



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

**Gezondheid in krimpregio's**  
Verdiepingsstudie

RIVM Briefrapport 270742001/2014  
A. Verweij | F. van der Lucht



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Gezondheid in krimpregio's**

Verdiepingsstudie

RIVM Briefrapport 270742001/2014

A. Verweij | F. van der Lucht

## Colofon

© RIVM 2014

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Antonia Verweij, RIVM  
Fons van der Lucht, RIVM

Contact:  
Antonia Verweij  
Centrum Gezondheid en Maatschappij  
Afdeling Verkenningen Volksgezondheid  
antonia.verweij@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de ministeries van VWS en BZK, in het kader van het project 'Krimp en gezondheid' (V/270742/13/GK).

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**  
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

Mensen die in de zogeheten krimpregio's van Nederland wonen, hebben over het algemeen een minder goede gezondheid dan mensen in andere regio's. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat dit onder andere komt door de minder gunstige sociaal-economische situatie in deze regio's. Mensen met een lager inkomen of opleidingsniveau hebben vaak een slechtere gezondheid. Een andere oorzaak van de gezondheidsachterstanden is 'selectieve migratie'. Mensen die verhuizen, zijn doorgaans gezonder dan mensen die niet verhuizen. Als meer mensen uit een gebied vertrekken dan er zich vestigen, blijft een bevolkingsgroep over die minder gezond is. Dit is in de krimpregio's het geval. Het effect van selectieve migratie is mogelijk groter in de toekomst, omdat de bevolking in de krimpggebieden blijft afnemen en er ook meer krimpggebieden zullen ontstaan.

De krimpregio's zijn gebieden waar het aantal inwoners afneemt en liggen aan de randen van Nederland: Noordoost-Groningen, Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen. Ongeveer 24 procent van de mensen in krimpggebieden voelt zich minder gezond, tegenover 19 procent elders in Nederland. Gezondheid is in dit onderzoek afgemeten aan de manier waarop mensen hun gezondheid ervaren. De ervaren gezondheid is namelijk een goede voorspeller van bijvoorbeeld zorggebruik en sterfte: mensen met een minder goede ervaren gezondheid, maken meer gebruik van zorgvoorzieningen en hebben een grotere kans om eerder te overlijden.

De minder goede ervaren gezondheid in deze regio's, de vergrijzende bevolking en de afnemende bevolking zullen invloed hebben op de vraag naar zorg. Een aandachtspunt voor beleidsmakers is daarom in deze gebieden de zorg goed te laten aansluiten bij de behoefte. In deze dunbevolkte gebieden vereist dat soms andere voorzieningen dan in een stad, zoals zorg op afstand door de inzet van e-health.

Een ander punt van aandacht zijn de gezondheidsachterstanden die gerelateerd zijn aan de sociaal-economische status van inwoners van krimpregio's. Tot op heden krijgen sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland vooral aandacht in buurten (bijvoorbeeld krachtwijken) van grotere steden.



## Abstract

People who live in regions with a declining population are generally less healthy than residents of other areas of the Netherlands. A study conducted by the Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has shown that this is partly due to the less favourable socio-economic situation in these regions. People with lower incomes or a lower level of education are less healthy on average. 'Selective migration' is another cause of these health disparities. People who leave such regions are usually healthier than people who stay. If emigration from a particular region exceeds immigration into that region, the remaining population will be less healthy. This is the case in regions with a declining population. The effect of selective migration may increase in the future, as the population in these regions will continue to decrease and more such regions will emerge.

There are currently three regions of the Netherlands with a declining number of inhabitants. They are all located near the borders of the Netherlands: North-east Groningen, South Limburg and Zeelandic Flanders. About 24 percent of the inhabitants of these regions perceive themselves as less healthy than average, compared to 19 percent in other parts of the country. In this study, health was measured in terms of self-perception, i.e. how people rate their own state of health. Self-rated health is a good predictor of mortality, the use of health care services and other indicators. People with below-average self-rated health status make more use of health care services and run a greater risk of dying at a relatively young age.

The below-average self-rated health status in these regions, the ageing population, and the declining number of inhabitants will affect the demand for health care. Policy-makers must therefore devote attention to ensuring that health care services meet the demand for care in these regions. In less densely populated areas this may require different health care services from those in cities, including the use of e-health systems to provide telecare services.

Another point for attention concerns health disparities related to the socio-economic status of people living in regions with a declining population. In the Netherlands, attention to socio-economic health disparities has so far been largely focused on deprived neighborhoods in medium-sized and large cities.



## Inhoudsopgave

**Samenvatting – 9**

**1 Inleiding – 11**

**2 Nieuwe krimpgebieden en anticiperregio's – 13**

**3 Selectieve migratie – 19**

**4 Zuid-Limburg – 25**

**5 Zeeuws-Vlaanderen – 27**

**6 Noordoost-Groningen – 29**

**Literatuur – 35**

**Dankwoord – 37**





## Samenvatting

### *Minder goede gezondheid in krimpregio's*

Er bestaan duidelijke verschillen in ervaren gezondheid tussen krimpregio's en de rest van Nederland, ook uitgaande van de nieuw gedefinieerde krimpregio's. In heel Zuid-Limburg bijvoorbeeld is de gezondheid minder goed, wat ook uit een onderzoek van Bosma en collega's naar voren komt. Ook uit de weinig voorhanden zijnde buitenlandse studies naar gezondheid en krimp blijkt dat de gezondheid minder goed is in regio's met bevolkingsafname (Exeter et al., 2005; Ghosn et al., 2012). Er zijn nauwelijks verschillen in ervaren gezondheid tussen anticiperregio's (toekomstige krimpregio's) en de rest van Nederland.

### *Op zoek naar verklaringen*

Naast het beschrijven van de gezondheidsverschillen tussen krimp- en anticiperregio's enerzijds en de rest van Nederland anderzijds, staat in deze rapportage de vraag centraal wat verklaringen zijn voor de minder goede gezondheid van de inwoners van krimpregio's. Over een aantal mogelijke verklaringen die we in het onderzoeksvoorstel voor deze verdiegingsstudie over gezondheid in krimpregio's hadden geopperd, hebben we meer inzicht gekregen.

### *Sociaal-economische situatie in de krimpregio's als gemeenschappelijke oorzaak*

Niet zozeer krimp als wel de sociaal-economische situatie in de krimpregio's hangt sterk samen met de gezondheid van de inwoners van de krimpregio's. De minder goede gezondheid in krimpregio's lijkt voor een deel toe te schrijven aan de gemiddeld lagere sociaal-economische status van de bevolking in deze regio's. We hebben dit gezien in de analyses naar de gezondheidssituatie in de krimpregio's waarbij we corrigeerden voor inkomen en opleidingsniveau. Ook uit het onderzoek van Bosma en collega's kwam naar voren dat vooral de sociaal-economische omstandigheden in Zuid-Limburg bijdragen aan de gezondheidsachterstand van die regio. Buitenlands onderzoek laat ook zien dat vooral de sociaal-economische situatie van een regio belangrijk is. Zo ligt in Frankrijk in regio's met bevolkingsafname de sterfte hoger in achterstandsgebieden dan in krimpgebieden zonder achterstand.

### *Selectieve migratie speelt een kleine rol*

Ook selectieve migratie speelt een rol bij het ontstaan van gezondheidsachterstanden in de krimpregio's. Mensen die verhuizen blijken gezonder te zijn dan mensen die niet verhuizen. Wanneer er meer mensen uit een gebied vertrekken dan er zich vestigen zal er een bevolkingsgroep overblijven die minder gezond is. Nu gaat het nog om een bescheiden rol, omdat de procentuele bevolkingsafname nog gering is, maar in de loop der jaren kan dat aardig optellen. Ook kan verwacht worden dat het effect van selectieve migratie op de gezondheid van de bevolking groter wordt, aangezien veel gemeenten in de nabije toekomst met grotere bevolkingsdaling te maken zullen krijgen. In de komende jaren zullen veel gemeenten, vooral gemeenten die behoren tot de krimpregio's en de anticiperregio's te maken krijgen met een bevolkingsafname van 10 procent of meer (Huisman et al., 2013).

### *Sommige verklaringen lijken minder waarschijnlijk*

Een aantal mogelijke verklaringen voor de gezondheidsachterstand in krimpregio's lijkt minder waarschijnlijk. Voor de provincie Groningen kwam naar voren dat mensen in de krimpregio's gemiddeld iets minder tevreden zijn over de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen dan mensen uit de niet-krimpregio's. De verschillen zijn echter zodanig klein dat dit waarschijnlijk geen belangrijke

verklaring is voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen de Groningse krimpregio's en de rest van Nederland. Verder bleken tevredenheid over de woonomgeving en kenmerken van de sociale omgeving nauwelijks te verschillen tussen de Groningse krimpregio's en de andere gebieden in de provincie Groningen. Voor Limburg hebben we gezien dat stedelijkheid van de regio geen verklaring biedt voor de relatieve ongezondheid van Parkstad Limburg. Deze verklaring voor de gezondheidsachterstand lijkt dan ook grotendeels weg te vallen. Ten slotte hadden we het mijnverleden ook als mogelijke verklaring voor de gezondheidsachterstand in Parkstad Limburg genoemd. Deze mogelijke verklaring was naar voren gekomen redenerend vanuit het idee dat Parkstad zich wat betreft ongezondheid onderscheidde van de rest van Nederland. De gezondheidsachterstand beperkt zich echter niet tot Parkstad Limburg, waarmee deze verklaring minder waarschijnlijk wordt.

#### *Conclusie*

Verklaringen voor de gezondheidsachterstand in krimpregio's vergeleken met de rest van Nederland zijn het wegtrekken van de gezondere bevolking (selectieve migratie) (waarschijnlijk in de toekomst meer dan nu) en vooral de minder gunstige sociaal-economische positie van de krimpregio's.

Inzicht in de (veranderende) bevolkingsopbouw van krimpregio's is belangrijk voor het plannen van gezondheidszorgvoorzieningen en voorzieningen in het algemeen. De minder goede gezondheid, het ouder worden van de bevolking en de afname van de bevolking zullen consequenties hebben voor de vraag naar zorg. De uitdaging is om in deze gebieden de zorg goed aan te laten sluiten bij de behoefte en dat vereist in deze dunbevolkte gebieden soms andere voorzieningen dan in de stad.

In Nederland zijn krimpregio's meer sociaal-economisch achtergesteld dan andere delen van Nederland. Als gevolg daarvan zijn gezondheidsachterstanden die gerelateerd zijn aan sociaal-economische status belangrijke aandachtspunten voor beleid in deze regio's. Tot op heden krijgen gezondheidsverschillen in Nederland echter vooral aandacht in buurten van met name grotere steden.

# 1 Inleiding

## *Aanleiding*

De gezondheid van mensen die in krimpregio's wonen, is over het algemeen wat minder goed dan in de rest van Nederland. Dit bleek uit het rapport 'Gezondheid in krimpregio's' (Verweij en Van der Lucht, 2011). Bevolkingskenmerken verklaarden maar een deel van deze gezondheidsverschillen. Dit onderzoek was opgezet als een verkennende studie. Mogelijke oorzaken van de gezondheidsverschillen zijn niet bestudeerd. De onderzoeksresultaten hebben geleid tot een kamervraag aan de minister van BZK naar de verklaring van de gezondheidsachterstand in de krimpregio's. Naar aanleiding hiervan is het RIVM gevraagd om een vervolgstudie uit te voeren. In deze verdiepingsstudie over gezondheid in krimpregio's staat de volgende vraag centraal: wat zijn de oorzaken van de minder goede gezondheid van de inwoners van krimpregio's? De verdiepingsstudie is opgedeeld in twee fasen. In de eerste fase (2012) is samen met regionale partijen in de drie krimpregio's verkend wat de mogelijkheden voor een vervolgonderzoek zijn. Er zijn verklaringen gezocht, daarbij aansluitende onderzoeksvragen geformuleerd en mogelijke (regionale) data en financieringsmogelijkheden verkend. Door zoveel mogelijk relevante partijen bij deze eerste fase te betrekken, zijn meerdere invalshoeken vertegenwoordigd. Deze fase is afgerond met een voorstel voor de tweede fase. Uit dit voorstel hebben de ministeries van VWS en BZK twee onderdelen geselecteerd om verder te onderzoeken in de tweede fase: 'nieuwe krimpgebieden en anticipeerregio's' en 'selectieve migratie'.

## *Nieuwe krimpgebieden en anticipeerregio's*

Het rapport 'Gezondheid in krimpregio's' ging over de drie krimpregio's Parkstad Limburg, Zeeuws-Vlaanderen en Eemshaven. Intussen zijn er meer regio's als krimpregio aangewezen en er zijn enkele zogenaamde anticipeerregio's (toekomstige krimpregio's) vastgesteld (zie brief 'Geografische afbakening van de anticipeergebieden' van de minister van BZK aan de Tweede Kamer, 18 oktober 2011). De vraag is in hoeverre de gezondheid van inwoners van nieuwe krimpgebieden en anticipeerregio's verschilt van de gezondheid van de bevolking van de rest van Nederland. Om deze vraag te beantwoorden, herhalen we de analyses die we in het rapport 'Gezondheid in krimpregio's' uitgevoerd hebben voor alle krimpregio's van Nederland. Hetzelfde doen we voor anticipeerregio's.

## *Selectieve migratie*

Een van de mogelijke verklaringen voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen de krimpregio's en de rest van Nederland is selectieve migratie. Is het zo dat er meer gezonde mensen uit de regio's wegtrekken dan er binnenkomen? Selectieve migratie wordt veroorzaakt door een verminderde aantrekkingskracht van de ene woonplek ten opzichte van de andere voor bepaalde groepen bewoners, bijvoorbeeld mensen met een hoog opleidingsniveau of hoog inkomen.

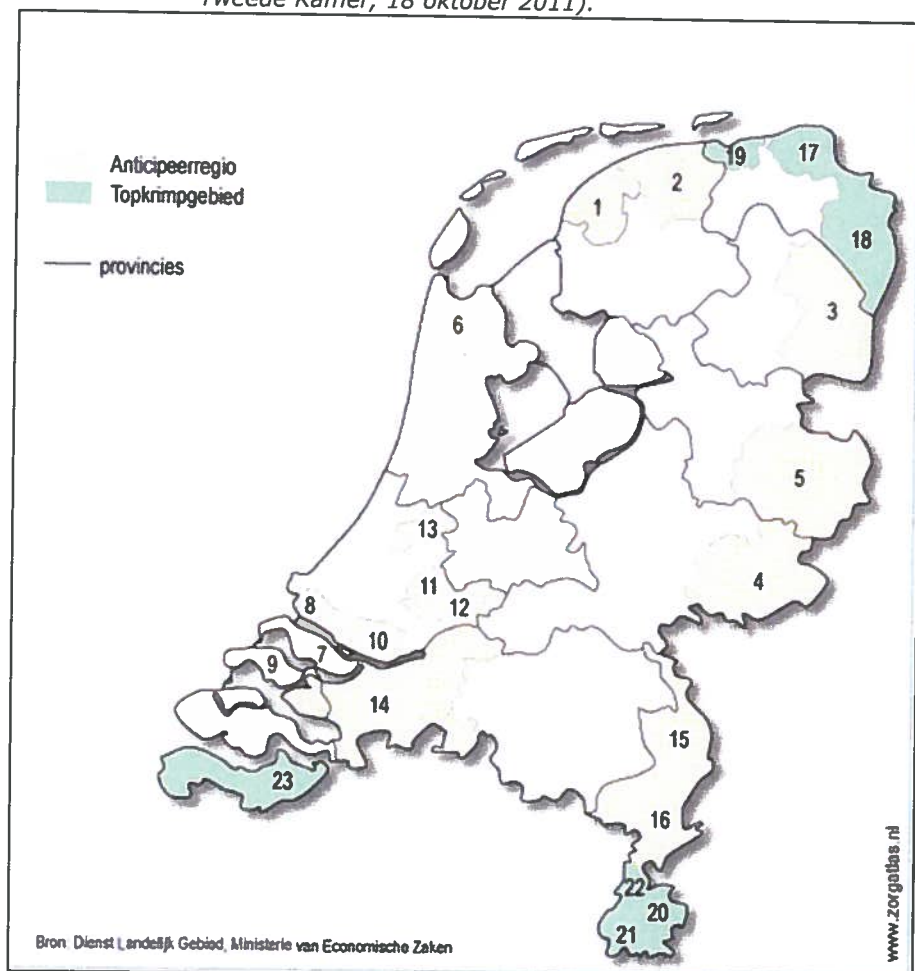
Het voorstel voor de tweede fase bestond enerzijds uit landelijk uit te voeren onderzoek en anderzijds uit regionaal, per krimpgebied, op te pakken onderzoeksvragen. De onderdelen die de ministeries van VWS en BZK geselecteerd hebben uit het voorstel betroffen het landelijke deel van het voorstel. Om toch iets per regio te kunnen laten zien, hebben we per

krimpgebied bevindingen uit regionale onderzoeken of voorbeelden van lopende projecten in deze rapportage bijeengebracht. Vanzelfsprekend gaat het maar om een selectie van de vele (onderzoeks)projecten die in de krimpregio's lopen.

## 2 Nieuwe krimpgebieden en anticipeerregio's

De analyses die we in 2011 gedaan hebben voor de toenmalige krimpregio's Parkstad Limburg, Eemsdelta en Zeeuws-Vlaanderen hebben we herhaald voor de nieuw gedefinieerde krimpregio's, ook wel topkrimpgebieden genoemd (brief 'Geografische afbakening van de anticipeergebieden' van de minister van BZK aan de Tweede Kamer, 18 oktober 2011). Het gaat hierbij om de krimpregio's Zuid-Limburg, Noordoost-Groningen en Zeeuws-Vlaanderen (deze laatste is niet gewijzigd). Zie Figuur 2.1 voor de ligging van de krimpregio's en de anticipeerregio's. Voor informatie over de gevolgde methode, zie Tekstbox 2.1.

**Figuur 2.1** Krimpregio's en anticipeerregio's (brief 'Geografische afbakening van de anticipeergebieden' van de minister van BZK aan de Tweede Kamer, 18 oktober 2011).

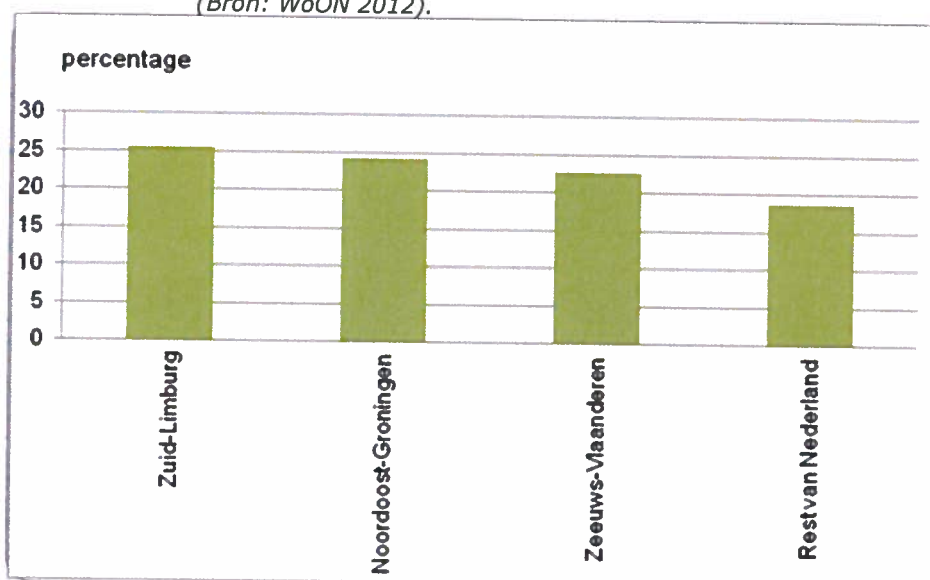


1 Noordwest-Friesland, 2 Noordoost-Friesland, 3 Oost-Drenthe, 4 Achterhoek, 5 Twente, 6 Kop van Noord Holland, 7 Goeree Overflakkee, 8 Voorne Putten, 9 Schouwen Duiveland, 10 Hoeksche Waard, 11 Groene Hart Zuid-Holland Krimpenerwaard, 12 Groene Hart Zuid-Holland Alblasserwaard Vijfheerenland, 13 Groene Hart Zuid-Holland Rijnstreek, 14 West-Brabant, 15 Noord-Limburg, 16 Midden-Limburg, 17 Eemsdelta, 18 Oost-Groningen, 19 De Marne, 20 Parkstad, 21 Maastricht Mergelland, 22 Westelijke Mijnstreek, 23 Zeeuws-Vlaanderen.  
Krimpregio's: Noordoost-Groningen: 17,18 en 19; Zuid-Limburg: 20,21 en 22; Zeeuws-Vlaanderen: 23.

*Gezondheid in krimpregio's*

Vooraf in de regio Zuid-Limburg is een groot verschil met de rest van Nederland te zien wat betreft de ervaren gezondheid. In deze regio beoordeelt 25,5 procent van de bevolking de gezondheid als minder dan goed en in de rest van Nederland is dat 18,7 procent (2012) (Figuur 2.2). De odds ratio voor minder dan goede ervaren gezondheid is 1,6<sup>1</sup> voor Zuid-Limburg. In Noordoost-Groningen is de ervaren gezondheid onder 24,3 procent van de bevolking minder goed (odds ratio is 1,5). In Zeeuws-Vlaanderen is er een kleiner verschil (22,7 versus 18,7 procent in de rest van Nederland). De bijbehorende odds ratio is 1,2 voor Zeeuws-Vlaanderen.

**Figuur 2.2** *Percentage mensen met een minder dan goede ervaren gezondheid; krimpregio's vergeleken met de rest van Nederland<sup>a</sup> (Bron: WoON 2012).*



<sup>a</sup> De rest van Nederland is hier Nederland met uitzondering van de drie krimpregio's.

Naar voren komt dat alle bevolkingskenmerken (geslacht, leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, inkomen en huishoudenstype) invloed hebben op de ervaren gezondheid, maar dat ze weinig invloed hebben op verschillen in ervaren gezondheid tussen de krimpregio's en de rest van Nederland. Door rekening te houden met verschillen in de bevolkingskenmerken neemt de odds ratio voor Zuid-Limburg af van 1,6 naar 1,5. Gezondheidsverschillen tussen Zuid-Limburg en de rest van Nederland komen dus niet voor rekening van verschillen in deze bevolkingskenmerken. Na correctie voor de samenstelling van de bevolking neemt de odds ratio voor Noordoost-Groningen af van 1,5 naar 1,3. Voor Zeeuws-Vlaanderen blijft de odds ratio ongeveer 1,2 maar is niet meer significant. In Zuid-Limburg en Groningen zijn vooral sociaal-economische factoren van belang; in Zeeuws-Vlaanderen juist de leeftijdsopbouw.

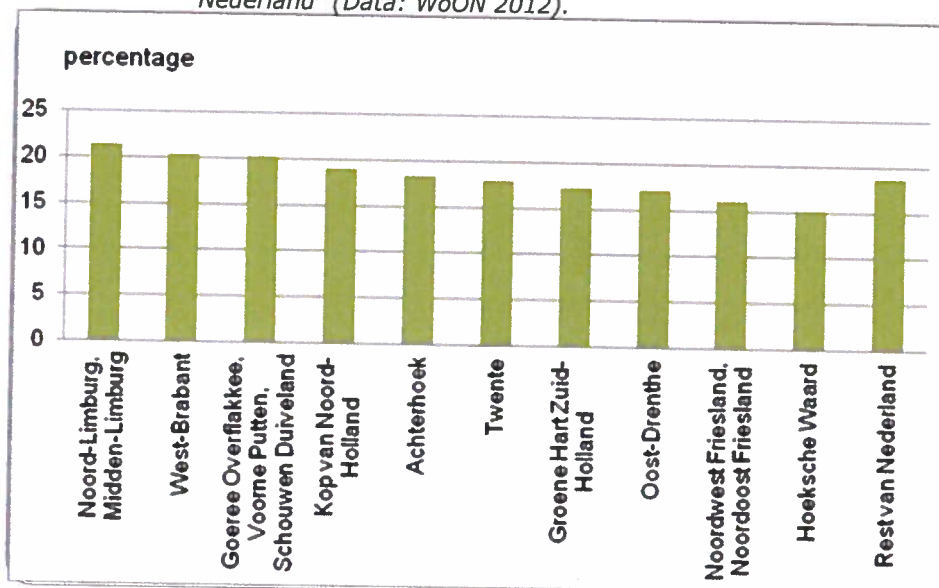
*Gezondheid in anticipeerregio's*

In de anticipeerregio 'West Brabant' is de ervaren gezondheid iets minder goed dan in de rest van Nederland (zie Figuur 2.3). In de regio's 'Achterhoek' en 'Groene Hart Zuid-Holland' is de ervaren gezondheid juist iets beter. Verder zijn

<sup>1</sup> alle hier genoemde odds ratio's zijn significant bij  $p < 0,05$ , tenzij anders vermeld.

er geen verschillen tussen de anticepeerregio's en de rest van Nederland. Na correctie voor bevolkingskenmerken, verdwijnen de verschillen tussen de anticepeerregio's en de rest van Nederland.

Figuur 2.3 Percentage mensen met een minder dan goede ervaren gezondheid; anticepeerregio's vergeleken met de rest van Nederland<sup>a</sup> (Data: WoON 2012).



<sup>a</sup> De rest van Nederland is hier Nederland met uitzondering van de anticepeerregio's.

#### Conclusie

Er bestaan duidelijke verschillen in ervaren gezondheid tussen krimpregio's en de rest Nederland. Dit bleek uit RIVM-onderzoek uit 2011 (Verweij en Van der Lucht, 2011). Recentere gegevens bevestigen dit beeld, ook bij het aanhouden van een regio-indeling waarbij ook de nieuwe krimpgebieden zijn meegenomen. In Zuid-Limburg en Groningen hangen de gezondheidsverschillen vooral samen met sociaal-economische factoren; in Zeeuws-Vlaanderen juist met de leeftijdsopbouw. Er zijn nauwelijks verschillen in ervaren gezondheid tussen anticepeerregio's en de rest van Nederland.



*Tekstbox 2.1 Methode bij onderzoek naar gezondheidssituatie in krimp- en anticipeerregio's.*

*Databestand*

Analyses zijn gedaan op gegevens van het Woon Onderzoek Nederland (WoON) uit 2012 (in het vorige rapport hebben we gegevens uit 2009 gebruikt). Zie voor meer informatie over het databestand: WoON, 2013. Gegevens uit het WoON-databestand zijn verzameld op basis van een enquête onder een representatieve steekproef van de bevolking in Nederland. Het databestand bevat gegevens over 69.339 personen. Daarvan wonen er 3.133 (4,5 procent) in de krimpregio's. Op basis van deze van personen afkomstige informatie doen we uitspraken op het niveau van krimpregio's en anticipeerregio's.

*Ervaren gezondheid*

Aan deelnemers van WoON is de vraag voorgelegd: hoe is over het algemeen uw gezondheid. Is deze: 1) zeer goed, 2) goed, 3) gaat wel, 4) soms goed en soms slecht, of 5) slecht? Van deze variabele is een dichotome variabele gemaakt waarbij een indeling gemaakt is tussen (zeer) goed (waarden 1 en 2) en minder dan goed (waarden 3, 4 en 5). Ervaren gezondheid is het oordeel van mensen over hun eigen gezondheid. Het is een samenvattende maat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de persoon in kwestie. Hoewel dit een subjectieve maat is voor gezondheid, is het een goede voorspeller van bijvoorbeeld sterfte: hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op overlijden (Benyamini en Idler, 1999). Op populatieniveau is 'het percentage inwoners dat de eigen gezondheid als minder dan goed ervaart' een veelgebruikte indicator van de gezondheid.

*Krimpregio's*

Voor het vaststellen van krimpregio's en anticipeerregio's is de meest recente indeling van het ministerie van BZK gebruikt (zie brief 'Geografische afbakening van de anticipeergebieden' van de minister van BZK aan de Tweede Kamer, 18 oktober 2011), zie ook Figuur 2.1.

*Analyses*

Op twee manieren zijn we nagegaan in hoeverre er verschillen bestaan in ervaren gezondheid tussen krimpregio's/anticipeerregio's en de rest van Nederland. Allereerst hebben we het percentage mensen met een minder dan goede gezondheid in de drie afzonderlijke krimpregio's vergeleken met het percentage mensen met een minder goede gezondheid in de rest van Nederland. Voor het berekenen van percentages naar regio is het WoON databestand gewogen naar leeftijd, geslacht, geboorteland en positie in het huishouden. Het doel van de weging is om de gegevens uit het databestand een representatief beeld te laten geven van de bevolking van Nederland. Ten tweede hebben we gezondheidsverschillen tussen de krimpregio's en de rest van Nederland uitgedrukt met zogenoemde odds ratio's. De odds ratio geeft de sterkte van het verband weer tussen het wonen in een krimpregio en minder dan goede ervaren gezondheid. Een odds ratio van 1 geeft aan dat er geen verschillen zijn tussen de krimpregio's en de rest van Nederland. In dit rapport staan odds ratio's van boven de 1 voor meer ongezondheid in krimpregio's in vergelijking tot de rest van Nederland. Waarden tussen 1 en 0 staan voor een omgekeerde relatie. Odds ratio's zijn berekend in een logistisch regressiemodel. We spreken over verschillen tussen krimpregio's en Nederland als het over statistisch significante verschillen gaat ( $p < 0,05$ ).

*Bevolkingskenmerken*

Ook sociaal-economische achtergrondkenmerken zijn in het logistische regressiemodel opgenomen. Het gaat om de volgende kenmerken: geslacht, leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, inkomen en huishoudenstype. Na toevoeging van deze kenmerken zijn we nagegaan in hoeverre het verband tussen het wonen in een krimpregio en ervaren gezondheid veranderd is.

Het onderzoek is uitgevoerd door het RIVM.



### 3 Selectieve migratie

Uit meerdere studies komt naar voren dat mensen uit achterstandsgebieden minder gezond zijn (Norman et al., 2005; O'Reilly en Stevenson, 2003; Carstairs en Morris, 1991). Er zijn verschillende onderzoeken gedaan (in Nederland en in het buitenland) waarbij ingegaan is op de vraag of selectieve migratie hierbij een rol speelt (Boyle et al., 2009; Norman et al., 2005; Bailey en Livingston, 2008; O'Reilly en Stevenson, 2003; Van Lenthe et al., 2007). Selectieve migratie wordt hierbij gezien als een proces waarbij gezonde mensen wegtrekken uit achterstandsgebieden en minder gezonde mensen achterblijven. Aangezien gezondere mensen gemiddeld gezien jonger zijn en een hogere sociaal-economische status hebben, hebben ze de mogelijkheden om te verhuizen naar gebieden die aantrekkelijker zijn. Ouderen en mensen met een lagere sociaal-economische status hebben niet dezelfde mogelijkheden en moeten daarom achterblijven, net zoals de mensen die te ongezond zijn om te verhuizen (Andersson en BråmÅ, 2004).

Een van de mogelijke verklaringen voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen de krimpregio's en de rest van Nederland is selectieve migratie. De bijbehorende onderzoeksvraag is: in hoeverre is migratie tussen krimpregio's en andere regio's selectief van aard en in hoeverre kan selectieve migratie gezondheidsverschillen tussen krimpregio's en de rest van Nederland verklaren? Zie Tekstbox 3.1 voor de gevolgde methode om antwoord te krijgen op deze vraag.

Uit onderzoek – uitgevoerd door het Population Research Centre (Rijksuniversiteit Groningen) in samenwerking met het RIVM, blijkt dat mensen die naar krimpregio's verhuisd zijn een minder goed ervaren gezondheid hebben dan de mensen die verhuisd zijn naar andere regio's. Van degenen die verhuisden van een krimpregio naar krimpregio was 83 procent gezond, terwijl 87 procent gezond was van de mensen die van krimpregio's naar andere regio's verhuisden. Een kleiner verschil in gezondheid was er tussen mensen die van een andere regio naar een krimpregio verhuisden (89 procent) en mensen die van een andere regio naar een andere niet-krimpregio verhuisden (90 procent) (Tabel 3.1).

Over het algemeen geldt dat mensen die verhuisd zijn gezonder waren. Mensen die vanuit de krimpregio's verhuisden waren gezonder dan de mensen die bleven (odds ratio van 1,8) en de mensen die naar de krimpregio's toe verhuisden waren ook gezonder dan de mensen die niet verhuisden (odds ratio van 1,5) (zie Tabel 3.2). Aan de grootte van de odds ratio zien we dat het gezondheidseffect iets groter is bij verhuizingen vanuit de krimpregio's. Hieruit kunnen we concluderen dat selectieve migratie in kleine mate bijdraagt aan de gezondheidsverschillen tussen krimpregio's en andere regio's. Dit geldt voor de onderzochte periode (verhuizingen van 2002 tot en met 2011). In tijden waarin meer mensen vanuit de krimpregio's wegtrekken, wordt de rol van selectieve migratie bij het ontstaan van gezondheidsverschillen groter.

Verder zien we in Tabel 3.2 dat bij correctie voor achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, opleidingsniveau en inkomen, het gezondheidseffect verdwijnt. Dit geldt zowel voor verhuizingen naar als voor verhuizingen vanuit de krimpregio's. Blijkbaar is het effect van gezondheid op het verhuizen van en naar de regio's

gerelateerd aan demografische kenmerken. Er is dus weldegelijk sprake van selectieve migratie (er trekken meer gezonde mensen de regio's uit dan dat er binnenkomen), maar het effect van gezondheid hangt samen met achtergrondkenmerken.

#### *Conclusie*

Selectieve migratie speelt een rol bij het ontstaan van gezondheidsachterstanden. Dit onderzoek is gedaan over een korte periode waarin sommige regio's te maken hadden met een relatief kleine bevolkingsafname. Het effect van selectieve migratie is mogelijk groter in regio's of perioden met een sterkere bevolkingsafname.

*Tabel 3.1 Percentage mensen met een goede ervaren gezondheid naar verhuisgedrag (Data: WBO 2002 en WoON 2006).*

<b>Mensen die ...</b>	<b>Percentage gezond</b>	<b>Percentage van onderzochte bevolking</b>
... niet verhuisd zijn vanuit krimpregio's	79,0	5,0
... verhuisd zijn vanuit krimpregio naar krimpregio	83,4	0,3
... verhuisd zijn vanuit krimpregio naar andere regio	87,0	0,3
... niet verhuisd zijn vanuit andere regio's	83,3	82,2
... verhuisd zijn vanuit andere regio naar krimpregio	88,7	0,3
... verhuisd zijn vanuit andere regio naar andere regio	90,1	12,0

Tabel 3.2 Resultaten (odds ratio's) onderzoek selectieve migratie (Data: WBO 2002 en WoON 2006).

Variabele	Categorie	Migratie vanuit krimpregio's		Migratie naar krimpregio's			
		ref: mensen die niet verhuizen / verhuizen binnen krimpregio's		ref: mensen die niet verhuizen / verhuizen binnen andere regio's			
Gezondheid	Ongezond (ref)						
	Gezond	1,76*	0,92	0,98	1,47*	1,00	0,93
Geslacht	Man (ref)						
	Vrouw		0,96	0,97		0,99	1,01
Leeftijd	18-24 (ref)						
	25-34		0,41*	0,51*		0,86	0,78
	35-54		0,11*	0,15*		0,41*	0,44*
	55-74		0,08*	0,09*		0,20*	0,15*
	75+		0,08*	0,07*		0,33*	0,21*
Etniciteit	Autochtoon (ref)						
	Niet-westers			1,14			0,67
	Westers			0,76			1,35
Huishouden	Eén persoon (ref)						
	Stel			0,49*			0,74
	Stel met kinderen			0,43*			0,40*
	Eenoudergezin			0,54*			0,73
	Anders			1,01			0,93
Opleiding	Geen, alleen lagere school (ref)						
	Lbo, vmbo, mavo			1,34			0,88
	Havo, mbo, vwo			2,04*			1,21
	Hbo, universiteit			3,19*			1,38
	Anders			1,96			0,00
Inkomen	Onder minimum inkomen (ref)						
	Onder gemiddeld			0,88			0,87
	1 - 1,5 * gemiddeld			0,49*			0,82
	1,5 - 2 * gemiddeld			0,53*			1,09
	Boven 2 * gemiddeld			0,43*			0,60
Werkstatus	Werkloos (ref)						
	Werkend			1,27			1,14
Jaar data	2002 (ref)						
	2006			0,79*			0,95
Constante		-3,09*	-3,05*	-4,01*	-6,07*	-6,05*	-6,53*

\* significant bij  $p < 0,05$ .

*Tekstbox 3.1 Methode bij onderzoek naar selectieve migratie.**Databestand*

Dit onderzoek is gebaseerd op het Woning Behoeft Onderzoek (WBO) uit 2002 en het Woon Onderzoek Nederland (WoON) uit 2006 (zie voor meer informatie over het databestand de onderzoeksdocumentatie: WBO, 2003). Het WoON is de opvolger van het WBO (zie voor meer informatie over het databestand: WoON, 2007). De respondenten uit deze databronnen zijn gekoppeld aan de Gemeentelijke Basis Administratie (versie 2011). Mensen die niet op een geldig adres woonden bij het afnemen van de vragenlijst en mensen die niet geregistreerd waren op een geldig adres vijf jaar na het afnemen van de vragenlijst (door overlijden of emigratie) zijn geëxcludeerd. In 2002 waren er 75.039 respondenten waarvan 70.732 (94,3 procent) vijf jaar later nog steeds in Nederland zijn geregistreerd. In 2006 vulden 64.005 mensen de vragenlijst in waarvan er vijf jaar later 59.868 (93,5 procent) op een Nederlands adres geregistreerd stonden. Het totaal aantal respondenten waarover de analyses gedaan zijn, was 130.600.

*Ervaren gezondheid*

Aan deelnemers van WBO/WoON is de vraag voorgelegd: hoe is over het algemeen uw gezondheid. Is deze: 1) zeer goed, 2) goed, 3) gaat wel, 4) soms goed en soms slecht, of 5) slecht? Van deze variabele is een dichotome variabele gemaakt waarbij een indeling gemaakt is tussen (zeer) goed (waarden 1 en 2) en minder dan goed (waarden 3, 4 en 5).

*Krimpregio's*

Voor het vaststellen van de krimpregio's is de meest recente indeling van het ministerie van BZK gebruikt (zie brief 'Geografische afbakening van de anticipatiegebieden' van de minister van BZK aan de Tweede Kamer, 18 oktober 2011), zie ook Figuur 2.1.

*Analyses*

Er is gekeken of mensen die gezond zijn een grotere kans hebben om binnen vijf jaar te verhuizen dan mensen die ongezond zijn. Daarnaast is nagegaan of dit verschilt tussen krimpregio's en de rest van Nederland. Om te onderzoeken of migratie tussen krimpregio's en de rest van Nederland selectief is, zijn twee logistische regressie modellen geschat. In het eerste model is een vergelijking gemaakt tussen mensen die verhuisd zijn van krimpregio's naar andere regio's en mensen die in de krimpregio's zijn gebleven om te kunnen vaststellen of mensen die vanuit de krimpregio's wegtrekken gezonder zijn. In het tweede model is een vergelijking gemaakt tussen mensen die verhuisd zijn van andere delen van Nederland naar krimpregio's en mensen die achterblijven in de rest van Nederland om te onderzoeken of mensen die naar krimpregio's verhuizen vaker ongezond zijn (of minder vaak gezond). Aan beide modellen zijn sociaal-demografische achtergrondkenmerken toegevoegd om te kijken of er een zelfstandig gezondheidseffect was. Het ging om geslacht, leeftijd, etniciteit, huishoudenssamenstelling, werksituatie, opleidingsniveau, inkomen en enquêtejaar.

*Interpretatie resultaten*

Verschillen in migratie van en naar krimpregio's tussen mensen die gezond zijn en mensen die minder gezond zijn, worden uitgedrukt met zogenoemde odds ratio's. Analyses over 'migratie vanuit krimpregio's' van Tabel 3.2: een odds ratio van boven de 1 betekent dat degenen die verhuisden vanuit een

krimpregio gezonder zijn dan de mensen die in een krimpregio bleven. Waarden tussen 1 en 0 staan voor een omgekeerde relatie. Een odds ratio van 1 geeft aan dat mensen die verhuisden van een krimpregio naar een andere regio even gezond zijn als mensen die in een krimpregio bleven. Analyses over 'migratie naar krimpregio's' van Tabel 3.2: een odds ratio van boven de 1 betekent dat degenen die verhuisden naar een krimpregio gezonder zijn dan de mensen die in een andere regio bleven. Odds ratio's zijn berekend in een logistisch regressiemodel. We spreken over verschillen als het over statistisch significante verschillen gaat ( $p < 0,05$ ).

Het onderzoek is uitgevoerd door het Population Research Centre van de Rijksuniversiteit Groningen (A. Dijkstra, E. Kibele en F. Janssen) in samenwerking met het RIVM.





## 4 Zuid-Limburg<sup>2</sup>

In het voorstel voor de verdiepingsstudie hadden we een vervolgonderzoek voorgesteld over de sociaal-economische situatie in Parkstad Limburg. De bijbehorende onderzoeksvraag was: in hoeverre verklaart de minder gunstige sociaal-economische positie in de regio Parkstad Limburg de samenhang tussen krimp en gezondheid?

Het idee hierbij is dat krimp optreedt in gebieden met een minder gunstige sociaal-economische positie. Daardoor kan het lijken alsof gezondheid gerelateerd is aan krimp. Maar in feite ligt het aan de minder gunstige sociaal-economische situatie. In eerdere analyses voor het rapport 'Gezondheid in krimpregio's hebben we rekening gehouden met inkomen en opleiding als indicatoren van de sociaal-economische positie van mensen. Deze factoren bleken weinig invloed te hebben op verschillen in gezondheid tussen de krimpregio's en de rest van Nederland. Een aanvullende benadering zou kunnen zijn om meer kenmerken van de sociaal-economische situatie mee te nemen. De GGD bereidt samen met de provincie Zuid-Limburg een onderzoek hierover voor. Los hiervan hebben Bosma en collega's in 2013 een nadere analyse gemaakt van de gezondheidssituatie in Parkstad Limburg (Bosma et al., 2013), waarbij ook gekeken is naar de sociaal-economische situatie. Daarbij was de vraag of het beeld van Parkstad Limburg als een achterstandsgebied binnen Limburg kon worden bevestigd of juist genuanceerd zou moeten worden. Hierbij werd verwezen naar het rapport 'Gezondheid in krimpregio's' (Verweij en Van der Lucht, 2011) waarin Parkstad Limburg er als een regio met een minder gunstige gezondheidssituatie uitkwam. Meer informatie over de methode staat beschreven in Tekstbox 4.1.

Inwoners van Parkstad Limburg rapporteren een minder goede gezondheid dan mensen die in de rest van Limburg wonen. Inwoners van Parkstad hebben een minder goede mentale gezondheid en een iets minder goede fysieke gezondheid dan de rest van Limburg. Bij correctie voor leeftijd en geslacht verandert hierin weinig. Als rekening gehouden wordt met verschillen in opleiding, inkomen, huishoudensgrootte, etnische achtergrond, werksituatie en burgerlijke staat, dan verdwijnt het verschil in fysieke gezondheid tussen Parkstad en de rest van Limburg. Bij mentale gezondheid blijft er een verschil bestaan tussen Parkstad en de rest van Limburg, hoewel het verschil halveert door correctie voor de kenmerken. Hoewel het om significante gezondheidsverschillen tussen Parkstad en de rest van Limburg gaat, zijn het relatief kleine verschillen. Verschillen zijn bijvoorbeeld groter tussen Noord- en Zuid-Limburg.

Uit de analyses blijkt dat er slechts een geringe invloed is van gebieden waarin mensen wonen: de verschillen in gezondheid spelen vooral tussen individuen binnen hetzelfde postcodegebied. Gezondheidsverschillen in Parkstad ten opzichte van de rest van Zuid-Limburg lijken dus samen te hangen met individuele kenmerken en veel minder met omgevingskenmerken van de buurt. De sociaal-economische situatie als context (fiscaal maandinkomen) blijkt in dit onderzoek geen rol te spelen in de verklaring van gezondheidsverschillen tussen postcodegebieden. Een kanttekening hierbij is dat postcodegebieden niet perse

<sup>2</sup> Tekst becommentarieerd door KJ. Hajema (GGD Zuid-Limburg) en H. Bosma (Universiteit Maastricht).

overeenkomen met de verdeling van allerlei kenmerken van de woonomgeving van mensen.

In het landelijke voorstel voor de tweede fase hebben we ook geopperd om te kijken naar de rol van stedelijkheid als mogelijke factor die ten grondslag ligt aan de minder gunstige gezondheidssituatie in krimpregio's. De vraag hierbij was of er meer ongezondheid is in verstedelijkte krimpgebieden. Uit de studie van Bosma en collega's blijkt stedelijkheid geen rol te spelen bij de verklaring van gezondheidsverschillen tussen postcodegebieden in de regio Limburg.

#### *Conclusie*

Al met al hebben inwoners van Parkstad gemiddeld een wat minder goede gezondheid dan inwoners van de rest van Limburg. De gezondheidsachterstand blijkt voor een groot deel samen te hangen met een groter percentage bijstandsgerechtigden en arbeidsongeschikten in Parkstad, die gemiddeld wat ongezonder zijn. Daarnaast blijken gezondheidsachterstanden voor te komen in geheel Zuid-Limburg en dan vooral in delen van gemeente Sittard Geleen. Verschillen binnen Limburg bestaan vooral tussen Noord- en Zuid-Limburg en in mindere mate tussen Parkstad en de rest van Limburg.

#### *Tekstbox 4.1 Methode bij nadere analyse gezondheidssituatie Parkstad Limburg.*

##### *Databestand*

Er is gebruikgemaakt van gegevens uit gezondheidsenquêtes van GGD Limburg Noord en GGD Zuid Limburg.

##### *Fysieke en mentale gezondheid*

In het onderzoek is gekeken naar mentale gezondheid en fysieke gezondheid. Bij mentale gezondheid gaat het om klachten van depressiviteit en angst. Bij fysieke gezondheid gaat het om het aantal zelfgerapporteerde chronische aandoeningen die door een arts zijn vastgesteld.

##### *Analyses*

Multilevel lineaire regressie analyses zijn in drie stappen uitgevoerd:

1. Er is gekeken of Parkstad wat betreft fysieke en mentale gezondheid afwijkt van de rest van Limburg.
2. Correctie voor individuele kenmerken: leeftijd, geslacht, huishoudinkomen, opleidingsniveau, werksituatie, etnische achtergrond en burgerlijke staat.
3. Correctie voor kenmerken van postcodegebieden (stedelijkheid en fiscaal maandinkomen).

Multilevel-analyses zijn uitgevoerd om:

1. Rekening te houden met het feit dat mensen die binnen een postcodegebied meer op elkaar lijken dan mensen uit verschillende postcodegebieden.
2. De mate vast te kunnen stellen waarin gezondheidsverschillen tussen en binnen postcodegebieden liggen. De analyses zijn uitgevoerd voor postcodegebieden op pc-4 niveau en pc-6 niveau.

## 5 Zeeuws-Vlaanderen<sup>3</sup>

In het onderzoeksvoorstel voor de tweede fase kwamen we voor Zeeuws-Vlaanderen uit op een vraag over de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Deze vraag was een vervolg op de uitkomsten uit de regionale VTV Zeeland. Daarin is verkend hoe de zorgvraag en het zorgaanbod zich ontwikkelen in de komende tijd. Een tweede onderzoeksvraag voor Zeeuws-Vlaanderen ging erover of er inderdaad wel verschillen in gezondheid bestaan tussen Zeeuws-Vlaanderen en de rest van Nederland. Zeeuws-Vlaanderen wijkt qua leeftijdsopbouw af van de rest van Nederland in die zin dat de gemiddelde leeftijd in Zeeland en ook Zeeuws-Vlaanderen bovengemiddeld hoog ligt. Een voor de hand liggende verklaring van eventuele gezondheidsverschillen is dan ook de hogere leeftijd. Het voorstel was om op detailniveau naar de invloed van leeftijdsopbouw te kijken en om vergrijzing als extra component op te nemen in de analyses (naast een gewone correctie voor leeftijd zoals we in het rapport 'Gezondheid in krimpregio's' hadden gedaan).

In regio Zeeuws-Vlaanderen is besloten om zich niet te richten op het doen van meer onderzoek rond het thema krimp. Het programma 'GoedLeven' ([www.goedleven.nl](http://www.goedleven.nl)) is opgericht met als doel het behoud van beschikbaarheid en toegankelijkheid van (basis)zorg. GoedLeven is een initiatief van zorginstellingen en welzijnsorganisaties in Zeeuws-Vlaanderen. Het programma is gestart vanaf 1 januari 2014. Een belangrijke aanleiding voor het programma is de sterke vergrijzing en ontgroening in Zeeuws-Vlaanderen. Vacatures in de zorg dreigen niet meer vervuld te worden. Er is een spanning tussen de aard en omvang in de vraag naar zorg en de beschikbaarheid enerzijds en de financiering ervan anderzijds. Meer informatie over het programma 'GoedLeven' staat in Tekstbox 5.1.

### *Tekstbox 5.1 Kenmerken en doelen programma 'GoedLeven'.*

De samenwerking tussen zorg- en welzijnsaanbieders is deels direct gerelateerd aan het thema krimp. Gewerkt wordt aan:

1. Toekomstbestendigheid van de Voorzieningen
  - Sluitend netwerk van voorzieningen.
  - Beter presteren en betere service t.b.v. behoud van basiszorgvoorzieningen in de regio. Het serviceniveau moet minstens zo goed zijn als dat in omliggende regio's.
  - Onnodige stappen, procedures en zorg weghalen met het oog op een betere uitkomst van die zorg.
2. Aantrekkelijke Werk- Woon- en Zorgomgeving
  - Faciliteren dat voldoende zorgprofessionals verhuizen naar Zeeuws-Vlaanderen om daar te wonen en te werken is een uitgangspunt voor werkgevers.

<sup>3</sup> Tekst becommentarieerd door L. de Bruine (GGD Zeeland) en K. Vriends (gemeente Terneuzen).

Bij het programma 'GoedLeven' zijn enkele concrete doelen geformuleerd:

1. Gezondheidswinst. In 2022 is in Zeeuws-Vlaanderen de levensverwachting ten opzichte van een relevante vergelijkingsgroep:
  - gemiddeld hoger
  - gemiddeld hoger in goed ervaren gezondheid
  - gemiddeld hoger zonder chronische ziekten
  - gemiddeld hoger zonder lichamelijke beperkingen
  - gemiddeld hoger in goede geestelijke gezondheid
2. Zelfredzaamheid. In 2022 is in Zeeuws-Vlaanderen de ervaren zelfredzaamheid van volwassenen en ouderen beter ten opzichte van het landelijk gemiddelde.
3. Kostenbeheersing van de gezondheidszorg. De totale kosten van de gezondheidszorg in Zeeuws-Vlaanderen stijgen jaarlijks gemiddeld minder snel dan het landelijke gemiddelde.
4. Toegankelijkheid van goede zorg. In 2022 kan de bevolking in Zeeuws-Vlaanderen nog steeds beschikken over goede, toepasselijke basiszorg dichtbij en bereikbare, kwalitatief hoogwaardige specialistische zorg.

## 6 Noordoost-Groningen

Een van de projecten die we voor Noordoost-Groningen voorgesteld hadden in het voorstel voor de verdiepingsstudie is het bijdragen aan het opzetten van een academische werkplaats publieke gezondheid. Het netwerk rond krimpregio's zou binnen een dergelijke werkplaats meer geborgd zijn. In januari 2013 is de academische werkplaats Noord-Nederland van de grond gekomen met krimp als overkoepelend thema.

In het onderzoeksvoorstel voor de tweede fase stonden voor de regio Groningen twee thema's centraal: (sociale) omgevingskenmerken en zorgvoorzieningen. Bij het eerste thema ging het over de vraag of de krimpregio's wat betreft sociale omgevingskenmerken afwijken van de niet-krimpgebieden in Groningen. Onder sociale omgevingskenmerken vallen bijvoorbeeld de leefbaarheid in krimpgebieden, sociaal kapitaal in buurten, sociale verbanden (netwerken) waarop mensen kunnen terugvallen om zorg/steun te ontvangen (mantelzorg).

Bij het thema zorggebruik ging het om de vraag in hoeverre inwoners van Noordoost-Groningen problemen ervaren met de bereikbaarheid van zorg(verleners). Hierbij is gekeken naar verschillen tussen krimpregio's en de rest van Groningen wat betreft de mate van zorggebruik en tevredenheid van mensen over de bereikbaarheid van zorg.

De GGD Groningen heeft een aantal vragen aan de lokale gezondheidsenquête toegevoegd die gaan over onderwerpen die mogelijk te maken hebben de gezondheidsachterstand in de Groningse krimpregio's. Het gaat om de volgende onderwerpen:

1. (Sociale) omgevingskenmerken: tevredenheid over woonomgeving, verhuwswens, mantelzorg geven, vrijwilligerswerk en sociaal kapitaal.
2. Zorgvoorzieningen: zorggebruik en tevredenheid over bereikbaarheid van zorgvoorzieningen.

Voor deze onderwerpen heeft de GGD beschrijvende analyses uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in verschillen tussen krimp gemeenten en niet-krimp gemeenten binnen de provincie Groningen. Zie Figuur 6.1 voor de gebruikte regio-indeling. Voor informatie over de methode, zie Tekstbox 6.1.

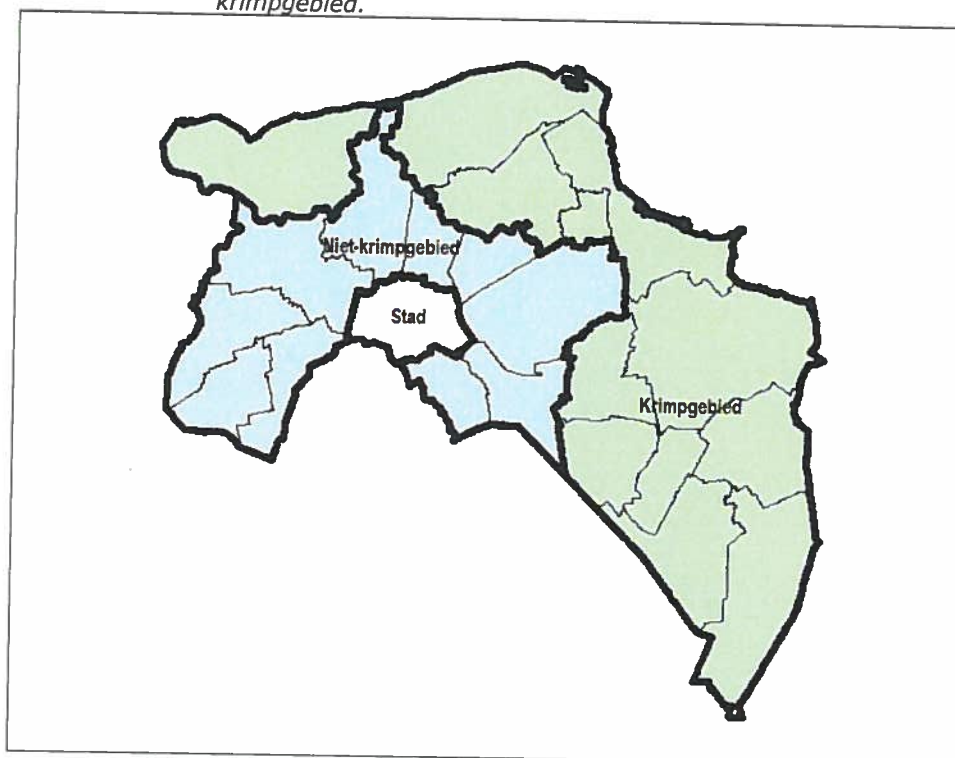
### *(Sociale) omgevingskenmerken*

De mate van tevredenheid over de woonomgeving in het Groningse krimpgebied is gelijk aan het provinciale gemiddelde (bijna 8 procent van de bevolking). Vergeleken met de overige regio's in de provincie Groningen vinden veel inwoners van het krimpgebied dat hun buurt het afgelopen jaar vooruit is gegaan (Tabel 6.1). Een kwart van de volwassenen in het krimpgebied heeft plannen om de komende jaren te verhuizen. Dit is iets lager dan in het niet-krimpgebied.

Van de volwassenen geeft 14 procent mantelzorg in het krimpgebied, dit is vergelijkbaar met het provinciale referentiecijfer. Uit onderstaande tabel blijkt dat relatief weinig laagopgeleiden mantelzorg verlenen in het krimpgebied, en dat hoogopgeleiden juist relatief veel mantelzorg verlenen (Tabel 6.2). Het lagere percentage laagopgeleiden in het krimpgebied dat mantelzorg verleent valt op, ook gezien het feit dat het aandeel laagopgeleiden in het krimpgebied

hoger ligt (11 procent) dan in niet-krimpgebieden (7 procent) en de stad Groningen (6 procent).

Figuur 6.1 Regio-indeling provincie Groningen: stad, niet-krimpgebied en krimpgebied.



Tabel 6.1 Oordeel over ontwikkeling van de buurt regio in percentages (Data: Gezondheidsenquête, 2012).

	Krimpgebied	Niet-krimpgebied	Stad Groningen	Provincie Groningen
<b>Ontwikkeling buurt</b>				
Achteruit	12	14	21	16
Gelijk	70	76	64	70
Vooruit	18	10	14	14

Tabel 6.2 Percentage mensen dat mantelzorg geeft ( $\geq 3$  mnd. of  $\geq 8$  uur per week) naar opleidingsniveau (Data: Gezondheidsenquête, 2012).

	Krimpgebied	Niet-krimpgebied	Stad Groningen	Provincie Groningen
<b>Opleidingsniveau</b>				
Laag	11	18	14	13
Midden-laag	13	14	16	14
Midden-hoog	14	16	11	13
Hoog	15	11	11	12

Voor de betrokkenheid bij de bredere samenleving is gekeken naar het verrichten van vrijwilligerswerk. In provincie Groningen doet bijna 30 procent vrijwilligerswerk. In het krimpgebied doet 26 procent vrijwilligerswerk. Dit is laag vergeleken met het niet-krimpgebied, waar 34 procent van de mensen vrijwilligerswerk doet. Binnen elke leeftijdscategorie in het krimpgebied wordt minder vrijwilligerswerk gedaan vergeleken met de overige regio's (Tabel 6.3).

*Tabel 6.3 Percentage mensen dat vrijwilligerswerk verricht naar leeftijd (Data: Gezondheidsenquête, 2012).*

	<b>Krimpgebied</b>	<b>Niet-krimpgebied</b>	<b>Stad Groningen</b>	<b>Provincie Groningen</b>
<b>Leeftijdsgroep</b>				
19-34 jaar	24	27	27	26
35-49 jaar	30	41	28	32
50-64 jaar	28	33	31	30
65+	23	33	24	26

Wat betreft sociaal kapitaal valt op dat meer mensen uit het krimpgebied, vergeleken met de mensen uit het niet-krimpgebied, vinden dat er weinig samenhang in hun buurt is (zie tabel 6.4). In de stad ligt de mate van sociaal kapitaal het laagst. Zie Tekstbox 6.1 voor een beschrijving van sociaal kapitaal.

*Tabel 6.4 Percentage volwassenen woonachtig in een buurt met laag, gemiddeld of hoog sociaal kapitaal (Data: Gezondheidsenquête, 2012).*

	<b>Krimpgebied</b>	<b>Niet-krimpgebied</b>	<b>Stad Groningen</b>	<b>Provincie Groningen</b>
<b>Mate sociaal kapitaal</b>				
Laag	44	36	51	44
Gemiddeld	39	44	36	39
Hoog	18	20	12	16

#### *Zorgvoorzieningen*

Het gebruik van zorgvoorzieningen door volwassenen in het krimpgebied is vergelijkbaar met het gebruik in het niet-krimpgebied (niet in tabel weergegeven). Alleen het gebruik van tandartszorg is relatief laag in het krimpgebied. Overigens zijn hier alleen de huisarts, medisch specialist en tandarts/mondhygiënist vergeleken. Voor andere zorgverleners was het aantal cliënten binnen de steekproefpopulatie te klein om een vergelijking te maken tussen krimpgebied en andere regio's.

In Tabel 6.5 is de mate van tevredenheid met de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen weergegeven. De verschillen tussen de provincie en het krimpgebied zijn klein (met uitzondering van de GGZ). Vergeleken met het niet-krimpgebied zijn volwassenen uit het krimpgebied over het algemeen minder tevreden met de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen.

Over het algemeen kun je zeggen dat de mensen met een (zeer) goede gezondheid de diverse zorgaanbieders beter bereikbaar vinden dan de mensen met een (zeer) slechte gezondheid (zie Tabel 6.6 en 6.7). Dit verschil tussen gezonde en minder gezonde mensen is het grootst in niet-krimpgebieden. In



krimpgebieden zijn mensen met een (zeer) slechte gezondheid meer tevreden over de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen dan in andere meer rurale gebieden in de provincie Groningen.

*Tabel 6.5 Percentage mensen dat tevreden is met bereikbaarheid van zorgvoorzieningen (Data: Gezondheidsenquête, 2012).*

	<b>Krimpgebied</b>	<b>Niet-krimpgebied</b>	<b>Stad Groningen</b>	<b>Provincie Groningen</b>
<b>Zorgvoorziening</b>				
Huisarts	79	82	74	78
Medisch specialist	65	68	61	64
Tandarts/ mondhygiënist	82	86	81	83
Fysiotherapeut	75	77	72	75
Thuiszorg	48	45	45	46
GGZ	27	38	37	34
Maatschappelijk werk	23	28	30	27
VNN/ verslavingszorg	18	26	27	21

*Tabel 6.6 Percentage mensen met een (zeer) goede ervaren gezondheid dat tevreden is met bereikbaarheid van zorgvoorzieningen (Data: Gezondheidsenquête, 2012).*

	<b>Krimpgebied</b>	<b>Niet-krimpgebied</b>	<b>Stad Groningen</b>	<b>Provincie Groningen</b>
<b>Zorgvoorziening</b>				
Huisarts	80	83	75	79
Medisch specialist	64	67	61	64
Tandarts/ mondhygiënist	84	87	83	84
Fysiotherapeut	75	78	72	75

*Tabel 6.7 Percentage mensen met een (zeer) slechte ervaren gezondheid dat tevreden is met bereikbaarheid van zorgvoorzieningen (Data: Gezondheidsenquête, 2012).*

	<b>Krimpgebied</b>	<b>Niet-krimpgebied</b>	<b>Stad Groningen</b>	<b>Provincie Groningen</b>
<b>Zorgvoorziening</b>				
Huisarts	66	55	74	65
Medisch specialist	65	51	66	60
Tandarts/ mondhygiënist	66	65	57	63
Fysiotherapeut	73	61	69	68

### *Conclusie*

Naar voren komt dat mensen in de krimpregio's gemiddeld iets minder tevreden zijn over de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen dan mensen uit de niet-krimpregio's. De verschillen zijn echter zodanig klein dat dit waarschijnlijk niet een belangrijke verklaring is voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen de Groningse krimpregio's en de rest van Nederland. Verder bleken er nauwelijks verschillen tussen de Groningse krimpregio's en de andere gebieden in de provincie Groningen wat betreft de tevredenheid over de woonomgeving en kenmerken van de sociale omgeving.

### *Tekstbox 6.1 Methode analyses Gezondheidsmonitor.*

#### *Databestand*

Om de gezondheid van mensen in kaart te brengen, nam GGD Groningen in 2012 deel aan een landelijk gezondheidsonderzoek (Gezondheidsmonitor). Bij dit grootschalige gezondheidsonderzoek werkten alle GGD'en in Nederland samen met het RIVM en het CBS. In totaal kregen ruim 750.000 inwoners in Nederland van 19 jaar en ouder een vragenlijst van de GGD'en in Nederland.

#### *Meting onderwerpen*

1. Woonomgeving
  - Tevredenheid woonomgeving: uitgedrukt in een rapportcijfer van 1 t/m 10 ( 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden).
  - Ontwikkeling buurt: de buurt is het afgelopen jaar vooruit, achteruit gegaan of gelijk gebleven.
  - Verhuiscens: wens om in de komende jaren te verhuizen.
2. Sociale verbanden
  - Mantelzorg verlenen: zorg aan een bekende uit de omgeving, zoals partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De mantelzorg moet daarbij al minimaal 3 maanden duren, of het moet gaan om minimaal 8 uur zorg per week.
  - Vrijwilligerswerk: werk in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.
  - Sociaal kapitaal: score op basis van de volgende stellingen: 1) De mensen in mijn buurt helpen elkaar, 2) De mensen in mijn buurt voelen zich verbonden met elkaar, 3) De mensen in mijn buurt zijn te vertrouwen, 4) De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten, 5) Ik ga liever niet om met de mensen die in mijn buurt wonen. Het gaat om een individuele score van sociaal kapitaal (geen score op buurtniveau).
3. Zorgvoorzieningen
  - Gebruik zorgvoorzieningen: in de afgelopen 12 maanden al dan niet contact gehad met zorgverleners, waaronder de huisarts, medisch specialist, tandarts/mondhygiënist.
  - Tevredenheid over bereikbaarheid van zorgvoorzieningen: tevredenheid over bereikbaarheid van zorgverleners (bijvoorbeeld huisarts, fysiotherapeut, geestelijke gezondheidszorg) op een vierpuntsschaal: tevreden, neutraal, niet tevreden en niet van toepassing.

#### *Regio-indeling*

Het krimpgebied Noordoost-Groningen is vergeleken met de rest van de provincie. Ook is onderscheid gemaakt tussen de stad Groningen en ander ruraal gebied (niet-krimpgebied). Figuur 6.1 toont de regio-indeling krimpgebied, niet-krimpgebied en stad.

Het onderzoek is uitgevoerd door J. Kuiper (GGD Groningen).

## Literatuur

- Andersson, R., Bråmås, Å., 2004. Selective migration in Swedish distressed neighbourhoods: can area-based urban policies counteract segregation processes? *Housing Studies* 19, 517-539.
- Bailey, N., Livingston, M., 2008. Selective migration and neighbourhood deprivation: Evidence from 2001 census migration data for England and Scotland. *Urban Studies* 45, 943-961.
- Benyamini Y., Idler E. (1999). Community studies reporting associations between self-rated health and mortality. Additional studies (1995-1998). *Research on Aging*; 21: 392-401.
- Bosma, H., Jansen, M., Groffen, D., Mujakovic, S., Feron, F. (2013). Een nadere analyse van de gezondheidsachterstand in stadsregio Parkstad. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 91, 318-323.
- Boyle, P.J., Norman, P., Popham, F., 2009. Social mobility: evidence that it can widen health inequalities. *Social Science & Medicine* 68, 1835-1842.
- Carstairs, V., Morris, R., 1991. *Deprivation and Health in Scotland*. Aberdeen University Press Aberdeen.
- Exeter, D.J., Feng, Z., Flowerdew, R., Boyle, P.J. (2005). Shrinking areas and mortality: an artefact of deprivation effects? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 924-926.
- Ghosn, W., Kassié, D., Jouglu, E., Salem, G., Rey, G., Rican, S. (2012). Trends in geographic mortality inequalities and their association with population changes in France, 1975–2006. *The European Journal of Public Health*.
- Huisman, C., de Jong, A., van Duin, C., Stoeldraijer, L. (2013). *Regionale prognose 2013*, PBL.
- van Lenthe, F.J., Martikainen, P., Mackenbach, J.P., 2007. Neighbourhood inequalities in health and health-related behaviour: results of selective migration? *Health & Place* 13, 123-137.
- Ministerie van BZK (2011). *Geografische afbakening van de anticipeergebieden' van de minister van BZK aan de Tweede Kamer, 18 oktober 2011*
- Norman, P., Boyle, P., Rees, P. (2005). Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 60, 2755-2771.
- O'Reilly, D., Stevenson, M. (2003). Selective migration from deprived areas in Northern Ireland and the spatial distribution of inequalities: implications for monitoring health and inequalities in health. *Social Science & Medicine* 57, 1455-1462.
- Verweij, A., van der Lucht, F. (2011). *Gezondheid in krimpregio's. Bilthoven: RIVM.*

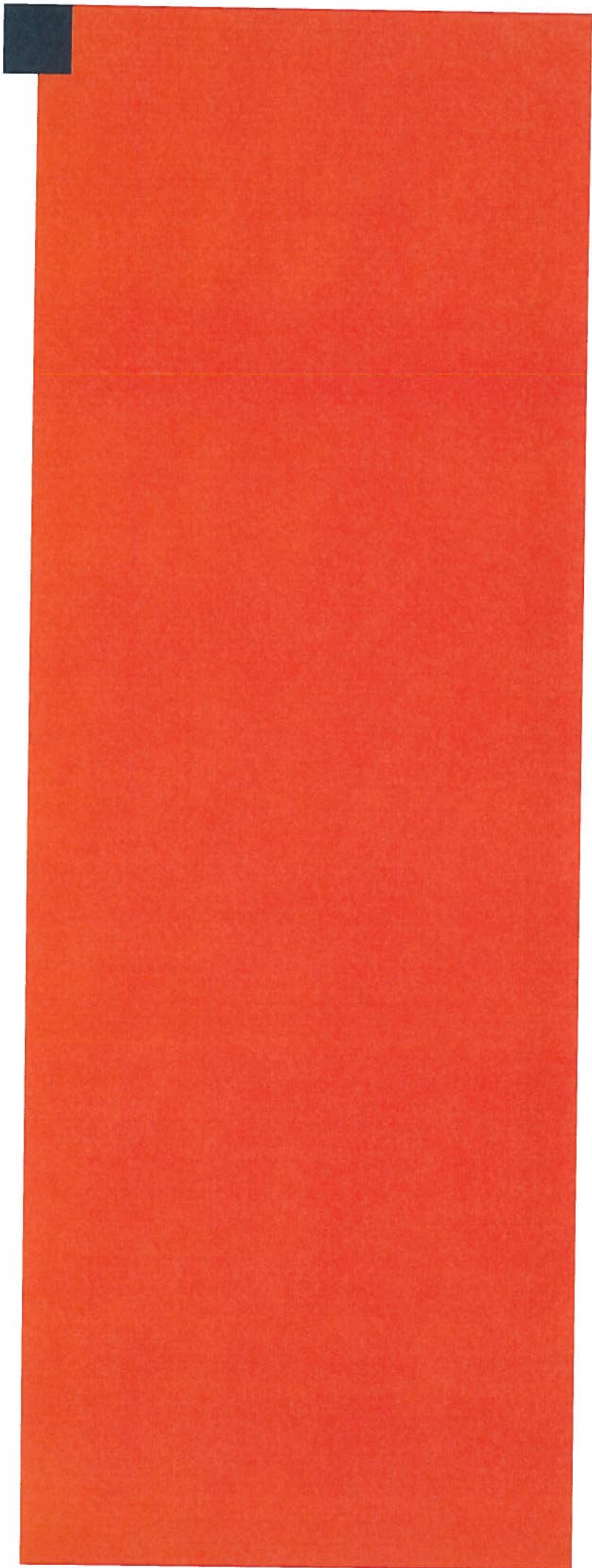
WBO (2003). Onderzoeksverantwoording. Woningbehoefte Onderzoek 2002. Dongen: GFK Panelservices Benelux BV, Intomart BV, R & M.

WoON (2007). Woon Onderzoek Nederland 2006. Onderzoeksdocumentatie module Woningmarkt. Delft: ABF Research.

WoON (2013). Woon Onderzoek Nederland 2012. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bouwen-wonen/methoden/dataverzameling/korte-onderzoeksbeschrijvingen/woningonderzoek-nederland-art.htm>.

## Dankwoord

De volgende mensen willen we bedanken voor het becommentariëren van (delen van) dit rapport: Dick van der Wouw (Scoop), Fanny Janssen (RUG), Hans Bosma (Universiteit Maastricht), Jeroen Kuiper (GGD Groningen), Karin Kalverboer (Zorg Innovatie Forum), KlaasJan Hajema (GGD Zuid-Limburg), Katinka Vriends (Gemeente Terneuzen), Leonie de Bruijne (GGD Zeeland) en Peter van Kooten (Scoop).



**RIVM**

*De zorg voor morgen begint vandaag*