

# Lager opgeleid, meer naar de huisarts?

Een analyse in Vlaanderen

L.F. DE PRINS  
W.P. PEERSMAN  
J.M. DE MAESENER

**De Prins L, Peersman WP, De Maesener JM. Lager opgeleid, meer naar de huisarts? Een analyse in Vlaanderen. Huisarts Wet 1998;41(4): 173-8.**

**Vraagstelling** Is er een verband tussen genoten onderwijs en gebruik van huisartsgeneeskundige zorg wanneer rekening wordt gehouden met interveniërende factoren als leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm, gezondheidstoestand, en opvattingen en percepties ten aanzien van ziekte en gezondheid?

**Methoden** Gebruik is gemaakt van twee gegevensbronnen. De ene dataset bestond uit aan huis verzamelde gegevens bij een aselechte steekproef van 500 mannen en 500 vrouwen van 40-50 jaar oud uit Gent. De andere dataset bestond uit zowel enquête- als registratiegegevens over 2400 personen van 45 jaar en ouder uit Aalst.

**Resultaten** Na correctie voor een aantal sociaal-demografische gegevens, de *health locus of control* en de gezondheidstoestand door middel van een multivariate logistische regressie bleef een significant verschil bestaan in het wel of niet een beroep doen op een huisarts, tussen personen die uitsluitend lager onderwijs hadden genoten en personen met een hogere opleiding.

**Conclusie** Lager opgeleiden maken meer gebruik van huisartsgeneeskundige zorg dan de hoogst opgeleiden.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde & Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, 1K3 U.Z., De Pintelaan 185, 9000 Gent.  
L.F. De Prins, sociologe; W.P. Peersman, socioloog (vakgroep Bevolkingswetenschappen & Sociaal-wetenschappelijke Methodologie); dr. J.M. De Maesener, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde.  
Correspondentie: L.F. De Prins.

## Inleiding

Uit verschillende onderzoeken is bekend dat er verschillen bestaan in het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg in relatie tot de sociaal-economische status (SES): mensen met een lage sociaal-economische status doen vaker een beroep op de huisarts.<sup>1-3</sup>

Voor dit 'meer-gebruik' worden verschillende verklaringen gegeven. In de eerste plaats hebben mensen met een lage sociaal-economische status meer gezondheidsproblemen.<sup>4-6</sup> Vervolgens hangt de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie ('health locus of control') samen met de sociaal-economische status. Dit begrip 'health locus of control' heeft betrekking op de mate waarin iemand denkt dat bepaalde gebeurtenissen ten aanzien van zijn gezondheid zijn toe te schrijven aan het eigen gedrag (interne controle), aan het toeval (toevalsoriëntatie) of aan anderen, met name artsen (artsoriëntatie). Iemand met een uitgesproken artsoriëntatie – die dus verwacht dat zijn gezondheidstoestand het gevolg is van het ingrijpen van artsen – zal de arts ook vaker bezoeken. En personen met een lagere status zouden meer artsgeoriënteerd zijn.<sup>7</sup> Daarnaast kunnen we verwachten dat het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg verband houdt met de gezinssamenstelling of samenlevingsvorm. En tenslotte kan ook de kostprijs een rol spelen: mensen met een lagere SES zouden om financiële redenen geneigd kunnen zijn eerder een beroep te doen op de 'goedkopere' huisarts dan op de 'duurdere' specialist.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de sociaal-economische status te bepalen.<sup>8</sup> De meest gebruikte indicatoren zijn beroep, inkomen en onderwijs.<sup>9</sup> Met name het onderwijsniveau wordt beschouwd als een belangrijke indicator:<sup>8</sup> onderwijs heeft een grote invloed op zowel inkomen als beroep, en het onderwijsniveau hangt nauw samen met kenmerken als gezondheidsgedrag en levensstijl. Bovendien heeft onderwijsniveau als indicator praktische voordelen: het is persoonsgebonden en eenvoudig vast te stellen, en het is relatief stabiel in de tijd. Een nadeel is dat er

door de algemene stijging van het onderwijspeil een cohort-effect kan optreden: de opleidingsniveaus van ouderen en jongeren zijn als indicatoren van SES niet zonder meer met elkaar te vergelijken.<sup>8</sup>

De vraagstelling van dit artikel luidt als volgt: is er een verband tussen het genoten onderwijs en gebruik van huisartsgeneeskundige zorg wanneer rekening wordt gehouden met andere interveniërende factoren als leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm (al of niet alleen wonen), gezondheidstoestand (functionele toestand, chronische aandoeningen), opvattingen en percepties ten aanzien van ziekte en gezondheid?

## Methode

### Dataverzameling

In deze bijdrage maken we gebruik van twee gegevensbronnen.

De ene bron bestaat uit gegevens over 1000 inwoners van Gent (230.000 inwoners), 500 mannen en 500 vrouwen in de leeftijd van 40-50 jaar, die in de periode december 1994 tot mei 1995 een gezondheidsenquête kregen voorgelegd. De respondenten werden uit het bevolkingsregister getrokken door middel van een aselechte steekproef. In geval van weigering of onbereikbaarheid (in totaal 34 procent) werd een vervanger bezocht uit dezelfde statistische sector, van hetzelfde geslacht en uit hetzelfde geboortjaar. Op deze wijze was het mogelijk de beoogde 1000 personen te ondervragen.

De tweede bron heeft betrekking op 2400 personen van 45 jaar en ouder uit de regio Aalst. De steekproef was opgesplitst naar geslacht, leeftijdsgroep en verzekeringsinstelling. In elke subgroep werden de respondenten aselekt getrokken uit de registers van de twee grootste verzekeringsinstellingen, de christelijke en de socialistische mutualiteit. Deze personen werden geïnterviewd in de periode april t/m september 1995. In geval van weigering of onbereikbaarheid (in totaal 35 procent) werd de betrokkene vervangen door iemand met dezelfde kenmerken (verzekeringinstelling, leeftijd, geslacht en ge-

meente). Vervolgens werden de enquêtegegevens aangevuld met registratiegegevens van de twee verzekeringsinstellingen over alle medische interventies in 1994 en 1995.

### Variabelen

Het onderwijsniveau was de centrale variabele voor de bepaling van de SES. Daartoe werden vier groepen onderscheiden:

- geen of uitsluitend lager onderwijs (LO);
- lager secundair onderwijs (LSO);
- hoger secundair onderwijs (HSO);
- hoger onderwijs (Hoger).

Bij de variabele samenlevingsvorm werd onderscheid gemaakt tussen wel en niet alleen wonen.

Voor de operationalisering van de gezondheidstoestand werden drie dimensies van de functionele toestand gebruikt: fysiek, sociaal en mentaal functioneren. Hiertoe werden drie subschalen van de SF-36 gebruikt.<sup>10</sup> De score op elk van deze schalen gaat van 0 (ernstig beperkt in het functioneren) tot 100 (totaal geen beperkingen in het functioneren). Voor de analyses werd een dichotomie geconstrueerd: slecht functioneren (score  $\leq 80$ ) versus goed functioneren (score  $> 80$ ). Het afkappunt 80 is arbitrair bepaald, op basis van de frequentieverdelingen in de onderzoeksgegevens.

Een tweede indicator van de gezondheidstoestand was de aanwezigheid van meer dan één chronische aandoening ('multimorbiditeit'). Dit fenomeen is een omvangrijk probleem in de huisartsgeneeskunde.<sup>11</sup>

Voor de operationalisering van de 'health locus of control' werd een verkorte versie van de vragenlijst van *Halfens & Philipsen*<sup>7</sup> gebruikt, met slechts drie items (tegen zes in het origineel). In verband hiermee werd het afkappunt zeer streng gekozen: uitsluitend bij een uitgesproken positieve score op de drie items samen werd gesproken van artsoriëntatie.

Het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg werd in de Gentse enquête bepaald door de vraag hoeveel keer men geduren-

de de laatste drie maanden contact met de huisarts had gehad (gerapporteerd gebruik). In Aalst was het aantal contacten met de huisarts geregistreerd door de verzekeringsinstellingen. Voor deze analyse werd het aantal huisartscontacten tijdens het eerste kwartaal van 1995 berekend.

Deze variabelen werden gedichotomiseerd:  $\geq 2$  huisartscontacten werd beschouwd als 'gebruik van huisartsgeneeskundige zorg'. Op deze wijze werd zoveel mogelijk gecorrigeerd voor routineconsulten en bezoeken voor administratieve doeleinden.

### Analyse

In eerste aanleg werd nagegaan hoe de verschillende variabelen verdeeld waren over de vier onderwijsniveaus. Vervolgens werden de bivariate associaties met het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg onderzocht. De  $\chi^2$ -toets werd gebruikt om na te gaan of er een significant verband bestond tussen de onderzochte variabelen.

Tenslotte werd via een multivariaat design getoetst of de eventuele samenhang tussen onderwijs en gebruik van huisartsgeneeskundige zorg bleef bestaan wanneer werd gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm, gezondheidstoestand en artsoriëntatie. Onderwijsniveau werd in deze analyse gebruikt als een 'indicator'-variabele, waarbij het effect van de verschillende niveaus telkens werd vergeleken met het laagste niveau.

### Resultaten

Uit *tabel 1* kunnen we het volgende concluderen:

- Er was geen verband tussen onderwijsniveau en samenlevingsvorm.
- Wat het fysiek functioneren betreft, bestond bij de mannen uit de jongste leeftijdsgroepen een significant verband met het onderwijsniveau: hoe lager het niveau, des te groter het percentage respondenten dat fysiek slecht functioneerde. In de hogere leeftijdsgroepen ontbrak dit verband. Bij de vrouwen was er in geen van de leeftijdsgroepen

een duidelijk verband. Zoals verwacht scoorden oudere leeftijdsgroepen veel slechter dan de jongere.

- In de meeste onderzoeksgroepen was noch het mentaal functioneren, noch het sociaal functioneren geassocieerd met het onderwijsniveau. Vrouwen scoorden telkens slechter dan mannen. Vooral op vlak van het sociaal functioneren scoorden de oudste leeftijdsgroepen duidelijk minder dan de jongere.
- De aanwezigheid van chronische aandoeningen verschilde alleen in de Gentse onderzoeksgroep significant naar onderwijsniveau, zowel bij de mannen als bij de vrouwen.
- Ook de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie was sterk geassocieerd met het onderwijsniveau: vooral de mannen en vrouwen met ten hoogste een diploma lager onderwijs legden de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid in handen van de arts.

*Tabel 2* toont het percentage gebruikers van huisartsgeneeskundige zorg in elk van de onderscheiden categorieën van de geselecteerde variabelen.

- Personen die alleen woonden, verschilden in deze bivariate analyse niet significant in het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg van personen die niet alleen woonden.
- Zoals verwacht, hing slecht functioneren, op fysiek, mentaal en sociaal vlak, samen met een hoger gebruik van huisartsgeneeskundige zorg. Ook de respondenten met multimorbiditeit deden vaker een beroep op de huisarts.
- Personen met een artsoriëntatie maakten meer gebruik van huisartsgeneeskundige zorg.
- Het verband tussen het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg en opleiding verliep bij de mannen niet steeds lineair: in de Gentse steekproef werd de groep met het hoogste gebruik gevormd door de mannen met hoger secundair onderwijs; de mannen met hoger onderwijs hadden het laagste gebruik.

Het resultaat van het multivariate design – waarbij werd nagegaan of het verband tus-

sen onderwijsniveau en het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg blijft bestaan na controle voor de andere variabelen – vinden we in *tabel 3*.

In Aalst was er een significant effect van leeftijd: op oudere leeftijd nam de relatieve kans op gebruik van huisartsgeneeskundige zorg toe. Het geslacht speelde in beide steekproeven geen rol van betekenis. In Aalst hadden alleenstaanden

een grotere relatieve kans om de huisarts te consulteren.

Het mentaal functioneren had geen significant effect. Slecht fysiek en slecht sociaal functioneren deden echter de kans op gebruik van huisartsgeneeskundige zorg sterk toenemen. Dat gold ook voor multimorbiditeit en voor een artsgeoriënteerde ‘health locus of control’.

De resultaten met betrekking tot de so-

ciaal-economische status waren gelijk in de twee regio’s. Wanneer tegelijkertijd rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm, artsoriëntatie en de verschillende gezondheidsindicatoren, zien we een significant verschil in gebruik van huisartsgeneeskundige zorg tussen het hoogste en het laagste opleidingsniveau: voor iemand uit de categorie ‘lager onderwijs’ was de kans op gebruik van

**Tabel 1** Het voorkomen van een aantal kenmerken in groepen van verschillend onderwijsniveau. Percentages (absolute aantallen)

		Mannen					Vrouwen				
		LO	LMO	HMO	Hoger	p	LO	LMO	HMO	Hoger	p
<b>Alleenwonend</b>											
Gent	40-50	12 (10)	13 (16)	19 (23)	10 (18)	ns	7 (8)	12 (11)	9 (14)	7 (10)	ns
Aalst	45-64	9 (12)	9 (11)	(4)	4 (2)	ns	12 (19)	8 (10)	11 (9)	7 (3)	ns
	65-74	13 (26)	13 (14)	12 (6)	9 (3)	ns	33 (80)	22 (22)	28 (13)	33 (4)	ns
	75+	24 (61)	18 (18)	16 (5)	31 (5)	ns	52 (156)	59 (38)	52 (13)	50 (1)	ns
<b>Fysiek F ≤ 80</b>											
Gent	40-50	42 (35)	37 (45)	34 (40)	20 (36)	†	57 (63)	50 (47)	42 (63)	38 (55)	*
Aalst	45-64	34 (46)	28 (34)	17 (14)	14 (7)	†	52 (80)	41 (50)	35 (27)	49 (22)	ns
	65-74	53 (108)	50 (55)	37 (18)	34 (11)	ns	69 (160)	65 (64)	62 (28)	67 (8)	ns
	75+	72 (180)	75 (73)	58 (18)	67 (10)	ns	86 (255)	72 (46)	80 (2)	100 (2)	*
<b>Mentaal F ≤ 80</b>											
Gent	40-50	63 (52)	57 (69)	60 (71)	63 (112)	ns	70 (78)	71 (66)	61 (91)	66 (96)	ns
Aalst	45-64	58 (78)	56 (71)	37 (31)	52 (26)	*	68 (104)	66 (80)	60 (47)	69 (31)	ns
	65-74	52 (107)	56 (59)	51 (25)	44 (14)	ns	71 (168)	72 (69)	50 (23)	25 (3)	†
	75+	57 (140)	60 (57)	42 (13)	56 (9)	ns	72 (210)	62 (39)	44 (11)	50 (1)	*
<b>Sociaal F ≤ 80</b>											
Gent	40-50	29 (24)	21 (25)	30 (36)	27 (49)	ns	41 (46)	41 (38)	30 (45)	32 (47)	ns
Aalst	45-64	28 (39)	25 (31)	14 (12)	18 (9)	ns	34 (53)	27 (33)	28 (22)	36 (16)	ns
	65-74	29 (60)	27 (30)	29 (14)	27 (9)	ns	37 (88)	37 (37)	28 (13)	33 (4)	ns
	75+	43 (109)	49 (48)	39 (12)	56 (9)	ns	51 (153)	44 (28)	32 (8)	50 (1)	ns
<b>Multimorbiditeit</b>											
Gent	40-50	55 (46)	47 (57)	39 (46)	31 (56)	†	59 (66)	49 (46)	43 (65)	41 (60)	*
Aalst	45-64	34 (46)	24 (30)	20 (17)	22 (11)	ns	47 (73)	38 (47)	32 (25)	36 (16)	ns
	65-74	42 (87)	51 (56)	37 (18)	39 (13)	ns	59 (141)	49 (49)	59 (27)	58 (7)	ns
	75+	51 (128)	56 (55)	45 (14)	31 (5)	ns	60 (182)	52 (33)	56 (14)	50 (1)	ns
<b>Artsoriëntatie</b>											
Gent	40-50	23 (18)	8 (10)	6 (7)	4 (7)	†	22 (23)	9 (8)	3 (4)	5 (7)	†
Aalst	45-64	17 (23)	13 (17)	4 (3)	0 (0)	†	19 (29)	7 (8)	5 (4)	2 (1)	†
	65-74	17 (35)	13 (14)	10 (5)	9 (3)	ns	27 (65)	25 (25)	6 (3)	0 (0)	†
	75+	26 (65)	35 (34)	10 (3)	12 (2)	*	21 (64)	28 (18)	28 (7)	0 (0)	ns

\* p<0,05; † p<0,01; ‡ p<0,001.

huisartsgeneeskundige zorg meer dan twee keer zo groot als voor iemand uit de categorie 'hoger onderwijs'. Er werden echter geen significante verschillen meer gevonden tussen enerzijds de categorie 'lager onderwijs' en anderzijds de categorieën 'lager middelbaar' en 'hoger middelbaar'.

### Beschouwing

Na correctie voor een aantal sociaal-demografische gegevens, de beheersingsoriëntatie en de gezondheidstoestand werd alleen nog een significant verschil gevonden tussen de groep met alleen lager onderwijs en de groep die hoger onderwijs

had genoten. Het feit dat twee onafhankelijke studies, met een verschillende onderzoeksopzet dit zelfde resultaten opleveren, versterkt de generaliseerbaarheid van deze uitkomst.

De gezondheidszorg in België kent geen inschrijving van patiënten en geen eche-

**Tabel 2** Aantal respondenten in percentages (en absolute aantallen) met minimaal twee huisartscontacten volgens een aantal kenmerken in elke onderzoeksgroep. Bivariate associaties

	Mannen				Vrouwen			
	Gent 40-50	Aalst 45-64	Aalst 65-74	Aalst 75+	Gent 40-50	Aalst 45-64	Aalst 65-74	Aalst 75+
<b>Samenlevingsvorm</b>								
Alleen	36 (24)	45 (13)	48 (23)	77 (66)	28 (12)	51 (21)	73 (87)	78 (159)
Niet alleen	28 (122)	36 (127)	52 (176)	67 (200)	37 (171)	47 (165)	57 (150)	72 (132)
$\chi^2$ -toets	ns	ns	ns	ns	ns	ns	†	ns
<b>Fysiek functioneren</b>								
Slecht	46 (72)	52 (52)	66 (123)	77 (209)	50 (115)	64 (114)	69 (175)	79 (252)
Goed	21 (74)	31 (87)	37 (74)	52 (57)	25 (68)	34 (73)	49 (59)	56 (35)
$\chi^2$ -toets	‡	‡	‡	‡	‡	‡	‡	‡
<b>Mentaal functioneren</b>								
Slecht	35 (108)	42 (84)	56 (112)	71 (152)	40 (134)	51 (130)	65 (168)	81 (208)
Goed	19 (38)	30 (55)	46 (83)	66 (108)	29 (49)	42 (55)	54 (65)	62 (74)
$\chi^2$ -toets	‡	*	*	ns	†	ns	*	‡
<b>Sociaal functioneren</b>								
Slecht	49 (66)	52 (46)	73 (80)	79 (134)	52 (92)	56 (68)	73 (102)	86 (158)
Goed	22 (80)	31 (93)	43 (120)	62 (132)	28 (91)	44 (119)	56 (134)	65 (131)
$\chi^2$ -toets	‡	‡	‡	‡	‡	*	‡	‡
<b>Multimorbiditeit</b>								
Nee	19 (56)	24 (69)	37 (81)	57 (105)	24 (63)	39 (91)	48 (79)	61 (96)
Ja	44 (90)	69 (71)	70 (119)	81 (161)	51 (120)	60 (96)	73 (158)	85 (195)
$\chi^2$ -toets	‡	‡	‡	‡	‡	‡	‡	‡
<b>Artsoriëntatie</b>								
Arts	43 (18)	62 (26)	57 (32)	78 (78)	50 (21)	36 (15)	6 (70)	85 (75)
Niet-arts	28 (127)	33 (114)	51 (168)	66 (188)	35 (153)	49 (172)	57 (167)	72 (216)
$\chi^2$ -toets	*	‡	ns	*	*	ns	†	*
<b>Onderwijsniveau</b>								
LO	35 (29)	39 (52)	58 (115)	70 (171)	46 (51)	52 (79)	65 (150)	79 (232)
LMO	33 (40)	39 (49)	45 (49)	71 (67)	45 (42)	51 (61)	58 (53)	63 (39)
HMO	41 (49)	34 (27)	42 (25)	63 (19)	39 (59)	43 (33)	60 (27)	61 (14)
Hoger	16 (28)	25 (12)	35 (11)	57 (8)	21 (31)	31 (14)	42 (5)	50 (1)
$\chi^2$ -toets	‡	ns	*	ns	‡	ns	ns	*

\* p<0,05; † p <0,01; ‡ p<0,001.

**Tabel 3** Resultaten van de multivariate logistische regressie op het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg

Voorspellende variabelen	Gent (n=972)			Aalst (n=2249)		
	odds ratio	95%-BI	p	odds ratio	95%-BI	p
Leeftijd	1,01	0,96-1,07	ns	1,03	1,02-1,04	‡
Geslacht (vrouw versus man)	1,06	0,78-1,56	ns	1,14	0,94-1,39	ns
Samenlevingsvorm (alleen versus niet-alleen)	0,85	0,53-1,37	ns	1,30	1,02-1,66	*
Fysiek functioneren (slecht versus goed)	1,90	1,39-2,61	‡	1,69	1,34-2,08	‡
Mentaal functioneren (slecht versus goed)	1,21	0,85-1,71	ns	0,98	0,79-1,20	ns
Sociaal functioneren (slecht versus goed)	2,20	1,57-3,09	‡	1,55	1,23-1,95	‡
Multimorbiditeit (ja versus neen)	2,22	1,63-3,03	‡	2,63	2,15-3,21	‡
Artsoriëntatie (arts versus niet-arts)	1,38	0,83-2,29	ns	1,34	1,04-1,73	*
Onderwijsniveau						
LO versus LMO	0,85	0,54-1,32	ns	1,22	0,97-1,52	ns
LO versus HMO	0,70	0,46-1,08	ns	1,15	0,86-1,54	ns
LO versus Hoger	2,35	1,49-3,70	‡	2,04	1,37-3,04	‡

\* p<0,05; † p<0,01; ‡ p<0,001.

lonnering. Patiënten hebben de vrijheid om elk moment voor om het even welk probleem naar om het even welke arts te stappen.<sup>12-13</sup> De patiënt betaalt de arts constant per verrichting, en krijgt van zijn verzekeringsinstelling ongeveer 70 procent terugbetaald (weduwen, invaliden en gepensioneerden met een beperkt inkomen: 90 procent).

In deze context zou men kunnen veronderstellen dat hoger opgeleiden sneller de specialist zullen consulteren. Dit bleek echter niet het geval te zijn.

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen, vooral met betrekking tot het bepalen van de gezondheidstoestand, die immers volledig is gebaseerd op de enquêtegegevens. Dit vormt slechts een probleem wanneer personen uit verschillende opleidingsklassen de eigen gezondheidsevaluatie gaan over- of onderschatten. Dit wordt echter ondervangen door ook gebruik te maken van vragenlijsten over de functionele toestand (SF-36) en van het aantal chronische aandoeningen.

Het gebruik van huisartsgeneeskundige zorg werd in Aalst op een andere manier gemeten dan in Gent. Registratiegegevens worden als objectiever beschouwd dan gerapporteerd gebruik. De resultaten gaan echter in dezelfde richting.

Een andere beperking is het feit dat we niet in staat zijn oorzakelijke verbanden aan te tonen; het gaat uitsluitend om een significante samenhang.

Dit onderzoek zegt alleen iets over het kwantitatief gebruik van huisartsgeneeskundige zorg, niet over kwalitatieve verschillen. Zo is het mogelijk dat de duur van consultaties varieert met het onderwijsniveau van de patiënt. Uit een studie van *Wiggers & Sanson-Fisher*<sup>14</sup> is gebleken dat huisartsen minder tijd spenderen aan patiënten met een lagere status. Ook kunnen de redenen tot consultatie verschillen. Zo blijkt uit verschillende studies dat de dienstverlening aan patiënten met een hogere sociaal-economische status minder curatief en meer preventief is dan bij mensen met een lage sociaal-economische status.<sup>15-17</sup>

Het feit dat vooral lager geschoolden vaker contact met de huisarts hebben, verdient in de opleiding meer aandacht. Studenten geneeskunde moeten leren omgaan met deze bevolkingsgroepen. Het aanscherpen van gerichte communicatieve vaardigheden, in het bijzonder tegenover maatschappelijk zwakkere groepen, zal de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen verbeteren en vormt een legiti-

matie voor de centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg.

**Literatuur**

- Nolan B. General practitioner utilization in Ireland. The role of socio-economic factors. *Soc Sci Med* 1994;38:711-6.
- Peersman W, De Maeseneer JM. Sociaal-economische status en differentieel gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Louckx F, redactie. De gevelarchitectuur van de welvaartsstaat. Ongelijke toegang tot de gezondheidszorg. Brussel: VUBPRESS, 1995: p. 65-81.
- Van der Meer J, Van Den Bos J, Mackenbach J. Socioeconomic differences in utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy* 1996;37:1-18.
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Inequalities in health. The Black Report and the health divide. Penguin Books, 1992.
- Mackenbach J. Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.
- Peersman W, Vuylsteek K. Sociale ongelijkheid en preventieve gezondheidszorg. Preventieve Gezondheidszorg, Vlaams Preventiecongres 1997. Diegem: Kluwer, 1997. p. 689-701.
- Halfens R, Philipsen H. Een gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatieschaal. Validiteit en betrouwbaarheid van de MHLIC. *T Soc Gezondheidsz* 1988;66:399-403.
- Van Berkel-Van Schaik AB, Tax B. Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

- 9 Kunst A, Mackenbach J. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO, 1995.
- 10 Dixon P, Heaton J, Long A, Warburton A. Reviewing and applying the SF-36. Outcome Briefing 1994;4:3-25.
- 11 Knottnerus JA, Metsemakers JFM. Chronische ziekte in de huisartspraktijk: prevalentie, multimorbiditeit, sociale prevalentie. Huisarts Wet 1996;39:494-7.
- 12 De Maeseneer JM, De Prins LF, Heyerick JP, Mambourg F. De trouw van Belgische patiënten aan hun huisarts. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138:2649-54.
- 13 De Prins LF, De Maeseneer JM, Kesenne J, Raes K. Kosten van de gezondheidszorg in België. Bijblijven 1996;12:84-92.
- 14 Wiggers J, Sanson-Fisher R. Practitioner provision of preventive care in general practice consultations: association with patient educational and occupational status. Soc Sci Med 1997;44:137-46.
- 15 Breen N, Kessler L. Changes in the use of screening mammography: evidence from the 1987 and 1990 national health interview surveys. Am J Publ Health 1994;84:62-7.
- 16 Katz S, Hofer T. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. JAMA 1994;272:530-4.
- 17 Navarro-Rubio M, Jovel A, Schor E. Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain. Am J Prev Med 1995;11:256-62.

**Abstract**

**De Prins L, Peersman WP, De Maeseneer JM. Lower educated, more consultations in general practice? A study in Flanders (Belgium). Huisarts Wet 1998;41(4):173-8.**

**Objectives** Is there a relationship between level of education and use of care taking into account age, sex, living situation, health status, attitudes and perceptions as to health and disease?

**Methods** To answer this question two data

sources were used: (1) health survey data from a random sample of 500 men and 500 women, 40-50 years old, in Ghent (Flanders); and (2) survey and medical care registration data of 2400 people of 45 years and older in Aalst (Flanders).

**Results** Taking into account some socio-demographic data, health locus of control data and health status information, there was a significant difference in contacting (yes or no) a general practitioner, between the lower educated respondents and those with a higher education.

**Conclusion** Lower educated people have more consultations in general practice than higher educated people.

**Keywords** Education; Family practice; Health status; Use of care.

**Correspondence** Ms L.F. De Prins, MA, Department of General Practice & Primary Health Care, University of Ghent, 1K3 U.Z., De Pintelaan 185, 9000 Gent, Belgium.