

Sociaal economische status en het aantal medische bezoeken

Een waarneming in de provincie Groningen in krimp en niet krimpgebieden.



Student: David de Vries s1881221

Begeleider: Dr. Fanny Janssen

Juni 2012

1. Samenvatting

Het doel van deze scriptie is om te onderzoeken wat voor invloed er zichtbaar is op het gebied van aantal bezoeken aan medische diensten door de factor leeftijdsopbouw en de sociaal economische factoren opleidingsniveau en arbeidsparticipatie in krimp gemeenten en gemeenten zonder verschijnselen van krimp in de provincie Groningen. Door het RIVM rapport 'Gezondheid in krimpregio's' uit 2011 is er aandacht gekomen voor de gezondheidsverschillen tussen krimp en niet krimpregio's.

In dat rapport: 'In vergelijking met de rest van Nederland kenmerken de krimpregio's zich door een oudere bevolking, met een gemiddeld lagere sociaaleconomische status'. Mensen met een lage sociaal economische status zullen sneller ziek worden en hiermee ook een hogere medische consumptie hebben (GGD gezondheidsprofiel, 2010). Het aantal medische bezoeken wordt onderzocht aan de hand van de GGD enquête onder volwassenen uit 2010. Er zijn drie krimp regio's te onderscheiden door middel van het rapport uit 2009 'Krimp als structureel probleem' van de provincie Groningen in de provincie, deze drie regio's betreffen een niet krimp gebied, matig krimp gebied en het sterke krimp gebied Eemsdelta. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er een groot verschil is tussen het aantal hoogopgeleiden in krimp en niet krimp gebieden. In het niet krimp gebied ligt het aandeel middelbare- met hoger opgeleide mensen op 76,9% tegenover in het matige krimp gebied 55,6% en het sterk krimp gebied 60,8%. In figuur 5 komt er naar voren dat er bij geen medische bezoeken er maar liefst 51,6% verklaard zou kunnen worden uit opleidingsniveau laag en correleren de variabelen met 0,719. Ook is er nog het verband tussen opleidingsniveau en middelbaar en hoog bekeken. Dit kwam dan uit op 55,2 % van de variabele geen medische bezoeken te verklaren zou zijn aan de hand van het opleidingsniveau en correleren de variabelen met 0,743. Dit is het enige verband die door middel van scatter plots zijn gevonden. Er was geen verband zichtbaar bij meer dan vier medische bezoeken en opleidingniveau. Met de variabele arbeidsparticipatie is geen enkel verband bevonden. Uit dit onderzoek kan dan ook niet geconcludeerd worden dat er in gemeenten van de provincie Groningen een duidelijk verband in tussen SES en het gebruik van medische diensten

Inhoudsopgave

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Samenvatting | 2 |
| Inhoudsopgave | 3 |
| 1. Introductie | 4 |
| 1.1 Aanleiding | 4 |
| 1.1 Probleemstelling | 4 |
| 2. Theoretisch kader | 6 |
| 2.1 Sociaal economische status. | 6 |
| 2.2 Gezondheid en medische bezoeken | 8 |
| 2.3 Behavioral model and access to medical care.. | 9 |
| 2.4 Leeftijdsopbouw | 10 |
| 2.5 Krimp | 10 |
| 2.6 Conceptueel model | 11 |
| 3. Methodologie | 12 |
| 3.1 Dataverzameling | 12 |
| 3.2 Het onderzoek | 13 |
| 3.3 Onderzoeksvragen | 15 |
| 4. Resultaten | 14 |
| 4.1 In welke mate verschillen de bezoeken aan gemeenten in de vergeleken gemeenten in de provincie Groningen en de gebieden; niet krimp, matige krimp en Eemsdelta? | 17 |
| 4.2 Wat zijn de verschillen in opleidingsniveau en arbeidsparticipatie in krimpgemeenten en normale gemeenten? | 19 |
| 4.3 Is er een duidelijke relatie zichtbaar tussen het aantal bezoeken aan medische diensten en de factoren opleidingsniveau en arbeidsparticipatie | 21 |
| 5. Conclusie | 25 |
| 6. Literatuurlijst | 28 |
| 7. Bijlage 1 Vragenlijst GGD | 31 |
| 8. Bijlage 2 Lineaire regressie analyse opleidingsniveau en aantal medische bezoeken | 32 |

1. Introductie

1.1 Aanleiding

In Nederland is de gezondheidssector door de oplopende kosten en de vergrijzing veel in het nieuws. In 2009 werd er maar liefst 15 procent van het bruto nationaal product aan zorg besteed. Beleid in het kader van de gezondheidszorg spelen altijd een grote rol bij overheden. Door het onderzoeksrapport "Gezondheid in krimpregio's" van het RIVM in 2011 is er aandacht gekomen voor de relatie tussen krimp en gezondheid. Uit dit verkennende rapport komt naar voren dat er in de krimpregio's een mindere gezondheid is dan in niet krimpregio's. In dit rapport zijn drie krimpgebieden te onderscheiden; Parkstad Limburg (Zuidoost-Limburg), Zeeuws-Vlaanderen en Eemsdelta (Oost-Groningen). Gezondheid wordt beïnvloed door verschillende factoren, zoals leefwijze en leefomstandigheden. Een indicator voor gezondheid kan sociaal economische status zijn. Deze factor komt ook terug in het RIVM (2011) rapport: 'In vergelijking met de rest van Nederland kenmerken de krimpregio's zich door een oudere bevolking, met een gemiddeld lagere sociaaleconomische status'. In het rapport van het RIVM(2011) is vooral de conclusie getrokken, dat de gezondheid in deze krimpregio's slechter is dan in de rest van Nederland. Aan de hand van het aangepaste "Behavioral model" uit 1968 van Anderson(1995) zou er gekeken kunnen worden naar de oorzaken. In dit model worden verschillende aspecten belicht. De contextuele kenmerken spelen hierbij een rol, oftewel hoe ziet een populatie eruit. Zijn er verschillen in leeftijd, sekse of sociaal economische status? Andere aspecten zijn, voor wie is de zorg het best toegankelijk en welke doelgroep maakt het meest gebruik ervan? Daarnaast kan ook nog op een individuele schaal de motieven en zorgbehoeften van een persoon bekeken worden in dit model.

1.2 Probleemstelling.

Het doel is om te onderzoeken wat voor invloed er zichtbaar is op het gebied van aantal bezoeken aan medische diensten door de factor leeftijdsopbouw en de sociaal economische factoren opleidingsniveau en arbeidsparticipatie in krimp gemeenten en gemeenten zonder verschijnselen van krimp in de provincie Groningen. Om te kijken of dit verband er is, zal er aan de hand van een aantal deelvragen dit verband proberen zichtbaar te maken.

Hoofdvraag:

Is er een relatie tussen arbeidsparticipatie en opleidingsniveau en het aantal bezoeken aan medische diensten binnen de gemeenten in de provincie Groningen en zijn hierbij verschillen waar te nemen tussen krimpgemeenten en groeiende gemeenten?

Deelvragen:

In welke mate verschillen de bezoeken aan medische diensten in de vergeleken gemeenten in de provincie Groningen?

Wat zijn de verschillen in opleidingsniveau en arbeidsparticipatie in krimpgemeenten en normale gemeenten?

Is er een duidelijke relatie zichtbaar tussen het aantal bezoeken aan medische diensten en de factoren leeftijdsopbouw, opleidingsniveau en arbeidsparticipatie?

Hypothesen.

In de krimpregio's zullen het aantal bezoeken aan medische diensten hoger uitvallen dan in een de niet krimp regio's.

Naar mate er in verhouding meer middelbaar en hoger opgeleiden in een regio wonen, zal dit zorgen voor meer medische bezoeken in deze regio.

Naar mate de arbeidsparticipatie in een gebied hoger wordt, zal dit invloed uitoefenen op het aantal medische bezoeken.

Er is een positief verband zichtbaar tussen arbeidsparticipatie en het aantal medische bezoeken.

Er is een positief verband zichtbaar tussen opleidingsniveau en het aantal medische bezoeken.

Opbouw thesis.

Ten eerste komt in hoofdstuk 2 het theoretisch kader naar voren waarop dat onderzoek gebaseerd is. Dit zal onderbouwd worden met relevante theorieën uit de hedendaagse wetenschappelijke literatuur ondersteund met theorieën uit de bachelor Sociale Geografie en Planologie. Hierbij zullen de aspecten; sociaal economische status, gezondheid, leeftijdopbouw en krimp besproken worden

In hoofdstuk 3 methodologie worden de aspecten behandeld om de vragen te beantwoorden. Welke data wordt er gebruikt en hoe wordt deze gebruikt om antwoorden op vragen uit het bachelorproject te vinden.

Daarna zal er in hoofdstuk 4 de resultaten die zijn opgedaan aan de hand van de data aan bod komen. Hier zal er per deelvraag de resultaten en vergelijkingen naar voren komen, ondersteund door grafieken en diagrammen.

Aan de hand van de resultaten is de conclusie in hoofdstuk 5 met de belangrijkste bevindingen.

Ten slotte het hoofdstuk 6 met de literatuurlijst en daaropvolgend 2 bijlagen met de vragenlijst van de GGD en de uitgevoerde lineaire regressies.

2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden de factoren sociaal economische status behandeld. Verder wordt er een link gelegd tussen de gezondheid en medische bezoeken. Dit zal worden verduidelijkt met het behavioral model and access to medical care model van Anderssen(1995). De leeftijdsopbouw is ook altijd van belang in een populatie met betrekking tot gezondheid. Een populatie waarin relatief meer ouderen wonen, zal de gezondheid ook slechter zijn (O'Connbell,1998). Tot slotte zal de relatie tussen de slechtere gezondheid en krimpgebieden uit het RIVM rapport 'Gezondheid in krimpregio's' (2011) aan bod komen.

2.1 Sociaal economische status.

Bij dit onderzoek staat het verband tussen sociaal economische status (SES) en de gezondheid centraal. De factoren van SES die in dit onderzoek centraal staan, zijn de arbeidsparticipatie en het opleidingsniveau. Dit is ook een terugkerend onderwerp in de wetenschappelijke literatuur.

In Aber (1987) komt naar voren dat zowel arbeidsparticipatie als sociaal economische klasse van belang als indicator van gezondheidsverschillen:

“Thus class remains an important indicator of health inequalities despite the current high level of unemployment.”

Er zijn tal van onderzoeken in verschillende gebieden en landen waarin de relatie met SES en gezondheid bevestigd wordt. (Bambra & Popham, 2010; Arber,1987; Bartley et. al.,2004; D'Arcy &

Siddique,1985; Janlert et. al., 1992; Koziel et. al.,2010; Von Soest et. al., 2012). De methode van deze onderzoeken is vaak aan de hand van grote bevolkingsenquêtes gedaan (Bartley, M., Owen C. ,1996). Hierin zijn vaak duidelijk uitkomstmaten in opleidingsniveau en ervaren gezondheid terug te vinden. Één voordeel daarvan is dat deze onderzoeken makkelijk te vergelijken zijn. Ook zijn ze zeer betrouwbaar, omdat dit vaak over zeer grote groepen uit de bevolking gaat.

Opleidingsniveau komt in verschillende onderzoeken terug als belangrijke factor met betrekking tot gezondheid (Winkleby et. al. ,1992; Ross & Chia-ling Wu,1995). Mensen met een hoger opleidingsniveau houden er over het algemeen een gezondere leefstijl op na. Een voorbeeld daarvan is roken, dat erg slecht voor de gezondheid is en een belangrijke doodsoorzaak is voor mensen boven de 20 jaar in Nederland(CBS, 2010). Coronaire ziekten en longkanker zijn doodsoorzaak nummer één in Nederland. Ook hiervan is een belangrijke oorzaak roken(Yusuf et. al., 2004). In Huisman et al. (2005) wordt geconcludeerd dat opleidingsniveau van een individu een belangrijke voorspeller is voor roken in de Europese Unie. Factoren die in het verlengde liggen met opleidingsniveau, arbeidsparticipatie en gezondheid zijn inkomen en de mortality rates. Mortality rates zijn het aantal sterfgevallen per 1000 mensen. Er is verband tussen de hoogte van het inkomen en de hoogte van mortality levels (Weeks, 2010). Data van de Verenigde Staten uit 2003 tonen aan dat mensen met een universiteitsdiploma, de mortality rate slechts minder dan een derde waren, dan die van mensen die niet verder dan de middelbare school waren gekomen (Weeks, 2010). Ook deze patronen werden in het verleden bevestigd in Nederlandse onderzoeken (Doornbos en Kromhout, 1991). De hoogte van het inkomen is voornamelijk bepaald door het opleidingsniveau. Hoe hoger mensen zijn opgeleid des te hoger het inkomen ligt. Hetzelfde geldt voor de arbeidsparticipatie, mensen die niet werken hebben minder inkomen dan mensen die wel werken. Daarnaast hangt arbeidsparticipatie weer samen met het opleidingsniveau. Mensen die hoger opgeleid zijn hebben ook weer meer kans op een baan en hiermee zal de arbeidsparticipatie ook weer toenemen(Weeks, 2010). Uit een onderzoek van Bombra en Popham (2010) is naar voren gekomen dat er een verband is tussen arbeidsparticipatie en zelfbeoordeelde gezondheid. Dit onderzoek is gedaan aan de hand van 3% van de "English Census", dit gaat om bijna 700.000 mensen onder 20 tot en met 59 jarigen. Hieruit blijkt dat wanneer mensen een slechtere gezondheid opgaven, de sociaal economische status ook lager lag.

2.2 Gezondheid en medische bezoeken.

Gezondheid kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Een veel gebruikte definitie is van de World Health Organization uit 1948:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

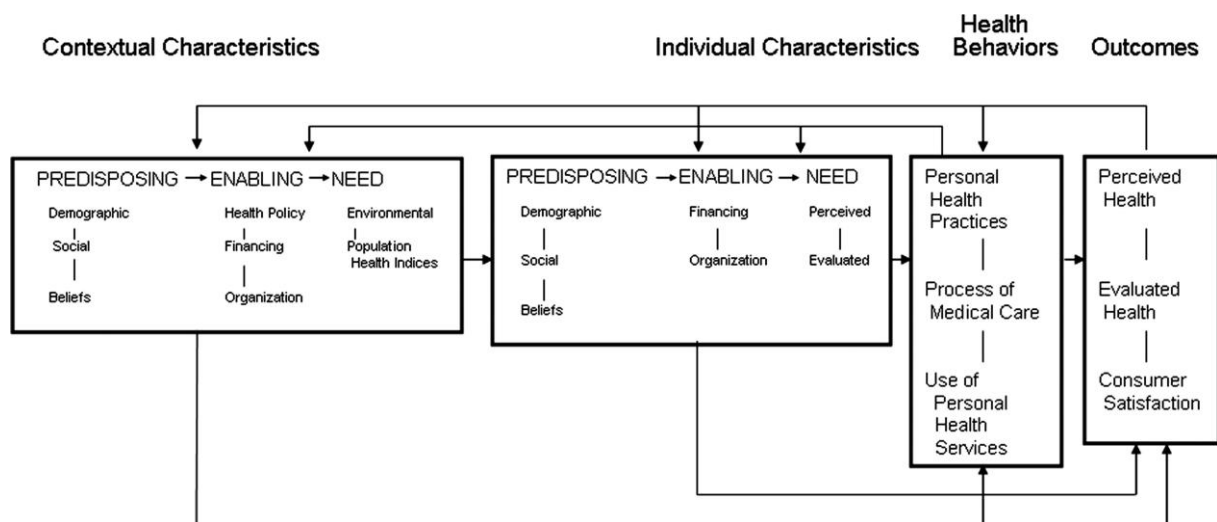
Dat er een verband bestaat tussen sociaal economische status en gezondheid is duidelijk. Hiermee kan ook een link worden gelegd naar het zorggebruik. Mensen met een lage sociaal economische status zullen sneller ziek worden en hiermee ook een hogere medische consumptie hebben (GGD gezondheidsprofiel,2010). Volgens de GGD kan dit verklaard worden uit het feit dat “deze mensen zich zieker voelen, meer chronische ziekten hebben, een slechtere kwaliteit van leven hebben en een korter leven”. In dit rapport komt ook terug dat hoger opgeleide mensen een lagere zorgconsumptie hebben dan lager opgeleiden. In Keskimäki et al. (1995) is in Finland onderzocht gedaan naar SES en het gebruik van medische diensten. Hierbij is gekeken naar vooral wat het veranderde beleid is, die zorgde voor een betaalbare zorg in 25 jaar heeft gedaan. Een bevinding hieruit is dat mensen met een lage SES vaker medische diensten bezoeken. Ook zou deze factor samenhangen met de hogere prevalentie van mensen met een slechtere ervaren gezondheid.

Naast het effect van SES op de gezondheid en hiermee het aantal medische diensten, zijn er ook verschillen in het gebruik van medische diensten wanneer mensen een chronische ziekte hebben. In Krishna Amre et. al. (2002) is er gekeken in Canada naar de SES van de vaders van kinderen met astma en het zorggebruik ervan. In Canada zijn de medische diensten net als in Nederland toegankelijk voor iedereen, dit in tegenstelling tot de Verenigde Staten waarbij er verschillen zijn tussen de medische diensten en de financiële middelen om die diensten te gebruiken. Er werd alleen een significant verband gevonden dat kinderen van vaders met een lage sociaal economische status vaker in het ziekenhuis kwamen te liggen. Een rede hiervan kan zijn dat deze groep niet altijd adequaat toegang heeft tot de juiste medicatie. Een andere factor die aangedragen wordt is dat de ouders uit deze groep sneller op ziekenhuisopname aandringen. In Nederland is er een onderzoek gedaan naar SES en een andere aandoening namelijk Reumatoïde Artritis. Dit gaf juist het tegenovergestelde aan met een uitkomst dat mensen met een hogere SES vaker een medische dienst voor hun aandoening bezochten (Jacobi et. al., 2003)

Een ander aspect dat in de literatuur naar voren komt is de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In Nederland speelt dit geen rol, omdat iedereen bij wet een zorgverzekering dient te hebben. Slechts 0,8 procent van de bevolking in de provincie Groningen is onverzekerd en zelfs bij spoed dient een ziekenhuis een niet verzekerd persoon te accepteren(Gezondheidsprofiel GGD).

In Aday & Anderssen (1993) wordt de invloed van het platteland naar voren gebracht. In de Verenigde Staten zijn de gezondheidszorg in rurale gebieden minder goed toegankelijk voor mensen uit urbane gebieden. In Nederland is dit aspect waarschijnlijk minder van invloed, omdat de afstanden hier veel kleiner zijn. Binnen de provincie Groningen zijn er relatief nog wel grote verschillen in de afstand tot de zorg. De gemeenten de Marne en Eemsmond zijn met een gemiddelde afstand van 20 tot en met 35 kilometer een stuk verder verwijderd van het ziekenhuis dan de gemeente Groningen met een gemiddelde van tussen 1 en 4 kilometer. Het gemiddelde in Nederland ligt op 6,4 kilometer in 2010(Nationale zorgatlas, 2010) .

2.3 Behavioral model and access to medical care.



Figuur 1 de Behavioral Model and Acces to Medical Care bron: Anderssen (1995)

In de jaren zestig is er een model gemaakt in gedrag en gebruik van medische diensten, dit gaat om het model van Andersen (1968), de Behavioral Model and Acces to Medical Care(figuur 1). In Andersen (1995) is dit model opnieuw bekeken en in welke mate dit model relevant en met aanpassingen nog steeds toepasbaar is. Het model is zich meer gaan richten op het individu in plaats van de familie. Dit model is gericht op; waarom mensen gebruik maken van zorg , hoe mensen omgaan met de gezondheidszorg en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Er worden in dit model vier categorieën onderscheiden, namelijk de contextuele kenmerken, individuele kenmerken, gedrag bij gezondheidszorg en vervolgens de uitkomsten. Ten eerste de contextuele kenmerken die bestaan uit de predisponeerde factoren zoals bevolkingsopbouw, sekse en verschil tussen regio's in sociaal economische status. Enabling factor geeft het beleid aan samen met de uitvoering en de

financiering daarvan. Vervolgens is er de daadwerkelijke vraag naar zorgvoorzieningen. Ook kan dit op individueel niveau bekeken worden, hieronder vallen de sociale factoren als de omgeving waar iemand inleeft en hoe deze de individu in zijn keuzes beïnvloed. Verder is er nog de perceptie over gezondheid en gezondheidsgebruik van de zorggebruiker van belang. Vervolgens komt onder de enabeling factor de middelen die de zorggebruiker heeft om gebruik te maken van de zorg. De SES in dit model valt zowel onder de predisponerende factoren als de enabeling factoren. Naast de toegankelijkheid bij de enabeling factor is er nog need factor, die aangeeft in welke mate de individu zorg nodig heeft. De categorie health behaviour geeft onder andere aan hoe een individu handelt met betrekking tot gezondheid. Er wordt daarbij ook de factoren als leefwijze en dieet in meegenomen. Daaropvolgend is het van belang hoe een persoon zich gedraagt wanneer deze een ziekte of een ongezond leefpatroon heeft. Tot slotte is er nog een uitkomsten categorie van gezondheid. Een voordeel hiervan is dat wanneer bijvoorbeeld de consumer satisfaction hoger ligt er ook een beter toegang tot zorg is (Andersen, 2008)

2.4 Leeftijdsopbouw

De leeftijdsopbouw is ook ontzettende bepalend in een gebied en het bezoek aan medische diensten. Wanneer er in een gebied in verhouding meer oudere mensen wonen, zullen er meer gezondheidsproblemen zijn (O'Connell, 1998). Gebieden die onderzocht worden en met elkaar vergeleken worden dient er dan ook om naar een zelfde afspiegeling van leeftijdsopbouw te worden gekeken.

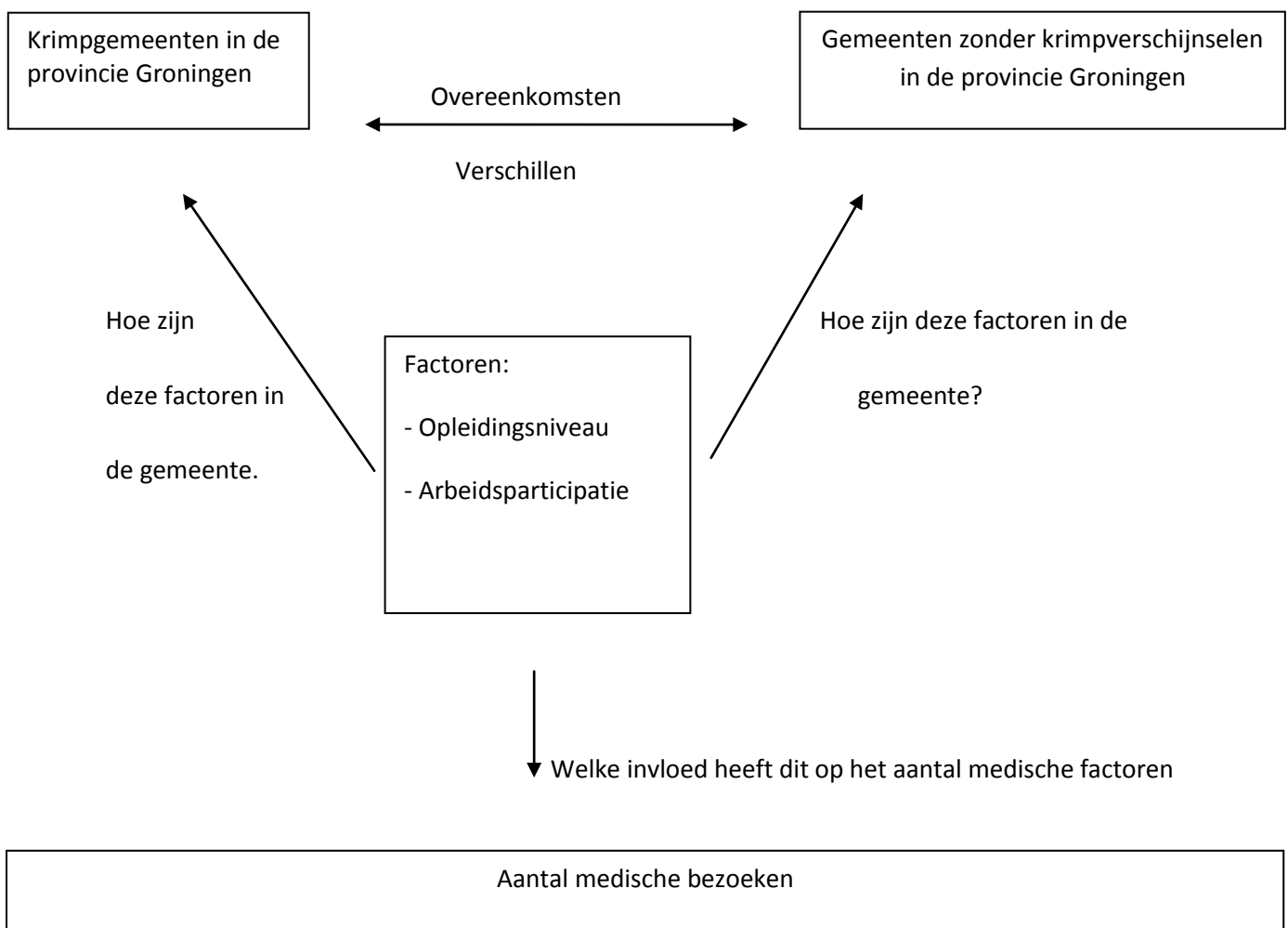
2.5 Krimp.

Een ander aspect wat naar voren is gekomen in RIVM rapport zijn de verschillen tussen krimp en niet krimpgebieden tot de relatie met gezondheid. In de literatuur is er vaak onderzoek gedaan naar verschillen binnen landen uit volkstellingen, maar in mindere mate naar verschillen binnen gebieden in landen. In Bambra en Popham (2010) is er wel onderzoek gedaan naar minder en beter economisch ontwikkelde regio's binnen Engeland. In dit onderzoek wordt aangegeven dat door niet gelijke verdelingen in arbeidsparticipatie en opleidingsniveau er regionale verschillen in gezondheid blijven bestaan. Het advies uit het artikel is dan ook dat er een beleid zal moeten komen die de werkloosheid meer gelijk verdeeld tussen de regio's en hiermee de gezondheidsverschillen kleiner worden.

In Nederland is krimp een veelbesproken onderwerp in het kader van regionale verschillen. Krimp is het verschijnsel van afnemende bevolkingsaantallen in regio of gemeenten. Verder is er ook sprake

van een andere bevolkingsopbouw, jongeren en jonge gezinnen zullen wegtrekken en oudere mensen blijven over (Provincie Groningen, 2010). In onderzoeken naar krimp wordt vooral de nadruk op het leegstand en economische achteruitgang gelegd. Met het onderzoek van het RIVM is de link met gezondheid gemaakt, hieruit is gebleken dat inwoners van krimpgebieden een minder goede gezondheid hebben dan de rest van Nederland. Dit verschil zou aan sociaal economische status te wijten kunnen zijn. Maar een andere niet onderzochte factor die het RIVM aandraagt is het afnemend aanbod van zorgvoorzieningen. Deze relatie wordt onder andere ook gelegd in dit bachelorproject. Maar dan met betrekking op het aantal bezoeken aan medische instanties. Is er een verschil zichtbaar tussen de bezoeken aan medische instanties binnen krimp en niet krimp regio's? Er zal er worden gekeken of er een relatie terug te zien aan het aantal medische bezoeken en sociaal economische status tussen de regio's.

2.6 Conceptueel model



Ten eerste worden er de verschillen beschreven op het gebied van opleidingsniveau en arbeidsparticipatie tussen de verschillen en overeenkomsten in de gemeenten zonder krimpverschijnselen en de gemeenten met krimp verschijnselen. Verder wordt er gekeken door middel van een lineaire regressie of het aantal medische bezoeken daadwerkelijk voor een deel ook te verklaren zouden kunnen zijn uit de variabelen opleidingsniveau en arbeidsparticipatie. In dit onderzoek zal er op het contextuele deel van het model van Anderson(1995) gefocust worden.

3 Methodologie

3.1 Dataverzameling

Er is gekozen voor een kwantitatief onderzoek om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. In verschillende onderzoeken naar sociaal economische status en gezondheid of gebruik van medische diensten wordt dit gedaan aan de hand van volkstellingen (Bartley, M., Owen C. ,1996). Kwalitatief onderzoek is geen optie, omdat dit niet de representativiteit kan geven van alle gemeenten van de provincie Groningen. Ook gaat kwalitatieve data meer in op motieven, terwijl in dit onderzoek vooral naar verbanden wordt gekeken. Het is van belang dat de data een afspiegeling van de Nederlandse bevolking vormt. Immers als er in een gebied in verhouding meer oudere mensen wonen, zullen er meer gezondheidsproblemen zijn (O'Connbell,1998).

Er zijn drie soorten variabelen te onderscheiden om de hoofdvraag en deelvragen te kunnen beantwoorden. Deze variabelen bestaan uit arbeidsparticipatie, opleidingsniveau en het gebruik van medische diensten.

De data voor de arbeidsparticipatie zal worden verkregen door middel van de database statline van het Centraal Bureau de Statistiek(CBS) uit 2010. Er is gekozen voor gegevens van het CSB omdat het een zeer uitgebreide database betreft. In Nederland leveren zij de gegevens aan over bevolkingsontwikkeling en algemene kenmerken van de Nederlandse bevolking. Het gaat om de netto arbeidsparticipatie: het aandeel dat betaald werk heeft voor ten minste 12 uur per week in de potentiële beroepsbevolking van 15 tot 65 jaar. De potentiële beroepsbevolking is het deel van de bevolking dat gelet op zijn leeftijd in aanmerking komt voor deelname aan het arbeidsproces(CBS). Ook de data voor het opleidingsniveau komt van het CBS en deze gegevens komen uit 2010. Het opleidingsniveau bestaat uit vier categorieën, mensen met een laag opleidingsniveau, middelbaar opleidingsniveau, hoog opleidingsniveau en een groep waarbij het opleidingsniveau onbekend is. De lager opgeleide mensen bestaat uit de hoogst voltooide opleidingen; lbo, mavo, vmbo, mbo-1, avo-

onderbouw (eerste drie jaren van havo en vwo). Daarnaast zijn er nog de middelbaar opgeleiden te onderscheiden die havo, vwo of mbo-2-4 hebben voltooid. Tot slotte de hoogopgeleiden die een HBO of een WO opleiding hebben voltooid.

Voor de gezondheid worden de uitkomsten van de gezondheidsenquête van de GGD onder volwassenen uit 2010 gebruikt. Er is een keuze voor volwassenen gemaakt, omdat hierbij de arbeidsparticipatie kan worden meegenomen. Ouderen werken meestal niet en hetzelfde geldt voor jongeren. Als de categorie ouderen was toegevoegd werd de invloed van sociale economische status onduidelijk, omdat dan de factor ouderdom een belangrijke rol gaat spelen.

Het aantal bezoeken aan medische instanties wordt als uitkomstmaat genomen. Hiervoor is de volgende vraag uit de gezondheidsenquête van de GGD gebruikt:

- Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf contact gehad met een van de volgende zorgverleners?

In de toegevoegde bijlage 1 zijn de opties voor de antwoorden bijgevoegd. Het voordeel van het gebruiken van de data van de GGD is dat die enquête is van grote omvang. Het aantal cases bedraagt maar liefst 4473 cases. Wanneer men zelf een enquête uitzet is het onmogelijk om een respons van een dergelijke omvang te krijgen.

3.2 Het onderzoek.

Om de factor aantal medische bezoeken ook de juiste afspiegeling van de bevolkingsopbouw te laten geven, dient deze gestandaardiseerd te zijn. De leeftijdscategorie die onderzocht wordt bestaat uit volwassenen van 18 tot 65 jaar. Voor leeftijdsopbouw worden gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek(CBS) uit 2010 gebruikt. Deze gegevens zijn bereikbaar via de website CBS statline. Hierbij speelt de leeftijdsopbouw van Nederland van belang. Door deze opbouw kunnen er verschillen in het aantal bezochte medische diensten verklaard worden. Door het grote aantal respondenten met verschillende leeftijden kan deze database naar het standaardiseren als vrij betrouwbaar worden gezien. Voor het standaardiseren zullen de leeftijdscategorieën; 19 tot en met 34 jaar, 35 tot en met 49 jaar en 50 tot en met 64 jaar gebruikt worden. De uitkomsten daarvan worden naar de Nederlandse bevolkingsopbouw in die leeftijdscategorieën gestandaardiseerd. De variabelen arbeidsparticipatie en opleidingsniveau worden niet per leeftijd of leeftijdscategorie gegeven. Hierdoor is het ook onmogelijk deze data te standaardiseren. De cases worden ingedeeld per gemeente aan de hand van de opgeven postcode per case. De gegevens van de GGD over de medische bezoeken zijn gesorteerd op het aantal medische bezoeken. Dit is opgedeeld in de volgende categorieën:

- Geen bezoeken aan medische diensten
- 1 tot en met 3 bezoeken aan medische diensten
- 4 tot en met 6 bezoeken aan medische diensten
- Meer dan 6 bezoeken aan medische diensten.

Verder zijn de voor de deelvragen de variabelen arbeidsparticipatie, opleidingsniveau en aantal bezoeken aan medische diensten ingedeeld in 3 gebieden; sterke krimp regio, matige krimpregio en niet krimpgebied (figuur 2). De indeling voor de regio's komt uit het rapport "Krimp als structureel probleem, 2009, de regio met de sterkste krimp betreft de Eemsdelta en gemeente De Marne met meer dan 10% bevolkingsdaling, de Eemsdelta bestaat uit de gemeenten; Appingedam, Delfzijl, Eemsmond en Loppersum. Verder is er nog de regio matige krimp 3-9% bevolkingsdaling; Menterwolde, Oldambt, Pekela, Stadskanaal, Veendam en Vlagtwedde en de overige gemeenten; Bedum, Bellingwedde, Groningen, Grootegast, Haren, Hoogezand-Sappemeer, Leek, Marum, Slochteren, Ten Boer, Winsum en Zuidhorn. De gemeente Leek zal buiten beschouwing worden gelaten, omdat bij deze enquêtes de leeftijdscategorie 19 tot en met 35 jaar ontbreekt. De prognose uit Krimp als Structureel probleem gaat uit van de periode 1995 tot en met 2025 door het Planbureau voor de Leefomgeving en het Centraal Bureau voor de Statistiek.



Figuur 2 Overzicht krimpgebieden bron: Krimp als structureel probleem, 2009

Het is van belang dat er een gewogen gemiddelde per gebied wordt genomen. Gemeenten met een groter aantal inwoners zal meer wegen dan een kleinere gemeente. Om dit gewogen gemiddelde uit te rekenen is er ook weer door middel van de database statline van het CBS het aantal inwoners voor 2010 per gemeente opgevraagd. Per gebied is er uitgerekend wat het totaal aantal inwoners van het gebied is en aan de hand daarvan het aandeel per gemeente in het gemiddelde uitgerekend.

Vervolgens kon er voor de drie variabelen het gewogen gemiddelde per de drie gebieden genomen. De data zal worden verduidelijkt door middel van overzichtelijke tabellen en grafieken. De gegevens van de factoren kunnen doormiddel van SPSS vergeleken worden met het aantal medische bezoeken en gekeken of er een duidelijke relatie zichtbaar is. Om de gegevens geschikt te maken voor de toetsing door middel van SSPS is er Excel gebruikt. Hierin zijn de relevante gemeenten gesorteerd en zijn de medische bezoeken ingedeeld.

Een ethisch vraagstuk kan zijn dat er een bepaald beeld van een gemeente naar voren komt. Een voorbeeld hiervan is bij dit bachelorproject dat er in een bepaalde gemeente meer lageropgeleiden werkzaam zijn dan in andere gemeenten in de provincie Groningen. Een ethische aspect kan zijn dat mensen invullen dat ze minder vaak een medische dienst bezoeken, dan dat ze dat daadwerkelijk doen. Dit kan te maken hebben dat ze zich dan ongezonder voelen of een medisch bezoek niet mee tellen, als er na een doktersbezoek niks aan de hand bleek te zijn. Ook kunnen er stereotyperingen naar voren komen, zoals dat mensen met een laag opleidingsniveau vaker naar een dokter gaan en een slechtere gezondheid hebben.

3.3 Onderzoeksvragen

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden dient er gekeken te worden naar de deelvragen.

In welke mate verschillen de bezoeken aan medische diensten in de vergeleken gemeenten in de provincie Groningen?

Hierbij zullen de verwerkte gegevens door middel van Excel worden weergegeven in een staafdiagram. Hierdoor kunnen de verschillen tussen de gemeenten duidelijk worden gemaakt. Ook zullen de verschillen in de sterke krimpgebieden, matige krimpgebieden en niet krimpgebieden berekend worden en de invloed van standaardisatie.

Wat zijn de verschillen in opleidingsniveau en arbeidsparticipatie in krimpgemeenten en normale gemeenten?

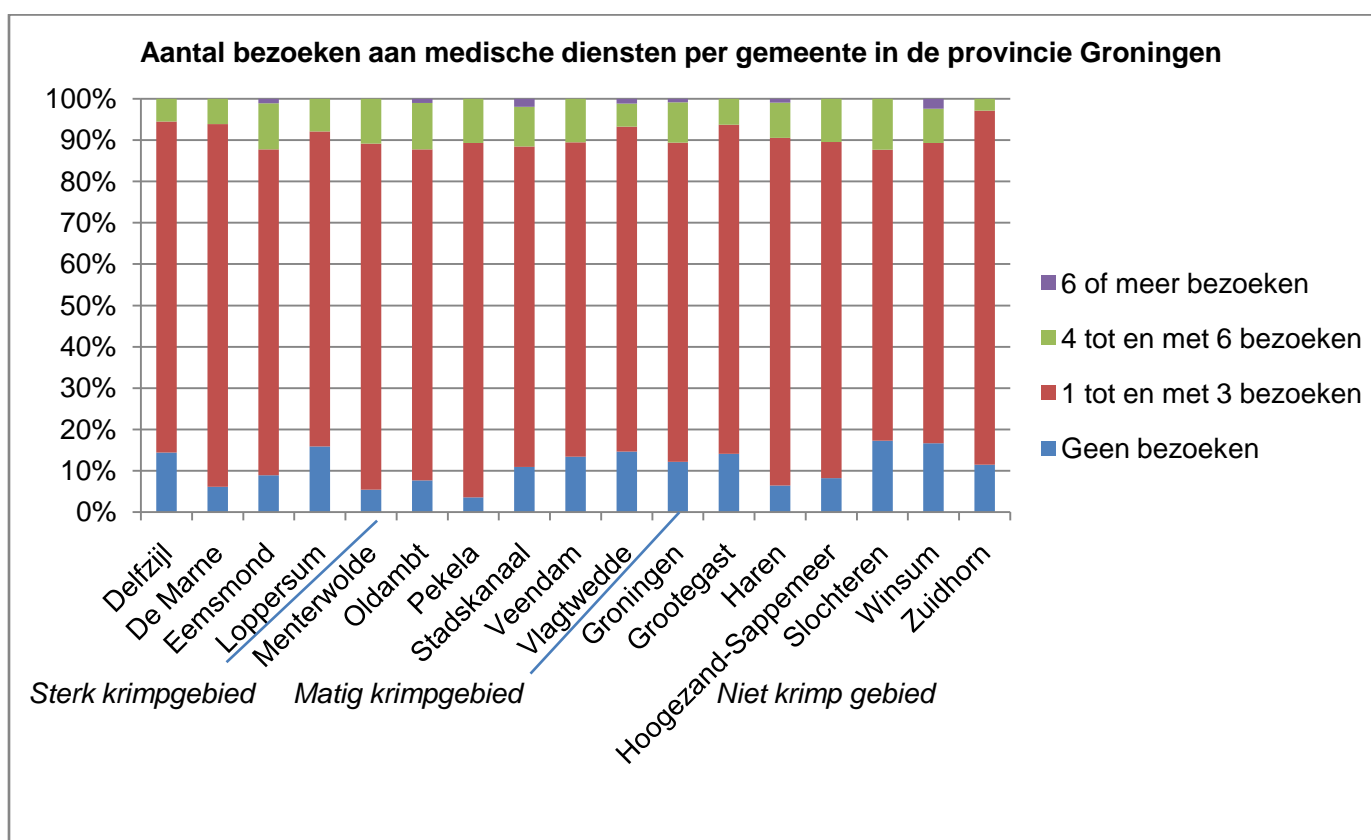
Dit zijn de gegevens van opleidingsniveau en arbeidsparticipatie die toegepast worden vanuit de database uit 2010 van het CBS. Voor gebiedopdeling van de provincie Groningen wordt weer het gewogen gemiddelde. Verder wordt alles weer verduidelijkt door middel van staafdiagrammen

Is er een duidelijke relatie zichtbaar tussen het aantal bezoeken aan medische diensten en de factoren leeftijdsopbouw, opleidingsniveau en arbeidsparticipatie?

Dit zal getoetst worden om de relatie duidelijk te maken. Er zal een lineaire regressie worden toegepast om te kijken of er een positief lineair verband tussen de factoren voorkomt. In een vergelijkbaar onderzoek met een census van Brambra en Popham (2010) tussen gezondheid en sociaal economische status is dezelfde methode toegepast. Deze lineaire regressie zal uitgevoerd worden in SPSS. Hierbij zullen de gemeenten genomen worden om genoeg cases te hebben in plaats van de opdeling in drie gebieden aan de hand van krimp. Hierbij zal door middel van een scatter plot gekeken worden of er aanleiding is om een lineaire regressie uit te voeren. De lineaire regressie kan een duidelijk beeld van onafhankelijke variabelen opleidingsniveau en arbeidsparticipatie weergeven. Door middel van de eerste twee deelvragen zal bepaald worden welke categorieën bij het opleidingsniveau en het aantal bezoeken zal worden bekeken. Als er bijvoorbeeld bij alle gemeente 1 tot en met 3 bezoeken aan medische diensten rond dezelfde verhoudingen liggen terwijl er qua opleidingsniveau wel grote verschillen zijn, zal hier geen verband worden gevonden.

4. Resultaten

4.1 In welke mate verschillen de bezoeken aan gemeenten in de vergeleken gemeenten in de provincie Groningen en de gebieden; niet krimp, matige krimp en Eemsdelta?



Figuur 3 Verdeling aantal bezoeken per gemeente in de provincie Groningen, gestandaardiseerd, gegevens uit de gezondheidsenquête van volwassen bron GGD 2010

In figuur 2 is een grafiek met de verdeling van het aantal bezoeken aan medische diensten weergegeven. De eerste reeks uit de sterke krimp gebieden van Appingedam tot en met Loppersum bezoekt door middel van een gewogen gemiddelde 12 % van het aantal mensen geen enkele medische dienst per jaar. In de matige krimp regio in de reeks Menterwolde tot en met Vlagtwedde ligt dit percentage wat lager met 9,0 %. Terwijl in het niet krimpgebied Bedum tot en met Zuidhorn dit weer in de buurt ligt met het sterke krimpgebied met een gemiddeld gewogen percentage van 11,5 %. Er is een kleine afname van het aantal medische bezoeken zichtbaar naar mate het gebied krimpt. Dit zou kunnen betekenen dat de bereikbaarheid van het aantal zorgverleners in

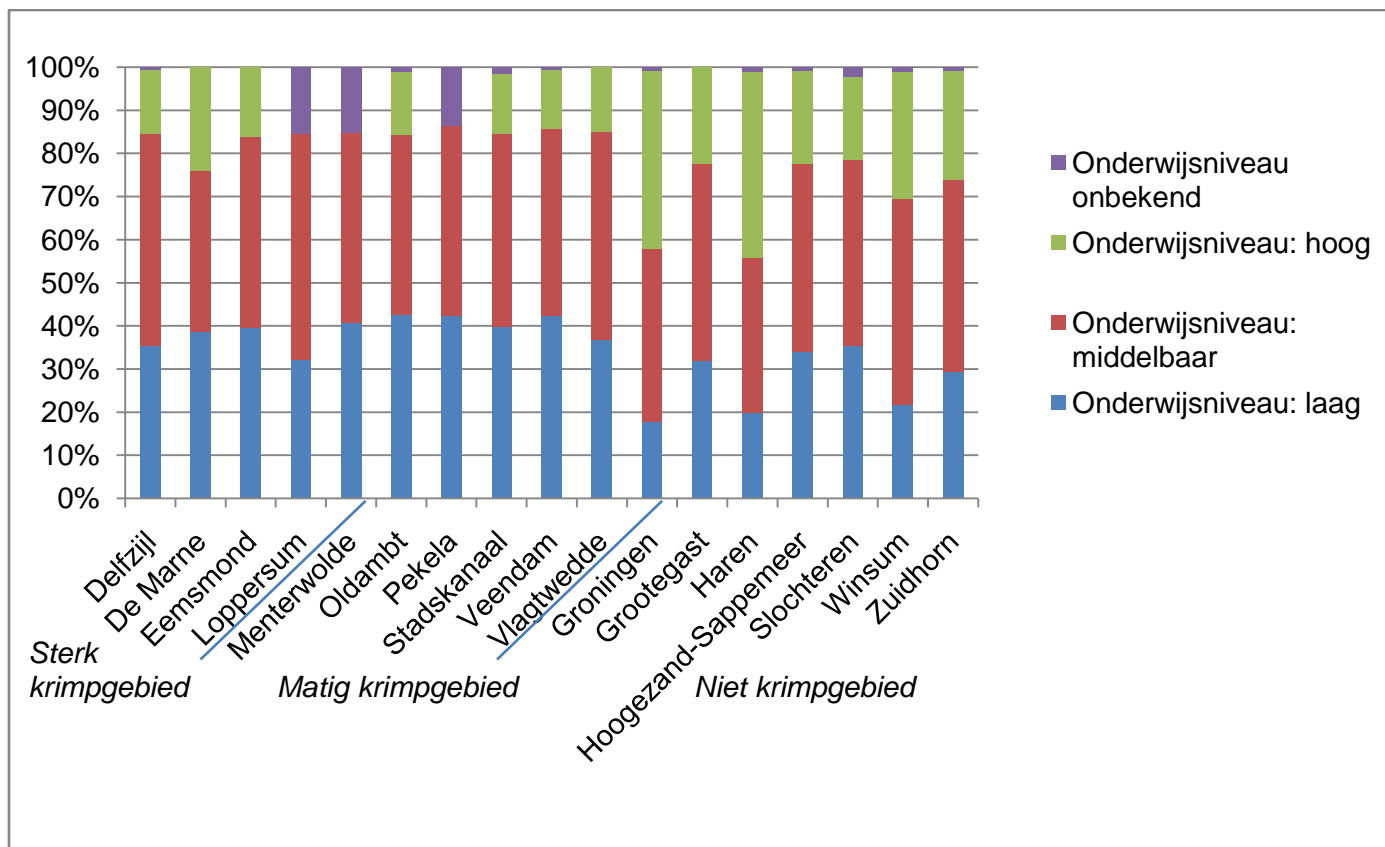
krimpgebieden slechter is in vergelijking tot krimpgebieden. Ook kan het zijn dat men in krimpgebieden minder snel een medische dienst bezoekt en dit kan in verband staan tot het opleidingsniveau in de regio. Het effect van de bevolkingopbouw is ook duidelijk terug te zien (tabel 1). Ten eerste het sterke krimp gebied, dat niet gestandaardiseerd en wel gestandaardiseerd een groter verschil in het percentage aantal mensen dat 1 tot en met 3 keer naar een medische dienst gaan, dit verschil is bij de niet krimpgebieden veel kleiner. Een ander opvallend verschil is dat mensen uit het matige krimpgebied en niet krimpgebied naar het standaardiseren veel vaker meer dan 4 keer per jaar medische diensten bezoeken dan het sterke krimpgebied. Dit ligt bij het sterk krimpgebied op slechts 6,5% terwijl dit bij matig en niet krimp gebied boven de 10% ligt. Er wordt in dit onderzoek de nadruk gelegd op de categorie geen medische bezoeken en meer dan 4 medische bezoeken in de afgelopen 12 maanden, omdat hier de grootste verschillen zichtbaar zijn. Dit zal in de vergelijking met de relatie tussen de twee factoren arbeidsparticipatie en opleidingsniveau en de het aantal medische bezoeken worden meegenomen.

| | | Sterk krimpgebied Eemsdelta | Matig krimpgebied | Niet krimp gebied |
|------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Geen bezoek aan medische diensten | Niet -Gestandaardiseerd | 11,50 % | 9,76 % | 10,86 % |
| | Gestandaardiseerd | 12,02 % | 9,00 % | 11,53 % |
| 1 tot en met 3 | Niet -Gestandaardiseerd | 81,14 % | 79,38 % | 78,09 % |
| | Gestandaardiseerd | 75,12 % | 74,07 % | 76,75 % |
| 4 tot en met 6 | Niet -Gestandaardiseerd | 7,12 % | 10,00 % | 9,29 % |
| | Gestandaardiseerd | 6,48 % | 9,73 % | 9,24 % |
| Meer dan 6 | Niet -Gestandaardiseerd | 0,24 % | 0,86 % | 0,80 % |
| | Gestandaardiseerd | 0,22 % | 0,40 % | 1,33 % |

Tabel 1 Het aantal bezoeken dat mensen doen in percentages uit gedrukt in de drie onderzochte gebieden. Bron: Gezondheidsenquête van volwassenen GGD 2010)

4.2 Wat zijn de verschillen in opleidingsniveau en arbeidsparticipatie in krimpgebieden en normale gemeenten?

De rol van opleidingsniveau is van belang bij gezondheid van mensen. Alleen de vraag is in welke mate dit het bezoek aan medische bezoeken beïnvloedt. In de volgende staafdiagram figuur 4 wordt de verdeling tussen laag-,middelbaar-en hoogopgeleiden weergegeven.



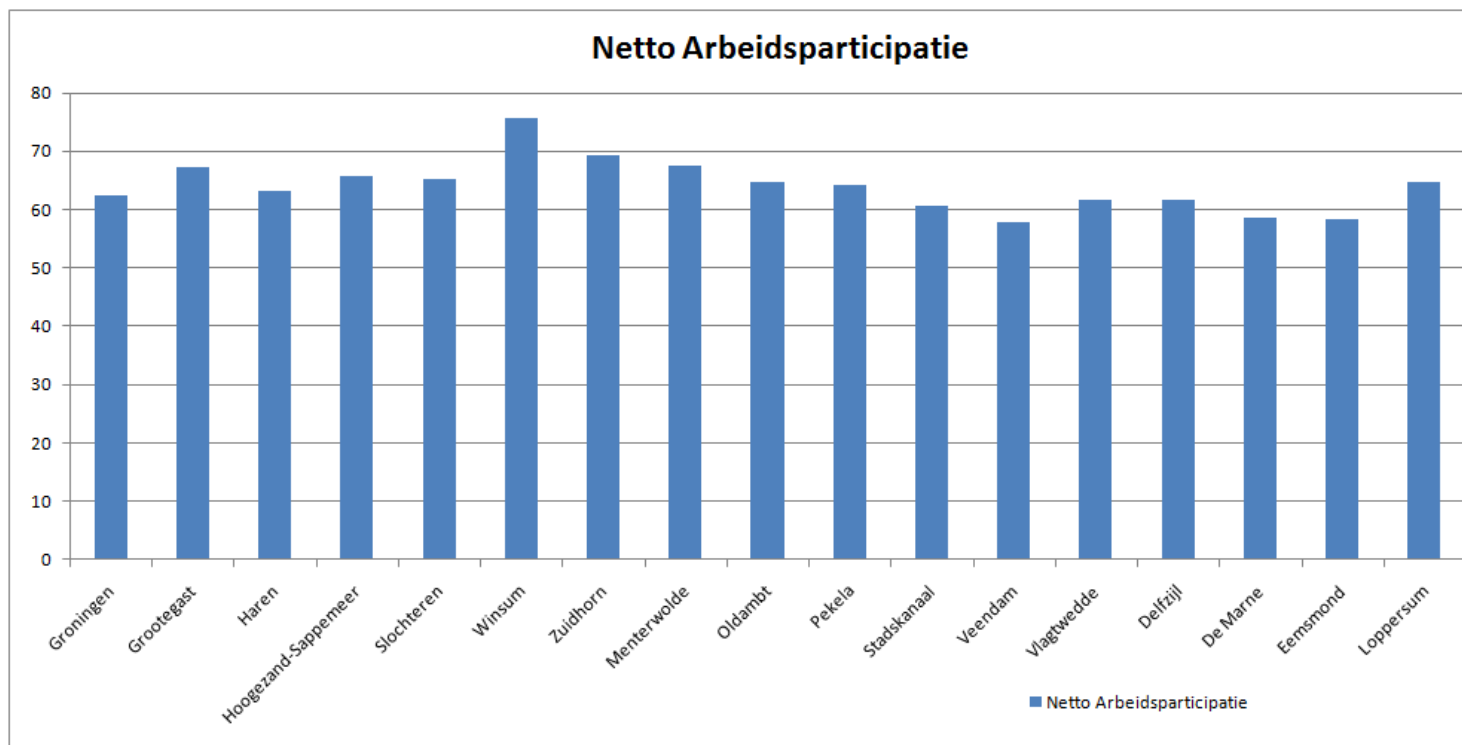
Figuur 4 Opleidingsniveau in de gemeenten van de provincie Groningen Bron: CBS, 2010

In het niet krimpgebied ligt het aandeel middelbaar samen met hoger opgeleid op 76,9% tegenover in het matige krimp gebied 55,6% en het sterk krimp gebied 60,8%. Er is duidelijk zichtbaar dat er in de niet krimp gemeenten in de provincie Groningen mensen hoger geschoold zijn. Wanneer men kijkt naar de hoogopgeleiden is dit verschil nog meer zichtbaar, hierbij komt het gemiddelde in niet krimp gebieden op 35,4% ten opzichte van het matige krimp gebied met 11,7% en het sterke krimp gebied met 14,3%. Een kanttekening hierbij is dat de gemeente Groningen in verhouding met een aandeel in het gewogen gemiddelde van 62% een grote invloed heeft op het aantal hoogopgeleiden in het niet krimp. In de stad Groningen zitten in verhoudingen meer hoger opgeleide mensen met 41,1 % van de bevolking, doordat er een universiteit en hogescholen zijn gevestigd(CBS). In vergelijking met de aandeel hoger opgeleiden in de Nederlandse bevolking, die bedraagt 29% (CBS) is dit een groot verschil.

| Onderwijsniveau: | Laag | Middelbaar | Hoog |
|-----------------------------|---------|------------|---------|
| Sterk krimpgebied Eemsdelta | 36,43 % | 46,54 % | 14,29 % |
| Matig krimpgebied | 41,04 % | 43,89 % | 11,72 % |
| Niet krimp gebied | 22,19 % | 41,33 % | 35,57 % |

Tabel 1 In percentages de onderwijsniveaus in de bevolking 15-65 jaar bron: CBS, 2010

Verder is er ook nog de factor arbeidsparticipatie, die ook van invloed kan zijn op de gezondheid en onder de sociale economische status (SES) valt.



Figuur 5 Netto arbeidsparticipatie in de gemeenten van de provincie Groningen bron: CBS, 2010

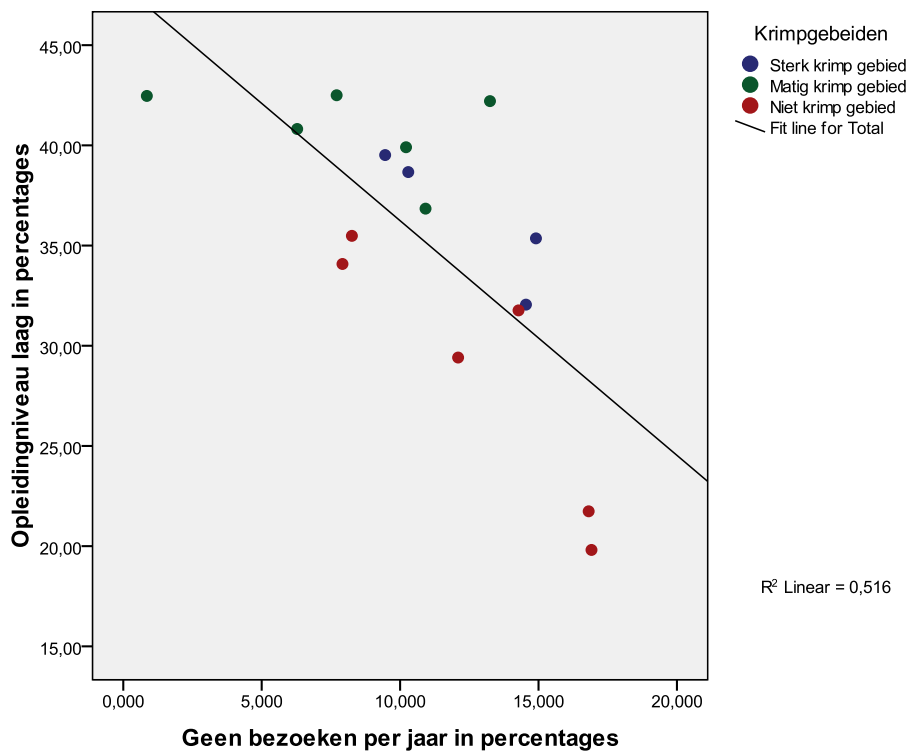
In figuur 4 staat de netto arbeidsparticipatie in de gemeenten van de provincie Groningen weergegeven. In het niet krimp gebied zit alles boven de 60% met een gewogen gemiddelde arbeidsparticipatie van 64,2%. In de krimp gebieden valt dit een stuk lager uit met in het matige krimp 62,2% en in het sterke krimpgebied op 60,8%. Ter vergelijking met Nederland waar de netto arbeidsparticipatie op 67% bedraagt en in de provincie Groningen met 62,7% (CBS, 2010).

| | Netto arbeidsparticipatie |
|-----------------------------|---------------------------|
| Sterk krimpgebied Eemsdelta | 60,79 % |
| Matig krimpgebied | 62,22 % |
| Niet krimp gebied | 64,17 % |

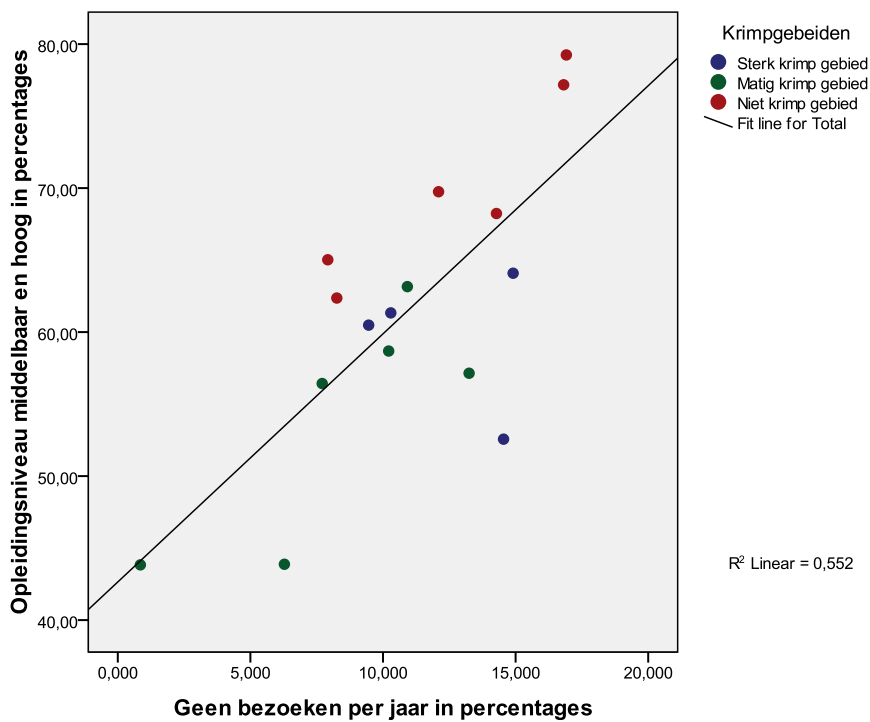
Tabel 2 Netto arbeidsparticipatie per regio bron CBS, 2010

4.3 Is er een duidelijke relatie zichtbaar tussen het aantal bezoeken aan medische diensten en de factoren opleidingsniveau en arbeidsparticipatie?

Om te kijken of er een verband bestaat tussen sociaal economische status en de factoren opleidingsniveau en arbeidsparticipatie worden een aantal scatter plots uitgevoerd. De variabele opleidingsniveau is getoetst met het aantal keren medische bezoeken. Ten eerste is er gekeken naar geen medische bezoeken samen met de variabelen laag en middelbaar en hoog opleidingsniveau samengenomen. Hierbij zijn de uitkomsten van de variabelen per gemeente genomen en deze zijn vervolgens in de scatter plots verwerkt.. Er is gekozen voor het vergelijken van geen bezoeken en meer dan vier bezoeken, omdat het duidelijkste verschillen in krimp en niet krimpgebieden. Vooral boven de 4 medische bezoeken per persoon waren duidelijke verschillen waar te nemen. Bij het opleidingsniveau zijn er middelbaar en hoger opgeleide mensen samengenomen.



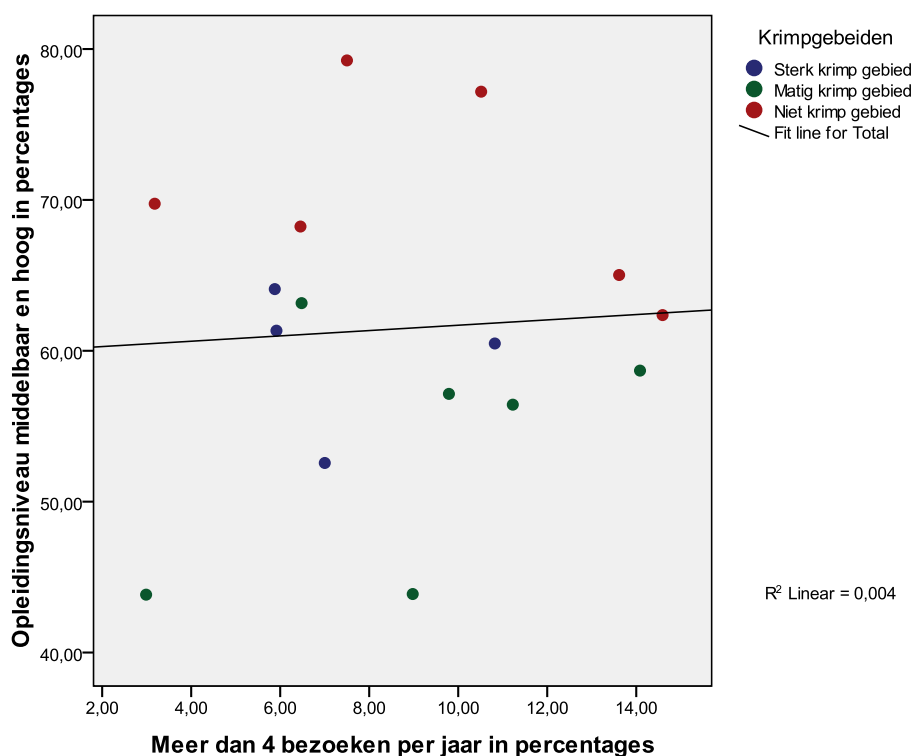
Figuur 6 Scatter plot tussen opleidingsniveau laag en geen bezoeken aan medische diensten in de afgelopen 12 maanden, bronnen: GGD,2010 & CBS, 2010



Figuur 7 Scatter plot tussen opleidingsniveau middelbaar en hoog en de factor geen bezoeken aan medische diensten in de afgelopen 12 maanden, bronnen: GGD,2010 & CBS, 2010

Uit bovenstaande scatter plot in figuur 6 komt er naar voren dat er bij geen medische bezoeken er maar liefst 51,6% verklaard zou kunnen worden uit opleidingsniveau laag en correleren de variabelen met 0,719. Ook is er nog het verband tussen opleidingsniveau en middelbaar en hoog bekeken. Dit kwam dan uit op 55,2 % van de variabele geen medische bezoeken te verklaren zou zijn aan de hand van het opleidingsniveau en correleren de variabelen met 0,743 (figuur 7). Verder zijn deze waarden significant. Wat een duidelijk beeld geeft van de verband is of de verbanden positief of negatief zijn. In figuur 6 is het positief negatief verband terug te zien. Oftewel hoe kleiner het aandeel lager opgeleiden in de bevolking des te hoger het percentage dat geen medische dienst bezoekt in een jaar in de gemeente. Hetzelfde is terug te zien wanneer de middelbaar en hoger opgeleiden worden bekeken met geen medische diensten. Dit sluit aan op figuur 6 en in figuur 7, er is dan ook zichtbaar dat hoe groter het aandeel middelbaar en hoger opgeleiden in de bevolking des te groter het percentage dat geen medische diensten bezoekt.

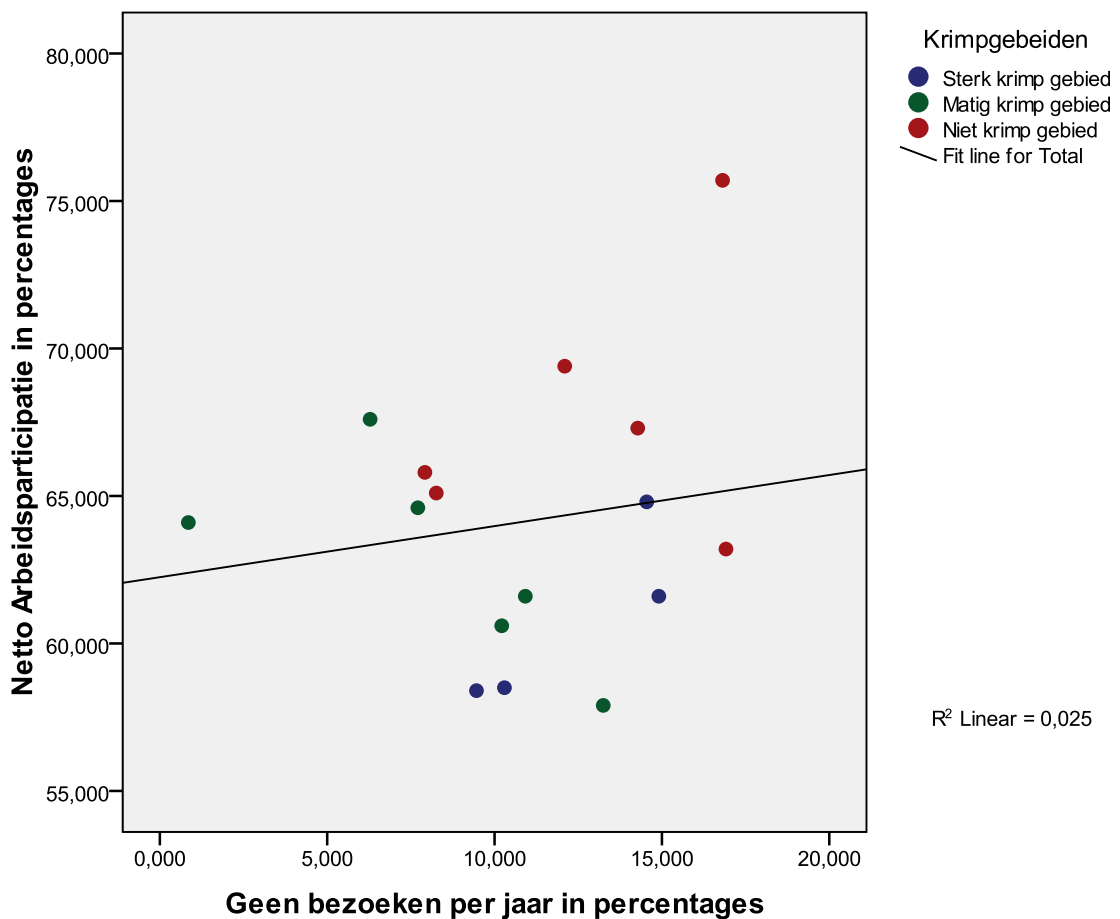
Om het verband duidelijker zichtbaar te maken, is er ook gekeken naar meer dan 4 bezoeken. In figuur 8 is een scatter plot van middelbaar en hoogopgeleide mensen en meer dan 4 bezoeken te zien.



Figuur 8 Scatter plot tussen opleidingsniveau middelbaar en hoog en meer bezoeken dan vier bezoeken aan medische diensten in de afgelopen 12 maanden, bronnen: GGD,2010 & CBS, 2010

De R kwadraat geeft hier met 0,4 % een nog hoger te verwachten percentage aan dan bij geen bezoeken aan medische aan medische diensten. Bij laag opleidingsniveau ligt dit percentage op 1,3 %. Aan de hand van deze twee scatter plots is er ook weer een lineaire regressie uitgevoerd. Aan de hand van deze scatter plots kunnen er geen lineaire regressies worden uitgevoerd. Het veronderstelde verband is niet terug te zien in de scatter plots.

Vervolgens is er naar de variabele arbeidsparticipatie gekeken. Deze variabele is ook weer eerst verwerkt in scatter plots. Hierbij is er weer een vergelijking gemaakt tussen geen medische bezoeken of meer dan 4 medische bezoeken per jaar aan medische diensten. In de scatter plots kwam er duidelijk naar voren dat deze variabelen met slecht 2,5% zouden kunnen correleren.



Figuur 9 Scatter plot tussen arbeidsparticipatie en geen bezoeken aan medische diensten in de afgelopen 12 maanden, bronnen: GGD,2010 & CBS, 2010

5. Conclusie

Het doel van deze scriptie is om te onderzoeken wat voor invloed er zichtbaar is op het gebied van aantal bezoeken aan medische diensten door de factor leeftijdsopbouw en de sociaal economische factoren opleidingsniveau en arbeidsparticipatie in krimpgebieden en gemeenten zonder verschijnselen van krimp in de provincie Groningen.

Verschillen in krimp en niet krimpgebieden

De eerste veronderstelling is dat er een relatie zou zijn tussen sociaal economische status en gezondheid. In de literatuur komt dit verband vaak naar voren, maar de veronderstelling dat het verband zou hebben met het aantal medische bezoeken minder. In Aber et. al. (1987) komt het verband tussen opleidingsniveau en medische toestand van personen naar voren en in de loop van de jaren zijn vele onderzoeken naar gedaan. In het RIVM (2011) rapport komt ook naar voren dat de gezondheid in de krimpgebieden slechter is.

Een belangrijke factor van de gezondheid in gebied of populatie is de leeftijdsopbouw (O'Connell,1998). In de resultaten is rol van leeftijd terug te zien in de gestandaardiseerde en niet gestandaardiseerde data. In tabel 1 is te zien dat er bij 1 tot en met 3 bezoeken aan medische diensten grote verschillen zijn tussen wel en niet gestandaardiseerd. In het sterk krimpgebied ligt het gestandaardiseerde percentage met 6% lager dan in de werkelijkheid. Hoe sterker het gebied krimpt des groter het effect is van standaardiseren. Dit sluit ook aan bij de theorie dat de bevolkingssamenstellingen in krimp gebieden aan het veranderen is, namelijk jongeren en jonge gezinnen trekken weg en ouderen blijven over(Provincie Groningen, 2010).

In het aantal gestandaardiseerde medische bezoeken zijn er een aantal opmerkelijke verschillen terug te zien(Tabel 1). Sterk krimpgebied heeft met 12% geen bezoeken aan medische de hoogste uitkomst. Het niet krimpgebied met 11,53% ligt daar vlakbij en in het matig krimpgebied ligt het veel lager met 9 %. Een ander duidelijk verschil is er zichtbaar bij meer dan 4 bezoeken die in het sterke krimpgebied veel lager ligt met 6,5% tegenover de meer dan 9% in matig en niet krimpgebieden. Uit de literatuur kon het tegenovergestelde verwacht worden. Mensen met een lage sociaal economische status zullen sneller ziek worden en hiermee ook een hogere medische consumptie hebben (GGD gezondheidsprofiel,2010). Er is namelijk een lagere SES in de sterke-en matig krimpgebieden. De hoogopgeleiden die een HBO of een WO opleiding hebben zijn in verhouding meer terug te vinden in de niet krimpgebieden. In het niet krimpgebied ligt het aandeel middelbaar samen met hoger opgeleid op 76,9% tegenover in het matige krimp gebied 55,6% en het sterk krimp gebied 60,8%. Dit verschil is ook afgezet tegen het aantal medische bezoeken. In een scatter plot

kwamen er een duidelijk verband naar voren tussen het opleidingsniveau en geen bezoek aan medische bezoeken. Dit verband bleek door middel van een lineaire regressie ook te kloppen.

Bij geen bezoek aan medische diensten in afgelopen 12 maanden kan er 51,6% verklaard worden uit opleidingsniveau laag en correleren de variabelen met 0,719. Bij het opleidingsniveau middelbaar samen met hoog kwam dit uit op 55,2 % en correleren de variabelen met 0,743. Des te meer relatief lager opgeleiden er in een gebied woonden des te lager het aantal geen bezoeken aan medische diensten is. Dit sluit aan bij de veronderstelling die in het theoretisch kader is gedaan. Opmerkelijk is dat wanneer er gekeken werd naar meer dan vier medische bezoeken hierbij geen verband werd gevonden(Figuur 8 & 9). Hierbij zou gelden hoe meer lageropgeleiden in gebied wonen des te meer er gebruik wordt gemaakt van medische diensten. Een verklaring hiervoor vanuit het behaviour model van Anderssen (1995) kan zijn dat de zorg minder goed toegankelijk is voor lager opgeleiden. In Nederland zal dit niet te maken hebben met de financiële middelen uit het model om toegang tot de zorg te krijgen. In Nederland is iedereen verplicht zich te verzekeren en hiermee is ook de toegang tot zorg voor iedereen gelijk(Gezondheidsprofiel GGD) . Een aspect die van invloed kan zijn op het individu is de kennis om gebruik te maken van medische diensten. Lager opgeleiden kunnen hierbij in het nadeel zijn. Contextuele kenmerken uit de behavioral model zouden juist een hogere consumptie van lager opgeleiden kunnen bevestigen. De afstand van de zorg zou ook nog bepalend voor de medische consumptie kunnen zijn. In de sterke krimp gemeenten de Marne en Eemmond ligt de afstand tot ziekenhuizen met 20 tot en met 25 kilometer een stuk boven het Nederlandse gemiddelde met 6,2 kilometer(Nationale zorgatlas,2010). Ook de rol van arbeidsparticipatie die in het verband staat met opleidingsniveau en deel uitmaakt van SES blijkt in de resultaten geen verband te hebben met de medische bezoeken. Uit scatter plots blijkt dat bij zowel geen bezoeken als meer dan vier bezoeken geen duidelijk verband waarneembaar is.

Tot slotte is nog de variabele arbeidsparticipatie bekeken in de scatter plots. In figuur 9 is ook hierbij geen verband waargenomen. Bij geen bezoeken aan medische diensten en arbeidsparticipatie is ook weer zichtbaar dat geen bezoeken aan medische diensten voor te een deel te verklaren zou kunnen zijn aan de hand van de factor arbeidsparticipatie. Ook de variabele meer dan vier bezoeken aan medische diensten in de afgelopen 12 maanden en arbeidsparticipatie is er door middel van de scatter plots geen verband zichtbaar.

In het rapport van het RIVM komt ook naar voren dat het aantal medische diensten een factor zouden kunnen zijn op het gebied van de gezondheid. In deze bachelorscriptie is er gekeken naar het algemene beeld van het gebruik van medische diensten. Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat er in gemeenten van de provincie Groningen een duidelijk verband in tussen SES en het gebruik van

medische diensten. Wellicht zou er bij een specifieke aandoening of ziekte een beter beeld naar voren komen. Kortom, bij een vervolgonderzoek zal er gekeken kunnen worden naar welke medische diensten er in een gebied zitten en welke mensen met welke sociaal economische status maken daar gebruik van.

6. Literatuurlijst

Alegria M., Bijl R.V., Lin E., Walters E.E., Kessler R.C. (2000) Income Differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders: A Comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 383–91

Andersen, R. (1968). Behavioral model of families' use of health services. Research Series No. 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioural model and access to medical care - Does it matter? *Journal of health & social behavior*, 36, 1-10.

Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical care*, 46, 647-653.

Arber, S (1987) Social class, non-employment, and chronic illness: Continuing the inequalities in health debate *British Medical Journal* 294(6579), 1069-1073.

D'Arcy, C. & Siddique (1985) Unemployment and health: An analysis of 'Canada Health Survey' data *International Journal of Health Services*, 15(4), 609-635.

Bambra, C., Popham, F. (2010) Worklessness and regional differences in the social gradient in general health: Evidence from the 2001 English Census *Health and Place*, 16(5), 1014-1021.

Bartley, M., Owen C. (1996) Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93 *British Medical Journal*, 313(7055), 445-449.

Bartley, M. Sacket, A. & Clarke, P. (2004) Employment status, employment conditions, and limiting illness: Prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001 *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (6), 501-506.

Bossuyt, N. et al (2004) Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health*. 118 (1), 3-10.

Catherine E. Ross & Chia-ling Wu (1995) The Links Between Education and Health *American Sociological Review*, 60(5), 719-745.

O'Connbell, J. M. (1998) The relationship between health expenditures and the age structure of the population in OECD countries *Health Economics*, 573–578.

Dijkstal, H. F. & Mans, J. H. (2009) Krimp als Structureel Probleem [geraadpleegd op 3-3-2012]. http://www.provinciegroningen.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/Downloads/Rapport_Topteam_Krimp_Groningen_2009.pdf

Hawkins, N. M. et al. (2012) Heart failure and socioeconomic status: Accumulating evidence of inequality *European Journal of Heart Failure*. 14 (2), 138-146.

Huisman, M., Kunst, A. E. & Mackenbach, J.P. (2005) Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: Comparing education and income. *Preventive Medicine* 40(6), 757-764

Jacobi, C. E., Mol, G. D., Boshuizen, H. C., Rupp, J., Dinant, H. J. & Van Den Bos, G. A. Impact of socioeconomic status on the course of rheumatoid arthritis and on related use of health care services *Arthritis Care and Research* 49 (4), 567-573

Janlert, U., Asplund, K. & Weinehall, L. (1992) Unemployment and cardiovascular risk indicators. Data from the MONICA survey in northern Sweden *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 20(1), 14-18

Keskimäki, I., Salinto, M. & Aro, S. (1995) Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need *Social Science Medicine* 41 (3), 425-431

Kozziel, S., Lopuszańska, M., Szklarska, A. & Lipowicz, A. (2010) The negative health consequences of unemployment: The case of Poland *Economics and Human Biology*, 8(2), 255-260.

Krishna Amre, D., Infante-Rivard, M. D. & Gautrin, D. (2002) Socioeconomic Status and Utilization of Health Care Services Among Asthmatic Children. *Journal of asthma* 39 (7), 625-631

Popham, F. & Bambra, C. (2010) Evidence from the 2001 English Census on the contribution of employment status to the social gradient in self-rated health *J Epidemiol Community Health*, (64)3, 277-280

Von Soest, T., Bramness, J.G., Pedersen, W. & Wichstrøm, L. (2012) The relationship between socioeconomic status and antidepressant prescription: A longitudinal survey and register study of young adults *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 87-95.

Weeks, J. R. (2010) Population. An Introduction to Concepts and Issues, 10e Editie. Belmont: Thomson & Wadworth

Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E. & Fortmann S. P. (1992) Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82(6), 816-820.

Yusuf, P.S. , Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study *Lancet*, 364 (9438), 937-95

Data en Dossiers.

Broer, J., Kuiper, J. & Spijkers, E. (2010) Gezondheidsprofiel Groningen, druk 2011, Repro HVD

Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS statline <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm>

GGD Groningen(2010) Gezondheidsenquête volwassenen en ouderen 2010.

Provincie Groningen Dossier Krimp: [geraadpleegd op 3-3-2012

<http://www.provinciegroningen.nl/actueel/dossiers/krimp/>]

World Health Organization: The determinants of health:[geraadpleegd op 3-3-2012]

<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

Bijlage 1 Gebruikte vraag GGD enquête onder volwassenen uit 2010.

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.)

Bijlage 2 Lineaire regressie opleidingsniveau.

Laag opgeleid en geen bezoeken:

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,719 ^a | ,516 | ,482 | 3,054154 |

a. Predictors: (Constant), Opleidingsniveau laag in percentages

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Regression | 139,490 | 1 | 139,490 | 14,954 | ,002 ^a |
| | Residual | 130,590 | 14 | 9,328 | | |
| | Total | 270,080 | 15 | | | |

a. Predictors: (Constant), Opleidingsniveau laag in percentages

b. Dependent Variable: Geen bezoeken per jaar in percentages

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 26,431 | 4,083 | | 6,473 | ,000 |
| | Opleidingsniveau laag in percentages | -,441 | ,114 | -,719 | -3,867 | ,002 |

a. Dependent Variable: Geen bezoeken per jaar in percentages

Hoog opgeleid en geen bezoeken:

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,743 ^a | ,552 | ,520 | 2,939820 |

a. Predictors: (Constant), Opleidingsniveau middelbaar en hoog in percentages

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Regression | 149,085 | 1 | 149,085 | 17,250 | ,001 ^a |
| | Residual | 120,996 | 14 | 8,643 | | |
| | Total | 270,080 | 15 | | | |

a. Predictors: (Constant), Opleidingsniveau middelbaar en hoog in percentages

b. Dependent Variable: Geen bezoeken per jaar in percentages

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|----------------------------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | -8,771 | 4,797 | | -1,828 | ,089 |
| | Opleidingsniveau middelbaar en hoog in percentages | ,320 | ,077 | ,743 | 4,153 | ,001 |

a. Dependent Variable: Geen bezoeken per jaar in percentages