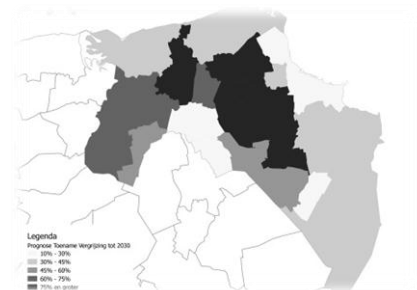
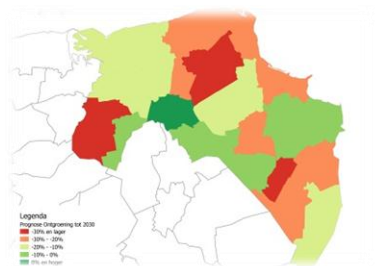
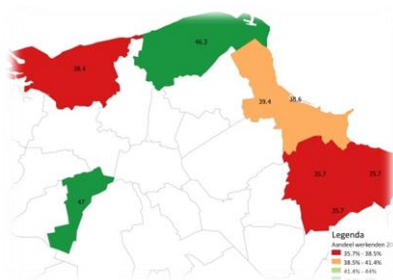


Sociaal Economische Polarizatie tussen verschillende krimpgemeenten in Noord Nederland



Jeroen Drewes

1766821

Begeleider: dr. F. Janssen

Bachelor scriptie Sociale Geografie en Planologie

04-06-2012

Samenvatting

In de wetenschappelijke literatuur is er veel geschreven over de relatie tussen SES-indicatoren en gezondheid. Vanuit het RIVM onderzoek 'Gezondheid in Krimpregio's' is een vraag ontstaan naar de relatie tussen krimp, gezondheid, en sociaaleconomisch status. Door middel van de volgende hoofdvraag: *In hoeverre is er sprake van sociaaleconomische polarisatie tussen de verschillende krimpregio's in Noord Nederland (De Marne, Oost Groningen, Eemsdelta) en heeft dit een effect op de gezondheid in deze regio's?* wordt er getracht inzicht te verwerven in deze complexe relatie. Door de grote ruimtelijke component is gekozen voor een methode waarin de beschikbare data duidelijk en helder gepresenteerd kan worden. Door middel van excel analyse wordt de verkregen data geanalyseerd. Tevens zal door middel van een X^2 – test gekeken worden of er een verband is te vinden tussen de ervaren gezondheid, het opleidingsniveau en de arbeidsparticipatie.

Zo blijkt dat er in de onderzochte regio's vrijwel geen sprake is van polarisatie, in sommige gevallen is er zelfs depolarisatie. Er is in ieder geval geen eenduidig beeld te zien. De gezondheid blijkt gemiddeld wel achteruit te zijn gegaan. Maar in hoeverre dit aan elkaar te koppelen is valt nog te bezien.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Opbouw	7
2. Theoretisch Kader	8
2.1 Demografische processen in Nederlandse bevolking	8
2.2 Sociaal economische status, mobiliteit en krimp	9
2.3 Sociaal economische status en gezondheid	9
2.4 Sociaal economische polarisatie en gezondheid	10
2.5 Conceptueel model.....	11
3. Methodologie.....	12
3.1 Onderzoeksmethode	12
3.1.1 Dataverzameling.....	12
3.1.2 Dataverwerking	13
3.2 Operationalisatie	14
3.3 Data handling.....	15
3.3.1 Aggregeren	15
3.3.2. Standaardisatie.....	15
3.3 Data kwaliteit.....	16
3.4 Ethische vraagstukken	16
4. Resultaten	17
4.1 Krimpde regio's?	17
4.1.1 Huishoudens of personen?.....	17
4.2 Sociaal economische polarisatie.....	19
4.2.1 Opleidingsniveau	19
4.2.2 Arbeidsparticipatie	22
4.2.3 Resultaten	24
4.3 Krimp en achteruitgang van de gezondheid	25
Conclusies	28
Literatuurlijst.....	29
Bijlagen.....	30
Enquête 2010.....	30
Enquete 2002.....	33
Brief data aanvraagd GGD Groningen	35

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De afgelopen jaren wordt het thema krimp, zeker in Noord Nederland, een zogenoemd hot topic. Dat er sprake is van krimp in sommige regio's van Nederland moge duidelijk zijn, maar hoe gaan we hier mee om? Hoeveel weten we eigenlijk over krimp? Hoe is het bijvoorbeeld gesteld met het welzijn in krimpregio's? Om dit soort thema's te onderzoeken heeft het RIVM een onderzoek laten uitvoeren over gezondheid in krimpregio's. Dit rapport geeft aan dat gezondheid in krimpregio's vergeleken met de rest van Nederland lager is. Naast dat dit onderzoek antwoord geeft op een aantal vragen roept het ook een aantal vragen op natuurlijk.

Naar aanleiding van een rapport van het RIVM zijn er een aantal vragen naar boven komen borrelen. Één van deze vragen is of er sprake kan zijn van sociaaleconomische polarisatie tussen regio's. Er is gekozen voor een aanpak waarbij de krimpregio's, die door het RIVM erkend zijn in Noord Nederland, verder onder te splitsen. Er zal gekeken worden of er inderdaad sprak is van sociaaleconomische polarisatie tussen deze gebieden. Tevens zal gezondheid, demografische trends, en de analyse van een aantal Sociaal Economische Status-indicatoren centraal staan.

1.2 Probleemstelling

Het doel van mijn onderzoek is om inzicht te krijgen in de vraag of er sprake is van sociaaleconomische polarisatie tussen de verschillende krimpregio's onderling. De geanalyseerde krimpregio's zijn De Marne, Oldambt (Oost Groningen) en de Eemdelta. Om dit te kunnen doen zal ik op gemeenteniveau naar een tweetal sociaal economische indicatoren kijken, namelijk: opleidingsniveau en hoogte van het inkomen. Hieronder staan de hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen die in deze scriptie aan bod zullen komen.

Hoofdvraag:

In hoeverre is er sprake van sociaaleconomische polarisatie tussen de verschillende krimpregio's in Noord Nederland (De Marne, Oldambt, Eemdelta) van 2002 tot 2010, en heeft dit een effect op de gezondheid in deze regio's?

In welke mate en op welke manier krimpen de krimpregio's? (Afname van bevolking? Samenstelling van de bevolking?)

In hoeverre is er sprake van sociaaleconomische polarisatie tussen de verschillende krimpregio's?

Is er sprake van een achteruitgang van de gezondheid in de regio's?

Is dit in verband te brengen met een eventuele sociaaleconomische polarisatie?

1.3 Opbouw

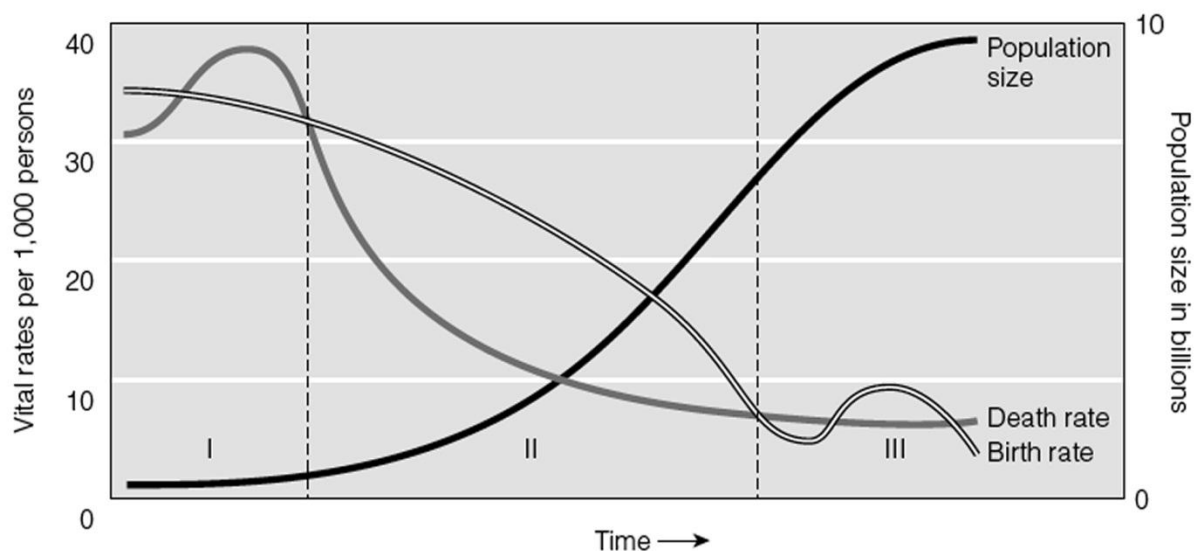
De thesis is als volgt opgebouwd:

In het 2^e hoofdstuk is het *Theoretisch kader* te vinden. Hier worden enkele relevante theorieën en concepten uitgelegd. De theorieën en concepten die hier behandeld worden zullen later in hoofdstuk 4 (Resultaten) wederom aan bod komen als gepoogd wordt een antwoord te geven op de verschillende deelvragen en op de uiteindelijk de hoofdvraag. Na het theoretisch kader staat hoofdstuk 3, *Methodologie*. Hier wordt uitgelegd welke dataverzamelingstechnieken er gebruikt zijn en uit welke databronnen informatie geput is. Hierna komt hoofdstuk 4, Resultaten. Hier vindt de analyse plaats van de beschikbare data en hier worden er parallellen getrokken met bevindingen in de wetenschappelijke literatuur. Hierna zullen in hoofdstuk 5 conclusies worden getrokken, samengevat en aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Vervolgens zal de scriptie afgesloten worden met een literatuurlijst en een aantal bijlagen.

2. Theoretisch Kader

2.1 Demografische processen in Nederlandse bevolking

In de samenstelling van de moderne Nederlandse samenleving zijn een aantal processen gaande. Veel van deze demografische processen zijn te plaatsen in de ruimere context van de Demografische Transitie. Deze theorie stelt dat er een transitie plaatsvindt van een situatie van demografische stabiliteit naar een andere situatie van lage geboorte- en sterftcijfers. Volgens de theorie ontwikkelen samenlevingen zich in een aantal fasen, waarbij elke fase wordt gekenmerkt door bepaalde vruchtbaarheids- en sterftcijfers en bepaalde niveaus van sociale ontwikkeling en technologie (Thompson, 1929). Tegelijkertijd vindt binnen de demografische transitie een verschuiving plaats die in sommige delen van de literatuur de Age Transition wordt genoemd (Weeks, 2005). In deze transitie vinden een aantal processen plaats die parallel lopen. Mensen zijn gemiddeld genomen gezonder en blijven dus ook langer leven. Dit houdt in dat er relatief gezien meer senioren in de samenleving aanwezig zullen zijn. Tegelijkertijd neemt de vruchtbaarheid van de bevolking ook af. Dit is te verklaren uit de ontwikkeling van contraceptie, de veranderende rol van de vrouw in de samenleving en de seksuele revolutie (Lesthaeghe and Neels, 2002). Dit alles zorgt voor een vergrijzende samenleving (Weeks, 2005).



Figuur 1 - Demografische Transitie (Bron: Weeks, 2005)

Deze vergrijzende samenleving is ook in Nederland aan de orde, net als vrijwel overal in Europa. Nederland behoort echter niet tot de top van de meest vergrijzde landen van Europa. De ontgroening is inmiddels redelijk stabiel geworden, het percentage jongeren zal misschien nog licht dalen maar blijft min of meer constant. De combinatie van deze factoren zorgt er wel voor dat de potentiële beroepsbevolking afneemt (van der Laan et al., 2007).

In Europa zal een brede afname van de bevolking te zien zijn tot minimaal 2050. Nederland is als land niet enorm gevoelig voor krimp, onze vruchtbaarheid is nog relatief hoog (Rynning, 2008) . Op regionale schaal zal de krimp in Nederland wel gemerkt worden. Dit is in het onderzoeksgebied het geval.

2.2 Sociaal economische status, mobiliteit en krimp

Op basis van de literatuur mogen we een aantal dingen verwachten. Zo is te verwachten dat hoger opgeleiden (dus met een hogere sociaal economische status) een hogere mobiliteit hebben en dus eerder zullen verhuizen uit krimpregio's (Verweij and van der Lucht, 2011). Dit zal leiden tot een verdergaande polarisatie, aangezien er relatief steeds meer mensen zullen zijn met minder dan gemiddeld inkomen/opleidingsniveau in een krimpregio. Hierdoor zullen mensen met een sociaaleconomisch hogere status hier ook niet naartoe trekken. Er zal hier dus een backwash effect optreden, de krimp regio's worden hier benadeeld ten opzichte van andere regio's die het beter doen.

Connolly et al. stelt dat selectieve migratie een sterke rol kan spelen in de gezondheid tussen regio's. Hier moet wel een kanttekening bij geplaatst worden, want deze relatie is door hen onderzocht op een schaalniveau van groepen van 5000 mensen. Het is niet duidelijk of deze relatie ook standhoudt op een hoger schaalniveau. Andere research lijkt te suggereren dat de toenemende gezondheidsverschillen tussen steden en hun hinterlands ook grotendeels afhankelijk kunnen zijn van selectieve migratie (O'Reilly et al.,2001). Om hier uitsluitsel over te kunnen geven is meer research nodig.

2.3 Sociaal economische status en gezondheid

Bekend is dat mensen met een hogere sociale status over het algemeen een betere gezondheid hebben(Jankovic, 2009)(Binswanger, 2010). De meningen waaraan dit verschil zou liggen verschillen. Een hoger opleidingsniveau kan een meer proactieve houding aangeven ten opzichte van de eigen gezondheid (Or. Z, 2008). Over het algemeen is te zeggen dat mensen met een lagere sociaaleconomische status meer gebruik maken van de huisarts en andere algemene zorg. Hier tegenover staat dat zij minder toegang hebben tot specialistische zorg(Jankovic, 2009). Tevens zijn zij zich weinig bewust van preventieve maatregelen (Breen, 1996). Dit zou deels het gezondheidsverschil kunnen verklaren.

Ook de richting van de relatie tussen sociaal economische status en gezondheid staat ter discussie. Er zijn verschillende argumentaties: 'While many possible explanations have been considered, they can be summarized in three main categories: better health is caused by higher SES; higher SES causes better health; or a third factor causes both variables to be correlated.' (Binswanger and Carman,

2010). De causale relatie lijkt van sociaal economische status naar gezondheid te gaan. Deze relatie lijkt vooral belangrijk te zijn tijdens de kinderjaren. Een hoger inkomen van de ouders kan leiden tot een langdurig positief effect op de gezondheid. Een verandering van de sociaal economische status later in het leven van een persoon lijkt minder invloed te hebben op gezondheid. Een mogelijke verklaring kan gevonden worden in de hogere opleiding die mensen met een hogere status genieten. Dit zorgt voor betere voorlichting, gezondere keuzes en meer gebruik van medische zorg (Binswanger and Carman, 2010).

Hiernaast blijkt dat er wel degelijk een relatie bestaat tussen gezondheid en de hoogte van verschillende SES-indicatoren. Gebeurtenissen die de gezondheid veranderen, hebben ook een grote invloed op werk en inkomen. Verder blijkt dat niet zo zeer de hoge kosten van behandeling een probleem vormen, maar eerder het gebrek aan inkomen en werk (Smith, 2004).

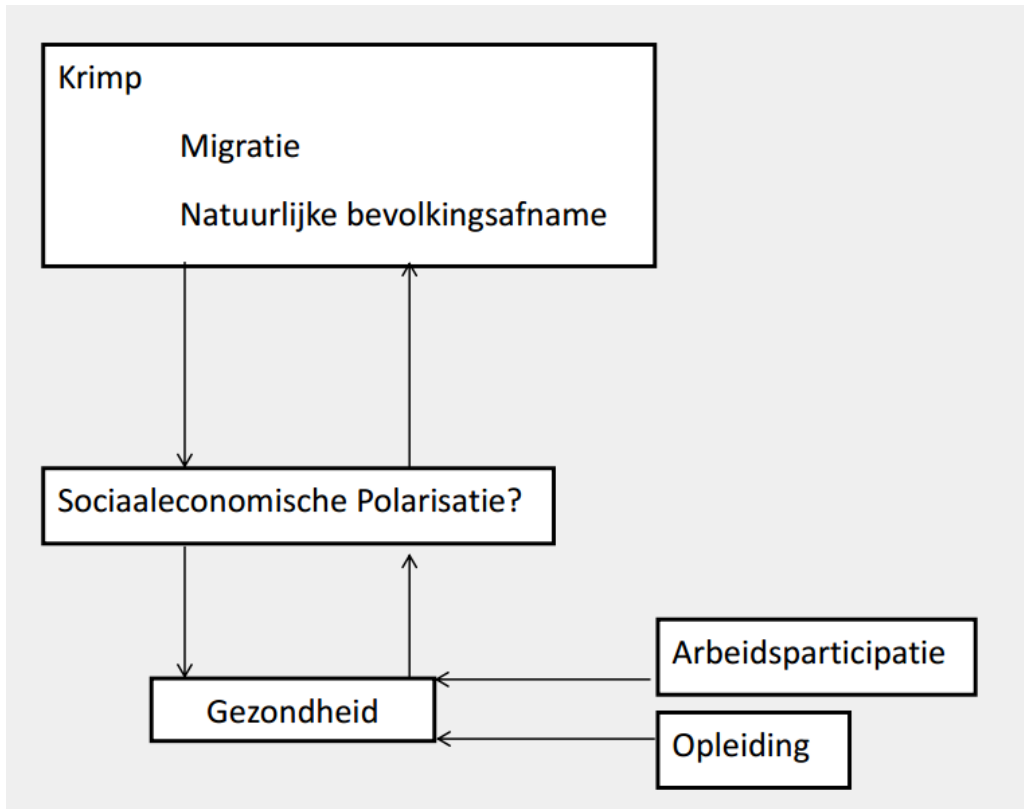
Er zijn verschillende studies geweest die er op wijzen dat de hoogte van de sociaal economische status een sterke indicator is voor de mate van gezondheid (Smith, 2004). Vooral opleiding lijkt een enorme invloed te hebben op gezondheid. Waar dit aan ligt moet echter nog verder uitgezocht worden. Het is mogelijk dat opleiding slechts een indicatie is voor persoonskenmerken, mensen die een hogere opleidingen genieten of hebben genoten zijn over het algemeen in staat tot het maken van betere keuzes. Op deze manier maken zij dus slimmere keuzes die hun gezondheid positief kunnen beïnvloeden. Opleiding kan ook een directere relatie met gezondheid hebben, (Smith, 2004): 'But education may also help train people in decision-making, problem solving, adaptive skills, and forward-looking behavior, all of which have fairly direct applications to a healthier life. Education may well have biological effects on the brain, which result in improved cognitive function and problem-solving ability, some of which may impart benefits to choices made regarding one's health.'

2.4 Sociaal economische polarisatie en gezondheid

In het algemeen is te zeggen dat er sprake is van een groter wordende kloof tussen rijk en arm. Dit is nationaal en internationaal het geval. Williams en Collins stellen dat een toename in economische ongelijkheid de grootste factor is van groter wordende verschillen in gezondheid. In de VS, een schoolvoorbeeld van een grote kloof tussen arm en rijk, is tussen 1970 en 1980 sprake van een toename van de lage inkomensklasse. Tevens is het voor de mensen die al in de lage inkomensklasse zaten moeilijker geworden om vanuit deze klasse op te klimmen naar een hogere klasse (Duncan, Smeeding and Rodgers, 1993). Ook in Europa is de inkomensongelijkheid toegenomen, dit is samengegaan met een groter verschil in het sterftcijfer. Tevens blijkt dat groepen met een hogere SES een sneller afnemend sterftcijfer hebben en groepen met een lagere SES een minder snel afnemend sterftcijfer (Mackenbach, Stronks and Kunst, 1989).

2.5 Conceptueel model

Op basis van het voorgaande is het volgende conceptueel model gemaakt. In dit model worden de (verwachte) onderlinge relaties weergegeven.



Figuur 2 - Conceptueel model

Hypotheses:

- Arbeidsparticipatie en opleidingsniveau hebben invloed op de gezondheid
- Door verdergaande sociaal-economische polarisatie zal er sprake zijn van een afnemende gezondheid
- Sociaal economische polarisatie zal versterkt worden door afnemende gezondheid

3. Methodologie

3.1 Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn verschillende gegevens nodig. Deze gegevens zijn uitsluitend kwantitatief van aard. De keuze voor het gebruik van kwantitatieve data is gemaakt omdat de onderzoeksvragen antwoord proberen te geven op een vraag over een groot gebied en over algemene fenomenen. Als het specifieke cases zou betreffen dan was een meer kwalitatieve methode een optie geweest, maar dat is in dit geval niet aan de orde.

Er zal vanaf nu verder in deze scriptie gesproken worden over krimpregio's), hiermee worden, zoals eerder al vermeld, de volgende gemeentes bedoeld: De Marne, Oldambt, Eemmond, Appingedam, en Delfzijl. De reden voor deze opsplitsing is dat de gebieden zo onderling beter te vergelijken zijn. Deze gemeentes zullen onderling vergeleken worden, maar tegelijkertijd ook met een gemeente die niet als 'krimgebied' bestempeld wordt, namelijk de gemeente Leek, om een goed beeld van de stand van zaken te krijgen.

3.1.1 Dataverzameling

Het onderzoek heeft een kwantitatieve inslag. Om tot zo volledig mogelijke antwoorden op de deelvragen en de hoofdvraag te komen, zijn er verschillende databronnen geraadpleegd. Hieronder worden de verschillende bronnen weergegeven. Tevens wordt het proces van dataverzameling toegelicht en de keuze voor de databronnen verantwoord.

3.1.1.1 Bronnen

<i>Benodigde Data</i>	<i>Jaren</i>	<i>Herkomst</i>	<i>Beantwoord deelvraag</i>
Krimpdata	2002-2010	CBS	Deelvraag 1
Sociaal-economische indicatoren data krimpregio's	2002-2010	GGD Groningen	Deelvraag 2
Gezondheidsdata krimpregio's	2002-2010	GGD Groningen	Deelvraag 3

Tabel 1 - Benodigde databronnen

Voor deelvraag 1 zijn recente cijfers nodig over krimp en groei in de provincie Groningen, specifiek over de gemeentes die onderzocht worden. Het GBA van gemeentes heeft hierover uiteraard de meest actuele gegevens, maar ook het CBS heeft een zeer complete dataset. Door middel van zorgvuldige gegevensextractie van STATLINE (de database van het CBS) zijn er gedetailleerde gegevens te verkrijgen over bevolkingsgroei en krimp.

Voor deelvraag 2 is er praktisch alleen data nodig van de GGD Groningen. De GGD Groningen voert elke 4 jaar een gezondheidsenquête uit, waarin de bevolking van de provincie Groningen ondervraagd wordt over verschillende aspecten van gezondheid. "De gezondheidsenquête voeren wij iedere 4 jaar uit. Inwoners vanaf 19 jaar beantwoorden vragen over bijvoorbeeld voeding, beweging, alcohol en roken. In 2010 hebben wij de laatste gezondheidsenquête uitgevoerd. In april 2010 zijn vragenlijsten verstuurd naar ongeveer 9.000 inwoners van de provincie Groningen. Dit heeft een respons van ongeveer 4.500 opgeleverd." (GGD, 2010)

Het leeuwendeel van de vragen in de gezondheidsenquête gaat over de staat van de gezondheid van de ondervraagden. Er worden echter ook vragen gesteld over de sociaal economische status van de ondervraagden, op deze manier is informatie verkregen hun opleidingsniveau. Tevens wordt er een inzicht verkregen in arbeidsmobiliteit van de ondervraagden. Wat voor werk oefenen de ondervraagden uit, of zijn ze misschien werkloos of gepensioneerd? Deze 2 factoren samen, geven een beeld van de sociaal-economische status. In de bijlagen aan het einde van dit document worden alle gebruikte vragen weergegeven.

Aangezien een groot deel van mijn analyse zal plaatsvinden in GIS is er ook meer data nodig om tot inzichtsvolle kaarten te komen. De CBS brengt zijn eigen shapefiles uit van de gemeente-, wijk- en buurtgrenzen. Op deze manier zijn gedetailleerde kaarten te maken van Groningen en de krimp gemeentes die zich in de provincie bevinden. Voor een lager schaalniveau is er data gebruikt vanuit de TOP10NL database.

3.1.1.2 Moeilijkheden

De verwachting was dat er via het CBS vrij gedetailleerde data te vinden zou zijn over de sociaal economische status van verschillende gemeentes. Op dit schaalniveau heeft het CBS zeer veel informatie en publiceert het sinds kort zelfs eigen shapefiles voor gebruik in GIS.

De indicatoren die gekozen zijn (inkomensniveau en opleidingsniveau) zijn echter pas vanaf 2005 op gemeentelijk schaalniveau te verkrijgen. Dit betekent dat dit niet rechtstreeks te vergelijken is met de gegevens die afkomstig zijn van de GGD over gezondheid. Deze gaan namelijk over 2002 en 2010. Er is besloten om de data van de GGD te gebruiken, aangezien een trend bespeuren over een periode van 4 jaar minder tekenend zal zijn dan een trend over een periode van 8 jaar.

3.1.2 Dataverwerking

Nadat de data verkregen was via een partner bij de GGD (zie bijlage voor data aanvraag brief) is deze verwerkt tot een bruikbaar bestand. De verkregen GGD data is aangeleverd in SPSS vorm. In dit onderzoek is echter vooral gekozen voor een GIS analyse. Door middel van interpretatie van de gemaakte kaarten wordt er gezocht naar ruimtelijke verbanden en relaties die anders misschien

verloren zouden zijn gegaan. Dit houdt echter wel in dat de SPSS data na verwerking omgezet moest worden naar Excel formaat, om vervolgens geïmporteerd te kunnen worden in ArcGIS

3.2 Operationalisatie

	Databron Variabelen		Aannames/veranderingen
Deelvraag 1	CBS	Huishoudens (2002-2010)	
	CBS	Personen (2002-2010)	
	CBS	Aantal bejaarden (65+)	
	CBS	Aantal jongeren (0-25)	
Deelvraag 2	GGD	Opleidingsniveau	Categorie 'geen opleiding(2010' is samengevoegd met categorie 'lagere school' Categorie 'anders' wordt gezien als gemiddeld, en wordt ingedeeld bij categorie 'MBO' Tevens is er gekeken naar het percentage "Hoogopgeleiden"(HBO en WO)
	GGD	Arbeidsparticipatie	Nieuwe categorie aangemaakt: Niet werkend, wel actief. Categorie bestaat uit: Studenten, gepensioneerden, vrijwilligerswerk
Deelvraag 3	GGD	Subjectieve gezondheid	Nieuwe schaal gemaakt, (1-5 voor Slecht tot Uitstekend). Gemiddeld oordeel vervolgens berekend door relatieve aandeel te vermenigvuldigen met oordeel en te delen door de absolute aantallen Tevens gekeken naar % dat Goed en Zeer Goed als antwoord geeft

Tabel 2 - Bronnen en variabelen

Extra toelichting bij bovenstaande tabel:

- Bij deelvraag 2 is bij de variabele opleidingsniveau een aanname gedaan dat de categorie 'anders', die alleen 2010 voorkomt en niet in 2002, mensen zal bevatten die een gemiddeld opleidingsniveau hebben. In de waardering die er wordt gegeven aan de verschillende opleidingsniveau's, is MBO gemiddeld. De groep, 'anders', wordt hier dus aan toegevoegd.

- Bij deelvraag 3 is een waarde toegekend aan alle groepen. Waarde 1 correspondeert met slecht, waarde 5 met uitstekend. Vervolgens is de waarde vermenigvuldigd met het corresponderende aandeel in de steekproef. Dit is voor alle groepen gedaan en vervolgens opgeteld en gedeeld door het totaal. Zo komt men tot een 'gemiddeld gezondheidscijfer'. Deze cijfers worden in hoofdstuk 4.3 gebruikt.
- Bij deelvraag 2, opleidingsniveau, wordt het hierboven uitgelegde systeem ook toegepast om tot een gemiddeld opleidingsniveau te komen. Er is gekozen voor een toetsing van 2 verschillende sociaal economische indicatoren, namelijk opleiding en arbeidsparticipatie. Beide indicatoren worden in de demografische literatuur veelvuldig gebruikt als indicatoren voor sociaal economische status (Binswanger and Carman, 2010) (Smith, 2004) (Verweij and van der Lucht, 2011) (Jankovic, Simic and Marinkovic, 2009). De door de GGD verkregen data kwam zo goed van pas, aangezien data via het CBS moeilijk te bemachtigen bleek.

3.3 Data handling

3.3.1 Aggregeren

Er is in de data geaggregeerd naar de verschillende gemeenten. Dit is gebeurd in SPSS door een nieuwe variabele aan te maken, 'Gemeentenaam'. Vervolgens worden de cases door middel van de 'Compute Variable' functie, ingedeeld in de juiste gemeente. Op deze manier is de data op gemeente niveau handelbaar en onderling te meten.

3.3.2. Standaardisatie

Er is gestandaardiseerd naar de bevolking van Nederland. Met data van het CBS van 2002 en 2010 zijn 2 leeftijdsgroepen onderscheiden, namelijk de leeftijdsgroep 20-44, 45-64 en 65+. De 4^e groep, van 0-19 jaar is niet meegenomen omdat ervoor is gekozen om alleen te kijken naar volwassenen. Dit omdat er naar SES indicatoren gekeken wordt en opleiding en arbeidssituatie geen goede SES indicator zijn voor kinderen. Er is niet gekozen voor een sekse specifieke bevolking, mannen en vrouwen zijn beiden in de populatie aanwezig.

3.4 Data kwaliteit

De data is over het algemeen van hoge kwaliteit. Zowel het CBS als de GGD staan bekend als organisaties die hun dataverzameling professioneel en goed aanpakken. De data van het CBS is gebaseerd op het GBA en is zodoende zeer compleet. De enquêtes van de GGD die in dit onderzoek gebruikt worden zijn ook van een goede kwaliteit. In 2002 is er een respons van 878 en in 2010 een respons van 952.

Het is in de data-analyse onmogelijk gebleken om de data vergelijkbaar te maken over verschillende jaren zonder dat er nieuwe categorieën gemaakt moesten worden. Dit zorgt voor een waardeoordeel in een aantal indicatoren, wat is 'hoger opgeleid' en wat is 'minder productief'? Er is gepoogd om met gepaste neutraliteit deze groepen te vormen.

3.5 Ethische vraagstukken

In het dataverzameling en –verwerkingsproces zijn er geen nijpende ethische vraagstukken op gekomen. Van primaire dataverzameling is geen sprake geweest, er hoefde dus geen rekening gehouden te worden met verhoudingen tussen interviewer en de geïnterviewde. Aangezien dit onderzoek dus gebaseerd is op secundaire data heb ik als onderzoeker de positie van outsider.

Tevens is er een kwestie van privacy over de bron van de gegevens. De gegevens van de gezondheidsenquête van de GGD Groningen zijn niet vrij verkrijgbaar. De gegevens zijn weliswaar geanonimiseerd, toch moet er met de nodige voorzichtigheid met deze gegevens omgesprongen worden.

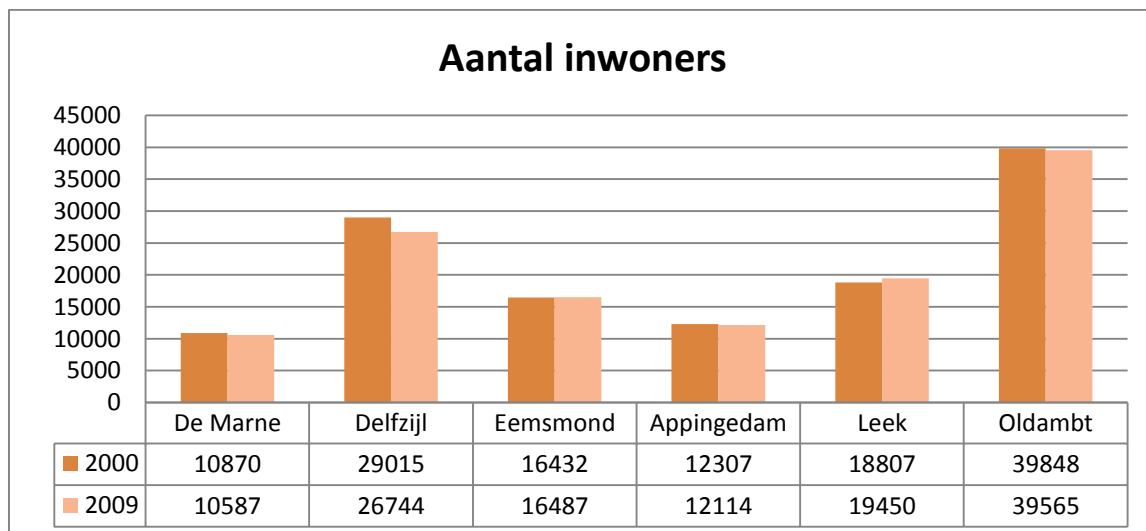
4. Resultaten

4.1 Krimpene regio's?

In het rapport 'Gezondheid in krimpregio's' van het RIVM worden er een aantal regio's in Nederland bestempeld als krimpregio. Tot deze regio's behoren de onderzoeksregio's van dit onderzoek (de Eemsdelta, Oost Groningen en De Marne). Om de hoofdvraag van dit onderzoek goed te kunnen beantwoorden is het zaak om de soort krimp die ervaren wordt in de verschillende regio's goed te onderzoeken. Is er bijvoorbeeld alleen sprake van een bevolkingsafname of verandert de samenstelling van de bevolking ook?

4.1.2 Huishoudens of personen?

Om iets te kunnen zeggen over het soort krimp is er uiteraard informatie nodig over de transformatie die de bevolking heeft doorgaan in een bepaalde periode. Het tijdsbestek dat in dit onderzoek gebruikt wordt is 8 jaar. Met behulp van data van het CBS is onderzocht of er in de krimpregio's sprake is van een afname van het aantal personen of een afname van het aantal huishoudens. In tabel 3 is te zien hoe de verschillende krimpgemeentes scoren op deze indicatoren. Om een beeld te krijgen van het formaat van de gemeentes en de bevolkingsontwikkeling is in figuur 3 het aantal inwoners weergegeven per gemeente.



Figuur 3 - Aantal inwoners onderzochte gebied, 1 jan. 2000 en 1 jan. 2009. Bron: CBS (2012)

In eerste instantie is gekeken naar de relatieve krimp (of groei) van de gemeentes van 2000-2009. De uitkomst hiervan gaf aan dat in een groot deel van de gemeentes in de provincie Groningen er krimp is. De onderzochte gemeentes behoren tot de snelst krimpende gemeentes van de provincie. Er is maar 1 gemeente die van 2000-2009 geen krimp in inwoneraantal aangaf, en dat was Eemmond. Om een genuanceerder beeld te geven is ook gekeken naar het aantal huishoudens. Hier komt een

ander beeld uit naar voren. Met uitzondering van Delfzijl ervaren alle gemeentes een toename van het aantal huishoudens in de periode 2000-2009.

Gemeente	Procentueel Verschil Personen 2000-2009	Procentueel Verschil Personen 2005-2009	Procentueel Verschil Huishoudens 2000-2009	Procentueel Verschil Huishoudens 2005-2009
Eemmond	0,33%	-1,56%	2,07%	0,58%
Appingedam	-1,59%	-2,67%	0,15%	-1,75%
Delfzijl	-8,49%	-6,36%	-4,16%	-4,45%
De Marne	-2,67%	-6,68%	3,63%	-4,08%
Oldambt	-0,72%	-0,09%	2,16%	2,26%
Leek	3,31%	-0,31%	8,39%	2,40%

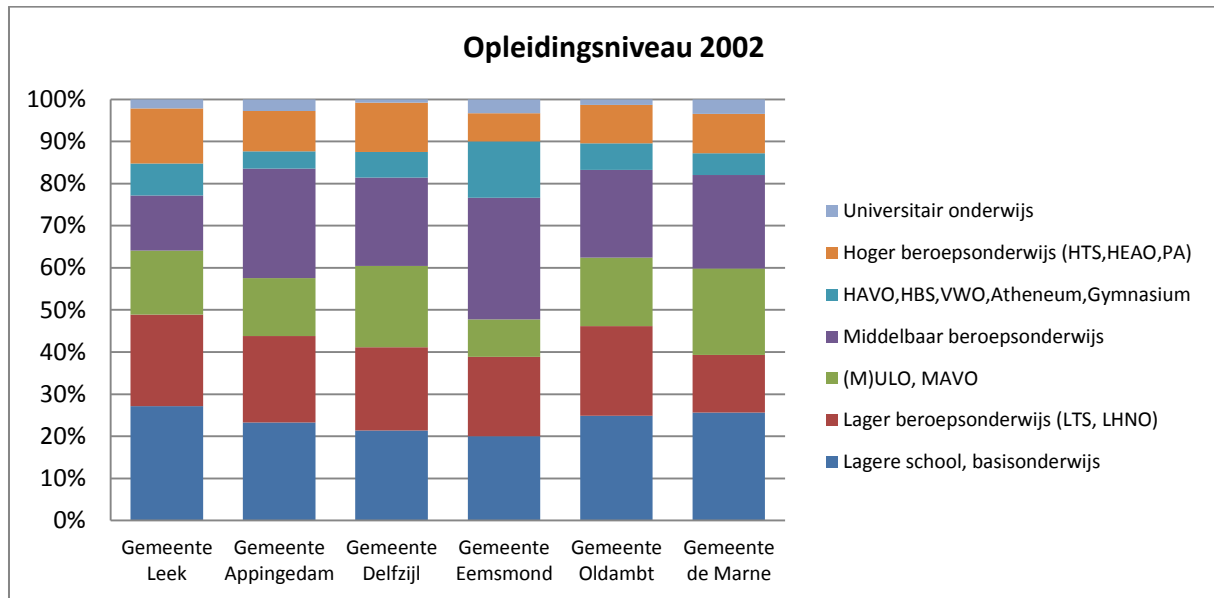
Tabel 3- Ontwikkeling van huishoudens en personen 2000-2009 in Krimpregio's en Leek. Bron: CBS, 2012

Om helderder voor de lens te krijgen of deze trend ook sterker lijkt te worden is er ook nog getoetst in een recenter tijdvak, namelijk van 2005-2009. Hieruit blijkt dat van 2005-2009 alle onderzochte gemeentes hun inwoneraantal zagen krimpen en dat inmiddels ook 3 van de 5 gemeentes een achteruitgang van het aantal huishoudens zien. We kunnen hieruit dus opmaken dat zowel het aantal inwoners als het aantal huishoudens hier de afgelopen 10 jaar is gekrompen. Waarbij de trend de afgelopen 5 jaar sterk is toegenomen, met name als je kijkt naar het aantal personen.

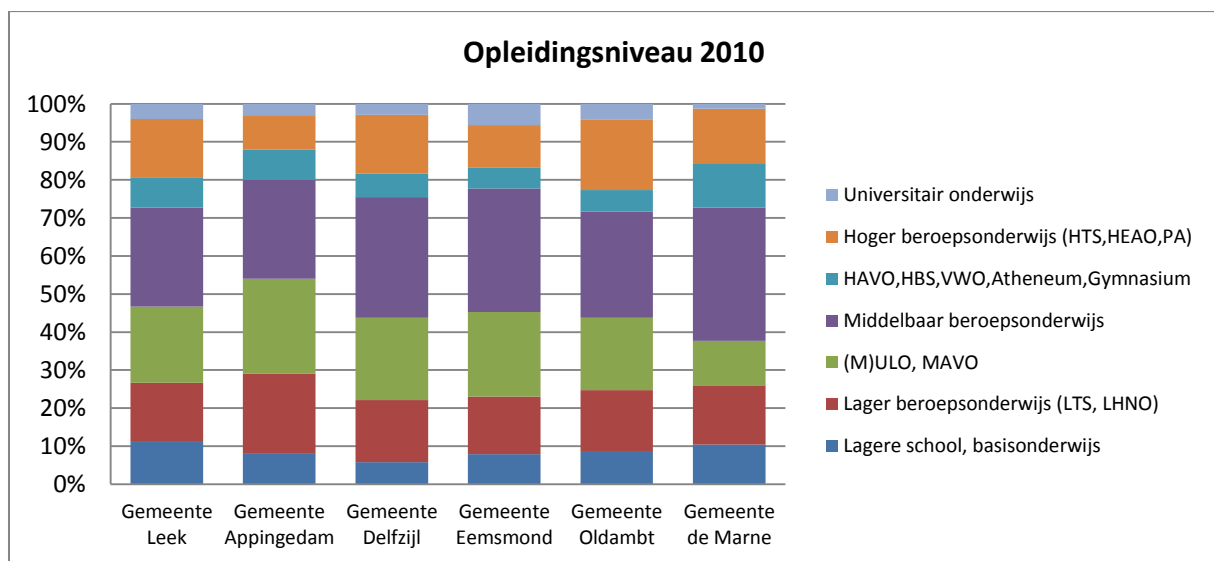
4.2 Sociaal economische polarisatie

4.2.1 Opleidingsniveau

Hieronder wordt de samenstelling van het opleidingsniveau van de respondenten weergegeven.



Figuur 4 – Bevolkingssamenstelling naar opleidingsniveau 2002. Bron: GGD Groningen, 2002



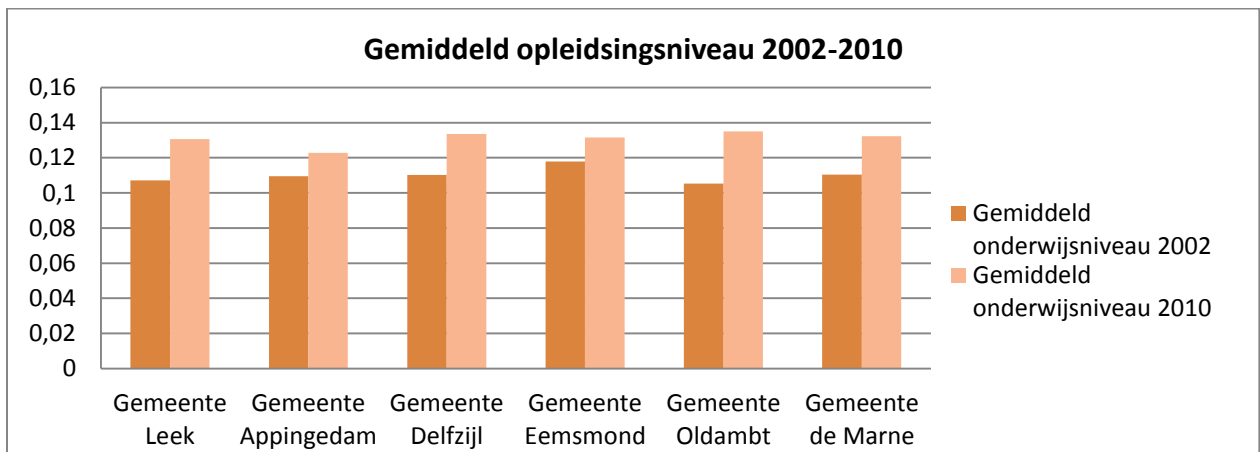
Figuur 5 - Bevolkingssamenstelling naar opleidingsniveau 2010. Bron: GGD Groningen, 2010

Uit de bovenstaande figuur zijn een aantal dingen op te maken:

De grootste verandering in opleidingsniveau zijn waar te nemen in Gemeente de Marne, de kleinste verandering is te vinden in de gemeente Appingedam.

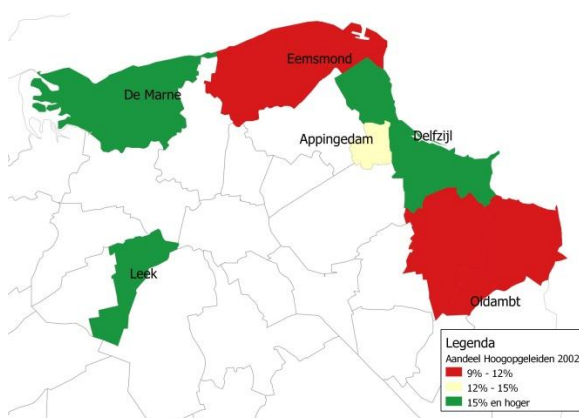
Bij alle gemeentes is het aandeel 'lagere school, basisonderwijs' sterk afgenomen, tevens is te zien dat de groep 'hoger beroepsonderwijs' bij vrijwel alle groepen (behalve in Appingedam) een toename kent.

Om te zien wat deze verschuiving betekent voor de gemiddelde ervaren gezondheid is nog een analyse uitgevoerd waarbij door middel van puntenwaardering gekeken is naar de hoogte van het opleidingsniveau. Op deze manier wordt het gemiddelde opleidingsniveau over verschillende jaren vergelijkbaar.

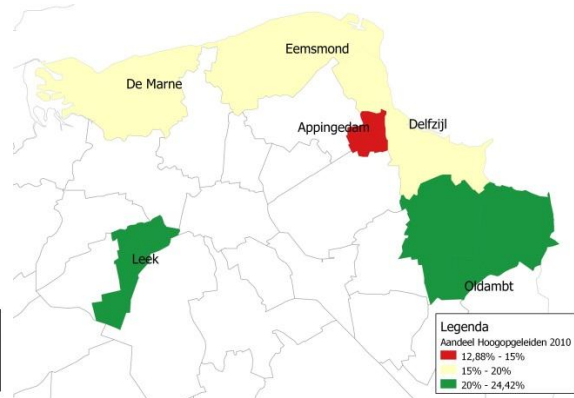


Figuur 6 - Gemiddeld opleidingsniveau 2002-2010 (GGD Groningen)

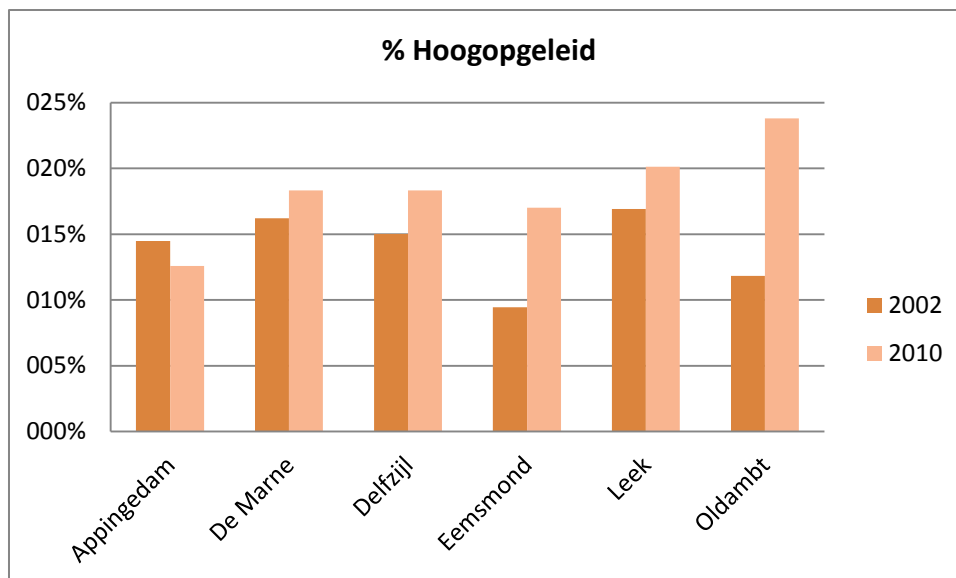
Er is in figuur 6 te zien dat het gemiddeld opleidingsniveau duidelijk is toegenomen in 8 jaar tijd. Maar is er ook sprake van polarisatie?



Figuur 7 - Aandeel hoogopgeleiden 2002



Figuur 8 - Aandeel hoogopgeleiden 2010



Figuur 9 - Percentage hoogopgeleid 2002 en 2010. Bron: GGD Groningen, 2002 en 2010

Uit de literatuur is naar voren gekomen dat hoogopgeleiden gemiddeld een betere gezondheid hebben. Er is dus gekozen om bij de polarisatie analyse vooral te focussen op de groep hoogopgeleiden (Hoger Beroepsonderwijs en Universitair Onderwijs). In de kaarten hierboven is het aandeel hoogopgeleiden vergeleken. Hieruit blijkt wat we al wisten, namelijk dat vrijwel overal het aandeel hoogopgeleiden is toegenomen. Er is echter geen sprake van een eenduidige polarisatie. De regio met het laagste aandeel hoogopgeleiden in 2002 was Eemsmond. Deze is in 2010 de op 2 na laagste. Regionale verschillen zijn wel groter geworden, maar dit is beide kanten op gebeurd, zowel omhoog als omlaag.

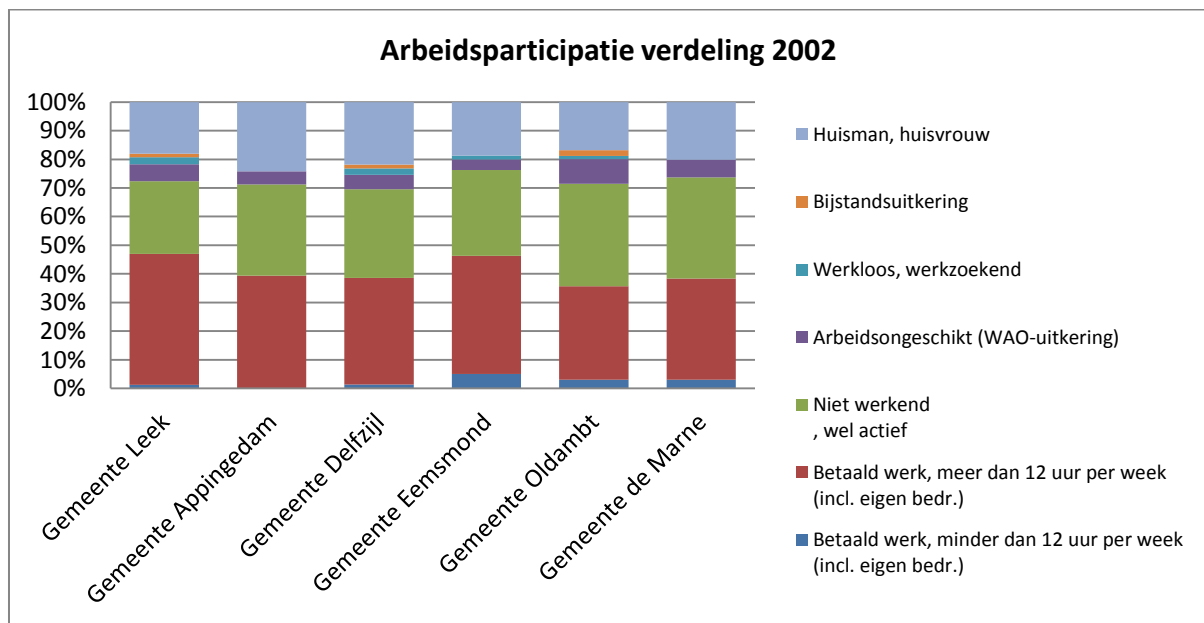
	Gemeente Eemsmond	Gemeente Oldambt	Gemeente Appingedam	Gemeente Delfzijl	Gemeente de Marne	Gemeente Leek
Hoogopgeleiden	6,7%	12,3%	-0,3%	5,8%	2,8%	4,1%

Tabel 4 - Verschil aandeel hoogopgeleiden 2002-2010

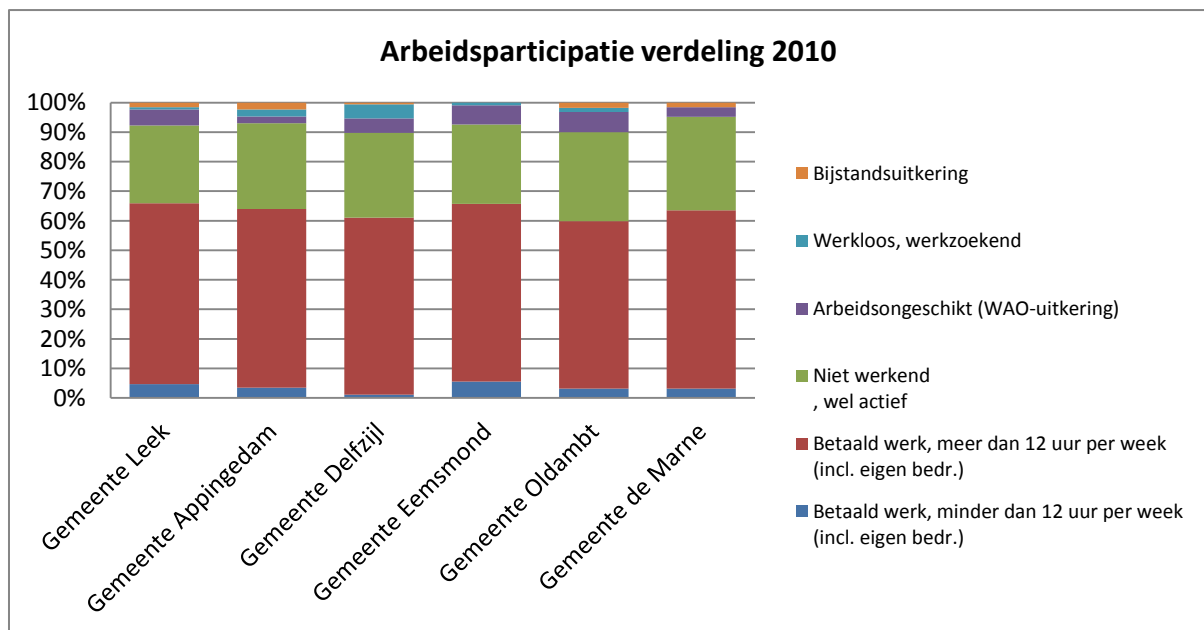
Uit de X^2 – test blijkt dat er zowel in 2002 als 2010 een verband is tussen opleidingsniveau en gezondheid. Er is een significant resultaat verkregen. Door middel van een Cramer's V test is gekeken hoe sterk dit verband is. Met een Cramer's V waarde van 0,223 in 2002 en 0,155 in 2010 (beiden significant) is er een sterk verband aangetoond.

4.2.2 Arbeidsparticipatie

Nadat duidelijk was dat er geen goede data beschikbaar was over de hoogte van het inkomen in het onderzochte gebied, is er gezocht naar een alternatief. Dit is uiteindelijk gevonden in de enquête van de GGD. De mate waarin mensen aan het werk zijn wordt hier ondervraagd.



Figuur 10 – Arbeidsparticipatie verdeling 2002 in krimpregio's. Bron: GGD Groningen, 2002



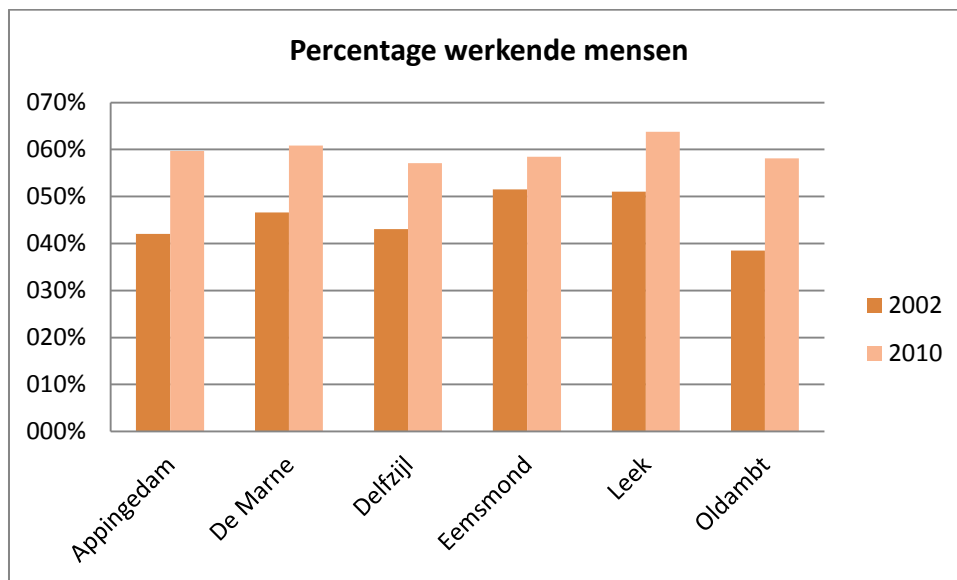
Figuur 11 - arbeidsparticipatie verdeling 2010 in krimpregio's. Bron: GGD Groningen, 2010

Uit de bovenstaande figuur zijn een aantal dingen op te maken:

Het grootste verschil tussen 2002 en 2010 is te vinden in de gemeente Appingedam.

In het algemeen is te zeggen dat de samenstelling van 2002 naar 2010 behoorlijk veranderd is. De grootst groeiende categorie is 'betaald werk, meer dan 12 uur per week'. De sterkste daler is de categorie 'huisman of huisvrouw'. Tevens is de categorie 'niet werkend, wel actief' ook in alle gemeenten afgenomen.

Over het algemeen wordt aangenomen dat mensen die werken, meer verdienen, en zodoende een hogere sociaal economische status bekleden in de maatschappij. Om de eventuele polarisatie te onderzoeken wordt er dus gekeken naar de toe- dan wel afname van de groep werkenden. Tot deze groep behoren de volgende categorieën: 'Betaald werk, meer dan 12 uur per week' en 'betaald werk, minder dan 12 uur per week'. In figuur 12 is te zien hoe deze categorie zich heeft ontwikkeld van 2002 tot 2010.



Figuur 12 – Percentage werkende mensen 2002 en 2010. Bron: GGD Groningen, 2002 en 2010

Er is direct duidelijk dat er sprake is van een grote groei van werkenden. Minimaal 6,96% voor gemeente Eemsmond en maximaal 19,67% voor gemeente Oldambt. In de onderzochte gebieden is er echter sprake van een depolarisatie wat betreft het aantal werkenden. Absoluut gezien zijn de categorieën groter geworden. Zoals in figuur 11 en figuur 12 is te zien zijn de gemeentes echter naar elkaar toe gegroeid. Het verschil tussen de gemeentes is in 2010 veel kleiner dan in 2002, er is dus geen sprake van polarisatie.

Uit een χ^2 – test blijkt dat er een verband bestaat tussen arbeidsparticipatie en ervaren gezondheid (As. Sign: 0,000). Dit geldt voor zowel 2002 als 2010. Hierna is een Lambda test uitgevoerd waaruit blijkt dat de werksituatie zowel in 2002 als 2010 significant scoort als afhankelijke variabele. In 2010 met een lambda waarde van 0,038 en in 2002 met een waarde van 0,173 (beide As. Sign.: 0,000).

4.2.3 Resultaten

Naar aanleiding van de voorgaande gegevens is er één conclusie goed te trekken: Er is op basis van de onderzochte SES-indicatoren geen sprake van een sociaal-economische polarisatie.

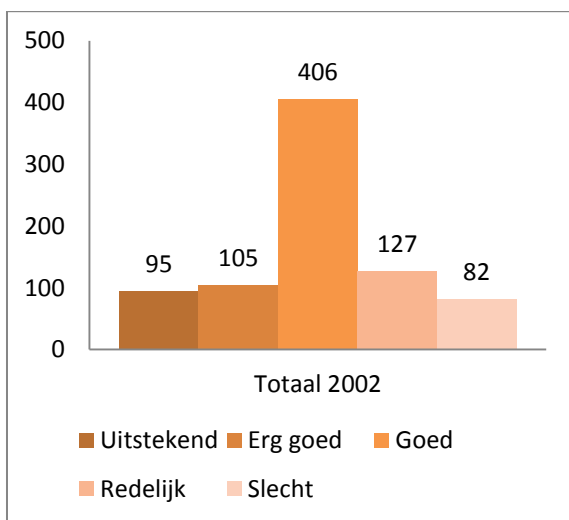
Qua opleidingsniveau zijn er duidelijke verschillen te herkennen, deze verschillen nemen ook toe tussen 2002-2010 maar er is geen sprake van polarisatie. De verschillen pakken namelijk zowel hoger als lager uit, dus bij de één een stijging en bij de ander een daling, hierdoor is het geen polarisatie te noemen.

Ook wat betreft arbeidsparticipatie is er geen sprake van polarisatie. Eerder van depolarisatie, de verschillen die er tussen verschillende gemeentes waren, zijn over het algemeen afgenomen. Er is wel sprake van een toename van werkzame bevolking in de onderzochte groep. Tevens is er sprake van een afname van de niet werkzame maar wel actieve bevolking.

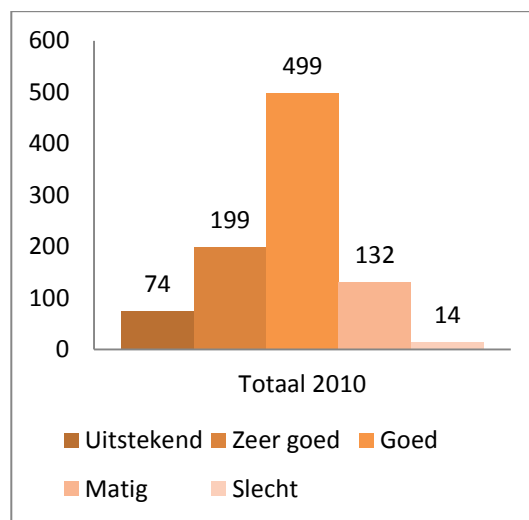
4.3 Krimp en achteruitgang van de gezondheid

Er is nu bekend dat er van polarisatie in het krimpgebied niet echt sprake is. Is er echter wel sprake van een achteruitgang van de gezondheid? Dit zal in deze paragraaf onderzocht worden. De onderstaande figuren en grafieken zijn allemaal gebaseerd op dezelfde databron, namelijk de gezondheidsenquête, uitgevoerd door GGD Groningen (2002 en 2010).

Hieronder is de ervaren gezondheid uitgezocht, hierbij is gekeken naar hoe men de gezondheid heeft ervaren in verschillende jaren. Er wordt dus gevraagd naar een oordeel over de eigen gezondheid. Dit is dus een subjectieve maat, maar zeer waardevol bij het interpreteren van de gezondheid in een bepaald gebied.

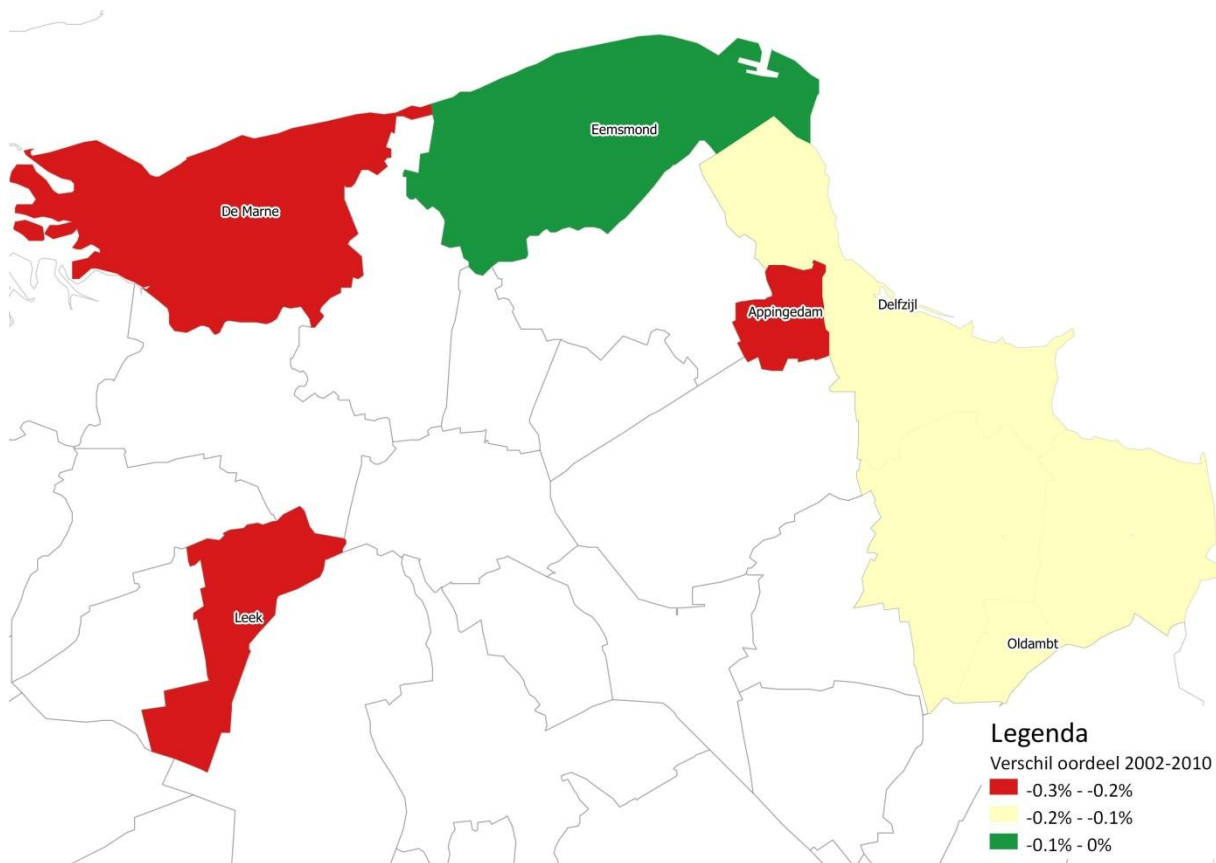


Figuur 13 - Verdeling 2002 (GGD Groningen)



Figuur 14 - Verdeling 2010 (GGD Groningen)

Om tot een gemiddeld oordeel te komen zijn er aan de verschillende categorieën, die variëren van uitstekend tot slecht, waardes toegekend van 1 tot 5. Er is in figuur 13 te zien dat in alle gemeentes het oordeel over de gezondheid is gedaald. Dit betekent dat het gemiddeld gezondheidsniveau, zoals dat wordt ervaren, is gedaald. De vraag is echter of dit komt door een algehele daling, of dat er een aantal categorieën oververtegenwoordigd zijn en een aantal misschien ondervertegenwoordigd.



Figuur 13 - Verskil in oordeel gezondheid 2002-2010 (GGD Groningen)

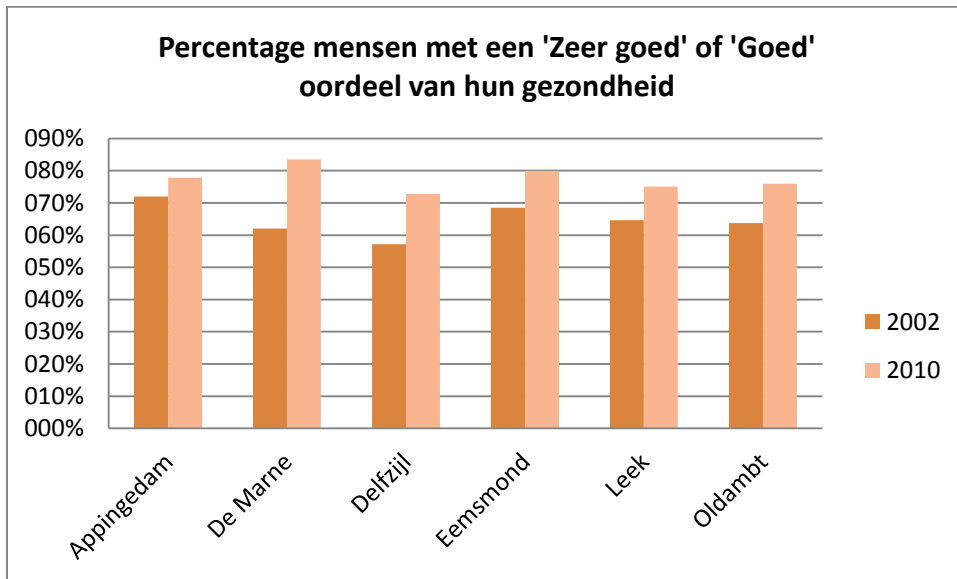
	Uitstekend	Zeer goed	Goed	Matig	Slecht
Gemeente Leek	,7%	8,4%	-1,9%	1,9%	-9,2%
Gemeente Appingedam	1,8%	5,5%	1,7%	-1,4%	-7,6%
Gemeente Delfzijl	-6,3%	8,8%	6,5%	,2%	-9,2%
Gemeente Eemmond	-7,2%	9,6%	2,2%	-2,8%	-1,8%
Gemeente Oldambt	-2,4%	5,7%	7,7%	,0%	-10,9%
Gemeente de Marne	-5,0%	20,1%	,6%	-7,8%	-7,8%

Tabel 5 - Verskil in aandeel (2002-2010) per groep

Bij nadere inspectie blijkt dat voor de meeste gemeentes geldt dat er een nivellerende trend is te zien in het gezondheidsoordeel. Er is sprake van een afname van de slechtste oordelen en een afname van de beste oordelen. Het gemiddelde oordeel over de gezondheid wordt hierdoor naar beneden gebracht, maar is voor een groot deel te danken aan outliers. De groei van de groep 'Zeer Goed' en 'Goed' is bij de meesten aanwezig. Deze categorie heeft een lagere waarde gekregen in de analyse en telt zodoende (relatief) minder sterk mee in het oordeel. Als men echter naar de verdeling van oordelen kijkt ziet men duidelijk dat er minder waarden uit de categorie 'Uitstekend' (waarde 5) en 'Slecht' (waarde 1).

Gemiddeld genomen is er dus sprake van een afname van de gezondheid. Dit is echter voor een groot deel te verklaren vanuit het grote aantal mensen dat zijn of haar gezondheid met 'Uitstekend' beoordeeld in 2002.

Als men kijkt naar het verschil in de oordelen 'Zeer goed' en 'Goed' dan wordt duidelijk dat deze groep wel behoorlijk is toegenomen. In figuur 16 is te zien dat deze groep enorm is toegenomen onder de respondenten. In het geval van de gemeente De Marne een toename van meer dan 20%.



Conclusies

Aan het eind van deze scriptie kunnen we geen compleet antwoord geven op de hoofdvraag die aan het begin van dit stuk geopperd werd. De hoofdvraag; *In hoeverre is er sprake van sociaaleconomische polarisatie de verschillende krimpregio's in Noord Nederland (De Marne, Oldambt, Eemsdelta) en heeft dit een effect op de gezondheid in deze regio's?* Blijkt moeilijk te beantwoorden met de beschikbare data.

Er is geen sprake van een sociaaleconomische polarisatie tussen gemeentes. Arbeidsparticipatie neemt toe van 2002 naar 2010, zelfs als er gecorrigeerd is voor verschillen in leeftijdsopbouw in de verschillende enquêtes. Tevens is worden de onderlinge verschillen in arbeidsparticipatie kleiner in plaats van groter zoals men zou verwachten als er sprake zou zijn van polarisatie. Naast arbeidsparticipatie is ook opleidingsniveau geanalyseerd. Hier blijkt dat het gemiddeld opleidingsniveau niet uniform hoger of lager is geworden van 2002 naar 2010. Er is sprake van een diversificatie tussen de gemeentes. Er blijkt wel dat bijna in alle gemeentes het aandeel hoogopgeleiden is toegenomen.

De ervaren gezondheid in het onderzochte gebied is, gemiddeld gezien, afgenomen. Dit is echter te verklaren door een afname van het aandeel mensen dat zijn gezondheid met 'uitstekend' heeft beoordeeld in 2002. Als gekeken wordt naar de categorieën 'goed' en 'zeer goed' (de meest voorkomende oordelen), blijkt dat deze categorie wel degelijk is toegenomen.

Er is dus geen sprake van sociaaleconomische polarisatie. De gezondheid is wel toegenomen. Er blijkt dat er wel degelijk een verband bestaat tussen de verschillende SES indicatoren en de ervaren gezondheid. De ervaren gezondheid is toegenomen en de verschillende SES indicatoren over het algemeen ook. Er is dus in dit onderzoek geen sprake van polarisatie maar als deze er zou zijn zou deze hoogstwaarschijnlijk wel invloed hebben op de ervaren gezondheid.

Dit onderzoek roept verschillende vragen op. Hoe is deze trend namelijk te plaatsen in een nationale context. Er is nu gefocust op een relatief klein gebied, waarbij er vooral bij krimpgebieden onderling is vergeleken. Als een soortgelijk onderzoek herhaalt zou worden op een groter schaalniveau zouden er hele andere conclusies getrokken kunnen worden. Hiernaast moet er rekening gehouden worden met de grotere context. Deze krimpgebieden liggen perifeer en zijn niet te vergelijken met bijvoorbeeld stedelijk gebied, een interessante vergelijking zou getrokken kunnen worden tussen deze enigszins rurale scope, en een urbane aanpak.

Literatuurlijst

- Atzema, O., Lambooy, J., van Rietbergen, T. en Wever, E. (2002) *Ruimtelijke Economische Dynamiek*, Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Binswanger, J. en Carman, K.G. (2010) 'The role of decision making processes in the correlation between wealth en health', *Discussion paper - Tilburg University*, December.
- Boelhouwer, J. (2010) *Wellbeing in the Netherlands*, Den Haag: SCP.
- Boyle, P. (2004) 'Population Geography: migration en inequalities in mortality en morbidity', *Progress in Human Geography*, vol. 28, pp. 767 - 776.
- Breen, R. (1997) 'Inequality, economic growth en social mobility', *British Journal of Sociology*, vol. 48, no. 3, September, pp. 430-449.
- Breen, N., Parsons, P., Milcarek, B. en al., E. (1996) 'Social inequalities in acces to preventive services', *AHSR FHSR Annu Meet Abstr Book*, vol. 13, p. 150.
- Carroll, P., Casswell, S., Huakau, J., Howden-Chapman, P. en Perry, P. (2011) 'The Widening Gap: Perceptions of poverty en income inequalities en implications for health en social outcomes', *Social Policy Journal of New Zealen*, no. 37, June, pp. 111-122.
- Duncan, G., Smeeding, T. en Rodgers, W. (1993) 'W(h)ither the middle class? a dynamic view', *Poverty en prosperity in the USA in the late twentieth Century*, pp. 240-271.
- GGD (2002) *Gezondheidsenquête*, Groningen.
- GGD (2010) *Gezondheidsenquête*, Groningen.
- Jankovic, J., Simic, S. en Marinkovic, J. (2009) 'Inequalities that hurt: demographic, socio-economic en health status inequalities in the utilization of health services in Serbia', *European Journal of Public Health*, vol. 20, no. 4, November, pp. 389-296.
- Lesthaeghe, R. en Neels, K. (2002) 'From the first to the second demographic transition: An interpretation of the spatial continuity of demographic innovation in France, Belgium en Sweden', *European Journal of Population*, vol. 18, pp. 325-360.
- Mackenbach, J., Stronks, K. en Kunst, A. (1989) 'The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention', *Social Sciences Medical*, no. 29, pp. 369 - 376.
- Or, Z., Jusot, F. en Yilmaz, E. (2008) 'Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use', *Working Paper IRDES*, no. 17.
- Rynning, E. (2008) 'The Ageing Populations of Europe - Implications for Health Systems en Patients' Rights', *European Journal of Health Law*, no. 15, pp. 297 - 306.
- Smith, J.P. (2004) 'Unraveling the SES-health connection', *Population en Development Review*, no. 30, pp. 108-132.

Smith, J. en Easterlow, D. (2005) 'The strange geography of health inequalities', *Royal Geographic Society*, no. 30, pp. 173-190.

Smith, G.D., Shaw, M. en Darling, D. (1999) 'Shrinking areas en mortality', *The Lancet*, vol. 352, pp. 1439-1440.

Statline (2001-2012) *www.cbs.nl*, [Online] [Maart 2012].

Thompson, W. (1929) 'The Demographic Transition Model'.

van Dam, F., de Groot, C. en Verwest, F. (2006) *Krimp en Ruimte, Bevolkingsafname, ruimtelijke gevolgen en beleid*, Rotterdam: Ruimtelijk Planbureau.

van der Laan, A.M., Vervoorn, L., van Nimwegen, N. en Leeuw, F.L. (ed.) (2007) *Justitie en demografie: over ontgroening, vergrijzing en verkleuring*, NIDI.

Verweij, A. en van der Lucht, F. (2011) *Gezondheid in krimpregio's*, RIVM.

Weeks, J.R. (2005) *Population: An Introduction to Concepts en Issues*, Belmont: Thomson Wadsworth.

Bijlagen

Enquête 2010

Vraag 3. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

WOPCB201 (F4.0)

Vraag 7. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen? GGKLB201 (F1.0)

[1] q Uitstekend

[2] q Zeer goed

[3] q Goed

[4] q Matig

[5] q Slecht [9 = Missing]

Vraag 13. Wanneer heeft u voor het laatst voor uzelf contact gehad met een huisarts?

MCZGB201 (F1.0) (*Bezoek aan huisarts, huisbezoek, telefonisch consult (hiermee wordt niet bedoeld telefonisch contact voor het aanvragen van een herhaalrecept)*).

1 q In de afgelopen 2 maanden

--> Hoe vaak hebt u in afgelopen 2 maanden contact gehad? MCZGB202 (F2.0) x

2 q Langer dan 2 maanden maar minder dan 12 maanden geleden

3 q 12 maanden geleden of langer

4 q Nog nooit 9 = Missing

Vraag 14. Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf contact gehad met een van de volgende zorgverleners? [1] Ja [2] Nee [9 = Missing]

MCZGF219 (F1.0) Dokterdienst Groningen

MCZGB203 (F1.0) Medisch specialist

MCZGB204 (F1.0) Tandarts of mondhygiënist

MCZGB205 (F1.0) Bedrijfsarts

MCZGB206 (F1.0) GGD

MCZGB207 (F1.0) Diëtist

MCZGB208 (F1.0) Ergotherapeut

MCZGB209 (F1.0) Fysiotherapeut

MCZGB210 (F1.0) Logopedist

MCZGB211 (F1.0) Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

MCZGB212 (F1.0) Thuiszorg (wijkverpleegkundige, gezinsverzorging, Alfa-hulp)

MCZGB213 (F1.0) RIAGG/GGZ (instellingen voor geestelijke gezondheidszorg)

MCZGB214 (F1.0) Algemeen Maatschappelijk Werk

MCZGB215 (F1.0) CAD/verslavingzorg

MCZGB216 (F1.0) Vrijgevestigd psycholoog

MCZGB217 (F1.0) Vrijgevestigd psychiater

MCZGB218 (F1.0) Alternatieve behandelaars (homeopaat, acupuncturist, iriscopist, etc.)

Vraag 65. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? MMOWB201 (F2.0) 99=missing
Geen opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- 1 o Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- 2 o Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- 3 o Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- 4 o Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- 5 o Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- 6 o Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- 7 o Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats WO)
- 8 o Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- 9 o Anders namelijk

Vraag 66. Welke situatie is het meest op u van toepassing? MMWSB201 (F2.0) 99=missing

- 1 o Ik werk, betaald, 32 uur of meer per week
- 2 o Ik werk, betaald, 20 of meer maar minder dan 32 uur per week
- 3 o Ik werk, betaald, 12 of meer maar minder dan 20 uur per week
- 4 o Ik werk, betaald, minder dan 12 uur per week
- 5 o Ik ben (vervroegd) met pensioen (AOW, VUT, FPU)
- 6 o Ik ben werkloos/ werkzoekend (geregistreerd bij het arbeidsbureau)
- 7 o Ik ben arbeidsongeschikt (WAO, AAW, WAZ, WAJONG)
- 8 o Ik heb een bijstandsuitkering
- 9 o Ik ben fulltime huisvrouw / huisman
- 10 o Ik volg onderwijs / ik studeer

Enquete 2002

114 **Wat zijn de 4 cijfers van uw postcode?**

AGPCB001

(in de hokjes hiernaast invullen)

--	--	--	--

1 **Hoe is in het algemeen uw gezondheid?**

GGRDB001

1 uitstekend

2 erg goed

3 goed

4 redelijk

5 slecht

5 Met welke van de onderstaande hulpverleners of hulpverlenende instanties heeft u voor uzelf in

de afgelopen 3 maanden contact gehad?

ja

nee

MCHVB001

a. huisarts

1

2

MCHVB002

b. Centrale Dokterdienst

1

2

MCHVB003

c. tandarts

1

2

MCHVB004

d. fysiotherapeut

1

2

MCHVB005

e. medisch specialist

1

2

MCHVB006

f. alternatieve genezer

1

2

MCHVB007

g. thuiszorg

1

2

MCHVB008

h. verzorgingshuis of verpleeghuis

1

2

MCHVB009

i. maatschappelijk werk

1

2

MCHVB010

j. GGz Groningen

1

2

MCHVB011

k. Ambulante Verslavingszorg Groningen

1

2

MCHVB012

l. Regionaal Indicatieorgaan (RIO) 65+

1

2

MCHVB013

m. GGD (schoolarts, tropenvaccinatie, infectieziektenbestrijding, etc.)

1

2

115 **Wat is uw hoogst voltooide opleiding?**

MMOW

1 lagere school, basisonderwijs

2 lager beroepsonderwijs (LTS, LHNO)

B001

3 (M)ULO, MAVO

4 middelbaar beroepsonderwijs

5 HAVO, HBS, VWO, Atheneum, Gymnasium

6 hoger beroepsonderwijs (HTS, HEAO, PA)

Kunt u aankruisen wat voor u en uw eventuele partner het meest van toepassing is?

U zelf:

Uw partner:

99 ik heb geen partner

1 betaald werk, minder dan 12 uur per week

(inclusief eigen bedrijf)

1 betaald werk, minder dan 12 uur per week

(inclusief eigen bedrijf)

2 betaald werk, meer dan 12 uur per week

(inclusief eigen bedrijf)

2 betaald werk, meer dan 12 uur per week

(inclusief eigen bedrijf)

3 vrijwilligerswerk (onbetaald)

3 vrijwilligerswerk (onbetaald)

4 arbeidsongeschikt (WAO-uitkering)

4 arbeidsongeschikt (WAO-uitkering)

5 werkloos, werkzoekend

5 werkloos, werkzoekend

6 bijstandsuitkering

6 bijstandsuitkering

7 huisman, huisvrouw

7 huisman, huisvrouw

8 student, scholier (dagonderwijs volgend)

8 student, scholier (dagonderwijs volgend)

9 VUT of gepensioneerd

9 VUT of gepensioneerd

Brief data aanvraagd GGD Groningen

Jeroen Drewes
Tuinbouwdwarsstraat 5a
9717 HT, Groningen

GGD Groningen
Ten aanzien van mr.
Hanzeplein 120
9713 GW Groningen

Groningen, 25 Maart 2012

Betreft: Gegevensverstrekking onderzoek

Geachte meneer,

In het kader van een bachelorscriptie zou ik bij deze een verzoek willen doen tot een gegevensaanvraag betreffende de door de GGD uitgevoerde gezondheidsenquête. In de bachelorscriptie zal de relatie worden onderzocht naar de samenhang van sociaaleconomische polarisatie en gezondheid. Aangezien polarisatie over een tijdsperiode gemeten wordt, vroeg ik me af of de volgende data leverbaar is vanuit de enquêtes van 2002 en 2010 (tussen haakjes staat de code voor de vraag in codeboek voor de enquête van 2010):

- Postcode respondent (WOPCB201)
- Beoordeling eigen gezondheid (GGKLB201)
- Welke ziektes de respondent afgelopen 12 maanden heeft gehad (LGCAB201-LGAG219Open)
- Wanneer het laatste contact met een huisarts is geweest (MCZGB201)
- Is er contact geweest in de afgelopen 12 maanden met overige dienstverleners (MCZGF219 - MCZGB218)
- Hoogste genoten opleiding (MMOWB201)
- Huidig werk (MMWSB201)

Is het mogelijk om deze data voor alle respondenten(zowel man als vrouw) in de gemeentes Appingedam, Delfzijl, Eemsmond, Oldambt, De Marne en Leek te ontvangen? De corresponderende 4 cijferige postcodes zijn: 9979-9986, 9988-9989, 9995-9999, 9904-9909, 9930-9934, 9936-9937, 9945-9949, 9900-9903, 9670-9682, 9684-9694, 9940-9944, 9960-9978, 9350-9359, 9810-9819, en 9827-9829.

Met vriendelijke groet,

Jeroen Drewes