het aantal bezoeken dat, in het jaar voorafgaand aan de enquête, aan de tandarts wordt gebracht en op de toestand van het gebit. Bij dit laatste moet gedacht worden aan het al dan niet beschikken over een kunstgebit, frames, bruggen kronen en andere gebitsprothesen. Het percentage personen dat jaarlijks tenminste eenmaal een bezoek brengt aan de tandarts komt voor de totale groep respondenten uit op circa 68%, zoals tabel 6.15 laat zien. De verschillen naar geslacht zijn klein. Boven de 25 jaar treedt een daling op; eerst geleidelijk en vervolgens met forse percentages. Het percentage patiënten dat jaarlijks tenminste één bezoek aan de tandarts brengt ligt hoger bij particuliere dan bij ziekenfondspatiënten.

Tabel 6.15.: Percentage respondenten, dat in het jaar voorafgaand aan de enquête tenminste eenmaal een bezoek brengt aan de tandarts, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12860)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	85,38	91,96	77,63	56,42	29,35	72,46
	vrouw	81,46	93,66	83,45	55,16	30,84	73,31
	subtotaal	83,54	92,81	80,36	55,86	30,15	72,86
ziekenfonds	man	78,23	89,72	73,57	36,46	16,71	63,57
	vrouw	76,13	95,32	80,64	42,18	15,15	65,97
	subtotaal	77,25	92,63	77,23	39,40	15,79	64,82
totaal	man	81,37	90,36	75,04	44,11	20,60	66,81
	vrouw	78,48	94,87	81,54	46,35	19,37	68,36
	totaal	80,02	92,68	78,30	45,20	19,90	67,59
gecorrigeerd totaal							68,23

Een mogelijke intermediërende variabele bij het percentage personen dat jaarlijks tenminste eenmaal de tandarts bezoekt is het dragen van een kunstgebit. Eenmaal in het bezit van een volledig kunstgebit, is de noodzaak om regelmatig de tandarts te raadplegen meestal niet langer aanwezig. Het bezoek zal beperkt blijven tot noodgevallen. Om het effect van deze variabele uit te schakelen worden de contactpercentages nogmaals gepresenteerd, waarbij mensen met een volledig kunstgebit en de leeftijdsgroep 0-4 jaar buiten berekening is gehouden. Tabel 6.16 geeft de resultaten voor de overgebleven groep respondenten.

Tabel 6.16.: Percentage respondentent dat in het jaar voorafgaand aan de enquête, tenminste eenmaal de tandarts bezoekt, exclusief de dragers van een kunstgebit en de 0-4 jarigen, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=8585)

		5-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	97,44	92,28	85,76	78,34	74,51	87,78
	vrouw	96,62	93,62	90,47	85,19	77,05	91,08
	subtotaal	97,06	92,95	88,01	81,13	75,89	89,32
ziekenfonds	man	97,77	90,07	82,79	67,58	43,24	84,47
	vrouw	97,40	95,88	92,83	81,78	46,67	91,94
	subtotaal	97,60	93,07	87,91	74,38	44,97	88,21
totaal	man	97,62	90,71	83,91	73,15	56,00	85,78
	vrouw	97,04	95,27	92,00	83,30	62,29	91,62
	totaal	97,35	93,04	87,95	77,66	58,24	88,63
gecorrigeerd totaal							88,98

Deze cijfers leren ons dat van de personen van 5 jaar en ouder en (gedeeltelijk) in het bezit van hun eigen kiezen en tanden, jaarlijks circa 89% tenminste eenmaal een bezoek brengt aan de tandarts. Vrouwen in deze groep respondenten bezoeken de tandarts vaker dan mannen. Wat de verzekeringsvorm betreft is er nauwelijks van een verschil sprake. Het percentage daalt tenslotte met de leeftijd. Van alle personen die over het jaar voorafgaand aan het vraaggesprek contact hebben gehad met een tandarts, bezoekt circa tweederde de tandarts tweemaal per jaar. Het gemiddelde aantal bezoeken komt, zoals weergegeven in tabel 6.17 uit op ruim 2 bezoeken.

Bij de berekening van de gemiddelde aantallen contacten met de tandarts is voor de categorie '10 contacten of meer' het aantal van 10 aangehouden.

Het gemiddeld aantal bezoeken dat jaarlijks aan de tandarts wordt gebracht, naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, is opgenomen in tabel 6.18. De gemiddelde waarden zijn berekend over die respondenten die aangeven van de diensten van de tandarts gebruik te maken. De verschillen met betrekking tot het aantal bezoeken aan de tandarts op jaarbasis, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, zijn gering.

Tabel 6.17.: Frequentieverdeling van het aantal bezoeken aan de tandarts voor de personen die tenminste eenmaal per jaar contact hebben met de tandarts, in percentages (N=8759)

aantal contacten	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1 contact	18,6	19,1
2 contacten	65,7	65,0
3	5,8	5,7
4	3,7	3,8
5	1,9	2,1
6	1,4	1,5
7	0,5	0,5
8	0,4	0,5
9	0,1	0,1
10 of meer contacten	1,8	1,9
rekenkundig gemiddelde	2,264	2,268
standaard afwijking	1,492	1,503
scheefheid	3,350	3,295

Tabel 6.18.: Gemiddeld aantal contacten met de tandarts, voor de respondenten die tenminste eenmaal per jaar de tandarts bezoeken, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=8692)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	2,16	1,04	2,29	2,24	2,41	2,21
	vrouw	2,13	2,33	2,27	2,46	2,39	2,28
	subtotaal	2,14	2,18	2,28	2,34	2,40	2,25
ziekenfonds	man	2,13	2,23	2,20	2,49	2,29	2,23
	vrouw	2,27	2,23	2,35	2,43	2,35	2,32
	subtotaal	2,20	2,23	2,28	2,45	2,32	2,28
totaal	man	2,14	2,18	2,24	2,36	2,34	2,22
	vrouw	2,21	2,26	2,33	2,44	2,37	2,31
	totaal	2,17	2,22	2,28	2,40	2,36	2,27
gecorrigeerd totaal							2,27

6.1.5. Contacten met overige eerstelijnsvoorzieningen

logopedie, maatschappelijk werk, diëtiste, gezinszorg

Onder de noemer 'overige eerstelijnsdisciplines' vallen in dit geval vier beroepsgroepen, te weten de maatschappelijk werkenden, logopedisten, diëtisten en de gezinszorg. Het percentage personen met contacten met deze categorieën hulpverleners en informatie over de aantallen contacten geeft tabel 6.19. Bij het algemeen maatschappelijk werk en de diëtisten geldt een gemiddeld aantal contacten op jaarbasis van respectievelijk 6,8 en 4,8. De twee andere

disciplines laat een gemiddeld aantal zien dat varieert van bijna 17 voor logopedie tot 26 bij de gezinszorg. De percentages contacten zijn dermate laag dat geen opdeling wordt gegeven naar geslachts-, leeftijds- en verzekeringscategorie.

Tabel 6.19.: Gebruik van andere eerstelijnsvoorzieningen in het jaar voorafgaand aan de enquête (N=13014)

Gebruik van:	steekproef				gecorrigeerd	
	N	%	gem. frequentie	stand. dev.	%	gem. frequentie
algemeen maatsch. werk	294	2,3	6,8	8,6	2,5	7,1
logopedie	171	1,3	16,9	18,2	1,3	17,1
diëtik	285	2,2	4,8	6,6	2,1	5,0
gezinszorg	266	2,0	26,1	32,1	2,0	25,6

6.2. Het gebruik van tweedelijnsdisciplines

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de contacten met medisch specialisten. Er zal worden ingegaan op de percentages respondenten die in het jaar voorafgaand aan het interview contact hebben gehad met medisch-specialisten, de aantallen contacten, de specialismes waarop deze aantallen betrekking hebben en de redenen voor contact. Dit gebeurt in subparagraaf 6.2.1. In de daaropvolgende subparagraaf zal worden ingegaan op de opnames in ziekenhuizen of andere verpleeginstellingen (6.2.2). Tenslotte komen contacten met de geestelijke gezondheidszorg aan bod in subparagraaf 6.2.3.

6.2.1. Contacten met medisch-specialisten

Van alle deelnemers aan het onderzoek, heeft circa 15% in de twee maanden voorafgaand aan het interview contact gehad met één of meerdere medisch-specialisten. Dit percentage is af te lezen uit tabel 6.20, waarin de percentages respondenten die aangeven contact te hebben gehad met medisch-specialisten staan vermeld, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm.

De percentages personen die in twee maanden contact hebben met één of meer medisch-specialisten stijgen met de leeftijd. Het percentage vrouwen dat in twee maanden contact heeft gehad met een specialist is wat hoger dan het percentage mannen. Hetzelfde geldt voor het percentage ziekenfondsverzekerden vergeleken met het percentage particuliere patiënten.

contacten met
de specialist

Tabel 6.20.: Percentage respondentent dat contact heeft gehad met één of meer medisch-specialisten in de twee maanden voorafgaand aan het interview, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	12,57	12,24	10,26	15,79	26,09	13,52
	vrouw	13,10	10,92	14,86	18,69	19,53	15,20
	subtotaal	12,82	11,58	12,42	17,08	22,56	14,31
ziekenfonds	man	13,83	10,64	11,94	19,79	25,66	15,06
	vrouw	9,84	12,94	17,03	22,44	23,04	17,29
	subtotaal	11,98	11,84	14,58	21,16	24,13	16,21
totaal	man	13,28	11,10	11,33	18,25	25,79	14,50
	vrouw	11,28	12,39	16,34	21,24	22,10	16,61
	totaal	12,35	11,76	13,84	19,72	23,68	15,56
gecorrigeerd totaal							16,28

Van ruim 15% van alle respondenten in de steekproef is vastgesteld dat zij in de twee maanden voor het interview gebruik hebben gemaakt van de diensten van tenminste één medisch-specialist. Een belangrijk hoger percentage geeft aan dat het voor hen langer geleden is dat er contact is geweest met medisch-specialisten, zoals uit tabel 6.21 is af te leiden.

Tabel 6.21.: Tijdstip van het laatste contact met een medisch-specialist, in percentages (N= 13014)

laatste contact	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
2 maanden of minder geleden	15,5	16,3
2 - 3 maanden geleden	2,2	2,5
3 - 6 maanden geleden	8,0	8,0
6 - 9 maanden geleden	5,1	5,4
9 - 12 maanden geleden	4,3	4,2
12 - 18 maanden geleden	7,0	6,9
18 - 24 maanden geleden	4,4	4,3
2 - 3 jaar geleden	8,0	8,1
3 - 5 jaar geleden	9,9	9,8
langer dan 5 jaar geleden	21,2	20,2
nooit contact gehad	12,9	12,9
weet niet/geen antwoord	1,4	1,5

13% van alle respondenten geeft aan nog nooit contact te hebben gehad met een medisch-specialist. Circa 35% van de steekproef heeft over een jaar genomen één of meerdere malen met medisch-specialisten te maken gehad.

Voor bijna 65% van de personen die over twee maanden een medisch- specialist hebben bezocht geldt dat er in deze periode sprake was van een eenmalig contact; ongeveer 5% van deze groep heeft vijf keer of vaker contact gehad met een medisch-specialist, zoals terug te vinden is in tabel 6.22.

Tabel 6.22.: Aantal contacten voor personen die, in de twee maanden voorafgaand aan de enquête, een medisch-specialist hebben geraadpleegd, in percentages (N=2022)

aantal contacten	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1 contact	64,0	61,5
2 contacten	21,7	23,0
3	7,1	7,1
4	2,7	3,2
5	1,3	1,7
6	1,1	1,4
7	0,2	0,5
8	1,2	0,9
9	0,0	0,0
10 of meer contacten	0,3	0,9
rekenkundige gemiddelde	1,748	1,835
standaard afwijking	1,948	2,239
scheefheid	11,453	11,982

Naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm worden de gemiddelde aantallen contacten voor alle personen die in de twee maanden voorafgaand aan het interview met één of meerdere medisch-specialisten te maken hebben gehad, weergegeven in tabel 6.23.

De verschillen in het gemiddeld aantal specialisten-contacten naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm zijn klein en nergens significant.

Met betrekking tot de patiënt-specialist contacten in de twee maanden voorafgaand aan het vraaggesprek is meer informatie beschikbaar dan allen het aantal contacten. De aard van het specialisme is bekend, alsmede informatie over de redenen waarom de betreffende specialisten werden geraadpleegd. Ook is bekend hoeveel tijd er verlopen is tussen de doorverwijzing of oproep voor de medisch-specialist en het feitelijke contact.

Tabel 6.26.: Wachttijden bij het eerste bezoek aan de medisch-specialist, absoluut en in percentages van het aantal contacten (N=818)

wachttijd	aantal respondenten absoluut	%
een dag of minder	229	28,0
2 dagen	55	6,7
3 dagen	47	5,7
4 dagen	28	3,4
5 dagen	13	1,6
6 dagen	5	0,6
7 dagen/1 week	129	15,8
8 - 13 dagen	36	4,4
14 - 20	75	9,2
21 - 27	39	4,8
28 - 34	35	4,3
35 - 41	12	1,5
42 - 48	8	1,0
49 - 55	4	0,5
56 - 62	14	1,7
63 - 69	0	0,0
10 weken of langer	31	3,8
weet niet/geen antwoord	59	7,2

Circa 60% van de respondenten kan binnen ongeveer een week terecht bij de specialist waarnaar zij zijn verwezen; voor ongeveer 35% ligt de wachttijd tussen de 1 en 10 weken. Langer dan 10 weken moet ongeveer 5% van de respondenten wachten, waarbij enkele personen wachttijden van langer dan een jaar opgeven.

6.2.2. Opnames in zieken- en verpleeghuizen

opnames in ziekenhuizen en verpleeghuizen

Een tweede indicator voor het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen betreft de mate waarin respondenten worden opgenomen in een ziekenhuis, of een gelijksoortige inrichting. In de enquête is daarbij gevraagd naar de opnames over een periode van respectievelijk 5 en 1 jaar, alsmede naar het soort instelling waarin men is opgenomen geweest.

In tabel 6.27 worden allereerst de percentages respondenten, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm, gegeven die in de vijf jaar voorafgaand aan het interview in een ziekenhuis of een andere instelling opgenomen zijn geweest. In totaal betreft dit bijna 25% van de populatie.

Kijken we naar de totalen, dan moet worden vastgesteld dat het percentage opnames bij vrouwen wat hoger ligt dan bij mannen. Dit verschil wordt veroorzaakt door het relatief hoge opnamepercentage bij vrouwen in de leeftijds-groep tussen 25 en 44 jaar. De opnamekans stijgt met de leeftijd.

Tabel 6.27.: Percentages respondenten die over 5 jaar zijn opgenomen in een zieken- of verpleeghuis, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	20,13	14,69	16,12	22,74	33,73	19,72
	vrouw	14,85	13,38	25,72	22,90	27,91	21,35
	subtotaal	17,65	14,04	20,64	22,81	30,59	20,50
ziekenfonds	man	22,86	18,50	20,42	32,68	37,19	24,75
	vrouw	15,89	18,89	27,60	30,80	34,47	26,10
	subtotaal	19,61	18,70	24,14	31,71	35,60	25,45
totaal	man	21,66	17,41	18,86	28,87	36,13	22,92
	vrouw	15,43	17,41	27,00	28,27	32,71	24,56
	totaal	18,75	17,41	22,94	28,57	34,18	23,75
gecorrigeerd totaal							24,17

Ziekenfondsverzekerden worden in het algemeen wat vaker opgenomen dan particulier verzekerden. Deze conclusies gelden voor zowel tabel 6.27 als tabel 6.28, waarin de opnamepercentages op jaarbasis zijn vermeld.

Tabel 6.28.: Percentages respondenten die over 1 jaar zijn opgenomen in een zieken- of verpleeghuis, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	5,61	4,20	4,64	8,08	11,96	6,16
	vrouw	4,59	2,46	9,08	6,31	6,98	6,44
	subtotaal	5,13	3,33	6,73	7,29	9,27	6,29
ziekenfonds	man	9,62	5,60	6,39	11,71	14,15	8,68
	vrouw	5,53	5,95	9,33	9,02	13,14	8,68
	subtotaal	7,72	5,78	7,91	10,32	13,56	8,68
totaal	man	7,87	5,20	5,75	10,32	13,48	7,76
	vrouw	5,11	5,01	9,25	8,15	11,49	7,95
	totaal	6,58	5,10	7,51	9,25	12,34	7,86
gecorrigeerd totaal							8,01

opnameafdeling

Voor de opnames in algemene en universitaire ziekenhuizen (meer dan 90% van alle opnames) in de 5 jaar voorafgaand aan de enquête is gevraagd naar de opnameafdeling. Uit tabel 6.29 blijkt dat de afdelingen waar relatief veel respondenten zijn opgenomen zijn: chirurgie, gynaecologie en keel-neus- en oor-

aandoeningen. Overigens wist 14% van de respondenten niet op welke afdeling men was opgenomen geweest.

Tabel 6.29.: Ziekenhuisafdeling bij laatste opname in een algemeen- of universiteitsziekenhuis, in percentages (N=2549)

afdeling	% respondenten in steekproef
chirurgie	21,8
gynaecologie/verloskunde	14,9
keel-, neus- en ooraandoeningen	9,5
interne geneeskunde	7,8
orthopedie	7,7
cardiologie	6,8
kindergeneeskunde	6,6
neurologie	5,4
urologie	4,3
oogheelkunde	3,0
plastische chirurgie	2,0
maag, darm, stofwisselingsstoornissen	2,0
longziekten etc.	1,9
dermatologie	1,1
overige specialismen	5,3

6.3. Contacten met de Geestelijke Gezondheidszorg

contacten met de geestelijke gezondheidszorg

Een bijzondere groep contacten met tweedelijnsvoorzieningen betreft de contacten met instellingen werkzaam op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Analoog aan de presentatie van de gegevens die betrekking hadden op de opnames in ziekenhuizen, zal kort worden ingegaan op het percentage respondenten met GGZ-contacten en op de specifieke instellingen waarmee men contact heeft gehad.

Tabel 6.30 laat de percentages respondenten zien naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm die over een periode van vijf jaar contact hebben gehad met één of meerdere instellingen werkzaam op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

Over de gehele populatie heeft 6 á 7% van de ondervraagde personen in 5 jaar tijd één of meerdere malen contact gehad met een instelling werkzaam op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

De aantallen GGZ-contacten over een periode van 5 jaar verschillen niet significant naar verzekeringsvorm. Naar leeftijd geldt een toename in het percentage respondenten met GGZ-contacten tot de groep 25-45 jarigen; daarna treedt een daling op van het percentage.

Tabel 6.30.: Percentage respondentent met GGZ-contacten over een periode van 5 jaar, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	4,84	4,55	8,07	6,02	4,35	6,16
	vrouw	1,09	5,28	11,97	5,61	2,79	6,34
	subtotaal	3,08	4,91	9,90	5,83	3,51	6,32
ziekenfonds	man	5,89	4,76	8,27	6,67	2,40	6,49
	vrouw	2,95	6,73	11,08	6,60	3,58	7,31
	subtotaal	4,52	5,79	9,72	6,64	3,09	6,84
totaal	man	5,43	4,70	8,20	6,42	3,00	6,28
	vrouw	2,13	6,34	11,36	6,28	3,37	7,04
	totaal	3,89	5,54	9,78	6,35	3,21	6,66
gecorrigeerd totaal							7,39

Kijken we naar het percentage personen dat over één jaar genomen contact heeft gehad met één of meerdere GGZ-instellingen, dan komt het percentage uit op rond de 3%. Naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm zijn de percentages personen met contacten opgenomen in tabel 6.31. Het verschil tussen mannen en vrouwen is hier wel significant. Verder zijn de tendenzen dezelfde.

Tabel 6.31.: Percentage respondentent met GGZ-contacten over een periode van 1 jaar, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N= 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	1,93	2,80	3,79	2,44	3,26	2,91
	vrouw	0,87	2,11	5,78	2,10	0,93	2,98
	subtotaal	1,44	2,46	4,72	2,29	2,01	2,94
ziekenfonds	man	2,26	1,68	3,82	3,86	0,72	2,89
	vrouw	1,21	3,23	6,22	3,08	1,88	3,80
	subtotaal	1,77	2,49	5,06	3,46	1,40	3,36
totaal	man	2,12	2,00	3,81	3,32	1,50	2,89
	vrouw	1,06	2,93	6,08	2,77	1,62	3,54
	totaal	1,62	2,48	4,94	3,05	1,57	3,22
gecorrigeerd totaal							3,52

GGZ-instelling

In tabel 6.32 wordt de opdeling gemaakt naar de instelling(en) waarmee men contact heeft gehad. Hierbij is een onderverdeling gemaakt voor contacten over een tijdsduur van 5 jaar en de contacten in het jaar voorafgaand aan het interview.

Tabel 6.32.: Percentage respondentent met GGZ-contacten over 5 en 1 jaar, naar aard van de hulpverlenende instantie (N=13014)

aard van de instelling	% contact	
	over 5 jaar in steekproef	over 1 jaar in steekproef
RIAGG	2,7	1,3
MOB/IMP/SPD/LGV/JPD/SGD	0,8	0,3
CAD	0,3	0,1
polikliniek PAAZ/universiteitsziekenhuis	0,6	0,2
vrij gevestigde psychiater/zenuwarts	1,1	0,6
vrij gevestigde psycholoog	0,8	0,4
vrij gevestigde psychotherapeut	0,7	0,2
crisiscentrum	0,2	0,0
andere GGZ-instelling	0,9	0,4

6.4. Contacten met alternatieve genezers

contacten met
alternatieve genezers

Alternatieve geneeswijzen zijn in Nederland in opkomst. Mensen raadplegen in toenemende mate als alternatief aangemerkte hulpverleners. Van de onder-
vraagde groep personen die hebben meegewerkt aan de bevolkingsenquête van de Nationale Studie heeft 13,9% in de vijf jaar voorafgaand aan het ge-
sprek contact gehad met een of meerdere alternatief werkende genezers. Dit
totaalpercentage is af te lezen uit tabel 6.33, waarin het gemiddeld percentage
respondenten met alternatieve contacten is weergegeven naar geslacht, leeftijd
en verzekeringsvorm.

Tabel 6.33.: Percentage respondentent met contacten met alternatieve gene-
zers over een periode van 5 jaar, naar geslacht, leeftijd en verze-
keringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	10,28	10,49	15,88	19,74	8,15	14,26
	vrouw	10,92	10,92	23,25	21,96	15,81	17,90
	subtotaal	10,58	10,70	19,34	20,73	12,28	15,98
ziekenfonds	man	6,19	6,58	12,71	11,13	6,47	9,61
	vrouw	8,29	13,97	20,01	18,70	10,41	15,85
	subtotaal	7,17	10,42	16,49	15,03	8,77	12,84
totaal	man	7,98	7,70	13,86	14,43	6,99	11,30
	vrouw	9,45	13,15	21,05	19,75	11,86	16,52
	totaal	8,67	10,50	17,46	17,04	9,77	13,92
gecorrigeerd totaal							13,87

Meer vrouwen dan mannen hebben contact met alternatieve geneeswijzen, hetzelfde geldt voor particulier verzekerden versus zij die via het ziekenfonds zijn verzekerd. Het kostenaspect, waarbij alternatieve genezers niet als groep zijn opgenomen in het vergoedingspakket voor ziekenfondsverzekerden, maar (afhankelijk van het soort verzekering) wel deel kunnen uitmaken van de groep hulpverleners wiens kosten worden vergoed door een particuliere verzekering, zal hierbij mogelijk een rol spelen. Naar leeftijd, zijn het vooral de leeftijdsgroepen tussen de 25 en 65 jaar die gebruik maken van de diensten van alternatieve genezers.

Deze conclusies op basis van tabel 6.33 blijven gehandhaafd, als we de tijdsduur waarover mensen contact hebben gehad met alternatieve genezers terugbrengen naar één jaar, waarvan tabel 6.34 de resultaten geeft.

Over één jaar genomen heeft ruim 7% van de respondenten contact met een of meerdere alternatieve genezers.

Tabel 6.34.: Percentage respondenten met contacten met alternatieve genezers over een periode van 1 jaar, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	4,84	4,55	8,67	9,96	5,43	7,36
	vrouw	6,11	4,93	14,17	10,75	7,91	9,85
	subtotaal	5,44	4,74	11,25	10,31	6,77	8,54
ziekenfonds	man	3,76	2,52	5,83	5,74	3,60	4,67
	vrouw	5,35	8,41	11,46	9,90	6,48	9,13
	subtotaal	4,50	5,58	8,75	7,88	5,28	6,98
totaal	man	4,23	3,10	6,86	7,36	4,16	5,65
	vrouw	5,69	7,47	12,33	10,17	6,87	9,36
	totaal	4,91	5,35	9,60	8,74	5,71	7,52
gecorrigeerd totaal							7,67

soorten alternatieve genezers

Zoals tabel 6.35 laat zien, verschillen de percentages contacten met alternatieve genezers indien we een opdeling maken naar het type alternatieve genezer. Het hoogste percentage contacten is terug te vinden, bij de homeopatisch werkende hulpverlener, een specialisme dat dicht tegen de reguliere geneeskunst aanligt en door veel huisartsen wordt gecombineerd met de niet-homeopathische werkwijze.

Tabel 6.35.: Percentage respondentent met contacten met alternatieve genezers over 5 en 1 jaar, naar soort geneeswijze (N= 13014)

geneeswijze	% contacten over 5 jaar		% contacten over 1 jaar
	in steekproef	gecorrigeerd	
homeopatisch	3,8	4,0	2,3
magretiseur/paranormaal genezer	2,8	2,7	1,6
manueel therapeut	2,5	2,3	1,2
acupuncturist	1,6	1,5	0,7
natuurgenezer	1,0	1,1	0,5
gebedsgenezer	0,6	0,5	0,3
antroposofisch arts	0,2	0,2	0,1
andere alternatieve genezer	1,5	1,5	0,7

6.5. Het gebruik van medicijnen

Als laatste zal binnen dit hoofdstuk over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen worden ingegaan op de medicijnen die mensen zeggen te gebruiken. Subparagraaf 6.5.1. bespreekt het gebruik van op voorschrift verkregen medicijnen. Paragraaf 6.5.2. gaat in op de mate waarin vrij verkrijgbare medicijnen worden ingenomen. In beide paragrafen zal worden ingegaan op het percentage respondenten dat medicijnen gebruikt, het tijdstip waarop men voor het laatst medicijnen heeft gebruikt en het soort medicijnen.

6.5.1. Op voorschrift verkrijgbare medicijnen

In de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek heeft 13,2% van alle personen in de responsgroep één of meerdere medicijnen voorgeschreven gekregen. Medicijnen verstrekt tijdens een ziekenhuisopname en 'de pil' zijn hierbij buiten beschouwing gebleven. Wel in dit percentage opgenomen zijn medicijnen voorgeschreven door een medisch-specialist aan niet opgenomen patiënten.

Tabel 6.36 laat zien dat het percentage respondenten dat medicijnen krijgt voorgeschreven stijgt met de leeftijd. Vrouwen krijgen wat vaker medicijnen voorgeschreven dan mannen. Hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus particulier verzekerden.

Het percentage respondenten dat aangeeft over een periode van 14 dagen op voorschrift verkregen medicijnen te hebben gebruikt ligt, zoals tabel 6.37 aangeeft aanmerkelijk hoger. Dit is te wijten aan het feit dat medicijnen al eerder kunnen zijn voorgeschreven.

gebruik van medicijnen

medicijnen op recept

Tabel 6.36.: Percentage respondentent dat over een periode van 14 dagen medicijnen voorgeschreven heeft gekregen, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N=12787)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	8,35	4,26	8,37	10,54	21,86	9,42
	vrouw	7,54	12,27	10,94	19,29	25,47	13,56
	subtotaal	7,97	8,23	9,58	14,47	23,80	11,38
ziekenfonds	man	11,89	8,39	8,95	18,05	18,73	12,22
	vrouw	8,92	13,00	14,63	19,33	24,26	15,84
	subtotaal	10,50	10,80	11,89	18,71	21,96	14,09
totaal	man	10,33	7,21	8,74	15,18	19,70	11,20
	vrouw	8,31	12,81	13,45	19,32	24,59	15,10
	totaal	9,39	10,09	11,10	17,21	22,49	13,16
gecorrigeerd totaal							13,86

Bij het medicijngebruik komen dezelfde verbanden naar voren als bij het voorgeschreven hebben gekregen van medicijnen. Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt ook het gebruik van door een arts voorgeschreven medicijnen fors toe. Daarnaast gebruiken mannen minder voorgeschreven medicijnen dan vrouwen, terwijl hetzelfde geldt voor particulier verzekerden versus ziekenfondsverzekerden.

Tabel 6.37.: Percentage respondentent dat over een periode van 14 dagen op voorschrift verkregen medicijnen gebruikt, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	13,93	13,64	16,61	31,20	57,61	22,20
	vrouw	13,10	21,13	23,38	41,82	68,37	29,17
	subtotaal	13,54	17,37	19,79	35,94	63,41	25,51
ziekenfonds	man	18,80	13,73	18,47	44,50	58,51	27,21
	vrouw	15,37	20,70	27,98	48,18	68,60	34,64
	subtotaal	17,20	17,35	23,39	46,40	64,41	31,06
totaal	man	16,67	13,70	17,80	39,39	58,24	25,39
	vrouw	14,37	20,81	26,51	46,15	68,54	32,86
	totaal	15,59	17,36	22,16	42,71	64,12	29,15
gecorrigeerd totaal							30,45

Tabel 6.38 geeft weer wanneer de ondervraagde personen voor het laatst voorgeschreven medicijnen hebben gebruikt.

Tabel 6.38.: Frequentieverdeling van respondenten naar het tijdstip waarop het laatst voorgeschreven medicijnen zijn gebruikt (N=13014)

tijdstip	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1 -14 dagen geleden	29,1	30,4
14 dagen - 3 maanden geleden	9,4	9,7
3 - 6 maanden geleden	8,8	8,5
6 - 9 maanden geleden	6,0	5,9
9 -12 maanden geleden	4,5	3,9
12 -18 maanden geleden	6,6	6,4
18 -24 maanden geleden	3,9	3,8
2 - 3 jaar geleden	6,3	6,2
3 - 5 jaar geleden	5,8	5,6
meer dan 5 jaar geleden	10,9	10,6
nooit	5,3	5,5
weet niet, geen antwoord	3,5	3,4

Over één jaar genomen geeft tussen de 55 en 60% van de respondenten aan dat op voorschrift van een arts verkregen medicijnen zijn gebruikt. Circa 5% geeft te kennen nog nooit voorgeschreven medicijnen te hebben gebruikt.

soort medicijnen op
recept

Tabel 6.39.: Medicijnen verkregen op voorschrift van een arts en gebruikt over een periode van 14 dagen, naar soort medicijn (N=3793)

soort medicijn	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
pijn- en koortswerende medicijnen	13,0	12,5
medicijnen tegen hoest	10,6	11,2
versterkende middelen	6,5	7,2
medicijnen voor hart- en bloedvaten	26,5	26,6
plaspillen	9,9	10,3
laxemiddelen	2,1	2,1
medicijnen tegen maag- en darmklachten	7,9	8,0
slaap- en kalmeringsmiddelen	16,6	16,9
antibiotica	7,3	7,3
medicijnen voor de huid	9,9	10,7
medicijnen tegen reuma/gewrichtsklachten	7,5	7,6
medicijnen tegen allergie	5,0	5,9
medicijnen tegen astma	5,6	5,7
medicijnen tegen suikerziekte	2,6	2,7
epilepsie-medicijnen	1,0	0,9
medicijnen tegen longziekten	1,2	1,3
oordruppels	0,6	0,6
andere medicijnen	14,9	14,7
weet niet/onbekend	1,8	1,4

Met betrekking tot het soort medicijnen, dat over een periode van 14 dagen is gebruikt, is aanvullende informatie beschikbaar. Het gaat hierbij om het soort

medicijn en om de persoon door wie het betreffende medicijn is voorgeschreven.

Tabel 6.39 geeft een overzicht van de voorgeschreven medicijnen zoals door de respondenten gebruikt over een periode van 14 dagen. De in deze tabel opgenomen percentages zijn gerelateerd aan het totaal aantal respondenten dat in deze periode zegt voorgeschreven medicijnen te hebben gebruikt.

De meest genoemde medicijnen die worden gebruikt zijn medicijnen voor hart- en bloedvaten. Andere medicijnen die door meer dan 10% van de medicijngebruikers worden genoemd zijn slaap- en kalmeringsmiddelen, pijn- en koortswerende middelen en medicijnen tegen het hoesten. Bijna 35% van allen respondenten die aangeven op voorschrift verkregen medicijnen te hebben gebruikt, gebruikte meer dan één soort medicijnen. Het gemiddelde aantal verschillende medicijnen bedraagt circa 1,5; 4% van de groep medicijngebruikers heeft meer dan drie verschillende medicijnen ingenomen.

Op wiens voorschrift de betreffende medicijnen zijn verkregen staat vermeld in tabel 6.40. Hierbij is een selectie gemaakt met betrekking tot het soort medicijnen. Voor medicijnen tegen suikerziekte, epilepsiemedicijnen, medicijnen tegen longziekten en oordruppels zijn geen gegevens beschikbaar over de uitschrijvende instantie.

Tabel 6.40.: Voorgeschreven medicijnen gebruikt over een periode van 14 dagen naar voorschrijvende instantie (N=3793)

soort medicijn	voorgeschreven door			N(*)
	huisarts	specialist	anders	
pijn- en koortswerende medicijnen	79,4	16,3	4,2	471
medicijnen tegen koorts	91,1	6,9	2,0	392
versterkende middelen	71,7	20,3	8,0	212
medicijnen voor hart- en bloedvaten	57,9	41,7	0,4	995
plaspillen	64,1	35,7	0,3	370
laxeermiddel	63,2	33,8	2,9	68
medicijnen tegen maag- en darmklachten	71,4	27,6	1,1	267
slaap- en kalmeringsmiddelen	78,7	20,7	0,6	619
antibiotica	79,8	19,1	1,1	267
medicijnen voor de huid	75,9	22,0	2,1	373
medicijnen tegen reuma/gewrichtsklachten	70,0	28,9	1,1	280
medicijnen tegen allergie	66,7	31,1	2,2	183
medicijnen tegen astma	53,4	46,1	0,5	206
andere medicijnen	53,0	45,6	1,4	734
weet niet/onbekend	59,3	37,0	3,7	54

(*) de cijfers betreffen alleen de respondenten die deze vraag beantwoord hebben

Het merendeel van de in tabel 6.40 genoemde medicijnen is verkregen op voorschrift van de huisarts. Het percentage loopt van ruim 90% voor de medicijnen tegen het hoesten tot ruim 50% voor medicijnen waarmee astma wordt tegengegaan. Het percentage medicijnen dat is verkregen op andere wijze dan via de huisarts of een medisch-specialist ligt, met uitzondering van de versterkende middelen, voor elk van de met name genoemde middelen op

minder dan 5%. Over het geheel genomen wordt 68,5% van de in tabel 6.40 genoemde medicijnen verkregen op voorschrift van de huisarts, 29,9% op voorschrift van een medisch specialist en 1,6% op voorschrift van iemand anders.

6.5.2. Vrij verkrijgbare medicijnen

Het patroon van de percentages respondenten die vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken verschilt van het patroon van hen die op recept verkregen medicijnen gebruiken. De verschillen naar geslacht blijven bestaan, waarbij vrouwen meer vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken dan mannen. Wat betreft leeftijd is er een top in het gebruik bij de categorie 25-45 jarigen. Naar verzekeringsvorm keert het verband om. In vergelijking met het percentage ziekenfondsverzekerden, gebruikt een hoger percentage particulier verzekerden vrij verkrijgbare medicijnen. Tabel 6.41 laat de gemiddelde percentages zien voor de verschillende subgroepen respondenten.

Tabel 6.41.: Percentage respondenten dat over een periode van 14 dagen vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt, naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (N = 12931)

		0-14jr	15-24jr	25-44jr	45-64jr	>64jr	totaal
particulier	man	17,02	23,43	26,25	20,68	19,57	22,07
	vrouw	20,09	32,75	32,74	29,67	24,19	28,50
	subtotaal	18,46	28,07	29,30	24,69	22,06	25,12
ziekenfonds	man	15,94	19,61	20,28	16,04	11,75	17,70
	vrouw	17,44	29,11	32,19	24,75	15,87	25,98
	subtotaal	16,64	24,55	26,44	20,53	14,16	21,99
totaal	man	16,41	20,70	22,44	17,82	14,14	19,29
	vrouw	18,61	30,09	32,36	26,33	18,10	26,80
	totaal	17,44	25,52	27,42	22,00	16,41	23,07
gecorrigeerd totaal							23,92

Over de gehele populatie genomen gebruikt 23% van de bevolking gerekend over een tijdsinterval van 14 dagen, vrij verkrijgbare medicijnen.

Een relatief groot deel van de respondenten geeft aan nog nooit vrij verkrijgbare medicijnen te hebben gebruikt, waarbij men zich af moet vragen of de formulering 'vrij verkrijgbaar medicijn' voor iedereen duidelijk is geweest. Circa 50% van alle respondenten gebruikt over een jaar genomen dergelijke medicijnen.

De personen die in de 14 dagen voor het interview vrij verkrijgbare medicijnen hebben gebruikt, hebben aangegeven op wat voor middelen dit gebruik betrekking had.

Tabel 6.42.: Frequentieverdeling van respondenten naar het tijdstip waarop zij voor het laatst vrij verkrijgbare medicijnen hebben gebruikt (N= 13014)

tijdstip	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
1 - 14 dagen geleden	23,0	23,9
14 dagen - 3 maanden geleden	12,5	12,8
3 - 6 maanden geleden	7,5	7,5
6 - 9 maanden geleden	4,1	4,1
9 - 12 maanden geleden	2,7	2,9
12 - 18 maanden geleden	3,6	3,7
18 - 24 maanden geleden	1,1	1,0
2 - 3 jaar geleden	2,1	1,9
3 - 5 jaar geleden	1,8	1,9
meer dan 5 jaar geleden	5,9	5,7
nooit	30,3	29,2
weet niet/geen antwoord	5,4	5,3

Een overzicht van de genoemde middelen is te vinden in tabel 6.43. Opnieuw zijn de vermelde percentages afgeleid van de groep personen die aangeeft dergelijke medicijnen te gebruiken.

soort vrij
ver verkrijgbare medicijnen

Tabel 6.43.: Vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt over een periode van 14 naar soort medicijn (N = 2999)

soort medicijn	% respondenten in steekproef	% respondenten gecorrigeerd
pijn- en koortswerende medicijnen	55,0	53,9
medicijnen tegen hoesten	17,4	17,3
versterkende middelen	7,3	7,9
medicijnen voor hart- en bloedvaten	0,7	0,6
plaspillen 0,2	0,1	
laxeermiddelen	1,2	1,3
medicijnen tegen maag- darmklachten	3,7	3,5
slaap- en kalmeringsmiddelen	2,9	3,2
antibiotica 0,3	0,3	
medicijnen voor de huid	2,4	3,0
medicijnen tegen reuma/gewrichtspijn	1,0	1,0
medicijnen tegen allergie	0,9	0,7
medicijnen tegen astma	0,3	0,4
andere medicijnen zonder voorschrift	5,1	5,2
weet niet/onbekend	1,7	1,6

Van alle genoemde medicijnen worden alleen pijn- en koortswerende middelen, medicijnen tegen het hoesten en versterkende middelen gebruikt door aantal respondenten van enige omvang. Voor de overige medicijnen gelden percentages van circa 5% of minder.

7. SAMENVATTING

Dit afsluitende hoofdstuk zet de belangrijkste bevindingen uit de bevolkingsenquête van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Nederlandse Huisartspraktijk op een rij. Achtereenvolgens komen aan bod: de meningen en attitudes van patiënten (paragraaf 7.1), hun gezondheidsgedrag (paragraaf 7.2), de ervaren morbiditeit (paragraaf 7.3), en het ziektegedrag waaronder medische consumptie (paragraaf 7.4).

meningen en
attitudes

7.1. Mening en attitudes respondenten

In hoofdstuk 3 hebben de meningen en attitudes van respondenten over gezondheid en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen centraal gestaan. Daarbij is allereerst gekeken naar de waardering voor het werken van de huisarts. In het algemeen zijn respondenten uiterst tevreden over het werken van de huisarts. Waar het gaat om het informatieve, communicatieve en instrumentele optreden van de huisarts is ruim 80% vol lof; 5 tot 10% van de respondenten is daarentegen uiterst kritisch. Gaat het om de bereikbaarheid van huisartsen buiten kantooruren, dan heeft circa 10% van degenen die zijn ondervraagd hier twijfels over. Met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen en het verwijzen naar medisch-specialisten ondervindt 5 tot 10% problemen, waarbij soms iets wordt verkregen waar men niet om heeft gevraagd en soms het gevraagde niet wordt verkregen. Met betrekking tot de mate waarin respondenten hun gezondheid vooral zien als een gevolg van eigen handelen, het handelen van de huisarts of van het toeval zijn Health Locus of Control scores berekend voor alle deelnemers op de drie genoemde schalen. De verschillen tussen categorieën respondenten voor wat betreft de gemiddelde scores zijn klein; zeker wat geslacht betreft. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de oriëntatie op de huisarts en op het toeval wat af. De gemiddelde score op de arts-oriëntatie en op de kans-oriëntatie ligt wat lager bij ziekenfonds- dan bij particuliere patiënten.

Een beeld vergelijkbaar aan dat van arts-oriëntatie gemeten via de Health Locus of Control-schaal, komt naar voren uit de schaalscores op de schaal die bekend staat als de Nijmeegse verwachtingenlijst. Ouderen en personen verzekerd via het ziekenfonds hebben bij het zoeken naar een oplossing van alledaagse medische problemen minder de neiging om hulp te zoeken bij de huisarts.

Zowel de Health Locus of Control-schaal als de Nijmeegse verwachtingenlijst blijken meetinstrumenten die op populatieniveau goed voldoen. Via factoranalyse en de berekening van betrouwbaarheidscoëfficiënten komen ook bij ons onderzoek de verwachte achterliggende dimensies naar voren. Betrouwbaarheidscoëfficiënten wijzen op goede schalen en subschalen.

7.2. Gezondheidsgedrag

Gezondheid kan voor een deel worden beïnvloed door de leefstijl van mensen. In hoofdstuk 4 is aandacht geschonken aan een aantal indicatoren op het gebied van leefstijl en leefgewoonten. Roken, het drinken van alcohol en koffie, de rust die men neemt, de beweging die men neemt via sportbeoefening en de verhouding tussen lichaamsgewicht en lichaamslengte zijn aan de orde geweest.

Met betrekking tot roken is vastgesteld dat circa 32% van de bevolking rookt. Het hoogste percentage rokers vinden we bij via het ziekenfonds verzekerde mannen in de leeftijdsklassen tussen de 25 en 65 jaar. Van deze groep rookt meer dan de helft. Van de mannen rookt een groter percentage dan van de vrouwen; hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden in vergelijking tot particulier verzekerden. In beide gevallen bedraagt het verschil circa 10%. Uitzondering vormen de jonge vrouwen: in de leeftijdsgroep tussen de 15 en 25 jaar roken iets meer vrouwen dan mannen. Het gemiddeld aantal sigaretten dat wordt opgestoken is naar eigen zeggen circa 15 per dag.

Van de bevolking van 15 jaar en ouder, drinkt ruim 60% incidenteel of regelmatig alcohol. Er drinken meer mannen dan vrouwen. Naar leeftijd vindt men het hoogste percentage alcoholgebruikers bij de groep 25 tot 44 jarigen. Degenen die alcohol drinken, drinken naar eigen zeggen gemiddeld ruim één glas per dag (1,35). Het gemiddeld aantal glazen alcohol per dag ligt bij mannen ruim twee keer zo hoog als vrouwen (1,75 versus 0,75). Het hoogste gemiddelde aantal glazen per dag ligt opnieuw bij de mannen tussen de 25 en 45 jaar.

Met betrekking tot het slaapgedrag, het sporten en gewoonten op het gebied van voeding willen wij ons hier beperken tot de vaststelling dat op individueel niveau is vastgesteld de uren slaap die zijn genoten, de tijd die aan sport wordt besteed, de diëten die worden gevolgd en de aantallen koppen koffie die worden gedronken. Behalve dat de verschillen naar subcategorieën klein en/of voor de hand liggend zijn, kunnen bij de voorspellende kracht van deze indicatoren bij verschillen in gezondheid en de behoefte aan zorg vraagtekens worden gezet. Wel een mogelijk goede indicator voor de behoefte aan zorg is de Quetelet-index die op basis van lichaamslengte en -gewicht aangeeft in hoeverre van onder- of overgewicht sprake is. Quetelet-waarden zijn uitgerekend voor de onderzoekspopulatie van 15 jaar en ouder. Circa 11% van de respondenten heeft een (licht) ondergewicht, bijna 6% van alle personen heeft ernstig tot gevaarlijk overgewicht.

7.3. Morbiditeit

De mate waarin mensen gebruik zullen maken van (professionele) medische zorg zal voor een aanzienlijk deel worden bepaald door het zich ziek of minder gezond voelen van respondenten. De indicatoren voor morbiditeit die in de bevolkingsenquête van de Nationale Studie zijn opgenomen variëren van de globale inschatting van de eigen gezondheid tot een gedetailleerde weergave van de chronische aandoeningen waaraan respondenten zeggen te lijden.

Bij het algemeen oordeel over de eigen gezondheid, schat circa 85% van alle ondervraagde personen deze als goed of zeer goed in. Naarmate de leeftijd stijgt, wordt de gezondheid als minder goed ervaren. Ziekenfondsverzekerden zijn over hun eigen gezondheid minder tevreden dan particulier verzekerden. Tussen mannen en vrouwen constateerden we bij deze indicator geen verschillen.

Naast het algemene oordeel is door de respondenten aangegeven welke (acute) ziekten of klachten men over een periode van twee weken heeft gehad en aan welke chronische aandoeningen men lijdt.

Een minderheid van ruim 20% van alle ondervraagde personen is, met betrekking tot de voorgelegde lijst met klachten, volledig klachtenvrij geweest in de twee weken voor het interview. Klachten die door meer dan 20% van de respondenten worden genoemd zijn: hoofdpijn, moeheid, hoesten en verkoudheid. Zowel het percentage respondenten met klachten als het gemiddeld aantal gerapporteerde klachten ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen, en ook hoger bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden; beide stijgen verder met de leeftijd.

Ongeveer de helft van de respondenten rapporteert minstens één chronische aandoening. De meest genoemde gezondheidsproblemen zijn: rugklachten, migraine/ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk, aambeien en spataderen. Het percentage respondenten dat last heeft van één of meer chronische aandoeningen evenals het gemiddeld aantal gerapporteerde chronische aandoeningen stijgt met de leeftijd, ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen en hoger bij ziekenfonds- dan bij particuliere patiënten.

Via de General Health Questionnaire zijn scores verkregen op basis waarvan ingeschat kan worden of iemand al dan niet als (potentiële) psychiatrische case kan worden aangemerkt. Bij hantering van de in de literatuur gebruikelijke grenswaarde, geldt voor circa 13% van de bevolking dat deze als potentiële 'psychiatrische case' kan worden gelabeld. Dit percentage evenals de gemiddelde ghq-score ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen evenals bij ziekenfonds- dan bij particuliere patiënten.

De psycho-sociale problematiek waarvan mensen last hebben is geïnventariseerd via 22 items, die tezamen de BIOPRO-schaal vormen. De meest genoemde problemen zijn toekomstproblematiek, snelle maatschappelijke veranderingen, het zelfbeeld en ontplooiings- en ontwikkelingsproblemen.

Als overgang naar het gebruik van medische voorzieningen is aandacht geschonken aan het ziekteverzuim. Over een periode van twee maanden laat bijna 20% van de bevolking één of meer verzuimdagen aantekenen terwijl 32% aan het werk is gebleven ondanks ziekte. Het gemiddeld aantal verzuimdagen bedraagt 2,4.

7.4. Gebruik van voorzieningen

Mensen zullen om een veelheid van redenen gebruik maken van de diensten van hulpverleners in de medische sector of hun toevlucht nemen tot het gebruik van medicijnen. Gebruik kan daarbij samenhangen met meningen en

attitudes van personen, met leefstijl en met de mate waarin men een oordeel heeft over de eigen gezondheid. De relatie tussen deze indicatoren en het gebruik van medische voorzieningen viel buiten het kader van dit rapport. Het laatste hoofdstuk geeft wel een overzicht van het gebruik van zorg op populatieniveau. Dit is gedaan per zorgsector.

Bij het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen is gekeken naar de mate waarin mensen contact hebben met de diverse hulpverleners en naar het gemiddeld aantal contacten voor degenen die de betreffende hulpverlener hebben geraadpleegd. Het percentage respondenten en het gemiddeld aantal contacten is bekeken in relatie tot de persoonskenmerken geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm.

Over een periode van twee maanden heeft 37% van alle respondenten contact gehad met de huisarts; over een jaar geeft circa driekwart van alle personen aan tenminste eenmaal de huisarts te hebben geraadpleegd. Van de vrouwen heeft een groter percentage contact met de huisarts dan van de mannen. Hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus particulier verzekerden en voor ouderen versus jongeren. Het gemiddeld aantal contacten voor de groep die in de twee maanden voorafgaand aan de enquête tenminste eenmaal contact met de huisarts heeft gehad bedraagt 1,66.

Een van de hulpverleners binnen de eerstelijnszorg die het merendeel van de cliënten via de huisarts krijgt is de fysiotherapeut. Over één jaar genomen heeft rond de 13% van de bevolking één of meerdere malen contact met een fysiotherapeut. Het gemiddeld aantal contacten voor deze groep personen komt uit op circa 12. Ruim driekwart van de personen verwezen voor fysiotherapie kan binnen een week bij een fysiotherapeut terecht voor behandeling. 6,5% van de respondenten heeft contact gehad met de wijkverpleging in het jaar voorafgaand aan de enquête. Het consultatiebureau neemt hierbij een belangrijke plaats in, wat ondermeer tot uiting komt in een hoog percentage respondenten met contact in de jongste leeftijdsgroep.

Aan de tandarts wordt door ruim 65% van de totale groep respondenten tenminste eenmaal per jaar een dergelijk bezoek gebracht. Dit percentage daalt met de leeftijd (ook als we de personen met een volledig kunstgebit niet meenemen in de analyse) en ligt wat hoger voor particulier verzekerden in vergelijking tot ziekenfondsverzekerden. Bij de respondenten die een bezoek brachten aan de tandarts in het jaar voorafgaand aan de enquête, bedroeg het gemiddeld aantal contacten 2,3.

Ter afsluiting van de contacten met de hulpverleners in de eerstelijnszorg zijn gegevens gepresenteerd over de mate waarin hulp wordt ingeroepen van de wijkverpleging, het algemeen maatschappelijk werk, de logopedist, de diëtist en de gezinszorg. Voor deze beroepsgroepen liggen de percentages personen met tenminste één contact in het jaar voorafgaand aan de enquête, op minder dan 3%.

Bij het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen is gekeken naar de contacten met medisch specialisten en het aantal ziekenhuisopnamen. Over twee maanden heeft circa 15% van de bevolking contact met één of meerdere medische specialisten. Over één jaar komt het percentage personen met één of meerdere contacten uit op ruim 35%. Veel geraadpleegde specialisten zijn: de

internist, de chirurg en de oogarts. Het gemiddeld aantal contacten ligt, bij de respondenten die een specialist consulteerden in de twee maanden voorafgaand aan de enquête op 1,8.

Uiteindelijk krijgt bijna 25% van alle ondervraagde personen over vijf jaar genomen te maken met een opname in het ziekenhuis. Nemen we als tijdsinterval één jaar dan resulteert dit in een opnamepercentage van 8%.

Naast de contacten met hulpverleners in de eerstelijnszorg en medisch-specialisten is informatie beschikbaar over de contacten met instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Rond de 3% van de bevolking heeft jaarlijks tenminste één contact met een instelling op het terrein van de GGZ; bij vijf jaar komt dit percentage uit op circa 7%. Contacten met GGZ-instellingen betreffen vooral contacten met RIAGG's.

Tenslotte is gevraagd naar contacten met alternatieve genezers. 7,5% van de bevolking geeft aan jaarlijks tenminste eenmaal een alternatieve genezer te raadplegen. Over een periode van 5 jaar geeft bijna 14% aan een alternatieve genezer geraadpleegd te hebben. Komen we tenslotte bij het gebruik van medicijnen. Ongeveer 14% van de bevolking heeft over een periode van 14 dagen medicijnen voorgeschreven gekregen; circa 30% geeft aan over eenzelfde periode voorgeschreven medicijnen te hebben gebruikt. Dit percentage stijgt sterk met de leeftijd en ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen en hoger bij ziekenfonds- dan bij particulier verzekerden. Naar soort zijn het vooral medicijnen voor hart- en bloedvaten, slaap- en kalmeringsmiddelen en pijn- en koortswerende middelen die op voorschrift worden verbruikt. Naast op voorschrift verkregen medicijnen, wordt door circa 24% van de bevolking vrijverkrijgbare medicijnen gebruikt. Het percentage gebruikers van dergelijke medicijnen ligt voor particulier verzekerden hoger dan voor personen verzekerd via het ziekenfonds. Meer vrouwen dan mannen maken er gebruik van. Het percentage gebruikers stijgt tenslotte tot op middelbare leeftijd, om vervolgens weer te dalen. Middelen die worden genoemd zijn met name koorts- en pijnbestrijders en middelen tegen hoesten en verkoudheid.

BIJLAGE A

Tabel 3.7a Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'health locus of control, intern'- score

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	3	33,9	0,000
- verzekeringsvorm	1	13,5	0,000
- geslacht	1	49,4	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	3	4,5	0,004
- leeftijd + geslacht	3	6,2	0,000
- verzekering + geslacht	1	1,5	0,218
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	1,9	0,128
3 Residuele variantie = 28,5	10467		

Tabel 3.7b Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'health locus of control, arts' - score

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	3	501,5	0,000
- verzekeringsvorm	1	272,4	0,000
- geslacht	1	6,8	0,009
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	3	6,6	0,000
- leeftijd + geslacht	3	1,4	0,245
- verzekering + geslacht	1	1,7	0,189
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	1,8	0,139
3 Residuele variantie = 29,6	10473		

Tabel 3.7c Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'health locus of control, kans'- score

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	3	196,8	0,000
- verzekeringsvorm	1	122,8	0,000
- geslacht	1	5,8	0,016
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	3	4,1	0,006
- leeftijd + geslacht	3	1,1	0,353
- verzekering + geslacht	1	4,2	0,041
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	2,3	0,075
3 Residuele variantie = 28,3	10463		

Tabel 3.10 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'verwachtingen ten aanzien van huisarts' - score

Bron van variantie	aantal	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	3	354,5	0,000
- verzekeringsvorm	1	183,6	0,000
- geslacht	1	63,1	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	3	3,3	0,021
- leeftijd + geslacht	3	0,6	0,586
- verzekering + geslacht	1	3,8	0,050
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	2,3	0,076
3 Residuele variantie =	10401	69,5	

Tabel 4.1 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% rokers'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	449,3	0,000
- verzekeringsvorm	1	110,7	0,000
- geslacht	1	177,4	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	7,5	0,000
- leeftijd + geslacht	4	56,6	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,7	0,403
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,0	0,386
3 Residuele variantie = 1890,1	12911		

Tabel 4.3 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'aantal sigaretten per dag'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	33,3	0,000
- verzekeringsvorm	1	4,7	0,031
- geslacht	1	112,1	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,0	0,432
- leeftijd + geslacht	4	6,3	0,000
- verzekering + geslacht	1	4,4	0,035
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	0,8	0,503
3 Residuele variantie = 72,0	4009		

Tabel 4.4 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% alcoholgebruikers'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	2091,6	0,000
- verzekeringsvorm	1	64,5	0,000
- geslacht	1	489,7	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	10,6	0,000
- leeftijd + geslacht	4	33,3	0,000
- verzekering + geslacht	1	15,3	0,000
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,9	0,110
3 Residuele variantie = 1358,5	12877		

Tabel 4.6 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'het aantal glazen alcohol per dag'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	21,4	0,000
- verzekeringsvorm	1	0,8	0,384
- geslacht	1	688,7	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	6,3	0,000
- leeftijd + geslacht	4	2,9	0,019
- verzekering + geslacht	1	1,9	0,166
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	2,7	0,029
3 Residuele variantie = 2,818	7835		

Tabel 4.8 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'het aantal uren slaap op doordeweekse dagen'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	4496,3	0,000
- verzekeringsvorm	1	26,0	0,000
- geslacht	1	293,3	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	15,2	0,000
- leeftijd + geslacht	4	13,3	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,7	0,393
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	2,1	0,082
3 Residuele variantie = 1,1	12733		

Tabel 4.9 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op het '% sportbeoefenaars'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	251,6	0,000
- verzekeringsvorm	1	232,7	0,000
- geslacht	1	3,0	0,083
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	3,8	0,004
- leeftijd + geslacht	4	6,9	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,3	0,579
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,3	0,896
3 Residuele variantie = 2163,8	12911		

Tabel 4.12 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'minuten sportbeoefening per week'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	25,3	0,000
- verzekeringsvorm	1	0,8	0,371
- geslacht	1	257,3	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	0,8	0,547
- leeftijd + geslacht	4	5,7	0,000
- verzekering + geslacht	1	9,3	0,002
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	2,6	0,037
3 Residuele variantie = 55713,3	5029		

Tabel 4.13 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% koffiedrinkers'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	3934,3	0,000
- verzekeringsvorm	1	8,5	0,004
- geslacht	1	39,2	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	12,0	0,000
- leeftijd + geslacht	4	2,7	0,030
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,978
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,3	0,898
3 Residuele variantie = 782,9	12855		

Tabel 4.15 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'het aantal koppen koffie per dag'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	294,9	0,000
- verzekeringsvorm	1	65,7	0,000
- geslacht	1	281,1	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	3,1	0,014
- leeftijd + geslacht	4	5,0	0,001
- verzekering + geslacht	1	1,2	0,278
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	3,0	0,018
3 Residuele variantie = 7,0	9938		

Tabel 4.16 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% personen dat dieet volgt'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	227,3	0,000
- verzekeringsvorm	1	5,1	0,024
- geslacht	1	119,9	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	2,0	0,085
- leeftijd + geslacht	4	10,0	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,9	0,349
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,5	0,761
3 Residuele variantie = 751,3	12911		

Tabel 4.18 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'quetelet-waarde'

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	3	561,6	0,000
- verzekeringsvorm	1	72,3	0,000
- geslacht	1	84,9	0,001
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	3	3,1	0,026
- leeftijd + geslacht	3	35,0	0,000
- verzekering + geslacht	1	4,5	0,035
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	1,6	0,180
3 Residuele variantie = 11,7	10548		

Tabel 5.2 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'ervaren gezondheid' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	245,7	0,000
- verzekeringsvorm	1	109,8	0,000
- geslacht	1	0,3	0,613
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	25,8	0,000
- leeftijd + geslacht	4	3,7	0,005
- verzekering + geslacht	1	1,8	0,176
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,2	0,910
3 Residuele variantie = 1174,3	12911		

Tabel 5.6 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'acute klachten' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	63,7	0,000
- verzekeringsvorm	1	14,7	0,000
- geslacht	1	97,3	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	2,8	0,024
- leeftijd + geslacht	4	8,6	0,000
- verzekering + geslacht	1	5,3	0,021
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,3	0,254
3 Residuele variantie = 1680,2	12911		

Tabel 5.7 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'aantal acute klachten'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	104,5	0,000
- verzekeringsvorm	1	103,0	0,000
- geslacht	1	290,8	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	8,8	0,000
- leeftijd + geslacht	4	20,3	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,6	0,438
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,2	0,312
3 Residuele variantie = 15,4	12911		

Tabel 5.11 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'chronische aandoeningen' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	417,1	0,000
- verzekeringsvorm	1	29,3	0,000
- geslacht	1	44,7	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	0,4	0,786
- leeftijd + geslacht	4	15,4	0,000
- verzekering + geslacht	1	3,8	0,052
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,9	0,110
3 Residuele variantie = 2187,5	12911		

Tabel 5.12 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'aantal chronische aandoeningen'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	547,0	0,000
- verzekeringsvorm	1	74,6	0,000
- geslacht	1	71,4	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	10,8	0,000
- leeftijd + geslacht	4	11,0	0,000
- verzekering + geslacht	1	4,9	0,026
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	2,9	0,021
3 Residuele variantie = 1,3	12911		

Tabel 5.16 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'beperkingen' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	1009,2	0,000
- verzekeringsvorm	1	0,2	0,643
- geslacht	1	27,3	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	4,3	0,002
- leeftijd + geslacht	4	2,6	0,037
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,971
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,7	0,559
3 Residuele variantie = 1894,5	12911		

Tabel 5.17 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'aantallen beperkingen'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	879,5	0,000
- verzekeringsvorm	1	56,0	0,000
- geslacht	1	48,2	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	14,4	0,000
- leeftijd + geslacht	4	21,3	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,953
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,0	0,383
3 Residuele variantie = 2,2	12911		

Tabel 5.21 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'General Health Questionnaire' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	3	3,8	0,010
- verzekeringsvorm	1	12,8	0,000
- geslacht	1	96,3	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	3	3,4	0,017
- leeftijd + geslacht	3	0,4	0,720
- verzekering + geslacht	1	8,2	0,004
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	2,0	0,118
3 Residuele variantie = 1083,4	10154		

Tabel 5.22 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op verschillen 'somscore 'General Health Questionnaire'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	3	4,3	0,005
- verzekeringsvorm	1	19,1	0,000
- geslacht	1	102,7	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	3	4,7	0,003
- leeftijd + geslacht	3	2,0	0,106
- verzekering + geslacht	1	10,0	0,002
- leeftijd + verzekering + geslacht	3	0,7	0,578
3 Residuele variantie = 16,2	10154		

Tabel 5.26 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'ziekteverzuim' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	33,9	0,000
- verzekeringsvorm	1	14,9	0,000
- geslacht	1	2,1	0,152
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	2,1	0,081
- leeftijd + geslacht	4	11,2	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,1	0,755
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,7	0,573
3 Residuele variantie = 1461,1	12902		

Tabel 5.28 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'aantal verzuimdagen'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	32,0	0,000
- verzekeringsvorm	1	31,3	0,000
- geslacht	1	8,3	0,004
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	3,2	0,013
- leeftijd + geslacht	4	10,0	0,000
- verzekering + geslacht	1	1,8	0,177
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,4	0,823
3 Residuele variantie = 84,5	12815		

Tabel 5.29 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'aan het werk gebleven' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	74,5	0,000
- verzekeringsvorm	1	0,3	0,610
- geslacht	1	88,2	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,3	0,267
- leeftijd + geslacht	4	4,9	0,001
- verzekering + geslacht	1	3,2	0,075
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,8	0,123
3 Residuele variantie = 2087,6	12823		

Tabel 5.30 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'aantal dagen rustig aan gedaan'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	17,2	0,000
- verzekeringsvorm	1	8,1	0,004
- geslacht	1	14,8	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	3,4	0,009
- leeftijd + geslacht	4	4,5	0,001
- verzekering + geslacht	1	0,1	0,727
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,1	0,670
3 Residuele variantie = 1180,4	12911		

Tabel 5.32 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht op 'aantal rust-dagen

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	signifi-cantie van F
1 Hoofdeffecten	4	33,0	0,000
- leeftijd	1	22,0	0,000
- verzekeringsvorm	1	0,2	0,668
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	3,6	0,006
- leeftijd + geslacht	4	4,5	0,001
- verzekering + geslacht	1	1,2	0,279
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,5	0,768
3 Residuele variantie = 9,3	12846		

Tabel 6.1 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'contact met huisarts %'

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	signifi-cantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	5,2	0,000
- verzekeringsvorm	1	6,0	0,000
- geslacht	1	111,3	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,0	0,394
- leeftijd + geslacht	4	6,0	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,8	0,380
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,6	0,168
3 Residuele variantie = 2265,0	12911		

Tabel 6.4 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'aantal bezoeken huisarts'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	2,5	0,044
- verzekeringsvorm	1	4,2	0,041
- geslacht	1	0,9	0,337
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	0,9	0,457
- leeftijd + geslacht	4	0,3	0,877
- verzekering + geslacht	1	1,0	0,322
- leeftijd + verzekering - geslacht	4	0,5	0,708
3 Residuele variantie = 1,6	4732		

Tabel 6.7 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'contact met fysiotherapeut (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	72,6	0,000
- verzekeringsvorm	1	10,2	0,001
- geslacht	1	2,2	0,134
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	0,5	0,767
- leeftijd + geslacht	4	8,3	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,973
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,9	0,483
3 Residuele variantie = 1098,9	12911		

Tabel 6.9 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'aantal bezoeken fysiotherapeut'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	9,8	0,000
- verzekeringsvorm	1	7,1	0,008
- geslacht	1	0,0	0,996
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,0	0,422
- leeftijd + geslacht	4	0,4	0,777
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,870
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	2,8	0,026
3 Residuele variantie = 498,6	1654		

Tabel 6.12 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'contact met wijkverpleging' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	138,2	0,000
- verzekeringsvorm	1	10,7	0,001
- geslacht	1	65,5	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	3,7	0,005
- leeftijd + geslacht	4	12,0	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,4	0,506
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,3	0,270
3 Residuele variantie = 617,3	12911		

Tabel 6.15 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'tandartsbezoek' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	1009,6	0,000
- verzekeringsvorm	1	95,5	0,000
- geslacht	1	18,8	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	15,8	0,000
- leeftijd + geslacht	4	5,8	0,000
- verzekering + geslacht	1	2,8	0,094
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,9	0,468
3 Residuele variantie = 1648,0	12840		

Tabel 6.16 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'tandartsbezoek' (exclusief: 0-4 jarigen en dragen van kunstgebit (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	144,6	0,000
- verzekeringsvorm	1	8,6	0,003
- geslacht	1	80,1	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	18,3	0,000
- leeftijd + geslacht	4	7,5	0,000
- verzekering + geslacht	1	10,0	0,002
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,7	0,617
3 Residuele variantie = 926,1	8565		

Tabel 6.18 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op verschillen 'aantal bezoeken aan de tandarts'

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	5,0	0,001
- verzekeringsvorm	1	0,9	0,337
- geslacht	1	5,9	0,015
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	0,5	0,770
- leeftijd + geslacht	4	0,0	0,997
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,878
- leeftijd + verzekering - geslacht	4	2,6	0,036
3 Residuele variantie = 2,2	8672		

Tabel 6.20 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'contacten medisch specialist' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	38,6	0,000
- verzekeringsvorm	1	5,7	0,017
- geslacht	1	8,1	0,004
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,4	0,222
- leeftijd + geslacht	4	5,8	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,901
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,0	0,398
3 Residuele variantie = 1295,2	12911		

Tabel 6.23 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'aantal contacten met medisch specialist'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	1,9	0,109
- verzekeringsvorm	1	2,1	0,152
- geslacht	1	1,4	0,232
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	3,0	0,019
- leeftijd + geslacht	4	0,3	0,856
- verzekering + geslacht	1	0,0	0,905
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,6	0,656
3 Residuele variantie = 3,8	1992		

Tabel 6.27 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op verschillen 'opnamen in zieken en verpleeghuizen over vijf jaar' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	48,9	0,000
- verzekeringsvorm	1	35,1	0,000
- geslacht	1	2,4	0,124
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	2,5	0,038
- leeftijd + geslacht	4	13,5	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,5	0,499
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,4	0,825
3 Residuele variantie = 1771,3	12911		

Tabel 6.28 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'opnames in zieken/verpleeghuis over 1 jaar (%)

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	18,2	0,000
- verzekeringsvorm	1	21,9	0,000
- geslacht	1	0,0	0,958
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,2	0,302
- leeftijd + geslacht	4	8,1	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,4	0,534
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,1	0,337
3 Residuele variantie = 717,5	12911		

Tabel 6.30 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op 'GGZ-contact over 5 jaar' (%)

Bron van variantie	aantal vrijheids-graden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	32,9	0,000
- verzekeringsvorm	1	0,9	0,347
- geslacht	1	3,4	0,066
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	0,6	0,647
- leeftijd + geslacht	4	6,7	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,1	0,757
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,4	0,794
3 Residuele variantie = 614,5	12911		

Tabel 6.31 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% respondenten met GGZ-contact over 1 jaar'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	19,5	0,000
- verzekeringsvorm	1	1,2	0,280
- geslacht	1	4,4	0,036
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	0,7	0,613
- leeftijd + geslacht	4	4,5	0,001
- verzekering + geslacht	1	1,2	0,276
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,9	0,480
3 Residuele variantie = 309,2	12911		

Tabel 6.33 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% respondenten met contacten met alternatieve genezers over 5 jaar'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	41,9	0,000
- verzekeringsvorm	1	29,7	0,000
- geslacht	1	80,3	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,7	0,143
- leeftijd + geslacht	4	2,6	0,037
- verzekering + geslacht	1	2,5	0,111
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,6	0,162
3 Residuele variantie = 683,8	12911		

Tabel 6.34 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% respondenten met contacten met alternatieve genezers over 1 jaar'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	19,7	0,000
- verzekeringsvorm	1	13,0	0,000
- geslacht	1	68,1	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,6	0,168
- leeftijd + geslacht	4	2,6	0,034
- verzekering + geslacht	1	2,9	0,089
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,1	0,372
3 Residuele variantie = 686,6	12911		

Tabel 6.36 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% respondenten dat over 14 dagen medicijnen kreeg voorgeschreven'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	49,7	0,000
- verzekeringsvorm	1	13,0	0,000
- geslacht	1	35,2	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,5	0,186
- leeftijd + geslacht	4	4,9	0,001
- verzekering + geslacht	1	0,9	0,337
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	2,7	0,030
3 Residuele variantie = 1118,8	12767		

Tabel 6.37 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% respondenten dat over 14 dagen op voorschrift verkregen medicijnen gebruikt'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	422,1	0,000
- verzekeringsvorm	1	26,5	0,000
- geslacht	1	68,2	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	4,6	0,001
- leeftijd + geslacht	4	7,4	0,000
- verzekering + geslacht	1	0,5	0,466
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	1,3	0,272
3 Residuele variantie = 1804,8	12911		

Tabel 6.41 Effecten van leeftijd, verzekering en geslacht, op '% respondenten dat over een periode van 14 dagen vrij verkrijgbare medicijnen heeft gebruikt'

Bron van variantie	aantal vrijheidsgraden	F-waarde	significantie van F
1 Hoofdeffecten			
- leeftijd	4	35,1	0,000
- verzekeringsvorm	1	24,3	0,000
- geslacht	1	10,1	0,000
2 Interactie-effecten			
- leeftijd + verzekering	4	1,2	0,302
- leeftijd + geslacht	4	4,1	0,003
- verzekering + geslacht	1	1,0	0,323
- leeftijd + verzekering + geslacht	4	0,9	0,473
3 Residuele variantie = 1738,2	12911		

BIJLAGE B

MATRIX MET WEEGFACTOREN

Leeftijd	Geslacht	Urbanisatie		Midden		Midden		Hoog			
		Regio	Laag Noorden	Midden	Zuiden	Midden Noorden	Zuiden	Noorden	Midden	Zuiden	
0-14 jr	mannen		93205/104	260425/159	132575/210	46468/169	326701/121	143288/211	19202/29	186922/107	68237/38
	vrouwen		88532/95	249157/135	125997/174	44383/151	313192/88	137448/193	18053/13	179201/114	65276/42
15-24 jr	mannen		76110/115	209280/144	115364/165	40184/151	273060/104	129298/175	26006/26	197205/81	73964/35
	vrouwen		69327/112	196759/143	107177/160	38018/165	258125/85	122784/195	26857/41	193504/84	72146/48
25-44 jr	mannen		133364/251	378472/276	213333/368	68676/322	505051/215	239194/368	42367/73	353455/203	134044/72
	vrouwen		125427/261	363876/263	199903/307	67338/316	499241/244	226832/355	39589/83	338154/222	125042/75
45-64 jr	mannen		87156/160	223365/163	135216/216	46787/229	326392/133	156806/222	21652/39	217256/118	87958/51
	vrouwen		86951/157	219409/173	132114/206	48056/180	333641/137	156131/227	23807/55	227571/96	92776/51
65-e.o.	mannen		51856/92	102983/78	59693/87	24184/91	145400/50	60886/69	13307/21	115246/41	41300/20
	vrouwen		68195/104	140087/97	79928/98	34050/98	215702/84	86142/105	22370/36	186364/65	65761/37

LITERATUUR

- Bos GAM van den. Zorgen van en voor chronisch zieken [dissertatie]. Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- Cassee ETH. Naar de dokter. Enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel: Boom, 1973.
- Foets M, van der Velden J, van der Zee J. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
- Foets M, van der Velden J. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- Sonsbeek JLA van. Stronkhorst LH. Methodische aspecten van de gezondheidsenquête. Statistische Onderzoeken M22. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monographs no. 21. London: Oxford University Press, 1972.
- Halfens RJG. Locus of control: de beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag [dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Maastricht, 1985.
- Hodiamont PR. Het zoeken van zieke zielen. Een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie. ISG-publicatie 16. Nijmegen: K.U. Nijmegen, 1986.
- Hunt S, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status. London: Croom Helm, 1986.
- Kars-Marshall C, Pollemans M, Spronk-Boon Y. Feeling the nation's pulse. A study of national health interview surveys. Rotterdam: Erasmus University, 1983.
- Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken. [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- Sonsbeek JLA van. Stronkhorst LH. Methodische aspecten van de gezondheidsenquête. Statistische Onderzoeken M22. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- Sonsbeek JLA van. Methodische en inhoudelijke aspecten van de OESO-indicator betreffende langdurige beperkingen in het lichamenlijk functioneren. Maandbericht Gezondheidsstatistiek. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1988.

