

De Tweede Nationale Studie
naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (H van Lindert, M Droomers, GP Westert. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik.* Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Kijk voor actuele informatie op de website van de Tweede Nationale Studie:
<http://www.nivel.nl/nationalestudie>

3

**EEN KWESTIE VAN VERSCHIL:
VERSCHILLEN IN ZELF-
GERAPPORTEERDE LEEFSTIJL,
GEZONDHEID EN ZORGGEBRUIK**

TWEEDE NATIONALE STUDIE NAAR ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN
IN DE HUISARTSPRAKTIJK

EEN KWESTIE VAN VERSCHIL:

VERSCHILLEN IN ZELFGERAPPORTEERDE LEEFSTIJL,
GEZONDHEID EN ZORGGEBRUIK

H. van Lindert¹

M. Droomers²

G. P. Westert²

¹ Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

² Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

3

**EEN KWESTIE VAN VERSCHIL:
VERSCHILLEN IN ZELF-
GERAPPORTEERDE LEEFSTIJL,
GEZONDHEID EN ZORGGEBRUIK**

ISBN 90-6905-651-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

© 2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT / RIVM, Postbus 1, 3720 BA BILTHOVEN

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	9
Samenvatting	11
1 Inleiding	21
1.1. Doel	22
1.2. Onderzoeksvragen	23
1.3. Indeling van het rapport	23
2 Overzicht van bestaand onderzoek naar verschillen in Nederland	27
2.1 Inleiding	27
2.2 Geslacht	28
2.3 Leeftijd	29
2.4 Sociaal economische status	30
2.5 Etniciteit	31
2.6 Grote stad versus platteland	32
2.7 Werklozen en arbeidsongeschikten	33
2.8 Sociale steun en woonvorm	34
2.9 Tweede Nationale Studie: actualisering en verdieping	34
3 Onderzoeksopzet	37
3.1 Onderzoekspopulatie	37
3.1.1 Patiëntregistratie (2001)	39
3.1.2 Patiëntenquête onder de Nederlandstalige bevolking (2001)	40
3.1.3 Patiëntenquête onder allochtonen (2001)	42
3.1.4 Patiëntenquête (1987)	44
3.2 Meetinstrumenten	44
3.2.1 Gezondheid	45
3.2.2 Zorggebruik	46
3.2.3 Leefstijl	47
3.2.4 Indeling in demografische en sociale achtergrondkenmerken	48
3.3 Analysetechnieken	51

4	Gezondheid	55
4.1	Inleiding	55
4.2	Subjectief gezondheidsoordeel	56
4.2.1	Inschatting eigen gezondheid door de autochtone bevolking	56
4.2.2	Inschatting eigen gezondheid door de allochtone bevolkingsgroepen	62
4.3	Geen acute klachten	65
4.3.1	Geen acute klachten voorafgaand aan het interview in de autochtone bevolking	66
4.3.2	Geen acute klachten voorafgaand aan het interview in de allochtone bevolking	70
4.4	Acute klachten	73
4.4.1	Acute klachten in de autochtone bevolking	73
4.4.2	Acute klachten in de allochtone bevolkingsgroepen	78
4.5	Acute aandoeningen	81
4.6	Chronische aandoeningen	86
4.6.1	Chronische aandoeningen in de autochtone bevolking	86
4.6.2	Chronische aandoeningen in de allochtone bevolkingsgroepen	96
4.7	Langdurige beperkingen	101
4.8	Geestelijke gezondheid	107
4.8.1	Geestelijke gezondheid in de autochtone bevolking	107
4.8.2	Geestelijke gezondheid in de allochtone bevolkingsgroepen	115
4.9	Vergelijking eerste en tweede Nationale Studie (1987 versus 2001)	118
4.9.1	Eigen gezondheidsoordeel in 1987 en 2001	119
4.9.2	Acute klachten in 1987 en 2001	121
4.9.3	Chronische aandoeningen in 1987 en 2001	125
4.9.4	Geestelijke gezondheid in 1987 en 2001	128
4.10	Gezondheid in Nederland in vogelvlucht	130
5	Zorggebruik	135
5.1	Inleiding	135
5.2	Contact eerste lijn	135
5.2.1	Contact met de huisarts	135
5.2.2	Contact met de fysiotherapeut	147
5.2.3	Contact met andere paramedici	152
5.2.4	Contact met de thuiszorg	153
5.2.5	Contact met de tandarts	158
5.3	Contact met de tweede lijn	163
5.3.1	Contact met de medisch specialist	163
5.3.2	Opname	171
5.4	GGZ	176
5.4.1	Contact met GGZ-hulpverleners in de autochtone bevolking	176
5.4.2	Contact met GGZ-hulpverleners in de allochtone bevolkingsgroepen	181
5.5	Contact met alternatieve behandelaars	185
5.5.1	Contact met alternatieve behandelaars in de autochtone bevolking	185
5.5.2	Contact met alternatieve behandelaars in de allochtone bevolkingsgroepen	187
5.6	Medicijngebruik	188

5.6.1	Medicijnen op recept	189
5.6.2	Vrij verkrijgbare medicijnen	204
5.7	Preventie	216
5.7.1	Griep prik	216
5.7.2	Baarmoederhalskankeronderzoek	219
5.7.3	Borstkankeronderzoek	223
5.7.4	PSA-test	227
5.8	Vergelijking eerste en tweede Nationale Studie (1987 versus 2001)	228
5.8.1	Huisartscontact in 1987 en 2001	228
5.8.2	Contact met de fysiotherapeut in 1987 en 2001	230
5.8.3	Contact met de tandarts in 1987 en 2001	231
5.8.4	Contact met medisch specialisten in 1987 en 2001	233
5.8.5	Opname in een ziekenhuis in 1987 en 2001	234
5.8.6	Contact met GGZ-hulpverleners in 1987 en 2001	236
5.8.7	Contact met alternatieve behandelaars in 1987 en 2001	238
5.8.8	Medicijngebruik in 1987 en 2001	240
5.9	Zorggebruik in Nederland in vogelvlucht	245
6	Leefstijl	253
6.1	Inleiding	253
6.2	Roken	253
6.3	Alcoholconsumptie	259
6.4	Drugsgebruik	266
6.5	Voedingspatroon	272
6.6	Lichaamsbeweging	281
6.7	Onder- en overgewicht	287
6.8	Vergelijking eerste en tweede Nationale Studie (1987 versus 2001)	293
6.8.1	Rookgedrag	293
6.8.2	Overmatig alcoholgebruik	296
6.8.3	Gewicht	299
6.9	Leefstijl in Nederland in vogelvlucht	302
	Literatuur	305
	Bijlagen	309
	Bijlage I Tabellen bij hoofdstuk 4 Gezondheid	309
	Bijlage II Tabellen bij hoofdstuk 5 Zorggebruik	332
	Bijlage III Tabellen bij hoofdstuk 6 Leefstijl	366

Voorwoord

Eind 1999 werd aan het NIVEL subsidie verleend om de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk te gaan uitvoeren. De plannen hiervoor waren neergelegd in een projectplan, ontwikkeld in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), dat in december 1998 is aangeboden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het grootste deel van de financiering van de Tweede Nationale Studie is direct of indirect afkomstig van het Ministerie van VWS. Daarnaast droeg de Stichting Centraal Fonds Reserves Voormalige Vrijwillige Ziektekostenverzekering financieel bij.

Bij de uitvoering van deze zeer omvangrijke studie is de inzet van velen cruciaal geweest. Allereerst noemen we de huisartsen, de praktijkmedewerkers en patiënten uit de 104 deelnemende praktijken door het hele land. In totaal waren meer dan 400.000 Nederlanders op enigerlei wijze bij de studie betrokken. In de tweede plaats bedanken we de medewerkers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) in Utrecht en Nijmegen, met wie tijdens de gegevensverzameling is samengewerkt en die daarmee meer dan alleen de infrastructuur voor de studie boden. Ook dienen hier andere partijen genoemd te worden: INTOMART GfK, Survey Data, IVA Tilburg, en de firma's die de verschillende Huisarts Informatie Systemen beheren.

Het voorliggende rapport is een van de eindrapporten van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Ook dit rapport is tot stand gekomen dankzij de bijdrage van velen; wij willen hen op deze plaats danken voor hun medewerking.

Speciale dank gaat uit naar de leden van de externe klankbordgroep, die ten tijde van de totstandkoming van het rapport is ingesteld, bestaande uit experts uit verschillende maatschappelijke gezindheden die beroepshalve bij het thema van het onderhavige rapport betrokken zijn. De leden van de klankbordgroep van dit rapport zijn:

mw. drs. S. Lo Fo Wong (huisarts, NHG)

drs. J. Schoenmakers (LHV)

mw. drs. L. Singels (VWS)

mw. dr. K. Stronks (AMC, Instituut Sociale Geneeskunde)

drs. E. van der Veen (ZonMw)

dr. H. Verkleij (VWS)

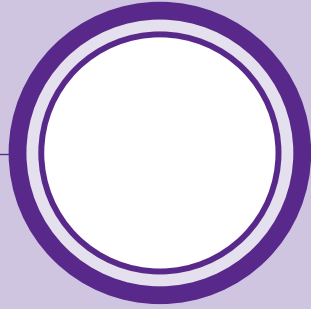
drs. J. Zandvliet (ZonMw)

Utrecht, december 2003.

Hanneke van Lindert

Mariël Droomers

Gert P. Westert



Samenvatting en beschouwing

Samenvatting

11

Dit rapport geeft een overzicht van verschillen in leefstijl, gezondheid en gebruik van gezondheidszorg naar geslacht, leeftijd, sociaal economische status, etniciteit, arbeidsstatus, woonvorm en door mensen ervaren sociale steun. De cijfers in dit rapport zijn gebaseerd op zelfrapportage.

Vrouwen rapporteren een slechtere gezondheid en meer zorggebruik dan mannen, maar houden er over het algemeen wel een gezondere leefstijl op na.

Vrouwen houden er over het algemeen een gezondere leefstijl op na dan mannen. Vrouwen roken en drinken minder en hebben een gezonder eetpatroon dan mannen. Uitzondering op de gezondere leefstijl van vrouwen vormen het bewegingspatroon en het gewicht. De verschillen in leefstijl tussen mannen en vrouwen zijn stabiel vergeleken met 1987.

De zelfgerapporteerde gezondheid van vrouwen is over het algemeen slechter dan die van mannen. Vrouwen beoordelen hun eigen gezondheid slechter dan mannen, hebben meer acute klachten, vaker een chronische aandoening (vooral migraine of ernstige hoofdpijn komt beduidend meer voor onder vrouwen), meer last van beperkingen en een slechtere geestelijke gezondheid.

De gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen zijn vergeleken met 1987 iets groter geworden.

Overeenkomstig de slechtere gezondheidstoestand is het zorggebruik onder vrouwen over het algemeen hoger dan onder mannen. Vrouwen hebben meer contact met huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, medisch specialisten, GGZ-hulpverleners, alternatieve behandelaars en de thuiszorg. Ook gebruiken zij meer medicijnen dan mannen.

Ouderen rapporteren in 2001 een betere gezondheid dan in 1987, terwijl de gezondheid van jongeren in diezelfde periode is verslechterd.

Oudere mensen gedragen zich over het algemeen gezonder dan jongere mensen. Na het 50ste levensjaar stoppen veel mensen met roken. Ook neemt overmatig alcoholgebruik af. Oudere mensen nemen vaker voldoende beweging en eten over het algemeen gezonder dan jongere mensen. Overgewicht en obesitas nemen echter wel toe met de leeftijd en ouderen zijn dus vaker (veel) te zwaar dan jongeren.

Mensen onder de 45 jaar rapporteren een slechtere geestelijke gezondheid dan mensen boven de 45 jaar. De top vijf van meest genoemde klachten varieert tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Kinderen hebben het meest frequent last van een verstopte neus en hoesten, verder staan moeheid,

hoofdpijn en 'agressief gevoel' in de top vijf van veelvoorkomende klachten onder kinderen. Ouderen (65-plussers) hebben het meest frequent last van lage rugpijn, moeheid, slapeloosheid, pijn in nek of schouder en slechthorendheid. De meeste chronische aandoeningen komen meer voor op hogere leeftijd. Migraine of ernstige hoofdpijn en eczeem nemen juist af naarmate men ouder wordt.

De verschillen in gezondheidsbeleving tussen jongeren en ouderen zijn afgenomen sinds 1987. Vergeleken met 1987 rapporteren oudere mensen een betere gezondheid. Dit geldt met name voor mensen tussen de 45 en 64 jaar. Jongere mensen daarentegen rapporteren een iets slechtere gezondheid vergeleken met 1987. De verschillen in geestelijke gezondheid tussen ouderen en jongeren zijn vergeleken met 1987 groter geworden.

Overeenkomstig de slechtere gezondheidstoestand van oudere mensen, hebben oudere mensen over het algemeen meer contact met de gezondheidszorg dan jongere mensen. Ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving is de kans dat oudere mensen gebruik maken van zorg groter dan de kans voor jongere mensen.

12

Mensen met een lagere sociaal economische status zijn en gedragen zich ongezonder dan mensen met een hoge sociaal economische status. Zo komt diabetes mellitus veel meer voor onder mensen met een lagere sociaal economische status. Ten aanzien van de geestelijke gezondheid is de kloof tussen beide groepen duidelijk groter geworden sinds 1987.

Mensen met een lagere sociaal-economische status roken vaker, hebben over het algemeen een ongezonder eetpatroon en gebruiken vaker hard drugs en overmatig alcohol dan mensen met een hoge sociaal-economische status. De onderscheiden sociaal-economische groepen blijken weinig te verschillen in de mate waarin zij voldoen aan de Nederlandse norm voor voldoende lichaamsbeweging. Mensen met een lagere sociaal-economische status zijn wel vaker (veel) te zwaar dan mensen met een hoge sociaal-economische status.

Tussen 1987 en 2001 zijn de sociaal-economische verschillen in rookgedrag en overmatig alcoholgebruik gestabiliseerd. Sociaal-economische verschillen in overgewicht en obesitas, daarentegen zijn kleiner geworden sinds 1987.

Mensen met een lagere sociaal economische status beoordelen hun eigen gezondheid slechter, hebben gemiddeld meer acute klachten en chronische aandoeningen en een slechtere geestelijke gezondheidstoestand. De sociaal-economische verschillen in ervaren en geestelijke gezondheid zijn toegenomen sinds 1987. Verschillen in het voorkomen van migraine/ernstige hoofdpijn lijken kleiner te zijn geworden, terwijl sociaal-economische verschillen in het voorkomen van diabetes mellitus zijn toegenomen.

Lager opgeleiden hebben vaker contact met huisartsen, medisch specialisten en de thuiszorg dan hoog opgeleiden. Ook worden laag opgeleiden vaker opgenomen in een ziekenhuis en gebruiken zij meer medicijnen op recept. Wanneer echter rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving verdwijnen deze verschillen naar opleiding. Hoog opgeleiden hebben vaker contact met GGZ-hulpverleners, tandartsen en alternatieve hulpverleners, gebruiken meer vrij verkrijgbare medicijnen en laten vaker een uitstrijkje maken.

Allochtonen rapporteren meer ongezondheid dan autochtonen. Er bestaan echter ook aanzienlijke verschillen tussen de allochtone groepen onderling. Over het algemeen zeggen Turken ongezonder te zijn dan Marokkanen, Antillianen en Surinamers. Het zorggebruik van allochtonen blijft niet achter bij autochtonen.

Allochtone mannen (vooral Turken) roken vaker dan autochtone mannen. Van de allochtone vrouwen roken alleen Turkse vrouwen meer dan autochtone vrouwen. Marokkaanse vrouwen roken minder. Allochtonen bewegen minder dan autochtonen. Vooral Turken en Marokkanen bewegen weinig. Bijna alle allochtone groepen lijden vaker aan overgewicht en obesitas in vergelijking met autochtonen. Allochtonen gebruiken echter minder vaak overmatig alcohol in vergelijking met autochtonen. Surinaamse mannen en Antilliaanse mannen en vrouwen blijken echter vaker zware drinkers te zijn.

Allochtonen beoordelen de eigen gezondheid als slechter en hebben gemiddeld meer klachten, ook al komt de rangorde van de top 5 van acute klachten overeen met die van de autochtone bevolking. Sommige chronische aandoeningen komen vaker voor onder allochtonen en sommige onder autochtonen. Het voorkomen van chronische aandoeningen en de rangorde erin verschilt tussen de onderscheiden groepen. Surinamers - bijvoorbeeld - hebben vaker een hoge bloeddruk of een beroerte dan de andere allochtone groepen of dan autochtonen.

13

Turken zeggen het minst gezond te zijn. Zij zijn het minst positief over hun eigen gezondheid en rapporteren vaker gezondheidsklachten en chronische aandoeningen dan de andere drie allochtone groepen. Alleen ten aanzien van de geestelijke gezondheid is de situatie voor Turken niet slechter dan voor de overige drie allochtone groepen.

Allochtonen hebben vaker contact met huisartsen, medisch specialisten, tandartsen en GGZ-hulpverleners dan autochtonen. Marokkanen hebben van alle vier de allochtone groepen het minst contact met huisartsen en specialisten. Alle allochtone groepen maken even vaak gebruik van tandartsenzorg. Marokkaanse en Surinaamse mannen zoeken vaker hulp bij de GGZ dan Turkse en Antilliaanse mannen, terwijl er geen verschil is voor vrouwen tussen de allochtone groepen.

Allochtonen en autochtonen gaan even vaak naar het ziekenhuis of naar fysiotherapeuten en allochtonen hebben minder contact met de thuiszorg en met alternatieve behandelaars dan autochtonen. Ook laten allochtonen zich minder vaak vaccineren tegen influenza dan autochtonen en laten allochtone vrouwen minder vaak een uitstrijkje of röntgenfoto's van de borsten maken dan autochtone vrouwen.

Terwijl allochtonen vaker een recept krijgen dan autochtonen, rapporteren zij minder vaak medicijnen op recept te gebruiken. Surinamers gebruiken vaker geneesmiddelen op recept dan Turken, Marokkanen en Antillianen. Allochtonen gebruiken minder vaak vrij verkrijgbare medicijnen dan autochtonen. Antillianen gebruiken het meest vrij verkrijgbare geneesmiddelen en hun gebruik is vergelijkbaar met het gebruik van de autochtone bevolking.

Stedelingen zijn en gedragen zich over het algemeen ongezonder dan niet-stedelingen. Het zorggebruik is over het algemeen hoger in de grote steden dan op het platteland, ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving.

Stedelingen gedragen zich over het algemeen ongezonder dan inwoners van matig en niet-stedelijke gebieden. Mensen die in stedelijke gebieden wonen, roken vaker, gebruiken vaker drugs en nemen vaker onvoldoende lichaamsbeweging dan inwoners van niet-stedelijke gebieden. Vrouwen

woonachtig in steden drinken vaker overmatig veel alcohol. Inwoners van minder stedelijke gebieden blijken daarentegen vaker te zwaar dan stedelingen. De verschillen tussen de stad en het platteland in het rookgedrag zijn toegenomen sinds 1987, terwijl de verschillen in alcoholconsumptie en overgewicht zijn afgenomen.

Inwoners van zeer sterk stedelijke gebieden rapporteren een slechtere gezondheid dan mensen in niet-stedelijke gebieden. Dit geldt zowel voor het eigen gezondheidsoordeel als ten aanzien van acute klachten, chronische aandoeningen, beperkingen en de geestelijke gezondheid. De verschillen tussen stad en platteland ten aanzien van het voorkomen van klachten en aandoeningen zijn vergeleken met 1987 niet groter geworden.

Het zorggebruik in de grote steden is hoger dan op het platteland. Dit geldt voor het contact met huisartsen, tandartsen, medisch specialisten, GGZ-hulpverleners, maar ook voor het gebruik van medicijnen. Het contact met fysiotherapeuten is echter lager in de grote steden. Bovengenoemde verschillen tussen stad en platteland, behalve in het contact met medisch specialisten, blijven bestaan wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving.

Mensen in grote steden laten zich vaker vaccineren tegen influenza dan mensen op het platteland. Daarentegen laten vrouwen uit stedelijke gebieden minder vaak een uitstrijkje maken dan vrouwen uit niet-stedelijke gebieden.

De verschillen tussen stad en platteland in het bezoek aan tandartsen en alternatieve behandelaars zijn afgenomen sinds 1987. De verschillen in het contact met de overige zorgaanbieders zijn nagenoeg niet veranderd. Het medicijngebruik is in de grote steden verhoudingsgewijs sterker toegenomen dan op het platteland.

Vergeleken met vijftien jaar geleden zijn werklozen en arbeidsongeschikten wat betreft hun gezondheid duidelijk slechter af.

Werklozen en arbeidsongeschikten houden er over het algemeen een ongezondere leefstijl op na. Zij roken vaker, gebruiken meer alcohol en ook de beweging is vaak onvoldoende. Verder slaan zij vaker hun ontbijt of warme maaltijd over. Voor arbeidsongeschikten geldt verder dat zij vaker (veel) te zwaar zijn in vergelijking met de rest van de bevolking.

De gezondheid van werklozen en arbeidsongeschikten is slechter dan die van mensen met een betaalde baan. Werklozen en arbeidsongeschikten rapporteren vaker klachten, hebben meer chronische aandoeningen en een slechtere geestelijke gezondheid. Arbeidsongeschikten hebben daarnaast ook vaker last van beperkingen. Vergeleken met 1987 is het verschil in gezondheid tussen werklozen of arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan gegroeid. Zo is het percentage werklozen dat aangeeft een matige of slechte gezondheid te hebben toegenomen, terwijl dit niet geldt voor mensen met een andere arbeidsstatus. Acute klachten, migraine en geestelijke gezondheidsproblemen zijn onder werklozen en arbeidsongeschikten sterker toegenomen dan onder de andere groepen.

Verschillen in zorggebruik tussen werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan verdwijnen grotendeels wanneer rekening gehouden wordt met de verschillen in gezondheid. Alleen de kans op contacten met de thuiszorg, alternatieve behandelaars en het gebruik van middelen op recept is dan nog groter voor arbeidsongeschikten.

Het zorggebruik onder werklozen is voor wat betreft het contact met huisartsen en fysiotherapeuten gestegen vergeleken met 1987. Arbeidsongeschikten maken vergeleken met 1987 meer gebruik van de hulp van de geestelijke gezondheidszorg en de zorg van alternatieve behandelaars.

Volwassenen zonder tekorten in sociale steun en volwassenen in tweeoudergezinnen zijn over het algemeen gezonder dan volwassenen met veel tekorten in sociale steun en volwassen uit andere woonvormen.

Mensen die alleen wonen roken meer, drinken meer alcohol, gebruiken meer soft drugs en slaan vaker de warme maaltijd over. In gezinnen met kinderen wordt het ongezondst gegeten. Volwassenen met kinderen blijken daarnaast ook vaker onvoldoende te bewegen. Overgewicht komt echter vaker voor bij personen die samenwonen met een partner (al dan niet met kinderen). Ernstig overgewicht, oftewel obesitas is niet duidelijk gerelateerd aan de woonvorm.

Tekorten in sociale steun lijken geen verband te hebben met het voorkomen van overgewicht of met alcoholconsumptie. Wel wordt er vaker gerookt en softdrugs gebruikt door mensen met tekorten in sociale steun.

Over het algemeen zijn volwassen die in tweeoudergezinnen wonen gezonder dan volwassenen uit andere woonvormen. Volwassenen in tweeoudergezinnen hebben gemiddeld minder chronische aandoeningen en beperkingen, hebben een betere geestelijke gezondheid en rapporteren minder acute klachten dan volwassenen uit de andere woonvormen. Volwassenen met veel tekorten in sociale steun zijn over het algemeen ongezonder dan volwassenen zonder tekorten in sociale steun. Zij hebben vaker gezondheidsklachten, gemiddeld meer chronische aandoeningen en ook de geestelijke gezondheid is slechter.

Mensen met tekorten in sociale steun maken meer gebruik van de zorg van huisartsen, fysiotherapeuten, GGZ-hulpverleners, alternatieve behandelaars en gebruiken meer medicijnen (zowel op recept als vrij verkrijgbaar) dan mensen zonder tekorten in sociale steun.

15

Beschouwing

Vergelijking met ander onderzoek

In dit rapport zijn de verschillen in leefstijl, gezondheid en zorggebruik naar een aantal belangrijke persoonlijke en contextuele kenmerken van mensen geactualiseerd. Hieronder besteden we aandacht aan in hoeverre de gevonden resultaten sporen met de resultaten van bestaande Nederlandse studies.

Sekseverschillen

In grote lijnen komen de resultaten overeen met de bestaande onderzoeken. Het is bekend dat vrouwen meer fysieke en psychische klachten rapporteren dan mannen (Bensing, 1994) en ook dat de gezondheidstoestand van vrouwen de laatste decennia is verslechterd, terwijl die van mannen gelijk is gebleven (Swinkels & Neve, 1998). Het is daarnaast algemeen bekend dat vrouwen vaker gebruik maken van zorgvoorzieningen dan mannen. In tegenstelling met de hier gepresenteerde resultaten van de tweede Nationale Studie vinden anderen groeiende verschillen in het zorggebruik tussen mannen en vrouwen, vooral omdat het contact van vrouwen met huisartsen of specialisten en het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen onder vrouwen sterker is gestegen dan onder mannen (Swinkels & Neve, 1998).

De tweede Nationale Studie concludeert op basis van recentere gegevens dat vrouwen zich over het algemeen gezonder gedragen dan mannen en dat deze verschillen in leefstijl niet erg zijn veranderd

sinds 1987. Swinkels en Neve (1998) echter concluderen dat het gedrag van vrouwen tegenwoordig overeenkomt met dat van mannen. Zij laten zien dat vrouwen in de afgelopen decennia minder vaak stoppen met roken dan mannen en dat meer vrouwen alcohol zijn gaan drinken terwijl het percentage drinkers onder mannen stabiel is gebleven (Swinkels & Neve, 1998).

Leeftijdsverschillen

Ook andere Nederlandse studies concluderen dat jongere mensen zich dan wel ongezonder gedragen, maar tegelijkertijd ook een betere gezondheid hebben en minder gebruik maken van de gezondheidszorg dan oudere mensen (van Oers, 2002).

Sociaal-economische verschillen

De GLOBE studie naar de omvang en verklaring van sociaal-economische verschillen in Nederland rapporteert ook dat mensen met een lagere sociaal-economische status vaker roken, te zwaar zijn, overmatig alcohol gebruiken en minder aan lichaamsbeweging doen (Droomers, 2002; van Lenthe e.a., 2000; Stronks e.a., 1997). Dezelfde studie concludeert dat mensen met een lagere sociaal-economische status vaker gezondheidsproblemen en een verhoogde sterftkans hebben (Schrijvers e.a., 2001). Een andere analyse bevestigt dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland de laatste decennia zijn toegenomen (Dalstra e.a., 2000). Dat mensen met een lagere sociaal-economische status vaker naar de huisarts gaan dan mensen met een hogere sociaal-economische status komt overeen met bevindingen uit verschillende andere studies (van der Meer, 1998; Smits e.a., 2002). In tegenstelling tot de bevindingen van de tweede Nationale Studie rapporteren dezelfde studies echter dat mensen met een lagere sociaal-economische status minder vaak medisch specialisten bezoeken en dat er in Nederland geen verschillen in ziekenhuisopname bestaan. Dat mensen met een lagere sociaal-economische status minder vaak gebruik maken van de GGZ, preventieve zorg en vrij verkrijgbare medicijnen wordt daarentegen weer bevestigd (Smits e.a., 2002).

Etniciteit

Nederlandse studies rapporteren dat allochtonen minder vaak roken dan autochtonen (Bindraban e.a., 2003; Reijneveld, 1998). In de tweede Nationale Studie gaat dit alleen op voor Marokkaanse vrouwen. Alle ander allochtone groepen roken even vaak of vaker dan autochtonen. De bevindingen van anderen wat betreft de alcoholconsumptie, het bewegingspatroon en het gewicht van allochtonen komen wel overeen met die van de tweede Nationale Studie. Allochtonen drinken minder vaak in excessieve mate (van Oers, 2002; Reijneveld, 1998), maar bewegen daarnaast ook minder vaak (van Oers, 2002) en zijn vaker te zwaar dan autochtonen (Brussaard e.a., 2001; van Oers, 2002; Reijneveld, 1998).

Dat allochtonen over het algemeen ongezonder zijn dan autochtonen wordt door andere studies bevestigd (Brussaard e.a., 2001; Reijneveld, 1998). Ook wordt diabetes mellitus genoemd als een ziekte die vaker voorkomt onder allochtonen dan onder autochtonen (Bindraban e.a., 2003; Dijkshoorn e.a., 2003). Dijkshoorn e.a. (2003) vinden dat Turken vaker aan hart- en vaatziekten lijden dan autochtonen terwijl in de tweede Nationale Studie Surinamers het vaakst hart- en vaatziekten hebben. In overeenstemming met de resultaten van de tweede Nationale Studie concluderen ook anderen dat allochtonen de weg naar de huisarts goed weten te vinden, maar minder gebruik maken van de thuiszorg (Droomers e.a., 2003). Er worden echter geen eenduidige ver-

schillen gevonden voor het contact met medisch specialisten of tandartsen (Droomers e.a., 2003). In dit literatuuroverzicht wordt verder gerapporteerd dat allochtonen minder vaak gebruik maken van de GGZ, terwijl resultaten van de tweede Nationale Studie het omgekeerde suggereren. De hier gepresenteerde resultaten laten geen verschil in contacten met fysiotherapeuten tussen autochtonen en allochtonen zien, terwijl eerder is gerapporteerd dat allochtonen minder vaak gebruik maken van paramedische zorg (Droomers e.a., 2003).

Stad versus platteland

De gevonden resultaten komen sterk overeen met eerder onderzoek in Nederland naar de verschillen tussen stad en platteland (van der Lucht & Verkleij, 2001; Verheij, 1999; Verkleij & Verheij, 2003).

Werklozen en arbeidsongeschikten

Andere Nederlandse studies rapporteren dat arbeidsongeschikten zich ongezonder gedragen dan werkenden en dat het verschil in gezond gedrag tussen werklozen en werkenden klein of nihil is (Van Deursen, 1997). In de onderzoekspopulatie van de tweede Nationale Studie zijn het vaker de werklozen die zich het ongezondst gedragen, in elk geval voor wat betreft roken, overmatig alcoholgebruik en drugsgebruik. De slechtere ongezondheid van arbeidsongeschikten wordt in meerdere studies bevestigd (van Deursen, 1997; Hoff & Jehoel-Gijbers, 1998; Groothoff, 1986). Andere studies rapporteren zowel een slechtere lichamelijke gezondheid van werklozen in vergelijking met werkenden (Fengler e.a., 1997; Hoff & Jehoel-Gijbers, 1998) als een overeenkomstige gezondheidstoestand (Van Deursen, 1997). De onderhavige studie bevestigt de slechtere gezondheidstoestand. Er zijn weinig gegevens over het zorggebruik van werklozen en arbeidsongeschikten. Van Deursen (1997) vindt in tegenstelling tot de hier gepresenteerde resultaten geen verschillen in het zorggebruik van werklozen en werkenden.

Woonvorm en sociale steun

Dat de leefstijl (wat roken en alcohol betreft) ongezonder is bij alleenstaanden en de gezondheidstoestand over het algemeen gezonder is bij volwassenen in tweeoudergezinnen komt overeen met wat Joung (1996) rapporteert. Dat gehuwden minder zwaar zijn kunnen wij op basis van de gegevens uit deze studie niet bevestigen. Uit de gegevens van de tweede Nationale Studie komt naar voren dat overgewicht vaker voor komt bij personen die samenwonen met een partner (al dan niet met kinderen).

De slechtere gezondheid van mensen met grote tekorten in sociale steun die in deze studie naar voren komt werd ook in andere studies gevonden (Penninx e.a., 1998).

In tegenstelling tot Joung (1996) zijn, wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheid, geen verschillen gevonden in medicijngebruik of contact met huisartsen en fysiotherapeuten tussen de diverse woonvormen. Wel blijken tekorten in sociale steun samen te hangen met het medicijngebruik of zorggebruik van bovengenoemde aanbieders. Veel tekorten in sociale steun geeft een verhoogde kans op zorggebruik.

Relatie met recent beleid

In dit rapport is op basis van een uitgebreid gezondheidsinterview de leefstijl, gezondheid en zorggebruik van de Nederlanders geactualiseerd. Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt in de tijd. Het blijkt dat verschillen in gezondheid nog steeds aanhouden. Het zijn over het algemeen werklozen, arbeidsongeschikten, mensen met een laag opleidingsniveau, allochtonen, vrouwen, mensen in de grote steden en mensen met veel tekorten in sociale steun die tot de groepen met een slechtere gezondheid behoren.

Opnieuw blijkt dat mensen met een lagere sociaal-economische status een minder goede gezondheid genieten. De gezondheidskloof lijkt in sommige gevallen zelfs groter te zijn geworden. Werklozen en arbeidsongeschikten lijken anno 2001 op alle fronten slechter af te zijn. Opvallend is de verslechtering van de geestelijke gezondheid onder werklozen, arbeidsongeschikten en laag opgeleiden. Maar ook diabetes mellitus is bijvoorbeeld in het laatste decennium sneller gestegen onder laag opgeleiden dan onder hoog opgeleiden.

18

Sociaaldemografische verschillen

Er zijn verschillen in leefstijl tussen de diverse sociaal-demografische groepen. Het zijn echter niet steeds de ongezondere groepen die ook een ongezondere leefstijl hebben (jongeren, vrouwen). Bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik is hoger onder autochtonen dan onder allochtonen en hoger onder mensen met een hoge sociaal-economische status dan onder mensen met een lage sociaal-economische status. Wel roken autochtone mannen en mensen met een lage sociaal-economische status meer dan autochtone mannen en mensen met een hoge sociaal-economische status. Vergeleken met 1987 is de leefstijl onder de Nederlandse bevolking op enkele punten verslechterd, op andere punten is deze echter verbeterd: het aantal dikke mensen neemt toe, maar er wordt minder gerookt en overmatig alcohol geconsumeerd.

Meer zorggebruik

Vergeleken met 1987 is het zorggebruik ten aanzien van huisartsen, tandartsen, medisch specialisten, GGZ en alternatieve behandelaars voor de populatie als geheel toegenomen. Ook het medicijngebruik is toegenomen, dit geldt zowel voor medicijnen op recept als voor vrij verkrijgbare middelen. Het aantal ziekenhuisopnames nam daarentegen af en het contact met fysiotherapeuten bleef constant. De toename in het huisartsencontact vond vooral plaats onder werklozen, arbeidsongeschikten, laag en middelbaar opgeleiden. De toename in het contact met medisch specialisten vond vooral plaats onder hoog opgeleiden en mensen met een betaalde baan. De toename in het contact met tandartsen en het gebruik van medicijnen op recept nam toe onder alle subgroepen behalve onder werklozen. De toename in het contact met alternatieve behandelaars vond vooral plaats onder ziekenfondsverzekerden en mensen op het platteland, waardoor de kloof die in 1987 nog bestond tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden en tussen stad en platteland verdween. Wel is de kloof tussen laag en middelbaar of hoger opgeleiden ten aanzien van het contact met alternatieve behandelaars groter geworden omdat meer middelbaar opgeleiden de hulp van alternatieve behandelaars zochten.

Speerpunten beleid

In de kabinetsnota 'Langer gezond leven' (december 2003) van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport worden drie thema's als speerpunt gekozen op het terrein van preventie, namelijk roken, overgewicht en diabetes mellitus. Volgens de nota wordt door het kiezen van deze speerpunten ook de sociale ongelijkheid aangepakt, aangezien roken, overgewicht en diabetes mellitus vaker voorkomen onder mensen met een lage sociaal-economische status. Inderdaad blijkt uit het onderhavige rapport dat mensen met een lage sociaal economische status vaker roken of te zwaar zijn en een verhoogde kans hebben op diabetes mellitus. Dit geldt ook voor allochtonen (behalve ten aanzien van rookgedrag voor allochtone vrouwen).

Verder blijken allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociale status minder gebruik te maken van preventieve maatregelen zoals baarmoederhalsonderzoek. Ook hier zou nog op ingezet kunnen worden.

In de nota worden een aantal chronische ziekten geprioriteerd: hart- en vaatziekten, kanker, astma/COPD, diabetes mellitus, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. Uit het onderhavige rapport blijkt inderdaad dat het voorkomen van chronische aandoeningen varieert tussen maatschappelijke doelgroepen. Klachten aan het bewegingsapparaat – bijvoorbeeld - en dan vooral gewrichtsslijtage komen aanzienlijk meer voor onder mensen met een laag opleidingsniveau dan onder mensen met een hoog opleidingsniveau. Ook de geestelijke gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status (laag opleidingsniveau, werklozen en arbeidsongeschikten) is slechter dan die van mensen met een hoge sociaal-economische status. Ook hebben zij minder contact met GGZ hulpverleners. Vergeleken met 1987 is de kloof tussen beide sociaal-economische groepen ten aanzien van de geestelijke gezondheid groter geworden.

Extra aandacht zou in het volksgezondheidsbeleid uit moeten gaan naar de qua gezondheidsstatus verslechterde positie van werklozen en arbeidsongeschikten. In dit rapport zijn het deze twee groepen die er opvallend slecht uitspringen.

In een vervolgstap op dit rapport wordt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gekeken worden naar de *cumulatie* van problematiek bij maatschappelijke doelgroepen. Dit thema is in dit rapport buiten beschouwing gebleven. Er zal worden onderzocht hoe (meervoudig) risicogedrag, co-morbiditeit (meerdere ziekten en aandoeningen in dezelfde persoon) en intensief zorggebruik verdeeld is naar de in het rapport onderscheiden maatschappelijke groepen.



INLEIDING

Voor een groot aantal gezondheidsproblemen geldt dat ze meer voorkomen in bepaalde groepen. Er zijn niet alleen verschillen in het voorkomen van aandoeningen, maar ook in het beloop ervan. Personen met een lage opleiding leven gemiddeld korter en brengen minder jaren door in goede gezondheid dan hoger opgeleiden (Van de Water e.a. 1996; Van Oers, 2002). Vrouwen hebben over het algemeen meer gezondheidsproblemen dan mannen (Bensing, 1994). Ziektepatronen verschillen verder sterk naar leeftijd en ook verschillende allochtone groepen rapporteren verschillende gezondheidsproblemen. Zo komt onder bepaalde allochtone groepen diabetes mellitus veel vaker voor (Stronks, 2000).

21

Niet alleen is er een verschil in gezondheid tussen mensen uit verschillende groepen, ook het gebruik van zorg in verband met ziekte is ongelijk. Meerdere studies tonen aan dat mensen uit lagere sociaal-economische groepen vaker naar de huisarts gaan dan mensen uit hogere sociaal-economische groepen (Grimso & Siem, 1984; McCormick e.a., 1995; Van der Meer, 1998, Smits e.a., 2002). Van de zorg van een medisch specialist daarentegen wordt door mensen uit lagere sociaal-economische groepen minder gebruik gemaakt. De gezondheidstoestand is een belangrijke factor die een groot deel van de sociaal-economische verschillen in zorggebruik in Nederland verklaart. Maar ook na correctie voor gezondheidsbeleving blijken lager opgeleiden meer gebruik te maken van de huisarts en minder van de medisch specialist (Van der Meer, 1998). Ook tussen autochtonen en allochtonen zijn er verschillen in zorggebruik. Turken, Marokkanen en Surinamers bezoeken bijvoorbeeld vaker de huisarts dan autochtonen en andere allochtone groepen, ook als rekening wordt gehouden met hun slechtere gezondheid (Bruijnzeels, 2001; Uiters e.a., 2003).

In bestaand onderzoek naar verschillen in gezondheid en zorggebruik wordt ook gekeken naar bepaalde verklaringen voor verschillen in gezondheid en zorggebruik. Ten aanzien van determinanten die mogelijk een bijdrage leveren aan verschillen in gezondheid worden er drie groepen onderscheiden: gedragsfactoren (zoals voeding, roken, alcoholgebruik en beweging); psychosociale factoren (zoals stress) en materiële factoren (zoals huisvesting, arbeidsomstandigheden) (Stronks e.a. 1995; Stronks e.a. 1996; Van der Meer 1998; Mackenbach e.a. 2001). Deze determinanten vormen een intermediair tussen achtergrondkenmerken als sociaal economische status, geslacht of etniciteit en een slechte gezondheid. Bijvoorbeeld blijken lager opgeleiden vaker te roken en minder aan lichaamsbeweging te doen in de vrije tijd dan hoogopgeleiden, hetgeen hun gezondheid kan schaden (Droomers, 2002, Stronks e.a., 1997). Niet alleen de intermediaire facto-

ren hangen samen met de achtergrondkenmerken, ook de achtergrondkenmerken zelf hangen gedeeltelijk met elkaar samenhangen. Allochtonen hebben bijvoorbeeld vaker een lager opleidingsniveau. De slechtere gezondheidstoestand van allochtonen is daarom gedeeltelijk terug te voeren op het feit dat zij een lagere sociaal economische status hebben.

De ongelijke verdeling van gezondheid, zorggebruik en leefstijl lijkt ondanks de toegenomen welvaart niet af te nemen. Recent onderzoek in het Verenigd Koninkrijk laat zien dat de verschillen de afgelopen jaren zelfs toenemen (Shaw e.a., 1999). Ook onderzoek uit Nederland bevestigt dat de kloof tussen arm en rijk of tussen mensen met een hoge en lage sociaal-economische status groter lijkt te worden (Van Oers, 2002; Dalstra e.a., 2002; Mol e.a. submitted).

22

Voor het terugdringen van onaanvaardbare gezondheidsverschillen is het belangrijk dat er goede gegevens beschikbaar komen waarmee verschillen in gezondheid, zorggebruik en leefstijl worden gemonitord (Mackenbach, 2001). De gegevens die in het kader van de tweede Nationale Studie bijeengebracht zijn, zijn geschikt om hieraan een bijdrage te leveren. Voor de tweede Nationale Studie zijn in 104 huisartspraktijken die deel uitmaken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) met een basispopulatie van ca. 400.000 personen gegevens verzameld over de huisartsenzorg en de positie van de huisarts in Nederland. Ook bevat de tweede Nationale studie informatie over ziektelast in de bevolking, zorggebruik op patiëntniveau, determinanten (zoals arbeids- en woonomstandigheden en leefstijl) en demografische en sociale kenmerken. Door de beschikbaarheid van uitgebreide informatie over zowel achtergrondkenmerken van patiënten (diverse indicatoren van sociaal-economische positie, geslacht, etniciteit, leeftijd) als gezondheid, leefstijl en zorggebruik zal de tweede Nationale Studie in belangrijke mate kunnen voorzien in actuele beleidsinformatie over verschillen.

1.1 Doel

Het doel van deze studie is inzicht te geven in de actuele stand van zaken op het gebied van verschillen in gezondheid, leefstijl en zorggebruik. Het onderzoek heeft een beschrijvend karakter. De gegevens zullen zo worden gepresenteerd dat er uitspraken kunnen worden gedaan over verschillende groepen. Naast een uitsplitsing naar sociaal-economische kenmerken zal specifieke aandacht uitgaan naar een aantal doelgroepen, te weten vrouwen, allochtonen en sociaal kwetsbare groepen (werklozen, arbeidsongeschikten). Verder zal in dit rapport gekeken worden naar verschillen tussen stad en platteland en of er een samenhang is tussen de woonvorm (samenstelling huishouden) en de mate waarin sociale steun wordt ervaren in relatie met gezondheid en zorggebruik.

1.2 Onderzoeksvragen

In dit rapport staan de volgende vraagstellingen centraal:

Ten aanzien van gezondheidstoestand

1. a. Hoe is het gesteld met de (ervaren) gezondheid van de Nederlandse bevolking uitgesplitst naar achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht, opleiding, etniciteit, woonvorm)?
- b. Is het verschil in gezondheid in de afgelopen decennia toe- of afgenomen?

Ten aanzien van zorggebruik

2. a. In welke mate verschilt de Nederlandse populatie in zorggebruik naar achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht, opleiding, etniciteit, ziektekostenverzekering)?
- b. Is het verschil in zorggebruik in de afgelopen decennia toe- of afgenomen?

23

Ten aanzien van leefstijl

3. a. Is er een verschil in leefstijl binnen de Nederlandse bevolking naar achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht, opleiding, etniciteit)?
- b. Is het verschil in leefstijl in de afgelopen decennia toe- of afgenomen?

1.3 Indeling van het rapport

Dit rapport begint met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen. Hierdoor krijgt de lezer op een snelle manier een indruk van de stand van zaken ten aanzien van verschillen in leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Meer specifieke aandacht voor de verschillen vindt men in de thematische hoofdstukken. Deze hebben het karakter van een naslagwerk.

In hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van resultaten uit onderzoek dat de afgelopen jaren in Nederland is verricht naar verschillen in leefstijl, gezondheid en zorggebruik. In hoofdstuk 3 vindt de verantwoording van de data plaats. Alle voor dit onderzoek gebruikte databestanden worden beknopt beschreven. Verder komen de meetinstrumenten en de gebruikte analyses aan bod. Hoofdstukken 4 tot en met 6 tenslotte zijn een weergave van de resultaten. In hoofdstuk 4 staan verschillen in gezondheid centraal, hoofdstuk 5 rapporteert verschillen in zorggebruik en hoofdstuk 6 tenslotte, beschrijft verschillen in leefstijl. De hoofdstukken zijn niet ingedeeld aan de hand van de demografische groepen, maar op basis van de diverse indicatoren van respectievelijk gezondheid, zorggebruik en leefstijl.

Het onderhavige rapport is een van de 6 basisrapporten van de tweede Nationale Studie. De thema's van de vijf andere rapporten zijn:

1. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk (Van der Linden e.a., 2004). Welke gezondheidsproblemen worden door patiënten gerapporteerd, welke klachten en aandoeningen worden aan de huisarts gepresenteerd en wat is het verband daartussen?

2. *Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter* (Cardol e.a., 2004)? Welke diagnostische en therapeutische verrichtingen worden door de huisarts uitgevoerd, hoe vaak en voor welke indicaties?
3. *Kwaliteit huisartsenzorg belicht* (Braspenning e.a., 2004). In hoeverre komt de zorg die door huisartsen wordt verleend overeen met de NHG-standaarden en hoe beoordelen patiënten de huisartsenzorg?
4. *Oog voor communicatie. Huisarts-patiënt communicatie in Nederland* (Van den Brink-Muinen e.a., 2004). In hoeverre komen verwachtingen van patiënten over de communicatie met de huisarts uit?
5. *De werkbelasting van huisartsen* (Van den Berg e.a., 2004). Hoe organiseren huisartsen hun werk, in welke mate worden taken gedelegeerd, hoe belastend vinden huisartsen hun werk en hoe tevreden zijn zij over hun werk?



Overzicht van bestaand onderzoek naar verschillen in Nederland

2.1 Inleiding

27

In Nederland bestaan belangrijke verschillen in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen. Het lijkt er ook niet op dat deze sociaal-economische, etnische of geografische verschillen kleiner worden (Van Oers, 2002). De Nederlandse overheid streefde het afgelopen decennium naar het verkleinen van gezondheidsverschillen. Daartoe werd onder andere in 1989 een programmacommissie ingesteld (PC-SEGV I), die als taak kreeg inzicht te krijgen in het bestaan en de achtergronden van sociaal-economische verschillen in Nederland. De programmacommissie SEGV tweede fase (SEGV-II) kreeg in 1994 de opdracht mee strategieën ter verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen te ontwikkelen en te testen op effectiviteit (Stronks & Hulshof, 2001). Mede dankzij deze programma's weten we inmiddels behoorlijk veel over de achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een deel van deze verschillen in gezondheid en ziekte wordt veroorzaakt door de slechtere materiële leefomstandigheden van lagere sociaal-economische klassen, maar ook hun ongezontere leefgewoonten spelen een belangrijke rol (Schrijvers e.a., 1999). Lagere sociaal-economische groepen roken namelijk vaker, drinken vaker te veel alcohol en bewegen te weinig (Droomers, 2002). De tweede programmacommissie stelt in haar aanbevelingen dan ook dat voor het verkleinen van de gezondheidsverschillen nodig is verschillen in blootstelling aan ongunstige determinanten van gezondheid, zoals leefstijl, materiele en psychosociale factoren te verminderen (PC-SEGV II, 2001).

Lagere sociaal-economische groepen maken vaker gebruik van huisartsenzorg, terwijl zij minder vaak een medisch specialist bezoeken, zelfs wanneer rekening wordt gehouden met hun over het algemeen slechtere gezondheidstoestand (Van der Meer, 1998). Dit duidt mogelijk op een toegankelijkheidsprobleem. Een van de aanbevolen strategieën ter verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen gaat dan ook over het verbeteren van de toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorg aan lagere sociaal-economische groepen (PC-SEGV II, 2001). Nederland heeft in vergelijking met andere landen een toegankelijk gezondheidszorgsysteem (Smits e.a., 2002). Toch zijn er naast sociaal-economische verschillen in zorggebruik (Smits e.a., 2002), bijvoorbeeld ook verschillen tussen allochtonen en autochtonen (Droomers e.a., 2003) en stad en platteland (Verkleij & Verheij, 2003). In hoeverre deze verschillen bijdragen aan gezondheidsverschillen is tot nu toe nauwelijks onderzocht.

In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken weergegeven wat betreft Nederlandse onderzoeksresultaten naar verschillen in leefstijl, gezondheid zorggebruik. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de huidige stand van zaken in het onderzoek naar verschillen in leefstijl, gezondheid en zorggebruik tussen vrouwen en mannen (§ 2.2), tussen oudere en jongere mensen (§ 2.3), tussen mensen met een lage en hoge sociaal-economische status (§ 2.4), tussen autochtonen en allochtonen (§ 2.5), tussen diverse woonvormen en tussen mensen met veel tekorten en geen tekorten in sociale steun (§ 2.6), tussen stad en platteland (§ 2.7) en in de laatste paragraaf (§ 2.8) verschillen naar arbeidsstatus, waarbij de aandacht uitgaat naar de positie van werklozen en arbeidsongeschikten.

2.2 Geslacht

28

Leefstijl

Vrouwen zijn wat betreft het roken en drinken de laatste jaren meer op mannen gaan lijken. Dit wordt onder meer veroorzaakt door een daling van het percentage mannen dat rookt en een stabiele situatie bij de vrouwen en het feit dat het percentage zwaardere rokers bij vrouwen minder snel daalt dan bij mannen. Bij de vrouwen is het percentage drinkers in de jaren negentig toegenomen; bij de mannen zijn de percentages tamelijk stabiel. De percentages zwaardere drinkers zijn bij mannen en vrouwen in vrijwel gelijke mate toegenomen (Swinkels & Neve, 1998)

Gezondheid

Vrouwen rapporteren over het algemeen meer gezondheidsproblemen dan mannen (Bensing, 1994). Dit geldt zowel voor fysieke als voor psychische problemen. Vrijwel alle onderzoeken komen tot de conclusies dat vrouwen meer en andere klachten presenteren dan mannen (Lagro-Janssen & Noordenbos, 1997). Met betrekking tot de gezondheidstoestand wordt geconcludeerd dat de gezondheid van vrouwen in de jaren tachtig en negentig is verslechterd in vergelijking met die van de mannen. Het percentage vrouwen met een minder goede gezondheidsbeleving nam in die periode enigszins toe; bij mannen bleef het percentage nagenoeg constant. De percentages mannen en vrouwen met één of meer langdurige aandoeningen laten in de onderzoeksperiode vrijwel identieke ontwikkelingen zien. (Swinkels & Neve, 1998).

Naast bovengenoemde indicatoren van gezondheid (vóórkomen van klachten/aandoeningen en de ervaren gezondheidsbeleving) is de levensverwachting een veel gebruikte indicator in (internationaal) onderzoek. Uit onderzoek blijkt dat de verschillen tussen vrouwen en mannen ten aanzien van de levensverwachting afneemt. De levensverwachting voor mannen is tussen 1980 en 2000 toegenomen met 3,1 jaar en voor vrouwen met 1,4 jaar (Van Oers e.a., 2002). Hiermee is de levensverwachting anno 2000 bij geboorte voor mannen 75,5 en voor vrouwen 80,6 jaar. De minder sterk stijgende levensverwachting voor vrouwen hangt onder meer samen met veranderingen in leefstijl. Een toenemend aantal vrouwen is gaan roken waardoor de sterfte aan longkanker en COPD onder vrouwen is gestegen (Van Oers e.a., 2002). Het aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht neemt voor mannen toe, de trend voor vrouwen is niet duidelijk (Van Oers e.a., 2002). Bevindingen spreken elkaar deels tegen. Terwijl de levensverwachting in goede ervaren gezondheid onder vrouwen afneemt, neemt de levensverwachting in geestelijke gezondheid en de levensverwachting zonder beperkingen toe (Perenboom e.a., 2002).

Zorggebruik

Uit tal van onderzoeken blijkt dat vrouwen meer gebruik maken van geneeskundige voorzieningen dan mannen. De laatste jaren is het percentage vrouwen dat de huisarts consulteert sterker gestegen dan het percentage mannen. Het percentage mannen dat de specialist bezoekt is vrijwel constant gebleven; bij de vrouwen laten de cijfers daarentegen een toename zien (Swinkels & Neve, 1998). De daling van het aantal in een ziekenhuis opgenomen personen is bij mannen en vrouwen nagenoeg even sterk geweest. Ook de toename van het gebruik van voorgeschreven medicijnen is bij mannen en vrouwen nagenoeg even sterk geweest; het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen is bij vrouwen echter sterker toegenomen dan bij mannen (Swinkels & Neve, 1998).

Het percentage volwassen vrouwen dat een 'uitstrijkje' laat maken ligt de laatste jaren constant op een niveau van 50. Ook het percentage vrouwen in de 'doelgroep' (30-59 jaar) ligt de laatste jaren constant op een niveau van bijna 76. Het percentage volwassen vrouwen dat in een periode van twee jaar een mammografie laat maken is gestegen van 11% in 1991 naar 23% in 1996. Bij vrouwen in de doelgroep (50-69 jaar) was de toename nog sterker (van respectievelijk 21% naar bijna 70%) (Van Baal, 1997).

2.3 Leeftijd

Leefstijl

Vooraf bij jongeren komt veel ongezond gedrag voor. Dit geldt zowel voor het roken als het alcoholgebruik. Ouderen hebben juist een gezondere leefstijl dan de rest van de bevolking (behalve ten aanzien van lichamelijke beweging en verzadigde vetinname) (Van Oers, 2002).

Gezondheid

Zowel ouderen als jongeren vormen een bijzondere doelgroep als het om gezondheid gaat. Inherent aan het ouderdomsproces is de slechtere gezondheidstoestand van ouderen in vergelijking met die van jongeren. De ervaren gezondheid neemt af naarmate de leeftijd stijgt en klachten/aandoeningen en langdurige beperkingen komen meer voor op hogere leeftijd. Er zijn echter ook leeftijdsgebonden aandoeningen. Artrose, diabetes mellitus, coronaire hartziekten komen bijvoorbeeld vaker voor op oudere leeftijd. Met het ouder worden neemt het aantal mensen met meer dan één chronische aandoeningen toe (Pot & Deeg, 1997).

Toch hebben ook jongeren specifieke gezondheidsproblemen. Middenoorontsteking, bovenste luchtweginfecties zijn aandoeningen die vaker voorkomen op jonge leeftijd (peuters) (Burgmeijer e.a., 1997). Ruim een vijfde van de ouders van 4-12 jarigen geeft aan dat hun kind een chronische klacht of aandoening heeft zoals astma, eczeem of hoofdpijn (Burgmeijer e.a., 1997). Onder adolescenten spelen psychische klachten, seksueel overdraagbare aandoeningen en alcohol- en drugsproblemen een rol. De meeste ziekenhuisopnames worden bij adolescenten veroorzaakt door ongevallen (Burgmeijer e.a., 1997).

Zorggebruik

Het zorggebruik varieert naar leeftijd. Vooral vanaf 65-jarige leeftijd stijgt het zorggebruik steeds sterker, er vindt dan ook een verschuiving van 'cure' naar 'care' plaats (Van Oers, 2002).

2.4 Sociaal economische status

Leefstijl

Ongezond gedrag verklaart een belangrijk deel van de slechtere gezondheid van lager sociaal-economische groepen (Schrijvers e.a., 1999). Lager opgeleiden blijken vaker te roken, minder aan lichaamsbeweging te doen in de vrije tijd en vaker excessief te drinken dan hoogopgeleiden (Droomers, 2002, Stronks e.a., 1997). Lager opgeleiden wegen eveneens vaker te zwaar in vergelijking met hoger opgeleiden (Van Lenthe e.a., 2000).

Ongunstige veranderingen in gezondheid gerelateerd gedrag komen ook vaker voor onder laag opgeleiden. Het longitudinale GLOBE onderzoek naar de verklaring van sociaal-economische verschillen in gezondheid, ziekte en sterfte in Nederland concludeert dat tussen 1991 en 1997 lager opgeleiden minder vaak stopten met roken, minder gingen bewegen in hun vrije tijd, en tevens vaker in excessieve mate alcohol gingen drinken (Droomers, 2002). De toename in het voorkomen van overgewicht in diezelfde 6 jaar tijd was daarentegen voor alle opleidingsgroepen vergelijkbaar (Van Lenthe e.a., 2000).

Gezondheid

Uit resultaten van de GLOBE studie naar sociaal-economische verschillen in gezondheid, ziekte en sterfte blijkt dat ook in Nederland mensen die zich onderaan de maatschappelijke ladder bevinden vaker gezondheidsproblemen hebben. Dit geldt voor zowel ervaren gezondheid, specifieke aandoeningen, beperkingen als sterfte (Schrijvers e.a., 2001). Tevens is de kans op een hartinfarct het hoogst in de lagere opleidingsgroepen. Lager opgeleiden zijn bovendien vaker betrokken bij een ernstig ongeval gevolgd door een ziekenhuisopname. Zowel longkanker als huidkanker blijken vaker voor te komen onder lager opgeleiden. Ander vormen van kanker, zoals dikke darmkanker, borstkanker of prostaatkanker hangen echter niet samen met het opleidingsniveau (Schrijvers e.a., 2001).

Het GLOBE onderzoek concludeert tevens dat de sterfte in lager opgeleide groepen hoger is dan onder hoger opgeleiden. Dit geldt voor allerlei doodsoorzaken, maar in sterke mate voor sterfte aan hartinfarcten en longkanker (Schrijvers e.a., 2001). Er is bijna 5 jaar verschil in de levensverwachting van mannen met alleen een lagere schoolopleiding en mannen met een HBO of wetenschappelijke opleiding. Hun levensverwachting is respectievelijk 73,1 en 78,0 jaar. Voor vrouwen is het verschil 2,6 jaar. Niet alleen voor de levensverwachting, maar ook voor de gezonde levensverwachting bestaan er sociaal-economische verschillen. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 9,9 en 8,6 jaar korter in goede gezondheid, dat wil zeggen zonder beperkingen. Een andere maat voor gezondheid, namelijk ervaren gezondheid laat nog grotere verschillen zien; lager opgeleide mannen en vrouwen hebben dan respectievelijk 15,8 en 14,0 minder gezonde jaren (Van Hertem e.a., 2002).

De sociaal-economische gezondheidsverschillen lijken sinds begin jaren tachtig eerder in omvang toe te nemen dan kleiner te worden. Dit geldt met name voor vrouwen. Vooral de verschillen naar

inkomen zijn toegenomen, meer dan de verschillen naar opleidingsniveau. Dit heeft mogelijk te maken met het achterblijven van de armste groepen in Nederland in welstand en (materiële) leefomstandigheden (Dalstra e.a., 2000).

Zorggebruik

Hoewel Nederland, zeker in vergelijking met andere landen, een toegankelijk gezondheidszorgsysteem heeft, verschilt ook het gebruik van gezondheidsvoorzieningen tussen sociaal-economische groepen. Mensen met een lagere sociaal-economische status hebben bijvoorbeeld meer contact met de huisarts en minder met de medisch specialist dan personen met een hogere sociaal-economische status. Deze sociaal-economische verschillen in zorggebruik bestaan zelfs wanneer rekening wordt gehouden met de sociaal-economische verschillen in gezondheid (Van der Meer, 1998; Smits e.a., 2002). Mensen met een lagere sociaal-economische status maken verder minder gebruik van specialistische psychosociale zorg, vrij verkrijgbare medicijnen, preventieve zorg en screeningsprogramma's dan personen met een hogere sociaal-economische status. Mensen met een lagere sociaal-economische status maken daarentegen vaker gebruik van het algemeen maatschappelijke werk of RIAGGs, informele verzorging en bevallen vaker in het ziekenhuis dan mensen met een hogere sociaal-economische status (Smits e.a., 2002).

31

2.5 Etniciteit

Leefstijl

Allochtonen gedragen zich wat betreft sommige leefstijlindicatoren gezonder, maar voor andere leefstijlfactoren juist weer ongezonder. Allochtonen roken minder vaak vergeleken met autochtonen, met uitzondering van Turkse mannen. Vooral onder vrouwen zijn deze etnische verschillen in rookgedrag uitgesproken (Bindraban e.a., 2003; Reijneveld, 1998). Allochtonen gebruiken ook minder vaak alcohol en drinken minder vaak excessief dan autochtonen (Reijneveld, 1998; Van Oers, 2002). Allochtonen gebruiken echter vaker drugs, vrijen minder veilig en doen minder aan lichaamsbeweging (Van Oers, 2002).

Het eetpatroon van allochtonen is vaak gezonder dan dat van autochtonen. Echter, de inname van micronutriënten, zoals vitamines, mineralen en sporenelementen, van allochtonen is vaak ongezonder (Brussaard e.a., 2001). Allochtonen wegen vaker te zwaar dan autochtonen. Dit geldt met name voor kinderen en vrouwen (Brussaard e.a., 2001; van Oers, 2002; Reijneveld, 1998).

Gezondheid

Allochtonen zijn vaak ongezonder dan autochtonen. Met name Turken en Marokkanen beoordelen hun gezondheid vaak als slecht en rapporteren vaak gezondheidsproblemen en beperkingen (Brussaard e.a., 2001; Reijneveld, 1998). Diabetes mellitus komt bijvoorbeeld vaker voor onder Turken, Marokkanen en Surinamers dan onder autochtonen (Bindraban e.a., 2003; Dijkshoorn e.a., 2003). Turken lijden vaker aan hart- en vaatziekten dan Marokkanen en autochtonen (Dijkshoorn e.a., 2003). Surinamers hebben vaker een te hoge bloeddruk dan autochtonen (Bindraban e.a., 2003). Marokkanen, Surinamers en Antillianen lijden vaker aan schizofrenie dan autochtonen en Turken (Selten e.a., 2001). Turkse en Marokkaanse kinderen hebben een slechter gebit en meer tandplak dan autochtone of Surinaamse kinderen (Frencken e.a., 1992; Verrips & Kalsbeek, 1993).

Vaak wordt verondersteld dat allochtonen bevolkingsgroepen een lagere levensverwachting hebben, met name vanwege hun minder gunstige sociaal-economische status. Beschikbare gegevens laten inderdaad een hoog sterftecijfer onder de (heel) jonge allochtonen zien, maar juist gunstigere sterftecijfers onder de oudere allochtonen. Mogelijke verklaringen voor de lagere sterfte onder oudere allochtonen in Nederland zijn selectieve immigratie en het feit dat immigranten een gezonde, selecte groep vormen uit het land van herkomst (Van Oers, 2002).

Er bestaan tussen de verschillende allochtone bevolkingsgroepen aanzienlijke gezondheidsverschillen. Marokkaanse mannen leven bijvoorbeeld gemiddeld ruim 3,5 jaar langer, terwijl Turkse en Surinaamse mannen gemiddeld ongeveer 1,5 jaar korter leven dan Nederlandse mannen (Van Oers, 2002).

Zorggebruik

Er bestaan in Nederland geen grote verschillen in de hoeveelheid zorggebruik tussen de diverse allochtone groepen en autochtonen. Allochtonen weten de weg naar de huisarts, consultatiebureau, en het algemeen maatschappelijk werk over het algemeen goed te vinden. Allochtonen gebruiken vaker door een arts voorgeschreven medicijnen dan autochtonen. De meeste allochtone groepen maken echter minder gebruik van paramedische zorg, screeningsprogramma's, de GGZ, en professionele verzorging, zoals kraamzorg of thuiszorg. Onderzoeksresultaten over het bezoek aan de specialist door allochtonen zijn niet eenduidig. Verder bestaan er aanwijzingen dat de kwaliteit van de geboden zorg aan allochtonen te wensen overlaat (Droomers e.a., 2003).

32

2.6 Grote stad versus platteland

Leefstijl

Mensen die in zeer stedelijke gebieden wonen roken en drinken meer dan mensen in niet-stedelijke gebieden (Van der Lucht & Verkleij, 2001).

Gezondheid

Over het algemeen is de gezondheid van mensen in de grote steden minder goed dan van mensen in niet-stedelijke gebieden. Mensen in de grote steden ervaren hun gezondheid minder goed, hebben een slechter psychische gezondheid en gaan gemiddeld eerder dood. Verder hebben inwoners in de meest verstedelijkte regio's het grootste risico op lichamelijke beperkingen (Van der Lucht & Verkleij, 2001; Verheij, 1999; Peen e.a., 1999).

Zorggebruik

In de meeste studies wordt gevonden dat mensen die in (grote) steden wonen meer gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan mensen op het platteland, ook als rekening gehouden wordt met de verschillende samenstelling van de bevolking (Verheij, 1999). Een groter deel van de autochtone bevolking in zeer sterk stedelijke gebieden heeft contact met de huisarts, medisch specialist en de thuiszorg dan de bevolking in niet-stedelijke gebieden en ook het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen is hoger (Van der Lucht & Verkleij 2001; Verkleij & Verheij, 2003). Verder blijkt het gebruik van voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg positief samen te hangen met

de mate van stedelijkheid. Ook bezoeken meer mensen in steden de fysiotherapeut dan mensen op het platteland (Verheij, 1999).

2.7 Werklozen en arbeidsongeschikten

Leefstijl

Er is weinig onderzoek verricht naar de leefstijl van werklozen en arbeidsongeschikten. Uit het onderzoek van Van der Horst blijkt dat arbeidsongeschikten meer riskante gewoonten hebben (meer rokers en minder lichaamsbeweging) dan mensen met een betaalde baan (Van der Horst, 1988). Ten aanzien van de leefstijl van werklozen vond hij weinig verschillen (Van der Horst, 1988). Ook uit het Doorlopend Leefsituatieonderzoek (DLO) blijkt dat werklozen ongunstiger op de leefstijlaspecten scoren dan werkenden, maar de onderlinge verschillen zijn minder groot dan bij arbeidsongeschikten (Van Deursen, 1997).

33

Gezondheid

Uit gegevens van de eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen (1987) blijkt dat arbeidsongeschikten meer last hebben van acute lichamelijke klachten, infecties, chronische ziekten en psychosociale aandoeningen. Dit wordt bevestigd door gegevens verkregen met het Doorlopend Leefsituatieonderzoek (DLO) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Van Deursen, 1997) en gegevens van het SCP (Hoff & Jehoel-Gijbers, 1998). Ook het sterfterisico van arbeidsongeschikten is hoger dan gemiddeld (Groothoff, 1986).

Over de lichamelijke gezondheid van werklozen bestaan weinig gegevens en het onderzoek dat er is, is niet eenduidig. Uit de eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen blijkt dat onder werklozen psychosociale problemen vaker voorkomen dan bij mensen met een betaalde baan, andere aandoeningen treden niet duidelijk vaker op (Van Deursen, 1997). Ook Philipsen en Halfens (1983), Van der Horst (1988) en Smulders (1995) vinden geen verschillen in gezondheid tussen werkenden en werklozen (Van Deursen, 1997). Uit bronnen van het Doorlopend Leefsituatieonderzoek (DLO) blijkt dat werklozen een iets hoger percentage chronische aandoeningen hebben en dat ook de eigen ervaren gezondheid slechter is (Fengler e.a., 1997). Ook blijkt dat werklozen bepaalde klachten, zoals lusteloosheid, moeheid, duizeligheid vaker rapporteren (Hoff & Jehoel-Gijbers, 1998).

Zorggebruik

Volgens DLO-gegevens van 1994 zijn er geen verschillen in zorggebruik tussen werklozen en mensen met een betaalde baan (Van Deursen, 1997). Volgens gegevens van de eerste Nationale Studie hebben werklozen wel een hoger zorggebruik dan mensen met een betaalde baan, maar zijn de gevonden verschillen (overeenkomstig de gezondheidstoestand) minder groot dan tussen arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan (Van der Velden, 1993). Arbeidsongeschikten bezoeken de huisarts vaker, gebruiken meer medicijnen op recept en worden vaker verwezen (Van der Velden e.a., 1993).

2.8 Sociale steun en woonvorm

Leefstijl

Het gezondheidsgedrag van iemand is gerelateerd aan kenmerken van het sociale netwerk waarvan men deel van uitmaakt. Mensen die actief lid zijn van een religieuze groep roken en drinken minder vaak alcohol. Mensen die contacten hebben met professionals in de gezondheidszorg sporten meer en hebben vaker een gezond gewicht (Tijhuis, 1994).

Gehuwden gedragen zich over het algemeen gezonder dan vrijgezelle, gescheiden of verweduwde personen. Zij roken bijvoorbeeld minder vaak en drinken minder vaak alcohol in excessieve mate. Ook zijn gehuwden het minst vaak lichamelijk inactief in de vrije tijd en wegen ook het minst vaak te zwaar (Joung, 1996).

Gezondheid

Sociale integratie, zoals veel 'echte' vrienden, een grote familie, actief lidmaatschap van een religieuze groep of een vereniging heeft een positief effect op de gezondheid. Mensen die steun ontvangen van meer mensen rapporteren echter de meeste gezondheidsklachten (Tijhuis, 1994).

Personen die alleen wonen hebben meer gezondheidsproblemen dan mensen die met een partner samenwonen. Ook gehuwden hebben minder gezondheidsproblemen dan vrijgezelle, gescheiden en verweduwde personen, ook wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat deze mensen ook vaak samenwonen met een partner (Joung, 1996).

Ook het voorkomen van depressie wordt beïnvloed door sociale steun en samenlevingsvorm. Depressieve symptomen komen vaker voor onder mensen die niet samenwonen met een partner of weinig hechte relaties hebben. Mensen die veel instrumentele steun ontvangen zijn daarentegen ook vaker depressief (Penninx e.a., 1998). De ontvangst van veel instrumentale steun hangt ook samen met een verhoogde sterftekans. Mensen die daarentegen matig of veel emotionele sociale steun ontvangen, hebben een lagere sterftekans dan mensen die weinig steun ontvangen (Penninx e.a., 1997).

Zorggebruik

Gescheiden en verweduwde mensen maken vaker gebruik van de gezondheidszorg dan gehuwden. Vrijgezellen daarentegen hebben minder vaak contact met zorgverleners dan gehuwden. Het feit dat vrijgezellen, ondanks hun slechtere gezondheidstoestand minder gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan gehuwde personen, zou erop kunnen wijzen dat mensen die nooit getrouwd zijn hun gezondheid verwaarlozen. De medische consumptie van ongehuwd samenwonenden ligt tussen die van gehuwden en die van ongehuwde personen die niet met een partner samenwonen in (Joung, 1996).

2.9 Tweede Nationale Studie: actualisering en verdieping

Uit de bovenstaande paragrafen blijkt dat er al veel kennis is over maatschappelijke verschillen in leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Het onderhavige rapport heeft als doel op de volgende punten winst te boeken. Ten eerste levert het rapport in beschrijvende zin een actualisering van de stand van zaken in Nederland. Veel van de gegevens en onderzoeken die in dit hoofdstuk zijn

OVERZICHT VAN BESTAAND ONDERZOEK NAAR
VERSCHILLEN IN NEDERLAND

gebruikt, komen uit (het begin van) de negentiger jaren en de tweede Nationale Studie geeft de situatie van 2001 weer. Ten tweede, wordt uitgebreid aandacht besteed aan verschillen tussen autochtonen en allochtonen en ook aan verschillen tussen allochtonen. Dit beeld is immers tot op heden zeer fragmentarisch. Tot slot, wordt de situatie van werklozen en arbeidsongeschikten beschreven, zoals deze in 2001 er uit zag. Gegeven de wijzigingen in de sociale zekerheid in Nederland in de afgelopen jaren is een goed beeld van deze kwetsbare groep van belang.



Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de opzet van het onderzoek. De onderzoekspopulatie, de meetinstrumenten en gebruikte analyses worden besproken. De eerste paragraaf beschrijft de drie studiepopulaties waarop dit rapport is gebaseerd: de patiëntregistratie, de enquête onder Nederlandstaligen (verder genoemd ‘patiëntenquête’) en de enquête onder allochtonen (verder genoemd de ‘patiëntenquête onder allochtonen’). Aandacht zal uitgaan naar de respons en representativiteit. Ook zal kort worden ingegaan op de patiëntenquête uit 1987. In deze enquête zijn grotendeels dezelfde meetinstrumenten afgenomen en zij kan daarom als referentie worden gebruikt om te beoordelen of de gezondheid, het zorggebruik of de leefstijl is veranderd. In de tweede paragraaf staan de gebruikte meetinstrumenten centraal en de derde paragraaf beschrijft de analysemethoden.

37

3.1 Onderzoekspopulatie

De gegevens die gebruikt worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verzameld in het kader van de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2). Een uitgebreide beschrijving van opzet en gegevensverzameling is te vinden in het rapport ‘Vraagstellingen en methoden’ van de tweede Nationale Studie (Schellevis e.a, 2004). In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op algemene aspecten van de opzet en uitgebreider op aspecten die specifiek van belang zijn bij het lezen van dit rapport.

De gegevensverzameling van de NS2 vond plaats tussen mei 2000 en april 2002; de meeste gegevens hebben betrekking op het kalenderjaar 2001. Voor de gegevensverzameling werd medewerking gevraagd aan de deelnemers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een samenwerkingsverband van NHG, LHV, WOK en NIVEL (Verheij, 2002), Van de 89 praktijken die in 1999 aan LINH deelnamen, waren er 61 bereid om aan de NS2 deel te nemen. Daarna werden 43 nieuwe praktijken geworven voor deelname aan LINH en de NS2, waarmee het totale aantal deelnemende praktijken aan de NS2 op 104 kwam.

In de gegevensverzameling van de NS2 zijn drie niveaus te onderscheiden: verzameling van gegevens in de huisartspraktijk (contacten, deelcontacten en ziekte episoden van patiënten), over de huisartspraktijk en over de patiëntenpopulatie (Schellevis, 2003). Een overzicht van de gegevens-

verzameling wordt gegeven in tabel 3.1. De gegevensverzamelingen die voor dit rapport gebruikt zijn (het gearceerde blok) zullen in de volgende paragrafen uitgebreider worden behandeld.

Tabel 3.1

Overzicht van de gegevensverzameling van de tweede Nationale Studie

(104 praktijken, 195 huisartsen tenzij anders vermeld)

Gegevens	Opmerkingen	N
<i>Patiëntenpopulatie</i>		
Uitgangspopulatie	Eenmalig bij de start van de studie	399.068 personen
Eindpopulatie	Eenmalig aan het einde van de studie	402.755 personen
Midtimepopulatie	Rekenkundig gemiddelde van uitgangspopulatie en eindpopulatie	400.912 personen
<i>Sociaal- demografische gegevens</i>		
Sociaal- demografische gegevens	Schriftelijke patiëntregistratie bij de start van de studie	385.461 personen
Interview over leefstijl, gezondheid en zorggebruik	Mondelinge patiëntenquête gespreid over 12 maanden	12.699 personen
Interview over leefstijl, gezondheid en zorggebruik	Mondelinge patiëntenquête onder Marokkanen, Antillianen, Surinamer en Turken	1339 personen
<i>In de huisartspraktijk</i>		
Aan de huisarts gepresenteerde klachten en aandoeningen	Contactregistratie gedurende 12 maanden	949.220 ziekte-episoden (96 praktijken)
Contactkenmerken	Contactregistratie gedurende 6 weken	180.751 contacten (90 praktijken)
Voorgescreven geneesmiddelen	Contactregistratie gedurende 12 maanden	2.143.558 voorschriften (100 praktijken)
Verwijzingen	Contactregistratie gedurende 12 maanden	116.080 verwijzingen (101 praktijken)
Diagnostische en therapeutische verrichtingen	Contactregistratie gedurende 6 weken	109.916 deelcontacten 22.963 verrichtingen
Huisarts-patiënt communicatie	Video-opnames	2784 opgenomen spreekuurconsulten (142 huisartsen)
<i>Over de huisartspraktijk</i>		
Visitatie Instrument Praktijkvoering	Visitatie	181 huisartsen (98 praktijken)
Praktijk enquête	Schriftelijke enquêtes	104 praktijken
Huisartsenenquête		195 huisartsen
Praktijkondersteunend personeel enquête		271 praktijkassistenten/ praktijkondersteuners

3.1.1 Patiëntregistratie (2001)

Alle ingeschreven patiënten van de 104 huisartspraktijken van de tweede Nationale Studie ontvingen op het ‘thuisadres’ een korte vragenlijst over sociaal-demografische gegevens en over het oordeel van de eigen gezondheid (het zogenaamde patiëntregistratie-formulier). Deze vragenlijst is per post verzonden met een begeleidende brief van de eigen huisarts. De vragenlijst kon ook op internet ingevuld worden. Non-responders zijn telefonisch benaderd om de vragenlijst telefonisch te beantwoorden. De respons op de patiëntregistratie bedroeg 76,5%.

De etniciteit is gebaseerd op vragen naar het geboorteland van beide ouders. Daarmee is aan de hand van de (ruime) definitie van het CBS de etniciteit van de respondenten vastgesteld. Deze is als volgt:

- Autochtoon: beide ouders geboren in Nederland;
- Westers allochtoon: minimaal één van beide ouders geboren in Europa (excl. Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Israël, Japan of Indonesië;
- Niet-westers allochtoon: minimaal één van beide ouders geboren in Turkije, Azië (excl. Japan, Israël en Indonesië), Midden- of Zuid-Amerika, Afrika.

39

Als regel geldt: personen die zelf in het buitenland geboren zijn vormen de eerste generatie, personen die zelf in Nederland geboren zijn en van wie tenminste een ouder in het buitenland geboren is, vormen de tweede generatie. De eerste generatie wordt nader onderverdeeld op basis van het geboorteland van de persoon zelf en de tweede generatie wordt onderverdeeld op basis van het geboorteland van de moeder, behalve als dat Nederland is, want dan is het geboorteland van de vader bepalend.

De praktijkpopulatie bestond bij de start van de studie uit 385.461 personen. Van deze personen zijn op basis van de huisartsregistratie, het geslacht, leeftijd en de verzekeringsvorm bekend. In Tabel 3.2 wordt een overzicht gegeven van de representativiteit van de patiëntregistratie. De etniciteit van de respondenten kan alleen achterhaald worden van die respondenten die het registratie-formulier hebben ingevuld (uit de administratie van de huisarts kan deze informatie niet herleid worden). De respondenten van de patiëntregistratie vormen behalve wat betreft de etniciteit, een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking (Schellevis e.a., 2003). Allochtonen blijken in de registratie licht ondervertegenwoordigd.

Tabel 3.2
Representativiteit van de patiëntregistratie (in %)

	Noemer Patiëntregistratie N=385.461	Respondenten patiëntregistratie N=294.999	Nederlandse bevolking 15 864,0 (x 1000)
geslacht			
man	49,5	48,4	49,5
vrouw	50,5	51,5	50,5
leeftijd*			
0-19 jaar	23,5	24,0	24,4
20-39 jaar	30,4	27,0	30,0
40-64 jaar	33,0	34,4	32,0
65 jaar en ouder	13,2	14,6	13,6
etniciteit			
autochtonen	–	86,2	82,5
westers allochtonen	–	6,1	8,6
niet-westers allochtonen	–	6,0	8,9
Marokkanen	–	,9	1,7
Antillianen	–	,4	,7
Turken	–	1,0	1,9
Surinamers	–	1,5	1,9
overig niet-westers	–	2,2	2,7
onbekend	–	1,6	

* als peildatum voor leeftijd geldt 1-7-2001

3.1.2 Patiëntenquête onder de Nederlandstalige bevolking (2001)

Ongeveer 5% van de patiëntenpopulatie van de 104 huisartspraktijken is geïnterviewd. Het doel was ten minste 80 enquêtes per FTE huisarts (164,5 fte) af te nemen. De enquêtes zijn mondeling afgenomen met behulp van een notebook-computer bij de respondenten thuis in de periode van 15 december 2000 tot en met 15 december 2001. Om te corrigeren voor seizoenseffecten werd de uitgezette steekproef aselekt over 4 kwartalen verdeeld. Bij respondenten jonger dan 12 jaar is de enquête afgenomen bij een volwassen proxy. Er zijn een aantal vragen ten aanzien van de leefstijl en sociale context die slechts aan de helft van de respondenten zijn gesteld. Hiertoe is de patiëntenquête verdeeld in twee groepen (groep 0 of groep 1). Aan het begin van de enquête is random door de computer bepaald of de respondent tot groep 0 of groep 1 behoort. In de vragenlijst wordt aan de hand van de groepsindeling een aantal vragen wel of juist niet gesteld. Voor dit rapport betreft het de vragen over voeding en beweging en het bepalen van tekorten in sociale steun (zie 3.2.4).

De totale respons bedraagt 12.699 interviews uit 19.685 (geschoonde steekproef) benaderde personen, oftewel 64,5%. De non-respons van 35,5% bestaat voor 2/3 uit weigeringen.

In Tabel 3.3 worden de respondenten van de patiëntenquête voor een aantal sociaal-demografische kenmerken vergeleken met de Nederlandse bevolking. Vergeleken met de Nederlandse bevolking, zijn onder deelnemers aan de patiëntenquête vrouwen oververtegenwoordigd. De leeftijdsgroep 20-39 jaar is ondervertegenwoordigd. De gezondheidstoestand, gemeten aan de hand van het oordeel over de eigen gezondheid is, voor wat betreft het aandeel van mensen met een slechte gezondheid, vergelijkbaar. Er bevinden zich echter iets meer mensen die hun gezondheid als goed beoordelen onder de respondenten dan in de Nederlandse bevolking (84% versus 81%). In de enquête zijn autochtonen oververtegenwoordigd, 96% van de respondenten heeft een westerse afkomst. Op basis van de patiëntenquête kunnen daarom geen uitspraken worden gedaan over de gezondheid of leefwijzen van allochtonen.

Tabel 3.3**Respons patiëntenquête naar leeftijd, geslacht en sociaal-economische kenmerken (in %)**

41

Achtergrondkenmerken	Respondenten Patiëntenquête 12699	Nederlandse bevolking 15 864,0 (x 1000)
geslacht		
man	46,0	49,5
vrouw	54,0	50,5
leeftijd (%)		
0-19 jaar	25,6	24,4
20-39 jaar	22,9	30,0
40-64 jaar	35,8	32,0
65 jaar en ouder	15,6	13,6
opleidingsniveau (≥ 25 jaar)		
laag	15,3	13,4
middelbaar	62,4	64,3
hoog	22,3	22,4
verzekeringsvorm		
onverzekerd	0,1	
ziekenfonds	63,4	65,4
particulier	32,1	29,6
ambtenarenverzekering	4,4	
gezondheidsbeleving		
goed	84,0	80,5
matig	14,0	17,3
slecht	2,0	2,2
etniciteit (n=11172)		
autochtoon	89,5	82,5
westers allochtoon	6,0	8,6
niet-westers allochtoon	4,5	8,9

3.1.3 Patiëntenquête onder allochtonen (2001)

Naast bovengenoemde patiëntenquête onder Nederlandstaligen is aanvullend een patiëntenquête onder allochtonen (de allochtonen zijn hiervoor in hun eigen taal geïnterviewd) afgenomen afkomstig uit de vier grootste allochtone groepen in Nederland, namelijk Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.

De allochtonen zijn geselecteerd uit de patiëntregistratie, waarbij etniciteit vastgesteld is volgens criteria van het CBS (zie § 3.1.1). In de patiëntregistratie bevinden zich 11540 mensen met een Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse of Surinaamse etniciteit, waarvan 7355 respondenten die 18 jaar of ouder zijn. Het steekproefkader van de allochtonen enquête bestaat dus uit 7355 personen.

Uit het steekproefkader is vervolgens een steekproef van 4199 mensen met een Turkse, Antilliaanse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond getrokken. Uiteindelijk is aan 2682 mensen medewerking gevraagd, waarvan er uiteindelijk 1339 hebben willen meewerken en geïnterviewd zijn (respons 49,9%) (Uiters e.a., submitted).

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de kenmerken van de steekproef, respondenten en non-respondenten. Voor alle kenmerken geldt dat er geen noemenswaardige verschillen zijn. De non-respondenten verschillen nauwelijks van de respondenten. Wel zijn vrouwen oververtegenwoordigd in de groep respondenten.

Het grootste deel van de respondenten bevindt zich in de leeftijdscategorie van 31 tot 50 jaar. De meeste respondenten rapporteren een goede ervaren gezondheid, hebben een middelbare opleiding afgerond, zijn ziektefondsverzekerd en wonen in een zeer sterk stedelijke omgeving. De meeste respondenten wonen in de provincies Noord- en Zuid Holland. 30,2 % Van de respondenten heeft een Turkse achtergrond, 27,9 % een Marokkaanse achtergrond, 22,3 % een Surinaamse achtergrond en 19,6 % een Antilliaanse achtergrond.

Tabel 3.4
Kenmerken allochtone respondenten (in %)

	non respondenten	respondenten	steekproef
N	1343	1339	4199
leeftijd (%)			
18-30 jaar	36,6	32,8	32,5
31-50 jaar	43,6	46,3	46,7
> 50 jaar	19,8	20,9	20,8
geslacht (%)			
man	46,6	41,2	46,1
vrouw	53,4	58,8	53,9
ervaren gezondheid (%)			
heel goed	13,0	11,0	12,3
goed	43,9	40,8	41,7
matig	24,1	25,2	24,5
slecht	6,2	6,8	6,8

	non respondenten	respondenten	steekproef
heel slecht	1,4	1,1	1,4
onbekend	11,4	15,2	13,3
opleiding (%)			
geen	10,2	10,0	10,1
lagere/basisschool	22,0	24,8	23,7
mid/voortgezet onderwijs	53,0	49,5	50,6
HBO/academisch onderwijs	11,9	11,7	11,8
onbekend	2,8	4,0	3,8
verzekeringsvorm (%)			
ziekenfonds	86,4	89,0	87,5
particulier	12,7	10,2	11,7
onbekend	0,9	0,7	0,8
urbanisatiegraad (%)			
zeer sterk stedelijk	50,4	60,1	53,2
sterk stedelijk	22,1	14,3	18,3
matig stedelijk	16,3	16,0	15,8
weinig stedelijk	9,8	7,2	10,5
niet stedelijk	1,3	2,3	2,1
etniciteit (%)			
Marokkaans	27,6	27,9	29,0
Antilliaans	25,2	19,6	20,0
Surinaams	23,5	22,3	21,7
Turks	23,8	30,2	29,3
provincie			
Drente	1,0	0,4	0,6
Flevoland	3,2	3,3	2,9
Friesland	1,1	0,8	1,0
Gelderland	5,9	3,9	5,7
Groningen	6,6	6,6	5,8
Limburg	3,5	2,5	3,6
Noord Brabant	6,8	5,1	6,1
Noord Holland	22,0	22,6	24,9
Overijssel	3,4	4,6	4,2
Utrecht	9,0	14,9	12,3
Zeeland	1,7	1,6	1,6
Zuid Holland	35,7	33,6	31,4

Tabel 3.5 geeft een overzicht van de verdeling van de respondenten naar leeftijd en geslacht per allochtone groep. Leeftijd en geslacht van de respondenten wijken niet af van de landelijke percentages per etnische groep (cijfers CBS, 2002). Bij Surinamers en Antillianen zijn vrouwen en ouderen oververtegenwoordigd. Bij Turken en Marokkanen zijn ouderen ondervertegenwoordigd.

Tabel 3.5
Representativiteit patiëntenquête (in %) onder allochtonen (leeftijd, geslacht en allochtone groep (n=1339))*

Achtergrondkenmerken	Marokkanen (n=373)	Antillianen (n=263)	Turken (n=405)	Surinamers (n=298)
geslacht				
vrouw (enquête)	52,3	63,1	52,3	72,1
vrouw (cbs)	45,7	51,5	47,6	53,3
man (enquête)	47,7	36,9	47,7	27,9
man (cbs)	54,3	48,5	52,4	46,7
leeftijd (%)				
18-39 jaar (enquête)	66,2	55,7	69,8	42,8
18-39 jaar (cbs)	67,8	64,5	68,8	56,2
40-60 jaar (enquête)	28,1	34,7	24,3	40,1
40-60 jaar (cbs)	24,3	29,9	23,9	34,7
> 60 jaar (enquête)	5,7	9,5	6,0	17,2
< 60 jaar (cbs)	7,8	5,5	7,2	9,1

* Uiters , 2003

44

3.1.4 Patiëntenquête (1987)

In 1987 vond de eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk plaats (NS1). Ook toen is een uitgebreide patiëntenquête afgenomen bij een steekproef van de ingeschreven patiënten van de deelnemende huisartsen. Hierdoor is het mogelijk de resultaten uit 2001 te vergelijken. Op deze plaats willen wij beknopt de steekproeftrekking en repons van de eerste Nationale Studie beschrijven. Voor een uitgebreide beschrijving verwijzen we naar het basis rapport 'Meetinstrumenten en procedures' (Foets & Van der Velden, 1990). De totale bruto steekproefomvang bedroeg 17.047 patiënten, waarvan 13.066 mensen aan de enquête hebben meegewerkt (respons 76,7%). Uiteindelijk waren 13.014 enquêtes bruikbaar voor verdere analyses. In verband met de gestratificeerde steekproef van de eerste Nationale Studie zullen voor de resultaten van 1987 de gecorrigeerde cijfers gegeven worden wanneer uitspraken gedaan worden over de hele populatie. In dit gecorrigeerde cijfer worden de oorspronkelijke waarden gewogen naar regio en urbanisatiegraad en naar geslacht en leeftijd (Foets & Sixma, 1991). Voor analyses naar onderlinge verbanden zullen de ongewogen resultaten worden gepresenteerd.

3.2 Meetinstrumenten

Op deze plek willen we ingaan op de gebruikte indicatoren voor gezondheid, zorggebruik en leefstijl. Afsluitend presenteren we de indicatoren en categorieën voor demografische en sociale factoren. Voor de beschrijving van de onderstaande meetinstrumenten is de patiëntenquête van 2001 als uitgangspunt genomen. In de patiëntenquête onder allochtonen zijn zoveel mogelijk dezelfde meetinstrumenten gebruikt. De tweede Nationale Studie sluit zoveel mogelijk aan bij de meetin-

strumenten van de eerste Nationale Studie (Foets & Van der Velden, 1990). Daar waar beide studies niet overeenkomen zal hierover verslag gedaan worden. Dit geldt ook voor eventuele verschillen tussen de patiëntenquête onder Nederlandstaligen en de patiëntenquête onder allochtonen. Voor een uitgebreid overzicht van de meetinstrumenten verwijzen we naar Schellevis (2004).

3.2.1 Gezondheid

Inschatting eigen gezondheid

Aan alle respondenten is een vraag voorgelegd over het oordeel over de eigen gezondheid. Deze indicator wordt in veel studies gebruikt als algemene gezondheidsmaat en is afkomstig uit de Short-Form 36 (SF-36). Op een 5 puntsschaal is gevraagd een inschatting te geven van de eigen gezondheid. Het oordeel van de eigen gezondheid is zowel gemeten onder respondenten van de patiëntregistratie (totale populatie van 104 huisartspraktijken) als van de patiëntenquête (een steekproef van 5% van de patiëntenpopulatie van 104 huisartspraktijken). De antwoordcategorieën van beide databestanden wijken af. In de patiëntregistratie bestaan de volgende antwoordmogelijkheden: heel goed, goed, matig, slecht, zeer slecht. De patiëntenquête heeft de antwoordcategorieën: uitstekend, zeer goed, goed, matig, slecht. Voor verdere analyses is het oordeel gedichotomiseerd, in: goed versus matig/slecht.

45

Acute klachten

Voor het meten van acute klachten is gebruik gemaakt van de lijst van ‘veel voorkomende aandoeningen’ van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Van den Berg & Van der Wulp, 2003). Deze lijst bestaat uit 36 klachten, waarvan de respondenten per klacht dienden aan te geven of zij daar de afgelopen 14 dagen last van hadden gehad. Deze klachtenlijst komt overeen met de acute-ziektenlijst uit de patiëntenquête van de eerste Nationale Studie (Foets & Sixma, 1991). De acute klachtenlijst voor respondenten jonger dan twaalf jaar verschilt van die voor respondenten van twaalf jaar en ouder. Respondenten jonger dan twaalf jaar zijn naar drie extra klachten gevraagd, namelijk ‘veel huilen’, ‘bedplassen’ en ‘eetproblemen’. Daartegenover staat dat hartkloppingen, beklemd gevoel en maagzuur wel aan respondenten van twaalf en ouder en niet aan respondenten jonger dan twaalf gevraagd zijn. Voor een overzicht van de klachten verwijzen we naar Tabel 4 in Bijlage I bij hoofdstuk 4. Naast de genoemde klachten is gevraagd of respondent last heeft van andere (niet voorgelegde) klachten. Voor de paragraaf over klachtvrijheid is een dichotome variabele aangemaakt. Respondenten die de veertien dagen voorafgaand aan het interview last hadden van minstens een klacht versus respondenten die de afgelopen 14 dagen geen enkele klacht hadden.

Acute aandoeningen

Acute aandoeningen zijn gemeten met behulp van de ‘acute-ziektenlijst’ van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Van den Berg & Van der Wulp, 2003). Deze lijst is aan respondenten van alle leeftijden voorgelegd.

Chronische aandoeningen

De aanwezigheid van chronische aandoeningen is gemeten met de lijst ‘chronische ziekten’ van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Van den Berg & Van der Wulp, 2003). Deze lijst bestaat uit 19 chronische aandoeningen, variërend van migraine tot psoriasis.

Op basis van deze lijst chronische aandoeningen zijn verschillende uitkomstmaten berekend:

- aanwezigheid van chronische aandoeningen (respondenten met minstens één chronische aandoening versus respondenten zonder chronische aandoening);
- comorbiditeit (respondenten die last hebben van meer dan één chronische aandoening);
- gemiddeld aantal chronische aandoeningen.

Beperkingen

Aan respondenten van twaalf jaar en ouder is een lijst voorgelegd met beperkingen. Er is gebruik gemaakt van de zogenaamde OECD-lijst, een algemeen erkend meetinstrument voor het meten van beperkingen (Mc Whinnie, 1981).

Geestelijke gezondheid

Een veelgebruikte maat om de geestelijke gezondheid te meten is de GHQ-score. De GHQ-score is gebaseerd op de General Health Questionnaire van Goldberg (1972). De GHQ-vragenlijst is bedoeld om personen met niet psychotische psychiatrische aandoeningen, met name emotionele stoornissen als angst en depressie op te sporen. In de patiëntenquête is de 12-item versie (GHQ-12) opgenomen. De GHQ-items hebben vier antwoordcategorieën: helemaal niet, niet meer dan gewoonlijk, wat meer dan gewoonlijk en veel meer dan gewoonlijk. De GHQ-score loopt van nul tot twaalf. Een hoge GHQ-score betekent een grotere kans dat de respondent een psychiatrische problematiek heeft. De grens tussen een mogelijke psychiatrische 'case' en een niet psychiatrische 'case' ligt voor de GHQ-12 bij twee (Koeter & Ormel, 1991). De score twee wordt in dit rapport daarom als afkappunt voor het dichotomiseren van de GHQ-score (respondenten met een GHQ-score minder dan 2 versus respondenten met een GHQ-score van 2 of hoger).

Verder is aan de respondenten van twaalf jaar en ouder gevraagd of zij ooit een periode in hun leven hadden dat zij minstens twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief waren.

3.2.2 Zorggebruik

Voor het meten van zorggebruik is gewerkt met referentieperiodes. Dit wil zeggen dat de gestelde vragen over het contact met hulpverleners betrekking hebben op een bepaalde periode. Deze periodes verschillen tussen de verschillende contacten. Bijvoorbeeld is gevraagd naar het contact met de huisarts in de 14 dagen voorafgaand aan het interview en ziekenhuisopname in het afgelopen jaar. De keuze voor een referentieperiode hangt samen met gebruikelijke perioden in ander onderzoek. Ook is rekening gehouden met de aard van de vragen (Foets & Sixma, 1991). Ziekenhuisopname herinnert men zich mogelijk langer dan contact met de huisarts of medicijngebruik.

In 1997 vielen manueel therapeuten onder alternatief behandelaars. In verband met de vergelijkbaarheid zullen deze behandelaars, wanneer er een vergelijking wordt gemaakt met 1987 (§ 5.8.7) ook voor 2001 tot de alternatief behandelaars worden gerekend.

3.2.3 Leefstijl

Rookgedrag

Aan alle respondenten van de patiëntenquête van 12 jaar en ouder en aan respondenten van de enquête onder allochtonen van 18 jaar en ouder is gevraagd of ze zelf wel eens roken. Aan respondenten die hierop nee antwoorden is gevraagd of ze vroeger wel eens sigaretten hebben gerookt. Met behulp van de antwoorden op deze vragen zijn de respondenten ingedeeld in drie groepen, namelijk de rokers, de ex-rokers en de niet-rokers.

Alcoholconsumptie

De respondenten van 12 jaar en ouder, is eerst gevraagd of zij alcoholhoudende dranken gebruiken. Daarna wordt gevraagd hoe vaak men het afgelopen halfjaar 6 of meer glazen alcohol op een dag dronk en wordt voor de weekdays en het weekend apart nagevraagd op gemiddeld hoeveel dagen men gemiddeld hoeveel glazen alcohol drinkt.

De personen die aangeven nooit te drinken worden geclassificeerd als geheelonthouder en hun aantal glazen alcohol wordt op 0 gesteld. Voor weekdays en het weekend wordt het aantal dagen vermenigvuldigd met het gemiddeld aantal glazen en het resultaat wordt bij elkaar opgeteld. De alcoholconsumptie wordt nu weergegeven in het gemiddelde aantal geconsumeerde glazen alcohol in één week.

Een zware drinker is een man of vrouw die minimaal één keer in de week meer dan 5 glazen alcohol consumeert. Overmatig alcoholgebruik wordt voor mannen en vrouwen verschillend gedefinieerd (Jackson e.a., 1995; CBS). Voor mannen ligt de grens voor overmatig alcoholgebruik op meer dan 21 glazen per week, terwijl voor vrouwen meer dan 14 glazen al wordt aangemerkt als overmatig alcoholgebruik.

Drugsgebruik

Direct na de vragen over rookgedrag is de respondenten van de patiëntenquête gevraagd of zij wel eens, gedurende twee maanden of langer, soft of hard drugs gebruikt hebben of dat nu nog steeds doen. Tijdens het interview met allochtonen is deze vraag niet gesteld, net zo min als tijdens de eerste Nationale Studie.

Voedingspatroon

De helft van de respondenten van de patiëntenquête onder Nederlandstaligen is tijdens het interview gevraagd aan te geven hoe vaak ze bepaalde voedingsproducten, zoals groente, fruit of patat eten. Verder is deze groep ook gevraagd welk soort brood ze meestal eten en welk product men gebruikt om te bakken of braden. Aan alle respondenten van de patiëntenquête en de enquête voor allochtonen, is gevraagd of ze elke dag ontbijten of een warme maaltijd nuttigen. Deze gegevens zijn niet beschikbaar voor respondenten van de eerste Nationale Studie.

Lichaamsbeweging

Lichamelijke activiteit is zowel gemeten met behulp van de uitgebreide SQUASH-vragenlijst waaruit achteraf een score is berekend voor de mate van activiteit (Wendel-Vos e.a., in press) als met een enkele vraag aan de respondent over het aantal dagen dat hij of zij gemiddeld in de week tenminste een half uur lang bezig is met fietsen, klussen, tuinieren, sporten of andere inspannende activitei-

ten. De uitgebreide vragenlijst over beweging is slechts door de helft van de respondenten van de patiëntenquête beantwoord, terwijl de enkele vraag is gesteld aan alle respondenten van de patiëntenquête en de enquête onder allochtonen die 12 jaar of ouder waren. In de eerste Nationale Studie is alleen een vraag gesteld over actieve sportbeoefening en zijn geen van beide bovengenoemde maten voor lichaamsbeweging meegenomen.

De Nederlandse norm voor gezond bewegen is gerelateerd aan de minimale hoeveelheid lichaamsbeweging die nodig is voor de instandhouding en verbetering van de gezondheid (Kemper e.a., 2000). Deze norm is gebaseerd op (inter)nationale publicaties en aangepast aan de situatie in Nederland. Voor jeugdigen onder de 18 jaar wordt dagelijks 60 minuten matig intensieve lichamelijke activiteit aanbevolen. Volwassenen dienen op tenminste vijf dagen van de week 30 minuten matig intensief te bewegen. Voor 55-plussers is de aanbeveling op minimaal 5 dagen in de week in elk geval matig intensief te bewegen. De grens voor matig intensieve beweging wordt lager met de leeftijd. Zo is bijvoorbeeld wandelen voor 55-plussers een matig intensieve lichamelijke activiteit, terwijl voor volwassenen wandelen niet intensief genoeg blijkt.

Onvoldoende beweging wordt dus gedefinieerd als minder dan 5 dagen minimaal een half uur matig intensief bewegen. Op basis van de Squash vragenlijst zijn dit respondenten die minder dan 5 keer aangeven tenminste 30 minuten of langer matig intensief te bewegen. Respondenten die op de enkelvoudige vraag naar het aantal dagen waarop zij meer dan een half uur fietsen, klussen, tuinieren of sporten, minder dan 5 dagen antwoorden, worden ook geclassificeerd als personen die onvoldoende bewegen.

Onder- en overgewicht

Het voorkomen van onder- en overgewicht is vastgesteld door het gewicht van een persoon te relateren aan zijn of haar lengte, oftewel het berekenen van de Body Mass Index (BMI). De BMI is berekend met behulp van zelf-gerapporteerde lengte en gewicht van de respondenten. Er is sprake van ondergewicht wanneer de BMI lager is dan 18,5 (CBS), terwijl overgewicht gelijk staat aan een BMI groter of gelijk aan 25 en obesitas overeenkomt met een BMI van 30 of hoger (CBS, Hirasings e.a., 2001). Deze definities van onder- en overgewicht gelden alleen voor personen van 18 jaar en ouder. De gerapporteerde verschillen hebben dus alleen betrekking op respondenten van deze leeftijdsgroep.

3.2.4 Indeling in demografische en sociale achtergrondkenmerken

Het doel van dit rapport is uitspraken te doen over de verdeling van gezondheidstoestand, leefstijl en zorggebruik naar verschillende demografische en sociale achtergrondkenmerken. Deze kenmerken zijn geslacht, leeftijd, sociaal-economische status geïndiceerd door het opleidingsniveau en de verzekeringsvorm, urbanisatiegraad van de woonplaats, arbeidsstatus of positie op de arbeidsmarkt, woonvorm en sociale steun.

Leeftijd en geslacht

Informatie over het geslacht en de leeftijd van respondenten is door de respondenten aangeleverd via de patiëntregistratie. Voor de indeling in leeftijdscategorieën is aansluiting gezocht met de eerste Nationale Studie. Informatie over de overige demografische en sociale factoren die in dit rapport gebruikt worden, is door de respondenten zelf gerapporteerd middels de enquêtes en wordt

hier achtereenvolgens kort besproken. Afsluitend zal een overzichtstabel gepresenteerd worden met daarin de verdeling van de drie studiepoulaties over de genoemde demografische en sociale categorieën.

Verzekeringsvorm

Respondenten is gevraagd naar de wijze waarop zij verzekerd zijn tegen ziektekosten (ziekenfonds, particuliere verzekering, ambtenarenverzekering). De verzekeringsvorm is gedichotomiseerd in ziekenfondsverzekerd of particulier verzekerd. Onder de particulier verzekerden vallen ook respondenten met een ambtenarenverzekering.

Opleidingsniveau

Het hoogst behaalde opleidingsniveau is gemeten op een 11-puntschaal. In dit rapport is opleiding ingedeeld in 3 niveaus, vergelijkbaar met de eerste Nationale Studie, namelijk laag opleidingsniveau (geen en basis onderwijs); middelbaar opleidingsniveau (lager beroepsonderwijs, middelbaar algemeen onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs) en hoog opleidingsniveau (hoger beroepsonderwijs en universiteit).

49

Stedelijkheid

Volgens de maatstaf van Dulk is op basis van de postcode van de huisartspraktijk de stedelijkheidsgraad van de patiënt toegevoegd (Dulk e.a. 1992). Dit leidt tot een indeling in 5 stedelijkheidsgraden: zeer sterk stedelijk, sterk stedelijk, matig stedelijk, weinig stedelijk en niet stedelijk. Alleen de twee uiterste stedelijkheidsgraden ('zeer sterk stedelijk' en 'niet stedelijk') worden in de overzichtstabellen gepresenteerd. Wanneer de gegevens betrekking hebben op allochtonen worden in verband met de lage aantallen in de niet-stedelijke gebieden, de laagste twee stedelijkheidsgraden samengevoegd. Dientengevolge wordt in de overzichtstabellen ten aanzien van allochtonen 'zeer sterk stedelijk' tegenover 'niet of weinig stedelijk' gezet.

Arbeidsstatus

Aan respondenten is gevraagd welke situatie op het moment van het interview het meest van toepassing is, oftewel is de respondent schoolgaand of studerend, werkend (betaald), werkloos of werkzoekend, arbeidsongeschikt (WAO), huisvrouw/-man, of met pensioen of VUT.

Woonvorm

Op basis van een vraag naar het aantal personen in het huishouden en de samenstelling van het huishouden zijn de respondenten ingedeeld naar de woonvorm waarin zij leven: éénpersoonshuishoudens; tweepersoonshuishoudens (twee volwassenen); éénoudergezinnen en tweoudergezinnen. (De analyses met woonvorm die in dit rapport uitgevoerd zijn, hebben alleen betrekking op respondenten van 25 jaar en ouder. Dit betekent dat wanneer het gezondheidsoordeel van éénoudergezinnen beschreven wordt, het gezondheidsoordeel van de ouder bedoeld wordt).

Sociale steun

Voor het meten van sociale steun maken we gebruik van het meetinstrument van Van Sonderen (1991). Dit meetinstrument is aan de helft van de respondenten van de patiëntenquête voorgelegd en bestaat uit items die betrekking hebben op allerlei vormen van ondersteunende interacties

(Sociale Steun Lijst - Interacties) en uit items waarin gevraagd wordt naar de mate waarin verkregen ondersteuning overeenkomt met de behoefte van de respondent (Sociale Steun Lijst - Discrepanties). In dit rapport rapporteren we over de discrepanties die respondenten ervaren in sociale steun, dus maken we gebruik van de items die betrekking hebben op de Sociale Steun Lijst - Discrepanties. Op basis van deze items is een somscore berekend, waarbij respondenten buiten beschouwing zijn gelaten die meer dan vier missings hebben op de lijst van discrepanties. Vervolgens zijn de respondenten aan de hand van de somscore ingedeeld in drie groepen, namelijk respondenten met veel tekorten in sociale steun, respondenten met matige tekorten in sociale steun en respondenten zonder tekorten in sociale steun. In de overzichtstabellen presenteren we alleen de twee uiterste groepen: veel tekorten in sociale steun tegenover geen tekorten in sociale steun.

50

Tabel 3.6 geeft een overzicht van de gebruikte studiepopulaties en de verdeling over demografische en sociale factoren. Aan allochtonen en tijdens de eerste Nationale Studie in 1987 is de vraag naar tekorten in sociale steun niet gesteld. De woonvorm in 1987 is in de analyses voor dit rapport niet meegenomen. De drie populaties variëren in samenstelling. De respondenten in 1987 en de allochtone respondenten zijn verhoudingsgewijs jonger dan de respondenten in 2001. Allochtone respondenten hebben veelal een ziekenfondsverzekering en wonen vooral in zeer stedelijke gebieden. Ook zijn allochtone respondenten vaker werkloos en arbeidsongeschikt, wonen minder vaak in tweepersoonshuishoudens en vaker in éénoudergezinnen. Respondenten in 2001 zijn minder vaak laag opleidbaar dan in 1987 en wonen minder vaak in niet-stedelijke gebieden.

Tabel 3.6**Samenstelling van de enquêtes naar sociale categorieën voor respondenten ≥ 25 jaar**

	patiëntenquête 1987		patiëntenquête 2001		patiëntenquête onder allochtonen	
	%	n	%	n	%	n
geslacht						
vrouw	49,0	4253	55,7	4976	58,2	670
man	51,0	4426	44,3	3964	41,8	481
leeftijd						
25-44 jaar	52,3	4538	38,3	3428	66,6	766
45-64 jaar	31,5	2733	39,4	3525	27,7	319
> 64 jaar	16,2	1408	22,2	1987	5,7	66
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	66,4	5750	65,7	5869	90,1	1029
particulier	33,6	2905	34,3	3064	9,9	113
opleidingsniveau						
laag	30,0	2506	15,3	1368	38,5	426
middelbaar	57,8	4830	62,4	5570	48,8	540
hoog	12,2	1019	22,3	1989	12,7	140

	patiëntenquête 1987		patiëntenquête 2001		patiëntenquête onder allochtonen	
	%	n	%	n	%	n
urbanisatiegraad						
zeer stedelijk	12,1	1047	16,2	1450	59,5	685
niet stedelijk*	25,3	2189	19,0	1696	9,3	107
arbeidsstatus						
werkloos	2,5	208	1,4	119	7,9	89
arbeidsongeschikt	5,5	468	6,0	521	12,4	140
pensioen	11,1	934	18,2	1594	5,2	58
betaald werk	51,3	4332	51,9	4538	49,0	552
huisvrouw/huisman	29,1	2462	22,1	1932	22,6	255
woonvorm						
éénpersoonshuishouden	–	–	17,6	1547	16,6	175
tweepersoonshuishouden	–	–	37,3	3277	15,0	158
éénoudergezin	–	–	3,9	339	13,4	141
tweeoudergezin	–	–	40,5	3623	55,0	580
sociale steun						
geen tekorten sociale steun	–	–	47,8	2128	–	–
veel tekorten sociale steun	–	–	38,3	1703	–	–

* in de patiëntenquête onder allochtonen vallen ook de weinig stedelijken onder de niet stedelijken
– niet bekend

51

3.3 Analysetechnieken

In dit rapport wordt onderzocht of gezondheid, zorggebruik of leefstijl van mensen in Nederland verschilt naar een aantal voor het beleid belangrijke demografische en sociale achtergrondkenmerken. Bij de presentatie van de gegevens over gezondheid, zorggebruik en leefstijl starten we steeds met de (univariate) samenhang tussen de verschillende achtergrondkenmerken en een aspect uit een van de drie thema's, bijvoorbeeld de samenhang van leeftijd met ervaren gezondheid, met een bijbehorende statistische toetsing van de sterkte van de relatie (vaak een Chi2-toets).

Vervolgens presenteren we een overzichtstabel van de univariate samenhangen van de diverse achtergrondkenmerken voor respondenten van 25 jaar en ouder. Dit is gedaan vanwege de onderlinge vergelijkbaarheid van de achtergrondkenmerken. Opleidingsniveau en arbeidsstatus gemeeten vóór 25-jarige leeftijd geven een vertekend beeld.

Daarna onderzoeken we welke van de onderzochte achtergrondkenmerken het sterkst gerelateerd zijn aan gezondheid, zorggebruik of leefstijl (dit gebeurt eveneens voor respondenten van 25 jaar en ouder). Met behulp van een multivariate (logistische) regressieanalyse, wordt de unieke samenhang van een enkel achtergrondkenmerk met bijvoorbeeld ervaren gezondheid berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de relatie van de andere kenmerken, zoals geslacht, leeftijd etc. met ervaren gezondheid. Deze analyse geeft inzicht in welke achtergrondkenmerken het sterkst samenhangen met, in dit geval, ervaren gezondheid. Het is bekend dat de gekozen achtergrondkenmerken onderling in meer of mindere mate samenhangen. Zo zal bijvoorbeeld onder ouderen

het gemiddelde opleidingsniveau wat lager zijn. Mocht in het voorbeeld van de multivariate analyse naar de relatie tussen demografische en sociale kenmerken en ervaren gezondheid blijken dat leeftijd minder sterk samenhangt met gezondheid dan opleiding, dan betekent dat niet dat ouderen geen slechtere ervaren gezondheid rapporteren, maar dat dit komt doordat zij een lager opleidingsniveau hebben.

In de regressiemodellen is leeftijd een continue variabele, terwijl alle andere demografische en sociale kenmerken per categorie worden geanalyseerd.

De logistische regressieanalyses van zorggebruik verlopen in twee stappen. In de tweede stap wordt de gezondheidsbeleving toegevoegd. De tabellen staan in de Bijlage. In de tekst worden alleen significante verbanden ($p < .05$) genoemd.

52

Er worden zo blijkt uit het bovenstaande verschillende leeftijdsgrenzen gehanteerd, soms worden alle respondenten geïncludeerd, soms alleen respondenten van 18 jaar en ouder en veelvuldig respondenten van 25 jaar en ouder. De enquête onder allochtonen is bijvoorbeeld alleen afgenomen bij respondenten van 18 jaar en ouder. Wanneer de resultaten van allochtonen vergeleken worden met die van autochtonen, zullen (vanzelfsprekend) ook voor autochtonen alleen respondenten van 18 jaar en ouder worden geïncludeerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat in de ene paragraaf staat dat 13% (alle leeftijden) contact heeft met de fysiotherapeut, terwijl op een andere plaats staat dat 15% (18 jaar en ouder) of 16% (25 jaar en ouder) contact heeft gehad. In de titel van de tabellen zal steeds aangegeven worden over welke leeftijdsgroep het gaat. Wanneer er niets boven de tabel vermeld staat betekent dit dat alle respondenten zijn geïncludeerd.

De verschillen tussen de eerste en tweede Nationale Studie en tussen autochtonen en allochtonen zijn getoetst met de percentagetoets (Blalock, 1979).



GEZONDHEID

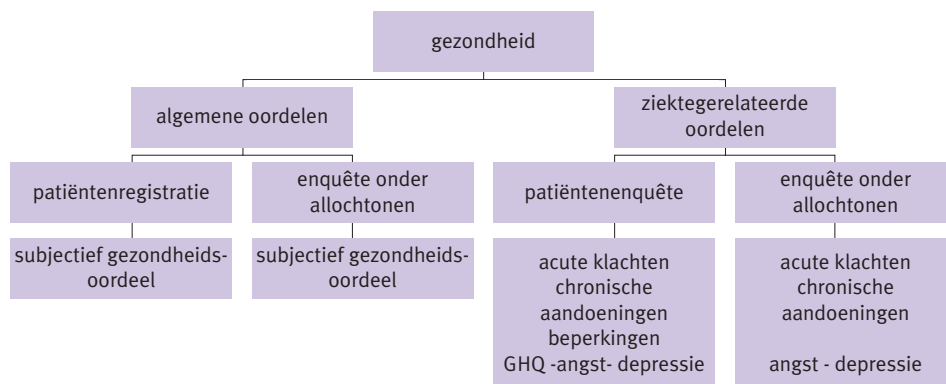
4.1 Inleiding

55

Gezondheid kan op verschillende manieren worden gemeten. In dit hoofdstuk wordt zowel aandacht besteed aan een meer algemene gezondheidsmaat, zoals de door de bevolking ervaren gezondheid (§ 4.2) als aan verschillende ziekte gerelateerde deelaspecten van gezondheid waaronder:

- gezondheidsklachten (§ 4.3 t/m § 4.5);
- chronische aandoeningen (§ 4.6);
- beperkingen in het dagelijks functioneren (§ 4.7);
- psychische gezondheid (§ 4.8).

De algemene oordelen over de eigen gezondheid zijn afkomstig van de patiëntregistratie (n=294999), de ziektegerelateerde oordelen komen van de patiëntenquête (n=12699). Aangezien de patiëntenquête alleen is afgenomen bij de **Nederlands** sprekende populatie zal daar waar vergelijkbare gegevens beschikbaar zijn uit de enquête onder allochtonen (n= 1339), ook voor de vier grootste allochtone bevolkingsgroepen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen) die in Nederland wonen, de cijfers worden gepresenteerd.



Figuur 4.1.1

Gebruikte indicatoren voor gezondheid

In paragraaf 4.9 zullen voor verschillende gezondheidsindicatoren (subjectief gezondheidsoordeel, acute klachten, chronische aandoeningen en de GHQ) de resultaten vergeleken worden met die van de eerste Nationale Studie (1987). Aan het eind van dit hoofdstuk in § 4.10 worden de belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk samenvattend gepresenteerd.

4.2 Subjectief gezondheidsoordeel

In deze paragraaf staat een veel gebruikte gezondheidsmaat centraal: het algemene oordeel over de eigen gezondheid. De eigen inschatting van de gezondheid is een belangrijke indicator voor gezondheid. In de eerste subparagraaf (4.2.1) wordt het oordeel over de eigen gezondheid weergegeven van de respondenten van de patiëntregistratie. De patiëntregistratie is een representatieve weergave van de niet-geïnstitutionaliseerde Nederlandse bevolking. Dit betekent dat ook de allochtone bevolking vertegenwoordigd is. Naast een uitsplitsing naar geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, urbanisatiegraad en arbeidsstatus is het daarom ook mogelijk naar etniciteit uit te splitsen. In paragraaf 4.2.2 wordt specifieke aandacht besteed aan de gezondheidsbeleving van de vier grote allochtone bevolkingsgroepen in Nederland, namelijk Surinamers, Antillianen, Marokkanen en Turken. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de enquête die is afgenomen onder deze vier groepen. Als referentiewaarden worden in paragraaf 4.2.2 niet de cijfers van de patiëntregistratie maar zoals in het verdere rapport de cijfers van de patiëntenquête genomen.

56

4.2.1 Inschatting eigen gezondheid door de autochtone bevolking

Aan respondenten is gevraagd een inschatting te geven van de eigen gezondheid. Voor respondenten in de leeftijdsgroep van 0 tot 12 jaar zijn de antwoorden gegeven door de verzorgers. Tabel 4.2.1 geeft de verdeling weer van de respondenten uit de patiëntregistratie.

Tabel 4.2.1
Inschatting eigen gezondheid (n= 271324)

Inschatting eigen gezondheid	%
heel goed	24,0
goed	58,2
niet goed, niet slecht	15,3
slecht	2,2
heel slecht	0,4

Bron: patiëntregistratie

Over het algemeen wordt de gezondheid door 82% van de respondenten als (heel) goed beoordeeld, 15% vindt de eigen gezondheid matig en 3% (heel) slecht.

In Tabel 4.2.2 wordt de inschatting van de eigen gezondheid weergegeven naar leeftijd en geslacht. Naarmate de leeftijd stijgt beoordeelt men de eigen gezondheid slechter ($p < .01$). Van de mensen die jonger zijn dan 25 jaar geeft nog geen één procent aan een slechte gezondheid te hebben, voor mensen boven de 75 jaar geldt dat voor tien procent. Vrouwen rapporteren over het algemene een minder goede gezondheid dan mannen ($p < .01$), de verschillen tussen mannen en vrouwen zijn echter klein.

Tabel 4.2.2

Inschatting eigen gezondheid naar geslacht en leeftijd in percentages (N=271324)

Inschatting eigen gezondheid		Leeftijd						
		0 t/m 14 jr	15 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	65 t/m 74 jr	75 t/m 84 jr	>84 jr
(heel) goed	man	96,3	95,6	89,5	76,5	67,2	56,2	46,1
	vrouw	96,9	91,6	86,5	74,8	63,7	50,3	38,3
	subtotaal	96,6	93,6	87,9	75,7	65,3	52,6	40,5
niet goed/ niet slecht	man	3,3	3,9	8,9	20,0	28,4	36,7	43,9
	vrouw	2,8	7,5	11,7	21,8	32,1	42,2	49,9
	subtotaal	3,0	5,7	10,4	20,9	30,4	40,1	48,2
(heel) slecht	man	0,4	0,5	1,6	3,5	4,4	7,1	10,0
	vrouw	0,4	0,9	1,9	3,4	4,2	7,5	11,8
	totaal	0,4	0,7	1,8	3,5	4,3	7,3	11,3

Bron: patiëntregistratie

57

► Hoe hoger de leeftijd des te slechter beoordeelt men de eigen gezondheid

De gezondheidsbeleving verschilt niet alleen naar leeftijd en geslacht, ook het opleidingsniveau speelt een rol. Respondenten met een hoge opleiding zijn positiever over hun gezondheid dan respondenten met een lage opleiding ($p < .01$). Van de mensen met een hoge opleiding heeft 87% een goed gezondheidsoordeel tegenover 59% van de mensen met een lage opleiding. Mannen oordelen in de lage opleidingsgroep beter over hun gezondheid dan vrouwen: 62% van de mannen tegenover 57% van de vrouwen zegt een goede gezondheid te hebben. Het percentage dat aangeeft een 'heel slechte' gezondheid te hebben verschilt tussen de drie opleidingsniveaus maar is gelijk voor mannen en vrouwen (Tabel 4.2.3).

Tabel 4.2.3

Inschatting eigen gezondheid van respondenten ≥ 25 jaar naar hoogst genoten opleiding in percentages (N=191449)

Inschatting eigen gezondheid		laag opleidingsniveau	middelbaar opleidingsniveau	hoog opleidingsniveau
heel (goed)	man	61,6	80,7	87,5
	vrouw	57,3	79,2	85,8
	subtotaal	58,9	79,9	86,8
niet goed/ niet slecht	man	31,8	16,8	10,7
	vrouw	36,2	18,3	12,3
	subtotaal	34,5	17,6	11,4
(heel) slecht	man	6,6	2,5	1,8
	vrouw	6,6	2,5	1,8
	subtotaal	6,6	2,5	1,8

Bron: patiëntregistratie

► **Laag opgeleiden rapporteren een slechtere gezondheid dan hoog opgeleiden**

Respondenten met een particuliere ziektekostenverzekering rapporteren een betere gezondheid dan respondenten met een ziekenfondsverzekering. Van de respondenten met een particuliere ziektekostenverzekering heeft 88% een positief oordeel over de eigen gezondheid tegenover 80% van de mensen met een ziekenfondsverzekering.

Tabel 4.2.4

Inschatting eigen gezondheid naar verzekeringsvorm in percentages (N=269748)

Inschatting eigen gezondheid		ziekenfondsverzekering	particuliere verzekering
heel (goed)	man	81,3	89,1
	vrouw	78,2	86,4
	subtotaal	79,6	87,8
niet goed/ niet slecht	man	15,9	9,7
	vrouw	18,8	12,2
	subtotaal	17,5	10,8
(heel) slecht	man	2,8	1,2
	vrouw	3,0	1,5
	subtotaal	2,9	1,3

Bron: patiëntregistratie

► **Ziektenfondsverzekerden rapporteren een slechtere gezondheid dan particulier verzekerden**

Van de onderzochte respondenten rapporteert 83% van de autochtonen tegenover 79% van de westerse en 75% van de niet-westerse allochtonen een goede gezondheid (Tabel 4.2.5). Ook voor allochtonen geldt dat mannen over het algemeen een betere gezondheid rapporteren dan vrouwen. In de bijlage wordt een overzicht gegeven van de ervaren gezondheid naar etniciteit en leeftijd

(Bijlage I, Tabel 1). Voor alle leeftijdsgroepen geldt dat niet-westerse allochtonen een slechtere gezondheid rapporteren.

Tabel 4.2.5

Inschatting eigen gezondheid naar etniciteit in percentages (n=268666)

Inschatting eigen gezondheid		Etniciteit		
		autochtoon	westers	niet-westers
(heel) goed	man	84,8	81,2	77,6
	vrouw	81,3	77,0	72,5
	subtotaal	83,0	79,0	74,9
niet goed/niet slecht	man	13,2	15,8	16,6
	vrouw	16,5	19,2	21,3
	subtotaal	14,9	17,7	19,0
(heel) slecht	man	2,0	3,0	5,8
	vrouw	2,3	3,8	6,2
	subtotaal	2,1	3,4	6,0

Bron: patiëntregistratie

► Niet-westerse allochtonen rapporteren een slechtere gezondheid dan autochtonen

Respondenten in niet-stedelijke gebieden beoordelen hun gezondheid beter dan respondenten in sterk stedelijke gebieden. In niet-stedelijke gebieden heeft 85% van de respondenten een positief gezondheidsoordeel versus 78% in de zeer sterk stedelijke gebieden.

Tabel 4.2.6

Inschatting eigen gezondheid naar stedelijkheid in percentages (n=271324)

Inschatting eigen gezondheid		urbanisatiegraad				
		zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
(heel) goed	man	80,5	82,4	85,0	84,5	86,1
	vrouw	75,5	78,3	80,9	81,6	83,8
	subtotaal	77,8	80,3	82,9	83,0	85,0
niet goed/niet slecht	man	15,9	14,7	12,8	13,5	12,2
	vrouw	20,4	18,4	16,7	16,1	14,4
	subtotaal	18,3	16,7	14,8	14,8	13,3
(heel) slecht	man	3,7	2,8	2,2	2,1	1,6
	vrouw	4,1	3,3	2,5	2,4	1,8
	subtotaal	3,9	3,1	2,3	2,2	1,7

Bron: patiëntregistratie

► In zeer stedelijke gebieden oordeelt men slechter over de gezondheid dan in niet-stedelijke gebieden

In Tabel 4.2.7 wordt het gezondheidsoordeel naar arbeidsstatus gepresenteerd. Het meest positief over de eigen gezondheid zijn respondenten met een betaalde baan, 89% zegt een goede gezondheid te hebben. Het gezondheidsoordeel van werklozen, gepensioneerden en huisvrouwen/huismannen is vergelijkbaar. Ongeveer tweederde van de respondenten behorende tot deze categorieën zegt een goede gezondheid te hebben. Gepensioneerde mannen rapporteren vaker een goede gezondheid dan gepensioneerde vrouwen (67% versus 57%) en huisvrouwen vaker dan huismannen (74% versus 64%). Zoals verwacht rapporteren respondenten die arbeidsongeschikt zijn de minst goede gezondheid, 31% van hen zegt een goede gezondheid te hebben.

Tabel 4.2.7

Inschatting eigen gezondheid van respondenten ≥ 18 jaar naar arbeidsstatus in percentages (n=211941)

Inschatting eigen gezondheid		arbeidsstatus				
		werkloos	arbeidsongeschikt	gepension	betaald werk	huisvrouw/-man
(heel) goed	man	64,2	33,0	66,6	89,2	63,9
	vrouw	65,0	27,9	56,9	88,7	74,1
	subtotaal	64,6	30,7	62,7	89,0	73,8
niet goed/niet slecht	man	28,6	48,8	28,8	10,0	29,4
	vrouw	30,1	52,4	36,2	10,6	23,2
	subtotaal	29,3	50,4	31,7	10,2	23,4
(heel) slecht	man	7,2	18,2	4,6	0,8	6,8
	vrouw	4,9	19,7	6,8	0,8	2,7
	subtotaal	6,1	18,9	5,5	0,8	2,9

Bron: patiëntregistratie

- Mensen met een betaalde baan zijn positiever over de eigen gezondheid dan werklozen, arbeidsongeschikten, gepensioneerden en huisvrouwen/-mannen

Tabel 4.2.8 geeft een overzicht van het eigen gezondheidsoordeel van respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. Respondenten met een lage opleiding, verzekerd via het ziekenfonds, die werkloos of arbeidsongeschikt zijn en met een niet-westerse etniciteit hebben vaker een slechte gezondheid dan respondenten met een hoge opleiding, die particulier verzekerd zijn, betaald werk en een westerse etniciteit hebben.

Tabel 4.2.8

Overzicht subjectief gezondheidsoordeel (matig/slecht) van respondenten \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken in percentages

Matig/slecht gezondheidsoordeel	man	vrouw	totaal
ethniciteit			
autochtoon	19,9	23,7	21,9
westers allochtoon	23,4	27,7	25,7
niet-westers allochtoon	34,5	39,7	37,3
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	24,4	26,5	25,6
particulier	14,5	19,2	16,5
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	38,4	42,7	41,1
middelbaar opleidingsniveau	19,3	20,8	20,1
hoog opleidingsniveau	12,5	14,2	13,2
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	24,6	29,6	27,4
niet stedelijk	18,7	21,1	19,9
arbeidsstatus			
werkloos	38,4	36,6	37,6
arbeidsongeschikt	67,3	72,4	69,6
gepensioneerd	33,4	43,1	37,3
betaald werk	11,2	11,5	11,3
huisvrouw/-man	36,3	25,9	26,3
Totaal	20,8	24,8	22,9

Bron: patiëntregistratie

Uit het bovenstaande komt naar voren dat de gezondheidsbeleving verschilt naar bepaalde categorieën. Leeftijd, geslacht, opleiding, verzekeringsvorm, etniciteit en stedelijkheid lijken allemaal van invloed te zijn op de ervaren gezondheid. In Tabel 4.2.8 is niet gekeken naar het onafhankelijke verband van de verschillende achtergrondkenmerken.

Met behulp van logistische regressie (Bijlage I, Tabel 2) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met de gezondheidsbeleving. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met gezondheidsbeleving berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Het blijkt dat alle onderzochte achtergrondkenmerken een onafhankelijk verband hebben met de gezondheidsbeleving (Tabel 4.2.9).

De kans op een matige of slechte gezondheid is groter voor een niet-westerse allochtoon dan voor een autochtoon. De kans dat iemand in de WAO of iemand die werkloos is een slechte of matige gezondheid rapporteert is groter dan voor werkenden, gepensioneerden en huisvrouwen. Ziektenfondsverzekerden rapporteren vaker een slechte gezondheid dan particulier verzekerden.

Ook de mate van stedelijkheid blijkt samen te hangen met de gezondheidsbeleving. De kans dat mensen in sterk stedelijke gebieden een matige/slechte gezondheid rapporteren is groter dan voor mensen in niet-stedelijke gebieden.

Tabel 4.2.9

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van respondenten ≥ 25 jaar met matig/slecht gezondheidsoordeel

Matig/slecht gezondheidsoordeel	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd
etniciteit	etniciteit
verzekeringsvorm	verzekeringsvorm
opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	arbeidsstatus

Bron: patiëntregistratie

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op een matig/slecht gezondheidsoordeel groter voor vrouwen, ouderen, niet-westerse allochtonen, ziekenfondsverzekerden, laag opgeleiden, mensen in zeer sterk stedelijke gebieden, werklozen en arbeidsongeschikten

4.2.2 Inschatting eigen gezondheid door de allochtone bevolkingsgroepen

Van de vier allochtone bevolkingsgroepen van 18 jaar en ouder geeft 61% aan een (zeer) goede gezondheid te hebben, 30% heeft een matig oordeel en 9% oordeelt (zeer) slecht over de eigen gezondheid. Het oordeel over de eigen gezondheid is onder de vier allochtone bevolkingsgroepen lager dan onder de autochtone bevolking (respondenten van de patiëntenquête). Van de autochtone bevolking oordeelde 81% (zeer) goed, 16% matig en 2% slecht.

- Het gezondheidsoordeel van de allochtone bevolkingsgroepen is minder goed dan dat van de autochtone bevolking

Antillianen en Surinamers zijn het meest positief over de eigen gezondheid. Van de Turken geeft 53% aan een (zeer) goede gezondheid te hebben tegenover 67% van de Antillianen. Vrouwelijke allochtonen zijn minder positief over de eigen gezondheid dan mannelijke allochtonen.

Tabel 4.2.10

Oordeel eigen gezondheid naar allochtone groepen in percentages (N=1136)

Inschatting eigen gezondheid		Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	Totaal
(zeer) goed	vrouw	56,5	65,8	45,9	63,1	57,9
	man	63,4	68,2	62,1	74,4	65,8
	subtotaal	59,7	66,7	53,3	66,3	61,0
matig	vrouw	36,0	28,4	39,5	26,8	32,5
	man	25,4	30,6	25,5	19,2	25,3
	subtotaal	31,0	29,2	33,1	24,6	29,7
(zeer) slecht	vrouw	7,5	5,8	14,5	10,1	9,6
	man	11,3	1,2	12,4	6,4	8,9
	subtotaal	9,2	4,2	13,6	9,1	9,3

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- Van de vier allochtone groepen zijn Antillianen en Surinamers het meest positief over de eigen gezondheid, Turken en Marokkanen zijn minder positief

Onder de allochtone bevolkingsgroepen is het percentage dat aangeeft een goede gezondheid te hebben statistisch significant hoger voor respondenten met een particuliere verzekering dan voor ziekenfondsverzekerden (77% versus 59%).

- Allochtonen met een ziekenfondsverzekering rapporteren een slechtere gezondheid dan allochtonen met een particuliere verzekering

In Tabel 4.2.11 wordt een overzicht gegeven naar leeftijd van de respondenten die aangeven een matige of slechte gezondheid te hebben. Naarmate de leeftijd stijgt neemt het percentage respondenten met een slecht gezondheidsoordeel onder de allochtone bevolkingsgroepen toe.

Tabel 4.2.11

Matig of slechte gezondheid naar geslacht en leeftijd in percentages van respondenten uit de vier allochtone groepen (N=1136)

Matig/slecht gezondheidsoordeel	Leeftijd			
	18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	> 64 jr
vrouw	23,5	37,4	62,3	55,6
man	16,1	31,7	48,7	35,0
Totaal	20,8	35,1	56,6	48,2

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

In Tabel 4.2.12 staat een overzicht van de respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. Vooral arbeidsongeschikte, werkloze, laagopgeleide respondenten en respondenten in éénpersoonshuishouden rapporteren een matig/slechte gezondheid. Ongeveer de helft van deze groepen (van de arbeidsongeschikten zelfs ruim driekwart) zegt een matige/slechte gezondheid te hebben.

Tabel 4.2.12

Percentage allochtone respondenten \geq 25 jaar met een matige/slechte gezondheidsbeleving naar diverse achterkenmerken

Matig/slecht gezondheidsoordeel	%
geslacht	
vrouw	45,2
man	36,8
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	43,8
particulier	25,7
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	54,8
middelbaar opleidingsniveau	37,1
hoog opleidingsniveau	26,7
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	42,6
weinig of niet stedelijk	42,6
arbeidsstatus	
werkloos	51,4
arbeidsongeschikt	83,7
gepensioneerd	42,9
betaald werk	27,2
huisvrouw/-man	46,3
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	52,1
tweepersoonshuishouden	39,3
éénoudergezin	37,4
tweeoudergezin	40,8
Totaal	41,9

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Allochtonen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn of die in éénpersoonshuishoudens wonen rapporteren een slechtere gezondheid

In Tabel 4.2.12 is niet gekeken naar onafhankelijke verbanden van de verschillende achtergrondkenmerken met de gezondheidsbeleving. Met behulp van logistische regressie (Bijlage I, Tabel 3)

is onderzocht welke achtergrondkenmerken van allochtonen het meest in het oog springen qua samenhang met de gezondheidsbeleving. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met gezondheidsbeleving berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Een aantal kenmerken heeft een onafhankelijk verband met de gezondheidsbeleving, namelijk de leeftijd, de werkstatus en het opleidingsniveau (Tabel 4.2.13). Wanneer allochtonen ouder, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw-/man of laagopgeleid zijn, is de kans op een slechte gezondheidsbeleving groter dan wanneer allochtonen jonger, niet werkloos, niet arbeidsongeschikt, geen huisvrouw-/man en hoog opgeleid zijn. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met gezondheidsbeleving. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 4.2.13

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met matig/slecht gezondheidsoordeel

65

Matig/slecht gezondheidsoordeel	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
geslacht	
leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm	
opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad	
arbeidsstatus	werkloosheid
	arbeidsongeschiktheid
huisvrouw/-man	
woonvorm	

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op een slecht/matig gezondheidsoordeel groter voor allochtonen die ouder, laag opgeleid, werkloos, arbeidsongeschikt of huisvrouw/-man zijn

4.3 Geen acute klachten

Aan respondenten is een lijst voorgelegd met veel voorkomende klachten (Bijlage I, Tabel 4). Gevraagd is of de respondent 14 dagen voorafgaand aan het interview last heeft gehad van de betreffende klachten. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de respondenten die aangeven van geen enkel van de aan hen voorgelegde klacht (noch van een zelfgenoemde klacht) last te hebben gehad 14 dagen voorafgaand aan het interview. De eerste subparagraaf beschrijft het klachtvrij zijn voor diverse subgroepen. Deze cijfers zijn gebaseerd op de patiëntenquête, een representa-

tieve steekproef van de Nederlands sprekende bevolking. In de tweede subparagraaf staan de vier grootste allochtone bevolkingsgroepen centraal. De cijfers hierover zijn afkomstig van de enquête onder allochtonen.

4.3.1 Geen acute klachten voorafgaand aan het interview in de autochtone bevolking

Van de respondenten uit de patiëntenquête geeft 11% aan dat zij de 14 dagen voorafgaand aan het interview geen acute klacht heeft gehad. Er zijn meer mannen dan vrouwen ($p < .01$) die aangeven de 14 dagen voorafgaand aan het interview zonder acute klachten te zijn geweest (15 versus 9%).

Tabel 4.3.1

Afgelopen twee weken geen acute klachten naar geslacht en leeftijd in percentages (n=12672)

Klachtvrij	Leeftijd								Totaal
	0 t/m 4 jr	5 t/m 14 jr	15 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	65 t/m 74 jr	75 t/m 84 jr	> 84 jr	
man	14,7	21,1	12,0	12,1	14,1	14,5	10,6	22,7	14,5
vrouw	19,0	17,0	3,9	6,0	7,0	9,2	5,7	9,1	8,6
Totaal	16,9	19,1	7,9	8,6	10,4	11,5	7,6	13,6	11,3

Bron: patiëntenquête

► Mannen hebben vaker géén acute gezondheidsklachten dan vrouwen

De leeftijdscategorie met de meeste respondenten die aangeven de afgelopen 14 dagen 'klachtvrij' te zijn geweest is de groep 5 t/m 14 jarigen. Ongeveer een op de twintig respondenten van deze leeftijdsgroep had geen acute klachten 14 dagen voorafgaand aan het interview. Vanaf 15 jaar is het percentage vrouwen dat aangeeft de 14 dagen voorafgaand aan het interview vrij te zijn van acute klachten beduidend minder dan dat van mannen. Terwijl dat in de eerste levensjaren omgekeerd is. In de leeftijd tot 4 jaar zijn meisjes vaker klachtvrij dan jongens. Opvallend is het hoge percentage mannen van 85 jaar en ouder dat aangeeft de afgelopen 14 dagen klachtvrij te zijn geweest. Gezien het lage aantal respondenten dat zich in deze leeftijdscategorie bevindt (44 mannen en 88 vrouwen) moeten deze percentages gerelativeerd worden.

Voor wat betreft het opleidingsniveau is er geen statistisch significant verschil in het al dan niet vrij zijn van acute klachten, naar verzekeringsvorm wel ($p < .01$). Van de ziekenfondsverzekerden is 10% klachtvrij tegenover 13% van de particulier verzekerden (Tabel 4.3.2).

Tabel 4.3.2

Afgelopen twee weken geen acute klachten naar geslacht en verzekeringsvorm in percentages (n=12650)

Klachtvrij	ziekenfonds	particulier
man	13,3	16,2
vrouw	8,1	9,6
Totaal	10,3	13,1

Bron: patiëntenquête

- ▶ Ziekenfondsverzekerden hebben vaker acute klachten dan particulier verzekerden

Qua woonvorm bevindt zich het hoogste percentage klachtvrije mensen in de tweoudergezinnen (10%), het laagst percentage in de éénpersoonshuishoudens (8%). De verschillen zijn echter statistisch niet significant.

Tabel 4.3.3

Respondenten ≥ 18 jaar die afgelopen twee weken geen acute klachten hadden naar geslacht en woonvorm in percentages (n=9452)

Klachtvrij	éénpersoons- huishouden	tweepersoons- huishouden	éénouder- gezin	tweeouder- gezin
man	11,7	12,8	12,5	13,8
vrouw	5,9	7,1	7,6	6,6
Totaal	7,9	9,9	9,0	10,0

Bron: patiëntenquête

Naar urbanisatiegraad zijn er statistisch significante verschillen. In stedelijke gebieden wonen minder klachtvrije respondenten (10%) dan in niet-stedelijke gebieden (16%).

Tabel 4.3.4

Afgelopen twee weken geen acute klachten naar geslacht en urbanisatiegraad in percentages (n=12672)

Klachtvrij	zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
man	12,6	10,9	15,5	14,1	18,6
vrouw	7,2	5,4	8,4	8,5	13,3
Totaal	9,6	7,8	11,7	11,1	15,8

Bron: patiëntenquête

- In niet-stedelijke gebieden wonen relatief meer mensen zonder acute gezondheidsklachten dan in sterk stedelijke gebieden

Onder gepensioneerden en mensen met een betaalde baan bevinden zich de hoogste percentages klachtvrije respondenten (Tabel 4.3.5). Werkloze vrouwen zijn minder vaak klachtvrij (4%) dan vrouwen die betaald werk (6%) verrichten of huisvrouw (8%) zijn. Daarentegen is onder werkloze mannen het percentage dat klachtvrij is relatief hoog (10%) vergeleken met werkloze vrouwen (4%).

Tabel 4.3.5

Percentage respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen twee weken geen acute klachten had naar geslacht en arbeidsstatus (n=9465)

Klachtvrij	werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	huisvrouw/ huisman
man	10,3	4,9	13,5	14,2	7,0
vrouw	3,9	1,2	7,7	6,4	7,6
Totaal	6,7	3,2	11,3	10,7	7,6

Bron: patiëntenquête

- Gepensioneerden en mensen met een betaalde baan zijn vaker zonder acute gezondheidsklachten dan werklozen, arbeidsongeschikten of huisvrouwen/-mannen

Het klachtvrij zijn komt vaker ($p < .01$) voor bij respondenten zonder tekorten in sociale steun (12%) dan bij respondenten met veel tekorten in sociale steun (5%).

Tabel 4.3.6

Percentage respondenten van 18 jaar en ouder dat afgelopen twee weken geen acute klachten had naar geslacht en tekorten in sociale steun (n=4829)

Klachtvrij	geen tekorten	matige tekorten	veel tekorten
man	16,2	11,4	9,2
vrouw	8,9	7,2	2,6
Totaal	12,1	9,1	5,4

Bron: patiëntenquête

- Mensen met veel tekorten in sociale steun hebben vaker acute gezondheidsklachten dan mensen zonder tekorten in sociale steun

In Tabel 4.3.7 wordt het 'klachtvrij zijn' nog eens samenvattend gepresenteerd voor respondenten van 25 jaar en ouder.

Tabel 4.3.7

Percentage respondentent ≥ 25 jaar dat 14 dagen voorafgaand aan het interview geen acute klachten had naar diverse achtergrondkenmerken

Klachtvrij	man	vrouw	Totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	11,6	6,6	8,5
particulier	15,6	7,5	11,9
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	11,8	7,1	8,9
middelbaar opleidingsniveau	13,1	7,4	9,9
hoog opleidingsniveau	14,6	4,7	9,7
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	10,2	4,4	6,9
niet stedelijk	16,2	11,7	13,7
arbeidsstatus			
werkloos	9,8	4,4	6,7
arbeidsongeschikt	4,6	0,8	2,9
gepensioneerd	13,5	7,7	11,3
betaald werk	14,2	6,5	10,8
huisvrouw/-man	7,1	7,6	7,6
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	12,1	5,1	8,2
tweepersoonshuishouden	12,8	7,3	10,0
éénoudergezin	11,9	7,8	8,8
tweeoudergezin	13,7	6,7	9,9
sociale steun			
geen tekort aan sociale steun	15,8	9,2	12,1
veel tekort aan sociale steun	9,6	2,8	5,7
Totaal	13,3	6,8	9,7

Bron: patiëntenquête

Uit Tabel 4.3.7 blijkt dat het niet hebben van acute klachten varieert naar diverse achtergrondkenmerken. Hierbij is niet gekeken of er sprake is van onafhankelijke verbanden. Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage I, Tabel 5) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met acute klachten. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met acute klachten berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Rekening houdend met de achtergrondkenmerken blijkt dat geslacht, urbanisatiegraad, arbeidsongeschiktheid, tekorten in sociale steun en het huisvrouw/-man onafhankelijk van elkaar een verband hebben met het klachtvrij zijn (Tabel 4.3.8). De kans dat mannen klachtvrij zijn is groter dan voor vrouwen, respondenten in niet-stedelijke gebieden hebben een grotere kans om geen acute klachten te hebben dan respondenten in zeer stedelijke gebieden en mensen die geen tekorten in sociale steun ervaren

hebben meer kans om klachtvrij te zijn dan mensen die veel tekorten in sociale steun ervaren. Arbeidsongeschikten en huisvrouwen/-mannen hebben een grotere kans op klachten dan respondenten met een andere arbeidsstatus. Let op dat kenmerken die in deze analyse ‘afvallen’ niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met klachtvrij zijn. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 4.3.8

Statistisch significante samenhang ($p \leq 0,05$) van respondenten ≥ 25 jaar met klachtvrij zijn twee weken voorafgaand aan het interview

Matig/slecht gezondheidsoordeel	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
geslacht	geslacht
leeftijd	
verzekeringsvorm	
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	huisvrouw/-man
tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op acute gezondheidsklachten groter voor vrouwen, mensen in zeer stedelijke gebieden, arbeidsongeschikten, huisvrouwen/-mannen en mensen met veel tekorten in sociale steun

4.3.2 Geen acute klachten voorafgaand aan het interview in de allochtone bevolking

Volwassen allochtone respondenten geven vaker ($p < 0,01$) aan dat zij geen acute klachten hebben gehad (12%) dan volwassen autochtone respondenten (10%). Binnen de groep allochtonen zijn Turken het minst vaak klachtvrij, Marokkanen het meest. Ook voor allochtonen geldt dat klachtvrijheid minder vaak voorkomt bij vrouwen dan bij mannen (8% versus 18%). Opvallend is het lage percentage klachtvrije respondenten onder Turkse vrouwen (3%).

- Allochtonen zijn vaker zonder acute klachten dan autochtonen

Tabel 4.3.9

Geen acute klachten de twee weken voorafgaand aan het interview naar allochtone bevolkingsgroep voor respondenten ≥ 18 jaar in percentages (n=1339)

Klachtvrij	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	Totaal
man	19,7	17,5	16,1	21,7	18,3
vrouw	9,7	10,2	3,3	8,4	7,7
Totaal	14,5	12,9	9,4	12,1	12,1

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Turken hebben vaker acute gezondheidsklachten dan de overige allochtone groepen

De verschillen tussen allochtone mannen en vrouwen zijn met name groot tussen jonge en oude allochtonen ($p < .01$).

Tabel 4.3.10

Allochtone respondenten ≥ 18 jaar die afgelopen twee weken vrij van klachten waren naar geslacht en leeftijd in percentages (n=1339)

Klachtvrij	Leeftijd				Totaal
	18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	> 64 jr	
man	31,4	16,8	11,9	36,0	18,3
vrouw	8,5	7,9	7,6	4,9	7,7
Totaal	17,0	11,6	9,4	16,7	12,1

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Allochtone vrouwen hebben vaker acute gezondheidsklachten dan allochtone mannen

In Tabel 4.3.11 wordt een overzicht gegeven van de allochtone respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. Ook voor allochtonen geldt dat zich de meeste klachtvrije respondenten onder de gepensioneerden en mensen met een betaalde baan bevinden. Opvallend is het lage percentage respondenten uit éénoudergezinnen dat aangeeft geen klachten te hebben (4%). De verschillen naar geslacht, arbeidsstatus, stedelijkheid en woonvorm zijn statistisch significant.

Tabel 4.3.11

Percentage allochtone respondenten ≥ 25 jaar dat afgelopen twee weken geen acute klachten had naar diverse achtergrondkenmerken

Klachtvrij	%
geslacht	
vrouw	7,6
man	16,4
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	11,2
Particulier	12,4
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	11,3
middelbaar opleidingsniveau	10,4
hoog opleidingsniveau	13,6
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	8,9
weinig of niet stedelijk	20,6
arbeidsstatus	
werkloos	11,2
arbeidsongeschikt	3,6
gepensioneerd	17,2
betaald werk	12,9
huisvrouw/-man	9,0
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	16,6
tweepersoonshuishouden	13,9
éénoudergezin	4,3
tweeoudergezin	11,4
Totaal	11,3

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

Met behulp van regressieanalyse is gekeken of er sprake is van onafhankelijke verbanden (Bijlage I, Tabel 6). Het blijkt dat alle achtergrondkenmerken waar significante verschillen gevonden zijn een onafhankelijk verband hebben (Tabel 4.3.12). Voor allochtonen die man, jong, in weinig stedelijk gebieden wonen, niet arbeidsongeschikt zijn en in éénpersoonshuishoudens wonen is de kans groter dat zij geen acute klachten rapporteren dan voor allochtonen die vrouw, oud, in stedelijke gebieden wonen, arbeidsongeschikt en in tweeoudergezinnen wonen.

Tabel 4.3.12

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met afgelopen twee weken klachtvrij

Klachtvrij	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	arbeidsongeschikt
woonvorm	woonvorm

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

73

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op het voorkomen van acute gezondheidsklachten bij allochtonen groter voor vrouwen, ouderen, arbeidsongeschikten, allochtonen die in zeer stedelijke gebieden wonen en allochtonen uit tweeoudergezinnen

4.4 Acute klachten

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende acute klachten waarvan respondenten 14 dagen voorafgaand aan het interview last hadden. In de eerste subparagraaf staan de cijfers van de patiëntenquête (representatieve steekproef van de Nederlands sprekende bevolking) en in de tweede paragraaf wordt verslag gedaan van de acute klachten onder de vier grootste allochtone bevolkingsgroepen (patiëntenquête onder allochtonen).

4.4.1 Acute klachten in de autochtone bevolking

Aan respondenten is een lijst voorgelegd met een veertigtal veel voorkomende klachten (Bijlage I, Tabel 4). Respondenten konden aangeven of zij veertien dagen voorafgaand aan het onderzoek last hebben gehad van deze klacht. Op deze manier is een top twintig samengesteld van de meest voorkomende klachten. In de bijlage wordt deze top twintig gepresenteerd naar leeftijd en geslacht (Bijlage I, Tabel 7). Vrouwen hebben over het geheel genomen meer last van acute klachten dan mannen en voor de meeste klachten geldt dat met het toenemen van de leeftijd de klachten meer voorkomen. De meest genoemde klachten zijn moeheid en hoofdpijn, respectievelijk 36 en 34% van de respondenten heeft 14 dagen voorafgaand aan het interview hiervan last gehad. Maar ook slapeloosheid (24%), pijn in de nek/schouder/bovenrug (21%), verstopte neus (21%), pijn laag in de rug (20%), hoesten (18%) en nervositeit (17%) scoren hoog.

In Tabel 4.4.1 wordt de top 5 klachtenlijst gepresenteerd voor een aantal sociale groepen. De variatie in de top 5 klachtenlijst is niet zeer groot. Bij volwassenen tot 65 jaar ongeacht geslacht of opleiding zijn vrijwel altijd moeheid en hoofdpijn de twee eerstgenoemde klachten van de afgelopen 14 dagen. Alleen wat betreft leeftijd is er verschil in de rangvolgorde. Kinderen hebben met name last van een verstopte neus en hoesten en ouderen (65 jaar en ouder) van moeheid en slapeloosheid en ook slecht horen wordt door één op de vijf 65-plussers genoemd. Hoofdpijn daarentegen komt niet voor in de top 5 klachtenlijst onder mensen van 65 jaar en ouder. Opvallend is het hoge percentage respondenten met moeheidklachten onder volwassen vrouwen tot 65 jaar. De helft geeft aan last te hebben van moeheid. Ook onder hoog opgeleiden wordt moeheid vaak genoemd (45%).

Tabel 4.4.1

Top 5 van de meest genoemde klachten naar geslacht, leeftijd en opleiding

volwassenen (18 –65 jaar)	vrouwen (18 –65 jaar)	mannen (18 – 65 jaar)
moeheid (42%)	moeheid (50%)	moeheid (33%)
hoofdpijn (41%)	hoofdpijn (49%)	hoofdpijn (31%)
slapeloosheid (26%)	slapeloosheid (32%)	pijn laag in de rug (21%)
pijn in nek/schouder (26%)	pijn in nek/schouder (31%)	verstopte neus (20%)
pijn laag in de rug (24%)	pijn laag in de rug (26%)	slapeloosheid (20%)
laag opgeleiden (≥ 25 jaar)	middelbaar opgeleiden (≥ 25 jaar)	hoog opgeleiden (≥ 25 jaar)
moeheid (35%)	hoofdpijn (37%)	moeheid (45%)
slapeloosheid (33%)	moeheid (37%)	hoofdpijn (35%)
hoofdpijn (32%)	pijn in nek/schouder (27%)	slapeloosheid (24%)
pijn in nek/schouder (29%)	slapeloosheid (26%)	pijn in nek/schouder (23%)
pijn laag in de rug (29%)	pijn laag in de rug (26%)	pijn laag in de rug (22%)
kinderen (0-12 jaar)	ouderen (≥ 65 jaar)	Totaal (alle leeftijden)
verstopte neus (23%)	pijn laag in de rug (22%)	moeheid (36%)
hoesten (23%)	moeheid (21%)	hoofdpijn (34%)
moeheid (18%)	slapeloosheid (21%)	slapeloosheid (24%)
hoofdpijn (15%)	pijn in nek/schouder (20%)	pijn in nek/schouder (21%)
agressief gevoel/snel boos geïrriteerd (15%)	slecht horen (20%)	verstopte neus (21%)

Bron: patiëntenquête

- ▶ Volwassenen hebben vooral last van moeheid, hoofdpijn, slapeloosheid en aandoeningen aan het bewegingsapparaat; kinderen van verstopte neus, hoesten, moeheid, hoofdpijn en geïrriteerdheid
- ▶ De rangvolgorde van de vijf meest genoemde acute klachten verschilt nauwelijks tussen mannen en vrouwen of tussen hoog en laag opgeleiden

Bijna driekwart van de onderzochte respondenten heeft de afgelopen 14 dagen last gehad van meer dan één klacht. Het gemiddeld aantal klachten ligt bij 4 (Tabel 4.4.2). De mediaan ligt bij 3.

Tabel 4.4.2**Aantal gerapporteerde acute klachten in een periode van 14 dagen (n=12682)**

Aantal klachten	% respondenten
geen klachten	11,4
1 klacht	16,3
2 klachten	15,0
3 klachten	12,9
4 klachten	10,8
5 klachten	7,9
6 klachten	6,1
7 klachten	4,8
8 klachten	3,6
9 klachten	2,8
10 klachten	1,9
11 klachten	1,6
12 klachten	1,2
13 klachten	1,0
14 klachten	,7
15 klachten	,5
> 15 klachten	1,5
rekenkundig gemiddelde	4,0
standaard deviatie	3,7

Bron: patiëntenquête

Voor wat betreft de leeftijd rapporteren kinderen tot 15 jaar gemiddeld het minst aantal klachten (<3), daarna schommelt het gemiddeld aantal klachten rond de 4 - 4,5.

- Kinderen rapporteren gemiddeld minder acute klachten dan jongeren (vanaf 15 jaar) en volwassenen

Tabel 4.4.3**Gemiddeld aantal klachten in de afgelopen 14 dagen naar leeftijd (n=12696)**

Leeftijd	gemiddeld aantal klachten
0 t/m 4 jaar	2,66
5 t/m 14 jaar	2,77
15 t/m 24 jaar	4,32
25 t/m 44 jaar	4,23
45 t/m 64 jaar	4,35
65 t/m 74 jaar	4,41
75 t/m 84 jaar	4,87
85 en ouder jaar	4,34

Bron: patiëntenquête

Het gemiddeld aantal acute klachten is hoger bij vrouwen dan bij mannen (vooral vanaf 15 jaar). Mensen met een ziekenfondsverzekering rapporteren gemiddeld meer klachten dan mensen met een particuliere verzekering (4,3 versus 3,5). Dit geldt met name voor de leeftijdsgroep van 25 jaar en ouder (met uitzondering van degenen van 75 - 84 jaar). Voor kinderen en jongeren zijn er nageenog geen verschillen naar verzekeringsvorm.

Tabel 4.4.4
Gemiddeld aantal klachten over 14 dagen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (n= 12676)

Gemiddeld aantal klachten		Leeftijd							Totaal	
		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr		>84 jr
particulier	man	2,50	2,54	3,48	3,03	2,98	3,41	3,99	2,17	2,99
	vrouw	2,48	2,87	5,04	4,39	4,53	4,83	5,53	4,33	4,17
	subtotaal	2,49	2,69	4,32	3,65	3,64	4,08	4,89	3,47	3,54
ziekenfonds	man	2,92	2,69	3,24	3,76	4,14	3,59	3,91	3,84	3,57
	vrouw	2,60	2,98	5,46	4,90	5,33	5,20	5,51	4,94	4,82
	subtotaal	2,77	2,84	4,32	4,47	4,86	4,56	4,87	4,60	4,29

Bron: patiëntenquête

Mensen met een laag opleidingsniveau hadden gemiddeld meer klachten de 14 dagen voorafgaand aan het interview dan mensen met een hoog opleidingsniveau (5,0 versus 4,0). De verschillen zijn het grootst in de leeftijdscategorie 25-44 jaar.

Tabel 4.4.5
Gemiddeld aantal klachten over 14 dagen voor respondenten \geq 25 jaar naar leeftijd en opleiding (n= 8927)

Gemiddeld aantal klachten	Leeftijd					Totaal
	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>84 jr	
laag opleidingsniveau	5,81	5,20	4,65	4,93	4,77	5,04
middelbaar opleidingsniveau	4,26	4,32	4,38	4,70	4,15	4,32
hoog opleidingsniveau	3,87	4,00	3,94	5,66	2,36	3,97
Totaal	4,23	4,35	4,41	4,88	4,34	4,35

Bron: patiëntenquête

► **Vrouwen, lager opgeleiden en ziekenfondsverzekerden hebben gemiddeld meer acute klachten**

Het gemiddeld aantal klachten is hoger voor werklozen en arbeidsongeschikten dan voor mensen met een betaalde baan en gepensioneerden (Tabel 4.4.6). Respondenten in tweoudergezinnen rapporteren gemiddeld minder klachten dan respondenten uit éénoudergezinnen. Respondenten

met veel tekorten in sociale steun hebben gemiddeld meer klachten dan respondenten zonder tekorten, en in stedelijke gebieden is het gemiddeld aantal klachten hoger dan in niet-stedelijke gebieden.

Tabel 4.4.6

Gemiddeld aantal klachten over 14 dagen van respondenten \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken

Gemiddeld aantal klachten	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	5,14	3,89	4,66
particulier	4,59	3,08	3,77
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	5,55	4,19	5,04
middelbaar opleidingsniveau	4,93	3,55	4,32
hoog opleidingsniveau	4,72	3,24	3,97
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	5,58	4,14	4,96
Niet stedelijk	4,18	3,03	3,67
arbeidsstatus			
werkloos	5,94	5,67	5,82
arbeidsongeschikt	9,66	6,99	8,22
gepensioneerd	5,43	3,50	4,26
betaald werk	4,43	3,12	3,71
huisvrouw/huisman	4,78	4,95	4,79
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	5,29	4,00	4,85
tweepersoonshuishouden	5,02	3,56	4,30
éénoudergezin	5,44	4,43	5,19
tweeoudergezin	4,71	3,37	4,09
sociale steun			
geen tekort in sociale steun	4,08	2,87	3,55
veel tekort in sociale steun	6,10	4,50	5,41
Totaal	4,99	3,55	4,35

Bron: patiëntenquête

- Werklozen en arbeidsongeschikten hebben gemiddeld meer acute klachten dan mensen met een betaalde baan en gepensioneerden
- Het gemiddeld aantal acute klachten is hoger onder ouders uit éénoudergezinnen dan onder ouders uit tweeoudergezinnen

4.4.2 Acute klachten in de allochtone bevolkingsgroepen

Het gemiddeld aantal klachten voor volwassen respondenten behorende tot de vier allochtone bevolkingsgroepen ligt hoger dan voor de autochtonen 5,8 (sd 5,8) versus 4,4 (sd. 3,9). Turken rapporteren gemiddeld meer klachten dan de overige drie allochtone groepen ($p < .01$). De verschillen tussen de overige allochtone groepen zijn statistisch niet significant (Tabel 4.4.7). Voor vrouwelijke respondenten uit de allochtone groepen ligt het gemiddelde bij 6,8 (sd 6,0) en voor mannelijke respondenten bij 4,3 (sd 5,1).

- ▶ Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen hebben gemiddeld meer acute klachten dan autochtonen

78

Tabel 4.4.7

Gemiddeld aantal klachten in de afgelopen 14 dagen onder allochtonen \geq 18 jaar naar allochtone groep (n=1334)

Gemiddeld aantal klachten	vrouw	man	totaal
Marokkanen	6,49	3,85	5,24
Antillianen	5,60	4,31	5,13
Turken	8,77	4,97	6,98
Surinamers	6,04	3,92	5,45
Totaal	6,79	4,33	5,79

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Turken hebben gemiddeld meer acute klachten dan Marokkanen, Antillianen en Surinamers

Het gemiddeld aantal acute klachten van respondenten van 25 jaar en ouder wordt in Tabel 4.4.8 weergegeven. Naar woonvorm en urbanisatiegraad zijn er geen statistisch significante verschillen. Naar geslacht, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en arbeidsstatus wel. Allochtonen die vrouw, ziekenfondsverzekerd, laag opgeleid en arbeidsongeschikt zijn rapporteren meer klachten dan allochtonen die man, particulier verzekerd, hoog opgeleid en niet arbeidsongeschikt zijn.

Tabel 4.4.8
Gemiddeld aantal klachten over 14 dagen van allochtonen \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken

Gemiddeld aantal acute klachten	
geslacht	
vrouw	6,95
man	4,64
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	6,21
particulier	4,11
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	7,38
middelbaar opleidingsniveau	5,42
hoog opleidingsniveau	4,11
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	6,04
niet stedelijk	5,37
arbeidsstatus	
werkloos	6,63
arbeidsongeschikt	9,59
gepensioneerd	5,03
betaald werk	4,57
huisvrouw/-man	7,33
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	5,79
tweepersoonshuishouden	6,06
éénoudergezin	6,75
tweeoudergezin	5,78
Totaal	5,99

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Allochtonen met een ziekenfondsverzekering hebben gemiddeld meer acute klachten dan allochtonen met een particuliere verzekering; vrouwelijke en laag opgeleide allochtonen hebben gemiddeld meer acute klachten dan respectievelijk mannelijke en hoog opgeleide allochtonen
- ▶ Allochtone ouders uit éénoudergezinnen hebben gemiddeld meer acute klachten dan allochtone ouders uit tweeoudergezinnen;
- ▶ Allochtonen met betaald werk hebben gemiddeld minder acute klachten dan allochtonen die arbeidsongeschikt, werkloos of huisvrouw-/man zijn

De rangvolgorde van de acute klachten varieert nauwelijks naar etniciteit, ook bij de vier allochtone bevolkingsgroepen zijn hoofdpijn en moeheid de eerstgenoemde klachten van de afgelopen 14 dagen (Tabel 4.4.9). De frequentie ligt echter hoger. Van de volwassen respondenten uit de vier allochtone bevolkingsgroepen rapporteert 54% hoofdpijn (63% van de vrouwen), tegenover 37% van de respondenten uit de patiëntenquête (45% vrouwen).

Tabel 4.4.9

Top 5 van de meest genoemde klachten van de vier allochtone bevolkingsgroepen naar geslacht

allochtonen ≥ 18 jaar	allochtone vrouwen ≥ 18 jaar	allochtone mannen ≥ 18 jaar
hoofdpijn (54%)	hoofdpijn (63%)	hoofdpijn (41%)
moeheid (50%)	moeheid (59%)	moeheid (38%)
pijn in nek schouder (31%)	slapeloosheid (37%)	pijn laag in de rug (25%)
slapeloosheid (30%)	pijn in nek schouder (36%)	slapeloosheid (22%)
pijn laag in de rug (29%)	pijn laag in de rug (33%)	pijn in nek schouder (20%)

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

Tussen de vier allochtone bevolkingsgroepen varieert de rangvolgorde van acute aandoening licht. De variatie tussen de groepen betreft de derde, vierde en vijfde meest genoemde klacht. Hoofdpijn en moeheid staan voor alle vier groepen bovenaan. Pijn laag in de rug staat voor de Marokkanen op de derde plaats, voor de Antillianen is dat slapeloosheid en voor de Turken en Surinamers nek/schouderklachten.

Tabel 4.4.10

Top 5 van de meest genoemde klachten voor 18 jaar en ouder naar etniciteit

Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers
hoofdpijn (57%)	hoofdpijn (50%)	hoofdpijn (63%)	hoofdpijn (43%)
moeheid (51%)	moeheid (49%)	moeheid (57%)	moeheid (41%)
slapeloosheid (27%)	slapeloosheid (34%)	pijn laag in de rug (36%)	pijn in nek schouder (34%)
pijn in nek schouder (26%)	pijn in nek schouder (28%)	slapeloosheid (33%)	pijn laag in de rug (31%)
pijn laag in de rug (26%)	pijn laag in de rug (27%)	pijn in nek schouder (30%)	slapeloosheid (29%)

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- De top 5 van acute klachten onder allochtonen komt wat de rangorde betreft overeen met die van autochtonen

4.5 Acute aandoeningen

In deze paragraaf staan een aantal acute aandoeningen zoals griep, oorontsteking, diarree centraal. Aan respondenten is gevraagd of zij twee maanden voorafgaand aan het interview last hadden van de betreffende acute aandoening. Aangezien in de enquête onder allochtonen niet gevraagd is naar het voorkomen van deze aandoeningen kunnen voor de vier allochtone bevolkingsgroepen geen cijfers gepresenteerd worden.

Verkouden/griep/keelontsteking/voorhoofdholte ontsteking

Van de onderzochte respondenten geeft 40% aan twee maanden voorafgaand aan het interview een verkoudheid/griep/keelontsteking/voorhoofdholte ontsteking te hebben gehad (verder genoemd griep/verkoudheid). Er is geen statistisch significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen in het voorkomen van griep/verkoudheid, wel zijn er statistisch significante verschillen naar leeftijd. Naarmate de leeftijd stijgt neemt de gerapporteerde griep/verkoudheid af (Tabel 4.5.1).

81

Tabel 4.5.1

Percentage respondenten dat twee maanden voorafgaand aan het interview last had van griep/verkoudheid (n=12678)

Griep/verkoudheid afgelopen 2 maanden	Leeftijd							
	0 t/m 4 jr	5 t/m 14 jr	15 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	65 t/m 74 jr	75 jr t/m 84 jr	> 84 jr
man	67,2	47,4	50,9	39,0	31,6	22,4	27,1	27,3
vrouw	64,6	51,5	58,1	43,2	32,9	25,6	22,5	26,1
Totaal	65,9	49,4	54,5	41,4	32,3	24,2	24,3	26,5

Bron: patiëntenquête

► Griep/verkoudheid komt vaker voor op jonge leeftijd

Naar verzekeringsvorm zijn er geen statistisch significante verschillen in het rapporteren van griep/ verkoudheid, daarentegen wel naar opleiding ($p < .05$). Middelbaar opgeleiden rapporteren minder vaak griep/verkoudheid (35%) dan laag (38%) en hoog opgeleiden (39%).

Van de respondenten van 25 jaar en ouder in zeer sterk stedelijke gebieden rapporteert 37% griep/verkoudheid in de afgelopen twee maanden tegenover 31% in de niet stedelijk gebieden. Respondenten die gepensioneerd zijn of die een betaalde baan hebben, hebben minder last van griep/verkoudheid gehad dan mensen die werkloos zijn (Tabel 4.5.2). Van de werklozen had 45% de afgelopen 2 maanden voorafgaand aan het interview griep/verkoudheid, van de gepensioneerden 27%. Respondenten die in gezinnen leven hebben meer last gehad van griep/verkoudheid dan respondenten uit een- of tweepersoonshuishoudens. Respondenten die veel tekorten in sociale steun ervaren hebben vaker last van griep/verkoudheid dan respondenten zonder tekorten in sociale steun (39% versus 30%).

Tabel 4.5.2

Griep/verkoudheid van respondenten ≥ 25 jaar naar achtergrondkenmerken in percentages

Griep/verkoudheid afgelopen 2 maanden	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	35,2	33,2	34,4
particulier	34,6	32,0	33,2
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	28,2	30,8	29,2
middelbaar opleidingsniveau	35,0	31,9	33,6
hoog opleidingsniveau	41,1	35,8	38,4
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	37,6	35,5	36,7
niet stedelijk	31,3	29,8	30,6
arbeidsstatus			
werkloos	42,6	47,1	44,5
arbeidsongeschikt	45,0	35,6	39,9
gepensioneerd	28,6	26,0	27,0
betaald werk	38,7	35,1	36,7
huisvrouw/huisman	31,7	26,2	31,6
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	29,5	31,1	30,1
tweepersoonshuishouden	31,5	30,3	30,9
éénoudergezin	40,8	38,1	40,1
tweeoudergezin	40,0	35,9	38,1
sociale steun			
geen tekort in sociale steun	29,3	29,8	29,5
veel tekort in sociale steun	40,4	36,5	38,7
Totaal	35,0	32,8	34,0

Bron: patiëntenquête

- ▶ Middelbaar opgeleiden rapporteren minder vaak griep/verkoudheid dan hoog of laagopgeleiden
- ▶ Stedelingen hebben vaker last van griep/verkoudheid dan mensen uit niet-stedelijke gebieden
- ▶ Volwassen gezinsleden rapporteren meer griep/verkoudheid dan mensen uit een of tweepersoonshuishoudens

Acute aandoeningen

In Tabel 4.5.3 wordt binnen elke subcategorie het percentage gepresenteerd dat last heeft gehad van de betreffende aandoening. Het voorkomen van griep/verkoudheid, oorontsteking, diarree en braken neemt af naarmate de leeftijd stijgt. Met name kleine kinderen hebben relatief vaak last van deze aandoeningen, twee van de drie kinderen tussen nul en vier jaar heeft de afgelopen twee maanden voorafgaand aan het interview last gehad van verkoudheid/griep en één op de tien van de kinderen in deze leeftijdsgroep had oorontsteking. Bronchitis en blaasontsteking daarentegen zijn aandoeningen die vaker voorkomen naarmate men ouder is. Met uitzondering van blaasontsteking (dat vaker voorkomt onder vrouwen) zijn er geen statistisch significante verschillen tussen mannen en vrouwen in het voorkomen van de acute aandoeningen gepresenteerd in Tabel 4.5.3.

Ziekteverzekerden hebben statistisch significant vaker last van blaasontsteking ($p < .01$), diarree ($p < .01$) en braken ($p < .05$) dan particulier verzekerden.

Ook ten aanzien van de overige achtergrondkenmerken (zoals opleiding, huishoudvorm en sociale steun) verschilt het voorkomen van acute aandoeningen (Tabel 4.5.4). Op deze plaats willen wij enkele opvallende verschillen noemen. Onder werklozen en arbeidsongeschikten bevinden zich relatief veel respondenten die last hadden van diarree en braken. Verder valt op dat de hoog opgeleiden terwijl ze over het algemeen minder last hebben van acute aandoeningen dan lager opgeleiden, relatief vaak last hadden van griep/verkoudheid en dat respondenten uit éénpersoonshuishoudens vaker last hebben van blaasontsteking of urineweginfecties dan respondenten uit andere woonvormen.

83

Tabel 4.5.3**Acute aandoeningen gepercenteerd naar achtergrondkenmerken**

Acute aandoeningen	griep verkoudheid keelontsteking voorhoofdholte	bronchitis longontsteking	oorontsteking	blaasontsteking urineweginfectie nierontsteking	diarree	braken
urbanisatiegraad						
zeer sterk stedelijk	41,8	2,0	2,8	3,3	9,3	3,3
niet stedelijk	36,6	1,3	2,5	1,8	7,0	3,0
geslacht						
vrouw	40,8	1,8	2,7	3,5	9,2	4,2
man	39,2	1,6	3,0	1,3	7,8	2,8
leeftijd						
0-4 jaar	65,9	2,1	9,9	1,3	14,9	7,5
5-14 jaar	49,4	1,5	6,0	0,8	6,7	4,5
15-24 jaar	54,5	2,0	2,1	2,6	9,3	5,0
25-44 jaar	41,4	0,9	1,8	2,3	9,7	4,1
45-64 jaar	32,3	1,9	1,6	2,6	7,2	2,1
65-74 jaar	24,2	2,1	1,7	4,1	6,7	1,6
75-84 jaar	24,3	3,5	1,7	5,7	8,8	2,7
85 jaar en ouder	26,5	3,0	0,8	4,5	12,1	1,5

Acute aandoeningen	griep verkoudheid keelontsteking voorhoofdholte	bronchitis longontsteking	oorontsteking	blaasontsteking urinewegsinfectie nierontsteking	diarree	braken
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	39,5	1,9	3,1	2,9	8,9	4,0
particulier	40,9	1,4	2,5	1,8	7,8	2,8
opleiding**						
laag opgeleid	38,1	2,3	2,0	3,0	8,0	3,2
middelbaar opgeleid	35,8	1,5	1,7	2,9	8,5	3,4
hoog opgeleid	38,8	1,7	1,8	2,2	7,7	2,5
arbeidsstatus*						
werkloos	47,8	3,7	3,7	3,0	12,7	8,2
arbeidsongeschikt	40,0	3,9	3,0	4,7	14,5	6,4
pensioen	27,0	2,7	1,9	3,7	7,7	1,1
betaald werk	37,7	1,2	1,5	1,8	7,9	2,7
huisvrouw/huisman	31,6	1,6	1,6	4,2	8,3	3,9
woonvorm*						
éénpersoonshuishouden	31,0	2,3	1,9	5,0	9,8	2,9
twee partners	31,5	2,1	1,5	2,7	7,9	2,7
éénoudergezin	42,3	2,0	1,5	2,2	10,2	4,0
tweeoudergezin	39,7	1,2	1,9	2,3	8,2	3,3
sociale steun*						
geen tekorten	31,1	1,4	1,0	2,9	7,0	2,3
veel tekorten	40,3	2,0	2,6	3,0	10,3	3,8
Totaal	40,1	1,7	2,9	2,5	8,5	3,5

* alleen respondenten van 18 jaar en ouder zijn geïncludeerd

** alleen respondenten van 25 jaar en ouder zijn geïncludeerd

Bron: patiëntenquête

Uit het bovenstaande komt naar voren dat het hebben van acute aandoeningen varieert naar diverse achtergrondkenmerken. Om te achterhalen of er sprake is van onafhankelijke verbanden van de betreffende achtergrondkenmerken met het hebben van acute aandoeningen is een logistische regressie uitgevoerd (zie Bijlage I, Tabel 8 t/m 13). In Tabel 4.5.4 worden voor iedere aandoening de achtergrondkenmerken gepresenteerd die een onafhankelijk verband ($p < .05$) hebben met de aandoening voor respondenten van 25 jaar en ouder. Opvallend is dat het merendeel van de achtergrondkenmerken geen onafhankelijk verband heeft met het voorkomen van acute aandoeningen. Geslacht heeft alleen met het voorkomen van braken een onafhankelijk verband. De kans op braken is onder vrouwen groter dan onder mannen. Opleiding heeft alleen met het voorkomen van griep/verkoudheid een onafhankelijk verband. Respondenten met een middelbaar opleidingsniveau hebben minder kans op griep/verkoudheid dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Verzekeringsvorm heeft alleen met nier-, blaas- of urinewegontsteking een onafhankelijk verband. De kans hierop is voor ziekenfondsverzekerden groter. Ook urbanisatiegraad heeft alleen een onafhankelijk verband met nier-, blaas- of urinewegontsteking. De kans hierop is voor respondenten in zeer sterk stedelijk gebieden groter dan voor respondenten in niet-stedelijke gebieden. Woonvorm heeft alleen met het voorkomen van diarree een onafhankelijk verband. De kans op diarree is voor respondenten uit éénpersoons-

huishoudens groter dan voor respondenten uit tweeoudergezinnen. De kans op griep/verkoudheid, oorontsteking en diarree is voor mensen met veel tekorten in sociale steun groter dan voor mensen zonder tekorten in sociale steun. Arbeidsstatus heeft met alle gepresenteerde aandoeningen een onafhankelijk verband. Arbeidsongeschikten hebben meer kans op griep/verkoudheid, bronchitis/longontsteking, diarree en braken dan mensen met een andere arbeidsstatus en werklozen meer kans op oorontsteking. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met acute aandoeningen. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 4.5.4

Statistisch significante samenhang ($p \leq 0.05$) van de achtergrondkenmerken met acute aandoeningen voor respondenten ≥ 25 jaar

Acute aandoeningen	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
griep , keelontsteking , voorhoofdholteontsteking	leeftijd	leeftijd
	opleidingsniveau	opleidingsniveau
	urbanisatiegraad	
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm	
bronchitis, longontsteking	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun
	leeftijd	
	opleidingsniveau	
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm	
oorontsteking	verzekeringsvorm	
	arbeidsstatus	werkloosheid
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun
nier-, blaas- of urinewegontsteking	geslacht	geslacht
	leeftijd	
	verzekeringsvorm	verzekeringsvorm
	opleidingsniveau	
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
diarree	arbeidsstatus	
	woonvorm	
	geslacht	
	leeftijd	leeftijd
	urbanisatiegraad	
braken	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm	woonvorm
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun
	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm	

Bron: patiëntenquête

- ▮ Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op griep/verkoudheid, bronchitis, diarree en braken groter voor arbeidsongeschikten dan voor mensen die niet arbeidsongeschikt zijn
- ▮ Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op braken en op blaasontsteking groter voor vrouwen dan voor mannen

4.6 Chronische aandoeningen

Er is aan respondenten een lijst voorgelegd met een aantal chronische aandoeningen¹. In de eerste paragraaf wordt een overzicht gegeven van de chronische aandoeningen onder de Nederlands sprekende bevolking. Deze cijfers zijn gebaseerd op de patiëntenquête. In de tweede subparagraaf staan de vier allochtone bevolkingsgroepen centraal. De cijfers hierover zijn afkomstig van de enquête onder allochtonen.

4.6.1 Chronische aandoeningen in de autochtone bevolking

De meest voorkomende chronische aandoening van de lijst chronische aandoeningen onder volwassenen is migraine/ernstige hoofdpijn, 18% van de onderzochte respondenten van 18 jaar en ouder geeft aan last te hebben van migraine/ernstige hoofdpijn (25% van de vrouwen en 10% van de mannen). Daarnaast staan hoge bloeddruk en gewrichtsslijtage in de top vijf van chronische aandoeningen onder volwassenen. Opvallend is dat vrouwen over het algemeen vaker een chronische aandoening hebben dan mannen. Migraine/ernstige hoofdpijn en incontinentie komen bij vrouwen zelfs twee keer zoveel voor als bij mannen. De enige aandoeningen die bij mannen vaker voorkomen zijn hartinfarct, vernauwde vaten, beroerte/hersenbloeding en hartaandoeningen (Tabel 4.6.1).

Tabel 4.6.1

Percentage respondenten \geq 18 jaar met een chronische aandoening naar geslacht

Chronische aandoeningen	vrouw	man	totaal
migraine/ernstige hoofdpijn	24,5	10,4	18,2
gewrichtsslijtage	16,1	11,1	13,9
hoge bloeddruk	14,9	11,4	13,3
ernstige aandoeningen nek schouder	15,8	10,1	13,3
ernstige hardnekkige rugklachten	14,0	12,4	13,3
ernstige aandoening elleboog, pols, hand	11,3	6,5	9,1
astma, chronische bronchitis, longemfyseem	8,2	7,2	7,8
incontinentie	11,1	1,9	7,0
chronisch eczeem	6,3	6,1	6,2
kanker	5,9	4,9	5,5
gewrichtsontsteking	6,1	3,2	4,8
duizeligheid met vallen	5,2	3,0	4,2

Chronische aandoeningen	vrouw	man	totaal
diabetes	4,1	4,4	4,2
ernstige darmstoornissen	5,0	2,0	3,7
hartinfarct	2,1	5,3	3,5
vernauwde vaten	2,9	3,5	3,2
beroerte hersenbloeding herseninfarct	2,3	2,9	2,6
hartaandoening	2,0	2,8	2,4
psoriasis	2,2	2,6	2,4

Bron: patiëntenquête

- De meeste chronische aandoeningen komen vaker voor bij vrouwen behalve hartinfarct, vernauwde vaten, beroerte/hersenbloeding en hartaandoeningen die vaker voorkomen onder mannen

87

In Tabel 14 van Bijlage I wordt een overzicht gegeven van de chronische aandoeningen naar leeftijd en geslacht. Onder kinderen is astma/chronische bronchitis de meest voorkomende chronische aandoening. Een op de tien kinderen jonger dan vijftien heeft hier last van. Naarmate de leeftijd stijgt neemt het voorkomen van aandoeningen over het algemeen toe. Uitzonderingen hierop zijn migraine/ernstige hoofdpijn en chronisch eczeem dat op hogere leeftijd juist afneemt, en astma en duizeligheid dat tussen 25 en 45 jaar afneemt en dan weer stijgt.

- Onder kinderen is astma/chronische bronchitis de meest voorkomende chronische aandoening
- Migraine/ernstige hoofdpijnen en eczeem komen onder ouderen minder voor

Voor bijna alle chronische aandoeningen van respondenten van twaalf jaar en ouder geldt dat deze statistisch significant vaker voorkomen onder ziekenfondsverzekerden dan onder particulieren (Tabel 4.6.2). Alleen ten aanzien van psoriasis, chronisch eczeem, kanker en beroerte/hersenbloeding zijn er geen statistisch significante verschillen naar verzekeringsvorm. Onder kinderen zijn er alleen voor wat betreft de ernstige darmstoornissen statistisch significante verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulieren, voor alle overige onderzochte aandoeningen zijn geen verschillen gevonden.

Tabel 4.6.2

Voorkomen van chronische aandoeningen de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan het interview naar verzekeringsvorm in percentages

Chronische aandoeningen	< 12 jaar		> 12 jaar	
	ziekenfonds	particulier	ziekenfonds	particulier
migraine/ernstige hoofdpijn	4,4	4,1	19,4	15,2
gewrichtsslijtage	-	-	14,4	9,7
hoge bloeddruk	-	-	12,9	11,1
ernstige aandoeningen nek schouder	0,4	0,2	14,0	9,3
ernstige hardnekkige rugklachten	0,2	0,1	13,5	10,3
astma, chronische bronchitis, longemfyseem	11,7	10,5	8,3	6,7
ernstige aandoening elleboog, pols, hand	0,3	0,4	9,4	6,9
chronisch eczeem	8,4	9,8	6,0	6,5
Incontinentie	-	-	7,6	4,5
kanker	0,2	0,1	5,1	5,0
duizeligheid met vallen	-	-	4,8	2,9
gewrichtsontsteking	0,3	0,3	4,9	3,4
diabetes	0,0	0,1	4,5	2,7
hartinfarct	-	-	3,9	2,0
ernstige darmstoornissen	2,6	1,2	3,9	2,5
vernauwde vaten	-	-	3,3	2,2
beroerte hersenbloeding herseninfarct	-	-	2,5	2,2
hartaandoening	-	-	2,4	1,8
psoriasis	0,3	0,1	2,3	2,2

* p<.05 ** p<.01

Bron: patiëntenquête

- ▶ Veel chronische aandoeningen komen vaker voor bij ziekenfondsverzekerden dan bij particulier verzekerden

In Tabel 4.6.3 wordt de top 5 van chronische aandoeningen naar geslacht, leeftijd, opleiding, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid gepresenteerd. De variatie in de top 5 van aandoeningen naar sociale categorieën is niet groot. Migraine/ernstige hoofdpijn, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en hypertensie zijn voor bijna alle volwassen sociale categorieën de meest voorkomende aandoeningen.

Tabel 4.6.3

Top 5 van de chronische aandoeningen naar geslacht leeftijd, opleiding, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid

volwassenen (≥ 18 jaar)	vrouwen (≥ 18 jaar)	mannen (≥ 18 jaar)
migraine/ernstige hoofdpijn (18%)	migraine/ernstige hoofdpijn (24%)	rugklachten (12%)
gewrichtsslijtage (14%)	gewrichtsslijtage (16%)	hypertensie (11%)
rugklachten (13%); nek/schouder (13%)	nek/schouder 16%)	gewrichtsslijtage (11%)
hypertensie (13%)	hypertensie (15%)	migraine/ ernstige hoofdpijn (10%)
	rugklachten (14%)	nek/schouder (10%)
laag opgeleiden (≥ 25 jaar)	middelbaar opgeleiden (≥ 25 jaar)	hoog opgeleiden (≥ 25 jaar)
gewrichtsslijtage (29%)	migraine/ernstige hoofdpijn (20%)	migraine/ernstige hoofdpijn (16%)
hypertensie (22%)	nek/schouder (14%)	hypertensie (11%)
rugklachten (20%)	hypertensie (14%)	rugklachten (10%)
nek/schouder (19%)	rugklachten (14%)	nek/schouder (10%)
migraine/ernstige hoofdpijn (17%)	gewrichtsslijtage (14%)	gewrichtsslijtage (9%)
arbeidsongeschikten (≥ 25 jaar)	werklozen (≥ 25 jaar)	
rugklachten (36%)	migraine/ernstige hoofdpijn (31%)	
nek/schouder(33%)	rugklachten (19%)	
migraine/ernstige hoofdpijn (30%)	gewrichtsslijtage (14%)	
gewrichtsslijtage (28%)	astma,copd (13%)	
elleboog/pols (24%)	hypertensie (11%)	
kinderen (0-12 jaar)	ouderen (≥ 65)	totaal
astma, COPD (11%)	gewrichtsslijtage (31%)	migraine/ernstige hoofdpijn (16%)
eczeem(9%)	hypertensie (27%)	gewrichtsslijtage (13%)
migraine/ernstige hoofdpijn (4%)	rugklachten (17%)	hypertensie (12%)
duizeligheid met vallen (3%)	nek/schouder (16%)	nek/schouder (10%)
darmklachten (2%)	incontinentie (14%)	rugklachten (10%)

Bron: patiëntenquête

- Migraine/ernstige hoofdpijn, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en hypertensie komen in bijna alle sociale subcategorieën van volwassenen het meest voor

Bij kinderen behoren longaandoeningen, chronisch eczeem, migraine/ernstige hoofdpijn en duizeligheid tot de meest voorkomende chronische aandoeningen. Opvallend zijn de relatief hoge percentages onder werklozen en arbeidsongeschikten. Verder komt gewrichtsslijtage onder respondenten met een laag opleidingsniveau vaak voor. Van de laag opgeleiden heeft 29% last van gewrichtsslijtage, van de middelbaar opgeleiden 14% en van de hoger opgeleiden 9%.

- Gewrichtsslijtage komt onder laagopgeleiden vaker voor dan onder hoog opgeleiden

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen

In het totaal rapporteert 57% van de respondenten een of meerdere aandoeningen. Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen ligt bij 1,2.

Tabel 4.6.4**Percentage respondenten naar aantal gerapporteerde chronische aandoeningen (n=12699)**

Aantal chronische aandoeningen	%
geen chronische aandoeningen	43,1
1 chronische aandoeningen	26,4
2 chronische aandoeningen	14,2
3 chronische aandoeningen	7,6
4 chronische aandoeningen	4,0
5 chronische aandoeningen	2,4
> 5 chronische aandoeningen	2,4
rekenkundig gemiddelde	1,2
standaard deviatie	1,6

Bron: patiëntenquête

Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen neemt toe naarmate de leeftijd stijgt. Voor kinderen van 0 t/m 4 jaar ligt het gemiddeld aantal chronische aandoeningen bij 0,33 voor ouderen boven de 75 jaar ligt het gemiddelde rond de 2,5.

Tabel 4.6.5**Gemiddeld aantal chronische aandoeningen (n=12696)**

Leeftijd	gemiddeld aantal chronische aandoeningen	standaarddeviatie
0 t/m 4 jaar	0,33	0,58
5 t/m 14 jaar	0,40	0,71
15 t/m 24 jaar	0,62	1,01
25 t/m 44 jaar	0,96	1,21
45 t/m 64 jaar	1,64	1,69
65 t/m 74 jaar	2,11	1,88
75 t/m 84 jaar	2,62	2,08
85 en ouder jaar	2,53	1,88

Bron: patiëntenquête

► **Jongeren hebben gemiddeld minder chronische aandoeningen dan ouderen**

Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen is hoger bij vrouwen dan bij mannen. Vrouwen hebben gemiddeld 1,41 (sd 1,69) chronische aandoeningen tegenover 0,98 (sd 1,33) voor mannen. Mensen met een ziekenfondsverzekering rapporteren gemiddeld meer chronische aandoeningen dan mensen met een particuliere verzekering (1,34 (sd 1,65) versus 0,99 (sd 1,32)).

- ▮ Vrouwen en ziekenfondsverzekerden hebben gemiddeld meer chronische aandoeningen dan respectievelijk mannen en particulier verzekerden

Mensen in zeer sterk stedelijke gebieden rapporteren gemiddeld meer chronische aandoeningen dan mensen in niet-stedelijke gebieden (1,28 versus 1,08).

Tabel 4.6.6
Gemiddeld aantal chronische aandoeningen naar stedelijkheid (n=12699)

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen	Urbanisatiegraad				
	zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
man	1,00 (sd 1,42)	1,11 (sd 1,38)	0,98 (sd 1,33)	0,95 (sd 1,29)	0,88 (sd 1,25)
vrouw	1,50 (sd 1,72)	1,54 (sd 1,74)	1,44 (sd 1,74)	1,35 (sd 1,67)	1,24 (sd 1,58)
Totaal	1,28 (sd 1,61)	1,35 (sd 1,60)	1,22 (sd 1,58)	1,17 (sd 1,52)	1,08 (sd 1,45)

Bron: patiëntenquête

91

- ▮ Mensen in zeer sterk stedelijke gebieden hebben gemiddeld meer chronische aandoeningen dan mensen in niet-stedelijke gebieden

Mensen met een laag opleidingsniveau hebben gemiddeld meer chronische aandoeningen dan mensen met een hoog opleidingsniveau (2,27 versus 1,16). Het verschil in aantal chronische aandoeningen naar opleidingsniveau neemt af naarmate de leeftijd stijgt.

Tabel 4.6.7
Gemiddeld aantal chronische aandoeningen voor respondenten \geq 25 jaar naar leeftijd en opleiding (n= 8927)

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen	Leeftijd			
	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	totaal
laag opleidingsniveau	1,62 (sd 1,63)	2,17 (sd 1,98)	2,46 (sd 1,95)	2,27 (sd 1,94)
middelbaar opleidingsniveau	0,98 (sd 1,23)	1,66 (sd 1,66)	2,23 (sd 1,93)	1,48 (sd 1,62)
hoog opleidingsniveau	0,77 (sd 1,00)	1,31 (sd 1,51)	2,22 (sd 2,13)	1,16 (sd 1,46)

Bron: patiëntenquête

- ▮ Verschillen tussen hoog en laag opgeleiden in het gemiddeld aantal chronische aandoeningen worden kleiner naarmate de leeftijd toeneemt

Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen van mensen met een betaalde baan van 25 jaar en ouder is lager dan voor mensen die werkloos zijn (1,00 versus 1,69). Voor wat betreft de woonvorm rapporteren mensen van 25 jaar en ouder in éénpersoonshuishouden gemiddeld 1,90 chronische aandoeningen tegenover 1,19 voor respondenten die in tweeoudergezinnen wonen. Mensen van 25 jaar en ouder die veel tekorten ervaren in sociale steun hebben gemiddeld meer chronische aandoeningen dan mensen zonder tekorten (1,68 versus 1,42).

- ▶ Mensen met veel tekorten in sociale steun en werklozen hebben gemiddeld meer chronische aandoeningen dan respectievelijk mensen zonder tekorten in sociale steun en mensen met een betaalde baan
- ▶ Volwassenen in tweeoudergezinnen hebben gemiddeld minder chronische aandoeningen dan mensen uit andere woonvormen

Tabel 4.6.8

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen voor respondenten ≥ 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	1,82	1,39	1,65
particulier	1,56	1,06	1,29
opleidingsniveau			
laag opgeleid	2,51	1,84	2,26
middelbaar opgeleid	1,67	1,24	1,48
hoog opgeleid	1,32	1,00	1,16
urbanisatiegraad			
sterk stedelijk	1,83	1,30	1,60
niet stedelijk	1,58	1,14	1,39
arbeidsstatus			
werkloos	1,78	1,57	1,69
arbeidsongeschikt	3,33	2,78	3,03
pensioen	2,66	1,77	2,12
betaald werk	1,21	0,84	1,00
huisvrouw/huisman	1,82	2,00	1,82
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	2,00	1,50	1,90
twee partners	1,94	1,46	1,70
éénoudergezin	1,86	1,23	1,70
tweeoudergezin	1,37	0,99	1,19
sociale steun			
geen tekorten in sociale steun	1,63	1,15	1,42
veel tekorten in sociale steun	1,90	1,39	1,68
Totaal	1,75	1,25	1,53

Bron: patiëntenquête

Comorbiditeit

Van comorbiditeit is sprake wanneer mensen last hebben van meer dan één chronische aandoening.

Van de onderzochte respondenten geeft 30% aan meer dan één chronische aandoening te hebben. Naarmate de leeftijd stijgt komt comorbiditeit vaker voor (Tabel 4.6.9). Hierbij is er een statistisch significant verschil ($p < .01$) tussen mannen en vrouwen. Van de vrouwen geeft 35% aan meer dan een aandoening te hebben, van de mannen 25%. Voor de puberteit (van 0 t/m 14 jaar) zijn er nog geen verschillen naar geslacht voor wat betreft comorbiditeit. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn het grootst tussen 15 en 44 jaar.

Tabel 4.6.9
Comorbiditeit naar leeftijd in percentages (N=12966)

Comorbiditeit	Leeftijd							
	0 t/m 4 jr	5 t/m 14 jr	15 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	65 t/m 74 jr	75 jr t/m 84 jr	> 84 jr
man	4,1	8,2	8,5	17,0	37,5	50,0	61,1	52,3
vrouw	4,2	8,0	19,3	29,0	48,1	58,1	70,3	72,7
Totaal	4,2	8,1	13,9	23,9	43,1	54,5	66,6	65,9

Bron: patiëntenquête

- Vóór de puberteit zijn er nog geen verschillen naar geslacht in comorbiditeit. Na de puberteit komt comorbiditeit vaker voor bij vrouwen dan bij mannen

Ook naar opleiding (gekeken is naar volwassenen van 25 jaar en ouder) zijn er statistisch significante verschillen in comorbiditeit ($p < .01$). Van de laag opgeleiden geeft 58% aan meer dan één aandoening te hebben van de hoog opgeleiden 28%. De verschillen naar verzekeringsvorm wijzen in dezelfde richting: ziekenfondsverzekerden hebben vaker meer dan één aandoening dan particulier verzekerden (34% versus 25%).

Tabel 4.6.10
Comorbiditeit naar hoogst genoten opleiding voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages (N=8927)

Comorbiditeit	Opleidingsniveau		
	laag	middelbaar	hoog
man	52,7	32,4	25,8
vrouw	61,2	43,6	31,1
Totaal	58,0	38,7	28,4

Bron: patiëntenquête

Bij jonge kinderen is er nauwelijks verschil in comorbiditeit naar verzekeringsvorm. Met het toenemen van de leeftijd wordt het verschil naar verzekeringsvorm echter groter. In de leeftijdscategorie

45 tot en met 64 jaar is het verschil het grootst. Van de ziekenfondsverzekerden heeft 49% last van meerdere chronische aandoeningen terwijl dat voor particulierverzekerden 35% is ($p < .01$). Vrouwen hebben vaker last van meerdere chronische aandoeningen dan mannen ($p < .01$). Dit verschil tussen mannen en vrouwen begint vanaf de leeftijdscategorie 15 tot en met 24 jaar.

Tabel 4.6.11

Comorbiditeit naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (n=12676)

Comorbiditeit		Leeftijd					Totaal
		0 t/m 14 jr	15 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	> 64 jr	
ziekenfonds	vrouw	7,6	22,0	30,0	51,5	64,9	38,2
	man	6,6	9,6	18,1	45,5	55,9	27,3
	subtotaal	7,1	15,6	25,5	49,1	61,4	33,6
particulier	vrouw	5,9	15,3	25,7	41,3	60,1	28,5
	man	7,5	6,5	14,8	29,8	49,6	21,6
	subtotaal	6,7	11,2	19,8	34,7	55,0	24,9

Bron: patiëntenquête

Voor alle kenmerken uit Tabel 4.6.12 zijn er statistisch significante verschillen tussen de diverse subgroepen: respondenten met een ziekenfondsverzekering hebben bijvoorbeeld vaker last van comorbiditeit dan respondenten met een particuliere verzekering, werklozen vaker dan mensen met betaald werk, respondenten met veel tekorten in sociale steun vaker dan respondenten zonder tekorten en respondenten in zeer stedelijke gebieden vaker dan in niet-stedelijke gebieden. Deze verschillen tussen de diverse subgroepen blijven bestaan behalve voor verzekeringsvorm ook wanneer rekening gehouden wordt met de overige kenmerken (Bijlage I, Tabel 15). Vrouwen, ouderen, laag en middelbaar opgeleiden, respondenten in sterk stedelijke gebieden hebben meer kans op comorbiditeit dan mannen jongere respondenten, hoog opgeleiden en respondenten in niet-stedelijke gebieden. Werklozen en arbeidsongeschikten hebben meer kans op comorbiditeit dan mensen die niet werkloos of arbeidsongeschikt zijn. Mensen in éénpersoonshuishoudens en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben meer kans op comorbiditeit dan mensen in tweoudergezinnen en mensen zonder tekorten in sociale steun.

Tabel 4.6.12

Percentage respondent(en) \geq 25 jaar met comorbiditeit naar diverse achtergrondkenmerken

Comorbiditeit	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	45,7	37,2	42,4
particulier	40,0	28,1	33,5
opleidingsniveau			
laag opgeleid	61,2	52,7	58,0
middelbaar opgeleid	43,6	32,4	38,7
hoog opgeleid	31,1	25,8	28,4
urbanisatiegraad			
sterk stedelijk	46,7	32,6	40,6
niet stedelijk	39,4	30,4	35,4
arbeidsstatus			
werkloos	45,6	51,0	47,9
arbeidsongeschikt	80,4	73,7	76,8
pensioen	63,9	48,9	54,8
betaald werk	30,8	21,3	25,6
huisvrouw/huisman	47,4	54,8	47,6
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	51,7	39,0	47,3
twee partners	49,4	39,9	44,7
éénoudergezin	47,1	31,0	43,1
tweeoudergezin	34,8	25,6	30,6
sociale steun			
geen tekorten in sociale steun	42,0	30,5	37,0
veel tekorten in sociale steun	49,4	36,4	43,8
Totaal	44,2	33,4	39,4

Bron: patiëntenquête

- ▀ Ziektenfondsverzekerden, laagopgeleiden, werklozen, mensen in grote steden en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben vaker meer dan één chronische aandoening

Tabel 4.6.13

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van respondenten ≥ 25 jaar met comorbiditeit

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Comorbiditeit	
		rekening houdend met achtergrondkenmerken
geslacht		geslacht
leeftijd		leeftijd
verzekeringsvorm		
opleidingsniveau		opleidingsniveau
urbanisatiegraad		urbanisatiegraad
arbeidsstatus		werkloosheid
		arbeidsongeschiktheid
woonvorm		woonvorm
tekorten in sociale steun		tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op comorbiditeit groter voor vrouwen, ouderen, laag en middelbaar opgeleiden, mensen in zeer sterk stedelijke gebieden, arbeidsongeschikten, werklozen, mensen uit éénpersoonshuishoudens en mensen met veel tekorten in sociale steun

4.6.2 Chronische aandoeningen in de allochtone bevolkingsgroepen

Ook onder de vier allochtone bevolkingsgroepen is de meest voorkomende aandoening migraine/ernstige hoofdpijn. Een kwart van alle onderzochte allochtonen van 18 jaar en ouder heeft hier last van (eenderde van de vrouwen) tegenover 18% van de autochtonen. De top vijf van chronische aandoening onder de vier groepen allochtonen zijn: migraine/ernstige hoofdpijn, nek/schouder aandoeningen, rugklachten, gewrichtsslijtage en hypertensie. Opvallend is het relatief hoge percentage respondenten met diabetes mellitus (8%) en duizeligheid (8%) onder de vier groepen allochtonen vergeleken met de autochtonen (beide 4%), daarentegen is het percentage respondenten met kanker lager dan bij de autochtonen (1% versus 6%). Ook lager zijn de hart- en vaat-aandoeningen.

- Diabetes en duizeligheid komen onder allochtonen vaker voor dan onder autochtonen, kanker en hart- en vaat-aandoeningen daarentegen komen onder allochtonen minder vaak voor

Tabel 4.6.14

Percentage respondent(en) van de vier allochtone bevolkingsgroepen van 18 jaar en ouder met een chronische aandoening naar geslacht

Chronische aandoeningen	allochtonen			autochtonen		
	vrouw	man	totaal	vrouw	man	totaal
migraine/ernstige hoofdpijn	31,8	14,8	24,8	24,5	10,4	18,2
ernstige aandoeningen nek /schouder	21,1	15,4	18,8	15,8	10,1	13,3
ernstige hardnekkige rugklachten	14,5	12,2	13,5	14,0	12,4	13,3
gewrichtsslijtage	13,8	9,3	11,9	16,1	11,1	13,9
hoge bloeddruk	13,7	9,7	12,0	14,9	11,4	13,3
ernstige aandoening elleboog, pols, hand	13,3	7,4	10,9	11,3	6,5	9,1
diabetes	9,3	7,1	8,4	4,1	4,4	4,2
duizeligheid met vallen	10,9	4,9	8,4	5,2	3,0	4,2
astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	8,8	6,9	8,0	8,2	7,2	7,8
chronisch eczeem	7,2	6,2	6,8	6,3	6,1	6,2
ernstige darmstoornissen	5,6	4,5	5,2	5,0	2,0	3,7
gewrichtsontsteking	6,6	3,6	5,4	6,1	3,2	4,8
Incontinentie	6,4	2,0	4,6	11,1	1,9	7,0
vernauwde vaten	5,1	3,1	4,3	2,9	3,5	3,2
hartinfarct	1,7	3,3	2,3	2,1	5,3	3,5
psoriasis	2,0	2,5	2,2	2,2	2,6	2,4
beroerte hersenbloeding herseninfarct	1,9	1,1	1,6	2,3	2,9	2,6
kanker	1,8	0,7	1,3	5,9	4,9	5,5
hartaandoening	1,1	0,9	1,0	2,0	2,8	2,4

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

Er zijn grote verschillen in het voorkomen van chronische aandoeningen tussen de vier allochtone groepen en de autochtone bevolking. In vergelijking met autochtonen komen onder Marokkanen migraine/ernstige hoofdpijn, diabetes mellitus en duizeligheid relatief vaak voor. Daarentegen komen hoge bloeddruk en hart- en vaat-aandoeningen, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking, astma/chronische bronchitis en kanker minder voor dan bij autochtonen.

Onder Antillianen komen diabetes mellitus, astma/chronische bronchitis, darmstoornissen meer voor dan bij autochtonen en hart- en vaat-aandoeningen minder.

Onder Turken komt migraine, aandoeningen aan bewegingsapparaat, astma/chronische bronchitis, duizeligheid, darmstoornissen en chronisch eczeem en psoriasis meer voor dan bij autochtonen. Minder voor bij Turken komen hartinfarct, ander hartaandoeningen (vernauwde vaten komt echter meer voor), beroerte en kanker.

Terwijl onder de overige drie groepen allochtonen hart- en vaatziekten minder voorkomen is dit voor Surinamers niet het geval. Hoge bloeddruk en beroerte komen zelfs meer voor. Ook diabetes mellitus komt veel voor onder Surinamers vergeleken bij autochtonen maar ook vergeleken bij de overige drie groepen allochtonen.

Tabel 4.6.15

Percentage respondentent ≥ 18 jaar met een chronische aandoening naar allochtone groep

Chronische aandoeningen	allochtonen					autochtonen
	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	Totaal	Totaal
migraine/ernstige hoofdpijn	26,3	19,8	29,1	21,5	24,8	18,2
ernstige aandoeningen nek /schouder	16,6	11,8	25,4	18,5	18,8	13,3
ernstige hardnekkige rugklachten	11,3	12,3	17,9	11,5	13,5	13,3
gewrichtsslijtage	6,7	10,3	15,3	15,5	11,9	13,9
hoge bloeddruk	7,0	10,5	12,6	19,0	12,0	13,3
ernstige aandoening elleboog, pols, hand	7,2	7,6	14,1	14,1	10,9	9,1
diabetes	8,1	8,4	5,7	12,4	8,4	4,2
duizeligheid met vallen	8,4	6,5	11,4	6,1	8,4	4,2
astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	5,1	10,7	10,4	6,1	8,0	7,8
chronisch eczeem	4,6	5,0	9,9	6,8	6,8	6,2
ernstige darmstoornissen	4,6	5,0	6,2	4,7	5,2	3,7
gewrichtsontsteking	2,1	3,8	7,7	7,7	5,4	4,8
Incontinentie	2,2	3,4	5,7	7,1	4,6	7,0
vernauwde vaten	3,2	1,9	5,4	6,1	4,3	3,2
hartinfarct	0,3	0,8	1,0	2,4	2,3	3,5
psoriasis	1,1	1,1	3,7	2,7	2,2	2,4
beroerte hersenbloeding herseninfarct	0,5	1,9	0,7	3,7	1,6	2,6
kanker	0,3	1,1	1,7	2,4	1,3	5,5
hartaandoening	0,3	0,8	1,0	2,4	1,0	2,4

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- Er zijn grote verschillen in het voorkomen van chronische aandoeningen tussen de vier allochtone groepen en de autochtone bevolking

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen

Van de respondenten uit de vier allochtone bevolkingsgroepen rapporteert 61% een of meer chronische aandoeningen.

Het gemiddeld aantal chronische aandoeningen onder de vier groepen allochtonen ligt bij 1,53 (sd 1,95). Voor vrouwen ligt het gemiddeld aantal chronische aandoeningen hoger dan voor mannen (1,78 versus 1,17). Turken en Surinamers rapporteren gemiddeld meer chronisch aandoeningen dan Marokkanen en Antillianen ($p < .01$).

Tabel 4.6.16

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen onder allochtonen ≥ 18 jaar in de afgelopen 14 dagen naar allochtone groep (n=1339)

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen	vrouw	man	totaal
Marokkanen	1,35	0,99	1,18
Antillianen	1,34	1,13	1,27
Turken	2,43	1,25	1,87
Surinamers	1,88	1,37	1,74
Totaal	1,78	1,17	1,53

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Turken en Surinamers rapporteren gemiddeld meer chronisch aandoeningen dan Marokkanen en Antillianen

Tabel 4.6.17 geeft een overzicht van het gemiddeld aantal chronisch aandoeningen onder de allochtone respondenten naar leeftijd en opleidingsniveau. Voor alle leeftijdscategorieën geldt dat laag opgeleiden ongeveer twee keer zoveel aandoeningen hebben als hoog opgeleiden.

Tabel 4.6.17

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen van respondenten uit de vier groepen allochtonen naar leeftijd en opleiding (n=1328)

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen	Leeftijd			totaal
	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	
laag opleidingsniveau	1,46	3,10	3,20	2,12
middelbaar opleidingsniveau	1,16	2,44	1,65	1,27
hoog opleidingsniveau	0,73	1,46	1,60	0,89

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Laag opgeleide allochtonen hebben gemiddeld meer chronische aandoeningen dan hoog opgeleide allochtonen

In Tabel 4.6.18 wordt het gemiddeld aantal chronische aandoeningen van respondenten van 25 jaar en ouder uit de vier allochtone groepen uitgesplitst naar diverse achtengrondkenmerken. Respondenten uit tweeeoudergezinnen hebben gemiddeld statistisch significant minder aandoeningen dan respondenten uit éénpersoonshuishouden. Arbeidsongeschikten hebben gemiddeld statistisch significant meer aandoeningen dan de respondenten met een andere arbeidsstatus en respondenten die huisvrouw/-man zijn meer dan respondenten met betaald werk ($p < .01$).

Tabel 4.6.18

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen naar diverse achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar uit de vier allochtone groepen

Gemiddeld aantal chronische aandoeningen	Gemiddeld aantal
geslacht	
vrouw	1,95 (sd 2,15)
man	1,30 (sd 1,78)
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	1,74 (sd 2,08)
particulier	1,22 (sd 1,44)
opleidingsniveau	
laag opgeleid	2,26 (sd 2,39)
middelbaar opgeleid	1,42 (sd 1,77)
hoog opgeleid	0,92 (sd 1,19)
urbanisatiegraad	
sterk stedelijk	1,74 (sd 2,07)
weinig of niet stedelijk	1,59 (sd 1,96)
arbeidsstatus	
werkloos	1,44 (sd 1,70)
arbeidsongeschikt	3,28 (sd 2,64)
pensioen	2,00 (sd 2,03)
betaald werk	1,20 (sd 1,60)
huisvrouw/huisman	1,89 (sd 2,16)
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	2,18 (sd 2,48)
twee partners	2,04 (sd 2,24)
éénoudergezin	1,70 (sd 1,98)
tweeoudergezin	1,39 (sd 1,79)
Totaal	1,68 (sd 2,03)

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- Onder allochtonen hebben vrouwen, ziekenfondsverzekerden, laag opgeleiden, arbeidsongeschikten en allochtonen uit éénpersoonshuishoudens gemiddeld meer chronische aandoeningen dan respectievelijk mannen, particulier verzekerden, hoog opgeleiden, niet-arbeidsongeschikten en allochtonen uit tweeoudergezinnen

4.7 Langdurige beperkingen

Een slechte gezondheid kan tot beperkingen in het dagelijks functioneren leiden. In deze paragraaf wordt hierover verslag gedaan. Er wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde OECD-lijst, een algemeen erkend meetinstrument voor het meten van beperkingen. Aangezien in de patiëntenquête onder allochtonen de vragen naar beperkingen niet zijn opgenomen zullen alleen gegevens gepresenteerd worden van respondenten van de patiëntenquête. De vragen zijn afgenomen bij respondenten van twaalf jaar en ouder.

Tabel 4.7.1 laat het percentage respondenten zien dat een bepaalde activiteit niet of slechts met grote moeite kan uitvoeren. Een op de tien onderzochte respondenten is niet in staat om een voorwerp van 5 kilo 10 meter te dragen. Om in hard voedsel te bijten is 6% van de onderzochte respondenten niet of slechts met moeite in staat.

101

Tabel 4.7.1

Beperkingen in het dagelijks functioneren van respondenten ≥ 12 jaar

U kunt niet of slechts met grote moeite	%	n
een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen	9,9	10564
hard voedsel bijten en kauwen, zoals bijvoorbeeld een harde appel	6,1	10571
als u staat, bukken en iets van de grond oppakken	5,7	10574
400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)	4,9	10571
een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)	3,6	10573
de kleine letters in de krant lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)	3,0	10573
op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)	1,4	10575
met één ander persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)	0,3	10575
verstaanbaar praten*	0,3	10574

* inschatting interviewer

Bron: patiëntenquête

In Tabel 4.7.2 staan de beperkingen naar geslacht en verzekeringsvorm². Vrouwen hebben over het algemeen meer last van beperkingen dan mannen. Met name ten aanzien van het tillen van voorwerpen van 5 kilo. Van de onderzochte vrouwen geeft 14% aan hier moeite mee te hebben tegenover 4 % van de mannen. Alleen voor wat betreft het verstaanbaar praten en het volgen van een gesprek in een groep van 3 personen geven vrouwen aan hier minder moeite mee te hebben dan mannen. Ziekenfondsverzekerden hebben over het algemeen meer last van beperkingen dan particulier verzekerden, ongeacht het geslacht.

Tabel 4.7.2

Beperkingen in het dagelijks functioneren van respondenten ≥ 12 jaar naar verzekeringsvorm en geslacht in percentages

U kunt niet of slechts met grote moeite		ziekenfonds	particulier
een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen (n=10585)	vrouw	16,5	9,4
	man	6,1	1,9
	subtotaal	12,3	5,4
hard voedsel bijten en kauwen, zoals bijvoorbeeld een harde appel (n=10592)	vrouw	7,6	3,6
	man	7,3	3,3
	subtotaal	7,5	3,5
als u staat, bukken en iets van de grond oppakken (n=10595)	vrouw	7,6	4,3
	man	6,1	2,2
	subtotaal	7,1	3,2
400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok) (n=10592)	vrouw	7,1	3,1
	man	5,3	1,5
	subtotaal	6,4	2,2
een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat) (n=10594)	vrouw	3,7	2,3
	man	5,2	2,5
	subtotaal	4,3	2,4
de kleine letters in de krant lezen (zo nodig met bril of contactlenzen) (n=10594)	vrouw	4,0	2,6
	man	2,8	1,7
	subtotaal	3,5	2,1
op een afstand van 4 m het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of lenzen) (n=10596)	vrouw	2,4	0,9
	man	1,0	0,3
	subtotaal	1,8	0,6
met één ander persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat) (n=10596)	vrouw	0,4	0,1
	man	0,3	0,1
	subtotaal	0,4	0,1
verstaanbaar praten* (n=10595)	vrouw	0,1	0,1
	man	0,6	0,2
	subtotaal	0,3	0,1

* inschatting interviewer

Bron: patiëntenquête

► Meer vrouwen en ziekenfondsverzekerden hebben last van beperkingen dan mannen en particulier verzekerden

Van de onderzochte respondenten van twaalf jaar en ouder heeft 19% een of meer van de negen in Tabel 4.7.1 genoemde beperkingen. Het gemiddeld aantal beperkingen van de negen bovengenoemde bedraagt 0,35 (sd 0,89) (Tabel 4.7.3).

Tabel 4.7.3

Totaal aantal beperkingen van respondenten ≥ 12 jaar in het dagelijks functioneren (n=10608)

Aantal beperkingen	%
geen beperkingen	81,0
1 beperking	10,5
2 beperkingen	4,2
3 beperkingen	2,4
4 beperkingen	1,2
5 beperkingen	0,5
>5 beperkingen	0,2
rekenkundig gemiddelde	0,4
standaarddeviatie	0,9

Bron: patiëntenquête

103

In Tabel 4.7.4 worden de respondenten met een of meer beperkingen gepresenteerd naar geslacht en leeftijd. Naarmate de leeftijd stijgt neemt het hebben van beperkingen toe, vooral vanaf 65-jarige leeftijd. Van de respondenten van 85 jaar en ouder heeft driekwart tenminste een beperking. Vrouwen hebben statistisch significant vaker één of meer beperkingen dan mannen ($p < .01$).

Tabel 4.7.4

Percentage respondenten ≥ 12 jaar met één of meer beperkingen naar geslacht en leeftijd (n=10608)

Eén of meer beperkingen	Leeftijd						
	5 t/m 14 jr	15 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	65 t/m 74 jr	75 t/m 84 jr	85 jr en ouder
vrouw	3,4	5,2	11,4	23,1	40,9	65,3	84,1
man	2,6	3,5	5,5	17,5	29,8	47,4	68,2
Totaal	3,0	4,4	8,9	20,5	36,0	58,1	78,8

Bron: patiëntenquête

Respondenten met een ziekenfondsverzekering hebben statistisch significant vaker beperkingen dan respondenten met een particuliere verzekering (Tabel 4.7.5). Van de respondenten met een ziekenfondsverzekering heeft 23% één of meer beperkingen tegenover 12% van de particulier verzekerden.

Tabel 4.7.5

Percentage respondenten ≥ 12 jaar met één of meer beperkingen naar verzekeringsvorm en geslacht (n=10592)

Eén of meer beperkingen	ziekenfonds	particulier
man	19,3	8,9
vrouw	25,2	15,9
Totaal	22,8	12,2

Bron: patiëntenquête

Laag opgeleiden rapporteren vaker een of meer beperkingen dan hoog opgeleiden ($p < .01$) (Tabel 4.7.6).

Van de hoog opgeleiden van 25 jaar en ouder zegt 10% een of meer beperkingen te hebben tegenover 48% van de laag opgeleiden.

Tabel 4.7.6

Percentage respondenten ≥ 25 jaar met één of meer beperkingen naar opleiding en geslacht (N=8927)

Eén of meer beperkingen	Opleidingsniveau		
	laag	middelbaar	hoog
man	40,2	16,5	7,7
vrouw	52,7	22,4	11,3
Totaal	48,0	19,9	9,5

Bron: patiëntenquête

► Laag opgeleiden hebben vaker één of meer beperkingen dan hoog opgeleiden

Respondenten die in éénpersoonshuishoudens wonen hebben vaker één of meer beperkingen dan respondenten in andere woonvormen.

Tabel 4.7.7

Percentage respondenten ≥ 18 jaar met één of meer beperkingen naar geslacht en woonvorm (n=9474)

Eén of meer beperkingen	éénpersoons- huishouden	tweepersoons- huishouden	éénouder- gezin	tweeouder- gezin
man	26,9	21,3	14,3	9,1
vrouw	39,7	27,1	22,4	14,4
Totaal	35,3	24,3	20,1	11,9

Bron: patiëntenquête

► Beperkingen komen het minst voor onder volwassenen in tweoudergezinnen

Arbeidsongeschikten en gepensioneerden rapporteren vaker beperkingen dan respondenten met een andere arbeidsstatus. Opvallend is dat ook onder huisvrouwen en werklozen vaker beperkingen voorkomen dan onder respondenten die betaald werk verrichten.

Tabel 4.7.8

Percentage respondenten ≥ 18 jaar met één of meer beperkingen naar geslacht en arbeidsstatus (n=9486)

Eén of meer beperkingen	werkloos	arbeidsongeschikt	pensioen	betaald werk	huisvrouw/huisman
man	24,1	50,9	33,6	6,5	25,6
vrouw	17,1	56,3	53,7	10,7	27,7
Totaal	20,1	53,4	41,5	8,4	27,7

Bron: patiëntenquête

105

► Mensen met betaald werk hebben minder vaak beperkingen dan mensen met een andere arbeidsstatus

In Tabel 4.7.9 wordt een overzicht gegeven van de respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. Naar tekorten in sociale steun zijn er geen statistisch significante verschillen gevonden.

Tabel 4.7.9

Percentage respondenten ≥ 25 jaar met één of meer beperkingen naar diverse achtergrondkenmerken

Eén of meer beperkingen	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	27,9	22,7	25,9
particulier	19,2	10,0	14,2
opleidingsniveau			
laag opgeleid	52,7	40,2	48,0
middelbaar opgeleid	22,4	16,5	19,9
hoog opgeleid	11,3	7,7	9,5
urbanisatiegraad			
sterk stedelijk	29,2	19,4	25,0
niet stedelijk	22,4	16,9	19,9
arbeidsstatus			
werkloos	17,6	27,5	21,8
arbeidsongeschikt	56,7	50,2	53,2
pensioen	53,7	33,6	41,5

Eén of meer beperkingen	vrouw	man	totaal
betaald werk	11,2	6,6	8,6
huisvrouw/huisman	27,7	23,8	27,6
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	40,9	28,1	36,5
twee partners	27,7	21,6	24,7
éénoudergezin	25,1	19,0	23,6
tweeoudergezin	15,3	9,7	12,7
sociale steun			
geen tekorten in sociale steun	24,4	15,9	20,7
veel tekorten in sociale steun	24,7	16,9	21,4
Totaal	25,5	17,3	21,9

Bron: patiëntenquête

Uit Tabel 4.7.9 blijkt dat er verschillen zijn in het voorkomen van beperkingen al naar gelang opleiding, leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, urbanisatiegraad, woonvorm en arbeidsstatus. Hierbij is niet gekeken naar onderlinge samenhangen tussen de diverse categorieën. Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage I, Tabel 16a2) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met beperkingen. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met beperkingen berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Rekening houdend met de achtergrondkenmerken blijkt dat geslacht, leeftijd, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, verzekeringsvorm, opleiding en tekorten in sociale steun een onafhankelijke verband hebben met het voorkomen van beperkingen. Vrouwen hebben meer kans dan mannen en laag opgeleiden hebben meer kans dan hoog opgeleiden op beperkingen. De kans dat een werkloze of arbeidsongeschikte respondent een beperking heeft is groter dan een niet-werkloze of niet arbeidsongeschikte respondent. Woonvorm en urbanisatiegraad hebben geen onafhankelijk verband met het voorkomen van beperkingen. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met beperkingen. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 4.7.10

Overzicht statistisch significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met beperkingen voor respondenten ≥ 25 jaar

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Beperkingen	
		rekening houdend met achtergrondkenmerken
geslacht		geslacht
leeftijd		leeftijd
verzekeringsvorm		verzekeringsvorm
opleidingsniveau		opleidingsniveau
urbanisatiegraad		
arbeidsstatus		arbeidsongeschiktheid
		werkloosheid
woonvorm		
		tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op beperkingen groter voor oudere mensen, vrouwen, ziekenfondsverzekerden, laag opgeleiden, werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met veel tekorten in sociale steun

4.8 Geestelijke gezondheid

In deze paragraaf staat de geestelijke gezondheid centraal. Een veelgebruikte maat om de geestelijke gezondheid te meten is de GHQ-score. De GHQ-score is gebaseerd op de General Health Questionnaire van Goldberg (1972). De GHQ-vragenlijst is bedoeld om personen met niet psychotische psychiatrische aandoeningen, vooral emotionele stoornissen als angst en depressie op te sporen. In de patiëntenquête is de 12-item versie (GHQ-12) opgenomen. De GHQ-items hebben vier antwoordcategorieën: helemaal niet, niet meer dan gewoonlijk, wat meer dan gewoonlijk en veel meer dan gewoonlijk. De GHQ-score loopt van nul tot twaalf. Een hoge GHQ-score betekent een grotere kans dat de respondent een psychiatrische problematiek heeft. Verder is aan de respondenten van twaalf jaar en ouder gevraagd of zij ooit een periode in hun leven hadden dat zij minstens twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief waren. Ook de resultaten op deze vragen zullen worden gepresenteerd. Aan de respondenten in de enquête onder allochtonen zijn deze laatste twee vragen eveneens gesteld, de antwoorden hierop zullen in 4.8.2 worden gepresenteerd. De GHQ-lijst is niet voorgelegd aan de respondenten van de vier allochtone groepen.

4.8.1 Geestelijke gezondheid in de autochtone bevolking

Van de respondenten van 18 jaar en ouder heeft 64% een GHQ-score van nul. De grens tussen een mogelijke psychiatrische 'case' en een niet psychiatrische 'case' ligt voor de GHQ-12 bij twee. Van

de onderzochte respondenten van 18 jaar en ouder heeft 23% een score van twee of hoger. Er is een statistisch significant verschil ($p < .01$) naar leeftijd. Tot 45 jaar is het percentage respondenten met een GHQ van 2 of meer het hoogst en tussen 65 en 74 jaar het laagst. De percentages met een GHQ-score van twee of hoger zijn ook hoger voor vrouwen en lager opgeleiden ($p < .01$).

Tabel 4.8.1

Percentage respondenten met een GHQ-score van 2 of hoger naar geslacht leeftijd en opleiding (n=8924)

GHQ-score ≥ 2		Leeftijd				
		25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>85 jr
laag opleidingsniveau	vrouw	37,4	31,2	23,9	23,6	25,0
	man	23,0	27,7	18,0	19,0	14,3
	subtotaal	31,2	29,6	22,0	22,1	21,9
middelbaar opleidingsniveau	vrouw	26,9	23,3	17,3	22,6	23,3
	man	19,2	18,2	11,6	18,7	16,7
	subtotaal	23,6	21,0	14,7	20,8	20,8
hoog opleidingsniveau	vrouw	30,4	23,1	26,5	20,0	50,0
	man	27,0	18,4	7,4	10,0	20,0
	subtotaal	28,9	20,5	13,4	14,5	36,4
Totaal		25,5	21,9	16,9	20,9	22,7

Bron: patiëntenquête

- In de leeftijdsgroep 25-44 jaar komt een GHQ-score van 2 of hoger het meest voor
- Vrouwen en laag opgeleiden hebben vaker een GHQ-score van 2 of hoger dan mannen en hoog opgeleiden

Werkloze en arbeidsongeschikte respondenten hebben vaker een GHQ-score van twee of hoger dan gepensioneerden, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/mannen (Tabel 4.8.2). Opvallend is het hoge percentage onder de mannen. Tweederde van de werkloze mannen heeft een GHQ-score van twee of hoger.

Tabel 4.8.2

Percentage respondenten ≥ 18 jaar met een GHQ-score van 2 of hoger naar geslacht en arbeidsstatus (n=9665)

GHQ-score ≥ 2	werkloos	arbeids- ongeschikt	gepensioneerd	betaald werk	huisvrouw/ -man
vrouw	43,4	49,8	24,5	25,8	21,7
man	65,5	39,3	12,5	18,2	23,2
Totaal	53,0	44,2	17,2	21,6	21,7

Bron: patiëntenquête

- Werklozen en arbeidsongeschikten hebben vaker een GHQ-score van 2 of hoger dan mensen met een betaalde baan, gepensioneerden of huisvrouwen/-mannen

Respondenten uit éénoudergezinnen en die in een éénpersoonshuishouden leven hebben vaker ($p < .01$) een GHQ-score van twee of hoger dan respondenten die met hun partner of in tweoudergezinnen wonen.

Tabel 4.8.3

Percentage respondenten ≥ 18 jaar met een GHQ-score van 2 of hoger naar geslacht en woonvorm (n=9446)

GHQ-score ≥ 2	Woonvorm			
	éénpersoons-huishouden	twee partners	éénouder-gezin	tweouder-gezin
vrouw	29,6	23,5	35,2	23,9
man	31,1	15,5	21,6	18,9
Totaal	30,1	19,6	31,4	21,5

Bron: patiëntenquête

109

- Mensen in éénoudergezinnen en éénpersoonshuishoudens hebben vaker een GHQ-score van 2 of hoger dan mensen uit tweepersoonshuishoudens of tweoudergezinnen

Met uitzondering van de 85-plussers zijn er voor alle leeftijdscategorieën statistisch significante verschillen naar tekorten in sociale steun. Mensen die veel tekorten ervaren in sociale steun hebben over het algemeen vaker een GHQ-score van 2 of hoger (Tabel 4.8.4.). Van de respondenten in de leeftijdscategorie 18-24 jaar met veel tekorten in sociale steun heeft de helft van de vrouwen een GHQ-score van 2 of hoger.

Tabel 4.8.4

Percentage respondenten met een GHQ-score van 2 of hoger naar geslacht, leeftijd en tekorten in sociale steun (n=4829)

GHQ-score ≥ 2		Leeftijd						Totaal
		18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>85 jr	
geen tekorten	vrouw	16,7	17,9	16,9	17,2	14,3	14,3	16,9
	man	5,7	11,1	13,0	6,5	20,7	36,4	11,7
	subtotaal	11,1	15,1	15,1	12,4	16,9	20,5	14,6
weinig tekorten	vrouw	23,5	29,7	23,2	10,0	14,7	0,0	23,4
	man	4,0	12,1	22,7	18,8	13,3	0,0	16,1
	subtotaal	11,9	22,1	23,0	13,9	14,3	0,0	20,1
veel tekorten	vrouw	48,8	39,8	37,4	33,3	33,3	14,3	38,6
	man	39,1	30,6	27,0	20,0	28,6	0,0	29,0
	subtotaal	43,7	36,1	32,4	27,8	31,6	12,5	34,4

Bron: patiëntenquête

- Mensen met veel tekorten in sociale steun hebben vaker een GHQ-score van 2 of hoger dan mensen zonder tekorten in sociale steun

In Tabel 4.8.5 wordt het percentage respondenten met een GHQ-score van twee of hoger (nogmaals) uitgesplitst naar diverse achtergrondkenmerken. Naast verzekeringsvorm, arbeidsstatus, woonvorm en tekorten in sociale steun levert ook urbanisatiegraad statistisch significante verschillen op. Respondenten in zeer stedelijke gebieden hebben vaker een hoge GHQ-score dan respondenten in niet-stedelijke gebieden.

Tabel 4.8.5

Percentage respondenten \geq 25 jaar met een GHQ-score van twee of hoger naar diverse achtergrondkenmerken

GHQ-score \geq 2	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	26,3	20,7	24,1
particulier	23,0	16,8	19,6
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	27,5	22,4	25,6
middelbaar opleidingsniveau	24,1	17,9	21,4
hoog opleidingsniveau	27,4	20,5	23,9
urbanisatiegraad			
sterk stedelijk	31,4	25,3	28,8
niet stedelijk	19,8	15,5	17,9
arbeidsstatus			
werkloos	42,6	68,6	53,8
arbeidsongeschikt	49,6	39,1	44,0
pensioen	24,5	12,5	17,2
betaald werk	25,6	18,2	21,6
huisvrouw/huisman	21,4	23,8	21,5
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	29,7	31,3	30,3
twee partners	23,2	15,4	19,4
éénoudergezin	35,6	19,0	31,5
tweeoudergezin	23,4	18,7	21,2
sociale steun			
geen tekorten in sociale steun	17,0	12,3	14,9
veel tekorten in sociale steun	37,7	27,8	33,5
Totaal	25,4	19,1	22,6

Bron: patiëntenquête

Uit Tabel 4.8.5 blijkt dat er verschillen zijn in het voorkomen een hoge GHQ-score al naar gelang opleiding, geslacht, status e.d. Hierbij is niet gekeken naar onderlinge samenhangen tussen de diverse categorieën. Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage I, Tabel 17) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het

voorkomen van een GHQ-score van twee of hoger. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het voorkomen van een GHQ-score van twee of hoger berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Geslacht, leeftijd, woonvorm, opleidingsniveau, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en tekorten in sociale steun hebben een onafhankelijk verband met het voorkomen van een GHQ-score van twee of hoger. Vrouwen hebben meer kans dan mannen op een GHQ-score van twee of hoger. De kans dat werkloze respondenten of arbeidsongeschikte respondenten een GHQ-score van twee of hoger hebben is groter dan voor niet-werkloze respectievelijk niet-arbeidsongeschikte respondenten. Verder hebben respondenten uit éénoudergezinnen en éénpersoonshuishoudens meer kans op een GHQ-score van twee of hoger dan respondenten die in tweoudergezinnen wonen. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het voorkomen van een GHQ-score van twee of hoger. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

111

Tabel 4.8.6

Statistisch significante samenhang ($p \leq .05$) van de achtergrondkenmerken met GHQ-score ≥ 2 voor respondenten ≥ 25 jaar

GHQ-score ≥ 2	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm	
opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad	
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	werkloosheid
woonvorm	woonvorm
tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op een GHQ-score van twee of hoger groter voor vrouwen, werklozen, arbeidsongeschikten, mensen uit éénpersoonshuishoudens of éénoudergezinnen en mensen met tekorten in sociale steun

Angstig/bezorgd en somber/depressief

Aan respondenten van twaalf jaar en ouder is gevraagd of zij ooit een periode in hun leven hadden dat zij minstens twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief waren. Eenderde van de respondenten geeft aan ooit twee weken angstig of bezorgd te zijn geweest en een kwart rapporteert somber/depressief te zijn geweest. In de leeftijdsgroep 25-64 jaar komen de meeste respondenten (eenderde) voor die zeggen ooit twee weken angstig/ bezorgd of somber/depressief te zijn geweest. Onder vrouwen komen beide gezondheidstoestanden vaker voor dan onder mannen. Tussen 45-64 jaar geven vier van de tien vrouwen aan ooit twee weken angstig of bezorgd te zijn geweest.

Tabel 4.8.7

Percentage respondentent ≥ 12 jaar dat minstens twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief was naar geslacht en leeftijd

		Leeftijd							Totaal
		12-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>85 jr	
angstig/bezorgd (n=10555)	vrouw	12,7	28,7	41,3	46,1	35,2	31,9	22,7	38,7
	man	14,7	14,4	26,7	33,3	26,4	22,9	4,5	26,5
	subtotaal	13,6	21,6	35,1	40,0	31,3	28,3	16,7	33,2
somber/depressief (n=10557)	vrouw	7,9	26,2	36,9	37,2	23,4	20,1	13,6	31,6
	man	7,3	14,5	25,8	26,9	19,6	16,5	2,3	22,5
	subtotaal	7,6	20,4	32,2	32,3	21,7	18,7	9,8	27,5

112

Bron: patiëntenquête

- ▮ Vrouwen zijn vaker ooit twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief geweest dan mannen
- ▮ In de leeftijdsgroep 25-64 jaar bevinden zich relatief gezien de meeste mensen die zeggen ooit twee weken somber/depressief te zijn geweest

In de leeftijdscategorieën 25-44 jaar en 45-64 jaar zijn er statistisch significante verschillen tussen particulier en ziekenfondsverzekerden in het voorkomen twee weken somberheid/depressiviteit en angstig/bezorgdheid ($p < .01$)

Tabel 4.8.8

Percentage respondentent ≥ 12 jaar dat minstens twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief was naar leeftijd en verzekeringsvorm

		Leeftijd							Totaal	
		12-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>85 jr		
angstig/bezorgd (n=10539)	ziekenfonds	vrouw	14,7	29,4	42,7	47,1	36,2	31,2	22,9	39,9
		man	15,3	14,2	29,4	35,9	24,9	23,3	3,1	27,4
		subtotaal	15,0	21,6	37,7	42,6	31,7	28,1	16,7	34,9
	particulier	vrouw	10,5	27,5	36,9	43,9	32,4	34,3	22,2	35,7
		man	13,3	13,9	22,2	30,7	28,9	21,6	8,3	25,1
		subtotaal	11,9	21,3	28,9	36,4	30,6	29,0	16,7	30,0
somber/ depressief (n=10542)	ziekenfonds	vrouw	10,3	28,5	38,7	39,3	24,0	18,8	15,7	33,4
		man	8,0	15,0	28,5	29,7	19,4	16,2	3,1	24,0
		subtotaal	9,3	21,6	34,9	35,5	22,2	17,7	11,8	29,6
	particulier	vrouw	5,3	22,9	31,3	33,3	21,8	24,5	5,6	27,5
		man	6,7	12,9	21,2	24,1	20,0	17,6	0,0	20,4
		subtotaal	5,9	18,3	25,8	28,0	20,8	21,6	3,3	23,7

Bron: patiëntenquête

► Meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden zijn ooit twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief geweest

Ten aanzien van het voorkomen van twee weken angst/bezorgdheid en het voorkomen van twee weken somberheid/depressiviteit zijn er veel verschillen al naar gelang de achtergrondkenmerken. Opvallend is het hoge percentage dat twee weken angstig/bezorgd en somber/depressief was onder werkloze en arbeidsongeschikte respondenten, zowel onder de mannelijke als vrouwelijke respondenten. Ook onder vrouwen in éénpersoonshuishoudens en éénoudergezinnen komen relatief vaak gevoelens van angst/bezorgdheid van minstens twee weken voor.

Tabel 4.8.9

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat minstens twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief was naar diverse achtergrondkenmerken

113

	angstig/bezorgd			somber/depressief		
	vrouw	man	totaal	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	41,9	30,2	37,4	34,7	26,2	31,4
particulier	39,2	27,2	32,6	30,2	22,2	25,8
opleidingsniveau						
laag opgeleid	38,0	27,6	34,1	28,4	22,0	26,0
middelbaar opgeleid	42,8	29,3	36,8	33,4	25,1	29,8
hoog opgeleid	38,7	28,7	33,6	38,3	24,2	31,2
urbanisatiegraad						
zeer stedelijk	38,0	29,0	34,1	37,1	25,7	32,3
niet stedelijk	40,2	29,0	35,2	25,8	21,2	23,8
arbeidsstatus						
werkloos	50,0	51,0	50,4	41,2	45,1	42,9
arbeidsongeschikt	66,7	49,8	57,6	63,6	47,5	54,9
pensioen	35,3	25,4	29,3	26,2	17,4	20,9
betaald werk	40,2	27,0	33,0	36,4	24,1	29,6
huisvrouw/huisman	40,7	54,8	41,0	28,8	33,3	28,9
woonvorm						
éénpersoonshuishouden	40,3	32,6	37,6	36,0	30,7	34,2
tweepersoonshuishouden	39,7	26,8	33,4	31,1	21,8	26,6
éénoudergezin	52,8	38,1	49,1	47,6	46,4	47,3
tweeoudergezin	40,8	29,4	35,5	32,0	24,4	28,5
sociale steun						
geen tekorten sociale steun	34,8	24,3	30,2	26,7	21,4	24,4
veel tekorten sociale steun	48,3	38,6	44,1	43,0	34,6	39,4
Totaal	41,2	28,9	35,7	33,5	24,5	29,5

Bron: patiëntenquête

► Werklozen en arbeidsongeschikten zijn vaker ooit twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief geweest dan mensen met een andere arbeidsstatus

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage I, Tabel 18) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het voorkomen van twee weken angstig/bezorgdheid en depressiviteit/somberheid.

Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het voorkomen van twee weken angstig/bezorgdheid en depressiviteit/somberheid berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Geslacht, woonvorm, arbeidsongeschiktheid, en tekorten in sociale steun hebben een onafhankelijke verband met het voorkomen van twee weken bezorgdheid of angstig zijn. Respondenten die vrouw zijn, in éénoudergezinnen wonen, arbeidsongeschikt zijn of veel tekorten in sociale steun ervaren hebben een grotere kans ooit in hun leven twee weken angstig/bezorgd te zijn dan respectievelijk mannen, respondenten uit tweoudergezinnen, respondenten die niet arbeidsongeschikt zijn en respondenten zonder tekorten in sociale steun.

114

Geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, arbeidsongeschiktheid, verzekeringsvorm en tekorten in sociale steun hebben een onafhankelijke verband met het voorkomen van twee weken somberheid/depressiviteit (Bijlage I, Tabel 19). Respondenten die vrouw zijn, in sterk stedelijke gebieden wonen, in éénoudergezinnen of éénpersoonshuishoudens wonen, arbeidsongeschikt zijn, een ziektefondsverzekering hebben of veel tekorten in sociale steun ervaren, hebben een grotere kans ooit twee weken in hun leven somber of depressief te zijn dan respectievelijk mannen, respondenten in niet-stedelijke gebieden, respondenten uit andere woonvormen, respondenten die niet arbeidsongeschikt zijn, particulieverzekerden en respondenten zonder tekorten in sociale steun.

Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het voorkomen van twee weken angstig/bezorgdheid en depressiviteit/somberheid. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 4.8.10

Overzicht significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met angstig/bezorgd of somber/depressief voor respondenten ≥ 25 jaar

	zonder rekening te houden met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
angstig/bezorgd	geslacht	geslacht
	leeftijd	
	verzekeringsvorm	
	opleidingsniveau	
	urbanisatiegraad	
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm	woonvorm
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun
somber/depressief	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm	verzekeringsvorm
	opleidingsniveau	
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm	woonvorm
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op het voorkomen van twee weken angstig/bezorgd groter voor vrouwen, arbeidsongeschikten, mensen met veel tekorten in sociale steun en mensen in éénoudergezinnen
- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op gevoelens van somberheid/depressiviteit van minstens twee weken groter voor vrouwen, ziekenfondsverzekerden, mensen in zeer stedelijke gebieden, mensen in eenouder- of één-persoonshuishouden, arbeidsongeschikten en mensen met veel tekorten in sociale steun

4.8.2 Geestelijke gezondheid in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de allochtone respondenten (18 jaar en ouder) geeft 30% aan ooit twee weken angstig of bezorgd te zijn geweest en 32% rapporteert somber/depressief te zijn geweest. Vrouwen geven vaker aan twee weken angstig of bezorgd te zijn dan mannen (35% versus 23%). Ook somberheid/depressiviteit gedurende minstens twee weken komt vaker voor bij de vrouwelijke respondenten (37% versus 25%).

In Tabel 4.8.11 wordt een overzicht gegeven naar leeftijd.

Tabel 4.8.11

Respondenten uit de vier allochtone groepen ≥ 18 jaar die minstens twee weken angstig/bezorgd (n=1379) of somber/depressief (n=1339) waren naar leeftijd in percentages

	Leeftijd				totaal
	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
angstig/bezorgd	17,6	30,6	36,0	30,0	30,0
somber/depressief	21,8	33,4	34,8	22,7	31,6

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

116

Er blijken verschillen te zijn tussen de vier groepen in het voorkomen van twee weken angstig zijn of depressiviteit. Meer Antillianen en Surinamers geven aan ooit twee weken somber of depressief en te zijn geweest dan Turken en Marokkanen. Ook somberheid/depressiviteit gedurende minstens twee weken komt meer voor onder Antillianen en Surinamers. Onder Turkse mannen bevinden zich relatief weinig die zeggen ooit twee weken angstig en bezorgd te zijn geweest.

Tabel 4.8.12

Allochtone respondenten ≥ 18 jaar die minstens twee weken angstig/bezorgd (n=1335) of somber/depressief (n=1337) waren naar allochtone groep in percentages

		Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
angstig/bezorgd	vrouw	29,2	42,4	34,0	36,3	35,2
	man	21,3	35,1	15,5	27,7	22,7
	subtotaal	25,5	39,7	25,2	33,9	30,0
somber/depressief	vrouw	28,4	40,6	37,7	39,5	36,5
	man	20,8	30,9	25,4	22,9	24,5
	subtotaal	24,7	37,0	31,9	34,9	31,6

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- ▶ Antillianen en Surinamers zijn vaker ooit twee weken angstig/bezorgd en twee weken somber/depressief geweest dan Marokkanen en Turken

Ten aanzien van het voorkomen van twee weken angst/bezorgdheid en het voorkomen van twee weken somberheid/depressiviteit zijn er alleen voor wat betreft geslacht, arbeidsstatus en woonvorm statistisch significante verschillen (Tabel 4.8.13). Opvallend is het hoge percentage met gevoelens van angst/bezorgdheid en somber/depressiviteit gedurende twee weken onder werkloze en arbeidsongeschikte allochtonen van 25 jaar en ouder.

Tabel 4.8.13

Percentage van de allochtone bevolkingsgroepen ≥ 25 jaar dat ooit twee weken angstig of somber was naar diverse achtergrondkenmerken

	angstig/bezorgd	somber/depressief
geslacht		
vrouw	37,8	38,6
man	24,1	25,6
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	32,6	33,7
particulier	29,2	29,2
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	30,9	34,4
middelbaar opleidingsniveau	32,5	33,3
hoog opleidingsniveau	30,9	28,8
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	32,7	33,9
weinig of net stedelijk	28,0	29,9
arbeidsstatus		
werkloos	30,3	38,2
arbeidsongeschikt	51,4	55,0
gepensioneerd	20,7	19,0
betaald werk	27,9	27,9
huisvrouw/-man	31,9	33,1
woonvorm		
éénpersoonshuishouden	37,1	38,9
tweepersoonshuishouden	30,8	30,4
éénoudergezin	47,1	43,3
tweeoudergezin	27,4	28,7
Totaal	32,1	32,2

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage I, Tabel 20/21) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het voorkomen van twee weken angstig/bezorgdheid en depressiviteit/somberheid.

Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het voorkomen van twee weken angstig/bezorgdheid en depressiviteit/somberheid berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Zowel ten aanzien van twee weken angstig/bezorgd als ten aanzien van twee weken somber/depressief zijn er onafhankelijke verbanden met geslacht, woonvorm en arbeidsongeschiktheid. Allochtonen die vrouw, arbeidsongeschikt of alleenopvoedend zijn, zijn vaker twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief dan allochtonen die man, niet arbeidsongeschikt zijn of in tweepersoonshuishoudens wonen.

Tabel 4.8.14

Overzicht significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met angstig/bezorgd of somber/depressief voor allochtone respondenten ≥ 25 jaar

	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
angstig/bezorgd	geslacht	geslacht
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm	woonvorm
somber/depressief	geslacht	geslacht
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm	woonvorm

Bron: patiëntenquête onder allochtonen

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat allochtonen die vrouw, arbeidsongeschikt of alleenopvoedend zijn twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief zijn

4.9 Vergelijking eerste en tweede Nationale Studie (1987 versus 2001)

In deze paragraaf wordt gekeken of de gezondheid van de Nederlands sprekende bevolking de afgelopen jaren is veranderd. Hiertoe worden enkele bovenstaande resultaten vergeleken met de cijfers van de eerste Nationale Studie. Allereerst wordt in de eerste subparagraaf het eigen gezondheidsoordeel vergeleken. Daarna volgt in de tweede paragraaf een vergelijking tussen 1987 en 2001 in het voorkomen van acute klachten. De derde paragraaf rapporteert veranderingen in de bevolking ten aanzien van chronische aandoeningen en in de laatste paragraaf wordt verslag gedaan over de geestelijke gezondheid. Met behulp van de GHQ-score wordt gekeken of er sinds 1987 veranderingen hebben plaatsgevonden in de geestelijke gezondheid onder diverse maatschappelijke groepen. De databronnen die voor de vergelijking gebruikt worden zijn de patiëntenquêtes van beide studies. In 2001 is zowel aan de totale patiëntenpopulatie van alle deelnemende huisartspraktijken (patiëntregistratie) het oordeel over de eigen gezondheid gevraagd als aan een steekproef (patiëntenquête). Ten behoeve van de vergelijkbaarheid presenteren we hier (in tegenstelling tot paragraaf 5.2) de cijfers uit de patiëntenquête. In verband met de steekproef van de eerste Nationale Studie zullen voor de resultaten van 1987 de gecorrigeerde cijfers gegeven worden voor uitspraken over de hele populatie. In dit gecorrigeerde cijfer worden de oorspronkelijke waarden gewogen naar regio en urbanisatiegraad en naar geslacht en leeftijd (Foets & Sixma, 1991). Voor analyses naar onderlinge verbanden zullen de ongewogen resultaten worden gepresenteerd.

4.9.1 Eigen gezondheidsoordeel in 1987 en 2001

In 1987 bestonden de antwoorden op de vraag naar de eigen gezondheid uit 5 mogelijkheden, waarvan twee gradaties voor 'goed', twee gradaties voor 'slecht' en een voor matig. In 2001 waren er ook 5 antwoordcategorieën maar met drie gradaties voor 'goed', een voor slecht en een voor matig. Ten behoeve van de vergelijkbaarheid zijn de antwoorden in beide jaren gehercodeerd in 3 klassen: goed; matig; slecht.

Er zijn geen statistisch significante verschillen tussen 1987 en 2001 ten aanzien van de eigen ervaren gezondheid. In beide jaren beoordeelt 2% de eigen gezondheid als slecht. In 1987 zegt 85% een goede gezondheid te hebben en in 2001 is dat 84%.

De eigen ervaren gezondheid in 2001 is vergelijkbaar met die van 1987

119

Naar leeftijd zijn er kleine verschillen in de gezondheidsbeleving vergeleken met 1987.

In de leeftijdscategorie 45-64 jaar is het percentage met een goede gezondheidsbeleving gestegen ($p < .01$). Voor jongeren lijkt de gezondheidsbeleving iets slechter geworden, deze verschillen zijn echter statistisch niet significant.

Tabel 4.9.1

Inschatting eigen gezondheid in 1987 en 2001 naar leeftijd in percentages

Inschatting eigen gezondheid	1987 (n=12927)					2001 (n=12084)				
	Leeftijd					Leeftijd				
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
(heel) goed	94,2	93,4	90,0	74,1	67,4	95,5	91,9	88,6	78,6	69,6
matig	5,4	6,2	9,1	21,7	27,0	4,2	7,4	10,1	18,7	26,3
(heel) slecht	0,4	0,4	1,0	4,2	5,6	0,3	0,8	1,3	2,8	4,1

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

De verschillen in gezondheidsbeleving naar geslacht zijn vergeleken met 1987 licht veranderd. Statistisch significant minder vrouwen hebben een goede gezondheidsbeleving, terwijl de gezondheidsbeleving voor mannen statistisch significant onveranderd is.

Tabel 4.9.2

Inschatting eigen gezondheid in 1987 en 2001 naar geslacht in percentages

Inschatting eigen gezondheid	1987 (n=12927)			2001 (n=12084)		
	vrouw	man	totaal	vrouw	man	totaal
(heel) goed	85,2	85,8	85,5	82,3	86,0	84,0
matig	13,2	11,9	12,6	15,8	11,9	14,0
(heel) slecht	1,6	2,3	2,0	1,8	2,1	2,0

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Minder vrouwen ervaren hun gezondheid vergeleken met 1987 als goed, voor mannen is de situatie tussen 1987 en 2001 vergelijkbaar

De verschillen naar verzekeringsvorm zijn in 2001 vergeleken met 1987 toegenomen. Dit hangt samen met een statistisch significante daling van het percentage ziekenfondsverzekerden met een goede gezondheidsbeleving.

Tabel 4.9.3

Inschatting eigen gezondheid in 1987 en 2001 naar verzekeringsvorm in percentages

Inschatting eigen gezondheid	1987 (n=12844)			2001 (n=12063)		
	ziekenfonds	particulier	totaal	ziekenfonds	particulier	totaal
(heel) goed	83,0	90,2	85,4	80,6	90,1	84,0
matig	14,5	9,0	12,6	16,9	9,0	14,0
(heel) slecht	2,6	0,9	2,0	2,5	1,0	2,0

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Vergeleken met 1987 hebben minder ziekenfondsverzekerden een goede gezondheidsbeleving

In Tabel 4.9.4 wordt een overzicht gegeven in tijd voor respondenten van 25 jaar en ouder. Op deze plaats noemen we alleen de statistisch significante toenames vergeleken met 1987. Dit betreft een toename van laag en middelbaar opgeleiden, werklozen en vrouwen met een matige/slechte gezondheid

Tabel 4.9.4

Matige slechte gezondheid in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor ≥ respondenten 25 jaar in percentages

Inschatting eigen gezondheid	1987	2001
geslacht		
vrouw	19,0	21,2
man	18,4	17,6
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	21,9	23,3
particulier	12,2	12,4
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	29,3	37,7
middelbaar opleidingsniveau	14,6	18,1
hoog opleidingsniveau	9,4	11,2
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	20,8	24,8
weinig of niet stedelijk	19,2	17,3

Inschatting eigen gezondheid	1987	2001
arbeidsstatus		
werkloos	15,6	29,7
arbeidsongeschikt	61,2	65,1
gepensioneerd	31,9	28,2
betaald werk	10,1	9,9
huisvrouw/-man	21,0	21,7
Totaal	18,7	19,6

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- De ervaren gezondheid onder vrouwen, ziekenfondsverzekerden, laag- en middelbaar opgeleiden en werklozen is verslechterd vergeleken met 1987

121

4.9.2 Acute klachten in 1987 en 2001

Zowel in 1987 als in 2001 is aan respondenten een acute klachtenlijst voorgelegd en werd gevraagd of zij 14 dagen voorafgaand aan het interview last hebben gehad van de betreffende klacht. Verder is gevraagd of er sprake is van andere niet voorgelegde acute klachten. De lijsten wijken iets van elkaar af maar de meest voorkomende klachten zijn in alle twee de lijsten gevraagd. In 1987 geeft 22% van de respondenten aan geen enkele acute klacht te hebben gehad 14 dagen voorafgaand aan het interview, in 2001 is dat percentage 11%. De verschillen zijn statistisch significant ($p < .01$).

Tabel 4.9.5

De twee weken voorafgaand aan het interview geen acute klachten naar leeftijd en geslacht voor 1987 en 2001 in percentages

Klachtvrij	1987 (n=13014)					2001 (n=12672)				
	Leeftijd					Leeftijd				
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
vrouw	36,1	13,4	16,0	15,2	15,9	17,6	3,9	6,0	7,0	7,9
man	34,8	24,3	25,8	21,8	23,5	19,2	12,0	12,1	14,1	13,6
Totaal	35,4	18,7	20,9	18,6	19,2	18,4	7,9	8,6	10,4	10,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Het aantal mensen **zonder** acute klachten is afgenomen in 2001 vergeleken met 1987

In Tabel 4.9.6 wordt een overzicht gegeven van 1987 en 2001 voor respondenten van 25 jaar en ouder die aangeven klachtvrij geweest te zijn. Opvallend is de sterke afname van klachtvrijheid onder werklozen. Gaf in 1987 23% van de werkloze respondenten aan geen klachten te hebben veertien dagen voorafgaand aan het interview, in 2001 is dat gedaald naar 7%. Alleen de verschillen naar arbeidsongeschiktheid zijn in Tabel 4.9.6 statistisch niet significant.

Tabel 4.9.6

De twee weken voorafgaand aan het interview geen acute klachten voor respondenten ≥ 25 jaar in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken in percentages

Klachtvrij	1987	2001
geslacht		
vrouw	15,7	6,8
man	24,2	13,3
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	18,6	8,5
particulier	22,5	11,9
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	18,7	8,9
middelbaar opleidingsniveau	20,5	9,9
hoog opleidingsniveau	20,5	9,7
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	16,1	6,9
weinig of niet stedelijk	21,3	13,7
arbeidsstatus		
werkloos	22,6	6,7
arbeidsongeschikt	6,2	2,9
gepensioneerd	21,4	11,3
betaald werk	22,7	10,8
huisvrouw/-man	16,9	7,6
Totaal	19,9	9,7

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Over het algemeen komen acute klachten onder alle sociale groepen (met uitzondering van arbeidsongeschikten) meer voor. Opvallend is echter de stijging onder werklozen vergeleken met 1987

In Tabel 4.9.7 worden de tien meest genoemde acute klachten van de eerste en tweede Nationale Studie naast elkaar gezet. Net als in 1987 staan moeheid en hoofdpijn bovenaan in de top 10 van de meest voorkomende acute klachten. Voor beide klachten geldt dat het percentage respondenten dat de 14 dagen voorafgaand aan het interview last heeft gehad van deze klachten in 2001 hoger is. Opvallend is dat de klacht 'slapeloosheid' onder de Nederlandse bevolking relatief sterk is toegenomen. Rapporteerde in 1987 16% van de respondenten slapeloosheid veertien dagen voorafgaand aan het interview, nu is dat 24% en daarmee is slapeloosheid van de zesde plaats gestegen naar de derde. In 2001 behoort een agressief gevoel in de top 10 van meest genoemde klachten, 12% heeft hier last van, in 1987 was dit 7%.

Tabel 4.9.7
Top 10 acute klachten in 1987 en 2001 in percentages

1987		2001	
moeheid	29,0%	moeheid	36,0%
hoofdpijn	28,3%	hoofdpijn	33,7%
hoesten	21,0%	slapeloosheid	23,6%
verstopte neus	21,1%	pijn in nek/schouder/bovenrug	21,1%
nervositeit	19,0%	verstopte neus	20,8%
slapeloosheid	15,6%	pijn laag in de rug	19,6%
snel opgewonden zijn	15,5%	hoesten	17,8%
rugklachten	15,4%	nervositeit	17,2%
nek/schouder klachten	13,7%	pijn in heupen/knieën	12,8%
klachten aan been/knie/voet/tenen	13,1%	agressief gevoel	12,2%

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- **Vergeleken met 1987 komen moeheid, hoofdpijn, slapeloosheid en agressieve gevoelens meer voor in 2001**

Tabel 4.9.8 geeft een overzicht van de top 5 van klachten van volwassenen, nu en in 1987. Alle gepresenteerde klachten zijn vergeleken met 1987 statistisch significant toegenomen, zowel onder mannen als onder vrouwen.

Tabel 4.9.8
Top 5 van de meest genoemde klachten van respondenten > 18 jaar naar geslacht en tijd in percentages

Klachten	1987			2001		
	vrouwen	mannen	totaal	vrouwen	mannen	totaal
moeheid	37,8	24,1	31,1	46,6	30,5	39,5
hoofdpijn	39,3	23,4	31,5	44,5	27,6	37,0
slapeloosheid	21,1	12,3	16,8	32,3	19,9	26,7
pijn in nek/schouder	20,1	13,1	16,7	31,6	19,4	26,1
pijn laag in de rug	20,9	17,7	19,4	27,1	21,4	24,6

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- **Zowel onder volwassen mannen als onder volwassen vrouwen komen de klachten uit de top 5 vaker voor in 2001 dan in 1987**

Het percentage kinderen met de klachten 'verstopte neus' en 'moeheid' is vergelijkbaar tussen 1987 en 2001. De klachten 'hoofdpijn' en 'agressief gevoel' daarentegen zijn statistisch significant toegenomen. De klacht 'hoesten' is statistisch significant verminderd (Tabel 4.9.9).

Tabel 4.9.9**Top 5 van de meest genoemde klachten van kinderen van 0-12 jaar naar tijd in percentages**

Klachten	1987	2001
verstopte neus	24,3	24,4
hoesten	27,4	23,1
moeheid	15,7	18,7
hoofdpijn	12,6	16,4
agressief gevoel	5,6	12,9

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

124

- Onder kinderen komen hoofdpijn en agressieve gevoelens meer voor dan in 1987, hoesten daarentegen komt minder voor

Uit Tabel 4.9.10 blijkt dat de klachten weliswaar over het algemeen statistisch significant zijn toegenomen maar dat dit voor alle opleidingsniveaus geldt. De verschillen tussen laag en hoog opgeleiden zijn voor wat betreft de top 5 van acute klachten niet groter geworden.

Tabel 4.9.10**Top 5 van de meest genoemde klachten van respondenten ≥ 25 jaar naar opleiding en tijd in percentages**

Klachten	1987			2001		
	opleidingsniveau			opleidingsniveau		
	laag	middelbaar	hoog	laag	middelbaar	hoog
moeheid	30,0	29,2	37,8	35,0	37,2	45,2
hoofdpijn	28,2	31,1	30,0	31,5	37,4	35,3
slapeloosheid	24,8	14,9	13,7	33,3	26,4	23,6
pijn in nek/schouder	21,1	17,3	12,7	29,4	27,0	23,3
pijn laag in de rug	24,6	19,7	14,4	28,9	25,5	21,6

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- De verschillen tussen laag en hoog opgeleiden zijn voor de top 5 van acute klachten niet groter geworden

Tabel 4.9.11 rapporteert de vijf meest voorkomende klachten naar arbeidsstatus en tijd. Alle verschillen tussen 1987 en 2001 zijn statistisch significant. Opvallend zijn de hoge percentages onder werklozen en arbeidsongeschikten vergeleken met 1987. Rapporteerde bijvoorbeeld in 1987 een kwart van de werkloze respondenten moeheid, in 2001 is dat bijna de helft.

Tabel 4.9.11

Top 5 van de meest genoemde klachten van respondenten ≥ 25 jaar naar arbeidsstatus en tijd in percentages

Klachten	1987					2001				
	werkloos ongeschikt	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	huisvrouw/ -man	werkloos ongeschikt	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	huisvrouw/ -man
moeheid	25,5	44,0	26,1	28,0	33,8	47,9	65,8	26,5	39,2	39,9
hoofdpijn	34,6	32,5	15,5	30,2	34,6	48,7	47,4	19,5	38,2	40,7
slapeloosheid	21,2	30,3	21,4	11,8	24,7	35,3	48,4	25,5	22,1	32,8
pijn in nek/schouder	19,7	32,9	18,6	14,2	21,5	30,3	50,7	24,8	22,5	31,1
pijn laag in de rug	22,1	40,4	17,8	17,6	22,9	36,1	47,2	25,6	21,5	27,1

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

125

- Onder werklozen en arbeidsongeschikten zijn de klachten uit de top 5 relatief sterk toegenomen vergeleken met 1987

4.9.3 Chronische aandoeningen in 1987 en 2001

Zowel in 1987 als in 2001 is aan respondenten een lijst voorgelegd met chronische aandoeningen. In 1987 werd de aan Van den Bos ontleende lijst gebruikt, terwijl in 2001 gebruik is gemaakt van de CBS-lijst. Deze lijsten komen slechts voor een aantal aandoeningen overeen. Op deze plaats zullen die aandoeningen die in beide jaren aan respondenten zijn voorgelegd naast elkaar worden gelegd. De top drie van chronische aandoeningen werd in 1987 gevormd door rugklachten (12%), migraine/ernstige hoofdpijn (9%) en hypertensie (7%). In 2001 stonden migraine/ernstige hoofdpijn (16%), gewrichtsslijtage (13%) en hypertensie (12%) in de top 3. Met uitzondering van ernstige rugklachten zijn de aandoeningen gepresenteerd in Tabel 4.9.12 vergeleken met 1987 statistisch significant gestegen. Het percentage respondenten dat aangeeft last te hebben van migraine/ernstige hoofdpijn is vooral onder vrouwen gestegen. Lag het percentage vrouwen met migraine/ernstige hoofdpijn in 1987 bij 12%, in 2001 is dat 21%.

Ernstige rugklachten zijn voor mannen statistisch significant afgenomen en voor vrouwen gelijk gebleven.

Tabel 4.9.12

Chronische aandoeningen naar geslacht en tijd in percentages

Chronische aandoeningen	1987			2001		
	vrouwen	mannen	totaal	vrouwen	mannen	totaal
migraine/ernstige hoofdpijn	11,7	6,1	8,9	21,0	9,5	15,7
hoge bloeddruk	9,1	5,7	7,4	13,7	10,4	12,2
ernstige rugklachten	12,1	12,3	12,2	11,1	9,5	10,4
diabetes mellitus	2,2	1,4	1,8	3,2	3,3	3,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

► Migraine, hoge bloeddruk en diabetes mellitus komen vaker voor vergeleken met 1987

► Onder mannen komen ernstige rugklachten minder voor vergeleken met 1987

Migraine en hoge bloeddruk is voor alle opleidingsniveaus statistisch significant toegenomen vergeleken met 1987. Migraine/ernstige hoofdpijn is echter vooral toegenomen onder middelbaar en hoger opgeleiden. Diabetes mellitus is statistisch significant toegenomen onder laag en middelbaar opgeleiden. De verschillen naar opleidingsniveau tussen 1987 en 2001 zijn voor wat betreft ernstige rugklachten statistisch niet significant.

Tabel 4.9.13

Chronische aandoeningen naar opleiding en tijd voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

Chronische aandoeningen	1987			2001		
	laag	middelbaar	hoog	laag	middelbaar	hoog
	opgeleid	opgeleid	opgeleid	opgeleid	opgeleid	opgeleid
migraine/ernstige hoofdpijn	11,6	10,9	8,4	16,5	19,5	15,9
hoge bloeddruk	16,3	8,8	6,1	21,9	13,7	10,9
ernstige rugklachten	21,9	15,6	10,1	20,0	13,7	10,3
diabetes mellitus	5,1	1,4	1,2	10,3	4,0	2,0

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

► Migraine/ernstige hoofdpijn is vooral toegenomen onder middelbaar en hoger opgeleiden

► Diabetes mellitus is toegenomen onder laag en middelbaar opgeleiden

Tabel 4.9.14 geeft een overzicht van 1987 en 2001 van de vier chronische aandoeningen naar arbeidsstatus. De verschillen tussen 1987 en 2001 voor hoge bloeddruk, ernstige rugklachten en diabetes mellitus zijn voor werklozen, arbeidsongeschikten en gepensioneerden statistisch niet significant, wel voor mensen met betaald werk en huisvrouwen/-mannen. Vergeleken met 1987 komt hoge bloeddruk en diabetes mellitus meer voor bij mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen. Rugklachten komen statistisch significant minder voor onder mensen met een betaalde baan.

Migraine/ernstige hoofdpijn is statistisch significant toegenomen onder werklozen, arbeidsongeschikten, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen.

Tabel 4.9.14

Chronische aandoeningen naar arbeidsstatus en tijd voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

Chronische aandoeningen	1987					2001				
	werkloos ongeschikt	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	huisvrouw/ -man	werkloos ongeschikt	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	huisvrouw/ -man
migraine	7,7	17,3	6,2	9,4	14,4	32,8	29,6	8,6	19,0	21,2
hoge bloeddruk	6,7	15,8	20,3	6,1	15,6	12,8	18,2	23,7	8,1	19,4
ernstige rugklachten	18,3	38,5	18,5	14,4	17,0	21,0	36,3	15,8	9,8	15,1
diabetes mellitus	1,4	5,1	6,7	0,9	3,9	4,2	7,3	9,7	1,7	6,1

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

127

- ▀ Vergeleken met 1987 komt hoge bloeddruk en diabetes mellitus meer voor bij mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen
- ▀ Ernstige rugklachten zijn onder mensen met een betaalde baan vergeleken met 1987 verminderd
- ▀ Migraine is onder werklozen, arbeidsongeschikten, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen gestegen

In 1987 rapporteert 50% één of meerdere chronische aandoeningen, in 2001 ligt dat percentage bij 57%. Het percentage respondenten van 65 jaar en ouder dat één of meer chronische aandoeningen rapporteert is in 2001 vergeleken met 1987 toegenomen, dit geldt vooral voor particulier verzekerden in die leeftijdsgroep. Opvallend is dat het percentage mannelijke respondenten met een particuliere verzekering in de leeftijdscategorie 25-44 jaar dat aangeeft een chronische aandoening te hebben vergeleken met 1987 is verminderd terwijl dat voor vrouwen in die groep is gestegen.

Tabel 4.9.15

Percentage respondenten met een of meerdere chronische aandoeningen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm voor 1987 en 2001

Chronische aandoeningen		1987						2001					
		Leeftijd						Leeftijd					
		0-14 jr	25-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	totaal	0-14 jr	25-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	totaal
particulier	man	23,8	31,5	40,9	57,5	69,0	42,0	31,6	25,9	43,7	60,0	82,2	49,4
	vrouw	17,3	38,4	53,0	70,6	75,4	49,1	27,2	43,6	59,3	71,4	81,2	55,9
	subtot	20,7	34,9	46,6	63,3	72,4	45,4	29,4	35,5	50,8	64,9	81,7	52,4
ziekenfonds	man	28,0	34,3	46,0	70,0	74,3	49,0	29,5	33,9	46,9	71,8	80,3	53,2
	vrouw	20,2	42,0	57,0	70,6	78,5	55,2	29,4	50,0	60,8	77,2	85,4	64,0
	subtot	24,4	38,3	51,7	70,3	76,8	52,2	29,5	41,7	55,6	75,0	83,4	59,5
totaal	man	26,1	33,5	44,2	65,2	72,7	46,4	30,4	31,1	45,8	65,7	81,0	51,6
	vrouw	18,9	41,1	55,7	70,6	77,7	53,2	28,4	47,3	60,4	75,2	84,3	61,4
	subtot	22,8	37,4	50,0	67,9	75,5	49,8	29,4	39,3	54,2	70,8	82,9	56,9

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

128

4.9.4 Geestelijke gezondheid in 1987 en 2001

In 1987 is aan respondenten de uitgebreide versie van de GHQ voorgelegd (30-items) en in 2001 de korte versie (12-items). Voor de vergelijking zijn de 12 overeenkomstige items geselecteerd. Tabel 4.9.16 geeft een overzicht naar geslacht voor beide jaren. Vooral de hoge GHQ-scores zijn vergeleken met 1987 toegenomen. Had in 1987 6% een GHQ-score van vijf of hoger, in 2001 is dat 9%. Alleen de GHQ-score van een of twee verschillen statistisch niet significant tussen beide jaren.

Tabel 4.9.16

GHQ-score (12 items) naar geslacht en tijd voor respondenten ≥ 18 jaar in percentages

GHQ-score	1987 (n=9422)			2001 (n=9656)		
	vrouwen	mannen	totaal	vrouwen	mannen	totaal
0	65,6	71,9	68,7	59,9	68,6	63,8
1-2	21,2	19,8	20,5	21,7	18,2	20,1
3-4	6,8	4,0	5,4	7,6	5,6	6,7
5-9	5,4	3,5	4,4	8,9	6,4	7,8
10-12	1,1	0,9	1,0	1,8	1,3	1,6

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- ▶ Vergeleken met 1987 hebben in 2001 meer mensen een hoge GHQ-score

Tabel 4.9.17 geeft een overzicht van respondenten die in 1987 en in 2001 een GHQ-score van twee of hoger hebben. Voor respondenten van 65 jaar en ouder zijn er geen statistisch significante verschillen tussen beide jaren in het voorkomen van een GHQ-score van twee of hoger. Voor de overige leeftijdscategorieën (behalve voor vrouwen tussen 18 en 24 jaar) zijn de verschillen tussen beide jaren wel statistisch significant. Opvallend is de relatief sterke toename van respondenten met een GHQ-score van twee of hoger onder mannen, vooral in de leeftijdscategorie 18-24 jaar.

Tabel 4.9.17

GHQ-score van twee of hoger naar leeftijd voor 1987 en 2001 in percentages

GHQ-score ≥ 2	1987 (n=9422)				2001 (n=9656)			
	Leeftijd				Leeftijd			
	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
vrouw	22,5	20,3	18,7	18,7	29,5	28,5	24,3	21,9
man	12,7	15,0	13,2	10,2	21,0	21,6	19,3	14,4
Totaal	17,7	17,6	15,8	15,1	25,3	25,5	21,9	18,7

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

129

- **Vergeleken met 1987 hebben meer mensen (behalve vrouwen tussen 18 en 24 jaar) van 18 tot 65 jaar een GHQ-score van twee of hoger,**

Tabel 4.9.18 geeft een overzicht van respondenten van 25 jaar en ouder die in 1987 en in 2001 een GHQ-score van twee of hoger hebben naar diverse achtergrondkenmerken. Alle verschillen gepresenteerd in Tabel 4.9.18 zijn statistisch significant. De verschillen naar verzekeringsvorm en opleiding zijn vergeleken met 1987 groter geworden. Het percentage mensen met een GHQ-score van 2 of hoger is sterker gestegen onder ziekenfondsverzekerden en laag opgeleiden dan onder particulier verzekerden en hoog opgeleiden. Opvallend is de sterke stijging van mensen met een GHQ-score van 2 of hoger onder werklozen (van 25% naar 54%) en arbeidsongeschikten (van 25% naar 44%).

Tabel 4.9.18

GHQ-score van twee of hoger naar diverse achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar in 1987 en 2001 in percentages

GHQ-score ≥ 2	1987	2001
geslacht		
vrouw	19,5	25,4
man	13,7	19,1
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	17,5	24,1
particulier	15,0	19,6
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	17,4	25,6

GHQ-score ≥ 2	1987	2001
middelbaar opleidingsniveau	15,5	21,4
hoog opleidingsniveau	19,4	23,9
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	23,7	28,8
weinig of niet stedelijk	13,7	17,9
arbeidsstatus		
werkloos	24,6	53,8
arbeidsongeschikt	25,3	44,0
gepensioneerd	11,7	17,2
betaald werk	14,7	21,6
huisvrouw/-man	19,4	21,5
Totaal	16,6	22,6

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Over het algemeen komt een GHQ-score van twee of hoger meer voor onder alle sociale groepen. Relatief sterk is de stijging echter voor ziekenfondsverzekerden, laag- en middelbaar opgeleiden, werklozen en arbeidsongeschikten

4.10 Gezondheid in Nederland in vogelvlucht

In deze paragraaf worden de gepresenteerde resultaten over de gezondheid in verkorte vorm weergegeven. Daar waar bekend worden de cijfers vergeleken tussen autochtonen en allochtonen en tussen 1987 en 2001. De vergelijking in de tijd is enkel gebaseerd op gegevens van de autochtone bevolking omdat er in 1987 geen enquête onder allochtonen is afgenomen.

Inschatting eigen gezondheid

Ruim driekwart van de bevolking uit 2001 zegt een goede gezondheid te hebben. Ouderen, vrouwen, laag opgeleiden en ziekenfondsverzekerden rapporteren over het algemeen een slechtere gezondheid dan jongeren, mannen, hoog opgeleiden en particulier verzekerden. Ook naar arbeidsstatus en urbanisatiegraad zijn er verschillen in het gezondheidsoordeel. Mensen wonend in niet-stedelijke gebieden en met een betaalde baan rapporteren een betere gezondheid dan mensen in zeer stedelijke gebieden en mensen die werkloos, arbeidsongeschikt, gepensioneerd of huisvrouw/-man zijn.

De gezondheidsbeleving van de vier grootste allochtone groepen die in Nederland wonen is minder positief, dan die van de autochtonen bevolking, 61% geeft in 2001 aan een goede gezondheid te hebben. Het zijn vooral Turken en Marokkanen die een slechte gezondheid rapporteren. Maar ook het gezondheidsoordeel van Antillianen en Surinamers is slechter dan dat van de autochtone bevolking. De verschillen die gevonden zijn onder de allochtone bevolking wijzen in dezelfde richting als die onder de autochtone bevolking. Ook onder allochtonen zijn het vrouwen, laagopgeleiden, ziekenfondsverzekerden, werklozen, arbeidsongeschikten en allochtonen in sterk stedelijke gebieden die een slechtere gezondheid rapporteren.

Vergeleken met 1987 is het algemene gezondheidsoordeel van de autochtone bevolking in zijn geheel nagenoeg gelijk gebleven. Zowel in 1987 als in 2001 geeft ruim driekwart van de onderzochte respondenten aan een (zeer) goede gezondheid te hebben. Vergeleken met 1987 hebben echter minder vrouwen, laag en middelbaar opgeleiden, ziekenfondsverzekerden, werklozen een positief gezondheidsoordeel dan in 1987.

Klachtvrij

Zowel onder autochtonen als onder de vier allochtone groepen samen geeft ongeveer een op de tien aan géén last te hebben van acute klachten. Binnen de allochtonen groepen zijn er verschillen in het voorkomen van acute klachten. Turken zijn minder vaak klachtvrij dan de overige vier groepen.

In 1987 gaven twee op de tien respondenten aan geen acute klachten te hebben. Vergeleken met 1987 zijn er dus minder mensen zonder acute klachten. Over het algemeen komen acute klachten onder alle sociale groepen (behalve onder arbeidsongeschikten) meer voor. De stijging onder werklozen is echter relatief groot. Vergeleken met 1987 is het percentage respondenten zonder klachten onder de werklozen sterker afgenomen dan onder de respondenten met een andere arbeidsstatus

131

Soort en aantallen klachten

Moeheid en hoofdpijn zijn de twee meest genoemde klachten onder de volwassen autochtone en allochtone bevolking. Ook in 1987 waren hoofdpijn en moeheid de twee meest genoemde klachten onder volwassenen, alhoewel deze twee klachten toen wel minder voorkwamen. Onder kinderen tot twaalf jaar zijn verstopte neus en hoesten de meest voorkomende klachten. Onder kinderen komen hoofdpijn en agressieve gevoelens meer voor dan in 1987, terwijl het percentage kinderen dat last heeft van hoesten is verminderd.

De top 5 van meest genoemde klachten onder volwassenen (moeheid, hoofdpijn, slapeloosheid, pijn in nek/schouder en pijn laag in de rug) varieert nauwelijks in rangorde tussen de diverse sociale categorieën. Wel is er variatie in de hoeveelheid gerapporteerde klachten. Het gemiddeld aantal klachten is hoger onder vrouwen, lager opgeleiden, werklozen, arbeidsongeschikten dan onder mannen, hoog opgeleiden en mensen met een betaalde baan. Alle vier allochtone groepen hebben gemiddeld meer klachten dan de autochtone bevolkingsgroep. Van de allochtone groepen hebben Turken gemiddeld meer klachten dan Marokkanen, Antillianen en Surinamers. Kinderen rapporteren gemiddeld minder klachten dan jongeren (vanaf 15 jaar) en volwassenen.

De verschillen naar opleiding zijn voor de vijf meest genoemde klachten niet groter geworden. Onder werklozen en arbeidsongeschikten zijn de klachten uit de top 5 echter aanzienlijk gestegen.

Chronische aandoeningen

Migraine/ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk en ernstige aandoeningen aan het bewegingsapparaat zijn de meest voorkomende aandoeningen onder autochtone volwassenen. Onder kinderen tot twaalf jaar zijn astma/COPD, eczeem en migraine/ernstige hoofdpijn de meest voorkomende chronische aandoeningen.

Ook onder de vier allochtone bevolkingsgroepen staat migraine/ernstige hoofdpijn bovenaan in de top 5 van meest voorkomende aandoeningen. Verder is er grote variatie tussen de vier groepen. Onder Marokkanen komt diabetes mellitus en duizeligheid meer voor dan bij autochtonen. Turken

hebben meer last van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, aandoeningen aan de luchtwegen, duizeligheid, darmstoornissen en huidaandoeningen dan autochtonen. Antillianen hebben vaker diabetes mellitus, darmstoornissen en aandoeningen aan de luchtwegen en Surinamers hebben vaker diabetes mellitus, hoge bloeddruk en beroerte dan autochtonen. Hart- en vaat-aandoeningen (onder Antilianen, Marokkanen en Turken) en kanker (onder alle vier groepen) komen minder voor dan bij autochtonen.

De meeste aandoeningen komen vaker voor onder vrouwen (behalve hart- en vaat ziekten) dan onder mannen. Ook ziekenfondsverzekerden rapporteren vaker een chronische aandoening dan particulier verzekerden. Verder hebben mensen in stedelijke gebieden, laag opgeleiden en mensen met veel tekorten in sociale steun gemiddeld meer chronische aandoeningen dan mensen in niet-stedelijke gebieden, hoog opgeleiden en mensen zonder tekorten in sociale steun. Opvallend is het hoge percentage onder laag opgeleiden met gewrichtsslijtage (29% versus 9% onder de hoog opgeleiden).

132

Vergeleken met 1987 komt migraine/ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk en diabetes mellitus vaker voor. Migraine/ernstige hoofdpijn is vooral toegenomen onder middelbaar en hoger opgeleiden, werklozen, arbeidsongeschikten, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen. Diabetes mellitus is vooral toegenomen onder laag en middelbaar opgeleiden. Hoge bloeddruk en diabetes mellitus komt vergeleken met 1987 meer voor bij mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen. Het percentage mensen met een betaalde baan dat last heeft van ernstige rugklachten is vergeleken met 1987 afgenomen.

Beperkingen

Vrouwen, ouderen, laag opgeleiden, ziekenfondsverzekerden, werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben meer last van beperkingen zoals moeite met lopen, bukken en lezen dan mannen, jongeren, particulier verzekerden, mensen die niet arbeidsongeschikt of werkloos zijn en mensen zonder tekorten in sociale steun.

Geestelijke gezondheid

Mensen tussen 25 en 45 jaar, vrouwen, ziekenfondsverzekerden, mensen in éénoudergezinnen of éénpersoonshuishouden, werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben vaker een minder goed psychisch welbevinden dan mensen uit andere leeftijdsgroepen, mannen, particulier verzekerden, mensen in tweoudergezinnen of tweepersoonshuishoudens, mensen met betaald werk, gepensioneerden of huisvrouw/-mannen en mensen zonder tekorten in sociale steun.

Vergeleken met 1987 is het percentage mensen met een minder goed psychisch welbevinden gestegen. Dit heeft vooral te maken met een toename onder laagopgeleiden, arbeidsongeschikten en werklozen.

Driekwart van de autochtonen van 12 jaar is ooit minstens twee weken somber of depressief geweest en eenderde van de autochtonen was ooit twee weken angstig of bezorgd. Beide geestelijke probleemperiodes komen vaker voor onder vrouwen, ziekenfondsverzekerden, laag opgeleiden, werklozen, arbeidsongeschikten, mensen zonder tekorten in sociale steun en éénoudergezinnen.

Onder de vier allochtone bevolkingsgroepen tezamen komt het percentage dat aangeeft ooit twee weken angstig/bezorgd of somber/ depressief te zijn geweest redelijk overeen met dat van de autochtone bevolking. Wel zijn er verschillen tussen de allochtone bevolkingsgroepen. Meer Antillianen en Surinamers geven aan ooit twee weken somber/depressief of angstig/bezorgd te zijn dan Turken en Marokkanen. Allochtonen die vrouw, arbeidsongeschikt of alleenopvoedend zijn, zijn vaker ooit twee weken somber/depressief of angstig/bezorgd geweest dan allochtonen die man, niet arbeidsongeschikt of in tweoudergezinnen wonen. Verschillen naar opleiding of verzekeringsvorm in het voorkomen van twee weken angstig/bezorgd of somber/depressief zijn onder allochtonen niet gevonden.

Noten

- 1 Deze lijst is ontleend aan het CBS.
- 2 In Bijlage I, Tabel 16A1 van de bijlage wordt alleen voor arbeidsstatus (>18 jaar) nog een overzicht gegeven van de beperkingen.



Zorggebruik

5.1 Inleiding

135

Of iemand gebruik maakt van gezondheidsvoorzieningen hangt vooral samen met zijn/haar gezondheidstoestand. In dit hoofdstuk staat echter de hoeveelheid zorg die iemand gebruikt centraal, ongeacht de gezondheidstoestand. Hierbij richten wij ons op verschillen in gebruik tussen de diverse sociale groepen. Hoe is de zorg verdeeld tussen bijvoorbeeld mannen en vrouwen, hoog opgeleid en laag opgeleid, stedelingen en niet-stedelingen? Onder zorggebruik wordt de formele zorg (huisartsenzorg, specialistische zorg, paramedische zorg, psychosociale zorg, gebruik van geneesmiddelen) verstaan.

5.2 Contact eerste lijn

In deze paragraaf wordt het zorggebruik in de eerste lijn beschreven. Er zal ingegaan worden op het contact met de huisarts, fysiotherapeut, thuiszorg en de tandarts. Niet van alle voorzieningen wordt veelvuldig gebruik gemaakt. Dit betekent dat vanwege de lage aantallen niet voor alle zorgaanbieders uitgesplitst zal worden naar de verschillende subcategorieën. Voor zover beschikbaar zullen ook cijfers gepresenteerd worden ten aanzien van het zorggebruik van allochtone bevolkingsgroepen.

5.2.1 Contact met de huisarts

Het contact met de huisarts is gemeten over een periode van twee maanden. Respondenten is gevraagd of zij twee maanden voorafgaand aan het interview contact hebben gehad met de huisarts.

5.2.1.1 Contact met de huisarts in de autochtone bevolking

Van de onderzochte respondenten geeft 39% aan de twee maanden voorafgaand aan het interview contact te hebben gehad met de huisarts. Meer vrouwen dan mannen (43% versus 34%) hadden contact met de huisarts. Uit Tabel 5.2.1 blijkt dat leeftijd samenhangt met huisartscontact. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage respondenten dat contact heeft met de huisarts toe.

- Meer vrouwen dan mannen en meer oudere dan jongere mensen hebben contact met de huisarts

Er zijn tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden statistisch significante verschillen in het contact met de huisarts. Van de ziekenfondsverzekerden geeft 40% en van de particulier verzekerden 36% aan de twee maanden voorafgaand aan het interview contact te hebben gehad met de huisarts. Deze verschillen hangen samen met de leeftijdscategorie 45–64 jaar. Binnen alle overige leeftijdscategorieën zijn geen statistisch significante verschillen gevonden naar verzekeringsvorm (Tabel 5.2.1).

Tabel 5.2.1

Percentage respondenten dat twee maanden voorafgaand aan het interview contact had met huisarts naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=12670)

Contact huisarts		Leeftijd								totaal
		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	≥85 jr	
ziekenfonds	vrouw	32,3	27,1	48,2	42,3	48,4	51,5	58,8	54,3	44,5
	man	37,2	22,4	24,3	30,4	40,5	47,3	53,6	46,9	34,6
	subtotaal	34,9	24,7	35,9	37,8	45,2	49,8	56,7	52,0	40,3
particulier	vrouw	31,3	23,5	44,5	44,3	40,6	52,9	59,2	44,4	39,9
	man	39,6	23,8	23,0	27,1	34,7	45,8	54,1	58,3	31,9
	subtotaal	35,2	23,7	34,6	35,0	37,2	49,2	57,1	50,0	35,7

Bron: patiëntenquête

- Alleen tussen 45 en 65 jaar hebben meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden contact met de huisarts

Tabel 5.2.2. geeft een overzicht van het huisartscontact naar opleidingsniveau. Meer laag opgeleiden dan hoog opgeleiden (51% versus 36%) hadden contact met de huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview. In de categorie 75-84 jaar zijn de verschillen gering (Tabel 5.2.2).

Tabel 5.2.2

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat twee maanden voorafgaand aan het interview contact had met huisarts naar leeftijd, geslacht en opleiding (n= 8923)

Contact huisarts		Leeftijd					totaal
		25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	\geq 85 jr	
laag opleidingsniveau	vrouw	51,0	52,3	52,9	57,5	57,7	54,0
	man	37,8	40,4	50,8	52,4	52,4	45,5
	subtotaal	45,4	47,1	52,3	55,8	56,2	50,8
middelbaar opleidingsniveau	vrouw	42,7	46,1	53,0	60,5	50,0	46,3
	man	29,7	39,2	47,1	54,7	38,9	37,3
	subtotaal	37,2	43,0	50,3	57,9	45,8	42,3
hoog opleidingsniveau	vrouw	41,4	40,8	38,8	56,0	16,7	41,3
	man	26,0	32,4	41,7	53,3	80,0	31,6
	subtotaal	34,7	36,1	40,8	54,5	45,5	36,4

Bron: patiëntenquête

137

► Meer laag opgeleiden dan hoog opgeleiden hebben contact met de huisarts

In Tabel 5.2.3 is het huisartscontact van respondenten van 25 jaar en ouder uitgesplitst naar diverse achtergrondkenmerken. Huisvrouwen/-mannen, werklozen en arbeidsongeschikten rapporteren vaker contact met de huisarts de twee maanden voorafgaand aan het interview dan mensen met een betaalde baan. Ook de woonvorm heeft een verband met huisartsenbezoek. Respondenten van 25 jaar en ouder uit tweeoudergezinnen rapporteren minder vaak dan respondenten uit de overige woonvormen dat zij contact hadden met de huisarts. Verder rapporteren respondenten uit zeer stedelijke gebieden vaker contact met de huisarts dan respondenten uit niet-stedelijke gebieden.

Tabel 5.2.3

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat twee maanden voorafgaand aan het interview contact had met huisarts naar diverse achtergrondkenmerken

Contact huisarts	vrouw	man	totaal
verzekeringvorm			
ziekenfonds	47,3	38,7	43,9
particulier	44,8	34,4	39,1
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	54,0	45,5	50,8
middelbaar opleidingsniveau	46,3	37,3	42,3
hoog opleidingsniveau	41,3	31,6	36,4
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	48,9	39,5	44,8
niet stedelijk	42,9	34,8	39,3

Contact huisarts	vrouw	man	totaal
arbeidsstatus			
werkloos	52,9	43,1	48,7
arbeidsongeschikt	57,9	55,9	56,8
pensioen	50,6	45,6	47,5
betaald werk	42,4	30,3	35,8
huisvrouw/huisman	47,7	47,6	47,7
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	51,4	42,2	48,3
tweepersoonshuishouden	48,0	40,5	44,3
éénoudergezin	48,6	32,1	44,5
tweeoudergezin	42,4	32,6	37,9
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	45,2	36,2	41,3
veel tekorten sociale steun	49,5	35,1	43,3
Totaal	46,6	36,9	42,3

Bron: patiëntenquête

- ▮ Arbeidsongeschikten, werklozen, huisvrouwen/-mannen hebben meer contact met de huisarts dan mensen met een betaalde baan
- ▮ Mensen in zeer stedelijke gebieden en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben meer contact met de huisarts dan respectievelijk mensen in niet-stedelijke gebieden en mensen zonder tekorten in sociale steun
- ▮ Volwassenen uit tweeoudergezinnen hebben minder contact met de huisarts dan volwassenen uit andere woonvormen

Vervolgens is onderzocht met behulp van een (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 1a) welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met huisartsencontact. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met huisartsencontact berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Let op dat kenmerken die in deze analysestap 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met de huisarts. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen (bijv. leeftijd kan opleidingsverschillen camoufleren).

Het blijkt dat geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, arbeidsongeschiktheid, opleidingsniveau en tekorten in sociale steun een onafhankelijk verband hebben met huisartsencontact. Wanneer vervolgens gecorrigeerd wordt voor de gezondheidsbeleving blijkt dat arbeidsongeschiktheid geen onafhankelijk verband heeft met het contact met de huisarts, de overige onafhankelijke verbanden blijven bestaan (Tabel 5.2.4). Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving is de kans groter dat vrouwen, ouderen, middelbaar opgeleiden, mensen in zeer sterk stedelijke gebieden en mensen met matige tekorten in sociale steun contact hebben met de huisarts.

Tabel 5.2.4

Statistisch significante verbanden voor respondenten ≥ 25 jaar dat twee maanden voorafgaand aan het interview contact had met huisarts

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact huisarts	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm		
opleiding	opleiding	opleiding
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	
woonvorm		
tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de gezondheidsbeleving en met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken hebben vrouwen, ouderen, middelbaar opgeleiden, mensen in zeer sterk stedelijke gebieden en mensen met matige tekorten in sociale steun een grotere kans op contact met de huisarts

Gemiddeld aantal contacten

Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts in de twee maanden voorafgaand aan het interview bedraagt 1,7 (sd 1,24). Naar verzekeringsvorm zijn er significante verschillen in het gemiddeld aantal contacten ($p < .01$). Voor de ziekenfondsverzekerden ligt het gemiddeld aantal contacten met de huisarts bij 1,8 voor de particulier verzekerden bij 1,6.

Tabel 5.2.5

Gemiddeld aantal contacten met de huisarts de afgelopen twee maanden naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (n=4889)

Gemiddeld contact huisarts		Leeftijd								totaal
		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	≥ 85 jr	
ziekenfonds	vrouw	1,67	1,52	1,69	1,74	1,86	1,90	1,63	2,22	1,77
	man	1,63	1,59	1,46	1,73	1,88	1,68	1,89	2,27	1,75
	subtotaal	1,65	1,55	1,61	1,73	1,87	1,82	1,73	2,24	1,76
particulier	vrouw	1,38	1,43	1,55	1,68	1,70	1,56	2,05	1,38	1,64
	man	1,72	1,53	1,26	1,57	1,61	1,59	1,93	1,29	1,59
	subtotaal	1,56	1,48	1,46	1,63	1,65	1,57	2,00	1,33	1,61

Bron: patiëntenquête

In Tabel 5.2.6 staat een overzicht van het gemiddeld aantal contacten met de huisarts van respondenten van 25 jaar en ouder. Laag opgeleiden hebben gemiddeld meer contacten dan hoog opgeleiden, werklozen en arbeidsongeschikten meer dan gepensioneerden of mensen met een betaalde baan. Respondenten in éénoudergezinnen hebben gemiddeld meer contact met de huisarts dan respondenten in tweoudergezinnen.

Tabel 5.2.6

Gemiddeld aantal contacten met huisarts van respondenten \geq 25 jaar de afgelopen twee maanden naar diverse achtergrondkenmerken

Gemiddeld contact huisarts	vrouw	man	totaal
verzekeringvorm			
ziekenfonds	1,80	1,81	1,80
particulier	1,70	1,62	1,66
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	1,94	1,82	1,89
middelbaar opleidingsniveau	1,76	1,78	1,77
hoog opleidingsniveau	1,63	1,54	1,59
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	1,78	1,72	1,76
niet stedelijk	1,85	1,74	1,81
arbeidsstatus			
werkloos	1,97	1,86	1,93
arbeidsongeschikt	2,11	2,18	2,15
pensioen	1,73	1,66	1,69
betaald werk	1,71	1,68	1,69
huisvrouw/huisman	1,77	2,40	1,79
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	1,83	1,94	1,86
tweepersoonshuishouden	1,72	1,74	1,73
éénoudergezin	1,88	2,22	1,94
tweoudergezin	1,77	1,62	1,71
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	1,77	1,77	1,77
veel tekorten sociale steun	1,74	1,77	1,75
Totaal	1,77	1,73	1,76

Bron: patiëntenquête

- Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts is hoger onder laag opgeleiden, werklozen, arbeidsongeschikten en mensen uit éénoudergezinnen

Van de onderzochte respondenten had 39% de twee maanden voorafgaand aan het interview en nog eens 36% twee tot twaalf maanden voorafgaand aan het interview contact met de huisarts. Dit betekent dat gedurende een jaar drie kwart van de respondenten contact had met de huisarts. In Tabel 5.2.7 wordt het tijdstip van contact uitgesplitst naar leeftijd. Respondenten in de leeftijdsgroep 5-14 jaar hebben het minst contact gehad met de huisarts gedurende een jaar (61%). Vanaf 65 jaar en ouder heeft meer dan 80% contact gehad met de huisarts gedurende een jaar. Van de kleine kinderen (0-4 jaar) had 76% contact met de huisarts gedurende een jaar.

Tabel 5.2.7

Tijdstip laatste contact met de huisarts naar leeftijd in percentages (n=12687)

Tijdstip contact	Leeftijd								totaal
	0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>85 jr	
0 - 2 maanden	34,9	24,3	35,3	37,0	41,9	49,7	56,8	51,5	38,6
2 - 12 maanden	41,4	36,2	35,8	38,0	35,0	34,2	30,6	37,1	36,1
1 - 2 jaar	15,2	21,0	16,0	15,6	14,3	10,8	7,9	6,8	15,1
langer geleden	3,1	17,0	12,5	9,3	8,8	5,3	4,7	4,5	9,5
nog nooit	5,4	1,5	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6

Bron: patiëntenquête

141

In Tabel 5.2.8 is het contact gedurende een jaar met de huisarts uitgesplitst naar diverse achtergrondkenmerken. Meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden ($p < .01$) hadden contact met de huisarts gedurende een jaar. Ook naar de andere achtergrondkenmerken zijn er statistisch significante verschillen. Meer vrouwen dan mannen van 25 jaar en ouder hadden gedurende een jaar contact met de huisarts. De sociale categorieën met het minst contact met de huisarts gedurende een jaar zijn: respondenten in niet-stedelijke gebieden, respondenten wonende in tweoudergezinnen en respondenten zonder tekorten in sociale steun. Hierbij is niet gekeken naar de onderlinge samenhang tussen de diverse categorieën. Zoals bijvoorbeeld het verband van leeftijd met woonvorm. Wanneer dit wel wordt gedaan (Bijlage II, Tabel 2) blijkt dat geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, urbanisatiegraad, arbeidsongeschiktheid en tekorten in sociale steun onafhankelijk van de andere factoren samenhangen met het huisartscontact in het laatste jaar. Een onafhankelijk statistisch significant verband met verzekeringsvorm of woonvorm is er niet. Wanneer vervolgens rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving blijft de onafhankelijke samenhang met geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad en opleidingsniveau bestaan. Een onafhankelijk verband met arbeidsongeschiktheid en tekorten in sociale steun verdwijnt (Tabel 5.2.9). Hierbij willen we opmerken dat kenmerken die in deze analysestap 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met de huisarts. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.2.8

Gedurende een jaar contact met huisarts van respondenten \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken in percentages

Contact huisarts	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	83,2	74,3	79,8
particulier	79,8	70,6	74,8
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	85,4	78,3	82,8
middelbaar opleidingsniveau	82,5	72,5	78,1
hoog opleidingsniveau	78,9	70,7	74,7
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	85,5	74,8	80,9
niet stedelijk	80,1	71,5	76,3
arbeidsstatus			
werkloos	79,4	78,4	79,0
arbeidsongeschikt	91,3	86,1	88,5
pensioen	85,1	80,6	82,4
betaald werk	80,7	67,3	73,3
huisvrouw/huisman	81,9	88,1	82,0
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	84,2	77,2	81,8
tweepersoonshuishouden	83,1	75,8	79,5
éénoudergezin	83,1	76,2	81,4
tweeoudergezin	80,4	68,8	75,0
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	80,7	70,4	76,2
veel tekorten sociale steun	83,7	72,6	78,9
Totaal	82,3	72,8	78,1

Bron: patiëntenquête

Tabel 5.2.9 Statistisch samenhang ($p < .05$) voor respondenten ≥ 25 jaar met het hebben van contact met huisarts in het afgelopen jaar

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact huisarts	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm		
opleiding	opleiding	opleiding
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	
woonvorm		
tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de gezondheidsbeleving en met de onderlinge samenhang tussen sociaal-demografische kenmerken hebben vrouwen, ouderen, middelbaar opgeleiden en mensen in zeer sterk stedelijke gebieden meer kans op contact met de huisarts

5.2.1.2. Contact met de huisarts in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de volwassen allochtonen geeft 51% (tegenover 42% van de autochtone bevolking ($p < .01$)) aan de afgelopen twee maanden contact te hebben gehad met de huisarts. Meer allochtone vrouwen dan mannen zeggen contact te hebben gehad ($p < .01$). Dit geldt voor alle allochtone groepen behalve voor Surinamers.

- Allochtonen hebben vaker contact met de huisarts dan autochtonen

Tabel 5.2.10 geeft een overzicht van het contact met de huisarts naar allochtone groep. Alle vier allochtone groepen van 18 jaar en ouder hebben meer contact met de huisarts dan autochtonen van 18 jaar en ouder. Het contact van vrouwen uit de vier allochtone groepen met de huisarts is onderling vergelijkbaar. Het contact van mannen uit de vier allochtone groepen varieert en is gemiddeld vergelijkbaar met de autochtone bevolking. Marokkaanse mannen hebben het minst contact met de huisarts en Surinaamse mannen het meest (38% versus 54%).

Tabel 5.2.10

Percentage allochtone respondenten ≥ 18 jaar dat afgelopen twee maanden contact had met huisarts naar allochtone groep (n=1337)

Contact huisarts	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
man	37,6	39,2	44,0	53,7	42,5
vrouw	55,4	56,6	59,7	54,4	56,5
Totaal	46,9	50,2	52,2	54,2	50,8

Bron: allochtonenenquête

- Marokkaanse mannen hebben het minst contact met de huisarts

Naarmate de leeftijd stijgt neemt het contact met de huisarts onder allochtone bevolkingsgroepen toe ($p < .01$).

Tabel 5.2.11

Allochtone respondenten ≥ 18 jaar die afgelopen twee maanden contact hadden met de huisarts naar geslacht en leeftijd in percentages (n=1337)

Contact huisarts	Leeftijd				totaal
	18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	> 64 jr	
man	25,7	41,6	51,9	52,0	42,5
vrouw	38,1	53,6	72,3	70,7	56,5
Totaal	33,5	48,6	63,6	63,6	50,8

Bron: allochtonenenquête

Naar verzekeringsvorm, opleidingsniveau, urbanisatiegraad en woonvorm zijn er geen statistisch significante verschillen van allochtonen in het contact met de huisarts. Wel zijn er statistisch significante verschillen gevonden naar geslacht, leeftijd en arbeidsstatus. Overigens zijn er voor allochtone vrouwen wel statistisch significante verschillen naar opleiding. Allochtone vrouwen met een hoge opleiding hebben minder contact met de huisarts dan allochtone vrouwen met een lage opleiding (65% versus 51%).

- Onder allochtonen hebben vrouwen, ouderen en arbeidsongeschikten meer contact met de huisarts

Tabel 5.2.12

Percentage allochtone respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen twee maanden contact had met de huisarts naar diverse achtergrondkenmerken

Contact huisarts	%
geslacht	
vrouw	59,8
man	45,0
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	54,0
particulier	48,7
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	56,7
middelbaar opleidingsniveau	51,9
hoog opleidingsniveau	46,4
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	53,6
weinig of niet stedelijk	56,1
arbeidsstatus	
werkloos	48,3
arbeidsongeschikt	69,3
gepensioneerd	55,2
betaald werk	47,7
huisvrouw/-man	57,5
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	54,3
tweepersoonshuishouden	55,1
éénoudergezin	54,6
tweeoudergezin	52,4
Totaal	53,6

Bron: allochtonenenquête

Vervolgens is onderzocht met behulp van een (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 1b) welke achtergrondkenmerken van allochtonen het meest in het oog springen qua samenhang met huisartsencontact. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met huisartsencontact berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Het blijkt dat alleen geslacht, leeftijd en arbeidsongeschiktheid een onafhankelijk verband hebben met huisartscontact. De kans dat onder allochtonen vrouwen, ouderen en arbeidsongeschikten contact hebben met de huisarts is groter dan voor mannen, jongeren en allochtonen met een betaalde baan. Wanneer vervolgens gecorrigeerd wordt voor de gezondheidsbeleving verdwijnt het statistisch significant verband met arbeidsongeschiktheid en blijven alleen onafhankelijke verbanden van huisartscontact met geslacht en leeftijd over (Tabel 5.2.13). Let op dat kenmerken die in deze analysestap 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang

vertonen met het contact met de huisarts. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.2.13

Statistisch significante samenhang ($p \leq .05$) van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met afgelopen twee maanden contact met de huisarts

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact huisarts	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	

Bron: allochtonenenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat allochtonen die ouder of vrouw zijn contact hebben met de huisarts

Het gemiddeld aantal contacten van allochtonen met de huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview bedraagt 2,2 ($n=669$). Er zijn geen statistisch significante verschillen tussen de allochtone groepen in het gemiddeld aantal contacten met de huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview (Tabel 5.2.14).

Tabel 5.2.14

Gemiddeld aantal contacten met de huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview naar allochtone groep voor respondenten ≥ 18 jaar ($n=669$)

Allochtone groep	gemiddeld aantal contacten	standaard deviatie
Marokkanen	2,25	1,72
Antillianen	2,11	1,82
Surinamers	2,20	1,78
Turken	2,28	2,14
Totaal	2,21	1,86

Bron: allochtonenenquête

Naar verzekeringsvorm, arbeidsstatus en woonvorm zijn er geen statistische significante verschillen in het gemiddeld aantal huisartscontacten, wel naar geslacht en opleiding. Allochtone vrouwen hebben statistisch significant meer contacten dan allochtone mannen (2,4 versus 1,9) en hoog opgeleide allochtonen hebben gemiddeld minder contacten (1,62) dan middelbaar (2,23) of lager opgeleide allochtonen (2,45).

5.2.2. Contact met de fysiotherapeut

In deze paragraaf wordt het contact met de fysiotherapeut beschreven. Gevraagd is naar het contact een jaar voorafgaand aan het interview.

5.2.2.1 Contact met de fysiotherapeut in de autochtone bevolking

Van de onderzochte respondenten geeft 13% aan de twaalf maanden voorafgaand aan het interview contact te hebben gehad met de fysiotherapeut. Naarmate de leeftijd stijgt hebben mensen vaker contact met de fysiotherapeut (Tabel 5.2.15). Van de kinderen tot 4 jaar had 2% contact met de fysiotherapeut het afgelopen jaar en van de respondenten van 85 jaar en ouder 19%.

Alleen tussen 45 en 64 jaar zijn er significante verschillen tussen particulier en ziekenfondsverzekerden in het contact met de fysiotherapeut. Ziektenfondsverzekerden hebben in die leeftijdsgroep vaker contact met de fysiotherapeut.

147

Tabel 5.2.15

Percentage respondenten dat afgelopen jaar contact had met de fysiotherapeut naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=12671)

Contact fysiotherapeut		Leeftijd								totaal
		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>85 jr	
ziekenfonds	vrouw	0,9	3,6	12,7	14,7	20,2	16,4	16,6	22,9	14,6
	man	4,1	5,2	6,7	11,9	18,0	9,8	10,4	9,4	11,0
	subtotaal	2,6	4,4	9,6	13,7	19,3	13,8	14,1	18,6	13,1
particulier	vrouw	1,3	4,3	11,4	15,2	15,4	20,0	27,2	16,7	12,8
	man	2,8	5,4	10,4	14,1	13,8	13,7	9,5	25,0	11,4
	subtotaal	2,0	4,9	11,0	14,6	14,5	16,7	19,8	20,0	12,1

Bron: patiëntenquête

- ▶ Naarmate de leeftijd stijgt neemt het contact met de fysiotherapeut toe
- ▶ Ziektenfondsverzekerden tussen de 45 en 65 jaar oud hebben meer contact met de fysiotherapeut dan particulier verzekerden van die leeftijd

Tabel 5.2.16 geeft een overzicht van het contact met de fysiotherapeut voor respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. Voor wat betreft geslacht, arbeidsstatus, woonvorm en sociale steun zijn er tussen de diverse groepen uit Tabel 5.2.16 significante verschillen. Vrouwen, arbeidsongeschikten en werklozen gaan meer naar de fysiotherapeut dan mannen en respondenten met een betaalde baan. Meer respondenten in éénpersoonshuishoudens dan in gezinnen bezochten de fysiotherapeut.

Tabel 5.2.16

Gedurende een jaar contact met fysiotherapeut naar diverse achtergrondkenmerken voor respondenten \geq 25 jaar in percentages

Contact fysiotherapeut	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	17,1	13,6	15,8
particulier	16,8	13,8	15,1
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	17,3	14,3	16,2
middelbaar opleidingsniveau	17,4	14,2	16,0
hoog opleidingsniveau	15,7	12,2	13,9
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	17,7	13,7	15,9
niet stedelijk	17,7	14,1	16,1
arbeidsstatus			
werkloos	25,0	17,6	21,8
arbeidsongeschikt	31,3	22,1	26,3
pensioen	19,6	11,1	14,4
betaald werk	16,4	13,3	14,7
huisvrouw/huisman	14,9	35,7	15,4
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	18,7	17,4	18,3
tweepersoonshuishouden	17,9	12,1	15,0
éénoudergezin	11,8	13,1	12,1
tweeoudergezin	16,0	14,4	15,2
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	15,4	12,1	14,0
veel tekorten sociale steun	17,7	15,4	16,7
Totaal	17,0	13,7	15,5

Bron: patiëntenquête

► Vrouwen, ouderen, arbeidsongeschikten, mensen uit éénpersoonshuishoudens en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben vaker contact met de fysiotherapeut

Vervolgens is onderzocht met behulp van een (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 3a) welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met de fysiotherapeut. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met de fysiotherapeut berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Geslacht, urbanisatiegraad, arbeidsongeschiktheid en tekorten in sociale steun blijken een onafhankelijk samenhang te hebben met het bezoek aan de fysiotherapeut. Woonvorm heeft geen onafhankelijk verband met het bezoek aan de fysiotherapeut. Wanneer vervolgens rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidsbe-

leving is er een onafhankelijk verband van geslacht, urbanisatiegraad, verzekeringsvorm, het feit of iemand huisvrouw/-man is en urbanisatiegraad.

De kans dat mannen, ziekenfondsverzekerden, mensen in zeer sterk stedelijke gebieden en huisvrouwen/mannen de fysiotherapeut bezoeken is kleiner. Wanneer rekening gehouden wordt met de gezondheidsbeleving is er geen unieke samenhang meer met leeftijd en arbeidsongeschiktheid. Hierbij willen we opmerken dat kenmerken die in deze analysestap 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met de fysiotherapeut. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.2.17

Statistisch significante samenhang ($p \leq 0.05$) van respondenten ≥ 25 jaar met voorafgaand aan het interview contact met de fysiotherapeut

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact fysiotherapeut	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd		
		verzekeringsvorm
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid	huisvrouw/-man
woonvorm		
tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- ▶ Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met de fysiotherapeut groter voor vrouwen, particulier verzekerden en mensen met veel tekorten in sociale steun; de kans op contact is minder voor huisvrouwen en mensen uit stedelijke gebieden

5.2.2.2. Contact met de fysiotherapeut in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de onderzochte volwassen allochtonen heeft 14% (tegenover 15% van de volwassen autochtone bevolking) de twaalf maanden voorafgaand aan het interview een fysiotherapeut bezocht. Tabel 5.2.18 geeft een overzicht van het contact met de fysiotherapeut naar allochtone groep. Surinamers hebben statistisch significant meer contact met de fysiotherapeut dan de overige drie allochtone groepen. Van de Surinamers zegt 20% contact te hebben gehad met een fysiotherapeut het afgelopen jaar tegenover 14% van de Marokkanen, 12% van de Turken en 11% van de Antillianen.

Tabel 5.2.18

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen jaar contact had met fysiotherapeut naar allochtone groep (n=1337)

Contact fysiotherapeut	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
man	14,9	12,7	14,6	19,6	15,6
vrouw	12,4	9,3	9,8	21,7	12,3
Totaal	13,7	11,4	12,3	20,2	14,3

Bron: allochtonenenquête

150

- ▶ Het contact met de fysiotherapeut is ongeveer gelijk bij autochtonen en allochtonen, behalve bij Surinamers. Meer Surinamers hebben contact gehad met de fysiotherapeut dan allochtonen uit de andere bevolkingsgroepen

Naar verzekeringsvorm, opleiding, urbanisatiegraad en arbeidsstatus zijn er statisch significante verschillen in het contact met de fysiotherapeut, niet naar geslacht en woonvorm. Meer allochtonen die ziekenfondsverzekerd zijn hebben contact gehad met de fysiotherapeut dan allochtonen die particulier verzekerd zijn (16% versus 9%). Meer laag opgeleiden hebben contact gehad dan hoog opgeleiden (18% versus 4%), meer allochtonen in zeer stedelijke gebieden dan in niet-stedelijke gebieden (18% versus 13%) en meer arbeidsongeschikte allochtonen dan allochtonen met een betaalde baan (26% versus 14%).

Tabel 5.2.19

Percentage allochtone respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen jaar contact had met de fysiotherapeut naar diverse achtergrondkenmerken

Contact fysiotherapeut	%
geslacht	
vrouw	17,2
man	13,7
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	16,4
particulier	8,8
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	18,1
middelbaar opleidingsniveau	16,9
hoog opleidingsniveau	4,3
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	18,3
weinig of niet stedelijk	13,1
arbeidsstatus	
werkloos	15,7

Contact fysiotherapeut	%
arbeidsongeschikt	25,7
gepensioneerd	19,0
betaald werk	14,0
huisvrouw/-man	15,7
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	18,3
tweepersoonshuishouden	9,6
éénoudergezin	19,1
tweeoudergezin	15,0
Totaal	15,7

Bron: alloctonenenquête

151

- Alloctonen met een ziekteverzekering, die laag opgeleid zijn, in zeer stedelijke gebieden wonen of die arbeidsongeschikt zijn gaan vaker naar de fysiotherapeut

Vervolgens is onderzocht met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 3b) welke achtergrondkenmerken van alloctonen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met de fysiotherapeut. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met de fysiotherapeut berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Het blijkt dat alleen opleidingsniveau en arbeidsstatus onafhankelijk verbanden hebben met het al dan niet contact hebben met de fysiotherapeut. De kans dat lager en middelbaar opgeleide alloctonen contact hebben met de fysiotherapeut is hoger dan voor hoog opgeleide alloctonen. De kans dat arbeidsongeschikte alloctonen contact hebben met de fysiotherapeut is hoger dan voor alloctonen met een betaalde baan. Wanneer vervolgens rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving blijft alleen een onafhankelijk verband van opleidingsniveau bestaan. Verzekeringsvorm en urbanisatiegraad hebben geen onafhankelijk verband (Tabel 5.2.20). Let op dat kenmerken die in deze analysestap 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met de fysiotherapeut. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.2.20

Statistisch significante verbanden ($p < 0,05$) van alloctone respondenten ≥ 25 jaar met afgelopen jaar contact met de fysiotherapeut

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact fysiotherapeut rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
verzekeringsvorm		
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad		
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	

Bron: alloctonenenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van andere achtergrondkenmerken is de kans op contact met de fysiotherapeut groter voor allochtonen die laag opgeleid zijn

5.2.3 Contact met andere paramedici

In deze paragraaf staat het contact met andere paramedici dan de fysiotherapeut centraal. Vervraagd is of respondenten een jaar voorafgaand aan het interview contact hebben gehad met andere paramedici dan de fysiotherapeut.

5.2.3.1 Contact met andere paramedici in de autochtone bevolking

152

Over het algemeen worden de meeste paramedici meer bezocht door vrouwen dan door mannen ($p < .01$), behalve voor wat betreft het bezoek aan de logopedist, deze wordt meer bezocht door mannen en de ergotherapeut en de orthoptist waar geen verschil is tussen mannen en vrouwen (Tabel 5.2.21).

Tabel 5.2.21

Contact met paramedici twaalf maanden voorafgaand aan het interview naar geslacht in percentages

Contact paramedici	vrouw	man	totaal
diëtist	1,9	1,3	1,6
ergotherapeut	0,5	0,3	0,4
logopedist	0,9	1,6	1,2
mondhygiënist	4,3	3,1	3,7
oefentherapeut Cesar/Mensendieck	1,9	0,9	1,5
orthoptist	0,4	0,4	0,4
podotherapeut	2,1	1,4	1,8

Bron: patiëntenquête

- Vrouwen hebben over het algemeen meer contact met paramedici dan mannen

Het contact met de diverse paramedici genoemd in Tabel 5.2.21 verschilt niet naar verzekeringsvorm, behalve voor wat betreft het contact met de mondhygiënist. De mondhygiënist wordt meer ($p < .01$) bezocht door particulier verzekerden (4,5%) dan ziekenfondsverzekerden (3,3%). Gezien de relatief geringe aantallen contacten zal geen verder overzicht gegeven worden naar de overige sociale categorieën (zoals opleiding, arbeidsstatus, e.d.).

- Ziektenfondsverzekerden hebben minder contact met de mondhygiëniste dan particulier verzekerden

5.2.3.2 Contact met andere paramedici in de allochtone bevolkingsgroepen

Het contact van de volwassen allochtone bevolkingsgroepen met andere paramedici wordt beschreven in Tabel 5.2.22. Gezien de kleine aantallen zullen er geen verdere uitsplitsingen worden gemaakt. Van de genoemde paramedici in Tabel 5.2.22 wordt de mondhygiëniste het meest bezocht door allochtonen, gevolgd door de diëtist.

Tabel 5.2.22

Contact met paramedici afgelopen jaar van allochtone bevolkingsgroepen \geq 18 jaar in percentages (n=1330)

Contact paramedici	%
diëtist	1,8
ergotherapeut	0,4
logopedist	0,2
mondhygiënist	2,3
oefentherapeut Cesar/Mensendieck	1,3
orthoptist	0,5
podothérapeut	0,1

Bron: allochtonenenquête

153

5.2.4 Contact met de thuiszorg

5.2.4.1 Contact met de thuiszorg in de autochtone bevolking

Van de thuiszorg werd in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview door 6% van de respondenten van 18 jaar en ouder gebruik gemaakt. Meer vrouwen dan mannen (9% versus 2%) maakten gebruik van de thuiszorg. Naarmate de leeftijd stijgt neemt het contact met de thuiszorg toe. Van de respondenten van 85 jaar en ouder heeft 46% contact gehad met de thuiszorg gedurende een jaar tegenover 1% van de 18-24 jarigen.

Tabel 5.2.23

Contact met de thuiszorg naar geslacht en leeftijd voor respondenten \geq 18 jaar in percentages

Contact thuiszorg	Leeftijd						totaal
	18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	65 t/m 74 jr	75 t/m 84 jr	> 84 jr	
man	0,8	5,5	4,9	13,0	33,7	52,3	8,9
vrouw	0,3	0,5	1,2	4,5	13,7	31,8	2,4
Totaal	0,5	3,4	3,2	9,2	25,7	45,5	6,0

Bron: patiëntenquête

► Ouderen en vrouwen hebben meer contact met de thuiszorg

Verder zijn er verschillen naar opleiding, arbeidsstatus en woonvorm in het contact met de thuiszorg. Van de respondenten van 25 jaar en ouder hadden meer laag opgeleiden dan hoog opgeleiden (14% versus 3%) en meer respondenten uit éénpersoonshuishouden dan uit meer persoonshuishoudens (17% versus 2-5%) contact met de thuiszorg. Arbeidsongeschikten en gepensioneerden maakten meer gebruik van de thuiszorg dan respondenten met een betaalde baan en werklozen.

Tabel 5.2.24

Gedurende een jaar contact met de thuiszorg voor respondenten ≥ 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken in percentages

Contact thuiszorg	%
geslacht	
vrouw	9,5
man	2,6
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	7,5
particulier	4,5
opleidingsniveau	
laag opgeleid	14,0
middelbaar opgeleid	5,7
hoog opgeleid	3,4
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	8,1
niet stedelijk	6,0
arbeidsstatus	
werkloos	4,2
arbeidsongeschikt	14,0
pensioen	14,5
betaald werk	1,6
huisvrouw/huisman	9,0
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	17,3
tweepersonshuishouden	4,6
éénoudergezin	5,6
tweeoudergezin	3,5
sociale steun	
geen tekorten sociale steun	6,7
veel tekorten sociale steun	6,6
Totaal	6,4

Bron: patiëntenquête

► Ziekteverzekerden, laag opgeleiden, mensen uit éénpersoonshuishoudens en arbeidsongeschikten hebben vaker contact met de thuiszorg

Vervolgens is onderzocht met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 4a) welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met de thuiszorg. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met de thuiszorg berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Het blijkt dat geslacht, leeftijd, woonvorm en arbeidsongeschiktheid alle vier een onafhankelijk samenhang vertonen met het gebruik van thuiszorg, ook wanneer rekening gehouden wordt met de gezondheidsbeleving. Vrouwen, ouderen, arbeidsongeschikten en mensen in tweepersoonspersoonshuishoudens hebben een grotere kans op contact met de thuiszorg. Opleiding heeft geen onafhankelijk verband. Let op dat kenmerken die in deze analyse ‘afvallen’ niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met de thuiszorg. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

155

Tabel 5.2.25

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van respondenten ≥ 25 jaar met afgelopen jaar contact met de thuiszorg

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact thuiszorg	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
opleiding		
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
woonvorm	woonvorm	woonvorm

Bron: patiëntenquête

► Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken en verschillen in gezondheidsbeleving is de kans op contact met de thuiszorg groter voor vrouwen, ouderen, arbeidsongeschikten en mensen in tweepersoonspersoonshuishoudens

1.2.2.2 Contact met de thuiszorg in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de allochtone bevolkingsgroepen van 18 jaar en ouder zegt 4% (tegenover 6% van de autochtone bevolking van 18 jaar en ouder) het jaar voorafgaand vanwege de gezondheidstoestand betaalde hulp of verzorging gekregen te hebben. Dit verschil is statistisch niet significant.

Naar allochtone groep zijn er statistisch significante verschillen in het verkrijgen van thuiszorg. Van de Antillianen zegt 7% thuiszorg gehad te hebben en van de Marokkanen 2%. Van de Turken en Surinamers zegt 4% respectievelijk 5% thuiszorg te hebben gehad (Tabel 5.2.26).

Tabel 5.2.26

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen jaar contact had met de thuiszorg naar allochtone groep (n=1338)

Contact					
thuiszorg	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
man	2,2	5,2	0,0	0,2	1,8
vrouw	2,6	8,4	7,6	6,0	6,1
Totaal	2,4	7,2	4,0	4,7	4,3

Bron: allochtonenenquête

156

- ▀ Marokkanen hebben minder contact met de thuiszorg dan Surinamers, Antillianen en Turken

In Tabel 5.2.27 wordt een overzicht gegeven van de allochtone respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. De verschillen naar geslacht, arbeidsstatus en woonvorm zijn statistisch significant, de verschillen naar verzekeringsvorm, opleiding en urbanisatiegraad niet.

Tabel 5.2.27

Gedurende een jaar contact met de thuiszorg voor allochtone respondenten \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken in percentages

Contact thuiszorg	%
geslacht	
vrouw	6,3
man	2,1
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	4,6
particulier	3,5
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	4,7
middelbaar opleidingsniveau	4,6
hoog opleidingsniveau	2,1
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	4,1
niet stedelijk	8,4
arbeidsstatus	
werkloos	4,5
arbeidsongeschikt	13,6
pensioen	10,3
betaald werk	1,8
huisvrouw/huisman	4,7

Contact thuiszorg	%
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	9,7
tweepersoonshuishouden	2,5
éénoudergezin	8,5
tweeoudergezin	2,8
Totaal	4,5

Bron: alloctonenenquête

- Van de alloctonen hebben vrouwen, arbeidsongeschikten en alloctonen uit éénpersoonshuishoudens of éénoudergezinnen meer contact met de thuiszorg

157

Vervolgens is onderzocht met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 4b) welke achtergrondkenmerken van alloctonen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met de thuiszorg. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met de thuiszorg berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken.

Geslacht, woonvorm en arbeidsongeschiktheid hebben een onafhankelijk verband met het contact met de thuiszorg. Ook urbanisatiegraad heeft een onafhankelijk verband met het contact met de thuiszorg. Wanneer vervolgens rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving blijven de onafhankelijke verbanden van geslacht, urbanisatiegraad, woonvorm en arbeidsongeschiktheid bestaan (Tabel 5.2.28). De kans dat alloctonen die vrouw zijn arbeidsongeschikt zijn, in (zeer) sterk stedelijke gebieden, in éénoudergezinnen of éénpersoonshuishoudens wonen thuiszorg krijgen is groter dan voor alloctonen die respectievelijk man, niet arbeidsongeschikt zijn, in weinig stedelijke gebieden en in tweeoudergezinnen wonen. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met de thuiszorg. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.2.28

Statistisch significante samenhang ($p < 0,05$) van allochtone respondenten ≥ 25 jaar afgelopen jaar contact met de thuiszorg

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact thuiszorg	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
woonvorm	woonvorm	woonvorm

Bron: alloctonenenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met de thuiszorg groter voor allochtonen uit sterk stedelijke gebieden, éénpersoonshuishoudens, éénoudergezinnen en allochtonen die arbeidsongeschikt of vrouw zijn

5.2.5 Contact met de tandarts

In deze paragraaf wordt het contact van met de tandarts beschreven. Gemeten is of respondenten een jaar voorafgaand aan het interview minstens een keer contact hadden met de tandarts.

5.2.5.1 Contact met de tandarts in de autochtone bevolking

Het percentage respondenten dat de tandarts tenminste een keer in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview bezocht bedraagt 77%. Het contact met de tandarts verschilt naar leeftijd. In de leeftijdsgroep 5-14 jaar komen de meeste respondenten met contact voor, vanaf 65 jaar neemt het contact af. Meer particulier verzekerden dan ziekenfondsverzekerden hadden contact met de tandarts ($p < .01$). De verschillen tussen beide verzekeringsvormen zijn statistisch significant in de leeftijdsgroepen van 25 t/m 84 jaar. Met name voor de hogere leeftijdsgroepen zijn de verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden groot. Terwijl van de particulier verzekerden in de leeftijdsgroep 65-74 jaar 62% de tandarts bezocht, is dit voor 40% van de ziekenfondsverzekerden het geval. Meer vrouwen dan mannen hadden contact met de tandarts.

Tabel 5.2.29

Percentage respondenten dat afgelopen jaar contact had met de tandarts naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=12641)

Contact tandarts		Leeftijd								totaal
		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	>85 jr	
ziekenfonds	vrouw	51,9	96,8	92,9	92,6	73,1	43,2	28,0	15,7	75,5
	man	51,7	96,0	88,5	83,8	66,5	35,9	23,8	6,3	70,8
	subtotaal	51,8	96,4	90,7	89,3	70,5	40,3	26,3	12,7	73,5
particulier	vrouw	55,7	96,5	93,6	94,0	83,3	67,6	46,6	16,7	83,6
	man	53,1	97,7	93,0	90,6	76,6	56,3	35,1	33,3	80,4
	subtotaal	54,5	97,1	93,3	92,2	79,4	61,7	41,8	23,3	81,9

Bron: patiëntenquête

- Meer particulier verzekerden dan ziekenfondsverzekerden en meer jongere mensen dan oudere mensen hebben contact met de tandarts

Meer hoog opgeleiden dan laag opgeleiden hadden in het afgelopen jaar contact met de tandarts (Tabel 5.2.30). Van de hoog opgeleiden bezocht 86% en van de laag opgeleiden 39% de tandarts gedurende een jaar. Voor alle leeftijdscategorieën (behalve de respondenten van 85 jaar en ouder) zijn de verschillen statistisch significant.

Tabel 5.2.30

Percentage respondent(en) van 25 jaar en ouder dat afgelopen jaar contact had met de tandarts naar leeftijd, geslacht en opleiding (n=8919)

Contact tandarts		Leeftijd		
		25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr
laag opleidingsniveau	vrouw	72,0	52,3	26,9
	man	74,3	47,9	20,2
	subtotaal	73,0	50,4	24,7
middelbaar opleidingsniveau	vrouw	94,3	77,0	49,9
	man	86,3	71,2	37,0
	subtotaal	90,9	74,4	44,2
hoog opleidingsniveau	vrouw	93,7	91,5	67,5
	man	88,7	82,5	62,2
	subtotaal	91,5	86,5	64,1

Bron: patiëntenquête

159

► Meer hoog opgeleiden dan laag opgeleiden hebben contact met de tandarts

Voor alle in Tabel 5.2.31 gerapporteerde achtergrondkenmerken zijn statistisch significante verschillen tussen de onderscheiden groepen. Meer respondenten in éénpersoonshuishoudens dan in gezinnen bezochten de tandarts. Meer respondenten zonder tekorten in sociale steun dan met veel tekorten bezochten de tandarts.

Tabel 5.2.31

Gedurende een jaar contact met de tandarts voor respondenten \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken in percentages

Contact tandarts	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	72,2	64,3	69,2
particulier	81,4	76,8	78,9
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	39,3	38,2	38,9
middelbaar opleidingsniveau	79,5	71,0	75,8
hoog opleidingsniveau	90,7	82,2	86,4
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	72,0	66,1	69,4
niet stedelijk	72,4	68,7	70,8
arbeidsstatus			
werkloos	80,9	60,8	72,3
arbeidsongeschikt	80,0	61,9	70,2
pensioen	45,1	42,1	43,3

Contact tandarts	vrouw	man	totaal
betaald werk	90,0	81,8	85,5
huisvrouw/huisman	67,2	76,2	67,4
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	57,5	58,9	58,0
tweepersoonshuishouden	69,4	61,6	65,6
éénoudergezin	73,7	69,0	72,6
tweeoudergezin	88,7	81,4	85,4
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	71,5	66,7	69,4
veel tekorten sociale steun	79,6	74,8	77,5
Totaal	74,8	69,6	72,5

Bron: patiëntenquête

- ▶ Meer vrouwen dan mannen, meer mensen met betaald werk dan mensen met een andere arbeidsstatus hebben contact met de tandarts
- ▶ Meer volwassenen uit tweeoudergezinnen dan volwassenen uit andere woonvormen en meer mensen met veel tekorten dan mensen zonder tekorten in sociale steun hebben contact met de tandarts

Vervolgens is onderzocht met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 5a) welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met de tandarts. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met de tandarts berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, verzekeringsvorm, opleidingsniveau, werkloosheid en huisvrouw/huisman en woonvorm hebben een onafhankelijk verband met het contact met de tandarts. De kans dat werklozen en huisvrouwen/-mannen contact hebben met de tandarts is kleiner dan voor de overige respondenten. De kans dat respondenten in éénoudergezinnen, tweepersoonshuishouden en éénpersoonshuishouden de tandarts bezoeken is kleiner dan voor respondenten uit tweeoudergezinnen, kleiner voor mannen dan voor vrouwen, kleiner voor ziekenfondsverzekerden dan voor particulier verzekerden en kleiner voor laag opgeleiden dan voor hoog opgeleiden.

Wanneer vervolgens rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving verdwijnt een onafhankelijk verband met werkloosheid (Tabel 5.2.32). Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met de tandarts. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen

Tabel 5.2.32

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van respondenten ≥ 25 jaar met afgelopen jaar contact met de tandarts

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact tandarts	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm	verzekeringsvorm	verzekeringsvorm
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	werkloosheid	
	huisvrouw/-man	huisvrouw/-man
woonvorm	woonvorm	woonvorm
sociale steun		

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op tandartscontact groter voor vrouwen, jongeren, particulier verzekerden, hoog opgeleiden en mensen in tweeoudergezinnen of in sterk stedelijke gebieden; de kans op tandartscontact is kleiner voor huisvrouwen

5.2.5.2 Contact met de tandarts in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de allochtone bevolkingsgroepen van 18 jaar en ouder zegt 38% (tegenover 31% van de autochtone bevolking) naar de tandarts te zijn geweest 2 maanden voorafgaand aan het interview. Deze verschillen zijn statistisch significant. Er zijn geen statistisch significante verschillen tussen de allochtone groepen (Tabel 5.2.33).

Tabel 5.2.33

Percentage allochtone respondenten ≥ 18 jaar dat afgelopen twee maanden contact had met tandarts naar allochtone groep (n=1334)

Contact tandarts	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	43,6	36,7	40,3	38,5	39,9
man	29,9	35,1	39,9	39,0	35,7
Totaal	37,1	36,1	40,1	38,6	38,2

Bron: allochtonenenquête

- Allochtonen hebben meer contact met de tandarts dan autochtonen, tussen allochtone groepen onderling zijn er geringe verschillen in contact

In Tabel 5.2.34 wordt een overzicht gegeven van het contact met de tandarts naar diverse achtergrondkenmerken. Alleen de verschillen naar urbanisatiegraad zijn statistisch significant. In sterk en matig stedelijke gebieden hebben meer allochtonen contact met de tandarts (respectievelijk 49% en 43%) dan in niet-stedelijke of in zeer sterk stedelijke gebieden.

Tabel 5.2.34

Gedurende twee maanden contact met de tandarts voor allochtone respondenten \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken in percentages

Contact tandarts	%
geslacht	
vrouw	40,6
man	35,3
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	38,9
particulier	34,5
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	35,7
middelbaar opleidingsniveau	41,6
hoog opleidingsniveau	33,6
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	34,7
weinig /niet stedelijk	35,5
arbeidsstatus	
werkloos	39,8
arbeidsongeschikt	35,7
pensioen	24,6
betaald werk	39,2
huisvrouw/huisman	39,9
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	32,0
tweepersoonshuishouden	34,4
éénoudergezin	42,4
tweeoudergezin	40,8
Totaal	38,4

Bron: allochtonenenquête

- Allochtonen in sterk en matig stedelijke gebieden hebben meer contact met de tandarts dan allochtonen in zeer stedelijke of weinig/niet-stedelijke gebieden

Vervolgens is onderzocht met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 5b) welke achtergrondkenmerken van allochtonen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met de tandarts. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met de tandarts berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Het blijkt dat alleen urbanisatiegraad een onafhankelijk verband heeft met het contact van allochtonen met de tandarts twee maanden voorafgaand aan het interview. Het zijn echter geen verschillen tussen de zeer sterk stedelijke gebieden en niet-stedelijke gebieden maar onderling tussen de urbanisatiegraden.

Tabel 5.2.35

Statistisch significante samenhang ($p \leq 0.05$) van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met afgelopen jaar contact met de tandarts

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact tandarts	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad

Bron: allochtonenenquête

5.3 Contact met de tweede lijn

In deze paragraaf wordt het zorggebruik binnen de tweede lijn beschreven. Aandacht gaat uit naar het contact met medisch specialisten, ziekenhuisopname en contact met hulpverleners van de geestelijke gezondheidszorg.

5.3.1 Contact met de medisch specialist

In deze paragraaf staat het contact met medisch specialisten centraal. Gevraagd is of respondenten de twee maanden voorafgaand aan het interview contact hadden met medisch specialisten. Voor allochtone bevolkingsgroepen is gevraagd naar het contact in het afgelopen jaar. Aangezien in andere studies veelal referentieperioden van twee maanden gehanteerd worden, zal voor autochtonen een periode van twee maanden gehanteerd worden. Ten behoeve van de vergelijkbaarheid zal in de subparagraaf van het contact van allochtone bevolkingsgroepen met medisch specialisten, deze periode worden aangepast.

5.3.1.1 Contact met de medisch specialist in de autochtone bevolking

Van de onderzochte respondenten had 18% contact met een medisch specialist in de afgelopen twee maanden, in de vorm van een bezoek aan de polikliniek. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage respondenten dat contact heeft met een specialist toe (Tabel 5.3.1). Van de respondenten jonger dan 24 jaar had circa 11% contact met een medisch specialist en van de respondenten van

65 jaar en ouder 31%. Meer vrouwen dan mannen (19% versus 17%) hadden contact met een specialist in de afgelopen twee maanden. Dit geldt echter niet voor de 65-plussers. Vanaf 65 jaar hebben mannen meer contact dan vrouwen. Het contact met medisch specialisten verschilt ook naar verzekeringsvorm: meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden hadden contact met een medisch specialist.

Tabel 5.3.1

Percentage respondenten dat afgelopen twee maanden contact had met een specialist naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=12671)

Contact specialist		Leeftijd					
		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr
ziekenfonds	vrouw	10,6	12,8	12,7	18,7	22,6	28,0
	man	14,9	11,9	9,3	12,3	22,3	32,8
	subtotaal	12,9	12,3	11,0	16,3	22,5	29,9
particulier	vrouw	12,5	10,6	10,2	19,5	20,3	32,0
	man	8,3	10,7	9,5	12,1	16,2	34,4
	subtotaal	10,5	10,7	9,8	15,5	18,0	33,2

164

Bron: patiëntenquête

- Meer vrouwen dan mannen, meer oudere mensen dan jongere mensen en meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden hebben contact gehad met medisch specialisten

Meer lager dan hoger opgeleiden hadden contact met medisch specialisten. Van de laag opgeleiden had 26% contact tegenover 19% van de hoog opgeleiden.

Tabel 5.3.2

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen twee maanden contact had met een medisch specialist naar leeftijd, geslacht en opleiding (n= 8922)

Contact specialist		Leeftijd		
		25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr
laag opleidingsniveau	vrouw	20,0	27,2	24,9
	man	16,2	21,3	37,1
	subtotaal	18,4	24,6	28,9
middelbaar opleidingsniveau	vrouw	18,9	20,9	32,6
	man	11,8	19,1	31,1
	subtotaal	15,9	20,1	31,9
hoog opleidingsniveau	vrouw	18,7	21,5	31,3
	man	12,3	18,4	33,6
	subtotaal	15,9	19,8	32,7

Bron: patiëntenquête

► Meer lager dan hoger opgeleiden hebben contact met medisch specialisten

In Tabel 5.3.3 wordt een overzicht gegeven van het contact met medisch specialisten naar diverse achtergrondkenmerken. Met uitzondering van tekorten in sociale steun en urbanisatiegraad zijn er binnen alle achtergrondkenmerken statistisch significante verschillen tussen de subgroepen. Meer vrouwen dan mannen hadden contact met medisch specialisten twee maanden voorafgaand aan het interview en meer ziekenfondsverzekerden hadden contact dan particulier verzekerden, meer arbeidsongeschikten en gepensioneerden hadden contact dan respondenten met een andere arbeidsstatus en meer mensen uit een of tweepersoonshuishoudens dan mensen uit gezinnen.

Tabel 5.3.3
Contact met een medisch specialist in afgelopen twee maanden naar diverse achtergrondkenmerken voor respondenten \geq 25 jaar in percentages

165

Contact specialist	vrouw	man	totaal
verzekeringvorm			
ziekenfonds	22,3	20,9	21,7
particulier	22,5	17,9	19,9
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	25,0	28,2	26,2
middelbaar opleidingsniveau	22,1	18,4	20,5
hoog opleidingsniveau	20,7	18,0	19,4
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	23,6	21,2	22,6
niet stedelijk	21,3	18,2	19,9
arbeidsstatus			
werkloos	20,6	15,7	18,5
arbeidsongeschikt	37,9	39,9	39,0
pensioen	28,4	28,3	28,3
betaald werk	19,4	13,1	15,9
huisvrouw/huisman	21,6	40,5	22,0
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	23,8	25,8	24,5
tweepersoonshuishouden	25,9	22,9	24,4
éénoudergezin	17,6	21,4	18,6
tweeoudergezin	18,6	14,6	16,7
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	21,8	19,7	20,9
veel tekorten sociale steun	23,4	18,7	21,4
Totaal	22,3	19,6	21,1

Bron: patiëntenquête

- Meer arbeidsongeschikten en gepensioneerden dan mensen met een andere arbeidsstatus hadden contact met medisch specialisten en meer mensen uit éénpersoons- en tweepersoonshuishoudens dan mensen uit gezinnen

Vervolgens is onderzocht met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 6a) welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met medisch specialisten. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met de polikliniek berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Alleen geslacht, leeftijd, arbeidsongeschiktheid en woonvorm hebben een onafhankelijk verband met het contact met medisch specialisten. Wanneer vervolgens rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving blijven onafhankelijke verbanden met geslacht, leeftijd en woonvorm over. De kans dat vrouwen, ouderen of mensen in tweepersoonshuishoudens contact met medisch specialisten hebben is groter dan voor mannen, jongeren en mensen uit tweeoudergezinnen.

Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het contact met specialisten in de polikliniek. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.3.4.

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van respondenten ≥ 25 jaar met 2 maanden voorafgaand aan het interview contact met een medisch specialist

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact medisch specialist	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm		
opleidingsniveau		
urbanisatiegraad		
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	
woonvorm	woonvorm	woonvorm

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met medisch specialisten groter voor vrouwen, ouderen of mensen in tweepersoonshuishoudens

Van degenen die twee maanden voorafgaand aan het interview contact hadden met een specialist had 62% een eenmalig contact, 21% had twee keer contact, 13% had drie tot vijf keer contact en 4% had meer dan vijf keer contact. Het gemiddeld aantal contacten van degenen die twee maanden voorafgaand aan het interview contact hadden met een medisch specialist bedraagt 1,92 (sd 2,21).

Voor vrouwen ligt het gemiddeld bij 1,96 (sd 2,28) en voor mannen bij 1,87 (sd 2,11). In Tabel 5.3.5 is het gemiddeld aantal contacten met een medisch specialist voor respondenten die twee maanden voorafgaand aan het interview contact hadden met een specialist uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. De verschillen in het gemiddeld aantal contacten naar verzekeringsvorm zijn statistisch niet significant. Ook naar urbanisatiegraad, woonvorm, opleiding en arbeidsstatus zijn de verschillen in gemiddeld aantal contacten statistisch niet significant.

Tabel 5.3.5

Gemiddeld aantal contacten met een medisch specialist van degenen die contact hadden de afgelopen twee maanden naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=2308)

Contact specialist		Leeftijd					totaal
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	
ziekenfonds	vrouw	1,63	2,50	2,04	2,00	2,10	2,03
	man	1,53	2,11	2,04	1,79	1,69	1,78
	subtotaal	1,57	2,33	2,04	1,91	1,92	1,93
particulier	vrouw	2,00	2,08	1,92	1,60	1,78	1,81
	man	1,47	2,11	1,93	2,22	2,06	2,01
	subtotaal	1,74	2,09	1,92	1,92	1,93	1,90
totaal	vrouw	178	2,35	2,01	1,87	2,01	1,96
	man	150	2,11	1,99	1,97	1,82	1,87
	subtotaal	164	2,25	2,01	1,92	1,92	1,92

Bron: patiëntenquête

167

Over een jaar genomen had 38% van de respondenten contact met een medisch specialist, 12% heeft nog nooit contact gehad met een medisch specialist. Voor mannen is het vaker langer geleden dat zij contact hadden met medisch specialisten (Tabel 5.3.6).

Tabel 5.3.6

Tijdstip van contact met medisch specialist in percentages (n=12687)

Tijdstip contact specialist	vrouw	man	totaal
< 2 maanden geleden	19,5	16,8	18,2
2-12 maanden geleden	20,4	18,2	19,4
1-2 jaar geleden	14,8	13,9	14,4
langer geleden	33,9	38,1	35,8
nog nooit gehad	11,4	13,1	12,2

Bron: patiëntenquête

Voor hoger opgeleide respondenten is het vaker langer geleden dan voor lager opgeleiden respondenten dat zij een bezoek brachten aan de medisch specialist (Tabel 5.3.7).

Tabel 5.3.7

Tijdstip van contact met medisch specialist van respondenten \geq 25 jaar naar opleidingsniveau in percentages (n=8916)

Tijdstip contact specialist		Opleidingsniveau			
		laag	middelbaar	hoog	totaal
vrouw	< 2 maanden	25,0	22,1	20,7	22,4
	2- 12 maanden	25,7	21,9	21,7	22,5
	1- 2 jaar	14,7	15,6	16,6	15,7
	langer geleden	30,8	35,7	37,2	35,1
	nooit	3,7	4,7	3,8	4,3
man	< 2 maanden	28,2	18,4	18,0	19,6
	2- 12 maanden	24,9	19,8	18,5	20,2
	1- 2 jaar	13,1	13,5	14,3	13,6
	langer geleden	28,8	42,1	43,5	40,8
	nooit	4,9	6,2	5,6	5,9

Bron: patiëntenquête

5.3.1.2 Contact met de medisch specialist in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de allochtone respondenten van 18 jaar en ouder zegt 55% (versus 41% van de volwassen autochtonen) het afgelopen jaar contact te hebben gehad met een medisch specialist ($p < .01$)

► Meer allochtonen dan autochtonen hebben contact met medisch specialisten

Tussen de allochtone groepen zijn er statistisch significante verschillen in het contact met medisch specialisten. Antillianen hebben het meest contact gehad en Marokkanen het minst.

Tabel 5.3.8

Afgelopen jaar contact met de specialist naar allochtone groep in percentages (n=1161)

Contact specialist	Allochtone groep				totaal
	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	
vrouw	47,7	66,4	63,3	57,1	58,3
man	41,3	53,0	55,0	58,1	50,4
Totaal	44,6	61,6	59,5	57,4	55,1

Bron: allochtonenenquête

► Van de vier allochtone groepen hebben Marokkanen het minst contact met medisch specialisten

Oudere allochtonen hebben meer contact gehad met medisch specialisten dan jongere allochtonen.

Tabel 5.3.9

Allochtone respondenten \leq 18 jaar die afgelopen jaar contact hadden met de specialist naar geslacht en leeftijd in percentages (n=1161)

Contact specialist	Leeftijd				totaal
	18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	> 64 jr	
vrouw	41,6	59,3	62,7	71,8	58,3
man	33,3	47,6	62,5	60,9	50,4
Totaal	38,7	54,5	62,6	67,7	55,1

Bron: allochtonenenquête

- ▀ Oudere allochtonen hebben meer contact met medisch specialisten dan jongere allochtonen

169

In Tabel 5.3.10 wordt een overzicht gegeven van de allochtonen van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. De verschillen naar geslacht, leeftijd, arbeidsstatus en woonvorm zijn statistisch significant. Meer vrouwen dan mannen, oudere allochtonen dan jongere allochtonen hadden contact met medisch specialisten en meer arbeidsongeschikten en gepensioneerden dan werklozen en allochtonen met betaald werk. Verder hadden minder allochtonen uit tweoudergezinnen dan allochtonen uit andere woonvormen contact met medisch specialisten.

Tabel 5.3.10

Afgelopen jaar contact met de specialist voor allochtone respondenten \geq 25 jaar naar diverse achtergrondkenmerken in percentages

Contact specialist	%
geslacht	
vrouw	61,1
man	52,7
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	57,4
particulier	59,6
opleidingsniveau	
laag opgeleid	59,6
middelbaar opgeleid	57,1
hoog opgeleid	54,9
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	55,9
weinig /niet stedelijk	64,0
arbeidsstatus	
werkloos	55,0
arbeidsongeschikt	78,3
pensioen	61,1

Contact specialist	%
betaald werk	53,5
huisvrouw/huisman	55,1
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	62,8
tweepersoonshuishouden	64,1
éénoudergezin	62,7
tweeoudergezin	54,0
Totaal	57,7

Bron: allochtonenenquête

170

- Onder allochtonen hebben vrouwen, ouderen, arbeidsongeschikten, gepensioneerden meer contact met medisch specialisten; allochtonen uit tweeoudergezinnen hebben minder contact

Met behulp van een logistische regressie (Bijlage II, Tabel 6b) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met specialistencontact. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met specialisten berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken.

Rekening houdend met de achtergrondkenmerken en de gezondheidsbeleving blijkt alleen arbeidsongeschiktheid een onafhankelijk verband te hebben met het contact met specialisten. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met specialistencontact. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.3.11

Statistisch significante verbanden ($p < .05$) van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met een jaar voorafgaand aan het interview contact met de specialist

zonder rekening te houden met achtergrondkenmerken	Contact specialist	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken en gezondheidsbeleving
geslacht		
leeftijd		
	urbanisatiegraad	
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
woonvorm		

Bron: allochtonenenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met medisch specialisten groter voor allochtonen die arbeidsongeschikt zijn

5.3.2 Opname

In deze paragraaf staat de ziekenhuisopname centraal. Het gaat zowel om een tijdelijke opname in een ziekenhuis (5.3.2.1) als om een dagbehandeling (5.3.2.2). Onder ziekenhuis wordt tevens verstaan een verpleeghuis, revalidatiecentrum of verzorgingshuis.

5.3.2.1 Opname van autochtonen in een ziekenhuis

Van de onderzochte respondenten heeft 6% de 12 maanden voorafgaand aan het interview in een ziekenhuis gelegen. Meer oudere respondenten dan jongere respondenten zijn opgenomen geweest in een ziekenhuis en meer vrouwen dan mannen (Tabel 5.3.12). De verschillen tussen mannen en vrouwen verdwijnen op middelbare leeftijd (45 jaar en ouder). In de leeftijdsgroep 25-44 jaar geeft 7% van de vrouwen tegenover 3% van de mannen aan opgenomen te zijn geweest in een ziekenhuis (de verschillen hangen onder meer samen met bevallingen).

171

Tabel 5.3.12

Percentage respondenten dat afgelopen jaar is opgenomen in een ziekenhuis/verpleeghuis of revalidatiecentrum naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=12694)

Opname	Leeftijd					totaal
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
vrouw	3,3	5,1	7,4	6,1	11,2	6,7
man	2,8	3,1	2,8	7,7	12,6	5,6
Totaal	3,1	4,1	5,5	6,9	11,8	6,2

Bron: patiëntenquête

- Meer oudere dan jongere mensen en meer jongere vrouwen dan jongere mannen zijn opgenomen geweest

Meer laag opgeleiden dan hoogopgeleiden zijn het afgelopen jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis. Van de laag opgeleiden respondenten geeft 11% en van de hoogopgeleiden respondenten 6% aan opgenomen te zijn geweest (Tabel 5.3.13). De verschillen tussen lager opgeleiden en hoger opgeleiden zijn het grootst in de leeftijdscategorie 45-64 jaar. Verder vallen de relatief grote verschillen op tussen mannen en vrouwen onder laag opgeleide 65-plussers. Van de laag opgeleide mannen van 65 jaar en ouder geeft 16% tegenover 11% van de vrouwen aan opgenomen te zijn geweest in een ziekenhuis.

Tabel 5.3.13

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat twaalf maanden voorafgaand aan het interview opgenomen is geweest naar leeftijd, geslacht en opleiding(n= 8923)

Opname		Leeftijd			totaal
		25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
laag opleidingsniveau	vrouw	9,0	9,2	11,0	10,3
	man	4,1	11,7	15,7	12,5
	subtotaal	6,9	10,3	12,5	11,1
middelbaar opleidingsniveau	vrouw	7,7	5,8	11,6	7,6
	man	2,6	8,4	11,7	6,7
	subtotaal	5,5	6,9	11,6	7,2
hoog opleidingsniveau	vrouw	6,5	5,5	10,0	6,4
	man	3,1	4,4	9,8	4,7
	subtotaal	5,0	4,9	9,9	5,5

Bron: patiëntenquête

► Meer laag opgeleiden dan hoog opgeleiden zijn opgenomen geweest

In Tabel 5.3.14 wordt een overzicht gegeven voor respondenten van 25 jaar en ouder die twaalf maanden voorafgaand aan het interview opgenomen zijn geweest naar diverse achtergrondkenmerken. Naar verzekeringsvorm, opleiding, arbeidsstatus en woonvorm zijn er statistisch significante verschillen. Hierbij is niet gekeken naar onderlinge samenhang tussen de diverse categorieën.

Tabel 5.3.14

Percentage respondenten \leq 25 jaar dat afgelopen jaar opgenomen is geweest naar diverse achtergrondkenmerken

Opname	%
geslacht	
vrouw	7,8
man	6,9
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	8,2
particulier	5,8
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	11,1
middelbaar opleidingsniveau	7,2
hoog opleidingsniveau	5,5
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	7,9
niet stedelijk	7,4

Opname	%
arbeidsstatus	
werkloos	7,6
arbeidsongeschikt	15,4
pensioen	10,5
betaald werk	4,8
huisvrouw/huisman	8,4
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	9,8
tweepersoonshuishouden	7,8
éénoudergezin	6,2
tweeoudergezin	6,0
sociale steun	
geen tekorten sociale steun	6,9
veel tekorten sociale steun	6,2
Totaal	7,4

Bron: patiëntenquête

- Meer ziekenfondsverzekerden, laag opgeleiden, arbeidsongeschikten, gepensioneerden en mensen uit éénpersoonshuishoudens zijn opgenomen geweest

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 7a) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met opname in een ziekenhuis. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met ziekenhuisopname berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken.

Rekening houdend met de achtergrondkenmerken en de gezondheidsbeleving blijkt alleen leeftijd een onafhankelijke verband te hebben met ziekenhuisopname. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met ziekenhuisopname. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.3.15 Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van respondenten ≥ 25 jaar met opname in een ziekenhuis/verpleeghuis of revalidatiecentrum het afgelopen jaar.

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Opname	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
leeftijd	leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm		
opleidingsniveau		
urbanisatiegraad		
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	
woonvorm		

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans voor ouderen om opgenomen te worden in een ziekenhuis groter

5.3.2.2 Opname van mensen uit allochtone bevolkingsgroepen in een ziekenhuis

Van de volwassen allochtonen zegt 7,5% (versus 7,2% van de volwassen autochtonen) opgenomen geweest te zijn in een ziekenhuis het afgelopen jaar.

- Allochtonen en autochtonen hebben een vergelijkbare kans op ziekenhuisopname

In Tabel 5.3.16 wordt een overzicht gegeven naar allochtone groep. Van de Antillianen geeft 10% aan opgenomen te zijn geweest van de Turken 8% en van de Surinamers en Marokkanen 7%. De verschillen zijn echter statistisch niet significant. Allochtone vrouwen zijn vaker opgenomen geweest dan allochtonen mannen ($p < .01$). Opvallend is het hoge percentage opnames onder de Turkse en Antilliaanse vrouwen, respectievelijk 13% en 11%.

Tabel 5.3.16 Percentage allochtone respondenten ≥ 18 jaar dat afgelopen jaar opgenomen is geweest in een ziekenhuis naar allochtone groep (n=1328)

Opname	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	6,2	10,9	12,9	7,9	9,5
man	6,7	7,3	1,6	4,9	4,8
Totaal	6,5	9,6	7,5	7,1	7,5

Bron: allochtonenenquête

Onder allochtone respondenten van 18 jaar en ouder zijn er geen statistisch significante verschillen naar leeftijd.

Tabel 5.3.17

Percentage allochtone respondentent dat afgelopen jaar opgenomen is geweest naar leeftijd (n=1328)

Opname	%
18 – 24 jaar	5,4
25 – 44 jaar	7,2
45 – 64 jaar	9,5
> 64 jaar	7,6
Totaal	7,5

Bron: allochtonenenquête

175

Tabel 5.3.18 geeft een overzicht voor allochtonen van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. De verschillen naar geslacht en arbeidsstatus zijn statistisch significant.

Tabel 5.3.18 Percentage allochtone respondentent ≥ 25 jaar afgelopen jaar opgenomen is geweest naar diverse achtergrondkenmerken

Opname	%
geslacht	
vrouw	9,7
man	5,3
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	8,1
particulier	5,3
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	9,0
middelbaar opleidingsniveau	8,4
hoog opleidingsniveau	4,3
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	8,1
weinig / niet stedelijk	11,2
arbeidsstatus	
werkloos	5,7
arbeidsongeschikt	15,8
pensioen	3,4
betaald werk	7,1
huisvrouw/huisman	7,5
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	8,7
tweepersonshuishouden	7,0
éénoudergezin	11,3
tweeoudergezin	7,6
Totaal	7,9

Bron: allochtonenenquête

- Vrouwelijke alloctonen en alloctonen die arbeidsongeschikt zijn, zijn vaker opgenomen geweest

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 7b) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van alloctonen het meest in het oog springen qua samenhang met opname in een ziekenhuis. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met ziekenhuisopname berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken.

Rekening houdend met de achtergrondkenmerken en de gezondheidsbeleving blijkt alleen geslacht een onafhankelijke verband te hebben met ziekenhuisopname. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met ziekenhuisopname. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

176

Tabel 5.3.19

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met ziekenhuisopname het afgelopen jaar

zonder rekening te houden met achtergrondkenmerken	Opname rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken en gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	

Bron: alloctonenenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans voor vrouwelijke alloctonen om opgenomen te worden groter

5.1 GGZ

In deze paragraaf staat het contact met de geestelijk gezondheidszorg centraal (GGZ). Hieronder valt zowel het contact met hulpverleners van het RIAGG/crisiscentrum, hulpverleners van het algemeen maatschappelijk werk, vrijgevestigde psychologen/psychiaters/psychotherapeuten, de polikliniek psychiatrie als het consultatie bureau voor alcohol en drugs.

5.4.1 Contact met GGZ-hulpverleners in de autochtone bevolking

Van de onderzochte respondenten geeft 18% aan ooit contact te hebben gehad met een GGZ-hulpverlener. Meer vrouwen dan mannen hadden ooit contact met een GGZ-hulpverlener (20% versus 15%). Respondenten tussen 25 en 65 jaar geven het meest aan ooit gebruik gemaakt te hebben van de hulp van een GGZ-hulpverlener.

Tabel 5.4.1

Percentage respondentent dat ooit contact had met GGZ-hulpverleners naar leeftijd en geslacht (n= 12692)

Contact GGZ	Leeftijd					totaal
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	
vrouw	5,0	19,1	30,9	26,2	10,5	20,3
man	6,0	11,4	22,3	18,8	7,8	14,5
Totaal	5,5	15,3	27,2	22,7	9,4	17,6

Bron: patiëntenquête

► Meer vrouwen dan mannen hebben contact met een psychosociale hulpverlener

177

► Tussen 25 en 65 jaar komen de meeste GGZ-contacten voor

Tabel 5.4.2 geeft een overzicht van het contact voor respondenten van 25 jaar en ouder met een GGZ-hulpverlener naar diverse achtergrondkenmerken. Opvallend zijn de hoge percentages onder hoog opgeleiden (30%), respondenten in zeer stedelijke gebieden (29%), werklozen (41%), arbeidsongeschikten (48%) en respondenten met veel tekorten in sociale steun (31%). De verschillen in contact met psychosociale hulpverleners zijn statistisch significant voor geslacht, opleiding, urbanisatiegraad, arbeidsstatus, woonvorm en sociale steun. Alleen de verschillen naar verzekeringsvorm zijn statistisch niet significant.

Tabel 5.4.2

Ooit contact met een psychosociale hulpverlener naar diverse achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

Contact GGZ	vrouw	man	totaal
verzekeringvorm			
ziekenfonds	24,7	17,9	22,1
particulier	23,7	17,5	20,3
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	15,6	14,5	15,2
middelbaar opleidingsniveau	23,2	16,1	20,1
hoog opleidingsniveau	36,1	23,3	29,6
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	30,6	25,8	28,5
niet stedelijk	20,3	13,8	17,4
arbeidsstatus			
werkloos	39,7	43,1	41,2
arbeidsongeschikt	58,8	39,5	48,4
pensioen	13,2	8,2	10,1
betaald werk	30,1	18,4	23,7

Contact GGZ	vrouw	man	totaal
huisvrouw/huisman	17,4	28,6	17,7
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	25,5	27,2	26,1
tweepersoonshuishouden	21,1	13,8	17,5
éénoudergezin	41,6	32,1	39,2
tweeoudergezin	24,0	17,7	21,1
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	17,0	13,7	15,6
veel tekorten sociale steun	33,3	27,0	30,6
Totaal	24,4	17,8	21,5

Bron: patiëntenquête

178

- ▶ Meer vrouwen, hoog opgeleiden, mensen in zeer stedelijke gebieden, werklozen, arbeidsongeschikten, mensen uit éénoudergezinnen en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben contact met GGZ-hulpverleners

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 8a) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met GGZ-hulpverleners. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met GGZ-hulpverleners berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken.

Rekening houdend met de achtergrondkenmerken en de gezondheidsbeleving blijkt dat alle onderzochte achtergrondkenmerken, behalve verzekeringsvorm, onafhankelijke verbanden hebben met het contact met GGZ-hulpverleners. De kans dat vrouwen, jongeren, hoog opgeleiden, respondenten in zeer stedelijke gebieden, werklozen, arbeidsongeschikten, respondenten in éénpersoonshuishoudens of éénoudergezinnen en respondenten met veel tekorten in sociale steun contact hebben is groter. Wanneer vervolgens rekening gehouden wordt met de geestelijke gezondheidstoestand (een GHQ-score van 2 of meer versus een GHQ-score minder dan 2) verdwijnt alleen het onafhankelijke verband met werkloosheid.

Let op het 'afvallen' van werkloosheid in deze analyse betekent niet dat er geen enkele samenhang is van werkloosheid met het contact met GGZ-hulpverleners. De bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.4.3

Statistisch significante samenhang ($p \leq 0.05$) van respondenten ≥ 25 jaar met ooit contact psychosociale hulpverlener

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact GGZ		
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving en geestelijke gezondheid
geslacht	geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd	leeftijd
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus	werkloosheid	werkloosheid	
	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
woonvorm	woonvorm	woonvorm	woonvorm
sociale steun	sociale steun	sociale steun	sociale steun

Bron: patiëntenquête

- ▶ Rekening houden met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met GGZ-hulpverleners groter voor mensen in éénpersoonshuishoudens of éénoudergezinnen en mensen met veel tekorten in sociale steun
- ▶ De kans op contact met GGZ-hulpverleners is groter voor hoog opgeleiden, werklozen en arbeidsongeschikten
- ▶ Rekening houden met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met GGZ-hulpverleners groter voor jongeren, vrouwen, hoog opgeleiden en mensen uit zeer stedelijke gebieden

Het meest bezocht werden de hulpverleners van het RIAGG. Van alle onderzochte respondenten bezocht 6% ooit een RIAGG (Tabel 5.4.4)

Tabel 5.4.4

Percentage respondenten dat ooit contact had met psychosociale hulpverleners naar soort hulpverlener (12692)

Soort GGZ-hulpverlener	%
RIAGG	6,3
vrij gevestigd psycholoog	5,1
instelling voor algemeen maatschappelijk werk (AMW)	4,4
vrij gevestigd psychiater	2,1
polikliniek psychiatrie	1,6
vrij gevestigd psychotherapeut	1,4
crisiscentrum	0,6
consultatiebureau voor alcohol en drugs	0,5
seksuoloog	0,3
andere psychosociale hulpverlener	1,9

Bron: patiëntenquête

In het totaal werd het jaar voorafgaand aan het interview door 5% van de onderzochte respondenten contact gezocht met een GGZ-hulpverlener. Het RIAGG werd door 1,3% bezocht, de vrij gevestigd psycholoog door 1,4% van alle respondenten.

Tabel 5.4.5

Percentage respondenten dat 12 maanden voorafgaand aan het interview contact had met psychosociale hulpverleners naar soort hulpverlener (12692)

Soort GGZ-hulpverlener	%
vrij gevestigd psycholoog	1,4
RIAGG	1,3
instelling voor algemeen maatschappelijk werk (AMW)	1,1
polikliniek psychiatrie	0,5
vrij gevestigd psychiater	0,5
vrij gevestigd psychotherapeut	0,4
crisiscentrum	0,1
consultatiebureau voor alcohol en drugs	0,1
seksuoloog	0,1
andere psychosociale hulpverlener	0,6

Bron: patiëntenquête

De drie meest bezochte GGZ-hulpverleners/instaties door respondenten van 25 jaar en ouder in de afgelopen twaalf maanden zijn de vrij gevestigd psycholoog, het RIAGG en de instelling voor maatschappelijk werk (AMW). In Tabel 5.4.6 wordt een overzicht gegeven van het contact met deze drie naar geslacht, verzekeringsvorm en opleiding. Gezien het relatief geringe percentage respon-

denten dat contact heeft met deze drie instanties/hulpverleners kunnen geen verdere uitsplitsingen (zoals arbeidsstatus, woonvorm) gemaakt worden. Met uitzondering van opleidingsniveau (voor het RIAGG) en verzekeringsvorm (voor de vrij gevestigd psycholoog) zijn de verschillen binnen de subgroepen statistisch significant ($p < .05$). Vrouwen hebben wat betreft alle drie zorgaanbieders meer contact dan mannen. Ziekenfondsverzekerden maken meer gebruik van het AMW en het RIAGG dan particulier verzekerden en de vrij gevestigd psycholoog wordt meer bezocht door particulier verzekerden. Laag opgeleiden hebben vaker contact met het AMW dan hoog opgeleiden, daarentegen hebben hoog opgeleiden vaker contact met de vrijgevestigd psycholoog.

Tabel 5.4.6

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen jaar contact had met RIAGG, AMW en psycholoog naar geslacht, verzekeringsvorm en opleiding

Contact GGZ	RIAGG	AMW	vrijgevestigd psycholoog
geslacht			
vrouw	1,8	1,7	2,0
man	1,1	0,8	1,4
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	1,8	1,7	1,6
particulier	0,9	0,6	2,1
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	2,0	1,9	0,6
middelbaar opleidingsniveau	1,4	1,3	1,5
hoog opleidingsniveau	1,3	0,8	3,1
Totaal	1,5	1,3	1,7

Bron: patiëntenquête

181

5.4.2 Contact met GGZ-hulpverleners in de allochtone bevolkingsgroepen

In Tabel 5.4.7 staat een overzicht van het contact van allochtonen met verschillende GGZ-hulpverleners. Van de onderzochte volwassen allochtonen zegt 11% (versus 6% van de volwassen autochtonen) contact gehad te hebben met minstens een van de hulpverleners genoemd in Tabel 5.4.7 (inclusief 'andere psychosociale hulpverlener'). De verschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn statistisch significant.

► Volwassen allochtonen hebben vaker contact met GGZ-hulpverleners dan volwassen autochtonen

Het meest bezocht werd het RIAGG, 4% van de onderzochte allochtonen van 18 jaar en ouder zegt contact te hebben gehad met het RIAGG.

Tabel 5.4.7

Percentage allochtone respondenten dat afgelopen jaar contact had met psychosociale hulpverleners naar soort hulpverlener (n=1335)

Soort GGZ-hulpverlener	%
RIAGG	4,4
vrij gevestigd psycholoog	1,4
instelling voor algemeen maatschappelijk werk (AMW)	4,0
vrij gevestigd psychiater	1,0
polikliniek psychiatrie	1,0
vrij gevestigd psychotherapeut	0,3
crisiscentrum	0,4
consultatiebureau voor alcohol en drugs	0,2
seksuoloog	0,2
andere psychosociale hulpverlener	0,4

Bron: patiëntenquête

Meer allochtone vrouwen dan mannen hadden afgelopen jaar contact met een GGZ-hulpverlener (13% versus 8%). Allochtonen tussen 25 en 45 jaar hebben meer contact met GGZ-hulpverleners dan allochtonen uit andere leeftijdsgroepen.

Tabel 5.4.8

Percentage allochtone respondenten dat afgelopen jaar contact had met GGZ-hulpverleners naar leeftijd en geslacht (n= 1335)

Contact GGZ	Leeftijd				totaal
	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
vrouw	9,3	16,0	11,5	4,9	13,4
man	1,4	9,7	5,9	4,0	7,5
Totaal	6,4	13,4	9,1	4,5	10,9

Bron: allochtonenenquête

- Vrouwelijke allochtonen en allochtonen tussen 25 en 45 jaar hebben meer contact met GGZ-hulpverleners dan mannelijke allochtonen of allochtonen uit andere leeftijdsgroepen

Voor allochtone vrouwen zijn er geen statistisch significante verschillen naar allochtone groep in het contact met psychosociale hulpverleners, voor allochtone mannen wel. Marokkaanse en Surinaamse mannen hebben relatief weinig contact met psychosociale hulpverleners.

Tabel 5.4.9

Percentage allochtone respondenten dat afgelopen jaar contact had met GGZ-hulpverleners naar allochtone groep (n= 1335)

Contact GGZ	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	13,9	14,5	12,3	13,1	13,4
man	3,4	12,4	9,9	4,8	7,5
Totaal	8,9	13,7	11,1	10,8	10,9

Bron: allochtonenenquête

- ▶ Marokkaanse en Surinaamse mannen hebben minder contact met GGZ-hulpverleners dan Turkse en Antilliaanse mannen

183

In Tabel 5.4.10 wordt een overzicht gegeven van de allochtone respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. De verschillen naar geslacht, opleiding, arbeidsstatus en woonvorm zijn statistisch significant. Opvallend is het hoge percentage contact onder middelbaar opgeleide allochtonen (15%) vergeleken met hoog (7%) of laag opgeleide allochtonen (9%) en het hoge percentage contact onder arbeidsongeschikte allochtonen en allochtonen uit éénoudergezinnen (23%).

Tabel 5.4.10

Percentage allochtone respondenten ≥ 25 jaar dat contact had met GGZ-hulpverleners naar diverse achtergrondkenmerken

Contact GGZ	%
geslacht	
vrouw	14,1
man	8,4
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	11,9
particulier	10,6
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	9,4
middelbaar opleidingsniveau	14,5
hoog opleidingsniveau	6,5
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	11,7
weinig /niet stedelijk	13,1
arbeidsstatus	
werkloos	15,7
arbeidsongeschikt	22,9
pensioen	3,4
betaald werk	9,7

Contact GGZ	%
huisvrouw/huisman	9,1
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	11,4
tweepersoonshuishouden	10,1
éénoudergezin	21,4
tweeoudergezin	9,7
Totaal	11,7

Bron: alloctonenenquête

- Bij alloctonen hebben vrouwen, middelbaar opgeleiden, arbeidsongeschikten en alloctonen uit éénoudergezinnen meer contact met GGZ-hulpverleners

184

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 8b) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van alloctonen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met GGZ-hulpverleners. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met GGZ-hulpverleners berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken.

Rekening houdend met de achtergrondkenmerken en de gezondheidsbeleving blijken leeftijd, verzekeringsvorm, opleidingsniveau, arbeidsstatus en woonvorm (ook rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving), onafhankelijke verbanden te hebben met het contact met GGZ-hulpverleners. De kans dat alloctonen contact hebben met een GGZ-hulpverlener is groter voor jongeren, particulier verzekerden, middelbaar opgeleiden, arbeidsongeschikten en alloctonen uit éénoudergezinnen. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' (in dit geval geslacht) niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met contact met GGZ-hulpverleners. De bijdrage van geslacht wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.4.11

Statistisch significante verbanden ($p < .05$) van allochtone respondenten \geq 25 jaar met contact GGZ-hulpverleners

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact GGZ	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht		
leeftijd	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm	verzekeringsvorm
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
woonvorm	woonvorm	woonvorm

Bron: alloctonenenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met GGZ-hulpverleners groter voor allochtonen met een particuliere verzekering en allochtonen met een middelbaar opleidingsniveau
- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met GGZ-hulpverleners groter voor allochtonen uit éénoudergezinnen en arbeidsongeschikte allochtonen

5.5 Contact met alternatieve behandelaars

In deze paragraaf wordt verslag gedaan van het contact met de alternatief behandelaars, hieronder worden verstaan acupuncturisten, antroposofisch behandelaars, homeopaten, natuurgenezers, paranormaal behandelaars en andere alternatieve behandelaars.

185

5.5.1 Contact met alternatieve behandelaars in de autochtone bevolking

Van de onderzochte respondenten geeft 6,5% aan contact te hebben gehad met een alternatieve behandelaar gedurende 12 maanden. Meer vrouwen dan mannen hadden contact met een alternatieve behandelaar. In de leeftijdscategorie 25-44 jaar vindt het meest contact plaats.

Tabel 5.5.1

Percentage respondenten met contact alternatieve behandelaars naar leeftijd en geslacht (n=12222)

Contact alternatieve behandelaars	Leeftijd					totaal
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
vrouw	5,2	6,1	10,7	9,8	6,4	8,3
man	5,9	3,2	5,1	4,0	2,3	4,4
Totaal	5,5	4,6	8,3	7,1	4,7	6,5

Bron: patiëntenquête

► Meer vrouwen dan mannen hebben contact met alternatieve behandelaars

In Tabel 5.5.2 wordt het contact van respondenten van 25 jaar en ouder met alternatieve behandelaars uitgesplitst naar diverse achtergrondkenmerken. Naar geslacht, opleiding, arbeidsstatus en sociale steun zijn er statistisch significante verschillen. Vrouwen, hoger opgeleiden, arbeidsongeschikten en respondenten met tekorten in sociale steun hebben vaker contact met alternatieve behandelaars dan mannen, lager opgeleiden, niet-arbeidsongeschikten en respondenten zonder tekorten in sociale steun.

Tabel 5.5.2

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen jaar contact heeft gehad met een alternatief behandelaar

Contact alternatieve behandelaars	%
geslacht	
vrouw	9,4
man	4,1
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	7,2
particulier	6,6
opleidingsniveau	
laag opleidingsniveau	4,7
middelbaar opleidingsniveau	7,0
hoog opleidingsniveau	8,6
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	6,4
niet stedelijk	6,1
arbeidsstatus	
werkloos	8,7
arbeidsongeschikt	12,9
pensioen	4,5
betaald werk	6,9
huisvrouw/huisman	7,8
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	7,4
tweepersoonshuishouden	7,0
éénoudergezin	8,7
tweeoudergezin	6,6
sociale steun	
geen tekorten sociale steun	6,0
veel tekorten sociale steun	8,9
Totaal	7,0

Bron: patiëntenquête

- Vrouwen, hoger opgeleiden, arbeidsongeschikten en respondenten met veel tekorten in sociale steun hebben vaker contact met alternatieve behandelaars

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 9) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het contact met alternatieve hulpverleners. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het contact met alternatieve hulpverleners berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Geslacht, leeftijd, arbeidsongeschiktheid en

tekorten in sociale steun blijken een onafhankelijk verband te hebben met het contact met alternatieve behandelaars, ook wanneer rekening gehouden wordt met de gezondheidsbeleving (Tabel 5.5.3). Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving is de kans groter dat vrouwen, jongeren, arbeidsongeschikten en mensen met veel tekorten in sociale steun gebruik maken van de zorg van alternatieve behandelaars.

Tabel 5.5.3

Statistisch significante samenhang ($p \leq 0,05$) van respondenten ≥ 25 jaar met contact alternatieve hulpverlener

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Contact alternatieve behandelaar	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
arbeidsstatus	arbeidsongeschikten	arbeidsstatus
sociale steun	sociale steun	sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat vrouwen, jongeren, hoog opgeleiden, arbeidsongeschikten en mensen met veel tekorten in sociale steun gebruik maken van de zorg van alternatieve behandelaars

5.5.2 Contact met alternatieve behandelaars in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de onderzochte volwassen allochtonen zegt 3,5% (versus 6,9% van de volwassen autochtonen) contact gehad te hebben met een alternatief behandelaar. De verschillen zijn statistisch significant.

- Allochtonen maken minder gebruik van alternatieve behandelaars dan autochtonen

Naar allochtone groep zijn er geen verschillen in het contact met alternatieve behandelaars. Ook de verschillen naar geslacht zijn statistisch niet significant.

Tabel 5.5.4

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen jaar contact had met alternatieve behandelaars naar allochtone groep (n=1316)

Contact alternatieve behandelaar	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	2,6	5,5	4,3	3,3	3,9
man	1,7	5,3	3,1	2,5	3,0
Totaal	2,2	5,4	3,7	3,1	3,5

Bron: allochtonenenquête

Naar leeftijd zijn er statistisch significante verschillen in het contact van allochtonen met alternatieve behandelaars. In de leeftijdsgroep 24-45 jaar wordt het meest gebruik gemaakt van de zorg van alternatieve behandelaars. In de jongste leeftijdsgroep het minst, er is in die groep zelfs helemaal geen gebruik gemaakt van alternatieve behandelaars.

188

Tabel 5.5.5

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat 12 maanden voorafgaand aan het interview contact had met alternatieve behandelaars naar leeftijd (n=1316)

Contact alternatieve behandelaar	%
18 - 24 jaar	0,0
25 - 44 jaar	4,5
45 - 64 jaar	3,2
> 64 jaar	3,1
Totaal	3,5

Bron: allochtonenenquête

- In de leeftijdsgroep 25-45 jaar hebben allochtonen het meest contact met alternatieve behandelaars

Naar verzekeringsvorm en opleiding zijn er geen statistisch significante verschillen in het contact met alternatieve behandelaars. Gezien de geringe aantallen zullen verder geen uitsplitsingen gemaakt worden naar arbeidsstatus en woonvorm.

5.6 Medicijngebruik

In dit hoofdstuk staat het medicijngebruik centraal. De eerste subparagraaf geeft een overzicht van het gebruik van medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven. In de tweede paragraaf staan vrij verkrijgbare medicijnen centraal.

5.6.1 Medicijnen op recept

In de eerste subparagraaf worden de cijfers van de autochtone bevolking gepresenteerd zowel ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen als ten aanzien van het gebruik van medicijnen op recept. De tweede subparagraaf beschrijft het voorschrijven en gebruik van medicijnen op recept van allochtonen.

5.6.1.1 Medicijnen op recept in de autochtone bevolking

Van de onderzochte respondenten gebruikte 63% over een jaar genomen een medicijn dat door een arts was voorgeschreven, voor 32% was het langer dan een jaar geleden en 6% zegt nog nooit een voorgeschreven medicijn te hebben gebruikt (Tabel 5.6.1). Naar verzekeringsvorm en geslacht zijn er statistisch significante verschillen. Respondenten met een particuliere verzekering en mannen hebben vaker nog nooit een voorgeschreven medicijn gebruikt (of het tijdstip ligt verder weg dan één jaar) dan ziekenfondsverzekerden respectievelijk vrouwen.

189

Tabel 5.6.1

Percentage respondenten dat medicijnen op recept gebruikt naar tijdstip (n=12658)

Medicijnen op recept	ziekenfonds			particulier			totaal
	vrouw	man	subtotaal	vrouw	man	subtotaal	
minder dan 1 jaar geleden	68,7	60,3	65,1	60,4	55,7	57,9	62,5
meer dan 1 jaar geleden	27,1	33,6	29,8	32,6	37,7	35,3	31,8
nooit	4,2	6,1	5,0	7,0	6,6	6,8	5,7

Bron: patiëntenquête

Veertien dagen voorafgaand aan het interview is aan 13,5% van de onderzochte respondenten een medicijn door de arts voorgeschreven. Naarmate de leeftijd stijgt neemt het voorschrijven van medicijnen toe. Van de respondenten van 65 jaar en ouder heeft 14 dagen voorafgaand aan het interview 21% een medicijn voorgeschreven gekregen tegenover 7% van de 0-14 jarigen en 9% van de 15-24 jarigen. Meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden hebben medicijnen voorgeschreven gekregen (15% versus 12%) en meer vrouwen dan mannen (15% versus 12%).

Tabel 5.6.2

Percentage respondenten dat afgelopen twee weken van de arts een recept voor medicijnen heeft gekregen naar leeftijd (n= 12672)

Medicijnen op recept		Leeftijd					totaal
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
ziekenfonds	vrouw	7,5	13,8	15,1	19,7	22,2	16,4
	man	7,6	4,8	11,8	15,4	21,0	12,5
	subtotaal	7,5	9,2	13,9	18,0	21,7	14,7
particulier	vrouw	5,8	12,3	15,2	13,7	20,6	12,8
	man	7,2	4,0	9,2	12,0	18,5	10,3
	subtotaal	6,5	8,5	11,9	12,7	19,6	11,5
totaal	vrouw	6,7	13,2	15,2	17,6	21,8	15,2
	man	7,4	4,5	10,8	13,7	20,1	11,6
Totaal		7,0	8,9	13,3	15,8	21,1	13,5

Bron: patiëntenquête

- Medicijnen worden vaker voorgeschreven aan ouderen, vrouwen en ziekenfondsverzekerden

In Tabel 5.6.3 staan de respondenten die de afgelopen twee weken voorgeschreven medicijnen hebben gebruikt. De percentages liggen aanzienlijk hoger dan in Tabel 5.6.2. Dit heeft te maken met het feit dat medicijnen gebruikt kunnen worden die al eerder zijn voorgeschreven dan twee weken geleden.

Ook het gebruik van voorgeschreven medicijnen is hoger onder vrouwen dan onder mannen (43% versus 36%) en hoger onder ziekenfondsverzekerden dan onder particulier verzekerden (43% versus 35%). Het medicijngebruik neemt met de leeftijd aanzienlijk toe. Terwijl in de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder ongeveer driekwart een voorgeschreven middel gebruikt geldt dat voor de leeftijdscategorie jonger dan 25 jaar voor minder dan een kwart van de respondenten.

Tabel 5.6.3

Percentage respondenten dat afgelopen twee weken medicijnen heeft gebruikt die zijn voorgeschreven naar leeftijd (n= 12672)

Medicijnen op recept		Leeftijd					totaal
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
ziekenfonds	vrouw	18,4	27,7	35,8	57,7	77,1	46,0
	man	16,8	14,4	27,0	53,2	76,0	37,8
	subtotaal	17,6	20,9	32,5	55,9	76,7	42,5
particulier	vrouw	15,7	24,2	33,0	47,9	71,1	37,0
	man	18,7	11,4	25,5	39,9	75,4	33,3
	subtotaal	17,2	18,3	28,9	43,3	73,2	35,1
totaal	vrouw	17,2	26,2	35,1	54,4	75,6	43,1
	man	17,7	13,3	26,5	46,4	75,8	35,9
Totaal		17,4	19,8	31,5	50,6	75,7	39,8

Bron: patiëntenquête

- ▮ Driekwart van de mensen van 65 jaar en ouder gebruikt medicijnen op recept
- ▮ Het gebruik van voorgeschreven medicijnen is hoger onder vrouwen dan onder mannen en hoger onder ziekenfondsverzekerden dan onder particulier verzekerden

In Tabel 5.6.4 wordt een overzicht gegeven van het medicijngebruik naar diverse achtergrondkenmerken, zowel van het percentage respondenten dat een medicijn heeft voorgeschreven gekregen als van de respondenten dat een voorgeschreven medicijn heeft gebruikt voor de respondenten van 25 jaar en ouder. Tussen het gebruik van medicijnen en het voorschrijven van medicijnen komen dezelfde verbanden naar voren. Het verschil ligt niet zozeer in de verdeling maar in de aantallen. Het gebruik van voorgeschreven middelen is aanzienlijk hoger dan het verkrijgen van een recept.

Met uitzondering van tekorten in sociale steun zijn er voor alle achtergrondkenmerken statistisch significante verschillen in medicijngebruik en in voorschrijfgedrag. Laagopgeleiden krijgen meer voorgeschreven en gebruiken bijvoorbeeld meer dan hoog opgeleiden. In zeer stedelijk gebieden wordt meer voorgeschreven en gebruikt dan in niet-stedelijke gebieden. In tweoudergezinnen wordt minder gebruik gemaakt van medicijnen op recept dan in de overige woonvormen. Er is niet gekeken naar onderlinge samenhang tussen de diverse achtergrondkenmerken.

191

Tabel 5.6.4

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen twee weken medicijnen heeft voorgeschreven gekregen door een arts en voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt naar diverse achtergrondkenmerken

Medicijnen op recept	medicijnen voorgeschreven			voorgeschreven medicijnen gebruikt		
	vrouw	man	totaal	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm						
ziekenfonds	18,4	15,3	17,2	53,2	48,4	51,3
particulier	15,6	12,1	13,7	47,8	41,0	44,0
opleidingsniveau						
laag opleidingsniveau	23,7	21,2	22,7	71,6	65,9	69,4
middelbaar opleidingsniveau	17,0	13,6	15,5	49,6	43,3	46,8
hoog opleidingsniveau	14,4	11,3	12,8	41,1	39,5	40,3
urbanisatiegraad						
zeer stedelijk	20,2	18,6	19,5	54,3	48,2	51,7
niet stedelijk	14,5	11,8	13,3	50,3	43,6	47,3
arbeidsstatus						
werkloos	16,2	17,6	16,8	38,2	47,1	42,0
arbeidsongeschikt	32,9	26,7	29,6	81,3	79,0	80,0
pensioen	21,6	17,8	19,3	73,7	70,5	71,8
betaald werk	14,3	10,8	12,3	38,3	30,7	34,1
huisvrouw/huisman	18,0	19,0	18,0	55,5	57,1	55,5

Medicijnen op recept	medicijnen voorgeschreven			voorgeschreven medicijnen gebruikt		
	vrouw	man	totaal	vrouw	man	totaal
woonvorm						
éénpersoonshuishouden	20,2	18,7	19,7	64,5	52,8	60,5
tweepersoonshuishouden	18,3	14,6	16,5	57,7	55,4	56,6
éénoudergezin	19,2	14,3	18,0	53,3	35,7	49,0
tweeoudergezin	15,3	11,8	13,7	39,6	34,2	37,1
sociale steun						
geen tekorten sociale steun	14,8	14,5	14,7	49,9	45,1	47,8
veel tekorten sociale steun	20,2	12,3	16,8	52,8	41,6	48,0
Totaal	17,6	14,0	16,0	51,7	45,3	48,9

Bron: patiëntenquête

- ▶ Mensen in tweeoudergezinnen en mensen in niet-stedelijke gebieden krijgen minder medicijnen voorgeschreven en gebruiken minder voorgeschreven medicijnen
- ▶ Mensen in zeer stedelijke gebieden en laag opgeleiden krijgen meer medicijnen voorgeschreven en gebruiken meer voorgeschreven medicijnen

Met behulp van een logistische regressie (Bijlage II, Tabel 10a) is gekeken in hoeverre de diverse achtergrondkenmerken een onafhankelijk verband hebben met het verkrijgen van een recept en het medicijngebruik. Het blijkt dat geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad en arbeidsongeschiktheid een onafhankelijk verband hebben met het verkrijgen van een recept. Wanneer vervolgens rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving zijn er alleen onafhankelijke verbanden met geslacht en urbanisatiegraad (Tabel 5.6.5). Dus de kans is groter dat vrouwen en mensen uit zeer stedelijke gebieden medicijnen hebben voorgeschreven gekregen. Let op dat kenmerken die in deze analyse 'afvallen' niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het verkrijgen van een recept. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Voor het gebruik van op recept verkregen medicijnen ligt de situatie anders (Bijlage II, 11a). Geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, verzekeringsvorm, arbeidsongeschiktheid en tekorten in sociale steun hebben een onafhankelijk verband met het gebruik van medicijnen die door de arts zijn voorgeschreven. Wanneer vervolgens de gezondheidsbeleving betrokken wordt in de analyse krijgt ook werkloosheid een onafhankelijk verband met medicijngebruik, het onafhankelijk verband met woonvorm verdwijnt (Tabel 5.6.5).

Dus de kans is groter dat respondenten die vrouw, oud, ziekenfondsverzekerd, arbeidsongeschikt, werkloos zijn, matige tekorten in sociale steun hebben of in sterk stedelijke gebieden wonen medicijnen gebruiken die door de arts zijn voorgeschreven.

Tabel 5.6.5

Statistisch significante samenhang (ps.05) met het voorschrijven en het gebruik van medicijnen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview door respondenten ≥ 25 jaar

	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
voorschrijven van medicijnen	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
	verzekeringsvorm		
	opleidingsniveau		
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	
	woonvorm		
gebruik van medicijnen	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
	verzekeringsvorm	verzekeringsvorm	verzekeringsvorm
	opleidingsniveau		
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
			werkloosheid
	woonvorm	woonvorm	
		tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans om medicijnen voorgeschreven te krijgen groter voor vrouwen en mensen uit zeer stedelijke gebieden
- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans om voorgeschreven medicijnen te gebruiken groter voor vrouwen, ouderen, ziekenfondsverzekerden, arbeidsongeschikten, werklozen, mensen in sterk stedelijke gebieden en mensen met veel tekorten in sociale steun

De drie meest gebruikte medicijnen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview van de lijst gepresenteerd in Tabel 5.6.6, zijn medicijnen voor hart/bloeddruk, slaap- en kalmeringsmiddelen en pijn- en koortswerende middelen. Eenderde van de respondenten die zegt de afgelopen twee weken medicijnen op recept gebruikt te hebben, gebruikte medicijnen voor hart/bloedvaten of de bloeddruk. Slaap- en kalmeringsmiddelen werd door 14% gebruikt (Tabel 5.6.6).

Tabel 5.6.6

Overzicht van degenen die medicijnen op recept gebruiken 14 dagen voorafgaand aan het interview naar soort in percentages (n=5047)

Soort medicijn	%
medicijnen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk	31,5
slaap- en kalmeringsmiddelen, middelen tegen de zenuwen	13,8
pijn- en koortswerende middelen	13,7
medicijnen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, roos, wonden)	12,1
medicijnen voor maag- en darmklachten of spijsverteringsmiddelen	10,8
medicijnen tegen astma	8,8
plaspillen	7,7
medicijnen voor reuma	7,6
medicijnen tegen suikerziekte	6,5
medicijnen tegen allergie	5,7
medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn	5,0
antibiotica zoals penicilline en sulfapreparaten	5,0
hormonen	4,9
medicijnen voor de ogen	4,1
versterkende middelen zoals vitamines, mineralen, tonicum	3,1
laxeermiddelen	2,6
andere medicijnen	23,9

Bron: patiëntenquête

In Tabel 5.6.7 wordt een overzicht gegeven door wie de middelen zijn voorgeschreven naar verzekeringsvorm. Alleen ten aanzien van reumamiddelen en allergiemiddelen zijn er statistisch significante verschillen naar verzekeringsvorm en voorschrijver. Verhoudingsgewijs veel respondenten met een particuliere verzekering zeggen reumamiddelen van de huisarts voorgeschreven gekregen te hebben. Ziektenfondsverzekerden krijgen verhoudingsgewijs veel reumamiddelen van de specialist. Allergiemiddelen daarentegen worden verhoudingsgewijs veel door huisartsen voorgeschreven aan respondenten met een ziektenfondsverzekering, terwijl particulier verzekerden relatief vaak een recept ontvangen van de specialist.

Tabel 5.6.7

Voorgescreven medicijnen 14 dagen op recept voorafgaand aan het interview naar voorschrijver en verzekeringsvorm in percentages

Medicijnen op recept	huisarts			specialist			onbekend totaal
	zieken- fonds	parti- culier	sub- totaal	zieken- fonds	parti- culier	sub- totaal	
	medicijnen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk	53,1	57,7	54,5	46,7	42,3	
slaap- en kalmeringsmiddelen, middelen tegen de zenuwen	83,0	85,3	83,5	16,9	14,7	16,4	0,1
pijn- en koortswerende middelen	81,6	77,3	80,6	18,1	20,9	18,7	0,7
medicijnen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, roos, wonden)	79,9	75,0	78,2	20,1	25,0	21,8	0,0
medicijnen voor maag- en darmklachten of spijsverteringsmiddelen	63,8	65,9	64,4	36,2	34,1	35,6	0,0
medicijnen tegen astma	66,1	64,9	65,6	33,9	35,1	34,4	0,0
plaspillen	68,8	67,7	68,6	30,8	32,3	31,2	0,3
medicijnen voor reuma	59,2	71,0	62,1	40,8	29,0	37,9	0,0
medicijnen tegen suikerziekte	57,8	62,0	58,8	42,2	38,0	41,2	0,0
medicijnen tegen allergie	84,4	72,7	79,5	15,6	27,3	20,5	0,0
medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn	88,6	87,1	88,0	11,4	12,9	12,0	0,0
antibiotica zoals penicilline en sulfapreparaten	78,9	80,5	79,4	21,1	19,5	20,6	0,0
hormonen	56,8	48,2	53,9	43,2	51,8	46,1	0,0
medicijnen voor de ogen	39,7	34,3	38,0	60,3	65,7	62,0	0,0
versterkende middelen zoals vitaminen, mineralen, tonicum	65,8	50,0	61,1	33,3	50,0	38,2	0,6
laxeermiddelen	73,3	62,5	70,0	26,7	37,5	30,0	0,0
andere medicijnen	57,2	61,8	58,6	42,5	38,2	41,1	0,2

195

De 5 meest gebruikte medicijnen op recept (van de voorgelegde lijst in Tabel 5.6.6) staan in Tabel 5.6.8 naar diverse achtergrondkenmerken uitgesplitst. In tegenstelling tot Tabel 5.6.6 is gepercentreerd naar de hele steekproef (voor een overzicht gepercentreerd naar degenen die gebruiken verwijzen we naar Bijlage II, Tabel 12). Slaapmiddelen en pijn-/koortswerende middelen worden statistisch significant meer gebruikt ($p < .01$) door vrouwen dan door mannen, voor de drie andere middelen (huidmiddelen, maagmiddelen en hartmiddelen) is het gebruik onder mannen en vrouwen ongeveer gelijk. Over het algemeen neemt naarmate de leeftijd stijgt het gebruik van medicijnen toe, behalve voor huidmiddelen. Behalve voor huidmiddelen zijn er statistisch significante verschillen naar verzekeringsvorm. Meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden gebruiken hart-, slaap, pijn- en koorts- en maagmiddelen. In zeer stedelijke gebieden worden de middelen meer gebruikt ($p < .05$) dan in niet-stedelijke gebieden. Dit geldt echter niet voor het gebruik van hart- en bloedvaten middelen.

Tabel 5.6.8

Percentage respondenten naar medicijngebruik afgelopen twee weken naar achtergrondkenmerken (n=12672)

Medicijnen op recept	hart/ bloeddruk- middelen	slaap- middelen	pijn- koorts- werende middelen	huid- middelen	maag-/darm- middelen
geslacht					
vrouw	12,4	7,2	6,9	4,9	4,5
man	12,7	3,4	3,7	4,7	4,0
leeftijd					
0 - 14 jaar	0,1	0,4	1,6	4,5	0,7
15 - 24 jaar	0,8	1,5	2,7	4,0	0,8
25 - 44 jaar	2,4	4,0	4,7	5,5	3,0
45 - 64 jaar	17,6	7,8	6,6	4,6	6,1
> 64 jaar	44,1	12,8	11,3	5,0	10,0
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	13,6	6,6	6,5	4,9	4,7
particulier	10,7	3,5	3,5	4,7	3,6
urbanisatiegraad					
zeer sterk	13,2	7,1	6,8	5,7	4,8
niet stedelijk	12,4	4,4	5,1	4,6	3,5
Totaal	12,5	5,5	5,4	4,8	4,3

Bron: patiëntenquête

- Over het algemeen worden de voorgeschreven middelen uit de top 5 meer gebruikt door ziekenfondsverzekerden en mensen in de zeer stedelijke gebieden dan door particulier verzekerden en mensen op het platteland
- Slaapmiddelen en pijn-/koortswerende middelen worden meer gebruikt door vrouwen dan door mannen

In Tabel 5.6.9 staat het gebruik van de vijf voorgeschreven medicijnen naar geslacht en opleidingsniveau. Behalve voor wat betreft het gebruik van huidmiddelen, worden de geneesmiddelen in Tabel 5.6.9 meer gebruikt door respondenten met een laag opleidingsniveau dan met een hoog opleidingsniveau. Bijvoorbeeld gebruikt 33% van de respondenten met een laag opleidingsniveau medicijnen voor hart- en bloeddruk tegenover 11% van de hoogopgeleiden. Opvallend is het relatief lage percentage vrouwen met een hoog opleidingsniveau dat hart- of bloeddrukmiddelen gebruikt, terwijl er onder laag en middelbaar opgeleiden geen verschil is naar geslacht.

Tabel 5.6.9

Percentage respondentent naar medicijngebruik op recept afgelopen twee weken naar opleiding voor respondentent van ≥ 25 jaar (n=8923)

Medicijnen op recept	hart/ bloeddruk middelen	slaap- middelen	pijn- koorts- werende middelen	huid- middelen	maag/darm- middelen
laag opleidingsniveau					
vrouw	33,8	18,2	13,9	5,9	9,6
man	32,7	7,1	9,6	4,7	8,6
subtotaal	33,4	14,0	12,3	5,5	9,2
middelbaar opleidingsniveau					
vrouw	15,0	8,4	7,8	5,0	5,4
man	17,6	4,5	4,8	4,5	5,5
subtotaal	16,1	6,7	6,5	4,7	5,5
hoog opleidingsniveau					
vrouw	8,2	5,9	5,7	5,1	4,2
man	14,2	4,4	3,2	5,7	4,3
subtotaal	11,2	5,1	4,4	5,4	4,2
Totaal	17,7	7,5	6,9	5,0	5,8

Bron: patiëntenquête

In Tabel 5.6.10 wordt een overzicht gegeven van het gebruik van de vijf medicijnen op recept door respondentent van 25 jaar en ouder. Voor huidmiddelen is er niet veel variatie in het gebruik tussen de diverse subgroepen, behalve voor wat betreft urbanisatiegraad en sociale steun. Respondentent in zeer stedelijke gebieden en met veel tekorten in sociale steun gebruiken vaker huidmiddelen ($p < .01$).

Het gebruik van de overige vier gepresenteerde medicijnen verschilt (statistisch significant) tussen de meeste subgroepen.

Tabel 5.6.10

Percentage respondenten naar medicijngebruik op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview naar achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar

Medicijnen op recept	hart/ bloeddruk middelen	slaap- middelen	pijn- koorts- werende middelen	huid- middelen	maag/darm- middelen
geslacht					
vrouw	16,9	9,6	8,4	5,2	5,9
man	18,7	4,8	5,0	4,8	5,6
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	18,5	8,6	8,1	5,0	6,1
particulier	16,0	5,1	4,5	5,1	5,1
opleidingsniveau					
laag	33,4	14,0	12,3	5,5	9,2
middelbaar	16,1	6,7	6,5	4,7	5,5
hoog	11,2	5,1	4,4	5,4	4,2
urbanisatiegraad					
zeer sterk	18,2	9,5	8,7	6,2	6,3
niet stedelijk	17,8	6,2	6,7	4,7	4,9
arbeidsstatus					
werkloos	10,1	9,2	7,6	3,4	3,4
arbeidsongeschikt	22,8	25,3	20,2	7,1	12,5
pensioen	41,4	10,3	9,3	4,7	8,9
betaald werk	6,8	3,2	3,8	4,9	3,3
huisvrouw/huisman	21,2	10,1	8,4	5,1	7,0
woonvorm					
éénpersoonshuishouden	27,0	14,0	9,4	5,4	7,6
tweepersoonshuishouden	24,1	7,5	7,1	4,9	7,2
éénoudergezin	15,3	9,1	10,0	5,3	4,7
tweeoudergezin	8,3	4,3	5,3	5,0	3,9
sociale steun					
geen tekorten in sociale steun	17,8	5,5	6,7	3,7	6,1
veel tekorten in sociale steun	14,5	8,6	7,8	6,6	4,8
Totaal	17,7	7,5	6,9	5,0	5,8

Bron: patiëntenquête

- Het gebruik van de meest gebruikt medicijnen op recept varieert tussen de meeste subgroepen

Met behulp van een logistische regressie (Bijlage II, Tabellen 13 t/m 17) is gekeken naar onafhankelijke verbanden van de diverse achtergrondkenmerken met het gebruik van de top 5 van geneesmiddelen. Over het algemeen is de kans groter dat vrouwen en ouderen de vijf medicijnen gebruiken rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving dan mannen (behalve voor het gebruik van maag- en darmmiddelen) en jongeren. De woonvorm heeft wanneer rekening gehouden wordt met andere achtergrondkenmerken en gezondheidsbeleving alleen een onafhankelijk verband met het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. De kans dat respondenten in éénpersoonshuishouden slaap- of kalmeringsmiddelen gebruiken is groter dan in tweeoudergezinnen. Voor slaap- en kalmeringsmiddelen zijn de meeste onafhankelijke verbanden gevonden met de diverse achtergrondkenmerken. Naast geslacht, leeftijd en woonvorm hebben ook arbeidsstatus en sociale steun een onafhankelijk verband met het gebruik. De kans dat iemand met veel tekorten in sociale steun slaap-/kalmeringsmiddelen gebruikt is groter dan voor iemand zonder tekorten in sociale steun. Ook het feit of iemand huisvrouw/-man is, beïnvloedt het gebruik. Let op dat kenmerken die in de analyses ‘afvallen’ niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met medicijngebruik. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.6.11

Statistische verbanden met het gebruik van de top 5 van medicijnen op recept door respondenten \geq 25 jaar

	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
medicijnen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm		
	opleidingsniveau		
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	
		huisvrouw/huisman	huisvrouw/huisman
	woonvorm		
	tekorten in sociale steun		
slaap- en kalmeringsmiddelen, middelen tegen de zenuwen	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm		
	opleidingsniveau		
	urbanisatiegraad		
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
		huisvrouw/huisman	huisvrouw/huisman
	woonvorm	woonvorm	woonvorm
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun
pijn- en koortswerende middelen	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm		

	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
	opleidingsniveau		
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm		
medicijnen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, roos, wonden)	urbanisatiegraad		
	tekorten in sociale steun	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	
medicijnen voor maag- en darmklachten of spijsverteringsmiddelen	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm		
	opleidingsniveau		
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	
	woonvorm		

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken blijken diverse achtergrondkenmerken onafhankelijke verbanden te hebben met het gebruik van de top 5 van geneesmiddelen op recept

5.6.1.2 Medicijnen op recept in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de volwassen allochtonen geeft 27% aan (versus 16% van de volwassen autochtonen) 14 dagen voorafgaand aan het interview medicijnen voorgeschreven te hebben gekregen. Dit verschil is statistisch significant ($p < .01$).

- Volwassen allochtonen krijgen vaker medicijnen op recept dan autochtonen

Tussen de allochtone groepen zijn er statistisch significante verschillen ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen. Surinamers krijgen vaker medicijnen voorgeschreven dan Marokkanen en Antillianen.

Van de Surinamers zegt 33% medicijnen voorgeschreven gekregen te hebben tegenover 25% van de Marokkanen en 23% van de Antillianen. Van de Turken zegt 26% medicijnen te hebben voorgeschreven gekregen. Opvallend veel Turkse vrouwen (32%) zeggen medicijnen voorgeschreven te hebben gekregen vergeleken met Turkse mannen (20%).

Tabel 5.6.12

Percentage allochtone respondenten ≥ 18 jaar dat afgelopen twee weken medicijnen heeft voorgeschreven gekregen naar allochtone groep (n=1335)

Voorschrijven van medicijnen	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	28,7	24,8	31,8	34,9	30,4
man	20,2	20,6	19,8	28,0	21,3
Totaal	24,7	23,3	26,1	33,0	26,7

Bron: allochtonenenquête

- Van de vier allochtone groepen krijgen Surinamers het vaakst medicijnen op recept voorgeschreven

Naarmate de leeftijd stijgt neemt het percentage allochtonen dat aangeeft medicijnen te hebben voorgeschreven gekregen toe. Van de allochtonen van 45 jaar en ouder zegt 41% medicijnen te hebben voorgeschreven gekregen, tegenover 23% van de allochtonen tussen 25 en 45 jaar. Vrouwen krijgen vaker medicijnen voorgeschreven dan mannen.

201

Tabel 5.6.13

Percentage allochtone respondenten ≥ 18 jaar dat afgelopen twee weken medicijnen heeft voorgeschreven gekregen naar leeftijd (n=1335)

Voorschrijven van medicijnen	Leeftijd				totaal
	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
vrouw	16,9	26,6	44,0	48,8	30,4
man	7,1	17,6	36,3	28,0	21,3
Totaal	13,3	22,8	40,8	40,9	26,7

Bron: allochtonenenquête

- Vrouwelijke en oudere allochtonen krijgen vaker medicijnen op recept voorgeschreven

Van de volwassen allochtone bevolkingsgroepen zegt 41% voorgeschreven medicijnen te hebben gebruikt (versus 47% van de volwassen autochtonen). Terwijl allochtonen vaker dan autochtonen zeggen een recept gekregen te hebben (27% versus 16%) zeggen zij minder vaak de medicijnen te hebben gebruikt ($p < .01$).

- Allochtonen krijgen vaker een recept dan autochtonen maar het gebruik van voorgeschreven medicijnen is minder onder allochtonen

Tussen de vier allochtone groepen zijn er statistisch significante verschillen in het gebruik van medicijnen op recept. Surinamers gebruiken vaker middelen op recept dan de overige drie groepen.

Tabel 5.6.14

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen twee weken voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt (n=1333)

Gebruik medicijnen op recept	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	37,6	41,0	44,3	52,6	44,2
man	31,1	40,2	32,1	48,2	35,6
Totaal	34,5	40,7	38,5	51,4	40,7

Bron: allochtonenenquête

- Van de onderzochte allochtone groepen gebruiken Surinamers het meest medicijnen op recept

202

Naarmate de leeftijd stijgt neemt het gebruik van medicijnen op recept toe. Allochtone vrouwen gebruiken meer medicijnen op recept dan allochtone mannen (44% versus 36%).

Tabel 5.6.15

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen twee weken voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt naar leeftijd (n=1333)

Gebruik medicijnen op recept	Leeftijd				totaal
	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
vrouw	24,6	38,0	65,2	73,2	44,2
man	13,0	29,0	59,3	56,0	35,6
Totaal	20,3	34,2	62,7	66,7	40,7

Bron: allochtonenenquête

Allochtonen die vrouw, laag opgeleid, arbeidsongeschikt zijn of in éénpersoonshuishoudens wonen hebben statistisch significant meer medicijnen voorgeschreven en gebruikt dan respectievelijk allochtonen die man, hoog opgeleid zijn, betaald werk hebben of in tweoudergezinnen wonen (Tabel 5.6.16).

Van de laag opgeleide allochtonen heeft 35% medicijnen voorgeschreven gekregen tegenover 17% van de hoog opgeleiden. Bijna driekwart van de arbeidsongeschikte allochtonen of allochtonen die gepensioneerd zijn gebruikt medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven.

Tabel 5.6.16

Percentage allochtone respondenten van 25 jaar en ouder dat afgelopen twee weken medicijnen heeft voorgeschreven gekregen door een arts en voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt naar diverse achtergrondkenmerken

	Medicijnen voorgeschreven gekregen	Voorgeschreven medicijnen gebruikt
geslacht		
vrouw	32,8	47,7
man	23,4	38,9
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	29,1	43,8
particulier	25,7	43,4
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	34,9	53,2
middelbaar opleidingsniveau	27,3	40,5
hoog opleidingsniveau	17,1	26,6
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	29,4	45,4
niet stedelijk	29,0	43,9
arbeidsstatus		
werkloos	28,1	45,5
arbeidsongeschikt	50,0	72,1
pensioen	43,1	70,7
betaald werk	21,1	33,2
huisvrouw/huisman	30,7	44,5
woonvorm		
éénpersoonshuishouden	36,6	54,9
tweepersoonshuishouden	30,4	52,5
éénoudergezin	27,0	45,7
tweeoudergezin	25,8	37,7
Totaal	28,9	44,0

Bron: allochtonenenquête

- ▶ Allochtonen die vrouw, laag opgeleid of arbeidsongeschikt zijn of allochtonen die in éénpersoonshuishoudens wonen krijgen vaker medicijnen voorgeschreven en gebruiken meer medicijnen op recept

Met behulp van een regressieanalyse (Bijlage II, Tabellen 10b/11b) is onderzocht in hoeverre er sprake is van onafhankelijke verbanden. Het blijkt dat geslacht, leeftijd en arbeidsongeschiktheid zowel met het voorgeschreven krijgen van medicijnen als met het gebruik van medicijnen op recept een onafhankelijk verband hebben, ook wanneer rekening gehouden wordt met de gezondheids-

beleving. De kans dat allochtonen die vrouw, ouder en arbeidsongeschikt zijn medicijnen op recept krijgen voorgeschreven en gebruiken is groter. Opleidingsniveau heeft alleen een onafhankelijk verband met het gebruik van medicijnen op recept. De kans dat lager opgeleide allochtonen medicijnen op recept gebruiken is groter dan voor hoog opgeleide allochtonen. Let op dat kenmerken die in deze analyse ‘afvallen’ niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het voorgeschreven krijgen van medicijnen of met medicijngebruik. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

Tabel 5.6.17

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) met het voorschrijven en het gebruik van medicijnen op recept afgelopen twee weken door allochtone respondenten ≥ 25 jaar

204

	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
voorschrijven van medicijnen	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	opleidingsniveau		
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm		
gebruik van medicijnen op recept	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
	arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
	woonvorm		

Bron: allochtonenenquête

- ▶ Rekening houdend met de gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans dat allochtonen die vrouw, ouder en arbeidsongeschikt zijn medicijnen op recept krijgen voorgeschreven en gebruiken groter
- ▶ Rekening houdend met de gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans dat laag opgeleide allochtonen medicijnen op recept gebruiken groter

5.6.2 Vrij verkrijgbare medicijnen

In deze paragraaf staat het gebruik van medicijnen centraal die respondenten zonder recept kunnen verkrijgen in een apotheek, drogist, supermarkt of via internet.

5.6.2.1 Vrij verkrijgbare medicijnen in de autochtone bevolking

Van de onderzochte respondenten heeft bijna driekwart (72%) het jaar voorafgaand aan het interview een vrij verkrijgbaar medicijn gekocht, 13% zegt nog nooit een vrij verkrijgbaar medicijn te hebben gekocht en voor 16% is het langer dan een jaar geleden. Er zijn geen statistisch significante verschillen naar verzekeringsvorm en tijdstip in het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen, wel naar geslacht. Mannen hebben vaker nog nooit of langer dan 1 jaar geleden een vrij verkrijgbaar middel gebruikt dan vrouwen (Tabel 5.6.18).

Tabel 5.6.18

Percentage respondenten dat vrij verkrijgbaar medicijn gebruikt naar geslacht en tijdstip (n=12672)

Vrij verkrijgbare medicijnen	vrouw	man	subtotaal
minder dan 1 jaar geleden	76,7	65,5	71,5
meer dan 1 jaar geleden	12,5	19,2	15,6
nooit	10,8	15,4	12,9

Bron: patiëntenquête

Veertien dagen voorafgaand aan het interview heeft 37% van de onderzochte respondenten een vrij verkrijgbaar medicijn gebruikt. Tussen 25 en 45 jaar worden de meeste vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt. Meer particulier verzekerden dan ziekenfondsverzekerden en meer vrouwen dan mannen gebruiken vrij verkrijgbare medicijnen.

Tabel 5.6.19

Percentage respondenten dat afgelopen twee weken vrij verkrijgbaar medicijn heeft gebruikt naar leeftijd (n= 12671)

Vrij verkrijgbare medicijnen		Leeftijd					totaal
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
ziekenfonds	vrouw	29,7	48,9	49,7	46,7	34,1	42,9
	man	33,6	29,6	34,5	26,6	26,7	30,6
	subtotaal	31,7	39,0	44,0	38,6	31,2	37,7
particulier	vrouw	30,3	49,2	48,4	40,6	38,5	40,3
	man	25,5	32,8	34,8	29,2	23,9	29,3
	subtotaal	27,8	41,6	41,0	34,1	31,4	34,5
totaal	vrouw	30,0	49,2	49,4	44,7	35,2	42,1
	man	30,0	30,7	34,7	28,0	25,7	30,1
	Totaal	30,0	40,1	43,1	36,8	31,3	36,5

Bron: patiëntenquête

► Vrouwen en ziekenfondsverzekerden gebruiken meer vrij verkrijgbare medicijnen

► Tussen 25 en 45 jaar worden de meeste vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt

In Tabel 5.6.20 wordt voor respondenten van 25 jaar en ouder een overzicht gegeven van het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen naar diverse achtergrondkenmerken. Behalve ten aanzien van de woonvorm zijn er voor alle achtergrondkenmerken statistisch significante verschillen in medicijngebruik. Hoog opgeleiden gebruiken bijvoorbeeld meer medicijnen die vrij verkrijgbaar zijn dan laag opgeleiden. In zeer stedelijk gebieden worden meer vrij verkrijgbare middelen gebruikt dan in niet-stedelijke gebieden. Mensen met een betaalde baan, arbeidsongeschikten en werklozen gebruiken meer vrij verkrijgbare medicijnen dan gepensioneerden.

Tabel 5.6.20

Percentage respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen twee weken vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt naar diverse achtergrondkenmerken

206

Vrij verkrijgbare medicijnen	vrouw	man	totaal
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	44,9	29,8	39,0
particulier	42,8	30,2	35,9
opleidingsniveau			
laag opleidingsniveau	37,1	24,7	32,5
middelbaar opleidingsniveau	45,6	30,8	39,1
hoog opleidingsniveau	46,8	30,5	38,5
urbanisatiegraad			
zeer stedelijk	48,9	34,2	42,6
niet stedelijk	36,9	25,9	32,0
arbeidsstatus			
werkloos	41,2	31,4	37,0
arbeidsongeschikt	54,2	29,5	40,9
pensioen	34,0	26,1	29,2
betaald werk	49,8	31,5	39,7
huisvrouw/huisman	41,0	35,7	40,9
woonvorm			
éénpersoonshuishouden	41,1	29,6	37,2
tweepersoonshuishouden	43,5	29,8	36,8
éénoudergezin	44,7	29,8	41,0
tweeoudergezin	46,7	30,5	39,2
sociale steun			
geen tekorten sociale steun	40,3	28,7	35,2
veel tekorten sociale steun	48,6	33,7	42,2
Totaal	44,4	30,0	38,0

Bron: patiëntenquête

► Gepensioneerden gebruiken minder vrij verkrijgbare middelen dan mensen met een andere arbeidsstatus

- Middelbaar, hoger opgeleiden, mensen in zeer stedelijke gebieden en mensen met veel tekorten in sociale steun gebruiken meer vrij verkrijgbare medicijnen

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 18a) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Het blijkt dat geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, opleidingsniveau en tekorten in sociale steun een onafhankelijk verband hebben met het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen, ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving. Rekening houdend met de gezondheidsbeleving is de kans dat vrouwen, ouderen, respondenten in zeer stedelijke gebieden, mensen met veel tekorten in sociale steun en hoog opgeleiden vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken groter.

207

Tabel 5.6.21 Statistisch significante samenhang ($p < .05$) met het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen twee weken door respondenten ≥ 25 jaar

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Vrij verkrijgbare medicijnen	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
leeftijd	leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm		
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
arbeidsstatus		
tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat vrouwen, hoog opgeleiden, mensen in zeer stedelijke gebieden en mensen met veel tekorten in sociale steun vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken

In Tabel 5.6.22 wordt een overzicht gegeven van de soort vrij verkrijgbare middelen die gebruikt zijn. Bovenaan staan pijn- en koortswerende middelen. Bijna een op de drie respondenten (29%) heeft de 14 dagen voorafgaand aan het interview deze middelen gebruikt. Op de tweede en derde plaats staan middelen tegen verkoudheid en griep en versterkende middelen zoals vitaminen. Deze zijn door een aanzienlijk kleinere groep gebruikt, respectievelijk 6% en 5% van de onderzochte respondenten zegt deze middelen de afgelopen veertien dagen gebruikt te hebben.

Tabel 5.6.22

Gebruik vrij verkrijgbare medicijnen 14 dagen voorafgaand aan het interview naar soort middel in percentages (n=12693)

Vrij verkrijgbare medicijnen	subtotaal
pijn- en koortswerende middelen	28,6
medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn	5,9
versterkende middelen zoals vitaminen, mineralen tonicum	5,1
homeopathische middelen	3,2
medicijnen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, roos, wonden)	1,1
medicijnen voor maag- en darmklachten of spijsverteringsmiddelen	1,1
slaap- en kalmeringsmiddelen, middelen tegen de zenuwen	0,6
medicijnen tegen reuma, gewrichtspijnen	0,5
laxeermiddelen	0,3
medicijnen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk	0,1
andere medicijnen	1,3

Bron: patiëntenquête

Voor de vier meest gebruikte vrij verkrijgbare middelen (die gebruikt worden door meer dan 3% van de onderzochte respondenten) wordt een overzicht gegeven naar een aantal achtergrondkenmerken (Tabel 5.6.23). Behalve voor verzekeringsvorm (waar alleen voor wat betreft pijn- en koortswerende middelen statistisch significant verschillen zijn) zijn er voor alle achtergrondkenmerken statistisch significante verschillen in gebruik. Meer vrouwen dan mannen gebruiken de vier vrij verkrijgbare middelen. In stedelijk gebieden gebruiken meer respondenten de vier vrij verkrijgbare medicijnen dan in niet-stedelijke gebieden. Pijn- en koortswerende middelen worden meer door ziekenfondsverzekerden gebruikt dan door particulier verzekerden.

Ook zijn er verschillen naar leeftijd. Vitaminen en pijn- en koortswerende middelen worden het meest gebruikt door 15-44 jarigen, hoestmiddelen worden meer door jongere respondenten dan door oudere respondenten gebruikt en homeopathische middelen worden meer gebruikt door respondenten van 25 jaar en ouder.

Tabel 5.6.23

Percentage respondentent dat de vier meest gebruikte vrij verkrijgbare medicijnen de afgelopen twee weken gebruikt naar achtergrondkenmerken (12693)

Vrij verkrijgbare medicijnen	pijn-/koorts-werende middelen	hoest	vitaminen	homeopathische middelen
geslacht				
vrouw	33,5	6,6	6,5	4,1
man	22,8	5,2	3,6	2,2
leeftijd				
0 - 14 jaar	18,2	9,4	3,9	2,8
15 - 24 jaar	33,6	7,6	6,2	2,0
25 - 44 jaar	36,6	6,2	6,9	3,8
45 - 64 jaar	30,0	4,1	4,7	3,4
> 64 jaar	22,9	3,3	3,6	3,1
verzekeringvorm				
ziekenfonds	29,9	6,1	5,1	3,1
particulier	26,4	5,7	5,1	3,0
urbanisatiegraad				
zeer sterk	32,8	6,9	8,3	3,3
niet stedelijk	24,0	4,0	3,1	2,8
Totaal	28,6	5,9	5,1	3,2

Bron: patiëntenquête

- ▀ Vrouwen en mensen in zeer stedelijke gebieden gebruiken vaker pijn- en koortswerende middelen, hoestmiddelen, vitaminen en homeopathische middelen
- ▀ Tot 15 jaar worden de meeste hoestmiddelen gebruikt, in de leeftijdsgroep van 15 tot 45 jaar worden de meeste vitaminen en pijn- en koortswerende middelen gebruikt en homeopathische middelen worden het meest gebruikt vanaf 25-jarige leeftijd
- ▀ Pijn- en koortswerende medicijnen worden meer door ziekenfondsverzekerden gebruikt

In Tabel 5.6.24 wordt voor respondenten van 25 jaar en ouder een overzicht gegeven van de vier meest gebruikte vrij verkrijgbare middelen naar diverse achtergrondkenmerken. Tussen de diverse groepen zijn er verschillen in gebruik. Opvallend is het relatief hoge gebruik van versterkende middelen onder alleenwonenden, hoog opgeleiden en mensen uit zeer stedelijke gebieden en het relatief hoge gebruik van homeopathische middelen onder werklozen.

Tabel 5.6.24

Het gebruik van de vier meest gebruikte vrije verkrijgbare medicijnen voor respondenten ≥ 25 jaar naar achtergrondkenmerken in percentages

Vrij verkrijgbare medicijnen	pijn-/koorts-middelen	hoest griep-middelen	versterkende middelen	homeopathische middelen
geslacht				
vrouw	36,3	5,6	7,0	4,7
man	24,3	3,6	3,2	2,0
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	31,9	5,0	5,4	3,7
particulier	29,2	4,1	5,2	3,1
opleidingsniveau				
laag opleidingsniveau	25,7	4,1	3,6	2,4
middelbaar opleidingsniveau	32,1	4,6	5,1	3,3
hoog opleidingsniveau	31,4	5,4	7,2	4,9
urbanisatiegraad				
zeer stedelijk	35,2	5,9	8,6	3,7
niet stedelijk	25,8	3,2	3,0	3,4
arbeidsstatus				
werkloos	30,3	3,4	4,2	5,9
arbeidsongeschikt	30,9	6,0	7,1	3,8
pensioen	20,8	3,4	3,4	2,4
betaald werk	33,2	5,4	6,1	3,4
huisvrouw/huisman	35,0	3,9	4,8	4,0
woonvorm				
éénpersoonshuishouden	29,2	5,0	7,3	4,2
tweepersoonshuishouden	28,8	4,2	4,6	3,2
éénoudergezin	32,2	4,7	5,9	4,4
tweeoudergezin	33,5	5,1	5,2	3,4
sociale steun				
geen tekorten sociale steun	27,7	3,7	4,5	2,7
veel tekorten sociale steun	35,1	5,6	6,6	4,3
Totaal	31,0	4,7	5,3	3,5

Bron: patiëntenquête

- Hoog opgeleiden gebruiken meer hoestmiddelen, versterkende middelen en homeopathische middelen dan laag opgeleiden
- Gepensioneerde gebruiken het minst vaak pijn- en koortsmiddelen, versterkende middelen en homeopathische middelen
- Huisvrouwen gebruiken meer pijn- en koortswerende middelen dan mensen met een andere arbeidsstatus

- ▶ Alleenwonenden gebruiken meer versterkende middelen dan mensen die in twee- of meer-persoonshuishoudens wonen
- ▶ Werklozen gebruiken meer homeopathische middelen en arbeidsongeschikten meer versterkende middelen dan mensen met een andere arbeidsstatus

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabellen 19 t/m 22) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van mensen het meest in het oog springen qua samenhang met het gebruik van vrij verkrijgbare middelen. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het gebruik van vrij verkrijgbare middelen berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Opvallend is dat opleidingsniveau behalve voor medicijnen tegen hoest en verkoudheid een onafhankelijk verband heeft met het gebruik van de middelen. Hoger opgeleiden gebruiken meer vrij verkrijgbare middelen tegen koorts, homeopathische en versterkende middelen dan laag opgeleiden. Arbeidsstatus heeft geen onafhankelijk verband met het gebruik van koorts- en pijnmiddelen of met het gebruik van middelen tegen verkoudheid en griep. Wel heeft arbeidsstatus een onafhankelijk verband met versterkende en homeopathische middelen. Huisvrouwen/-mannen gebruiken meer versterkende middelen en werklozen gebruiken meer homeopathische middelen. Let op dat kenmerken die in deze analyse ‘afvallen’ niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het gebruik van vrij verkrijgbare middelen. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

211

Tabel 5.6.25 Statistisch significante verbanden met het gebruik van de top 5 van vrij verkrijgbare medicijnen door respondenten \geq 25 jaar

Vrij verkrijgbare medicijnen	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
pijn- en koortswerende middelen	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	verzekeringsvorm		
	opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
	arbeidsstatus		
	woonvorm		
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun
medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn	geslacht	geslacht	geslacht
	leeftijd	leeftijd	leeftijd
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
	arbeidsstatus		
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Vrij verkrijgbare medicijnen	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
versterkende middelen zoals	geslacht	geslacht	geslacht
vitaminen, mineralen, tonicum	leeftijd		
	opleidingsniveau	opleiding	opleiding
	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad	urbanisatiegraad
	arbeidsstatus	huisvrouw/-man	huisvrouw/-man
	woonvorm		
	tekorten in sociale steun		
homeopathische middelen	geslacht	geslacht	geslacht
	opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
	arbeidsstatus	werkloosheid	werkloosheid
	tekorten in sociale steun		

212

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat vrouwen en hoger opgeleiden vrij verkrijgbare medicijnen tegen koorts, homeopathische middelen en versterkende middelen gebruiken
- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat mensen in zeer stedelijke gebieden vrij verkrijgbare medicijnen tegen koorts, hoest, homeopathische middelen en versterkende middelen gebruiken
- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat mensen met veel tekorten in sociale steun vrij verkrijgbare medicijnen tegen hoest gebruiken
- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat werklozen homeopathische middelen gebruiken en de kans is kleiner dat huisvrouwen/-mannen versterkende middelen gebruiken

5.6.2.2 Vrij verkrijgbare medicijnen in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de volwassen allochtonen heeft 33% (versus 38% van de volwassen autochtonen) de afgelopen twee weken vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt. Deze verschillen zijn statistisch significant ($p < .05$).

- Allochtonen gebruiken minder vaak vrij verkrijgbare medicijnen dan autochtonen

Van de allochtone bevolkingsgroepen zeggen Antillianen het meest dat zij vrij verkrijgbare middelen hebben gebruikt. Het percentage Antillianen dat vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt is vergelijkbaar met de autochtone bevolking. Allochtone vrouwen gebruiken vaker vrij verkrijgbare middelen dan allochtone mannen (37% versus 28%).

Tabel 5.6.26

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen twee weken vrij verkrijgbare medicijnen heeft gebruikt (n=1331)

Vrij verkrijgbare medicijnen	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	37,6	43,4	32,5	34,3	36,6
man	25,6	32,0	29,0	26,5	28,1
Totaal	31,9	39,2	30,9	32,1	33,1

Bron: allochtonenenquête

- ▮ Van de onderzochte allochtone groepen gebruiken Antillianen het meest vrij verkrijgbare medicijnen
- ▮ Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen onder Antillianen is vergelijkbaar met het gebruik in de autochtone bevolking

In Tabel 5.6.27 wordt een overzicht gegeven van het gebruik van vrij verkrijgbare middelen naar leeftijd. De verschillen naar leeftijd zijn statistisch niet significant.

Tabel 5.6.27

Percentage allochtone respondenten \geq 18 jaar dat afgelopen twee weken vrij verkrijgbare medicijnen heeft gebruikt naar leeftijd (n=1331)

Vrij verkrijgbare medicijnen	Leeftijd				totaal
	18-24 jr	25 - 44 jr	45-64 jr	> 64 jr	
vrouw	32,5	38,6	33,7	39,0	36,6
man	22,9	31,0	25,2	20,0	28,1
Totaal	28,9	35,4	30,1	31,8	33,1

Bron: allochtonenenquête

Naar woonvorm en geslacht zijn de verschillen in het gebruik van vrij verkrijgbare middelen statistisch significant. Vrouwelijke allochtonen (37%) en allochtonen in éénpersoonshuishouden (39%) of tweoudergezinnen (36%) gebruiken meer vrij verkrijgbare middelen dan mannelijke allochtonen (29%) of allochtonen in tweepersoonshuishoudens (25%) of éénoudergezinnen (30%). De overige verschillen gepresenteerd in Tabel 5.6.27 zijn statistisch niet significant.

Tabel 5.6.28

Percentage allochtone respondenten \geq 25 jaar dat afgelopen twee weken vrij verkrijgbare medicijnen heeft gebruikt naar diverse achtergrondkenmerken

Gebruik vrij verkrijgbare medicijnen	%
geslacht	
vrouw	37,3
man	28,8
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	33,6
particulier	33,6
opleidingsniveau	
laag opgeleid	29,7
middelbaar opgeleid	37,0
hoog opgeleid	33,6
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	33,8
niet stedelijk	32,7
arbeidsstatus	
werkloos	34,8
arbeidsongeschikt	35,3
pensioen	22,4
betaald werk	32,3
huisvrouw/huisman	35,6
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	38,5
tweepersoonshuishouden	24,8
éénoudergezin	29,5
tweeoudergezin	35,7
Totaal	33,7

Bron: allochtonenenquête

► Allochtonen die vrouw zijn en allochtonen in éénpersoonshuishoudens of tweeoudergezinnen gebruiken meer vrij verkrijgbare middelen

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 18b) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van allochtonen het meest in het oog springen qua samenhang met het gebruik van vrij verkrijgbare middelen. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het gebruik van vrij verkrijgbare middelen berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Het blijkt dat zowel geslacht als woonvorm een onafhankelijk verband hebben met het gebruik van vrij verkrijgbare middelen, ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving.

Tabel 5.6.29 Statistisch significante verbanden ($p < .05$) met het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen 14 dagen voorafgaand aan het interview door allochtone respondenten ≥ 25 jaar

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Vrij verkrijgbare medicijnen	
	rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
geslacht	geslacht	geslacht
woonvorm	woonvorm	woonvorm

Bron: allochtonenenquête

- Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans dat vrouwelijke allochtonen en allochtonen in twee-oudergezinnen vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken groter

215

In Tabel 5.6.30 wordt een overzicht gegeven van de soort middelen die gebruikt zijn. Ook onder allochtone bevolkingsgroepen zijn pijn- en koortswerende middelen de meest gebruikte middelen. Een kwart van de volwassen allochtonen (27%) zegt deze middelen gebruikt te hebben, tegenover 29% van de volwassen autochtone bevolking. Medicijnen tegen hoest en verkoudheid wordt door 8% van de allochtonen gebruikt tegenover 6% van de autochtonen.

Tabel 5.6.30

Gebruik vrij verkrijgbare medicijnen 14 dagen voorafgaand aan het interview naar soort middel onder allochtonen en autochtonen ≥ 18 jaar in percentages (n=1329)

Gebruik vrij verkrijgbare medicijnen	allochtonen	autochtonen
pijn- en koortswerende middelen	26,9	28,6
medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn	7,5	5,9
versterkende middelen zoals vitaminen, mineralen tonicum	4,3	5,1
homeopathische middelen	1,3	3,2
medicijnen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, roos, wonden)	0,8	1,1
medicijnen voor maag- en darmklachten of spijsverteringsmiddelen	1,0	1,1
slaap- en kalmeringsmiddelen, middelen tegen de zenuwen	0,7	0,6
medicijnen tegen reuma, gewrichtspijnen	0,6	0,5
laxeermiddelen	0,3	0,3
medicijnen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk	0,4	0,1
andere medicijnen	2,1	1,3

Bron: allochtonenenquête

5.7 Preventie

In deze paragraaf staan preventieve maatregelen centraal. Het gaat om de grieprik en onderzoek naar baarmoederhals- en borstkanker.

5.7.1 Grieprik

5.7.1.1 Grieprik in de autochtone bevolking

De resultaten betreffende de grieprik hebben betrekking op respondenten van 12 jaar en ouder. Een op de drie respondenten van twaalf jaar en ouder heeft ooit een grieprik gekregen. In Tabel 5.7.1 staat een overzicht naar leeftijd. Vanaf 65 jaar heeft meer dan 80% van de ondervraagden ooit een grieprik gehad.

216

Tabel 5.7.1

Percentage respondenten ≥ 12 jaar dat ooit een grieprik kreeg (n=10564)

Leeftijd						
12 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	65 t/m 74 jr	75 t/m 84 jr	85 jr en ouder	totaal
8,8%	13,7%	30,1%	82,2%	92,1%	89,4%	32,0%

Bron: patiëntenquête

► Hoe hoger de leeftijd hoe vaker mensen een grieprik hebben gekregen

Er zijn geen statistisch significante verschillen of iemand ooit een grieprik heeft gekregen naar geslacht, wel naar verzekeringsvorm en urbanisatiegraad ($p < .01$). Meer ziekenfondsverzekerden (34%) dan particulier verzekerden (28%) zeggen ooit een grieprik gehad te hebben en respondenten in zeer sterk stedelijk gebieden geven vaker aan ooit een grieprik te hebben gehad dan respondenten uit niet zeer stedelijke gebieden (35 versus 30%).

► Ziektenfondsverzekerden en mensen in zeer stedelijke gebieden krijgen vaker een grieprik

In Tabel 5.7.2 wordt een overzicht gegeven voor respondenten van 25 jaar en ouder naar opleiding en leeftijd. Vanaf 65 jaar zijn er geen statistisch significante verschillen naar opleiding. Voor de respondenten jonger dan 65 jaar hebben laag opgeleiden vaker een grieprik gekregen dan hoog opgeleiden.

Tabel 5.7.2

Percentage respondentent ≥ 25 jaar dat ooit griep prik kreeg naar leeftijd en opleiding (n= 8919)

Griep prik	Leeftijd				
	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	≥ 85 jr
laag opleidingsniveau	23,1	37,0	82,5	92,4	90,4
middelbaar opleidingsniveau	13,7	30,5	82,0	92,0	87,5
hoog opleidingsniveau	11,9	25,7	82,2	90,9	90,9

Bron: patiëntenquête

- Alleen voor de leeftijdsgroep tot 65 jaar geldt dat laag opgeleiden vaker een griep prik krijgen

217

Tabel 5.7.3 presenteert de respondentent van twaalf jaar en ouder naar tijdstip van griep prik. Van de respondentent in de leeftijdscategorie 65-74 jaar kreeg driekwart het jaar voorafgaand aan het interview een griepvaccinatie. Van de respondentent in de leeftijdsgroep 75-84 jaar kreeg 90% het jaar voorafgaand aan het interview een griepvaccinatie.

Tabel 5.7.3

Percentage respondentent ≥ 12 jaar naar tijdstip griep prik (n= 10564)

Griep prik	Leeftijd					
	12-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	≥ 85 jr
≤ 1 jaar voor interview	5,1	7,3	19,6	77,7	90,0	87,9
> 1 jaar voor interview	3,5	6,2	10,3	4,4	2,0	1,5
tijdstip onbekend	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0
nooit gehad	91,2	86,3	69,9	17,8	7,9	10,6

Bron: patiëntenquête

- Van de respondentent in de leeftijdsgroep 75-84 jaar kreeg 90% het jaar voorafgaand aan het interview een griepvaccinatie

Een nader onderzoek onder de respondentent van 65 jaar en ouder naar het krijgen van de griep prik, het jaar voorafgaand aan het interview, leverde geen significante verschillen op naar geslacht, verzekeringvorm, opleiding, urbanisatiegraad, woonvorm en sociale steun.

In Tabel 5.7.4 wordt een overzicht gegeven op wiens verzoek of voorstel de laatste griep prik verkregen is. Het merendeel van de griep piken kwamen tot stand op uitnodiging van de huisarts. Van degenen tussen 45 en 64 jaar die een griep prik kregen, deed 21% dit op voorstel van de werkgever.

Tabel 5.7.4

Verkrijgen van grieprik naar verzoeker voor respondenten ≥ 12 jaar in percentages (n= 3365)

Grieprik	Leeftijd					
	12-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	≥ 85 jr
op eigen verzoek	2,9	16,1	13,2	4,2	1,8	6,8
op mondeling verzoek van de huisarts	15,8	13,0	10,7	8,3	13,1	19,7
na schriftelijk oproep van de huisarts	56,8	45,9	51,0	83,7	82,6	0,1
op voorstel van de specialist	2,9	1,5	1,9	0,9	0,8	0,0
op voorstel van de GGD	5,0	0,2	0,5	1,6	0,5	0,0
op voorstel van het werk	5,8	18,5	21,2	1,1	0,6	0,0
op voorstel van iemand anders	10,8	4,8	1,5	0,3	0,6	3,4

Bron: patiëntenquête

218

5.7.1.2 Grieprik in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de volwassen allochtonen kreeg 26% ooit een grieprik (tegenover 34% van de volwassen autochtone bevolking). Deze verschillen zijn statistisch significant.

► Allochtonen krijgen minder vaak een grieprik dan autochtonen

Surinamers en Antillianen hebben vaker ooit een grieprik gehad dan Turken en Marokkanen.

Tabel 5.7.5

Percentage allochtone respondenten ≥ 18 jaar dat ooit grieprik kreeg naar allochtone groep (n=1335)

Grieprik	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
vrouw	19,1	30,1	17,5	35,2	25,4
man	23,0	33,0	19,8	42,2	26,5
Totaal	21,0	31,2	18,6	37,2	25,8

Bron: allochtonenenquête

► Meer Surinamers en Antillianen dan Marokkanen en Turken kregen een grieprik

Naarmate de leeftijd stijgt hebben meer allochtonen ooit een grieprik gehad. Van de allochtonen ouder dan 64 jaar heeft driekwart ooit een grieprik gehad.

Tabel 5.7.6**Percentage allochtone respondentent dat ooit een grieprik kreeg naar leeftijd (n=1335)**

Leeftijd			
18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45-64 jr	> 64 jr
15,4	17,2	42,5	75,8

Bron: allochtonenenquête

- Laag opgeleide allochtonen hebben vaker ooit een grieprik gehad dan hoog opgeleide allochtonen

Naar verzekeringsvorm zijn er geen statistisch significante verschillen, naar opleidingsniveau wel. Laag opgeleide allochtonen hebben vaker ooit een grieprik gehad dan hoog opgeleide allochtonen (33% versus 24%).

219

Meer Antillianen dan de overige drie allochtone bevolkingsgroepen geven aan dat de laatste grieprik voor 2001 plaats vond. De gevonden verschillen naar allochtone groep zijn echter statistisch niet significant.

Tabel 5.7.7**Percentage allochtone respondentent ≥ 18 jaar naar tijdstip grieprik (n=333)**

Grieprik	Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
voor 2001	22,5	43,2	31,5	25,0	30,3
2001	69,0	48,1	60,3	68,5	61,9
2002	8,5	8,6	8,2	6,5	7,8

Bron: patiëntenquête

5.7.2 Baarmoederhalskankeronderzoek

5.7.2.1 Baarmoederkankeronderzoek in de autochtone bevolking

Van de vrouwen tussen dertig en zestig jaar is bij 82% de afgelopen vijf jaar een uitstrijkje gemaakt. De meeste vrouwen die een uitstrijkje lieten maken zijn tussen de 40 en 50 jaar (Tabel 5.7.8).

Tabel 5.7.8**Percentage vrouwelijke respondentent tussen 30 en 60 dat uitstrijkje liet maken de afgelopen 5 jaar (n=3149)**

Leeftijd			
30-40 jr	40-50 jr	50-60 jr	totaal
81,4	86,1	78,7	82,3

Bron: patiëntenquête

► Tussen 40 en 50 jaar laten de meeste vrouwen een uitstrijkje maken

Naar verzekeringsvorm, arbeidsstatus en tekorten in sociale steun zijn er geen statistisch significante verschillen in het laten maken van een uitstrijkje, wel naar opleidingsniveau, urbanisatiegraad en woonvorm. Vrouwen met een hoog opleidingsniveau hebben vaker een uitstrijkje laten maken dan vrouwen met een lager opleidingsniveau. Van de hoog opgeleide vrouwen geeft 85%, van de middelbaar opgeleiden 82% en van de laag opgeleide vrouwen geeft 75% aan dat er een uitstrijkje is gemaakt de vijf jaar voorafgaand aan het interview. Meer vrouwen in niet-stedelijke gebieden laten een uitstrijkje maken dan vrouwen in zeer stedelijke gebieden (86 versus 81%). Vrouwen uit tweeoudergezinnen hebben vaker een uitstrijkje laten maken dan vrouwen uit een- of tweepersoonshuishouden.

220

Tabel 5.7.9

Percentage vrouwelijke respondenten tussen 30 en 60 jaar dat afgelopen vijf jaar uitstrijkje liet maken naar diverse achtergrondkenmerken

Uitstrijkje	%
verzekeringvorm	
ziekenfonds	82,0
particulier	83,3
opleidingsniveau	
laag opgeleid	75,0
middelbaar opgeleid	82,4
hoog opgeleid	84,6
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	80,6
niet stedelijk	85,8
arbeidsstatus	
werkloos	77,2
arbeidsongeschikt	76,5
pensioen	76,0
betaald werk	83,3
huisvrouw/huisman	82,5
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	79,2
tweepersoonshuishouden	79,7
éénoudergezin	82,4
tweeoudergezin	84,6
tekorten sociale steun	
geen tekorten	83,6
veel tekorten	79,2
Totaal	82,3

Bron: patiëntenquête

- ▶ Meer vrouwen in niet-stedelijke gebieden, vrouwen met een hoog opleidingsniveau en vrouwen uit tweeoudergezinnen hebben een uitstrijkje laten maken

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 23) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van vrouwen het meest in het oog springen qua samenhang met het laten maken van een uitstrijkje. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang bekeken van de achtergrondkenmerken met het laten maken van een uitstrijkje, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken.

Het blijkt dat alleen tekorten in sociale steun en opleidingsniveau onafhankelijke verbanden hebben met het laten maken van een uitstrijkje voor vrouwen tussen 30 en 60 jaar, ook als gezondheidsbeleving meegenomen wordt. De kans dat vrouwen een uitstrijkje laten maken is groter voor vrouwen zonder tekorten in sociale steun en hoog opgeleide vrouwen.

Let op dat kenmerken die in deze analyse ‘afvallen’ niet noodzakelijkerwijs geen enkele samenhang vertonen met het laten maken van een uitstrijkje. Hun bijdrage wordt echter gecamoufleerd of opgenomen door achtergrondkenmerken die wel in het oog springen.

221

Tabel 5.7.10

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) met uitstrijkje laten maken afgelopen vijf jaar door vrouwelijke respondenten tussen 30 en 60 jaar

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Uitstrijkje rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
leeftijd		
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad		
woonvorm		
	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- ▶ Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat vrouwen met een hoog opleidingsniveau en zonder tekorten in sociale steun een uitstrijkje laten maken

5.7.2.2 Baarmoederhalskankeronderzoek in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de allochtone vrouwen tussen dertig en zestig jaar is bij 68% (versus 82% van de autochtone vrouwen) de afgelopen vijf jaar een uitstrijkje gemaakt. Deze verschillen zijn statistisch significant ($p < .01$).

- ▶ Allochtone vrouwen laten minder vaak een uitstrijkje maken dan autochtone vrouwen

Allochtone vrouwen tussen 30 en 40 laten minder vaak een uitstrijkje maken dan allochtone vrouwen tussen de 40 en 60 jaar, alhoewel de verschillen statistisch niet significant zijn (Tabel 5.7.11).

Tabel 5.7.11

Percentage vrouwelijke allochtone respondenten tussen 30 en 60 dat uitstrijkje liet maken de afgelopen 5 jaar (n=444)

Leeftijd			
30-40 jr	40-50 jr	50-60 jr	totaal
63,6	71,9	73,7	68,1

Bron: allochtonenenquête

222

Naar allochtone groep zijn er statistisch significante verschillen in het laten maken van een uitstrijkje. Marokkaanse en Turkse vrouwen laten minder vaak een uitstrijkje maken dan Antilliaanse en Surinaamse vrouwen. Onder de Surinaamse vrouwen bevinden zich de meeste die een uitstrijkje lieten maken (82%) onder de Marokkaanse vrouwen bevinden zich de minste (50%).

Tabel 5.7.12

Percentage allochtone vrouwen tussen 30 en 60 jaar dat uitstrijkje liet maken de afgelopen 5 jaar naar allochtone groep (n=436)

Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
50,0	73,3	60,9	81,8	68,1

Bron: allochtonenenquête

- Surinaamse en Antilliaanse vrouwen laten zich vaker onderzoeken op baarmoederhalskanker dan Turkse en Marokkaanse vrouwen

Naar opleiding en verzekeringsvorm zijn er statistisch significante verschillen. Hoog opgeleide allochtonen hebben vaker een uitstrijkje laten maken (76%) dan laag opgeleide allochtone vrouwen (61%) en particulier verzekerden (82%) vaker dan ziekenfondsverzekerden (67%).¹

- Meer hoog opgeleide allochtone vrouwen en allochtone vrouwen met een particuliere verzekering hebben een uitstrijkje laten maken dan laag opgeleide allochtone vrouwen of allochtone vrouwen met een ziekenfondsverzekering

¹ Gezien de lage aantallen zullen verder geen uitsplitsingen gemaakt worden

5.7.3 Borstkankeronderzoek

5.7.3.1 Onderzoek naar borstkanker in de autochtone bevolking

Van de onderzochte vrouwen van 18 jaar en ouder heeft 51% ooit röntgenfoto's laten maken van de borsten. Naar leeftijd zijn er statistisch significante verschillen. Vanaf 45 jaar heeft driekwart van de vrouwen ooit een röntgenfoto laten maken, terwijl dit voor een kwart van de vrouwen tussen 25 en 45 jaar geldt.

Tabel 5.7.13

Percentage vrouwelijke respondenten \geq 18 jaar dat ooit röntgenfoto's van de borsten liet maken naar leeftijd (n=5290)

		Leeftijd			
18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45-64 jr	> 64 jr	totaal	
3,5	21,5	76,2	77,5	51,3	

Bron: patiëntenquête

Het tijdstip van de foto's bedroeg voor 49% minder dan twee jaar voorafgaand aan het interview.

Tabel 5.7.14

Percentage vrouwelijke respondenten \geq 18 jaar dat röntgenfoto's van borsten liet maken naar tijdstip (n=5281)

Röntgenfoto's	%
minder dan twee jaar geleden	48,8
meer dan twee jaar geleden	15,9
nooit	35,3

Bron: patiëntenquête

- De helft van de vrouwen heeft minder dan twee jaar geleden foto's van de borsten laten maken

In Tabel 5.7.15 staat een overzicht van de vrouwen van 25 jaar en ouder die de afgelopen twee jaar röntgenfoto's lieten maken. Naar alle achtergrondkenmerken in de Tabel zijn er statistisch significante verschillen. Meer particulier verzekerde en laag opgeleide vrouwen lieten de afgelopen twee jaar foto's maken dan ziekenfondsverzekerde en hoog opgeleide vrouwen. Vrouwen in tweepersoonshuishoudens lieten vaker foto's maken dan vrouwen uit de andere woonvormen.

Tabel 5.7.15

Percentage vrouwelijke respondenten \geq 25 jaar dat twee jaar voorafgaand aan het interview röntgenfoto's van borsten liet maken naar diverse achtergrondkenmerken

Röntgenfoto's	%
leeftijd	
25-44 jaar	8,0
45-64 jaar	62,5
> 64 jaar	48,7
verzekeringsvorm	
ziekenfonds	35,9
particulier	42,6
opleidingsniveau	
laag opgeleid	46,3
middelbaar opgeleid	38,2
hoog opgeleid	29,0
urbanisatiegraad	
zeer stedelijk	32,0
niet stedelijk	39,9
arbeidsstatus	
werkloos	37,3
arbeidsongeschikt	52,8
pensioen	50,2
betaald werk	23,2
huisvrouw/huisman	47,1
woonvorm	
éénpersoonshuishouden	39,3
tweepersoonshuishouden	57,6
éénoudergezin	26,2
tweeoudergezin	21,3
tekorten sociale steun	
geen tekorten	41,3
veel tekorten	37,0
Totaal	

Bron: patiëntenquête

- Vrouwen in tweepersoonshuishoudens en vrouwen zonder tekorten in sociale steun laten vaker röntgenfoto's maken dan vrouwen uit andere woonvormen of vrouwen met veel tekorten in sociale steun
- Vrouwen die particulier verzekerd zijn en die lager opgeleid zijn hebben vaker röntgenfoto's van de borsten laten maken dan vrouwen die respectievelijk ziekenfondsverzekerd en hoger opgeleid zijn

- ▀ Vrouwen tussen de 45 en 65 jaar laten vaker röntgenfoto's van de borsten maken dan vrouwen die jonger of ouder zijn

Met behulp van (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 24) is onderzocht welke achtergrondkenmerken van vrouwen het meest in het oog springen qua samenhang met het laten maken van röntgenfoto's van de borsten. Met deze statistische techniek is de unieke samenhang van de achtergrondkenmerken met het laten maken van röntgenfoto's van de borsten berekend, waarbij rekening wordt gehouden met de bijdrage van de andere kenmerken. Alle achtergrondkenmerken waarvoor statistisch significante verschillen zijn gevonden, met uitzondering van urbanisatiegraad hebben een onafhankelijke verband met het laten maken van röntgenfoto's, ook wanneer rekening gehouden wordt met de gezondheidsbeleving.

De kans dat oudere vrouwen, particulier verzekerden, vrouwen in tweepersonshuishouden, arbeidsongeschikte vrouwen, huisvrouwen en vrouwen met veel tekorten in sociale steun foto's laten maken is groter.

225

Tabel 5.7.16

Statistisch significante samenhang ($p < .05$) met röntgenfoto's gemaakt afgelopen twee jaar door vrouwelijke respondenten ≥ 25 jaar

zonder rekening te houden met andere kenmerken	Röntgenfoto's rekening houdend met achtergrondkenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken, incl. gezondheidsbeleving
leeftijd	leeftijd	leeftijd
verzekeringsvorm	verzekeringsvorm	verzekeringsvorm
opleidingsniveau	opleidingsniveau	opleidingsniveau
urbanisatiegraad		
arbeidsstatus	arbeidsongeschiktheid	arbeidsongeschiktheid
	huisvrouw/-man	huisvrouw/-man
woonvorm	woonvorm	woonvorm
tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun	tekorten in sociale steun

Bron: patiëntenquête

- ▀ Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans groter dat vrouwen tussen 45 en 65 jaar, particulier verzekerden, vrouwen in tweepersonshuishoudens, arbeidsongeschikte vrouwen of huisvrouwen en vrouwen met veel tekorten in sociale steun röntgenfoto's van de borsten laten maken

5.7.3.2 Onderzoek naar borstkanker in de allochtone bevolkingsgroepen

Van de allochtone vrouwen van 18 jaar en ouder heeft 32% (versus 51% van de autochtone vrouwen) ooit röntgenfoto's laten maken van de borsten.

- ▶ Allochtone vrouwen laten minder vaak röntgenfoto's van de borsten maken dan autochtone vrouwen

Naar leeftijd zijn er statistisch significante verschillen. Vanaf 65 jaar heeft tweederde van de allochtone vrouwen ooit een röntgenfoto laten maken, terwijl dit voor bijna een kwart van de allochtone vrouwen tussen 25 en 45 jaar geldt.

Tabel 5.7.17

Percentage vrouwelijke allochtone respondenten \geq 18 jaar dat ooit röntgenfoto's van de borsten liet maken naar leeftijd (n=738)

		Leeftijd			
18 t/m 24 jr	25 t/m 44 jr	45 t/m 64 jr	> 64 jr	totaal	
11,9	22,7	60,2	68,4	32,4	

Bron: allochtonenenquête

Naar allochtone groep zijn er statistisch significante verschillen in het laten maken van röntgenfoto's. Surinaamse en Antilliaanse vrouwen hebben vaker foto's laten maken dan Marokkaanse en Turkse vrouwen

Tabel 5.7.18

Percentage allochtone vrouwen \geq 18 jaar dat ooit röntgenfoto's van de borsten liet maken naar allochtone groep (n=738)

Marokkanen	Antillianen	Turken	Surinamers	totaal
23,5	35,9	25,1	44,6	32,4

Bron: allochtonenenquête

- ▶ Marokkaanse en Turkse vrouwen hebben minder vaak röntgenfoto's laten maken van de borsten dan Surinaamse en Antilliaanse vrouwen

Van de onderzochte allochtone vrouwen liet 24% twee jaar of minder geleden röntgenfoto's van de borsten maken.

Tabel 5.7.19

Percentage vrouwelijke allochtone respondenten \geq 18 jaar dat röntgenfoto's van borsten liet maken naar tijdstip (n=729)

Röntgenfoto's	%
minder dan twee jaar geleden	23,5
meer dan twee jaar geleden	8,1
nooit	68,4

Bron: patiëntenquête

Lager opgeleide vrouwen lieten vaker röntgenfoto's maken minder dan twee jaar voorafgaand aan het interview dan hoger opgeleide allochtone vrouwen (31% versus 26%). De verschillen zijn echter statistisch niet significant. Ook naar verzekeringsvorm zijn er geen statistisch significante verschillen in het laten maken van foto's twee jaar voorafgaand aan het interview¹.

5.7.4 PSA-test

Bij mannen is het mogelijk om met de hulp van een specifieke bloedtest vast te stellen of er een hogere kans is op prostaatkanker. Deze bloedtest wordt de PSA-test genoemd (Prostaat Specifiek Antigeen). In deze paragraaf staat deze test centraal. Aangezien vragen naar een PSA-test niet aan de vier allochtone bevolkingsgroepen gesteld zijn, worden alleen gegevens gepresenteerd van de autochtone bevolking.

Bij 10% van de onderzochte mannen van 18 jaar en ouder is ooit een PSA-test afgenomen. Naar leeftijd zijn er statistisch significante verschillen. In Tabel 5.7.20 worden cijfers gepresenteerd van de mannen die minder dan vijf jaar voorafgaand aan het interview een PSA-test hebben laten afnemen. Van alle onderzochte volwassen mannen zegt 8% binnen dit tijdsbestek een PSA-test te hebben gehad. Van de mannen van 65 jaar en ouder heeft 23% minder dan vijf jaar geleden voorafgaand aan het interview een PSA-test gehad.

Tabel 5.7.20

Percentage mannelijke respondenten \geq 18 jaar dat PSA-test liet afnemen 2 jaar voorafgaand aan het interview (n=347)

18-24 jr	25-44 jr	Leeftijd		totaal
		45-64 jr	> 64 jr	
1,1	1,1	8,8	22,9	8,2

Bron: patiëntenquête

► Naarmate de leeftijd stijgt laten mannen vaker een PSA-test afnemen

Naar verzekeringsvorm en opleidingsniveau zijn er statistisch significante verschillen in het hebben gekregen van een PSA-test 5 jaar voorafgaand aan het interview. Van de laag opgeleide mannen van 25 jaar en ouder zegt 15%, en van de hoog opgeleide mannen 9% dat zij een test hebben gehad. Minder mannen met een ziekenfondsverzekering hebben een test gehad dan met een particuliere verzekering (8% versus 10%). Naar urbanisatiegraad zijn er geen verschillen.¹

► Laag opgeleide en particulier verzekerde mannen hebben vaker een PSA-test gehad dan hoog opgeleide en ziekenfondsverzekerde mannen

¹ Gezien de lage aantallen zullen verder geen uitsplitsingen gemaakt worden

5.8 Vergelijking eerste en tweede Nationale Studie (1987 versus 2001)

In deze paragraaf wordt gekeken of het zorggebruik van de Nederlands sprekende bevolking de afgelopen jaren is veranderd. Hiertoe worden resultaten uit de vorige paragrafen vergeleken met de cijfers van de eerste Nationale Studie. Ten aanzien van thuiszorg en preventie kunnen geen cijfers gepresenteerd worden, aangezien deze niet voorhanden of onvergelijkbaar zijn met 1987.

5.8.1 Huisartscontact in 1987 en 2001

In 1987 gaf 37% van de onderzochte respondenten aan contact te hebben gehad met de huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview, in 2001 is dat 39%. De statistisch significante toename ($p < .05$) in huisartsencontact vond vooral plaats onder de respondenten van 65 jaar en ouder.

Tabel 5.8.1

Contact met de huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview naar leeftijd, geslacht en tijd in percentages

Contact huisarts	1987 (n=12391)					2001 (n=12692)				
	Leeftijd					Leeftijd				
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
vrouw	29,0	40,7	42,3	44,5	51,2	27,4	46,7	42,8	45,8	54,5
man	27,8	26,1	31,3	36,4	42,3	27,4	23,7	29,1	37,5	49,3
Totaal	28,4	33,6	36,8	40,4	47,4	27,4	35,3	37,0	41,9	52,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

► Vergeleken met 1987 is het contact met de huisarts licht toegenomen

In 1987 bezocht 39% van de ziekenfondsverzekerden tegenover 32% van de particulier verzekerden de huisarts. In 2001 bezocht 40% ziekenfondsverzekerden tegenover 36% particulier verzekerden de huisarts. Aangezien het bezoek van de particulier verzekerden statistisch significant is toegenomen ($p < .01$), terwijl het bezoek van ziekenfondsverzekerden gelijk is gebleven zijn de verschillen naar verzekeringsvorm vergeleken met 1987 iets afgenomen. Evenals dat in 1987 het geval was, bezochten ook in 2001 meer vrouwen dan mannen de huisarts. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn in de tijd gelijk gebleven.

Tabel 5.8.2

Contact met de huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview naar verzekeringsvorm, geslacht en tijd in percentages

Contact huisarts	1987 (n=12931)			2001 (n=12670)		
	ziekenfonds	particulier	totaal	ziekenfonds	particulier	totaal
vrouw	43,6	37,1	41,4	44,5	39,9	43,0
man	34,4	27,7	31,9	34,6	31,9	33,5
Totaal	39,2	32,2	36,7	40,3	35,7	38,6

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

229

► Vergeleken met 1987 zijn verschillen naar verzekeringsvorm iets afgenomen

In Tabel 5.8.3 wordt een overzicht gegeven van het contact van respondenten van 25 jaar en ouder met de huisarts in 1987 en 2001 naar diverse achtergrondkenmerken. Er is een statistisch significant verschil in contact tussen 1987 en 2001 voor particulier verzekerden, laag opgeleiden en middelbaar opgeleiden en werklozen. Voor de overige subgroepen zijn de verschillen statistisch niet significant.

Tabel 5.8.3

Contact huisarts twee maanden voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten \geq 25 jaar in percentages

Contact huisarts	1987	2001
geslacht		
vrouw	44,6	46,6
man	34,5	36,9
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	41,7	43,9
particulier	35,5	39,1
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	45,5	50,8
middelbaar opleidingsniveau	37,3	42,3
hoog opleidingsniveau	34,5	36,4
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	44,2	44,8
niet stedelijk	38,5	39,3
arbeidsstatus		
werkloos	31,7	48,7
arbeidsongeschikt	50,4	56,8
gepensioneerd	46,1	47,5

Contact huisarts	1987	2001
betaald werk	34,6	35,8
huisvrouw/-man	44,2	47,7
Totaal	39,7	42,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- ▶ Het contact met de huisarts is onder laag en middelbaar opgeleiden en werklozen toegenomen vergeleken met 1987

5.8.2 Contact met de fysiotherapeut in 1987 en 2001

230

Zowel in 1987 als in 2001 zegt 13% van de onderzochte respondenten contact gehad te hebben met de fysiotherapeut in het jaar voorafgaand aan het interview. Naar leeftijd zijn er geen statistisch significante verschillen tussen 1987 en 2001.

- ▶ Het contact met de fysiotherapeut is vergelijkbaar tussen 1987 en 2001

Tabel 5.8.4

Contact met fysiotherapeut een jaar voorafgaand aan het interview naar leeftijd, geslacht en tijd in percentages

Contact fysiotherapeut	1987 (n=12931)					2001 (n=12671)				
	Leeftijd					Leeftijd				
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
vrouw	2,9	9,8	14,0	20,3	19,7	3,1	12,3	14,9	18,5	18,3
man	4,0	9,9	15,6	16,7	10,8	4,8	7,9	12,7	15,9	11,0
Totaal	3,5	9,9	14,8	18,4	15,9	4,0	10,2	13,9	17,3	15,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

In Tabel 5.8.5 wordt een overzicht gegeven van het contact met de fysiotherapeut naar verzekeringsvorm. Ook het contact met de fysiotherapeut naar verzekeringsvorm is nagenoeg gelijk gebleven (geen statistisch significante verschillen) vergeleken met 1987.

Tabel 5.8.5

Contact met fysiotherapeut een jaar voorafgaand aan het interview naar verzekeringsvorm, geslacht en tijd

Contact fysiotherapeut	1987 (n=12931)			2001 (n=12671)		
	ziekenfonds	particulier	totaal	ziekenfonds	particulier	totaal
vrouw	14,5	11,6	13,5	14,6	12,8	14,0
man	13,2	11,0	12,4	11,0	11,4	11,1
totaal	13,8	11,3	13,0	13,1	12,1	12,7

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

In Tabel 5.8.6 staat een overzicht van het contact met de fysiotherapeut naar tijd voor diverse achtergrondkenmerken. Alleen de veranderingen in contact voor werklozen zijn statistisch significant ($p < .05$). In 1987 had 11% het jaar voorafgaand aan het interview contact met de fysiotherapeut, terwijl dat in 2001 22% was.

Tabel 5.8.6

Contact fysiotherapeut een jaar voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

Contact fysiotherapeut	1987	2001
geslacht		
vrouw	16,9	17,0
man	15,2	13,7
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	16,8	15,8
particulier	14,7	15,1
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	17,8	16,2
middelbaar opleidingsniveau	15,6	16,0
hoog opleidingsniveau	14,1	13,9
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	18,5	15,9
niet stedelijk	13,4	16,1
arbeidsstatus		
werkloos	10,6	21,8
arbeidsongeschikt	25,6	26,3
gepensioneerd	13,1	14,4
betaald werk	15,9	14,7
huisvrouw/-man	16,5	15,4
Totaal	16,1	15,5

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

231

► Alleen onder werklozen is het contact met de fysiotherapeut toegenomen

5.8.3 Contact met de tandarts in 1987 en 2001

Het percentage mensen dat de tandarts minstens een keer per jaar bezoekt is statistisch significant toegenomen. In 1987 bezocht 68% en in 2001 77% tenminste een keer het jaar voorafgaand aan het interview de tandarts.

In de leeftijdsgroep 15-24 jaar is het tandartsbezoek gelijk gebleven. Voor de overige leeftijdsgroepen zijn de verschillen statistisch significant.

Tabel 5.8.7

Minstens eenmalig contact met tandarts een jaar voorafgaand aan het interview naar leeftijd, geslacht en tijd in percentages

Contact tandarts	1987 (n=12860)					2001 (n=12663)				
	Leeftijd					Leeftijd				
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
vrouw	78,3	94,9	81,6	46,4	19,4	84,2	93,1	92,9	76,6	40,8
man	81,4	90,6	75,1	44,1	20,6	84,0	89,8	86,3	71,6	36,3
Totaal	80,0	92,7	78,3	45,2	19,9	84,1	91,5	90,1	74,2	38,9

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

232

- Het contact met de tandarts is toegenomen onder kinderen tot 15 jaar en mensen van 25 jaar en ouder

Vergeleken met 1987 is er voor alle subgroepen (behalve voor werklozen) een statistisch significante stijging in het tandartscontact.

Tabel 5.8.8

Minstens eenmalig contact met tandarts een jaar voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

Contact tandarts	1987	2001
geslacht		
vrouw	59,6	74,8
man	57,3	69,6
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	54,9	69,2
particulier	65,4	78,9
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	34,1	38,9
middelbaar opleidingsniveau	66,1	75,8
hoog opleidingsniveau	81,2	86,4
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	62,2	69,4
niet stedelijk	52,1	70,8
arbeidsstatus		
werkloos	64,1	72,3
arbeidsongeschikt	39,2	70,2
gepensioneerd	22,4	43,3
betaald werk	71,1	85,5
huisvrouw/-man	52,5	67,4
Totaal	58,4	72,5

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- De toename in contact met de tandarts vergeleken met 1987 vond bij alle onderzochte groepen plaats, behalve bij werklozen

5.8.4 Contact met medisch specialisten in 1987 en 2001

Het contact met medisch specialisten is gestegen ($p < .01$) vergeleken met 1987. Van de onderzochte respondenten had in 1987 16% en in 2001 18% de twee maanden voorafgaand aan het interview contact met een medisch specialist. De verschillen tussen vrouwen en mannen zijn gelijk gebleven. In beide jaren hebben statistisch significant meer ($p < .01$) vrouwen en meer mannen contact gehad met medisch specialisten twee maanden voorafgaand aan het interview.

Tabel 5.8.9

Contact met specialist twee maanden voorafgaand aan het interview naar geslacht en tijd in percentages

233

Contact specialist	1987 (n=12931)	2001 (n=12693)
vrouw	16,5	19,4
man	14,5	16,8
Totaal	15,5	18,2

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Het contact met de specialist is vergeleken met 1987 gestegen

Tabel 5.8.10 geeft een overzicht van het contact met specialisten naar verzekeringsvorm en leeftijd. De toename in contract met medisch specialisten in 2001 is alleen voor de leeftijdsgroep 25-44 jaar en 65 jaar en ouder statistisch significant.

Tabel 5.8.10

Contact met medisch specialist twee maanden voorafgaand aan het interview naar leeftijd, geslacht en tijd

Contact specialist		1987 (n=12931)					2001 (n=12671)				
		Leeftijd					Leeftijd				
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
ziekenfonds	vrouw	9,8	12,9	17,0	22,4	23,0	12,1	12,7	18,7	22,6	28,0
	man	13,8	10,6	11,9	19,8	25,7	12,9	9,3	12,3	22,3	32,8
	subtotaal	12,0	11,8	14,5	21,2	24,1	12,5	11,0	16,3	22,5	29,9
particulier	vrouw	13,1	10,9	14,9	18,7	19,5	11,2	10,2	19,5	20,3	32,0
	man	12,6	12,2	10,3	15,8	26,1	10,1	9,5	12,1	16,2	34,4
	subtotaal	12,8	11,6	12,4	17,1	22,6	10,6	9,8	15,5	18,0	33,2
totaal	vrouw	11,3	12,4	16,3	21,2	22,1	11,7	11,7	18,9	21,8	29,0
	man	13,3	11,1	11,3	18,3	25,8	11,6	9,3	12,2	19,2	33,3
	totaal	12,4	11,8	13,8	19,7	23,7	11,7	10,5	16,0	20,6	30,8

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Alleen onder ouderen (65-plussers) en mensen tussen 25 en 45 jaar is het contact met de specialist gestegen

In Tabel 5.8.11 staat een overzicht van het contact met medisch specialisten in 1987 en 2001 voor respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. Er is een statistisch significante toename in contact voor vrouwen, mannen, ziekenfondsverzekerden, particulier verzekerden ($p < .01$) en voor mensen met een hoog opleidingsniveau en mensen met betaald werk ($p < .05$). De overige verschillen zijn statistisch niet significant.

Tabel 5.8.11

Contact met medisch specialist twee maanden voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

Contact specialist	1987	2001
geslacht		
vrouw	18,8	22,3
man	15,7	19,6
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	18,3	21,7
particulier	15,4	19,9
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	20,6	26,2
middelbaar opleidingsniveau	16,3	20,5
hoog opleidingsniveau	15,3	19,4
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	19,7	22,6
niet stedelijk	16,8	19,9
arbeidsstatus		
werkloos	16,3	18,5
arbeidsongeschikt	31,2	39,0
gepensioneerd	23,8	28,3
betaald werk	13,2	15,9
huisvrouw/-man	19,6	22,0
Totaal	17,3	21,1

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Voor mensen met een hoog opleidingsniveau en mensen met betaald werk is het contact met medisch specialisten gestegen

5.8.5 Opname in een ziekenhuis in 1987 en 2001

Het percentage mensen dat is opgenomen, is vergeleken met 1987 statistisch significant afgenomen ($p < .01$). In 1987 gaf 8% aan de 12 maanden voorafgaand aan het interview in een ziekenhuis gelegen te hebben, tegenover 6% in 2001.

Tabel 5.8.12

Opname in een ziekenhuis een jaar voorafgaand aan het interview naar geslacht en tijd in percentages

Opname	1987 (n=12931)	2001 (n=12694)
vrouw	8,0	6,7
man	7,8	5,6
Totaal	7,9	6,2

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

In Tabel 5.8.13 staat een overzicht van de ziekenhuisopnames gedurende een jaar naar verzekeringsvorm en leeftijd. De afname van opnames vond plaats in de leeftijdscategorieën 0-14 jaar en 25 tot 65 jaar. Voor de overige leeftijdsgroepen zijn de verschillen statistisch niet significant.

De verschillen naar verzekeringsvorm zijn ongeveer gelijk gebleven. In 1987 gaf 8,7% van de ziekenfondsverzekerden tegenover 6,3% van de particulier verzekerden aan opgenomen geweest te zijn en in 2001 gaf 7,0% van de ziekenfondsverzekerden tegenover 4,9% van de particulier verzekerden dit aan.

235

Tabel 5.8.13

Opname in een ziekenhuis een jaar voorafgaand aan het interview naar verzekeringsvorm, geslacht en tijd in percentages

Opname		1987 (n=12931)					2001 (n=12672)				
		Leeftijd					Leeftijd				
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
ziekenfonds	vrouw	5,2	5,7	9,3	9,0	13,1	3,2	6,8	7,6	7,2	11,6
	man	9,3	5,6	6,3	11,7	14,2	2,8	2,9	3,1	9,5	13,4
	subtotaal	7,7	5,8	7,9	10,3	13,6	3,0	4,8	5,9	8,1	12,3
particulier	vrouw	4,4	2,5	9,1	6,3	7,0	3,2	2,5	6,9	4,1	10,0
	man	5,4	4,2	4,6	8,1	12,0	2,8	3,5	2,3	5,8	10,9
	subtotaal	5,1	3,3	6,7	7,3	9,3	3,0	3,0	4,4	5,1	10,4
totaal	vrouw	5,1	5,0	9,3	8,2	11,5	3,2	5,1	7,4	6,1	11,2
	man	7,9	5,2	5,8	10,3	13,5	2,8	3,1	2,8	7,6	12,6
	totaal	6,6	5,1	7,5	9,3	12,3	3,0	4,1	5,5	6,9	11,8

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- De afname in opnames vond plaats onder baby's en kinderen tot 15 jaar en onder mensen tussen de 25 en 65 jaar

Tabel 5.8.14 geeft een overzicht van de ziekenhuisopnames van de respondenten van 25 jaar en ouder naar diverse achtergrondkenmerken. Het percentage mannelijke respondenten van 25 jaar

en ouder dat opgenomen is geweest in een ziekenhuis het jaar voorafgaand aan het interview is statistisch significant afgenomen ($p < .05$). De overige verschillen in Tabel 5.8.14 zijn statistisch niet significant.

Tabel 5.8.14

Opname in een ziekenhuis een jaar voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

Opname	1987	2001
geslacht		
vrouw	8,0	7,8
man	8,7	6,9
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	9,1	8,2
particulier	6,9	5,8
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	10,5	11,1
middelbaar opleidingsniveau	7,7	7,2
hoog opleidingsniveau	5,6	5,5
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	9,0	7,9
niet stedelijk	7,8	7,4
arbeidsstatus		
werkloos	6,3	7,6
arbeidsongeschikt	18,4	15,4
gepensioneerd	12,3	10,5
betaald werk	5,9	4,8
huisvrouw/-man	9,5	8,4
Totaal	8,4	7,4

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

▀ **Vergeleken met 1987 zijn er minder mannen opgenomen geweest**

5.8.6 Contact met GGZ-hulpverleners in 1987 en 2001

Vergeleken met 1987 hebben statistisch significant ($p < .01$) meer mensen van 18 jaar en ouder contact gehad met GGZ-hulpverleners (4% versus 6%). In beide jaren hebben meer vrouwen dan mannen contact gehad met een GGZ-hulpverlener. Verhoudingsgewijs is de toename in GGZ-contact sterker gestegen voor vrouwen.

Tabel 5.8.15

Contact met GGZ-hulpverlener afgelopen jaar naar geslacht en tijd voor respondenten \geq 18 jaar in percentages

GGZ	1987 (n=10127)	2001 (n=9685)
vrouw	4,1	7,7
man	3,0	4,6
Totaal	3,6	6,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- **Vergeleken met 1987 hebben meer mensen contact met GGZ-instelling. De toename in contact was sterker onder vrouwen dan onder mannen**

237

In Tabel 5.8.16 staat een overzicht van het contact naar leeftijd en geslacht. De toename in contact vond plaats onder mensen tussen 18 en 65 jaar. Onder ouderen is de toename statistisch niet significant.

Tabel 5.8.16

Contact met GGZ-hulpverlener afgelopen jaar naar leeftijd, geslacht en tijd in percentages

GGZ	1987 (n=10127)				2001 (n=9685)			
	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
vrouw	3,1	6,1	2,7	1,6	10,8	11,0	6,5	2,9
man	1,3	3,8	3,3	1,5	3,0	6,7	4,8	1,4
Totaal	2,2	4,9	3,0	1,6	7,0	9,2	5,7	2,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- **Onder ouderen is het contact met GGZ-hulpverleners niet gestegen**

In Tabel 5.8.17 staat het overzicht van het contact met GGZ-hulpverleners naar 1987 en 2001. De toename in contact vergeleken met 1987 zijn voor alle subcategorieën statistisch significant behalve voor mensen in zeer stedelijke gebieden, werklozen en gepensioneerden.

Tabel 5.8.17

Contact met GGZ-hulpverleners 12 maanden voorafgaand aan interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar in percentages

GGZ	1987	2001
geslacht		
vrouw	4,2	7,4
man	3,3	4,8
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	3,9	6,7
particulier	3,5	5,5
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	2,8	5,3
middelbaar opleidingsniveau	3,9	5,5
hoog opleidingsniveau	6,1	9,0
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	6,8	8,3
niet stedelijk	2,9	4,9
arbeidsstatus		
werkloos	6,7	11,8
arbeidsongeschikt	10,3	19,4
gepensioneerd	1,8	2,1
betaald werk	3,4	6,5
huisvrouw/-man	3,4	5,1
Totaal	3,8	6,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- ▮ Vergeleken met 1987 vond de toename in contact met GGZ-hulpverleners plaats zowel onder mannen als onder vrouwen, zowel onder particulier verzekerden als onder ziekenfondsverzekerden; verder nam het contact toe onder mensen van alle opleidingsniveaus, mensen in niet-stedelijke gebieden, arbeidsongeschikten, mensen met betaalde baan en huisvrouwen/-mannen

5.8.7 Contact met alternatieve behandelaars in 1987 en 2001

In deze paragraaf staat het contact met alternatieve behandelaars centraal. Aangezien in 1987 ook de manueel therapeuten tot de alternatieve behandelaars gerekend werden, zijn deze behandelaars ook in 2001 betrokken in de analyses. De gepresenteerde cijfers voor 2001 liggen daarom iets hoger dan beschreven in paragraaf 5.3.4. In 1987 geeft 8% tegenover 10% in 2001 aan contact te hebben gehad met alternatieve behandelaars 12 maanden voorafgaand aan het interview. Deze toename is statistisch significant ($p < .01$).

Tabel 5.8.18

Contact met alternatieve behandelaars 12 maanden voorafgaand aan interview naar geslacht en tijd in percentages

Alternatieve behandelaars	1987	2001
	(n=13014)	(n=12693)
vrouw	9,3	12,3
man	5,6	7,2
Totaal	7,5	9,9

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Het contact met alternatieve behandelaars is toegenomen

239

Alleen voor de leeftijdsgroep van 25 tot 65 jaar is de toename in het contact met alternatief behandelaars statistisch significant.

Tabel 5.8.19

Contact met alternatieve behandelaars 12 maanden voorafgaand aan interview naar geslacht, leeftijd en tijd in percentages

Alternatieve behandelaars	1987 (n=13014)					2001 (n=12693)				
	Leeftijd					Leeftijd				
	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
vrouw	5,7	7,5	12,3	10,1	6,8	5,9	8,4	16,3	15,6	9,0
man	4,2	3,0	6,8	7,4	4,1	6,7	4,7	8,5	8,6	4,7
Totaal	4,9	5,3	9,6	8,7	5,7	6,3	6,6	13,0	12,3	7,2

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- De toename in contact met alternatieve behandelaars vond plaats onder mensen tussen 25 en 65 jaar

In Tabel 5.8.20 staat een overzicht van het contact met alternatieve behandelaars voor 1987 en 2001 uitgesplitst naar een aantal kenmerken. Voor vrouwen, ziekenfondsverzekerden, middelbaar opgeleiden, mensen in niet-stedelijke gebieden, arbeidsongeschikten, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen is de toename in contact statistisch significant ($p < .01$). Hiermee is het verschil tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden en tussen stad en platteland dat in 1987 bestond verdwenen.

Verder is door de toename van het contact onder middelbaar opgeleiden, de kloof tussen laag en middelbaar opgeleiden groter geworden. Het contact onder arbeidsongeschikten is sterker toegenomen dan onder mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen.

Tabel 5.8.20

Contact met alternatieve behandelaars 12 maanden voorafgaand aan interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten ≥ 25 jaar

Alternatieve behandelaars	1987	2001
geslacht		
vrouw	10,6	14,4
man	6,6	7,7
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	7,9	11,3
particulier	10,3	11,7
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	6,4	6,9
middelbaar opleidingsniveau	9,4	11,7
hoog opleidingsniveau	11,9	13,8
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	9,2	10,3
niet stedelijk	7,2	10,7
arbeidsstatus		
werkloos	9,1	11,8
arbeidsongeschikt	10,5	20,7
gepensioneerd	5,5	6,9
betaald werk	9,0	11,7
huisvrouw/-man	8,7	12,1
Totaal	8,7	11,4

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- ▶ Onder vrouwen, ziekenfondsverzekerden, middelbaar opgeleiden, mensen in niet-stedelijke gebieden, arbeidsongeschikten, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen is het contact met alternatieve behandelaars toegenomen
- ▶ Het verschil tussen ziekenfonds en particulier verzekerden en stad en platteland in contact met alternatieve behandelaars dat in 1987 bestond is verdwenen
- ▶ De verschillen tussen laag en middelbaar/hoog opgeleiden ten aanzien van het contact met alternatieve behandelaars zijn groter geworden

5.8.8 Medicijngebruik in 1987 en 2001

5.8.8.1 Voorgeschreven medicijnen

Er is geen statistisch significant verschil tussen 1987 en 2001 in het voorschrijven van medicijnen. In 2001 gaf 13,5% van de ondervraagden aan medicijnen voorgeschreven te hebben gekregen 14 dagen voorafgaand aan het interview, versus 13,2% in 1987.

Tabel 5.8.21

Percentage respondentent dat medicijnen heeft voorgeschreven gekregen 14 dagen voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001

Medicijnen voorgeschreven gekregen	1987 (n=12869)	2001 (n=12694)
vrouw	15,1	15,2
man	11,2	11,6
Totaal	13,2	13,5

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Het percentage mensen dat in 2001 medicijnen voorgeschreven heeft gekregen is vergelijkbaar met 1987

241

Naar leeftijd zijn er statistisch significante verschillen voor de leeftijdsgroepen 0-14 jaar en 25-44 jaar. Terwijl in de leeftijdsgroep 0-14 jaar het percentage kinderen dat medicijnen heeft voorgeschreven gekregen is gedaald, is het percentage mensen dat medicijnen heeft voorgeschreven gekregen in de leeftijdsgroep 25-44 jaar gestegen. De overige verschillen naar leeftijd zijn statistisch niet significant.

Tabel 5.8.22

Percentage respondentent dat medicijnen heeft voorgeschreven gekregen 14 dagen voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar leeftijd

Medicijnen voorgeschreven		1987 (n=12931)					2001 (n=12672)				
		Leeftijd					Leeftijd				
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
ziekenfonds	vrouw	8,9	13,0	14,6	19,3	24,3	7,5	13,8	15,1	19,7	22,2
	man	11,9	8,4	9,0	18,1	18,7	7,6	4,8	11,8	15,4	21,0
	subtotaal	10,5	10,8	11,9	18,7	22,0	7,5	9,2	13,9	18,0	21,7
particulier	vrouw	7,5	12,3	10,9	19,3	25,5	5,8	12,3	15,2	13,7	20,6
	man	8,3	4,3	8,4	10,5	21,9	7,2	4,0	9,2	12,0	18,5
	subtotaal	8,0	8,2	9,6	14,5	23,8	6,5	8,5	11,9	12,7	19,6
totaal	vrouw	8,3	12,8	13,5	19,3	24,6	6,7	13,2	15,2	17,6	21,8
	man	10,3	7,2	8,7	15,2	19,7	7,4	4,5	10,8	13,7	20,1
	totaal	9,4	10,1	11,1	17,2	22,5	7,0	8,9	13,3	15,8	21,1

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- In 2001 krijgen in de leeftijdsgroep 0-14 jaar minder mensen medicijnen voorgeschreven dan in 1987, terwijl in de leeftijdsgroep 25-44 jaar meer mensen medicijnen krijgen voorgeschreven vergeleken met 1987

In Tabel 5.8.23 staat het gebruik van voorgeschreven medicijnen 14 dagen voorafgaand aan het interview. De percentages zijn hoger dan bij het voorschrijven. Dit komt onder meer omdat ook medicijnen gebruikt worden die al eerder zijn voorgeschreven dan 14 dagen voorafgaand aan het interview. Alhoewel het aantal voorgeschreven middelen niet veranderd is sinds 1987 is het gebruik statistisch significant toegenomen. In 1987 gaf 29% aan medicijnen te gebruiken die op recept verkregen zijn, in 2001 geldt dit voor 40%.

Tabel 5.8.23

Percentage respondenten dat voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt 14 dagen voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001

Gebruik voorgeschreven medicijnen	1987 (n=13014)	2001 (n=12694)
vrouw	32,9	43,1
man	25,4	35,9
Totaal	29,1	39,8

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

► **Het gebruik van voorgeschreven medicijnen is toegenomen vergeleken met 1987**

Van de particulier verzekerden zegt in 2001 35% een medicijn op recept te gebruiken tegenover 43% van de ziekenfondsverzekerden. In 1987 geeft 26% van de particulier verzekerden tegenover 31% van de ziekenfondsverzekerden aan een voorgeschreven medicijn te gebruiken.

De toename in het gebruik van voorgeschreven medicijnen vond plaats vanaf 25-jarige leeftijd. Voor mensen jonger dan 25 jaar zijn de verschillen statistisch niet significant.

Tabel 5.8.24

Percentage respondenten dat medicijnen heeft gebruikt die zijn voorgeschreven 14 dagen voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001

Gebruik voorgeschreven medicijnen		1987 (n=12931)					2001 (n=12672)				
		Leeftijd					Leeftijd				
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
ziekenfonds	vrouw	15,4	20,7	28,0	48,2	68,6	18,4	27,7	35,8	57,7	77,1
	man	18,8	13,7	18,5	44,5	58,5	16,8	14,4	27,0	53,2	76,0
	subtotaal	17,2	17,4	23,4	46,4	64,4	17,6	20,9	32,5	55,9	76,7
particulier	vrouw	13,1	21,1	23,4	41,8	68,4	15,7	24,2	33,0	47,9	71,1
	man	13,9	13,6	16,6	31,2	57,6	18,7	11,4	25,5	39,9	75,4
	subtotaal	13,5	17,4	19,8	35,9	63,4	17,2	18,3	28,9	43,3	73,2
totaal	vrouw	14,4	20,8	26,5	46,2	68,5	17,2	26,2	35,1	54,4	75,6
	man	16,7	13,7	17,8	39,4	58,2	17,7	13,3	26,5	46,4	75,8
	totaal	15,6	17,4	22,2	42,7	64,1	17,4	19,8	31,5	50,6	75,7

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- De toename in het gebruik van voorgeschreven middelen vergeleken met 1987 vond plaats bij mensen van 25 jaar en ouder

In Tabel 5.8.25 staat een overzicht van het gebruik van voorgeschreven middelen naar diverse achtergrondkenmerken. Voor alle groepen (behalve voor werklozen) is het gebruik statistisch significant toegenomen.

Tabel 5.8.25

Percentage respondenten dat medicijnen heeft gebruikt die zijn voorgeschreven 14 dagen voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten \geq 25 jaar

Gebruik voorgeschreven medicijnen	1987	2001
geslacht		
vrouw	40,2	51,7
man	30,6	45,3
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	37,6	51,3
particulier	31,1	44,0
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	47,9	69,4
middelbaar opleidingsniveau	30,3	46,8
hoog opleidingsniveau	26,4	40,3
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	37,7	51,7
niet stedelijk	37,8	47,3
arbeidsstatus		
werkloos	28,4	42,0
arbeidsongeschikt	60,7	80,0
gepensioneerd	60,1	71,8
betaald werk	22,9	34,1
huisvrouw/-man	43,8	55,5
Totaal	35,5	48,9

243

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- Het gebruik van medicijnen op recept is over de gehele linie (behalve voor werklozen) sterk gestegen vergeleken met 1987

5.8.8.2 Vrij verkrijgbare medicijnen

Het gebruik van vrij verkrijgbare middelen is vergeleken met 1987 statistisch significant ($p < .01$) toegenomen. Van de onderzochte respondenten in 2001 gaf 37% aan 14 dagen voorafgaand aan het interview vrij verkrijgbare middelen te hebben gebruikt, in 1987 was dat 24%.

Tabel 5.8.26

Percentage respondentent dat afgelopen twee weken vrij verkrijgbare medicijnen heeft gebruikt in 1987 en 2001

Vrij verkrijgbare medicijnen	1987 (n=13014)	2001 (n=12693)
vrouw	26,8	42,1
man	19,1	30,1
Totaal	24,0	36,5

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

244

- ▶ Het gebruik van vrij verkrijgbare middelen is toegenomen vergeleken met 1987

De toename in het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen vond plaats in alle leeftijdsgroepen.

Tabel 5.8.27

Percentage respondentent dat afgelopen twee weken vrij verkrijgbare medicijnen heeft gebruikt in 1987 en 2001

Vrij verkrijgbare medicijnen		1987 (n=12931)					2001 (n=12671)				
		Leeftijd					Leeftijd				
		0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	0-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr
ziekenfonds	vrouw	17,4	29,1	32,2	24,8	15,9	29,7	48,9	49,7	46,7	34,1
	man	15,9	19,6	20,3	16,0	11,8	33,6	29,6	34,5	26,6	26,7
	subtotaal	16,6	24,6	26,4	20,5	14,2	31,7	39,0	44,0	38,6	31,2
particulier	vrouw	20,1	32,8	32,7	29,7	24,2	30,3	49,2	48,4	40,6	38,5
	man	17,0	23,4	26,3	20,7	19,6	25,5	32,8	34,8	29,2	23,9
	subtotaal	18,5	28,1	29,3	24,7	22,1	27,8	41,6	41,0	34,1	31,4
totaal	vrouw	18,7	30,1	32,4	26,4	18,0	30,0	49,2	49,4	44,7	35,2
	man	16,5	20,4	22,4	17,8	14,1	30,0	30,7	34,7	28,0	25,7
	totaal	17,5	25,3	27,4	22,0	16,3	30,0	40,1	43,1	36,8	31,3

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

- ▶ De toename in het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen vond plaats in alle leeftijdsgroepen

Voor alle gepresenteerde subgroepen in Tabel 5.8.28 geldt dat het gebruik van vrij verkrijgbare middelen is toegenomen.

Tabel 5.8.28

Percentage respondentent dat vrij verkrijgbare medicijnen heeft gebruikt 14 dagen voorafgaand aan het interview in 1987 en 2001 naar achtergrondkenmerken voor respondenten \geq 25 jaar

Vrij verkrijgbare medicijnen	1987	2001
geslacht		
vrouw	27,9	44,4
man	19,7	30,0
verzekeringsvorm		
ziekenfonds	22,5	39,0
particulier	26,8	35,9
opleidingsniveau		
laag opleidingsniveau	19,5	32,5
middelbaar opleidingsniveau	25,2	39,1
hoog opleidingsniveau	29,6	38,5
urbanisatiegraad		
zeer stedelijk	27,2	42,6
niet stedelijk	21,7	32,0
arbeidsstatus		
werkloos	23,6	37,0
arbeidsongeschikt	20,7	40,9
gepensioneerd	15,6	29,2
betaald werk	25,3	39,7
huisvrouw/-man	24,9	40,9
Totaal	23,9	38,0

Bron: patiëntenquêtes NS1 en NS2

245

- Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen is onder alle onderzochte groepen gestegen

5.9 Zorggebruik in Nederland in vogelvlucht

In deze paragraaf worden de gepresenteerde resultaten over het zorggebruik samengevat. Daar waar beschikbaar worden de cijfers vergeleken tussen autochtonen en allochtonen en tussen 1987 en 2001. De vergelijking in de tijd is enkel gebaseerd op gegevens van de autochtone bevolking omdat er in 1987 geen enquête onder allochtonen is afgenomen.

Huisartscontact

Driekwart van de autochtone bevolking heeft gedurende een jaar contact met de huisarts. Ongeacht de gezondheidsbeleving en rekening houdend met sociaal-demografische kenmerken is de kans groter dat vrouwen, ouderen, middelbaar opgeleiden en mensen in zeer sterk stedelijke gebieden contact hebben met de huisarts.

Alle vier allochtone groepen van 18 jaar en ouder hebben meer contact met de huisarts dan autochtonen van 18 jaar en ouder. Van de volwassen allochtonen geeft 51% (tegenover 42% van de autochtone bevolking) aan de twee maanden voorafgaand aan het interview contact te hebben gehad met de huisarts. Het contact van vrouwen uit de vier allochtone groepen met de huisarts is onderling vergelijkbaar. Het contact van mannen uit de vier allochtone groepen varieert. Marokkaanse mannen hebben het minst contact met de huisarts, Surinaamse mannen het meest.

Van de allochtonen hebben vrouwelijke, ouderen en arbeidsongeschikten meer contact met de huisarts.

Het contact met de huisarts is vergeleken met 1987 licht toegenomen, de toename vond vooral plaats onder particulier verzekerden, laag en middelbaar opgeleiden, werklozen en arbeidsongeschikten.

246

Fysiotherapeut

Van de onderzochte respondenten heeft 13% gedurende een jaar contact met de fysiotherapeut. Vrouwen, ouderen, arbeidsongeschikten, mensen uit éénpersoonshuishoudens en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben vaker contact met de fysiotherapeut. Wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken blijkt de kans op contact met de fysiotherapeut groter voor vrouwen, particulier verzekerden en mensen met veel tekorten in sociale steun, de kans op contact is kleiner voor huisvrouwen en mensen uit stedelijke gebieden.

Van de allochtone bevolkingsgroepen bezocht 14% gedurende een jaar de fysiotherapeut (tegenover 15% van de volwassen autochtone bevolking). Surinamers hebben meer contact met de fysiotherapeut dan de overige drie allochtone groepen en meer dan de autochtone bevolking. Laag opgeleide allochtonen hebben meer contact met de fysiotherapeut dan hoog opgeleide allochtonen ook wanneer rekening gehouden wordt met de gezondheidsbeleving en sociaal-demografische kenmerken.

Het contact met de fysiotherapeut is vergelijkbaar tussen 1987 en 2001. Alleen onder werklozen is het contact met de fysiotherapeut toegenomen.

Thuiszorg

Van de thuiszorg maakte in 2001 5% van de autochtone bevolking gebruik. Meer vrouwen, ouderen, laag opgeleiden en meer mensen uit éénpersoonshuishouden hebben contact met de thuiszorg. Verder maken arbeidsongeschikten en gepensioneerden meer gebruik van de thuiszorg dan respondenten met een betaalde baan en werklozen. Rekening houdend met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op contact met de thuiszorg groter voor vrouwen, ouderen, arbeidsongeschikten en mensen uit tweepersoonshuishoudens.

Over het algemeen maken allochtonen (met uitzondering van Antillianen) minder gebruik van de thuiszorg dan autochtonen. Van de vier allochtone groepen maken Marokkanen het minst gebruik van de thuiszorg. Allochtonen die in sterk stedelijke gebieden wonen, in éénpersoonshuishoudens

of éénoudergezinnen wonen of allochtonen die arbeidsongeschikt zijn hebben vaker contact met de thuiszorg, ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken.

Tandarts

Driekwart van de autochtone bevolking heeft jaarlijks contact met de tandarts. Vrouwen en jongeren hebben meer contact dan mannen en ouderen. Verder brachten meer hoog opgeleiden en particulier verzekerden dan laag opgeleiden en ziekenfondsverzekerden een bezoek aan de tandarts. Werklozen en huisvrouwen hebben minder contact dan mensen met een betaalde baan en mensen met veel tekorten in sociale steun hebben meer contact dan mensen zonder tekorten in sociale steun. Bovengenoemde verschillen blijven behalve ten aanzien van werklozen en tekorten in sociale steun bestaan wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken.

247

Allochtonen hebben meer contact met de tandarts dan autochtonen. Van de volwassen allochtonen had 38% tegenover 31% van de autochtonen de twee maanden voorafgaand aan het interview contact. Tussen de allochtone groepen is er nauwelijks verschil in het contact.

Vergeleken met 1987 is het contact met de tandarts toegenomen. In 1987 bezocht 68% en in 2001 77% tenminste een keer het jaar voorafgaand aan het interview de tandarts. Het contact met de tandarts is toegenomen onder kinderen tot 15 jaar en mensen van 25 jaar en ouder. De toename in contact met de tandarts vergeleken met 1987 vond bij alle onderzochte groepen plaats behalve bij werklozen.

Medisch specialisten

Van de onderzochte respondenten had 18% contact met een medisch specialist in de twee maanden voorafgaand aan het interview. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage respondenten dat contact heeft met een specialist toe. Meer vrouwen dan mannen en meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden hebben contact met medisch specialisten. Verder hebben gepensioneerden en arbeidsongeschikten meer contact dan mensen met een andere arbeidsstatus en mensen uit éénpersoons- en tweepersoonshuishoudens meer dan mensen uit gezinnen. Wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken, blijven bovengenoemde verschillen alleen voor wat betreft vrouwen, ouderen en mensen in tweepersoonshuishoudens bestaan.

Allochtonen hebben meer contact met medisch specialisten dan autochtonen. Van de vier onderzochte allochtone groepen hebben Marokkanen het minst contact met medisch specialisten

Het contact met de specialist is vergeleken met 1987 licht gestegen. De stijging vond plaats onder ouderen en mensen tussen de 25 en 45 jaar. Verder steeg het contact onder mensen met een hoog opleidingsniveau en mensen met betaald werk.

Opname

Meer ziekenfondsverzekerden, ouderen, laag opgeleiden, arbeidsongeschikten en mensen uit één-persoonshuishoudens zijn opgenomen geweest in een ziekenhuis in 2001. Wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is alleen de kans voor ouderen om opgenomen te worden groter, de overige verschillen verdwijnen.

Het percentage opnames onder de allochtone bevolking is vergelijkbaar met de autochtone bevolking. Ook tussen de allochtone groepen zijn er geen verschillen. Onder de allochtone groepen zijn vrouwen en arbeidsongeschikten vaker opgenomen, dan mannen of allochtonen met een andere arbeidsstatus.

248

Vergeleken met 1987 is het percentage ziekenhuisopnames afgenomen. In 1987 gaf 8% aan het jaar voorafgaand aan het interview in een ziekenhuis gelegen te hebben tegenover 6% in 2001. De afname van het percentage opnames vond plaats onder mannen en in de leeftijdsgroepen 0 tot 15 jaar en onder mensen tussen de 25 en 65 jaar.

GGZ

Een op de vijf autochtonen heeft ooit contact gehad met een GGZ-hulpverlener. Meer vrouwen, hoog opgeleiden, mensen in zeer stedelijke gebieden, werklozen, arbeidsongeschikten, mensen uit eenoudergezinnen, mensen met veel tekorten in sociale steun en mensen tussen 25 en 65 jaar hebben ooit contact gehad een GGZ-hulpverlener. Wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken blijven behalve voor werklozen bovengenoemde verschillen bestaan.

Volwassen allochtonen hebben vaker contact met GGZ-hulpverleners dan autochtonen, 11% zegt contact gehad te hebben gedurende een jaar (tegenover 5% van de volwassen autochtonen). Voor vrouwen zijn er geen verschillen tussen de allochtone groepen in het hebben van contact, voor mannen wel. Surinaamse en Marokkaanse mannen hebben minder contact dan Antilliaanse en Turkse mannen.

Van de allochtonen hebben vrouwen, middelbaar opgeleiden, arbeidsongeschikten en allochtonen uit éénoudergezinnen meer contact met GGZ-hulpverleners. Wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken verdwijnen verschillen naar geslacht, de overige verschillen blijven bestaan. Verder blijkt dan het hebben van een particuliere verzekering een verhoogde kans te geven voor allochtonen op contact met GGZ-hulpverleners.

Vergeleken met 1987 is het contact met GGZ-hulpverleners gestegen. De stijging geldt ongeacht de verzekeringsvorm en het opleidingsniveau. De toename in contact met GGZ-hulpverleners vond sterker plaats onder vrouwen dan onder mannen. Het verschil tussen vrouwen en mannen is hierdoor toegenomen. Voor wat betreft de leeftijd vond de toename in contact alleen plaats onder mensen tussen de 18 en 65 jaar. Verder is er een toename in contact met GGZ-hulpverleners onder mensen in niet-stedelijke gebieden, arbeidsongeschikten, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen.

Alternatieve behandelaars

Van de autochtone bevolking had 6,5% contact met alternatieve behandelaars. Vrouwen, hoog opgeleiden, jongeren, arbeidsongeschikten en mensen met veel tekorten in sociale steun maken meer gebruik van de zorg van alternatieve behandelaars, ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken.

Van de onderzochte volwassen allochtonen zegt 3,5% (versus 6,9% van de volwassen autochtonen) contact gehad te hebben met een alternatieve behandelaar. Allochtonen maken minder gebruik van alternatieve behandelaars dan autochtonen. Tussen de allochtone bevolkingsgroepen zijn er geen statistisch significante verschillen.

Wanneer men zoals in 1987 de manueel therapeuten mee opneemt onder de alternatief behandelers heeft in 2001 10% van de autochtone bevolking contact gehad met een alternatief behandelaar. In 1987 had 8% contact met alternatieve behandelaars. De toename in contact met alternatieve behandelaars heeft plaatsgevonden onder vrouwen, mensen tussen de 25 en 65 jaar, ziekenfondsverzekerden, middelbaar opgeleiden, mensen in niet-stedelijke gebieden, arbeidsongeschikten, mensen met een betaalde baan en huisvrouwen/-mannen. Het verschil in contact tussen beide verzekeringsvormen en tussen stad en platteland dat in 1987 nog bestond voor respondenten van 25 jaar en ouder, is hiermee verdwenen. Verder is door de toename van het contact onder middelbaar opgeleiden, de kloof tussen laag en middelbaar opgeleiden groter geworden.

249

Medicijnen op recept

In 2001 gaf 13,5% van de ondervraagden aan medicijnen voorgeschreven te hebben gekregen 14 dagen voorafgaand aan het interview. Over het algemeen worden medicijnen vaker voorgeschreven aan ziekenfondsverzekerden dan aan particulier verzekerden. Allochtonen krijgen vaker medicijnen voorgeschreven dan autochtonen. Van de volwassen allochtonen geeft 27% (versus 16% van de volwassen autochtonen) aan 14 dagen voorafgaand aan het interview medicijnen voorgeschreven te hebben gekregen. Tussen de allochtone groepen zijn er statistisch significante verschillen ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen. Surinamers krijgen vaker medicijnen voorgeschreven dan Marokkanen en Antillianen.

Het gebruik van medicijnen op recept ligt hoger dan het voorgeschreven krijgen van medicijnen. Dit heeft te maken met het feit dat medicijnen gebruikt kunnen worden die al eerder zijn voorgeschreven dan 14 dagen geleden. In 2001 zegt 40% medicijnen te gebruiken die op recept verkregen zijn. De drie meest gebruikte medicijnen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview zijn medicijnen voor hart en bloeddruk, slaap- en kalmeringsmiddelen en pijn- en koortswerende middelen.

Het gebruik van voorgeschreven medicijnen is hoger onder vrouwen dan onder mannen en hoger onder ziekenfondsverzekerden dan onder particulier verzekerden. Rekening houdend met de gezondheidsbeleving is de kans groter dat vrouwen, ouderen, ziekenfondsverzekerden, arbeidsongeschikten, werklozen, mensen uit zeer stedelijke gebieden en mensen met veel tekorten in sociale steun medicijnen op recept gebruiken.

Van de volwassen allochtone bevolkingsgroepen zegt 41% medicijnen te hebben gebruikt (versus 47% van de volwassen autochtonen). Terwijl allochtonen vaker dan autochtonen zeggen een recept gekregen te hebben (27% versus 16%) zeggen zij minder vaak de medicijnen te hebben gebruikt. Tussen de vier allochtone groepen zijn er statistisch significante verschillen in het gebruik van medicijnen op recept. Surinamers gebruiken vaker middelen op recept dan Turken, Marokkanen en Antillianen.

Het percentage mensen dat in 2001 medicijnen kreeg voorgeschreven is vergelijkbaar met 1987. Aan kinderen werden in 2001 minder medicijnen voorgeschreven dan in 1987, terwijl aan 25-45 jarigen meer medicijnen werden voorgeschreven. Deze toename vond plaats bij mensen van 25 jaar en ouder. Het gebruik van medicijnen op recept nam toe onder alle onderzochte subgroepen, behalve onder werklozen.

250

Vrij verkrijgbare medicijnen

Bijna driekwart van de autochtonen heeft het jaar voorafgaand aan het interview een vrij verkrijgbaar medicijn gekocht. Rekening houdend met de gezondheidsbeleving en de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans dat vrouwen, hoog opgeleiden, mensen in zeer stedelijke gebieden, mensen met veel tekorten in sociale steun en mensen tussen de 25 en 45 jaar vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken groter dan dat mannen, laag opgeleiden, mensen in niet-stedelijke gebieden, mensen zonder tekorten in sociale steun en ouderen dit doen.

De meest gebruikte vrij verkrijgbare middelen zijn pijn- en koortswerende middelen, middelen tegen verkoudheid of griep en versterkende middelen zoals vitaminen.

Van de volwassen allochtonen heeft 33% (versus 38% van de volwassen autochtonen) 14 dagen voorafgaand aan het interview vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt. Van de allochtone bevolkingsgroepen zeggen Antillianen het meest dat zij vrij verkrijgbare middelen hebben gebruikt. Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen onder Antillianen is vergelijkbaar met het gebruik in de autochtone bevolking.

Vergeleken met 1987 is het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen gestegen, de stijging vond plaats in alle onderzochte subgroepen en elke leeftijdscategorie.

Preventie

Grieprik

Van de volwassen autochtonen kreeg 34% ooit een grieprik, tegenover 26% van de allochtone bevolkingsgroepen. Van de allochtonen hebben Surinamers en Antillianen vaker ooit een grieprik gehad dan Turken en Marokkanen.

Meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden zeggen ooit een grieprik gehad te hebben en mensen in zeer sterk stedelijk gebieden geven vaker aan ooit een grieprik te hebben gehad dan mensen uit niet zeer stedelijke gebieden. Vanaf 65 jaar zijn er geen statistisch significante ver-

schillen naar opleiding. Voor autochtonen jonger dan 65 jaar hebben laag opgeleiden vaker een griep prik gekregen dan hoog opgeleiden.

Van autochtonen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar kreeg driekwart het jaar voorafgaand aan het interview een griepvaccinatie. Van de autochtonen in de leeftijdsgroep 75-84 jaar kreeg 90% het jaar voorafgaand aan het interview een griepvaccinatie.

Baarmoederkankeronderzoek

Van de vrouwen tussen dertig en zestig jaar is bij 82% de afgelopen vijf jaar een uitstrijkje gemaakt. De meeste vrouwen die een uitstrijkje lieten maken zijn tussen de 40 en 50 jaar. Meer vrouwen in niet-stedelijke gebieden en vrouwen met een hoog opleidingsniveau hebben een uitstrijkje laten maken dan vrouwen uit zeer stedelijke gebieden en vrouwen met een laag opleidingsniveau.

Van de allochtone vrouwen tussen dertig en zestig jaar is bij 68% de afgelopen vijf jaar een uitstrijkje gemaakt. Surinaamse vrouwen hebben zich even vaak laten onderzoeken op baarmoederhalskanker als autochtone vrouwen. De vrouwen uit de andere allochtone groepen hebben zich minder vaak laten onderzoeken.

Borstkankeronderzoek

Van de onderzochte vrouwen van 18 jaar en ouder heeft 51% ooit röntgenfoto's laten maken van de borsten. Het tijdstip van de foto's was voor 35% van de onderzochte vrouwen minder dan twee jaar voorafgaand aan het interview. Vrouwen die particulier verzekerd zijn en die lager opgeleid zijn hebben vaker röntgenfoto's laten maken dan vrouwen die ziekenfondsverzekerd zijn en hoger opgeleid zijn.

Vrouwen in tweepersoonshuishoudens en vrouwen zonder tekorten in sociale steun laten vaker röntgenfoto's maken dan vrouwen uit andere woonvormen of vrouwen met veel tekorten in sociale steun.

Van de allochtone vrouwen van 18 jaar en ouder heeft 32% (versus 51% van de autochtone vrouwen) ooit röntgenfoto's laten maken van de borsten. Naar allochtone groep zijn er verschillen in het laten maken van röntgenfoto's. Surinaamse en Antilliaanse vrouwen hebben vaker foto's laten maken dan Marokkaanse en Turkse vrouwen.

PSA-test

Bij 10% van de onderzochte mannen van 18 jaar en ouder is ooit een PSA-test afgenomen. Van alle onderzochte volwassen mannen zegt 8% minder dan vijf jaar voorafgaand aan het interview een PSA-test te hebben gehad. Van de mannen van 65 jaar en ouder heeft 23% minder dan vijf jaar geleden voorafgaand aan het interview een PSA-test gehad. Laag opgeleide en particulier verzekerde mannen hebben vaker een PSA-test gehad dan hoog opgeleide en ziekenfondsverzekerde mannen.



Leefstijl

6.1 Inleiding

Leefstijl is een belangrijke determinant van gezondheid. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de verdeling van rookgedrag, alcoholconsumptie, drugsgebruik, voedingspatroon, lichaamsbeweging en onder- en overgewicht.

De informatie over leefstijl is afkomstig van de patiëntenquête. De vragen over leefstijl zijn alleen gesteld aan respondenten van 12 jaar en ouder. De informatie over de leefstijl van verschillende groepen niet-westerse allochtonen, zoals Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen komen uit een extra enquête onder allochtonen in hun eigen taal.

6.2 Roken

Aan respondenten van de patiëntenquête van 12 jaar en ouder is gevraagd of ze zelf wel eens roken. Aan mensen die hierop nee antwoorden is gevraagd of ze vroeger wel eens sigaretten hebben gerookt. Met behulp van de antwoorden op deze vragen zijn de respondenten ingedeeld in drie groepen, namelijk de rokers, de ex-rokers en de niet-rokers. Tabel 6.2.1 geeft het rookgedrag van de onderzoekspopulatie weer. Ongeveer 30% van de mensen zegt op het moment van het interview te roken, terwijl een derde van de populatie zegt wel eerder te hebben gerookt, maar nu niet meer. Ruim een derde van de respondenten heeft nooit gerookt.

Tabel 6.2.1
Rookgedrag (N= 10571)

Rookgedrag	%
roker	29,5
ex-roker	33,1
nooit gerookt	37,4

Bron: patiëntenquête

In Tabel 6.2.2 wordt het rookgedrag weergegeven naar leeftijd en geslacht. Er wordt het meest gerookt door mensen tussen de 20 en 49 jaar, maar ook bijna een op de vijf tieners rookt. Na de 50 jaar neemt het percentage rokers af met de leeftijd, terwijl het aantal ex-rokers toeneemt ($p < .01$). Vrouwen roken minder vaak dan mannen en blijken ook vaker nooit gerookt te hebben ($p < .01$). Dit gaat op voor alle leeftijdsgroepen, behalve voor tieners waarvan ruwweg evenveel meisjes als jongens zeggen te roken.

Tabel 6.2.2**Rookgedrag naar geslacht en leeftijd in percentages (N=10571)**

Rookgedrag		Leeftijd								totaal
		12 t/m 19 jr	20 t/m 29 jr	30 t/m 39 jr	40 t/m 49 jr	50 t/m 59 jr	60 t/m 69 jr	≥70 jr		
roker	man	17,8	45,7	41,7	41,3	36,0	28,7	20,1	34,1	
	vrouw	18,5	34,6	29,4	36,2	26,7	18,9	10,2	25,7	
	subtotaal	18,2	39,8	34,8	38,3	31,2	23,5	14,2	29,5	
ex-roker	man	8,6	16,7	21,1	34,6	43,9	56,3	68,1	35,9	
	vrouw	7,9	19,1	26,7	37,0	43,3	37,7	32,0	30,8	
	subtotaal	8,2	18,0	24,2	36,0	43,6	46,5	46,6	33,1	
nooit gerookt	man	73,6	37,6	37,2	24,2	20,2	15,0	11,7	30,0	
	vrouw	73,5	46,3	43,9	26,8	30,1	43,3	57,9	43,5	
	subtotaal	73,6	42,2	41,0	25,7	25,2	30,0	39,2	37,4	

254

Bron: patiëntenquête

Opleidingsniveau blijkt samen te hangen met het rookgedrag ($p < .01$). Respondenten met een lager of middelbaar opleidingsniveau roken vaker dan respondenten met een hoge opleiding. Er wordt het meest gerookt in de groep met een middelbaar opleidingsniveau. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen.

Laag en middelbaar opgeleide respondenten zijn over het algemeen minder vaak gestopt met roken, oftewel ex-rokers, hoewel het percentage ex-rokers onder laag opgeleide mannen hoger is dan dat van middelbaar of hoogopgeleide mannen.

Tabel 6.2.3

Rookgedrag naar hoogst genoten opleiding onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8923)

Rookgedrag		Opleidingsniveau		
		laag	middelbaar	hoog
roker	man	37,3	38,3	28,6
	vrouw	24,7	27,7	22,3
	subtotaal	29,4	32,4	25,5
ex-roker	man	48,4	38,5	42,9
	vrouw	28,8	34,9	36,3
	subtotaal	36,1	36,5	39,6
nooit gerookt	man	14,3	23,2	28,4
	vrouw	46,5	37,4	41,5
	subtotaal	34,5	31,2	34,9

Bron: patiëntenquête

Ziektenfondsverzekerden roken vaker dan personen met een particuliere ziektekostenverzekering ($p < .01$). Particulier verzekerden zijn vaker gestopt met roken, oftewel ex-rokers. Particulier verzekerde mannen hebben daarnaast ook vaker nooit gerookt.

Tabel 6.2.4

Rookgedrag naar verzekeringsvorm onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8921)

Rookgedrag		Verzekeringsvorm	
		ziekenfonds	particulier
roker	man	39,7	30,2
	vrouw	27,4	22,8
	subtotaal	32,2	26,9
ex-roker	man	38,9	43,6
	vrouw	32,6	37,9
	subtotaal	35,1	41,0
nooit gerookt	man	21,4	26,2
	vrouw	39,9	39,3
	subtotaal	32,7	32,1

Bron: patiëntenquête

- Personen met een lagere sociaal-economische status roken vaker dan mensen uit de hoogste sociaal-economische groep. Mensen met een lagere sociaal-economische status lijken over het algemeen minder geneigd te stoppen met roken

Personen die alleen wonen of alleen met kinderen wonen, roken vaker dan mensen die samenwonen ($p < .01$). Alleenwonende mannen en vrouwen met kinderen roken het meest. Het percentage ex-rokers is in deze groep ook erg laag. Voor vrouwen geldt dat het percentage dat nooit heeft gerookt niet veel verschilt tussen de diverse woonvormen. Het percentage nooit-rokers onder mannen is het hoogst onder de mannen met kinderen. Mannen die samen met een partner voor hun kinderen zorgen zijn echter veel vaker ex-roker dan mannen die alleen wonen met hun kinderen.

Tabel 6.2.5
Rookgedrag naar woonvorm in percentages (N=10335)

Rookgedrag		Woonvorm			
		éénpersoons huishouden	tweepersoons huishouden	éénouder- gezin	paar met kinderen
roker	man	45,1	30,6	39,6	33,1
	vrouw	25,6	24,2	37,4	24,7
	subtotaal	32,3	27,3	38,1	28,7
ex-roker	man	34,2	49,1	21,4	28,5
	vrouw	30,4	35,0	19,1	30,3
	subtotaal	31,7	41,8	19,8	29,4
nooit gerookt	man	20,7	20,4	43,5	45,0
	vrouw	44,0	40,9	43,5	45,0
	subtotaal	35,9	30,9	42,1	41,9

Bron: patiëntenquête

Het percentage rokers neemt toe met het tekort aan sociale steun ($p < .01$). Een uitzondering hierop vormen vrouwen die veel sociale steun tekort komen, zij roken het minst vaak. Het feit dat het percentage rokers toeneemt met het ervaren tekort aan sociale steun hangt samen met het feit dat personen die te weinig steun ontvangen minder vaak nooit hebben gerookt, maar in gelijke mate stoppen met roken dan personen die geen steun tekort komen.

Tabel 6.2.6
Rookgedrag naar ervaren tekort aan sociale steun in percentages (N=5157)

Rookgedrag		Ervaren tekort aan sociale steun		
		geen tekort	matig tekort	veel tekort
roker	man	31,9	35,8	37,9
	vrouw	31,9	35,8	30,4
	subtotaal	27,4	30,7	33,7
ex-roker	man	38,6	32,5	33,7
	vrouw	29,4	31,7	33,0
	subtotaal	33,5	32,1	33,3
nooit gerookt	man	29,5	31,6	28,4
	vrouw	46,8	42,1	36,6
	subtotaal	39,1	37,2	33,0

Bron: patiëntenquête

- Mensen die alleen wonen, eventueel met kinderen, en mensen met grotere tekorten aan sociale steun, roken vaker dan mensen die samenwonen met een partner en mensen zonder tekorten in sociale steun

In Tabel 6.2.7 worden de resultaten uit de patiëntenquête (autochtonen) en de enquête onder allochtonen naast elkaar gezet. Allochtone mannen roken vaker dan autochtonen. Meer dan de helft van de Turken rookt, tegenover bijna de helft van de Surinaamse en Antilliaanse mannen. Marokkanen roken het minst vaak ($p < .01$). Onder vrouwen wordt het meest gerookt door Turken en het minst door Marokkaanse vrouwen. Allochtone vrouwen blijken over het algemeen vaker nooit gerookt te hebben in vergelijking met autochtonen. Het percentage ex-rokers is dan ook erg laag.

Tabel 6.2.7
Rookgedrag naar etniciteit in percentages

257

Rookgedrag		Etniciteit				
		autochtoon	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
roker	man	32,4	34,3	60,0	46,4	47,9
	vrouw	25,2	7,3	35,1	26,0	26,5
	subtotaal	28,4	20,3	46,9	31,8	34,2
ex-roker	man	37,8	17,4	11,1	21,4	21,3
	vrouw	32,1	5,2	15,6	13,5	20,5
	subtotaal	34,7	11,1	13,5	15,7	20,8
nooit gerookt	man	29,8	48,3	28,9	32,1	30,9
	vrouw	42,7	87,5	49,3	60,5	53,0
	subtotaal	36,9	68,6	39,7	52,5	45,0

Bron: patiëntenquête en enquête onder allochtonen

- Allochtone mannen roken vaker dan autochtonen. Turkse mannen roken het meest, gevolgd door Surinamers en Antillianen, terwijl Marokkaanse mannen ongeveer even vaak roken als autochtonen. Onder vrouwen wordt het meest gerookt door Turkse vrouwen, terwijl Surinaamse en Antilliaanse vrouwen even vaak roken als autochtone vrouwen. Marokkaanse vrouwen roken het minst

Respondenten die in stedelijke gebieden wonen roken vaker dan niet-stedelingen ($p < .01$). Voor vrouwen zijn er geen grote verschillen in het percentage ex-rokers, niet-stedelingen zijn vaker nooit begonnen met roken. Voor mannen is het verschil tussen stad en platteland zowel een gevolg van het feit dat mannen in steden minder vaak ex-rokers zijn en minder vaak nooit in hun leven hebben gerookt.

Tabel 6.2.8
Rookgedrag naar stedelijkheid in percentages (N=10571)

Rookgedrag		Stedelijkheid				
		zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
roker	man	38,9	39,0	33,1	32,1	29,2
	vrouw	26,6	28,5	26,7	25,3	21,6
	subtotaal	32,0	33,1	29,6	28,4	25,1
ex-roker	man	34,4	33,1	36,7	36,3	38,4
	vrouw	30,0	32,2	30,7	30,9	29,9
	subtotaal	32,0	32,6	33,5	33,4	33,8
nooit gerookt	man	26,6	27,9	30,2	31,6	32,4
	vrouw	43,4	39,3	42,5	43,8	48,4
	subtotaal	36,0	34,3	36,9	38,2	41,1

Bron: patiëntenquête

► Mensen die in stedelijke gebieden wonen, roken vaker dan niet-stedelingen

Rookgedrag verschilt naar de positie die een persoon inneemt op de arbeidsmarkt ($p < .01$). Zo blijkt bijna de helft van de werklozen en arbeidsongeschikten te roken, terwijl maar een op de vijf gepensioneerd en scholieren of studenten rookt. Gepensioneerd zijn vaker gestopt met roken, terwijl scholieren veelal nooit hebben gerookt.

Tabel 6.2.9
Rookgedrag naar arbeidsstatus in percentages (N=10379)

Rookgedrag		Arbeidsstatus					
		werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	scholier	huisvrouw /-man
roker	man	58,6	43,4	24,9	39,6	18,3	34,1
	vrouw	41,6	43,3	13,8	32,2	18,6	22,0
	subtotaal	48,9	43,3	20,5	36,3	18,5	22,2
ex-roker	man	24,1	41,3	62,0	31,3	8,5	27,3
	vrouw	27,3	30,4	35,6	31,9	8,9	35,8
	subtotaal	25,9	36,2	51,7	31,6	8,7	35,6
nooit gerookt	man	17,2	15,4	13,1	29,1	73,2	38,6
	vrouw	31,2	26,3	50,6	35,9	72,5	42,2
	subtotaal	25,2	20,5	27,8	32,2	72,8	42,1

Bron: patiëntenquête

► Werklozen en arbeidsongeschikten roken het vaakst, terwijl scholieren en gepensioneerd het minst vaak roken

Vervolgens is met behulp van een multivariate (logistische) regressieanalyse (Bijlage III, Tabel 1) onderzocht welke achtergrondkenmerken het sterkst samenhangen met rookgedrag. In deze analyse wordt tijdens het berekenen van de samenhang tussen een bepaald achtergrondkenmerk en roken rekening gehouden met de invloed van de andere kenmerken. Het feit dat bepaalde achtergrondkenmerken in deze analyse ‘afvallen’ wil niet zeggen dat er geen verschillen in rookgedrag bestaan tussen de verschillende categorieën van dit kenmerk, maar dat deze verschillen kunnen worden verklaard door de samenhang van dit kenmerk met een ander achtergrondkenmerk dat wel sterk gerelateerd is aan roken in de multivariate analyse. Omdat deze logistische regressieanalyse wordt uitgevoerd met de gegevens uit de patiëntenquête kan de variabele etniciteit niet worden geïnccludeerd.

Tabel 6.2.10 laat zien dat met name opleiding, woonvorm en sociale steun een sterke onafhankelijke samenhang vertonen met rookgedrag. Mensen met een lager of middelbaar opleidingsniveau roken vaker dan hoger opgeleiden. Mensen die veel sociale steun tekort komen roken vaker dan mensen zonder tekorten in sociale steun. Roken komt vaker voor onder alleenwonenden of mensen die alleen wonen met kinderen.

259

Tabel 6.2.10

Overzicht significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met roken voor respondenten ≥ 25 jaar

Roken	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met andere kenmerken
leeftijd	leeftijd
geslacht	geslacht
opleiding	opleiding
verzekering	
woonvorm	woonvorm
sociale steun	sociale steun
stedelijkheid	
arbeidsstatus	

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang tussen achtergrondkenmerken is de kans om te roken groter voor jongeren, mannen, laag opgeleiden, mensen zonder partner en mensen die veel sociale steun tekort komen

6.3 Alcoholconsumptie

De respondenten van de patiëntenquête is eerst gevraagd of zij alcoholhoudende dranken gebruiken. Daarna wordt gevraagd hoe vaak men het afgelopen halfjaar 6 of meer glazen alcohol op een dag dronk en wordt voor de weekdays en het weekend apart nagevraagd op hoeveel dagen men gemiddeld hoeveel glazen alcohol drinkt.

Personen die aangeven nooit te drinken worden geclassificeerd als geheelonthouder en hun aantal glazen alcohol wordt op nul gesteld. Het gemiddeld aantal dagen waarop wordt gedronken, wordt vermenigvuldigd met het gemiddelde aantal glazen en het resultaat van weekdays en het weekend zijn bij elkaar opgeteld. De alcoholconsumptie wordt nu weergegeven in het gemiddelde aantal geconsumeerde glazen alcohol per week.

Er worden twee maten voor excessief alcoholgebruik onderscheiden, namelijk overmatig alcoholgebruik en zwaar drinken.

Overmatig alcoholgebruik wordt voor mannen en vrouwen verschillend gedefinieerd (Jackson et al., 1995; CBS). Voor mannen ligt de grens voor overmatig alcoholgebruik op meer dan 21 glazen per week, terwijl voor vrouwen meer dan 14 glazen al wordt aangemerkt als overmatig alcoholgebruik. Resultaten betreffende overmatig alcoholgebruik worden dus apart voor mannen en vrouwen gepresenteerd.

260

Een zware drinker is een man of vrouw die minimaal 1 keer in de week meer dan 5 glazen alcohol consumeert. Er bestaat een overlap tussen beide maten van excessief alcoholgebruik. Het is echter ook mogelijk dat iemand die overmatig veel alcohol drinkt geen zware drinker is, omdat diegene nooit meer dan 5 glazen alcohol op 1 dag drinkt. Ook het omgekeerde is mogelijk. Een zware drinker die minimaal eens per week meer dan 5 glazen drinkt, maar minder dan 14 glazen (voor vrouwen) of 21 glazen (voor mannen) gedurende de hele week is geen overmatig alcoholgebruiker.

Tabel 6.3.1
Alcoholconsumptie (N= 10571)

Alcoholconsumptie	%
overmatig alcoholgebruik (mannen)	12,5
overmatig alcoholgebruik (vrouwen)	6,3
geheelonthouder	22,4
zware drinkers	11,0

Bron: patiëntenquête

Ongeveer 1 op de 10 mensen is een zware drinker, dat wil zeggen drinkt minimaal 1 keer in de week 6 of meer glazen alcohol, 1 op de 8 mannen en 1 op de 16 vrouwen gebruikt overmatig veel alcohol. Bijna een kwart van de onderzoekspopulatie drinkt nooit alcohol.

Overmatig alcoholgebruik komt het meest voor onder jong volwassenen tussen de 20 en 29 jaar en onder mensen van middelbare leeftijd, van 40 tot 59 jaar ($p < .01$). Zware drinkers zijn voornamelijk te vinden onder jong volwassenen tussen de 20 en 29 jaar, maar ook onder 40 tot 49-jarige mannen. Geheelonthouding neemt toe na middelbare leeftijd ($p < .01$).

Mannen zijn vaker een zware drinker en drinken vaker overmatig veel alcohol, vrouwen zijn vaker geheelonthouder ($p < .01$).

Tabel 6.3.2
Alcoholconsumptie naar geslacht en leeftijd in percentages (N=10571)

Alcoholconsumptie		Leeftijd							totaal
		12 t/m 19 jr	20 t/m 29 jr	30 t/m 39 jr	40 t/m 49 jr	50 t/m 59 jr	60 t/m 69 jr	≥70 jr	
overmatig alcoholgebruik	man	6,6	24,2	10,8	15,7	14,7	8,9	5,9	12,5
	vrouw	3,3	5,8	4,9	9,7	9,0	6,6	2,3	6,2
zware drinker	man	15,1	38,4	21,3	25,4	20,9	10,2	3,4	19,5
	vrouw	5,3	13,5	3,9	3,9	2,7	1,3	0,4	4,0
	subtotaal	9,9	25,3	11,5	13,0	11,6	5,5	1,6	11,0
geheelonthouder	man	38,5	8,5	10,1	9,1	11,1	14,8	24,0	15,4
	vrouw	39,6	23,3	26,1	20,1	20,9	33,0	41,0	28,1
	subtotaal	39,1	16,3	19,1	15,4	16,1	24,5	34,1	22,4

Bron: patiëntenquête

Laag opgeleiden zijn vaker geheelonthouder en minder vaak een zware drinker dan mensen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau ($p < .01$). Daarnaast rapporteren zij minder vaak overmatig alcoholgebruik. De verschillen in overmatig alcoholgebruik tussen de opleidingsniveaus zijn groter voor vrouwen ($p < .01$) dan voor mannen ($p < .05$).

Tabel 6.3.3
Alcoholconsumptie naar hoogst genoten opleiding onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8923)

Alcoholconsumptie		Opleidingsniveau		
		laag	middelbaar	hoog
overmatig alcoholgebruik	man	9,9	13,2	11,6
	vrouw	3,5	6,2	10,7
zware drinker	man	14,3	19,8	16,7
	vrouw	1,4	3,2	4,1
	subtotaal	6,2	10,5	10,5
geheelonthouder	man	26,5	12,3	7,2
	vrouw	45,9	25,6	15,6
	subtotaal	38,7	19,8	11,4

Bron: patiëntenquête

Ziektefondsverzekerden zijn vaker geheelonthouder en ook minder vaak een zware drinker ($p < .01$). Als men echter kijkt naar het percentage zware drinkers voor mannen en vrouwen apart, lijken ziektefondsverzekerde mannen en vrouwen vaker zware drinkers te zijn dan particulier verzekerden. Overmatig alcoholgebruik komt vaker voor onder particulier verzekerde vrouwen dan

onder vrouwen met een ziekenfondsverzekering ($p < .01$). Overmatig alcoholgebruik onder mannen is niet gerelateerd aan ziektekostenverzekering.

Tabel 6.3.4

Alcoholconsumptie naar verzekeringsvorm onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8921)

Alcoholconsumptie		Verzekeringsvorm	
		ziekenfonds	particulier
overmatig alcoholgebruik	man	12,8	11,8
	vrouw	5,9	8,5
zware drinker	man	18,7	17,8
	vrouw	3,2	2,8
	subtotaal	9,2	11,0
geheelonthouder	man	16,7	7,7
	vrouw	30,1	19,4
	subtotaal	24,9	13,0

Bron: patiëntenquête

- Laag opgeleiden zijn minder vaak zware drinkers of overmatig alcoholgebruikers dan mensen met een hoger opleidingsniveau; er bestaat geen eenduidig verband tussen alcoholconsumptie en verzekeringsvorm

Zwaar drinkende mannen en vrouwen wonen vaker alleen of alleen met kinderen ($p < .01$). In deze groepen bevinden zich echter ook de meeste geheelonthouders. Overmatig alcoholgebruik komt vaker voor bij vrouwen die geen kinderen hebben ($p < .01$). Alleenwonende mannen lijken ook vaker overmatig te drinken, maar dit verschil is niet statistisch significant.

Tabel 6.3.5

Alcoholconsumptie naar woonvorm in percentages (N=10379)

Alcoholconsumptie		Woonvorm			
		éénpersoons huishouden	tweepersoons huishouden	éénouder-gezin	paar met kinderen
overmatig alcoholgebruik	man	14,9	11,9	12,4	12,2
	vrouw	6,6	8,0	5,6	5,1
zware drinker	man	23,4	14,7	22,1	21,5
	vrouw	4,7	3,4	5,0	3,6
	subtotaal	11,2	8,9	10,3	12,1
geheelonthouder	man	17,4	13,1	24,0	15,8
	vrouw	29,1	26,1	33,5	27,8
	subtotaal	25,1	19,8	30,6	22,1

Bron: patiëntenquête

Sociale steun is niet gerelateerd aan alcoholconsumptie.

Tabel 6.3.6

Alcoholconsumptie naar ervaren tekort aan sociale steun in percentages (N=5157)

Alcoholconsumptie		Ervaren tekort aan sociale steun		
		geen tekort	matig tekort	veel tekort
overmatig alcoholgebruik	man	13,5	12,5	13,9
	vrouw	6,5	5,9	7,3
zware drinker	man	20,0	22,3	21,8
	vrouw	3,9	3,2	4,5
	subtotaal	11,1	12,1	12,2
geheelonthouder	man	15,6	14,2	13,2
	vrouw	29,4	26,2	25,6
	subtotaal	23,3	20,6	20,1

Bron: patiëntenquête

In Tabel 6.3.7 worden de resultaten uit de patiëntenquête (autochtonen) en de enquête onder allochtonen naast elkaar gezet. Autochtonen gebruiken vaker overmatig veel alcohol dan allochtonen. Overmatig alcohol gebruik komt zowel voor mannen ($p < .05$) als voor vrouwen ($p < .05$) vaker voor onder Surinamers en Antillianen dan onder Turken en Marokkanen. Autochtonen zijn over het algemeen ook vaker zware drinkers dan allochtonen ($p < .01$). Uitzonderingen zijn Antillianen en Surinaamse mannen die vaker zwaar drinken dan autochtonen ($p < .01$). Het overgrote deel van de Turken en Marokkanen zijn geheelonthouders.

Tabel 6.3.7

Alcoholconsumptie naar etniciteit in percentages

Alcoholconsumptie		Etniciteit				
		autochtoon	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
overmatig alcoholgebruik	man	12,1	2,8	3,3	9,0	8,9
	vrouw	6,5	0,5	1,0	2,0	4,3
zware drinker	man	13,8	6,2	7,4	21,4	18,1
	vrouw	4,0	2,1	0,5	2,8	7,2
	subtotaal	11,0	4,1	3,8	8,1	11,2
geheelonthouder	man	13,8	79,8	62,4	23,8	16,0
	vrouw	26,1	92,1	85,8	46,0	35,5
	subtotaal	20,6	86,2	74,8	39,7	28,5

Bron: patiëntenquête en enquête onder allochtonen

- Autochtonen consumeren over het algemeen vaker excessief veel alcohol dan allochtonen. Het blijkt echter dat Surinaamse mannen en Antillianen vaker zware drinkers zijn. Met name Marokkanen en Turken zijn vaker geheelonthouder.

Zware drinkers wonen vaker zowel in grote steden als in weinig tot niet-stedelijke gebieden ($p < .01$). Overmatige alcoholgebruikende vrouwen wonen vaker in sterk stedelijke gebieden ($p < .01$), terwijl er geen relatie bestaat tussen overmatig alcoholgebruik en stedelijkheid onder mannen.

Tabel 6.3.8
Alcoholconsumptie naar stedelijkheid in percentages (N=10571)

Alcoholconsumptie		Stedelijkheid				
		zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
overmatig alcoholgebruik	man	13,3	14,4	10,5	13,1	11,5
	vrouw	6,6	9,3	5,9	5,1	4,9
zware drinker	man	19,5	18,8	15,5	22,0	21,2
	vrouw	4,8	4,0	3,8	3,3	4,2
	subtotaal	11,3	10,4	9,2	11,8	12,0
geheelonthouder	man	21,2	14,2	15,4	13,3	14,7
	vrouw	28,3	24,2	27,8	28,6	31,5
	subtotaal	25,2	19,9	22,1	21,6	23,8

Bron: patiëntenquête

Zwaar drinken en overmatig alcoholgebruik komt vaker voor onder werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan ($p < .01$). Gepensioneerden en huisvrouwen en -mannen rapporteren het minst vaak zwaar of overmatig drankgebruik.

Tabel 6.3.9
Alcoholconsumptie naar arbeidsstatus in percentages (N=10379)

Alcoholconsumptie		Arbeitsstatus					
		werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	scholier	huisvrouw /-man
overmatig alcoholgebruik	man	17,5	16,9	7,7	15,0	8,0	6,8
	vrouw	10,5	6,9	4,1	8,5	3,7	5,2
zware drinker	man	31,0	20,6	6,8	24,2	19,7	9,1
	vrouw	10,4	2,8	0,6	6,0	6,8	1,6
	subtotaal	19,3	12,4	4,4	16,0	12,8	1,7
geheelonthouder	man	12,1	29,0	19,3	8,4	34,6	22,7
	vrouw	24,7	30,0	39,3	18,0	37,1	32,5
	subtotaal	19,3	29,5	27,1	12,7	35,9	32,3

Bron: patiëntenquête

- ▮ Werklozen, arbeidsongeschikten, maar ook mensen met een betaalde baan zijn vaker zware of overmatige drinkers

Vervolgens is met behulp van een multivariate (logistische) regressieanalyse (Bijlage III, Tabel 2) onderzocht welke achtergrondkenmerken het sterkst samenhangen met overmatig alcoholgebruik. In deze analyse wordt tijdens het berekenen van de samenhang tussen een bepaald achtergrondkenmerk en overmatig alcoholgebruik rekening gehouden met de invloed van de andere kenmerken. Het feit dat bepaalde achtergrondkenmerken in deze analyse ‘afvallen’ wil niet zeggen dat er geen verschillen in overmatig alcoholgebruik bestaan tussen de verschillende categorieën van dit kenmerk, maar dat deze verschillen kunnen worden verklaard door de samenhang van dit kenmerk met een ander achtergrondkenmerk dat wel sterk gerelateerd is aan overmatig alcoholgebruik in de multivariate analyse.

Tabel 6.3.10 laat zien dat onder mannen stedelijkheid sterk samenhangt met overmatig alcoholgebruik, terwijl onder vrouwen de woonvorm bepalend blijkt voor overmatig alcoholgebruik. Mannelijke inwoners van zowel sterk stedelijke gebieden als van weinig stedelijke gebieden gebruiken vaker overmatig alcohol dan mannen die in zeer sterk, matig of niet-stedelijke gebieden wonen. Vrouwen die samenwonen zonder kinderen gebruiken vaker overmatig alcohol dan andere vrouwen.

265

Tabel 6.3.11

Overzicht significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met overmatig alcoholgebruik voor respondenten ≥ 25 jaar

Overmatig alcoholgebruik			
mannen		vrouwen	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met andere kenmerken	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met andere kenmerken
leeftijd		leeftijd	
		opleiding	
		verzekering	
		woonvorm	woonvorm
stedelijkheid	stedelijkheid	stedelijkheid	
arbeidsstatus		arbeidsstatus	

Bron: patiëntenquête

- ▮ Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op overmatig alcoholgebruik groter voor mannen in sterk en weinig stedelijke gebieden en vrouwen die samenwonen zonder kinderen

6.4 Drugsgebruik

Aan respondenten gevraagd of zij wel eens, gedurende twee maanden of langer, soft of hard drugs hebben gebruikt of dat nu nog steeds doen.

Tabel 6.4.1
Drugsgebruik (N= 10570)

Drugsgebruik	%
soft drugsgebruik nu	1,6
soft drugsgebruik vroeger	4,8
hard drugsgebruik nu	0,2
hard drugsgebruik vroeger	1,8

Bron: patiëntenquête

1.6% van de mensen zegt in de twee maanden voor het interview soft drugs hebben gebruikt, terwijl bijna 5% van de populatie zegt wel eerder soft drugs te hebben gebruikt, maar nu niet meer. Twee op de 1000 respondenten gebruikt momenteel harddrugs en bijna 2% van de populatie heeft vroeger hard drugs gebruikt. Het merendeel van de respondenten heeft nooit soft of hard drugs gebruikt.

Ouderen gebruiken minder vaak drugs dan jongeren ($p < .01$). Met name jong volwassenen tussen de 20 tot 29 jaar gebruiken het vaakst drugs. Vrouwen gebruiken minder vaak drugs dan mannen ($p < .01$).

Tabel 6.4.2
Drugsgebruik naar geslacht en leeftijd in percentages (N=10570)

Drugsgebruik		Leeftijd								totaal
		12 t/m 19 jr	20 t/m 29 jr	30 t/m 39 jr	40 t/m 49 jr	50 t/m 59 jr	60 t/m 69 jr	≥70 jr		
soft drugs- gebruik nu	man	2,6	7,8	4,6	2,3	0,8	0,3	0,2	2,5	
	vrouw	2,3	3,4	1,0	0,6	0,2	0	0	0,9	
	subtotaal	2,5	5,5	2,5	1,3	0,5	0,2	0,1	1,6	
soft drugs- gebruik vroeger	man	5,2	14,5	7,5	9,0	3,0	1,8	2,5	6,1	
	vrouw	2,5	9,5	5,3	5,0	1,9	0,4	1,2	3,7	
	subtotaal	3,8	11,9	6,3	6,7	2,5	1,1	1,7	4,8	
hard drugs- gebruik nu	man	0,2	2,0	0,5	0,5	0	0	0	0,4	
	vrouw	0	0	0	0	0,1	0	0	0	
	subtotaal	0,1	1,0	0,2	0,2	0,1	0	0	0,2	
hard drugs- gebruik vroeger	man	1,5	6,2	2,5	1,4	1,1	1,3	2,0	2,1	
	vrouw	1,7	4,0	1,6	1,3	1,1	0,4	1,1	1,5	
	subtotaal	1,6	5,0	2,0	1,3	1,1	0,9	1,4	1,8	

Bron: patiëntenquête

Het huidige gebruik van soft drugs neemt over het algemeen toe met het opleidingsniveau ($p < .01$). Dit geldt met name voor vrouwen. Hoger opgeleiden hebben ook vroeger vaker soft drugs gebruikt dan lager opgeleiden. Het gebruik van hard drugs is niet gerelateerd aan opleiding.

Tabel 6.4.3

Drugsgebruik naar hoogst genoten opleiding onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8922)

Drugsgebruik		Opleidingsniveau		
		laag	middelbaar	hoog
soft drugs- gebruik nu	man	2,2	2,1	2,3
	vrouw	0,2	0,4	1,0
	subtotaal	1,0	1,1	1,7
soft drugs- gebruik vroeger	man	4,7	5,3	7,1
	vrouw	1,9	3,0	6,4
	subtotaal	2,9	4,0	6,8
hard drugs- gebruik nu	man	0,2	0,4	0,2
	vrouw	0	0	0,1
	subtotaal	0,1	0,2	0,2
hard drugs - gebruik vroeger	man	3,3	1,8	1,7
	vrouw	1,6	1,2	1,2
	subtotaal	2,3	1,5	1,5

Bron: patiëntenquête

Ziektefondsvverzekerden gebruiken, op het moment van het interview, vaker soft drugs dan respondenten met een particuliere ziektekostenverzekering ($p < .05$). Alleen ziektefondsvverzekerde mannen lijken ook vroeger vaker soft drugs gebruik te hebben dan particulier verzekerden. Ziektefondsvverzekerden gebruiken en hebben vroeger ook vaker hard drugs gebruikt dan particulier verzekerden ($p < .05$).

Tabel 6.4.4

Drugsgebruik naar verzekeringsvorm onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8920).

Drugsgebruik		Verzekeringsvorm	
		ziekenfonds	particulier
soft drugs- gebruik nu	man	2,8	1,3
	vrouw	0,5	0,3
	subtotaal	1,4	0,8
soft drugs- gebruik vroeger	man	6,1	5,2
	vrouw	3,5	3,4
	subtotaal	4,5	4,4
hard drugs- gebruik nu	man	0,4	0,2
	vrouw	0	0
	subtotaal	0,2	0,1
hard drugs- gebruik vroeger	man	2,7	1,0
	vrouw	1,3	1,3
	subtotaal	1,8	1,1

Bron: patiëntenquête

- ▶ Hoger opgeleiden gebruiken of gebruikten vroeger vaker softdrugs dan lager opgeleiden. Ziekenfondsverzekerden gebruiken en hebben vroeger ook vaker drugs gebruikt dan particulier verzekerden

Mensen die alleen wonen en zij die alleen met kinderen wonen, gebruiken vaker soft drugs en hebben ook vroeger vaker soft en hard drugs gebruikt in vergelijking met personen die samenwonen met een partner ($p < .01$). Een uitzondering vormen alleenwonende vrouwen die vroeger even vaak soft drugs gebruikten als samenwonende vrouwen.

Tabel 6.4.5

Drugsgebruik naar woonvorm in percentages (N=10334)

Drugsgebruik		Woonvorm			
		éénpersoons huishouden	tweepersoons huishouden	éénouder- gezin	paar met kinderen
soft drugs- gebruik nu	man	5,4	1,6	5,8	2,2
	vrouw	0,9	0,5	2,9	0,7
	subtotaal	2,5	1,0	3,8	1,4
soft drugs- gebruik vroeger	man	7,9	4,0	9,1	6,8
	vrouw	3,7	3,2	6,2	3,6
	subtotaal	5,1	3,6	7,1	5,1
hard drugs- gebruik nu	man	1,1	0,2	0	0,3
	vrouw	0	0,1	0	0
	subtotaal	0,4	0,1	0	0,2

Drugsgebruik		Woonvorm			
		éénpersoons huishouden	tweepersoons huishouden	éénouder- gezin	paar met kinderen
hard drugs- gebruik vroeger	man	4,5	1,7	1,9	1,6
	vrouw	1,8	1,0	3,5	1,4
	subtotaal	2,7	1,3	3,0	1,5

Bron: patiëntenquête

- Mensen die niet samenwonen met een partner gebruiken of hebben vroeger vaker drugs gebruikt

Mensen die veel tekorten ervaren in sociale steun gebruiken vaker soft drugs dan mensen die geen of matige tekorten ervaren in sociale steun ($p < .01$). Er is geen statistisch significant verschil in hard drugsgebruik tussen groepen met verschillende sociale steun.

269

Tabel 6.4.6

Drugsgebruik naar ervaren tekort aan sociale steun in percentages (N=5175)

Drugsgebruik		Ervaren tekort aan sociale steun		
		geen tekort	matig tekort	veel tekort
soft drugsgebruik nu	man	1,9	1,8	3,4
	vrouw	0,6	0	1,4
	subtotaal	1,2	0,8	2,3
soft drugsgebruik vroeger	man	5,8	4,8	6,6
	vrouw	2,7	3,7	6,4
	subtotaal	4,1	4,2	6,5
hard druggebruik nu	man	0,3	0	0,7
	vrouw	0	0	0
	subtotaal	0,1	0	0,3
hard drugsgebruik vroeger	man	2,0	2,4	2,3
	vrouw	1,5	1,1	2,0
	subtotaal	1,7	1,7	2,1

Bron: patiëntenquête

Mensen die in stedelijke gebieden wonen gebruiken of gebruikten vroeger vaker drugs dan inwoners van minder en niet-stedelijke gebieden ($p < .01$). Het percentage drugsgebruik neemt toe met de mate van stedelijkheid van de woonplaats voor zowel mannen als vrouwen.

Tabel 6.4.7
Drugsgebruik naar stedelijkheid in percentages (N=10570)

Drugsgebruik		Stedelijkheid				
		zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
soft drugs- gebruik nu	man	4.9	3.7	1.6	1.9	1.2
	vrouw	1.7	1.2	0.8	0.7	0.3
	subtotaal	3.1	2.3	1.2	1.3	0.7
soft drugs- gebruik vroeger	man	10.3	6.3	6.3	4.6	4.3
	vrouw	7.1	3.8	3.1	2.8	2.2
	subtotaal	8.5	4.9	4.6	3.6	3.2
hard drugs- gebruik nu	man	1.1	0.7	0.2	0.2	0
	vrouw	0.1	0	0	0	0
	subtotaal	0.5	0.3	0.1	0.1	0
hard drugs- gebruik vroeger	man	4.0	2.1	1.9	1.4	1.6
	vrouw	2.3	1.3	1.6	1.4	0.9
	subtotaal	3.0	1.7	1.7	1.4	1.3

Bron: patiëntenquête

- Mensen die in stedelijke gebieden wonen, gebruiken of gebruikten vroeger vaker drugs dan inwoners van minder en niet-stedelijke gebieden

Werklozen gebruiken veruit het vaakst drugs ($p < .01$). Dit geldt voor zowel soft als hard drugs en voor zowel huidig als vroeger gebruik. Ook arbeidsongeschikten, scholieren en mensen met een betaalde baan gebruiken of gebruikten relatief vaak drugs.

Tabel 6.4.8
Drugsgebruik naar arbeidsstatus in percentages (N=10378)

Drugsgebruik		Arbeitsstatus					
		werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	scholier	huisvrouw /-man
soft drugs- gebruik nu	man	17,2	3,8	0,2	2,9	2,9	0
	vrouw	3,9	1,6	0	1,0	2,4	0,3
	subtotaal	9,6	2,8	0,1	2,0	2,6	0,3
soft drugs- gebruik vroeger	man	15,5	7,3	2,1	7,2	5,8	9,1
	vrouw	9,1	8,1	1,0	5,6	3,0	1,8
	subtotaal	11,9	7,7	1,6	6,5	4,3	2,0
hard drugs- gebruik nu	man	3,4	0,7	0	0,5	0,2	0
	vrouw	0	0	0	0	0	0
	subtotaal	1,5	0,4	0	0,3	0,1	0

Drugsgebruik		Arbeidsstatus					
		werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	scholier	huisvrouw /-man
hard drugs- gebruik vroeger	man	10,3	4,2	1,5	2,0	1,5	6,8
	vrouw	1,3	3,6	0,8	1,7	1,8	1,1
	subtotaal	5,2	3,9	1,3	1,8	1,7	1,2

Bron: patiëntenquête

- Werklozen gebruiken het vaakst drugs. Ook arbeidsongeschikten, scholieren en mensen met een betaalde baan gebruiken relatief vaak drugs

Vervolgens is met behulp van een multivariate (logistische) regressieanalyse (Bijlage III, Tabel 3) onderzocht welke achtergrondkenmerken het sterkst samenhangen met huidig drugsgebruik. In deze analyse wordt tijdens het berekenen van de samenhang tussen een bepaald achtergrondkenmerk en drugsgebruik rekening gehouden met de invloed van de andere kenmerken. Het feit dat bepaalde achtergrondkenmerken in deze analyse ‘afvallen’ wil niet zeggen dat er geen verschillen in drugsgebruik bestaan tussen de verschillende categorieën van dit kenmerk, maar dat deze verschillen kunnen worden verklaard door de samenhang van dit kenmerk met een ander achtergrondkenmerk dat wel sterk gerelateerd is aan drugsgebruik in de multivariate analyse.

Tabel 6.4.9 laat zien dat alleen het actuele gebruik van soft drugs samenhangt met een van de achtergrondkenmerken, namelijk woonvorm. Met name alleenwonenden en mensen die alleen wonen met kinderen gebruiken vaker soft drugs dan samenwonenden.

Tabel 6.4.9

Overzicht significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met huidig soft en hard drugsgebruik voor respondenten ≥ 25 jaar

Soft drugsgebruik nu		Hard drugsgebruik nu	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met achtergrondkenmerken
leeftijd	leeftijd	leeftijd	
geslacht	geslacht	geslacht	
opleiding			
verzekering		verzekering	
woonvorm	woonvorm	woonvorm	
sociale steun			
stedelijkheid		stedelijkheid	
arbeidsstatus		arbeidsstatus	

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op het huidige gebruik van softdrugs groter voor jongeren, mannen en alleenwonenden

6.5 Voedingspatroon

De helft van de respondenten is tijdens het interview gevraagd aan te geven hoe vaak ze bepaalde voedingsproducten, zoals groente, fruit of patat eten. Verder is deze groep ook gevraagd welk soort brood ze meestal eten en welk product men gebruikt om te bakken of braden. Aan alle respondenten is gevraagd of ze elke dag ontbijten of een warme maaltijd nuttigen.

Volgens de ‘spelregels gezonde voeding’ van het Voedingscentrum zou iedereen elke dag 2 ons groente en 2 stuks fruit moeten eten en daarnaast ruimschoots volkoren-, bruin- en roggebrood. Volgens het voedingscentrum vormen drie hoofdmaaltijden per dag de basis voor een gezonde voeding. Iedereen zou dus elke dag moeten ontbijten en een warme maaltijd nuttigen. Een andere spelregel waarschuwt voor het gebruik van verzadigd vet.

272

Tabel 6.5.1 Voedingspatroon

Voedingspatroon	%
ontbijt niet elke dag	22,2
eet altijd wit brood	12,0
niet elke dag warme maaltijd	8,2
bakken in roomboter, margarine	47,3
minstens 1 x per week patat	40,6
niet elke dag groenten	62,9
minder dan 2 stuks fruit per dag	80,8

Bron: patiëntenquête

Het merendeel van de respondenten eet niet elke dag groenten en minder dan 2 stuks fruit per dag. Bijna de helft van de mensen eet minstens 1 keer in de week patat en bakt altijd in roomboter, margarine of een ander niet-vloeibaar bak- en braadproduct. Bijna een kwart van de mensen ontbijt niet elke dag, 12% eet altijd wit brood en 8% gebruikt niet elke dag een warme maaltijd.

Ouderen eten over het algemeen gezonder dan jongeren ($p < .01$). Zij ontbijten vaker elke dag met volkoren of bruin brood, eten vaker elke dag groenten en minder vaak patat.

Mannen hebben over het algemeen een ongezonder eetpatroon dan vrouwen. Zij slaan vaker het ontbijt over, eten vaker wit brood of patat en te weinig fruit ($p < .01$). Vrouwen daarentegen slaan vaker een warme maaltijd over ($p < .01$). Mannen en vrouwen bakken even vaak in verzadigd vet en eten even weinig groenten.

Tabel 6.5.2
Voedingspatroon naar geslacht en leeftijd in percentages

Voedingspatroon		Leeftijd							totaal
		12 t/m 19 jr	20 t/m 29 jr	30 t/m 39 jr	40 t/m 49 jr	50 t/m 59 jr	60 t/m 69 jr	≥70 jr	
ontbijt niet elke dag	man	24,9	48,7	36,1	28,5	23,7	8,7	4,8	25,3
	vrouw	31,5	33,3	24,1	21,4	18,3	8,1	4,5	19,6
	subtotaal	28,4	40,6	29,3	24,4	20,9	8,4	4,6	22,2
eet wit brood	man	23,3	21,3	16,2	14,3	11,3	11,3	10,1	14,7
	vrouw	21,9	8,8	9,6	7,5	7,2	5,0	10,7	9,7
	subtotaal	22,5	14,7	12,6	10,3	9,3	8,0	10,4	12,0
niet elke dag warme maaltijd	man	4,8	5,4	8,3	8,8	7,2	5,5	6,2	6,9
	vrouw	6,1	11,4	9,8	10,6	9,6	8,1	8,4	9,3
	subtotaal	5,5	8,6	9,1	9,9	8,5	6,9	7,5	8,2
bakken in roomboter, margarine	man	53,3	48,1	45,1	48,9	45,6	45,7	54,0	48,2
	vrouw	51,5	39,5	43,1	45,4	40,7	45,7	60,7	46,6
	subtotaal	52,3	43,5	44,0	46,9	43,1	45,7	57,9	47,3
minstens 1 x per week patat	man	69,2	60,9	55,1	52,3	40,5	25,7	14,7	44,9
	vrouw	62,8	43,5	54,9	44,5	27,4	15,5	10,1	37,0
	subtotaal	66,5	51,7	55,0	47,7	33,9	20,5	12,0	40,6
niet elke dag groenten	man	66,7	73,6	76,0	68,7	58,8	54,8	45,0	63,5
	vrouw	71,2	79,8	74,5	66,7	56,3	51,6	40,0	62,4
	subtotaal	69,2	76,9	75,2	67,5	57,6	53,1	42,1	62,9
minder dan 2 stuks fruit per dag	man	89,6	88,9	85,9	86,3	85,9	85,1	86,7	86,6
	vrouw	84,6	72,1	74,1	78,4	72,8	70,8	78,2	76,0
	subtotaal	86,8	80,1	79,5	81,7	79,3	77,8	81,7	80,8

273

Bron: patiëntenquête

Er lijkt geen eenduidige relatie te bestaan tussen het voedingspatroon en het opleidingsniveau van de respondenten. Laag opgeleiden eten het meest wit brood, bakken vaker in verzadigd vet en komen vaker niet toe aan het eten van twee stuks fruit per dag ($p < .01$). Mensen met een middelbaar opleidingsniveau daarentegen slaan het vaakst het ontbijt over en eten het vaakst patat ($p < .01$). Hoger opgeleiden eten het minst vaak groenten ($p < .01$). Er bestaan geen opleidingsverschillen in het nuttigen van een warme maaltijd.

Tabel 6.5.3

Voedingspatroon naar hoogst genoten opleiding onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages

Voedingspatroon		Opleidingsniveau		
		laag	middelbaar	hoog
ontbijt niet elke dag	man	21,2	25,7	19,9
	vrouw	15,3	17,8	18,1
	subtotaal	17,5	21,3	19,0
eet wit brood	man	16,3	15,9	5,3
	vrouw	12,5	8,7	2,4
	subtotaal	14,0	11,9	3,9
niet elke dag warme maaltijd	man	8,6	7,2	6,8
	vrouw	9,4	9,4	10,7
	subtotaal	9,1	8,4	8,8
bakken in roomboter, margarine	man	52,0	49,3	39,8
	vrouw	60,0	47,3	27,7
	subtotaal	56,9	48,2	34,0
minstens 1 x per week patat	man	31,8	45,1	34,6
	vrouw	25,2	38,5	23,1
	subtotaal	27,8	41,5	29,1
niet elke dag groenten	man	50,5	63,5	67,8
	vrouw	47,8	62,4	65,1
	subtotaal	48,9	62,9	66,5
minder dan 2 stuks fruit per dag	man	86,3	86,8	84,9
	vrouw	80,7	75,9	64,9
	subtotaal	82,9	80,7	75,3

Bron: patiëntenquête

Ziektefondsverzekerden hebben over het algemeen een ongezonder eetpatroon dan particulier verzekerden. Zij slaan vaker het ontbijt of de warme maaltijd over, eten vaker wit brood, bakken vaker in verzadigd vet en eten vaker patat ($p < .01$). Particulier verzekerden daartegenover eten iets minder vaak groenten ($p < .05$). Er zijn geen verschillen in het eten van fruit.

Tabel 6.5.4

Voedingspatroon naar verzekeringsvorm onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages

Voedingspatroon		Verzekeringsvorm	
		ziekenfonds	particulier
ontbijt niet elke dag	man	26,3	20,1
	vrouw	18,6	14,4
	subtotaal	21,6	17,5
eet wit brood	man	16,7	8,5
	vrouw	9,1	5,6
	subtotaal	12,2	7,2
niet elke dag warme maaltijd	man	7,5	6,9
	vrouw	9,9	9,2
	subtotaal	9,0	7,9
bakken in roomboter, margarine	man	51,5	41,3
	vrouw	48,9	37,8
	subtotaal	49,9	39,7
minstens 1 x per week patat	man	43,3	36,8
	vrouw	36,1	26,0
	subtotaal	39,0	31,9
niet elke dag groenten	man	60,9	65,7
	vrouw	60,2	61,0
	subtotaal	60,5	63,6
minder dan 2 stuks fruit per dag	man	86,1	86,3
	vrouw	76,2	70,9
	subtotaal	80,2	79,3

Bron: patiëntenquête

- Personen met een lagere sociaal-economische status lijken over het algemeen een ongezonder voedingspatroon te hebben dan mensen uit hogere sociaal-economische groepen

In gezinnen met kinderen wordt het ongezondst gegeten ($p < .01$). Volwassenen met kinderen slaan vaker het ontbijt over, eten vaker wit brood, bakken vaker in verzadigd vet, eten vaker patat en eten minder groenten of fruit. Mensen die alleen wonen of in éénoudergezinnen slaan vaker de warme maaltijd over ($p < .01$).

Tabel 6.5.5
Voedingspatroon naar woonvorm in percentages

Voedingspatroon		Woonvorm			
		éénpersoons huishouden	tweepersoons huishouden	éénouder- gezin	paar met kinderen
ontbijt niet	man	26,3	19,6	34,4	27,9
elke dag	vrouw	16,4	16,9	28,5	21,1
	subtotaal	19,8	18,2	30,4	24,3
eet wit brood	man	15,9	12,1	19,1	15,3
	vrouw	7,7	6,9	15,4	11,4
	subtotaal	10,5	9,5	16,7	13,2
niet elke dag	man	15,5	5,5	9,1	5,8
warme maaltijd	vrouw	19,0	6,9	12,9	6,6
	subtotaal	17,8	6,2	11,7	6,2
bakken in room- boter, margarine	man	45,0	43,5	52,8	52,2
	vrouw	42,7	45,6	42,7	49,5
	subtotaal	43,5	44,6	46,1	50,8
minstens 1 x	man	25,2	32,3	55,1	58,8
per week patat	vrouw	12,1	24,4	37,2	56,1
	subtotaal	16,6	28,4	43,1	57,3
niet elke dag	man	65,8	57,6	70,8	67,0
groenten	vrouw	58,3	55,8	65,6	68,3
	subtotaal	60,9	56,7	67,3	67,7
minder dan 2 stuks	man	87,8	84,9	92,1	87,5
fruit per dag	vrouw	75,8	72,3	80,6	77,8
	subtotaal	79,9	78,6	84,4	82,4

Bron: patiëntenquête

Omdat de vragen over sociale steun aan de andere helft van de respondenten zijn gesteld dan de helft die de vragen over voeding heeft beantwoord, is er alleen informatie over de relatie tussen sociale steun en het elke dag gebruiken van ontbijt en warme maaltijd. Mensen die tekorten ervaren in sociale steun, slaan vaker het ontbijt ($p < .01$) of de warme maaltijd ($p < .05$) over.

Tabel 6.5.6

Voedingspatroon naar ervaren tekort aan sociale steun in percentages (N=5174)

Voedingspatroon		Ervaren tekort aan sociale steun		
		geen tekort	matig tekort	veel tekort
ontbijt niet elke dag	man	22,2	26,5	29,0
	vrouw	17,3	19,8	22,3
	subtotaal	19,5	23,0	25,3
niet elke dag warme maaltijd	man	5,2	6,0	6,4
	vrouw	6,6	7,7	9,0
	subtotaal	6,0	6,9	7,8

Bron: patiëntenquête

277

- Mensen met kinderen en mensen die te weinig sociale steun ontvangen rapporteren een ongezonder eetpatroon

In Tabel 6.5.7 worden de resultaten uit de patiëntenquête (autochtonen) en de enquête onder allochtonen naast elkaar gezet. In de enquête onder allochtonen is alleen aandacht besteed aan het elke dag gebruiken van een ontbijt en de warme maaltijd. Allochtonen slaan vaker het ontbijt over dan autochtonen ($p < .01$). Met name Surinamers en Antillianen slaan het vaakst het ontbijt over. Turken en Surinamers, maar ook Antilliaanse vrouwen blijken ongeveer even vaak warm te eten als autochtonen. Marokkanen en Antilliaanse mannen slaan echter duidelijk minder vaak de warme maaltijd over ($p < .01$).

Tabel 6.5.7

Voedingspatroon naar etniciteit in percentages

Voedingspatroon		Etniciteit				
		autochtoon	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
ontbijt niet elke dag	man	23,3	26,4	37,9	41,7	37,2
	vrouw	17,2	21,4	23,2	30,7	38,0
	subtotaal	20,0	23,8	30,2	33,8	37,7
niet elke dag warme maaltijd	man	6,7	0,6	8,6	6,0	2,2
	vrouw	9,1	2,1	4,8	9,3	6,6
	subtotaal	8,0	1,4	6,6	8,4	5,0

Bron: patiëntenquête en enquête onder allochtonen

- Allochtonen slaan vaker het ontbijt over, maar gebruiken over het algemeen wel vaker een warme maaltijd dan autochtonen

Inwoners van grote steden, oftewel zeer sterk stedelijke gebieden, slaan het vaakst het ontbijt of de warme maaltijd over en eten het vaakst wit brood ($p < .01$). Zij eten daarentegen het minst vaak patat en gebruiken het minst vaak vette producten om te bakken en braden ($p < .01$). Groenten worden het minst gegeten door inwoners van matig en sterk stedelijke gebieden ($p < .01$). De mate van stedelijkheid van de woonplaats lijkt niet samen te hangen met de consumptie van fruit.

Tabel 6.5.8

Voedingspatroon naar stedelijkheid in percentages (N=10568)

Voedingspatroon		Stedelijkheid				
		zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
ontbijt niet	man	28,9	26,4	23,0	27,3	21,0
elke dag	vrouw	24,7	21,7	17,5	18,2	17,1
	subtotaal	26,5	23,8	20,0	22,3	18,9
eet wit brood	man	17,0	14,9	15,0	15,6	10,8
	vrouw	13,7	10,6	7,9	9,5	7,3
	subtotaal	15,2	12,4	11,2	12,4	8,9
niet elke dag	man	10,7	10,0	6,2	5,1	4,0
warme maaltijd	vrouw	13,8	11,6	10,2	6,2	6,4
	subtotaal	12,4	10,9	8,3	5,7	5,3
bakken in room-	man	43,2	46,0	48,2	53,0	47,6
boter, margarine	vrouw	41,1	43,5	45,1	49,9	51,7
	subtotaal	42,0	44,6	46,5	51,4	49,6
minstens 1 x per	man	36,9	37,5	45,1	49,0	52,5
week patat	vrouw	24,6	30,9	41,9	42,6	41,8
	subtotaal	30,1	33,7	43,4	45,6	46,6
niet elke dag	man	61,5	68,8	66,2	65,3	54,6
groenten	vrouw	61,2	66,1	66,5	62,3	55,2
	subtotaal	61,3	67,2	66,4	63,7	54,9
minder dan 2 stuks	man	89,2	85,2	87,4	85,7	86,2
fruit per dag	vrouw	77,6	72,8	75,9	74,7	79,5
	subtotaal	82,8	78,1	81,3	79,8	82,5

Bron: patiëntenquête

Scholieren springen er in ongunstige zin uit wat betreft hun voedingspatroon. Ze eten het vaakst wit brood, patat en het minst vaak fruit ($p < .01$). Verder eten scholieren ook weinig groenten, net als mensen met een betaalde baan en werklozen ($p < .01$).

Werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan slaan het vaakst hun ontbijt of warme maaltijd over ($p < .01$).

Tabel 6.5.9
Voedingspatroon naar arbeidsstatus in percentages (N=10377)

Voedingspatroon		Arbeitsstatus					
		werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	scholier	huisvrouw /-man
ontbijt niet	man	44,8	26,0	7,1	32,0	24,8	22,7
elke dag	vrouw	27,3	27,9	6,1	25,4	30,1	12,5
	subtotaal	34,8	26,9	6,7	29,0	27,6	12,7
eet wit brood	man	22,9	21,1	10,9	14,4	22,1	0
	vrouw	10,0	13,9	8,9	7,1	19,1	9,0
	subtotaal	16,0	17,6	10,1	11,2	20,4	8,8
niet elke dag	man	15,5	9,4	5,9	7,5	4,8	2,3
warme maaltijd	vrouw	7,8	15,0	10,1	11,8	5,5	6,6
	subtotaal	11,1	12,0	7,5	9,4	5,1	6,5
bakken in room-	man	45,7	47,7	49,1	47,3	52,5	35,0
boter, margarine	vrouw	46,3	37,3	53,2	40,1	48,4	53,3
	subtotaal	46,1	42,6	50,7	44,1	50,2	52,9
minstens 1 x per	man	51,4	35,8	19,1	52,1	66,4	5,0
week patat	vrouw	39,0	39,7	10,4	41,1	58,8	33,7
	subtotaal	44,7	37,7	15,7	47,4	62,1	33,1
niet elke dag	man	68,6	54,5	50,3	70,3	65,3	35,0
groenten	vrouw	65,9	60,3	44,2	71,0	71,6	56,2
	subtotaal	67,1	57,3	47,9	70,6	68,9	55,7
minder dan 2 stuks	man	80,0	88,1	84,9	86,6	88,5	90,0
fruit per dag	vrouw	70,7	70,6	78,7	74,7	81,9	75,1
	subtotaal	75,0	79,6	82,5	81,4	84,8	75,4

Bron: patiëntenquête

- Scholieren eten het ongezondst. Ook werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan hebben een ongezonder eetpatroon

Vervolgens is met behulp van een multivariate (logistische) regressieanalyse (Bijlage III, Tabel 4) onderzocht welke achtergrondkenmerken het sterkst samenhangen met het voedingspatroon. In deze analyse wordt tijdens het berekenen van de samenhang tussen een bepaald achtergrondkenmerk en het voedingspatroon rekening gehouden met de invloed van de andere kenmerken. Het feit dat bepaalde achtergrondkenmerken in deze analyse 'afvallen' wil niet zeggen dat er geen verschillen in het voedingspatroon bestaan tussen de verschillende categorieën van dit kenmerk, maar dat deze verschillen kunnen worden verklaard door de samenhang van dit kenmerk met een ander achtergrondkenmerk dat wel sterk gerelateerd is aan het voedingspatroon in de multivariate analyse.

Tabel 6.5.10 laat zien dat het niet elke dag nuttigen van een ontbijt met name beïnvloed wordt door opleiding, woonvorm, stedelijkheid en arbeidsstatus. Lager en middelmatig opgeleiden slaan

vaker het ontbijt over dan hoog opgeleide mensen. Mensen die alleen wonen of alleen met kinderen, ontbijten vaker niet elke dag en samenwonenden zonder kinderen slaan vaker het ontbijt over dan mensen uit een tweeoudergezin. Inwoners van sterk tot zeer sterk stedelijke gebieden slaan vaker het ontbijt over dan mensen die in niet tot matig stedelijke woonplaatsen wonen. Gepensioneerden en huisvrouwen of -mannen ontbijten vaker elke dag dan anderen.

Het wel eens overslaan van de warme maaltijd hangt met name samen met woonvorm, stedelijkheid en arbeidsstatus. Mensen die alleen wonen of alleen met kinderen slaan het vaakst de warme maaltijd over en samenwonenden zonder kinderen slaan de warme maaltijd vaker over dan een stel met kinderen. Ook inwoners van sterk tot zeer sterk stedelijke gebieden en huisvrouwen of -mannen slaan vaker de warme maaltijd over.

Het eten van wit brood eten is met name gerelateerd aan opleiding en stedelijkheid. Mensen met een lage en middelbaar opleidingsniveau eten vaker wit brood. Inwoners van sterk tot zeer sterk stedelijke gebieden eten het vaakst wit brood, maar ook mensen die in weinig stedelijke gebieden wonen eten vaker wit brood dan inwoners van matig of niet-stedelijke gebieden.

Tabel 6.5.10 laat zien dat bakken in verzadigd vet met name beïnvloed wordt door opleiding, verzekeringsvorm, woonvorm en arbeidsstatus. Mensen met een lagere sociaal-economische status, oftewel lager opgeleiden en ziekenfondsverzekerden bakken vaker in roomboter of margarine dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Ook mensen met kinderen blijken veel vaker in verzadigd vet te bakken dan alleenwonenden of samenwonenden zonder kinderen. Huisvrouwen of -mannen bakken vaker in roomboter of margarine dan anderen.

Minstens 1 keer in de week patat eten hangt met name samen met opleiding, verzekeringsvorm, woonvorm en stedelijkheid. Mensen met een lagere sociaal-economische status, oftewel lager opgeleiden en ziekenfondsverzekerden eten vaker minimaal 1 keer in de week patat dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Ook paren met kinderen blijken veel vaker patat te eten dan alleenwonenden of samenwonenden zonder kinderen. In niet tot matig stedelijke gebieden eet men vaker minimaal 1 keer in de week patat dan in sterk tot zeer sterk stedelijke gebieden.

Tabel 6.5.10 laat verder zien dat het niet dagelijks groenten eten met name gerelateerd is aan woonvorm en stedelijkheid. Alleenwonenden slaan vaker de dagelijkse portie groenten over dan samenwonenden en éénoudergezinnen. Inwoners van niet-stedelijke gebieden eten het meest elke dag groenten.

Het eten van minder dan 2 stuks fruit per dag wordt met name beïnvloed door opleiding, woonvorm en stedelijkheid. Lager en middelmatig opgeleiden eten vaker minder dan 2 stuks fruit per dag dan hoog opgeleiden. Samenwonenden eten vaker elke dag 2 stuks fruit dan alleenwonenden of mensen met kinderen. Inwoners van zeer sterk stedelijke gebieden lijken het minst vaak toe te komen aan de aanbevolen 2 stuks fruit per dag.

Tabel 6.5.10

Overzicht significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met voedingspatroon voor respondenten ≥ 25 jaar

	Ontbijt		Warm maal		Wit brood		Verzadigd vet		Patat		Groenten		Fruit	
	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M	U	M
	leeftijd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
geslacht	X	X	X		X	X		X	X	X			X	X
opleiding	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X	X
verzekering	X		(X)		X		X	X	X	X	X			
woonvorm	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
sociale steun	X		X		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
stedelijkheid	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	(X)	X
arbeidsstatus	X	X	X	X	X		X	X	X		X		X	

Bron: patiëntenquête

U = univariate kruistabellen

M = multivariate logistische regressie

281

6.6 Lichaamsbeweging

Lichamelijke activiteit is zowel gemeten met behulp van de uitgebreide SQUASH-vragenlijst waarmee een score kan worden berekend voor de mate van activiteit (Wendel-Vos et al., in press) als wel met een enkele vraag aan de respondent over het aantal dagen dat hij of zij gemiddeld in de week tenminste een half uur lang bezig is met fietsen, klussen, tuinieren, sporten of andere inspannende activiteiten. De uitgebreide vragenlijst over beweging is slechts door de helft van de respondenten beantwoord, terwijl de enkelvoudige vraag aan alle respondenten van 12 jaar en ouder is gesteld.

De Nederlandse norm voor gezond bewegen is gerelateerd aan de minimale hoeveelheid lichaamsbeweging die nodig is voor de instandhouding en verbetering van de gezondheid (Kemper et al., 2000). Deze norm is gebaseerd op (inter)nationale publicaties en aangepast aan de situatie in Nederland. Voor jeugdigen onder de 18 jaar wordt dagelijks 60 minuten matig intensieve lichamelijke activiteit aanbevolen. Volwassenen dienen op tenminste vijf dagen van de week 30 minuten matig intensief te bewegen. Voor 55-plussers wordt aanbevolen om op minimaal 5 dagen in de week in elk geval matig intensief te bewegen. De grens voor matig intensieve beweging wordt lager met de leeftijd. Zo is bijvoorbeeld wandelen voor 55-plussers een matig intensieve lichamelijke activiteit, terwijl voor volwassenen wandelen niet intensief genoeg wordt geacht.

Tabel 6.6.1
Lichaamsbeweging

Lichaamsbeweging	%
onvoldoende beweging (minder dan 5 dagen) squash	51,6
onvoldoende beweging enkelvoudige vraag	40,9

Bron: patiëntenquête

Meer dan de helft van de mensen beweegt onvoldoende volgens de norm van minimaal 5 dagen minstens 30 minuten matig of intensieve beweging. De eigen inschatting van mensen wat betreft het aantal dagen dat zij voldoende bewegen is veel positiever. Slechts 41% van de mensen denkt minder dan 5 dagen per week voldoende te bewegen.

282

Jongeren bewegen vaker onvoldoende dan ouderen ($p < .01$). Het percentage onvoldoende beweging stijgt na de 70 jaar, wanneer waarschijnlijk lichamelijke beperkingen een rol gaan spelen. Ditzelfde patroon zien we ook voor de enkelvoudige vraag naar lichamelijke activiteit ($p < .01$). Een uitzondering hierop vormen jongeren tussen de 12 en 19 jaar die het aantal dagen dat zij voldoende bewegen ernstig overschatten.

Over het algemeen bewegen vrouwen vaker onvoldoende dan mannen ($p < .05$). Vrouwen tussen de 20 en de 59 jaar bewegen echter vaker voldoende dan mannen van diezelfde leeftijd. Wanneer mensen zelf het aantal dagen dat zij voldoende bewegen inschatten, bewegen mannen en vrouwen even vaak te weinig, alhoewel ook hier weer opgaat dat vrouwen tussen de 20 en 59 jaar vaker voldoende bewegen dan de mannen.

Tabel 6.6.2
Lichaamsbeweging naar geslacht en leeftijd in percentages

Lichaamsbeweging		Leeftijd							
		totaal	12 t/m 19	20 t/m 29	30 t/m 39	40 t/m 49	50 t/m 59	60 t/m 69	≥70
onvoldoende	man	49,9	58,7	70,2	62,4	59,5	49,0	16,5	31,5
beweging SQUASH	vrouw	53,0	72,8	61,5	59,9	58,4	42,4	25,5	50,2
	subtotaal	51,2	66,7	65,6	61,0	58,9	45,7	21,1	42,5
onvoldoende	man	41,2	25,8	45,9	43,5	42,8	42,8	31,9	48,4
beweging	vrouw	40,5	35,5	42,0	38,3	36,6	36,7	37,2	63,6
enkelvoudige vraag	subtotaal	40,9	30,5	43,8	40,6	39,2	39,7	34,7	57,5

Bron: patiëntenquête

Opleidingsniveau blijkt niet samen te hangen met lichaamsbeweging gerapporteerd via de SQUASH vragenlijst. Lager opgeleiden antwoorden daarentegen wel vaker dat zij minder dan 5 dagen meer dan 30 minuten met inspannende activiteiten bezig zijn ($p < .01$).

Tabel 6.6.3

Lichaamsbeweging naar hoogst genoten opleiding onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages

Lichaamsbeweging		Opleidingsniveau		
		laag	middelbaar	hoog
onvoldoende beweging	man	44,0	48,6	47,8
SQUASH	vrouw	50,8	49,5	50,1
	subtotaal	48,1	49,1	48,9
onvoldoende beweging	man	47,2	40,3	44,5
enkelvoudige vraag	vrouw	57,2	39,1	36,4
	subtotaal	53,5	39,6	40,5

Bron: patiëntenquête

283

Ziektenfondsverzekerden en particulier verzekerden verschillen nagenoeg niet in hun bewegingspatroon.

Tabel 6.6.4

Lichaamsbeweging naar verzekeringsvorm onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages

Lichaamsbeweging		Verzekeringsvorm	
		ziekenfonds	particulier
onvoldoende beweging	man	42,8	49,3
SQUASH	vrouw	50,0	49,6
	subtotaal	48,7	49,3
onvoldoende beweging	man	40,1	45,2
enkelvoudige vraag	vrouw	42,4	40,1
	subtotaal	41,5	42,9

Bron: patiëntenquête

Mensen met kinderen bewegen vaker onvoldoende dan mensen zonder kinderen en van de mensen zonder kinderen bewegen alleenwonenden weer vaker onvoldoende dan samenwonenden ($p < .01$). Afgaande op de enkelvoudige vraag naar inspannende activiteiten doen alleenwonenden met kinderen het minst aan lichaamsbeweging ($p < .01$).

Tabel 6.6.5
Lichaamsbeweging naar woonvorm in percentages

Lichaamsbeweging		Woonvorm			
		éénpersoons huishouden	tweepersoons huishouden	éénouder- gezin	paar met kinderen
onvoldoende	man	47,8	39,2	61,8	57,1
beweging	vrouw	49,4	43,1	64,4	58,7
SQUASH	subtotaal	48,9	41,2	63,6	57,9
onvoldoende	man	36,8	39,4	41,4	39,2
beweging	vrouw	53,2	40,8	42,8	36,0
enkelvoudige vraag	subtotaal	51,0	40,1	42,4	37,5

Bron: patiëntenquête

Aan de helft van de respondenten zijn de vragen over sociale steun gesteld. Dit is de andere helft dan diegene die de uitgebreide lijst vragen over lichaamsbeweging (SQUASH) heeft beantwoord. De eigen inschatting van mensen over het aantal dagen dat zij aan de norm voor lichaamsbeweging voldoen is wel door de hele onderzoekspopulatie gegeven. Alleen voor mannen geldt dat hoe groter het tekort aan sociale steun, hoe vaker er wordt gerapporteerd dat men onvoldoende beweegt.

Tabel 6.6.6
Lichaamsbeweging naar ervaren tekort aan sociale steun in percentages (N=5171)

Lichaamsbeweging		Ervaren tekort aan sociale steun		
		geen tekort	matig tekort	veel tekort
onvoldoende beweging	man	40,5	43,1	47,1
enkelvoudige vraag	vrouw	44,1	44,7	44,2
	subtotaal	42,5	43,9	45,5

Bron: patiëntenquête

In Tabel 6.6.7 worden de resultaten uit de patiëntenquête (autochtonen) en de enquête onder allochtonen naast elkaar gezet. In de enquête onder allochtonen is alleen de enkelvoudige vraag naar lichaamsbeweging opgenomen. Allochtonen bewegen vaker onvoldoende dan autochtonen ($p < .01$). Marokkanen en Turken bewegen vaker onvoldoende in vergelijking met Surinamers en Antillianen ($p < .01$). Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. Turkse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen bewegen vaker onvoldoende dan mannen van dezelfde afkomst. Er zijn weinig verschillen tussen Marokkaanse mannen en vrouwen.

Tabel 6.6.7
Lichaamsbeweging naar etniciteit in percentages

Lichaamsbeweging		Etniciteit				
		autochtoon	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
onvoldoende	man	39,6	80,0	75,1	68,9	64,8
beweging enkel-	vrouw	39,6	81,8	83,7	73,0	73,6
voudige vraag	subtotaal	39,6	80,9	79,5	71,9	70,3

Bron: patiëntenquête en enquête onder allochtonen

- Allochtonen blijken veel vaker onvoldoende te bewegen in vergelijking met autochtonen. Met name Marokkanen en Turken zijn te weinig lichamelijk actief

285

Stedelingen nemen vaker onvoldoende lichaamsbeweging in vergelijking met inwoners van matig tot niet-stedelijke gebieden ($p < 0,06$).

Tabel 6.6.8
Lichaamsbeweging naar stedelijkheid in percentages

Lichaamsbeweging		Stedelijkheid				
		zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
Onvoldoende	man	49,9	54,5	48,6	50,2	46,8
beweging	vrouw	57,3	54,2	54,3	49,9	50,6
SQUASH	subtotaal	54,0	54,3	51,7	50,0	48,9
Onvoldoende	man	45,3	44,0	37,1	40,8	36,5
beweging enkel-	vrouw	50,3	43,9	38,7	38,5	36,9
voudige vraag	subtotaal	48,1	43,9	38,0	39,6	36,7

Bron: patiëntenquête

- Inwoners van stedelijke gebieden nemen vaker onvoldoende lichaamsbeweging

Scholieren en werklozen bewegen het vaakst onvoldoende, maar ook ruim de helft van de werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan bewegen niet genoeg ($p < 0,01$). Er zijn echter maar weinig scholieren die rapporteren dat zij minder dan 5 dagen inspannende activiteiten verrichten.

Tabel 6.6.9
Lichaamsbeweging naar arbeidsstatus in percentages

Lichaamsbeweging		Arbeidsstatus					
		werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	scholier	huisvrouw /-man
onvoldoende	man	62,9	51,5	22,5	58,9	57,3	25,0
beweging	vrouw	61,0	57,1	46,8	57,4	71,3	42,2
SQUASH	subtotaal	61,8	54,2	32,1	58,2	65,2	41,9
onvoldoende	man	51,7	47,0	38,8	43,4	25,7	34,1
beweging enkel-	vrouw	40,3	54,9	53,0	37,9	34,8	41,4
voudige vraag	subtotaal	45,2	50,7	44,4	40,9	30,5	41,2

Bron: patiëntenquête

- Werklozen en arbeidsongeschikten, maar ook mensen met een betaalde baan en scholieren, blijken vaker te weinig te bewegen

Vervolgens is met behulp van een multivariate (logistische) regressieanalyse (Bijlage III, Tabel 5) onderzocht welke achtergrondkenmerken het sterkst samenhangen met lichaamsbeweging. In deze analyse wordt tijdens het berekenen van de samenhang tussen een bepaald achtergrondkenmerk en lichaamsbeweging rekening gehouden met de invloed van de andere kenmerken. Het feit dat bepaalde achtergrondkenmerken in deze analyse ‘afvallen’ wil niet zeggen dat er geen verschillen in lichaamsbeweging bestaan tussen de verschillende categorieën van dit kenmerk, maar dat deze verschillen kunnen worden verklaard door de samenhang van dit kenmerk met een ander achtergrondkenmerk dat wel sterk gerelateerd is aan lichaamsbeweging in de multivariate analyse. Tabel 6.6.10 laat zien dat onvoldoende beweging samenhangt met opleiding, verzekeringsvorm, woonvorm en arbeidsstatus. Mensen met een lager opleidingsniveau voldoen minder vaak aan de norm voor gezond bewegen dan hoger opgeleiden. Ziektefondsverzekerden daarentegen bewegen meer dan particulier verzekerden. Samenwonenden zonder kinderen en alleenwonenden bewegen ook vaker te weinig. Gepensioneerden en huisvrouwen of –mannen voldoen juist vaker aan de bewegingsnorm.

Tabel 6.6.10

Overzicht significante samenhang ($p > .05$) van de achtergrondkenmerken met onvoldoende lichaamsbeweging voor respondenten ≥ 25 jaar

Onvoldoende beweging SQUASH		Onvoldoende beweging enkelvoudige vraag	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met andere kenmerken	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met andere kenmerken
leeftijd	leeftijd	leeftijd	leeftijd
geslacht	geslacht		
	opleiding	opleiding	opleiding
	verzekering		verzekering
woonvorm	woonvorm	woonvorm	woonvorm
(stedelijkheid)		stedelijkheid	
arbeidsstatus	arbeidsstatus	arbeidsstatus	arbeidsstatus

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op onvoldoende beweging groter voor jongeren, vrouwen, laag opgeleiden, particulier verzekerden en mensen zonder kinderen

6.7 Onder- en overgewicht

Het voorkomen van onder- en overgewicht is vastgesteld door het gewicht van een persoon te relateren aan zijn of haar lengte, oftewel het berekenen van de Body Mass Index (BMI). De BMI is berekend met behulp van zelf-gerapporteerde lengte en gewicht van de respondenten. Er is sprake van ondergewicht wanneer de BMI lager is dan 18,5 (CBS), terwijl overgewicht gelijk staat aan een BMI groter of gelijk aan 25 en obesitas voorkomt vanaf een BMI van 30 (CBS, Hirasing et al., 2001). Deze definities van onder- en overgewicht gelden alleen voor personen van 18 jaar en ouder. De hieronder gerapporteerde verschillen hebben dus alleen betrekking op respondenten van de patiëntenquête en de enquête onder allochtonen van 18 jaar en ouder.

Tabel 6.7.1

Onder- en overgewicht (N= 9463)

Onder- en overgewicht	%
ondergewicht	1,9
overgewicht	46,5
obesitas	10,8

Bron: patiëntenquête

Bijna de helft van de mensen blijkt te zwaar te zijn en meer dan 10% van de respondenten heeft ernstig overgewicht. Twee op de 100 mensen wegen te weinig.

Ondergewicht komt het meest voor bij jonge mensen, maar ook na de 70 jaar neemt de prevalentie van ondergewicht weer toe ($p < .01$). Overgewicht neemt juist toe met de jaren, maar stabiliseert zich na de 50 jaar ($p < .01$). Obesitas komt over het algemeen meer voor op middelbare leeftijd ($p < .01$). Onder mannen is het voorkomen van obesitas redelijk stabiel vanaf de 40 jaar, terwijl het percentage obese vrouwen toeneemt tot de 60 jaar waarna het heel langzaam iets afneemt. Ondergewicht en obesitas komen vaker voor onder vrouwen dan onder mannen ($p < .01$). Daarentegen lijden meer mannen aan overgewicht dan vrouwen ($p < .01$).

Tabel 6.7.2

Onder- en overgewicht naar geslacht en leeftijd in percentages (N=9463)

Onder- en overgewicht		Leeftijd							totaal
		20 t/m 29 jr	30 t/m 39 jr	40 t/m 49 jr	50 t/m 59 jr	60 t/m 69 jr	≥70 jr		
ondergewicht	man	3,3	1,0	0,6	0,4	0,5	1,8	1,2	
	vrouw	5,1	2,8	2,2	1,0	0,9	1,8	2,5	
	subtotaal	4,3	2,0	1,5	0,7	0,7	1,8	1,9	
overgewicht	man	24,8	48,0	54,6	61,1	61,8	53,8	51,1	
	vrouw	23,5	34,7	39,8	51,5	56,3	55,5	42,8	
	subtotaal	24,1	40,6	46,1	56,2	58,9	54,8	46,5	
obesitas	man	5,7	6,1	10,6	11,8	11,6	7,2	8,9	
	vrouw	5,7	10,1	10,8	18,6	15,4	14,2	12,3	
	subtotaal	5,7	8,3	10,7	15,2	13,6	11,3	10,8	

Bron: patiëntenquête

Lager opgeleiden wegen over het algemeen vaker te weinig in vergelijking met personen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau ($p < .05$). Dit geldt met name voor mannen. Ondergewicht komt onder vrouwen namelijk zowel vaak voor onder hoog opgeleiden als onder laag opgeleiden. Overgewicht en obesitas nemen duidelijk toe met een afnemend opleidingsniveau ($p < .01$). Laag opgeleiden lijden vaker aan (ernstig) overgewicht dan hoog opgeleiden.

Tabel 6.7.3

Onder- en overgewicht naar hoogst genoten opleiding onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8727)

Onder- en overgewicht		Opleidingsniveau		
		laag	middelbaar	hoog
ondergewicht	man	1,6	0,9	0,4
	vrouw	2,6	1,5	2,8
	subtotaal	2,2	1,2	1,6
overgewicht	man	59,3	56,3	46,2
	vrouw	61,0	45,3	31,0
	subtotaal	60,3	50,1	38,8
obesitas	man	13,9	10,1	5,3
	vrouw	22,2	12,9	6,4
	subtotaal	19,0	11,6	5,8

Bron: patiëntenquête

Ziektenfondsverzekerden wegen zowel vaker te weinig als te veel in vergelijking met particulier verzekerden ($p < .01$). Dit beeld wordt geschetst voor zowel mannen als vrouwen.

Tabel 6.7.4

Gewicht naar verzekeringsvorm onder respondenten van 25 jaar en ouder in percentages (N=8731)

Onder- en overgewicht		Verzekeringsvorm	
		ziekenfonds	particulier
ondergewicht	man	1.0	0.7
	vrouw	2.2	1.3
	subtotaal	1.8	1.0
overgewicht	man	55.1	52.7
	vrouw	47.0	40.1
	subtotaal	50.2	47.1
obesitas	man	10.7	7.6
	vrouw	14.5	9.5
	subtotaal	13.0	8.5

Bron: patiëntenquête

- Mensen met een lagere sociaal-economische status zijn vaker (veel) te zwaar, maar blijken ook vaker te weinig te wegen in vergelijking met mensen met een hogere sociaal-economische status

Er bestaat geen duidelijke relatie tussen ondergewicht of obesitas en de woonvorm waarin iemand leeft. Overgewicht komt vaker voor bij personen die samenwonen met een partner ($p < .01$), maar dit geldt voor vrouwen alleen als zij samenwonen zonder kinderen.

Tabel 6.7.5

Onder- en overgewicht naar woonvorm in percentages (N=9260)

Onder- en overgewicht		Woonvorm			
		éénpersoons huishouden	tweepersoons huishouden	éénouder- gezin	paar met kinderen
ondergewicht	man	2,2	0,6	1,9	1,3
	vrouw	2,5	2,3	1,4	2,8
	subtotaal	2,4	1,5	1,6	2,1
overgewicht	man	43,6	56,2	45,4	49,7
	vrouw	42,9	48,2	39,4	38,5
	subtotaal	43,1	52,2	43,8	46,6
obesitas	man	9,0	9,6	9,3	8,4
	vrouw	12,0	13,9	12,2	11,5
	subtotaal	10,9	11,8	11,4	10,0

Bron: patiëntenquête

► Mensen die samenwonen zijn vaker te zwaar

Het ervaren van tekorten in sociale steun is niet statistisch significant gerelateerd aan onder- of overgewicht.

Tabel 6.7.6

Onder- en overgewicht naar ervaren tekort aan sociale steun in percentages (N=4728)

Onder- en overgewicht		Ervaren tekort aan sociale steun		
		geen tekort	matig tekort	veel tekort
ondergewicht	man	1,2	1,0	2,0
	vrouw	2,3	1,7	2,9
	subtotaal	1,8	1,4	2,5
overgewicht	man	52,8	47,3	47,9
	vrouw	42,6	46,2	40,2
	subtotaal	47,1	46,7	43,6
obesitas	man	8,9	9,1	8,4
	vrouw	12,1	12,3	12,3
	subtotaal	10,7	10,8	10,6

Bron: patiëntenquête

In Tabel 6.7.7 worden de resultaten uit de patiëntenquête (autochtonen) en de enquête onder allochtonen naast elkaar gezet. Er bestaat geen statistisch significant verschil tussen allochtonen en autochtonen in het voorkomen van ondergewicht. Allochtonen zijn daarentegen wel vaker (veel) te zwaar ($p < .001$) dan autochtonen. De etnische groepen verschillen onderling niet duidelijk in het voorkomen van ondergewicht, overgewicht of obesitas.

Tabel 6.7.7
Onder- en overgewicht naar etniciteit in percentages

Onder- en overgewicht		Etniciteit				
		autochtoon	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
ondergewicht	man	1,1	1,7	1,1	1,2	0
	vrouw	2,4	2,1	1,9	4,2	1,8
	subtotaal	1,8	1,9	1,5	3,4	1,2
overgewicht	man	51,4	56,5	60,3	46,4	55,4
	vrouw	43,4	52,4	56,5	57,0	51,5
	subtotaal	47,0	54,4	58,3	54,0	52,9
obesitas	man	9,0	11,3	15,3	11,9	17,4
	vrouw	12,3	22,8	25,6	20,6	19,6
	subtotaal	10,8	17,2	20,7	18,1	18,8

Bron: patiëntenquête en enquête onder allochtonen

► Allochtonen zijn vaker (veel) te zwaar in vergelijking met autochtonen

Overgewicht neemt toe als de stedelijkheid van de woonplaats afneemt ($p < .01$). Inwoners van minder stedelijke gebieden zijn dus vaker te zwaar dan stedelingen. Er is geen duidelijke relatie tussen ondergewicht of obesitas en de mate van stedelijkheid van de woonplaats.

Tabel 6.7.8
Onder- en overgewicht naar stedelijkheid in percentages (N=9463)

Onder- en overgewicht		Stedelijkheid				
		zeer sterk stedelijk	sterk stedelijk	matig stedelijk	weinig stedelijk	niet stedelijk
ondergewicht	man	2,1	1,0	1,2	1,0	1,1
	vrouw	2,7	2,6	2,5	2,7	2,1
	subtotaal	2,4	1,9	1,9	1,9	1,6
overgewicht	man	46,3	48,2	51,4	54,3	53,1
	vrouw	42,1	41,3	42,9	43,1	44,5
	subtotaal	44,0	44,3	46,8	48,3	48,4
obesitas	man	8,3	9,6	8,2	10,2	7,9
	vrouw	12,4	12,2	12,3	13,3	11,2
	subtotaal	10,6	11,1	10,4	11,9	9,7

Bron: patiëntenquête

► Overgewicht komt vaker voor in de minder stedelijke gebieden

Scholieren, arbeidsongeschikten en werkloze mannen lijden het vaakst aan ondergewicht ($p < .01$). Overgewicht komt het meest voor onder arbeidsongeschikten en gepensioneerden, maar ook bijna de helft van de huisvrouwen en -mannen zijn te zwaar ($p < .01$). Arbeidsongeschikten en huisvrouwen en -mannen blijken ook het vaakst obees ($p < .01$).

Tabel 6.7.9

Onder- en overgewicht naar arbeidsstatus (N=9270)

Onder- en overgewicht		Arbeidsstatus					
		werkloos	arbeids- ongeschikt	pensioen	betaald werk	scholier	huisvrouw/ -man
ondergewicht	man	1,7	1,8	1,3	1,0	4,2	0
	vrouw	1,4	4,1	2,2	2,3	12,4	1,4
	subtotaal	1,6	2,9	1,6	1,6	8,8	1,4
overgewicht	man	46,6	59,4	57,2	50,2	14,9	54,8
	vrouw	42,3	57,8	56,2	34,4	14,7	49,8
	subtotaal	44,2	58,6	56,8	43,1	14,8	49,9
obesitas	man	6,9	16,2	8,9	8,6	3,0	7,1
	vrouw	14,1	18,9	14,9	9,9	2,3	14,8
	subtotaal	10,9	17,4	11,2	9,2	2,6	14,6

Bron: patiëntenquête

► Arbeidsongeschikten, gepensioneerden en huisvrouwen of -mannen wegen het vaakst (veel) te veel; ondergewicht komt vaker voor onder scholieren en arbeidsongeschikten

Vervolgens is met behulp van een multivariate (logistische) regressieanalyse (Bijlage II, Tabel 6) onderzocht welke achtergrondkenmerken het sterkst samenhangen met overgewicht. In deze analyse wordt tijdens het berekenen van de samenhang tussen een bepaald achtergrondkenmerk en overgewicht rekening gehouden met de invloed van de andere kenmerken. Het feit dat bepaalde achtergrondkenmerken in deze analyse 'afvallen' wil niet zeggen dat er geen verschillen in overgewicht bestaan tussen de verschillende categorieën van dit kenmerk, maar dat deze verschillen kunnen worden verklaard door de samenhang van dit kenmerk met een ander achtergrondkenmerk dat wel sterk gerelateerd is aan overgewicht in de multivariate analyse.

Tabel 6.6.10 laat zien dat overgewicht met name samenhangt met opleiding, woonvorm en arbeidsstatus. Obesitas is daarentegen met name gerelateerd aan opleiding, stedelijkheid en arbeidsstatus. Mensen met een lager of middelbaar opleidingsniveau lijden vaker aan overgewicht en obesitas dan hoog opgeleiden. Overgewicht komt minder vaak voor onder alleenwonenden en obesitas minder vaak onder inwoners van niet-stedelijke gebieden. Arbeidsongeschikten hebben vaker last van overgewicht en zijn vaker obees.

Tabel 6.7.10

Overzicht significante samenhang ($p < .05$) van de achtergrondkenmerken met overgewicht en obesitas voor respondenten ≥ 25 jaar

Overgewicht		Obesitas	
zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met andere kenmerken	zonder rekening te houden met andere kenmerken	rekening houdend met andere kenmerken
leeftijd	leeftijd	leeftijd	
geslacht	geslacht	geslacht	
opleiding	opleiding	opleiding	opleiding
verzekering		verzekering	
woonvorm	woonvorm		
stedelijkheid			stedelijkheid
arbeidsstatus	arbeidsstatus	arbeidsstatus	(arbeidsstatus)

Bron: patiëntenquête

- Rekening houdend met de onderlinge samenhang van achtergrondkenmerken is de kans op (zwaar) overgewicht groter voor vrouwen, laag opgeleiden en arbeidsongeschikten. De kans op overgewicht is kleiner voor alleenwonenden, de kans op obesitas is kleiner voor mensen uit niet-stedelijke gebieden

6.8 Vergelijking eerste en tweede Nationale Studie (1987 versus 2001)

In de eerste Nationale Studie zijn gegevens verzameld over het rookgedrag, alcoholconsumptie en gewicht. Er is niet gevraagd naar drugsgebruik en op een andere manier dan in 2001 naar voedingsgewoonten en lichaamsbeweging.

6.8.1 Rookgedrag

Het percentage rokers is met ongeveer een kwart gedaald tussen 1987 en 2001 ($p < .001$). Met name het percentage ex-rokers is toegenomen in dezelfde periode, terwijl het aandeel van mensen die nooit gerookt hebben gelijk is gebleven in de onderzoekspopulaties. Deze trend is ongeveer gelijk voor mannen en vrouwen.

Ook in 1987 werd er meer gerookt door mannen dan door vrouwen ($p < .01$) en zijn vrouwen vaker nooit begonnen met roken. In 1987 werd met name veel gerookt door mensen tussen de 20 en 59 jaar ($p < .01$).

Tabel 6.8.1**Rookgedrag in 1987 (N=11280) en 2001 (N=10571) naar geslacht in percentages**

Rookgedrag	1987			2001		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
roker	44,7	33,3	38,9	34,1	25,7	29,5
ex-roker	26,1	20,6	23,3	35,9	30,8	33,1
nooit gerookt	29,2	46,0	37,7	30,0	43,5	37,4

Bron: patiëntenquête

- ▶ Het percentage rokers is sterk gedaald tussen 1987 en 2001, hierdoor is met name het percentage ex-rokers toegenomen in dezelfde periode

294

Lager en middelbaar opgeleide personen rookten in 1987 vaker dan hoog opgeleiden ($p < .01$). De verschillen in rookgedrag tussen mensen met een verschillend opleidingsniveau lijken tussen 1987 en 2001 niet veel te zijn veranderd. Dit komt doordat de afname van het percentage rokers in alle groepen ongeveer even groot is geweest.

Tabel 6.8.2**Rookgedrag in 1987 (N=8355) en 2001 (N=8921) onder respondenten van 25 jaar en ouder naar opleiding in percentages**

Opleidingsniveau	1987			2001		
	roker	ex-roker	nooit gerookt	roker	ex-roker	nooit gerookt
laag	40,7	24,4	34,9	29,4	36,1	34,5
middelbaar	43,7	26,8	27,7	32,4	36,5	31,2
hoog	36,1	34,1	29,8	25,5	39,6	34,9

Bron: patiëntenquête

In 1987 rookten ziekenfondsverzekerden vaker dan particulier verzekerden ($p < .01$). De verschillen in rookgedrag tussen ziekenfonds en particulier verzekerden zijn tussen 1987 en 2001 iets kleiner geworden, omdat het percentage rokende ziekenfondsverzekerden iets sterker is gedaald dan het percentage rokende particulier verzekerden.

Tabel 6.8.3**Rookgedrag in 1987 (N=8655) en 2001 (N=8921) onder respondenten van 25 jaar en ouder naar verzekeringsvorm in percentages**

Verzekeringsvorm	1987			2001		
	roker	ex-roker	nooit gerookt	roker	ex-roker	nooit gerookt
ziekenfonds	44,8	25,6	29,6	32,2	35,1	32,7
particulier	36,2	32,6	31,2	26,9	41,0	32,1

Bron: patiëntenquête

- ▮ Sociaal-economische verschillen in het rookgedrag zijn niet veel kleiner geworden tussen 1987 en 2001

Zowel in 2001 als in 1987 roken mensen die alleen wonen met kinderen het meest ($p < .01$). De daling van het percentage rokers tussen 1987 en 2001 was in deze groep ook het kleinst. De afname was het grootst onder mensen die samenwonen zonder kinderen. In 2001 was dit dan ook de groep die het minst rookte.

Tabel 6.8.4

Rookgedrag in 1987 (N=11231) en 2001 (N=10335) naar woonvorm in percentages

Woonvorm	1987			2001		
	roker	ex-roker	nooit gerookt	roker	ex-roker	nooit gerookt
niet ingevuld	40,4	20,3	39,3			
éénpersoons huishouden	40,4	20,8	38,8	32,3	31,7	35,9
tweepersoons huishouden	39,1	30,3	30,6	27,3	41,8	30,9
éénoudergezin	44,9	16,1	39,1	38,1	19,8	42,1
paar met kinderen	37,6	22,6	39,7	28,7	29,4	41,9

Bron: patiëntenquête

295

- ▮ Zowel in 1987 als 2001 wordt het meest gerookt door ouders uit éénoudergezinnen

Inwoners van zeer sterk stedelijke gebieden rookten in 1987 het meest ($p < .01$). De verschillen in het percentage rokers tussen zeer stedelijke gebieden en het platteland zijn toegenomen tussen 1987 en 2001, omdat de afname van het percentage rokers sterker was op het platteland dan in de stad, waar toch al meer inwoners rookten.

Tabel 6.8.5

Rookgedrag in 1987 (N=11231) en 2001 (N=10571) naar stedelijkheid in percentages

Stedelijkheid	1987			2001		
	roker	ex-roker	nooit gerookt	roker	ex-roker	nooit gerookt
zeer sterk stedelijk	44,4	24,4	31,2	32,0	32,0	36,0
sterk stedelijk	37,9	23,4	38,7	33,1	32,6	34,3
matig stedelijk	40,3	22,0	37,6	29,6	33,5	36,9
weinig stedelijk	38,1	24,4	37,6	28,4	33,4	38,2
niet stedelijk	37,3	22,5	40,3	25,1	33,8	41,1

Bron: patiëntenquête

- ▮ De verschillen tussen stad en platteland in het percentage rokers zijn groter geworden tussen 1987 en 2001

Net zoals in 2001, rookten in 1987 werklozen en arbeidsongeschikten het meest en scholieren het minst ($p < .01$). De afname van het percentage rokers tussen 1987 en 2001 was het sterkst onder gepensioneerden en huisvrouwen of -mannen, waardoor deze groepen in 2001, samen met de scholieren, tot de minst rokende groepen behoren.

Tabel 6.8.6

Rookgedrag in 1987 (N=10987) en 2001 (N=10379) naar arbeidsstatus in percentages

Arbeitsstatus	1987			2001		
	roker	ex-roker	nooit gerookt	roker	ex-roker	nooit gerookt
werkloos	52,4	20,3	27,3	48,9	25,9	25,2
arbeidsongeschikt	53,4	33,3	13,3	43,3	36,2	20,5
gepensionoord	35,9	37,0	27,1	20,5	51,7	27,8
betaald werk	46,4	25,5	28,1	36,3	31,6	32,2
scholier, in opleiding	17,6	4,7	77,7	18,5	8,7	72,8
huisvrouw, of -man	33,2	23,5	43,3	22,2	35,6	42,1

Bron: patiëntenquête

- Zowel in 1987 als in 2001 wordt er het meest gerookt door werklozen en arbeidsongeschikten

6.8.2 Overmatig alcoholgebruik

Het overmatig alcoholgebruik is zowel onder mannen als vrouwen afgenomen tussen 1987 en 2001 ($p < .001$). In 1987 werd er, net als in 2001, meer overmatig alcohol geconsumeerd door mannen dan door vrouwen. In 1987 werd met name veel gedronken door mensen tussen de 20 en 59 jaar ($p < .01$).

Tabel 6.8.7

Overmatig alcoholgebruik in 1987 (N=7904) en 2001 (N=10571) naar geslacht in percentages

	1987		2001	
	man	vrouw	man	vrouw
Overmatig alcoholgebruik	15,3	7,7	12,5	6,3

Bron: patiëntenquête

- Het percentage overmatig alcoholgebruik is sterk afgenomen tussen 1987 en 2001

Hoe hoger opgeleid, hoe vaker vrouwen overmatig alcohol gebruikten in 1987 ($p < .01$). Voor mannen bestonden geen opleidingsverschillen in het overmatig alcoholgebruik in 1987. In 2001 gebruikten ook lager opgeleide mannen het minst vaak overmatig veel alcohol ($p > 0.05$). De verschillen in overmatige alcoholgebruik zijn tussen 1987 en 2001 toegenomen, met name voor mannen, omdat de afname van overmatig alcoholgebruik sterker was onder laag opgeleiden.

Tabel 6.8.8

Overmatig alcoholgebruik in 1987 (N=6314) en 2001 (N=8923) onder respondenten van 25 jaar en ouder naar opleiding in percentages

Opleiding	1987		2001	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
laag	16,1	5,4	9,9	3,5
midden	16,0	8,5	13,2	6,2
hoog	15,5	13,3	11,6	10,7

Bron: patiëntenquête

In 1987 dronken particulier verzekerden vaker overmatig dan ziekenfondsverzekerden. Net als in 2001, waren de verschillen in 1987 tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden groter voor vrouwen dan voor mannen ($p < .01$). De verschillen in overmatig alcoholgebruik tussen ziekenfonds en particulier verzekerden zijn tussen 1987 en 2001 iets kleiner geworden, omdat het overmatig alcoholgebruik onder ziekenfondsverzekerde mannen minder sterk afneemt dan onder particulier verzekerde mannen.

297

Tabel 6.8.9

Overmatig alcoholgebruik in 1987 (N=6412) en 2001 (N=8921) onder respondenten van 25 jaar en ouder naar verzekeringsvorm in percentages

Verzekeringvorm	1987		2001	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
ziekenfonds	15,2	7,1	12,8	5,9
particulier	17,1	10,3	11,8	8,5

Bron: patiëntenquête

- Opleidingsverschillen in overmatig alcoholgebruik zijn gegroeid tussen 1987 en 2001, terwijl de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden eerder kleiner lijken te worden

In 1987 dronken alleenwonenden, al dan niet met kinderen, het meest ($p < .01$). In 2001 drinken alleenwonenden zonder kinderen en samenwonende vrouwen zonder kinderen het meest.

Tabel 6.8.10

Overmatig alcoholgebruik in 1987 (N=7877) en 2001 (N=10379) naar woonvorm in percentages

Woonvorm	1987		2001	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
niet ingevuld	17,6	7,7		
éénpersoons huishouden	19,0	9,5	14,9	6,6
tweepersoons huishouden	14,0	7,8	11,9	8,0
éénoudergezin	24,0	8,3	12,4	5,6
paar met kinderen	14,2	7,1	12,2	5,1

Bron: patiëntenquête

298

In 1987 nam het overmatig alcoholgebruik toe, naarmate de stedelijkheid van de woonplaats toenam. De verschillen tussen stad en platteland waren in 1987 voor mannen echter niet statistisch significant.

De verschillen in het percentage overmatig alcoholgebruik tussen stedelijke gebieden en het platteland zijn duidelijk afgenomen tussen 1987 en 2001, omdat de afname van overmatig alcoholgebruik sterkers was in de steden dan op het platteland.

Tabel 6.8.11

Overmatig alcoholgebruik in 1987 (N=7877) en 2001 (N=10571) naar stedelijkheid in percentages

Stedelijkheid	1987		2001	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
zeer sterk stedelijk	19,1	12,5	13,3	6,6
sterk stedelijk	16,4	8,5	14,4	9,3
matig stedelijk	16,2	6,6	10,5	5,9
weinig stedelijk	14,1	6,7	13,1	5,1
niet stedelijk	14,3	6,3	11,5	4,9

Bron: patiëntenquête

- De stads-plattelandverschillen in het percentage overmatig alcoholgebruik zijn in 2001 minder uitgesproken dan in 1987

In 1987 dronken werklozen, mensen met een betaalde baan en huismannen het meest en scholieren en arbeidsongeschikte vrouwen het minst ($p < .01$). Ondanks de daling van overmatig alcoholgebruik tussen 1987 en 2001, zijn arbeidsongeschikten juist vaker overmatig veel alcohol gaan drinken.

Tabel 6.8.12

Overmatig alcoholgebruik in 1987 (N=7697) en 2001 (N=10379) naar arbeidsstatus in percentages

Arbeitsstatus	1987		2001	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
werkloos	22,8	16,7	17,5	10,5
arbeidsongeschikt	11,0	4,2	16,9	6,9
gepensioneerd	10,6	7,5	7,7	4,1
betaald werk	17,1	8,8	15,0	8,5
scholier, in opleiding	7,4	4,0	8,0	3,7
huisvrouw, of -man	20,0	6,9	6,8	5,2

Bron: patiëntenquête

299

- Zowel in 1987 als in 2001 wordt er het meest gedronken door werklozen en mensen met een betaalde baan. In 2001 drinken ook arbeidsongeschikten vaak overmatig veel, omdat in deze groep het percentage overmatig alcoholgebruik is toegenomen tussen 1987 en 2001

6.8.3 Gewicht

Obesitas komt bijna twee keer zo vaak voor in 2001 als in 1987, terwijl het percentage overgewicht met ruim een derde is toegenomen in dezelfde periode ($p < .01$). Het percentage ondergewicht is daarentegen meer dan gehalveerd ($p < .01$).

In 1987 waren vrouwen, net als in 2001, vaker te licht en lijden zij vaker aan obesitas dan mannen ($p < .01$). Overgewicht kwam ook in 1987 al meer voor onder mannen ($p < .01$).

Jongeren tot de 20 jaar wogen vaker te weinig, terwijl overgewicht en obesitas vaker voorkomen onder mensen ouder dan 40 jaar ($p < .01$).

Tabel 6.8.13

Onder- en overgewicht in 1987 (N=10044) en 2001 (N=9463) naar geslacht in percentages

Onder- en overgewicht	1987			2001		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ondergewicht	2,8	6,4	4,6	1,2	2,5	1,9
overgewicht	38,3	31,4	34,7	51,1	42,8	46,5
obesitas	4,6	7,4	6,0	8,9	12,3	10,8

Bron: patiëntenquête

- Het percentage overgewicht en obesitas is sterk toegenomen tussen 1987 en 2001

Het percentage ondergewicht nam in 1987 toe met het opleidingsniveau ($p < .05$). Het percentage overgewicht en obesitas nam echter af met een stijgend opleidingsniveau ($p < .01$).

Hoewel overgewicht en obesitas veel vaker voorkomen in 2001 dan in 1987 zijn de opleidingsverschillen in 2001 kleiner dan in 1987, omdat de toename van overgewicht en obesitas onder hoog opgeleiden veel groter was dan onder laag opgeleiden.

Tabel 6.8.14

Onder- en overgewicht in 1987 (N=8296) en 2001 (N=9463) onder respondenten van 25 jaar en ouder naar opleiding in percentages

Opleiding	1987			2001		
	ondergewicht	overgewicht	obesitas	ondergewicht	overgewicht	obesitas
laag	2,7	51,8	11,1	2,2	60,3	19,0
midden	3,8	34,3	5,5	1,2	50,1	11,6
hoog	4,1	23,7	1,7	1,6	38,8	5,8

Bron: patiëntenquête

In 1987 waren ziekenfondsverzekerden iets vaker te licht dan particulier verzekerden ($p < .05$). Overgewicht en obesitas kwamen vaker voor onder ziekenfondsverzekerden dan onder particulier verzekerden ($p < .01$).

De verschillen in overgewicht en obesitas tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zijn kleiner geworden tussen 1987 en 2001, omdat de stijging van overgewicht en obesitas groter was onder particulier verzekerden dan onder ziekenfondsverzekerden. De verschillen in ondergewicht lijken echter te zijn toegenomen.

Tabel 6.8.15

Onder- en overgewicht in 1987 (N=8587) en 2001 (N=8731) onder respondenten van 25 jaar en ouder naar verzekeringsvorm in percentages

Verzekeringsvorm	1987			2001		
	ondergewicht	overgewicht	obesitas	ondergewicht	overgewicht	obesitas
ziekenfonds	3,7	40,9	8,1	1,8	50,2	13,0
particulier	3,0	33,5	4,3	1,0	47,1	8,5

Bron: patiëntenquête

► Sociaal-economische verschillen in overgewicht en obesitas zijn kleiner geworden tussen 1987 en 2001

In 1987 wogen mensen die alleen wonen met kinderen vaker te weinig ($p < .05$). Overgewicht kwam in 1987 vaker voor onder mensen zonder kinderen ($p < .01$). Mensen die alleen wonen of alleen met kinderen waren juist vaker obees ($p < .01$).

In 2001 worden weer heel andere patronen voor onder- en overgewicht gevonden.

Tabel 6.8.16**Onder- en overgewicht in 1987 (N=9999) en 2001 (N=9260) naar woonvorm in percentages**

Woonvorm	1987			2001		
	onder- gewicht	over- gewicht	obesitas	onder- gewicht	over- gewicht	obesitas
niet ingevuld	5,1	33,8	6,5			
éénpersoons huishouden	5,3	37,1	8,4	2,4	43,1	10,9
tweepersoons huishouden	3,7	38,6	6,6	1,5	52,2	11,8
éénoudergezin	7,4	33,0	9,0	1,6	43,8	11,4
paar met kinderen	4,5	32,9	4,8	2,1	46,6	10,0

Bron: patiëntenquête

301

Inwoners van sterk stedelijke gebieden wogen in 1987 vaker te weinig ($p < .01$). Overgewicht ($p < .01$) en obesitas ($p < .01$) kwamen daarentegen vaker voor naarmate de woonplaats minder stedelijk is. In 2001 is stedelijkheid alleen duidelijk gerelateerd aan het voorkomen van overgewicht, wat vaker voorkomt in minder stedelijke gebieden. Deze verschillen zijn echter kleiner dan in 1987, omdat het gewicht meer gestegen is in stedelijke gebieden dan op het platteland.

Tabel 6.8.17**Onder- en overgewicht in 1987 (N=9999) en 2001 (N=9463) naar stedelijkheid in percentages**

Stedelijkheid	1987			2001		
	onder- gewicht	over- gewicht	obesitas	onder- gewicht	over- gewicht	obesitas
zeer sterk stedelijk	6,3	31,4	5,6	2,4	44,0	10,6
sterk stedelijk	5,4	29,3	6,2	1,9	44,3	11,1
matig stedelijk	5,1	36,0	5,5	1,9	46,8	10,4
weinig stedelijk	4,1	35,9	6,0	1,9	48,3	11,9
niet stedelijk	3,7	36,9	6,5	1,6	48,4	9,7

Bron: patiëntenquête

- De verschillen tussen stedelijke en niet-stedelijke gebieden in zowel onder- als overgewicht zijn kleiner geworden tussen 1987 en 2001

In 1987 wogen scholieren vaak te weinig ($p < .01$) en waren arbeidsongeschikten en gepensioneerden vaker te zwaar ($p < .01$). Ernstig overgewicht kwam in 1987 relatief vaak voor onder huisvrouwen of -mannen en werklozen ($p < .01$). Hetzelfde patroon wordt waargenomen in 2001.

Tabel 6.8.18

Onder- en overgewicht in 1987 (N=9999) en 2001 (N=9270) naar arbeidsstatus in percentages

Arbeitsstatus	1987			2001		
	ondergewicht	overgewicht	obesitas	ondergewicht	overgewicht	obesitas
werkloos	5,1	30,9	8,4	1,6	44,2	10,9
arbeidsongeschikt	3,1	47,2	9,8	2,9	58,6	17,4
gepensioneerd	2,1	46,6	7,2	1,6	56,8	11,2
betaald werk	4,3	31,2	3,9	1,6	43,1	9,2
scholier, in opleiding	15,9	8,3	0,9	8,8	14,8	2,6
huisvrouw, of -man	4,4	40,0	9,7	1,4	49,9	14,6

Bron: patiëntenquête

- ▀ Zowel in 1987 als in 2001 zijn arbeidsongeschikten, gepensioneerden en huisvrouwen of -mannen het vaakst te zwaar

6.9 Leefstijl in Nederland in vogelvlucht

Rookgedrag

Tussen 1987 en 2001 is het percentage rokers met ongeveer een kwart gedaald. In 2001 rookt echter nog steeds ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking, waaronder vooral mannen.

Mensen met een lagere sociaal-economische status roken vaker dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Dit komt voornamelijk doordat mensen met een lagere sociaal-economische status over het algemeen minder vaak stoppen met roken. Deze sociaal-economische verschillen lijken, ondanks de afname van het percentage rokers, behoorlijk stabiel te zijn gebleven tussen 1987 en 2001.

Mensen die te weinig sociale steun ontvangen of alleen wonen, al dan niet met kinderen, roken vaker dan mensen die geen tekort hebben aan sociale steun of samenwonenden.

Verder lijken ook allochtone mannen vaker te roken dan autochtonen. Dit betreft met name Turkse mannen. Marokkaanse vrouwen roken daarentegen veel minder vaak dan autochtone vrouwen en Turkse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen.

Ook wordt er vaker gerookt door inwoners van stedelijke gebieden in vergelijking met niet-stedelingen.

Alcoholconsumptie

Het percentage overmatig alcoholgebruik is met meer dan de helft afgenomen tussen 1987 en 2001. Mannen drinken vaker te veel alcohol dan vrouwen. Voor mannen geldt dat inwoners van (zeer) sterk stedelijke en weinig stedelijke gebieden vaker overmatig alcohol gebruiken dan niet-stedelingen en inwoners van matig stedelijke gebieden. Verder drinken werkloze, arbeidsongeschikte, maar ook mannen met een betaalde baan vaker overmatig veel alcohol.

Vrouwen met een hogere sociaal-economische status lijken vaker overmatig alcohol te drinken dan vrouwen uit lagere sociaal-economische groepen. Vrouwen zonder kinderen drinken vaker overmatig veel alcohol vergeleken met vrouwen die kinderen hebben. Allochtonen lijken minder vaak overmatig te drinken dan autochtonen. Het alcoholgebruik van vrouwen woonachtig in steden, is hoger dan dat van inwonsters van niet-stedelijke gebieden. Ook onder vrouwen zijn het met name de werklozen, arbeidsongeschikten en vrouwen met een betaalde baan die vaker overmatig veel alcohol drinken.

Drugsgebruik

Het merendeel van de mensen heeft nooit soft of hard drugs gebruikt. Mannen gebruiken vaker drugs dan vrouwen en drugsgebruik komt het vaakst voor onder jong volwassenen tussen de 20 tot 29 jaar. Er bestaan geen eenduidige sociaal-economische verschillen in drugsgebruik. Hoger opgeleiden gebruiken vaker drugs dan lager opgeleiden, terwijl ziekenfondsverzekerden vaker drugs gebruiken dan particulier verzekerden. Mensen die niet samenwonen met een partner of onvoldoende sociaal gesteund worden, gebruiken vaker soft drugs. Mensen die in stedelijke gebieden wonen, gebruiken vaker drugs dan inwoners van minder en niet-stedelijke gebieden. Werklozen gebruiken het vaakst drugs, maar ook arbeidsongeschikten, scholieren en mensen met een betaalde baan gebruiken relatief vaak drugs.

303

Voedingspatroon

Het merendeel van de mensen eet niet elke dag groenten en minder dan twee stuks fruit per dag. Bijna de helft van de respondenten eet elke week patat en bakt in roomboter, margarine of een ander niet-vloeibaar bak- en braadprodukt. Bijna 1 op de 4 mensen ontbijt niet elke dag, terwijl 1 op de 8 mensen niet elke dag een warme maaltijd nuttigt.

Het voedingspatroon verschilt sterk naar leeftijd, woonvorm en stedelijkheid. Ouderen eten over het algemeen gezonder dan jongeren. In huishoudens met kinderen wordt het ongezondst gegeten. Deze gezinnen slaan vaker het ontbijt over, eten vaker wit brood en patat en minder groenten en fruit. Over het algemeen eten inwoners van meer stedelijke gebieden ongezonder dan inwoners van minder stedelijke gebieden.

Verder hangt het eetpatroon ook samen met sociaal-economische gedrag, sociale steun en positie op de arbeidsmarkt. Personen met een lagere sociaal-economische status lijken over het algemeen ongezonder te eten dan mensen uit hogere sociaal-economische groepen. Mensen die sociale steun tekort komen, rapporteren een ongezonder voedingspatroon. Scholieren eten het ongezondst, maar ook werklozen, arbeidsongeschikten en mensen met een betaalde baan eten niet erg gezond.

Lichaamsbeweging

Meer dan de helft van de mensen beweegt niet voldoende voor het instandhouden en verbeteren van hun gezondheid. Jongeren bewegen vaker onvoldoende dan ouderen, hoewel het percentage mensen dat onvoldoende beweegt weer stijgt na de 70 jaar. Over het algemeen bewegen mannen vaker dan vrouwen, alhoewel vrouwen tussen de 20 en 59 jaar vaker voldoende bewegen dan mannen van diezelfde leeftijd. Er is geen eenduidige relatie tussen sociaal-economische status en de mate van lichaamsbeweging. Zowel lager opgeleiden als particulier verzekerden bewegen namelijk vaak niet voldoende. Mensen met kinderen bewegen vaker te weinig in vergelijking met mensen

zonder kinderen. Van de mensen zonder kinderen bewegen alleenwonenden weer minder dan samenwonenden. Dit laatste in overeenkomst met het verschil in beweging tussen mensen met genoeg en mensen met een gebrek aan sociale steun. Mensen met grote tekorten in sociale steun bewegen namelijk minder.

Allochtonen bewegen nog veel vaker onvoldoende in vergelijking met autochtonen. Met name Turken en Marokkanen zijn weinig lichamelijk actief. Ook inwoners van stedelijke gebieden nemen vaker onvoldoende beweging. Werklozen en arbeidsongeschikten, maar ook mensen met een betaalde baan en scholieren, bewegen vaak te weinig.

Overgewicht

In 2001 is bijna de helft van de mensen te zwaar, tegenover een derde van de bevolking in 1987. Ook ernstig overgewicht komt in 2001 veel vaker voor dan in 1987. Meer dan 10% van de mensen is obees in 2001 tegenover 6% in 1987. Overgewicht komt vaker voor onder mannen dan onder vrouwen, terwijl vrouwen vaker ernstig overgewicht lijken te hebben (niet significant). Hoewel overgewicht toeneemt met de leeftijd is er geen duidelijke relatie tussen leeftijd en obesitas. Mensen uit lagere sociaal-economische groepen zijn nog steeds vaker (veel) te zwaar dan mensen met een hoge sociaal-economische status, hoewel deze verschillen in 2001 wel al kleiner zijn dan in 1987. Overgewicht komt vaker voor onder mensen die samenwonen met een partner dan onder alleenwonenden. Inwoners van stedelijke gebieden lijden minder vaak aan overgewicht, maar zijn wel vaker veel te zwaar, oftewel lijden aan obesitas. Ook arbeidsongeschikten lijden zowel vaker aan overgewicht als aan obesitas.

Literatuur

- Andersen, R.M., Newman, J.F., Societal and individual determinant of medical care utilization in the United States, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly Journal Health Soc*, 1973; 51 (1):94-124
- Anderson, R.M., Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? in: *Journal of Health and Social Behavior*, 1995 (36): 1-10
- Baal, M. van, Trendcijfers gezondheidsenquête: aspecten van (on)gezond gedrag, 1989-1996, in: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek: jaargang 15 (1997), nr 10*, p. 5-22
- Bartley, M., Wilkinson, R.G., Elstad, J.I., Popay, J., Curtis, S., Cameron, E., Shaw, M., Nazroo, J., Nettleton, S., Mheen, H.D. van de, The sociology of health inequalities, in: *Sociology of Health & Illness* (20) 1998, nr. 5: 561-777
- Bensing, J., Vrouw in de gezondheidszorg: een factor van betekenis in: Noordenbos, G., Winants, Y., Feiten en fricties: sekse-asymmetrieën in zorgsystemen: congresverslag Maastricht, Vrouwenstudies, 1994: 97-111
- Berkel-van Schaik, A.B. van, Tax, B., Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Rapport op basis van de werkzaamheden van de Subcommissie Sociaal-economische status van de Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen, 1990
- Bindraban, N.R., Stronks K., Klazinga N.S., Cardiovasculaire risicofactoren bij Surinamers in Nederland: een literatuuroverzicht. *NTvG* 2001;147(33):1591-1594.
- Blalock, H.M., *Social statistics*, Tokyo, MnGraw-Hill, 1979
- Broeze van Groenou, M.I., Deeg, D.J.H., Sociaal-economische gezondheidsverschillen bij ouderen, in: *TSG* (78) 2000, nr. 4: 294-302
- Bruijnzeels, M., De multiculturele huisartspraktijk, in: *Migrantenstudies* 2001 (2):72-84
- Brussaard, J.H., Erp-Baart, M.A. van, Brants, H.A., Hulshof, K.F., Lowik, M., Nutrition and health among migrants in the Netherlands, in: *Public Health Nutr* 2001;4(2B):659-664
- Burgmeijer, R.J.F., Zaal, M.A.E. van, Hirasing, R.A., Verloove-Vanhorick, S.P., De gezondheidstoestand van de jeugd, in: Mackenbach, J.P., Verkleij, H. (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II Gezondheidsverschillen*, 1997
- Cardol, M., Dijk, L. van, Jong, J.D. de, Bakker, D.H. de, Westert, G.P., Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 2004
- Cavelaers, A.E.J.M., Cross-national comparisons of socio-economic differences in health indicators, Rotterdam, 1998
- CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek (www.cbs.nl). Voorburg/Heerlen.
- Dalstra, A.A., Kunst, A.E., Geurts, J.J.M., Frenken, F.J.M., Mackenbach, J.P., Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981-1999, in: *J. Epidemiol. Community Health*, Dec 2002; 56: 927 - 934
- Deeg, D.J.H., Hoeymans, N., Succesvol of gebrekkig oud worden? Een literatuurstudie naar determinanten en gevolgen van functionele beperkingen, in: *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 1997 (7): 397-405
- Deursen, C.G.L. van, De gezondheidstoestand van werklozen en arbeidsongeschikten, in: Mackenbach, J.P., Verkleij, H. (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II Gezondheidsverschillen*, 1997
- Dijkshoorn, H., Diepenmaat, A.C.M. Buster, M.C.A. Uitenbroek, D., Reijneveld, S.A., Sociaal-economische status als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders, *TSG* (2000), nr.4: 217-222
- Dijkshoorn, H., Uitenbroek, D.G., Middelkoop, B.J., Prevalentie van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten onder immigranten uit Turkije of Marokko en de autochtone Nederlandse bevolking, in: *NTvG* 2003; 147(28):1362-1366
- Droomers, M., e.a., 1999, in: Stronks (red.) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: Van verklaren naar verkleinen. Deel 2*, 1999
- Droomers, M., Socioeconomic differences in health related behaviour [PhD thesis]. Enschede: PPI, 2002.
- Droomers, M., Westert, G.P., Oers, J.A.M. van, Factsheet: alloctonen en zorggebruik. Bilthoven: RIVM, 2003.
- Fengler, M., Joung, I.M.A., Mackenbach, J.P., Sociaal-demografische kenmerken en gezondheid: hun relatief belang en onderlinge relaties, in: Mackenbach, J.P., Verkleij, H. (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II Gezondheidsverschillen*, 1997
- Fiscella, K., Franks, P., Doescher, M.P., Saver, B.G., Disparities in health care by race ethnicity and language among the insured. Findings from a national sample, in: *Medical Care*, 2002; 40: 52-59
- Foets, M., Velden, J. van der, Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en Procedures, Nivel 1990
- Foets, M., Sixma, H., Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport:Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie, Nivel 1991
- Frencken, J.E., Verrips, G.H., Kalsbeek, H., Filedt Kok-Weimar T.L., Orale gezondheid en etniciteit. Een epidemiologisch onderzoek in 5 en 11-jarigen in Amsterdam, in: *NTvG* 1992; 99(10):404-407
- Goldberg, D.P., Detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness, New York, Toronto: Oxford University Press, 1972
- Grimso, A., Siem, H., Factors affecting primary health care utilization, in: *Fam Pract* 1984 1 (3): 155-161
- Herten, L.M. van, Oudshoorn, K., Perenboom, R.J.M., Mulder Y.M., Hoeymans, N., Deeg, D.J.H., *Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status.*, Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002

- Hirasing, R.A., Fredriks, A.M., Buuren, S. van, Verloove-Vanhorick S.P., Wit J.M., Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2001; 145(27):1303-1308
- Hoff, S., Jehoel-Gijsbers, G., Een bestaan zonder baan. Een vergelijkende studie onder werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden (1974-1995), SCP 1998
- Jackson, R., Beaglehole, R., Alcohol consumption guidelines: relative safety versus absolute risks and benefits, in: *Lancet* 1995;16(346):716
- Joung, I.M.A., Marital status and health. Descriptive and explanatory studies. Alblasterdam, 1996
- Joung, I.M.A., De relatie tussen burgerlijke staat en gezondheid, in: *NTVG* (141), 1997, nr.6:277-282
- Joung, I.M.A., Kunst, A.E., Imhoff, E. van, Mackenbach, J.P., Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid: effecten op gezondheid en gebruik van gezondheidsvoorzieningen 1996-2015, in: *TSG* (79), 2001, nr.1: 21-31
- Joung, I.M.A., Kunst, A.E., Imhoff, E. van, Mackenbach, J.P., De rol van etniciteit in toekomstige gezondheid en zorggebruik: aanvullende berekeningen, in: *TSG* (79), 2001, nr.4: 251-253
- Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Lynch, J.W., Cohen, R. Balfour, J., Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways, in: *BMJ*, 1996 (312):999-1003
- Kemper, H.C.G., Ooijendijk, W.T.M., Stiggelbout, M., Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen, in: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 2000; 78: 180-183.
- Koeter, M.W.J., Ormel, J., General health questionnaire. Nederlandse bewerking, Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- Konings-Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Geurts, J.M., Frenken, J.M., Monitoring van ontwikkelingen in sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland aan de hand van CBS persoonsenquêtes: Een rapport aan de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II, Rotterdam, 2000
- Kulu-Glasgow, I., Delnoij, D., Bakker, D. de, Self-referral in a gate-keeping system: patients' reasons for skipping the general practitioner, in: *Health Policy*, 1998;45:221-238.
- Lagro-Jansen, T., Noordenbos, G. (red.), *Sekseverschillen in gezondheid*, Nijmegen, 1997
- Lahelma, E., Arber, S., Rahkonen, O., Silventoinen, K., Widening or narrowing inequalities in health?: comparing Britain and Finland from the 1980s to the 1990s, in: *Sociology of Health & Illness*: 22, 2000, nr. 1: 110-136
- Van Lenthe, F.J., Droomers, M., Schrijvers, C.T., Mackenbach, J.P., Socio-demographic variables and 6 year change in body mass index: longitudinal results from the GLOBE study, in: *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2000;24(8):1077-1084
- Linden, M.W. van der, Westert, G.P., Bakker, D.H. de, Schellevis, F.G., Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 2004
- Loon, A.J.M., van, Socioeconomic status, lifestyle and the risk of cancer of lung, breast, colon and stomach, University Press Maastricht, 1997
- Lucht, F van der, Dijkstra, G.J., Schouten, J.P., Sociaal-economische status en Cara, Groningen 1993
- Lucht, F. van der, Verkleij, H., *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen*, RIVM, 2001
- Lundberg, L., Johannesson, M., Isacson, D.G.L., Borgquist, L., Health-state utilities in an general population in relations to age, gender and socioeconomic factors, in: *European Journal of Public health* (9), 1999, nr. 3: 211-217
- Mackenbach, J.P., Hoe kan de gezondheidszorg bijdragen aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, in: Stronks, K & Hulshof, J., *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*, Assen, 2001: 107-129
- McCormick, A., Flemming, D., Charlton, J., *Morbidity Statistics from general practice. Forth national Study 1991-1992*, London, HMSO, 1995
- McWhinnie, J.R., Disability assessment in population surveys: results of the O.E.C.D. common development effort, in: *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*: jaargang 29 (1981), p. 413-419
- Van der Meer, J.W.B., Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P., *Sociaal-economische verschillen in medische consumptie*, Rotterdam, 1993
- Meer, J.B.W. van der, Bos, J. van den, Mackenbach, J.P., Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population.: the contribution of health status, in: *Health Policy*, 1996;37:1-18
- Meer, Joost van der, Equal care, equal cure? Socioeconomic differences in the use of health services and the course of health problems, Thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam 1998
- Meer, J.W.B. van der, Mackenbach, J.P., Sociaal-economische verschillen in het beloop van hartaandoeningen, in: Stronks, K. Gunning-Schepers, L.J (red.), *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: Van verklaren naar verkleinen. Deel 1*, 1999a: 26-37
- Meer, J.W.B. van der, Mackenbach, J.P., The care and course of diabetes: differences according to level of education, in: *Health Policy* (46) 1999b, nr. 2: 127-141
- Oers J.A.M. van (red.), *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Bilthoven: RIVM, 2002
- Otten, F., Reek, J. van, Appels, A., Mulder, P., Sturmans, F., KRIS follow-up studie III: De effecten van roken op totale mortaliteit, hartinfarct en kanker van de luchtwegen, in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* (66)1988, nr. 5:154-156

- Peen, J., Bijl, R.V., Spijker, J., Dekker, J., Neemt de prevalentie van psychiatrische stoornissen toe met de stedelijkheidsgraad?, in: Tijdschrift voor psychiatrie, 2002 (44) nr.4: 225-234
- Penninx, B.W., Tilburg, T. van, Kriegsman, D.M., Deeg, D.J., Boeke, A.J., Eijk, J.T. van, Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Ageing Study Amsterdam, in: *Am J Epidemiol* 1997;146(6):510-519
- Penninx, B.W., Tilburg, T. van, Boeke, A.J., Deeg, D.J., Kriegsman, D.M., Eijk, J.T. van, Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? in: *Health Psychol* 1998;17(6):551-558
- Perenboom, R.J.M., Mulder, Y.M., Herten, L.M. van, Oudshoorn, K., Hoeymans, N., Trends in gezonde levensverwachting: Nederland 1983-2000, Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002
- Peschar, J.L., Popping, R., Registreren en classificeren van sociaal-economische kenmerken van patiënten, in: *Huisarts en Wetenschap*, 1998, 41 (4): 189-192
- Philipsen, H., Halfens, R.J.G., Niet-werken en gezondheid: een vergelijking van arbeidsongeschikten, vroeged gepensioneerden en werklozen met werkende mannen, in: *Gezondheid en samenleving*, 1983, 4:483-494
- Pot, A.M., Deeg, D.J.H., De gezondheidstoestand van ouderen, in: Mackenbach, J.P., Verkleij, H. (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II Gezondheidsverschillen*, 1997
- Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen-tweede fase, Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II, 2001
- Reijneveld, S.A., Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? in: *JECH*, 1998;52:298-304
- Schellevis, F.G., Westert, G.P., Bakker, D.H. de, Groenewegen, P.P., Vraagstellingen en methoden. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 2004
- Schiepers, J.M.F., Huishoudequivalentiefactoren volgens de budgetverdelingsmethode in: *Sociaal Economische maandstatistiek*, 1993, 5(suppl): 32-40
- Schrijvers, C.T.M., Stronks, K., Mheen, D.H. van de, Mackenbach, J.P., Explaining educational differences in mortality: the role of behavioural and material factors, in: *AJPH* 1999;89:535-540
- Schrijvers, C.T.M., Lenthe, F.J. van, Droomers, M., Joung, I.M.A., Louwman, W.J., Mackenbach, J.P., De achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen: resultaten uit het GLOBE onderzoek, in: Stronks, K., Hulshof, J. (red.), *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: ZON-MW, 2001
- Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., Blom, J.D., Schols, D., Camoenie, W., Oolders, J., Velden, M. van der, Hoek, H.W., Rivero, V.M., Graaf, Y. van der, Kahn, R., Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands, in: *Br J Psychiatry* 2001;178:367-372
- Shaw, Mary, Dorling, Daniel, Gordon David, Smith, George Davey, The widening gap. Health inequalities and policy in Britain, Bristol, 1999
- Shoen, C., Davis, K., DesRosches, C., Donelan, K., Blendon, R., Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey, in: *Health Policy*, 2000;51:67-85
- Simmes, F., Grypdonck, M., Leven met type 2 diabetes: een onderzoek onder mensen uit de lage sociaal-economische klasse, in: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* (109), 1999, nr. 21: 648-652
- Smaje, C., Grand, J.C., Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS, in: *Soc Sci Med*, 1997; 45 (3): 485-496
- Smits, J.P.J.M., Droomers, M., Westert, G.P., Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2002
- Sonderen, F.L.P. van, Het meten van sociale steun, Groningen, 1991
- Stolwijk, A.M., Raat, H., Sociaal-economische status. Het begrip, de meting en de classificatie in epidemiologisch onderzoek, GGD-Rotterdam, 1990
- Stronks, K., Mheen, H. van de, Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P., Cultural, material, and psychosocial correlates of the socio-economic gradient in smoking behavior among adults, in: *Prev Med* 1997;26:754-766
- Stronks, K., Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?, Thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam 1997
- Stronks, K., Gezondheidstoestand van allochtonen vraagt om gedifferentieerde zorg, in: *TSG* (78) 2000, nr. 4:259-261
- Stronks, K., Hulshof, J., De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen, Assen, 2001
- Stronks, K., Ravelli, A.C.J., Reijneveld, S.A., Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs?, in: *JECH*, 2001; 55: 701-707
- Swinkels, H., Neve, R., Emancipatie en gezondheid: ontwikkelingen in leefstijl, gezondheid en medische consumptie bij mannen en vrouwen in de periode 1981-1996 = Emancipation and health: trends of lifestyle, health, and medical consumption among men and women during 1981-1996 in the Netherlands, in: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek: jaargang 17* (1998), nr 8, p. 12-25
- Tijhuis, M., Social networks and health. Utrecht, 1994
- Uiters, E., Westert, G.P., Devillé, W., Verheij, R.A., Duiden gegevens over zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem in de grote steden? in: Verkleij, H., Verheij, R.A. (red.), *Zorg in de grote steden*. Bilthoven, RIVM, 2003.

- Uiters, E., Deville, W., Foets, M., Westert, G.P., Verheij, R.A., Groenewegen, P.P., Is er samenhang tussen stedelijkheid en etnische verschillen in zorggebruik? submitted
- Velden, J. van der, Abrahamse, H.Ph. H., Bakker, D.H. de, Arbeid en gezondheid. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, Nivel, 1993
- Verkleij, H., Verheij, R.A., Zorg in de grote steden, Bilthoven, RIVM, 2003
- Verrips, G.H., Kalsbeek, H., Caries bij kinderen uit etnische groepen in Nederland. Een literatuuroverzicht, in: NTvG 1993;100(9):407-411
- Vogels, E.A., Lagro-Janssen, A.L.M., Weel, C. van, Sex differences in cardiovascular disease: are women with low socioeconomic status at high risk?, in: British Journal of General Practice (49), 1999, nr. 499:963-966
- Water, H.P.A. van der, Boshuizen, H.C., Perenboom, R.J.M., Health expectancy in the Netherlands 1983-1990, in: Eur J. Public Health, 1996; 6:21-28
- Wendel-Vos, G., Schuit, A., Saris, W., Kromhout, D., Reproducibility and relative validity of the short questionnaire to assess health enhancing physical activity, in: Journal of Clinical Epidemiology, in press.

Bijlage I, Tabellen bij hoofdstuk 4 Gezondheid

Tabel 1
Inschatting eigen gezondheid naar etniciteit en leeftijd (n=268727)

Inschatting eigen gezondheid		Leeftijd							
		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	> 84jr
(heel) goed	autochtoon	96,8	97,2	94,3	89,5	77,1	66,0	53,0	40,6
	westers allochtoon	95,3	96,6	92,2	85,9	71,2	62,8	49,3	41,1
	niet-westers allochtoon	93,6	92,8	87,9	70,9	49,4	42,3	43,0	40,9
niet goed/ niet slecht	autochtoon	2,9	2,6	5,2	9,3	20,1	30,0	40,1	48,6
	westers allochtoon	4,6	3,0	7,3	12,2	23,9	31,0	40,9	46,9
	niet-westers allochtoon	5,8	6,2	10,1	22,2	36,3	46,2	39,8	27,3
(heel) slecht	autochtoon	0,2	0,2	0,5	1,2	2,8	4,0	6,9	10,9
	westers allochtoon	0,2	0,4	0,6	2,0	4,9	6,2	9,8	12,1
	niet-westers allochtoon	0,7	1,1	2,0	6,9	14,3	11,4	17,2	31,8

309

Tabel 2
Logistische regressie van de respondenten ≥ 25 jaar met ervaren gezondheid als afhankelijke variabele

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,128	,014	81,900	1	,000	1,136	1,105	1,168
leeftijd	,042	,000	9448,459	1	,000	1,043	1,042	1,044
urbanisatiegraad (niet/stedelijk ref.)			261,161	4	,000			
zeer sterk	,312	,022	205,826	1	,000	1,366	1,309	1,426
sterk	,247	,020	146,070	1	,000	1,280	1,230	1,333
matig	,149	,019	58,871	1	,000	1,161	1,118	1,206
weinig	,102	,019	29,725	1	,000	1,108	1,068	1,149
etniciteit (autochtoon ref.)			1107,715	2	,000			
westers allochtoon	,257	,024	116,220	1	,000	1,293	1,234	1,355
niet-westers allochtoon	,932	,029	1040,497	1	,000	2,541	2,401	2,689
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,265	,015	309,167	1	,000	1,304	1,266	1,343
opleidingsniveau (hoog ref.)			632,784	2	,000			
laag	,540	,023	574,109	1	,000	1,716	1,642	1,793
midden	,224	,018	146,502	1	,000	1,251	1,206	1,297
werkloos (rest ref.)	1,039	,040	688,434	1	,000	2,827	2,616	3,055
arbeidsongeschikt (rest ref.)	2,305	,024	9466,128	1	,000	10,020	9,565	10,496
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,149	,017	79,282	1	,000	1,161	1,123	1,199
constant	-4,455	,032	19586,852	1	,000	,012		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, etniciteit, urbanisatiegraad, werkloosheid, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau

Tabel 3
Logistische regressie van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met een matige/slechte gezondheidsbeleving als afhankelijke variabele

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,241	,193	1,558	1	,212	1,273	,871	1,859
leeftijd	,028	,007	14,973	1	,000	1,029	1,014	1,044
urbanisatiegraad (weinig of niet stedelijk ref.)			2,265	3	,519			
zeer sterk	-,179	,266	,455	1	,500	,836	,496	1,408
sterk	-,447	,315	2,007	1	,157	,640	,345	1,187
matig	-,155	,306	,258	1	,611	,856	,470	1,558
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			4,683	3	,197			
éénpersoonshuishouden	-,007	,237	,001	1	,975	,993	,624	1,579
tweepersoonshuishouden	-,511	,256	3,992	1	,046	,600	,363	,990
éénoudergezin	-,205	,241	,723	1	,395	,815	,508	1,307
werkloos (rest ref.)	,864	,289	8,973	1	,003	2,373	1,348	4,177
arbeidsongeschikt (rest ref.)	2,727	,321	72,186	1	,000	15,292	8,151	28,688
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,338	,285	1,410	1	,235	1,402	,803	2,449
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,613	,221	7,700	1	,006	1,846	1,197	2,847
opleidingsniveau (hoog ref.)			5,496	2	,064			
laag	,641	,295	4,745	1	,029	1,899	1,066	3,383
midden	,336	,273	1,506	1	,220	1,399	,818	2,390
constant	-2,551	,488	27,271	1	,000	,078		

310

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau

Tabel 4
Percentage respondenten met acute klachten (n=12682)

	N	% respons	% cases
hoofdpijn	4273	8,1	33,7
moeheid	4564	8,7	36,0
nervositeit, angstig, gespannen	2176	4,1	17,2
hartkloppingen, hartbonzen*	849	1,6	6,7
duizeligheid	129	2,5	10,2
slapeloosheid, slecht slapen	2996	5,7	23,6
lusteloosheid, nergens zin in hebben	1220	2,3	9,6
snel opgewonden zijn	901	1,7	7,1
overmatig transpireren	1441	2,7	11,4
oorsuizen	843	1,6	6,6
slecht horen	861	1,6	6,8
agressief gevoel, snel boos of geïrriteerd	1542	2,9	12,2

BIJLAGEN

	N	% respons	% cases
koorts	566	1,1	4,5
keelpijn	1320	2,5	10,4
verstopte neus	2642	5,0	20,8
oorpijn	513	1,0	4,0
hoesten	2263	4,3	17,8
benauwdheid/ ademhalingsproblemen	1042	2,0	8,2
griepelig	1023	1,9	8,1
maagpijn	779	1,5	6,1
misselijkheid	928	1,8	7,3
beklemd gevoel/pijn op de borst*	528	1,0	4,2
wratten	503	1,0	4,0
jeuk	1113	2,1	8,8
diarree	765	1,5	6,0
maagzuur*	736	1,4	5,8
buikkrampen/buikpijn	1314	2,5	10,4
obstipatie, verstopping, moeite met ontlasting	621	,2	4,9
gewichtstoename	548	1,0	4,3
lokale/plaatselijke roodheid van de huid	657	1,3	5,2
lokale plaatselijke zwelling van de huid	176	,3	1,4
pijn in de nek/schouder/boven in de rug	2680	5,1	21,1
pijn laag in de rug	2490	4,7	19,6
pijn in één of beide ellebogen, polsen of handen	1186	2,3	9,4
pijn in één of beide heupen of knieën	1620	3,1	12,8
pijn in één of beide enkels of voeten	953	1,8	7,5
veel huilen**	137	,3	1,1
bedplassen**	182	,3	1,4
eetproblemen*	163	,3	1,3
anders	633	1,2	5,0
geen enkele klacht	1432	2,7	11,3
Totaal	52478	100,0	413,8

* alleen gevraagd aan respondenten ≥12 jaar

**alleen gevraagd aan respondenten <12 jaar

Tabel 5

Logistische regressie van de respondenten ≥ 25 jaar met 14 dagen voorafgaand aan het interview geen acute klachten als afhankelijke variabele

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,624	,131	22,800	1	,000	1,866	1,445	2,411
leeftijd	-,001	,004	,114	1	,736	,999	,990	1,007
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			16,371	4	,003			
zeer sterk	,668	,200	11,198	1	,001	1,950	1,319	2,883
sterk	,543	,176	9,562	1	,002	1,721	1,220	2,429
matig	,178	,158	1,270	1	,260	1,195	,877	1,628
weinig	,326	,155	4,423	1	,035	1,385	1,022	1,876
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			7,470	3	,058			
éénpersoonshuishouden	-,126	,175	,520	1	,471	,881	,625	1,243
tweepersoonshuishouden	,186	,135	1,905	1	,168	1,205	,925	1,570
éénoudergezin	-,483	,286	2,840	1	,092	,617	,352	1,082
werkloos (rest ref.)	,748	,733	1,042	1	,307	2,113	,503	8,885
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,257	,393	10,240	1	,001	3,515	1,628	7,590
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,247	,173	2,036	1	,154	1,280	,912	1,796
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,423	,124	11,701	1	,001	1,527	1,198	1,945
tekorten in sociale steun (geen ref.)			35,115	2	,000			
matig	,297	,162	3,358	1	,067	1,346	,980	1,850
veel	,776	,131	34,945	1	,000	2,173	1,680	2,810
opleidingsniveau (hoog ref.)			,118	2	,943			
laag	-,072	,216	,112	1	,737	,930	,609	1,420
midden	-,035	,141	,063	1	,802	,965	,733	1,271
constant	1,139	,249	20,952	1	,000	3,125		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 6
Logistische regressie van allochtone respondenten ≥ 25 jaar met 14 dagen voorafgaand aan het interview geen acute klachten als afhankelijke variabele

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	-,967	,268	13,052	1	,000	,380	,225	,643
leeftijd	-,019	,010	3,875	1	,049	,981	,962	1,000
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			15,745	3	,001			
zeer sterk	-1,128	,305	13,706	1	,000	,324	,178	,588
sterk	-,479	,353	1,839	1	,175	,619	,310	1,238
matig	-,927	,368	6,352	1	,012	,396	,192	,814
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			9,453	3	,024			
éénpersoonshuishouden	,687	,289	5,667	1	,017	1,988	1,129	3,499
tweepersoonshuishouden	,412	,299	1,893	1	,169	1,509	,840	2,713
éénoudergezin	-,644	,498	1,675	1	,196	,525	,198	1,393
werkloos (rest ref.)	,126	,381	,110	1	,741	1,134	,538	2,392
arbeidsongeschikt (rest ref.)	-1,235	,485	6,479	1	,011	,291	,112	,753
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,210	,364	,332	1	,564	1,233	,604	2,517
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,279	,346	,652	1	,420	1,322	,671	2,606
opleidingsniveau (hoog ref.)			2,204	2	,332			
laag	,089	,354	,063	1	,802	1,093	,546	2,187
midden	-,262	,326	,645	1	,422	,769	,406	1,459
constant	-,186	,600	,096	1	,757	,831		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau

Tabel 7
Percentage respondentent met acute klachten 14 dagen voorafgaand aan het interview naar leeftijd (n=12680)

		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	85 jaar en ouder	totaal
moeheid	man	15,0	20,8	38,3	36,5	28,8	18,8	24,3	27,3	28,4
	vrouw	17,7	24,5	60,0	55,3	41,3	33,0	38,9	37,5	42,5
	subtotaal	16,3	22,6	49,3	47,3	35,4	26,7	33,0	34,1	36,0
hoofdpijn	man	5,4	22,1	34,7	33,9	27,1	16,0	12,7	4,5	25,5
	vrouw	4,2	30,7	57,4	52,3	43,1	32,7	23,0	19,3	40,7
	subtotaal	4,8	26,3	46,2	44,5	35,5	25,3	18,8	14,4	33,7
slapeloosheid, slecht slapen	man	14,2	10,9	19,2	19,6	20,0	21,0	19,7	20,5	18,1
	vrouw	16,4	11,0	29,2	26,4	37,0	36,4	34,1	27,3	28,4
	subtotaal	15,3	10,9	24,3	23,5	29,0	29,6	28,3	25,0	23,6
pijn in nek, schouder, bovenrug	man	0,8	3,5	12,5	17,4	22,2	21,6	16,5	18,2	15,3
	vrouw	0,8	4,7	26,2	28,2	35,4	33,8	32,2	27,3	26,1
	subtotaal	0,8	4,1	19,4	23,6	29,2	28,4	25,9	24,2	21,1
verstopte neus	man	33,1	20,6	34,0	21,7	16,0	14,1	12,3	9,1	20,6
	vrouw	35,4	24,1	31,8	21,3	16,6	15,2	13,3	19,3	21,0
	subtotaal	34,2	22,3	32,8	21,5	16,3	14,7	12,9	15,9	20,8
pijn laag in de rug	man	0,3	2,0	12,5	19,9	24,2	22,8	21,8	20,5	16,6
	vrouw	0,3	3,7	19,9	24,9	28,6	30,6	31,8	19,3	22,2
	subtotaal	0,3	2,9	16,3	22,8	26,5	27,2	27,8	19,7	19,6
hoesten	man	33,3	18,4	23,7	13,8	13,3	16,8	20,8	18,2	17,3
	vrouw	31,2	20,3	25,0	15,7	16,7	15,8	18,2	9,1	18,3
	subtotaal	32,3	19,3	24,4	14,9	15,1	16,2	19,3	12,1	17,8
nervositeit, angstig, gespannen, zenuwachtig	man	4,1	14,1	15,3	15,5	12,8	11,3	12,7	4,5	13,1
	vrouw	4,5	12,2	24,2	23,3	22,0	23,3	24,9	20,5	20,6
	subtotaal	4,3	13,2	19,8	19,9	17,7	18,0	20,0	15,2	17,2
pijn in een of beide heupen/knieën	man	0,8	3,7	6,4	8,8	14,4	15,4	20,4	18,2	10,0
	vrouw	0,8	3,8	6,8	10,2	21,6	31,1	32,7	23,9	15,1
	subtotaal	0,8	3,7	6,6	9,6	18,2	24,2	27,8	22,0	12,8
agressief gevoel, snel boos of geïrriteerd	man	10,9	16,9	13,5	12,2	9,0	8,7	10,6	0,0	11,6
	vrouw	8,5	11,8	17,7	17,2	10,4	7,7	9,5	3,4	12,6
	subtotaal	9,7	14,4	15,7	15,0	9,7	8,1	9,9	2,3	12,2
overmatig transpireren	man	3,9	3,2	7,1	9,8	12,3	9,7	11,3	2,3	8,8
	vrouw	2,6	2,5	7,4	10,5	26,2	16,4	10,9	6,8	13,5
	subtotaal	3,3	2,9	7,3	10,2	19,6	13,4	11,0	5,3	11,4
buikkrampen/buikpijn	man	7,5	11,4	5,9	6,8	4,7	5,3	3,2	4,5	6,6
	vrouw	10,1	18,5	28,5	15,3	8,8	7,3	8,8	10,2	13,6
	subtotaal	8,8	14,9	17,4	11,6	6,9	6,5	6,5	8,3	10,4
keelpijn	man	6,7	9,4	12,3	9,0	7,8	6,5	4,2	2,3	8,4
	vrouw	7,7	14,8	20,1	14,5	9,9	6,7	7,6	5,7	12,1
	subtotaal	7,2	12,0	16,3	12,1	8,9	6,6	6,2	4,5	10,4

BIJLAGEN

		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	85 jaar en ouder	totaal
duizeligheid	man	0,3	3,9	8,0	6,4	8,8	8,5	14,4	18,2	7,1
	vrouw	0,0	5,4	22,0	11,7	13,9	16,6	22,5	20,5	12,9
	subtotaal	0,1	4,6	15,1	9,5	11,5	13,0	19,3	19,7	10,2
lusteloosheid, nergens zin in hebben	man	4,1	4,7	6,6	9,9	8,5	7,5	7,7	2,3	7,6
	vrouw	2,9	4,4	12,8	14,0	13,0	10,3	13,3	10,2	11,3
	subtotaal	3,5	4,6	9,8	12,3	10,9	9,1	11,0	7,6	9,6
pijn in een of beide ellebogen, polsen, handen	man	0,0	0,8	4,2	6,6	10,0	9,9	9,5	9,1	6,4
	vrouw	0,3	1,0	5,2	10,1	17,9	20,2	21,8	21,6	11,9
	subtotaal	0,1	0,9	4,7	8,6	14,2	15,6	16,9	17,4	9,4
jeuk	man	8,0	5,7	7,8	6,6	8,0	10,3	15,8	15,9	7,9
	vrouw	5,6	8,3	8,8	9,4	8,3	12,8	14,9	22,7	9,5
	subtotaal	6,8	7,0	8,3	8,2	8,2	11,7	15,3	20,5	8,8
benauwdheid/adem- halingsproblemen	man	5,7	4,4	4,9	6,7	7,6	13,1	16,9	20,5	7,5
	vrouw	4,5	5,3	10,8	6,7	9,5	13,4	15,9	17,0	8,8
	subtotaal	5,1	4,8	7,9	6,7	8,6	13,3	16,3	18,2	8,2
grieperig	man	12,7	6,5	7,5	9,2	6,6	5,3	2,5	4,5	7,4
	vrouw	9,0	8,1	10,6	10,5	7,7	6,7	5,9	5,7	8,6
	subtotaal	10,8	7,3	9,1	10,0	7,2	6,1	4,5	5,3	8,1
pijn in een of beide enkels/voeten	man	2,1	3,7	6,2	4,9	6,9	8,3	9,5	11,4	5,8
	vrouw	1,1	3,9	6,4	6,1	11,9	16,4	18,0	19,3	9,0
	subtotaal	1,6	3,8	6,3	5,6	9,5	12,8	14,6	16,7	7,5

315

Tabel 8

Logistische regressie met het voorkomen van griep/keelontsteking/ voorhoofdsholteontsteking 2 maanden voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele, voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	-,064	,076	,717	1	,397	,938	,808	1,089
leeftijd	,016	,003	36,159	1	,000	1,016	1,011	1,021
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			4,248	4	,373			
zeer sterk	-,166	,113	2,144	1	,143	,847	,678	1,058
sterk	-,060	,106	,315	1	,574	,942	,765	1,160
matig	,057	,106	,293	1	,588	1,059	,861	1,302
weinig	-,037	,099	,136	1	,712	,964	,794	1,171
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			4,255	3	,235			
éénpersoonshuishouden	,139	,105	1,741	1	,187	1,149	,935	1,411
tweepersoonshuishouden	,018	,080	,053	1	,817	1,019	,871	1,191
éénoudergezin	-,225	,172	1,717	1	,190	,798	,570	1,118
werkloos (rest ref.)	,133	,312	,180	1	,671	1,142	,619	2,105
arbeidsongeschikt (rest ref.)	-,284	,138	4,246	1	,039	,753	,575	,986
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,011	,077	,020	1	,889	1,011	,869	1,175
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,059	,094	,390	1	,532	1,060	,882	1,274
tekorten in sociale steun (geen ref.)			17,068	2	,000			
matig	-,049	,101	,238	1	,626	,952	,780	1,161
veel	-,290	,072	16,194	1	,000	,749	,650	,862
opleidingsniveau (hoog ref.)			4,254	2	,119			
laag	,094	,128	,542	1	,462	1,099	,855	1,412
midden	,170	,085	4,007	1	,045	1,186	1,004	1,401
constant	-,059	,161	,133	1	,715	,943		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 9
Logistische regressie met bronchitis of longontsteking (ja/nee) als afhankelijke variabele
voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	-,383	,276	1,923	1	,166	,682	,396	1,172
leeftijd	-,019	,010	3,751	1	,053	,982	,963	1,000
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			1,605	4	,808			
zeer sterk	-,351	,413	,725	1	,395	,704	,313	1,580
sterk	-,247	,407	,368	1	,544	,781	,352	1,735
matig	-,299	,403	,548	1	,459	,742	,336	1,635
weinig	,036	,408	,008	1	,930	1,036	,466	2,307
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			1,999	3	,573			
éénpersoonshuishouden	-,121	,391	,096	1	,757	,886	,411	1,907
tweepersoonshuishouden	-,391	,318	1,505	1	,220	,677	,363	1,263
éénoudergezin	,151	,758	,040	1	,842	1,163	,263	5,137
werkloos (rest ref.)	16,923	5732,207	,000	1	,998	22357624,594	,000	.
arbeidsongeschikt (rest ref.)	-1,208	,337	12,827	1	,000	,299	,154	,579
verzekeringsvorm (particulier ref.)	-,003	,302	,000	1	,991	,997	,551	1,802
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,542	,366	2,202	1	,138	1,720	,840	3,522
tekorten in sociale steun (geen ref.)			3,056	2	,217			
matig	-,516	,353	2,135	1	,144	,597	,299	1,193
veel	-,403	,275	2,157	1	,142	,668	,390	1,144
opleidingsniveau (hoog ref.)			4,216	2	,121			
laag	-,392	,416	,890	1	,346	,675	,299	1,527
midden	,243	,333	,534	1	,465	1,275	,664	2,449
constant	5,871	,648	82,009	1	,000	354,608		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 10
Logistische regressie oorontsteking (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten
≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,110	,288	,145	1	,703	1,116	,635	1,961
leeftijd	,010	,010	1,098	1	,295	1,010	,991	1,030
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			2,269	4	,686			
zeer sterk	-,361	,402	,810	1	,368	,697	,317	1,531
sterk	-,215	,394	,299	1	,585	,806	,373	1,744
matig	,205	,434	,223	1	,637	1,227	,524	2,874
weinig	,000	,387	,000	1	1,000	1,000	,468	2,137
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			,599	3	,897			
éénpersoonshuishouden	,176	,382	,213	1	,645	1,193	,564	2,522
tweepersoonshuishouden	-,082	,299	,075	1	,785	,922	,513	1,656
éénoudergezin	-,161	,554	,084	1	,772	,852	,288	2,522
werkloos (rest ref.)	-1,381	,631	4,793	1	,029	,251	,073	,865
arbeidsongeschikt (rest ref.)	-,602	,407	2,184	1	,139	,548	,246	1,217
verzekeringsvorm (particulier ref.)	-,462	,316	2,144	1	,143	,630	,339	1,170
huisvrouw/huisman (rest ref.)	-,426	,341	1,556	1	,212	,653	,335	1,275
tekorten in sociale steun (geen ref.)			13,336	2	,001			
matig	,009	,471	,000	1	,985	1,009	,401	2,539
veel	-,931	,279	11,133	1	,001	,394	,228	,681
opleidingsniveau (hoog ref.)			9,206	2	,010			
laag	-,322	,402	,640	1	,424	,725	,330	1,594
midden	,575	,317	3,301	1	,069	1,777	,956	3,306
constant	4,323	,641	45,538	1	,000	75,415		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 11
Logistische regressie met ontsteking van de nieren, blaas of urinewegen(ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	-,655	,227	8,285	1	,004	,520	,333	,812
leeftijd	-,013	,007	3,376	1	,066	,987	,973	1,001
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			7,841	4	,098			
zeer sterk	-,763	,320	5,703	1	,017	,466	,249	,872
sterk	-,093	,347	,072	1	,788	,911	,462	1,797
matig	-,478	,315	2,295	1	,130	,620	,334	1,151
weinig	-,421	,304	1,923	1	,166	,656	,362	1,190
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			1,455	3	,693			
éénpersoonshuishouden	-,204	,293	,485	1	,486	,815	,459	1,449
tweepersoonshuishouden	-,283	,239	1,406	1	,236	,754	,472	1,203
éénoudergezin	-,051	,492	,011	1	,918	,951	,363	2,492
werkloos (rest ref.)	,331	1,023	,105	1	,746	1,393	,187	10,351
arbeidsongeschikt (rest ref.)	-,379	,337	1,264	1	,261	,685	,354	1,325
verzekeringsvorm (particulier ref.)	-,570	,243	5,522	1	,019	,566	,352	,910
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,009	,235	,001	1	,969	1,009	,637	1,599
tekorten in sociale steun (geen ref.)			1,932	2	,381			
matig	,366	,321	1,299	1	,254	1,442	,768	2,708
veel	-,088	,199	,196	1	,658	,916	,620	1,352
opleidingsniveau (hoog ref.)			,554	2	,758			
laag	-,037	,355	,011	1	,917	,964	,481	1,933
midden	-,164	,272	,365	1	,546	,848	,497	1,447
constant	5,690	,511	123,994	1	,000	295,793		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 12
Logistische regressie met diarree (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	-,089	,130	,464	1	,496	,915	,709	1,181
leeftijd	,013	,004	8,595	1	,003	1,013	1,004	1,022
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			1,559	4	,816			
zeer sterk	-,170	,192	,783	1	,376	,844	,579	1,229
sterk	-,172	,182	,898	1	,343	,842	,589	1,202
matig	-,092	,183	,255	1	,614	,912	,637	1,305
weinig	-,020	,176	,013	1	,911	,980	,695	1,383
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			7,382	3	,061			
éénpersoonshuishouden	-,422	,166	6,447	1	,011	,656	,474	,908
tweepersoonshuishouden	-,141	,140	1,015	1	,314	,869	,661	1,142
éénoudergezin	-,387	,266	2,127	1	,145	,679	,403	1,143
werkloos (rest ref.)	-,384	,446	,740	1	,390	,681	,284	1,634
arbeidsongeschikt (rest ref.)	-,641	,197	10,610	1	,001	,527	,358	,775
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,017	,133	,016	1	,901	1,017	,783	1,320
huisvrouw/huisman (rest ref.)	-,193	,156	1,547	1	,214	,824	,608	1,118
tekorten in sociale steun (geen ref.)			8,221	2	,016			
matig	-,239	,171	1,951	1	,162	,787	,563	1,101
veel	-,351	,123	8,114	1	,004	,704	,553	,896
opleidingsniveau (hoog ref.)			3,101	2	,212			
laag	-,341	,210	2,633	1	,105	,711	,471	1,073
midden	-,070	,150	,220	1	,639	,932	,695	1,250
constant	2,404	,279	74,164	1	,000	11,064		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 13
Logistische regressie met braken (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	-,770	,239	10,407	1	,001	,463	,290	,739
leeftijd	,029	,008	12,931	1	,000	1,030	1,013	1,046
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			3,690	4	,450			
zeer sterk	,477	,368	1,685	1	,194	1,612	,784	3,315
sterk	-,140	,299	,217	1	,641	,870	,484	1,564
matig	,016	,305	,003	1	,958	1,016	,559	1,848
weinig	-,120	,282	,182	1	,670	,887	,511	1,540
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			,722	3	,868			
éénpersoonshuishouden	-,215	,287	,562	1	,453	,807	,460	1,415
tweepersoonshuishouden	,013	,233	,003	1	,957	1,013	,641	1,600
éénoudergezin	-,094	,447	,045	1	,833	,910	,379	2,185
werkloos (rest ref.)	-,815	,621	1,725	1	,189	,443	,131	1,494
arbeidsongeschikt (rest ref.)	-1,133	,307	13,598	1	,000	,322	,176	,588
verzekeringsvorm (particulier ref.)	-,072	,230	,096	1	,756	,931	,593	1,463
huisvrouw/huisman (rest ref.)	-,373	,247	2,277	1	,131	,689	,424	1,118
tekorten in sociale steun (geen ref.)			1,944	2	,378			
matig	-,256	,286	,802	1	,370	,774	,442	1,356
veel	-,280	,209	1,787	1	,181	,756	,502	1,139
opleidingsniveau (hoog ref.)			,600	2	,741			
laag	,083	,368	,050	1	,822	1,086	,528	2,235
midden	,179	,242	,549	1	,459	1,196	,744	1,923
constant	3,007	,490	37,729	1	,000	20,224		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 14
Chronische aandoeningen van de afgelopen 12 maanden naar leeftijd en geslacht

		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	85 jaar en ouder	totaal
diabetes	man	-	0,2	0,9	1,3	5,4	8,2	11,3	11,4	3,3
	vrouw	-	0,2	0,8	0,7	3,8	9,5	13,9	10,2	3,2
	subtotaal	-	0,2	0,9	1,0	4,6*	8,9	12,9	10,6	3,3
beroerte*	man	-	-	0,2	0,6	2,7	7,4	11,3	9,1	2,7
hersensbloeding	vrouw	-	-	0,0	0,5	1,8	5,2	9,0	10,2	2,1
herseneninfarct	subtotaal	-	-	0,1	0,6	2,2	6,1	9,9	9,8	2,4
hartinfarct*	man	-	-	0,2	0,3	4,9	15,3	20,1	18,2	4,8
	vrouw	-	-	0,2	0,1	1,6	4,5	9,2	13,6	1,9
	subtotaal	-	-	0,2	0,2	3,2**	9,3**	13,6**	15,2	3,2
hartaandoening	man	-	-	0,2	0,3	3,1	7,1	10,6	2,3	2,6
	vrouw	-	-	0,0	0,6	1,8	3,6	8,5	4,5	1,9
	subtotaal	-	-	0,1	0,4	2,4	5,2**	9,3	3,8	2,2
kanker*	man	0,0	0,1	0,3	1,0	4,1	13,7	18,3	15,9	3,7
	vrouw	0,3	0,1	0,3	2,6	7,3	11,3	11,4	11,4	4,7
	subtotaal	0,1	0,1	0,3	1,9**	5,8**	12,3	14,2*	12,9	4,2
migraine /ernstige hoofdpijn	man	0,3	8,2	10,0	10,9	13,1	5,7	3,2	9,1	9,5
	vrouw	0,8	8,7	23,8	29,1	26,9	14,8	10,2	3,4	21,0
	subtotaal	0,5	8,5	17,0**	21,3**	20,4**	10,8**	7,4**	5,3	15,7
hoge bloeddruk	man	-	-	1,0	3,1	14,9	22,5	27,9	4,5	10,4
	vrouw	-	-	1,5	5,2	18,4	25,7	37,1	26,7	13,7
	subtotaal	-	-	1,3	4,3**	16,8**	24,3	33,4*	19,2**	12,2
vernauwde vaten	man	-	-	0,3	0,5	3,0	9,4	12,8	15,9	3,1
	vrouw	-	-	0,5	1,0	2,6	5,5	10,6	10,2	2,7
	subtotaal	-	-	0,4	0,8	2,8	7,2*	11,4	12,1	2,9
astma, CARA	man	12,5	11,3	5,2	6,4	6,4	9,3	14,1	11,4	8,1
chronische bronchitis, longemfyseem	vrouw	8,2	10,0	8,6	6,4	8,5	9,7	12,7	5,7	8,4
	subtotaal	10,4	10,7	6,9	6,4	7,5*	9,5	13,3	7,6	8,3
psoriasis	man	0,3	0,0	0,9	2,6	2,7	3,4	3,5	0,0	2,0
	vrouw	0,3	0,7	0,3	1,9	2,8	2,3	3,3	1,1	1,9
	subtotaal	0,3	0,3*	0,6	2,2	2,7	2,8	3,4	0,8	1,9
chronisch eczeem	man	11,1	8,2	6,4	6,7	6,0	4,8	4,9	2,3	6,7
	vrouw	9,8	7,5	7,6	6,9	5,6	5,8	5,0	8,0	6,6
	subtotaal	10,5	7,9	7,0	6,8	5,7	5,3	5,0	6,1	6,7
duizeligheid met vallen	man	-	-	1,7	1,7	3,3	3,2	8,1	15,9	3,0
	vrouw	-	-	6,8	3,1	4,5	6,7	10,7	19,3	5,1
	subtotaal	-	-	4,3**	2,5*	3,9	5,2**	9,6	18,2	4,1
ernstige darmstoornissen	man	2,8	1,1	0,9	1,8	1,9	3,2	3,2	2,3	1,9
	vrouw	3,7	1,2	3,5	4,0	5,1	4,8	9,0	8,0	4,3
	subtotaal	3,3	1,1	2,2**	3,1**	3,6**	4,1	6,6**	6,1	3,2

BIJLAGEN

		0-4 jr	5-14 jr	15-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75-84 jr	85 jaar en ouder	totaal
incontinentie	man	-	1,3	0,3	0,3	1,6	5,0	7,7	4,5	1,8
	vrouw	-	1,5	1,0	5,7	13,2	17,5	22,7	29,5	10,3
	subtotaal	-	1,4	0,7	3,4**	7,7**	12,0**	16,7**	21,2**	6,5
ernstige hardnekkige rugklachten	man	-	0,6	4,7	8,7	16,7	13,9	12,7	20,5	9,5
	vrouw	-	0,2	6,6	10,4	15,8	18,8	21,0	14,8	11,1
	subtotaal	-	0,4	5,6	9,7	16,2	16,6*	17,7**	16,7	10,4
gewrichtsslijtage	man	-	0,4	1,2	4,7	14,1	17,7	23,0	34,1	10,1
	vrouw	-	0,0	1,5	4,3	18,0	35,2	42,3	38,6	14,8
	subtotaal	-	0,2	1,4	4,5	16,1**	27,5**	34,6**	37,1	12,7
gewrichtsontsteking	man	-	0,4	0,9	1,5	4,9	4,0	2,8	4,5	2,4
	vrouw	-	0,3	0,7	2,5	8,0	9,7	11,2	14,8	4,8
	subtotaal	-	0,4	0,8	2,1*	6,6**	7,2**	7,8**	11,4	3,7
ernstige aandoeningen nek schouder	man	0,5	0,6	3,1	7,5	13,7	12,3	7,7	11,4	7,7
	vrouw	0	0,9	5,4	12,7	18,3	20,5	21,0	15,9	12,6
	subtotaal	0,3	0,8	4,3	10,5**	16,1**	16,9**	15,7**	14,4	10,4
ernstige aandoening elleboog, pols, hand	man	0,5	0,9	1,7	5,7	8,2	7,7	3,9	6,8	5,0
	vrouw	0,3	0,4	3,4	7,7	13,6	14,5	17,1	22,7	9,0
	subtotaal	0,4	0,7	2,6	6,8*	11,0**	11,5**	11,8**	17,4*	7,1

Bron: patiëntenquête

Tabel 15
**Logistische regressie met comorbiditeit (ja/nee) als afhankelijke variabele voor responden-
 ten \geq 25 jaar**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,513	,081	39,940	1	,000	1,671	1,425	1,960
leeftijd	,043	,003	228,066	1	,000	1,044	1,038	1,049
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			17,708	4	,001			
zeer sterk	,209	,120	3,050	1	,081	1,233	,975	1,559
sterk	,313	,111	7,997	1	,005	1,368	1,101	1,700
matig	,445	,109	16,682	1	,000	1,560	1,260	1,932
weinig	,230	,104	4,924	1	,026	1,259	1,027	1,543
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			5,971	3	,113			
éénpersoonshuishouden	-,233	,112	4,323	1	,038	,792	,636	,987
tweepersoonshuishouden	,009	,085	,010	1	,919	1,009	,854	1,191
éénoudergezin	-,088	,184	,230	1	,632	,916	,639	1,313
werkloos (rest ref.)	,718	,302	5,664	1	,017	2,051	1,135	3,706
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,818	,159	130,294	1	,000	6,159	4,508	8,415
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,138	,080	3,010	1	,083	1,148	,982	1,342
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,156	,093	2,838	1	,092	1,169	,975	1,401
tekorten in sociale steun (geen ref.)			44,448	2	,000			
matig	,228	,105	4,720	1	,030	1,257	1,023	1,544
veel	,505	,076	44,445	1	,000	1,657	1,429	1,923
opleidingsniveau (hoog ref.)			11,647	2	,003			
laag	,437	,130	11,278	1	,001	1,548	1,200	1,998
midden	,235	,092	6,511	1	,011	1,265	1,056	1,516
constant	-3,822	,185	429,024	1	,000	,022		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 16a1

Beperkingen in het dagelijks functioneren van respondenten van 18 jaar en ouder naar arbeidsstatus en geslacht (in%)

U kunt niet of slechts met grote moeite		Werkloos	Arbeids-	Pensioen	Betaald	Huisvrouw/ man
			ongeschikt	ongeschikt	werk	
een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen (n=10372)	vrouw	11,8	44,1	38,4	5,6	16,9
	man	1,7	22,5	10,3	1,0	11,6
	subtotaal	7,5	32,6	21,3	3,1	16,7
hard voedsel bijten en kauwen, zoals bijvoorbeeld een harde appel (n=10379)	vrouw	10,5	7,3	17,3	2,5	8,9
	man	12,1	15,5	14,8	2,1	2,3
	subtotaal	11,2	11,7	15,8	2,3	8,8
als u staat, bukken en iets van de grond oppakken (n=10382)	vrouw	5,3	22,3	19,9	2,0	7,1
	man	5,2	24,2	10,4	1,1	7,0
	subtotaal	5,2	23,3	14,1	1,5	7,1
400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok) (n=10379)	vrouw	7,9	19,0	22,0	1,1	5,9
	man	1,7	19,8	9,7	0,6	4,7
	subtotaal	5,2	19,4	14,5	0,8	5,9
een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat) (n=10381)	vrouw	1,3	8,5	9,5	1,1	4,0
	man	5,2	12,3	9,4	1,9	7,0
	subtotaal	3,0	10,5	9,4	1,6	4,1
de kleine letters in de krant lezen (zo nodig met bril of contactlenzen) (n=10381)	vrouw	1,3	5,7	10,4	1,6	4,4
	man	3,4	7,7	4,7	1,2	4,7
	subtotaal	2,2	6,8	7,0	1,4	4,4
op een afstand van 4m het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of lenzen) (n=10383)	vrouw	1,3	2,8	6,9	0,4	2,5
	man	0,0	2,5	1,9	0,2	4,7
	subtotaal	0,7	2,6	3,8	0,3	2,5
met één ander persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat) (n=10383)	vrouw	0,0	0,8	1,0	0,1	0,4
	man	0,0	1,4	0,4	0,1	0,0
	subtotaal	0,0	1,1	0,6	0,1	0,4
verstaanbaar praten* (n=10382)	vrouw	0,0	0,4	0,5	0,0	0,1
	man	0,0	1,4	0,9	0,1	0,0
	subtotaal	0,0	0,9	0,8	0,1	0,1

* inschatting interviewer

Tabel 16a2

Logistische regressie met beperkingen (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,559	,105	28,323	1	,000	1,748	1,423	2,148
leeftijd	,063	,004	275,992	1	,000	1,065	1,057	1,072
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			2,161	4	,706			
zeer sterk	,155	,148	1,098	1	,295	1,168	,874	1,562
sterk	,170	,140	1,490	1	,222	1,186	,902	1,559
matig	,126	,139	,815	1	,367	1,134	,863	1,489
weinig	,047	,132	,128	1	,720	1,048	,810	1,357
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			,719	3	,869			
éénpersoonshuishouden	,032	,141	,052	1	,819	1,033	,784	1,361
tweepersoonshuishouden	-,060	,116	,267	1	,605	,942	,751	1,181
éénoudergezin	-,012	,233	,003	1	,958	,988	,626	1,560
werkloos (rest ref.)	,935	,347	7,244	1	,007	2,547	1,289	5,033
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,756	,148	139,865	1	,000	5,791	4,328	7,747
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,419	,107	15,487	1	,000	1,521	1,234	1,874
huisvrouw/huisman (rest ref.)	-,078	,114	,460	1	,498	,925	,740	1,158
tekorten in sociale steun (geen ref.)			12,904	2	,002			
matig	,167	,134	1,559	1	,212	1,182	,909	1,537
veel	,345	,096	12,894	1	,000	1,412	1,170	1,705
opleidingsniveau (hoog ref.)			47,624	2	,000			
laag	1,098	,164	44,534	1	,000	2,997	2,171	4,138
midden	,529	,138	14,763	1	,000	1,696	1,296	2,222
constant	-6,339	,265	574,131	1	,000	,002		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 17
Logistische regressie met een GHQ-score van twee of hoger (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,384	,089	18,488	1	,000	1,467	1,232	1,748
leeftijd	-,011	,003	13,253	1	,000	,989	,983	,995
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			6,224	4	,183			
zeer sterk	,225	,130	2,986	1	,084	1,252	,970	1,615
sterk	,064	,125	,259	1	,611	1,066	,834	1,361
matig	-,076	,127	,358	1	,550	,927	,723	1,188
weinig	,104	,117	,779	1	,377	1,109	,881	1,396
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			29,718	3	,000			
éénpersoonshuishouden	,527	,114	21,362	1	,000	1,694	1,355	2,119
tweepersoonshuishouden	,015	,095	,026	1	,872	1,015	,842	1,224
éénoudergezin	,452	,186	5,875	1	,015	1,571	1,090	2,264
werkloos (rest ref.)	1,178	,304	14,997	1	,000	3,247	1,789	5,893
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,107	,143	59,952	1	,000	3,026	2,286	4,005
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,091	,092	,992	1	,319	1,095	,916	1,311
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,048	,106	,204	1	,651	1,049	,852	1,291
tekorten in sociale steun (geen ref.)			137,066	2	,000			
matig	,373	,122	9,392	1	,002	1,451	1,144	1,842
veel	,977	,084	133,951	1	,000	2,656	2,251	3,134
opleidingsniveau (hoog ref.)			6,318	2	,042			
laag	,161	,145	1,235	1	,266	1,175	,884	1,561
midden	-,115	,100	1,311	1	,252	,892	,733	1,085
constant	-1,698	,192	78,257	1	,000	,183		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 18
Logistische regressie met ooit 2 weken angstig/bezorgd (ja/nee) als afhankelijke variabele
voor respondenten ≥ 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,434	,077	31,627	1	,000	1,543	1,326	1,794
leeftijd	,002	,003	,369	1	,544	1,002	,996	1,007
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			5,718	4	,221			
zeer sterk	-,174	,115	2,265	1	,132	,841	,671	1,054
sterk	,059	,106	,308	1	,579	1,060	,862	1,304
matig	,073	,104	,488	1	,485	1,075	,877	1,319
weinig	,000	,099	,000	1	,999	1,000	,824	1,214
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			8,573	3	,036			
éénpersoonshuishouden	,053	,104	,262	1	,609	1,055	,860	1,293
tweepersoonshuishouden	-,059	,081	,540	1	,463	,942	,804	1,104
éénoudergezin	,436	,171	6,471	1	,011	1,546	1,105	2,162
werkloos (rest ref.)	,482	,298	2,623	1	,105	1,620	,904	2,903
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,087	,139	61,205	1	,000	2,966	2,259	3,895
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,120	,077	2,412	1	,120	1,127	,969	1,311
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,115	,090	1,635	1	,201	1,122	,940	1,339
tekorten in sociale steun (geen ref.)			62,962	2	,000			
matig	,156	,101	2,374	1	,123	1,169	,958	1,426
veel	,564	,072	61,458	1	,000	1,758	1,527	2,024
opleidingsniveau (hoog ref.)			7,083	2	,029			
laag	-,211	,129	2,693	1	,101	,810	,630	1,042
midden	,062	,087	,499	1	,480	1,063	,897	1,261
constant	-1,362	,164	69,379	1	,000	,256		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 19
Logistische regressie met ooit 2 weken somber/depressief (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten \geq 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,312	,080	15,186	1	,000	1,366	1,168	1,599
leeftijd	-,013	,003	21,539	1	,000	,987	,982	,993
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			16,086	4	,003			
zeer sterk	,271	,121	5,030	1	,025	1,311	1,035	1,660
sterk	,436	,112	15,175	1	,000	1,546	1,242	1,926
matig	,184	,113	2,675	1	,102	1,202	,964	1,500
weinig	,170	,107	2,538	1	,111	1,186	,962	1,462
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			18,664	3	,000			
éénpersoonshuishouden	,302	,107	8,005	1	,005	1,352	1,097	1,667
tweepersoonshuishouden	,070	,085	,683	1	,408	1,072	,909	1,266
éénoudergezin	,631	,174	13,110	1	,000	1,880	1,336	2,646
werkloos (rest ref.)	,053	,313	,029	1	,864	1,055	,572	1,947
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,210	,140	74,631	1	,000	3,354	2,549	4,413
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,162	,081	3,954	1	,047	1,176	1,002	1,379
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,009	,096	,009	1	,925	1,009	,836	1,219
tekorten in sociale steun (geen ref.)			67,049	2	,000			
matig	,026	,109	,058	1	,810	1,027	,829	1,271
veel	,580	,075	60,078	1	,000	1,787	1,543	2,069
opleidingsniveau (hoog ref.)			1,468	2	,480			
laag	-,163	,135	1,464	1	,226	,850	,652	1,106
midden	-,069	,090	,576	1	,448	,934	,782	1,114
constant	-1,061	,171	38,469	1	,000	,346		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau

Tabel 20
Logistische regressie met ooit 2 weken angstig/bezorgd (ja/nee) als afhankelijke variabele
voor allochtonen \geq 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,613	,172	12,672	1	,000	1,845	1,317	2,586
leeftijd	,007	,006	1,102	1	,294	1,007	,994	1,020
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			4,730	3	,193			
zeer sterk	,060	,250	,058	1	,810	1,062	,650	1,734
sterk	-,278	,299	,866	1	,352	,757	,422	1,360
matig	,274	,286	,914	1	,339	1,315	,750	2,303
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			9,994	3	,019			
éénpersoonshuishouden	,079	,220	,129	1	,719	1,082	,703	1,666
tweepersoonshuishouden	-,007	,220	,001	1	,973	,993	,645	1,527
éénoudergezin	,664	,219	9,209	1	,002	1,943	1,265	2,983
werkloos (rest ref.)	,126	,281	,200	1	,655	1,134	,654	1,966
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,127	,215	27,465	1	,000	3,085	2,024	4,702
verzekeringsvorm (particulier ref.)	-,004	,249	,000	1	,988	,996	,611	1,625
huisvrouw/huisman (rest ref.)	-,140	,206	,464	1	,496	,869	,581	1,301
opleidingsniveau (hoog ref.)			,732	2	,694			
laag	-,199	,251	,631	1	,427	,820	,502	1,339
midden	-,091	,229	,159	1	,690	,913	,583	1,430
constant	-1,567	,430	13,256	1	,000	,209		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau

Tabel 21
Logistische regressie met ooit 2 weken somber/depressief (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtonen \geq 25 jaar

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% B.I. for EXP(B)	
							Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,482	,172	7,867	1	,005	1,619	1,156	2,268
leeftijd	-,011	,007	2,909	1	,088	,989	,976	1,002
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)			6,450	3	,092			
zeer sterk	-,061	,246	,062	1	,803	,941	,581	1,522
sterk	-,490	,298	2,702	1	,100	,613	,342	1,099
matig	,152	,283	,289	1	,591	1,164	,669	2,025
woonvorm (tweeoudergezin ref.)			8,119	3	,044			
éénpersoonshuishouden	,345	,216	2,562	1	,109	1,412	,925	2,154
tweepersoonshuishouden	,102	,219	,216	1	,642	1,107	,720	1,702
éénoudergezin	,588	,220	7,136	1	,008	1,801	1,170	2,773
werkloos (rest ref.)	,438	,268	2,673	1	,102	1,550	,917	2,621
arbeidsongeschikt (rest ref.)	1,415	,217	42,386	1	,000	4,115	2,688	6,300
verzekeringsvorm (particulier ref.)	-,060	,251	,057	1	,811	,942	,576	1,539
huisvrouw/huisman (rest ref.)	-,041	,206	,040	1	,842	,960	,641	1,437
opleidingsniveau (hoog ref.)			,233	2	,890			
laag	,122	,254	,232	1	,630	1,130	,687	1,860
midden	,092	,234	,154	1	,695	1,096	,693	1,733
constant	-,888	,430	4,273	1	,039	,412		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau

Bijlage II, Tabellen bij hoofdstuk 5 Zorggebruik

Tabel 1a

Logistische regressie met twee maanden voorafgaand aan het interview contact gehad met huisarts (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	1,507	1,302	1,743	,000	1,513	1,305	1,754
leeftijd	,000	1,014	1,010	1,019	,000	1,012	1,007	1,017
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,051				,085			
zeer sterk	,005	1,366	1,101	1,694	,011	1,330	1,069	1,656
sterk	,232	1,131	,924	1,383	,224	1,135	,925	1,392
matig	,678	1,043	,855	1,272	,863	1,018	,832	1,246
weinig	,453	1,075	,890	1,297	,429	1,080	,893	1,307
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,365				,450			
éénpersoonshuishouden	,564	1,060	,869	1,293	,977	,997	,815	1,220
tweepersoonshuishouden	,091	1,141	,979	1,330	,192	1,109	,949	1,295
éénoudergezin	,404	1,153	,826	1,610	,411	1,153	,821	1,618
werkloos (rest ref.)	,284	1,372	,769	2,449	,402	1,285	,715	2,309
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	1,927	1,476	2,515	,124	1,249	,941	1,659
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,449	1,058	,915	1,224	,815	1,018	,878	1,180
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,195	1,121	,943	1,332	,349	1,088	,912	1,296
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,027				,101			
matig	,023	1,245	1,031	1,504	,036	1,228	1,014	1,487
veel	,036	1,158	1,009	1,329	,279	1,081	,939	1,243
opleidingsniveau (hoog ref.)	,017				,113			
laag	,006	1,401	1,102	1,780	,095	1,232	,964	1,573
midden	,022	1,215	1,029	1,435	,045	1,188	1,004	1,406
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	2,601	2,190	3,089
constant	,000	,164			,000	,179		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht)

Tabel 1b

Logistische regressie met twee maanden voorafgaand aan het interview contact gehad met huisarts (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	1,946	1,388	2,729	,000	1,913	1,360	2,690
leeftijd	,001	1,023	1,009	1,036	,005	1,019	1,006	1,033
urbanisatiegraad (niet of weinig stedelijk ref.)	,407				,498			
zeer sterk	,199	,726	,445	1,184	,227	,737	,450	1,208
sterk	,099	,623	,354	1,094	,139	,650	,368	1,149
matig	,414	,792	,453	1,386	,449	,804	,457	1,415
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,464				,549			
éénpersoonshuishouden	,253	,782	,513	1,192	,244	,776	,507	1,188
tweepersoonshuishouden	,252	,776	,502	1,198	,378	,821	,529	1,273
énoudergezin	,238	,767	,494	1,192	,287	,785	,503	1,225
werkloos (rest ref.)	,560	,847	,485	1,480	,304	,742	,420	1,311
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,008	1,869	1,174	2,977	,261	1,330	,809	2,186
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,770	1,075	,661	1,749	,883	1,038	,635	1,696
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,877	,968	,640	1,464	,555	,881	,578	1,342
opleidingsniveau (hoog ref.)	,279				,321			
laag	,260	1,335	,808	2,205	,413	1,237	,743	2,059
midden	,111	1,448	,918	2,282	,150	1,402	,885	2,221
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	1,887	1,375	2,589
constant	,006	,306			,006	,304		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 2
Logistische regressie met contact huisarts gedurende een jaar (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	1,816	1,528	2,159	,000	1,825	1,533	2,172
leeftijd	,000	1,014	1,008	1,020	,000	1,012	1,006	1,018
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,183				,263			
zeer sterk	,019	1,366	1,053	1,772	,034	1,330	1,022	1,731
sterk	,151	1,188	,939	1,503	,149	1,191	,939	1,509
matig	,314	1,125	,895	1,414	,404	1,103	,876	1,390
weinig	,530	1,072	,863	1,330	,528	1,073	,863	1,333
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,635				,623			
éénpersoonshuishouden	,956	,993	,786	1,256	,582	,935	,738	1,186
tweepersoonshuishouden	,248	1,110	,930	1,326	,398	1,080	,903	1,292
éénoudergezin	,717	1,081	,709	1,647	,716	1,082	,708	1,654
werkloos (rest ref.)	,534	1,264	,604	2,649	,706	1,154	,548	2,432
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,301	1,538	3,442	,083	1,450	,952	2,209
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,205	1,116	,942	1,321	,353	1,084	,914	1,285
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,818	1,026	,822	1,282	,971	,996	,796	1,247
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,022				,090			
matig	,060	1,243	,991	1,560	,077	1,228	,978	1,543
veel	,012	1,231	1,046	1,448	,076	1,161	,985	1,368
opleidingsniveau (hoog ref.)	,074				,076			
laag	,225	1,198	,895	1,602	,739	1,052	,782	1,414
midden	,023	1,241	1,031	1,495	,038	1,218	1,011	1,469
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,078	2,352	4,028
constant	,087	,736			,221	,801		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 3a
**Logistische regressie met contact fysiotherapeut gedurende een jaar (ja/nee) als afhanke-
 lijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder**

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	1,418	1,168	1,721	,001	1,416	1,164	1,723
leeftijd	,372	1,003	,996	1,010	,843	,999	,993	1,006
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,082				,044			
zeer sterk	,055	,755	,567	1,006	,028	,722	,540	,965
sterk	,558	,926	,716	1,197	,561	,926	,714	1,201
matig	,032	,749	,575	,975	,018	,724	,554	,946
weinig	,032	,762	,595	,976	,032	,760	,592	,977
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,367				,399			
éénpersoonshuishouden	,783	1,037	,799	1,347	,793	,965	,741	1,257
tweepersoonshuishouden	,882	,985	,802	1,209	,610	,947	,770	1,166
éénoudergezin	,093	,649	,392	1,075	,089	,643	,387	1,070
werkloos (rest ref.)	,076	1,833	,938	3,584	,120	1,715	,869	3,386
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,155	1,590	2,922	,069	1,351	,977	1,869
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,087	,843	,694	1,025	,025	,797	,654	,973
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,096	,820	,649	1,036	,041	,781	,616	,989
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,017				,068			
matig	,015	1,357	1,060	1,737	,025	1,330	1,036	1,708
veel	,022	1,240	1,031	1,492	,168	1,141	,946	1,376
opleidingsniveau (hoog ref.)	,159				,240			
laag	,132	1,282	,928	1,772	,573	1,099	,791	1,528
midden	,062	1,241	,989	1,556	,110	1,206	,959	1,517
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	2,701	2,205	3,309
constant	,000	,127			,000	,147		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 3b
**Logistische regressie met contact fysiotherapeut gedurende een jaar (ja/nee) als afhanke-
 lijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder**

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,302	1,276	,803	2,026	,323	1,263	,795	2,008
leeftijd	,084	1,015	,998	1,033	,146	1,013	,996	1,031
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,105				,100			
zeer sterk	,426	1,316	,669	2,586	,408	1,331	,676	2,619
sterk	,793	,898	,404	1,998	,833	,917	,411	2,047
matig	,331	,666	,294	1,511	,329	,664	,292	1,510
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,260				,289			
éénpersoonshuishouden	,482	,815	,461	1,441	,486	,816	,461	1,445
tweepersoonshuishouden	,080	,552	,284	1,074	,102	,573	,294	1,117
éénoudergezin	,649	1,142	,644	2,024	,603	1,165	,655	2,070
werkloos (rest ref.)	,813	,911	,420	1,976	,625	,823	,376	1,801
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,008	2,061	1,205	3,526	,091	1,638	,924	2,905
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,899	1,049	,501	2,195	,958	1,020	,487	2,139
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,601	,861	,490	1,511	,432	,796	,450	1,406
opleidingsniveau (hoog ref.)	,024				,027			
laag	,010	3,418	1,349	8,660	,013	3,269	1,286	8,309
midden	,007	3,415	1,399	8,334	,008	3,384	1,383	8,280
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,031	1,594	1,043	2,435
constant	,000	,025			,000	,024		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 4a
Logistische regressie met contact thuiszorg gedurende een jaar (ja/nee) als afhankelijke
variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	4,089	2,859	5,848	,000	4,047	2,818	5,811
leeftijd	,000	1,064	1,052	1,076	,000	1,060	1,047	1,072
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,399				,546			
zeer sterk	,878	1,034	,674	1,586	,941	,984	,636	1,520
sterk	,439	,845	,552	1,294	,496	,860	,556	1,328
matig	,965	1,009	,665	1,533	,887	,970	,632	1,487
weinig	,139	,733	,485	1,106	,148	,733	,481	1,116
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,000				,000			
éénpersoonshuishouden	,437	1,173	,784	1,756	,595	1,117	,743	1,678
tweepersoonshuishouden	,000	,437	,297	,643	,000	,403	,272	,597
éénoudergezin	,887	,953	,487	1,864	,926	,968	,492	1,908
werkloos (rest ref.)	,343	1,801	,534	6,079	,306	1,885	,560	6,349
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	4,504	2,931	6,922	,000	2,636	1,678	4,139
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,814	1,041	,747	1,449	,750	,947	,675	1,328
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,242	,828	,603	1,137	,218	,816	,591	1,128
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,278				,820			
matig	,486	1,156	,769	1,737	,666	1,096	,723	1,660
veel	,112	1,266	,946	1,695	,567	1,091	,810	1,471
opleidingsniveau (hoog ref.)	,487				,874			
laag	,234	1,346	,825	2,197	,637	1,128	,684	1,859
midden	,422	1,183	,784	1,785	,619	1,112	,732	1,690
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,399		
constant	,000	,001			,000	,001	2,548	4,535

337

Tabel 4b Logistische regressie met contact thuiszorg gedurende een jaar (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,008	3,661	1,409	9,511	,008	3,675	1,405	9,614
leeftijd	,497	1,010	,982	1,039	,787	1,004	,975	1,033
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,074				,116			
zeer sterk	,016	,321	,127	,808	,030	,351	,137	,901
sterk	,026	,244	,070	,842	,033	,250	,070	,894
matig	,074	,361	,118	1,102	,115	,400	,128	1,249
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,041				,027			
éénpersoonshuishouden	,061	2,483	,960	6,422	,049	2,631	1,003	6,899
tweepersoonshuishouden	,812	,858	,245	3,011	,908	,928	,259	3,326
éénoudergezin	,019	2,947	1,195	7,266	,011	3,344	1,323	8,455
werkloos (rest ref.)	,386	1,806	,474	6,875	,629	1,401	,356	5,509
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	6,934	2,891	16,628	,003	3,968	1,608	9,795
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,431	,620	,189	2,037	,288	,521	,156	1,736
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,317	1,614	,632	4,119	,556	1,334	,511	3,484
opleidingsniveau (hoog ref.)	,319				,206			
laag	,218	2,772	,548	14,036	,313	2,331	,451	12,049
midden	,135	3,257	,691	15,342	,120	3,492	,721	16,897
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	4,803	2,023	11,399
constant	,000	,007			,000	,004		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 5a
Logistische regressie met contact tandarts gedurende een jaar (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Sig.	Stap 1			Sig.	Stap 2		
		OR	95,0% B.I.			OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	2,122	1,742	2,584	,000	2,137	1,754	2,603
leeftijd	,000	,941	,935	,947	,000	,942	,935	,948
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,007				,008			
zeer sterk	,840	,972	,739	1,279	,882	,979	,744	1,289
sterk	,018	1,376	1,057	1,791	,019	1,371	1,053	1,785
matig	,712	1,049	,814	1,352	,674	1,056	,819	1,362
weinig	,240	,868	,685	1,099	,230	,865	,683	1,096
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,000				,000			
éénpersoonshuishouden	,000	,622	,480	,807	,001	,633	,489	,821
tweepersoonshuishouden	,005	,743	,605	,913	,006	,749	,609	,921
éénoudergezin	,000	,406	,266	,619	,000	,403	,265	,615
werkloos (rest ref.)	,047	,493	,246	,990	,054	,503	,250	1,012
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,657	1,075	,781	1,481	,267	1,207	,866	1,681
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,002	,746	,618	,900	,004	,756	,626	,913
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,004	,720	,575	,902	,005	,724	,578	,907
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,537				,451			
matig	,294	1,141	,892	1,459	,273	1,148	,897	1,468
veel	,500	1,063	,891	1,268	,356	1,087	,910	1,299
opleidingsniveau (hoog ref.)	,000				,000			
laag	,000	,237	,176	,319	,000	,245	,181	,330
midden	,000	,642	,507	,814	,000	,646	,509	,819
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,010	,768	,629	,939
constant	,000	134,546			,000	130,449		

339

Tabel 5b

Logistische regressie met contact tandarts gedurende twee maanden (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,580	1,101	,783	1,550	,586	1,100	,781	1,548
leeftijd	,151	,990	,977	1,004	,147	,990	,977	1,004
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,004				,004			
zeer sterk	,373	,802	,493	1,303	,375	,803	,494	1,305
sterk	,079	1,644	,943	2,864	,078	1,648	,945	2,874
matig	,843	1,057	,609	1,835	,840	1,058	,610	1,837
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,298				,297			
éénpersoonshuishouden	,108	,702	,456	1,081	,108	,702	,456	1,081
tweepersoonshuishouden	,637	,900	,579	1,397	,648	,902	,581	1,402
éénoudergezin	,581	1,133	,727	1,766	,577	1,135	,728	1,768
werkloos (rest ref.)	,484	1,225	,694	2,161	,502	1,216	,687	2,154
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,553	1,148	,727	1,812	,630	1,127	,693	1,835
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,970	,990	,603	1,626	,963	,988	,602	1,624
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,459	1,171	,771	1,779	,475	1,165	,765	1,775
opleidingsniveau (hoog ref.)	,083				,082			
laag	,876	1,042	,623	1,742	,889	1,037	,619	1,738
midden	,122	1,441	,907	2,289	,125	1,438	,904	2,285
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,833	1,035	,752	1,423
constant	,557	,775			,559	,776		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 6a

Logistische regressie met contact medisch specialist twee maanden voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,024	1,226	1,028	1,463	,033	1,216	1,016	1,456
leeftijd	,000	1,016	1,010	1,022	,000	1,012	1,006	1,018
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,319				,539			
zeer sterk	,174	1,196	,924	1,548	,322	1,142	,878	1,487
sterk	,373	1,117	,875	1,426	,359	1,123	,876	1,441
matig	,180	1,177	,927	1,495	,283	1,143	,895	1,459
weinig	,831	,975	,773	1,229	,850	,977	,772	1,238
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,006				,007			
éénpersoonshuishouden	,828	,973	,763	1,242	,375	,893	,696	1,146
tweepersoonshuishouden	,006	1,299	1,078	1,565	,019	1,255	1,038	1,517
éénoudergezin	,532	,871	,564	1,344	,501	,859	,552	1,337
werkloos (rest ref.)	,506	,759	,337	1,710	,347	,671	,292	1,540
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,009	1,511	2,670	,293	1,177	,869	1,595
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,547	1,056	,884	1,261	,962	,996	,830	1,194
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,907	,988	,802	1,216	,586	,943	,762	1,166
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,467				,724			
matig	,350	1,114	,888	1,399	,475	1,088	,863	1,372
veel	,285	1,095	,927	1,293	,909	,990	,835	1,174
opleidingsniveau (hoog ref.)	,405				,597			
laag	,604	1,077	,814	1,426	,488	,903	,677	1,205
midden	,522	,936	,765	1,146	,311	,899	,732	1,105
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,178	2,648	3,815
constant	,000	,079			,000	,091		

341

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 6b

Logistische regressie met contact medisch specialist afgelopen jaar (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,091	1,367	,951	1,967	,125	1,333	,923	1,926
leeftijd	,285	1,008	,994	1,022	,611	1,004	,990	1,018
urbanisatiegraad(niet/weinig stedelijk ref.)	,240				,268			
zeer sterk	,047	,563	,320	,992	,063	,582	,328	1,031
sterk	,224	,671	,352	1,276	,325	,721	,376	1,383
matig	,122	,603	,318	1,144	,152	,623	,326	1,190
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,412				,266			
éénpersoonshuishouden	,561	1,140	,733	1,772	,554	1,144	,733	1,787
tweepersoonshuishouden	,147	1,414	,886	2,256	,078	1,532	,954	2,462
éénoudergezin	,233	1,334	,831	2,141	,192	1,376	,852	2,224
werkloos (rest ref.)	,488	1,229	,686	2,199	,819	1,072	,592	1,941
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,742	1,615	4,655	,022	1,923	1,098	3,368
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,271	,746	,443	1,257	,195	,705	,416	1,196
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,352	,813	,525	1,258	,186	,740	,474	1,156
opleidingsniveau (hoog ref.)	,580				,778			
laag	,299	1,330	,777	2,278	,479	1,218	,705	2,105
midden	,467	1,198	,736	1,949	,592	1,144	,699	1,873
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	1,978	1,408	2,779
constant	,673	1,217			,648	1,240		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 7a

Logistische regressie met ziekenhuis/kliniekopname twaalf maanden voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,766	1,046	,778	1,405	,876	1,024	,761	1,377
leeftijd	,000	1,023	1,013	1,033	,000	1,020	1,010	1,030
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,900				,816			
zeer sterk	,397	,834	,547	1,270	,282	,793	,519	1,210
sterk	,754	,940	,641	1,380	,781	,947	,644	1,393
matig	,514	,880	,600	1,291	,412	,851	,578	1,251
weinig	,417	,862	,601	1,235	,436	,866	,603	1,244
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,631				,605			
éénpersoonshuishouden	,940	1,015	,689	1,496	,795	,950	,643	1,403
tweepersoonshuishouden	,402	,874	,637	1,198	,276	,838	,610	1,151
éénoudergezin	,387	,718	,339	1,521	,386	,717	,337	1,523
werkloos (rest ref.)	,352	1,643	,578	4,670	,434	1,523	,531	4,365
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,018	1,726	1,099	2,711	,653	1,114	,695	1,787
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,124	1,264	,938	1,703	,222	1,206	,892	1,631
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,146	1,274	,919	1,765	,185	1,248	,899	1,732
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,913				,596			
matig	,791	1,051	,728	1,517	,892	1,026	,709	1,486
veel	,815	,968	,737	1,272	,360	,879	,667	1,158
opleidingsniveau (hoog ref.)	,829				,928			
laag	,545	1,152	,727	1,826	,992	,998	,627	1,588
midden	,627	1,092	,766	1,558	,785	1,051	,735	1,504
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	2,552	1,933	3,369
constant	,000	,017			,000	,019		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 7b

Logistische regressie met ziekenhuis/kliniekopname twaalf maanden voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,018	2,071	1,135	3,780	,021	2,037	1,115	3,718
leeftijd	,240	1,013	,991	1,036	,324	1,011	,989	1,034
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,253				,261			
zeer sterk	,263	,657	,315	1,371	,284	,668	,320	1,396
sterk	,096	,454	,179	1,150	,107	,463	,182	1,179
matig	,082	,440	,174	1,110	,083	,439	,174	1,112
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,503				,520			
éénpersoonshuishouden	,544	,794	,378	1,671	,539	,792	,377	1,665
tweepersoonshuishouden	,163	,544	,232	1,278	,180	,556	,236	1,310
éénoudergezin	,867	1,063	,519	2,179	,837	1,079	,525	2,217
werkloos (rest ref.)	,661	,783	,263	2,331	,541	,710	,236	2,131
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,026	2,106	1,093	4,057	,147	1,681	,833	3,395
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,782	1,141	,448	2,909	,827	1,110	,435	2,834
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,233	,646	,315	1,324	,166	,599	,290	1,238
opleidingsniveau (hoog ref.)	,525				,568			
laag	,258	1,776	,656	4,809	,302	1,693	,623	4,606
midden	,313	1,621	,635	4,139	,315	1,620	,632	4,152
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,102	1,582	,912	2,743
constant	,000	,035			,000	,033		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 8a
Logistische regressie met contact GGZ-hulpverlener (ja/nee) als afhankelijke variabele voor
respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1			Stap 2			Stap 3					
	Sig.	OR	Ondergrens	Sig.	OR	Ondergrens	Sig.	OR	Ondergrens			
			Bovengrens			Bovengrens			Bovengrens			
geslacht (man ref.)	,000	1,458	1,223	1,738	,000	1,458	1,223	1,740	,000	1,383	1,156	1,654
leeftijd	,000	,978	,972	,984	,000	,976	,970	,982	,000	,978	,972	,984
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,016				,019				,050			
zeer sterk	,002	1,503	1,156	1,954	,003	1,486	1,142	1,934	,007	1,448	1,108	1,892
sterk	,113	1,226	,953	1,577	,111	1,228	,954	1,581	,127	1,221	,945	1,577
matig	,839	1,027	,795	1,327	,888	1,019	,788	1,317	,766	1,040	,802	1,349
weinig	,347	1,123	,882	1,428	,330	1,128	,886	1,436	,401	1,110	,870	1,418
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,000				,000				,000			
éénpersoonshuishouden	,001	1,475	1,173	1,854	,002	1,434	1,139	1,804	,016	1,332	1,054	1,684
tweepersoonshuishouden	,328	,910	,753	1,100	,253	,895	,740	1,083	,257	,894	,738	1,085
éénoudergezin	,000	2,135	1,490	3,060	,000	2,136	1,489	3,064	,000	2,018	1,400	2,908
werkloos (rest ref.)	,008	2,277	1,241	4,181	,010	2,217	1,208	4,070	,057	1,833	,982	3,421
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	4,434	3,338	5,889	,000	3,615	2,681	4,873	,000	3,396	2,504	4,605
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,680	1,039	,866	1,246	,834	1,020	,849	1,224	,844	1,019	,846	1,226
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,335	,897	,719	1,119	,246	,877	,702	1,095	,214	,867	,692	1,086
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,000				,000				,000			
matig	,140	1,201	,941	1,532	,170	1,187	,929	1,515	,335	1,130	,882	1,447
veel	,000	1,966	1,663	2,325	,000	1,907	1,612	2,257	,000	1,668	1,404	1,983
opleidingsniveau (hoog ref.)	,000				,000				,000			
laag	,000	,523	,383	,714	,000	,482	,352	,661	,000	,479	,348	,660
midden	,000	,684	,565	,828	,000	,674	,557	,817	,000	,683	,562	,831
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	1,573	1,283	1,929	,027	1,269	1,027	1,569
ghq (< 2 ref.)									,000	2,409	2,023	2,870
constant	,000	,478			,000	,507			,000	,420		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht), in stap 3 GHQ-score (<2/ ≥ 2))

Tabel 8b Logistische regressie met contact GGZ- hulpverlener (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,150	1,493	,865	2,577	,173	1,465	,846	2,538
leeftijd	,006	,970	,949	,991	,002	,966	,945	,988
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,294				,301			
zeer sterk	,148	,589	,287	1,207	,163	,598	,291	1,230
sterk	,606	,805	,354	1,834	,658	,829	,362	1,900
matig	,103	,486	,204	1,158	,113	,493	,206	1,181
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,010				,008			
éénpersoonshuishouden	,512	1,248	,644	2,418	,447	1,294	,666	2,516
tweepersoonshuishouden	,851	,929	,429	2,012	,945	,973	,446	2,120
éénoudergezin	,001	2,699	1,468	4,963	,001	2,828	1,529	5,228
werkloos (rest ref.)	,166	1,786	,786	4,059	,283	1,577	,687	3,623
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	5,765	3,124	10,637	,000	4,108	2,133	7,911
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,037	,450	,212	,953	,031	,435	,204	,926
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,661	1,157	,603	2,219	,887	1,049	,542	2,028
opleidingsniveau (hoog ref.)	,033				,031			
laag	,063	2,440	,952	6,257	,093	2,253	,873	5,818
midden	,011	3,113	1,302	7,444	,012	3,077	1,279	7,401
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,010	1,949	1,174	3,236
constant	,039	,230			,035	,219		

346

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 9

Logistische regressie contact alternatieve behandelaar twaalf maanden voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	2,677	1,984	3,613	,000	2,676	1,982	3,612
leeftijd	,031	,989	,980	,999	,010	,987	,978	,997
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,280				,294			
zeer sterk	,983	1,005	,654	1,543	,921	,978	,637	1,504
sterk	,454	,852	,560	1,296	,448	,850	,558	1,294
matig	,182	1,299	,885	1,907	,207	1,281	,872	1,883
weinig	,511	1,134	,779	1,650	,511	1,134	,779	1,652
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,078				,113			
éénpersoonshuishouden	,095	1,374	,946	1,996	,143	1,323	,909	1,924
tweepersoonshuishouden	,041	1,361	1,013	1,828	,058	1,332	,991	1,790
éénoudergezin	,354	,702	,331	1,485	,335	,691	,326	1,465
werkloos (rest ref.)	,454	,577	,137	2,429	,423	,555	,132	2,339
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,354	1,528	3,626	,013	1,793	1,132	2,840
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,552	,917	,689	1,220	,443	,894	,671	1,191
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,579	,912	,660	1,261	,484	,891	,644	1,232
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,041				,082			
matig	,463	1,153	,788	1,686	,517	1,134	,775	1,661
veel	,012	1,408	1,079	1,836	,026	1,355	1,038	1,770
opleidingsniveau (hoog ref.)	,310				,177			
laag	,141	,697	,431	1,127	,067	,636	,392	1,033
midden	,245	,832	,611	1,134	,192	,813	,596	1,109
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	1,740	1,278	2,368
constant	,000	,056			,000	,062		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 10a Logistische regressie met medicijnen voorgeschreven gekregen 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,013	1,285	1,054	1,567	,019	1,273	1,041	1,557
leeftijd	,005	1,009	1,003	1,016	,125	1,005	,999	1,012
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,002				,008			
zeer sterk	,000	1,770	1,331	2,353	,000	1,709	1,279	2,284
sterk	,173	1,218	,918	1,616	,166	1,225	,919	1,633
matig	,079	1,281	,972	1,689	,124	1,247	,941	1,652
weinig	,160	1,208	,928	1,573	,138	1,225	,937	1,601
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,519				,485			
éénpersoonshuishouden	,852	,975	,748	1,272	,436	,898	,685	1,177
tweepersoonshuishouden	,477	1,079	,875	1,329	,755	1,034	,837	1,279
éénoudergezin	,293	,773	,479	1,249	,271	,760	,467	1,238
werkloos (rest ref.)	,457	,700	,274	1,789	,344	,632	,245	1,635
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,198	1,624	2,975	,111	1,299	,942	1,793
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,142	1,162	,951	1,420	,374	1,097	,894	1,346
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,132	1,189	,949	1,491	,262	1,141	,906	1,436
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,109				,374			
matig	,112	1,226	,953	1,576	,174	1,194	,925	1,543
veel	,065	1,190	,989	1,432	,429	1,079	,893	1,304
opleidingsniveau (hoog ref.)	,367				,936			
laag	,164	1,250	,913	1,711	,795	1,044	,757	1,440
midden	,478	1,087	,863	1,370	,717	1,044	,826	1,321
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,122	2,562	3,803
constant	,000	,052			,000	,060		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 10b

Logistische regressie met medicijnen voorgeschreven gekregen 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,011	1,649	1,120	2,427	,020	1,601	1,078	2,378
leeftijd	,000	1,029	1,014	1,044	,001	1,024	1,009	1,040
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,543				,687			
zeer sterk	,674	,891	,520	1,527	,839	,944	,541	1,646
sterk	,214	,666	,350	1,265	,343	,726	,375	1,407
matig	,860	,946	,511	1,753	,971	,988	,523	1,866
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,626				,764			
éénpersoonshuishouden	,361	1,244	,779	1,987	,368	1,246	,772	2,013
tweepersoonshuishouden	,734	,917	,557	1,510	,946	1,018	,611	1,696
éénoudergezin	,678	,900	,546	1,482	,805	,937	,561	1,566
werkloos (rest ref.)	,399	1,313	,697	2,475	,899	1,043	,541	2,011
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,799	1,758	4,456	,048	1,649	1,005	2,708
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,890	1,041	,585	1,852	,897	,962	,534	1,732
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,146	1,403	,889	2,215	,451	1,200	,747	1,926
opleidingsniveau (hoog ref.)	,306				,371			
laag	,162	1,558	,837	2,903	,312	1,391	,734	2,637
midden	,131	1,564	,876	2,794	,164	1,525	,841	2,765
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	2,978	2,089	4,245
constant	,000	,047			,000	,041		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 11a

Logistische regressie met gebruik medicijnen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,001	1,306	1,120	1,523	,000	1,330	1,135	1,559
leeftijd	,000	1,047	1,042	1,053	,000	1,046	1,040	1,052
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,055				,051			
zeer sterk	,106	1,207	,960	1,518	,236	1,154	,911	1,463
sterk	,013	1,307	1,058	1,615	,014	1,314	1,058	1,633
matig	,873	1,017	,825	1,253	,844	,979	,789	1,214
weinig	,644	1,048	,860	1,277	,637	1,050	,857	1,287
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,189				,444			
éénpersoonshuishouden	,248	1,133	,917	1,399	,768	1,033	,830	1,286
tweepersoonshuishouden	,039	1,183	1,008	1,388	,136	1,133	,961	1,336
éénoudergezin	,838	,964	,677	1,372	,780	,949	,659	1,368
werkloos (rest ref.)	,099	,582	,305	1,108	,036	,486	,247	,955
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	4,748	3,418	6,595	,000	2,569	1,811	3,644
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,001	1,308	1,123	1,522	,005	1,252	1,071	1,464
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,100	1,166	,971	1,401	,318	1,102	,911	1,332
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,008				,097			
matig	,025	1,259	1,030	1,538	,042	1,238	1,008	1,520
veel	,006	1,225	1,060	1,417	,175	1,110	,955	1,290
opleidingsniveau (hoog ref.)	,207				,647			
laag	,258	1,159	,898	1,497	,663	,943	,723	1,230
midden	,649	,961	,810	1,141	,355	,920	,772	1,097
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	4,629	3,778	5,673
constant	,000	,043			,000	,044		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 11b

Logistische regressie met gebruik medicijnen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,019	1,542	1,075	2,211	,028	1,517	1,047	2,200
leeftijd	,000	1,047	1,033	1,062	,000	1,043	1,028	1,059
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,513				,703			
zeer sterk	,811	,940	,566	1,562	,950	,983	,580	1,667
sterk	,223	,690	,380	1,253	,383	,759	,409	1,410
matig	,754	,911	,507	1,635	,846	,942	,513	1,727
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,858				,599			
éénpersoonshuishouden	,674	1,100	,705	1,718	,693	1,097	,692	1,740
tweepersoonshuishouden	,396	1,221	,770	1,938	,176	1,388	,863	2,230
éénoudergezin	,719	1,088	,687	1,725	,601	1,136	,704	1,834
werkloos (rest ref.)	,218	1,440	,806	2,575	,672	1,141	,620	2,100
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	3,284	2,019	5,342	,030	1,778	1,058	2,988
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,656	,888	,528	1,495	,461	,817	,478	1,398
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,251	1,288	,836	1,986	,735	1,082	,687	1,702
opleidingsniveau (hoog ref.)	,048				,120			
laag	,014	1,998	1,148	3,478	,046	1,798	1,011	3,197
midden	,035	1,734	1,040	2,891	,058	1,668	,983	2,830
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,159	2,268	4,400
constant	,000	,047			,000	,040		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 12

Percentage respondenten naar medicijngebruik 14 dagen voorafgaand aan het interview naar achtergrondkenmerken van degenen die gebruiken (n=5047)

Medicijnen op recept	hart/ bloeddruk- middelen	slaap- middelen	pijn- koorts- werende middelen	huid- middelen	maag-/darm- middelen
geslacht					
vrouw	28,8	16,7	16,0	11,5	10,5
man	35,4	9,6	10,4	13,1	11,1
leeftijd					
0-14 jaar	0,7	2,4	9,1	25,7	4,2
15-24 jaar	3,9	7,3	13,8	20,3	3,9
25-44 jaar	7,7	12,8	14,8	17,4	9,5
45-64 jaar	34,8	15,3	13,0	9,1	12,1
> 64 jaar	58,3	17,0	15,0	6,6	13,2
verzekeringsvorm					
ziekenfonds	32,0	15,5	15,4	11,5	11,1
particulier	30,6	10,0	10,1	13,3	10,2
urbanisatiegraad					
zeer sterk	31,6	17,0	16,3	13,6	11,4
niet stedelijk	32,9	11,6	13,5	12,2	9,2
Totaal	31,5	13,8	13,7	12,1	10,8

Tabel 13
Logistische regressie met gebruik van hart of bloeddrukmiddelen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,003	,712	,567	,894	,001	,679	,539	,857
leeftijd	,000	1,080	1,071	1,089	,000	1,078	1,069	1,087
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,665				,499			
zeer sterk	,455	,886	,645	1,217	,314	,847	,613	1,170
sterk	,492	1,108	,827	1,483	,405	1,134	,844	1,524
matig	,653	1,069	,800	1,428	,835	1,032	,768	1,386
weinig	,898	,982	,745	1,294	,944	,990	,748	1,310
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,452				,475			
éénpersoonshuishouden	,940	1,012	,740	1,384	,731	,946	,688	1,299
tweepersoonshuishouden	,210	1,173	,914	1,507	,342	1,131	,878	1,457
éénoudergezin	,924	,973	,549	1,725	,943	,979	,546	1,755
werkloos (rest ref.)	,206	1,788	,726	4,400	,320	1,596	,634	4,017
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,030	1,445	2,851	,151	1,297	,909	1,850
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,099	1,202	,966	1,495	,266	1,135	,908	1,418
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,010	1,390	1,081	1,787	,012	1,387	1,074	1,792
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,201				,715			
matig	,567	1,085	,820	1,437	,646	1,069	,804	1,421
veel	,074	1,204	,982	1,477	,433	1,087	,882	1,339
opleidingsniveau (hoog ref.)	,979				,682			
laag	,883	1,025	,732	1,436	,521	,893	,633	1,260
midden	,837	1,029	,786	1,347	,966	,994	,756	1,307
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	2,782	2,253	3,435
constant	,000	,002			,000	,002		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 14

Logistische regressie met gebruik van slaapmiddelen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	1,991	1,450	2,733	,000	1,925	1,399	2,650
leeftijd	,000	1,036	1,026	1,047	,000	1,032	1,022	1,043
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,453				,405			
zeer sterk	,139	1,380	,901	2,113	,185	1,339	,869	2,063
sterk	,118	1,390	,919	2,103	,088	1,442	,947	2,194
matig	,659	1,102	,717	1,693	,750	1,073	,694	1,660
weinig	,489	1,152	,772	1,720	,423	1,181	,786	1,775
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,016				,025			
éénpersoonshuishouden	,008	1,692	1,150	2,491	,017	1,605	1,087	2,371
tweepersoonshuishouden	,732	1,063	,750	1,505	,934	1,015	,714	1,443
éénoudergezin	,412	1,309	,688	2,489	,425	1,304	,680	2,499
werkloos (rest ref.)	,441	1,602	,483	5,310	,489	1,533	,458	5,134
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	7,125	4,969	10,217	,000	4,444	3,039	6,499
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,111	1,296	,942	1,782	,234	1,218	,880	1,685
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,006	1,567	1,140	2,155	,007	1,559	1,129	2,151
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,000				,003			
matig	,065	1,444	,978	2,132	,105	1,387	,934	2,061
veel	,000	1,813	1,374	2,392	,001	1,618	1,221	2,144
opleidingsniveau (hoog ref.)	,482				,514			
laag	,961	1,011	,646	1,583	,439	,835	,528	1,319
midden	,417	,860	,597	1,238	,250	,804	,555	1,166
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,088	2,352	4,056
constant	,000	,002			,000	,002		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 15

Logistische regressie met gebruik van pijn- koortswerende middelen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	1,789	1,334	2,400	,000	1,739	1,292	2,341
leeftijd	,000	1,024	1,014	1,034	,000	1,019	1,009	1,029
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,132				,179			
zeer sterk	,964	1,009	,690	1,476	,792	,949	,645	1,398
sterk	,115	,733	,498	1,079	,128	,737	,497	1,092
matig	,139	,749	,511	1,098	,085	,710	,481	1,049
weinig	,050	,698	,487	1,000	,056	,699	,484	1,008
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,220				,217			
éénpersoonshuishouden	,261	1,242	,851	1,811	,472	1,150	,785	1,685
tweepersoonshuishouden	,935	1,013	,735	1,398	,808	,960	,693	1,331
éénoudergezin	,081	1,639	,941	2,856	,074	1,673	,951	2,944
werkloos (rest ref.)	,636	,707	,168	2,969	,576	,662	,157	2,803
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	4,333	3,034	6,190	,000	2,419	1,655	3,535
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,053	1,359	,996	1,855	,166	1,251	,911	1,718
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,649	1,075	,787	1,469	,821	1,037	,755	1,424
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,216				,683			
matig	,328	1,202	,831	1,738	,445	1,157	,795	1,685
veel	,089	1,260	,965	1,644	,508	1,096	,835	1,439
opleidingsniveau (hoog ref.)	,146				,626			
laag	,063	1,532	,977	2,402	,339	1,251	,791	1,979
midden	,359	1,187	,823	1,714	,554	1,119	,771	1,626
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,723	2,850	4,864
constant	,000	,008			,000	,010		

355

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 16

Logistische regressie met gebruik van huidmiddelen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,366	1,163	,839	1,612	,377	1,159	,836	1,607
leeftijd	,250	,993	,982	1,005	,176	,992	,981	1,004
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,219				,227			
zeer sterk	,187	1,370	,858	2,188	,208	1,351	,846	2,157
sterk	,462	1,186	,753	1,866	,465	1,184	,752	1,864
matig	,310	,774	,472	1,268	,296	,768	,469	1,259
weinig	,708	1,086	,705	1,673	,695	1,090	,707	1,680
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,760				,708			
éénpersoonshuishouden	,313	,795	,509	1,242	,266	,776	,497	1,213
tweepersoonshuishouden	,683	,931	,661	1,311	,630	,919	,653	1,295
éénoudergezin	,577	,806	,379	1,717	,566	,801	,376	1,707
werkloos (rest ref.)	,372	,403	,055	2,962	,350	,386	,052	2,843
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,002	2,106	1,315	3,371	,027	1,758	1,066	2,899
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,993	,999	,715	1,395	,914	,982	,702	1,373
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,761	1,064	,715	1,581	,832	1,044	,702	1,553
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,002				,005			
matig	,362	1,235	,785	1,943	,389	1,221	,775	1,922
veel	,001	1,722	1,262	2,351	,001	1,675	1,226	2,289
opleidingsniveau (hoog ref.)	,189				,257			
laag	,457	1,215	,728	2,029	,616	1,141	,681	1,914
midden	,370	,847	,589	1,217	,336	,836	,581	1,203
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,035	1,463	1,028	2,082
constant	,000	,050			,000	,053		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 17
Logistische regressie met gebruik van maag- of darmmiddelen op recept 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,193	,806	,582	1,116	,128	,775	,558	1,076
leeftijd	,000	1,022	1,011	1,032	,002	1,017	1,007	1,028
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,199				,153			
zeer sterk	,280	1,299	,808	2,089	,401	1,227	,761	1,980
sterk	,021	1,670	1,081	2,580	,016	1,712	1,103	2,655
matig	,311	1,261	,805	1,977	,404	1,213	,771	1,910
weinig	,472	1,172	,761	1,804	,453	1,181	,764	1,826
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,118				,203			
éénpersoonshuishouden	,087	1,451	,947	2,224	,175	1,345	,876	2,066
tweepersoonshuishouden	,069	1,387	,975	1,973	,115	1,330	,933	1,897
éénoudergezin	,341	,605	,215	1,702	,326	,593	,209	1,681
werkloos (rest ref.)	,543	,538	,073	3,965	,450	,461	,062	3,439
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,588	1,669	4,013	,066	1,539	,971	2,437
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,850	,970	,706	1,332	,544	,905	,655	1,250
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,078	1,401	,964	2,036	,107	1,364	,935	1,989
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,526				,171			
matig	,877	1,032	,694	1,535	,982	,995	,666	1,488
veel	,305	,854	,631	1,155	,072	,755	,555	1,025
opleidingsniveau (hoog ref.)	,306				,717			
laag	,268	1,315	,810	2,135	,682	1,108	,678	1,811
midden	,991	,998	,683	1,458	,820	,956	,651	1,404
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,000	3,260	2,424	4,385
constant	,000	,012			,000	,013		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 18a

Logistische regressie met gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	,515	,444	,597	,000	,515	,445	,597
leeftijd	,000	1,013	1,008	1,018	,000	1,013	1,008	1,019
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,000				,000			
zeer sterk	,000	,597	,479	,743	,000	,601	,482	,749
sterk	,000	,563	,459	,691	,000	,563	,459	,691
matig	,017	,780	,636	,956	,019	,783	,639	,961
weinig	,342	,910	,748	1,106	,337	,909	,748	1,105
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,056				,060			
éénpersoonshuishouden	,943	1,007	,824	1,232	,844	1,020	,834	1,248
tweepersoonshuishouden	,016	,827	,709	,966	,021	,833	,714	,972
éénoudergezin	,997	,999	,712	1,403	1,000	1,000	,712	1,405
werkloos (rest ref.)	,794	1,083	,596	1,968	,758	1,098	,605	1,994
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,289	,862	,656	1,134	,720	,949	,713	1,263
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,894	1,010	,872	1,171	,804	1,019	,879	1,181
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,256	1,107	,929	1,318	,222	1,115	,936	1,329
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,030				,052			
matig	,269	,897	,740	1,088	,291	,901	,743	1,093
veel	,008	,829	,722	,953	,015	,842	,732	,968
opleidingsniveau (hoog ref.)	,039				,027			
laag	,727	1,045	,816	1,340	,555	1,078	,840	1,384
midden	,067	,855	,724	1,011	,077	,860	,728	1,016
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,019	,814	,685	,967
constant	,000	2,052			,000	1,997		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 18b

Logistische regressie met gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor allochtone respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,010	1,586	1,117	2,250	,012	1,568	1,104	2,228
leeftijd	,711	1,003	,989	1,016	,948	1,000	,987	1,014
urbanisatiegraad (niet/weinig stedelijk ref.)	,584				,618			
zeer sterk	,940	,981	,598	1,610	,978	,993	,605	1,631
sterk	,361	,763	,427	1,364	,414	,784	,438	1,405
matig	,496	,820	,464	1,451	,509	,825	,465	1,462
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,007				,010			
éénpersoonshuishouden	,298	,795	,516	1,225	,300	,795	,515	1,227
tweepersoonshuishouden	,010	,539	,336	,864	,014	,552	,344	,887
éénoudergezin	,004	,499	,310	,804	,005	,504	,312	,812
werkloos (rest ref.)	,983	,994	,554	1,782	,784	,921	,510	1,662
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,972	,992	,622	1,581	,410	,811	,493	1,335
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,542	1,173	,702	1,961	,608	1,144	,684	1,914
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,550	,877	,570	1,349	,393	,827	,536	1,278
opleidingsniveau (hoog ref.)	,321				,245			
laag	,327	,770	,456	1,299	,247	,733	,433	1,241
midden	,994	,998	,624	1,596	,923	,977	,610	1,565
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,023	1,460	1,054	2,024
constant	,091	,473			,095	,476		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 19

Logistische regressie met gebruik van vrij verkrijgbare pijn- en koortsmiddelen 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	1,753	1,501	2,046	,000	1,752	1,500	2,045
leeftijd	,000	,985	,980	,990	,000	,985	,979	,990
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,000				,000			
zeer sterk	,000	1,717	1,364	2,162	,000	1,708	1,357	2,151
sterk	,000	1,762	1,422	2,183	,000	1,762	1,422	2,183
matig	,047	1,244	1,003	1,544	,050	1,240	1,000	1,539
weinig	,369	1,099	,894	1,352	,366	1,100	,894	1,353
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,161				,158			
éénpersoonshuishouden	,371	,908	,736	1,121	,328	,900	,729	1,112
tweepersoonshuishouden	,269	1,095	,932	1,286	,295	1,090	,928	1,280
éénoudergezin	,243	,808	,565	1,155	,241	,807	,564	1,154
werkloos (rest ref.)	,731	,896	,480	1,672	,709	,888	,476	1,656
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,696	1,059	,794	1,413	,945	,989	,732	1,337
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,571	1,046	,896	1,220	,624	1,039	,891	1,213
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,459	1,071	,893	1,284	,498	1,065	,888	1,277
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,003				,005			
matig	,031	1,246	1,020	1,522	,034	1,241	1,016	1,516
veel	,001	1,266	1,095	1,465	,002	1,253	1,083	1,450
opleidingsniveau (hoog ref.)	,047				,039			
laag	,843	,974	,749	1,266	,718	,952	,731	1,240
midden	,059	1,183	,994	1,409	,065	1,179	,990	1,404
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,117	1,156	,964	1,385
constant	,000	,397			,000	,405		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 20

Logistische regressie met gebruik van vrij verkrijgbare middelen tegen hoest, verkoudheid, keelpijn en griep 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,001	1,783	1,262	2,518	,001	1,782	1,262	2,518
leeftijd	,005	,983	,972	,995	,005	,983	,971	,995
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,048				,048			
zeer sterk	,049	1,714	1,003	2,928	,049	1,712	1,002	2,925
sterk	,022	1,808	1,091	2,998	,022	1,809	1,091	2,999
matig	,052	1,655	,996	2,750	,052	1,654	,996	2,748
weinig	,787	1,075	,637	1,815	,786	1,075	,637	1,815
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,579				,585			
éénpersoonshuishouden	,335	1,244	,798	1,940	,341	1,241	,796	1,936
tweepersoonshuishouden	,273	1,224	,853	1,755	,276	1,222	,852	1,753
éénoudergezin	,690	,848	,378	1,902	,688	,847	,378	1,901
werkloos (rest ref.)	,300	,348	,047	2,567	,299	,347	,047	2,561
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,099	1,560	,920	2,646	,136	1,533	,875	2,685
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,791	1,049	,734	1,500	,799	1,048	,733	1,498
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,121	,713	,465	1,093	,119	,712	,464	1,092
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,014				,015			
matig	,164	,677	,390	1,173	,163	,676	,390	1,172
veel	,046	1,384	1,006	1,903	,048	1,380	1,002	1,900
opleidingsniveau (hoog ref.)	,631				,644			
laag	,349	1,316	,740	2,341	,363	1,308	,733	2,335
midden	,469	1,155	,781	1,708	,473	1,154	,780	1,706
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,852	1,039	,695	1,553
constant	,000	,037			,000	,037		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 21

Logistische regressie met gebruik van vrij verkrijgbare versterkende middelen zoals vitaminen 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,000	2,148	1,568	2,943	,000	2,147	1,567	2,942
leeftijd	,150	,992	,982	1,003	,095	,991	,981	1,002
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,000				,000			
zeer sterk	,000	2,328	1,454	3,727	,001	2,303	1,439	3,687
sterk	,010	1,838	1,156	2,922	,010	1,837	1,155	2,921
matig	,495	1,189	,723	1,958	,518	1,179	,716	1,941
weinig	,712	1,096	,675	1,778	,712	1,096	,675	1,779
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,312				,351			
éénpersoonshuishouden	,132	1,343	,915	1,972	,161	1,316	,896	1,933
tweepersoonshuishouden	,914	,982	,702	1,372	,864	,971	,694	1,358
éénoudergezin	,627	,836	,407	1,719	,618	,832	,405	1,712
werkloos (rest ref.)	,455	,577	,137	2,436	,445	,570	,135	2,407
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,498	1,203	,705	2,053	,957	1,016	,579	1,780
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,677	,936	,684	1,280	,600	,919	,671	1,259
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,014	,608	,408	,905	,011	,596	,400	,888
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,181				,234			
matig	,854	,960	,619	1,488	,799	,945	,609	1,466
veel	,099	1,281	,955	1,720	,139	1,250	,930	1,680
opleidingsniveau (hoog ref.)	,104				,069			
laag	,034	,538	,303	,953	,021	,507	,285	,902
midden	,288	,837	,603	1,162	,263	,829	,597	1,151
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,049	1,423	1,001	2,022
constant	,000	,042			,000	,044		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 22

Logistische regressie met gebruik van homeopathische middelen 14 dagen voorafgaand aan het interview (ja/nee) als afhankelijke variabele voor respondenten van 25 jaar en ouder

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
geslacht (man ref.)	,004	1,819	1,210	2,733	,004	1,818	1,210	2,731
leeftijd	,616	,997	,983	1,010	,557	,996	,983	1,010
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,587				,581			
zeer sterk	,739	,903	,497	1,642	,727	,899	,495	1,634
sterk	,365	1,277	,753	2,166	,367	1,275	,752	2,164
matig	,578	,849	,476	1,513	,569	,845	,474	1,507
weinig	,980	1,007	,592	1,712	,977	1,008	,593	1,713
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,449				,468			
éénpersoonshuishouden	,243	1,355	,813	2,258	,263	1,339	,803	2,232
tweepersoonshuishouden	,380	1,207	,793	1,837	,401	1,197	,786	1,823
éénoudergezin	,168	1,686	,803	3,544	,170	1,682	,800	3,534
werkloos (rest ref.)	,017	3,264	1,240	8,592	,018	3,230	1,227	8,506
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,263	1,453	,755	2,798	,417	1,330	,668	2,648
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,808	1,051	,705	1,566	,836	1,043	,699	1,556
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,902	1,029	,648	1,635	,927	1,022	,643	1,623
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,062				,076			
matig	,483	1,212	,708	2,075	,495	1,206	,704	2,064
veel	,019	1,565	1,076	2,276	,024	1,542	1,059	2,247
opleidingsniveau (hoog ref.)	,039				,034			
laag	,031	,474	,240	,934	,025	,459	,232	,909
midden	,024	,624	,414	,941	,023	,621	,411	,936
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,409	1,206	,773	1,880
constant	,000	,025			,000	,026		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 23
Logistische regressie met uitstrijke afgelopen 5 jaar (ja/nee) als afhankelijke variabele voor vrouwen van 30-60 jaar

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
leeftijd	,702	1,003	,986	1,021	,549	1,005	,988	1,023
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,167				,152			
zeer sterk	,718	,916	,569	1,475	,818	,945	,586	1,524
sterk	,933	1,019	,652	1,595	,863	1,040	,664	1,629
matig	,372	,822	,534	1,264	,410	,834	,542	1,284
weinig	,043	,664	,447	,986	,046	,667	,449	,992
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,175				,248			
éénpersoonshuishouden	,093	,681	,435	1,066	,141	,713	,455	1,118
tweepersoonshuishouden	,064	,736	,533	1,018	,087	,753	,544	1,042
éénoudergezin	,924	,972	,545	1,735	,995	1,002	,560	1,791
werkloos (rest ref.)	,536	,740	,286	1,918	,512	,726	,279	1,891
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,056	,607	,364	1,013	,352	,771	,446	1,332
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,736	1,055	,772	1,442	,659	1,073	,785	1,468
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,665	1,070	,789	1,451	,514	1,108	,815	1,505
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,071				,116			
matig	,376	,830	,550	1,253	,424	,845	,559	1,277
veel	,021	,714	,537	,951	,038	,737	,553	,983
opleidingsniveau (hoog ref.)	,049				,102			
laag	,018	,519	,302	,893	,045	,570	,329	,987
midden	,064	,716	,502	1,020	,084	,731	,512	1,043
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,013	,639	,448	,912
constant	,000	8,147			,000	7,347		

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Tabel 24 L
ogistische regressie met voor vrouwen ≥ 25 jaar die 2 jaar voorafgaand aan het interview
röntgenfoto's van borsten lieten maken (ja/nee) als afhankelijke variabele

	Stap 1				Stap 2			
	Sig.	OR	95,0% B.I.		Sig.	OR	95,0% B.I. for EXP(B)	
			Ondergrens	Bovengrens			Ondergrens	Bovengrens
leeftijd	,000	1,052	1,044	1,061	,000	1,052	1,044	1,061
urbanisatiegraad (niet stedelijk ref.)	,071				,068			
zeer sterk	,083	,747	,537	1,039	,079	,744	,534	1,035
sterk	,235	1,199	,889	1,618	,239	1,197	,887	1,616
matig	,823	,966	,717	1,303	,810	,964	,715	1,300
weinig	,729	,951	,718	1,262	,728	,951	,717	1,261
woonvorm (tweeoudergezin ref.)	,000				,000			
éénpersoonshuishouden	,355	1,156	,851	1,571	,367	1,152	,847	1,566
tweepersoonshuishouden	,000	2,813	2,228	3,551	,000	2,806	2,222	3,542
éénoudergezin	,391	,806	,493	1,318	,389	,806	,493	1,317
werkloos (rest ref.)	,402	1,441	,613	3,388	,400	1,444	,614	3,396
arbeidsongeschikt (rest ref.)	,000	2,538	1,633	3,945	,000	2,441	1,544	3,859
verzekeringsvorm (particulier ref.)	,017	,763	,611	,953	,016	,760	,608	,949
huisvrouw/huisman (rest ref.)	,000	1,580	1,283	1,945	,000	1,577	1,281	1,942
tekorten in sociale steun (geen ref.)	,040				,044			
matig	,103	,781	,581	1,051	,099	,779	,579	1,048
veel	,169	1,155	,941	1,419	,193	1,147	,933	1,411
opleidingsniveau (hoog ref.)	,012				,011			
laag	,282	,821	,573	1,176	,257	,811	,565	1,165
midden	,170	1,204	,923	1,570	,180	1,200	,920	1,565
gezondheidsbeleving (goed ref.)					,536	1,080	,847	1,377
constant	,000	,026			,000	,026		

365

Variabelen toegevoegd: geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, woonvorm, werkloos, arbeidsongeschikt, huisvrouw/huisman, verzekeringsvorm, sociale tekorten en opleidingsniveau (in stap 2 gezondheidsbeleving (goed versus matig/slecht))

Bijlage III, Tabellen bij hoofdstuk 6 Leefstijl

Tabel 1

Determinanten van roken onder respondenten van 25 jaar en ouder, percentages en resultaten van univariate (niet-gecorrigeerde) en multivariate (gecorrigeerde) logistische regressie (odds ratio's)

Roken	%	OR univariaat	OR multivariaat
leeftijd			0,000
geslacht			0,000
opleiding		0,000	0,000
laag	29,4	1,22*	2,15*
midden	32,4	1,40*	1,52*
hoog	25,5	1,00	1,00
verzekering		0,000	0,330
ziekenfonds	32,2	1,29*	1,09
particulier	26,9	1,00	1,00
woonvorm		0,000	0,021
éénpersoonshuishouden	32,1	1,03	1,36*
tweepersoonshuishouden	26,9	0,80	1,10
éénoudergezin	42,0	1,58*	1,49*
tweeoudergezin	31,5	1,00	1,00
sociale steun		0,000	0,040
geen tekort	27,9	1,00	1,00
matig tekort	31,8	1,20	1,06
veel tekort	33,9	1,33*	1,22*
stedelijkheid		0,000	0,062
zeer sterkt stedelijk	32,7	1,41*	1,28
sterk stedelijk	33,6	1,47*	1,42*
matig stedelijk	30,7	1,28*	1,18
weinig stedelijk	29,7	1,22*	1,23
niet stedelijk	25,7	1,00	1,00
arbeidsstatus		0,000	0,074
werkloos	47,9	1,67*	0,70
arbeidsongeschikt	43,8	1,41*	1,23
gepensioneerd	20,5	0,47*	0,87
betaald werk	35,5	1,00	1,00
scholier / student	44,2	1,44	1,49
huisvrouw/ -man	22,1	0,52*	0,77*

* statistisch significante odds ratio (95%-betrouwbaarheidsinterval van odds ratio bevat niet de waarde 1)

Tabel 2

Determinanten van overmatig alcoholgebruik onder respondenten van 25 jaar en ouder, percentages en resultaten van univariate (niet-gecorrigeerde) en multivariate (gecorrigeerde) logistische regressie (odds ratio's)

Overmatig alcoholgebruik	mannen			vrouwen		
	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat
leeftijd			0,309			0,695
opleiding		0,079	0,183		0,000	0,212
laag	9,9	0,84	0,81	3,5	0,30*	0,56
midden	13,2	1,17	1,31	6,2	0,55*	0,75
hoog	11,6	1,00	1,0	10,7	1,00	1,00
verzekering		0,346	0,090		0,001	0,145
ziekenfonds	12,8	1,10	1,36	5,9	0,68*	0,76
particulier	11,8	1,00	1,00	8,5	1,00	1,00
woonvorm		0,159	0,079		0,027	0,042
éénpersoonshuishouden	14,3	1,24	1,56	6,1	1,06	0,96
tweepersoonshuishouden	11,7	0,98	1,47*	8,1	1,43*	1,61*
éénoudergezin	17,9	1,61	2,26	5,2	0,88	0,87
tweeoudergezin	11,9	1,00	1,00	5,8	1,00	1,00
sociale steun		0,683	0,461		0,878	0,958
geen tekort	12,7	1,00	1,00	7,0	1,00	1,00
matig tekort	11,8	0,92	0,73	6,4	0,92	0,93
veel tekort	13,7	1,10	0,95	7,2	1,04	0,97
stedelijkheid		0,003	0,033		0,00	0,997
zeer sterkt stedelijk	13,9	1,57*	1,44	7,2	1,43	0,95
sterk stedelijk	15,5	1,78*	2,18*	9,7	1,97*	1,06
matig stedelijk	10,7	1,16	1,38	6,3	1,23	1,00
weinig stedelijk	12,7	1,41*	1,75*	5,3	1,02	1,01
niet stedelijk	9,4	1,00	1,00	5,2	1,00	1,00
arbeidsstatus		0,000	0,331		0,000	0,246
werkloos	20,0	1,56	2,19	10,4	1,25	0,53
arbeidsongeschikt	17,2	1,30	1,11	7,1	0,83	0,76
gepensioneerd	7,7	0,52*	0,61	4,1	0,45*	0,69
betaald werk	13,8	1,00	1,00	8,5	1,00	1,00
scholier / student	9,1	0,62	0,03	15,6	1,99	3,08
huisvrouw/ -man	7,1	0,48	0,84	5,2	0,59*	0,64

* statistisch significante odds ratio (95%-betrouwbaarheidsinterval van odds ratio bevat niet de waarde 1)

Tabel 3

Determinanten van drugsgebruik onder respondenten van 25 jaar en ouder, percentages en resultaten van univariate (niet-gecorrigeerde) en multivariate (gecorrigeerde) logistische regressie (odds ratio's)

Actueel drugsgebruik	Soft drugs			Hard drugs		
	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat
leeftijd			0,000			0,063
geslacht			0,001			0,919
opleiding		0,117	0,732		0,688	0,874
laag	1,0	0,57	0,54	0,1	0,49	∞
midden	1,1	0,68	0,76	0,2	1,19	∞
hoog	1,7	1,00	1,00	0,2	1,00	1,00
verzekering		0,013	0,951		0,655	0,962
ziekenfonds	1,4	1,76*	0,97	0,2	1,30	∞
particulier	0,8	1,00	1,00	0,1	1,00	1,00
woonvorm		0,000	0,004		0,162	0,821
éénpersoonshuishouden	2,2	2,30*	6,30*	0,4	3,52	5,30
tweepersoonshuishouden	0,9	0,91	3,23*	0,1	1,10	0,00
éénoudergezin	2,7	2,80*	8,55*	0	0,01	0,00
tweeoudergezin	1,0	1,00	1,00	0,1	1,00	1,00
sociale steun		0,082	0,483		0,556	0,997
geen tekort	0,8	1,00	1,00	0,1	1,00	1,00
matig tekort	0,6	0,81	0,62	0	0,00	6,0
veel tekort	1,5	1,85	1,31	0,2	2,50	∞
stedelijkheid		0,000	0,291		0,263	0,995
zeer sterkt stedelijk	2,6	6,31*	2,27	0,5	∞	∞
sterk stedelijk	1,9	4,58*	1,15	0,4	∞	∞
matig stedelijk	0,8	1,91	0,47	0	1,00	56,32
weinig stedelijk	0,8	2,01	1,61	0	∞	9,69
niet stedelijk	0,4	1,00	1,00	0	1,00	1,00
arbeidsstatus		0,000	0,629		0,875	0,989
werkloos	7,6	2,87*	0,00	0,8	3,49	0,02
arbeidsongeschikt	2,9	1,76*	2,84	0,4	1,59	182,57
gepensioneerd	0,1	0,08*	1,03	0	0,00	2,90
betaald werk	1,7	1,00	1,00	0,2	1,00	1,00
scholier / student	4,7	2,90	0,00	0	0,00	0,07
huisvrouw/ -man	0,2	0,12*	0,00	0	0,00	15,52

* statistisch significante odds ratio (95%-betrouwbaarheidsinterval van odds ratio bevat niet de waarde 1)

Tabel 4
Determinanten van voedingspatroon onder respondenten van 25 jaar en ouder, percentages
en resultaten van multivariate (gecorrigeerde) logistische regressie (odds ratio's)

Voedingspatroon	Niet elke dag ontbijten		Niet elke dag warme maaltijd		Wit brood		Bakken in verzadigd vet		Minstens 1× per week patat		Niet elke dag groenten		Minder dan 2 stuks fruit per dag	
	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
leeftijd		0,000		0,007		0,021		0,001		0,000		0,000		0,413
geslacht		0,000		0,094		0,000		0,003		0,000		0,609		0,000
opleiding		0,000		0,094		0,000		0,000		0,000		0,220		0,000
laag	17,5	2,59*	9,1	1,71*	14,0	4,13*	56,9	2,06*	27,8	2,09*	48,9	1,01	82,9	1,85*
midden	21,3	1,41*	8,4	1,33	11,9	3,41*	48,2	1,48*	41,5	1,79*	62,9	1,14	80,7	1,46*
hoog	19,0	1,00	8,8	1,00	3,9	1,00	34,0	1,00	29,1	1,00	66,5	1,00	75,3	1,00
verzekering		0,171		0,189		0,078		0,000		0,007		0,153		0,592
ziekenfonds	21,6	1,15	9,0	0,82	12,2	1,27	49,9	1,39*	39,0	1,27*	60,5	0,89	80,2	1,05
particulier	17,5	1,00	7,9	1,00	7,2	1,00	39,7	1,00	31,9	1,00	63,6	1,00	79,3	1,00
woonvorm		0,001		0,00		0,546		0,000		0,000		0,007		0,023
Éénpersoonshuishouden	18,8	1,59*	17,9	4,82*	10,6	0,95	44,3	0,68*	16,2	0,30*	60,1	1,35*	79,9	0,92
tweepersoonshuishouden	17,3	1,27*	6,2	1,54*	9,1	0,83	44,4	0,65*	27,9	0,49*	55,9	0,95	78,3	0,76*
éénoudergezin	27,8	1,70*	12,4	2,21*	11,8	0,87	45,1	0,87	34,9	0,59*	60,0	0,92	81,7	1,12
tweeoudergezin	22,4	1,00	6,6	1,00	11,3	1,00	49,6	1,00	54,2	1,00	67,8	1,00	81,4	1,00
sociale steun		0,887		0,259										
geen tekort	17,9	1,00	6,2	1,00										
matig tekort	22,1	1,05	6,9	1,17										
veel tekort	22,8	1,04	8,3	1,13										
stedelijkheid		0,019		0,002		0,008		0,217		0,000		0,000		0,011
zeer sterkt stedelijk	23,9	1,52*	13,1	2,13*	13,3	1,89*	41,2	1,00	26,2	0,57*	59,4	1,38*	82,8	1,24
sterk stedelijk	22,2	1,48*	11,2	1,68*	11,3	1,67*	43,9	1,04	30,8	0,63*	65,9	1,74*	76,8	0,78
matig stedelijk	17,9	1,10	8,9	1,29	9,0	1,17	45,4	0,99	39,6	0,88	64,8	1,62*	80,8	0,99
weinig stedelijk	21,2	1,25	5,8	1,06	10,9	1,46*	50,6	1,20	40,3	0,90	62,4	1,48*	78,7	0,85
niet stedelijk	16,1	1,00	5,5	1,00	8,1	1,00	49,0	1,00	43,6	1,00	53,9	1,00	81,2	1,00
arbeidsstatus		0,014		0,013		0,215		0,041		0,133		0,103		0,199
werkloos	33,6	0,81	10,9	0,47	16,4	1,06	48,5	1,36	44,1	1,33	64,7	0,73	73,5	0,52*
arbeidsongeschikt	26,5	0,91	12,1	0,98	17,8	1,63*	42,6	0,82	38,0	1,06	57,0	0,76	79,5	0,89
gepensioneerd	6,7	0,51*	7,5	0,79	10,1	1,31	50,7	0,92	15,7	0,69*	47,9	1,02	82,5	1,12
betaald werk	27,5	1,00	9,4	1,00	10,4	1,00	43,2	1,00	45,9	1,00	70,2	1,00	80,8	1,00
scholier / student	18,6	0,52	9,3	0,26	14,3	1,58	30,0	0,64	47,6	1,12	71,4	0,69	81,0	2,36
huisvrouw/ -man	12,5	0,73*	6,4	0,45*	8,8	1,37	52,6	1,25*	32,9	0,86	55,5	0,80*	75,3	0,97

* statistisch significante odds ratio (95%-betrouwbaarheidsinterval van odds ratio bevat niet de waarde 1)

Tabel 5

Determinanten van lichaamsbeweging onder respondenten van 25 jaar en ouder, percentages en resultaten van univariate (niet-gecorrigeerde) en multivariate (gecorrigeerde) logistische regressie (odds ratio's)

Lichaamsbeweging	Onvoldoende beweging			Onvoldoende beweging (zelfrapportage)		
	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat
leeftijd			0,000			0,000
geslacht			0,000			0,425
opleiding		0,904	0,000		0,000	0,006
laag	48,1	0,97	2,09*	53,5	1,69*	1,23
midden	49,1	1,01	1,24*	39,6	0,96	0,90
hoog	48,9	1,00	1,00	40,5	1,00	1,00
verzekering		0,722	0,002		0,211	0,030
ziekenfonds	48,7	0,98	0,79*	41,5	0,95	0,85*
particulier	49,3	1,00	1,00	42,9	1,00	1,00
woonvorm		0,000	0,000		0,000	0,002
éénpersoonshuishouden	49,1	0,79*	1,18	51,5	1,64*	1,31*
tweepersoonshuishouden	40,7	0,56*	0,79*	39,9	1,02	0,92
éénoudergezin	61,1	1,28	1,35	42,0	1,12	0,77
tweeoudergezin	55,1	1,00	1,00	39,3	1,00	1,00
sociale steun					0,123	0,247
geen tekort				43,0	1,00	1,00
matig tekort				44,8	1,08	1,13
veel tekort				46,3	1,14*	1,11
stedelijkheid		0,307	0,608		0,000	0,310
zeer sterk stedelijk	50,4	1,13	1,01	48,7	1,55*	1,16
sterk stedelijk	51,7	1,19	1,12	44,7	1,32*	1,25*
matig stedelijk	48,3	1,04	0,97	39,5	1,07	1,09
weinig stedelijk	47,7	1,01	0,96	40,6	1,12	1,16
niet stedelijk	47,4	1,00	1,00	37,9	1,00	1,00
arbeidsstatus		0,000	0,000		0,000	0,035
werkloos	63,2	1,28	0,91	45,4	1,23	0,99
arbeidsongeschikt	54,3	0,88	0,94	50,3	1,49*	0,96
gepensioneerd	32,1	0,35*	0,54*	44,4	1,18*	0,66*
betaald werk	57,4	1,00	1,00	40,4	1,00	1,00
scholier / student	42,9	0,56	0,41	32,6	0,71	0,72
huisvrouw/ -man	41,7	0,53*	0,52*	41,1	1,03	0,81*

1* statistisch significante odds ratio (95%-betrouwbaarheidsinterval van odds ratio bevat niet de waarde 1)

Tabel 6

Determinanten van overgewicht en obesitas onder respondenten van 25 jaar en ouder, percentages en resultaten van univariate (niet-gecorrigeerde) en multivariate (gecorrigeerde) logistische regressie (odds ratio's)

	Overgewicht			Obesitas		
	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat	%	OR uni- variaat	OR multi- variaat
leeftijd			0.000			0.702
geslacht			0.000			0.093
opleiding		0.000	0.000		0.000	0.000
laag	60.3	2.40*	2.27*	19.0	3.80*	3.89*
midden	50.1	1.59*	1.69*	11.6	2.13*	2.36*
hoog	38.8	1.00	1.00	5.8	1.00	1.00
verzekering		0.006	0.567		0.000	0.103
ziekenfonds	50.2	1.13*	1.05	13.0	1.62*	1.24
particulier	47.1	1.00	1.00	8.5	1.00	1.00
woonvorm		0.000	0.004		0.289	0.648
éénpersoonshuishouden	44.6	0.89	0.72*	11.4	1.07	1.10
tweepersoonshuishouden	53.1	1.26*	1.02	12.1	1.14	1.19
éénoudergezin	45.9	0.94	1.18	13.1	1.26	1.13
tweeoudergezin	47.4	1.00	1.00	10.8	1.00	1.00
sociale steun		0.055	0.669		0.963	0.977
geen tekort	49.7	1.00	1.00	11.3	1.00	1.00
matig tekort	48.3	0.95	0.98	10.9	0.96	0.98
veel tekort	45.8	0.85*	0.94	11.3	1.00	0.98
stedelijkheid		0.011	0.943		0.328	0.017
zeer sterkt stedelijk	47.1	0.87	1.01	11.5	1.14	1.49*
sterk stedelijk	46.0	0.84*	1.01	11.7	1.16	1.84*
matig stedelijk	49.9	0.98	1.07	11.1	1.09	1.56*
weinig stedelijk	50.9	1.02	1.07	12.4	1.24*	1.49*
niet stedelijk	50.5	1.00	1.00	10.2	1.00	1.00
arbeidsstatus		0.000	0.006		0.000	0.052
werkloos	48.7	1.16	1.72	11.3	1.20	0.66
arbeidsongeschikt	59.4	1.79*	1.61*	17.4	1.98*	1.59*
gepensioneerd	56.6	1.61*	0.90	11.2	1.19	0.85
betaald werk	45.0	1.00	1.00	9.6	1.00	1.00
scholier / student	34.9	0.66	0.78	4.7	0.46	0.62
huisvrouw/ -man	50.1	1.23*	1.14	14.8	1.63*	1.22

* statistisch significante odds ratio (95%-betrouwbaarheidsinterval van odds ratio bevat niet de waarde 1)

