

NIV 104 (36a)

137703

ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE ALMEERSE HUISARTSPRAKTIJK

Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de
praktijkpopulatie

H. Sixma
C. Thomassen
D. de Bakker
M. Foets

november, 1991

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

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ziekten

Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartsenpraktijk. -
Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de
Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie /
H. Sixma ... [et. al.]

ISBN 90-6905-164-8

Trefw.: huisartsgeneeskunde ; Almere ; onderzoek.

Typewerk en vormgeving: Renate Wieggers

Omslag: Mieke Cornelius

Drukwerk: Firma Post

EEN WOORD VOORAF

Tussen oktober 1987 en mei 1988 heeft de dataverzameling plaatsgevonden voor het onderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk'; een onderzoek uitgevoerd in het kader van het project 'evaluatie Experiment Gezondheidszorg Almere'. Bij dit onderzoek kunnen een aantal deelstudies worden onderscheiden. De belangrijkste resultaten van de deelstudies zullen in de vorm van rechte tellingen worden gepresenteerd in drie rapporten. Dit rapport bevat de basisgegevens uit het deelonderzoek 'Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie'. De twee andere rapporten zullen ingaan op de morbiditeit in Almere en de verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijken.

Tegelijk met het onderzoek in Almere heeft een in opzet en uitvoering bijna identiek onderzoek plaatsgevonden in de rest van Nederland. Dit onderzoek staat bekend als de 'Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' of kortweg 'Nationale Studie'. Opzet en vorm van de rapporten met gegevens uit Almere en uit de rest van Nederland zijn zoveel mogelijk gelijk gehouden, met name wat betreft de tabellen. De Almeerse cijfers kunnen direct worden vergeleken met de gegevens op basis van een steekproef uit de Nederlandse populatie. Voor zowel de studie in Almere als in de rest van Nederland geldt dat een wetenschappelijke verantwoording voor de opzet en uitvoering van de studie wordt gegeven in het rapport 'Meetinstrumenten en Procedures'. In dat rapport wordt uitvoerig stil gestaan bij een groot aantal methodologische onderwerpen.

Bij het begin van dit rapport met gegevens over de gezondheid van de Almeerse bevolking en het gebruik dat door inwoners van Almere van zorgvoorzieningen wordt gemaakt, past een woord van dank. Dank aan de bijna 1200 inwoners van Almere en aan de overige ruim 14.000 respondenten in de rest van Nederland die medewerking hebben verleend aan het onderzoek via het beantwoorden van de vele vragen. Dank ook aan vele medewerkers van de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere en de huisartsen en assistentes voor de hulp bij de steekproeftrekking en het motiveren van potentiële respondenten om toch vooral mee te doen met het onderzoek. Dank aan losse en vaste NIVEL-medewerkers voor alle ondersteunende werkzaamheden, die liggen tussen het voor de eerste keer inzien van ongeschoonde data en het verspreiden van het uiteindelijke rapport onder (hopelijk) belangstellende en geïnteresseerde lezers. Tenslotte dank aan de leden van de begeleidingscommissie rond het Project Gezondheidszorg Almere voor kritieken en waardevolle suggesties tijdens de verschillende fasen van het onderzoek.

Utrecht, november 1991

INHOUDSOPGAVE

pag.

VOORWOORD

1	INLEIDING	1
1.1	Achtergronden van de studie	1
1.2	Het kader van het onderzoek	3
1.3	Vraagstelling van het onderzoek	4
1.4	Indeling van het rapport	4
2	DE ONDERZOEKSOPZET	7
2.1	Vragenlijstconstructie en methode van onderzoek	7
2.2	De dataverzameling	9
2.3	Opzet van de analyse	10
3	KENMERKEN VAN RESPONDENTEN	13
3.1	Verdeling naar geslacht	13
3.2	Verdeling naar leeftijd	14
3.3	Verdeling naar verzekeringsvorm	15
3.4	Verdeling naar stadsdeel	16
3.5	De verdelingen naar andere achtergrondvariabelen	16
3.6	Interacties tussen persoonskenmerken	20
3.7	Representativiteit van de gegevens	21
4	MENINGEN EN ATTITUDES OVER DE GEZONDHEID EN HET GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN	25
4.1	Waardering voor de huisarts	26
4.1.1	Bereikbaarheid	26
4.1.2	Informatief en communicatief optreden	28
4.2	De gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie	31
4.3	Medische hulp bij alledaagse aandoeningen	35
4.4	Meningen over zwangerschap en bevalling	39
4.5	Hulp bij psychosociale problematiek	41
4.6	Samenvatting en conclusies	43

5	GEZONDHEIDSGEDRAG	45
5.1	Het gebruik van tabak	45
5.2	Het gebruik van alcohol	47
5.3	Uren slaap	50
5.4	Sportbeoefening	52
5.5	Voedingsgewoonten	54
5.6	Samenvatting	59
6	INDICATOREN VOOR MORBIDITEIT	61
6.1	De algemene gezondheidstoestand	61
6.2	Acute klachten	62
6.3	Chronische aandoeningen	69
6.4	Beperkingen in het dagelijks functioneren	75
6.5	Geestelijke gezondheid	80
6.6	Psychosociale problematiek	84
6.7	Ziekteverzuim en het niet uitvoeren van dagelijkse bezigheden	89
6.8	Stressful life events	94
6.9	Samenvatting en conclusies	100
7	HET GEBRUIK VAN MEDISCHE VOORZIENINGEN	101
7.1	Het gebruik van disciplines in de eerstelijnszorg	101
7.1.1	De contacten met de huisarts	101
7.1.2	Contacten met de fysiotherapeut	107
7.1.3	Contacten met de wijkverpleging	112
7.1.4	Contacten met de tandarts	113
7.2	Contacten met overige eerstelijnsvoorzieningen	117
7.2.1	Contacten met de medisch specialist	120
7.2.2	Opnames in zieken- en verpleeghuizen	125
7.3	Contacten met de Geestelijke Gezondheidszorg	128
7.4	Contacten met alternatieve genezers	130
7.5	Het gebruik van medicijnen	133
7.5.1	Op voorschrift verkrijgbare medicijnen	133
7.5.2	Vrij verkrijgbare medicijnen	138
7.6	Het gebruik van medische voorzieningen	141

8	GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGEDRAG IN ALMERE; SAMENVATTING EN CONCLUSIES	143
8.1	Samenvatting van de onderzoeksresultaten	143
8.2	Conclusie	146
	LITERATUUR	149
	BIJLAGE 1 DE GECORRIGEERDE CIJFERS	

1 INLEIDING

Dit hoofdstuk vormt de inleiding voor het onderzoek naar de gezondheid en het gezondheidsgedrag bij de Almeerse bevolking.

Naast aandacht voor de begrippen behoefte aan zorg en zorggebruik, komen in de eerste paragraaf enkele specifiek Almeerse zaken aan de orde. Vervolgens zal het bredere kader worden geschetst voor het onderzoek naar de behoefte aan zorg in Almere. Nadat in paragraaf 1.3 de vraagstelling van onderzoek zal worden geformuleerd, wordt het hoofdstuk afgesloten met een weergave van de opbouw van het rapport.

1.1 Achtergronden van de studie

achtergronden van de studie Almere

Gezondheid en gezondheidsgedrag ofwel de behoefte aan zorg in Almere staat in dit rapport centraal. Bij een begrip als 'behoefte aan zorg' kan worden gedacht aan het gebruik dat in het dagelijks leven wordt gemaakt van de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen. Een andere mogelijkheid is dat via een aantal indicatoren als het ware een schatting wordt gegeven hoe gezond of ongezond de Almeerse populatie in feite is. Voorbeelden van dergelijke indicatoren zijn bijvoorbeeld respondentkenmerken zoals geslacht of leeftijd, maar ook het aantal chronisch zieken in een populatie. Het gaat om kenmerken waarvan het bekend is dat zij (mede) bepalend zijn voor het beroep dat men doet op zorgvoorzieningen. Behalve respondentkenmerken en de gezondheidstoestand kan ook de houding van een persoon ten opzichte van professionele hulpverlening of de leefstijl van mensen zoals bijvoorbeeld rook-, drink- en eetgewoonten, worden opgevat als een indicator voor de gezondheid van een bevolking. Tenslotte kunnen in dit verband nog worden genoemd de meer acute ziekten en/of beperkingen waar mensen in hun dagelijks leven mee geconfronteerd worden. Al deze indicatoren hebben met elkaar gemeen dat zij, in meer of mindere mate, een rol kunnen spelen bij het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Waarom is het in het kader van het evaluatie-onderzoek rondom het project Gezondheidszorg Almere interessant te kijken naar de behoefte aan zorg bij de bevolking? Om deze vraag te beantwoorden is het goed de bijzondere positie van Almere kort onder de loep te nemen. In de bijna vijftien jaar van het bestaan, is Almere uitgegroeid tot een volwassen gemeente met inmiddels ruim 70.000 inwoners. Veel jonge gezinnen, voor het overgrote deel afkomstig uit Amsterdam of de omgeving van Amsterdam, hebben zich in Almere gevestigd. Tegelijk met de verhuizing naar Almere, werden en worden de inwoners van deze gemeente geconfronteerd met een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen dat afwijkt van wat in de rest van Nederland te doen gebruikelijk is.

kenmerken Almeerse
gezondheidszorg-
voorzieningen

Enkele kenmerken van het Almeerse stelsel van Gezondheidszorgvoorzieningen. Een 'sterke' eerstelijnszorg in Almere is geconcentreerd in buurtgerichte gezondheidscentra; een krap opgezette tweedelijnszorg is bedoeld als aanvullend. Een ander kenmerk van het Almeerse stelsel is het principe van een loondienst voor de personen werkzaam in de eerstelijnszorg bij de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere. Tenslotte wordt in Almere nadrukkelijk gestreefd naar patiëntenparticipatie bij de gezondheidszorg. Participatie bij zowel de opbouw van de voorzieningen als bij het dagelijks functioneren van instellingen. Bij de totstandkoming van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen hebben overheden, financiers, zorginstellingen, patiënten en externe deskundigen via de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere een belangrijke rol gespeeld. Een belangrijke vraag is in hoeverre de bijzondere bevolking, in combinatie met de bijzondere opbouw van de gezondheidszorg in Almere, resulteert in afwijkende patronen in bijvoorbeeld het gebruik van voorzieningen. Dat het stelsel van Almeerse gezondheidszorgvoorzieningen verschilt van de rest van Nederland, is eenvoudig vast te stellen. Echter, om een goed oordeel te kunnen vormen over de werkzaamheden die op het terrein van de gezondheidszorg in Almere worden verricht, is het noodzakelijk te weten in hoeverre de Almeerse bevolking specifieke kenmerken heeft die van invloed zijn op het gebruik van medische voorzieningen. Een aantal suggesties hiervoor liggen als het ware al besloten in de hierboven gegeven omschrijving van de Almeerse situatie. Het relatief jong zijn van de bevolking zou samen moeten gaan met relatief lage bezoekfrequenties aan professionele hulpverleners, met uitzondering wellicht van de zorg voor kleine kinderen. De verhuizing naar Almere kan van invloed zijn op de behoefte aan professionele zorg. Immers, uit ander onderzoek is bekend dat kort na een verhuizing relatief vaak een huisarts wordt bezocht (Van der Wal & Smeenk, 1984). De herkomst van de Almeerse bevolking zou van invloed kunnen zijn op het gebruik van zorgvoorzieningen; wellicht wordt het hoge gebruik van Amsterdam van medische voorzieningen (zie hiervoor de LISZ-jaarboeken) in Almere gecontinueerd.

Almere versus
de rest van Nederland

Het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk wil proberen antwoord te geven op zowel vragen betreffende het gebruik van voorzieningen, als op vragen die betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de doorsnee Almeerse bevolking. Het deelrapport 'Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de Almeerse huisartspraktijk' kijkt naar beide aspecten via de optiek van de Almeerse bevolking. Echter, niet alleen wordt een profiel gegeven van de morbiditeit op populatieniveau, ook zal een vergelijking worden gemaakt tussen Almere en een steekproef van respondenten uit de rest van Nederland die dezelfde vragenlijst hebben ingevuld.

1.2 Het kader van het onderzoek

doelstelling
Experiment

Zoals we in de vorige paragraaf hebben aangegeven wordt in Almere een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen opgezet, dat op een groot aantal punten afwijkt van de 'normale' landelijke situatie. Doelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere, zoals het project in middels is gaan heten, luidt:

'..... het in Almere tot stand brengen en in stand houden van een in bestuurlijk, structureel en functioneel opzicht samenhangend geheel van voorzieningen, dat aan de bevolking een op haar behoeften afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit en tegen acceptabele kosten

(Stuurgroep, 1983).

evaluatie-onderzoek

Rond het Experiment Gezondheidszorg Almere (EGA) neemt evaluatie-onderzoek een belangrijke plaats in. De deelonderzoeken die in het kader van het evaluatie-onderzoek plaatsvinden hebben een meerledig doel. In de eerste plaats moet elk onderzoek informatie bieden over waar het project op dat moment staat ten opzicht van in het projectplan geformuleerde doelstellingen. Daarnaast moeten de deelonderzoeken aanknopingspunten bevatten om tussentijds bij te sturen indien dat noodzakelijk wordt geacht. In de derde plaats moet elk deelonderzoek informatief zijn voor de gebruikers van alle voorzieningen.

Het evaluatie-onderzoek in Almere wordt uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Het NIVEL richt zich bij het onderzoek vooral op de inhoudelijke samenhangen tussen zorgvoorzieningen in de eerstelijnszorg; het NZI houdt zich met name bezig met het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen en het thema bestuurlijke samenhang. Sinds het begin van het evaluatie-onderzoek in 1984 zijn de volgende rapportages verschenen:

- Situatieschets Almere (Sixma & Van de Voort, 1985)
- Verslag inzake de bestuurlijke samenhang (Dekker, 1985)
- Bewoners over de Almeerse Gezondheidszorg (Sixma, 1986a)
- Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen (Sixma, 1986b)
- EHBO in Almere (Sixma, 1987)
- De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere (Thomassen, Sixma & De Bakker, 1989)
- De zorg voor ouderen in Almere (Van den Brink-Muinen & Sixma, 1990)

Naast deze in serie uitgebrachte rapporten, zijn door het NZI cijfers gerapporteerd over het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen terwijl door het NZI ook wordt gewerkt aan de evaluatie van het verpleeg/verzorgingshuis 'de Kiekendief'.

Het evaluatie-onderzoek rond het Experiment Gezondheidszorg Almere (EGA) werd verricht in opdracht van de Stuurgroep van het Project Almere. Met het beëindigen van de werkzaamheden van de Stuurgroep in april 1988, is de rol van opdrachtgever overgegaan naar het Ministerie van WVC. De subgroep evaluatie, die ten tijde van het functioneren van de Stuurgroep de begeleiding van het evaluatie-onderzoek in het takenpakket had, is met ingang van april 1988 dienst gaan doen als officiële begeleidingscommissie.

1.3 Vraagstelling van het onderzoek

verschil en samenhang

Bij het onderzoek naar de behoefte aan zorg in Almere, is de belangrijkste vraag in hoeverre de gezondheid en het gezondheidsgedrag in Almere verschilt van de rest van Nederland. Gelet op deze globale vraagstelling, heeft het rapport vooral een beschrijvend karakter.

Meer analyserend wordt het rapport als wordt gekeken naar de onderlinge samenhang tussen de indicatoren die maatgevend zijn voor de subjectieve behoefte aan zorg en het feitelijk gebruik van zorgvoorzieningen. Onderzocht zal worden in hoeverre respondentkenmerken of bijvoorbeeld de bijzondere kenmerken van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen, van invloed zijn op het gebruik van deze voorzieningen.

Gewerkt zal worden vanuit een driedelige probleemstelling:

1. in hoeverre verschilt de behoefte aan zorg binnen de Almeerse populatie, van de zorgbehoefte zoals die aanwezig is in een referentiegroep die staat voor de rest van Nederland?
2. In hoeverre zijn verschillen in de behoefte aan zorg tussen Almere en de rest van Nederland toe te schrijven aan verschillen in bevolkingskenmerken of verschillen in kenmerken van de zorgvoorzieningen ?

1.4 Indeling van het rapport

hoofdstuk indeling

Het rapport 'Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de Almeerse huisartspraktijk' telt negen hoofdstukken. In het hoofdstuk volgend op deze inleiding zal een beschrijving worden gegeven van de gekozen methode van onderzoek, de fase van dataverzameling en de analyse-opzet. Hoofdstuk drie bevat een aantal bevolkings- en respondentkenmerken van de personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt. Met behulp van deze gegevens kan tevens een beeld worden verkregen in hoeverre de responsgroep in Almere op deze kenmerken een goede afspiegeling vormt van de Almeerse bevolking.

De belangrijkste bevindingen van het onderzoek naar de morbiditeit en het gezondheidsgedrag van de Almeerse bevolking worden gepresenteerd in de hoofdstukken vier tot en met zeven. In hoofdstuk vier staan de menin-

gen en attitudes van de ondervraagde populatie centraal. In hoofdstuk vijf, zes en zeven gaat het respectievelijk om leefstijlen en leefgewoonten, de morbiditeit onder de bevolking en het gebruik van zorgvoorzieningen. In hoofdstuk acht zal worden gekeken naar de effecten van respondentkenmerken, leefstijlen, meningen en attitudes en morbiditeitsindicatoren op het gebruik van zorgvoorzieningen en het feitelijk gedrag van mensen. Het rapport wordt, zoals te doen gebruikelijk, afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste resultaten en de conclusies van dit deelonderzoek. In een bijlage zijn de cijfers opgenomen voor Nederland, gecorrigeerd naar de totale populatie van Nederland en de Almeerse cijfers gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en stadsdeel.

2 DE ONDERZOEKSOPZET

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de opzet en uitvoering van het onderzoek. Bij deze beschrijving zal, wat de methode van onderzoek betreft, vooral worden aangesloten bij en worden verwezen naar het basisrapport 'Meetinstrumenten en Procedures'. In paragraaf 2.1 zal kort worden stilgestaan bij de operationalisaties en de steekproeftrekking. De dataverzameling en de gekozen analyse-opzet komen in de paragrafen 2.2 en 2.3 aan de orde.

2.1 Vragenlijstconstructie en methode van onderzoek

patiëntenquête

Gegevens over de gezondheid van mensen en het gebruik dat mensen van zorgvoorzieningen maken behoren niet tot de informatie die standaard beschikbaar is voor geïnteresseerde onderzoekers. Om gegevens over de behoefte aan zorg en achtergronden bij het gebruik van zorgvoorzieningen in Almere te verkrijgen, is gekozen voor het afnemen van mondelinge interviews: de patiëntenquête. De aard van de te verzamelen gegevens en de omvang van de definitieve vragenlijst, maakte elke andere vorm van dataverzameling praktisch onmogelijk.

Bij de opbouw van de patiëntenquête is zoveel mogelijk aangesloten bij de structuur van de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), zij het dat in tegenstelling tot de CBS-enquêtes er in Almere sprake is van een onderzoek onder personen en niet onder gezinnen of huishoudens (Van Sonsbeek & Stronkhorst, 1983). Andere verschillen met de CBS-enquête betreffen de steekproef van de onder-vraagde personen (bevolkingssteekproef versus een steekproef uit huis-artspopulaties), de indicatoren voor ziekte en gezondheid, de vragen over de consultatie van hulpverleners en de aandacht voor potentieel verklaren-de factoren van verschillen in medische consumptie. Voor wat betreft een uitgebreide motivering van de gekozen meetinstrumenten kan het beste worden verwezen naar de publikatie waarin de gevolgde methodologie bij de Nationale Studie centraal staat (Foets & Van der Velden, 1990).

zes groepen variabelen

De variabelen, bedoeld om de (subjectieve) gezondheid en het gezondheidsgedrag te meten, zijn te verdelen in een aantal groepen. De eerste groep betreft de morbiditeitsindicatoren. Naast algemene vragen over de eigen gezondheid, zijn in deze categorie onder te brengen de vragen naar het hebben van een breed scala van acute aandoeningen, chronische aandoeningen, de mate waarin respondenten last hebben van psychische of psycho-sociale problemen, de handicaps die men ondervindt en de plezierige en onplezierige gebeurtenissen die men heeft meegemaakt. Een tweede groep variabelen betreft de meningen en attitudes van respondenten. Behalve dat met een dergelijke serie vragen informatie wordt verkre-

gen over de houdingen tegenover zelfzorg en professionele zorg, bieden deze vragen ook informatie over het werken van met name de Almeerse huisartsen. Een derde serie variabelen die van invloed kunnen zijn op gezondheid en gezondheidsgedrag bestaat uit vragen over de leefstijlen van respondenten. Via de leefstijl kan direct invloed worden uitgeoefend op de eigen gezondheid, en daarmee wellicht ook op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Ten vierde is informatie verzameld over de sociale netwerken waarin mensen participeren en de steun die zij onderkennen van mensen uit hun omgeving bij ziekte of spanningsvolle gebeurtenissen. In de vijfde plaats zijn vragen opgenomen van sociaal-demografische aard. Het betreft hier voor de hand liggende vragen over leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, aangevuld met vragen over opleiding, beroep, woonsituatie, de samenstelling van het huishouden en de plaats in het huishouden. Tenslotte is gevraagd naar het gebruik van voorzieningen. Hierbij is er naar gestreefd dit gebruik in een zo breed mogelijk kader te inventariseren, waarbij zowel aandacht wordt geschonken aan eerstelijns- als tweedelijnsvoorzieningen, alsmede het medicijngebruik. In totaal bevatte de vragenlijst meer dan 200 vragen; vragen die in een aantal gevallen bestonden uit meerdere subcategorieën. Voordat de vragenlijst is voorgelegd aan respondenten in Almere en in de rest van Nederland, is het concept bij een vooronderzoek van de Nationale Studie uitgetest bij ruim 60 patiënten. Voordat de definitieve versie daadwerkelijk is gebruikt, zijn ook door het onderzoeksbureau belast met de uitvoering van het veldwerk een aantal proefinterviews gehouden.

omvang totale
steekproefpopulatie

De oorspronkelijke steekproefpopulatie in Almere bestond uit de patiëntenbestanden van de 16 Almeerse huisartsen die hebben meegewerkt aan het onderzoek naar de morbiditeit en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. De Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA), zijnde de werkgever van het overgrote deel van de Almeerse huisartsen en assistentes, deed bij de werving van huisartsen en assistentes dienst als tussenpersoon. Aan het onderzoek hebben praktijken meegewerkt uit de drie Almeerse stadsdelen. Echter de spreiding van de oorspronkelijke praktijken over de stadsdelen was van dien aard, dat besloten is een aantal ingeschrevenen van huisartspraktijken in Almere-Haven en Almere-Stad aan het steekproefbestand toe te voegen, teneinde het steekproefbestand voor de patiëntenenquête wat meer te laten lijken op de verdeling in de populatie. Uit de (geautomatiseerde) patiëntenbestanden van 21 huisartspraktijken in Almere zijn steekproeven getrokken van in eerste instantie 90 en later 75 personen, alsmede een aantal reserve-adressen. Het streven was uit te komen op een aantal van circa 50 respondenten per geselecteerde huisartspraktijk, ofwel in totaal ruim 1000 respondenten uit Almere. De instructie bij de (mondelijke) interviews was te stoppen op het moment dat tussen de 50 en 60 personen uit één praktijk waren ondervraagd. In totaal zijn bruikbare vragenlijsten beschikbaar van 1189 respondenten.

omvang deelpopulatie

De groep respondenten waarmee Almere wordt vergeleken, vormt een deelpopulatie uit het patiëntenbestand van 193 huisartsen, werkzaam in 105 praktijken, degenen die hebben deelgenomen aan de Nationale Studie. De steekproef waaruit deze huisartsen afkomstig zijn, was een aselechte, niet proportioneel gestratificeerde steekproef, oorspronkelijk bestaande uit 150 huisartsen en 300 reserve-artsen. Stratificatievariabelen waren de urbanisatiegraad, de regio waarin de betreffende huisarts zijn of haar praktijk uitoefende en de afstand van het praktijkadres tot een ziekenhuis. Bij het samenstellen van de vergelijkingsgroep hebben beide eerstgenoemde stratificatievariabelen dienst gedaan als selectie criterium. In principe is uit het patiëntenbestand van elke deelnemende huisarts of huisartspraktijk een aselechte steekproef van 100 patiënten getrokken alsmede een aantal reserve-adressen. Voor de Nationale Studie bedroeg de uiteindelijke steekproefomvang ruim 17.000 personen. Respondenten in Almere en in de rest van Nederland hebben een volledig identieke vragenlijst ingevuld.

2.2 De dataverzameling

dataverzameling

De dataverzameling rond het deelonderzoek 'Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de Almeerse huisartspraktijk' heeft in Almere plaatsgevonden van november 1987 tot en met april 1988. Voordat de te ondervragen personen werden benaderd voor een afspraak ten behoeve van het interview, ontvingen alle potentiële deelnemers een brief ondertekend door de huisartsen van het gezondheidscentrum waarbij zij stonden ingeschreven. In deze brief werden de achtergronden van het onderzoek en het doel van de enquête kort uiteengezet en werd aangekondigd dat een enquêteur of enquêtrice binnen twee weken contact zou opnemen voor een interview. De introductiebrief werd afgesloten met het verzoek van de huisartsen van het betreffende gezondheidscentrum om toch vooral deel te nemen aan het onderzoek. De gevolgde procedure is tot stand gekomen in nauw overleg met de werkgever van alle huisartsen, de EVA, en met de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP). De medewerking van zowel adviserende instanties als de huisartsen en assistentes was voortreffelijk, ook als de patiëntenquête het enige deel van het onderzoek was waaraan werd meegewerkt.

respons

De interviews zijn afgenomen in twee periodes van elk ongeveer een maand. Voor de gezondheidscentra "Oost", "de Spil" en "Bouwmeester" geldt dat de enquêtes zich concentreerden in de maand december 1987. Bij de andere gezondheidscentra, te weten "Molenwiek", "Waterwijk" (gedeeltelijk), "de Haak" (gedeeltelijk), "de Schakel", "de Boog" (gedeeltelijk) en "Muziekwijk", zijn de enquêtes afgenomen in de maanden maart en april 1988. In de eerste periode zijn in totaal 433 interviews afgenomen. In de tweede ronde komt het aantal afgenomen interviews uit op 760. In vier gevallen kon worden vastgesteld dat de verkeerde persoon is onder-

vraagd. De informatie die betrekking had op deze vier personen is uit het databestand verwijderd.

Van alle 1189 beschikbare en bruikbare interviews heeft ruim 27% betrekking op zogenaamde proxy-interviews. Voor kinderen jonger dan vijftien jaar zijn, op twee interviews na, de antwoorden gegeven door een van de beide ouders of verzorgers. In totaal gaat het hier om 239 vraaggesprekken. Proxy-interviews afgenomen bij personen ouder dan 15 jaar komen niet of sporadisch voor.

Alle enquêteurs en enquêtrices hebben na afloop van elk interview enige gegevens genoteerd over het verloop van het gesprek. In Almere werd het verloop van bijna 64% van de gesprekken als 'prettig' gekarakteriseerd; 1% kreeg het stempel van onprettig. Deze 64% prettige gesprekken steekt wat mager af bij het vergelijkbare percentage van bijna 80% in de rest van Nederland. Hetzelfde geldt voor de mate waarin de ondervraagde personen geïnteresseerd waren in de onderwerpen die aan de orde kwamen. In Almere werd bijna 40% van de ondervraagden door de enquêteurs/enquêtrices als zijnde geïnteresseerd in de onderwerpen geïnteresseerd. Het vergelijkbare landelijke percentage ligt rond de 60%. Zowel in Almere als in de rest van Nederland werd circa 2% van alle personen als 'ongeïnteresseerd' beoordeeld. Tenslotte werden in Almere in vergelijking tot de rest van Nederland de gesprekken wat vaker gevoerd in aanwezigheid van meerdere personen, en hoefden de enquêteurs en enquêtrices wat minder vaak terug te komen voor een nieuwe afspraak, omdat bijvoorbeeld de te ondervragen persoon niet thuis was.

2.3 Opzet van de analyse

Beschrijvend onderzoek vraagt ook in de analysefase om aangepaste instrumenten. Uitgangspunt voor de analyse zijn twee geschoonde databestanden; een bestand met gegevens van respondenten afkomstig uit Almere en een bestand met dezelfde gegevens afkomstig uit de rest van Nederland.

selectie referentiegroep

Het Almerebestand bestaat uit de 1189 respondenten die aan het onderzoek hebben meegedaan. De cijfers voor de rest van Nederland hebben betrekking op een steekproef uit de Nationale Studie. Een belangrijk doel van de studie is te onderzoeken in hoeverre de Almeerse zorgbehoefte specifiek Almeers is, of dat er wellicht toch geen verschil is met de populatie in vergelijkbare steden. De meest ideale vergelijking zou die zijn waarbij respondenten uit Almere worden vergeleken met andere respondenten uit forenzengemeenten met ongeveer 55.000 inwoners, zonder ziekenhuis. Helaas zitten er onvoldoende respondenten met deze kenmerken in de steekproef van 17.000 personen. Om de toetsing voor Almere toch zo streng mogelijk te maken, zijn uit het bestand van de Nationale Studie de personen geselecteerd die woonachtig zijn in de grote steden (meer dan 50.000 inwoners) in het westen des lands. Hiermee wordt als

het ware constant gehouden op twee van de drie stratificatievariabelen van de Nationale Studie. Zou ook de derde stratificatievariabele, te weten de afstand tot het ziekenhuis, in de selectie worden betrokken dan zou het aantal personen wat overblijft onaanvaardbaar slinken. In alle tabellen zal Almere worden vergeleken met een steekproef van 1803 personen afkomstig uit grote steden in het Midden en Westen van het land. Waar in het vervolg van de tekst van dit rapport zal worden gesproken over de referentiegroep die staat voor de rest van Nederland, wordt bedoeld op deze steekproef van 1803 personen. Wordt een vergelijking gemaakt met alle ruim 13.000 personen uit de patiëntenquête van de Nationale Studie of met een andere specifieke deelpopulatie, dan zal dit expliciet worden aangegeven.

analyse

Bij de analyses is allereerst gekeken naar verschillen tussen de beide responsgroepen op een aantal sociaal-demografische variabelen. Dit betreft de variabelen geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, opleiding, inkomen en sociaal-economische klasse. Hieraan is toegevoegd de variabele stadsdeel. Vervolgens is nagegaan in hoeverre meningen en attitudes, leefstijlen, de gezondheid en het gebruik van voorzieningen in Almere verschilt van de referentiegroep. Dit is gedaan door niet alleen naar de totaalcijfers te kijken, maar tevens door een uitsplitsing te maken naar de meest relevante bevolkingskenmerken. In principe worden de resultaten van de vergelijkingen gepresenteerd naar geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm en (voor Almere) stadsdeel. Bij een aantal sociaal-demografische variabelen is, via regressie-analyse, onderzocht of er een zelfstandig effect is op de subjectieve gezondheid en het gebruik van voorzieningen.

vergelijking

Gegevens worden vooral via tabellen gepresenteerd. Een vergelijkbare presentatie is aangehouden in het basisrapport van de Nationale Studie 'Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de Praktijkpopulatie', zij het dat de grote aantallen in deze studie het mogelijk maken de gegevens meer in detail te presenteren. Wil men de Almeerse gegevens vergelijken met de gegevens voor alle ruim 13.000 respondenten, dan biedt het rapport daartoe de mogelijkheden. In bijlage A zijn een aantal van de belangrijkste resultaten in Almere vermeld, gecorrigeerd voor leeftijd en stadsdeel. In dezelfde tabellen worden ook de vergelijkbare Nederlandse cijfers gepresenteerd, eveneens zodanig gecorrigeerd dat zij representatief zijn voor de totale Nederlandse bevolking. Op welke wijze deze correcties hebben plaatsgevonden zal aan de orde komen in het volgende hoofdstuk als gesproken wordt over de representativiteit van de gegevens.

3 KENMERKEN VAN RESPONDENTEN

Bij de presentatie van gegevens die betrekking hebben op de gezondheid van personen of het gebruik dat van medische voorzieningen wordt gemaakt, is het min of meer gebruikelijk deze informatie te geven voor verschillende categorieën personen. De achterliggende gedachte hierbij is dat variabelen zoals leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van invloed zijn op het gebruik dat mensen maken van gezondheidszorgvoorzieningen.

weergave gegevens naar
verschillende variabelen

In dit rapport, met gegevens uit de patiëntenquête Almere en de patiënt-enquêtes afgenomen in het kader van de Nationale Studie, zullen een groot aantal gegevens worden weergegeven naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm en wanneer relevant naar stadsdeel. Dit betreft uiteraard alleen de Almeerse gegevens. In dit hoofdstuk wordt per paragraaf ingegaan op de verdeling van een aantal sociaal-demografische variabelen in de responsgroepen. Aansluitend volgt informatie over de relaties tussen de variabelen en over de consequenties die de verdelingen hebben op de interpretatie van gegevens en de representativiteit.

3.1 Verdeling naar geslacht

geslacht

Tabel 3.1 geeft allereerst de verdeling naar geslacht voor de respondentgroepen in Almere en de referentiegroep uit de rest van Nederland.

Tabel 3.1 Geslacht van de respondenten in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
mannen	48,9	582	47,0	847
vrouwen	51,1	607	53,0	956
totaal	100,0	1.189	100,0	1.803

Zowel in de Almeerse responsgroep als in de referentiegroep is een lichte oververtegenwoordiging van vrouwen te constateren. In de landelijke groep is deze oververtegenwoordiging wat sterker dan in Almere. De verdelingen in Almere en in de steekproef uit de Nederlandse populatie mogen, gelet op het niet bereiken van een statistisch significant verschil, als gelijk worden beschouwd.

leeftijd

3.2 Verdeling naar leeftijd

Voor leeftijd geeft tabel 3.2 eerst een verdeling naar zestien categorieën. Vervolgens wordt in dezelfde tabel een verdeling naar vijf categorieën gepresenteerd. Deze laatste genoemde verdeling zal in het vervolg van het rapport standaard worden gebruikt bij de presentatie van gegevens in tabelvorm.

Tabel 3.2 Leeftijd van de respondenten in Almere en Nederland in 16 en 5 klassen, in percentages en absoluut

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
00 - 04 jaar	11,6**	138	4,5	82
05 - 09 jaar	9,3**	110	6,0	108
10 - 14 jaar	7,3*	87	5,8	105
15 - 19 jaar	4,2**	50	6,4	115
20 - 24 jaar	4,0**	47	7,2	129
25 - 29 jaar	9,1	108	8,0	145
30 - 34 jaar	13,7**	163	9,8	176
35 - 39 jaar	9,8	116	10,5	190
40 - 44 jaar	6,7**	80	9,9	178
45 - 49 jaar	3,0*	36	4,7	84
50 - 54 jaar	4,1	49	4,3	77
55 - 59 jaar	4,6	55	5,2	93
60 - 64 jaar	4,0	48	4,4	80
65 - 69 jaar	5,0	59	4,4	79
70 - 74 jaar	2,3*	27	4,0	72
75 jaar en ouder	1,3**	16	5,0	90
totaal	100,0	1.189	100,0	1.803
00 - 14 jaar	28,2**	335	16,4	295
15 - 24 jaar	8,2**	97	13,5	244
25 - 44 jaar	39,3	467	38,2	689
45 - 65 jaar	15,8	188	18,5	334
65 jaar en ouder	8,6**	102	13,4	241
totaal	100,0	1.189	100,0	1.803

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Uit tabel 3.2 blijkt dat de percentages respondenten in Almere en de referentiegroep naar leeftijdscategorie behoorlijk van elkaar verschillen. In vergelijking met de rest van Nederland, laat Almere hogere percentages zien in de leeftijdsgroepen 0-4 jaar en 30-34 jaar. Ondervertegenwoordigd in Almere zijn de 40-49 jarigen en de leeftijdsklassen van 70 jaar en ouder. De verdeling in zestien leeftijdscategorieën leent zich minder goed voor een tabelmatige presentatie van de vele onderzoeksgegevens. Deze leeftijdsverdeling is daarom samengenomen tot een verdeling in vijf klassen en zal op deze wijze in een groot deel van de volgende tabellen terugkomen. Bij de verdelingen in vijf leeftijdsklassen blijven de verschillen tussen Almere en de referentiegroep aanwezig. In Almere is sterk over-

vertegenwoordigd de categorie 0-14 jaar. Ondervertegenwoordigd zijn de categorieën 15-24 jaar en 65 jaar en ouder.

3.3 Verdeling naar verzekeringsvorm

verzekeringsvorm

Een derde variabele die bij de presentatie in tabelvorm standaard wordt opgenomen is de verzekeringsvorm van de respondent. Uit eerder onderzoek in Almere is bekend dat, afgezien van achterliggende kenmerken, ziekenfondsverzekerden vaker gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan particulier verzekerden (Sixma, 1986a/b); dezelfde conclusie kan worden getrokken op basis van landelijke onderzoek (Van Vliet & Van der Ven, 1983).

In de patiëntenquête is uitgebreid ingegaan op de verzekeringsvorm van alle respondenten. Naast gedetailleerde informatie over eigen risico's bij particulier verzekerden, is informatie beschikbaar over de verzekeringsvorm van vóór de stelselwijziging in 1987. Voor deze informatie geldt dat zij zich uitstekend leent om in detail naar de effecten van deze variabele op afhankelijke variabelen, zoals het gebruik van voorzieningen, te kijken, doch minder geschikt is om standaard te worden opgenomen in het rapport over de patiëntenquête.

Tabel 3.3 Verzekeringsvorm van de respondenten in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
ziekenfonds	65,2**	775	58,6	1.057
particulier, met risico	20,6	225	23,6	426
particulier, zonder risico	10,3	123	11,2	202
ambtenarenverzekering	2,3*	27	3,6	65
onverzekerd	0,1	1	0,1	2
weet niet, geen antwoord	1,5*	18	2,8	51
totaal	100,0	1.189	99,9	1.803
ziekenfonds	65,2**	775	58,6	1.057
particulier	33,2**	395	38,5	693
anders, weet niet	1,6*	19	2,9	53
totaal	100,0	1.189	100,0	1.803

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel 3.3 geeft de verdeling van de wijze van verzekerd zijn voor de twee responsgroepen. Eerst in een uitgebreide variant; vervolgens op de manier zoals die in het vervolg van het rapport zal worden toegepast. Voor de vereenvoudigde versie zijn de categorieën 'particulier, met risico', 'particulier, zonder risico' en 'ambtenarenverzekering' samengenomen. De 'onver-

lier, zonder risico' en 'ambtenarenverzekering' samengenomen. De 'onverzekerden' en 'weet niet, geen antwoord' categorieën vormen in deze tabel een aparte categorie. Het aantal ziekenfondsverzekerden in Almere is groter is dan in de referentiegroep. Het verschil is significant ($p < .01$).

3.4 Verdeling naar stadsdeel

stadsdeel

Als vierde variabele bij de presentatie van de gegevens is gekozen voor de verdeling naar stadsdeel.

Een verdeling naar stadsdeel biedt waardevolle informatie over het wel en wee van de betreffende bevolking in dat gebied en kan daarnaast worden gezien als proxy-variabele voor de duur dat respondenten in Almere woonachtig zijn. Almere-Haven kan daarbij worden opgevat als het stadsdeel met de meest gestabiliseerde populatie; Almere-Buiten mag worden opgevat als het stadsdeel waar het minst sprake is van stabiliteit. Almere-Stad neemt op dit kenmerk een middenpositie in.

In principe zou een verdeling naar gezondheidscentrum of zelfs huisarts mogelijk zijn. Echter uit oogpunt van privacy-bescherming en om niet terecht te komen bij al te kleine aantallen, is geaggregeerd naar het niveau van stadsdelen. Tabel 3.4 geeft zowel de aantallen patiëntenquêtes die in Almere per gezondheidscentrum zijn afgenomen, als de totalen voor Almere-Haven, Almere-Stad en Almere-Buiten. In het vervolg van het rapport zal vrijwel uitsluitend worden gewerkt met de driedeling naar stadsdeel.

Uit tabel 3.4 blijkt dat het gemiddelde aantal van 50 ingevulde enquêtes per deelnemende huisarts niet helemaal wordt waargemaakt. Een aantal van 1189 enquêtes voor 22 praktijken betekent ruim 54 vraaggesprekken per praktijk. De verschillen per stadsdeel zijn een rechtstreeks gevolg van de selectie van huisartspraktijken.

3.5 De verdelingen naar andere achtergrondvariabelen

hoogst voltooide opleiding

Leeftijd als achterliggende variabele speelt een rol bij de verdelingen naar hoogst voltooide opleiding van de respondenten, weergegeven in tabel 3.5.

Tabel 3.4 Responsgroep in Almere naar gezondheidscentrum en stadsdeel, in percentages en absoluut

	%	N
gezondheidscentrum		
Oost	13,8	164
De Haak	14,8	176
De Spiil	17,2	205
De Schakel	12,2	145
Waterwijk	9,8	117
De Boog	4,4	52
Muziekwijk	4,0	48
Molenwiek	18,4	219
De Bouwmeester	5,3	63
totaal	99,9	1.189
stadsdeel		
Almere-Haven	28,6	340
Almere-Stad	47,7	567
Almere-Buiten	23,7	282
totaal	100,0	1.189

Tabel 3.5 Hoogst voltooide opleiding van de respondenten in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
niets gevolgd	14,0**	167	7,3	132
niets voltooid	11,5**	137	7,4	134
lager onderwijs	25,4	302	23,0	414
LBO	15,8	188	15,2	274
MAVO	11,9	141	13,6	246
MBO	9,5	113	8,5	154
HAVO	4,5**	53	7,7	138
HBO	5,4**	64	10,8	195
TH + universiteit	0,9**	11	4,2	75
weet niet, geen antwoord	1,1*	13	2,3	41
totaal	100,0	1.189	100,0	1.803

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Door de oververtegenwoordiging van kinderen in Almere is ook het percentage respondenten zonder afgeronde schoolopleiding relatief hoog. Zouden we de vergelijking beperken tot alleen die personen van 15 jaar en ouder die geen dagonderwijs meer volgen, dan valt een deel van de verschillen tussen beide steekproeven weg. Wat ook in dat geval blijft bestaan zijn de verschillen in aantallen bij de personen die een hogere opleiding hebben gevolgd. Nemen we gemakshalve de personen met een afgeronde HBO of universitaire opleiding samen in een categorie, dan komt het percentage in de Almeerse groep respondenten (niet gecorri-

geerd voor de verschillen in leeftijdsopbouw) uit op ruim 6%. In de referentiegroep afkomstig uit de rest van Nederland ligt dit percentage met 15% meer dan twee keer zo hoog.

netto gezinsinkomen

Bij de variabele inkomen is gevraagd naar het totale netto inkomen van het gezin of huishouden waarvan de respondent deel uitmaakt. Hierdoor wordt het bezwaar van de oververtegenwoordiging in Almere van met name de 0-14 jarigen voor een belangrijk deel ondervangen.

Tabel 3.6 Netto gezinsinkomen per maand van de respondenten in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
< f 1.075	1,8**	21	4,7	84
f 1.075 - f 1.250	1,7**	20	3,3	60
f 1.250 - f 1.400	3,4	41	4,3	77
f 1.400 - f 1.550	4,3	51	4,0	72
f 1.550 - f 1.750	4,9	58	4,3	78
f 1.750 - f 1.950	4,5	53	5,4	97
f 1.950 - f 2.150	6,6*	78	4,8	86
f 2.150 - f 2.325	9,3**	111	6,1	110
f 2.325 - f 2.525	8,6**	102	5,0	91
f 2.525 - f 2.700	7,8**	93	3,9	71
f 2.700 - f 3.100	7,9	94	7,2	130
f 3.100 - f 3.500	9,8**	116	5,9	107
f 3.500 - f 3.900	5,8	69	5,9	106
f 3.900 - f 4.300	3,8	45	4,5	82
f 4.300 - f 5.000	4,2	50	3,8	68
> f 5.000	2,9**	35	5,9	106
geen opgave, geen antwoord	12,8**	152	21,0	378
totaal	100,0	1.189	100,0	1.803

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Een eerste opvallend punt bij de verdelingen zoals die zijn weergegeven in tabel 3.6 is het verschil in percentages bij de categorie 'geen opgave, geen antwoord'. In Almere wordt van het inkomen blijkbaar veel minder een punt gemaakt dan in de steekproef uit de Nederlandse populatie. Overigens blijft de vraag naar het inkomen, zelfs indien gebruik wordt gemaakt van een indeling in categorieën en niet wordt gevraagd naar het exacte bedrag, omgeven door een sfeer van taboe. De ruim 20% personen van wie geen inkomen bekend is, zal voor een klein deel bestaan uit personen die echt niet weten wat het netto gezinsinkomen in gulden is. Het merendeel bestaat echter uit personen die weigeren deze specifieke vraag te beantwoorden. Vergelijken we de inkomensverdelingen van de personen die wel antwoord hebben gegeven op deze vraag, dan zijn de verschillen tussen Almere en de rest van Nederland niet groot. Een algemeen beeld dat uit tabel 3.6 naar voren komt, is dat van een oververtegenwoordiging in Almere van de lagere inkomenscategorieën tot

f 1400,- per maand. De middeninkomens, die we in dit geval laten lopen van f 1950,- netto tot f 3500,- netto, zijn in Almere wat oververtegenwoordigd.

beroepsklasse

Opleiding, inkomen en de activiteiten die personen in het dagelijks leven vervullen zijn alle drie op te vatten als een indicator voor de maatschappelijke positie die iemand in de maatschappij inneemt. Praten we over de maatschappelijke positie of sociaal-economische status, dan ontbreekt hierbij nog een vierde variabele, te weten het beroep.

Tabel 3.7 Sociaal Economische Positie van het gezin in 10 klassen van de respondenten in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
hoofdarbeid, hoog	12,1**	144	16,8	303
hoofdarbeid, midden	15,1	179	16,7	301
hoofdarbeid, laag	23,5	279	20,8	375
zelfstandig met personeel	0,9	11	1,7	30
zelfstandig zonder personeel	0,3	3	0,7	12
boer	0,2	2	0,4	7
handarbeid, baas	3,8*	45	2,5	45
handarbeid, geschoold	22,8**	271	18,4	331
handarbeid, ongeschoold	16,6	197	15,5	280
handarbeider	0,6	7	0,5	9
niet geclassificeerd	4,3*	51	6,1	110
totaal	100,0	1.189	100,0	1.803

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

In de patiëntenquête is gevraagd naar het beroep van de respondent, danwel het beroep van de kostwinner van het huishouden waar de respondent deel van uitmaakt. Bij ouderen is het laatst uitgeoefende beroep genoteerd; hetzelfde is gedaan voor de categorie 'werklozen/-arbeidsongeschikten'. Overeenkomstig de procedure zoals die is opgesteld door Goldthorpe, Eriksson en Portocarero en voor Nederland is omschreven en uitgewerkt door Ganzeboom et. al. (1987), is elk beroep uit de CBS-beroepenclassificatie toegedeeld naar een van de tien beroepsklassen die als basis bij deze indeling worden gebruikt. Zo men dit wil, kunnen vanuit deze verdeling in tien klassen combinaties worden gemaakt of klassen uit de analyse worden verwijderd. Tabel 3.7 geeft de verdelingen naar beroepsklassen in Almere en de referentiegroep.

Voordeel van het werken met beroepsklassen in plaats van met afzonderlijke beroepen is dat men af is van de enorme diversiteit in beroepstitels en de daarmee samengaande kleine aantallen personen met een en dezelfde code. Wat blijft is het feit dat de verdeling in tien klassen nog steeds een nominale verdeling is. Strikt genomen kan men de klassen niet

dezelfde code. Wat blijft is het feit dat de verdeling in tien klassen nog steeds een nominale verdeling is. Strikt genomen kan men de klassen niet op een continuüm van hoog naar laag plaatsen; het ene beroep is niet meer dan het ander, hoogstens anders. Wil men dit wel doen, dan is het mogelijk de CBS-code te koppelen aan prestigescores voor de groepen waarin deze beroepen zijn onder te brengen. Een omcodeersleutel geven Sixma en Ultee (1983). De prestigescores die volgens deze methode aan beroepen, of beter beroepsgroepen, worden toegekend liggen tussen 0 en 100.

Deze verdeling kan naar behoeven worden samengenomen en omgewerkt naar zeven, vijf of drie klassen. De verschillen tussen Almere en de steekproef uit de Nederlandse populatie zijn over het algemeen gering. Bij de verdeling in tien klassen laat de verdeling voor Almere wat minder hogere hoofdarbeiders zien en wat meer geschoolde handarbeiders. Tabel 3.7 laat zien dat zowel in de Almeerse als in de Nederlandse steekproef circa vijf procent van alle huishoudens niet te classificeren is. Het kan zijn dat voor deze huishoudens elke indicatie voor een huidig of vroeger beroep ontbreekt. Een andere mogelijkheid is dat een vermeld beroep onmogelijk is onder te brengen in een van de tien klassen.

3.6 Interacties tussen persoonskenmerken

interacties

Opleiding, beroep, inkomen en de activiteiten die een persoon verricht hangen met elkaar samen. Iemand met een als hoog gekwalificeerde opleiding heeft een relatief grote kans om in een beroep terecht te komen, dat in de maatschappij hoog staat aangeschreven en een inkomen te verwerven dat als boven-modaal kan worden omschreven. Let wel, het gaat hierbij om kansen en zeker niet om wetmatigheden. Het is zeer wel mogelijk dat iemand zonder opleiding en in een zeer laag aangeschreven beroep voor zichzelf een vorstelijk inkomen realiseert. Meer realistisch is een voorbeeld waarbij iemand met alleen lagere school, via bijzondere kwaliteiten of simpel op grond van leeftijd en ervaring, een hoge positie en dito inkomen verwerft. Ook kunnen er samenhangen worden verwacht van bovengenoemde respondentkenmerken met de variabelen leeftijd, verzekeringsvorm en wellicht ook sexe.

De interacties tussen de variabelen geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm en stadsdeel zijn klein. In de responsgroep uit Almere zijn vrouwen ondervertegenwoordigd in de leeftijdsgroep tussen 0 en 15 jaar en oververtegenwoordigd bij de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder. In Almere-Haven valt het relatief hoge percentage mannen van 65 jaar en ouder op. Bij de relaties tussen verzekeringsvorm, geslacht, leeftijd en stadsdeel zijn de verschillen tussen Almere en de referentiegroep wat groter.

In Almere zijn relatief veel kinderen via het ziekenfonds verzekerd, terwijl ook het percentage ouderen, die via het ziekenfonds verzekerd zijn, in Almere relatief hoog is. Het percentage ziekenfondsverzekerden loopt regelmatig op van Almere-Haven, via Almere-Stad naar Almere-Buiten. De

responsgroep uit Almere-Haven telt 58% ziekenfondsverzekerden; Almere-Buiten laat een percentage van bijna 76% ziekenfondsverzekerden zien. Deze verschillen zijn significant ($p < .05$).

3.7 Representativiteit van de gegevens

representativiteit

De wijze waarop de groepen respondenten bij het onderzoek naar gezondheid en gezondheidsgedrag tot stand zijn gekomen, maakt dat zij niet per definitie representatief zijn voor Almere en verstedelijkt West en Midden Nederland. Het basisrapport voor de patiëntenquête van de Nationale Studie, geeft uitsluit in hoeverre de door ons gekozen groep vergelijkbaar is met alle 13.000 respondenten. Ook wordt in dat rapport ingegaan op de vraag of de groep van 13.000 respondenten, eventueel na weging op de stratificatievariabelen, als representatief mag worden opgevat voor de Nederlandse populatie. In deze paragraaf beperken wij ons tot de vraag of de groep van 1189 respondenten uit Almere model kan staan voor de totale Almeerse populatie.

De Almeerse groep respondenten is tot stand gekomen door uit de patiëntenbestanden van een aantal Almeerse huisartsen aselekt een steekproef van patiënten te trekken. Voor een deel betreft het huisartspraktijken die hebben meegedaan aan een ander deelonderzoek uit de studie naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. Deze groep is aangevuld met patiënten van huisartsen, gevestigd in stadsdelen die slecht vertegenwoordigd waren in de oorspronkelijk deelnemende praktijken. Ondanks deze aanvulling kon niet worden voorkomen dat, met name bij de aantallen respondenten per stadsdeel, de Almeerse steekproef (of beter: responsgroep) afwijkt van de verdeling in de werkelijkheid.

Door te selecteren via een aantal huisartspraktijken is het daarnaast mogelijk dat ook systematische vertekening is ontstaan op andere onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Dit nog los van vertekening door toevalsfactoren of door een selectieve non-respons. Voor een deel worden de bezwaren verbonden aan het eventueel niet-representatief zijn van de steekproef ondervangen, door de resultaten te vermelden opgedeeld naar een aantal onafhankelijke variabelen. Wil men een totaalcijfer dat, met alle mitsen en maren verbonden aan steekproefonderzoek, voor geheel Almere geldt, dan is het werken met correctiefactoren de aangewezen weg om zo'n cijfer te construeren. Nadeel van het werken met en het vergelijken van gecorrigeerde cijfers is dat het lastig wordt significantietoetsen op de gevonden verschillen toe te passen. Voor een vergelijking van totaalcijfers voor geheel Almere met cijfers voor de rest van Nederland, geldt in feite hetzelfde.

Almere versus de rest van Nederland

Om vast te kunnen stellen of het voor de Almeerse gegevens noodzakelijk is te werken met correctiefactoren indien uitspraken worden gedaan voor geheel Almere, of indien Almere in zijn totaliteit wordt vergeleken met cijfers voor de Nederlandse populatie, wordt in tabel 3.8 een vergelijking

Nederland. We moeten ons hierbij noodzakelijkerwijs beperken tot vier, respectievelijk drie variabelen; voor de variabelen opleiding, inkomen en beroepsklasse zijn geen gegevens voor geheel Almere en Nederland beschikbaar.

Tabel 3.8 Vergelijking steekproefpopulatie Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere steekproef	populatie	Referentiegroep steekproef	populatie
geslacht respondent				
man	48,9	49,9	47,0*	49,4
vrouw	51,1	50,1	53,0*	50,6
leeftijd in 5 klassen				
00 - 14 jaar	28,2	26,5	16,4*	18,5
15 - 24 jaar	8,2**	11,4	13,5**	16,8
25 - 44 jaar	39,3*	42,8	38,2**	31,9
45 - 64 jaar	15,8*	13,3	18,5	20,3
65 jaar en ouder	8,6**	6,0	13,4	12,5
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	66,0	64,0	60,0	61,4
particulier	34,0	36,0	40,0	38,6
stadsdeel				
Almere-Haven	28,6**	38,8		
Almere-Stad	47,7	48,6		
Almere-Buiten	23,7**	12,4		
totaal	1.189	57.179	1.803	14.714.948

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Bij de Almeerse responsgroep van 1189 personen verschilt de verdeling naar de variabelen geslacht en verzekeringsvorm niet van de verdeling in de totale Almeerse populatie. Voor de verdelingen naar leeftijd en stadsdeel zijn er wel (significante) verschillen. Ondervetegenwoordigd in de steekproef zijn de leeftijdscategorieën 15-24 jaar en in wat mindere mate de groep 25-44 jarigen. Oververtegenwoordigd in de steekproef zijn de twee leeftijdsgroepen boven de 45 jaar. Vergelijken we de twee verdelingen op de variabele stadsdeel, dan blijkt een oververtegenwoordiging van respondenten uit Almere-Buiten en een ondervetegenwoordiging van respondenten uit Almere-Haven. Het percentage bewoners afkomstig uit Almere-Stad is in de responsgroep nagenoeg gelijk aan het werkelijke percentage in Almere, zoals vastgesteld door de Gemeente Almere (1989).

Vergelijking van de Almeerse responsgroep met bevolkingsstatistieken zoals deze gelden voor geheel Nederland leert ons dat de percentages mannen en vrouwen in beide groepen niet noemenswaardig verschillen. Bij de variabele 'leeftijd' zijn de leeftijdsgroepen tot 45 jaar in Almere sterk oververtegenwoordigd; ondervetegenwoordigd ten opzichte van geheel

Bij de variabele 'leeftijd' zijn de leeftijdsgroepen tot 45 jaar in Almere sterk oververtegenwoordigd; ondervertegenwoordigd ten opzichte van geheel Nederland zijn de leeftijdscategorieën van 45 jaar en ouder. Wat betreft de verzekeringsvorm vinden we in Almere ten opzichte van geheel Nederland relatief veel ziekenfondsverzekerden.

Vatten we tabel 3.8 samen, dan mag geconcludeerd worden dat voor een goede vergelijking van totaalcijfers in Almere en Nederland, correctie voor leeftijd en in mindere mate verzekering gewenst is. Bij uitspraken die geheel Almere betreffen, dient gecorrigeerd te worden naar stadsdeel en leeftijd. Tabellen met dergelijke gecorrigeerde cijfers zijn opgenomen in de bijlagen, voorafgegaan door de matrices met de gehanteerde correctiefactoren.

4 MENINGEN EN ATTITUDES OVER DE GEZONDHEID EN HET GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN

meningen en attitudes van patiënten

Inleiding

Meningen en attitudes over de eigen gezondheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen kunnen een belangrijke rol spelen ten aanzien van gezondheidbevorderend gedrag en contacten van hulpverleners. De mening dat een goede gezondheid vooral bepaald wordt door toevalsfactoren, biedt min of meer een vrijbrief voor een gedrag dat het best omschreven kan worden als een ongezonde leefstijl, met alle mogelijke gevolgen voor het gebruik van zorgvoorzieningen. Kent men op het terrein van de geneeskunst aan de huisarts een grotere rol toe dan aan bijvoorbeeld een medisch specialist, dan mag verwacht worden dat de persoon in kwestie zich relatief vaak tot de huisarts zal wenden met klachten waarvoor anderen de specialist opzoeken.

Een aantal schalen, die geacht worden de meningen en attitudes van personen te meten over gezondheid en gezondheidszorg, zijn in de patiëntenquêtes opgenomen. Enerzijds omdat zij informatie geven over de houding ten aanzien van gezondheidszorg en het gebruik van voorzieningen. Anderzijds kunnen zij worden opgevat als variabelen die mogelijk mede bepalend zijn bij de verklaring van verschillen in het gebruik van zorgvoorzieningen. In dit hoofdstuk staat vooral het eerste element centraal.

Paragraaf 4.1 bevat een selectie van vragen over de vaardigheden en de bereikbaarheid van huisartsen, gezien door de ogen van patiënten. Het gaat hierbij om zowel het informatieve, het communicatieve als het instrumentele optreden van de huisarts. Daarnaast is gevraagd naar het verwijs- en voorschrijfgedrag en de bereikbaarheid van huisartsen, waarbij meningen en ervaringen zijn geïnventariseerd. In paragraaf 4.2 komt de 'Health Locus of Control' schaal aan de orde; een schaal die te boek staat als indicator voor het oordeel van patiënten over de mate waarin de huisarts, de eigen persoon of het toeval van invloed is op de gezondheid. Paragraaf 4.3 gaat in op het gezondheidsgedrag van mensen bij een aantal veel voorkomende aandoeningen, die naar de mening van de medische professie in het algemeen geen medische zorg vereisen. De paragrafen 4.4 en 4.5 zijn toegespitst op respectievelijk zwangerschap en hulp bij psycho-sociale problematiek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de belangrijkste bevindingen worden samengevat.

4.1 Waardering voor de huisarts

waardering voor
de huisarts

De gezondheidszorg in Almere is georganiseerd op een wijze die verschilt van de rest van Nederland. Voor de Almeerse huisartsen geldt dat zij, uitgezonderd een solistisch werkende arts, in loondienst zijn en werken vanuit buurtgerichte gezondheidscentra. In de gestabiliseerde gezondheidscentra heeft iedere huisarts een eigen praktijk met ongeveer 2300 patiënten; van de drie of vier huisartsen in elk gezondheidscentrum is als regel tenminste één arts van het vrouwelijk geslacht. Voor spreekuren en huisbezoeken geldt in principe een systeem van afspraken. Buiten de kantooruren waren ten tijde van het onderzoek alle centra gesloten en kon de hulp van een huisarts worden ingeroepen via een centrale dokters-telefoon. Met ingang van 31 december 1990 is zowel in Almere-Haven als Almere-Stad een gezondheidscentrum aangewezen als EHBO-post. Het centrum in Almere-Stad is 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar voor EHBO. Het centrum in Almere-Haven is op werkdagen geopend voor EHBO-lletsels tot 22.00 uur.

In de patiëntenquête zijn vragen opgenomen die betrekking hebben op de bereikbaarheid van huisartsen, het informatieve en communicatieve handelen van de huisarts en meningen over het voorschrijf- en verwijz-beleid van huisartsen. Deze onderwerpen worden in de volgende sub-paragrafen uitgediept.

4.1.1 Bereikbaarheid

bereikbaarheid
van de huisarts

Eerder onderzoek in Almere liet zien dat de Almeerse bevolking weliswaar in grote lijnen tevreden was over de concentratie van eerstelijnsvoorzieningen in gezondheidscentra, doch dat er met name bij de bereikbaarheid van huisartsen wel een aantal kritische kanttekeningen werden geplaatst (Sixma, 1986a). Het ontbreken van een goed vergelijkingskader maakte het onmogelijk aan deze cijfers al te harde conclusies te verbinden.

In het onderzoek naar de gezondheid van de Almeerse bevolking zijn zowel vragen opgenomen over de bereikbaarheid in algemene zin, als over wijze waarop contact is opgenomen met de huisarts bij spoedgevallen. Allereerst de resultaten van deze laatste vraag.

In Almere hebben in de twee maanden voorafgaand aan het interview dertig personen (ofwel 2,5% van de in totaal 1189 ondervraagde personen) 's avonds, 's nachts of in het weekend de huisarts nodig gehad. Voor alle dertig geldt dat contact is gezocht per telefoon. Kreeg men niet onmiddellijk een huisarts of assistente aan de lijn, hetgeen bijvoorbeeld het geval was bij de veertien telefoontjes naar de doktersdienst, dan rapporteerden vier personen een wachttijd van 30 minuten of langer voordat zij daadwerkelijk telefonisch contact kregen met de arts.

Bij de referentiegroep, afkomstig uit de rest van Nederland, zijn er 32 personen (1,8% van de in totaal 1803 ondervraagde personen) die 's

avonds, 's nachts of in het weekend de huisarts nodig hebben gehad. Van deze personen zochten 27 personen contact per telefoon, twee personen gingen buiten het spreekuur om naar de huisarts en drie personen zijn ondergebracht in de categorie 'anders'. Geen van de personen die per telefoon contact zocht heeft 30 minuten of langer moeten wachten voordat men een huisarts aan de telefoon kreeg.

Naast de vraag naar de bereikbaarheid bij spoedcontacten, zijn in meer algemene zin een aantal oordelen gevraagd over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts en de ervaringen in het verleden.

Tabel 4.1 Waardering van de bereikbaarheid van de huisarts in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	altijd/ meestal	soms	zelden/ nooit	N
Almere				
1 tijdens de weekends en vakantieperiode is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	75,2**	9,4**	15,3**	562
2 tijdens de avond en 's nachts is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	75,8**	8,9	15,2**	504
Referentiegroep				
1 tijdens de weekends en vakantieperiode is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	86,8	5,5	7,7	997
2 tijdens de avond en 's nachts is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	86,7	6,2	7,0	825

** = significant bij $p < .01$

De Almeerse huisarts wordt voor wat betreft de bereikbaarheid door een meerderheid van de bevolking positief gewaardeerd. Onmiddellijk dient hieraan te worden toegevoegd dat de waardering voor de Almeerse huisartsen minder positief uitvalt dan de waardering in de vergelijkingsgroep. Terwijl in Almere rond de 75% van de respondenten aangeeft dat de bereikbaarheid buiten de openingstijden van de gezondheidscentra altijd of bijna altijd 'goed' is, ligt het vergelijkbare percentage voor de groep respondenten afkomstig uit de rest van Nederland circa tien procent hoger.

Dezelfde conclusie moet worden getrokken op basis van tabel 4.2, waar gevraagd is naar de ervaringen van respondenten. Opnieuw percentages van rond de 75% van mensen die geen verontrusting uitspreken over de bereikbaarheid in de weekenden en vakanties of tijdens de avond- en nachtdiensten, tegenover percentages van rond de 90% tevreden personen in de referentiegroep. Tussen de 10 en 15% van de Almeerse respondenten zegt te hebben meegemaakt dat de huisarts geen visite wilde

afleggen; voor de rest van Nederland ligt dit percentage tussen de vijf en tien procent.

Tabel 4.2 Ervaringen met de bereikbaarheid van de huisarts in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	ja, meer dan eens	ja, een enkele keer	nooit	N
Almere				
1 hebt u het wel eens meegemaakt dat uw huisarts geen visite wou maken?	2,1	10,2**	87,7**	667
2 heeft het u wel eens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens het weekend en vakantieperioden niet goed te bereiken is?	7,9**	15,8**	76,3**	558
3 heeft het u wel eens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens de nacht en 's avonds niet goed te bereiken is?	8,9**	14,9**	76,2**	537
Referentiegroep				
1 hebt u het wel eens meegemaakt dat uw huisarts geen visite wou maken?	1,3	5,0	93,7	1.236
2 heeft het u wel eens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens het weekend en vakantieperioden niet goed te bereiken is?	2,8	10,1	87,1	993
3 heeft het u wel eens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens de nacht en 's avonds niet goed te bereiken is?	1,9	7,0	91,1	941

** = significant bij $p < .01$

In de afsluitende paragraaf bij dit hoofdstuk zal dieper op deze grotere ontevredenheid bij de Almeerse respondenten worden ingegaan, waarbij gekeken zal worden naar de spreiding van de negatieve oordelen en ervaringen over de huisartsen en mogelijke effecten van bijvoorbeeld sociaal-demografische variabelen.

4.1.2 Informatief en communicatief optreden

informatief en
communicatief optreden

Behalve naar een oordeel over en de ervaringen met de bereikbaarheid van de huisarts in vakanties, weekenden en op tijden dat de Almeerse gezondheidscentra gesloten zijn, zijn aan de respondenten een aantal items voorgelegd die betrekking hebben op het communicatieve en informatieve optreden van de huisarts en op de mate waarin de huisarts door de patiënt gezien wordt als iemand die veel verwijst of snel medicijnen voorschrijft. De reacties op de voorgelegde items in de vorm van oordelen van respondenten zijn weergegeven in tabel 4.3. In tabel 4.4 gaat het om de ervaringen van mensen.

Tabel 4.3 Waardering van informatief en communicatief optreden van de huisarts in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	meestal	soms	nooit	N
Almere				
1 mijn huisarts legt me precies uit wat me mankeert	79,6**	10,6*	9,8**	735
2 mijn huisarts houdt zijn patiënten op afstand	12,3*	8,7	79,0*	732
3 mijn huisarts vertelt mij precies wat ik moet doen wanneer ik ziek ben	82,3**	8,7	9,1*	693
4 mijn huisarts behandelt me als een nummer	5,7**	5,1*	89,1**	763
5 met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten	75,1**	9,9**	15,1**	598
6 mijn huisarts besteedt voldoende tijd aan me	87,4**	6,3	6,2**	759
7 mijn huisarts vertelt me precies hoe ernstig het is	84,2**	5,3	10,5**	505
Referentiegroep				
1 mijn huisarts legt me precies uit wat me mankeert	86,7	7,5	5,8	1.402
2 mijn huisarts houdt zijn patiënten op afstand	8,8	7,7	83,4	1.384
3 mijn huisarts vertelt mij precies wat ik moet doen wanneer ik ziek ben	87,0	6,5	6,6	1.333
4 mijn huisarts behandelt me als een nummer	3,2	3,3	93,5	1.435
5 met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten	83,9	5,7	10,5	1.192
6 mijn huisarts besteedt voldoende tijd aan me	91,4	5,3	3,3	1.426
7 mijn huisarts vertelt me precies hoe ernstig het is	90,0	4,9	5,1	1.037

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel 4.4 Ervaringen met communicatieve en informatieve vaardigheden van de huisarts in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	ja, meer dan eens	ja, een enkele keer	nooit	N
Almere				
1 verwijst uw huisarts u wel eens te snel naar een specialist?	1,1	2,1*	96,8	620
2 verwijst uw huisarts u wel eens naar een specialist wanneer u dat niet nodig acht?	0,2	0,8	99,0	605
3 schrijft uw huisarts wel eens medicijnen voor wanneer u dat niet nodig vond?	0,6	5,4	94,0	680
4 schrijft uw huisarts wel eens geen geneesmiddel voor wanneer u dat wel nodig had?	2,7*	15,5*	81,8**	659
5 hebt u wel eens het gevoel dat uw huisarts uw problemen niet voldoende au serieux nam?	7,1**	14,3*	78,6**	705
Vergelingsgroep				
1 verwijst uw huisarts u wel eens te snel naar een specialist?	1,0	3,9	95,1	1.220
2 verwijst uw huisarts u wel eens naar een specialist wanneer u dat niet nodig acht?	0,2	2,0	97,9	1.177
3 schrijft uw huisarts wel eens medicijnen voor wanneer u dat niet nodig vond?	0,9	5,0	94,1	1.334
4 schrijft uw huisarts wel eens geen geneesmiddel voor wanneer u dat wel nodig had?	1,2	12,0	88,0	1.290
5 hebt u wel eens het gevoel dat uw huisarts uw problemen niet voldoende au serieux nam?	3,9	10,6	85,5	1.373

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Als het gaat om het aan de orde kunnen stellen van al mogelijke problemen en de tijd die aan de patiënt wordt besteedt, valt het oordeel over de Almeerse huisarts minder positief uit dan het oordeel over de huisartsen van de respondenten in de vergelijkingsgroep. Ondanks deze kritische noot blijft het een feit, dat zowel in Almere als in de vergelijkingsgroep, tenminste driekwart van de respondenten in hun oordeel over het werken van de huisarts overwegend positief is. Van de sociaal-demografische kenmerken heeft leeftijd een zelfstandig effect op het oordeel over de omgang van de huisarts met patiënten. Ouderen zijn in hun oordeel over de Almeerse artsen vaker positief dan jongeren. Deze grotere tevredenheid bij ouderen is een fenomeen dat gebruikelijk is bij satisfactieonderzoek.

accentverschuiving
en kostenbeheersing

Twee afgeleide doelen van het Experiment Gezondheidszorg Almere zijn een accentverschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg en kostenbeheersing. Dit betekent dat de Almeerse huisarts, werkend volgens van deze doelstelling, het verwijzen naar de tweedelijns zoveel mogelijk zal beperken en relatief weinig medicijnen zal voorschrijven. Of deze doelen worden waargemaakt zal bijvoorbeeld moeten blijken uit het basisrapport verrichtingen. Uit tabel 4.4 blijkt wel dat de bevolking in Almere zelden tot nooit geconfronteerd wordt met te snel verwijzende of medicijnen voorschrijvende huisarts. De ervaringen met betrekking tot het verwijzen naar medisch specialisten en het voorschrijven van medicijnen in Almere en de vergelijkingsgroep verschillen niet van elkaar. Tabel 4.4 laat zien dat de respondenten uit Almere wat vaker het gevoel hebben door de huisarts niet serieus te worden genomen. Ook met betrekking tot dit onderwerp geldt dat jongeren wat minder positief zijn in hun oordeel dan ouderen. De huisartsen in Almere-Haven worden vaker positief beoordeeld wat betreft het serieus nemen van de problemen van patiënten en het maken van huisbezoeken dan de huisartsen in Almere-Stad en Almere-Buiten.

4.2 De gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie

health locus of control

Ziekte en gezondheid kunnen in de ogen van respondenten worden bepaald door een groot aantal factoren. Enkele van deze factoren zijn onder te brengen in de noemers 'eigen toedoen', het 'handelen van de huisarts' of 'het toeval'. Deze drie factoren vormen de dimensies van de oorspronkelijk in Engeland ontworpen 'Health Locus of Control' schaal. In tabel 4.5 zijn de achttien items die de 'Health Locus of Control' schaal, ofwel de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie, vormen geordend per deelschaal zoals onderscheiden door Halfens (1985). De schaal voor zelforiëntatie bestaat uit de uitspraken genummerd 2, 6, 8, 11, 14 en 16. De schaal voor de artsoriëntatie bevat de items 4, 5, 7, 9, 13 en 18. De schaal voor kansoriëntatie kan worden samengesteld met behulp van de items 1, 3, 10, 12, 15 en 17. De betrouwbaarheidscoëfficiënten van de afzonderlijke schalen zijn met Cronbach α 's van respectievelijk .75, .82 en .68 niet hoog, doch voldoende om van schalen te mogen spreken. In de vragenlijst konden de respondenten kiezen uit zes antwoordmogelijkheden per item; in tabel 4.5 zijn de antwoordcategorieën samengenomen in 'mee eens' of 'niet mee eens'. De achttien items van deze gevalideerde schaal zijn voorgelegd aan alle geïnterviewde personen van 15 jaar en ouder; alle proxy-interviews zijn voor deze analyse uit het databestand verwijderd.

Tabel 4.5 Oordelen over gezondheid van respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland en de rol van de patiënt, de arts of het toeval, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	% dat is zo	N	% dat is zo	N
1 wat ik ook doe, ziek word ik toch	34,0**	846	27,9	1.483
2 als ik ziek ben, ligt aan mijzelf hoe snel ik beter word	62,4	845	59,7	1.479
3 mijn goede gezondheid is grotendeels een kwestie van aanleg of geluk	61,9	848	62,4	1.477
4 als ik van een ziekte herstel, heb ik dit toch vooral te danken aan mijn arts	48,8	846	49,3	1.479
5 als ik me niet goed voel, moet ik eigenlijk een arts raadplegen	55,1	842	54,7	1.479
6 als ik goed voor mijzelf zorg, kan ik ziekte voorkomen	72,0	849	70,6	1.480
7 wat betreft mijn gezondheid kan ik alleen maar doen wat de dokter mij zegt	36,6*	844	32,0	1.483
8 als ik ziek word, dan is dat mijn eigen schuld	9,8*	841	12,9	1.482
9 artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet	28,6	846	27,2	1.478
10 hoe snel ik van een ziekte zal genezen, wordt grotendeels door geluk bepaald	24,1	847	25,2	1.482
11 mijn gezondheid wordt in de eerste plaats bepaald door wat ik zelf doe	77,7	846	78,0	1.483
12 de meeste dingen waardoor ik ziek word, overkomen mij bij toeval	55,0	838	54,5	1.476
13 artsen bepalen mijn gezondheid	14,2	844	14,9	1.480
14 ik heb mijn gezondheid in eigen hand	58,6	843	57,1	1.472
15 of ik gezond blijf, is een kwestie van toevallige gebeurtenissen	45,6	840	41,5	1.469
16 het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen	65,4	840	61,9	1.477
17 als ik ziek word, dan word ik het toch, daar kan niemand iets aan doen	65,5**	847	56,8	1.481
18 de beste manier voor mij om ziekte te voorkomen, is regelmatig de huisarts te raadplegen	28,5	850	26,7	1.481

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

De verschillen tussen respondenten uit Almere en de referentiegroep bij de reacties op de afzonderlijk voorgelegde items zijn klein. De somscores voor de drie subschalen staan weergegeven in tabel 4.6. Naarmate de somscore lager is, mag worden aangenomen dat de betreffende respondent ten aanzien van de eigen gezondheid meer georiënteerd is op respectievelijk zichzelf, de arts of het toeval.

Tabel 4.6 Frequentieverdeling somscores 'Health Locus of Control' oriëntaties in Almere en Nederland, in percentages

somscore	Almere (N=820)			Referentiegroep (N=1.475)		
	intern	arts	kans	intern	arts	kans
6	0,4	1,0	0,2	0,3	0,6	0,1
7	0,2	-	0,2	0,2	0,1	0,0
8	0,4	0,2	0,1	0,5	0,5	0,3
9	0,9	0,4	0,2	0,7	0,6	0,3
10	1,2	0,4	-	1,1	0,4	0,4
11	1,5	1,0	0,2	1,6	0,5	0,5
12	1,8	0,9	0,5	2,6	1,6	1,4
13	2,7	1,2	1,3	3,4	1,6	1,8
14	5,4	1,2	2,0	4,3	1,8	2,0
15	6,6	1,5	2,1	5,7	2,4	2,8
16	6,1	2,0	2,8	6,8	1,9	3,5
17	7,0	2,6	3,2	5,3	1,8	4,4
18	8,1	4,0	4,9	7,4	3,5	4,7
19	6,8	4,0	4,2	7,0	3,2	5,9
20	8,2	4,5	6,1	8,0	4,5	6,2
21	6,8	5,0	7,2	7,1	4,9	7,0
22	6,3	5,9	8,9	6,3	4,7	7,2
23	4,5	6,5	7,3	6,4	5,1	7,3
24	5,5	6,2	8,4	5,2	7,4	6,7
25	4,7	5,9	7,7	3,9	6,0	6,4
26	3,8	6,0	5,7	3,1	6,0	5,6
27	2,8	6,1	7,0	3,3	6,2	6,0
28	1,6	6,0	5,5	3,0	5,4	4,2
29	1,7	6,2	3,8	1,9	6,5	3,7
30	2,2	7,4	3,2	1,6	7,2	3,7
31	1,4	4,4	1,7	1,4	4,4	2,3
32	6,5	4,4	2,6	0,7	3,0	2,1
33	0,5	1,5	1,6	0,5	3,3	1,3
34	0,2	1,8	0,4	0,4	1,9	1,1
35	-	1,0	0,1	0,2	1,5	0,5
36	0,1	1,0	0,9	0,2	1,6	0,5
rekenkundig gemiddelde	19,883	24,327	23,199	20,102	24,438	22,690
standaard deviatie	5,234	5,924	5,073	5,384	6,217	5,444
scheefheid	0,203	-0,532	-0,177	0,196	-0,500	-0,052

De verschillen tussen Almere en de referentiegroep zijn klein. Ouderen hebben meer dan jongeren het gevoel dat hun gezondheid door het toeval wordt bepaald en zijn meer op de arts georiënteerd bij ziekten; hetzelfde geldt voor lager opgeleiden in vergelijking tot hoger opgeleiden. Bij de schaal voor interne oriëntatie heeft alleen verzekeringsvorm een zelfstandig effect, waarbij particulier verzekerden meer op zichzelf georiënteerd zijn dan ziekenfondsverzekerden. De gemiddelde somscores naar geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm en stadsdeel zijn weergegeven in de tabellen 4.7, 4.8 en 4.9

Tabel 4.7 Gemiddelde somscores 'Health Locus of Control, intern' in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	20,0	5,3	386	19,6	5,2	688
vrouw	19,8	5,2	426	20,6	5,5	787
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	19,7	5,3	95	19,5	5,2	236
25 - 44 jaar	19,9	5,0	451	19,9	5,3	675
45 - 64 jaar	19,7	5,9	177	20,7	5,5	329
65 jaar en ouder	20,4	5,3	89	20,5	5,6	235
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	19,6	5,2	556	20,0	5,4	900
particulier	20,5	5,3	244	20,6	5,3	529
stadsdeel						
Almere-Haven	20,2	4,9	235			
Almere-Stad	20,0	5,3	379			
Almere-Buiten	19,3	5,4	200			
totaal	19,9	5,2	814	20,1	5,4	1.475

Tabel 4.8 Gemiddelde somscores 'Health Locus of Control, arts' in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	24,4	5,8	394	24,4	6,3	689
vrouw	24,3	6,0	425	24,5	6,2	789
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	25,9	5,7	90	26,5	5,4	236
25 - 44 jaar	26,1	4,8	452	26,3	5,2	676
45 - 64 jaar	22,3	5,9	181	22,6	6,5	330
65 jaar en ouder	18,1	5,9	94	19,6	5,9	236
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	23,8	6,1	559	23,5	6,4	801
particulier	25,4	5,6	246	26,0	5,6	532
stadsdeel						
Almere-Haven	24,0	5,8	243			
Almere-Stad	24,8	6,1	377			
Almere-Buiten	23,8	5,8	199			
totaal	24,3	5,9	819	24,4	6,2	1.478

Tabel 4.9 Gemiddelde somscores 'Health Locus of Control, toeval' in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	23,6	5,1	389	22,8	5,5	690
vrouw	22,8	5,0	430	22,6	5,4	789
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	24,7	5,7	96	24,7	5,2	338
25 - 44 jaar	24,0	4,3	450	23,3	5,3	676
45 - 64 jaar	22,3	5,3	181	21,6	5,4	328
65 jaar en ouder	19,3	5,1	90	20,4	4,9	237
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	22,9	5,1	560	22,2	5,5	899
particulier	23,8	4,9	246	23,5	5,3	534
stadsdeel						
Almere-Haven	23,0	4,9	237			
Almere-Stad	23,5	5,1	383			
Almere-Buiten	22,9	5,2	199			
totaal	23,2	5,1	819	22,7	5,4	1.479

4.3 Medische hulp bij alledaagse aandoeningen

de huisarts bij alledaagse aandoeningen

Een andere mogelijke indicator voor de mate waarin een beroep wordt gedaan op medische zorg door bijvoorbeeld de huisarts, is de Nijmeegse Verwachtingenlijst. De door Van de Lisdonk (1985) ontwikkelde schaal beoogt de houding te meten van respondenten omtrent wat te doen bij een aantal veel voorkomende aandoeningen; aandoeningen die normaal gesproken geen medische zorg vereisen, maar door zelfzorg weer over gaan. In het onderzoek naar de zorgbehoefte in Almere zijn 12 items opgenomen van de oorspronkelijke lijst van 23 items. Respondenten van 15 jaar en ouder konden via een vijfpuntsschaal aangeven of men het met de geselecteerde items eens of oneens was. De tabellen 4.10 en 4.11 geven per item de antwoorden voor Almere en de referentiegroep. De oorspronkelijke categorieën 'helemaal mee eens' en 'mee eens' zijn samengenomen; hetzelfde geldt voor de categorieën 'mee oneens' en 'helemaal mee oneens'. De antwoordcategorie 'deels mee eens, deels mee oneens' is niet apart in de tabellen vermeld, maar vormt de aanvulling tot 100%.

Tabel 4.10 Oordelen over het zoeken van medische hulp bij alledaagse aandoeningen in Almere, in percentages

	eens	onaens	N
1 met een middel van de huisarts ben je sneller van diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt	36,5	29,8	839
2 kalmerende middelen die de huisarts kan voorschrijven zijn de aangewezen oplossing als je je nerveus en gejaagd voelt	27,9	44,9	842
3 een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets dat persé behandeld moet worden	37,1	29,0	841
4 als je griep hebt, gaat het sneller over als je de hulp van de huisarts inroept	22,8	53,4	839
5 als je je hongerig en moe voelt, helpen versterkende middelen van de huisarts het beste	18,1	58,1	838
6 keelpijn kun je om niets over het hoofd te zien beter even aan de huisarts laten zien	33,3	35,4	839
7 als je last van je maag hebt, kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet	58,9	16,4	841
8 als je hoofdpijn hebt, laat de huisarts je dan nakijken want je kunt wel wat ernstigs mankeren	25,8	44,7	837
9 door doktersbehandeling ben je sneller van een moe gevoel in je arm af dan zonder doktersbehandeling	20,8**	42,3	835
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	16,8*	55,5	845
11 voor een verkoudheid kan de huisarts je betere middelen geven dan je zelf kunt kopen	18,6**	59,5*	845
12 door doktersbehandeling kom je sneller van je hoofdpijn af dan wanneer je er zelf wat aan doet	19,6	49,6	846

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Factoranalyse levert één factor op (eigenwaarde: 5.6, verklaarde variantie: 47%, factorladingen variërend van .53 tot .75), die vertrouwen in eigen oordeel genoemd kan worden. De schaal die op basis van de twaalf items kan worden samengesteld, heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .89. De somscores die voor respondenten zijn berekend met een range van 12 (weinig vertrouwen in eigen oordeel) tot 60 (veel vertrouwen in eigen oordeel). Respondenten die een item niet hadden ingevuld hebben een gecorrigeerde score gekregen (score over de 11 items vermenigvuldigd met een factor 1.09); werden meerdere items 'vergeten' dan is geen somscore uitgerekend.

Tabel 4.11 Oordelen over het zoeken van medische hulp bij alledaagse aandoeningen in Nederland, in percentages

	eens	oneens	N
1 met een middel van de huisarts ben je sneller van diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt	40,2	26,8	1.487
2 kalmerende middelen die de huisarts kan voorschrijven zijn de aangewezen oplossing als je je nerveus en gejaagd voelt	26,5	42,9	1.486
3 een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets dat persé behandeld moet worden	38,3	30,5	1.484
4 als je griep hebt, gaat het sneller over als je de hulp van de huisarts inroept	25,8	49,2	1.483
5 als je je hongerig en moe voelt, helpen versterkende middelen van de huisarts het beste	17,6	56,0	1.483
6 keelpijn kun je om niets over het hoofd te zien beter even aan de huisarts laten zien	33,4	38,0	1.486
7 als je last van je maag hebt, kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet	58,4	17,4	1.483
8 als je hoofdpijn hebt, laat de huisarts je dan nakijken want je kunt wel wat ernstigs mankeren	25,2	44,5	1.485
9 door doktersbehandeling ben je sneller van een moe gevoel in je arm af dan zonder doktersbehandeling	26,7	41,3	1.478
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	20,8	54,7	1.489
11 voor een verkoudheid kan de huisarts je beter werkzame middelen geven dan je zelf kunt kopen	23,5	54,6	1.488
12 door doktersbehandeling kom je sneller van je hoofdpijn af dan wanneer je er zelf wat aan doet	19,7	48,7	1.485

De frequentieverdeling van de somscores op de Nijmeegse Verwachtingenlijst, met inbegrip van het rekenkundig gemiddelde, de spreiding en de scheefheid van de gepresenteerde verdeling, is weergegeven in tabel 4.12. Vergelijking van de percentages in Almere en de referentiegroep laat geen significante verschillen zien bij zowel de percentageverdelingen als de gemiddelde score. De gemiddelde somscore komt zowel voor de Almeerse respondenten als voor de respondenten opgenomen in de referentiegroep uit op rond de 38, terwijl ook de spreiding van de antwoorden in beide responsgroepen nagenoeg niet van elkaar verschilt.

Nadere analyse van de verschillen in somscores op de Nijmeegse Verwachtingenlijst wijst uit dat zowel in Almere als in de rest van Nederland ouderen zich meer dan jongeren op de arts richten voor de eigen gezondheid; hetzelfde geldt voor lager opgeleiden, ziekenfonds verzekerden, mensen met een relatief laag inkomen en vrouwen (tabel 4.13).

Tabel 4.12 Frequentieverdeling somscores Nijmeegse Verwachtingenlijst in Almere en Nederland, in percentages

somscore	Almere (N=796)	Referentie-groep (N=1.476)	vervolg somscore	Almere	Referentie-groep
12	0,9	0,7	37	4,6	3,5
13	-	0,3	38	4,6	3,3
14	0,5	0,3	39	4,5	4,4
15	0,3	0,2	40	5,2	5,2
16	0,4	0,3	41	5,0	3,5
17	0,1	0,5	42	5,3	4,9
18	0,3	0,4	43	3,9	4,7
19	0,1	0,3	44	3,8	4,7
20	0,4	0,1	45	5,0	4,5
21	0,5	0,5	46	3,5	3,3
22	0,4	0,7	47	2,5	3,1
23	0,4	0,9	48	3,0	3,1
24	1,9	2,3	49	1,4	1,7
25	0,3	1,6	50	1,8	1,2
26	1,5	1,9	51	1,3	0,5
27	1,6	2,2	52	1,0	0,5
28	1,6	2,1	53	0,6	1,0
29	2,6	2,2	54	0,1	0,5
30	3,0	2,9	55	0,3	0,4
31	2,1	2,8	56	1,0	0,9
32	4,1	3,0	57	0,4	0,2
33	3,3	3,8	58	0,8	0,7
34	4,0	3,5	59	0,1	0,3
35	3,3	3,5	60	0,6	1,2
36	6,2	5,4			
rekenkundig gemiddelde				38,334	37,975
standaard deviatie				8,523	9,088
scheefheid				-0,316	-0,196

Tabel 4.13 Gemiddelde somscores Nijmeegse Verwachtingenlijst in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	37,7	8,6	380	37,3	9,2	684
vrouw	38,9	8,4	416	38,6	9,0	792
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	39,1	7,1	89	40,1	7,1	237
25 - 44 jaar	40,7	7,3	444	40,4	8,2	675
45 - 64 jaar	34,7	9,3	174	34,8	9,8	326
65 jaar en ouder	32,6	9,2	87	33,5	9,2	238
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	37,4	8,8	545	37,0	9,4	901
particulier	40,6	7,5	237	39,6	8,6	529
stadsdeel						
Almere-Haven	38,6	8,0	226			
Almere-Stad	38,6	8,9	375			
Almere-Buiten	37,5	8,3	196			
totaal	38,3	8,5	796	38,0	9,1	1.476

4.4 Meningen over zwangerschap en bevalling

de huisarts bij
zwangerschap en
bevalling

In Almere is het streven gericht op een verschuiving in de gezondheidszorg van tweede naar eerstelijnszorg en van klinische naar poliklinische zorg. Een ander uitgangspunt is dat zorg wordt verleend zo dicht mogelijk in de omgeving van de bewoners van Almere. Beperken we ons tot de begeleiding van een zwangerschap en de keuze van de plaats van bevalling - een onderwerp wat in de nieuwe gemeente Almere voor velen in het middelpunt van de belangstelling staat - dat zou dit voor Almere een relatief hoog percentage thuis- of poliklinische bevallingen betekenen; bevalling waarbij de (bege-)leiding veelal in handen is van een verloskundige, of eventueel de huisarts. Of dit effect ook daadwerkelijk in de praktijk optreedt is twijfelachtig. Een veronderstelde gerichtheid van de Almeerse bevolking op het ziekenhuis en relatief veel eerste bevallingen, kunnen aanleiding zijn voor wat meer bevallingen in het ziekenhuis. De afwezigheid van een ziekenhuis in de gemeente zou enerzijds mensen vooral in de richting van de eerstelijns kunnen sturen. Anderzijds kan het effect optreden dat voor alle zekerheid (en gelet op de afstand, als de nood aan de man komt) toch wat eerder wordt gekozen voor een bevalling in het ziekenhuis. Los van de cijfers over de begeleiding van zwangerschappen, de aantallen bevallingen en de plaats van de bevalling, is het zinvol te kijken naar de mening van de bevolking over deze onder-

werpen. Waar afstemming van zorg en zorgbehoefte een van de hoofdoelen vormt, kan dergelijke informatie verhelderend werken.

Tabel 4.14 Meningen over de plaats van bevalling in Almere en Nederland, in percentages

	Almere % dat is zo	N	Referentiegroep % dat is zo	N
1 een bevalling in het ziekenhuis is veiliger dan een bevalling thuis	68,8	465	70,8	660
2 een bevalling thuis is gezelliger dan een bevalling in het ziekenhuis	84,2	424	84,9	617
3 een bevalling thuis geeft meer rompslomp	66,5	451	71,0	627
4 een slechte woonsituatie zou een reden zijn om in het ziekenhuis te bevallen	89,6	463	85,8	667
5 bevallingen kunnen het best in het ziekenhuis plaatsvinden, ook als er geen complicaties verwacht worden	41,9	465	42,7	667
6 de verloskundige is de meest aangewezen persoon om zwangerschap en bevalling te (bege)leiden	81,3	449	80,0	634
7 de beslissing waar de bevalling zal plaatsvinden, kan het best genomen worden door de huisarts	30,4	470	30,0	663
8 thuis bevallen is alleen mogelijk als er professionele kraamhulp beschikbaar is	72,9	468	76,9	645
9 bevallingen kunnen het best in de polikliniek plaatsvinden	36,2	431	36,2	643
10 de beslissing over waar de bevalling zal plaatsvinden, kan het best genomen worden door de verloskundige	52,9	461	50,1	643
11 kraamzorg in het ziekenhuis verdient de voorkeur boven kraamzorg thuis	20,8	443	21,4	636
12 de gynaecoloog is de meest aangewezen persoon om de zwangerschap en de bevalling te (bege)leiden	33,9*	437	40,9	616
13 de huisarts is de meest aangewezen persoon om de zwangerschap en de bevalling te (bege)leiden	22,1	439	27,1	606
14 echografie mag alleen plaatsvinden als er goede medische redenen voor zijn	53,5	432	48,0	585
15 bevallingen kunnen het best thuis plaatsvinden	40,4	433	41,4	609
16 het is noodzakelijk dat de huisarts bij een thuisbevalling het kind enkele dagen na de geboorte onderzoekt, ook als een verloskundige de bevalling heeft geleid	82,5	445	78,6	599

* = significant bij $p < .05$

Aan de respondenten tussen de 20 en 44 jaar, uitgezonderd mannen zonder echtgenote of partner, zijn zestien items voorgelegd die betrekking hebben op zwangerschap en de plaats van bevalling. Per uitspraak kon worden aangegeven in hoeverre men het eens of oneens was met de stelling; antwoorden konden door de respondenten zelf op het vragenformulier worden ingevuld. De zestien stellingen en de antwoordpercen-

tages van respondenten die het met de stellingen eens zijn, waarbij de drie categorieën 'dat is beslist zo', 'dat is zo' en 'dat is eigenlijk wel zo' zijn samengenomen, staan weergegeven in tabel 4.14. De verschillen tussen Almere en de referentiegroep zijn minimaal.

Een exploratieve factoranalyse over de zestien items, die op zich geen bestaande schaal vormen, laat twee factoren zien. De eerste factor betreft de plaats van de bevalling; de items 1, 3, 5, 9 en 15 hebben een hoge lading op deze factor. De tweede factor bindt de items die betrekking hebben op begeleiding van de zwangerschap en bevalling. Op deze factor hebben de items 7, 12 en 13 een hoge lading. Bij de factoranalyse zijn de items 2, 4, 6 en 16, gelet op hun slechte spreiding, niet in de analyse betrokken. Voor beide factoren geldt dat eigenlijk niet van een schaal gesproken kan worden (de betrouwbaarheidscoëfficiënten van respectievelijk .50 en .61 in aanmerking genomen).

Hoewel de meningen, zoals die naar voren komen uit de antwoorden op de afzonderlijke items, elkaar soms tegenspreken, geldt in zijn algemeenheid dat in Almere de voorkeur voor een bevalling in het ziekenhuis of een thuisbevalling elkaar ongeveer in evenwicht houden. Voor een bevalling in het ziekenhuis pleiten de veiligheid en het gebrek aan rompslomp; voor een bevalling thuis pleit de gezelligheid. Bij de beslissing over de plaats van de bevalling is ongeveer de helft van de respondenten van mening dat deze het best genomen kan worden door de verloskundige. Bij de begeleiding van de zwangerschap en de bevalling krijgt de verloskundige van een meerderheid van de Almeerse respondenten de voorkeur boven de gynaecoloog of de huisarts. Onderscheid naar de variabele geslacht laat zien dat het vertrouwen in thuisbevallingen en de verloskundige bij vrouwen groter is dan bij mannen; hetzelfde geldt voor hoger opgeleiden versus lager opgeleiden en voor particulier verzekerden versus ziekenfondsverzekerden.

4.5 Hulp bij psychosociale problematiek

de huisarts bij
psychosociale
problemen

Uitgangspunt in Almere is dat niet alleen gezondheidszorg maar ook de maatschappelijke dienstverlening is afgestemd op de behoeften van de bevolking en in de nabijheid van die bevolking wordt aangeboden. Behalve huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen en tandartsen, zijn aan elk Almeers gezondheidscentrum derhalve ook maatschappelijk werkenden verbonden. Via een lage drempel naar het maatschappelijk werk zou een meer op maat gesneden zorg kunnen worden aangeboden, waardoor verwijzingen naar tweedelijnsinstanties kunnen worden voorkomen. Behalve het aanbod van een voorziening als het algemeen maatschappelijk werk (AMW) is een tweede voorwaarde voor het goed functioneren van een dergelijke voorziening dat de bevolking het AMW weet en wenst te vinden als daar behoefte aan is. Of dit in Almere meer dan elders het geval is, blijkt uit tabel 4.15. Aan de respon-

denten zijn een aantal denkbeeldige situaties voorgelegd, met verzoek aan te geven tot wie de respondent zich in deze denkbeeldige situatie zal wenden. De antwoordpercentages in tabel 4.15 hebben betrekking op alle respondenten van 15 jaar en ouder.

Tabel 4.15 Keuze van hulpverlener bij psycho-sociale problemen in Almere en Nederland, in percentages

Bij wie kan men het beste terecht bij:	Almere				N
	huis-arts	amw	psycho- loog	geen hulp	
1 grote problemen met de opvoeding van een negenjarige jongen	36,1	28,8**	22,1**	13,0	843
2 ernstige moeilijkheden, ontstaan in een drie jaar oud huwelijk	25,6	41,1**	18,4**	14,9	841
3 gevoelens van eenzaamheid	23,3	40,9	19,7	16,1	837
4 maandenlang gevoelens van neerslachtigheid	55,3	10,5**	29,7	4,5	846
5 het niet durven gebruiken van de lift	30,8	3,7*	44,7	20,8	841
	Referentiegroep				N
	huis-arts	amw	psycho- loog	geen hulp	
1 grote problemen met de opvoeding van een negenjarige jongen	36,6	23,3	27,0	13,0	1.479
2 ernstige moeilijkheden, ontstaan in een drie jaar oud huwelijk	23,8	32,1	26,4	17,7	1.480
3 gevoelens van eenzaamheid	23,9	37,3	20,1	18,7	1.477
4 maandenlang gevoelens van neerslachtigheid	56,9	5,9	31,1	6,1	1.482
5 het niet durven gebruiken van de lift	31,3	2,0	45,5	21,2	1.478

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

De percentages respondenten die aangeven dat zij zich bij de omschreven situaties zouden wenden tot de huisarts of geen hulp zouden zoeken, verschillen in Almere niet van de referentiegroep. Bij de keuze tussen het maatschappelijk werk of een psycholoog, zeggen de Almeerse respondenten zich, meer dan dat het geval is bij de referentiegroep, vaker te wenden tot het maatschappelijk werk, terwijl de keuze voor hulp verleend door een psycholoog in Almere wat minder vaak wordt gemaakt. Deze verschuiving tussen maatschappelijk werk en psycholoog krijgt met name gestalte bij opvoedingsproblemen en huwelijksproblemen. Eenzaamheidsproblematiek wordt zowel in Almere als door de referentiegroep gezien als zijnde bestemd voor het maatschappelijk werk. Bij neerslachtigheid wendt een meerderheid van beide groepen zich tot de huisarts.

4.6 Samenvatting en conclusies

samenvatting

De belangrijkste bevinding uit dit hoofdstuk met meningen en attitudes over gezondheid en gezondheidsgedrag heeft betrekking op het kritische oordeel over het werken van de Almeerse huisarts. Zowel bij de manier van werken van de huisarts als de bereikbaarheid is de Almeerse bevolking minder tevreden dan de respondenten die bij deze studie als referentiegroep zijn gekozen. Of hier sprake is van een meer kritische houding van patiënten over een situatie die feitelijk niet verschilt van de situatie elders, dan wel of er in Almere echt sprake is van een zorgverlening door huisartsen die in de ogen van patiënten als minder goed wordt beoordeeld, kan op basis van de bevindingen tot nu toe niet worden uitgemakkt.

Overigens geldt zowel voor de Almeerse bevolking als voor de respondenten uit de referentiegroep dat een meerderheid tevreden is over de werkwijze van de huisarts; in Almere is deze meerderheid echter wat minder ruim dan in de rest van Nederland.

Bij een minder goede gezondheid en het herstellen van een ziekte kunnen via de 'Health Locus of Control' schaal, drie oriëntaties worden onderscheiden. Dit zijn een oriëntatie op zelfzorg, een oriëntatie op het toeval en een oriëntatie op een arts. Een tweede onderscheid betreft het gedrag bij alledaagse aandoeningen, waar mensen zich vooral kunnen richten op de huisarts of op zelfzorg. Een meetinstrument hiervoor is de Nijmeegse Verwachtingenlijst. Analyse van de gegevens laat zien dat de meningen over deze mogelijke oorzaken van ziekten en gezondheid en wat te doen bij alledaagse aandoeningen in Almere niet verschillen van de meningen van respondenten in de referentiegroep.

Dezelfde conclusie van niet of nauwelijks verschil tussen Almere en de referentiegroep kan worden getrokken als het gaat om de mening over de (bege)leiding van een zwangerschap en de plaats van een bevalling. Zowel landelijk als in Almere houden de voorkeuren voor thuisbevalling en ziekenhuisbevalling elkaar ongeveer in evenwicht; bij de begeleiding van de zwangerschap en de leiding van de bevalling wordt de belangrijkste rol toebedeeld aan de verloskundige. Hoewel de verloskundige zorg in Almere via de gezondheidscentra dicht bij de bevolking staat, valt er geen grotere voorkeur voor de verloskundige boven bijvoorbeeld de gynaecoloog of huisarts te bespeuren dan in de vergelijkingsgroep. Deze conclusie geldt niet als het gaat om de werkzaamheden die worden toebedacht aan de maatschappelijk werkende. Hoewel ook hier een oorzakelijk verband in principe niet aanwezig hoeft te zijn, is het opvallend dat in Almere personen vaker zeggen een beroep te zullen doen op het maatschappelijk werk dan de respondenten uit de referentiegroep.

oordeel over
zorgvoorzieningen

De meningen en attitudes gepresenteerd in dit hoofdstuk bieden informatie over hoe mensen denken en oordelen over aspecten die de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening betreffen. Daarnaast kunnen houdingen en oriëntaties mogelijk verklaringen bieden voor verschillen in

het gebruik van voorzieningen. Van personen die vooral op de huisarts gericht zijn bij alledaagse aandoeningen mag verwacht worden dat zij bij het daadwerkelijk optreden van dergelijke aandoeningen eerder of vaker een beroep doen op professionele zorg. Een vergelijkbare relatie kan ook worden gelegd tussen de oriëntaties van de 'Health Locus of Control' schaal en het raadplegen van hulpverleners of het gebruik van medicijnen. Daarbij geldt dat de 'Health Locus of Control' schaal en de Nijmeegse Verwachtingenlijst niet volledig los van elkaar staan; er is een relatief sterke correlatie ($r=.52$) tussen de somscore op de artsoriëntatie-component uit de 'Health Locus of Control' schaal en de somscores op de Nijmeegse Verwachtingenlijst.

Mogelijk oordeelt de Almeerse bevolking, die voor ruim tweederde afkomstig is uit Amsterdam waar de gezondheidszorg sterk op de tweedelijns is gericht, meer kritisch over de huisarts dan de groep respondenten behorend tot de vergelijkingsgroep. Het zou in dat geval voor de hand liggen dat deze kritischer houding ook doorklinkt in de antwoorden op andere vragen in de vragenlijst. Dit blijkt, zoals we in het vervolg van dit rapport zullen zien, niet of nauwelijks het geval te zijn. Een tweede mogelijkheid is dat de andere werkwijze van de Almeerse huisarts, waarbij standaard wordt geopereerd vanuit gezondheidscentra, meer weerstanden oproept dan de werkwijze van huisartsen van de respondenten in de vergelijkingsgroep. Om deze laatste veronderstelling te toetsen zijn de antwoorden van de respondenten uit Almere vergeleken met de antwoorden van alle Nationale Studie respondenten wier huisarts in een gezondheidscentrum werkt. Uit deze toetsing blijkt dat op geen van de in de tabellen opgenomen items bij het landelijk onderzoek de meningen van de circa 900 respondenten met huisartsen in gezondheidscentra afwijken van de respondenten die in dit rapport worden aangeduid als referentiegroep. Met andere woorden, de meer ontevreden houding met betrekking tot het werken van de huisarts is een specifiek Almeers verschijnsel en kan niet worden betrokken op andere huisartsen werkend in gezondheidscentra.

5 GEZONDHEIDSGEDRAG

Inleiding

Mensen hebben hun gezondheid voor een deel zelf in de hand. Een aantal gewoontes waarvan bekend is dat zij van invloed kunnen zijn op de gezondheid of het welbevinden van mensen, komen in de vijf paragrafen van dit hoofdstuk aan de orde. Zij zijn samen te vatten onder de noemer 'indicatoren voor gezondheidsattent gedrag'.

Paragraaf 5.1 gaat in op de rookgewoonten van mensen, waarbij wordt gekeken naar het percentage rokers in de populaties, het aantal sigaretten dat dagelijks wordt opgestoken en eventuele pogingen die personen hebben ondernomen om met roken te stoppen. In paragraaf 5.2 staat het drinken van alcohol centraal, terwijl paragraaf 5.3 is gereserveerd voor voedingsgewoonten en het drinken van koffie. In deze paragraaf zal tevens aandacht worden geschonken aan de relatie tussen het gewicht van personen en hun lengte. Slaapgewoonten en de mate waarin door respondenten sporten worden uitgeoefend vormen de onderwerpen in de paragrafen 5.4 en 5.5. Het hoofdstuk wordt zoals te doen gebruikelijk afgesloten met een paragraaf waarin de belangrijkste conclusies worden besproken.

5.1 Het gebruik van tabak

roken van tabak

Roken is schadelijk voor de gezondheid. Desondanks blijven veel mensen roken. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de percentage rokers in Almere en in de referentiegroep.

Bijna eenderde van de Almeerse bevolking geeft aan te roken, bijna 20% heeft gerookt maar is daarmee gestopt en iets minder dan de helft van de responsgroep uit Almere heeft nooit gerookt. Echter, deze cijfers worden vertekend door de ook in relatief opzicht, grote groep 0 tot 15 jarigen in Almere; een leeftijdsgroep waarbij het roken van sigaretten nog heel weinig voorkomt. Van de personen van 15 jaar en ouder rookt in Almere circa 45% van de bevolking; voor de vergelijkingsgroep komt het vergelijkbare percentage iets boven de 40% uit. Van degenen die roken heeft 68% wel eens een poging ondernomen om te stoppen.

Beperken we ons bij de verdere analyse tot de respondenten van 15 jaar en ouder, dan wordt in Almere door vrouwen meer gerookt dan door vrouwen in de vergelijkingsgroep (43.2% versus 37.4%, $p < 0.05$).

sigaretten

Verreweg de meesten respondenten geven aan dat roken voor hen gelijk staat aan het roken van sigaretten; minder dan 5% rookt sigaren en 1% rookt pijp, terwijl daarnaast ook combinaties voorkomen.

Tabel 5.1 Percentage respondentent die roken op het moment van ondervraging in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	32,8*	582	37,9	847
vrouw	32,1	607	31,6	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	0,3	335	0,3	295
15 - 24 jaar	36,1	97	36,9	244
25 - 44 jaar	50,7	467	46,3	689
45 - 64 jaar	45,2	188	42,5	334
65 jaar en ouder	27,5	102	29,5	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	35,5	775	38,6	1.057
particulier	26,6	395	28,9	693
stadsdeel				
Almere-Haven	31,8	340		
Almere-Stad	30,0	567		
Almere-Buiten	38,3	282		
totaal	32,5	1.189	34,6	1.803

* = significant bij $p < .05$

Tabel 5.2 Gemiddeld aantal sigaretten per dag voor alle respondenten die roken in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	14,3	9,7	188	14,8	10,7	314
vrouw	15,0	8,4	192	14,9	9,8	285
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	13,0	7,0	35	13,8	10,2	87
25 - 44 jaar	14,6	8,2	232	15,7	10,5	304
45 - 64 jaar	16,3	11,0	84	15,7	10,1	141
65 jaar en ouder	11,6	10,3	28	10,4	8,4	66
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	14,9	8,7	269	15,5	9,8	390
particulier	14,1	10,0	105	13,6	11,1	194
stadsdeel						
Almere-Haven	15,2	9,5	106			
Almere-Stad	14,2	8,9	169			
Almere-Buiten	14,7	8,8	105			
totaal	14,6	9,0	380	14,8	10,2	599

Voor de rokers geldt dat het gemiddeld aantal sigaretten dat per dag gerookt wordt uitkomt op ongeveer vijftien, zoals tabel 5.2 laat zien. Dit aantal verschilt in Almere niet van het aantal voor de referentiegroep. Om deze gemiddelde waarden te kunnen berekenen op basis van antwoordcategorieën, is het midden van elke antwoordcategorie aangehouden als score voor de betreffende respondent. Voor de hoogste antwoordcategorie, te weten 'meer dan 30 sigaretten per dag' is een aantal van 35 aangehouden. De frequentieverdeling van het gemiddeld aantal sigaretten per dag voor de 'rokers' staat weergegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3 Frequentieverdeling van het aantal gerookte sigaretten/sigaren per dag bij rokers in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=377)	Referentiegroep (N=603)
1 - 2 sigaretten per dag	7,7	8,5
3 - 5 sigaretten	7,2	10,1
6 - 10 sigaretten	16,7	15,4
11 - 15 sigaretten	23,3	19,1
16 - 20 sigaretten	19,4	18,2
21 - 25 sigaretten	15,9	15,3
26 - 30 sigaretten	4,2	5,0
> 30 sigaretten per dag	5,6	8,5

Voor de 'rokers' geldt dat zij, naar eigen zeggen, gemiddeld circa 10 tot 15 sigaretten per dag opsteken. Bijna 25% van de personen die rookt, rookt meer dan 20 sigaretten per dag.

5.2 Het gebruik van alcohol

gebruik van
alcohol

Het gebruik van alcohol is een tweede voorbeeld van een leefgewoonte, die van invloed kan zijn op de gezondheid en het welbevinden van mensen. Het veel drinken van alcohol kan samengaan met lichamelijke, maar ook psychische of sociale problemen; een samenhang waarbij oorzaak en gevolg moeilijk zijn aan te geven. Overigens wordt niet aan elke vorm van alcoholgebruik dezelfde schadelijke werking toebedacht. Bij het onderzoek naar gezondheid en gezondheidsgedrag in Almere is gevraagd naar zowel het aantal glazen als naar de gelegenheden waarbij wordt gedronken. We moeten er bij deze vragen vanuit gaan dat antwoorden mogelijk gekleurd zijn. Hoewel het drinken van een of enkele glazen alcohol in sociaal opzicht alom aanvaard is, rust op excessief drinken een taboe. Weinigen zullen geneigd zijn hier volledige openheid van zaken te geven. Deze vertekening zal zowel voor Almere als voor de vergelijkingsgroep gelden.

Tabel 5.4 laat zien dat in Almere wat minder mensen aangeven alcohol te drinken dan in de rest van Nederland. Echter, evenals bij het roken van sigaretten, geldt ook voor het alcoholgebruik dat de resultaten worden

vertekend door het relatief hoge percentage jongeren in de leeftijdsgroep tot 15 jaar in Almere; een leeftijdsgroep waarvan de ouders of verzorgers hebben opgegeven dat 1 á 2% drinkt. Als de leeftijdsgroep van 0 tot 15 jaar buiten beschouwing wordt gelaten, dan geldt dat het verschil tussen Almere en de referentiegroep minder groot wordt, maar wel blijft bestaan. Geslacht is de enige onafhankelijke variabele die een zelfstandig effect heeft op het wel of niet drinken van alcohol, waarbij minder vrouwen dan mannen aangeven te drinken. Van de groep 15 jaar en ouderen drinkt circa 75%.

Tabel 5.4 Percentage respondenten dat alcohol drinkt in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	59,9**	581	70,1	846
vrouw	51,2**	604	64,3	954
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	1,2	331	2,0	293
15 - 24 jaar	61,9*	97	74,6	244
25 - 44 jaar	83,5	467	86,0	688
45 - 64 jaar	73,4	188	79,3	334
65 jaar en ouder	63,7	102	66,8	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	55,0**	774	66,0	1.056
particulier	56,5**	393	68,5	691
stadsdeel				
Almere-Haven	61,9	339		
Almere-Stad	52,0	565		
Almere-Buiten	54,4	281		
totaal	55,4**	1.185	67,0	1.800

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

De gebruikers van alcohol drinken naar eigen zeggen gemiddeld 1,3 glazen alcohol per dag, zoals de tabellen 5.5 en 5.6 laten zien. Het gemiddelde aantal glazen alcohol verschilt in Almere niet van het gemiddelde in de referentiegroep. Gerekend naar het aantal glazen alcohol per dag, drinken mannen meer dan vrouwen, drinken ouderen meer dan jongeren, drinken particulier verzekerden meer dan ziekenfondsverzekerden en (niet in de tabel aangegeven) drinken de hogere inkomens meer dan mensen met een relatief laag inkomen.

Mannen geven vaker aan elke dag of bijna elke dag te drinken, terwijl vrouwen voornamelijk bij speciale gelegenheden drinken.

Tabel 5.5 Frequentieverdeling van het aantal glazen alcohol gedronken door respondenten die regelmatig of incidenteel alcohol gebruiken in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=591)	Referentiegroep (N=1.135)
minder dan 1 glas per week	22,3*	17,6
1 - 3 glazen per week	15,6	17,0
3 - 6 glazen per week	18,1	19,1
1 - 2 glazen per dag	15,2	17,7
2 - 3 glazen per dag	12,5	12,8
3 - 4 glazen per dag	6,6	5,3
4 - 5 glazen per dag	5,1	4,7
5 - 6 glazen per dag	0,7	1,9
6 - 7 glazen per dag	2,0	1,8
7 - 8 glazen per dag	0,5	0,5
8 - 9 glazen per dag	0,7	0,6
9 - 10 glazen per dag	0,2	0,6
> 10 glazen per dag	0,5	0,7
rekenkundig gemiddelde	1,364	1,425
standaard afwijking	1,780	1,772
scheefheid	2,851	2,464

* = significant bij $p < .05$

Tabel 5.6 Gemiddeld aantal glazen alcohol per dag voor alle respondenten die alcohol gebruiken in Almere en Nederland, naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	1,8	1,9	319	1,9	2,1	508
vrouw	0,8	1,0	271	0,9	1,2	507
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	0,1	0,0	2	0,8	0,9	3
15 - 24 jaar	0,5	0,7	54	0,9	1,3	149
25 - 44 jaar	1,3	1,5	350	1,6	2,0	511
45 - 64 jaar	1,6	2,1	125	1,5	1,8	232
65 jaar en ouder	1,2	1,9	59	1,2	1,3	120
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	1,2	1,6	377	1,4	1,8	564
particulier	1,6	1,8	205	1,5	1,7	419
stadsdeel						
Almere-Haven	1,3	1,5	195			
Almere-Stad	1,4	1,8	268			
Almere-Buiten	1,2	1,6	127			
totaal	1,3	1,7	590	1,4	1,8	1.015

5.3 Uren slaap

Het aantal uren slaap waarbij mensen optimaal functioneren verschilt van persoon tot persoon. In de enquête behorend bij het onderzoek naar de subjectieve gezondheid en het gezondheidsgedrag in Almere is informatie gevraagd over de tijdstippen waarop respondenten doorgaans naar bed gaan en opstaan, zowel doordeweeks als in het weekend, en of men goed of minder goed slaapt. Uit deze informatie kan het gemiddeld aantal uren slaap worden afgeleid, waarbij voor de categorie '12 uur of meer' het aantal van dertien uur is aangehouden.

De tabellen 5.7 en 5.8 geven een overzicht van de frequentieverdeling van het aantal uren slaap in Almere en in de rest van Nederland en van de gemiddelde aantallen uren slaap van respondenten op doordeweekse dagen.

Ongeveer 60% van de respondenten geeft aan tussen de zes en negen uur per dag te slapen. Het gemiddeld aantal uren slaap komt uit op ongeveer 9 uur voor Almere en circa 8,5 uur in de referentiegroep die staat voor de rest van Nederland. De (kleine) verschillen tussen de Almeerse respondenten en de referentiegroep verdwijnen indien we rekening houden met de oververtegenwoordiging van kinderen tot 15 jaar in Almere. Het is met name de oververtegenwoordiging van erg jonge kinderen, die vooral in de categorieën 'meer dan tien uur slaap' vallen. In de tabellen 5.8 en 5.9 komt dit in detail naar voren. Vrouwen slapen gemiddeld wat meer uren dan mannen. Hetzelfde geldt voor jongeren versus ouderen en voor respondenten uit de lagere inkomensgroepen versus de hogere inkomens.

Tabel 5.7 Frequentieverdeling aantal uren slaap op doordeweekse dagen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=1.176)	Referentiegroep (N=1.777)
minder dan 4 uur per nacht	0,1	0,1
4 - 5 uur	0,4*	1,3
5 - 6 uur	4,8	3,8
6 - 7 uur	16,4	17,1
7 - 8 uur	26,6*	31,0
8 - 9 uur	17,9*	21,6
9 - 10 uur	8,9	10,4
10 - 11 uur	8,4	6,7
11 - 12 uur	12,0**	6,0
12 uur of meer per dag	4,5**	2,0

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel 5.8 Gemiddeld aantal uren slaap op doordeweekse dagen in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere rek.gem.	st.dev.	N	Referentiegroep rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	8,9	2,1	572	8,5	1,7	830
vrouw	9,1	1,8	605	8,8	1,6	947
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	11,5	1,2	333	11,4	1,1	293
15 - 24 jaar	8,3	1,2	97	8,6	1,2	240
25 - 44 jaar	7,7	1,0	460	7,9	1,1	677
45 - 64 jaar	8,1	1,2	185	8,1	1,2	330
65 jaar en ouder	8,8	1,2	102	8,7	1,2	237
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	8,9	1,9	769	8,6	1,6	1.041
particulier	9,2	2,1	389	8,8	1,8	683
stadsdeel						
Almere-Haven	8,9	1,8	339			
Almere-Stad	9,1	2,0	559			
Almere-Buiten	8,9	1,9	279			
totaal	9,0	2,0	1.177	8,5	1,7	1.777

Tabel 5.9 Gemiddeld aantal uren slaap in het weekend in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere rek.gem.	st.dev.	N	Referentiegroep rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	9,5	1,8	575	9,1	1,7	832
vrouw	9,5	1,7	603	9,3	1,6	947
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	11,4	1,2	330	11,4	1,1	294
15 - 24 jaar	9,6	1,7	97	9,5	1,2	241
25 - 44 jaar	8,6	1,1	463	8,7	1,1	676
45 - 64 jaar	8,5	1,2	186	8,5	1,2	330
65 jaar en ouder	8,8	1,0	102	8,8	1,2	238
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	9,4	1,7	770	9,2	1,5	1.042
particulier	9,6	1,8	389	9,3	1,6	684
stadsdeel						
Almere-Haven	9,3	1,7	338			
Almere-Stad	9,6	1,7	561			
Almere-Buiten	9,4	1,8	279			
totaal	9,5	1,7	1.178	9,2	1,6	1.779

sportbeoefening

5.4 Sportbeoefening

Een nieuwe stad als Almere biedt ruime mogelijkheden voor het opzetten van sportvoorzieningen. Of er ook daadwerkelijk van deze voorzieningen in Almere gebruik wordt gemaakt, zal voor een belangrijk deel afhangen van de houding van de bevolking. Aan sport, een vierde indicator van gezondheidsattent gedrag, kleven naast positieve effecten op de gezondheid ook risico's.

De respondenten in Almere is gevraagd aan te geven of er sporten worden uitgeoefend, hoeveel uur per week aan sport wordt besteedt en welke sporten dit zijn. De antwoorden op beide eerstgenoemde vragen staan weergegeven in de tabellen 5.10 en 5.11 en 5.12.

Tabel 5.10 Percentage respondenten dat sport beoefend in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	41,2	582	42,0	847
vrouw	34,6*	607	39,3	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	46,3	335	53,2	295
15 - 24 jaar	35,1**	97	55,3	244
25 - 44 jaar	43,9	467	47,3	689
45 - 64 jaar	23,4	188	24,3	334
65 jaar en ouder	11,8	102	13,7	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	33,3	775	35,4	1.057
particulier	47,6	395	47,9	693
stadsdeel				
Almere-Haven	45,3	340		
Almere-Stad	35,6	567		
Almere-Buiten	33,3	282		
totaal	37,8	1.189	40,6	1.803

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Houden we rekening met de oververtegenwoordiging van kinderen in de leeftijd tot circa zes of zeven jaar, dan blijven de verschillen tussen Almere en de referentiegroep beperkt tot één groep, en wel de 15 tot 24 jarigen.

Tabel 5.11 Frequentieverdeling van het aantal uren/minuten besteed aan sport per week van respondenten die één of meer sporten beoefenen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=443)	Referentiegroep (N=709)
0 - 30 minuten per week	0,7	1,0
30 - 60 minuten	18,9	20,0
60 - 120 minuten	25,1	25,0
2 - 3 uur	15,3	14,6
3 - 4 uur	11,8	9,5
4 - 5 uur	7,2	7,2
5 - 6 uur	5,0	5,2
6 - 7 uur	2,7	3,8
7 - 8 uur	2,9	3,1
8 - 9 uur	1,8	1,4
9 - 10 uur	1,6	3,0
10 uur of meer per week	7,0	6,2

Tabel 5.12 Gemiddeld aantal minuten per week besteed aan sport door respondenten die sport beoefenen in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	291,7	279,1	238	309,1	314,4	342
vrouw	197,0	241,9	205	187,3	175,9	367
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	171,8	155,4	154	194,2	158,9	156
15 - 24 jaar	345,8	313,6	34	334,0	339,2	129
25 - 44 jaar	286,7	318,1	201	236,8	268,1	316
45 - 64 jaar	267,3	236,8	43	272,3	222,8	76
65 jaar en ouder	225,8	174,0	11	174,2	180,0	32
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	265,5	300,7	256	259,2	296,6	364
particulier	224,1	211,3	183	230,5	211,2	319
stadsdeel						
Almere-Haven	235,4	227,5	150			
Almere-Stad	257,2	297,0	199			
Almere-Buiten	248,0	257,4	94			
totaal	247,9	266,5	443	246,1	259,5	709

Het aantal respondenten uit deze, overigens in Almere relatief kleine, groep dat een of meerdere sporten beoefent ligt in Almere 20% lager dan in de referentiegroep. Op sportief gebied lijkt deze leeftijdsgroep in Almere tussen de wal en het schip te zijn gevallen. Binnen Almere vormt het hoge percentage actieve sporters in Almere-Haven, in vergelijking tot de beide andere stadsdelen, een mogelijke indicatie dat er inderdaad een

verband is tussen de mate van stabiliteit van een buurt of stadsdeel en sportbeoefening.

Van de respondentkenmerken hebben leeftijd, het woonachtig zijn in Almere-Haven en opleiding een zelfstandig effect op het al dan niet actief beoefenen van een of meerdere sporten. Jongeren, inwoners van Almere-Haven en hoog opgeleiden sporten relatief meer dan ouderen, inwoners uit de beide andere stadsdelen en relatief laag opgeleiden.

Het gemiddeld aantal uren dat aan sport wordt besteed komt in Almere uit op circa twee uur per week, en verschilt daarmee niet van de referentiegroep. Ook de verdeling van de verschillende sporten die worden beoefend verschilt voor Almere slechts weinig van de referentiegroep, zoals tabel 5.13 laat zien.

Tabel 5.13 Sporten beoefend door respondenten die één of meer sporten beoefenen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=450)	Referentiegroep (N=730)
badminton/tennis	19,3	19,3
basketbal e.d.	12,2	9,4
zwemmen/waterpolo	22,4	20,6
joggen/hardlopen	12,9	16,7
aerobics/fitness	19,6	19,1
voetbal	15,3**	10,2
fietsen/wielrennen	10,4	9,2
atletiek	1,1	0,8
turnen/gymnastiek	8,7**	14,9
surfen/zeilen	2,2	3,1
judo/karate	5,6	3,6
(kick-)boksen	1,1	0,4
waterskiën	0,9	1,2
hockey	0,4**	2,7
paardrijden	1,8	3,4
golf	0,7	0,5
anders	10,0	13,0

** = significant bij $p < .01$

5.5 Voedingsgewoonten

voedingsgewoonten

Een vijfde indicator van gezondheidsattent gedrag is voedingsgewoonten. Aan deze indicator 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 over het gebruik van koffie en het volgen van een dieet. Daarnaast kan, via combinatie van lichaamsgewicht en lichaamslengte, worden nagegaan in welke mate over- en ondergewicht voorkomt in de onderzoekspopulatie.

koffie

Bij het drinken van koffie wordt weergegeven het percentage koffiedrinkers (tabel 5.14), de frequentieverdeling van het aantal koppen koffie per dag (tabel 5.15) en het gemiddeld aantal koppen koffie per dag naar respondentkenmerken (tabel 5.16).

Tabel 5.14 Percentage respondenten die koffie drinken op moment van ondervraging in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	68,9**	582	77,0	844
vrouw	69,3**	600	76,7	952
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	10,6	331	7,9	291
15 - 24 jaar	66,0	97	67,1	243
25 - 44 jaar	94,0	465	93,7	687
45 - 64 jaar	96,3	187	96,1	334
65 jaar en ouder	99,0	102	95,0	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	71,1**	771	79,5	1.053
particulier	65,8**	392	73,4	691
stadsdeel				
Almere-Haven	72,9	336		
Almere-Stad	66,0	564		
Almere-Buiten	70,9	282		
totaal	69,1**	1.182	76,8	1.796

** = significant bij $p < .01$

De verschillen tussen Almere en de referentiegroep bij de percentages respondenten die aangeven koffie te drinken (tabel 5.14) zijn, net als bij het roken van sigaretten en het drinken van alcohol, vertekend door de oververtegenwoordiging van 0 tot 15 jarigen in Almere. Laten we deze groep buiten beschouwing, dan drinkt in Almere een even groot percentage personen koffie als in de referentiegroep. Dit percentage komt uit op ruim 90%.

Voor de koffiedrinkers ligt het gemiddeld aantal koppen, zoals tabel 5.16 laat zien, naar eigen opgave op circa vijf per dag, waarbij opnieuw Almere niet verschilt van de referentiegroep.

Tabel 5.15 Frequentieverdeling aantal koppen koffie per dag voor de respondenten die aangeven koffie te drinken in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=817)	Referentiegroep (N=1.380)
1 kop koffie	7,3	6,2
2 koppen koffie	10,4	13,0
3 koppen koffie	9,9	12,5
4 koppen koffie	20,4	20,7
5 koppen koffie	12,4	13,1
6 koppen koffie	14,2	13,0
7 koppen koffie	5,6	4,5
8 koppen koffie	5,8	6,1
9 koppen koffie	1,2	0,8
10 koppen koffie	7,5	5,7
11 koppen koffie	0,2	0,4
12 koppen koffie	0,7	1,4
13 koppen koffie of meer	4,3*	2,5
rekenkundig gemiddelde	5,335	5,003
standaard afwijking	3,208	2,944
scheefheid	1,194	1,263

* = significant bij $p < .05$

Tabel 5.16 Gemiddeld aantal koppen koffie per dag voor alle respondenten die koffie gebruiken in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	5,8	3,2	401	5,5	3,0	650
vrouw	4,7	2,6	416	4,4	2,5	730
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	1,3	0,5	35	1,3	0,7	23
15 - 24 jaar	4,0	2,5	64	4,1	2,7	163
25 - 44 jaar	5,7	3,0	437	5,6	2,9	644
45 - 64 jaar	6,0	3,0	180	5,2	2,8	321
65 jaar en ouder	4,0	1,8	101	3,8	1,9	229
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	5,2	3,0	548	5,0	2,8	837
particulier	5,4	3,0	258	4,9	2,8	507
stadsdeel						
Almere-Haven	5,4	2,8	245			
Almere-Stad	5,2	3,0	372			
Almere-Buiten	5,2	3,1	200			
totaal	5,2	3,0	817	5,0	2,8	1.344

Geslacht, leeftijd en inkomen hebben een zelfstandig effect op het aantal koppen koffie dat per dag wordt gedronken. Mannen drinken meer koffie dan vrouwen, ouderen drinken meer dan jongeren en de hogere inkomensgroepen drinken meer koffie dan de lagere inkomensgroepen.

dieet

Van roken en excessief drinken mag worden aangenomen dat zij een negatief effect hebben op de gezondheid; diëten worden vaak gevolgd vanuit de gedachte dat zij gezondheidsbevorderend werken. Soms als preventie voor een ziekte of aandoeningen; vaak ook als gevolg van een ziekte, teneinde te voorkomen dat opnieuw klachten optreden.

Tabel 5.17 geeft aan dat van de Almeerse respondenten bijna 10% een dieet te volgen. Het vergelijkbare percentage in de referentiegroep is nagenoeg gelijk aan dat in Almere.

Tabel 5.17 Percentage respondenten dat dieet volgt in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	8,1	582	6,1	847
vrouw	11,4	607	13,5	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	3,0	335	1,7	295
15 - 24 jaar	8,2	97	4,5	244
25 - 44 jaar	6,2	467	7,7	689
45 - 64 jaar	18,1	188	15,0	334
65 jaar en ouder	34,3	102	25,7	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	11,6	775	10,8	1.057
particulier	6,3	395	8,7	693
stadsdeel				
Almere-Haven	11,2	340		
Almere-Stad	10,4	567		
Almere-Buiten	6,7	282		
totaal	9,8	1.189	10,0	1.803

Van de 116 mensen in Almere, die aangeven een dieet te volgen, volgen de meesten (32) een calorie-arm dieet. Een zoutarm dieet wordt door 26 mensen gevolgd en een vetarm dieet door 13 mensen. Ook volgen een aantal (15) mensen een combinatie van meerdere diëten dan wel van andere diëten dan omschreven bij het vraaggesprek (30). Ouderen en mensen in de lagere inkomensgroepen volgen wat vaker een dieet dan jongeren en mensen met een hoog gezinsinkomen.

Quetelet-index

Een indicator die nauw is verbonden met eet- en drinkgewoonten is het lichaamsgewicht. Uit onderzoek - zie voor een overzicht: advies inzake adipositas (Gezondheidsraad, 1984) - blijkt een duidelijk verband tussen het lichaamsgewicht van personen en de kans op het optreden van ziektes en vroegtijdige sterfte. Naarmate het overgewicht van een persoon toeneemt, wordt ook de kans op ziektes of vroegtijdig overlijden groter. Ondergewicht kan, bij extreme vorm, eveneens aanleiding geven tot gezondheidsklachten. Bij epidemiologisch onderzoek, waar het primair gaat om informatie op groepsniveau is de Quetelet-index (kortweg QI) zeer goed bruikbaar. De QI is gedefinieerd als: $\text{lichaamsgewicht (in kg)} / (\text{lichaamslengte (in centimeters)} / 100)^2$. Bij de berekening van de Quetelet-index wordt aangeraden de leeftijdsgroep tot 15 jaar buiten de analyses te houden omdat voor deze groep geen betrouwbare QI is vast te stellen. Tabel 5.18 geeft voor Almere en de referentiegroep de verdelingen van de QI in categorieën.

Tabel 5.18 Quetelet-waarden in categorieën voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=854)	Referentiegroep (N=1.495)
Q < 20 (ondergewicht)	10,1	12,1
20 < Q < 25 (normaal)	56,1	57,9
25 < Q < 30 (matig overgewicht)	26,1	24,0
30 < Q < 40 (ernstig overgewicht)	7,2	5,7
Q > 40 (gevaarlijk overgewicht)	0,5	0,3
rekenkundig gemiddelde	24,144	23,191
standaard afwijking	3,900	3,722
scheefheid	1,203	1,021

Binnen de gangbare statistische grenzen zijn er tussen de beide groepen respondenten geen verschillen in de mate waarin overgewicht voorkomt. Houden we als grenswaarde een QI van 30 aan, dan geldt voor 5 à 10% van de beide populaties dat er sprake is van overgewicht tot gevaarlijk overgewicht, met een verhoogd risico op sterfte en op vetzucht gerelateerde ziektes.

Tabel 5.19 geeft de gemiddelde Quetelet-waarden naar respondentkenmerken voor Almere en de rest van Nederland, waarbij opnieuw kinderen jonger dan 15 jaar buiten de tabel zijn gelaten.

Tabel 5.19 Gemiddelde Quetelet-waarden voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere rek.gem.	st.dev.	N	Referentiegroep rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	24,3	3,3	403	23,5	3,5	696
vrouw	24,0	4,3	446	22,9	3,9	799
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	22,1	3,4	94	21,1	3,2	244
25 - 44 jaar	23,7	3,7	467	22,8	3,3	683
45 - 64 jaar	25,4	3,9	186	24,6	4,0	334
65 jaar en ouder	25,7	4,1	102	24,5	3,7	234
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	24,3	4,2	584	23,4	3,9	911
particulier	24,0	3,2	252	23,0	3,3	539
stadsdeel						
Almere-Haven	24,0	3,7	250			
Almere-Stad	24,1	3,8	394			
Almere-Buiten	24,3	4,3	205			
totaal	24,1	3,9	849	23,2	3,7	1.495

5.6 Samenvatting

samenvatting

In dit hoofdstuk is nagegaan of er verschillen zijn in gezondheidsattent gedrag tussen Almere en een referentiegroep, samengesteld uit inwoners van steden in Midden en West Nederland. Daarbij is gekeken naar rook-, drink- en voedingsgewoonten, naar de uren nachtrust en naar de mate waarin sport wordt beoefend. Houden we rekening met de bijzondere leeftijdsopbouw van de Almeerse populatie, dan zijn er met betrekking tot de gehanteerde indicatoren slechts kleine noemenswaardige verschillen tussen Almere en de referentiegroep. Afgemeten aan deze indicatoren, leeft de Almeerse bevolking in vergelijking tot de referentiegroep niet gezonder of ongezonder.

De indicatoren die in dit hoofdstuk aan de orde zijn geweest laten zich niet goed combineren tot een schaal. Bij een factoranalyse met een gedwongen een-factor-oplossing blijkt het roken van sigaretten, het drinken van alcohol, het drinken van koffie, de hoogte van de quetelet-index en het sporten redelijke factorladingen te hebben op een dimensie. De van deze factoranalyse via somscores afgeleide schaal heeft echter een lage betrouwbaarheidscoëfficiënt, en zal niet als zodanig in de verdere analyses worden betrokken. Bij het zoeken naar verklaringen in het gebruik van zorgvoorzieningen op basis van indicatoren voor gezondheidsattent gedrag, dient te worden gewerkt met de afzonderlijke indicatoren als mogelijke verklarende variabelen.

6 INDICATOREN VOOR MORBIDITEIT

ervaren gezondheid

Een goede gezondheid wordt door meer dan de helft van de ondervraagde personen als het belangrijkste goed in het leven aangemerkt. Een goed huwelijksleven en een leuk gezin, welke op de tweede en de derde plaats eindigen, blijven daarbij ver achter (SCP, 1986). Behalve dat een goede gezondheid op zich een nastrevenswaardig goed is, kan de door een persoon ervaren subjectieve gezondheidstoestand worden aangemerkt als een belangrijke verklarende variabele bij verschillen in het gezondheidsgedrag en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

In de patiëntenquête behorend bij het onderzoek naar de behoefte aan zorg en het gebruik van zorgvoorzieningen in Almere, zijn een aantal meetinstrumenten opgenomen op het terrein van de morbiditeit. Dit hoofdstuk zal zich toespitsen op de vraag of de subjectieve gezondheid in Almere, gemeten via deze morbiditeitsindicatoren, verschilt van de subjectieve gezondheid bij de respondenten in de referentiegroep.

Een eerste indicator voor morbiditeit is de ervaren gezondheidstoestand. Deze indicator is terug te vinden in paragraaf 6.1. Hoewel weinig informatief op zich, is deze maat toch opgenomen omwille van de vergelijkbaarheid met ander onderzoek. Meer informatie geven de paragrafen 6.2 tot en met 6.7. In deze paragrafen zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan acute klachten, chronische klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren, psychiatrische klachten, psycho-sociale problematiek en 'stressful life events'. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste resultaten.

6.1 De algemene gezondheidstoestand

inschatting eigen
gezondheid

Inwoners van Almere voelen zich, in vergelijking tot de respondenten uit de referentiegroep, niet gezonder of minder gezond. Dit leert ons tabel 6.1, waarin de antwoorden staan weergegeven op de vraag 'hoe is in het algemeen uw gezondheidstoestand'. Rond de 85% van de ondervraagde personen beoordeelt de eigen gezondheidstoestand als 'goed of heel goed', een middencategorie van 12 à 13% geeft als oordeel 'niet goed, niet slecht' en minder dan 5% acht de eigen gezondheidstoestand 'slecht of heel slecht'. Deze percentages verschillen niet van de percentages in de vergelijkingsgroep en komen overeen met percentages gevonden in ander onderzoek.

Ouderen voelen zich minder gezond dan jongeren; hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden versus particulier verzekerden.

Tabel 6.1 Algemene gezondheidstoestand van respondenten in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere (heel) goed	niet goed niet slecht	(heel) slecht	N
geslacht				
man	86,7	10,5	2,8	581
vrouw	82,3	14,1	3,6	604
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	94,9	4,5	0,6	334
15 - 24 jaar	87,7	10,3	2,0	97
25 - 44 jaar	88,4	10,1	1,5	464
45 - 64 jaar	68,6	23,9	7,4	188
65 jaar en ouder	58,9	28,8	12,8*	102
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	81,7	13,7	4,5	773
particulier	89,8	9,4	0,8	393
stadsdeel				
Almere-Haven	86,2	11,2	2,7	340
Almere-Stad	83,4	12,8	3,9	564
Almere-Buiten	84,7	12,8	2,5	281
totaal	84,5	12,3	3,2	1.185
	Referentiegroep			
	(heel) goed	niet goed niet slecht	(heel) slecht	N
geslacht				
man	85,9	11,9	2,2	842
vrouw	83,1	14,7	2,2	952
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	93,2	6,1	0,7	293
15 - 24 jaar	91,8	7,4	0,8	243
25 - 44 jaar	88,9	9,8	1,3	686
45 - 64 jaar	74,4	22,0	3,6	332
65 jaar en ouder	69,1	26,7	6,2	240
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	80,3	16,8	2,9	1.050
particulier	90,5	8,2	1,3	691
totaal	84,4	13,4	2,3	1.794

* = significant bij $p < .05$

6.2 Acute klachten

acute klachten

Op basis van de resultaten van eerder onderzoek is ten behoeve van de studie naar gezondheid en gezondheidsgedrag in een lijst samengesteld van veel voorkomende, acute klachten. Bij elke klacht kon de respondent

aangeven of men in de veertien dagen voorafgaand aan het interview hiervan last had gehad. Tabel 6.2 geeft een overzicht van deze acute klachten en de mate van voorkomen in Almere en de referentiegroep.

Tabel 6.2 Het voorkomen van aandoeningen en klachten bij respondenten die last hebben gehad in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere (N=1.189)	Referentiegroep (N=1.803)
1 duizeligheid	11,2	9,6
2 hoofdpijn	31,4	30,8
3 koorts	8,4	7,0
4 moeheid	33,0	35,7
5 nervositeit	20,5	23,5
6 slapeloosheid	15,9	18,4
7 lusteloosheid	12,4	14,5
8 agressiviteit	8,7	9,8
9 snel opgewonden	17,2	18,0
10 veel transpireren	9,8	9,5
11 keelpijn	13,8	13,9
12 oorpijn	6,9**	4,1
13 oorsuizingen	6,2	5,9
14 slecht horen	10,6	8,8
15 verstopte neus	25,1	24,4
16 neusbloedingen	2,8	2,7
17 hoesten	28,0**	22,4
18 benauwdheid	10,7	10,3
19 hartkloppingen	4,7*	6,5
20 dikke enkels	3,8	4,2
21 misselijkheid	6,7	7,2
22 pijn op de borst	7,1	7,7
23 braken	4,4	3,8
24 diarree	6,6	6,1
25 maagzuur	7,3	5,6
26 maagpijn	5,6	5,8
27 buikkrampen	9,4	8,5
28 klachten over stoelgang	7,0	7,5
29 gewichtstoename	5,1	6,4
30 eetstoornissen	3,4	3,5
31 tandpijn	4,5	3,7
32 branderig gevoel bij plassen	1,4	1,8
33 geen controle over blaas	2,9	2,7
34 menstratieklachten	4,8	4,9
35 nek-/schouderklachten	14,7	16,1
36 heupklachten	3,4	3,7
37 rugklachten	15,1	16,5
38 klachten aan hand of arm	9,1	10,0
39 klachten aan been of voet	13,2	14,0
40 problemen op werk	2,6*	4,0
41 gezinsproblemen	3,1	3,9
42 anticonceptieproblemen	0,6	0,8

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

De verschillen tussen Almere en respondenten uit de rest van Nederland zijn klein. Oorpijn en hoesten komen in Almere wat vaker voor, hartkloppingen en problemen op het werk komen wat minder vaak voor.

De meest voorkomende aandoeningen zijn, zowel in Almere als in de vergelijkingsgroep, moeheid (circa 34%), hoofdpijn (circa 30%), hoesten (circa 25%), verstopte neus (circa 25%) en nervositeit (circa 22%). Waar in tabel 6.2 significante verschillen optreden, zijn deze voor de meeste aandoeningen te verklaren via de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse populatie. Dit wordt meer in detail zichtbaar als we de tabellen 6.3 en 6.4, waarin het voorkomen van acute aandoeningen omgerekend is naar de aantallen per 1.000 patiënten, in Almere en in de rest van Nederland met elkaar vergelijken. De patronen die in de tabellen 6.3 en 6.4 zijn te onderkennen zijn grillig en verschillen per aandoening, met name als naar de verschillen per leeftijdscategorie wordt gekeken. Voor het overgrote deel van de acute klachten geldt dat vrouwen vaker aangeven dat zij last hebben van de betreffende klacht dan mannen, terwijl hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden in vergelijking tot particulier verzekerden.

Sommige respondenten geven aan in de twee weken voor het interview nergens last van gehad te hebben, anderen kruisen 15 of meer klachten aan. De frequentieverdeling van de aantallen acute klachten per respondent staan vermeld in tabel 6.5. Vervolgens staat in tabel 6.6 weergegeven welke categorieën respondenten volledig klachtenvrij zijn of aangeven last te hebben gehad van één of meerdere acute aandoeningen.

Tabel 6.3 Aantal acute klachten per 1.000 respondenten in Almere naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		stadsdeel			totaal
	m	v	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	zf	part	Haven	Stad	Buiten	
1 duizeligheid	60	161	33	165	137	144	147	125	89	118	116	96	112
2 hoofdpijn	254	371	140	515	407	335	225	317	306	329	317	287	314
3 koorts	76	92	134	103	84	16	29	77	96	112	76	67	84
4 moeheid	246	410	179	464	409	314	363	359	278	326	335	323	330
5 nervositeit	139	269	81	216	236	282	324	237	144	174	222	209	205
6 slapeloosheid	127	189	87	206	139	229	314	181	119	168	183	99	159
7 lusteloosheid	81	166	63	196	139	138	167	150	78	150	111	121	124
8 agressiviteit	77	97	42	155	107	64	127	105	56	82	102	64	87
9 snel opgewonden	155	189	128	165	184	181	255	183	152	171	178	163	172
10 veel transpireren	60	135	36	124	109	181	78	120	61	91	104	96	98
11 keelpijn	107	168	131	165	188	64	39	141	129	135	146	124	138
12 oorpijn	53	84	87	62	62	74	39	72	63	13	58	50	69
13 oorsuizingen	64	61	6	52	69	106	147	71	48	68	55	71	62
14 slecht horen	101	110	45	93	96	1655	255	116	86	112	111	89	106
15 verstopte neus	234	267	219	299	246	160	167	234	284	268	259	213	251
16 neusbloedingen	21	35	27	21	30	21	39	34	18	18	34	28	28
17 hoesten	284	277	379	247	259	218	196	276	294	279	287	266	280
18 benauwdheid	81	132	63	155	101	138	176	128	71	124	99	103	107
19 hartkloppingen	17	76	-	31	56	90	98	57	30	50	51	35	47
20 dikke enkels	9	66	-	31	30	85	118	50	15	35	44	28	38
21 misselijkheid	34	99	60	103	75	53	49	80	41	53	69	82	67
22 pijn op de borst	62	79	12	72	90	101	118	85	46	71	76	60	71
23 braken	21	66	69	62	39	11	29	46	33	35	44	53	44
24 diarree	52	79	81	82	77	21	29	67	61	65	63	71	66
25 maagzuur	65	81	-	52	94	112	167	88	48	68	86	53	73
26 maagpijn	34	76	24	113	64	48	78	66	28	35	62	67	56
27 buikkrampen	62	125	101	113	101	64	78	103	71	103	95	82	94
28 klachten stoelgang	38	100	42	93	71	80	118	79	51	59	85	53	70
29 gewichtstoename	31	71	9	124	56	96	20	62	30	62	44	53	51
30 eetstoornissen	19	48	54	21	19	32	49	27	41	38	35	25	34
31 tandpijn	41	49	54	62	54	27	-	49	38	47	44	46	45
32 branderig gevoel bij plassen	10	18	9	21	13	5	49	18	8	12	18	11	14
33 geen controle blaas	12	46	45	-	24	27	39	32	25	24	35	25	29
34 menstratieklachten	-	92	12	144	77	16	-	53	41	56	48	39	48
35 nek-/schouderklachten	110	183	15	93	186	266	235	166	114	176	139	128	147
36 heupklachten	22	46	3	-	30	64	137	40	25	38	37	25	34
37 rugklachten	124	178	18	206	173	250	255	172	116	147	164	131	151
38 klachten arm/hand	72	109	18	31	96	170	216	108	58	82	111	60	91
39 klachten been/voet	108	155	69	155	116	197	275	154	94	106	146	135	132
40 problemen op werk	31	21	-	41	47	27	-	26	25	26	23	32	26
41 gezinsproblemen	26	36	15	62	43	21	20	36	18	29	26	43	31
42 anticonceptieproblemen	3	8	-	21	11	-	-	8	3	-	4	18	6

Tabel 6.4 Aantal acute klachten per 1.000 respondenten in Nederland naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		totaal
	m	v	0-14	15-24	24-44	45-64	>64	zf	part	
1 duizeligheid	70	119	31	115	84	126	149	114	71	96
2 hoofdpijn	233	374	163	439	382	290	166	325	277	308
3 koorts	64	75	122	66	65	54	46	80	56	70
4 moeheid	294	413	224	398	414	341	340	359	354	357
5 nervositeit	182	281	95	217	244	296	311	270	179	235
6 slapeloosheid	140	223	68	131	183	225	328	198	160	184
7 lusteloosheid	119	168	88	152	155	159	162	157	124	145
8 agressiviteit	98	97	78	111	112	93	75	114	75	98
9 snel opgewonden	174	185	153	148	184	207	195	202	152	180
10 veel transpireren	97	93	37	82	97	174	62	111	72	95
11 keelpijn	116	159	136	176	171	99	66	142	133	139
12 oorpijn	34	47	75	45	32	30	37	42	42	42
13 oorsuizingen	53	65	10	37	41	78	170	68	48	59
14 slecht horen	78	96	64	61	51	99	232	91	82	88
15 verstopte neus	251	237	275	393	276	153	91	235	251	244
16 neusbloedingen	27	26	47	29	29	21	-	27	27	27
17 hoesten	227	222	271	246	212	198	216	236	201	224
18 benauwdheid	94	110	78	74	93	126	158	132	59	103
19 hartkloppingen	40	88	-	33	62	114	120	84	42	65
20 dikke enkels	22	59	7	12	15	54	174	45	36	42
21 misselijkheid	43	98	78	94	81	48	50	85	53	72
22 pijn op de borst	68	85	17	49	77	1114	129	96	48	77
23 braken	37	39	64	53	35	27	12	44	29	38
24 diarree	67	55	92	49	61	60	37	70	49	61
25 maagzuur	55	56	-	29	62	72	112	65	42	56
26 maagpijn	52	64	17	37	80	69	54	61	52	58
27 buikkrampen	57	110	122	127	81	63	37	92	74	85
28 klachten over stoelgang	37	110	20	41	87	87	129	96	48	75
29 gewichtstoename	34	90	20	53	55	93	112	74	51	64
30 eetstoornissen	33	38	75	37	20	27	41	40	27	35
31 tandpijn	38	37	24	53	49	30	12	40	35	37
32 branderig gevoel bij plassen	5	30	-	8	23	24	29	23	10	18
33 geen controle over blaas	8	44	17	8	22	33	66	30	22	27
34 menstratieklachten	-	92	14	94	83	12	-	63	29	49
35 nek-/schouderklachten	113	203	10	94	168	284	220	189	118	161
36 heupklachten	32	42	-	4	20	69	120	45	22	37
37 rugklachten	146	181	7	107	187	257	224	184	140	165
38 klachten arm/hand	79	119	17	61	81	168	203	114	81	100
39 klachten been/voet	131	147	61	131	113	186	257	146	124	140
40 problemen op werk	55	27	-	45	68	42	4	40	45	40
41 gezinsproblemen	34	43	27	45	41	45	33	44	32	39
42 anticonceptieproblemen	2	13	-	12	13	3	4	10	4	8

Tabel 6.5 Frequentieverdeling van het totaal aantal gerapporteerde acute klachten over een periode van 14 dagen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=1.189)	Referentiegroep (N=1.803)
geen acute klachten	18,7	18,4
1 klacht	13,7	14,3
2 klachten	13,5*	10,6
3 klachten	10,8	11,1
4 klachten	7,9	9,1
5 klachten	5,7	7,5
6 klachten	6,5	5,8
7 klachten	3,5*	5,1
8 klachten	5,0	3,9
9 klachten	2,6	2,9
10 klachten	2,9	2,4
11 klachten	1,8	1,3
12 klachten	1,8	2,0
13 klachten	1,0	1,0
14 klachten	1,2	0,7
15 klachten	0,7	0,9
> 15 acute klachten	2,8	2,9
rekenkundig gemiddelde	4,210	4,255
standaard deviatie	4,332	4,375
scheefheid	1,490	1,635

* = significant bij $p < .05$

De tabellen 6.6 en 6.7 laten zien dat het gemiddeld aantal acute klachten over een periode van 14 dagen in Almere en de referentiegroep nagenoeg niet van elkaar verschillen. In beide groepen heeft men gemiddeld iets meer dan vier klachten. Het gemiddeld aantal klachten stijgt met het toenemen van de leeftijd, zij het dat in Almere ook de groep 15 tot 25 jarigen relatief veel acute klachten rapporteren. Het beeld uit de tabellen 6.3 en 6.4, dat vrouwen meer last hebben van acute aandoeningen dan mannen, wordt bevestigd door de tabellen 6.6 en 6.7. In tabel 6.6 is gesommeerd over alle afzonderlijke klachten. Tabel 6.7 geeft het gemiddeld aantal klachten naar respondentkenmerken. Waar mannen gemiddeld drie van de 42 genoemde klachten aankruisen, komt het gemiddelde voor vrouwen uit op ruim vijf klachten; een significant verschil tussen beide groepen. Bij de verdeling van het totaal aantal klachten naar leeftijdscategorie, zijn het met name de kinderen in de categorie 0-15 jaar die er met relatief weinig klachten uitspringen; kijken we naar het gemiddeld aantal acute klachten voor ziekenfonds- en particulier verzekerden, dan geldt dat ziekenfondsverzekerden gemiddeld vier tot vijf klachten aankruisen, terwijl voor particulier verzekerden het rekenkundig gemiddelde uitkomt op minder dan vier klachten. De verdeling naar stadsdeel laat geen opmerkelijke verschillen zien voor wat betreft het totaal aantal acute klachten.

Tabel 6.6 Aantal respondenten met acute klachten en/of problemen in de 14 dagen voorafgaand aan het onderzoek in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere geen klachten	1-2 klachten	3-5 klachten	6 of meer klachten	N
geslacht					
man	24,2	28,3	24,7	22,7	582
vrouw	13,3	19,6	26,2	40,9	607
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	24,2	26,8	31,6	17,3	335
15 - 24 jaar	9,3	22,7	23,7	44,3*	97
25 - 44 jaar	19,5	21,8	23,3*	35,3	467
45 - 64 jaar	14,9	25,0	22,9	37,2	188
65 jaar en ouder	12,7	22,6	21,6	43,1	102
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	15,2	24,7*	24,8	35,4	775
particulier	24,8	22,8	27,1	25,3	395
stadsdeel					
Almere-Haven	17,6	24,1	29,4	28,8	340
Almere-Stad	17,8	22,7	23,8	35,6	567
Almere-Buiten	21,6	25,9	24,1	28,4	282
totaal	18,7	23,9	25,5	32,0	1.189
	Referentiegroep				
	geen klachten	1-2 klachten	3-5 klachten	6 of meer klachten	N
geslacht					
man	21,8	24,4	28,7	25,0	847
vrouw	15,4	20,2	28,0	36,5	956
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	30,8	24,1	28,1	16,9	295
15 - 24 jaar	16,4	18,5	32,8	32,4	244
25 - 44 jaar	17,6	21,2	28,9	32,4	689
45 - 64 jaar	14,7	25,2	26,0	34,1	334
65 jaar en ouder	12,9	22,0	25,7	39,4	241
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	17,2	20,5	27,7	34,5	1.057
particulier	20,3	25,0	29,1	25,5	693
totaal	18,4	22,2	28,3	31,1	1.803

* significant bij $p < .05$

Tabel 6.7 Gemiddeld aantal acute klachten gerapporteerd over 14 dagen bij respondenten in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere rek.gem.	st.dev.	N	Referentiegroep rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	3,2	3,6	582	3,6	3,8	847
vrouw	5,1	4,7	607	4,9	4,7	956
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	2,7	2,8	335	2,7	3,3	295
15 - 24 jaar	5,2	4,4	97	4,2	3,8	244
25 - 44 jaar	4,7	4,9	467	4,4	4,6	689
45 - 64 jaar	4,7	4,4	188	4,8	4,8	334
65 jaar en ouder	5,3	4,4	102	5,0	4,4	241
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	4,6	4,6	775	4,7	4,7	1.057
particulier	3,4	3,7	395	3,6	3,7	693
stadsdeel						
Almere-Haven	4,2	4,5	340			
Almere-Stad	4,4	4,3	567			
Almere-Buiten	3,8	4,2	282			
totaal	4,2	4,3	1.189	4,3	4,4	1.803

Geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm zijn drie respondentkenmerken die onafhankelijk van elkaar een zelfstandig effect hebben op het aantal acute klachten waar mensen zeggen last van te hebben. Vrouwen hebben meer klachten dan mannen; ouderen hebben meer klachten dan jongeren en ziekenfondsverzekerden hebben meer klachten dan particulier verzekerden. Het percentage gebonden variantie met betrekking tot de verschillen in aantallen klachten, op basis de respondentkenmerken geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm is minder dan 10%.

6.3 Chronische aandoeningen

chronische aandoeningen

Behalve dat respondenten konden aangeven of zij last hadden van acute, veelal kortdurende aandoeningen, is ook gevraagd naar het voorkomen van chronische klachten. Voor ons onderzoek is een selectie gemaakt bestaande uit 25 relatief vaak voorkomende aandoeningen, ontleend aan Van den Bos (1989).

Tabel 6.8 geeft de frequentieverdelingen voor Almere en de rest van Nederland van het voorkomen van chronische aandoeningen bij de twee groepen respondenten.

Tabel 6.8 Het voorkomen van chronische klachten en aandoeningen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=1.189)	Referentiegroep (N=1.803)
1 chronische bronchitis	5,4	5,7
2 astma	1,7	2,2
3 hooikoorts	4,6	5,7
4 hoge bloeddruk	7,5	6,2
5 hartklachten	3,8*	5,8
6 vocht achter longen	0,4	0,6
7 aambeien	6,8	6,8
8 spataderen	5,4	6,5
9 open been	0,1	0,2
10 aderverkalking	0,3	0,8
11 rugklachten (hernia, ischias e.a.)	12,6	13,0
12 chronische reuma, artritis, astrose	2,4**	3,9
13 gezwellvorming/kanker	1,3	1,3
14 ziekten zenuwstelsel	0,4	0,8
15 migraine/ernstige hoofdpijn	9,3	8,7
16 chronisch maag- en darmlijden	3,9	4,1
17 diabetes	1,9	1,8
18 galstenen/galblaas-/leverziekten	0,6	1,0
19 chronische nierziekte/nierstenen	1,5	1,7
20 schildklierafwijking	1,4	1,3
21 prostaatklaften	0,4*	1,1
22 chronische menstruatiekl./menopauze	2,6	2,7
23 chronische huidziekten of eczeem	6,0	7,5
24 gevolgen ongeval	2,3	2,2
25 erfelijke afwijking	0,5	0,4

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Evenals bij de acute klachten, zijn er in de percentages chronische klachten nauwelijks verschillen tussen Almere en de rest van Nederland. Hartklachten, chronische reuma en ziekten van het zenuwstelsel komen in Almere wat minder voor dan in de vergelijkingsgroep die staat voor de rest van Nederland ($p < .05$). Geen van de in tabel 6.8 opgenomen chronische aandoeningen komen in Almere (significant) vaker voor dan in de referentiegroep. In de lijst van chronische aandoeningen nemen langdurige rugklachten een topositie in. Meer dan tien procent van de respondenten zegt last te hebben van chronische rugklachten. Andere, relatief vaak voorkomende chronische klachten zijn: migraine (circa 9%), hoge bloeddruk (circa 7%), aambeien (circa 7%), eczeem (circa 7%), spataderen (circa 6%) en chronische bronchitis (ruim 5%). Voor alle overige in tabel 6.8 genoemde aandoeningen geldt dat de percentages, waarin deze aandoeningen voorkomen, op vijf procent of minder uitkomen.

Van de zeven meest genoemde aandoeningen, komen migraine, aambeien en spataderen significant vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, waarbij het grootste verschil naar voren komt bij migraine. Bijna zes procent van de mannen in Almere, tegenover bijna dertien procent van de vrouwen, zegt aan deze aandoening te lijden. Bij de overige aandoeningen zijn de verschillen naar sexe minder groot. Met uitzondering van eczeem, geldt

dat naarmate de leeftijd toeneemt ook het percentage personen dat last heeft van de betreffende chronische aandoening hoger komt te liggen. Met name bij een klacht als hoge bloeddruk blijkt dit het geval te zijn. Bij de leeftijdsgroepen onder de 45 jaar komt deze klacht niet of nauwelijks voor; van de personen in de Almeerse steekproef van 65 jaar en ouder geeft bijna 30% aan last te hebben van een hoge bloeddruk. Ook langdurige rugklachten komen in de hogere leeftijdsklassen relatief vaker voor. Bij de leeftijdsgroepen van 45 jaar en ouder, geeft tussen de 25 en 30% van de respondenten aan dat zij last hebben van rugklachten. De verschillen naar verzekeringsvorm en stadsdeel zijn klein.

De verschillende aantallen personen die last hebben van de betreffende chronische aandoening, omgerekend naar aantallen per 1.000 respondenten, staan weergegeven in tabel 6.9 voor Almere en in tabel 6.10 voor de referentiegroep.

Tabel 6.9 Aantal chronische aandoeningen per 1.000 respondenten in Almere naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		stadsdeel			totaal
	m	v	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	zf	part	Haven	Stad	Buiten	
1 chr. bronchitis	62	46	60	21	21	96	137	59	46	50	51	64	54
2 astma	15	18	21	21	13	16	20	15	20	12	18	21	17
3 hooikoorts	52	41	21	82	66	43	10	40	61	74	28	50	46
4 hoge bloeddruk	62	87	-	41	56	160	284	85	58	85	78	57	75
5 hartklachten	32	43	12	10	15	90	157	40	35	32	42	35	38
6 vocht achter longen	3	5	1	-	-	-	39	5	3	3	5	4	4
7 aambeien	41	94	9	21	90	112	127	79	46	76	78	39	68
8 spataderen	27	79	3	-	60	128	108	67	30	71	53	35	54
9 open been	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1
10 aderverkalking	2	5	-	-	-	5	29	4	3	-	5	4	3
11 rugkl. (hernia, ischias)	120	132	12	144	120	255	275	138	106	129	127	121	126
12 reuma/artritis/artrose	9	38	-	-	13	74	78	28	15	35	26	4	24
13 gezwellvorming/kanker	9	18	-	-	9	43	39	12	18	15	16	7	13
14 ziekten zenuwstelsel	3	5	-	-	-	16	20	5	-	-	5	-	4
15 migraine/ernstige hoofdpijn	57	129	27	93	128	149	49	99	84	109	109	43	93
16 chronisch maag-/darmlijden	26	51	9	21	39	53	127	50	15	29	53	21	39
17 diabetes	22	15	-	10	4	43	108	23	10	24	18	14	19
18 galstenen/galblaas-/leverziekten	2	10	-	10	4	16	10	5	8	6	7	4	6
19 chron. nierziekten/-stenen	15	15	6	-	15	21	49	19	8	18	16	11	15
20 schildklierafwijking	-	28	6	-	11	32	39	17	10	9	18	14	14
21 prostaatklaften	9	-	3	-	-	5	29	4	5	-	7	4	5
22 chron. menstratieklachten/menopauze	-	51	3	82	34	32	-	28	23	29	30	14	26
23 chron. huidziekte/eczem	50	69	42	62	66	69	69	67	48	65	63	46	60
24 gevolgen ongeval	26	20	-	21	43	16	20	26	15	15	23	32	23
25 erfelijke afwijking	5	5	3	10	2	5	20	5	5	6	5	4	5

Tabel 6.10 Aantal chronische aandoeningen per 1.000 respondenten in Nederland naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		totaal
	m	v	0-14	15-24	24-44	45-64	>64	zf	part	
1 chr. bronchitis	54	59	64	37	32	63	129	72	33	57
2 astma	27	18	27	8	17	33	29	26	16	22
3 hooikoorts	63	51	37	86	68	42	37	54	61	57
4 hoge bloeddruk	47	74	-	8	33	111	203	66	53	61
5 hartklachten	58	59	7	-	19	123	203	73	40	58
6 vocht achter longen	7	4	-	-	3	9	21	8	3	6
7 aambeien	48	85	3	25	90	96	87	72	65	68
8 spataderen	31	95	-	12	55	120	149	79	46	65
9 open been	1	2	-	-	-	6	4	2	1	2
10 aderverkalking	12	5	-	-	-	12	46	10	6	8
11 rugklachten (hernia, ischias)	126	133	7	61	135	243	178	150	104	130
12 reuma/artritis/artrose	25	51	3	-	12	90	129	38	40	39
13 gezwellvorming/kanker	5	20	3	-	16	15	25	12	14	13
14 ziekten zenuwstelsel	9	7	3	4	7	12	17	10	6	8
15 migraine/ernstige hoofdpijn	57	113	17	74	104	141	58	100	68	87
16 chronisch maag-/darmlijden	46	37	-	8	46	69	71	48	30	41
17 diabetes	13	22	-	4	10	27	62	20	13	18
18 galstenen/galblaas-/leverziekten	7	13	-	-	6	12	41	12	3	10
19 chron. nierziekten/-stenen	19	16	3	8	16	27	33	18	14	17
20 schildklierafwijking	4	21	-	-	10	21	37	17	7	13
21 prostaatklaften	20	-	-	-	4	9	58	16	3	11
22 chron. menstratieklachten/menopauze	-	49	3	16	39	45	8	39	12	27
23 chron. huidziekten/eczem	65	85	68	66	84	57	95	76	75	75
24 gevolgen ongeval	24	21	3	25	17	27	50	30	10	22
25 erfelijke afwijking	4	5	-	4	4	6	8	2	9	4

Kijken we naar het aantal chronische aandoeningen waaraan mensen lijden, dan blijken de verschillen tussen de Almeerse populatie en de referentiegroep miniem zijn, zowel bij de frequentieverdeling (tabel 6.11), als bij het aantal chronische klachten naar respondentkenmerken (tabel 6.12). De totaal-percentages voor de aantallen chronische klachten verschillen niet; naar respondentkenmerken blijven de verschillen beperkt tot enkele categorieën.

Tabel 6.11 Frequentieverdeling van het aantal chronische aandoeningen per respondent in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=1.189)	Referentiegroep (N=1.803)
geen chronische aandoeningen	52,6	49,2
1 klacht	24,8	25,5
2 klachten	11,5	13,6
3 klachten	6,4	6,6
4 klachten	2,9	2,7
5 klachten	1,2	1,1
6 klachten	0,4	0,7
7 klachten	0,2	0,5
8 klachten	0,0	0,0
9 klachten	0,1	0,1
10 klachten	0,0	0,0
> 10 chronische aandoeningen	0,0	0,1
rekenkundig gemiddelde	0,888	0,979
standaard afwijking	1,245	1,337
scheefheid	1,800	1,995

Binnen de tabellen voor Almere en de rest van Nederland komen, ook waar het gaat om de aantallen chronische klachten, duidelijk de effecten van geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm naar voren. Vrouwen zijn minder vaak klachtenvrij dan mannen. Naarmate de leeftijd toeneemt stijgen de percentages respondenten met chronische klachten. Ziektefondsverzekerden geven aan dan zij vaker last hebben van een of meer chronische klachten dan respondenten die particulier zijn verzekerd. Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen in Almere en in de rest van Nederland komt uit op circa één (zie tabel 6.13).

Tabel 6.12 Aantal respondenten met chronische aandoeningen in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere geen klachten	1 klacht	2 klacht	3 of meer klachten	N
geslacht					
man	60,3**	21,5*	10,3	7,9	582
vrouw	45,1	28,2	12,7	14,0	607
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	78,8	16,1	3,0	2,1	335
15 - 24 jaar	55,7	26,8	10,3	7,2**	97
25 - 44 jaar	49,9	28,7	12,0	9,4	467
45 - 64 jaar	29,7	27,1	22,3	21,8	188
65 jaar en ouder	19,6	30,4	18,6	31,4	102
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	48,9	25,9	12,5	12,6	775
particulier	58,7	23,0	10,1	8,1	395
stadsdeel					
Almere-Haven	51,2	22,4	13,5	12,9	340
Almere-Stad	51,0	26,8	10,8	11,5	567
Almere-Buiten	57,4	24,1	10,6	7,8	282
totaal	52,6	24,9	11,5	11,0	1.189

	Referentiegroep geen klachten	1 klacht	2 klachten	3 of meer klachten	N
geslacht					
man	52,4	26,2	12,8	8,6	847
vrouw	46,3	25,0	14,2	14,4	956
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	78,0	16,6	3,4	2,0	295
15 - 24 jaar	62,3	26,6	9,4	1,6	244
25 - 44 jaar	49,9	27,1	14,2	8,7	689
45 - 64 jaar	32,0	29,6	17,4	21,0	334
65 jaar en ouder	22,4	25,3	22,8	29,5	241
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	46,1	24,3	15,1	14,5	1.057
particulier	53,7	27,3	11,4	7,6	693
totaal	49,2	25,6	13,5	11,7	1.803

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel 6.13 Gemiddeld aantal chronische aandoeningen in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	0,7	1,1	582	0,8	1,2	847
vrouw	1,1	1,3	607	1,1	1,4	956
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	0,3	0,6	335	0,3	0,6	295
15 - 24 jaar	0,7	1,0	97	0,5	0,7	244
25 - 44 jaar	0,9	1,1	467	0,9	1,2	689
45 - 64 jaar	1,6	1,5	188	1,5	1,6	334
65 jaar en ouder	1,9	1,7	102	1,9	1,7	241
verzekeringsvorm:						
ziekenfonds	1,0	1,3	775	1,1	1,4	1.057
particulier	0,7	1,1	395	0,8	1,1	693
stadsdeel						
Almere-Haven	1,0	1,3	340			
Almere-Stad	0,9	1,3	567			
Almere-Buiten	0,7	1,0	282			
totaal	0,9	1,2	1.189	1,0	1,3	1.803

6.4 Beperkingen in het dagelijks functioneren

beperkingen in het functioneren

Ziekten, aandoeningen en handicaps kunnen mensen ernstig beperken in hun dagelijks functioneren. Aan de respondenten is een lijst voorgelegd met beperkingen, afgeleid van de OESO-indicator opgenomen in de CBS-enquêtes (Van Sonsbeek, 1988). Bij elk van een aantal met name genoemde activiteiten kon de respondent aangeven of men deze activiteit zonder moeite zelfstandig kan uitvoeren, of men er (grote) moeite mee heeft of dat men het alleen kan met de hulp van anderen.

Tabel 6.14 geeft de percentages respondenten die activiteiten niet zelfstandig of slechts met grote moeite kunnen uitvoeren. In de tabel zijn de 0-14 jarigen buiten de analyse gehouden.

Tabel 6.14 Beperkingen in het dagelijks functioneren voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages

u kunt niet of slechts met moeite:	Almere (N=854)	Referentiegroep (N=1.508)
1 zonder hoorapparaat gesprek verstaan van 3 of 4 personen	2,6	2,7
2 zonder hoorapparaat gesprek voeren met ander dan huisgenoot	1,8	1,4
3 goed praten (spraakgebrek e.d.)	4,4	5,3
4 verstaanbaar praten	0,1	0,3
5 zonder bril of lenzen de krant lezen	35,7	35,5
6 zonder bril of lenzen het gezicht herkennen van iemand aan de andere kant van de kamer of straat	20,3	21,8
7 in hard voedsel bijten of kauwen	6,3	5,4
8 zelf het eten snijden (b.v. vlees)	0,9	1,4
9 de nagels van de tenen knippen	6,6	7,2
10 een voorwerp van 5 kilo over 10 meter dragen	10,1	11,1
11 bukken en iets van de grond pakken	4,1*	6,0
12 binnenshuis bewegen/verplaatsen	1,1	1,7
13 400 meter aan één stuk lopen	7,3	8,0
14 100 meter hardlopen	29,5	30,6
15 trap oplopen zonder rust	8,1	10,5
16 trap aflopen zonder rust	5,3	6,8
17 zelf in- en uit bed stappen	1,1	1,5
18 zelf aan- en uitkleden	1,3	1,3

* = significant bij $p < .05$

Voor de meeste activiteiten geldt dat meer beperkingen optreden naarmate de leeftijd toeneemt. De verdelingen naar verzekeringsvorm en naar stadsdeel laten geen noemenswaardige verschillen zien in de activiteiten van respondenten. Waar kleine verschillen naar verzekeringsvorm aanwezig zijn, zoals bij het krant lezen zonder bril, het bukken, het 400 meter lopen, het 100 meter hard lopen en het traplopen, zijn deze terug te voeren op de interactie tussen leeftijd en verzekeringsvorm. Bij de verdeling naar stadsdeel treedt geen enkel significant verschil naar voren.

Volledig klachtenvrij is, zowel in Almere als in de rest van Nederland, ongeveer de helft van de populatie; kijken we naar de leeftijdsklasse van 65 jaar en ouder, dan behoort men tot de uitzonderingen indien men alle activiteiten zoals genoemd in tabel 6.14 nog volledig zelfstandig kan doen. De tabellen 6.15 en 6.16 geven de cijfers in meer details, waarbij weer een omrekening heeft plaatsgevonden naar aantallen per 1.000 personen. Via de tabellen 6.17 en 6.18 kan een indruk worden verkregen van de cumulatie van beperkingen bij individuele personen.

Tabel 6.15 Aantal respondenten van 15 jaar en ouder met beperkingen per 1.000 respondenten in Almere naar respondentkenmerken

u kunt niet of slechts met moeite:	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		stadsdeel			totaal
	m	v	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	zf	part	Haven	Stad	Buiten	
1 zonder hoorapparaat gesprek verstaan van 3 of 4 personen	30	22	-	-	9	32	118	32	12	23	24	34	26
2 zonder hoorapparaat gesprek voeren met ander dan huisgenoot	17	18	-	-	2	27	88	20	12	12	18	24	18
3 goed praten (spraakgebrek e.d.)	47	42	-	72	45	32	39	39	56	32	48	54	44
4 verstaanbaar praten	(2)	(0)	-	-	-	-	(10)	(2)	-	-	(3)	-	(1)
5 zonder bril of lenzen de krant lezen	336	376	-	52	146	750	892	384	302	361	355	356	357
6 zonder bril of lenzen het gezicht herkennen van iemand aan de andere kant van de kamer of straat	170	232	-	103	212	186	284	202	194	167	207	239	203
7 in hard voedsel bijten of kauwen	59	67	-	-	21	106	235	71	48	75	63	49	64
8 zelf het eten snijden (b.v. vlees)	(5)	(13)	-	-	(2)	(16)	(39)	(14)	-	(12)	(13)	-	(9)
9 de nagels van de tenen knippen	35	94	-	(31)	(9)	85	324	76	44	83	63	49	66
10 een voorwerp van 5 kilo over 10 meter dragen	47	149	-	-	26	191	373	132	32	111	96	98	101
11 bukken en iets van de grond pakken	27	53	-	-	(6)	59	206	54	(12)	(32)	45	(44)	41
12 binnenshuis bewegen/verplaatsen	(5)	(16)	-	-	-	(5)	(78)	(12)	(8)	(8)	(8)	(20)	(11)
13 400 meter aan één stuk lopen	59	85	-	(10)	24	128	255	92	32	52	81	83	73
14 100 meter hardlopen	225	359	-	113	154	500	735	317	246	306	290	293	295
15 trap oplopen zonder rust	52	107	-	(31)	24	112	333	100	40	60	88	93	81
16 trap aflopen zonder rust	42	62	-	(21)	21	59	216	65	28	40	55	63	53
17 zelf in/uit bed stappen	(7)	(13)	-	-	-	(16)	(59)	(14)	(4)	(4)	(15)	(10)	(11)
18 zelf aan- en uitkleden	(10)	(16)	-	-	(2)	(21)	(59)	(17)	(4)	(12)	(15)	(10)	(13)

Tabel 6.16 Aantal respondenten van 15 jaar en ouder met beperkingen per 1.000 personen in Nederland naar respondentkenmerken

u kunt niet of slechts met moeite:	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		totaal
	m	v	0-14	15-24	24-44	45-64	>64	zf	part	
1 zonder hoorapparaat gesprek verstaan van 3 of 4 personen	26	29	-	12	(7)	24	104	34	15	27
2 zonder hoorapparaat gesprek voeren met ander dan huisgenoot	20	(9)	-	(4)	(3)	12	58	20	(4)	14
3 goed praten (spraakgebrek)	61	46	-	78	54	42	41	59	42	53
4 verstaanbaar praten	(6)	(0)	-	(0)	(3)	(0)	(8)	(4)	(0)	(3)
5 zonder bril/lenzen krant lezen	334	373	-	61	144	695	784	368	339	355
6 zonder bril of lenzen het gezicht herkennen van iemand aan de andere kant van de kamer of straat	201	234	-	135	237	198	278	200	247	218
7 in hard voedsel bijten/kauwen	46	61	-	0	12	108	154	72	22	54
8 zelf het eten snijden (bv. vlees)	(10)	17	-	(8)	(7)	(12)	41	17	(9)	14
9 nagels van de tenen knippen	48	93	-	(16)	16	54	315	91	39	72
10 een voorwerp van 5 kilo over 10 meter dragen	57	159	-	(12)	45	156	340	129	79	111
11 bukken en iets van de grond pakken	50	68	-	(0)	23	69	212	79	30	60
12 binnenshuis bewegen/verplaatsen	(7)	26	-	(12)	(6)	(12)	62	23	(7)	17
13 400 meter aan één stuk lopen	75	84	-	53	28	99	232	101	48	80
14 100 meter hardlopen	357	349	-	98	125	830	348	247	306	
15 trap oplopen zonder rust	78	129	-	49	44	132	303	130	63	105
16 trap aflopen zonder rust	47	87	-	(37)	29	78	199	84	42	68
17 zelf in- en uit bed stappen	(10)	(20)	-	(4)	(9)	(12)	50	21	(7)	15
18 zelf aan- en uitkleden	(10)	16	-	(4)	(6)	(12)	46	18	(6)	13

Tabel 6.17 Frequentieverdeling van het aantal beperkingen die respondenten van 15 jaar en ouder ondervinden bij dagelijkse activiteiten in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=854)	Referentiegroep (N=1.508)
geen beperkingen	41,5	40,3
1 beperkingen	25,9	24,0
2 beperkingen	13,8	14,4
3 beperkingen	6,9	8,0
4 beperkingen	4,2	3,6
5 beperkingen	2,2	2,6
6 beperkingen	2,2	1,7
7 beperkingen	0,8	2,6
8 beperkingen	0,6	1,2
9 beperkingen	0,4	0,3
10 beperkingen	0,5	0,5
> 10 beperkingen	1,1	0,9
rekenkundig gemiddelde	1,464	1,587
standaard afwijkingen	2,087	2,191
scheefheid	2,467	2,331

Tabel 6.18 Aantal beperkingen in categorieën voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere geen be- perkingen	1 handi- cap	2 handi- caps	3 of meer handicaps	N	
geslacht						
man	45,9	27,2	12,8	14,1	405	
vrouw	37,4	24,7	14,7	23,2	449	
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	
15 - 24 jaar	73,2	17,5	5,2	4,1	97	
25 - 44 jaar	55,9	28,3	9,4	6,4	467	
45 - 64 jaar	10,1	30,3	27,1	32,4	188	
65 jaar en ouder	2,9	14,7	17,6	64,7	102	
verzekeringsvorm						
zakenfonds	40,4	23,8	13,6	22,2	589	
particulier	43,3	31,0	14,7	11,1	252	
stadsdeel						
Almere-Haven	42,1	25,4	13,9	18,7	252	
Almere-Stad	41,6	25,7	13,6	19,1	397	
Almere-Buiten	40,5	26,8	14,1	18,5	205	
totaal	41,5	25,9	13,8	18,9	854	
	Referentiegroep	geen be- perkingen	1 handi- cap	2 handi- caps	3 of meer handicaps	N
geslacht						
man	42,4	25,2	16,1	16,4	703	
vrouw	38,4	23,0	12,9	25,7	805	
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	
15 - 24 jaar	66,0	22,5	6,1	5,3	244	
25 - 44 jaar	57,0	25,1	10,9	7,0	689	
45 - 64 jaar	14,1	32,6	22,5	30,8	334	
65 jaar en ouder	2,5	10,4	21,6	65,6	241	
verzekeringsvorm						
zakenfonds	39,2	22,5	13,3	25,0	920	
particulier	41,0	27,1	16,4	15,5	542	
totaal	40,3	24,0	14,4	21,4	1.508	

Tabel 6.19 Gemiddeld aantal beperkingen voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere rek.gem.	st.dev.	N	Referentiegroep rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	1,2	1,8	405	1,3	1,9	703
vrouw	1,7	2,3	449	1,8	2,4	805
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	0,4	0,9	97	0,6	1,2	244
25 - 44 jaar	0,7	1,0	467	0,8	1,4	689
45 - 64 jaar	2,3	2,0	188	2,2	2,0	334
65 jaar en ouder	4,3	3,2	102	4,1	2,9	241
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	1,6	2,3	589	1,8	2,4	920
particulier	1,1	1,5	252	1,2	1,6	542
stadsdeel						
Almere-Haven	1,4	1,9	252			
Almere-Stad	1,5	2,2	397			
Almere-Buiten	1,5	2,2	205			
totaal	1,5	2,1	854	1,6	2,2	1.508

6.5 Geestelijke gezondheid

General Health Questionnaire

Om psychische aandoeningen op te sporen bij respondenten, is door Goldberg (1972) een schaal ontworpen: de 'General Health Questionnaire', ofwel kortweg de GHQ. De GHQ bestaat uit dertig items elk voorzien van vier antwoordcategorieën. Respondenten moeten bij elk van deze dertig items aangeven of het daarin gestelde helemaal niet, niet meer dan gewoonlijk, meer dan gewoonlijk of veel meer dan gewoonlijk voor hen van toepassing is. De vragen die in de GHQ zijn opgenomen zijn bedoeld om vast te stellen hoe groot de kans is dat de betreffende respondent een psychiatrische casus is. Daartoe wordt, op basis van de antwoorden van elke respondent, per respondent een totaalscore uitgerekend door te sommeren over de items. Een lage GHQ-score betekent een kleine kans dat de betreffende respondent aangemerkt kan worden als een mogelijk psychiatrische 'case'. Een hoge GHQ-score correspondeert met een grote kans dat de betreffende persoon als een psychiatrische 'case' geldt.

De instructie bij de 30 items die tezamen de GHQ vormen was de meest van toepassing zijnde antwoorden aan te strepen, waarbij de situatie, zoals die in de vier weken voorafgaand aan het interview werd ervaren, het uitgangspunt vormde. Bij de constructie van somscores zijn respondenten die vier of meer GHQ-items niet hebben ingevuld buiten beschouwing gelaten. Bij de antwoorden op de GHQ zijn alleen niet-proxi-interviews in de beschouwing betrokken, hetgeen er op neerkomt dat met

name alle personen jonger dan 15 jaar niet in de tabellen zijn opgenomen.

Tabel 6.20 De 'General Health Questionnaire' (GHQ), itemscores voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages

heeft/bent u de afgelopen 4 weken:	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
1 onrustig geslapen of 's nachts vaak wakker geworden	15,8	846	17,5	1.488
2 het gevoel gehad dat u over het geheel genomen de dingen niet goed aanpakt	6,7	849	6,0	1.486
3 geen warmte en genegenheid gevoeld voor mensen die u dierbaar zijn	2,4	850	2,6	1.489
4 niet gemakkelijk met andere mensen overweg gekund	3,6*	853	8,3	1.488
5 niet veel tijd besteed aan zo hier en daar een praatje maken	8,8	853	8,3	1.488
6 het gevoel gehad dat u niet zinvol bezig was	8,9	851	7,8	1.491
7 het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond	18,4	852	18,3	1.490
8 het gevoel gehad had dat u moeilijkheden niet de baas kon	8,5	854	8,3	1.487
9 het leven één voortdurende strijd gevonden	5,9	853	7,4	1.490
10 geen plezier gehad in dagelijkse bezigheden	9,4	798	9,4	1.445
11 de dingen zwaar genomen	10,4	796	12,1	1.432
12 gevonden dat alles u teveel wordt	13,5	812	13,4	1.450
13 het gevoel gehad dat uw leven totaal uitzichtloos is	3,8	797	3,7	1.444
14 het gevoel dat het leven niet de moeite waard is	3,1	800	3,4	1.454
15 door zorgen veel slaap tekort komt	8,2	801	9,1	1.455
16 minder het huis uitgegaan als gewoonlijk	9,9	800	8,5	1.451
17 niet tevreden over manier waarop u taken vervult	6,5	810	7,3	1.459
18 zomaar bang geworden of in paniek geraakt	5,1	816	5,9	1.466
19 niet in staat problemen onder ogen te zien	3,9	852	3,0	1.488
20 geen vertrouwen in uzelf gehad	5,4	851	5,1	1.485
21 niet hoopvol over uw eigen toekomst	7,9	853	7,7	1.488
22 steeds zenuwachtig of gespannen geweest	15,6	852	13,0	1.488
23 zo zenuwachtig dat u niets meer kon doen	6,8	852	6,7	1.488
24 zich niet concentreren op bezigheden	10,3	852	8,8	1.484
25 uzelf niet zo kunnen redden als andere mensen	2,6	846	3,3	1.475
26 zich niet goed kunnen bezighouden	5,4	850	4,8	1.489
27 niet in staat over dingen te beslissen	2,9	849	4,2	1.491
28 ongelukkig en neerslachtig gevoeld	10,9	836	11,0	1.473
29 uzelf als een waardeloos iemand beschouwd	2,5	835	3,1	1.473
30 alles bij elkaar ongelukkig gevoeld	5,5	842	6,4	1.471

* = significant bij $p < .05$

In tabel 6.20 staan allereerst, voor Almere en de referentiegroep, de dertig afzonderlijke GHQ-items tezamen met de percentages respondenten die aangeven of hetgeen in die betreffende vraag wordt gesteld voor hen van toepassing is. Voor de afzonderlijke items geldt dat de percentages positieve antwoorden, waarbij de categorieën 'meer dan gewoonlijk' en 'veel meer dan gewoonlijk' overeenkomstig de algemeen aanvaarde procedure bij de constructie van de schaal, zijn samengenomen. Tabel 6.20 laat zien dat over bij de afzonderlijke dertig GHQ-items de percentages positieve antwoorden in Almere en de referentiegroep niet van elkaar verschillen. Hetzelfde geldt voor de somscores, in zijn totaliteit weergegeven in tabel 6.21 en in vijf categorieën in tabel 6.22.

Tabel 6.21 Frequentieverdeling GHQ-scores voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages

somscore	Almere (N=708)	Referentie- groep (N=1.442)	vervolg somscore	Almere	Referentie- groep
0	51,0	54,5	16	0,4	0,5
1	20,3	15,3	17	0,6	0,2
2	6,2	7,1	18	0,1	0,3
3	4,9	4,4	19	0,4	0,4
4	2,4	3,5	20	0,3	0,6
5	1,7	2,0	21	0,3	0,1
6	2,0	1,7	22	0,1	0,1
7	1,3	1,5	23	0,4	0,1
8	1,6	1,2	24	0,1	0,2
9	1,0	1,0	25	0,3	0,3
10	1,3	1,0	26	0,3	0,1
11	1,0	0,9	27	-	0,0
12	0,3	0,9	28	-	0,1
13	0,4	0,7	29	-	0,1
14	1,0	0,6	30	-	0,1
15	0,3	0,4			
rekenkundig gemiddelde				2,275	2,254
standaard deviatie				4,510	4,409
scheefheid				2,920	2,954

Tabel 6.22 GHQ-somscores voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

somscore in categorieën	Almere %	N	Referentiegroep %	N
0	51,3	411	54,5	786
1 - 2	26,3	211	22,5	324
3 - 4	7,4	59	8,0	115
5 - 9	7,0	56	7,5	108
10 of meer	8,0	64	7,6	109

Vergelijking van de Almeerse steekproef met de steekproef van respondenten uit de rest van Nederland leert ons dat de Almeerse populatie met betrekking tot het voorkomen van psychiatrische problemen, niet verschilt van de referentiegroep. Van alle respondenten in Almere heeft 51,3% geen GHQ-symptomen, 33,7% heeft een tot vier symptomen. Als de grens tussen een niet-psychiatrische case en een mogelijk psychiatrische case, overeenkomstig de intentie van de samenstellers van de schaal, wordt gelegd tussen vier en vijf symptomen, dan kan in Almere 15% van de groep respondenten van 15 jaar en ouder worden aangemerkt als mogelijk een psychiatrische case. Bij de referentiegroep is het vergelijkbare percentage eveneens 15%.

Van de respondentkenmerken heeft het geslacht een zelfstandig effect op de hoogte van de GHQ-score. Vrouwen hebben een hogere GHQ-score dan mannen. In tabel 6.23 staan de gemiddelde GHQ-scores naar respondentkenmerken. De verdeling van het percentage respondenten met een somscore van vijf of hoger staat weergegeven in tabel 6.24.

Tabel 6.23 Gemiddelde GHQ-scores voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	1,4	3,0	342	1,7	3,7	679
vrouw	3,1	5,4	366	2,7	5,1	763
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	2,7	4,6	83	1,8	4,1	231
25 - 44 jaar	2,3	4,6	393	2,5	4,7	656
45 - 64 jaar	2,2	4,6	156	2,2	4,5	322
65 jaar en ouder	2,0	4,1	74	2,1	4,4	233
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	2,5	4,9	478	2,4	4,7	882
particulier	1,7	3,3	216	2,0	4,1	516
stadsdeel						
Almere-Haven	2,4	5,1	201			
Almere-Stad	2,1	3,9	344			
Almere-Buiten	2,5	4,9	163			
totaal	2,3	4,5	708	2,3	4,5	1.442

Tabel 6.24 Gemiddeld percentage personen met een GHQ-score van 5 of hoger voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	9,1	342	10,2	619
vrouw	20,8	366	18,6	689
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	-	-	-	-
15 - 24 jaar	20,5**	83	8,4	203
25 - 44 jaar	15,5	393	17,2	610
45 - 64 jaar	14,1	156	14,9	289
65 jaar en ouder	9,5	74	12,6	206
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	15,9	478	15,2	794
particulier	13,4	216	13,7	473
stadsdeel				
Almere-Haven	14,4	201		
Almere-Stad	15,4	344		
Almere-Buiten	15,3	163		
totaal	15,1	708	14,6	1.308

** = significant bij $p < .01$

6.6 Psychosociale problematiek

psychosociale problematiek

Voor de inwoners van Almere geldt dat zij hun sociale leven en kennissen in de vorige woonplaats hebben moeten achterlaten en in Almere als het ware opnieuw zijn begonnen. De Almeerse bevolking heet ontworteld te zijn; een ontworteling die voor de meest recent verhuisden meer waarschijnlijk is dan voor de pioniers in Almere die nu al weer meer dan tien jaar in de gemeente wonen. Een van de mogelijke gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis als verhuizen naar een nieuwe gemeente, zou het relatief vaak voorkomen van psycho-sociale problematiek kunnen zijn. De resultaten van eerdere deelonderzoeken in Almere, waarbij bijvoorbeeld is gekeken naar het percentage psycho-sociale problematiek dat via het spreekuur de huisarts onder ogen komt, wijzen in deze richting (Sixma, 1987).

Een meetinstrument voor de probleembeleving van mensen is de 'Biografische Problemenlijst', kortweg BIOPRO (Hodiamont, 1986). Respondenten konden aangeven of op met name genoemde onderdelen van het leven op dat moment problemen of moeilijkheden werden ervaren. Somscores, die met als basis de antwoorden op afzonderlijke schaalitems kunnen worden opgesteld, kunnen variëren tussen 0 en 22, ofwel van geen psycho-sociale problemen tot problemen op alle 22 genoemde deelterrei-

nen. Evenals bij de GHQ, zijn ook bij de BIOPRO-schaal alle proxi-interviews uit het databestand verwijderd en zijn geen somscores berekend voor respondenten die twee of meer vragen van de BIOPRO onbeantwoord hebben gelaten.

De verwachting dat psycho-sociale problematiek in Almere vaker voorkomt dan elders, wordt, met de BIOPRO als meetinstrument, niet bevestigd. Tabel 6.25 vormt hiervoor de beste illustratie.

Tabel 6.25 De aanwezigheid van (psycho-sociale) problematiek bij respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages

heeft u problemen met:	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
1 financiën	12,1	834	11,4	1.486
2 wonen of uw huisvesting	7,9**	843	12,9	1.488
3 de relatie met uw ouders	8,7	665	8,4	1.134
4 studie of opleiding die u volgt	4,1	440	6,2	808
5 werk/baan	13,5	585	12,6	1.003
6 het ouder worden	4,7	846	6,7	1.486
7 in de relatie met de partner	4,2	769	5,8	1.218
8 uw kinderen	4,6	689	6,0	986
9 andere, voor u belangrijke personen	8,5	844	7,7	1.487
10 contact maken met anderen	8,7	847	8,5	1.489
11 seksualiteit	5,5	832	5,1	1.441
12 godsdienst	4,1	562	5,9	1.132
13 ontplooiing of ontwikkeling van uzelf	15,7	843	14,4	1.479
14 zelfbeeld of wat u van uzelf vindt	12,2**	847	15,7	1.485
15 wat de toekomst u zal brengen	19,1	846	18,8	1.488
16 gebruik van alcohol/medicijnen/drugs	2,3**	838	4,5	1.480
17 het feit dat u vaak alleen bent	7,5	817	6,1	1.421
18 maatschappelijke veranderingen	19,9	839	20,3	1.477
19 leefsituatie in de buurt	8,8	848	9,7	1.487
20 besteding vrije tijd	2,5	848	2,2	1.487
21 leven dat u nu leidt	5,9	845	6,3	1.483
22 andere problemen, niet al genoemd	5,1	843	4,3	1.465

** = significant bij $p < .01$

Op drie van de 22 terreinen verschilt Almere van de referentiegroep. Bij de items 'wonen/huisvesting', 'zelfbeeld' en 'alcohol/medicijnen/drugs' geldt, dat minder respondenten uit Almere hier problemen zeggen te ondervinden dan in de vergelijkingsgroep. In algemene zin kan worden vastgesteld dat de hoogste percentages bevestigende antwoorden worden gevonden op het terrein van maatschappelijke veranderingen en zorgen over de toekomst. Voor beide deel terreinen geldt dat ongeveer een vijfde van de respondenten aangeeft hier moeilijkheden te ervaren. Andere onderwerpen die door meer dan tien procent worden genoemd als een terrein waarop men moeilijkheden ondervindt zijn: zelfontplooiing, het werk of de baan die men al dan niet heeft, het beeld dat men van zichzelf heeft en de financiën.

Het voorkomen van psycho-sociale problematiek per 1.000 respondenten naar respondentkenmerken staat weergegeven in de tabellen 6.26 en 6.27. In tabel 6.28 staat de frequentieverdeling van de aantallen psycho-sociale klachten. In tabel 6.29 staan de percentages respondenten met één of meerdere problemen, gesommeerd over alle items die tezamen de BIOPRO vormen.

Tabel 6.26 Aantal (psycho)sociale problemen voor respondenten van 15 jaar en ouder per 1.000 respondenten in Almere naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		stadsdeel			totaal
	m	v	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	zf	part	Haven	Stad	Buiten	
1 financiën	104	137	-	149	128	124	61	143	65	91	138	125	121
2 huisvesting	68	90	-	156	76	43	91	81	72	74	83	80	80
3 relatie ouders	58	80	-	105	98	16	-	66	72	74	65	70	69
4 studie	28	16	-	73	24	-	-	21	20	4	35	15	21
5 werk	106	84	-	118	130	43	-	94	92	99	94	90	94
6 ouder worden	38	56	-	11	20	112	89	52	40	40	43	64	47
7 partner	22	52	-	31	48	32	10	41	28	32	28	64	38
8 kinderen	35	41	-	-	37	53	51	40	36	25	46	40	38
9 andere personen	73	96	-	94	104	64	30	91	73	78	86	94	86
10 contacten leggen	82	92	-	177	78	75	71	81	84	85	81	103	88
11 seksualiteit	38	71	-	55	54	76	21	56	52	65	49	56	55
12 godsdienst	28	27	-	11	19	53	31	22	40	16	33	30	27
13 ontplooiing	151	163	-	198	208	75	31	155	145	171	149	154	157
14 zelfbeeld	70	169	-	188	115	112	111	125	104	93	126	149	122
15 toekomst	193	191	-	177	186	202	214	189	197	198	170	228	192
16 alcohol/medicijnen	18	28	-	-	26	33	10	23	24	21	25	20	23
17 alleen zijn	29	115	-	85	74	44	124	78	58	88	57	95	75
18 maatsch. veranderingen	204	196	-	115	148	312	313	207	185	203	194	205	200
19 leefsituatie buurt	82	94	-	146	86	59	101	80	100	105	73	99	89
20 besteding vrije tijd	17	32	-	21	28	16	30	27	16	28	15	39	25
21 leven dat ik leid	52	66	-	73	63	43	61	74	21	61	46	84	59
22 andere problemen	37	64	-	52	50	48	61	55	36	61	48	45	51

Tabel 6.27 Aantal (psycho)sociale problemen voor respondenten van 15 jaar en ouder per 1.000 respondenten in Nederland naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		totaal
	m	v	0-14	15-24	24-44	45-64	>64	zf	part	
1 financiën	114	115	-	146	117	113	75	141	67	114
2 huisvesting	111	145	-	114	126	139	138	153	96	129
3 relatie ouders	49	76	-	84	91	39	-	76	43	64
4 studie	27	39	-	113	32	3	-	29	36	34
5 werk	105	67	-	38	141	63	-	86	82	85
6 ouder worden	61	73	-	8	31	109	171	70	63	67
7 partner	39	55	-	38	67	30	25	51	45	48
8 kinderen	35	44	-	-	34	66	58	39	45	40
9 andere personen	69	83	-	79	87	79	42	85	64	77
10 contacten maken	82	87	-	113	87	82	54	89	75	85
11 seksualiteit	51	50	-	9	63	63	32	55	40	51
12 godsdienst	42	48	-	46	43	45	50	44	49	45
13 ontplooiing	121	164	-	138	180	113	89	149	139	144
14 zelfbeeld	95	2211	-	154	173	133	148	165	140	157
15 toekomst	159	214	-	108	206	224	169	208	162	188
16 alcohol/medicijnen	57	34	-	34	52	49	30	48	41	45
17 alleen zijn	40	78	-	48	46	58	117	73	37	61
18 maatsch. veranderingen	182	222	-	54	186	255	331	210	199	203
19 leefsituatie buurt	108	87	-	54	103	111	100	111	73	97
20 besteding vrije tijd	26	19	-	33	16	21	29	23	32	22
21 leven dat ik leid	55	69	-	50	67	67	59	75	41	63
22 andere problemen	38	47	-	38	52	52	9	44	36	43

Tabel 6.28 Frequentieverdeling van het aantal psycho-sociale problemen bij respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=832)	Referentiegroep (N=1.475)
geen probleem	37,6	39,6
1 probleem	21,5	20,0
2 problemen	14,5	12,7
3 problemen	9,5	8,7
4 problemen	6,2	6,1
5 problemen	4,6	3,9
6 problemen	1,5	3,1
7 problemen	2,1	2,3
8 problemen	0,7	1,6
9 problemen	0,6	0,9
10 problemen	0,6	0,4
> 10 problemen	0,6	0,7
rekenkundige gemiddelde	1,769	1,837
standaard deviatie	2,253	2,352
scheefheid	2,141	1,700

Tabel 6.29 Percentage respondentent van 15 jaar en ouder met problemen op psycho-sociaal terrein in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere geen probl.	1-2 probl.	3-5 probl.	6 of meer problemen	N
geslacht					
man	40,3	38,3	16,2	5,2	407
vrouw	37,6	32,6	22,9	6,9	449
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	37,1	30,9	24,7*	7,2	97
25 - 44 jaar	37,9	35,8	19,1	7,3	467
45 - 64 jaar	39,9	36,7	18,1	5,3*	188
65 jaar en ouder	42,2	35,2	21,6	1,0*	102
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	37,5	35,5	21,2	5,8**	589
particulier	43,1	35,1	15,8	5,9	253
stadsdeel					
Almere-Haven	40,6	35,1	19,3	5,1	254
Almere-Stad	38,5	36,8	19,6	6,0	397
Almere-Buiten	37,6	34,7	20,5	7,3	205
totaal	38,9	35,2	19,7	6,1*	856
	Referentiegroep				
	geen probl.	1-2 probl.	3-5 probl.	6 of meer problemen	N
geslacht					
man	43,0	33,6	15,8	7,7	698
vrouw	37,0	31,7	21,2	10,1	802
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	46,7	31,7	14,2	7,5	240
25 - 44 jaar	35,9	32,6	22,3	9,2	686
45 - 64 jaar	44,1	29,4	15,6	10,8	333
65 jaar en ouder	38,2	37,3	17,0	7,5	241
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	38,2	31,4	19,8	14,5	916
particulier	42,9	33,7	17,3	6,1	538
totaal	39,8	32,5	18,7	9,0	1.500

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Voor deze vier tabellen geldt in het algemeen dat de verschillen tussen Almere en de referentiegroep klein zijn; kleiner dan de verschillen binnen de groepen respondenten uit Almere en de rest van Nederland. Gesommeerd over de ruim twintig items, ondervindt bijna 40% van de respondenten geen problemen op een van de onderscheiden gebieden van het

leven; tussen de vijf en tien procent geeft aan op zes of meer terreinen problemen te ondervinden. Dit laatste percentage is in Almere wat lager dan in de referentiegroep, zoals tabel 6.29 laat zien. Inkomen, klasse en geslacht hebben een zelfstandig effect op het aantal problemen dat mensen ondervinden. In gezinnen met een relatief hoog inkomen komen minder problemen voor dan in gezinnen met een relatief laag gezinsinkomen. Hetzelfde geldt voor hoofdarbeiders versus handarbeiders en voor mannen versus vrouwen.

Tabel 6.30 Gemiddeld aantal psycho-sociale problemen bij respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	1,5	1,9	396	1,6	2,2	683
vrouw	2,0	2,5	436	2,0	2,5	792
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	2,1	2,6	95	1,5	2,2	238
25 - 44 jaar	1,8	2,3	455	2,0	2,3	672
45 - 64 jaar	1,7	2,1	184	1,9	2,6	328
65 jaar en ouder	1,5	1,7	96	1,7	2,1	237
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	1,8	2,3	571	2,0	2,5	898
particulier	1,6	2,1	247	1,6	2,1	532
stadsdeel						
Almere-Haven	1,7	2,3	240			
Almere-Stad	1,7	2,1	394			
Almere-Buiten	2,0	2,5	198			
totaal	1,8	2,3	832	1,8	2,3	1.475

6.7 Ziekteverzuim en het niet uitoefenen van dagelijkse bezigheden

ziekteverzuim

Een van de gevolgen van ziekte of aandoeningen kan zijn dat men gedwongen is het rustiger aan te doen, de dagelijkse activiteiten moet verzuimen of dat men gedurende een aantal dagen het bed heeft moeten houden. De frequentieverdelingen voor deze drie indicatoren in Almere en de referentiegroep geeft tabel 6.31. In tabel 6.32 staat de frequentieverdeling van het aantal ziekteverzuimdagen en in 6.33 staan de percentages respondenten met ziekteverzuim naar respondentkenmerken.

Tabel 6.31 Ziekteverzuim over een periode van twee maanden in Almere en Nederland, in percentages

arbeidsverzuim	Almere (N=1.189)	Referentiegroep (N=1.803)
niet naar het werk geweest	12,9	11,8
niet naar school geweest	7,7*	5,8
het huishouden niet gedaan	6,2*	4,4
niet verzuimd	73,1**	77,9
geen antwoord	0,2	0,1

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Tabel 6.32 Frequentieverdeling van het aantal ziekteverzuimdagen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=1.189)	Referentiegroep (N=1.803)
niet verzuimd	73,5**	78,4
1 dag verzuimd	3,6	3,6
2 dagen verzuimd	3,6	3,6
3 dagen verzuimd	3,2	2,5
4 dagen verzuimd	1,9	1,4
5 dagen verzuimd	1,9	1,2
6 dagen verzuimd	1,1	0,3
7 dagen verzuimd	2,5	1,8
8 dagen verzuimd	0,7	0,3
9 dagen verzuimd	0,0	0,4
10 - 14 dagen verzuimd	2,4	2,1
15 - 19 dagen verzuimd	0,5	0,4
20 - 24 dagen verzuimd	1,2*	0,5
25 - 29 dagen verzuimd	0,6	0,3
30 - 34 dagen verzuimd	0,6	0,4
35 - 39 dagen verzuimd	0,3	0,4
40 - 44 dagen verzuimd	0,5	0,3
45 - 49 dagen verzuimd	0,0	0,2
50 - 54 dagen verzuimd	0,4	0,1
55 - 59 dagen verzuimd	0,3	0,0
60 - 61 dagen verzuimd	1,5	2,2
rekenkundig gemiddelde	3,157	2,698
standaard deviatie	9,900	9,863
scheefheid	4,436	4,883

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Tabel 6.33 Percentages respondenten met ziekteverzuim in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	25,8	582	22,7	845
vrouw	27,8**	605	21,3	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	24,9	334	24,4	295
15 - 24 jaar	37,1	97	30,9	243
25 - 44 jaar	31,3**	467	24,1	688
45 - 64 jaar	20,3	187	17,7	334
65 jaar en ouder	14,7	102	10,0	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	28,3**	774	22,2	1.056
particulier	24,1	394	22,4	692
stadsdeel				
Almere-Haven	23,4	338		
Almere-Stad	29,3	567		
Almere-Buiten	25,9	282		
totaal	26,8**	1.187	22,0	1.801

** = significant bij $p < .01$

Wetend dat er bij de aantallen acute aandoeningen zowel als bij de chronische aandoeningen geen noemenswaardige verschillen zijn tussen Almere en de referentiegroep, wekt het geen verbazing dat ook bij de percentages ziekteverzuim, het 'niet lekker hebben gevoeld' en het rustiger aan hebben gedaan de verschillen tussen Almere en de rest van Nederland klein zijn. Het percentage personen dat zegt het in de veertien dagen voorafgaand aan het vraaggesprek rustiger aan te hebben gedaan, ligt op circa 15 procent. Zich 'niet lekker hebben gevoeld' over een periode van twee maanden geldt voor om en nabij de 40%, terwijl rond de 25% over een periode van twee maanden aangeeft één of meerdere dagen ziekteverzuim te hebben gehad.

Ook bij de aantallen dagen ziekteverzuim, dagen dat men het rustiger aan heeft gedaan en dagen die men door ziekte geveld in bed heeft moeten doorbrengen, verschilt de groep Almeerse respondenten niet van de referentiegroep uit de rest van Nederland. Heeft men het rustiger aan gedaan in de periode van veertien dagen voorafgaand aan het interview, dan gaat het om gemiddeld zeven dagen. Het verzuimen van de normale dagelijkse activiteiten betreft, gemeten over een periode van twee maanden, gemiddeld 12 dagen. Het aantal dagen dat men in verband met ziekte gedwongen is geweest in bed door te brengen, gedurende de veertien dagen die aan het interview vooraf gingen, komt uit op gemiddeld ongeveer drie dagen.

Overigens is het onzeker of alle respondenten met name de vraag over de mate waarin men de dagelijkse werkzaamheden verzuimd heeft op de juiste manier heeft opgevat. Terwijl de antwoorden op de vragen of men het over een periode van 14 dagen rustiger aan heeft gedaan of men zich in de afgelopen twee maanden niet lekker heeft gevoeld voor mannen en vrouwen behoorlijk uiteen lopen, vinden we van deze verschillen naar sexe niets terug als het gaat om ziekteverzuim. Het zou goed kunnen zijn dat althans een deel van de vrouwelijke respondenten minder snel geneigd is het niet kunnen verrichten van huishoudelijke werkzaamheden gedurende een of enkele dagen te zien als ziekteverzuim.

Tabel 6.34 Gemiddeld aantal verzuimdagen over periode van 2 maanden in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	3,2	9,9	579	2,5	9,4	843
vrouw	3,2	9,9	603	2,8	10,3	948
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	1,2	4,1	333	1,2	3,7	295
15 - 24 jaar	3,8	9,4	97	2,7	8,8	244
25 - 44 jaar	3,8	10,6	465	2,9	10,2	684
45 - 64 jaar	4,1	12,0	186	4,2	13,6	331
65 jaar en ouder	4,3	14,5	101	1,9	8,8	237
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	3,7	10,8	768	3,3	11,0	1.049
particulier	2,3	8,1	395	1,9	8,1	689
stadsdeel						
Almere-Haven	2,6	8,7	340			
Almere-Stad	3,5	10,4	562			
Almere-Buiten	3,1	10,2	280			
totaal	3,2	9,9	1.182	2,7	9,8	1.791

Tabel 6.35 Percentages respondentent die het in de periode van 14 dagen voor het interview rustiger aan hebben gedaan in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	11,3	582	13,1	847
vrouw	18,0	607	17,9	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	9,3	335	12,2	295
15 - 24 jaar	24,7*	97	15,6	244
25 - 44 jaar	16,9	467	15,8	580
45 - 64 jaar	14,4	188	17,4	276
65 jaar en ouder	13,7	102	17,0	200
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	16,3	775	16,9	1.057
particulier	11,9	395	13,4	693
stadsdeel				
Almere-Haven	14,7	340		
Almere-Stad	15,5	567		
Almere-Buiten	13,1	282		
totaal	14,7	1.189	15,6	1.803

* = significant bij $p < .05$

Tabel 6.36 Frequentieverdeling van het aantal dagen dat men het rustiger aan heeft gedaan in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=1.189)	Referentiegroep (N=1.803)
geen dagen rustiger aan gedaan	86,2	84,9
1 dag rustiger aan gedaan	1,3	1,6
2 dagen rustiger aan gedaan	1,4	2,2
3 dagen rustiger aan gedaan	2,1	1,5
4 dagen rustiger aan gedaan	0,8	1,0
5 dagen rustiger aan gedaan	0,9	0,8
6 dagen rustiger aan gedaan	0,5	0,4
7 dagen rustiger aan gedaan	1,5	1,6
8 dagen rustiger aan gedaan	0,2	0,2
9 dagen rustiger aan gedaan	0,1	0,1
10 dagen rustiger aan gedaan	0,7	0,7
11 dagen rustiger aan gedaan	-	0,1
12 dagen rustiger aan gedaan	0,1	0,2
13 dagen rustiger aan gedaan	0,1	0,1
14 dagen rustiger aan gedaan	4,1	4,7
rekenkundig gemiddelde	1,005	1,113
standaard deviatie	3,111	3,296
scheefheid	3,400	3,188

stressful life events

6.8 Stressful life events

In onderzoek naar determinanten van gezondheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen wordt vaak het voorkomen van ingrijpende gebeurtenissen betrokken. Dergelijke gebeurtenissen kunnen het best worden aangeduid met hun Engelse naam: 'stressful life events'. De lijst met gebeurtenissen, zoals die in de patiëntenquête van de Nationale Studie, is afkomstig van Ormel en staat in een andere vorm bekend onder de naam GGL-95 (Groningse Gebeurtenissen Lijst). Voor het gebruik in de Nationale Studie zijn 34 gebeurtenissen geselecteerd waarvan er 33 met naam worden genoemd, aangevuld met een algemene vraag naar 'andere' gebeurtenissen. Sommige van de 33 genoemde zaken zullen voor iedereen plezierig zijn, andere zijn voor iedereen onplezierig en bij weer andere zaken zal het afhangen van de persoon en de omstandigheden waaronder de gebeurtenis zich voordoet. Respondenten hebben per gebeurtenis aangegeven of zij deze in de twaalf maanden voor het interview hebben meegemaakt. Ten aanzien van de analyses die zijn uitgevoerd op de 'stressful life events' schaal, geldt dat alle proxy-interviews uit de dataset zijn verwijderd. Somscores gemiddelde scores zijn uitgerekend voor alle respondenten die tenminste 30 van de 33 vragen hebben beantwoord. De meest voorkomende gebeurtenis uit de lijst van 33 is, zoals tabel 6.37 ons leert, de opname in een ziekenhuis van een gezins- of familielid. Circa eenderde van alle respondenten in Almere zowel als in de vergelijkingsgroep zegt in de twaalf maanden voor het interview met een dergelijke gebeurtenis te zijn geconfronteerd. Andere vaak voorkomende gebeurtenissen zijn het constateren van een ernstige ziekte bij een gezinslid of iemand uit de naaste familie en het overlijden van een betekenisvol persoon anders dan een kind of een partner.

Tabel 6.37 Percentage respondentent die 'stressful life events' hebben meegemaakt over de afgelopen 12 maanden, voor respondentent van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland

	Almere (N=856)	Referentie- groep (N=1.500)
in de afgelopen 12 maanden meegemaakt:		
1 binnen woonplaats verhuisd	3,5**	7,9
2 naar een andere woonplaats verhuisd	10,0**	3,1
3 zelfstandig gaan wonen	4,0	4,7
4 een van uw kinderen is zelfstandig gaan wonen	4,1	4,6
5 echtgenote/partner werd zwanger/heeft kind gekregen (incl. adoptie)	8,5**	4,5
6 echtgenote/partner heeft miskraam/abortus gehad	1,5	1,1
7 met werken gestopt	5,6	5,8
8 uw echtgeno(o)t(e)/partner is met werken gestopt	5,3	4,8
9 (weer) met werken begonnen	6,5	7,3
10 uw echtgeno(o)t(e)/partner is (weer) met werken begonnen	4,0	3,1
11 met een nieuwe dag- of avondopleiding begonnen	6,1	5,8
12 heeft opleiding voortijdig afgebroken	1,1	2,0
13 u of iemand anders uit uw huishouding heeft met succes dag- of avondopleiding afgerond	7,7	7,9
14 u of iemand anders uit uw huishouding is voor een belangrijk examen gezakt	2,8	2,9
15 uw kind/vader/moeder (her)trouwde of ging samenwonen	3,2	3,2
16 uw kind/vader/moeder ging scheiden	1,1	1,1
17 u of iemand anders uit uw huishouding is van huis weggelopen	0,6	1,0
18 financiële meevaller van meer dan netto maandelijks gezinsinkomen	4,4	5,0
19 financiële tegenvaller van meer dan netto maandelijks gezinsinkomen	7,4	7,1
20 schade aan persoonlijke eigendommen	8,5	10,7
21 u of iemand uit uw huishouding is lichamelijk mishandeld	0,9	0,5
22 bij u of iemand uit uw huishouding/naaste familie is een ernstige ziekte geconstateerd	12,5	13,4
23 u of iemand uit uw huishouding/naaste familie is in ziekenhuis opgenomen (geweest)	35,0	33,5
24 echtgeno(o)t(e)/partner is overleden	0,2**	1,3
25 uw kind is overleden	0,5	0,5
26 uw vader/moeder is overleden	4,3	4,9
27 iemand anders die veel voor u betekende, is overleden	13,9	15,6
28 u trouwde, ging samenwonen, kreeg vaste relatie	4,4**	7,1
29 u en uw echtgeno(o)t(e) zijn uit elkaar gegaan/gaan scheiden of hebben daartoe besloten	3,0	2,8
30 u/uw echtgeno(o)t(e) had/heeft buitenechtelijke verhouding	0,7	1,1
31 u maakte promotie/ kreeg een onderscheiding	6,7	5,6
32 huisdier, waaraan u gehecht was, is overleden	7,9	7,1
33 u of iemand uit uw huishouding is/was in een rechtszaak verwickeld	4,0	3,9

** = significant bij $p < .01$

Tabel 6.38 Aantal 'stressful life events' voor respondenten van 15 jaar en ouder per 1.000 respondenten in Almere naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		stadsdeel			totaal
	m	v	0-14	15-24	25-44	45-64	>64	zf	part	Haven	Stad	Buiten	
1 verhuisd in woonplaats	35	36	-	62	32	42	10	34	36	48	25	29	25
2 verhuisd naar woonplaats	91	109	-	216	69	90	157	117	60	24	65	263	101
3 zelfstandig gaan wonen	35	45	-	72	17	59	78	48	20	28	25	83	40
4 kind zelfstandig gaan wonen	32	49	-	-	13	128	49	46	32	52	38	34	41
5 kind gekregen	101	71	-	93	137	-	-	76	107	60	106	78	85
6 miskraam/abortus gehad	10	20	-	10	26	-	-	15	16	8	10	34	15
7 met werken gestopt	69	45	-	72	41	80	69	63	44	63	45	68	56
8 partner met werken gestopt	54	51	-	41	47	85	29	56	48	52	38	83	53
9 met werken begonnen	62	69	-	103	77	48	10	68	60	63	73	54	66
10 partner met werken begonnen	64	18	-	82	49	16	-	34	56	8	48	63	40
11 opleiding begonnen	69	53	-	113	88	-	-	58	67	63	55	68	61
12 opleiding gestopt	10	11	-	31	13	-	-	10	12	12	10	10	11
13 opleiding succesvol afgesloten	81	73	-	144	92	43	10	73	83	95	65	78	77
14 gezakt voor examen	30	27	-	52	34	16	-	25	28	32	35	10	28
15 gezinslid trouwde	25	38	-	21	13	85	29	31	36	28	33	34	32
16 gezinslid gescheiden	2	18	-	21	9	5	20	14	4	12	13	5	11
17 gezinslid weggelopen	10	2	-	21	6	-	-	7	4	4	5	10	6
18 financiële meevaller	47	42	-	31	47	48	39	39	60	63	38	34	44
19 financiële tegenvaller	81	67	-	21	96	64	39	70	83	75	71	78	74
20 schade aan eigendom	99	73	-	82	107	69	20	76	111	99	73	93	85
21 gezinslid mishandeld	5	13	-	10	15	-	-	12	4	8	8	15	9
22 ernstige ziekte in familie	114	138	-	82	128	138	137	121	143	131	121	132	126
23 opname in ziekenhuis	351	350	-	381	368	340	255	328	409	373	327	366	350
24 partner overleden	2	2	-	-	-	11	-	2	4	4	-	5	2
25 kind overleden	2	7	-	-	4	-	20	7	-	4	8	-	5
26 ouder(s) overleden	49	38	-	-	21	106	69	49	32	44	45	39	43
27 ander overleden	99	176	-	144	124	165	157	149	119	155	139	122	139
28 zelf getrouwd	444	45	-	144	41	21	10	48	40	48	43	44	44
29 zelf gescheiden	22	38	-	72	28	27	10	39	8	20	25	54	30
30 buitenechtelijke relatie	2	11	-	-	11	5	-	7	8	12	8	-	7
31 promotie gemaakt	106	31	-	82	90	37	-	53	99	44	73	83	67
32 huisdier overleden	77	82	-	103	88	80	20	76	91	75	81	83	80
33 rechtszaak meegemaakt	54	27	-	72	36	43	20	39	40	36	38	49	40

Tabel 6.39 Aantal 'stressful life events' voor respondenten van 15 jaar en ouder per 1.000 respondenten in Almere naar respondentkenmerken

	geslacht		leeftijdsgroep					verzekering		totaal
	m	v	0-14	15-24	24-44	45-64	>64	zf	part	
1 verhuisd in woonplaats	69	89	-	150	82	48	46	87	69	79
2 verhuisd naar woonplaats	27	35	-	83	32	9	8	29	30	31
3 zelfstandig gaan wonen	53	42	-	104	45	27	25	57	30	47
4 kind zelfstandig gaan wonen	40	51	-	-	20	147	25	37	63	46
5 kind gekregen	54	36	-	42	82	3	-	45	45	45
6 miskraam/abortus gehad	11	11	-	13	17	3	-	12	9	11
7 met werken gestopt	64	52	-	38	47	108	41	67	45	58
8 partner met werken gestopt	46	50	-	54	44	69	25	50	45	48
9 met werken begonnen	52	91	-	108	101	36	8	83	54	73
10 partner met werken begonnen	37	26	-	67	32	24	4	28	33	31
11 opleiding begonnen	57	59	-	138	67	24	-	55	65	5
12 opleiding gestopt	21	19	-	63	20	3	-	22	11	20
13 opleiding succesvol afgesloten	82	77	-	142	85	75	8	68	99	79
14 gezakt voor examen	33	26	-	63	29	24	4	28	26	29
15 gezinslid trouwde	27	36	-	17	17	90	8	34	30	32
16 gezinslid gescheiden	6	15	-	21	4	21	4	13	6	11
17 gezinslid weggelopen	11	9	-	13	12	9	4	10	11	10
18 financiële meevaller	50	50	-	17	79	39	17	37	72	50
19 financiële tegenvaller	76	66	-	58	85	60	58	76	63	71
20 schade aan eigendom	117	99	-	88	133	96	71	97	125	107
21 gezinslid mishandeld	4	6	-	13	4	6	-	5	4	5
22 ernstige ziekte in familie	117	148	-	117	140	129	141	141	126	134
23 opname in ziekenhuis	324	344	-	338	369	285	303	350	307	335
24 partner overleden	69	89	-	150	82	48	46	87	69	79
25 kind overleden	4	6	-	4	1	6	17	5	4	5
26 ouder(s) overleden	47	51	-	13	42	102	33	55	43	49
27 ander overleden	138	172	-	96	156	156	216	160	143	156
28 zelf getrouwd	72	70	-	175	71	42	4	90	35	71
29 zelf gescheiden	23	32	-	42	39	12	4	28	30	28
30 buitenechtelijke relatie	11	11	-	4	22	3	-	8	17	11
31 promotie gemaakt	87	29	-	63	85	27	8	49	71	56
32 huisdier overleden	74	69	-	92	61	93	50	63	84	71
33 rechtszaak meegemaakt	50	30	-	38	52	24	25	44	28	39

In zijn algemeenheid is er grote overeenstemming in de mate waarin gebeurtenissen in Almere en in de rest van Nederland zijn voorgekomen. Drie gebeurtenissen komen in de Almeerse steekproef significant minder vaak voor dan in de referentiegroep. Dit zijn het binnen de eigen woonplaats verhuisd zijn, het getrouwd zijn of een vaste relatie zijn aangegaan en de dood van een partner. Deze laatste gebeurtenis komt echter relatief zo weinig voor zowel in Almere als in de rest van Nederland, dat het verband weliswaar statistisch significant is doch qua aantal in Almere uitkomt bij twee sterfgevallen op een aantal respondenten van ruim 850. Twee gebeurtenissen die in Almere vaker voorkomen dan in de vergelijkingsgroep zijn het verhuisd zijn naar een andere woonplaats en het optreden van een zwangerschap of het hebben gekregen van een kind. Beide zaken zijn, gelet op de onstuimige groei van Almere en de populatie-opbouw van de bevolking, niet opmerkelijk. De mate waarin genoemde gebeurtenissen per 1.000 respondenten voorkomen, staat weergegeven

in de tabellen 6.38 en 6.39. In tabel 6.40 staat de frequentieverdeling voor het aantal gebeurtenissen. In tabel 6.41 staan de percentages respondenten die aangeven te maken hebben gehad met één of meer dan één gebeurtenis die spanning kan veroorzaken.

Tabel 6.40 Frequentieverdeling van het totale aantal 'stressful life events', voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=856)	Referentiegroep (N=1.500)
geen 'stressful events'	20,6	24,0
1 gebeurtenis	25,9	24,0
2 gebeurtenissen	21,6	19,8
3 gebeurtenissen	13,7	13,5
4 gebeurtenissen	8,5	9,4
5 gebeurtenissen	6,2*	3,9
6 gebeurtenissen	2,2	3,0
7 gebeurtenissen	1,4	1,0
8 gebeurtenissen	0,9	0,7
9 gebeurtenissen	0,0	0,3
10 gebeurtenissen	0,0	0,1
> 10 gebeurtenissen	0,1	0,4
rekenkundig gemiddelde	2,061	1,997
standaard deviatie	1,811	1,918
scheefheid	1,126	1,558

* = significant bij $p < .05$

Uit de tabellen blijkt dat in het algemeen de verschillen tussen Almere en de referentiegroep klein zijn, terwijl binnen de beide groepen respondenten vooral effecten te zien zijn van de variabelen leeftijd en (voor Almere) het woonachtig zijn in één van de afzonderlijke stadsdelen.

Tabel 6.41 Percentage respondenten van 15 jaar en ouder met 'stressful life events' in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	één sle	meer dan één sle	N	één sle	meer dan één sle	N
geslacht						
man	27,3	52,3	407	23,9	51,6	698
vrouw	24,7	54,6	449	22,7	53,7	802
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	18,6	62,9	97	17,9	60,8	240
25 - 44 jaar	27,4	55,0	467	23,6	57,4	686
45 - 64 jaar	27,1	52,7	188	23,7	50,5	333
65 jaar en ouder	24,5	39,2	102	27,0	34,4	241
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	26,5	51,1	589	22,7	52,6	916
particulier	24,5	58,9	253	25,3	42,4	538
stadsdeel						
Almere-Haven	27,2	50,4	254			
Almere-Stad	26,7	50,6	397			
Almere-Buiten	22,9	62,9	205			
totaal	25,9	53,5	856	23,3	52,7	1.500

Tabel 6.42 Gemiddelde aantal 'stressful life events', voor respondenten van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	2,1	1,8	407	2,0	2,0	698
vrouw	2,0	1,8	449	2,0	1,8	802
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	-	-	-	-	-	-
15 - 24 jaar	2,6	2,2	97	2,4	2,1	240
25 - 44 jaar	2,1	1,8	467	2,2	1,9	686
45 - 64 jaar	2,0	1,7	188	1,9	2,0	333
65 jaar en ouder	1,4	1,5	102	1,3	1,5	241
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	2,0	1,9	589	2,0	2,0	916
particulier	2,1	1,7	253	1,9	1,8	538
stadsdeel						
Almere-Haven	2,0	1,9	254			
Almere-Stad	1,9	1,7	397			
Almere-Buiten	2,4	1,8	205			
totaal	2,1	1,8	856	2,0	1,9	1.500

6.9 Samenvatting en conclusies

samenvatting

In dit hoofdstuk is voor een aantal morbiditeitsindicatoren onderzocht in hoeverre de scores van de Almeerse populatie verschillen van de waarden gemeten in een referentiegroep afkomstig uit steden in het midden en westen van het land. Uitgangspunt bij elk van de analyses was dat er geen verschillen zouden zijn tussen Almere en de referentiegroep. Hoewel deze nulhypothese van geen verschil in algemene zin een goed uitgangspunt vormt, zijn op grond van eerdere onderzoeksresultaten op specifieke terreinen andere voorspellingen denkbaar. De verhuizing naar en het wonen in een nieuwe stad als Almere zou aanleiding kunnen geven tot meer psycho-sociale problemen. Het feit dat juist gezonde mensen met een goed toekomstperspectief naar Almere zullen verhuizen, zou zich kunnen weerspiegelen in een relatief laag percentage personen met somatische klachten.

De belangrijkste conclusie van het hoofdstuk moet luiden dat zowel in algemene zin als op het niveau van de afzonderlijke morbiditeitsindicatoren, de verschillen in subjectieve gezondheid tussen personen in Almere en de personen in de referentiegroep klein zijn. In Almere voelen mensen zich in het algemeen niet meer of minder gezond, heeft men niet meer of minder last van chronische en/of acute klachten, ervaart men niet meer of minder problemen op psycho-sociaal terrein, zijn er niet meer of minder potentiële psychiatrische cases en verschilt ook het aantal 'stressful life events' in de responsgroep niet van de percentages in de vergelijkingsgroep. Treden er kleine verschillen op, dan zijn zij in de regel het gevolg van de afwijkende leeftijdsopbouw in Almere.

7 HET GEBRUIK VAN MEDISCHE VOORZIENINGEN

gebruik van medische
voorzieningen

In de voorgaande hoofdstukken zijn de populaties van Almere en de referentiegroep uit de steden in Midden en West Nederland vergeleken voor wat betreft sociaal-demografische factoren, meningen en attitudes, het gezondheidsattent gedrag en morbiditeitsindicatoren. Tezamen resulteren deze factoren in een bepaalde behoefte aan zorg. In combinatie met bijvoorbeeld de aanwezigheid en geografische bereikbaarheid van voorzieningen of instanties, zal de behoefte aan zorg voor een deel bepalend zijn voor het gebruik van medische voorzieningen.

Het gebruik van medische voorzieningen staat centraal in dit hoofdstuk. In paragraaf 7.1 zal aandacht worden geschonken aan de mate waarop een beroep wordt gedaan op eerstelijnsvoorzieningen, zoals bijvoorbeeld de aantallen contacten met de huisarts, de fysiotherapeut, de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkende. Paragraaf 7.2 bevat gegevens over het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. We richten ons daarbij in eerste instantie op de contacten met medisch specialisten, vervolgens komen de opnames in zieken- en verpleeghuizen aan de orde. In paragraaf 7.3 zal worden ingegaan op de contacten met instellingen werkzaam op het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg, in paragraaf 7.4 staan de contacten met alternatieve genezers centraal en in paragraaf 7.5 kijken we naar het medicijngebruik in Almere en in de rest van Nederland. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

7.1 Het gebruik van disciplines in de eerstelijnszorg

Deze paragraaf bevat informatie over het gebruik van een groot aantal voorzieningen in de eerstelijnszorg. In de subparagrafen wordt ingegaan op de contacten met de huisarts, de fysiotherapeut, de wijkverpleging, de tandarts en een aantal overige eerstelijnsvoorzieningen. Onder dit laatste kopje vallen het maatschappelijk werk, de gezinsverzorging, logopedisten en diëtisten.

7.1.1 De contacten met de huisarts

contacten met de
huisarts

Iedere inwoner van Nederland bezoekt gemiddeld 3 à 4 keer per jaar de huisarts. Vrouwen, ouderen en ziekenfondsverzekerden wat vaker dan mannen, jongeren en particulier verzekerden.

Van alle ondervraagde personen in Almere heeft 43% in de twee maanden voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst één of meerdere malen contact gehad met de huisarts. Telefonische consulten zijn hierbij inbegrepen.

Tabel 7.1 Contact gehad met huisarts gedurende de afgelopen twee maanden in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere % met contact	N	Referentiegroep % met contact	N
geslacht				
man	36,9	582	34,0	847
vrouw	48,8	607	44,4	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	36,7*	335	29,5	295
15 - 24 jaar	43,3	97	38,1	244
25 - 44 jaar	42,6	467	38,3	689
45 - 64 jaar	49,5	188	41,9	334
65 jaar en ouder	52,9	102	53,1	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	46,3	775	43,5	1.057
particulier	37,0	395	33,8	693
stadsdeel				
Almere-Haven	45,6	340		
Almere-Stad	42,2	567		
Almere-Buiten	41,5	282		
totaal	43,0	1.189	39,5	1.803

* = significant bij $p < .05$

Het percentage van 43 voor Almere verschilt niet significant van de 39,5% in de referentiegroep, waarbij opgemerkt moet worden dat deze cijfers niet zijn gecorrigeerd voor bijvoorbeeld leeftijdsverschillen tussen de populaties. Na een correctie op de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse populatie blijkt dat het percentage personen dat in de twee maanden voorafgaand aan het interview contact heeft gehad met de huisarts uitkomt op 44,1%. Het is dan significant hoger dan de 39,5% van de referentiegroep (zie bijlage 1).

Uit zowel de Almeerse percentages als de percentages in de referentiegroep komen de gebruikelijke verschillen tussen mannen en vrouwen, tussen jongeren en ouderen en tussen particulier en ziekenfondsverzekerden naar voren. Van de respondentkenmerken hebben geslacht en leeftijd een zelfstandig effect op het al dan niet een bezoek hebben gebracht aan de huisarts.

Tabel 7.2 Tijdstip laatste contact met de huisarts in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere < 2 mnd	02-06 mnd	06-12 mnd	12-24 mnd	> 2 jaar	N
geslacht						
man	37,2	20,8	17,3	12,8	12,0	578
vrouw	49,1	24,4	13,1	7,8	5,7	603
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	37,2*	22,9	17,6	13,3	9,0*	331
15 - 24 jaar	43,8	27,1	13,6	7,3	8,4	96
25 - 44 jaar	42,9	23,3	14,5	10,9	8,4	464
45 - 64 jaar	49,5	19,7	14,9	7,4	8,6	188
65 jaar en ouder	52,9	19,6	12,8	4,9	9,9	102
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	46,4	24,0	13,5	8,4	7,7	773
particulier	37,5	20,0	18,2	13,6	10,5	389
stadsdeel						
Almere-Haven	45,6	18,5	14,1	11,7	10,1	340
Almere-Stad	42,7	25,1	14,3	9,1	8,9	560
Almere-Buiten	41,6	22,8	18,1	10,7	6,8	281
totaal	43,3	22,7	15,2	10,2	8,7	1.181
	Referentiegroep					
	< 2 mnd	02-06 mnd	06-12 mnd	12-24 mnd	> 2 jaar	N
geslacht						
man	34,2	20,9	18,7	12,6	13,6	843
vrouw	44,7	22,4	15,1	10,4	7,2	948
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	29,7	22,2	19,8	14,0	14,3	293
15 - 24 jaar	38,8	26,7	15,9	7,5	11,3	240
25 - 44 jaar	38,5	20,7	16,5	14,5	9,7	685
45 - 64 jaar	42,0	20,1	18,9	9,0	9,9	333
65 jaar en ouder	53,3	20,8	12,1	7,1	6,7	240
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	44,0	21,9	17,1	9,3	7,8	1.046
particulier	33,8	21,4	16,6	14,6	13,5	692
totaal	39,8	21,7	16,8	11,5	10,3	1.791

* = significant bij $p < .05$

Ook bij het tijdstip waarop men voor het laatst contact heeft gehad met de huisarts zijn de verschillen tussen Almere en de referentiegroep klein, zoals tabel 7.2 uitwijst. Voor mannen en particulier verzekerden in Almere ligt het laatste contact wat verder weg dan voor vrouwen en personen verzekerd via het ziekenfonds.

Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts, voor die personen die tenminste eenmaal bij de huisarts zijn geweest, bedraagt bijna 2. Het exacte cijfer komt, zoals tabel 7.3 laat zien, voor Almere uit op 1,8 welk aantal niet significant verschilt van het gemiddeld aantal contacten in de referentiegroep.

Tabel 7.3 Frequentieverdeling van het aantal huisartscontacten bij respondenten die over een periode van 2 maanden bij de huisarts zijn geweest in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=511)	Referentiegroep (N=712)
1 contact	55,2**	64,7
2 contacten	27,0**	19,5
3 contacten	9,4	9,3
4 contacten	4,5	2,9
5 contacten	2,0	1,1
6 contacten	0,6	1,1
7 contacten	0,4	0,3
8 contacten	0,4	0,4
9 contacten	0,2	0,0
10 contacten	0,4	0,4
rekenkundig gemiddelde	1,812	1,683
standaard deviatie	1,362	1,390
scheefheid	3,649	4,287

** = significant bij $p < .01$

Bij de indeling naar respondentkenmerken blijkt dat de verschillen tussen subcategorieën klein zijn. Met een enkele uitzondering - de categorie 15-24 jarigen in Almere die contact hebben gehad met de huisarts, en die aangeven dat zij over een periode van twee maanden gemiddeld meer dan twee keer zijn geweest - bewegen de gemiddelde frequenties zich tussen de 1,5 en 1,9 keer. De patronen in Almere en de referentiegroep waarmee Almere wordt vergeleken zijn identiek. Tabel 7.4 geeft deze gemiddelde aantallen contacten.

redenen voor contact

Kijken we, via tabel 7.5 naar de redenen waarvoor mensen contact hebben met de huisarts, dan blijkt het te gaan om een veelheid van klachten. De twintig meest genoemde redenen zijn weergegeven in de tabel. Zijn er in de periode van twee maanden meer contacten geweest, dan is de reden voor het laatste contact genomen. Bij de vergelijking van de redenen voor contact in Almere en de referentiegroep moet er rekening mee worden gehouden dat de periodes van dataverzameling voor beide steekproeven verschillen. Voor Almere strekte deze zich uit van oktober tot en met april. Bij de referentiegroep loopt dataverzameling van maart tot maart. Aangezien klachten vaak seizoensgebonden zijn, is een goede vergelijking moeilijk. De top twintig van redenen om de huisarts te bezoeken wordt in zowel Almere als in de vergelijkingsgroep aangevoerd

door de categorie 'acne, eczeem, bulten en allergie', gevolgd door 'griep en verkoudheid'.

Voor beide categorieën geldt dat zes à zeven procent van alle klachten in deze hoofdgroepen zijn onder te brengen. Daarna gaan de volgordes voor Almere en de rest van Nederland uit elkaar lopen, zij het dat de verschillen niet groot zijn en voor alle andere redenen geldt dat zij op minder dan 5% van de laatste contacten betrekking hebben. Van de relatief vaak genoemde redenen voor een contact met de huisarts wordt met name de klacht 'buikgriep, darmklachten' vaker door vrouwen als door mannen ingevuld als reden voor bezoek. Bij de overige vaak genoemde klachten is de verdeling naar sexe nagenoeg gelijk. Griep of verkoudheid is een klacht die minder vaak als reden voor een contact met de huisarts wordt opgevoerd naarmate de leeftijd stijgt; herkenning van het ziektebeeld en het weten hoe te handelen zonder een direct contact met de huisarts zijn hiervoor voor de hand liggende verklaringen. De overige vaak genoemde klachten zijn gespreid over alle leeftijdsgroepen. De verdelingen naar verzekeringsvorm en stadsdeel laten geen opmerkelijke verschillen zien met betrekking tot de redenen die door de respondenten worden genoemd voor hun laatste contact met de huisarts.

Tabel 7.4 Gemiddelde aantal contacten met de huisarts voor respondenten die over twee maanden de huisarts consulteerde in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere rek.gem.	st.dev.	N	Referentiegroep rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	1,7	1,1	215	1,6	1,3	288
vrouw	1,9	1,5	296	1,7	1,5	424
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	1,7	0,9	123	1,5	0,9	87
15 - 24 jaar	2,3	2,1	42	1,8	1,6	93
25 - 44 jaar	1,8	1,2	199	1,7	1,4	264
45 - 64 jaar	1,8	1,8	93	1,7	1,2	140
65 jaar en ouder	1,9	1,1	54	1,7	1,7	128
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	1,9	1,5	359	1,7	1,4	460
particulier	1,6	1,1	146	1,7	1,4	234
stadsdeel						
Almere-Haven	1,8	1,4	155			
Almere-Stad	1,8	1,2	239			
Almere-Buiten	1,9	1,5	117			
totaal	1,8	1,4	511	1,7	1,4	712

Tabel 7.5 Twintig meest genoemde redenen voor het laatste contact met de huisarts over een periode van twee maanden in Almere en Nederland, absoluut en in percentages

	Almere aantal maal genoemd	%	rang- orde	Referentiegroep aantal maal genoemd	%	rang- orde
acné, eczeem, bulten en allergie	37	7,2	1	46	6,5	1
griep, verkoudheid	36	7,0	2	41	5,8	2
buikgriep, darmklachten	24	4,7	3	28	3,9	7/8
rugklachten	22	4,3	4	28	3,9	7/8
oorklachten	20	3,9	5/6	19	2,7	11
controle, dieet, uitslag ophalen	20	3,9	5/6	27	3,8	9
vermoeidheid, spanningen	17	3,3	7	15	2,1	16
been-/voetklachten	16	3,1	8/9	18	2,5	12
hoesten, bronchitis	16	3,1	8/9	29	4,1	4/6
arm-/handklachten	14	2,7	10-12	14	2,0	17/19
bloeddrukmeting	14	2,7	10-12	29	4,1	4/6
recept voor medicijnen	13	2,7	10-12	35	4,9	3
anticonceptie	13	2,5	13/14	23	3,2	10
oogklachten	13	2,5	13/14	13	2,0	17/19
te hoge/lage bloeddruk	12	2,3	15/16	10	4,1	4/6
hoofdpijn, migraine	12	2,3	15/16	17	2,4	13/15
keelpijn, heesheid	11	2,2	17/18	17	2,4	13/15
maagklachten	11	2,2	17/18	17	2,4	13/15
spierklachten, verzwikking	10	2,0	19	14	2,0	17/19
borstklachten	9	1,8	20	9	1,3	20

Blijven we bij het laatste contact met de Almeerse huisarts, dan kan worden vastgesteld dat voor ruim 75% van alle contacten geldt dat het initiatief voor het contact werd genomen door de patiënt. Ruim 20% van de contacten betrof een herhaalcontact, terwijl de resterende twee à drie procent van deze contacten betrekking had op een doorverwijzing door iemand anders. Van alle contacten vond tussen de 85 en 90 procent plaats op het spreekuur van de huisarts; circa 7% betrof visites door de huisarts aan huis afgelegd en bijna 5% van de laatste contacten met de huisarts betrof een telefonisch contact. Contacten met de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder zijn relatief vaak herhaalcontacten en vinden meer dan gemiddeld plaats bij de respondent thuis. In Almere-Stad is het percentage herhaalcontacten, in vergelijking tot de Almere-Stad en Almere-Haven, relatief laag.

verwijzingen door de huisarts

Bij vijftien à twintig procent van alle laatste contacten met de huisarts is de desbetreffende patiënt doorverwezen; de helft van deze doorverwijzingen betreft een verwijzing naar een medisch specialist, waarbij chirurgie, interne geneeskunde, de kno-arts en oogheelkunde meer dan vijf keer worden genoemd. Daarnaast betreft een deel van de verwijzingen bij het laatste contact een verwijzing naar fysiotherapie en een verwijzing voor het maken van (röntgen)foto's. Voor alle genoemde cijfers geldt dat de

verschillen tussen Almere en de referentiegroep, zoals tabel 7.7 laat zien, minimaal zijn.

Tabel 7.6 Aard van de verwijzing door de huisarts in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=113)	Referentiegroep (N=183)
verwijzing voor (röntgen)foto's	18,6	12,6
verwijzing naar laboratorium	9,7	7,1
verwijzing voor ziekenhuisopname	0,9	3,8
verwijzing naar med. specialist/polikliniek	45,1	47,0
verwijzing naar fysiotherapeut	18,6	21,3
verwijzing naar wijkverpleegkundige	0,9	-
verwijzing naar maatschappelijk werk	1,8	2,7
verwijzing, anders	5,3	5,5

Als laatste onderdeel bij de contacten met de huisarts is informatie verzameld over het aantal respondenten die, in de twee maanden voorafgaand aan het vraaggesprek, een of meerdere keren in Almere 's nachts of in het weekend de huisarts nodig hebben gehad. Van de in totaal ruim 500 respondenten die over deze twee maanden contact hebben gehad met de huisarts, hebben er ruim 5%, ofwel 30 personen een beroep gedaan op hulp door een huisarts buiten de spreekuurtijden. In alle gevallen is eerst per telefoon contact gezocht met een huisarts; meestal (21 keer) via de doktersdienst - de waarneming in Almere is zo geregeld dat buiten de openingsuren van de centra via een centraal telefoonnummer een beroep kan worden gedaan op hulp door de huisarts - maar soms ook door buiten de officiële openingsuren met een van de Almeerse gezondheidscentra te bellen (negen keer). Kreeg men niet direct een huisarts of een centrumassistente aan de lijn, zoals bijvoorbeeld het geval is bij het bellen naar de dokterstelefoon, dan werd in iets meer dan de helft van het aantal gevallen de desbetreffende patiënt binnen de tien minuten teruggebeld; enkele patiënten hebben naar eigen zeggen langer dan 90 minuten moeten wachten voordat men uiteindelijk een arts aan de telefoon heeft gekregen.

7.1.2 Contacten met de fysiotherapeut

contacten met de fysiotherapeut

In eerder onderzoek, uitgevoerd in het kader van de evaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere, is geconcludeerd dat in Almere relatief veel personen door de huisarts worden verwezen naar de fysiotherapeut (Sixma, 1986b). Ander onderzoek (De Bakker, 1991) wijst in meer algemene zin uit dat huisartsen werkend in gezondheidscentra meer dan hun solistisch werkende collega's verwijzen naar fysiotherapie, doch dat de behandelingen waarvoor wordt verwezen korter en goedkoper zijn.

Voor beide onderzoeksresultaten geldt dat zij zijn gebaseerd op registraties bij de huisartsen, dan wel op gegevens die door behandelaars zijn aangeleverd bij ziekenfondsen.

De eerdere conclusie dat relatief veel personen in Almere gebruik maken van de diensten van een fysiotherapeut, wordt niet gesteund door de resultaten van de bevolkingsenquête behorend bij het onderzoek 'behoefte aan zorg'. Tabel 7.7 laat zien dat de percentages personen, die aangeven dat zij in het jaar voorafgaand aan het vraaggesprek contacten hebben gehad met een fysiotherapeut, in Almere en in de referentiegroep niet noemenswaardig van elkaar verschillen, en uitkomen op circa vijftien procent. Ook bij de verdelingen naar respondentkenmerken zijn er geen verschillen tussen Almere en de referentiegroep.

Tabel 7.7 Aantal respondenten met contact fysiotherapie over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	14,4	582	14,3	847
vrouw	16,3	607	17,2	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	4,8	335	3,1	295
15 - 24 jaar	13,4	97	13,1	244
25 - 44 jaar	20,6	467	17,7	689
45 - 64 jaar	19,7	188	20,7	334
65 jaar en ouder	20,6	102	22,0	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	15,9	775	18,0	1.057
particulier	14,9	395	13,0	693
stadsdeel				
Almere-Haven	17,1	340		
Almere-Stad	15,9	567		
Almere-Buiten	12,2	282		
totaal	15,4	1.189	15,8	1.803

Het gemiddeld aantal contacten bij personen die aangeven in het jaar voorafgaand aan het interview contact te hebben gehad met de fysiotherapeut komt uit op rond de 16 contacten, waarbij het er op lijkt dat in Almere wat meer kortdurende behandelingen plaatsvinden dan in de rest van Nederland. Dit blijkt zowel uit de frequentieverdeling als uit het wat lagere rekenkundig gemiddelde, weergegeven in tabel 7.8.

Tabel 7.8 Frequentieverdeling van het aantal contacten met de fysiotherapeut op jaarbasis voor respondenten die met de fysiotherapeut contact hebben gehad in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=178)	Referentiegroep (N=279)
1 contact	9,6	5,4
2 contacten	2,8*	7,9
3 contacten	4,5	4,7
4 contacten	7,9	4,7
5 contacten	6,2	3,2
6 contacten	6,7	6,8
7 contacten	3,4	2,2
8 contacten	6,2	3,6
9 contacten	0,6	1,4
10 contacten	10,1	7,5
11 contacten	0,6	0,4
12 contacten	10,7	14,0
13 contacten	0,6	0,4
14 contacten	0,6	0,7
15 - 19 contacten	7,3	5,4
20 - 24 contacten	4,5**	14,0
25 - 29 contacten	1,7	2,5
30 - 34 contacten	4,6	2,9
35 - 39 contacten	1,7	3,5
40 - 44 contacten	2,8	2,5
45 - 49 contacten	0,6	0,4
50 - 54 contacten	2,8	2,5
55 - 59 contacten	0,0	0,0
60 contacten of meer	3,9	3,6
rekenkundig gemiddelde	15,039	16,681
standaard deviatie	17,475	18,425
scheefheid	2,441	2,587

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

Terwijl in Almere het gemiddeld aantal contacten met de fysiotherapeut oploopt met het klimmen van de jaren, lijkt hiervan in de referentiegroep geen sprake te zijn. Hoewel de aantallen waarop deze bevinding gebaseerd is klein zijn, komt het gemiddeld aantal behandelingen in de leeftijdsgroepen tot 25 jaar uit op dezelfde hoogte als het gemiddeld aantal voor de mensen van 65 jaar en ouder. Tabel 7.9 geeft de cijfers in detail.

Tabel 7.9 Gemiddeld aantal contacten met de fysiotherapeut voor respondenten die over één jaar contact met de fysiotherapeut hebben gehad in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	13,9	16,7	82	15,3	15,4	118
vrouw	16,0	18,2	96	17,7	20,3	161
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	8,1	9,7	16	21,1	30,4	9
15 - 24 jaar	12,5	11,3	13	20,2	19,4	32
25 - 44 jaar	14,4	16,8	94	13,6	13,8	119
45 - 64 jaar	16,1	18,5	36	17,8	16,8	69
65 jaar en ouder	24,0	24,0	19	19,5	25,3	30
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	15,8	17,8	118	17,5	19,9	186
particulier	13,7	16,9	59	15,1	15,2	90
stadsdeel						
Almere-Haven	17,1	18,4	57			
Almere-Stad	15,4	19,3	88			
Almere-Buiten	10,4	7,0	33			
totaal	15,0	17,5	178	16,7	18,4	279

wachttijden tussen eerste contact en behandeling

In tegenstelling tot wat verwacht zou mogen worden betekent het werken van huisartsen (als verwijzende instantie) en fysiotherapeuten (als hulpverlener) in één gezondheidscentra niet dat de wachttijd tussen verwijzing en eerste contact wordt bekort. In Almere geven de respondenten aan dat er gemiddeld bijna tien dagen liggen tussen verwijzing en eerste contact. Bij de referentiegroep komt het gemiddeld aantal dagen uit op acht. Het aantal personen dat binnen 24 uur bij de fysiotherapeut terecht kan voor een eerste contact ligt in de referentiegroep op bijna 30 procent, terwijl tabel 7.10 laat zien dat het vergelijkbare percentage voor Almere uitkomt op minder dan 20%. Anders gezegd, de wachttijd die in Almere ligt tussen de aanvraag voor een behandeling door de fysiotherapeut en het eerste consult, is voor ruim 50% van alle personen die een beroep hebben gedaan op fysiotherapeutische hulp een week of minder. Tien procent van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg moeten drie weken of langer op hun eerste behandeling wachten.

Het initiatief voor een behandeling door de fysiotherapeut gaat in Almere voor driekwart van alle gevallen uit van de huisarts, terwijl de contacten op eigen initiatief van de respondent en op initiatief van een medisch specialist de resterende 25% voor hun rekening nemen.

Tabel 7.10 Wachtduur tot het eerste contact met de fysiotherapeut na verwijzing in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=173)	Referentiegroep (N=269)
één dag of minder	17,9*	28,3
2 dagen	11,0	14,5
3 dagen	8,7	6,3
4 dagen	1,7	2,2
5 dagen	4,0*	1,1
6 dagen	0,0	3,3
7 dagen/1 week	20,8	21,2
8 - 13 dagen	5,2	3,3
14 - 20 dagen	13,9	14,1
21 - 27 dagen	8,7**	2,3
28 - 34 dagen	4,0	1,4
35 - 41 dagen	1,7	0,4
42 - 48 dagen	1,7	0,0
49 - 55 dagen	0,0	0,0
55 - 62 dagen	0,0	0,4
63 - 69 dagen	0,0	0,0
10 weken of langer	0,6	0,7
rekenkundig gemiddelde	9,740	7,963
standaard deviatie	11,437	17,837
scheefheid	3,434	7,801

* = significant bij $p < .05$ ** = significant bij $p < .01$

redenen voor contact met de fysiotherapeut

De redenen waarom mensen de fysiotherapeut raadplegen betreffen vooral rug- en nekklachten, alsmede andere klachten over het functioneren van het bewegingsapparaat. Nek- en schouderklachten worden wat vaker door mannen dan door vrouwen als reden voor het laatste contact met de fysiotherapeut opgegeven.

Tabel 7.11 Meest genoemde redenen voor laatste bezoek aan fysiotherapeut in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
rugklachten	22,7	41	25,5	72
knieklachten	11,6	21	13,5	38
neklachten	11,0	20	16,0	45
schouderklachten	7,2	13	6,7	19
armklachten	6,6	12	3,9	11
klachten bewegingsapparaat	5,5	10	2,5	7
been/dijbeenklachten	4,4	8	5,3	15
handklachten	2,8	5	1,4	4
enkelklachten	2,8	5	3,2	9

contact met de
wijkverpleging

7.1.3 Contacten met de wijkverpleging

In Almere werken wijkverpleegkundigen vanuit de gezondheidscentra; de werkgever van onder andere de wijkverpleegkundigen in Almere - de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA) - fungeert als kruisvereniging voor een deel van de activiteiten. Ouders van jonge kinderen krijgen met de wijkverpleegkundige te maken in het kader van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters; voor ouderen geldt dat de wijkverpleegkundige hulp kan bieden in de thuissituatie. Een derde categorie personen die met wijkverpleegkundige hulp kan worden geholpen zijn personen die net uit een zieken- of verpleeghuis ontslagen zijn, doch nog niet volledig zelfstandig hun eigen huishouden kunnen voeren.

Tabel 7.12 Aantal respondenten met contact met wijkverpleging over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	7,2**	582	3,4	847
vrouw	7,7	607	6,3	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	14,0	335	11,5	295
15 - 24 jaar	6,2	97	2,9	244
25 - 44 jaar	4,9	467	4,6	689
45 - 64 jaar	2,7	188	0,9	334
65 jaar en ouder	7,8	102	5,4	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	6,6	775	5,6	1.057
particulier	9,1**	395	4,3	693
stadsdeel				
Almere-Haven	6,2	340		
Almere-Stad	8,1	567		
Almere-Buiten	7,8	282		
totaal	7,5**	1.189	4,9	1.803

** = significant bij $p < .01$

Naast daadwerkelijke zorg bij de mensen thuis of in de gezondheidscentra, is het mogelijk om bij de overkoepelende kruisvereniging verpleegartikelen of hulpmiddelen in bruikleen te krijgen.

In tabel 7.12 staat weergegeven welk percentage van de respondenten uit Almere en uit de referentiegroep voor zichzelf in het jaar voorafgaand aan het vraagesprek contact hebben gehad met een wijkverpleegkundige. Dit percentage ligt tussen de vijf en tien procent, waarbij het aantal personen met een contact in Almere wat hoger ligt dan in de vergelijkingsgroep. De hoogste percentages gebruikers van wijkverpleegkundige zorg zijn terug

te vinden bij de allerjongsten en bij de categorie personen van 65 jaar en ouder. Bij de verdeling naar verzekeringsvorm geldt, dat het percentage particulier verzekerden in Almere dat gebruik maakt van zorg verleend door wijkverpleegkundigen ten opzichte van het percentage in de referentiegroep relatief hoog is.

Tabel 7.13 Aard van de contacten met de wijkverpleging in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=89)	Referentiegroep (N=89)
huisbezoek	43,8	36,0
spreekuur	41,2*	25,6
lenen van verpleegartikelen/hulpmiddelen	31,0	39,1
consultatiebureau	46,1	50,6

* = significant bij $p < .05$

aard van het contact

Van de 89 personen die voor zichzelf gebruik hebben gemaakt van wijkverpleegkundige zorg, heeft iets minder dan de helft huisbezoek gehad. Een vergelijkbaar percentage heeft een bezoek gebracht aan een wijkverpleegkundig spreekuur. De uitleenfunctie van de kruisvereniging waaronder de wijkverpleegkundigen ressorteren is door circa eenderde van de personen met een wijkverpleegkundig contact benut.

7.1.4 Contacten met de tandarts

contacten met de tandarts

Tandartsen hebben, evenals de meeste andere beroepen in de eerstelijnszorg, in Almere een plaats gevonden in de gezondheidscentra. De informatie over het gebruik van tandheelkundige zorg is in de studie naar gezondheid en gezondheidsgedrag betrekkelijk gering, en blijft beperkt tot antwoorden op de vraag of en hoe vaak men in het jaar voorafgaand aan het vraaggesprek een bezoek heeft gebracht aan de tandarts en de toestand van het gebit.

Het percentage respondenten dat in het jaar voorafgaand aan het onderzoek contact heeft gehad met de tandarts komt zowel in Almere als in de rest van Nederland uit op circa 72,5%. Tabel 7.14 laat zien dat van de leeftijdsgroep tussen de 45 en 65 jaar in Almere opvallend weinig personen aangeven dat zij in het afgelopen jaar tenminste eenmaal de tandarts hebben bezocht. Een logische verklaring voor dit verschil ontbreekt. Bij de totaalpercentages weergegeven in tabel 7.14 is geen rekening gehouden met de aantallen kleine kinderen die nog geen tanden hebben en met de aantallen personen die hun eigen tanden hebben omgewisseld voor een kunstgebit. Protheses vormen een mogelijke verklaring voor het dalend tandartsbezoek met name in de leeftijdsgroepen vanaf 45 jaar. Voor ziekenfondsverzekerden geldt dat zij wat minder vaak aangeven contact

met een tandarts te hebben gehad dan particulier verzekerden. Voor de groep personen met één of meer contacten met de tandarts geldt dat ruim 65% zegt twee keer per jaar de tandarts te bezoeken; een aantal wat overeenkomt met de afspraken-cyclus voor gesaneerde gebitten. Van de Almeerse responsgroep heeft bijna 20% een volledige prothese, terwijl ruim 20% aangeeft een gedeeltelijke prothese, bijvoorbeeld in de vorm van een plaatje, te bezitten. Van de groep met een volledig kunstgebit geeft 85% aan dat zij over een jaar genomen geen gebruik heeft gemaakt van de diensten van een tandarts. Voor de groep personen met een gedeeltelijke prothese of zonder prothese geldt dat circa 90% tenminste eenmaal per jaar de tandarts heeft bezocht.

Worden zowel de kinderen van 0-5 jaar, alsmede de dragers van een volledige prothese buiten de analyse gehouden, dan gelden de percentages zoals weergegeven in tabel 7.15.

Tabel 7.14 Percentages respondenten die over 1 jaar tenminste één maal de tandarts bezoekt in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	72,7	582	68,8	847
vrouw	72,0	607	73,2	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	80,3	335	81,4	295
15 - 24 jaar	95,9	97	89,3	244
25 - 44 jaar	86,1	467	83,5	689
45 - 64 jaar	38,3**	188	54,5	334
65 jaar en ouder	23,5	102	28,2	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	68,8	775	67,8	1.057
particulier	79,2	395	76,6	693
stadsdeel				
Almere-Haven	73,2	340		
Almere-Stad	72,7	567		
Almere-Buiten	70,6	282		
totaal	72,3	1.189	71,2	1.803

** = significant bij $p < .01$

Tabel 7.15 Percentages respondententen die over 1 jaar tenminste één maal de tandarts bezoeken, exclusief de dragers van een volledig kunstgebit en de 0-4 jarigen, in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	89,0*	417	83,5	656
vrouw	92,0	414	91,9	714
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	98,5	196	98,6	213
15 - 24 jaar	95,9	97	89,3	244
25 - 44 jaar	91,3	425	88,7	636
45 - 64 jaar	75,3	81	78,5	205
65 jaar en ouder	53,1	32	70,8	72
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	88,7	531	87,3	764
particulier	93,7*	287	89,3	563
stadsdeel				
Almere-Haven	91,7	242		
Almere-Stad	90,2	396		
Almere-Buiten	89,6	193		
totaal	90,5	831	87,9	1.370

* = significant bij $p < .05$

Vergelijking van de tabellen 7.14 en 7.15 leert ons dat door het weglaten van de 0-4 jarigen en de dragers van een volledig kunstgebit de verschillen tussen de leeftijdsgroepen en naar verzekeringsvorm minder worden, maar niet in zijn geheel verdwijnen. Opvallend daarbij is dat in tabel 7.15 met name het percentage ouderen dat de tandarts bezoekt in Almere aanmerkelijk lager ligt dan in de rest van Nederland.

Naast het al dan niet hebben van een kunstgebit is er een zelfstandig effect van opleiding op het al dan niet gebruik maken van de diensten van een tandarts. Personen met een hogere opleiding bezoeken vaker per jaar de tandarts dan personen met een lage opleiding.

Het overgrote deel van de personen die aangeven de tandarts te hebben bezocht, doet dit tweemaal. Het gemiddeld aantal bezoeken aan de tandarts komt, zo laten de tabellen 7.16 en 7.17 zien, uit op circa 2,5 voor Almere en 2,3 voor de referentiegroep. De verschillen in het gemiddeld aantal bezoeken naar respondentkenmerken zijn gering.

Tabel 7.16 Frequentieverdeling van het aantal bezoeken aan de tandarts voor respondenten die jaarlijks tenminste éénmaal de tandarts bezoeken in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=854)	Referentiegroep (N=1.279)
1 contact	11,8**	19,7
2 contacten	67,0	63,3
3 contacten	7,3	4,9
4 contacten	5,5	4,5
5 contacten	2,5	2,7
6 contacten	1,5	2,0
7 contacten	0,6	0,8
8 contacten	0,8	0,3
9 contacten	0,1	0,0
10 contacten of meer	2,9	1,9
rekenkundig gemiddelde	2,520	2,310
standaard deviatie	1,727	1,550
scheefheid	2,951	3,018

** = significant bij $p < .01$

Tabel 7.17 Gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar, voor respondenten die contact hebben gehad met de tandarts in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	2,4	1,6	421	2,3	1,5	582
vrouw	2,6	1,8	433	2,3	1,6	697
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	2,3	1,6	267	2,2	1,7	238
15 - 24 jaar	2,5	1,7	92	2,2	1,1	218
25 - 44 jaar	2,6	1,7	399	2,4	1,5	575
45 - 64 jaar	2,7	1,8	72	2,4	1,8	182
65 jaar en ouder	3,2	2,7	24	2,4	1,8	66
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	2,5	1,7	531	2,4	1,6	715
particulier	2,5	1,7	309	2,2	1,5	529
stadsdeel						
Almere-Haven	2,4	1,7	247			
Almere-Stad	2,6	1,8	408			
Almere-Buiten	2,5	1,6	199			
totaal	2,5	1,7	854	2,3	1,6	1.279

7.2 Contacten met overige eerstelijnsvoorzieningen

contacten met overige
eerstelijnsdisciplines

Onder de overige eerstelijnsvoorzieningen vallen in dit geval vier disciplines. Dit zijn het maatschappelijk werk, logopedie, diëtisten en de gezinsverzorging. Voor alle vier de disciplines geldt dat het percentage respondenten met, over het jaar genomen, één of meer contacten gering is. Er wordt derhalve volstaan met het geven van een viertal standaardtabellen (de tabellen 7.18 tot en met 7.21) met daarin de percentages personen die van de betreffende voorzieningen gebruik hebben gemaakt naar respondentkenmerken. Verdere indelingen worden niet gemaakt.

Tabel 7.18 Aantal respondenten met contact met Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	2,4	582	2,1	847
vrouw	4,9	607	4,5	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	0,6	335	1,4	295
15 - 24 jaar	6,2	97	2,5	244
25 - 44 jaar	6,2	467	3,8	689
45 - 64 jaar	2,1	188	3,6	334
65 jaar en ouder	2,9	102	5,4	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	4,4	775	4,4	1.057
particulier	2,3	395	1,9	693
stadsdeel				
Almere-Haven	2,4	340		
Almere-Stad	3,7	567		
Almere-Buiten	5,3	282		
totaal	3,7	1.189	3,4	1.803

algemeen maatschappelijk
werk

Vergelijking van Almere met de referentiegroep laat zien dat de percentages personen die in het jaar voorafgaand aan het vraaggesprek contact hebben gehad met het algemeen maatschappelijk werk niet significant verschillen. Het in tabel 7.18 vermeldde percentage van 3,7 voor de Almeerse steekproef staat voor 44 van de 1189 respondenten. Zowel in de referentiegroep als in Almere geldt, dat vrouwen en ziekenfondsverzekerden vaker aangeven contact te hebben gehad met het maatschappelijk werk dan mannen en particulier verzekerden. Van de personen met een contact met het maatschappelijk werk, heeft in Almere ruim 50% vijf contacten of minder; vier personen geven te kennen dat zij over een jaar genomen eens per twee weken of eens per week contact hebben gehad met de maatschappelijk werkende.

logopedie

Tabel 7.19 geeft aan dat in Almere, bij vergelijking met de referentiegroep, over een jaar genomen wat meer mensen gebruik maken van de diensten van een logopedist. In totaal gaat het in de steekproef om 29 respondenten. Echter, dit resultaat wordt gekleurd door het feit dat logopedistische zorg vooral verleend wordt aan kinderen in de leeftijdsklasse tot 15 jaar; een leeftijdsklasse die in Almere sterk is oververtegenwoordigd. Houden we rekening met de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse populatie, dan zijn er tussen Almere en de referentiegroep geen significante verschillen.

Tabel 7.19 Aantal respondenten met contact logopedist over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	3,3	582	1,8	847
vrouw	1,8	607	1,2	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	7,8	335	6,1	295
15 - 24 jaar	-	97	1,6	244
25 - 44 jaar	0,2	467	-	689
45 - 64 jaar	1,6	188	0,9	334
65 jaar en ouder	-	102	0,4	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	2,2	775	1,2	1.057
particulier	3,3	395	1,6	693
stadsdeel				
Almere-Haven	3,8	340		
Almere-Stad	2,1	567		
Almere-Buiten	1,8	282		
totaal	2,5*	1.189	1,4	1.803

* = significant bij $p < .05$

diëtiëk

Voor de in Almere werkzame diëtisten geldt hetzelfde als voor het algemeen maatschappelijk werk. Aan elk gezondheidscentrum is een diëtist(e) verbonden, zij het dat de feitelijke aanwezigheid van deze hulpverlener vaak beperkt blijft tot enkele uren per week.

Het naar de bevolking toebrengen van diëtistische zorg via de gezondheidscentra gaat in Almere samen met een ten opzichte van de referentiegroep hoger percentage respondenten dat, over een jaar genomen, gebruik maakt van de diensten van een diëtist. Het verschil tussen Almere en de referentiegroep is, zo leert tabel 7.20 ons, significant.

Uit de indelingen naar respondentkenmerken blijkt dat, in vergelijking tot de referentiegroep, in Almere vooral mannen, de leeftijdsgroepen tussen de 15 en 25 jaar en 65 jaar en ouder en ziekenfondsverzekerden relatief

vaak contact hebben gehad met de diëtist. In feite wordt het relatief hoge percentage respondenten in Almere dat de diëtist bezocht heeft nog vertekend door de bijzondere leeftijdsopbouw van de responsgroep. Houden we rekening met deze bijzondere leeftijdsopbouw, dan worden de verschillen tussen Almere en de referentiegroep groter dan tabel 7.20 aangeeft (zie bijlage 1).

Bij meer dan de helft van het aantal personen met een contact, blijft het aantal contacten met de diëtist beperkt tot één of twee; tien procent van deze groep zegt acht of meer contacten met de diëtist te hebben gehad. Bij de indeling naar opleiding valt op dat in Almere vooral personen met een relatief lage opleiding de diëtist raadplegen.

Tabel 7.20 Aantal respondenten met contact diëtist over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	3,6**	582	1,2	847
vrouw	4,3	607	3,1	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	0,3	335	1,4	295
15 - 24 jaar	5,2**	97	0,8	244
25 - 44 jaar	2,6	467	2,0	689
45 - 64 jaar	6,4	188	3,6	334
65 jaar en ouder	16,7**	102	3,3	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	4,8**	775	2,2	1.057
particulier	2,5	395	2,3	693
stadsdeel				
Almere-Haven	4,4	340		
Almere-Stad	4,1	567		
Almere-Buiten	3,2	282		
totaal	4,0**	1.189	2,2	1.803

** = significant bij $p < .01$

gezinsverzorging

Het percentage respondenten, dat aangeeft over het jaar voorafgaand aan het interview contact te hebben gehad met de discipline gezinsverzorging, is gering. De 1,5 procent van tabel 7.21 komt neer op achttien personen. De tabel laat geen verschillen zien in het gebruik dat, over een jaar genomen, van de gezinsverzorging wordt gemaakt tussen Almere en de referentiegroep. Voor zowel referentiegroep als Almere geldt dat vooral personen uit de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder een beroep doen op hulp van deze discipline. De aantallen keren dat men voor zichzelf gebruik heeft gemaakt van de hulp door een gezinsverzorgende varieert tussen een keer en meer dan 50 keer. Echter, het feit dat circa 50% van de groep gebruikers van gezinsverzorging zegt dat dit gebruik beperkt is

gebleven tot zes keer of minder, zegt niet zoveel. Onduidelijk is of respondenten de vraag naar het aantal keer hebben opgevat als het aantal episodes waarin gezinshulp is verleend, danwel het aantal keren dat een gezinsverzorgende daadwerkelijk aan huis is geweest. De spreiding van de antwoorden wijst erop dat beide interpretaties in de groep vertegenwoordigd zijn.

Tabel 7.21 Aantal respondenten met contact gezinsverzorging over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	0,5	582	0,8	847
vrouw	2,5	607	3,0	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	-	335	1,0	295
15 - 24 jaar	1,0	97	-	244
25 - 44 jaar	1,9	467	1,3	689
45 - 64 jaar	1,6	188	1,5	334
65 jaar en ouder	4,9	102	7,9	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	1,9	775	2,5	1.057
particulier	0,5	395	1,3	693
stadsdeel				
Almere-Haven	2,4	340		
Almere-Stad	1,4	567		
Almere-Buiten	0,7	282		
totaal	1,5	1.189	2,0	1.803

7.2.1 Contacten met de medisch specialist

contacten met de medisch specialist

Ten tijde van het onderzoek naar de behoefte aan zorg in Almere, had de gemeente geen ziekenhuis binnen de gemeentegrenzen. Wel functioneerde in Almere-Stad een buiten-polikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis, het Medisch Centrum Almere, en hielden een aantal specialisten van ziekenhuizen in Naarden-Bussum spreekuur in een gezondheidscentrum in Almere-Haven. De belangrijkste specialismen waren in Almere derhalve vertegenwoordigd. Voor topspecialismen, voor meer uitgebreid onderzoek en voor opnames waren de meest nabije ziekenhuizen gevestigd in Amsterdam en Naarden-Bussum.

Van alle deelnemers aan ons onderzoek geldt dat tussen de 15 en 20% in de twee maanden voorafgaand aan het vraaggesprek één of meerdere malen contact heeft gehad met één of meerdere medisch specialisten.

Tabel 7.22 Aantallen contacten met specialist over twee maanden in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	14,1	582	15,5	847
vrouw	18,8	607	18,7	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	9,6*	335	14,6	295
15 - 24 jaar	9,3	97	16,0	244
25 - 44 jaar	15,6	467	14,7	689
45 - 64 jaar	27,1*	188	19,2	334
65 jaar en ouder	30,4	102	26,1	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	18,6	775	17,2	1.057
particulier	12,4*	395	16,9	693
stadsdeel				
Almere-Haven	13,5	340		
Almere-Stad	18,3	567		
Almere-Buiten	16,3	282		
totaal	16,5	1.189	17,2	1.803

* = significant bij $p < .05$

Het percentage respondenten met een specialistencontact verschilt Almere verschilt niet of nauwelijks van de referentiegroep. Wel geldt voor de afzonderlijke leeftijdscategorieën dat de spreiding in Almere groter is dan in de referentiegroep. Leeftijd is het enige respondentkenmerk met een zelfstandig effect op het al dan niet contact hebben gehad met een medisch specialist. Ouderen hebben vaker contact dan jongeren. Het aantal keren dat men over een periode van twee maanden contact heeft gehad met een specialist ligt voor circa 85% van de respondenten op één of twee keer. Minder dan tien procent is vier keer of meer bij een specialist geweest. Contacten met medisch specialisten tijdens ziekenhuisopnames zijn in buiten beschouwing gelaten. Wel meegenomen zijn bijvoorbeeld het maken van foto's en eerste hulp.

Tabel 7.23 Tijdstip laatste contact met de specialist in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere					N
	< 2 mnd	02-06 mnd	06-12 mnd	12-24 mnd	> 2 jaar	
geslacht						
man	14,4	9,8	7,2	8,8	59,9	571
vrouw	19,0	9,0	8,0	9,7	54,3**	600
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	9,6	8,7	5,7	9,6*	66,4**	333
15 - 24 jaar	9,4	6,3	10,4	11,5	62,5	96
25 - 44 jaar	15,9	7,9	8,3	10,7	57,2	458
45 - 64 jaar	27,6*	12,4	7,6	4,9*	47,6	185
65 jaar en ouder	31,3	16,2	8,1	7,1	37,4	99
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	18,8	10,1	7,5	11,1	52,5*	764
particulier	12,6	8,3	8,0	5,7**	65,4**	388
stadsdeel						
Almere-Haven	13,9	9,6	7,5	8,1	60,8	332
Almere-Stad	18,6	9,3	7,0	8,2	56,8	558
Almere-Buiten	16,4	9,3	8,9	12,5	53,0	281
totaal	16,7	9,4	7,6	9,2	57,1**	1.171

	Referentiegroep					N
	< 2 mnd	02-06 mnd	06-12 mnd	12-24 mnd	> 2 jaar	
geslacht						
man	15,6	10,0	9,8	11,3	53,3	840
vrouw	19,0	11,4	10,3	13,6	45,8	944
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	14,6	8,5	6,4	16,3	54,2	295
15 - 24 jaar	16,3	10,0	10,9	10,9	51,9	239
25 - 44 jaar	14,8	8,2	11,4	12,8	52,8	682
45 - 64 jaar	19,3	13,9	9,0	11,4	46,4	332
65 jaar en ouder	26,7	17,4	11,0	10,2	34,7	236
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	17,4	11,2	11,7	12,4	47,3	1.046
particulier	17,0	10,0	7,7	12,9	52,2	687
totaal	17,4	10,8	10,0	12,5	49,1	1.784

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Zowel bij het tijdstip waarop men voor het laatst contact heeft gehad met een medisch specialist, weergegeven via tabel 7.23, als bij het gemiddeld aantal contacten met de medisch specialist (tabel 7.24) zijn de verschillen tussen Almere en de referentiegroep klein. Voor de referentiegroep geldt dat het voor iets minder dan de helft van het aantal mensen twee jaar of langer geleden is dat men voor het laatst een medisch specialist raad-

pleegde. Voor de respondenten uit Almere geldt een vergelijkbare percentage van 57%. Het gemiddeld aantal contacten voor respondenten met een specialistencontact komt, zo laat tabel 7.24 zien, uit op circa 1,7 voor Almere en 2 voor de referentiegroep.

In tabel 7.25 wordt het gemiddeld aantal contacten met medisch specialisten opgedeeld naar respondentkenmerken.

Tabel 7.24 Frequentieverdeling van het aantal contacten met medisch specialisten voor respondenten die over 2 maanden een medisch specialist hebben geraadpleegd in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=196)	Referentiegroep (N=310)
1 contact	61,2	59,0
2 contacten	23,0	23,2
3 contacten	7,7	6,1
4 contacten	5,1	4,5
5 contacten	2,0	1,6
6 contacten	0,5	1,6
7 contacten	0,0	1,0
8 contacten	0,5	1,3
9 contacten	0,0	0,0
10 contacten	0,0	1,6
rekenkundig gemiddelde	1,679	1,971
standaard deviatie	1,116	1,973
scheefheid	2,252	3,812

soort specialisme

Contacten met medisch specialisten hebben betrekking op een groot aantal disciplines. Beperken we ons tot het laatste contact met een medisch specialist, dan staan de genoemde specialismen weergegeven in tabel 7.26. In Almere zijn er relatief wat meer contacten met interne geneeskunde, terwijl in de rest van Nederland de contacten met de kno-arts wat vaker door de respondenten worden genoemd.

Van alle laatste contacten met een medisch specialist zijn meer gegevens bekend. Het betreft de plaats van het contact, het soort contact, op wiens initiatief het contact tot stand kwam en de periode die heeft gelegen tussen de doorverwijzing of oproep en het feitelijke contact. Van alle laatste contacten met een medisch specialist vond in Almere circa 90% plaats in een polikliniek of een ziekenhuis. Het vergelijkbare percentage voor de rest van Nederland komt met ruim 80% wat lager uit; de categorie 'bij de specialist thuis', die in Almere minder dan vijf procent haalt, ligt in de rest van Nederland op ongeveer vijftien procent. Tussen de 75 en 80% van de laatste contacten met een medisch specialist betreffen herhalingscontacten. De resterende 20 à 25% zijn eerste contacten.

Tabel 7.25 Gemiddeld aantal contacten met medisch specialisten voor respondenten die over 2 maanden een specialist consulteerden in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere			Referentiegroep		
	rek.gem.	st.dev.	N	rek.gem.	st.dev.	N
geslacht						
man	1,7	1,1	82	1,9	1,7	131
vrouw	1,7	1,1	114	2,0	2,2	179
leeftijdsklasse						
00 - 14 jaar	1,6	0,8	32	1,8	1,6	43
15 - 24 jaar	1,3	0,7	9	1,8	1,2	39
25 - 44 jaar	1,8	1,2	73	2,2	2,6	101
45 - 64 jaar	1,9	1,4	51	2,1	2,1	64
65 jaar en ouder	1,4	0,6	31	1,7	1,0	63
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	1,6	0,9	144	2,0	2,0	182
particulier	2,0	1,5	49	2,0	2,1	117
stadsdeel						
Almere-Haven	1,8	1,4	46			
Almere-Stad	1,7	1,1	104			
Almere-Buiten	1,4	0,7	46			
totaal	1,7	1,1	196	2,0	2,0	310

Tabel 7.26 Contacten met specialisten naar aard van het specialisme in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=196)	Referentiegroep (N=310)
internist	13,1*	6,7
oogarts	8,6	10,6
algemeen chirurg	9,4	10,6
gynaecoloog	8,6*	4,1
kno-arts	7,0*	12,8
orthopedisch chirurg	7,3	6,6
dermatoloog	4,9	4,3
cardioloog	8,3	4,3
neuro-chirurg	4,3	3,4
psychiater	2,1**	8,0
kinderarts	3,7	4,6
longarts	0,6	2,8
uroloog	3,1	2,8
kaak chirurg	5,8*	1,8
reumatoloog	1,5	1,4
zenuw-/zielsziekten	0,9	1,2
plastisch chirurg	2,8	1,6
radioloog	1,2	0,7
revalidatie arts	0,6	-
allergoloog	0,0	1,1
overige specialismen	1,0	1,2
weet niet/onbekend	5,2	9,4

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Is een contact een eerste contact, dan vindt tweederde van deze contacten plaats op initiatief van de huisarts en circa vijftien procent op eigen initiatief van de respondent. De percentages voor de verschillende initiatiefnemers verschillen niet tussen Almere en de rest van Nederland.

wachttijden

Bij de wachttijden, die liggen tussen het tijdstip van doorverwijzing of de eerste oproep en het feitelijke contact met de specialist, zijn nagenoeg geen verschillen te vinden tussen beide ondervraagde groepen. Voor de helft van de respondenten geldt dat zij binnen een week bij de medisch specialist terecht kunnen; ongeveer tien procent heeft langer dan twee maanden op het eerste contact moeten wachten.

Tabel 7.27 Wachttijden bij eerste bezoek aan de medisch specialist in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=72)	Referentiegroep (N=93)
één dag of minder	29,2	30,1
2 dagen	5,6	6,5
3 dagen	4,2	4,3
4 dagen	4,2	4,3
5 dagen	2,8	0,0
6 dagen	1,4	0,0
7 dagen/1 week	15,3	18,3
8 - 13 dagen	2,8	2,2
14 - 20 dagen	9,7	6,5
21 - 27 dagen	5,6	3,2
28 - 34 dagen	6,9	4,4
35 - 41 dagen	0,0	1,1
42 - 48 dagen	4,2	0,0
49 - 55 dagen	0,0	1,1
56 - 62 dagen	2,8	0,0
63 - 69 dagen	0,0	0,0
10 weken of langer	4,2	7,5
weet niet/geen antwoord	1,4*	9,7

* = significant bij $p < .05$

7.2.2 Opnames in zieken- en verpleeghuizen

opnames

In hoofdstuk zes is geconstateerd dat van alle 'stressful life events' de ziekenhuisopname van de respondent zelf of iemand uit de naaste familie een van de meest voorkomende gebeurtenissen was. Ongeveer eenderde van alle respondenten had, over een jaar genomen, een dergelijke gebeurtenis meegemaakt.

In deze paragraaf gaat het om de aantallen respondenten die een opname in een ziekenhuis of een meer gespecialiseerde inrichting aan den lijve hebben ondervonden. Daarbij is gevraagd naar opnames over een periode van één (tabel 7.28) en vijf jaar (tabel 7.29).

Tabel 7.28 Aantal respondenten met 1 of meer opnames over een jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	7,4	582	7,4	847
vrouw	8,4	607	8,7	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	5,4	335	6,1	295
15 - 24 jaar	1,0	97	4,1	244
25 - 44 jaar	6,4	467	7,8	689
45 - 64 jaar	14,4	188	9,0	334
65 jaar en ouder	17,6	102	14,1	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	8,4	775	8,8	1.057
particulier	7,1	395	6,9	693
stadsdeel				
Almere-Haven	6,8	340		
Almere-Stad	9,5	567		
Almere-Buiten	6,0	282		
totaal	7,9	1.189	8,1	1.803

Tabel 7.29 Aantal respondenten met 1 of meer opnames over 5 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	21,8	582	24,6	847
vrouw	27,2	607	26,4	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	18,5	335	22,4	295
15 - 24 jaar	17,5	97	16,0	244
25 - 44 jaar	23,6	467	23,8	689
45 - 64 jaar	34,6	188	28,1	334
65 jaar en ouder	37,3	102	40,2	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	27,0	775	28,2	1.057
particulier	19,7	395	21,5	693
stadsdeel				
Almere-Haven	25,6	340		
Almere-Stad	22,8	567		
Almere-Buiten	27,0	282		
totaal	24,6	1.189	25,5	1.803

De tabellen 7.28 en 7.29 leren ons dat er bij de aantallen opnames geen verschillen zijn tussen de uit Almere afkomstige respondenten en de referentiegroep. Voor beide groepen respondenten en voor beide tijdsperiodes geldt dat het percentage opgenomen respondenten stijgt, naarmate de leeftijd van de respondent hoger komt te liggen. Bij de opnames over een periode van vijf jaar geldt in Almere dat vrouwen wat vaker opgenomen zijn geweest dan mannen. Ziekenfondsverzekerden worden wat vaker opgenomen dan particulier verzekerden. Opname betekent in dit geval vooral opname in een algemeen of universitair ziekenhuis. Psychiatrische afdelingen van een ziekenhuis (PAAZ), verpleeghuizen, revalidatiecentra, psychiatrische ziekenhuizen, verslavingsklinieken en andere klinieken nemen samen minder dan tien procent van alle opnames voor hun rekening. In het vervolg van deze paragraaf zal derhalve in principe geen verder onderscheid meer worden gemaakt naar de aard van de instelling waarin de persoon opgenomen is geweest.

Tabel 7.30 Ziekenhuisafdeling bij opnames algemeen- of universitair ziekenhuis over 5 jaar in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=234)	Referentiegroep (N=383)
chirurgie	18,8	18,5
gynaecologie/verloskunde	16,2	15,1
kno-afdeling	10,3	11,7
interne geneeskunde	8,1	6,0
orthopedie	9,0	10,4
cardiologie	4,3	5,7
kindergeneeskunde	12,4**	6,0
neurologie/neuro chirurgie	7,7	5,5
urologie	4,3	4,4
oogheelkunde	1,3	3,9
plastisch chirurgie	2,1	2,3
maag/darm/stofwisseling	1,3	2,3
longziekten	0,9	2,9
dermatologie	0,4	1,0
overige specialismen	3,0	4,0

** = significant bij $p < .01$

opnameafdeling

De opname in een ziekenhuis of inrichting in het jaar voorafgaand aan het interview is voor de meeste Almeerse respondenten een eenmalige gebeurtenis geweest; een tiental personen is tweemaal opgenomen, terwijl zeven personen aangeven drie keer of vaker met een opname te zijn geconfronteerd. Van alle opnames geschiedde ruim 50% op advies van, of na verwijzing door, de huisarts. Bij de opnames waar de huisarts niet aan de basis stond, geeft de respondent aan dat de huisarts in bijna 80% van de gevallen wel op de hoogte is van de opname. De opnames hebben vooral betrekking op de afdelingen gynaecologie (14 opnames), chirurgie (11 opnames), orthopedie (11 opnames), interne geneeskunde (8 opna-

mes), kindergeneeskunde (7 opnames), urologie (6 opnames) en neurochirurgie (6 opnames). De overige specialismen en afdelingen worden vijf keer of minder genoemd. In tabel 7.30 staan de afdelingen bij opnames in een ziekenhuis weergegeven.

7.3 Contacten met de Geestelijke Gezondheidszorg

contacten met de
geestelijke
gezondheidszorg

Opnames in gespecialiseerde klinieken, zoals een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of een verslavingskliniek, komen in aantal erg weinig voor. Dit geldt in wat mindere mate voor de contacten met de ambulante sector van de geestelijke gezondheidszorg, zoals RIAGG's, psychologen of vrij gevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Voor geen van deze voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geldt dat zij in Almere opereren vanuit de gezondheidscentra; sommige instanties zijn alleen in Almere vertegenwoordigd via spreekuren.

Aan alle respondenten is gevraagd met welke instanties men over een periode van één en vijf jaar contact heeft gehad, de aantallen keren dat er een contact is geweest over een jaar, of dit contact plaatsvond op advies van de huisarts en waar dit niet het geval was of de huisarts van het contact op de hoogte was.

Tabel 7.31 wijst uit dat over één jaar tijd ongeveer vijf procent van de respondenten contact heeft met één van de geestelijke gezondheidszorg instellingen. Over vijf jaar gerekend (zie tabel 7.32) komt het vergelijkbare percentage uit op rond de tien procent. Los van geheugeneffecten, die onvermijdelijk sterker worden naarmate de periode waarover uitspraken worden gedaan langer is, wijst dit relatief kleine verschil tussen cijfers over één en vijf jaar erop dat de contacten met GGZ instellingen een relatief vaste groep respondenten betreffen. Een vijf jaar langere tijds-eenheid levert relatief weinig nieuwe contacten met GGZ instellingen op.

In Almere is het aantal personen dat contact heeft gehad met een GGZ-instelling lager dan in de referentiegroep. Bij de periode van vijf jaar is dit verschil significant ($p < .01$); bij de contacten over een jaar wordt, indien geen rekening wordt gehouden met de bijzondere leeftijdsopbouw van de Almeerse populatie, geen significant resultaat bereikt; na leeftijdscorrectie treedt ook hier, zoals in bijlage 1 is weergegeven, een significant verschil op.

Tabel 7.31 Aantal respondenten met contact GGZ-instelling(en) over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	3,1	582	4,7	847
vrouw	4,3	607	5,3	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	3,9	335	2,4	295
15 - 24 jaar	3,1	97	3,7	244
25 - 44 jaar	4,7	467	7,5	689
45 - 64 jaar	2,7	188	4,2	334
65 jaar en ouder	1,0	102	3,7	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	3,9	775	4,5	1.057
particulier	3,5	395	5,5	693
stadsdeel				
Almere-Haven	4,4	340		
Almere-Stad	2,5	567		
Almere-Buiten	5,3	282		
totaal	3,7	1.189	5,0	1.803

Tabel 7.32 Aantal respondenten met contact GGZ-instelling(en) over 5 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, (%)

	Almere %	N	Referentiegroep %	N
geslacht				
man	5,5**	582	10,3	847
vrouw	9,0	607	10,1	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	7,2	335	4,4	295
15 - 24 jaar	7,2	97	8,2	244
25 - 44 jaar	9,2**	467	15,4	689
45 - 64 jaar	5,9	188	8,4	334
65 jaar en ouder	2,0	102	7,1	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	7,6	775	10,1	1.057
particulier	6,8	395	10,0	693
stadsdeel				
Almere-Haven	7,4	340		
Almere-Stad	6,2	567		
Almere-Buiten	9,6	282		
totaal	7,3**	1.189	10,2	1.803

** = significant bij $p < .01$

GGZ-instelling

De meeste respondenten die contact hebben gehad met een GGZ instelling, geven aan dat dit een contact is geweest met één instelling. Ruim tien procent heeft met twee of meer verschillende instellingen contact gehad. Instanties die relatief vaak worden geraadpleegd zijn het RIAGG (ruim 60 contacten over vijf jaar), vrij gevestigde psychologen (11 keer genoemd) en vrij gevestigde psychiaters (5 keer genoemd). Minder dan vijf keer noemt men Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's), een PAAZ, een psychotherapeut en een crisiscentrum, terwijl in de categorie 'anders' 11 contacten terecht zijn gekomen.

De contactfrequentie van de circa dertig personen die in het jaar voorafgaand aan het vraaggesprek contact hebben gehad met een RIAGG, komt uit op gemiddeld ongeveer drie contacten. Enkele personen geven aan dat zij wekelijks of een keer per twee weken bij het RIAGG zijn geweest. Voor de overige instellingen varieert het aantal contacten tussen eenmalig en eenmaal per week. Bij eenderde van het aantal personen dat contacten met het RIAGG onderhoudt, is dit contact tot stand gekomen na een advies van de huisarts. Bij de contacten met het RIAGG die niet na advies van de huisarts tot stand zijn gekomen, is de huisarts in ruim de helft van het aantal gevallen wel op de hoogte van dit contact.

Bij de aantallen contacten met afzonderlijke GGZ-instellingen en de rol van de huisarts vinden we geen verschillen tussen Almere en de referentiegroep.

Tabel 7.33 Percentages respondenten met GGZ-contact over 1 en 5 jaar naar aard van hulpverlenende instantie in Almere en Nederland

	Almere (N=1.189)		Referentiegroep (N=1.803)	
	1 jaar	5 jaar	1 jaar	5 jaar
RIAGG	2,7	5,3	2,7	5,3
CAD	0,1	0,1	0,2	0,6
polikliniek PAAZ	0,1	0,1	0,3	0,4
vrij gevestigd psychiater/ zenuwarts	0,3	0,4	0,9	1,8
vrij gevestigd psycholoog	0,3	0,9	0,6	1,1
vrij gevestigde psycho- therapeut	0,1	0,3	0,4	1,3
crisis centrum	0,1	0,1	0,2	0,4
andere GGZ-instelling	0,5	0,9	0,7	1,4

7.4 Contacten met alternatieve genezers

contacten met
alternatieve genezers

De beroepsgroep van alternatieve genezers is in opkomst. Meer en meer hulpverleners afficheren zich als alternatief werkend; soms als extra specialisatie na een reguliere opleiding, soms ook volledig buiten de reguliere geneeskunde om. Met deze ontwikkeling wordt ingespeeld op de veronderstelde behoefte van patiënten aan alternatief werkende hulpverleners; een behoefte die groeiende lijkt. Voor zover bekend, waren er met

uitzondering van manuele therapie, ten tijde van het onderzoek in Almere geen zelfstandige, alternatief werkende genezers gevestigd. Wel geldt dat een aantal beroepsbeoefenaren uit het reguliere circuit zich heeft gespecialiseerd in bijvoorbeeld homeopathie.

Van de respondenten die in het kader van onderzoek naar de behoefte aan zorg zijn ondervraagd, geeft tussen de vijf en tien procent aan dat men in het jaar voorafgaand aan het onderzoek contact heeft gehad met een of meerdere alternatieve genezers. Voor de periode over vijf jaar gelden percentages tussen de elf en zestien procent. Vergelijking van Almere met de referentiegroep wijst uit dat het bezoek aan alternatief werkende genezers in Almere minder vaak voorkomt dan in de referentiegroep. De tabellen 7.34 en 7.35 geven de totaalpercentages voor de twee tijdvakken, alsmede de indelingen naar respondentkenmerken.

Tabel 7.34 Aantal respondenten met contact met alternatieve genezer(s) over 1 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	5,2	582	6,6	847
vrouw	8,2*	607	11,4	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	5,4	335	7,5	295
15 - 24 jaar	3,1	97	8,2	244
25 - 44 jaar	9,4	467	11,3	689
45 - 64 jaar	5,9	188	9,6	334
65 jaar en ouder	3,9	102	5,4	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	6,3	775	7,9	1.057
particulier	7,6*	395	11,3	693
stadsdeel				
Almere-Haven	8,8	340		
Almere-Stad	6,2	567		
Almere-Buiten	5,3	282		
totaal	6,7*	1.189	9,2	1.803

* = significant bij $p < .05$

Tabel 7.35 Aantal respondenten met contact met alternatieve genezer(s) over 5 jaar in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	10,3	582	12,8	847
vrouw	13,2**	607	18,7	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	7,2*	335	12,8	295
15 - 24 jaar	8,2	97	14,8	244
25 - 44 jaar	14,3*	467	19,0	689
45 - 64 jaar	14,9	188	17,7	334
65 jaar en ouder	12,7	102	10,4	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	12,0	775	13,5	1.057
particulier	11,6**	395	19,6	693
stadsdeel				
Almere-Haven	15,6	340		
Almere-Stad	11,1	567		
Almere-Buiten	8,5	282		
totaal	11,8**	1.189	15,9	1.803

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Zowel voor Almere als voor de referentiegroep geldt dat vrouwen wat vaker contact hebben met alternatief werkende genezers dan mannen. Qua leeftijd zijn het vooral de personen in de leeftijdsgroep tussen de 25 en 45 jaar die relatief vaak alternatieve hulp zoeken. Bij de indeling naar verzekeringsvorm geldt dat, in tegenstelling het gebruik van reguliere geneeskundige zorg, particulier verzekerden vaker alternatief werkende genezers bezoeken dan ziekenfondsverzekerden. Een mogelijke verklaring hiervoor zou geleverd kunnen worden door het feit dat de meeste alternatieve therapieën niet in het vergoedingensysteem van ziekenfondsen zijn opgenomen. Binnen Almere vinden in Almere-Haven vaker alternatieve contacten plaats dan in Almere-Buiten of Almere-Stad.

Alternatief werkende genezers worden vooral op eigen initiatief of na advies van familie door de respondenten geraadpleegd. Dit is met name het geval bij de contacten met natuurgenezers en magnetiseurs. Bij de contacten met homeopaten, acupuncturisten en manueel therapeuten speelt ook een advies van de huisarts een rol, zij het dat ook bij deze disciplines de rol van de huisarts ondergeschikt is aan het eigen initiatief in combinatie met adviezen van familieleden. Bij het merendeel van de contacten met homeopaten en manueel therapeuten die buiten de huisarts om tot stand komen, is de huisarts wel op de hoogte van dit contact. Bij de overige disciplines geldt dat ongeveer de helft van de respondenten

aangeeft dat de huisarts wel op de hoogte is, terwijl de andere helft meldt dat de huisarts niet is geïnformeerd over de alternatieve contacten die worden onderhouden. Met welke alternatieve disciplines men contact heeft gehad staat vermeld in tabel 7.36.

Tabel 7.36 Het raadplegen van de verschillende alternatieve disciplines in Almere en Nederland, in percentages en absoluut

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
homeopaat	36	35	33	61
acupuncturist	11	11	16	30
natuurgenezer	7	7	10	19
magnetiseur	20	19	16	29
antroposofisch arts	2	2	2	4
manueel therapeut	21	20	16	29
gebedsgenezer	1	1	1	2
anders	2	2	6	12
totaal	100	97	100	186

Bij de personen in Almere die contact hebben met alternatieve genezers, gaat het in ongeveer 80% om een contact met één van de vele alternatieve beroepsgroepen; ruim vijf procent geeft aan contact te hebben gehad met drie of meer verschillende alternatieve genezers.

Het gemiddeld aantal contacten dat mensen over een jaar genomen met de verschillende alternatieve disciplines hebben gehad, ligt per discipline rond de vier contacten.

7.5 Het gebruik van medicijnen

gebruik van medicijnen

Als laatste zal in dit hoofdstuk over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen worden ingegaan op de medicijnen die mensen krijgen voorgeschreven en die zij zeggen te gebruiken. Paragraaf 7.5.1 bespreekt het gebruik van op voorschrift verkregen medicijnen. Vervolgens wordt in paragraaf 7.5.2 ingegaan op de mate waarin respondenten vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken.

7.5.1 Op voorschrift verkrijgbare medicijnen

medicijnen op recept

Het voorschrijven en gebruik van medicijnen vormt een belangrijke indicator voor een doelmatig werkende gezondheidszorg. Bij eerder onderzoek naar het werken van de Almeerse huisartsen was een van de conclusies dat in vergelijking tot huisartsen elders, de Almeerse huisarts relatief weinig medicijnen voorschreef (Sixma, 1986b). Werden medicijnen voorgeschreven dan betrof dit in verhouding vaak goedkope medicijnen (Sixma & Van de Voort, 1985). Deze conclusies waren gebaseerd op

registratie-onderzoek bij de huisartsen en op ziekenfondsgegevens, waarbij het vinden van goed vergelijkingsmateriaal een van de problemen was. Of deze conclusie nu, een aantal jaren later en een goede controlegroep rijker, nog steeds opgaat komt aan de orde in het rapport dat het verslag vormt van het verrichtingenonderzoek bij de Almeerse huisartsen in 1988. Wij beperken ons hier tot de informatie zoals die met betrekking tot het medicijngebruik is verstrekt door de gebruikers van zorgvoorzieningen, ofwel de patiënten.

Allereerst de mate waarin personen in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek medicijnen hebben voorgeschreven gekregen door de huisarts.

Tabel 7.37 Aantal respondenten met medicijnen voorgeschreven door huisarts over 14 dagen in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	10,9	579	12,6	841
vrouw	16,9	602	16,7	942
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	10,8	334	12,7	291
15 - 24 jaar	12,6	95	11,5	244
25 - 44 jaar	12,3	465	11,5	684
45 - 64 jaar	21,6	185	28,0	328
65 jaar en ouder	19,6	102	28,0	236
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	15,0	769	16,5	1.046
particulier	12,5	393	12,7	686
stadsdeel				
Almere-Haven	14,2	337		
Almere-Stad	14,9	565		
Almere-Buiten	11,8	279		
totaal	14,0	1.181	14,8	1.783

Tabel 7.37 laat zien dat de percentages respondenten die in Almere en in de vergelijkingsgroep medicijnen kregen voorgeschreven niet of nagenoeg niet verschillen. Voor beide groepen komt het percentage uit op rond 15 procent. Overigens zegt een dergelijk percentage, zonder informatie over het aantal respondenten dat in dezelfde periode van 14 dagen contact heeft gehad met de huisarts, weinig over het voorschrijfbeleid van de Almeerse huisartsen in vergelijking tot de huisartsen van de respondenten in de referentiegroep. Informatie over het percentage respondenten met een huisartscontact over een periode van veertien dagen ontbreekt in de bevolkingsenquêtes. Bij een periode van twee maanden konden in para-

graaf 7.1 geen verschillen tussen Almere en de referentiegroep worden vastgesteld.

Kijken we via tabel 7.38 naar het gebruik van door een arts voorgeschreven medicijnen in de periode van 14 dagen voor het interview, dan vinden we ook hier weinig verschil in de percentages voor Almere en de vergelijkingsgroep. Het totaalpercentage komt voor beide groepen uit op rond de 30%. Voor beide tabellen geldt, dat medicijnen verkregen bij een ziekenhuisopname en de anticonceptiepil buiten beschouwing zijn gebleven. Wel meegenomen zijn medicijnen die zijn voorgeschreven door een medisch specialist.

Tabel 7.38 Aantal respondenten dat voorgeschreven medicijnen gebruikt over 14 dagen in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	22,0*	582	27,5	847
vrouw	34,6	607	33,8	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	17,6	335	18,6	295
15 - 24 jaar	18,6	97	20,9	244
25 - 44 jaar	22,9	467	22,8	689
45 - 64 jaar	46,8	188	39,2	334
65 jaar en ouder	64,7	102	67,2	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	31,7	775	33,3	1.057
particulier	23,3	395	27,3	693
stadsdeel				
Almere-Haven	29,7	340		
Almere-Stad	28,0	567		
Almere-Buiten	27,7	282		
totaal	28,4	1.189	30,8	1.803

* = significant bij $p < .05$

Ouderen krijgen relatief wat vaker medicijnen voorgeschreven dan jongeren; hetzelfde geldt voor vrouwen versus mannen, echter voornamelijk omdat deze groepen vaker contact hebben met de huisarts. Nemen we het al dan niet contact hebben gehad met een huisarts over een periode van twee maanden als intermediaire variabele op in de analyse dan vallen de verschillen tussen jongeren en ouderen, tussen mannen en vrouwen en tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden weg.

Tabel 7.39 Tijdstop waarop men voor het laatst voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere < 3 mnd	03-12 mnd	> 12 mnd	nooit	N
geslacht					
man	32,1**	21,7	37,5	8,7	566
vrouw	45,9	18,6	29,5	5,9	590
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	29,8	21,7	32,9	15,5	322
15 - 24 jaar	29,3	27,2	37,0	6,5	92
25 - 44 jaar	34,2	21,4	40,0	4,4	453
45 - 64 jaar	56,7	16,0	24,1	3,2	187
65 jaar en ouder	67,6	10,8	18,6	2,0	102
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	43,4	19,5	30,6	6,5	775
particulier	32,6*	20,8	38,5	8,1*	395
stadsdeel					
Almere-Haven	40,5	19,5	34,5	5,4	333
Almere-Stad	39,8	20,7	31,9	7,5	545
Almere-Buiten	36,4	19,8	34,9	9,0	278
totaal	39,1	20,2	33,4	7,3**	1.156
	Referentiegroep				
	< 3 mnd	03-12 mnd	> 12 mnd	nooit	N
geslacht					
man	38,9	19,6	36,5	5,0	821
vrouw	45,4	19,5	30,7	4,4	933
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	31,6	27,4	30,2	10,8	288
15 - 24 jaar	35,7	26,4	31,9	6,0	235
25 - 44 jaar	34,1	20,7	42,2	3,0	668
45 - 64 jaar	49,8	14,1	31,8	4,3	327
65 jaar en ouder	75,0	7,6	16,1	1,3	236
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	44,9	19,4	31,1	4,6	1.029
particulier	38,7	19,9	36,8	4,6	674
totaal	42,4	19,6	33,4	4,7	1.754

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Circa 40% van de respondenten in Almere en in de rest van Nederland heeft in de drie maanden voorafgaand aan het vraaggesprek op recept verkregen medicijnen gebruikt, 60% van de respondenten heeft over een jaar genomen dergelijke medicijnen gebruikt en tussen de 5 en 10% van beide groepen geven aan nog nooit op recept van een arts verkregen

medicijnen nodig gehad te hebben. De percentageverschillen tussen Almere en de rest van Nederland wat betreft het voor het laatst gebruikt hebben van op recept verkregen medicijnen zijn klein, en blijven beperkt tot enkele subcategorieën bij de indeling naar respondentkenmerken. Tabel 7.39 geeft de verschillende percentages. Voor tabel 7.39 geldt dat het voor mannen, jongeren en particulier verzekerden langer geleden is dat men door een arts voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt dan voor vrouwen, ouderen en ziekenfondsverzekerden.

soort medicijn

Zowel in Almere als in de vergelijkingsgroep uit de rest van Nederland wordt bij het gebruik van op voorschrift verkregen medicijnen (zie tabel 7.40) de toppositie ingenomen door de medicijnen voor hart- en bloedvaten. Deze toppositie is in de rest van Nederland wat steviger dan in Almere, hetgeen een gevolg zou kunnen zijn van de bijzondere leeftijdsopbouw in Almere. Andere veelgebruikte medicijnen zijn pijn- en koortswerende medicijnen, anti-hoest middelen, slaap- en kalmeringsmiddelen en medicijnen voor de huid.

Tabel 7.40 Soorten medicijnen voorgeschreven door een arts en door respondenten gebruikt over een periode van 14 dagen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=338)	Referentiegroep (N=555)
pijn/koortswerend middel	17	12
anti-hoest middel	15	13
medicijn voor hart- en bloedvaten	21	24
plaspillen	9	9
medicijn tegen maag- en darmklachten	9	10
slaap- en kalmeringsmiddel	15	17
medicijnen voor de huid	12	13
antibiotica	7	7
medicijn tegen reuma- en gewrichtspijn	7	7
medicijn tegen astma	6	5
versterkende medicijnen	5	8
anti-allergie medicijnen	4	6
medicijnen voor suikerpatiënten	4	3
overig, anders, weet niet	19	23

De percentageverschillen tussen Almere en de rest van Nederland zijn gering. Bij de in tabel 7.40 genoemde medicijnen zijn er geen middelen die onevenredig veel door vrouwen worden gebruikt; medicijnen tegen astma worden relatief veel door mannen gebruikt.

Voor het merendeel van de voorgeschreven medicijnen geldt, zoals tabel 7.41 laat zien, dat ze op recept van de huisarts zijn verkregen. Bij medicijnen voor hart- en bloedvaten, plaspillen en in wat mindere mate bij slaap- en kalmeringsmiddelen geldt dat 25 tot 50 procent van alle recepten afkomstig is van een medisch specialist. Voor tabel 7.41 geldt dat de 100% wordt volgemaakt door de categorie 'anders'. Bij alle voorgeschreven en gebruikte medicijnen nemen de homeopatische middelen een te

verwaarlozen positie in. Alleen bij medicijnen voorgeschreven tegen hoest en medicijnen tegen allergie komt het percentage homeopatische middelen uit op tussen de 10 en 20 procent; voor alle overige categorieën in tabel 7.41 geldt een percentage van enkele procenten voor homeopatische medicijnen.

Tabel 7.41 Voorgeschreven medicijnen gebruikt over een periode van 14 dagen naar voorschrijvende instantie in Almere en Nederland, in percentages

	Almere			Referentiegroep		
	huisarts	spec.	N	huisarts	spec.	N
pijn/koortswerende med.	86,0	12,3	57	73,4	25,0	64
medicijnen tegen hoest	92,0	4,0	50	87,9	9,1	66
versterkende middelen	64,3	35,7	14	71,1	23,7	38
medicijnen hart/bloedvaten	47,9	50,7	71	54,5	45,5	132
pijnpillen	48,3	51,7	29	60,9	39,1	46
laxeermiddelen	50,0	50,0	4	33,3	66,7	9
med. maag/darmklachten	78,6	21,4	28	71,4	28,6	56
slaap-/kalmeringsmiddelen	74,0	24,0	50	75,8	21,1	95
antibiotica	85,7	14,3	21	72,5	25,0	40
medicijnen voor de huid	80,5	17,1	41	71,0	26,1	69
med. tegen reuma/gewr.	71,4	28,6	21	56,4	43,6	39
medicijnen tegen allergie	60,0	40,0	15	60,6	39,4	33
medicijnen tegen astma	52,4	47,6	21	52,0	48,0	25
andere medicijnen	48,5	42,4	66	56,8	41,5	118

7.5.2 Vrij verkrijgbare medicijnen

vrij verkrijgbare
medicijnen

Naast medicijnen voorgeschreven door een huisarts of een medisch specialist zijn sommige medicijnen ook zonder recept verkrijgbaar, bijvoorbeeld via een drogist of apotheker. De mate waarin respondenten aangeven over een periode van 14 dagen dergelijke vrij verkrijgbare medicijnen te hebben gebruikt, staat weergegeven in tabel 7.42.

Bijna 30% van alle respondenten geeft aan dat zij over deze periode dergelijke medicijnen hebben gebruikt. De percentages voor Almere en de rest van Nederland verschillen niet noemenswaardig van elkaar. Vrouwen gebruiken wat vaker dergelijke medicijnen dan mannen. Voor de verdeling naar leeftijd geldt dat met name voor de leeftijdscategorieën tussen de 15 en 65 jaar het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen relatief hoog ligt. Ouderen en kinderen in de leeftijdsgroep tussen de 0 en 15 jaar gebruiken relatief weinig niet op recept verkregen medicijnen. Ook bij de variabele verzekeringsvorm van de respondent geldt een verband dat omgekeerd is van hetgeen we hebben gezien bij de op recept verkregen en gebruikte medicijnen. Met betrekking tot de vrij verkrijgbare medicijnen ligt bij particulier verzekerden het gebruik van dergelijke medicijnen wat hoger dan bij ziekenfondsverzekerden. Naarmate het gezinsinkomen hoger is, neemt het percentage gebruikers van niet op recept verkrijgbare medicijnen toe.

Tabel 7.42 Percentage respondenten dat over een periode van 14 dagen vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt in Almere en Nederland naar respondentkenmerken

	Almere		Referentiegroep	
	%	N	%	N
geslacht				
man	24,7	582	22,8	847
vrouw	31,8	607	31,1	956
leeftijdsklasse				
00 - 14 jaar	23,9	335	22,0	295
15 - 24 jaar	32,0	97	30,7	244
25 - 44 jaar	31,7	467	31,5	689
45 - 64 jaar	29,3	188	25,7	334
65 jaar en ouder	22,5	102	19,5	241
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	27,4	775	25,1	1.057
particulier	30,6	395	29,6	693
stadsdeel				
Almere-Haven	29,7	340		
Almere-Stad	28,9	567		
Almere-Buiten	25,5	282		
totaal	28,3	1.189	27,2	1.803

Tabel 7.43 geeft vervolgens het tijdstip (in categorieën) waarop respondenten naar eigen zeggen voor het laatste vrij verkrijgbare medicijnen hebben gebruikt. Evenals bij de vergelijkbare tabel met betrekking tot de op recept verkregen medicijnen, zijn er binnen de Almeerse categorieën grote verschillen, terwijl tussen Almere en de rest van Nederland de verschillen betrekkelijk gering zijn. Voor 40 à 45% van alle respondenten geldt dat vrij verkrijgbare medicijnen voor het laatst zijn gebruikt in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek. Circa een kwart van alle ondervraagden geeft aan nog nooit vrij verkrijgbare medicijnen te hebben gebruikt. Er zijn geen verschillen tussen Almere en de rest van Nederland.

Bij het soort medicijnen, weergegeven in tabel 7.44, blijkt dat het vooral gaat om pijn- en koortswerende middelen, medicijnen tegen het hoesten en versterkende middelen. Alle overige categorieën nemen vijf procent of minder van alle vrij verkrijgbare medicijnen voor hun rekening.

Tabel 7.43 Tijdstip waarop men voor het laatst niet-voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt in Almere en Nederland naar respondentkenmerken, in percentages

	Almere				
	< 3 mnd	03-12 mnd	> 12 mnd	nooit	N
geslacht					
man	39,5	22,6*	14,5	23,3**	557
vrouw	51,8	14,8	10,9	22,6	589
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	40,8	20,2	10,3	28,7	321
15 - 24 jaar	55,0	26,4	8,8	9,9*	91
25 - 44 jaar	51,3	18,5	12,2	18,0	449
45 - 64 jaar	44,0	15,2	16,8	23,9	184
65 jaar en ouder	32,1	12,9	17,8	36,6	101
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	44,6	18,2	13,5	23,8*	749
particulier	48,7	19,3	10,3	21,7	378
stadsdeel					
Almere-Haven	46,2	16,2	12,8	24,8	327
Almere-Stad	45,6	20,1	10,8	23,4	546
Almere-Buiten	45,8	18,3	16,1	19,8	273
totaal	45,8	18,6	12,7	22,9*	1.146
	Referentiegroep				
	< 3 mnd	03-12 mnd	> 12 mnd	nooit	N
geslacht					
man	37,0	17,1	15,2	30,7	814
vrouw	49,6	15,4	12,0	23,0	910
leeftijdsklasse					
00 - 14 jaar	34,9	21,0	9,4	34,6	286
15 - 24 jaar	52,6	17,5	9,4	20,5	234
25 - 44 jaar	50,7	15,2	16,1	18,0	657
45 - 64 jaar	40,5	16,9	11,0	31,6	326
65 jaar en ouder	29,4	10,4	19,0	41,2	221
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	41,5	14,8	14,4	29,3	1.002
particulier	46,1	18,4	12,3	23,1	674
totaal	43,7	16,2	13,5	26,6	1.724

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel 7.44 Het gebruik van niet op recept verkregen medicijnen naar soort medicijnen in Almere en Nederland, in percentages

	Almere (N=336)	Referentiegroep (N=490)
pijn/koortswerende medicijnen	66	68
medicijnen tegen hoest	22	22
versterkende middelen	13	14
medicijnen tegen maag/darmklachten	5	3
laxeermiddelen	2	1
slaap-/kalmeringsmiddelen	1	3
medicijnen voor de huid	3	4
anders, weet niet	7	9

Sommige respondenten hebben aangegeven dat zij over de periode van 14 dagen meerdere, niet op recept verkregen medicijnen te hebben gebruikt. Daardoor komt het totaalpercentage van tabel 7.45 uit boven de 100%. Van de vrij verkrijgbare medicijnen wordt circa 40% door de respondenten aangemerkt als homeopatisch.

Eén 'medicijn' is tot nu toe buiten de beschouwing gebleven, en wel de anti-conceptiepil. Van alle vrouwen tussen de 16 en 50 jaar in Almere, slikt ruim 37% 'de pil'. Van de pil-gebruiksters, verkrijgt ruim 90% dit middel op voorschrift van de huisarts. Het pil-gebruik in Almere ligt niet (significant) hoger of lager dan het gebruik van dit anti-conceptiemiddel in de vergelijkingsgroep die staat voor de rest van Nederland; van deze groep gebruikt circa 35% van alle vrouwen in de leeftijdsgroep tussen de 16 en 50 jaar 'de pil'.

7.6 Het gebruik van medische voorzieningen

conclusie

De belangrijkste conclusie die op basis van de voorgaande paragrafen over het gebruik van medische voorzieningen kan worden getrokken, is dat verschillen tussen Almere en de referentiegroep, bestaande uit een subgroep van de Nederlandse populatie, klein zijn. Treden bij het gebruik van de belangrijkste voorzieningen verschillen op, dan zijn zij voor een belangrijk deel terug te voeren naar de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse populatie. Er zijn enkele uitzonderingen.

In Almere geldt dat voor sommige voorzieningen een effect van het opnemen in gezondheidscentra is waar te nemen. Na correctie voor de afwijkende leeftijdsopbouw ligt ook het percentage Almeerders dat over een periode van twee maanden contact heeft met de huisarts boven het cijfer in de rest van Nederland. In vergelijking tot de referentiegroep wordt daarnaast relatief vaak gebruik gemaakt van de diensten van wijkverpleegkundigen, logopedisten en diëtisten. Overigens gaat het bij het gebruik van de laatst genoemde instanties om geringe aantallen personen. Relatief weinig contacten zijn er vanuit Almere met instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en met alternatieve genezers.

8 GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGEDRAG IN ALMERE; SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Dit hoofdstuk bevat een samenvatting van de resultaten van het onderzoek naar de gezondheid en het gezondheidsgedrag in Almere. In paragraaf 8.1 komen de belangrijkste bevindingen uit de hoofdstukken drie tot en met zeven aan de orde. Vervolgens wordt in paragraaf 8.2, aan de hand van de in hoofdstuk twee geformuleerde vraagstellingen, teruggeblikt op de belangrijkste conclusies van het onderzoek.

8.1 Samenvatting van de onderzoeksresultaten

samenvatting

Tussen het voorjaar van 1987 en mei 1988 heeft een onderzoek plaats gevonden naar het werken van de huisarts. In het kader van deze studie zijn er een groot aantal vraaggelbesprekken gevoerd met de gebruikers van zorgvoorzieningen, in casu: de patiënten. Doel van deze gesprekken was om vooral in kwantitatieve zin meer te weten te komen over de gezondheid en het gezondheidsgedrag op het niveau van de (praktijk)populatie. Het onderzoek 'ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', waarvan de bevolkingsenquôte deel uitmaakt, heeft plaats gevonden in zowel Almere als in de rest van Nederland. De gebruikte meetinstrumenten zijn identiek, ook wat betreft de bevolkingsenquôte. Dit biedt de mogelijkheid om te onderzoeken in hoeverre de zorgbehoefte en het gebruik van zorgvoorzieningen in Almere en de rest van Nederland verschillen. Om de vergelijking zo 'eerlijk' mogelijk te maken, is uit de Nederlandse responspopulatie een steekproef getrokken, waarbij inwoners van middelgrote en grote steden in het westen en midden van het land zijn uitgekozen om dienst te doen als vergelijkingsgroep voor de Almeerse populatie. In bijlagen worden daarnaast resultaten gepresenteerd waarbij de cijfers van Almere worden afgezet tegen de gegevens voor de totale Nederlandse populatie, al dan niet na correctie voor de verschillen in bevolkingssamenstelling.

respondentkenmerken

Ondanks de gehanteerde selectiecriteria bij het samenstellen van de vergelijkingsgroep, is in hoofdstuk drie vastgesteld dat de groepen respondenten uit Almere en de rest van Nederland op een aantal kenmerken van elkaar verschillen. Het opvallendste verschil zit in de leeftjidsverdeling van beide responsgroepen, terwijl ook op de variabelen verzekeringsvorm en geslacht verschillen optreden. Voor de leeftjidsgroepen tot 15 jaar en tussen de 30 en 40 jaar geldt dat deze in Almere oververtegenwoordigd zijn; vanaf 50 jaar geldt een ondervertegenwoordiging van de verschillende leeftjidscategorieën. Daarnaast bevat de Almeerse responsgroep in vergelijking tot de groep die staat voor de rest van Nederland relatief veel personen die verplicht verzekerd zijn via het ziekenfonds. Bij de verdeling naar inkomen geldt voor Almere een ondervertegenwoordiging van de extreem lage en extreem hoge inkomens. De belangrijkste

conclusie van hoofdstuk drie is dat voor een goede vergelijking van de Almeerse met de Nederlandse gegevens, met name daar waar leeftijd van invloed is op de gezondheid en het gezondheidsgedrag van mensen, het gewenst is te werken met indelingen naar respondentkenmerken. Hierbij is gekozen om in het vervolg van het rapport, waar mogelijk, te werken met indelingen naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Voor de Almeerse gegevens geldt dat daarnaast een verdeling naar stadsdeel wordt gepresenteerd.

meningen en attitudes

Naast bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm mag verondersteld worden dat gezondheid en gezondheidsgedrag wordt beïnvloed door de meningen en attitudes van de respondenten. Naarmate men meer belang hecht aan het oordeel van een professionele hulpverlener, zouden respondenten ook eerder geneigd kunnen zijn een professionele hulpverlener te consulteren. Daarnaast kunnen ervaringen opgedaan in het verleden doorwerken in de keuzes die men maakt door bijvoorbeeld al dan niet naar een hulpverlener te gaan. Indien de Almeerse bevolking bij de behandeling van klachten meer dan elders op professionele hulpverleners zou zijn gericht, terwijl (onder anderszins gelijke omstandigheden) het gebruik dat van zorgvoorzieningen wordt gemaakt niet van elders verschilt, dan zou een dergelijk resultaat verdedigd kunnen worden als zijnde een positieve uitkomst voor het Project Gezondheidszorg Almere.

De voornaamste conclusie op basis van hoofdstuk vier is dat, met uitzondering van het oordeel over het werken van de huisarts, meningen en attitudes in Almere niet of nagenoeg niet verschillen van de rest van Nederland. Met betrekking tot het werken van de huisarts luidt de conclusie dat de Almeerse huisarts er in de ogen van de patiënten wat minder goed afkomt dan zijn collega elders in het land. Dit negatieve oordeel heeft behalve op de persoonlijke vaardigheden van de huisarts en het instrumenteel handelen vooral betrekking op aspecten als bereikbaarheid en toegankelijkheid. Verklaringen voor dit meer negatieve oordeel kunnen zowel liggen bij een kritischer opstellingen van de Almeerse patiënten als bij het daadwerkelijk (in de ogen van patiënten) slechter functioneren van de Almeerse huisarts als hulpverlener. Op grond van ons onderzoek is geen eenduidige keuze te maken voor een van beide verklaringen. Ondanks deze kritische kanttekening geldt dat het overgrote deel van de Almeerse bevolking 'tevreden' of 'zeer tevreden' is over de zorg zoals die door de eigen huisarts wordt verleend.

gezondheidsgedrag

In hoofdstuk vijf is gekeken naar de mate waarin de bevolking van Almere en de rest van Nederland verschilt met betrekking tot de variabele gezondheidsattent gedrag. Van roken, drinken, bewegen en slapen is bekend dat ze van invloed kunnen zijn op de gezondheid van personen en daarmee ook op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Een leefstijl waarin de nadruk ligt op het bevorderen of het in stand houden

van de eigen gezondheid, kan resulteren in een minder gebruik van zorgvoorzieningen en bijvoorbeeld een lager medicijngebruik. Als het gaat om het drinken van alcohol, het volgen van diëten en de mate waarin tijd wordt besteed aan een actieve sportbeoefening, dan komen er indien rekening wordt gehouden met de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de twee responsgroepen kleine verschillen tussen Almere en de rest van Nederland naar voren. Het percentage personen dat aangeeft alcohol te drinken lijkt in Almere wat lager dan in de rest van Nederland; een effect dat uitgesplitst naar leeftijd alleen significant is bij de leeftijdsklasse tussen de 15 en 25 jaar. Het verschil in het totaalpercentage alcoholdrinkers in Almere is grotendeels terug te voeren tot het relatief grote aantal minderjarigen in vergelijking tot de steekproef uit de Nederlandse populatie. Overigens verschillen Almere en de rest van Nederland niet als het gaat om het aantal glazen alcohol dat dagelijks of wekelijks wordt genuttigd. Daarnaast is het aantal vrouwen dat zegt actief een sport te beoefenen in Almere, evenals het aantal sportende 15-24 jarigen, relatief laag. Beperken we ons tot de categorie respondenten van 15 jaar en ouder, dan geldt dat er bij 5 tot 10% sprake is van ernstig of gevaarlijk overgewicht. Bijna 8% van de respondenten in Almere en 6% van de respondenten in de vergelijkingsgroep is, rekening houdend met de lengte van de betreffende persoon, te zwaar of veel te zwaar.

morbiditeits-
indicatoren

Hoofdstuk zes gaat in op de verschillen van een aantal morbiditeitsindicatoren tussen Almere en de rest van Nederland. Hierbij is gekeken naar het voorkomen van acute en chronische aandoeningen, de beperkingen of handicaps die mensen ondervinden in het dagelijks functioneren zowel op korte als lange termijn, het voorkomen van psycho-sociale en psychiatrische aandoeningen en de mate waarin mensen gebeurtenissen hebben meegemaakt die spanningen teweeg kunnen brengen. Tenslotte is in dit hoofdstuk onder te brengen het subjectieve oordeel van personen over hun eigen gezondheidstoestand. Houden we, met name bij de handicaps en beperkingen, rekening met eventuele leeftijdseffecten, dan luidt de conclusie dat verschillen met betrekking tot de gekozen morbiditeitsindicatoren tussen Almere en de rest van Nederland klein zijn. Waar Almere verschilt van de rest van Nederland, is dit voor een belangrijk deel te verklaren uit verschillen in respondentkenmerken, of blijft het beperkt tot een of enkele afzonderlijke aandoeningen. Het subjectieve oordeel van de respondenten in Almere over hun eigen gezondheid verschilt weinig van hetzelfde oordeel bij de groep respondenten afkomstig uit de rest van Nederland. Beschouwen we de overige indicatoren als maten voor een meer objectieve maat voor de gezondheidstoestand, dan geldt ook hier: weinig tot geen verschillen.

gebruik van zorg-
voorzieningen

Tenslotte is in hoofdstuk zeven aandacht geschonken aan het gezondheidsgedrag in de meest directe betekenis van het woord: het gebruik van de verschillende zorginstanties. Bij het gebruik van voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg geldt, indien we rekening houden met de

afwijkende samenstelling van de Almeerse populatie op met name de variabele leeftijd, dat de Almeerse populatie qua gebruik in geringe mate verschilt van de rest van Nederland. Waar verschillen optreden gaat het om het gebruik van eerstelijnsdisciplines die in Almere deel uitmaken van de gezondheidscentra (wijkverpleging, diëtië) en (na correctie voor leeftijd) de huisarts. Van genoemde disciplines wordt in Almere relatief vaak gebruik gemaakt. Het aantal contacten met GGZ-instellingen en met alternatieve genezers is in Almere relatief laag.

8.2 Conclusie

conclusie

Aan het eind van het eerste hoofdstuk van dit rapport is een tweeledige probleemstelling opgesteld voor het onderzoek naar de gezondheid en het gezondheidsgedrag in Almere. Wat zijn de feitelijke verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag tussen de Almeerse populatie en de referentiegroep afkomstig uit de rest van Nederland, en wat is de relatie tussen de behoefte aan zorg, bevolkingskenmerken en de kenmerken van zorgvoorzieningen.

In zijn algemeenheid moet onze conclusie op basis van de afgenomen bevolkingsenquêtes luiden dat de verschillen tussen Almere en de gekozen referentiegroep klein zijn. Waar verschillen optreden zijn deze voor een deel het gevolg van bevolkingskenmerken van de Almeerse populatie. Hierbij kan gedacht worden aan met name leeftijdseffecten op bijvoorbeeld meningen en attitudes, leefstijlen, het last hebben bij specifieke (leeftijdsggebonden) klachten en het gebruik van voorzieningen. Daarnaast geldt dat verschillen voor een deel het gevolg zullen zijn van kenmerken van de Almeerse zorgvoorzieningen. Voor een aantal disciplines geldt dat naarmate de afstand tot de populatie kleiner is en de toegankelijkheid groter, het gebruik van deze voorziening zal toenemen. Voorbeelden zijn het relatief hoge aantal contacten met de huisarts (na leeftijdscorrectie) wijkverpleegkundigen en diëtisten. Voor andere disciplines, die in Almere eveneens standaard zijn opgenomen in de gezondheidscentra zoals bijvoorbeeld fysiotherapie en het algemeen maatschappelijk werk, kan geen effect op het aantal contacten worden vastgesteld.

Bovenstaande conclusies hebben betrekking op de vergelijking Almere - andere middelgrote en grote steden in de rest van Nederland. Vergelijken we de gezondheid van de inwoners van Almere met de totale Nederlandse populatie, waarbij bovendien rekening wordt gehouden met de bijzondere bevolkingssamenstelling in Almere, naar leeftijd, dan moeten toch wat andere conclusies worden getrokken. Uit vergelijking van de gecorrigeerde cijfers (zie bijlage 1) blijkt dat de doorsnee inwoner van Almere wat de gezondheid betreft wat minder goed af is dan een willekeurige inwoner van de rest van Nederland. Deze conclusie geldt voor een breed scala van klachten. De inwoner van Almere zegt meer last te hebben van acute klachten (duizeligheid, hoofdpijn, koorts, moeheid,

oorpijn, verkoudheid, benauwdheid en nek- en schouderklachten). Bij de meer sociale aspecten geldt dat meer problemen worden ondervonden ten aanzien van de hoeveelheid geld waarmee men moet rondkomen, met het werk of een baan (of het ontbreken daarvan), met het leggen van contacten met anderen en met de leefsituatie in de buurt. Conclusies die gelden voor de met name genoemde klachten of probleemvelden, maar die terugkomen in de somscores van de verschillende morbiditeitsindicatoren. Alles samen genomen resulteert dit in een wat hoger percentage in Almere van mensen die menen hun eigen gezondheid als zijnde 'niet goed, niet slecht' of als 'slecht' beoordelen. De naar eigen zeggen wat slechtere gezondheid van de Almeerse bevolking in vergelijking met de rest van Nederland resulteert in een wat hoger gebruik van met name eerstelijnsvoorzieningen. De percentages inwoners van Almere die aangeven contact te hebben gehad met de huisarts, de fysiotherapeut, het maatschappelijk werk en de diëtiste liggen, na leeftijdscorrectie, hoger dan voor de rest van Nederland. Het aantal contacten met medisch specialisten of GGZ-instellingen, de opnames in ziekenhuizen en de mate waarin medicijnen worden voorgeschreven of gebruikt verschillen (na correctie) niet. Een laatste opvallend puntje: in Almere worden wat meer medicijnen gebruikt die niet op recept verkrijgbaar zijn. Dit kan zowel verklaard worden met behulp van de aard van de klacht (meer klachten waarvoor niet op voorschrift verkrijgbare medicijnen mogelijk helpen) als vanuit het idee dat de Almeerse huisarts bekend staat als iemand die niet snel een recept uitschrijft en op deze wijze wordt 'gepasseerd'.

Behalve in gezondheid en gezondheidsgedrag verschilt de Almeerse populatie van de rest van Nederland over het werken van de Almeerse huisarts. De ondervraagde groep in Almere is, zowel over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgverlening door huisartsen als over de manier waarop de huisarts met patiënten omgaat, wat minder positief in het oordeel dan respondenten in de rest van Nederland. Voor dit minder positieve oordeel kunnen drie mogelijke verklaringen worden aangedragen. Een eerste mogelijke verklaring is dat in algemene zin het werken van huisartsen vanuit gezondheidscentra resulteert in een grotere ontevredenheid bij de populatie over het functioneren van de huisartsgeneeskundige zorg. Als dat het geval is, dan zou de grotere ontevredenheid in Almere in vergelijking tot de referentiegroep ook op moeten treden bij een vergelijking met een steekproef van respondenten uit de Nationale Studie die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat hun huisarts praktiseert vanuit een gezondheidscentrum. Dit is niet het geval. In de rest van Nederland verschillen de meningen van patiënten met huisartsen in gezondheidscentra niet van de meningen van patiënten van solistisch werken huisartsen of huisartsen werkend in duo-praktijken. Een tweede mogelijke verklaring is dat de oorzaak voor de meer negatieve houding gezocht moet worden in een wat meer kritische opstelling van de Almeerse populatie. Deze verklaring is minder eenvoudig te weerleggen omdat de gegevens hiervoor niet toereikend zijn. Wel moet worden vastgesteld dat

door het ontbreken van verschillen in oordelen op een breed scala van andere vragen, het op het eerste gezicht niet erg aannemelijk is dat de verschillen volledig voor rekening komen van deze 'kritische ex-Amsterdamers'. Een derde mogelijke verklaring is dat de specifieke manier waarop de gezondheidszorg in Almere is georganiseerd weerstanden oproept bij de bevolking. Weerstanden die zich vertalen in een relatief hoog percentage ontevredenen. Hierbij kan gedacht worden aan de verplichte keuze voor hulpverleners werkend in gezondheidscentra; de 'beperkingen' in de vrije artsenkeuze, de wijze waarop de bereikbaarheid van de huisartsen buiten de openingstijden van de gezondheidscentra is geregeld, of wellicht de nieuwe generatie huisartsen die in Almere werk hebben gevonden. Het deelonderzoek 'gezondheid en gezondheidsgedrag' biedt hier geen uitsluitel. Tenslotte geldt dat de ontevredenheid het gevolg zou kunnen zijn van een combinatie van factoren. Overigens moet, tegelijk met de constatering van een grotere ontevredenheid in Almere, worden vastgesteld dat een meerderheid van de bevolking tevreden tot zeer tevreden is over het werken van de Almeerse huisarts en de wijze waarop de gezondheidscentra functioneren.

De Almeerse populatie lijkt niet meer of minder gezond dan een vergelijkingsgroep uit de rest van verstedelijkt (West) Nederland. Vergelijken we, na leeftijdscorrectie, Almere met de totale populatie van Nederland dan geldt voor Almere in zijn totaliteit een wat slechtere gezondheid en een wat hoger gebruik van met name eerstelijnsvoorzieningen.

LITERATUUR

- Bakker D de. Substitutie van tweedelijnszorg door fysiotherapie en eerstelijnsamenwerking. Concept-artikel aangeboden aan Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1991.
- Bos GAM van den. Zorgen van en voor chronisch zieken [dissertatie]. Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- Brink-Muinen A van den, Sixma H. De zorg voor ouderen in Almere. Utrecht, NIVEL, 1990.
- Dekker L. Verslag inzake bestuurlijke samenhang. Utrecht, NZI, 1985.
- Foets M, van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht, NIVEL, 1990.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monographs no.21. London, Oxford University Press, 1972.
- GANZEBOOM H, LUYKX R, DESSENS J, DE GRAAF P, DE GRAAF ND, JANSEN W, ULTEE W. Intergenerationele klassenmobiliteit in Nederland tussen 1970 en 1985. Mens en Maatschappij, 1987, 62, 1, p. 17-43.
- Gemeente Almere. Statistisch overzicht 1988. Almere, 1989.
- Gezondheidsraad. Advies inzake adipositas. Den Haag, 1984.
- 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.
- LISDONK EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken. [dissertatie]. Nijmegen, K.U. Nijmegen, 1985.
- Sociaal Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1986. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986.
- Sixma H. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht, NIVEL, 1986a.
- Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht, NIVEL, 1986b.
- Sixma H. EHBO in Almere. Utrecht, NIVEL, 1987.
- Sixma H, Ultee WC. Een beroepsprestigeschaal voor Nederland in de jaren tachtig. Mens en Maatschappij, 1985, 58, 4, p. 360-382.
- Sixma H, van de Voort C. Situatieschets voor Almere. Utrecht, NIVEL/NZI, 1985.

- Sonsbeek JLA van. Methodische en inhoudelijke aspecten van de OESO-indicator betreffende langdurige beperkingen in het lichamenlijk functioneren. Maandbericht Gezondheidsstatistiek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988.
- Sonsbeek JLA van, Stronkhorst LH. Methodische aspecten van de gezondheidsenquête. Statistische onderzoeken M22. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.
- Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere. Projectplan Gezondheidszorg Almere. Almere, 1983.
- Thomassen C, Sixma H, de Bakker D. De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere. Utrecht, NIVEL, 1989.
- Vliet RCJA van, van der Ven WPMM. Analyse van medische consumptie en verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Leiden, Rijksuniversiteit, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector, 1983.
- Wal G van der, Smeenk RGT. De werkelijkheid nader bekeken: een poging tot kwantificering van een tweetal bewerkelijkheidsfactoren in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1984, 27, 9, p. 309-310.

BIJLAGE 1 DE GECORRIGEEERDE CIJFERS

1 Inleiding

In hoofdstuk drie is vastgesteld dat de responsgroep in Almere op een aantal variabelen geen goede afspiegeling is van de Almeerse populatie. Door de wijze van steekproeftrekking is de verdeling naar stadsdeel in de responsgroep niet representatief voor geheel Almere, terwijl ook de leeftijdsverdeling in de responsgroep significant verschilt van de leeftijdsopbouw in Almere. Willen we de in dit rapport vermelde cijfers model laten staan voor heel Almere, dan dient er een correctie plaats te vinden voor stadsdeel en leeftijd. De correctiefactoren voor leeftijd en stadsdeel, waarmee de steekproefgegevens kunnen worden getransformeerd naar de Almeerse populatie, staan in tabel A.1.

Tabel A.1 Matrix met correctiefactoren van Almere-responsgroep naar Almere-populatie, op basis van de variabelen leeftijd en stadsdeel, cijfers op 1-1-1988 (bron: gemeente Almere)

	Almere- Haven 1	Almere- Stad 2	Almere- Buiten 3
leeftijdsklasse			
00 - 04 jaar	1.17	0.89	0.39
05 - 09 jaar	1.30	1.02	0.68
10 - 14 jaar	1.39	0.86	0.48
15 - 19 jaar	2.44	1.20	0.57
20 - 24 jaar	3.65	1.57	0.60
25 - 29 jaar	1.68	1.47	0.64
30 - 34 jaar	1.20	1.17	0.51
35 - 39 jaar	1.30	1.16	0.62
40 - 44 jaar	1.19	1.07	0.85
45 - 49 jaar	1.14	1.41	0.66
50 - 54 jaar	0.86	0.71	0.41
55 - 59 jaar	1.47	0.61	0.33
60 - 64 jaar	1.41	0.93	0.41
65 - 69 jaar	0.55	0.66	0.47
70 - 74 jaar	1.33	0.65	0.33
75 jaar en ouder	2.02	1.06	0.26

Voor de vergelijking Almere - Nederland geldt in principe hetzelfde, waarbij het de vraag is op welke (onafhankelijke) variabelen de Almeerse responsgroep afwijkt van de populatie van geheel Nederland. Voor de variabele 'leeftijd' zijn de verschillen tussen de twee groepen het grootst; bij de variabele 'geslacht' zijn de verschillen tussen de responsgroep uit Almere en de verdeling in Nederland kleiner. Voor verzekeringsvorm geldt dat er voor Nederland geen verdeling naar leeftijd en verzekeringsvorm aanwezig is per 1 januari 1988 die als basis dient voor de vergelijking.

Besloten is de Almeerse cijfers te corrigeren voor leeftijd en geslacht. De hierbij gehanteerde correctiefactoren staan in tabel A.2, waarbij voor Nederland gebruik is gemaakt van (ongepubliceerde) CBS-gegevens die betrekking hebben op 1 januari 1988.

Tabel A.2 Matrix met correctiefactoren van Almere-responsgroep naar Nederland-populatie, op basis van de variabelen leeftijd en geslacht

	man	vrouw
leeftijdsklasse		
00 - 04 jaar	3.11/5.97	2.98/5.63
05 - 09 jaar	3.09/4.71	2.96/4.54
10 - 14 jaar	3.24/4.21	3.09/3.11
15 - 19 jaar	4.18/2.10	4.00/2.10
20 - 24 jaar	4.41/1.43	4.22/2.52
25 - 29 jaar	4.37/3.70	4.19/5.38
30 - 34 jaar	4.08/6.39	3.92/7.32
35 - 39 jaar	4.03/5.38	3.83/4.37
40 - 44 jaar	3.83/3.62	3.62/3.11
45 - 49 jaar	2.94/1.18	2.79/1.85
50 - 54 jaar	2.58/2.19	2.53/1.93
55 - 59 jaar	2.43/1.68	2.51/2.94
60 - 64 jaar	2.15/2.61	2.41/1.43
65 - 69 jaar	1.81/2.19	2.20/2.76
70 - 74 jaar	1.36/1.01	1.87/1.26
75 jaar en ouder	1.82/0.59	3.44/0.76

Bij de door ons gehanteerde wegingsprocedure wordt de grootte van de responsgroep als het ware constant wordt gehouden en worden aan de antwoorden binnen de onderscheiden categorieën verschillende gewichten gehangen. Strikt genomen mag bij weging eigenlijk niet worden gewerkt met de gebruikelijke significantietoetsen. Echter, omdat de steekproefgrootte constant blijft en ook de verschuivingen in percentages niet dramatisch zullen zijn, zijn er weinig bezwaren om ook in dit geval op basis van significantietoetsen vast te stellen of er binnen de gehanteerde statistische grenzen sprake is van "echte" verschillen tussen Almere en Nederland.

In de tabellen is er gezocht naar significante verschillen tussen de percentages voor 'Almere, gecorrigeerd naar de Nederlandse populatie' en 'Nederland, gecorrigeerd naar de totale populatie'. De vraag die hiermee kan worden beantwoord is of er, na correctie voor leeftijd en geslacht, op de onderscheiden variabelen verschillen zijn tussen de Almeerse en Nederlandse populatie.

In de te presenteren tabellen worden elke keer vijf getallen gegeven. Dit zijn een niet-gecorrigeerd Almeers cijfer, een Almeers cijfer dat is gecorrigeerd (op basis van leeftijd en stadsdeel) naar de Almeerse populatie, een Almeerse cijfer dat (op basis van leeftijd en geslacht) is gecorrigeerd naar

Nederland, een ongecorrigeerd Nederlands cijfer en een gecorrigeerd Nederlands cijfer.

Het niet-gecorrigeerde cijfer voor Nederland is het cijfer dat geldt voor de gehele responsgroep (N=13.014) of voor een selectie hieruit op basis van leeftijd; een responsgroep waaruit de referentiegroep, die in de hoofdstukken 4 t/m 7 ten tonele is gevoerd, een deelpopulatie vormt. Het gecorrigeerde Nederlands cijfer is tot stand gekomen na een correctie op basis van stratificatievariabelen (regio, urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis) in combinatie met leeftijd en geslacht van de respondenten (tabel A.3).

Tabel A.3 Matrix met correctiefactoren van Nederland-responsgroep naar Nederland-populatie, op basis van de variabelen leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad en regio

urbanisatie regio		laag noorden	midden	zuiden	midden noorden	midden	zuiden	hoog noorden	midden	zuiden
leeftijd/ geslacht										
00-14	M	93205/104	260425/159	132575/210	46468/169	326701/121	143288/211	19202/29	186922/107	68237/38
	V	88532/95	249157/135	125997/174	44383/151	313192/88	137448/193	18053/13	179201/114	65276/42
15-24	M	76110/115	209280/144	115364/165	40184/151	273060/104	129298/175	26006/26	197205/81	73964/35
	V	69327/112	196759/143	107177/160	38018/165	258125/85	122784/195	26857/41	193504/84	72146/48
25-44	M	133364/251	378472/276	213333/368	68676/322	505051/215	239194/368	42367/73	353455/203	134044/72
	V	125427/261	363876/263	199903/307	67338/316	499241/244	226832/355	39589/83	338154/222	125042/75
45-64	M	87156/160	223365/163	135216/216	46787/229	326392/133	156806/222	21652/39	217256/118	87958/51
	V	86951/157	219409/173	132114/206	48056/180	333641/137	156131/227	23807/55	227571/96	92776/51
65 eo	M	51856/92	102983/78	59693/87	24184/91	145400/50	60886/69	13307/21	115246/41	41300/20
	V	68195/104	140087/97	79928/98	34050/98	215702/84	86142/105	22370/36	186364/65	65761/37

Overzichtstabellen voor de vergelijking Almere-Nederland

- B.1 Waardering voor de huisarts (1)
- B.2 Waardering voor de huisarts (2)
- B.3 Attitudes ten aanzien van gezondheid
- B.4 Voorkeuren voor hulpverleners bij psychosociale problematiek
- B.5 Indicatoren voor gezondheidsattent gedrag
- B.6 Gerapporteerde acute klachten
- B.7 Gerapporteerde chronische klachten
- B.8 Gerapporteerde psychosociale problematiek
- B.9 Gerapporteerde beperkingen en handicaps
- B.10 Overzicht morbiditeitsindicatoren
- B.11 Gebruik van medische voorzieningen

Tabel B.1 Waardering voor de huisarts (1); gecorrigeerde cijfers

	% respondenten (met antwoordcategorie "zelden/nooit")				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
mijn huisarts legt me precies uit wat me mankeert	9,7	9,5	10,4**	6,8	6,3
mijn huisarts houdt zijn patiënten op afstand	78,9	78,5	79,1*	81,8	82,4
mijn huisarts vertelt mij precies wat ik moet doen wanneer ik ziek ben	9,0	8,6	8,9**	6,0	6,2
mijn huisarts behandelt me als een nummer	89,1	89,2	89,6*	91,9	92,1
met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten	15,1	15,0	14,9**	9,2	9,7
mijn huisarts besteedt voldoende tijd aan me	6,2	6,0	6,3**	3,8	4,0
mijn huisarts vertelt me precies hoe ernstig het is tijdens de weekends en vakantieperiode is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	15,3	14,2	15,2**	5,6	6,0
tijdens de avond en 's nachts is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	15,3	14,4	14,8**	5,3	5,7

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.2 Waardering voor de huisarts bij personen van 15 jaar en ouder (2); Overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

	% respondenten (met antwoordcategorie "zelden/nooit")				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
verwijst uw huisarts wel eens te snel naar een specialist?	96,8	96,7	96,8	96,1	95,8
verwijst uw huisarts u wel eens naar een specialist terwijl u dat niet nodig acht?	99,0	99,0	98,6	97,4	97,2
schrijft uw huisarts wel eens medicijnen voor wanneer u dat niet nodig vond?	94,0	93,2	93,3	92,6	92,8
schrijft uw huisarts wel eens geen geneesmiddel voor wanneer u dat wel nodig had?	81,7	81,0	82,9**	88,5	88,5
hebt u wel eens het gevoel dat uw huisarts uw problemen niet voldoende au serieux nam?	78,7	78,7	80,2*	82,7	83,5
hebt u het wel eens meegemaakt dat uw huisarts geen visite wou maken?	87,7	87,4	88,2**	92,7	93,1
heeft het u wel eens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens het weekend en vakantieperioden niet goed te bereiken is?	76,5	76,0	78,3**	90,4	89,9
heeft het u wel eens verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens de nacht en 's avonds niet goed te bereiken is?	76,3	76,4	78,2**	92,5	92,3

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.3 Attitudes van respondenten van 15 jaar en ouder met betrekking tot gezondheid; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
Health Locus of Control, zelf					
somscore 6-11	4,6	4,7	5,2**	3,0	3,3
12-17	29,8	28,9	30,1**	23,7	25,1
18-23	40,5	40,9	39,7	41,6	41,4
24-29	20,2	21,2	19,9*	24,9	23,8
30-36	4,9	4,4	5,1	6,6	6,3
Health Locus of Control, arts					
somscore 6-11	2,9	2,4	3,8	2,2	2,3
12-17	9,3	7,3	10,2	12,0	12,1
18-23	29,9	28,0	30,3	29,3	29,2
24-29	36,4	38,5	35,4	37,4	37,4
30-36	21,5	23,8	20,3	18,6	18,9
Health Locus of Control, kans					
somscore 6-11	1,1	0,8	1,0	2,0	1,9
12-17	11,9	10,0	12,6**	17,4	16,8
18-23	38,6	37,5	39,1	38,6	39,0
24-29	38,1	40,0	35,7*	32,1	32,3
30-36	10,4	11,7	11,7	10,0	10,0
Nijmeegse Verwachtingenschaal					
somscore 12-23	4,2	2,9	4,0**	6,6	6,4
24-35	29,3	27,2	31,4*	35,1	34,8
36-47	54,2	56,9	53,9**	49,1	49,2
48-60	12,3	12,9	10,6	9,2	9,6

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.4 Keuze van hulpverlener bij psychosociale problemen bij personen van 15 jaar en ouder; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
Bij opvoedingsproblemen, naar:					
huisarts	36,0	34,7	33,3**	39,6	38,3
A.M.W.	28,8	30,0	31,1**	25,4	24,7
psycholoog	22,1	23,0	21,0	21,4	23,0
geen hulp	13,1	12,4	14,5	13,6	14,0
Bij huwelijksproblemen, naar:					
huisarts	25,6	26,0	23,5	26,8	25,8
A.M.W.	41,1	40,4	41,5**	36,5	34,5
psycholoog	18,4	19,3	18,7*	20,1	21,8
geen hulp	14,9	14,3	16,2	16,6	17,9
Bij eenzaamheid, naar:					
huisarts	23,4	22,2	22,6	26,6	25,6
A.M.W.	40,7	41,5	39,4	36,9	37,2
psycholoog	19,8	19,8	20,1	18,6	19,0
geen hulp	16,2	16,5	17,9	17,9	18,2
Bij depressiviteit, naar:					
huisarts	55,3	53,7	54,4	60,8	56,4
A.M.W.	10,5	10,9	10,4*	6,9	6,8
psycholoog	29,6	31,1	30,2	26,7	27,8
geen hulp	4,5	4,2	5,1	5,6	5,8
Bij fobieën, naar:					
huisarts	30,9	27,9	30,9	32,4	31,9
A.M.W.	3,7	3,2	3,4	3,1	2,9
psycholoog	44,7	47,0	44,9**	38,2	40,3
geen hulp	20,7	21,9	20,8**	26,3	24,9

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.5 Indicatoren van gezondheidsattent gedrag bij personen van 15 jaar en ouder; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

indicatoren	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
% rokers van tabak	45,1	43,8	41,8	40,8	39,6
% alcohol gebruikers	76,5	77,2	73,0**	77,3	77,1
% koffie drinkers	91,9	90,3	90,3	91,3	90,1
% dieetvolgers	12,4	11,5	13,1*	10,5	10,8
% sportbeoefenaren	34,5	37,5	32,0**	37,0	37,4
% Quetelet (> 30)	7,5	7,0	7,9*	5,7	5,8

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.6 Gerapporteerde acute klachten over twee weken; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

acute klacht	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
duizeligheid	11,2	11,7	12,5**	9,7	9,7
hoofdpijn	31,4	33,2	33,6**	28,8	28,3
koorts	8,4	8,9	7,5**	5,3	5,6
moeheid	33,0	34,1	35,6**	28,2	29,0
nervositeit	20,5	20,0	21,7*	17,4	19,0
slapeloosheid	15,9	15,6	17,4	14,7	15,6
lusteloosheid	12,4	13,0	13,8*	11,0	11,6
agressiviteit	8,7	9,3	9,7**	6,8	7,4
snel opgewonden	17,2	17,1	17,5	15,1	15,5
veel transpireren	9,8	9,7	11,1	10,0	9,9
keelpijn	13,8	14,9	13,0	11,8	12,1
oorpijn	6,9	7,2	6,4**	4,6	4,6
oorsuizingen	6,2	5,5	6,7	5,6	5,6
slecht horen	10,6	10,3	11,7**	9,1	8,8
verstopte neus	25,1	26,0	24,4**	20,0	21,1
neusbloeding	2,8	2,5	2,4	2,6	2,5
hoesten	28,0	28,1	26,1**	20,6	21,0
benauwdheid	10,7	11,0	12,2**	7,5	8,1
hartkloppingen	4,7	4,6	4,8	5,2	5,5
dikke enkels	3,8	3,5	4,9	4,3	4,3
misselijkheid	6,7	6,6	7,0	6,0	6,0
pijn op de borst	7,1	7,0	7,4	6,8	6,7
braken	4,4	4,3	4,0*	3,1	2,9
diarree	6,6	6,6	6,0	5,2	5,2
maagzuur	7,3	7,2	7,9**	5,9	5,6
maagpijn	5,6	5,3	6,0*	4,8	4,7
buikkrampen	9,4	9,8	8,9	7,6	7,6
klachten over stoelgang	7,0	7,1	7,1	6,6	6,6
gewichtstoename	5,1	5,8	6,0	5,2	5,3
eetstoornissen	3,4	3,1	2,9	2,5	2,6
tandpijn	4,5	5,0	4,4	3,6	3,6
branderig gevoel bij plassen	1,4	1,5	1,2	1,8	1,7
geen controle over blaas	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7
menstruatieklachten	4,8	5,6	5,2	4,6	4,3
nek- en schouderklachten	14,7	14,8	16,6**	13,4	13,7
heupklachten	3,4	3,4	4,8	4,7	4,4
rugklachten	15,1	15,4	17,5	15,8	15,4
klachten aan hand of arm	9,1	8,9	9,9	9,6	9,4
klachten aan been of voet	13,2	12,6	14,2	12,8	13,1
problemen op werk	2,6	2,7	2,8	2,7	2,9
gezinsproblemen	3,1	3,0	3,3	2,4	2,7
anticonceptieproblemen	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.7 Gerapporteerde chronische klachten; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

chronische klacht	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
chronische bronchitis	5,4	5,0	5,7	5,6	5,8
astma	1,7	1,6	1,9	2,1	2,3
hoorstoornis	4,6	5,0	4,9	4,6	4,9
hoge bloeddruk	7,5	7,1	8,7	7,4	7,4
hartklachten	3,8	3,2	4,0	4,7	5,0
vocht achter de longen	0,4	0,4	0,8	0,5	0,5
aambeien	6,8	7,0	7,1	7,4	6,8
spataderen	5,4	5,1	5,6	6,8	6,5
open been	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
aderverkalking	0,3	0,2	0,4	0,5	0,7
langdurige rugklachten	12,6	12,3	15,3**	12,2	11,9
chronische reuma	2,4	2,2	2,6	2,9	3,2
kanker	1,3	1,2	1,5*	0,9	0,8
ziekte van zenuwstelsel	0,4	0,3	0,5	1,2	1,1
migraine	9,3	10,2	9,8	8,9	8,4
chronische maagkwaal	3,9	3,8	3,9	3,5	3,5
diabetes	1,9	1,5	2,3	1,8	1,8
galblaas- en leverziekten	0,6	0,6	0,6	1,1	1,0
chronische nierziekten	1,5	1,3	1,4	1,4	1,4
schildklierafwijking	1,4	1,2	1,6	1,0	1,1
prostaatklaften	0,4	0,3	0,3*	0,9	0,9
chronische menstruatieklachten	2,6	3,1	3,0	2,8	2,7
eczeem	6,0	6,0	6,5	5,9	6,1
gevolgen ongeval	2,3	2,1	2,4	2,4	2,4
erfelijke afwijking	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.8 Gerapporteerde (psychosociale) problemen door personen van 15 jaar en ouder; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

problemen met:	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
financiën	12,1	12,3	11,5**	7,6	8,2
wonen	8,0	8,5	8,2	6,5	7,7
ouders	8,7	9,6	8,2*	5,3	5,8
studie	4,1	4,4	4,8	4,4	4,9
werk/baan	13,5	14,2	12,9**	8,8	9,2
ouder worden	4,7	3,5	5,0	5,4	5,9
partner	4,2	3,5	3,7	3,8	4,4
kinderen	4,6	4,1	4,1	4,4	5,0
andere personen	8,6	8,8	8,4*	5,9	6,4
contact maken	8,8	8,7	9,6*	6,9	7,3
sexualiteit	5,5	5,7	5,1*	3,3	3,7
godsdienst	4,1	3,6	3,8**	6,7	6,6
ontplooiing	15,7	16,8	14,6*	11,3	11,7
zelfbeeld	12,2	11,6	12,8	12,4	13,1
toekomst	19,2	17,9	18,3	16,4	16,7
alcohol/medicijnen	2,3	2,1	2,6	3,2	3,6
alleen zijn	7,5	7,1	7,2	5,5	5,9
maatschappelijke veranderingen	20,0	18,3	19,1	16,2	16,8
leefsituatie in buurt	8,9	8,7	9,0**	5,6	6,3
besteding vrije tijd	2,5	2,2	2,2	2,7	2,7
leven dat men leidt	5,9	5,4	5,8	4,8	5,1
andere problemen	5,1	5,1	5,1*	3,3	3,6

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.9 Gerapporteerde beperkingen bij personen van 15 jaar en ouder; overzichtstabel vergelijk Almere-Nederland

beperking	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
niet verstaan van personen	0,4	0,1	0,3	0,5	0,4
geen gesprek kunnen voeren	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
hebben van spraakgebrek niet verstaanbaar kunnen praten	4,4	4,4	5,2	5,3	5,4
niet krant lezen	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2
niet herkennen	0,9	0,8	0,9	0,7	0,8
geen hard voedsel kunnen kauwen	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6
niet zelf eten kunnen snijden	6,3	5,1	6,7	5,5	5,7
niet zelf teennagels kunnen knippen	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5
geen 5 kilo 100 meter kunnen dragen	2,7	2,5	5,2	3,6	4,0
niet kunnen bukken	5,5	4,6	7,5**	4,4	4,9
niet kunnen verplaatsen in huis	0,6	0,4	0,9	1,2	1,4
geen 400 meter kunnen lopen zonder stilstaan	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4
geen 100 meter kunnen hardlopen	10,2	9,9	9,0**	11,9	12,2
geen 15 traptreden kunnen oplopen	18,5	15,3	23,3	19,6	20,9
geen 15 traptreden kunnen aflopen	10,8	10,4	10,4	10,9	11,3
niet zelf in/uit bed kunnen stappen	10,2	9,8	9,5	10,3	10,5
niet zelf aan/uit kunnen kleden	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3
	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.10 Overzicht somscores Morbiditeitsindicatoren; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

	% respondent(en)				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
gezondheidstoestand					
% (heel) goed	84,5	85,9	81,8**	85,5	85,4
% niet goed, niet slecht	12,3	11,3	14,5*	12,6	12,5
% (heel) slecht	3,2	2,8	3,6**	2,0	2,1
aantal acute klachten					
% geen klachten	18,7	18,1	17,1**	22,3	21,8
% 1-2 klachten	27,2	27,3	27,2	28,0	28,0
% 3-5 klachten	24,4	24,3	22,9*	25,6	25,6
% 6 of meer klachten	29,7	30,3	32,9**	24,0	24,6
aantal chronische klachten					
% geen klachten	52,6	53,1	49,2	50,2	50,5
% 1 klacht	24,9	25,0	25,0	26,4	26,1
% 2 klachten	11,5	11,0	13,3	13,0	12,9
% 3 of meer klachten	11,0	10,8	12,5*	10,4	10,5
aantal handicaps/beperkingen					
% geen handicaps	67,1	70,5	63,6	65,2	64,1
% 1 handicap	16,2	14,5	18,3	16,4	16,5
% 2 handicaps	3,2	2,3	3,5*	4,8	5,2
% 3 of meer handicaps	13,6	12,7	14,7	13,5	14,2
GHC-somscores					
% 0 symptomen	50,8	50,2	50,9**	59,9	58,6
% 1-2 symptomen	26,6	27,0	26,9**	20,8	20,8
% 3-4 symptomen	7,4	7,6	7,4	6,8	7,2
% 5-9 symptomen	7,5	7,6	7,4	6,9	6,9
% 10 of meer symptomen	7,6	7,5	7,4	5,6	6,2
psychosociale problemen					
% geen problemen	38,9	39,2	40,0**	47,7	46,4
% 1-2 problemen	35,3	35,6	34,9	31,8	32,0
% 3-5 problemen	19,7	19,3	19,3**	15,0	15,4
% 6 of meer problemen	6,1	5,9	5,7	5,4	6,2
ziekteverzuim					
% rustiger aan	14,7	15,4	16,1*	13,8	13,8
% verzuim	26,8	27,5	26,6**	18,1	18,6
% bedrust	28,1	28,0	26,9	26,9	28,3

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

Tabel B.11 Gebruik van medische voorzieningen; overzichtstabel vergelijking Almere-Nederland

	% respondenten				
	steekproef Almere	steekproef Almere gecorrigeerd naar Almeerse populatie	steekproef Almere gecorrigeerd naar Nederlandse populatie	steekproef Nederland	steekproef Nederland gecorrigeerd naar totale populatie
% contact met huisarts (2 mnd)	43,0	42,9	44,1**	36,7	37,2
% contact met fysiotherapeut (1 jr)	15,4	15,9	16,0**	12,9	13,3
% contact met wijkverpleging (1 jr)	7,5	6,9	6,3	7,0	6,6
% contact met algemeen maatschappelijk werk (1 jr)	3,7	3,6	3,7*	2,3	2,5
% contact met logopedie (1 jr)	2,5	2,6	1,9	1,3	1,3
% contact met diëtist (1 jr)	4,0	3,5	4,6**	2,2	2,1
% contact met gezinsverzorging (1 jr)	1,5	1,7	1,7	2,0	2,0
% contact met tandarts (1 jr)	72,2	76,4	69,5	67,7	68,3
% contact met medisch specialist (2 mnd)	16,5	15,1	17,1	15,5	16,3
% opnames in ziekenhuis (1 jr)	7,9	7,0	7,6	7,8	8,0
% opnames in ziekenhuis (5 jr)	24,6	23,1	24,8	23,7	24,1
% contact met G.G.Z. (1 jr)	3,7	3,6	3,5	3,2	3,5
% contact met G.G.Z. (5 jr)	7,3	7,5	6,8	6,7	7,4
% contact met alternatieve genezers (1 jr)	6,7	7,0	6,4	7,5	7,6
% contact met alternatieve genezers (5 jr)	11,8	12,3	11,6*	13,9	13,8
% met voorgeschreven medicijnen (14 dgn)	14,0	13,7	14,0	13,1	13,8
% met gebruik voorgeschreven medicijnen (14 dgn)	28,4	26,2	30,0	29,1	30,4
% met gebruik niet-voorgeschreven medicijnen (14 dgn)	28,3	29,3	27,9**	23,0	23,9

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$