



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (H. Calsbeek, P. Spreeuwenberg, M.J.W. van Kerkhof, P.M. Rijken, *Kerngegevens Zorg 2005, Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

Kerngegevens Zorg 2005

Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

H. Calsbeek
P. Spreeuwenberg
M.J.W. van Kerkhof
P.M. Rijken



ISBN 90-6905-797-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	7
Leeswijzer	9
Samenvatting en beschouwing	13
1 Inleiding	25
1.1 Doelstelling	25
1.2 Het panel in het kort	25
1.3 Vraagstelling en thematiek	26
1.4 Opbouw van het rapport	27
2 Gezondheid en sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap	29
2.1 Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of handicap	29
2.2 Algemene gezondheidsbeleving	31
2.2.1 Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	32
2.2.2 Sociaal-demografische kenmerken	33
2.2.3 Mensen met een chronische ziekte	34
2.2.4 Mensen met een lichamelijke beperking	35
2.2.5 Conclusie	36
2.3 Psychisch gezondheid en sociaal-maatschappelijk functioneren	37
2.3.1 Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	38
2.3.2 Sociaal-demografische kenmerken	39
2.3.3 Mensen met een chronische ziekte	42
2.3.4 Mensen met een lichamelijke beperking	45
2.3.5 Conclusie	47
3 Medisch en paramedisch zorggebruik	49
3.1 Huisartsenzorg	49
3.1.1 Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	49
3.1.2 Sociaal-demografische kenmerken	51
3.1.3 Mensen met een chronische ziekte	53
3.1.4 Mensen met een lichamelijke beperking	57
3.1.5 Conclusie	59
3.2 Ziekenhuiszorg	61
3.2.1 Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	61
3.2.2 Sociaal-demografische kenmerken	62
3.2.3 Mensen met een chronische ziekte	64
3.2.4 Mensen met een lichamelijke beperking	66
3.2.5 Conclusie	68

3.3	Gebruik van geneesmiddelen	69
3.3.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	70
3.3.2	Sociaal-demografische kenmerken	70
3.3.3	Mensen met een chronische ziekte	72
3.3.4	Mensen met een lichamelijke beperking	73
3.3.5	Conclusie	74
3.4	Paramedische zorg	75
3.4.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	75
3.4.2	Sociaal-demografische kenmerken	77
3.4.3	Mensen met een chronische ziekte	79
3.4.4	Mensen met een lichamelijke beperking	81
3.4.5	Conclusie	82
4	Ondersteuning, hulpmiddelen en aanpassingen	85
4.1	Thuiszorg	85
4.1.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	85
4.1.2	Sociaal-demografische kenmerken	87
4.1.3	Mensen met een chronische ziekte	89
4.1.4	Mensen met een lichamelijke beperking	90
4.1.5	Conclusie	93
4.2	Informeel zorg	94
4.2.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	94
4.2.2	Sociaal-demografische kenmerken	96
4.2.3	Mensen met een chronische ziekte	98
4.2.4	Mensen met een lichamelijke beperking	99
4.2.5	Conclusie	101
4.3	Hulpmiddelen en aanpassingen	102
4.3.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	102
4.3.2	Sociaal-demografische kenmerken	103
4.3.3	Mensen met een chronische ziekte	107
4.3.4	Mensen met een lichamelijke beperking	111
4.3.5	Conclusie	113
4.4	Gespecialiseerde verpleegkundige zorg	115
4.4.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	115
4.4.2	Sociaal-demografische kenmerken	116
4.4.3	Mensen met een chronische ziekte	117
4.4.4	Conclusie	120
5	Overig zorggebruik	121
5.1	Geestelijke gezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk	121
5.1.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	121
5.1.2	Sociaal-demografische kenmerken	122
5.1.3	Mensen met een chronische ziekte	123
5.1.4	Mensen met een lichamelijke beperking	124
5.1.5	Conclusie	126
5.2	Arbozorg	126
5.2.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene beroepsbevolking	126

5.2.2	Sociaal-demografische kenmerken	127
5.2.3	Mensen met een chronische ziekte	128
5.2.4	Mensen met een lichamelijke beperking	128
5.2.5	Conclusie	129
5.3	Alternatieve of complementaire zorg	130
5.3.1	Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking	130
5.3.2	Sociaal-demografische kenmerken	131
5.3.3	Mensen met een chronische ziekte	134
5.3.4	Mensen met een lichamelijke beperking	134
5.3.5	Conclusie	135
	Referenties	137
	I. Bijlage Werving en representativiteit NPCG	139
	II. Bijlage Samenstelling panel april 1998-2005	147
	III. Bijlage Respons metingen april 1998-2005	149
	IV. Bijlage Methodische verantwoording	151

Voorwoord

Dit rapport bevat informatie over de zorgbehoefte van mensen met een chronische ziekte of lichamelijke handicap en over hun gebruik van zorg in Nederland. Dit is het eerste jaarrapport van het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) dat door het NIVEL wordt uitgevoerd, en alweer het zevende in een reeks: dit panel is met ingang van 1 januari 2005 van start gegaan met subsidie van het ministerie van VWS en het ministerie van SZW en is een vervolg op het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) dat door het NIVEL sinds 1997 werd uitgevoerd. Het nieuwe panel is een verbreding van het oude panel, zowel naar onderzoeksgroep als thematiek. Naast mensen met een chronische ziekte nemen nu ook mensen met lichamelijke beperkingen deel aan het NPCG. De verbreding naar thematiek omvat meer aandacht voor de totale leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap, naast aandacht voor de gezondheid en zorg en ondersteuning die deze mensen nodig hebben.

Evenals in het PPCZ worden in het NPCG op continue basis gegevens verzameld over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap, zoals zij deze zelf ervaren. Hiertoe worden vragen voorgelegd aan een panel van ruim 3.500 mensen met een chronische ziekte of handicap vanaf 15 jaar. Mensen met een chronische ziekte zijn in huisartsenpraktijken verspreid over heel Nederland geselecteerd op grond van medische diagnoses. Mensen met lichamelijke beperkingen zijn middels twee grootschalige bevolkingsonderzoeken (het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) en het Woning Behoeft Onderzoek (WBO)) geworven. Door de wijze van samenstelling van het panel worden landelijk representatieve gegevens verkregen die kunnen worden gebruikt om de ontwikkelingen in de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap te volgen en de effecten van algemeen beleid en specifiek beleid voor deze doelgroep zichtbaar te maken.

Ten behoeve van deze monitoringsfunctie wordt een aantal vaste kerngegevens gepresenteerd in jaarrapporten. Een belangrijk doel hiervan is het zichtbaar maken van trends en ontwikkelingen in de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap.

Dit rapport bevat de kerngegevens over de behoefte aan en het gebruik van zorg. Het rapport Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006, dat begin 2007 verschijnt, bevat de kerngegevens over de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap in Nederland. De jaarrapporten over de zorg en de maatschappelijke situatie verschijnen tweejaarlijks om en om. De kerngegevens vindt u binnenkort tevens op de website van het NPCG, www.nivel.nl/npcg. Deze cijfers worden jaarlijks geactualiseerd.

Allereerst willen wij op deze plaats alle panelleden bedanken voor hun bereidheid om meerdere keren per jaar gegevens aan ons te verstrekken. Dankzij hen beschikken we binnenkort over een schat aan informatie over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap.

Daarnaast willen wij een woord van dank richten aan mevrouw Dr. M.M.Y. de Klerk (Sociaal en Cultureel Planbureau) voor de samenwerking bij de werving van mensen met lichamelijke beperkingen. Ook willen we op deze plaats de heer F.J.M. Frenken (Centraal Bureau voor de Statistiek) bedanken voor zijn behulpzaamheid bij het aanleveren van referentiegegevens uit het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van mensen in de algemene bevolking vanaf 15 jaar.

Voor de programmering en begeleiding van het onderzoek tenslotte is een programmacommissie ingesteld. In 2005 bestond deze commissie uit de volgende leden: mevrouw Dr. G.H.M.M. ten Horn (voorzitter), mevrouw Prof. Dr. J.M. Bensing (NIVEL), mevrouw Dr. M.A.G. van den Berg (CG-Raad), mevrouw Drs. G.T.M.A. Duijndam (VWS), mevrouw Drs. J.A. Ringelberg (SZW), de heer Drs. J.M. Timmermans (SCP) en de heer Drs. A. van der Zeijden (CG-Raad). Wij bedanken alle leden van deze commissie hartelijk voor hun inzet voor het NPCG.

juli 2006

H. Calsbeek
P. Spreeuwenberg
M.J.W. van Kerkhof
P.M. Rijken

Leeswijzer

Zoals in het voorwoord al werd vermeld, zullen de kerngegevens van het NPCG niet alleen in een jaarrapport worden vastgelegd, maar ook op de website worden gepubliceerd (www.nivel.nl/npcg).

Relatie rapport - website

In het rapport worden voor alle gehanteerde indicatoren van de gezondheidstoestand (hoofdstuk 2) en het zorggebruik (hoofdstukken 3 t/m 5) schattingen gegeven van de gemiddelde scores of percentages op de meest recente meting. In dit rapport is dat meestal de meting in april 2005. Daar waar mogelijk worden de resultaten over mensen met een chronische aandoening of handicap in perspectief geplaatst door een vergelijking te maken met gegevens die bekend zijn over de algemene Nederlandse bevolking. Hiertoe is gebruik gemaakt van elders gepubliceerde gegevens over de zorg- en leefsituatie van de Nederlandse bevolking. Deze referentiegegevens zijn niet bij de NPCG-gegevens op de website opgenomen. Behalve een beschrijving van de situatie op de meest recente meting wordt in het rapport de situatie over de afgelopen jaren geschetst; deze cijfers betreffen alleen chronisch zieken, omdat de voorgaande panels (PPCZ-1 en PPCZ-2), en dus de eerdere metingen, alleen chronisch zieken omvatten. Deze gegevens zijn ook op te vragen via de website.

In het rapport worden dus schattingen gepresenteerd voor de totale populatie van zelfstandig wonende mensen met chronisch somatische ziekten en lichamelijke (motorische en/of zintuiglijke) beperkingen in de leeftijd van 15 jaar en ouder in Nederland. In aanvulling hierop worden ook schattingen gepresenteerd voor subgroepen van mensen met een chronische ziekte of handicap. Deze groepen worden onderscheiden naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau. In hoofdstuk 3 van dit rapport worden bijvoorbeeld schattingen vermeld van het percentage mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap dat in 2005 medicatie op recept had en van de percentages jongeren en ouderen met een chronische ziekte of handicap dat in dat jaar medicatie op recept gebruikte. Een nadere specificatie van de subgroepen is mogelijk via de website. Daar kan bijvoorbeeld ook een schatting worden gegeven van het percentage mannen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd vanaf 65 jaar dat in 2005 medicatie op recept had, en eveneens van het percentage vrouwen van 65 jaar en ouder met een chronische ziekte of handicap. Of bijvoorbeeld het percentage mannen met een chronische ziekte van 65 jaar en ouder dat vijf jaar eerder – in 2000 – medicatie op recept had.

Aanvullend op de bovengenoemde sociaal-demografische kenmerken worden er gegevens gepresenteerd naar ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, zoals het type chronische ziekte (indexziekte), het aantal chronische aandoeningen (comorbiditeit), de aard van de lichamelijke beperking en de ernst van de lichamelijke beperking. De beschrijving van deze kenmerken geldt dan alleen voor de mensen die deze kenmerken hebben. Bijvoorbeeld, een beschrijving van het gebruik van thuiszorg naar het type chronische ziekte geldt alleen voor mensen met een chronische ziekte, en een beschrij-

ving van het gebruik van thuiszorg naar de aard of ernst van de lichamelijke beperking geldt alleen voor mensen met een lichamelijke beperking. Dit betekent dat er naast de totale groep van mensen met een chronische ziekte of handicap afzonderlijk gegevens gepresenteerd worden voor mensen met een chronische ziekte en mensen met een lichamelijke handicap.

Voor mensen met een chronische ziekte worden behalve schattingen van gemiddelde scores of percentages ook trends gepresenteerd, zodat een beeld wordt verkregen van de ontwikkelingen in de afgelopen jaren, vaak vanaf het begin van onze meetperiode, in 1998. Hierbij wordt een uitsplitsing gemaakt naar het type ziekte (de indexziekte) en het aantal chronische ziekten dat men heeft. De geschatte scores of percentages zijn gebaseerd op alle panelleden met een door een arts vastgestelde chronisch somatische ziekte. Voor mensen met een lichamelijke beperking worden alleen schattingen van gemiddelde scores of percentages gepresenteerd op basis van de laatste meting, in april 2005, uitgesplitst naar de aard van de handicap, zoals motorisch en/of zintuiglijk, en de ernst van de handicap. De gegevens hebben betrekking op alle panelleden met een matige tot ernstige lichamelijke beperking, vastgesteld door middel van de SCP-beperkingenmaat (zelfrapportage). Voor zowel mensen met een chronische ziekte als mensen met een lichamelijke handicap kunnen via de website aanvullende gegevens opgevraagd worden. Bijvoorbeeld het percentage vrouwen met een lichamelijke handicap in de leeftijd van 40 tot 65 jaar dat contact heeft met een fysiotherapeut, uitgesplitst naar de ernst van de handicap.

Het rapport is in de eerste plaats bedoeld om een totaaloverzicht te krijgen van de gezondheidstoestand van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun zorggebruik. De gegevens op de website zijn bedoeld voor diegenen die informatie nodig hebben over een specifieke subgroep of een bepaald jaar.

Notatie

In dit rapport worden bij alle puntschattingen van gemiddelden en percentages de uiterste waarden behorend bij het 95%-betrouwbaarheidsinterval vermeld. Dit wordt genoteerd als 95-BI. Het 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft aan dat met een zekerheid van 95% kan worden gesteld dat de werkelijke waarde van de populatie binnen de aangegeven grenzen ligt.

Bij het *toetsen* van verschillen tussen subgroepen van mensen met een chronische ziekte of handicap, bijvoorbeeld verschillen tussen leeftijdscategorieën, wordt een alpha (kans op het ten onrechte verwerpen van de nulhypothese) van .01 gehanteerd. Indien de overschrijdingskans kleiner is dan .01, spreken we van een significant verschil. De keuze voor een alpha van .01 (in plaats van de meer gebruikelijke .05) is gebaseerd op het feit dat door de vele toetsingen die zijn gedaan sprake kan zijn van kanskapitalisatie.

Ook bij de trendanalyses (deze betreffen alleen mensen met een chronische ziekte) wordt in de tekst aangegeven of er sprake is van een significant tijdseffect. Daarbij wordt eveneens een alpha van .01 gehanteerd. Tevens wordt aangegeven om welke trend het gaat; dit kan een lineaire trend zijn of een kwadratische of een polynomiale trend van een hogere orde. Bij een lineaire trend is sprake van een regelmatige toe- of afname over de tijd. Bij een kwadratische trend is er eerst sprake van een toename, gevolgd door een afname (of

andersom). Bij polynomiale trends van een hogere orde fluctueren de waarden over de tijd. Bij het ontbreken van een trend hebben zich geen significante veranderingen voorgedaan, en kan de situatie over de betreffende periode als stabiel worden beschouwd.

In dit rapport wordt alleen gesproken van een verschil of van een trend wanneer deze statistisch significant is. Belangrijk is dat hierbij steeds rekening is gehouden met andere sociaal-demografische en ziekte- of handicapgerelateerde kenmerken. Bijvoorbeeld, in geval van het toetsen van het leeftijdseffect, wordt er rekening gehouden met het effect van sekse en opleiding, het type diagnose, het aantal diagnoses en de aard en ernst van de lichamelijke beperking. In Bijlage IV wordt hier nader op ingegaan.

Structuur van het rapport

De resultatenhoofdstukken, de hoofdstukken 2 tot en met 5, volgen een vast stramien. Ieder hoofdstuk is opgebouwd uit een aantal paragrafen waarin verschillende onderwerpen worden behandeld, bijvoorbeeld het gebruik van huisartsenzorg in paragraaf 3.1 en het gebruik van ziekenhuiszorg in 3.2. Per paragraaf wordt - zo mogelijk - eerst een vergelijking met de algemene bevolking gepresenteerd om de gegevens in perspectief te kunnen plaatsen. Deze gegevens betreffen de totale groep van mensen met een chronische ziekte of handicap. Daarna volgt een beschrijving naar verschillende achtergrondkenmerken, namelijk 1) sociaal-demografische kenmerken, zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, 2) ziektegerelateerde kenmerken, zoals het type ziekte en het aantal chronische ziekten, en 3) handicapgerelateerde kenmerken, zoals de aard van de lichamelijke beperking en de ernst van de lichamelijke beperking. Zoals eerder vermeld, hebben de sociaal-demografische kenmerken betrekking op de totale groep van mensen met een chronische ziekte of handicap, terwijl de gegevens die uitgesplitst zijn naar ziektekenmerken alleen betrekking hebben op diegenen die een chronische ziekte hebben, en handicapgerelateerde kenmerken alleen betrekking hebben op diegenen die een lichamelijke beperking hebben. Hierbij moet worden opgemerkt dat er sprake is van een overlap tussen beide groepen. Bij het berekenen van de gegevens is daar rekening mee gehouden (zie ook Bijlage IV).

Samenvatting en beschouwing

Dit rapport bevat een overzicht van gegevens over de zorgbehoefte en het zorggebruik van mensen met een chronische ziekte of handicap. Het is het eerste jaarrapport van het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), en alweer het zevende in een reeks: het NPCG is met ingang van 1 januari 2005 van start gegaan als een vervolg op het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) dat sinds 1997 werd uitgevoerd. Het nieuwe panel is een verbreding van het oude panel, zowel naar onderzoeksgroep als naar thematiek. Naast mensen met een chronische somatische ziekte nemen nu ook mensen met een matige tot ernstige lichamelijke beperking deel aan het NPCG. De verbreding naar thematiek omvat meer aandacht voor de totale leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap, naast aandacht voor de gezondheid en zorg en ondersteuning die deze mensen nodig hebben. Evenals in het PPCZ worden in het NPCG op continue basis gegevens verzameld over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap, zoals zij deze zelf ervaren. Hiermee vormt het NPCG een belangrijk instrument om de gevolgen van het overheidsbeleid voor mensen met een chronische ziekte of handicap inzichtelijk te maken. Het overheidsbeleid is erop gericht dat alle burgers, met of zonder een chronische ziekte of handicap, zoveel mogelijk kunnen deelnemen aan de samenleving. Veel mensen met een chronische ziekte of handicap kunnen daarbij een beroep doen op gezondheidszorg, hulpmiddelen, aanpassingen en ondersteuning.

Werving en representativiteit

Het NPCG bestaat uit ruim 3.500 mensen met een chronische ziekte of handicap. Deze panelleden zijn op verschillende manieren geworven. Een kwart van de panelleden met een chronische ziekte is afkomstig uit het oude PPCZ-2; zij zijn voor aanvang van het PPCZ-2 geworven via hun huisarts en konden nog één jaar deelnemen aan het NPCG. Drie kwart van de panelleden van het PPCZ-2 is vervangen door nieuwe mensen met een chronische somatische ziekte, eveneens geworven via de eigen huisarts. Mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking zijn geworven via twee bevolkingsonderzoeken: het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (AVO) en het Woning Behoeftte Onderzoek (WBO).

Het NPCG kan in zijn algemeenheid worden beschouwd als een representatieve afspiegeling van de populatie van mensen met een chronische ziekte of handicap. Aan de hand van verschillende sociaal-demografische en ziekte- of handicapgerelateerde kenmerken is een vergelijking gemaakt tussen de samenstelling van het panel en alle benaderde mensen met een chronische ziekte of handicap. Deze vergelijking laat zien dat er over het algemeen geen sprake is geweest van een selectieve deelname van mensen met een chronische ziekte of handicap aan het NPCG. Alleen van de deelnemende mensen met een chronische ziekte in de jongste leeftijdscategorie (15-40 jarigen) participeren relatief minder mensen (12%) dan op grond van de samenstelling van de totale benaderde groep verwacht had mogen worden (16%). Van de mensen met een lichamelijke beperking participeren wel relatief ongeveer evenveel mensen in de jongste

leeftijdscategorie in het panel in vergelijking met de benaderde groep, maar dit percentage bedraagt slechts 7%. Dit betekent dat de leeftijdsklasse van 15 tot 40 jaar relatief weinig mensen met een chronische ziekte of handicap omvat, zowel op populatieniveau als in het NPCG. Voor een verdieping van de resultaten naar deze doelgroep is een extra werving voor het NPCG wenselijk.

Een tweede kanttekening betreft de representativiteit van mensen met zintuiglijke beperkingen. Het overgrote deel van de mensen met lichamelijke beperkingen is via het WBO in het NPCG ingestroomd. Dit bevolkingsonderzoek betreft alleen mensen met motorische beperkingen, eventueel in combinatie met een visuele of auditieve beperking. Hierdoor zijn in het NPCG relatief veel mensen met een motorische beperking ingestroomd en zijn mensen met zintuiglijke beperkingen, al dan niet in combinatie met een motorische beperking, ondervertegenwoordigd. Een eventuele verdieping van de resultaten is dus ook voor deze doelgroep vooralsnog niet mogelijk.

Verder moet opgemerkt worden dat een deel van de mensen met een chronische ziekte ook lichamelijke beperkingen heeft, en omgekeerd, een deel van de mensen met lichamelijke beperkingen tevens een chronische ziekte. Wanneer in dit rapport verslag wordt gedaan over mensen met een chronische ziekte, dan betreft het alle panelleden waarvan door de eigen huisarts is gerapporteerd dat zij een chronische ziekte hebben, ongeacht de bron van werving. Dit geldt ook voor de panelleden met een matige of ernstige lichamelijke beperking: daar waar verslag wordt gedaan van mensen met een lichamelijke beperking geldt dit voor alle mensen in het panel die volgens de SCP-beperkingenmaat, afgenomen via een schriftelijke vragenlijst, een matige of ernstige lichamelijke beperking hebben, ongeacht de bron van werving. In de analyses is overigens rekening gehouden met de geschatte verhouding tussen het aantal mensen met een chronische ziekte of handicap in de algemene bevolking.

► Zie voor meer informatie over de werving, de selectieprocedure en de representativiteit van het panel Bijlage I, en voor de analysemethode Bijlage IV.

Resultaten

Hieronder worden de resultaten samengevat waarbij de opbouw van het rapport is gevolgd. Daarbij wordt voor meer informatie steeds verwezen naar de betreffende paragraaf. Gedetailleerder informatie over specifieke groepen van chronisch zieken en gehandicapten is binnenkort beschikbaar op de website www.nivel.nl/npcg onder "Tabelservice".

Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of handicap

Mensen met een chronische ziekte of handicap vormen een relatief oude doelgroep: de gemiddelde leeftijd is ongeveer 60 jaar. De meeste mensen met een chronische ziekte of handicap zijn ouder dan 40 jaar, bijna de helft is ouder dan 65 jaar. Een meerderheid bestaat uit vrouwen. Qua opleidingsachtergrond heeft bijna de helft een laag opleidingsniveau; bijna 30% heeft een lagere beroepsopleiding genoten. Ruim 70% heeft een chronische ziekte en ook 70% heeft een (matige tot ernstige) lichamelijke beperking. Bij ruim 40% is sprake van zowel een chronische ziekte als een lichamelijke beperking. Van de mensen met een chronische ziekte hebben de meeste mensen een ziekte aan het bewegingsapparaat (ruim 20%). Ook vormen hart- en vaatziekten en 'overige chronische

ziekten' grote groepen. De groep 'overige chronische ziekten' bestaat uit minder vaak voorkomende chronische ziekten. Chronische ziekten aan de luchtwegen, zoals astma en COPD, en diabetes komen ook veel voor. De meeste mensen met een chronische ziekte, ruim de helft, hebben één chronische ziekte. Dit houdt in dat bijna de helft meer dan één chronische ziekte heeft (comorbiditeit).

Van de mensen met een lichamelijke beperking heeft ongeveer een derde een ernstige lichamelijke beperking, twee derde heeft een matige lichamelijke beperking. Vanwege een ondervertegenwoordiging van mensen met zintuiglijke beperkingen in het panel is een beschrijving naar de aard van de beperking weinig zinvol.

► Zie voor een uitgebreide beschrijving van de achtergrondkenmerken paragraaf 2.1.

Gezondheid en sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap

De gezondheid van mensen met een chronische ziekte of een handicap zoals zij die zelf ervaren kan worden beschouwd als een indicator voor de zorgbehoefte. Om na te gaan hoe mensen met een chronische ziekte of handicap hun gezondheid in het algemeen beleven is de schaal 'algemene gezondheidsbeleving' van de RAND-36 afgenomen. De resultaten laten zien dat mensen met een chronische ziekte of handicap hun gezondheid als veel slechter ervaren dan mensen uit de algemene Nederlandse bevolking. Sociaal-demografische kenmerken, zoals sekse, leeftijd en opleidingsniveau, blijken over het algemeen van weinig betekenis te zijn. Bij mensen met een chronische ziekte (waarbij over een langere periode gegevens zijn verzameld) vertoont de algemene gezondheidsbeleving in de periode 1998-2005 een dalende lijn. Het aantal chronische ziekten dat men heeft blijkt van grotere invloed op de algemene gezondheidsbeleving te zijn dan de aard van de ziekte. Mensen met twee of meer chronische ziekten beoordelen hun algehele gezondheid als slechter dan mensen die aan één chronische ziekte lijden. Ook bij mensen met een lichamelijke beperking is de ernst van de beperking van grotere invloed op de algemene gezondheidsbeleving dan de aard van de beperking. Mensen met een ernstige lichamelijke beperking beoordelen hun algehele gezondheid als veel slechter dan mensen met een matige lichamelijke beperking. Een combinatie van motorische en gezichtsbeperkingen leidt eveneens tot een relatief slechte ervaren gezondheid.

► Zie voor meer informatie over de algemene gezondheidsbeleving paragraaf 2.2.

Ook kunnen problemen op het gebied van de psychische gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren leiden tot een zorgvraag. Om een indruk te krijgen van de psychische gezondheid van mensen met een chronische ziekte of handicap, is de General Health Questionnaire – 12 itemversie (GHQ-12) afgenomen. Van de mensen met een chronische ziekte of handicap blijkt 40% in 2005 een grote kans op psychiatrische problematiek te hebben, zoals een angststoornis of een depressie. Dit percentage is aanzienlijk hoger dan de percentages gevonden in de algemene Nederlandse bevolking, waarvan 20-25% in deze situatie verkeert. Mensen met een chronische ziekte of handicap die jonger zijn dan 65 jaar rapporteren meer psychische morbiditeit dan 65-plussers; ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap jonger dan 40 jaar heeft psychische problemen. Het type chronische ziekte en de aan- of afwezigheid van comorbiditeit is niet van belang voor de mate waarin chronisch zieken psychische morbiditeit ervaren. De aanwezigheid van matige of ernstige lichamelijke beperkingen

geeft een grotere kans op psychische morbiditeit. Vooral combinaties van motorische en visuele beperkingen vergroten de kans op psychische morbiditeit; circa tweederde van de groep mensen met zowel een motorische als een visuele beperking ervaart psychische klachten.

Om een indruk te krijgen van het sociaal functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap is de schaal 'sociaal functioneren' van de RAND-36 afgenomen. Deze schaal meet beperkingen op het gebied van sociale activiteiten, zoals het bezoeken van familie of vrienden. Sociaal-maatschappelijke gevolgen van het hebben van een chronische ziekte of handicap zijn gemeten door middel van acht items uit de Biografische problemenlijst (BIOPRO). Deze items refereren aan de ervaren problemen in de financiële situatie, woonsituatie, werksituatie, bij de vrijetijdsbesteding, seksuele problemen en relationele problemen met de partner, kinderen, overige familieleden en kennissen. Vragen over problemen met de werksituatie zijn alleen voorgelegd aan mensen jonger dan 65 jaar.

Mensen met een chronische ziekte of handicap blijken over het algemeen meer beperkingen in hun sociaal functioneren te ervaren dan mensen uit de algemene Nederlandse bevolking. Tevens ervaren zij vaker problemen op het gebied van financiën en werk, seksuele problemen en problemen met hun partner dan mensen uit de algemene bevolking. Met name problemen op het gebied van werk en seksuele problemen worden relatief veel gerapporteerd. Van de mensen met een chronische ziekte of handicap zegt één op de drie problemen te ervaren op het gebied van werk. Eén op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteert seksuele problemen te ervaren; mannen vaker dan vrouwen, ouderen net zo vaak als jongeren. Seksuele problemen komen bovendien vaker voor bij mensen die matige of ernstige fysieke beperkingen ervaren. Vooral mensen met een chronische ziekte of handicap jonger dan 65 jaar ervaren sociaal-maatschappelijke problemen in vergelijking met 65-plussers. Mensen met een chronische aandoening van het bewegingsapparaat en mensen die aan meer dan één chronische ziekte lijden ervaren vaker beperkingen in het sociaal functioneren dan andere chronisch zieken. Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat problemen op het gebied van werk ervaart is flink gestegen in de periode 1998-2005: van bijna één op de tien mensen in 1998 naar ruim één op de drie mensen in 2005. De aanwezigheid van matige of ernstige lichamelijke beperkingen geeft een grotere kans op sociaal-maatschappelijke problemen.

► Zie voor meer informatie over deze onderwerpen paragraaf 2.3.

Medisch en paramedisch zorggebruik

Het medisch en paramedisch zorggebruik in dit rapport omvat het gebruik van huisartsenzorg, uitgesplitst naar het contact met een huisarts, een praktijkondersteuner huisarts en de centrale huisartsenpost, het gebruik van ziekenhuiszorg, waarbij ingegaan wordt op poliklinische consulten met medisch specialisten en ziekenhuisopnamen, het gebruik van geneesmiddelen, zowel met als zonder recept, en het gebruik van paramedische zorg, waarbij ingegaan wordt op de contacten met fysiotherapeuten en andere paramedici, zoals ergotherapeuten en oefentherapeuten.

Huisartsenzorg

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap zegt bijna iedereen (ruim 90%) in 2004 contact met een huisarts te hebben gehad. In de algemene bevolking is dat ongeveer 75%. Gemiddeld rapporteerde één op de vijf in 2004 contact te hebben gehad met een praktijkondersteuner huisarts. Ook had één op de vijf contact met een centrale huisartsenpost. Sociaal-demografische kenmerken zoals geslacht, leeftijd en opleiding zijn nauwelijks gerelateerd aan het gebruik van huisartsenzorg. Wel hebben relatief meer chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 40 jaar of ouder contact met een praktijkondersteuner huisarts dan degenen jonger dan 40 jaar.

Het percentage mensen met een chronische ziekte dat contact heeft met een huisarts is vrijwel stabiel in de periode 1997-2004. Het gemiddelde aantal contacten met de huisarts fluctueert wel in deze periode met eerst een stijging tot 1999, en daarna een daling tot 2004. Het type chronische ziekte hangt niet samen met het contact met de huisarts en met de centrale huisartsenpost. Mensen met diabetes hebben wel vaker contact met een praktijkondersteuner huisarts dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (ruim 40% tegen ongeveer 20%). Uit ander onderzoek komt ook naar voren dat praktijkondersteuners huisartsen zich met name richten op mensen met diabetes, hart- en vaatziekten en astma of COPD. Van de mensen met astma of COPD had ruim 20% in 2004 contact met een praktijkondersteuner huisarts. Zowel het aantal mensen dat contact had met de huisarts als het aantal contacten is hoger in de groep met comorbiditeit dan in de groep mensen met één chronische ziekte.

De aard en de ernst van de lichamelijke beperking hangen slechts voor een deel samen met het gebruik van huisartsenzorg: mensen met motorische beperkingen in combinatie met visuele beperkingen blijken qua frequentie een intensiever contact met de huisarts te hebben dan mensen met enkel een motorische beperking. Verder hebben relatief meer mensen met een ernstige lichamelijke beperking contact met de centrale huisartsenpost in vergelijking met mensen met een matige lichamelijke beperking. Dit verschil geldt ook voor het gemiddelde aantal contacten met de huisartsenpost.

► Zie voor meer informatie over het gebruik van huisartsenzorg paragraaf 3.1.

Ziekenhuiszorg

Bijna vier op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap had in 2004 poliklinisch contact met een medisch specialist, dit is bijna twee maal zoveel als de mensen uit de algemene bevolking.

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde bijna één op de vijf een opname in het ziekenhuis (met tenminste één overnachting), dit is bijna drie maal zoveel in vergelijking met de algemene bevolking. Sociaal-demografische kenmerken als sekse en opleidingsniveau blijken niet samen te hangen met het gebruik van ziekenhuiszorg. Leeftijd blijkt wel gerelateerd te zijn aan het poliklinisch bezoek: oudere chronisch zieken en gehandicapten (65+) bezoeken vaker poliklinisch een medisch specialist dan degenen jonger dan 65 jaar. Voor wat betreft ziekenhuisopnames speelt de leeftijd van mensen met een chronische ziekte of handicap echter geen rol.

Het percentage mensen met een chronische ziekte dat jaarlijks poliklinisch contact heeft met een medisch specialist is in de periode 1997-2004 vrijwel stabiel. Het gemiddelde aantal contacten met een medisch specialist is licht gestegen in deze periode. Ook het deel van de mensen met een chronische ziekte dat jaarlijks in het ziekenhuis wordt opgenomen

is niet aan verandering onderhevig geweest in de periode 1997-2004. Relatief meer mensen met kanker of diabetes hebben poliklinische consulten met een specialist in vergelijking tot de mensen in de referentiegroep met hart- en vaatziekten. Het type ziekte hangt niet samen met het aantal poliklinische consulten en blijkt ook niet gerelateerd te zijn aan ziekenhuisopnames. Het aantal chronische ziekten blijkt meer bepalend te zijn voor het gebruik van ziekenhuiszorg: mensen met meer dan één chronische ziekte bezoeken de polikliniek vaker dan chronisch zieken zonder comorbiditeit. Chronisch zieken met comorbiditeit worden bovendien vaker in een ziekenhuis opgenomen dan mensen met één chronische ziekte. In vergelijking met de algemene bevolking worden mensen met één chronische ziekte echter nog steeds twee maal zo vaak opgenomen in het ziekenhuis.

De aard van de lichamelijke beperking blijkt niet samen te hangen met ziekenhuisopnames. Mensen met verschillende typen lichamelijke beperkingen bezoeken ook relatief even vaak een medisch specialist in de polikliniek. Qua aantal contacten blijken gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een visuele beperking vaker een specialist in de polikliniek te bezoeken dan mensen met enkel een motorische beperking. De ernst van de beperking is evenwel meer bepalend voor het gebruik van ziekenhuiszorg: relatief meer mensen met een ernstige beperking bezochten in 2004 de polikliniek voor een medisch consult dan mensen met matige lichamelijke beperkingen. Een dergelijk verschil geldt ook voor het aantal poliklinische consulten en ziekenhuisopnames.

► Zie voor meer informatie over het gebruik van ziekenhuiszorg paragraaf 3.2.

Geneesmiddelen

Chronisch zieken en gehandicapten gebruiken ruim twee maal zoveel geneesmiddelen op recept (bijna 90%) dan mensen in de algemene bevolking (ruim 40%). Het gebruik van geneesmiddelen zonder recept door chronisch zieken en gehandicapten is vergelijkbaar met dat in de algemene bevolking, zelfs iets lager (bijna 40%). Waarschijnlijk zijn mensen met een chronische ziekte of handicap minder geneigd zelf geneesmiddelen zonder een recept van de arts te kopen omdat men al voorgeschreven medicijnen gebruikt of omdat men dergelijke zelfzorgmiddelen voorgeschreven heeft gekregen door een arts. Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap gebruiken evenveel geneesmiddelen op recept, maar geneesmiddelen zonder recept worden vaker door vrouwen gebruikt. Leeftijd hangt ook samen met het geneesmiddelengebruik: chronisch zieken en gehandicapten van 40 jaar en ouder gebruiken meer geneesmiddelen op recept, maar minder geneesmiddelen zonder recept dan degenen van 15 tot 40 jaar. Het gebruik van geneesmiddelen op recept verschilt overigens niet voor mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende opleidingsniveaus. Hoog opgeleide mensen met een chronische ziekte of handicap gebruiken daarentegen vaker een geneesmiddel zonder recept dan lager opgeleiden.

Het percentage mensen met een chronische ziekte dat geneesmiddelen op recept gebruikt is stabiel gedurende de periode van 1998-2005. Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat geneesmiddelen zonder recept gebruikt is langzaam maar zeker gestegen, van ruim 30% in 1998 naar bijna 40% in 2005. Ten opzichte van de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten gebruiken mensen met kanker en mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat minder geneesmiddelen op recept. Ook mensen met

overige chronische ziekten (waaronder minder vaak voorkomende chronische ziekten) gebruiken minder geneesmiddelen op recept in vergelijking met de referentiegroep. De hoogste percentages geneesmiddelengebruik op recept treffen we aan bij mensen met astma of COPD en mensen met diabetes (in beide groepen 96%). Relatief meer mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat en mensen met neurologische ziekten (waaronder ook migraine) gebruiken geneesmiddelen zonder recept in vergelijking met de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten.

Onderscheid naar de aard of ernst van de lichamelijke beperking laat geen verschillen zien voor het gebruik van geneesmiddelen met of zonder recept van een arts.

► Zie voor meer informatie over het gebruik van geneesmiddelen paragraaf 3.3.

Paramedische zorg

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had ruim een derde in 2004 contact met een fysiotherapeut, dit is ruim twee maal zoveel als in de algemene bevolking. Het zijn met name vrouwen met een chronische ziekte of handicap die een fysiotherapeut bezoeken. Ook hangt het bezoek aan een fysiotherapeut samen met leeftijd: mensen met een chronische ziekte of handicap tussen 40 en 75 jaar bezoeken vaker een fysiotherapeut dan degenen jonger dan 40 jaar. Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat een fysiotherapeut bezoekt is niet aan verandering onderhevig geweest in de periode 1997-2004. Over het algemeen is ook het gemiddelde aantal zittingen bij een fysiotherapeut stabiel in de periode 1997-2004, alleen bij mensen met chronische ziekten aan het bewegingsapparaat en mensen met neurologische ziekten is dit aantal langzaam maar zeker gedaald. Voor wat betreft het type ziekte komen mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat vaker bij een fysiotherapeut dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten. Van de mensen met lichamelijke beperkingen gaan mensen met motorische beperkingen gecombineerd met visuele beperkingen veel vaker naar een fysiotherapeut dan mensen met enkel zintuiglijke beperkingen (visuele en/of gehoorbeperkingen). Qua ernst van de beperking bezoeken relatief meer mensen met een ernstige lichamelijke beperking een fysiotherapeut dan mensen met een matige lichamelijke beperking. Bovendien is de gemiddelde contactfrequentie van gehandicapten met ernstige beperkingen hoger dan dat van degenen met matige lichamelijke beperkingen. Ook het gebruik van andere vormen van paramedische zorg dan fysiotherapie is een stuk hoger voor mensen met een chronische aandoening of handicap dan voor de mensen in de algemene bevolking. Na de fysiotherapeut heeft men het meeste contact met een diëtist, mondhygiënist of podotherapeut. Meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of handicap blijken een mondhygiënist te bezoeken. Ook neemt het contact met een mondhygiënist toe met het stijgen van het opleidingsniveau. In tegenstelling tot het redelijk stabiele beeld onder chronisch zieken ten aanzien van het contact met de fysiotherapeut, is er ten aanzien van de contacten met diëtisten, mondhygiënisten of podotherapeuten sprake van een flinke stijging in de periode 1997-2004.

► Zie voor meer informatie over het contact met paramedici paragraaf 3.4.

Ondersteuning, hulpmiddelen en aanpassingen

Met ondersteuning wordt allereerst bedoeld op professionele thuiszorg voor mensen met een chronische ziekte of handicap. Ook krijgen mensen met een chronische ziekte of handicap vaak hulp van hun naaste familie of vrienden (informele zorg). Om zelfstandig te kunnen blijven wonen hebben mensen met een chronische ziekte of handicap bovendien soms hulpmiddelen of aanpassingen nodig. Deze zijn op verschillende manieren te krijgen, bijvoorbeeld na verwijzing door een zorgverlener via een zorgverzekering of door de gemeente via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). Via de Wvg kan een drietal voorzieningen worden aangevraagd, namelijk: 1) een vervoersvoorziening, zoals een scootmobiel of collectief vervoer (deeltaxi), 2) een rolstoel, en 3) een woningaanpassing, zoals een traplift, een douchezitje of een aangepaste keuken. In dit rapport wordt verslag gedaan van het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen in zijn algemeenheid en het aanvragen van voorzieningen via de Wvg. Tenslotte wordt in het kader van ondersteuning ook ingegaan op het gebruik van gespecialiseerde verpleegkundige zorg. Immers, deze zorg is gericht op het (leren) omgaan met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven, op zelfmanagement en op de zelfredzaamheid van met name mensen met een chronische ziekte. Over het bezit van hulpmiddelen en de contacten met gespecialiseerde verpleegkundigen zijn helaas geen referentiegegevens beschikbaar.

Thuiszorg

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had bijna 15% thuiszorg in 2004. Vergeleken met de algemene bevolking is dat bijna drie maal zo veel. Onderscheid naar de vijf AWBZ-functies waarin de thuiszorg kan worden onderverdeeld laat zien dat het merendeel van de thuiszorg (ruim tweederde) bestaat uit huishoudelijke verzorging. Het overgrote deel van de mensen met thuiszorg zegt deze zorg tenminste drie maanden aaneensluitend (langdurende zorg) te hebben gehad. Relatief meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of handicap hebben thuiszorg. In de algemene bevolking is dit sekseverschil ook aanwezig. Wanneer er eenmaal thuiszorg wordt ontvangen, verschilt het gemiddelde aantal uren thuiszorg per week niet tussen mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap. Wel hebben vrouwen met een chronische ziekte of handicap minder weken thuiszorg per jaar dan mannen. Vooral oudere mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 65 jaar en ouder maken gebruik van thuiszorg in vergelijking met degenen jonger dan 65 jaar.

Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat gebruik maakt van thuiszorg is over het algemeen niet aan verandering onderhevig geweest in de periode 1997-2004. Van de mensen met een lichamelijke beperking ontving bijna 30% ondersteuning van de thuiszorg in 2004, een kwart had huishoudelijke verzorging. Het gebruik van thuiszorg blijkt niet gerelateerd te zijn aan de aard van de beperking, maar wel aan de ernst van de beperking, zowel voor het deel van de gehandicapten dat thuiszorg heeft, als het aantal uren zorg per week en het aantal weken zorg per jaar: degenen met een ernstige lichamelijke beperking hebben relatief vaker thuiszorg, gedurende meer uren per week en meer weken per jaar.

► Zie voor meer informatie over het contact met de thuiszorg paragraaf 4.4.

Informele zorg

Chronisch zieken of gehandicapten maken ook meer gebruik van informele zorg (zorg van gezins- en familieleden en vrienden of kennissen) dan mensen uit de algemene bevolking: in 2004 kreeg bijna 30% van de mensen met een chronische ziekte of handicap hulp van mensen in hun directe omgeving, tegen ruim 10% in de algemene bevolking. Hierbij is de hulp meestal huishoudelijk van aard: bijna een kwart zegt huishoudelijke hulp van naasten te hebben gehad, bijna drie maal zo vaak als de algemene bevolking. Ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap geeft aan dat de partner de belangrijkste zorgverlener is. Ook is het vaak een niet-inwonend familielid die de meeste informele zorg verleent (ruim een kwart). Bij ruim twee derde van de chronisch zieken of gehandicapten met informele zorg is de hulp langdurend van aard (tenminste drie maanden aaneensluitend). Vrouwen hebben bijna twee maal zo vaak hulp als mannen. Dit verschil komt ook tot uiting bij de huishoudelijke hulp en de hulp bij het regelen van allerlei zaken of begeleiding bij activiteiten (activerende en ondersteunende begeleiding). Bij informele zorg van verzorgende of verplegende aard is dit verschil ook aanwezig maar in omgekeerde richting: mannen hebben vaker verzorging of verpleging van hun naasten dan vrouwen. Met name jongere mensen met een chronische ziekte of handicap (tot 40 jaar) hebben hulp van mensen in hun naaste omgeving in vergelijking met degenen van 40 jaar en ouder. Daarbij hebben mensen met een chronische ziekte of handicap van 15 tot 65 jaar gemiddeld meer uren hulp per week in vergelijking tot degenen van 75 jaar of ouder.

De aard van de chronische ziekte en het al dan niet hebben van meer dan één chronische ziekte blijken niet samen te hangen met het gebruik van informele zorg. Van de mensen met lichamelijke beperkingen hebben degenen met een visuele beperking naast een motorische beperking vaker informele zorg dan mensen met enkel motorische beperkingen of motorische beperkingen gecombineerd met gehoorbeperkingen. Evenals voor het gebruik van thuiszorg is de ernst van de beperking een meer bepalende factor dan de aard van de beperking: mensen met ernstige lichamelijke beperkingen hebben vaker hulp dan mensen met matige lichamelijke beperkingen. Dit geldt zowel voor het gebruik van informele zorg in zijn algemeenheid alsook voor de onderscheiden typen hulp. Bovendien hebben van de gehandicapten met informele zorg, de mensen met ernstige lichamelijke beperkingen gemiddeld meer uren hulp per week dan degenen met een matige lichamelijke beperking.

► Zie voor meer informatie over het gebruik van informele zorg paragraaf 4.2.

Hulpmiddelen en aanpassingen

Ruim drie kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap heeft in 2005 één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen. Bijna twee op de drie mensen heeft een visueel hulpmiddel. Daarna worden steunzolen, loophulpmiddelen, elastische kousen en woningaanpassingen het vaakst genoemd. Relatief evenveel mannen als vrouwen met een chronische ziekte of handicap hebben een hulpmiddel of een aanpassing. Wanneer men eenmaal een hulpmiddel of een aanpassing heeft, hebben vrouwen er gemiddeld wel meer dan mannen. Het deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap dat een hulpmiddel of een aanpassing heeft, alsook het aantal hulpmiddelen of aanpassingen per persoon, neemt toe met de leeftijd. Het opleidingsniveau blijkt eveneens hieraan gerelateerd te zijn: hoger opgeleide mensen met een chronische ziekte of handicap hebben

vaker een hulpmiddel of aanpassing dan degenen zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs. Dit opleidingseffect komt ook terug in het aantal hulpmiddelen of aanpassingen. Het percentage mensen met een chronische ziekte dat één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen heeft is niet stabiel in de periode 2002-2005: in 2002 had ook ongeveer drie kwart van de chronisch zieken een hulpmiddel of aanpassing, maar in 2004 was dit met 65% een stuk lager. Ook het gemiddelde aantal hulpmiddelen of aanpassingen dat men heeft fluctueert op deze wijze. Verder blijken mensen met diabetes vaker een hulpmiddel te hebben dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (mensen met diabetes hebben vooral hulpmiddelen voor het doseren en toedienen van medicijnen, zoals een insulinespuit of bloedsuikerstickjes). Behalve mensen met diabetes hebben relatief veel mensen met kanker en ziekten aan het bewegingsapparaat een hulpmiddel of een aanpassing. Voor mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat is dat niet onlogisch, maar voor mensen met kanker was dit een meer onverwachte uitkomst. In deze groep zijn het met name prothesen en/of orthesen die veel gebruikt worden, zoals een borstprothese of een pruik. Van de mensen met een lichamelijke beperking is de ernst van de beperking een relevantere factor voor het hebben van hulpmiddelen of aanpassingen dan de aard van de beperking: mensen met een ernstige lichamelijke beperking hebben vaker een hulpmiddel of aanpassing dan mensen met een matige lichamelijke beperking. Ook hebben zij gemiddeld meer hulpmiddelen of aanpassingen dan degenen met een matige lichamelijke beperking.

Naast het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen is het beroep op de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) geïnventariseerd. Van de mensen met een chronische ziekte of handicap heeft bijna 10% in 2004 een Wvg-voorziening aangevraagd. De meeste aanvragen betroffen een vervoersvoorziening (5%). Sekse blijkt geen effect te hebben op het aanvragen van een Wvg-voorziening, leeftijd wel: 75-plussers vragen vaker een Wvg-voorziening aan dan degenen jonger dan 75 jaar. Het opleidingsniveau blijkt eveneens hieraan gerelateerd te zijn, maar in een andere richting dan bij het hulpmiddelengebruik: het aanvragen van een voorziening via de Wvg deden meer mensen met een chronische ziekte of handicap zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs dan degenen met een hoger opleidingsniveau. Het percentage mensen met een chronische ziekte dat een Wvg-aanvraag deed in de periode 2001-2004 is overigens langzaam afgenomen. Qua type ziekte doen mensen met een chronische neurologische ziekte vaker een beroep op de Wvg dan mensen met hart- en vaatziekten (referentiegroep). Evenals bij het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen, vragen mensen met een ernstige lichamelijke beperking vaker een voorziening aan via de Wvg dan mensen met een matige lichamelijke beperking.

► Zie voor meer informatie over hulpmiddelen en aanpassingen paragraaf 4.3.

Gespecialiseerde verpleegkundige zorg

Ongeveer één op de drie mensen met een chronische ziekte of handicap bezocht in 2004 een gespecialiseerde verpleegkundige. Diabetesverpleegkundigen, longverpleegkundigen en hart- en vaatverpleegkundigen zijn de meest bezochte gespecialiseerde verpleegkundigen. Over het algemeen zijn de contacten met gespecialiseerde verpleegkundigen niet gerelateerd aan sociaal-demografische kenmerken als sekse, leeftijd of opleiding. De contactpercentages van mensen met een chronische ziekte met gespecialiseerde

verpleegkundigen zijn in de periode 1999-2004 flink gestegen van 14% in 1999 naar 30% in 2004. Deze stijging komt mede voor rekening van diabetesverpleegkundigen en longverpleegkundigen; vooral mensen met diabetes en mensen met astma of COPD hebben contact met gespecialiseerde verpleegkundigen. Chronisch zieken met meer dan één chronische ziekte bezoeken een gespecialiseerde verpleegkundige vaker dan chronisch zieken zonder comorbiditeit.

Overigens vertonen, los van de algemeen stijgende trend in de contacten van chronisch zieken met gespecialiseerde verpleegkundigen, de contactpercentages van chronisch zieken zonder comorbiditeit een extra stijging in de periode 1999-2004. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het toegankelijker worden van gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor minder complexe patiënten, waarbij er steeds meer aandacht is voor kwaliteit van leven en leefstijl (secundaire preventie).

► Zie voor meer informatie over het contact met gespecialiseerde verpleegkundige zorg paragraaf 4.4.

Overig zorggebruik

Onder overig zorggebruik vallen de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) en het algemeen maatschappelijk werk (AMW), arbozorg en het gebruik van alternatieve of complementaire zorg.

AGGZ en AMW

Bijna één op de tien mensen met een chronische ziekte of handicap had in 2004 contact met de AGGZ en/of het AMW. Dit is bijna twee maal zo veel als in de algemene bevolking. Vooral jongere chronisch zieken en gehandicapten maken gebruik van de AGGZ of het AMW: in de leeftijdsgroep van 15 tot 40 jaar is het contactpercentage drie maal hoger dan in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder.

In de periode 1997-2004 is het contact met de AGGZ of het AMW van mensen met een chronische ziekte gestegen van 3% in 1997 tot 9% in 2004.

Het contact met de AGGZ of het AMW blijkt gerelateerd te zijn aan het hebben van een gecombineerde beperking: gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een gehoorbeperking en/of een visuele beperking hebben vaker contact met de AGGZ of AMW dan gehandicapten in de referentiegroep met enkel een motorische beperking. Bovendien maken gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met zowel een visuele als gehoorbeperking vaker gebruik van de AGGZ of AMW dan gehandicapten met enkel zintuiglijke beperkingen.

► Zie voor meer informatie over het contact met de AGGZ en het AMW paragraaf 5.1.

Arbozorg

Mensen met een chronische aandoening of handicap hebben vaker contact met een bedrijfsarts dan met andere arbozorgverleners. Daarom wordt in dit rapport verslag gedaan van de contacten met de bedrijfsarts.

Van de werkzame chronisch zieken en gehandicapten (15 tot 65 jaar) rapporteerde bijna één op de vijf in 2004 contact te hebben gehad met een bedrijfsarts. Met name de jongere chronisch zieken en gehandicapten tot 40 jaar hebben contact met een bedrijfsarts vergeleken met degenen van 40 tot 65 jaar. In de periode 2001-2004 is het deel van de mensen met een chronische ziekte dat contact heeft met een bedrijfsarts min of meer

stabiel. Het type chronische ziekte en het aantal chronische ziekten (comorbiditeit) blijken niet samen te hangen met het contact met de bedrijfsarts. Echter, relatief veel mensen met een chronische spijsverteringsziekte en mensen met kanker (in beide groepen een kwart) rapporteerden contact te hebben gehad met een bedrijfsarts. Het contact met de bedrijfsarts blijkt niet gerelateerd te zijn aan de aard of ernst van de lichamelijke beperking.

► Zie voor meer informatie over het contact met de bedrijfsarts paragraaf 5.2.

Alternatieve of complementaire zorg

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had in 2004 15% contact met een alternatieve of complementaire behandelaar. Dit is ongeveer twee maal zo veel als in de algemene bevolking. Van alle vormen van alternatieve of complementaire zorg wordt manuele therapie het meest gebruikt door mensen met een chronische ziekte of handicap. Vrouwen met een chronische ziekte of handicap hebben vaker contact met een alternatieve of complementaire behandelaar dan mannen. Dit sekse-effect geldt ook voor de algemene bevolking. Verder maken vooral jongere mensen met een chronische ziekte of handicap gebruik van deze zorg. In 2004 had van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 tot 40 jaar bijna een kwart contact met een alternatieve of complementaire behandelaar. Ook dit leeftijdseffect is aanwezig in de algemene bevolking. Het opleidingsniveau blijkt eveneens samen te hangen met het gebruik van deze zorg: hoger opgeleide mensen met een chronische ziekte of handicap maken meer gebruik van alternatieve of complementaire zorg dan degenen zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs.

In de periode 1997 tot 2004 is het gebruik van alternatieve of complementaire zorg door mensen met een chronische ziekte licht gestegen, van 11% in 1997 naar 14% in 2004. Het type chronische ziekte en de aanwezigheid van comorbiditeit blijken niet samen te hangen met het gebruik van alternatieve of complementaire zorg.

De aard en de ernst van een lichamelijke beperking blijken eveneens niet gerelateerd te zijn aan het gebruik van alternatieve of complementaire zorg.

► Zie voor meer informatie over het contact met de complementaire zorg paragraaf 5.3.

1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een inleiding op het rapport. In paragraaf 1.1 wordt de doelstelling van het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) beschreven. Paragraaf 1.2 bevat een korte toelichting op het panel. Paragraaf 1.3 geeft een beschrijving van de thematiek en vraagstelling die in dit rapport worden behandeld.

1.1 Doelstelling

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) heeft tot doel om mensen met een chronische ziekte of handicap zich te laten uitspreken over hun zorg- en leefsituatie. Het NPCG vormt een belangrijk instrument om de gevolgen van het overheidsbeleid voor mensen met een chronische ziekte of handicap zichtbaar te maken. Het overheidsbeleid is erop gericht dat alle burgers, met of zonder een chronische ziekte of handicap, zo veel mogelijk kunnen deelnemen aan de samenleving. Veel mensen met een chronische ziekte of handicap kunnen daarbij een beroep doen op gezondheidszorg, hulpmiddelen, aanpassingen of ondersteuning. Voor de ontwikkeling, monitoring en evaluatie van het beleid is het belangrijk om de opvattingen, behoeften en ervaringen van mensen met een chronische ziekte of handicap regelmatig te peilen. In het NPCG worden daarom jaarlijks gegevens verzameld over de zorg- en leefsituatie bij mensen met een chronische ziekte of handicap zelf. Dit gebeurt door middel van schriftelijke enquêtes en telefonische peilingen bij een landelijk representatief panel van circa 3.500 mensen met een medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekte en/of een matige tot ernstige lichamelijke beperking.

Voor wat betreft de themagebieden bestrijkt het NPCG de totale leef- en zorgsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap. Voorbeelden van thema's zijn: de woon-situatie, deelname aan de arbeidsmarkt, de financiële situatie, de toegankelijkheid van (openbaar) vervoer, de gezondheidstoestand en leefstijl en het gebruik van gezondheidszorg, ondersteuning, hulpmiddelen of aanpassingen. Daarnaast is er aandacht voor actuele thema's zoals de ervaringen van mensen met een chronische ziekte of handicap met de nieuwe zorgverzekering.

1.2 Het panel in het kort

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten bestaat uit ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder met een medisch gediagnosticeerde chronisch somatische ziekte en/of matige tot ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen. In dit rapport wordt voor het gemak gesproken van 'chronisch zieken' en 'gehandicapten' en van 'mensen met een chronische ziekte of handicap'. De panelleden zijn geworven via huisartsenpraktijken (via een landelijke steekproef uit de Registratie Gevestigde Huisartsen in Nederland) en - in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau - via twee bevolkingsonderzoeken: het

Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 2003 (AVO; SCP) en het Woning Behoeftte Onderzoek 2002 (WBO; VROM). Voor meer informatie over de wervingsprocedure wordt verwezen naar Bijlage I.

Het NPCG is een voortzetting en verbreding van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Het eerste Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) werd eind 1997 opgezet. Dit panel bestond uit ongeveer 2.500 mensen met een chronische ziekte. Gedurende drie jaar (1998 t/m 2000) zijn gegevens verzameld. In 2001 is het panel vernieuwd. Dit tweede panel bestond eveneens uit ongeveer 2.500 mensen met chronische somatische ziekten. De dataverzameling bij dit panel liep van 2001 t/m 2004. In 2005 is het PPCZ overgegaan in het NPCG waarbij ongeveer drie kwart van het bestaande panel is vervangen door nieuwe mensen met chronische somatische ziekten, geworven via dezelfde selectieprocedure als bij de voorgaande panels (zie Bijlage I). Het NPCG vormt een verbreding van het PPCZ door de toevoeging van mensen met lichamelijke beperkingen (ook zonder chronische ziekten) aan het panel. De dataverzameling bij het NPCG is in het voorjaar van 2005 van start gegaan.

Bijlage II bevat een beschrijving van de samenstelling van de panels over de jaren heen aan de hand van een aantal sociaal-demografische en ziektekenmerken. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de samenstelling van de groep van mensen met een chronische ziekte of handicap op basis van het NPCG waarbij onder andere zal worden ingegaan op de samenhang tussen het hebben van een chronische ziekte en het hebben van lichamelijke beperkingen. De gegevens van dit rapport zijn gebaseerd op de metingen van april 1998 t/m april 2005. Bijlage III bevat een overzicht van de respons op alle metingen die voor dit rapport zijn gebruikt.

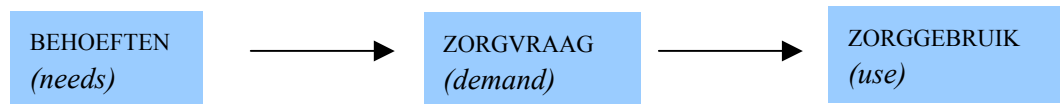
1.3 Vraagstelling en thematiek

Een chronische ziekte of lichamelijke beperking kan allerlei gevolgen hebben op fysiek, psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied. In het onderzoeksprogramma NPCG worden de gevolgen van het hebben van een chronische ziekte of handicap voor de kwaliteit van leven en de maatschappelijke positie van mensen met een chronische ziekte of handicap in kaart gebracht. Hierbij vormt het perspectief van de mensen met een chronische ziekte of handicap zelf de invalshoek.

Omdat een chronische ziekte per definitie niet (volledig) te genezen is, ligt de nadruk in de zorg voor mensen met een chronische ziekte op het zoveel mogelijk handhaven van de functionele gezondheid en het voorkomen van verergering van de ziekte. Bij mensen met lichamelijke beperkingen ligt de nadruk in de zorg op ondersteuning van de zelfzorg en het leven met een handicap. Op deze wijze wordt beoogd de kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun mogelijkheden tot maatschappelijke participatie te optimaliseren. Dit impliceert dat adequate zorg niet een doel op zichzelf is, maar veeleer een middel om mensen met een chronische ziekte of handicap in staat te stellen zoveel mogelijk een leven te leiden zoals ze dat zelf willen.

In dit rapport staat de zorg en ondersteuning voor mensen met een chronische ziekte of handicap centraal. Het uitgangspunt vormt de behoefte (*needs*). Het gaat hierbij om de

ervaren gezondheid in termen van lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren, zoals mensen met een chronische ziekte of handicap die zelf ervaren. Behoeftte aan ondersteuning kan leiden tot een zorgvraag (*demand*), bijvoorbeeld een vraag om een medische of paramedische behandeling, om verpleegkundige zorg, of een vraag om een hulpmiddel of een aanpassing. Gewoonlijk zal de zorgvraag worden omgezet in daadwerkelijke zorgconsumptie (*use*), mits de toegankelijkheid van de betreffende zorg niet in het geding is. Deze veronderstelde relaties zien er schematisch als volgt uit:



Er zal zowel over mensen met een chronische ziekte of handicap gezamenlijk worden gerapporteerd als over mensen met een chronische ziekte en mensen met een lichamelijke handicap afzonderlijk. Voor een gezamenlijke rapportage is gekozen omdat er in het overheidsbeleid veelal geen onderscheid gemaakt wordt tussen het hebben van een chronische ziekte of lichamelijke beperkingen. Bovendien gaat het hebben van een chronische ziekte vaak gepaard met het hebben van lichamelijke beperkingen. De afzonderlijke rapportage over mensen met een chronische ziekte en over mensen met een lichamelijke handicap vloeit voort uit het feit dat naast algemene sociaal-demografische kenmerken, gegevens worden gepresenteerd naar enkele ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, zoals comorbiditeit of de ernst van de beperking. Deze kenmerken hebben alleen betrekking op respectievelijk mensen met een chronische ziekte of mensen met een lichamelijke handicap. Bovendien heeft er vanaf 1998 een systematische gegevensverzameling plaatsgevonden onder mensen met een chronische ziekte, zodat mogelijke trends in de zorgbehoefte en zorgconsumptie van deze groep zichtbaar gemaakt kunnen worden. Tenslotte kan het voor bepaalde thema's relevant zijn om over mensen met een chronische ziekte of over mensen met een lichamelijke beperking afzonderlijk te rapporteren, bijvoorbeeld wanneer het gaat om het contact met een gespecialiseerde verpleegkundige of het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen.

1.4 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 start met een beschrijving van de gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap. Deze gegevens vormen de basis voor de behoefte aan ondersteuning. De hoofdstukken 3 t/m 5 gaan in op het zorggebruik. Hoofdstuk 3 omvat het medische en paramedische zorggebruik. Hierin worden onderscheiden het gebruik van huisartsenzorg, het ziekenhuisgebruik, het gebruik van geneesmiddelen en het contact met paramedici. Hoofdstuk 4 gaat in op het gebruik van thuiszorg, informele zorg, hulpmiddelen en aanpassingen en het contact met gespecialiseerde verpleegkundigen. In hoofdstuk 5 tenslotte komt het overig zorggebruik aan bod, zoals de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk, arbozorg en alternatieve of complementaire zorg.

2 Gezondheid en sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap. Aan bod komt allereerst een beschrijving van de kenmerken van mensen met een chronische ziekte of handicap voor wat betreft een aantal achtergrondkenmerken, alsook de samenhang tussen chronische ziekten en lichamelijke beperkingen. Daarna gaat paragraaf 2.2 in op de algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte en handicap, waarna paragraaf 2.3 een beschrijving geeft van de psychische gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap.

2.1 Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of handicap

Deze paragraaf geeft een beschrijving van de samenstelling van de groep mensen met een chronische ziekte of handicap naar enkele sociaal-demografische en ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken. De gegevens zijn gebaseerd op de respondenten van de voorjaarsmeting in april 2005 onder de panelleden van het NPCG. Het betreffen zowel ongewogen als gewogen gegevens waarbij de verhouding chronisch zieken en gehandicapten in het panel is gewogen naar de geschatte verhouding in de populatie. Voor meer informatie over de weging wordt op deze plaats verwezen naar Bijlage IV. Voor de volledigheid vermelden we ook hier dat de gegevens over chronische ziekten (het type ziekte en het aantal ziekten oftewel comorbiditeit) afkomstig zijn van de huisarts, terwijl de gegevens over lichamelijke beperkingen (de aard en de ernst van de beperking) gebaseerd zijn op zelfrapportage (SCP-beperkingenmaat).

Tabel 2.1 geeft een uitgebreid overzicht van de kenmerken van mensen met een chronische ziekte of handicap naar sekse, leeftijd, opleidingsniveau, type chronische ziekte (indexziekte), comorbiditeit (aanwezigheid van meer dan één chronische ziekte), de aard van de lichamelijke beperking en de ernst van de lichamelijke beperking. Deze uitsplitsing naar sociaal-demografische en ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken vormt tevens het vaste stramien van dit rapport.

Tabel 2.1: Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of handicap naar enkele sociaal-demografische kenmerken en ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, ongewogen en gewogen naar de verhouding tussen chronisch zieken en gehandicapten in de algemene bevolking¹

	Chronisch zieken en gehandicapten, ongewogen (n=3209)	Chronisch zieken en gehandicapten, gewogen
Sekse (%)		
Man	37	35
Vrouw	63	65
Leeftijd (%)		
15-39	9	9
40-64	47	49
65-74	23	23
75+	20	22
Gemiddeld (SD)	60,8 (15,0)	61,5 (14,9)
Opleidingsniveau (%)		
Geen/LO	17	19
LBO	29	29
Mavo, etc.	18	18
MBO	15	14
Havo, etc.	7	7
HBO	11	10
WO	3	3
Gemiddeld (SD)	3,1 (1,7)	3,1 (1,7)
Chronische ziekte (%)		
Hart- en vaatziekten	13	13
Astma/COPD	12	10
Aandoening bewegingsapparaat	17	16
Kanker	3	3
Diabetes	12	9
Neurologische ziekten	7	6
Spijsverteringsziekten	4	3
Overig	16	13
Geen chronische ziekte/onbekend	17	27
Comorbiditeit (%)		
Eén	47	38
Twee	21	19
Drie of meer	15	16
Geen chronische ziekte/onbekend	17	27
Aard lichamelijke beperking (%)		
Motorisch	44	52
Zintuiglijk	2	2
Motorisch en visueel	6	6
Motorisch en auditief	6	7
Motorisch, visueel en auditief	2	2
Geen/lichte beperking	40	30
Ernst lichamelijke beperking (%)		
Matig	39	45
Ernstig	21	25
Geen/lichte beperking	40	30

¹ Weging heeft plaatsgevonden op basis van de geschatte verhouding tussen mensen met een chronische ziekte en mensen met een lichamelijke handicap in de algemene bevolking. Deze wegingsfactor is ook gehanteerd bij de analyses in dit rapport (zie ook Bijlage IV).

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap bestaat de meerderheid uit vrouwen, namelijk twee derde deel (rechter kolom, na weging). Verder betreft het een relatief oude groep: de gemiddelde leeftijd is ongeveer 60 jaar. Van de mensen met een chronische ziekte en handicap zijn de meeste mensen ouder dan 40 jaar, bijna de helft is ouder dan 65 jaar. Qua opleidingsachtergrond heeft bijna de helft een laag opleidingsniveau. De meeste mensen, bijna 30%, hebben een lagere beroepsopleiding genoten. Ruim 70% heeft een chronische ziekte en ook 70% heeft een (matige tot ernstige) lichamelijke beperking. Bij ruim 40% is sprake van zowel een chronische ziekte als een lichamelijke beperking.

Van de mensen met een chronische ziekte hebben de meeste mensen een ziekte aan het bewegingsapparaat (ruim 20%). Ook vormen hart- en vaatziekten en overige chronische ziekten grote groepen. De groep 'overige chronische ziekten' bestaat uit minder vaak voorkomende chronische ziekten. Chronische ziekten aan de luchtwegen, zoals astma en COPD, en diabetes komen ook veel voor. De meeste mensen met een chronische ziekte, ruim de helft, hebben één chronische ziekte. Dit houdt in dat bijna de helft meer dan één chronische ziekte heeft. Het type ziekte dat in deze tabel is opgenomen (en verder ook de basis vormt voor dit rapport) is de oudste vastgestelde medische diagnose.

Van de mensen met een lichamelijke beperking vormen de mensen met een motorische beperking de grootste groep. Dit heeft echter meer te maken met de wervingsmethode van lichamenlijk gehandicapten voor het NPCG dan dat dit de feitelijke samenstelling op populatieniveau weergeeft; de grootste bron van werving bestond namelijk uit mensen met motorische aandoeningen. In Bijlage I wordt uitvoerig ingegaan op de wervingsprocedure en de representativiteit van het panel. Verder heeft van de mensen met lichamelijke beperkingen ongeveer een derde een ernstige lichamelijke beperking, twee derde heeft een matige lichamelijke beperking.

Zoals eerder vermeld volgt het rapport het stramien van de achtergrondkenmerken zoals ze ook in deze paragraaf zijn beschreven. Daarbij omvatten de kenmerken sekse, leeftijd en opleiding de gehele groep van mensen met een chronische ziekte en handicap, terwijl de kenmerken type chronische ziekte en comorbiditeit mensen met een chronische ziekte betreffen en de kenmerken aard van de beperking en ernst van de beperking mensen met een lichamelijke beperking betreffen.

2.2 Algemene gezondheidsbeleving

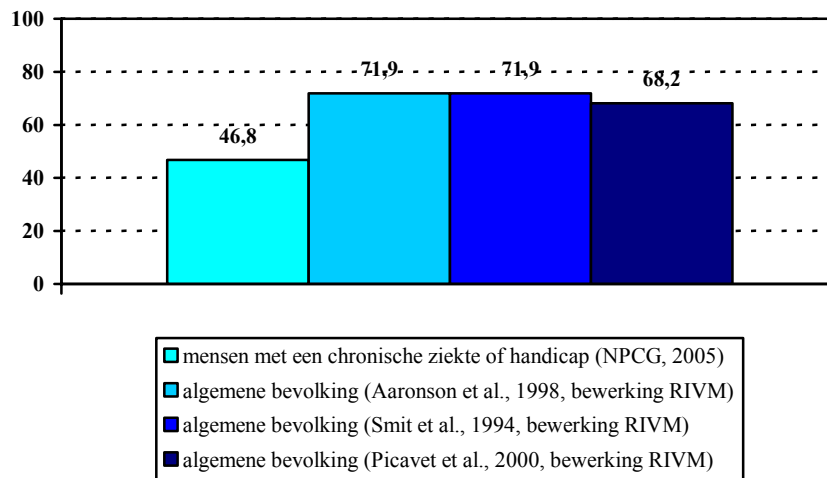
Om na te gaan hoe mensen met een chronische ziekte of handicap hun gezondheid in het algemeen beleven is de schaal 'algemene gezondheidsbeleving' van de RAND-36 (Van der Zee & Sanderman, 1993; Van der Zee et al., 1996) als indicator gekozen. Deze schaal meet de subjectieve evaluatie van de algemene gezondheidstoestand. Een persoon met een lage score op deze schaal beoordeelt zijn of haar gezondheid als slecht en verwacht dat deze waarschijnlijk nog achteruit zal gaan. Een persoon met een hoge score beoordeelt zijn of haar gezondheid daarentegen als uitstekend. De scores kunnen variëren tussen 0 en 100, waarbij 0 de slechtst mogelijke ervaren gezondheid aangeeft, en 100 de best mogelijke. De schaal is bij de panelleden afgenomen in april 1998, 1999 en 2000 (PPCZ-1) en in april 2002, 2003 en 2004 (PPCZ-2) en in april 2005 (NPCG). In 2005 is

de schaal dus voor het eerst afgenomen bij gehandicapten die vanuit de bevolkingsonderzoeken in het panel zijn ingestroomd.

2.2.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

Om de gegevens over de algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte of handicap in perspectief te kunnen plaatsen, wordt hier allereerst een vergelijking gemaakt met gegevens van referentiegroepen uit de algemene Nederlandse bevolking. We gebruiken hiervoor gegevens uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM, 13 december 2005). Het RIVM (Hoeymans et al., 2005) heeft de gegevens van drie oudere studies gestandaardiseerd naar de Nederlandse bevolking van 2000, te weten de Validatie-studie van Aaronson en collega's (1998), de MORGEN-studie (Smit et al., 1994) en de studie naar klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (KAB-studie; Picavet et al., 2000). In figuur 2.1 staat de gemiddelde score van mensen met een chronische ziekte of handicap (NPCG, 2005) afgezet tegen de gegevens uit de drie genoemde studies gestandaardiseerd naar de bevolking in 2000. Opgemerkt moet worden dat de gegevens van het NPCG niet alleen recenter zijn, maar ook afkomstig zijn van een onderzoeksgroep die qua leeftijd- en sekseverdeling afwijkt van de samenstelling van de algemene Nederlandse bevolking. De populatie mensen met een chronische ziekte of handicap bevat relatief meer vrouwen en oudere mensen.

Figuur 2.1 Algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005 en mensen uit de algemene bevolking in 2000 (RAND-36)



Uit figuur 2.1 komt naar voren dat mensen met een chronische ziekte of handicap hun gezondheid over het algemeen als veel slechter ervaren dan mensen uit de algemene Nederlandse bevolking. In 2005 was de gemiddelde score van mensen met een chronische ziekte of handicap op de schaal 'algemene gezondheidsbeleving' 46,8 (95-BI: 45,1 – 48,6), terwijl de gemiddelde score voor de algemene bevolking in 2000 berekend op basis van de drie referentiegroepen op circa 70 lag.

2.2.2 Sociaal-demografische kenmerken

De algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte of handicap kan verschillen afhankelijk van de sekse, leeftijd of het opleidingsniveau. Hieronder worden de gemiddelde scores voor verschillende subgroepen over 2005 gepresenteerd.

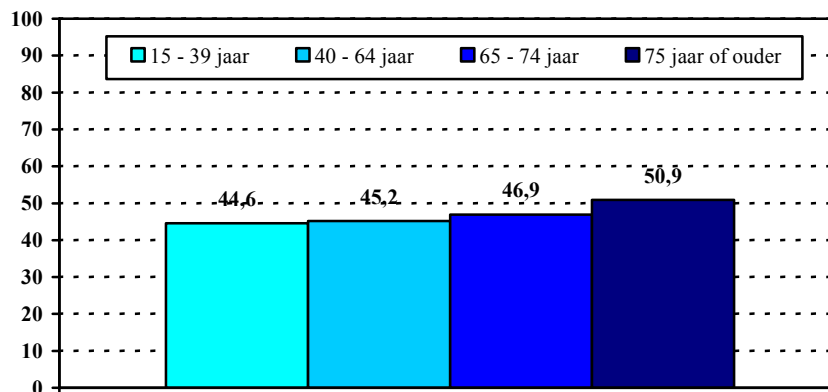
Sekse

In 2005 bedroeg de gemiddelde score van mannen met een chronische ziekte of handicap op de schaal 'algemene gezondheidsbeleving' 46,7 (95-BI: 44,7 – 48,6). Bij de vrouwen werd een vrijwel gelijke gemiddelde score gevonden, te weten 46,9 (95-BI: 45,1 – 48,7). In voorgaande jaren werd meestal een significant sekseverschil aangetroffen, waarbij vrouwen (met een chronische ziekte) hun gezondheid als geheel wat slechter beoordeelden dan mannen. Het RIVM rapporteert dat binnen de algemene bevolking mannen over het algemeen een betere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven ervaren dan vrouwen, maar dat de verschillen wat de algemene gezondheidsbeleving betreft erg klein zijn en bij één studie (de MORGEN-studie) helemaal niet aanwezig waren.

Leeftijd

Figuur 2.2 laat de gemiddelde scores van verschillende leeftijdsgroepen van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005 zien.

Figuur 2.2 Algemene gezondheidsbeleving naar leeftijdsklasse in 2005 (RAND-36)



De figuur laat zien dat de verschillen tussen mensen met een chronische ziekte of handicap naar leeftijd niet zo groot zijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat in de analyses is gecorrigeerd voor de invloed van andere sociaal-demografische en ziekte- of handicapgerelateerde kenmerken, dus bijvoorbeeld ook voor de ernst van de beperkingen die men ervaart. Figuur 2.2 laat in elk geval zien dat leeftijd op zich niet zoveel verschil maakt; de groep 75-plussers ervaart zelfs een iets betere algemene gezondheid dan de jongste leeftijdsgroep. Dit fenomeen werd overigens niet in voorgaande jaren aangetroffen, zodat hieraan niet te veel waarde moet worden gehecht.

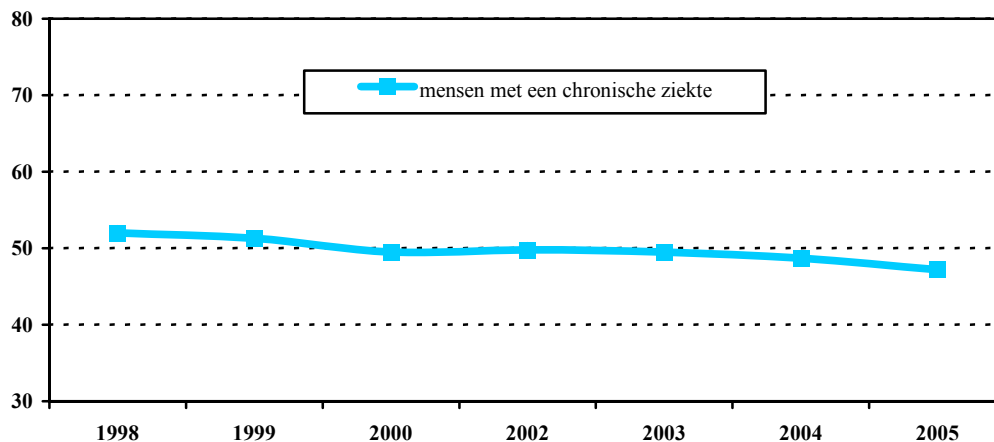
Opleidingsniveau

In 2005 werden geen verschillen in algemene gezondheidsbeleving aangetroffen tussen mensen met een chronische ziekte of handicap met een verschillend opleidingsniveau. In voorgaande jaren waren die verschillen er soms wel, waarbij de betere ervaren gezondheid van de groep mensen met een academische opleiding de meest consistente bevinding was. We vermelden hier de gemiddelde scores van 2005: geen of alleen lager onderwijs 45,9 (95-BI: 43,3 – 48,5), lager beroepsonderwijs 46,5 (95-BI: 44,4 – 48,5), middelbaar algemeen onderwijs 46,2 (95-BI: 44,0 – 48,4), middelbaar beroepsonderwijs 47,7 (45,3 – 50,1), hoger algemeen onderwijs 48,0 (95-BI: 45,0 – 51,0), hoger beroepsonderwijs 47,9 (95-BI: 45,4 – 50,5) en universiteit 49,0 (95-BI: 45,1 – 53,0).

2.2.3 Mensen met een chronische ziekte

Mensen bij wie een medische diagnose van een somatische chronische ziekte is gesteld hadden in 2005 een gemiddelde score van 47,2 (95-BI: 46,1 – 48,4) op de schaal ‘algemene gezondheidsbeleving’. In figuur 2.3 staan de gemiddelde scores van chronisch zieken over de periode 1998 t/m 2005 vermeld. De figuur laat zien dat de algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte over deze periode geleidelijk is afgenomen [lineaire trend]. In 1998 bedroeg het gemiddelde nog 52,0 (95-BI: 50,6 – 53,4), in 2005 nog maar 47,2 (95-BI: 46,1 – 48,4).

Figuur 2.3 Algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte over de periode 1998 t/m 2005 (RAND-36)



Aard van de chronische ziekte

Mensen met verschillende chronische ziekten verschillen gemiddeld genomen niet wat hun algemene gezondheidsbeleving betreft. De enige uitzondering hierop vormt de groep mensen met astma of COPD. Mensen met astma of COPD beleefden in 1998, 1999, 2000 en 2005 hun algemene gezondheid als slechter dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten. In 2002, 2003 en 2004 waren de verschillen niet significant.

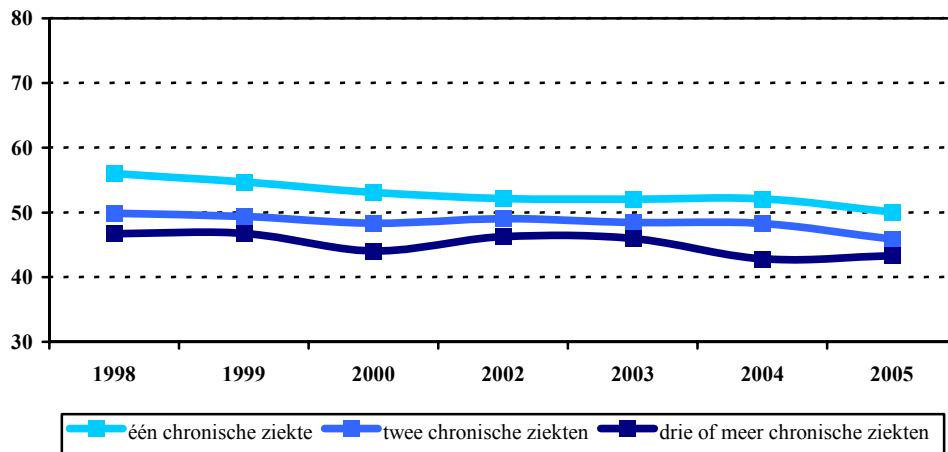
We geven hier de gemiddelde scores van mensen met verschillende chronische ziekten in 2005: hart- en vaatziekten 48,9 (95-BI: 46,7 – 51,1), astma / COPD 43,9 (95-BI: 41,8 – 46,0), bewegingsapparaat 47,6 (95-BI: 45,6 – 49,6), kanker 47,4 (95-BI: 43,6 – 51,3),

diabetes 45,4 (95-BI: 43,1 – 47,7), neurologische ziekten 49,1 (95-BI: 46,4 – 51,8), chronische spijsverteringsziekten 44,5 (95-BI: 40,8 – 48,2) en overige chronische ziekten 49,2 (95-BI: 47,2 – 51,1).

Comorbiditeit

Het aantal chronische ziekten dat men heeft is voor de algemene gezondheidsbeleving veel meer bepalend dan de aard van de ziekte (zie hierboven): mensen die aan meer dan één chronische ziekte lijden beoordelen hun gezondheid over de gehele periode 1998 t/m 2005 als slechter dan mensen die aan één chronische ziekte lijden. Dit wordt geïllustreerd in figuur 2.4.

Figuur 2.4 Algemene gezondheidsbeleving naar aantal chronische ziekten in de periode 1998 t/m 2005 (RAND-36)



We vermelden hier de gemiddelde scores van chronisch zieken naar het aantal chronische ziekten dat men heeft in 2005: één ziekte 50,1 (95-BI: 48,9 – 51,4), twee ziekten 45,9 (95-BI: 44,1 – 47,7) en drie of meer ziekten 43,3 (95-BI: 41,0 – 45,6).

2.2.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Mensen met lichamelijke beperkingen beoordelen hun algehele gezondheid over het algemeen genomen als erg slecht; de gemiddelde score op de schaal ‘algemene gezondheidsbeleving’ bedroeg in 2005 39,4 (95-BI: 37,5 – 41,4).

Aard van de beperking

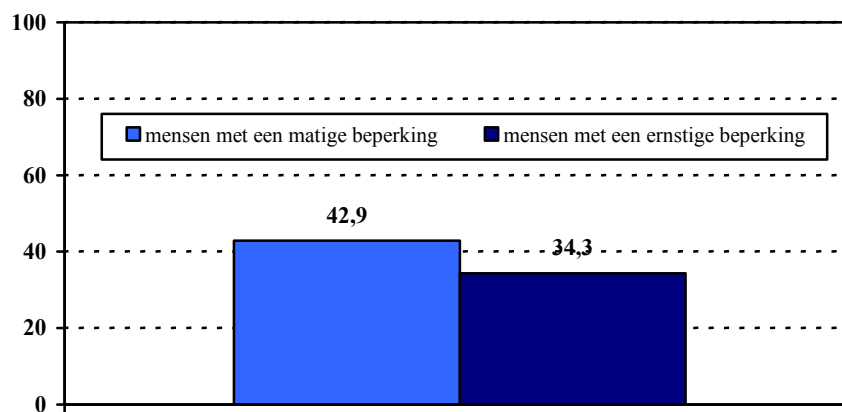
Er zijn in 2005 geen significante verschillen gevonden tussen mensen met verschillende lichamelijke beperkingen. Niettemin variëren de gemiddelde scores van subgroepen met verschillende beperkingen wel enigszins. Echter, omdat ook binnen subgroepen van mensen met verschillende beperkingen de scores nogal uiteenlopen, zijn de verschillen niet significant. Mensen met alleen zintuiglijke beperkingen hadden de hoogste gemiddelde score: 41,6 (95-BI: 36,5 – 46,7). Dit is overigens nog altijd een behoorlijk lage score! De gemiddelde score van mensen met alleen motorische beperkingen bedroeg 40,2

(95-BI: 38,2 – 42,2). Mensen die naast hun motorische beperking ook een gehoorbeperking hadden beoordeelden hun algehele gezondheid met een gemiddelde van 39,1 (95-BI: 35,7 – 42,5). De slechtst ervaren gezondheid werd aangetroffen bij mensen met zowel een motorische als een gezichtsbeperking en bij mensen die naast motorische en gezichtsbeperkingen ook nog een gehoorbeperking hadden, respectievelijk 37,0 (95-BI: 33,4 – 40,5) en 36,1 (95-BI: 30,4 – 41,9). Nogmaals merken we hier op dat de verschillen niet significant zijn.

Ernst van de beperking

Mensen met een ernstige lichamelijke beperking beoordelen hun algehele gezondheid als veel slechter dan mensen met een matige beperking. Dit verschil is wel significant. In 2005 bedroeg de gemiddelde score van mensen met een matige beperking 42,9 (95-BI: 40,9 – 45,0) en van mensen met een ernstige beperking 34,3 (31,9 – 36,7). Figuur 2.5 illustreert dit grote verschil.

Figuur 2.5 Algemene gezondheidsbeleving van mensen met een lichamelijke beperking naar ernst van de beperking in 2005 (RAND-36)



2.2.5 Conclusie

- Mensen met een chronische ziekte of handicap ervaren hun gezondheid over het algemeen als veel slechter dan mensen uit de algemene Nederlandse bevolking.
- Sociaal-demografische kenmerken, zoals sekse, leeftijd en opleidingsniveau, zijn over het algemeen van weinig betekenis voor de algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte of handicap.
- Bij mensen met een chronische ziekte vertoont de algemene gezondheidsbeleving over de periode 1998 t/m 2005 een dalende lijn.
- Bij mensen met een chronische ziekte is het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt van grotere invloed op de algemene gezondheidsbeleving dan de aard van de ziekte. Mensen met twee of meer chronische ziekten beoordelen hun algehele gezondheid als slechter dan mensen die aan één chronische ziekte lijden.

- Bij mensen met een lichamelijke beperking is de ernst van de beperking van grotere invloed op de algemene gezondheidsbeleving dan de aard van de beperking. Mensen met een ernstige beperking beoordelen hun algehele gezondheid als veel slechter dan mensen met een matige beperking. Een combinatie van motorische en gezichtsbeperkingen leidt eveneens tot een relatief slechte ervaren gezondheid.

2.3 Psychisch gezondheid en sociaal-maatschappelijk functioneren

Een chronisch somatische ziekte of lichamelijke handicap is niet alleen een fysiek probleem, maar heeft vaak ook gevolgen voor de psychische gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren. Om met de gevolgen van de chronische ziekte of handicap om te kunnen gaan, is soms ondersteuning nodig. In eerste instantie betreft dit ondersteuning van gezinsleden of andere mensen uit de directe omgeving. Wanneer de problematiek een grotere zorgbehoefte met zich meebrengt, is professionele ondersteuning nodig. Dit impliceert dat de ervaren problemen op psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied kunnen leiden tot een zorgvraag.

In deze paragraaf staat de psychische gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap centraal. Het maatschappelijk functioneren komt hier slechts summier aan de orde; de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap wordt uitgebreid beschreven in de tweejaarlijkse NPCG-rapportage Kerngegevens Maatschappelijke situatie (e.g. Heijmans et al., 2005).

Om een indruk te krijgen van de *psychische gezondheid* van mensen met een chronische ziekte of handicap, is de General Health Questionnaire – 12 itemversie (GHQ-12; Goldberg, 1972) bij de panelleden afgenomen in oktober 1998, april 2003 en april 2005. De GHQ is bedoeld om zicht te krijgen op het voorkomen van niet-psychotische psychiatrische aandoeningen, met name emotionele stoornissen zoals angst en depressiviteit. De GHQ-score loopt van 0 tot 12. Bij de GHQ wordt ervan uitgegaan dat mensen met een score van 2 of hoger een grote kans hebben op een psychiatrische diagnose. In deze paragraaf wordt daarom het percentage mensen dat een GHQ-score van 2 of hoger heeft gerapporteerd. De gemiddelde GHQ-scores (niet gedichotomiseerd) zijn binnenkort te vinden op www.nivel.nl/npcg onder Tabelservice.

Om een indruk te krijgen van het *sociaal functioneren* van mensen met een chronische ziekte of handicap is de schaal 'sociaal functioneren' van de RAND-36 (Van der Zee & Sanderman, 1993; Van der Zee et al., 1996) als indicator gekozen. Deze schaal meet beperkingen op het gebied van sociale activiteiten, zoals het bezoeken van familie of vrienden. Een lage score duidt op extreme en frequente beperkingen bij normale sociale activiteiten door fysieke en emotionele problemen. Een hoge score betekent dat de persoon in staat is om op een normale wijze deel te nemen aan sociale activiteiten. De scores kunnen variëren tussen 0 (de meeste beperkingen in sociaal functioneren) en 100 (afwezigheid van beperkingen in sociaal functioneren). De schaal sociaal functioneren is jaarlijks bij de panelleden afgenomen in de periode april 1998 t/m april 2004, uitgezonderd april 2001. In de enquête van april 2005 is deze schaal niet meegenomen, waardoor vooralsnog alleen gegevens over mensen met een chronische ziekte beschikbaar zijn.

Tenslotte komen in deze paragraaf de *sociaal-maatschappelijke gevolgen* van het hebben van een chronische ziekte of handicap aan bod. Als indicatoren voor de aanwezigheid van sociaal-maatschappelijke problemen zijn acht items uit de Biografische-problemenlijst (BIOPRO; Hosman, 1983) geselecteerd. Deze items refereren aan de ervaren problemen in de financiële situatie, in de woonsituatie, in de werksituatie, bij de vrijetijdsbesteding, seksuele problemen en relationele problemen met de partner, kinderen, overige familieleden en kennissen. Per aspect werd gevraagd om aan te geven, of men de afgelopen tijd problemen heeft ervaren (antwoordmogelijkheden: ja en nee). De vragen zijn aan het panel voorgelegd in oktober 1998, april 2002, april 2003 en april 2005. Vragen over problemen met de werksituatie zijn alleen voorgelegd aan mensen jonger dan 65 jaar. Vragen over de werksituatie, de partner, kinderen en seksualiteit hadden ook de antwoordmogelijkheid 'niet van toepassing'.

2.3.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

Om de gegevens over de psychische gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap in perspectief te kunnen plaatsen, vergelijken we hier onze bevindingen met gegevens afkomstig van referentiegroepen uit de algemene Nederlandse bevolking.

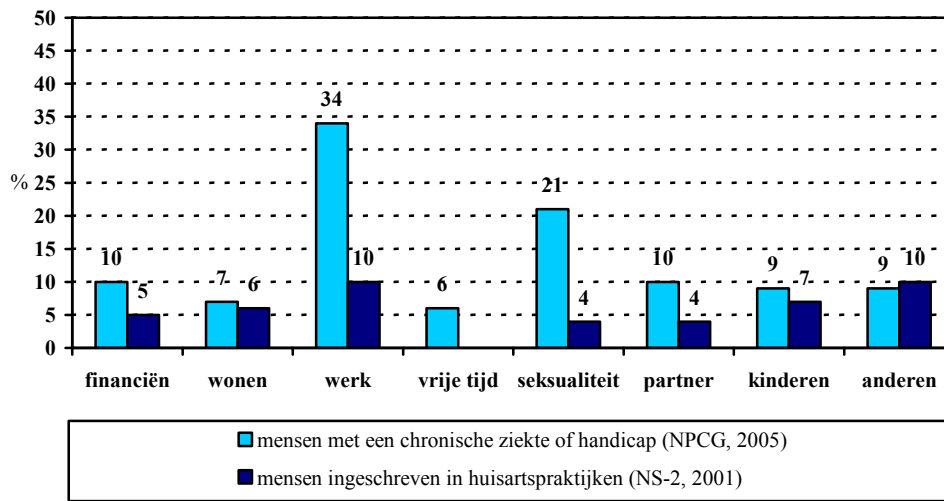
Allereerst wordt een vergelijking gemaakt van het percentage mensen met een GHQ-score van 2 of hoger in het NPCG (april 2005) en onder de deelnemers aan de patiënt-enquête van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (NS-2) uit 2001 (Schellevis et al., 2000; Van Lindert et al., 2004). Deze laatste groep bestaat uit circa 8.000 personen van 25 jaar of ouder ingeschreven in Nederlandse huisartspraktijken. Omdat vrijwel iedereen in Nederland bij een huisartspraktijk staat ingeschreven, kan deze steekproef worden beschouwd als een steekproef uit de algemene bevolking.

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap heeft 40% (95-BI: 37-43) in 2005 een GHQ-score van 2 of hoger; bij de referentiegroep lag het percentage in 2001 op 23%. Dit impliceert dat de psychische morbiditeit onder mensen met een lichamelijke chronische ziekte of handicap relatief groot is.

Gegevens over het sociaal functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap zijn in 2005 niet verzameld. Wel zijn gegevens beschikbaar over mensen met een chronische ziekte over de periode 1998 t/m 2004. Deze gegevens komen in paragraaf 2.3.3 aan bod.

In figuur 2.6 vergelijken we de omvang van de sociaal-maatschappelijke problematiek van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005 met die van een steekproef uit de Nederlandse bevolking uit 2001. Het betreft de groep volwassen deelnemers (vanaf 18 jaar) aan de patiëntenenquête van NS-2 (mensen ingeschreven in huisartspraktijken).

Figuur 2.6 Percentage mensen dat problemen rapporteert in verschillende levensdomeinen; mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005 en mensen ingeschreven in huisartspraktijken in 2001 (BIOPRO)



Figuur 2.6 laat zien dat van de mensen met een chronische ziekte of handicap een groter deel problemen rapporteert op het gebied van werk, financiën, seksualiteit en in de relatie met de partner vergeleken met de mensen uit de algemene bevolking.

De meest voorkomende problemen onder mensen met een chronische ziekte of handicap zijn problemen op het gebied van werk (alleen gevraagd aan mensen jonger dan 65 jaar) en seksuele problemen. Vooral problemen met werk komen veel voor, namelijk bij een derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap. Ook seksuele problemen komen veel voor; bij één op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap. Nader onderzoek is nodig om zicht te krijgen op de aard van deze problemen.

In april 2005 rapporteerde 10% (95-BI: 8-13) van de mensen met een chronische ziekte of handicap de afgelopen periode financiële problemen te hebben gehad. Zeven procent (95-BI: 5-9) gaf aan problemen op het gebied van wonen te ervaren. Van de mensen met een chronische ziekte of handicap jonger dan 65 jaar heeft 34% (95-BI: 28-41) problemen met hun werk of baan. Zes procent (95-BI: 5-8) van de totale groep, dus zowel van de mensen jonger dan 65 als van de 65-plussers, ervaart problemen bij de besteding van hun vrije tijd. Seksuele problemen werden gerapporteerd door 21% (95-BI: 17-24). Tien procent (95-BI: 8-13) heeft problemen met hun partner en 9% (95-BI: 7-11) met hun kinderen. Tenslotte ervaart nog eens 9% (95-BI: 7-10) problemen met andere mensen uit hun directe omgeving.

2.3.2 Sociaal-demografische kenmerken

Het is bekend dat de mate waarin psychische en sociale problemen voorkomen verschilt tussen bevolkingsgroepen van verschillende sekse, met een verschillende leeftijd en een verschillende sociaal-economische status (e.g. Van Lindert et al., 2004). In deze paragraaf gaan we na of dergelijke sociaal-demografische verschillen ook aanwezig zijn bij mensen

met een chronische ziekte of handicap. Hieronder worden de resultaten voor verschillende subgroepen over 2005 gepresenteerd.

Sekse

In april 2005 heeft 37% (95-BI: 33-41) van de mannelijke panelleden een GHQ-score van 2 of hoger, dat wil zeggen dat ruim een derde van de mannen met een chronische ziekte of handicap een grote kans heeft op psychiatrische problematiek. Van de vrouwelijke chronisch zieken en gehandicapten heeft 42% (39-45) een grote kans op psychische morbiditeit. Het verschil tussen mannen en vrouwen is (net) niet significant. In 1998 was dit wel het geval.

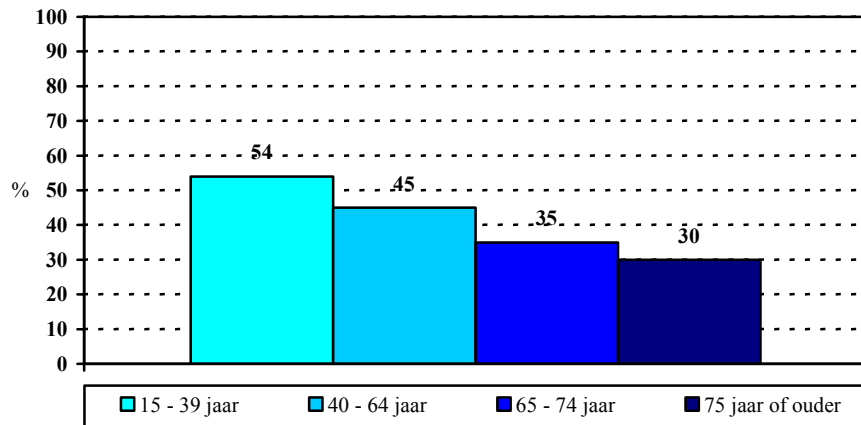
Over het algemeen ervaren vrouwen met een chronische ziekte of handicap in dezelfde mate problemen op het gebied van financiën, wonen, werk en vrijetijdsbesteding als mannelijke chronisch zieken en gehandicapten. Ook problemen in de relationele sfeer, met de kinderen of met familieleden of kennissen, doen zich in ongeveer dezelfde mate voor bij mannen en vrouwen. Van de vrouwen met een chronische ziekte of handicap ervaart wel een wat groter deel problemen met hun partner dan van de mannen: in 2005 rapporteert 12% (95-BI: 9-15) van de vrouwen problemen met hun partner te hebben tegenover 7% (95-BI: 5-10) van de mannen. Opmerkelijk is dat mannen met een chronische ziekte of handicap daarentegen wat vaker seksuele problemen ervaren dan vrouwen. In 2005 geeft een kwart van de chronisch zieke en gehandicapte mannen (25%, 95-BI: 21-30) aan problemen op seksueel gebied te hebben, van de vrouwen is dat 18% (95-BI: 15-22). In 2003 zagen we eveneens deze verschillen; in 1998 en 2002 waren ze niet significant, maar wel in dezelfde richting.

Leeftijd

Figuur 2.7 laat de percentages mensen die in 2005 een GHQ-score van 2 of hoger hadden zien voor verschillende leeftijdsgroepen van mensen met een chronische ziekte of handicap. De figuur maakt duidelijk dat jongere mensen met een chronische ziekte of handicap vaker psychische problemen ervaren dan oudere chronisch zieken en gehandicapten. De twee jongste leeftijdscategorieën verschillen significant van de twee oudste. Dergelijke leeftijdsverschillen, hoewel niet altijd significant, vonden we ook in de eerdere metingen.

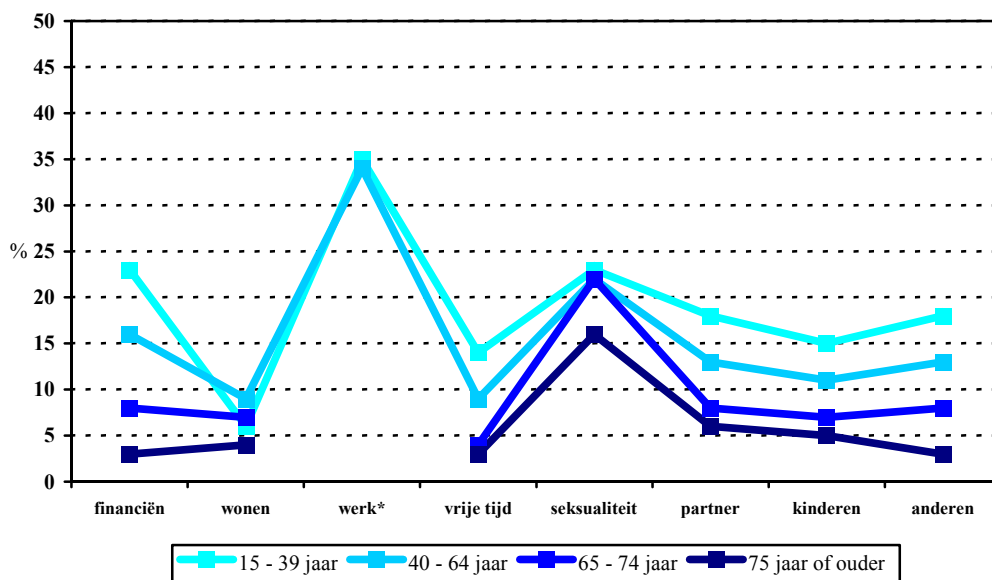
In 2005 had ruim de helft (54%, 95-BI: 47-61) van de chronisch zieken en gehandicapten jonger dan 40 jaar psychische problemen (GHQ-score van 2 of hoger). Van de mensen in de leeftijd van 40 tot 65 jaar had 45% psychische morbiditeit. De percentages gevonden in de twee oudste leeftijdscategorieën, 65-74 jaar en 75 jaar of ouder, bedroegen respectievelijk 35% (95-BI: 31-40) en 30% (95-BI: 26-35).

Figuur 2.7 Percentage mensen met een GHQ-score van 2 of hoger in 2005 naar leeftijd



Over het algemeen ervaren ouderen (65 jaar of ouder) met een chronische ziekte of handicap minder vaak sociaal-maatschappelijke problemen dan jongere mensen. In 2005 werden significante leeftijdsverschillen gevonden ten aanzien van de ervaren problemen op het gebied van financiën en vrijetijdsbesteding en in relatie tot andere mensen, zoals de partner en kinderen, en familie en kennissen. Problemen op het gebied van wonen en seksuele problemen doen zich in dezelfde mate voor onder oudere mensen met een chronische ziekte of handicap als onder degenen jonger dan 65 jaar. Deze bevindingen weerspiegelen de resultaten uit voorgaande jaren. In figuur 2.8 worden de leeftijdsverschillen geïllustreerd. De figuur laat de resultaten van 2005 zien.

Figuur 2.8 Percentage mensen met een chronische ziekte of handicap dat problemen rapporteert in verschillende levensdomeinen in 2005 naar leeftijd (BIOPRO)



* Dit betreft problemen met werk of baan; alleen voorgelegd aan mensen jonger dan 65 jaar.

Opleidingsniveau

Kijken we weer eerst naar het percentage mensen dat een GHQ-score van 2 of hoger heeft, dan zien we vrijwel geen significante verschillen tussen subgroepen met een verschillend opleidingsniveau. Het enige significante verschil dat werd aangetroffen betreft het percentage MBO-ers met psychische morbiditeit (46%; 95-BI: 41-52) dat groter is dan het percentage gevonden binnen de universitair opgeleiden (31%; 95-BI: 22-41). Dit verschil zien we echter niet in de eerdere metingen van 1998 en 2003, waardoor de kans bestaat dat het hier om een toevallige bevinding gaat.

We vermelden hier alle percentages mensen met een GHQ-score van 2 of hoger in 2005: geen of alleen lager onderwijs 38% (95-BI: 33-44), lager beroepsonderwijs 37% (95-BI: 33-41), middelbaar algemeen onderwijs 40% (95-BI: 35-45), middelbaar beroepsonderwijs 46% (95-BI: 41-52), hoger algemeen onderwijs 42% (95-BI: 35-49), hoger beroepsonderwijs 46% (95-BI: 40-52) en universiteit 31% (95-BI: 22-41).

Over het algemeen is er geen verband tussen het al of niet rapporteren van sociaal-maatschappelijke problemen en het opleidingsniveau van de chronisch zieke of gehandicapte. In 2005 blijkt van de mensen met een MBO-opleiding een wat groter deel problemen met hun kinderen en seksuele problemen te rapporteren dan van de groep die alleen lager onderwijs heeft gevolgd. Echter, deze verschillen werden in de voorgaande jaren niet aangetroffen.

2.3.3 Mensen met een chronische ziekte

In deze paragraaf gaan we specifiek in op de psychische gezondheid en de sociaal-maatschappelijke problemen van mensen met een medisch gediagnosticeerde chronische ziekte. Omdat deze groep al vanaf 1998 wordt gevolgd, zijn over deze mensen meer gegevens beschikbaar.

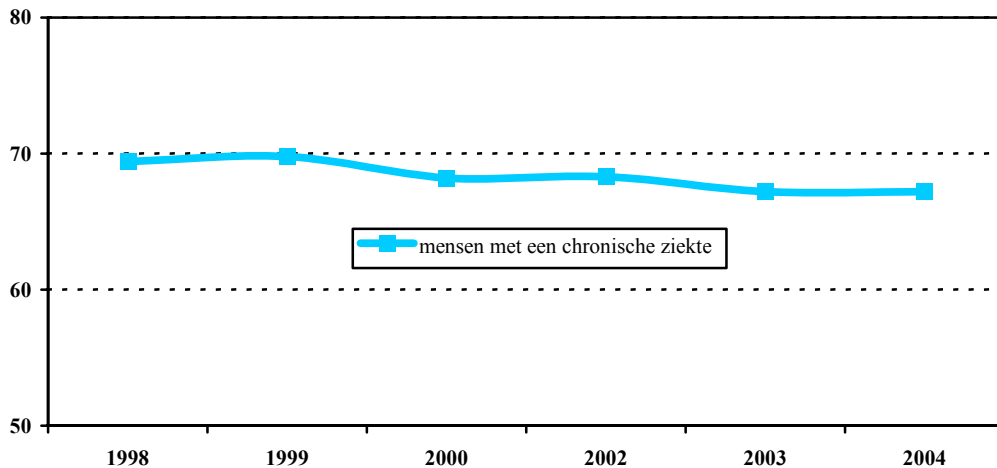
Allereerst beschrijven we de mate waarin *psychische morbiditeit* voorkomt onder chronisch zieken. Hiertoe beschouwen we het percentage mensen dat een GHQ-score van 2 of hoger heeft. In 2005 heeft 41% (95-BI: 38-43) van de mensen met een chronische ziekte een score van 2 of hoger. Omdat van deze groep ook gegevens uit oktober 1998 en april 2003 bekend zijn, is onderzocht welke ontwikkeling zich in het voorkomen van psychische morbiditeit onder chronisch zieken over deze jaren heeft voorgedaan. Zowel in 1998 als in 2003 bleek 37% van de chronisch zieken een GHQ-score van 2 of hoger te hebben (1998: 37%, 95-BI: 34-41; 2003: 37%, 95-BI: 34-40). Hoewel de 41% die in 2005 gevonden werd dus iets hoger ligt, is geen sprake van een significante stijging.

Over de periode 1998 t/m 2004, uitgezonderd 2001, zijn gegevens verzameld over het *sociaal functioneren* van mensen met een chronische ziekte door middel van de schaal 'sociaal functioneren' van de RAND-36. Mensen bij wie een medische diagnose van een chronische ziekte is gesteld hadden in 2004 een gemiddelde score van 67,2 (95-BI: 65,2 – 69,2). Vergelijken we deze score met die gevonden binnen drie referentiegroepen uit de algemene Nederlandse bevolking in 2000, dan blijkt dat chronisch zieken aanzienlijk meer beperkingen in sociale activiteiten ervaren. De normgegevens uit 2000 liggen alle rond een score van 84: 84,8 in de validatiestudie van Aaronson et al., 84,2 in de

MORGEN-studie en 83,4 in de KAB-studie (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2005, bewerking RIVM).

Het sociaal functioneren van mensen met een chronische ziekte is in de periode 1998 t/m 2004 verbeterd noch verslechterd; de gemiddelde scores variëren nauwelijks (zie figuur 2.9).

Figuur 2.9 Sociaal functioneren van mensen met een chronische ziekte in de periode 1998 t/m 2004 (RAND-36)



Tenslotte vermelden we hier de percentages chronisch zieken die aangeven bepaalde sociaal-maatschappelijke problemen te ervaren: financiële problemen 10% (95-BI: 8-11), problemen met wonen of de woning 6% (95-BI: 5-7), problemen met werk of baan 35% (95-BI: 29 - 42), problemen met vrijetijdsbesteding 5% (95-BI: 4-6), problemen met de partner 9% (95-BI: 7-11), problemen met kinderen 8% (95-BI: 7-10), problemen met familie of kennissen 8% (95-BI: 6-9) en seksuele problemen 20% (95-BI: 17-22). Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat problemen ervaart op het gebied van werk is flink gestegen in de periode 1998-2005. Was dat in 1998 nog 9% (95-BI: 6-14), in 2003 was het verdubbeld (18%, 95-BI: 12-26) en in 2005 gaf dus ruim een derde van de chronisch zieken aan problemen te ervaren.

Aard van de chronische ziekte

Mensen met verschillende chronische ziekten verschillen gemiddeld genomen niet wat hun *psychische gezondheid* betreft. We vermelden hieronder het percentage mensen met een GHQ-score van 2 of hoger binnen verschillende diagnosegroepen in 2005: hart- en vaatziekten 37% (95-BI: 32 - 43), astma / COPD 43% (95-BI: 38 - 49), bewegingsapparaat 41% (95-BI: 36 - 45), kanker 48% (95-BI: 38 - 59), diabetes 39% (95-BI: 34 - 45), neurologische ziekten 38% (95-BI: 31 - 45), chronische spijsverteringsziekten 39% (95-BI: 29 - 49) en overige chronische ziekten 42% (95-BI: 38 - 47). De verschillen tussen de diagnosegroepen in 2005 zijn niet significant, evenmin als in voorgaande jaren.

Ook ten aanzien van het *sociaal functioneren* (schaal sociaal functioneren RAND-36) zijn nauwelijks significante verschillen tussen diagnosegroepen aangetroffen. Alleen mensen met een chronische ziekte van het bewegingsapparaat wijken soms af, in de zin dat zij (nog) meer beperkingen in hun sociaal functioneren ervaren dan de andere diagnosegroepen. Ten opzichte van de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten is het verschil in 1999 en 2002 significant.

Hier volgen de gemiddelde scores op de schaal sociaal functioneren voor de diagnosegroepen in 2004: hart- en vaatziekten 67,1 (95-BI: 62,5 – 71,8), astma / COPD 70,8 (95-BI: 67,4 – 74,2), bewegingsapparaat 61,6 (95-BI: 57,7 – 65,5), kanker 68,3 (95-BI: 61,6 – 75,0), diabetes 72,4 (95-BI: 68,6 – 76,2), neurologische ziekten 64,8 (95-BI: 59,8 – 69,8), chronische spijsverteringsziekten 68,8 (95-BI: 60,7 – 77,0) en overige chronische ziekten 67,2 (95-BI: 64,2 – 70,3).

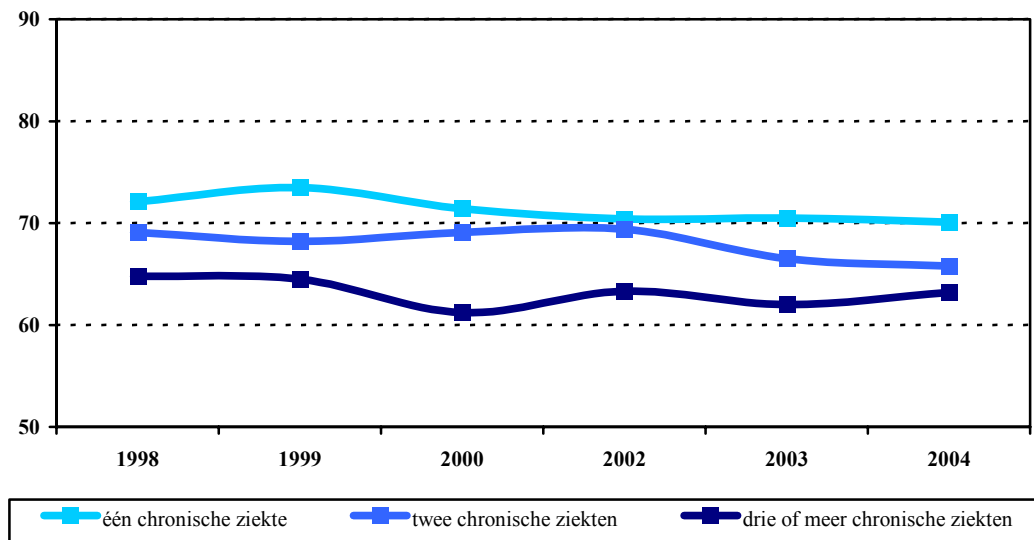
Wat het ervaren van *sociaal-maatschappelijke problemen* betreft, zijn in 2005 geen significante verschillen gevonden tussen mensen met verschillende chronische ziekten. In voorgaande jaren was dat evenmin het geval. Het type chronische aandoening dat men heeft lijkt dus voor het al of niet ervaren van problemen op verschillende levensdomeinen (financiën, wonen, werk, vrijetijdsbesteding, relaties, seksualiteit) van weinig belang. Het percentage mensen dat bepaalde problemen ervaart binnen de onderscheiden diagnosegroepen is binnenkort beschikbaar op www.nivel.nl/npcg onder Tabelservice.

Comorbiditeit

Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt verband houdt met de *psychische gezondheid*. In 2005 heeft 38% (95-BI: 35-41) van de chronisch zieken met één aandoening een GHQ-score van 2 of hoger. Van de mensen met twee chronische aandoeningen heeft 43% (95-BI: 38 – 47) een dergelijke score en van degenen met drie of meer aandoeningen 44% (95-BI: 39 – 49).

Het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt is voor het *sociaal functioneren* veel meer bepalend dan de aard van de ziekte (zie hierboven). Mensen die aan meer dan één chronische ziekte lijden ervaren meer beperkingen in hun sociaal functioneren dan chronisch zieken zonder comorbiditeit. De verschillen tussen mensen met één chronische ziekte en mensen met drie of meer aandoeningen is over alle onderzochte jaren significant. De verschillen tussen mensen met één of twee chronische ziekten zijn niet altijd significant, maar wel in dezelfde richting: meer aandoeningen gaan gepaard met meer beperkingen in het sociaal functioneren. In figuur 2.10 wordt dit geïllustreerd. Hier vermelden we de gemiddelde scores op de schaal sociaal functioneren in 2004: mensen met één chronische ziekte 70,1 (95-BI: 68,0 – 72,2), mensen met twee ziekten 65,8 (95-BI: 62,8 – 68,9) en mensen met drie of meer chronische ziekten 63,2 (95-BI: 58,3 – 68,1).

Figuur 2.10 Sociaal functioneren naar aantal chronische ziekten in de periode 1998 t/m 2004 (RAND-36)



Tenslotte is onderzocht of het al of niet hebben van comorbiditeit verband houdt met de mate waarin mensen met een chronische ziekte sociaal-maatschappelijke problemen ervaren. Dit blijkt niet het geval te zijn; chronisch zieken ervaren op bepaalde terreinen meer problemen dan niet-chronisch zieken, maar dit is niet afhankelijk van het aantal aandoeningen waaraan men lijdt.

2.3.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Het al of niet hebben van (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen blijkt van groot belang voor de psychische gezondheid en het sociaal functioneren. Wanneer we allereerst kijken naar het percentage mensen met een GHQ-score van 2 of hoger in 2005, dan blijkt dat meer dan de helft van de mensen met een lichamelijke beperking grote kans heeft op psychiatrische problematiek (53%, 95-BI: 50-56).

Mensen met een (matige of ernstige) lichamelijke beperking rapporteren vaker problemen te ervaren op het gebied van financiën, wonen, werk, vrijetijdsbesteding, seksualiteit en relaties dan mensen (met een chronische ziekte) die geen fysieke belemmeringen ervaren. We vermelden hier de percentages lichamelijk gehandicapten die in 2005 aangeven bepaalde sociaal-maatschappelijke problemen te ervaren: financiële problemen 17% (95-BI: 13-21), problemen met wonen of de woning 11% (95-BI: 8-14), problemen met werk of baan 42% (95-BI: 34-51), problemen met vrijetijdsbesteding 11% (95-BI: 9-13), problemen met de partner 13% (95-BI: 10-16), problemen met kinderen 11% (95-BI: 9-14), problemen met familie of kennissen 11% (95-BI: 9-13) en seksuele problemen 27% (95-BI: 23-31).

Aard van de beperking

Behalve dat het al of niet hebben van een lichamelijke beperking van invloed is op de psychische gezondheid, is ook de aard van de beperkingen van belang. Van de mensen die uitsluitend motorische beperkingen ervaren heeft 49% (95-BI: 46 - 52) in 2005 een GHQ-score van 2 of hoger. Van de mensen met uitsluitend zintuiglijke beperkingen heeft 44% (95-BI: 31 - 58) een dergelijke score. De meeste kans op psychiatrische problematiek hebben mensen die zowel motorische als zintuiglijke beperkingen ervaren. Van de mensen met motorische beperkingen en een auditieve beperking heeft 57% (95-BI: 49-64) een GHQ-score van 2 of hoger. Onder degenen met motorische beperkingen en een visuele beperking is het percentage 62% (95%-B: 54 - 70). Van degenen die zowel motorische als auditieve en visuele beperkingen ervaren is het percentage 67% (95-BI: 53 - 78). Met andere woorden, tweederde van deze groep gehandicapten heeft grote kans op een psychiatrische diagnose, zoals een angststoornis of een depressie. De verschillen tussen de groepen met een combinatie van motorische en zintuiglijke beperkingen en de groep met uitsluitend motorische beperkingen (referentiegroep) zijn overigens niet allemaal significant.

De aard van de beperkingen hangt over het algemeen niet samen met het al of niet ervaren van sociaal-maatschappelijke problemen bij mensen met een lichamelijke beperking. Er is in 2005 alleen een significant verschil gevonden in het percentage mensen dat seksuele problemen ervaart tussen mensen met een combinatie van motorische en auditieve beperkingen en mensen met uitsluitend motorische beperkingen (referentiegroep). Gezien het feit dat dit binnen de vele toetsingen het enige significante verschil is tussen de vijf onderscheiden groepen gehandicapten, kan dit resultaat (nog) niet inhoudelijk worden geïnterpreteerd.

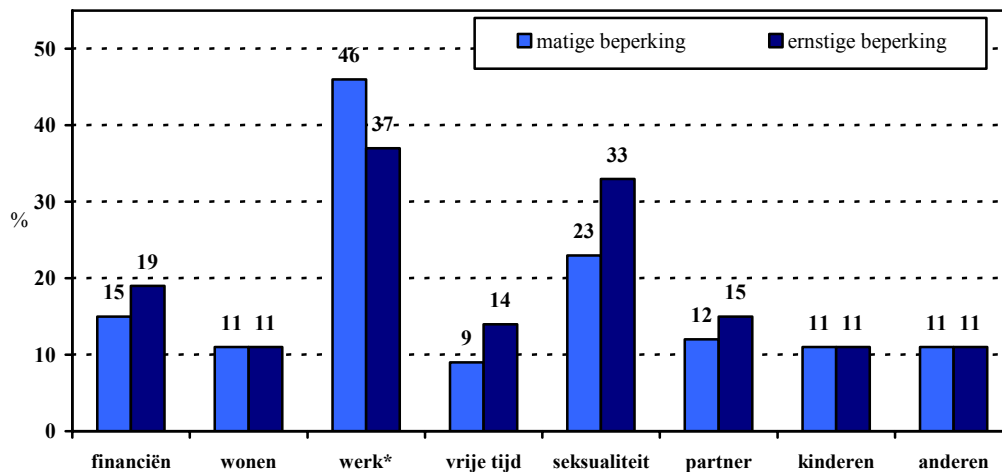
Ernst van de beperking

Tenslotte gaan we na of het voor de psychische gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren van mensen met een lichamelijke beperking verschil maakt of de beperking matig of ernstig is. Voor de psychische gezondheid lijkt dit onderscheid zeker van belang. Van de mensen met een matige beperking heeft 47% (95-BI: 44-51) een GHQ-score van 2 of hoger; van degenen met een ernstige beperking is dat 61% (95-BI: 56 - 65). Dit verschil is significant.

Figuur 2.11 laat zien welk percentage van de mensen met een matige of ernstige fysieke beperking sociaal-maatschappelijke problemen ervaart. Significante verschillen zijn aangetroffen tussen mensen met een matige of ernstige beperking in de aanwezigheid van seksuele problemen en problemen met de vrijetijdsbesteding. Een derde (33%, 95-BI: 27-39) van de mensen met ernstige beperkingen ervaart seksuele problemen tegenover bijna een kwart (23%, 95-BI: 19-28) van de mensen met matige beperkingen. Van deze laatste groep ervaart ongeveer één op de tien mensen (9%, 95-BI: 7-11) problemen bij de besteding van hun vrije tijd; bij mensen met ernstige beperkingen geldt dit voor één op de zeven mensen (14%, 95-BI: 11-17). Ook op het gebied van werk liggen de percentages ver uiteen maar door de brede betrouwbaarheidsintervallen is het verschil niet significant: van de mensen met een matige lichamelijke beperking rapporteerde bijna de helft (46%,

95-BI: 37-55) problemen te ervaren met hun baan of werk, van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking was dat ruim een derde (37%, 95-BI: 24-52).

Figuur 2.11 Percentage mensen met een lichamelijke beperking dat problemen rapporteert in verschillende levensdomeinen in 2005 naar ernst van de beperking (BIOPRO)



* Dit betreft problemen met werk of baan; alleen voorgelegd aan mensen jonger dan 65 jaar.

2.3.5 Conclusie

- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap heeft 40% in 2005 een grote kans op psychiatrische problematiek, zoals een angststoornis of een depressie. Dit percentage is aanzienlijk hoger dan percentages gevonden in de algemene Nederlandse bevolking, waarvan 20-25% in deze situatie verkeert.
- Mensen met een chronische ziekte of handicap ervaren over het algemeen meer beperkingen in hun sociaal functioneren dan mensen uit de algemene Nederlandse bevolking. Tevens ervaren zij vaker problemen op het gebied van financiën, werk, seksualiteit en problemen met hun partner dan mensen uit de algemene bevolking.
- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteert één op de drie problemen te ervaren op het gebied van werk.
- Eén op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteert seksuele problemen te ervaren; mannen vaker dan vrouwen, ouderen net zo vaak als jongeren. Seksuele problemen komen nog vaker voor bij mensen die matige of ernstige fysieke beperkingen ervaren, respectievelijk bij 23% en 33%.
- Mensen met een chronische ziekte of handicap die jonger zijn dan 65 jaar rapporteren meer psychische morbiditeit en vaker sociaal-maatschappelijke problemen dan 65-plussers.
- In 2005 had ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap jonger dan 40 jaar psychische problemen.

Mensen met een chronische ziekte

- Het type chronische ziekte en de aan- of afwezigheid van comorbiditeit is niet van belang voor de mate waarin chronisch zieken psychische morbiditeit ervaren. In grote lijnen geldt dit ook voor het al of niet ervaren van sociaal-maatschappelijke problemen.
- Mensen met een chronische aandoening van het bewegingsapparaat en mensen die aan meer dan één chronische ziekte lijden hebben wel vaker beperkingen in het sociaal functioneren dan andere chronisch zieken.
- Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat problemen op het gebied van werk ervaart is flink gestegen in de periode 1998-2005: van bijna één op de tien mensen in 1998 naar ruim één op de drie mensen in 2005.

Mensen met een lichamelijke beperking

- De aanwezigheid van matige of ernstige lichamelijke beperkingen geeft een grotere kans op psychische morbiditeit en sociaal-maatschappelijke problemen.
- Vooral de combinatie van een motorische en visuele beperking vergroot de kans op psychische morbiditeit; circa tweederde van de groep mensen met zowel een motorische als een visuele beperking ervaart psychische klachten.

3 Medisch en paramedisch zorggebruik

Zoals het vorige hoofdstuk liet zien, kan een chronische ziekte of lichamelijke beperking fysieke problemen met zich meebrengen, en kunnen zich ook psychische en sociaal-maatschappelijke problemen voordoen die kunnen leiden tot een zorgvraag. In dit eerste hoofdstuk over zorggebruik staat de behandeling van ziekte en klachten centraal, oftewel het gebruik van medische en paramedische zorg door mensen met een chronische ziekte of handicap. Aan bod komen: het gebruik van huisartsenzorg, waaronder ook de contacten met een praktijkondersteuner huisarts en huisartsenposten (paragraaf 3.1), het gebruik van ziekenhuiszorg, waarbij ingegaan wordt op poliklinische consulten met medisch specialisten en ziekenhuisopnamen (paragraaf 3.2), het gebruik van geneesmiddelen, zowel met als zonder recept (paragraaf 3.3), waarna het hoofdstuk wordt afgesloten met het gebruik van paramedische zorg, waarbij ingegaan wordt op contacten met fysiotherapeuten en andere paramedici, zoals ergotherapeuten en oefentherapeuten (paragraaf 3.4).

3.1 Huisartsenzorg

Om na te gaan in welke mate mensen met een chronische ziekte of handicap een beroep doen op huisartsenzorg wordt jaarlijks in april aan de panelleden gevraagd hun consulten met huisartsen in het voorafgaande kalenderjaar te rapporteren. In april 1998 zijn dus gegevens verzameld over de contacten met huisartsen in 1997, in april 1999 over 1998, enzovoort. De formulering van de vraag is ontleend aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Behalve naar consulten met de huisarts is gevraagd naar de contacten met een praktijkondersteuner huisarts en de centrale huisartsenpost. Deze vragen zijn in april 2004 en in april 2005 afgenomen.

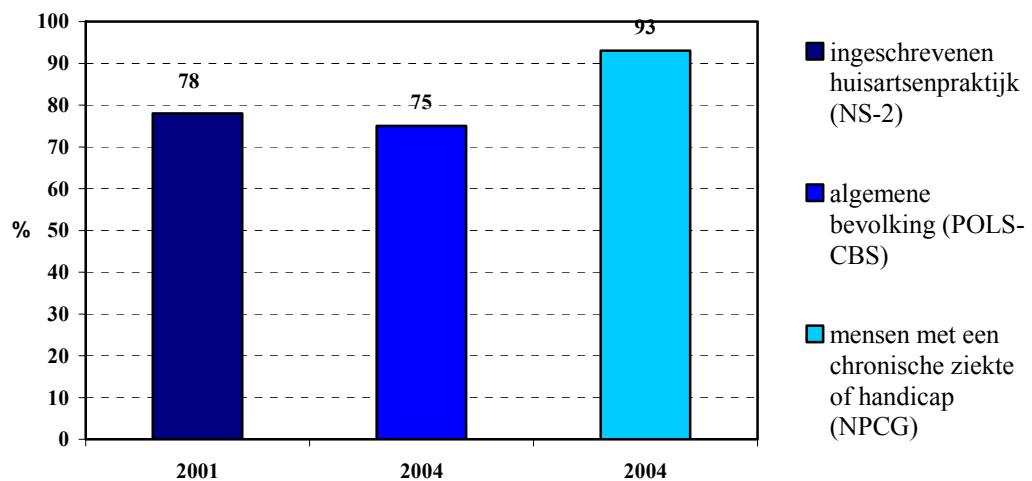
3.1.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

Om het gebruik van huisartsenzorg door mensen met een chronische ziekte of handicap in perspectief te kunnen plaatsen, wordt zo mogelijk een vergelijking gemaakt met gegevens afkomstig van referentiegroepen uit de algemene bevolking. Voor contacten met de huisarts is dat ten eerste een referentiegroep van 8.900 personen van 25 jaar en ouder ingeschreven in de Nederlandse huisartspraktijken. Deze mensen hebben in 2001 deelgenomen aan de patiëntenenquête in het kader van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Schellevis et al., 2000; Van Lindert et al., 2004). De tweede referentiegroep wordt gevormd door een steekproef van mensen van 15 jaar en ouder uit de algemene Nederlandse bevolking die deelnamen aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Dit onderzoek vindt jaarlijks plaats. Ten aanzien van de contacten met een praktijkondersteuner huisarts en de centrale huisartsenpost zijn geen landelijke referentiegegevens beschikbaar.

Contact met de huisarts

Figuur 3.1 laat het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap zien dat in 2004 contact heeft gehad met hun huisarts. Het gaat hierbij om visites, consulten en telefonisch contact met de huisarts, maar niet om contacten vanwege de verlenging van recepten. De figuur laat zien dat vrijwel alle mensen met een chronische ziekte of handicap contact hebben met de huisarts: in 2004 had 93% (95%-BI: 91-95) van de mensen met een chronische ziekte of handicap contact met hun huisarts ten opzichte van 75% van de algemene bevolking (eveneens in de leeftijd van 15 jaar), en 78% in 2001 van de ingeschrevenen in huisartsenpraktijken (25 jaar en ouder).

Figuur 3.1: Contact met de huisarts van mensen met een chronische ziekte of handicap, mensen ingeschreven in huisartspraktijken en mensen uit de algemene bevolking (% per jaar)



Tevens is nagegaan hoe vaak mensen met een chronische ziekte of handicap contact hadden met hun huisarts. Over de totale onderzoeksgroep gerekend, bedroeg het gemiddelde aantal contacten in 2004 5,3 (95-BI: 4,8-5,7). Van uitsluitend degenen die contact hadden met hun huisarts, bedroeg het gemiddelde aantal contacten in 2004 5,7 (95-BI: 5,2-6,2).

Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Gemiddeld rapporteerde één op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 contact te hebben gehad een praktijkondersteuner huisarts (20%, 95-BI: 16-25). Er zijn hierover geen landelijke referentiegegevens beschikbaar. Wel is bekend dat eind 2002 in meer dan een derde van de huisartspraktijken in Nederland een praktijkondersteuner werkzaam was (Lamkaddem et al., 2004). Volgens de meest recente cijfers is dit inmiddels opgelopen tot 70% (Van den Berg & Simkes, 2006). Over het gemiddelde aantal contacten met een praktijkondersteuner huisarts kunnen we helaas niet rapporteren vanwege te weinig ingevulde vragen.

Contact met de centrale huisartsenpost

Sinds januari 2003 is meer dan 90 procent van de huisartsen aangesloten bij een centrale huisartsenpost, waar een klein team van artsen, doktersassistenten en chauffeurs dienst doet. Bijna iedereen die buiten werktijden dringend een huisarts nodig heeft, is dus aangewezen op een centrale huisartsenpost (Verheij, et al., 2005). Gemiddeld rapporteerde 20% (95-BI: 18-23) van de mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 contact te hebben gehad met een centrale huisartsenpost. Over het totale panel bedroeg het gemiddelde aantal contacten 0,5 (95-BI: 0,4-0,7). Van degenen die contact hadden met de centrale huisartsenpost bedroeg het gemiddelde aantal contacten 2,9 (95-BI: 2,4-3,3). In een haalbaarheidsstudie naar een Landelijk informatienetwerk huisartsenposten (LINHAP) (Verheij, et al., 2005) bedroeg het aantal contacten in 2003 in drie steden gemiddeld 0,2-0,3 contacten. Dit aantal is niet zondermeer te vergelijken met de aantallen in het NPCG, maar het geeft een indicatie dat het aantal contacten onder mensen met een chronische ziekte of handicap iets hoger ligt. Zeker wanneer daarbij in acht wordt genomen dat de informatie uit het LINHAP alle leeftijden gold en dat bovendien ruim 20% van de contacten 0-10 jarigen betrof.

3.1.2 Sociaal-demografische kenmerken

Hieronder wordt het gebruik van huisartsenzorg gepresenteerd naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Sekse

Contact met de huisarts

Mannen en vrouwen met een chronische aandoening of handicap verschillen niet voor wat betreft het contact met hun huisarts. Respectievelijk 92% (95-BI: 89-94) en 94% (95-BI: 92-95) rapporteerde in 2004 contact te hebben gehad met de huisarts. Ook het *aantal* contacten verschilt niet. Van degenen die contact hebben gehad met de huisarts, bedroeg het gemiddelde aantal contacten voor mannen 5,5 (95-BI: 4,9-6,0) en voor vrouwen 5,8 (95-BI: 5,3-6,3). In voorgaande metingen onder de leden van het PPCZ werd overigens wel een sekse-effect aangetroffen; het betrof destijds alleen mensen met een chronische ziekte.

Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Ook voor wat betreft het contact met een praktijkondersteuner huisarts zijn er geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Van de mannen zegt 21% (95-BI: 16-26) in 2004 contact te hebben gehad met een praktijkondersteuner huisarts, van de vrouwen is dat 19% (95-BI: 15-24).

Contact met de centrale huisartsenpost

Het contact met de centrale huisartsenpost vormt hierop geen uitzondering: mannen en vrouwen met een chronische aandoening of handicap maken evenveel gebruik van deze zorgvoorziening. Over 2004 bedroeg het percentage mannen en vrouwen dat contact had met een huisartsenpost respectievelijk 22% (95-BI: 19-25) en 20% (95-BI: 17-22). Ook in het *aantal* contacten verschillen mannen en vrouwen niet van elkaar, met respectievelijk gemiddeld 3,1 (95-BI: 2,5-3,8) en 2,7 (95-BI: 2,2-3,2) contacten.

Leeftijd

Contact met de huisarts

Jongere en oudere mensen met een chronische ziekte of handicap bezochten in 2004 even vaak hun huisarts. Het percentage mensen dat contact had met de huisarts is wel wat hoger in de oudere leeftijdsgroepen, maar deze verschillen zijn niet significant (zie figuur 3.2). In de leeftijdsgroep van 15-40 jaar bezocht 91% (95-BI: 86-95) van de mensen met een chronische ziekte of handicap hun huisarts, in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder was dat 94% (95-BI: 91-96). De gemiddelde *aantallen* contacten met de huisarts daarentegen lijken minder frequent te zijn naarmate de leeftijd oploopt, maar deze verschillen zijn eveneens niet significant. Van uitsluitend degenen die contact hadden met de huisarts is dat gemiddeld 6,1 keer (95-BI: 5,3-6,9) bij mensen van 15 tot 40 jaar, 5,9 keer (95-BI: 5,3-6,4) bij mensen van 40 tot 65 jaar, ook gemiddeld 5,9 keer (95-BI: 5,0-6,2) bij mensen van 65 tot 75 jaar en 5,3 keer (95-BI: 4,7-6,0) bij mensen van 75 jaar of ouder.

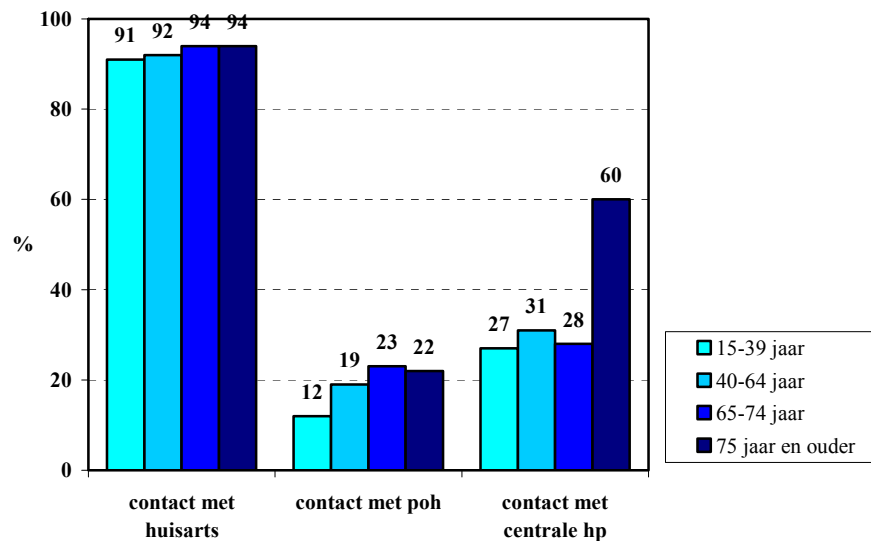
Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Mensen met een chronische ziekte of handicap ouder van 40 jaar of ouder blijken vaker contact te hebben met een praktijkondersteuner huisarts dan degenen jonger dan 40 jaar. Van de mensen met een chronische aandoening of handicap in de leeftijdsgroepen 40 tot 65 jaar, van 65 tot 75 jaar en van 75 of ouder rapporteerde respectievelijk 19% (95-BI: 15-23), 23% (95-BI: 18-30) en 22% (95-BI: 17-28) contact te hebben gehad met een praktijkondersteuner huisarts (zie figuur 3.2). Dit in vergelijking met 12% (95-BI: 8-18) in de leeftijd van 15 tot 40 jaar.

Contact met de centrale huisartsenpost

Ook het contact met de huisartsenpost blijkt gerelateerd te zijn aan leeftijd. In de leeftijdsgroepen van 40 tot 65 jaar en van 65 tot 75 jaar rapporteerde respectievelijk 31% (95-BI: 9-52) en 28% (95-BI: 3-54) contact te hebben gehad met de huisartsenpost (zie figuur 3.2). Dit is hoger dan in de jongste leeftijdsgroep (27%, 95-BI: 0-69). In de oudste leeftijdsgroep, van 75 jaar en ouder rapporteerde gemiddeld 60% (95-BI: 29-91) contact te hebben gehad met de huisartsenpost. Door de brede betrouwbaarheidsintervallen verschilt dit niet van de andere groepen. Overigens is in de eerdere meting in 2004 (dat betreft dus het gebruik van zorg in het jaar 2003) geen leeftijdseffect aangetroffen voor wat betreft het gebruik van de centrale huisartsenpost. Het *aantal* contacten van de mensen die contact hebben gehad met de centrale huisartsenpost hangt niet samen met leeftijd. Het gemiddelde aantal contacten varieerde van 2,6 (95-BI: 1,8-3,3) in de leeftijdsgroep van 65 tot 75 jaar tot 3,0 (95-BI: 2,5-3,6) in de leeftijdsgroep van 40 tot 65 jaar.

Figuur 3.2: Contact met de huisarts, de praktijkondersteuner huisarts (poh) en de centrale huisartsenpost (hp) van mensen met een chronische ziekte of handicap (% in 2004), naar leeftijd



Opleidingsniveau

Contact met de huisarts

Het contact met de huisarts verschilt niet naar opleidingsniveau van mensen met een chronische ziekte of handicap. Ook het aantal contacten blijkt niet gerelateerd te zijn aan het opleidingsniveau.

Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Het opleidingsniveau blijkt eveneens geen verband te houden voor het contact met een praktijkondersteuner huisarts.

Contact met de centrale huisartsenpost

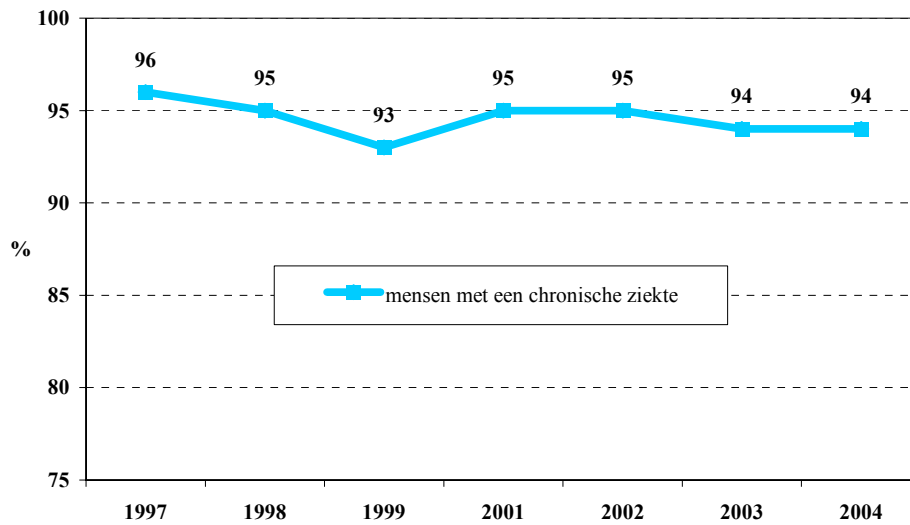
Het contact met de centrale huisartsenpost vormt hierop geen uitzondering: het opleidingsniveau van mensen met een chronische ziekte of handicap is niet bepalend voor het contact met de centrale huisartsenpost.

3.1.3 Mensen met een chronische ziekte

Contact met de huisarts

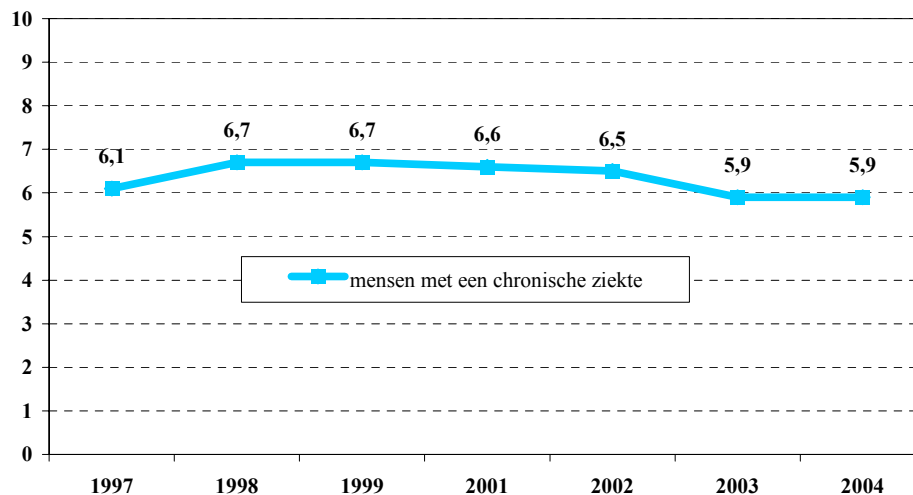
Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 94% (95-BI: 93-95) in 2004 contact te hebben gehad met de huisarts. Dit percentage is over de jaren heen vrijwel stabiel (figuur 3.3).

Figuur 3.3: Contact met de huisarts van mensen met een chronische ziekte over de periode 1998-2004 (% per jaar)



Figuur 3.4 daarentegen laat zien dat het *aantal* contacten eerst een stijging vertoonde tot 1999, waarna het daalde tot 2004 [kwadratische trend]. Het betreffen uitsluitend de aantallen contacten van mensen met een chronische ziekte die in dat jaar contact hadden met hun huisarts.

Figuur 3.4: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts van mensen met een chronische ziekte over de periode 1998-2004



Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 20% (95-BI: 17-24) in 2004 contact te hebben gehad met een praktijkondersteuner huisarts. In de eerdere meting (over 2003) lag dit percentage met 4% (95-BI: 2-6) beduidend lager. Dit grote verschil wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door een andere vraagstelling.

Contact met de centrale huisartsenpost

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde ook 20% (95-BI: 18-21) in 2004 contact te hebben gehad met een centrale huisartsenpost. In de voorgaande meting (dus over het jaar 2003) was dat 17% (95-BI: 14-21). Deze toename is niet significant. Ook voor wat betreft het aantal contacten zijn er tussen beide metingen geen verschillen: in 2004 bedroeg het aantal contacten voor uitsluitend degenen met contact met de huisartsenpost 2,3 (95-BI: 1,4-3,1), in 2003 was dat 2,6 (95-BI: 2,3-3,0).

Aard van de chronische ziekte

Contact met de huisarts

Mensen met verschillende soorten ziekten verschillen niet in het gebruik van de huisarts. Dit geldt voor zowel het deel van de mensen dat contact heeft met de huisarts als het *aantal* contacten dat men heeft. In 2004 varieerde het percentage mensen met een chronische ziekte dat contact had met de huisarts van 91% (95-BI: 84-95) van mensen met kanker tot 97% (95-BI: 95-98) van mensen met astma of COPD. Het *aantal* contacten dat zij rapporteerden bedroeg respectievelijk gemiddeld 6,1 (95-BI: 5,1-7,2) en 6,2 (95-BI: 5,7-6,8). Ook in de andere diagnosegroepen schommelde dit gemiddelde rond de 6 keer in 2004. Over de periode 1997-2004 zijn er geen afzonderlijke trends zichtbaar voor de verschillende soorten chronische ziekten. Dit betekent dat de ontwikkelingen over de tijd voor de verschillende typen ziekten niet afwijken van het totale beeld.

Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Mensen met diabetes blijken vaker contact te hebben met een praktijkondersteuner huisarts dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten. Ook uit onderzoek naar het takenpakket van praktijkondersteuners bleek dat de diabetescontroles voor een aanzienlijk deel (37%) worden overgenomen van huisartsen door praktijkondersteuners (Lamkaddem et al., 2004). Van de mensen met diabetes rapporteerde 43% (95-BI: 35-50) in 2004 contact te hebben gehad met dergelijke praktijkondersteuning.

Praktijkondersteuners huisartsen richten zich verder met name op chronisch zieken met hart- en vaatziekten en astma of COPD. Dit blijkt ook uit onze contactpercentages: van de mensen met hart- en vaatziekten had in 2004 20% (95-BI: 15-26) contact met een praktijkondersteuner, van de mensen met astma of COPD was dat 23% (95-BI: 18-30). De contactpercentages van de overige diagnosegroepen varieerden van 15% tot 18%.

Contact met de centrale huisartsenpost

De aard van de chronische ziekte blijkt niet gerelateerd te zijn aan het contact met de centrale huisartsenpost, zowel voor wat betreft het contact zelf als het *aantal* contacten. De percentages varieerden in 2004 van 17% (95-BI: 14-21) in de groep mensen met hart- en vaatziekten tot 24% (95-BI: 20-29) in de groep mensen met astma of COPD (95-BI: 14-21). Het *aantal* contacten van degenen met contact met de centrale huisartsenpost

bedroeg respectievelijk 3,1 (95-BI: 2,2-4,0) en 3,2 (95-BI: 2,3-4,0). Ten opzichte van de vorige meting over het jaar 2003 is geen verandering zichtbaar.

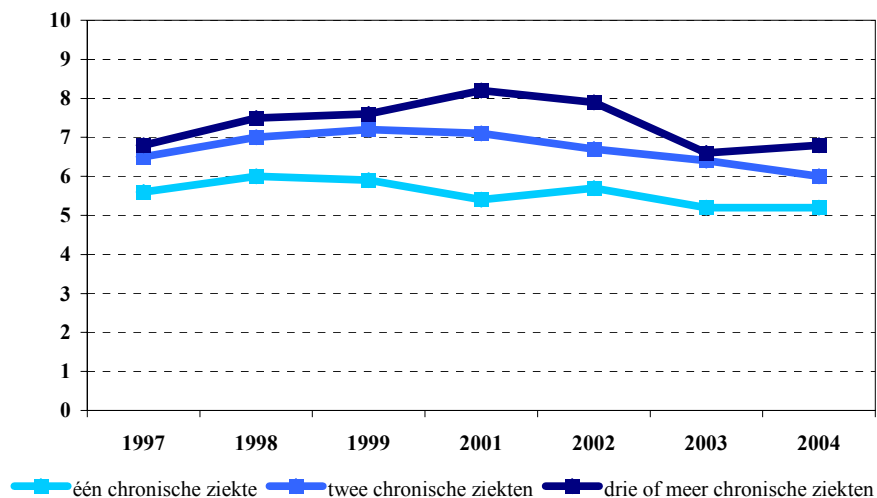
Comorbiditeit

Contact met de huisarts

Het aantal chronische ziekten blijkt meer bepalend te zijn voor de mate van contact met de huisarts dan de aard van de ziekte. Over 2004 rapporteerden relatief meer mensen met twee chronische ziekten contact te hebben gehad met hun huisarts (96%, 95-BI: 94-97) dan mensen met één chronische ziekte (92%, 95-BI: 90-94). Van de mensen met drie of meer chronische ziekten rapporteerde eveneens 96% (95-BI: 93-98) contact te hebben gehad met de huisarts in 2004. Dit effect is niet in alle voorgaande metingen aangetroffen, zodat hier vooral nog niet teveel nadruk op moet worden gelegd.

Een duidelijker verschil is te zien in het *aantal* contacten met de huisarts, waarbij zowel mensen met twee chronische ziekten als mensen met drie of meer chronische ziekten een intensiever contact rapporteerden dan mensen met één chronische ziekte. Over het jaar 2004 bedroegen de gemiddelde contacten in de afzonderlijke groepen, oplopend naar aantal chronische ziekten: 5,5 (95-BI: 4,9-5,5) bij mensen met één chronische ziekte, 6,0 (95-BI: 5,6-6,5) bij mensen met twee chronische ziekten en 6,8 (95-BI: 6,2-7,5) bij mensen met drie of meer chronische ziekten. Deze verschillen waren ook in de voorgaande metingen zichtbaar zodat gesteld kan worden dat naarmate mensen meer chronische ziekten hebben, men qua frequentie een intensiever contact heeft met de huisarts. Figuur 3.5 illustreert dit beeld. In de figuur is dezelfde kwadratische trend zichtbaar die eerder over de totale groep van chronisch zieken was geconstateerd. Deze ontwikkeling is significant voor mensen met twee chronische ziekten en mensen met drie of meer chronische ziekten, hetgeen betekent dat het hebben van meer dan één chronische ziekte een extra effect heeft gehad op het aantal contacten met de huisarts, bovenop het gemiddelde trendeffect van de totale groep van chronisch zieken.

Figuur 3.5: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts van mensen met een chronische ziekte, naar aantal chronische ziekten, over de periode 1998-2004



Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Het contact met de praktijkondersteuner huisarts is niet gerelateerd aan comorbiditeit. Van de mensen met één chronische ziekte gaf 18% (95-BI: 14-22) aan in 2004 contact met een praktijkondersteuner gehad te hebben. Van de mensen met twee chronische ziekten of drie of meer was dat respectievelijk 23% (95-BI: 18-28) en 22% (95-BI: 16-28).

Contact met de centrale huisartsenpost

Het aantal chronische ziekten blijkt eveneens niet bepalend te zijn voor het contact met de centrale huisartsenpost. De contactpercentages met een huisartsenpost door mensen met een chronische ziekte lopen wel iets op naarmate men meer chronische ziekten heeft, maar dit is niet significant: 18% (95-BI: 16-20), 21% (95-BI: 18-24) en 22% (95-BI: 18-27) in 2004. Ten opzichte van 2003 is hierin geen verandering te zien. Hetzelfde geldt voor het *aantal* contacten van chronisch zieken die contact hadden met een centrale huisartsenpost. Dit zijn de gemiddelde aantallen over het jaar 2004 voor de onderscheiden groepen, oplopend naar aantal chronische ziekten: 2,7 (95-BI: 2,2-3,2), 2,5 (95-BI: 1,9-3,2) en 2,6 (95-BI: 1,8-3,4).

3.1.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Contact met de huisarts

Van de mensen met lichamelijke beperkingen rapporteerde bijna iedereen in 2004 contact te hebben gehad met de huisarts. Het percentage bedroeg 94% (95-BI: 92-96). Het gemiddelde *aantal* contacten bedroeg voor de totale groep 5,9 (95-BI: 5,4-6,4), voor alleen degenen die contact hadden gehad was dat aantal gemiddeld 6,4 (95-BI: 5,9-6,9).

Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Bijna een kwart van de mensen met een handicap gaf aan in 2004 contact te hebben gehad met een praktijkondersteuner huisarts (23%, 95-BI: 18-29).

Contact met de centrale huisartsenpost

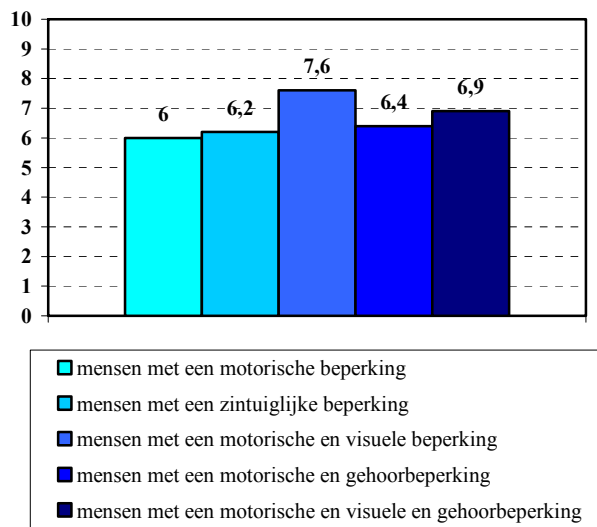
Eveneens een kwart van de mensen met lichamelijke beperkingen gaf aan in 2004 contact te hebben gehad met een centrale huisartsenpost (25%, 95-BI: 22-27). Het gemiddelde *aantal* contacten voor alleen degenen die contact hadden met een centrale huisartsenpost bedroeg 2,9 (95-BI: 2,4-3,3).

Aard van de beperking

Contact met de huisarts

Mensen met verschillende typen lichamelijke beperkingen bezoeken in dezelfde mate de huisarts. Tenminste wanneer het gaat om het deel van de mensen dat de huisarts bezoekt. Het *aantal* contacten met de huisarts blijkt wel verband te houden met de aard van de beperking: mensen met motorische beperkingen in combinatie met visuele beperkingen blijken qua frequentie een intensiever contact met de huisarts te hebben dan mensen met enkel een motorische beperking: respectievelijk 7,6 (95-BI: 6,7-8,5) en 6,0 (95-BI: 5,5-6,6). Deze cijfers hebben betrekking op degenen die in 2004 contact met de huisarts hadden. Figuur 3.6 laat het gemiddelde aantal contacten zien voor degenen die in 2004 contact hebben gehad met de huisarts.

Figuur 3.6: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts van mensen met een lichamelijke beperking naar aard van de beperking



Contact met een praktijkondersteuner huisarts

Evenals voor het contact met de huisarts is de aard van de beperking ook niet bepalend voor het contact met de praktijkondersteuner huisarts. Het gebruik van deze vorm van praktijkondersteuning varieert van 21% (95-BI: 16-26) van mensen met motorische beperkingen tot 31% (95-BI: 19-48) van mensen met motorische beperkingen én visuele en gehoorbeperkingen. Deze verschillen zijn evenwel niet statistisch significant.

Contact met de centrale huisartsenpost

Onderscheid naar de aard van de lichamelijke beperking laat geen verschillen zien voor wat betreft het contact met de centrale huisartsenpost in 2004. Ook het *aantal* keer dat men contact had met de centrale huisartsenpost blijkt niet samen te hangen met de aard van de beperking.

Ernst van de beperking

Contact met de huisarts

Onderscheid naar de ernst van de beperking laat geen verschillen zien voor zowel het percentage mensen dat gebruik maakt van de huisarts (figuur 3.7), als het gemiddelde *aantal* contacten met de huisarts. Het percentage mensen met een matige lichamelijke beperking dat in 2004 contact had met de huisarts is 94% (95-BI: 91-96). Van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking is dat 95% (95-BI: 92-97). Het gemiddelde aantal contacten voor uitsluitend degenen met contact met de huisarts bedroeg respectievelijk: 6,1 (95-BI: 5,5-6,6) en 6,8 (95-BI: 6,2-7,4). Deze verschillen zijn dus niet statistisch significant.

Contact met een praktijkondersteuner huisarts

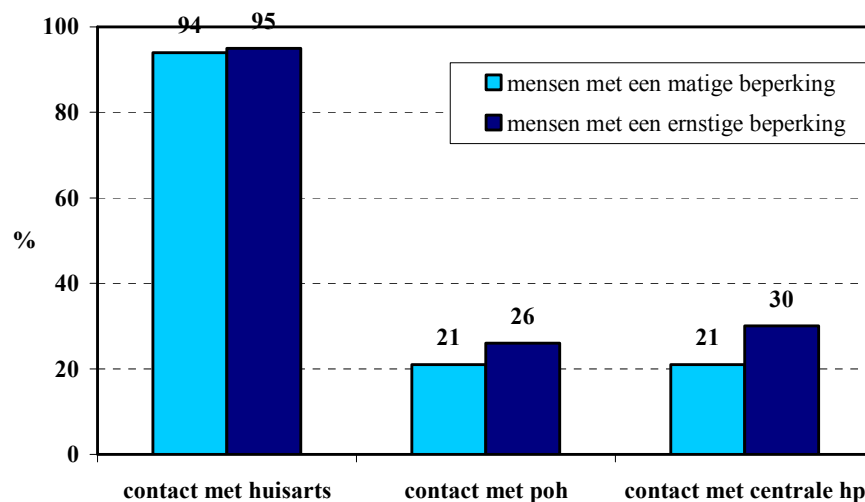
Het hebben van een matige of een ernstige beperking blijkt ook niet bepalend te zijn voor het gebruik van praktijkondersteuning (figuur 3.7): van de mensen met een matige

lichamelijke beperking rapporteerde 21% (95-BI: 16-27) in 2004 contact te hebben gehad met een praktijkondersteuner huisarts, van de mensen met een ernstige beperking was dat 26% (95-BI: 20-33).

Contact met de centrale huisartsenpost

Onderscheid naar de ernst van de lichamelijke beperking laat wel een verschil zien voor het contact met de centrale huisartsenpost. Zowel voor wat betreft het percentage gehandicapten dat rapporteerde gebruik te maken van de centrale huisartsenpost (zie figuur 3.7) als het gemiddelde *aantal* keren contact: van de mensen met een matige lichamelijke beperking rapporteerde 21% (95-BI: 19-24) contact te hebben gehad met een centrale huisartsenpost, en dat gemiddeld 2,4 keer (95-BI: 1,6-3,0); van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking was dat 30% (95-BI: 26-35), en gemiddeld 3,6 keer (95-BI: 3,0-4,2).

Figuur 3.7: Contact (%) met de huisarts, de praktijkondersteuner huisarts (poh) en de centrale huisartsenpost (hp) van mensen met lichamelijke beperkingen, naar ernst van de beperking



3.1.5 Conclusie

- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had ruim 90% contact met de huisarts in 2004, ten opzichte van ongeveer 75% in de algemene bevolking.
- Gemiddeld rapporteerde 20% van de mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 contact te hebben gehad een praktijkondersteuner huisarts.
- Ook rapporteerde gemiddeld 20% van de mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 contact te hebben gehad met een centrale huisartsenpost.
- Sekse en opleidingsniveau zijn niet gerelateerd aan het contact met huisartsen, praktijkondersteuners huisarts of huisartsenposten.

- Ook leeftijd is niet gerelateerd aan het contact met de huisarts. Wel hebben relatief meer mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 40 jaar of ouder contact met de praktijkondersteuner huisarts dan degenen jonger dan 40 jaar. Ook bij het contact met de huisartsenpost lijkt er sprake te zijn van een dergelijk leeftijdseffect, maar door erg brede betrouwbaarheidsintervallen is dat vooralsnog een zwak verband.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde ruim 90% in 2004 contact te hebben gehad met de huisarts. Dit percentage is vrijwel stabiel in de periode 1997-2004.
- Het gemiddelde *aantal* contacten met de huisarts fluctueert wel in deze periode met eerst een stijging tot 1999, waarna het weer daalde tot 2004.
- Van de mensen met een chronische ziekte had in 2004 20% contact met een praktijkondersteuner huisarts. Ook had 20% contact met een centrale huisartsenpost.
- Het type chronische ziekte hangt niet samen met het contact met de huisarts en met de centrale huisartsenpost.
- Mensen met diabetes hebben vaker contact met een praktijkondersteuner huisarts dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (ruim 40% tegen ongeveer 20%). Uit ander onderzoek komt naar voren dat praktijkondersteuners huisartsen zich met name richten op mensen met diabetes, hart- en vaatziekten en astma of COPD. Van de mensen met astma of COPD had ruim 20% in 2004 contact met een praktijkondersteuner huisarts.
- Comorbiditeit hangt niet samen met het contact met de praktijkondersteuner huisarts of de centrale huisartsenpost.
- Comorbiditeit is wel gerelateerd aan het contact met de huisarts: over 2004 rapporteerden relatief meer mensen met twee chronische ziekten contact te hebben gehad met hun huisarts dan mensen met één chronische ziekte. Een duidelijker verschil is te zien in het *aantal* contacten met de huisarts, waarbij mensen met twee chronische ziekten of meer hun huisarts frequenter zien dan mensen met één chronische ziekte.
- Het hebben van meer dan één chronische ziekte heeft in de periode 1997-2004 een extra effect gehad op het *aantal* contacten met de huisarts, in dezelfde richting maar bovenop het gemiddelde trendeffect van de totale groep van chronisch zieken.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde eveneens ruim 90% in 2004 contact te hebben gehad met hun huisarts.
- Bijna een kwart van de mensen met een lichamelijke beperking had in 2004 20% contact met een praktijkondersteuner huisarts. Ook had een kwart contact met een centrale huisartsenpost.

- Mensen met verschillende typen lichamelijke beperkingen bezoeken in dezelfde mate de huisarts. Tenminste wanneer het gaat om het deel van de mensen dat de huisarts bezoekt. Het *aantal* contacten met de huisarts hangt wel samen met de aard van de beperking: mensen met motorische beperkingen in combinatie met visuele beperkingen blijken qua frequentie een intensiever contact met de huisarts te hebben dan mensen met enkel een motorische beperking.
- De aard van de beperking is niet bepalend voor het contact met de praktijkondersteuner huisarts en de centrale huisartsenpost.
- Het contact met de huisarts en de praktijkondersteuner huisarts is niet gerelateerd aan de ernst van de beperking.
- Het contact met de centrale huisartsenpost hangt wel samen met de ernst van de beperking: relatief meer mensen met een ernstige lichamelijke beperking hebben contact met de centrale huisartsenpost dan mensen met een matige lichamelijke beperking. Dit verschil geldt ook voor het gemiddelde *aantal* contacten met de huisartsenpost.

3.2 Ziekenhuiszorg

Om na te gaan in welke mate mensen met een chronische ziekte of handicap een beroep doen op ziekenhuiszorg wordt jaarlijks in april aan de panelleden gevraagd hun poliklinische consulten met medisch specialisten en ziekenhuisopnamen in het voorafgaande kalenderjaar te rapporteren. Het gaat hierbij om contacten met alle medisch specialisten behalve de psychiater en specialistenhulp tijdens een ziekenhuisopname. In april 1998 zijn dus gegevens verzameld over het jaar 1997, in april 1999 over 1998, enzovoort. De formulering van de vragen is ontleend aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS.

3.2.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

Referentiegegevens voor het contact met de medisch specialist en ziekenhuisopnamen zijn afkomstig van een steekproef van mensen van 15 jaar en ouder uit de algemene Nederlandse bevolking die deelnamen aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS.

Poliklinische consulten

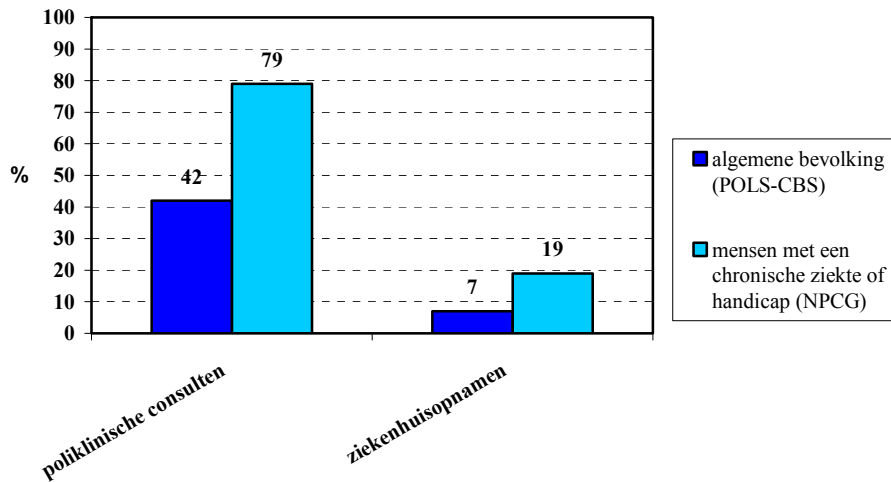
Figuur 3.9 laat zien dat bijna vier op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 poliklinisch contact had met een medisch specialist (79%, 95-BI: 75-82). Dit is bijna twee maal zoveel als de mensen uit de algemene bevolking waarvan ruim twee op de vijf mensen in 2004 rapporteerden poliklinisch contact te hebben gehad met een medisch specialist. Het gemiddelde aantal poliklinische consulten van mensen met een chronische ziekte of handicap bedroeg 4,6 (95-BI: 4,2-5,0). Van degenen die contact hadden gehad met een specialist bedroeg het gemiddelde aantal 5,9 (95-BI: 5,6-6,3).

Ziekenhuisopnamen

Eveneens in figuur 3.9 is het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap weergegeven dat rapporteerde in 2004 tenminste één nacht in het ziekenhuis opgenomen

te zijn geweest. Bijna één op de vijf gaf aan opgenomen te zijn geweest in het ziekenhuis (19%, BI:16-22). Dit is bijna drie maal zoveel in vergelijking met de algemene bevolking (7%).

Figuur 3.9: Contact met de medisch specialist en ziekenhuisopnamen van mensen met een chronische ziekte of handicap en mensen uit de algemene bevolking (% per jaar)



3.2.2 Sociaal-demografische kenmerken

In deze paragraaf wordt het gebruik van ziekenhuiszorg gepresenteerd naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Sekse

Poliklinische consulten

Mannen en vrouwen met een chronische aandoening of handicap maken evenveel gebruik van poliklinische consulten. Van de mannen rapporteerde 80% (95-BI: 76-84) in 2004 contact te hebben gehad met een medisch specialist, van de vrouwen was dat 78% (95-BI: 73-82). Van uitsluitend degenen die contact hadden, bedroeg het gemiddelde aantal contacten voor mannen 5,6 (95-BI: 5,1-6,1) en voor vrouwen 6,1 (95-BI: 5,7-6,5).

Ziekenhuisopnamen

Mannen en vrouwen met een chronische aandoening of handicap verschillen ook niet voor wat betreft opnames in het ziekenhuis. Van de mannen rapporteerde 20% (95-BI: 17-24) één nacht of langer in 2004 opgenomen te zijn geweest, van de vrouwen was dat 18% (95-BI: 15-21).

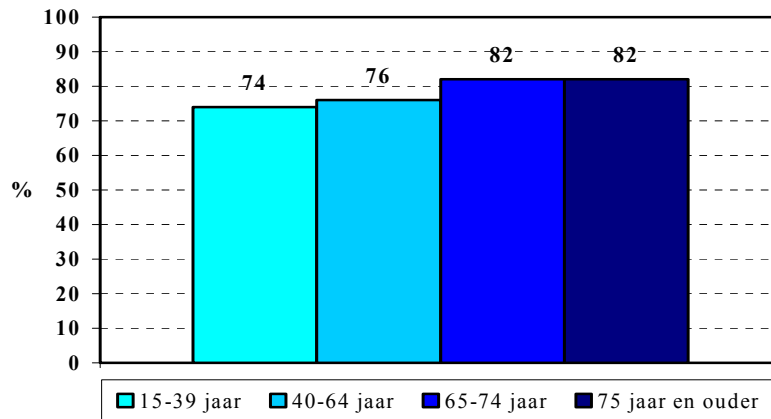
Ook in de eerdere metingen van het panel (alleen mensen met een chronische ziekte) bleek sekse niet samen te hangen met het gebruik van ziekenhuiszorg.

Leeftijd

Poliklinische consulten

Oudere mensen met een chronische ziekte of handicap (65-plussers) hadden in 2004 vaker een poliklinisch consult bij een medisch specialist dan degenen jonger dan 65 jaar. Figuur 3.10 laat de percentages zien voor de vier onderscheiden leeftijdsgroepen.

Figuur 3.10: Poliklinisch contact met de medisch specialist van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004, naar leeftijd (%)



Qua frequentie laten oudere mensen met een chronische ziekte of handicap juist een minder intensief contact zien: ten opzichte van de jongste leeftijdsgroep (15-39 jaar) hebben 75-plussers gemiddeld minder vaak contact met een medisch specialist, respectievelijk 6,6 (95-BI: 15-21) en 5,1 (4,5-6,8). Deze bevinding zien we echter niet terug in voorgaande metingen, zodat hier niet teveel aandacht naar moet uitgaan.

Ziekenhuisopnamen

Leeftijd blijkt niet samen te hangen met ziekenhuisopnames. Het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap dat rapporteerde in 2004 tenminste één nacht opgenomen te zijn geweest in een ziekenhuis varieerde van 18% (95-BI: 13-24) in de jongste leeftijdsgroep (15-39 jaar) tot 21% (95-BI: 17-26) in de groep met 75-plussers.

Opleidingsniveau

Poliklinische consulten

Het gebruik van poliklinische consulten verschilt niet naar opleidingsniveau. Het percentage mensen dat in 2004 contact had met de medisch specialist varieerde van 75% van de mensen zonder een opleiding of alleen een basisopleiding (95-BI: 68-80) tot 83% van de mensen met een chronische ziekte of handicap met MAVO als hoogste afgeronde opleiding (95-BI: 78-87). Deze percentages verschillen overigens wel van elkaar, maar dit werd niet in eerdere metingen onder de leden van het PPCZ aangetroffen. Qua contactfrequentie waren er ook geen verschillen. Van de mensen die in 2004 contact hadden met een medisch specialist bedroeg het gemiddelde aantal contacten in de bovengenoemde groepen bijvoorbeeld 5,7 (95-BI: 5,0-6,4) en 5,8 (95-BI: 5,2-6,5).

Ziekenhuisopnamen

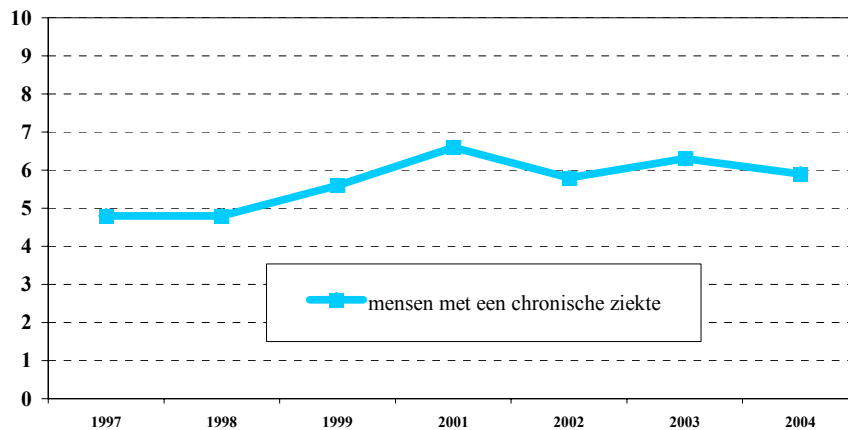
Het opleidingsniveau is ook niet bepalend voor wat betreft ziekenhuisopnamen. De percentages variëren van 15% (95-BI: 10-21) van de mensen met een hogere opleiding (95-BI: 17-37) van de mensen met een academische opleiding.

3.2.3 Mensen met een chronische ziekte

Poliklinische consulten

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 82% (95-BI: 79-84) in 2004 contact te hebben gehad met een medisch specialist. Dit percentage is over de jaren heen vrij stabiel. Figuur 3.11 daarentegen laat zien dat het *aantal* contacten licht gestegen is in de periode 1997-2004 [lineaire trend]. In 2001 werd het hoogste gemiddelde aantal poliklinische contacten gerapporteerd (6,6, 95-BI: 6,1-7,0).

Figuur 3.11: Gemiddeld aantal contacten met de medisch specialist van mensen met een chronische ziekte over de periode 1997-2004



Ziekenhuisopnamen

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 18% (95-BI: 16-20) in 2004 in een ziekenhuis opgenomen te zijn geweest. Dit percentage is niet aan verandering onderhevig geweest in de periode 1997-2004.

Aard van de chronische ziekte

Poliklinische consulten

Mensen met kanker of diabetes blijken vaker gebruik te maken van poliklinische consulten in vergelijking met de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten. Over 2004 rapporteerde respectievelijk 94% van de mensen met kanker (95-BI: 84-95) en 87% van de mensen met diabetes (95-BI: 84-91) contact te hebben gehad met een medisch specialist op de polikliniek, tegen 81% van de mensen met hart- en vaatziekten (95-BI: 76-85).

Het type ziekte maakt niet uit voor wat betreft het gemiddelde aantal contacten dat heeft plaatsgevonden. Over de periode 1997 tot 2004 zijn de gemiddelde aantallen ook

constant, terwijl het percentage chronisch zieken in enkele diagnosegroepen een enigszins instabiel beeld laat zien [polynomiale trend, 4e orde].

Ziekenhuisopnamen

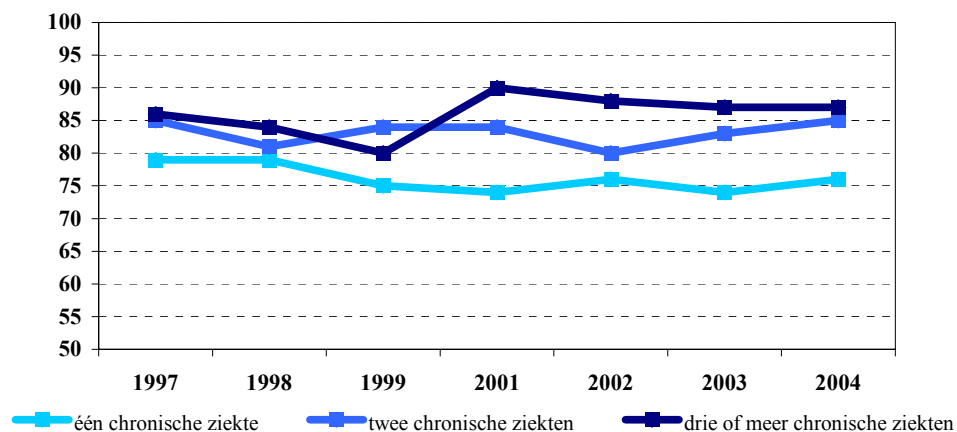
Het type aandoening blijkt niet bepalend te zijn voor opname in het ziekenhuis; tussen de onderscheiden diagnosegroepen zijn geen verschillen aangetroffen. Het percentage mensen met een chronische ziekte dat rapporteerde in 2004 in een ziekenhuis opgenomen te zijn geweest varieerde van 14% (95-BI: 11-19) van de mensen met diabetes tot 24% (95-BI: 16-34) van de mensen met kanker. Voor de verschillende diagnosegroepen is dit percentage over de jaren heen bovendien stabiel. Alleen van de mensen met astma of COPD bleken de percentages ziekenhuisopnamen te fluctueren [kwadratische trend], met een afname in de periode 1997-2003 (van 22% naar 13%) en een toename tussen 2002 en 2004 (van 13% naar 18%).

Comorbiditeit

Poliklinische consulten

Het aantal chronische ziekten blijkt meer bepalend te zijn voor het gebruik van ziekenhuiszorg. In 2004 rapporteerden relatief meer mensen met twee chronische ziekten contact te hebben gehad met de medisch specialist (85%, 95-BI: 82-88) dan mensen met één chronische ziekte (76%, 95-BI: 73-79). Dit geldt ook voor mensen met drie of meer chronische ziekten (87%, 95-BI: 83-90). Deze verschillen zijn ook in de eerdere metingen aangetroffen, zodat gesteld kan worden dat het hebben van meer dan één chronische ziekte meer poliklinische consulten tot gevolg heeft. Figuur 3.12 laat zien dat er voor de mensen met één chronische ziekte sprake is geweest van een lichte daling [lineaire trend]: van 79% (95-BI: 76-82) in 1997 naar 76% (95-BI: 73-79) in 2004. De andere twee onderscheiden groepen van mensen met twee of meer chronische ziekten wijken wat de ontwikkelingen in de tijd betreffen niet af van het algemene beeld van chronisch zieken; hun contacten met de medisch specialist is stabiel te noemen in de periode 1997-2004.

Figuur 3.12: Poliklinisch contact met de medisch specialist van mensen met een chronische ziekte over de periode 1997-2004, naar aantal chronische ziekten (%).



Comorbiditeit hangt ook samen met het aantal poliklinische contacten: mensen met drie of meer chronische ziekten bezoeken met gemiddeld 6,8 contacten (95-BI: 6,1-7,4) vaker de polikliniek voor een medisch consult dan mensen met één chronische ziekte (gemiddeld 5,4, 95-BI: 5,1-5,8).

Was er in de periode 1997-2004 over het algemeen een lichte stijging zichtbaar voor chronisch zieken (figuur 3.11), bij mensen met twee chronische ziekten is het beeld met meer fluctuatie afwijkend van aard: met een stijging tussen 1997 en 2001 (van gemiddeld 4,7 naar 6,9 contacten), en daarna weer een daling tot 2004 (naar gemiddeld 6,1 contacten) [kwadratische trend].

Ziekenhuisopnamen

Mensen met twee of meer chronische ziekten hebben vaker te maken met een ziekenhuisopname dan mensen met één chronische ziekte. Van zowel de mensen met twee chronische ziekten als de mensen met drie of meer rapporteerde 21% in 2004 tenminste een nacht in het ziekenhuis opgenomen te zijn geweest (95-BI: 17-25 en 17-26 respectievelijk). Van de mensen met één chronische ziekte was dat 'slechts' 15% (95-BI: 13-17). In vergelijking met de algemene bevolking (7%) is dat echter nog steeds twee keer zoveel.

3.2.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Poliklinische consulten

Van de mensen met lichamelijke beperkingen rapporteerde 84% (95-BI: 81-88) in 2004 een poliklinisch consult te hebben gehad bij een medisch specialist. Het gemiddelde aantal contacten bedroeg voor uitsluitend degenen die contact hadden met een medisch specialist 6,7 (95-BI: 6,5-7,2).

Ziekenhuisopnamen

Een kwart van de gehandicapten gaf aan in 2004 tenminste één nacht in het ziekenhuis opgenomen te zijn geweest (95-BI: 21-29).

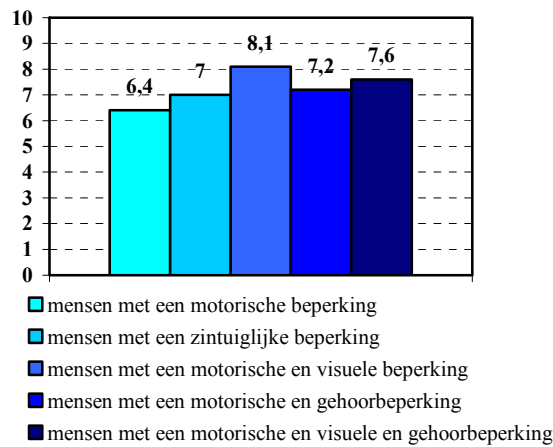
Aard van de beperking

Poliklinische consulten

Mensen met verschillende typen lichamelijke beperkingen rapporteren evenveel poliklinische consulten met de medisch specialist. Het percentage gehandicapten varieert wel van 82% van de mensen met motorische beperkingen en mensen met een gecombineerde motorische en visuele zichtbeperking (95-BI: 78-86 en 74-89 respectievelijk) tot 95% (95-BI: 84-99) van de mensen met een motorische beperking gecombineerd met een visuele en een gehoorbeperking.

In het aantal contacten blijken gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een visuele beperking echter vaker de polikliniek te bezoeken dan mensen met enkel een motorische beperking. Zoals figuur 3.13 laat zien zijn deze gemiddelde aantallen zijn respectievelijk: 8,1 (95-BI: 7,1-9,1) en 6,4 (95-BI: 6,0-6,8).

Figuur 3.13: Gemiddeld aantal poliklinische contacten met een medisch specialist in 2004 van mensen met een lichamelijke beperking, naar aard van de beperking



Ziekenhuisopnamen

Het type lichamelijke beperking maakt niet uit voor wat betreft opname in het ziekenhuis. Het percentage gehandicapten dat een ziekenhuisopname rapporteerde varieerde van 23% (95-BI: 20-27) van de mensen met motorische beperkingen tot 29% (95-BI: 17-44) van de mensen met een motorische beperking gecombineerd met een visuele en een gehoorbeperking.

Ernst van de beperking

Poliklinische consulten

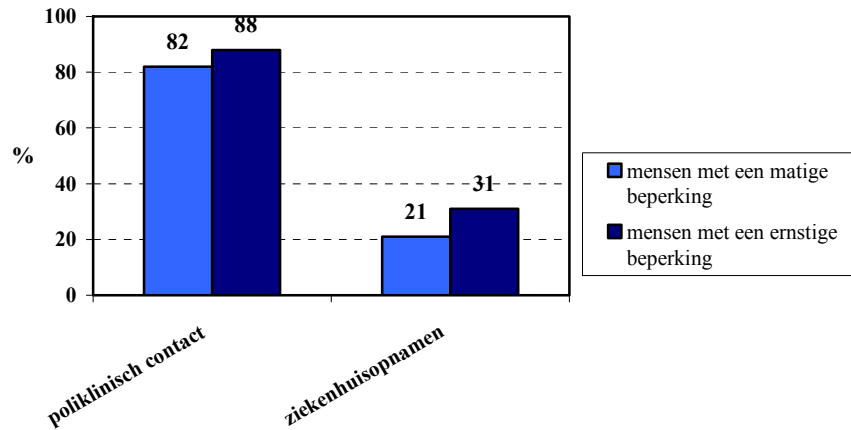
Figuur 3.14 laat zien dat de ernst van de beperking meer bepalend is voor het gebruik van ziekenhuiszorg. Relatief meer mensen met een ernstige beperking (88%, BI: 83-91) bezoeken de polikliniek voor een medisch consult dan mensen met een matige lichamelijke beperking (82%, BI: 77-86).

Een dergelijk verschil geldt ook voor het gemiddelde aantal poliklinische consulten: van de mensen met een matige lichamelijke beperking bedroeg het gemiddelde aantal consulten in 2004 6,3 (95-BI: 5,9-6,8), van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking was dat gemiddeld 7,6 (95-BI: 7,1-8,2).

Ziekenhuisopnamen

In figuur 3.14 is ook zichtbaar dat relatief meer mensen met een ernstige beperking te maken hebben met een ziekenhuisopname: in 2004 was dat 31% (95-BI: 26-37), ten opzichte van 21% (95-BI: 18-25) van de mensen met een matige beperking.

Figuur 3.14: Poliklinisch contact met de medisch specialist en ziekenhuisopnamen van mensen met lichamelijke beperkingen, naar ernst van de beperking (% in 2004)



3.2.5 Conclusie

- Bijna vier op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap had in 2004 poliklinisch contact met een medisch specialist, bijna twee maal zoveel als in de algemene bevolking.
- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde bijna één op de vijf een opname in het ziekenhuis (met tenminste één overnachting), bijna drie maal zoveel in vergelijking met de algemene bevolking.
- Sociaal-demografische kenmerken als sekse en opleidingsniveau blijken niet samen te hangen met het gebruik van ziekenhuiszorg.
- Leeftijd blijkt wel gerelateerd te zijn aan poliklinisch bezoek: oudere mensen met een chronische ziekte of handicap (65+) bezoeken vaker poliklinisch een medisch specialist dan degenen jonger dan 65 jaar. Voor wat betreft ziekenhuisopnames (met tenminste één overnachting) speelt leeftijd echter geen rol.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de mensen met een chronische ziekte had ruim 80% in 2004 poliklinisch contact met een medisch specialist. Dit percentage is in de periode 1997-2004 vrij stabiel. Het gemiddelde *aantal* contacten met een medisch specialist is licht gestegen in deze periode.
- Ook het deel van de mensen met een chronische ziekte dat jaarlijks in het ziekenhuis wordt opgenomen is niet aan verandering onderhevig geweest in de periode 1997-2004.
- Relatief meer mensen met kanker of diabetes maken gebruik van poliklinische consulten met een medisch specialist dan de mensen in de referentiegroep met hart- en vaatziekten.
- Het type ziekte hangt niet samen met het gemiddelde *aantal* poliklinische contacten met een medisch specialist.

- Het type aandoening blijkt ook niet gerelateerd te zijn aan ziekenhuisopnames. Alleen bij mensen met astma of COPD fluctueerde het percentage met ziekenhuisopnames in de periode 1997-2004.
- Het aantal chronische ziekten blijkt meer bepalend te zijn voor het gebruik van ziekenhuiszorg: mensen met meer dan één chronische ziekte bezoeken de polikliniek relatief vaker dan chronisch zieken zonder comorbiditeit.
- Het deel van de mensen met een chronische ziekte zonder comorbiditeit met poliklinisch contact vertoonde een lichte daling in de periode 1997-2004.
- Comorbiditeit is ook gerelateerd aan het *aantal* poliklinische contacten: mensen met drie of meer chronische ziekten bezoeken vaker de polikliniek voor een medisch consult dan mensen met één chronische ziekte.
- Chronisch zieken met comorbiditeit hebben bovendien vaker te maken met een ziekenhuisopname dan mensen met één chronische ziekte. In vergelijking met de algemene bevolking worden mensen met één chronische ziekte echter nog steeds twee maal zo vaak opgenomen in het ziekenhuis.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met lichamelijke beperkingen bezocht ruim 80% in 2004 de polikliniek voor een consult bij de medisch specialist.
- Een kwart van de gehandicapten gaf aan in 2004 tenminste één nacht in het ziekenhuis opgenomen te zijn geweest.
- Mensen met verschillende typen lichamelijke beperkingen bezoeken relatief even vaak een medisch specialist in de polikliniek.
- Qua *aantal* poliklinische contacten met een medisch specialist blijken gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een visuele beperking vaker de polikliniek te bezoeken dan mensen met enkel een motorische beperking.
- De aard van de lichamelijke beperking maakt niet uit voor wat betreft opname in het ziekenhuis.
- De ernst van de beperking is meer bepalend is voor het gebruik van ziekenhuiszorg: relatief meer mensen met een ernstige beperking bezochten in 2004 de polikliniek voor een medisch consult dan mensen met matige lichamelijke beperkingen. Een dergelijk verschil geldt ook voor het gemiddelde aantal poliklinische consulten en voor ziekenhuisopnames.

3.3 Gebruik van geneesmiddelen

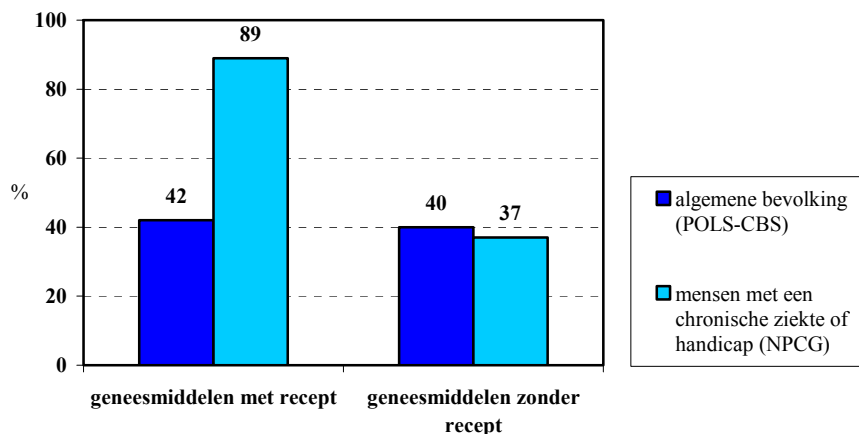
Om na te gaan in welke mate mensen met een chronische ziekte of handicap geneesmiddelen gebruiken wordt jaarlijks in april aan de panelleden gevraagd hun geneesmiddelengebruik over de afgelopen twee weken te rapporteren. De formulering van de vragen is ontleend aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Er wordt onderscheid gemaakt naar geneesmiddelen verkregen op recept van de arts en vrij verkrijgbare geneesmiddelen, dus zonder een recept van de arts. Deze vragen zijn voor het eerst in april 2005 aan gehandicapten voorgelegd.

3.3.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

Gegevens over het geneesmiddelengebruik door mensen met een chronische ziekte of handicap kunnen worden vergeleken met gegevens afkomstig van een steekproef van mensen van 15 jaar en ouder uit de algemene Nederlandse bevolking die deelnamen aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS.

Figuur 3.15 laat het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap zien dat gedurende de afgelopen twee weken geneesmiddelen heeft gebruikt in vergelijking met de algemene bevolking. De cijfers van het NPCG hebben betrekking op 2005, die van het CBS op 2004. Mensen met een chronische ziekte of handicap blijken ruim twee maal zoveel geneesmiddelen op recept te gebruiken dan mensen in de algemene bevolking. Het gebruik van geneesmiddelen zonder recept laat een heel ander beeld zien met respectievelijk 37% door mensen met een chronische ziekte of handicap en 40% in de algemene bevolking. Waarschijnlijk zijn mensen met een chronische ziekte of handicap minder geneigd zelf geneesmiddelen zonder een recept van de arts te kopen omdat ze al medicijnen gebruiken of omdat men dergelijke vrij te verkrijgen zelfzorgmiddelen voorgeschreven heeft gekregen door een arts.

Figuur 3.15: Gebruik van geneesmiddelen met en zonder recept gedurende de afgelopen twee weken door mensen met een chronische ziekte of handicap (% in 2005) in vergelijking de algemene bevolking (% in 2004)



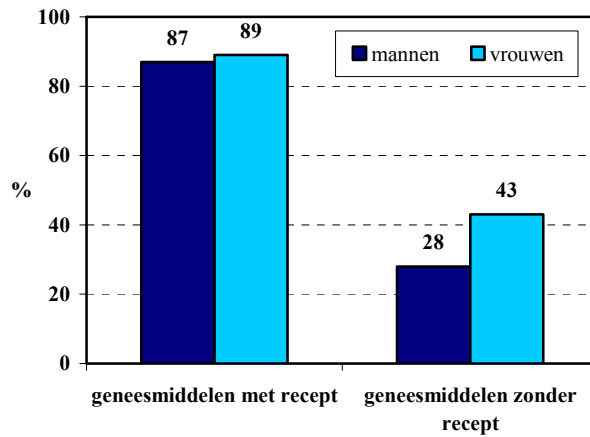
3.3.2 *Sociaal-demografische kenmerken*

Hieronder wordt het geneesmiddelengebruik gepresenteerd naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Sekse

Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap gebruiken evenveel geneesmiddelen op recept. Figuur 3.16 laat echter zien dat geneesmiddelen *zonder een recept* van de arts meer door vrouwen dan door mannen worden gebruikt: respectievelijk 43% (95-BI: 39-47) en 28% (95-BI: 24-32). Deze bevindingen zagen we ook in de voorgaande metingen onder de leden van het PPCZ.

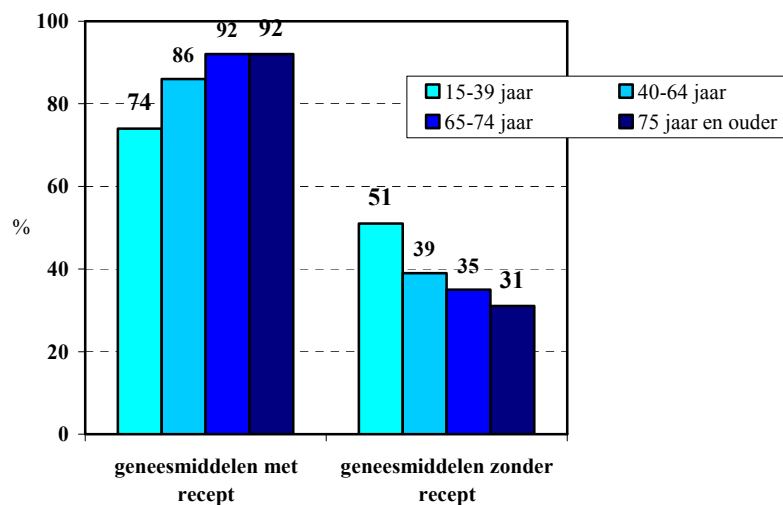
Figuur 3.16: Gebruik van geneesmiddelen met en zonder recept gedurende de afgelopen twee weken door mensen met een chronische ziekte of handicap (% in 2005), naar sekse



Leeftijd

Jongere en oudere mensen met een chronische ziekte of handicap verschillen in het gebruik van geneesmiddelen, zowel voor wat betreft de geneesmiddelen op recept als de zelf gekochte geneesmiddelen zonder een recept. Figuur 3.17 geeft het deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap weer dat in 2005 rapporteerde in de afgelopen twee weken geneesmiddelen te hebben gebruikt. Ten opzichte van de jongste leeftijdsgroep, 15 tot 40 jaar, gebruiken mensen van 40 jaar en ouder meer geneesmiddelen op recept, maar minder geneesmiddelen zonder een recept. Deze verschillen zijn consistent met eerdere bevindingen.

Figuur 3.17: Gebruik van geneesmiddelen met en zonder recept gedurende de afgelopen twee weken door mensen met een chronische ziekte of handicap (% in 2005), naar leeftijd



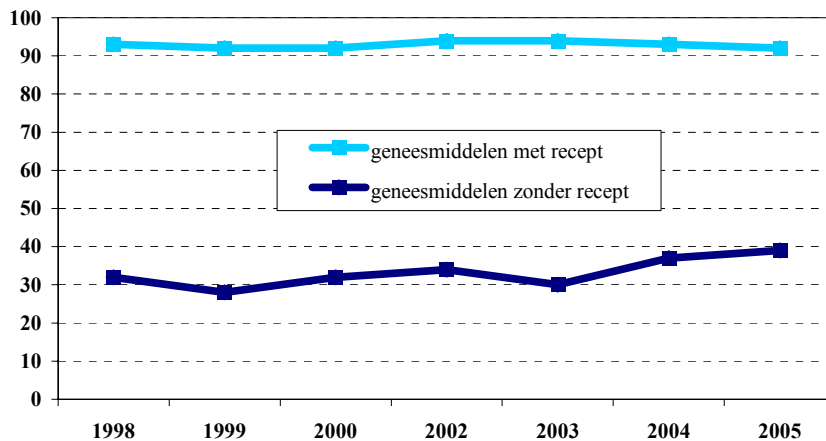
Opleidingsniveau

Het gebruik van geneesmiddelen op recept van de arts verschilt niet voor mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende opleidingsniveaus. Mensen met een chronische ziekte of handicap met een hogere beroepsopleiding of een universitaire achtergrond gebruiken daarentegen vaker geneesmiddelen zonder recept in vergelijking met degenen zonder een opleiding of met alleen basisonderwijs: 47% (95-BI: 41-54) en 52% (95-BI: 41-62) van degenen met respectievelijk hoger beroepsonderwijs of universiteit ten opzichte van 33% (95-BI: 28-39) van de mensen zonder een opleiding of alleen basisonderwijs. Deze resultaten zagen we ook terug in enkele van de eerdere metingen, het vaakst voor mensen met hoger beroepsonderwijs.

3.3.3 Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde in 2005 92% (95-BI: 90-93) in de afgelopen twee weken geneesmiddelen op recept te hebben gebruikt. Dit percentage is over de jaren heen stabiel (figuur 3.18). Figuur 3.18 laat tevens zien dat het deel van de mensen met een chronische ziekte dat geneesmiddelen zonder een recept gebruikt langzaam maar zeker is gestegen in de periode 1998-2005 [lineaire trend], van 32% (95-BI: 29-35) in 1998 naar 39% (95-BI: 36-41) in 2005.

Figuur 3.18: Gebruik van geneesmiddelen met en zonder recept gedurende de afgelopen twee weken door mensen met een chronische ziekte of handicap over de periode 1998-2005 (% per jaar)



Aard van de chronische ziekte

Het gebruik van *geneesmiddelen op recept* blijkt samen te hangen met het type chronische ziekte: ten opzichte van de referentiegroep van mensen met een hart- of vaatziekte gebruiken mensen met kanker en ziekten aan het bewegingsapparaat minder geneesmiddelen. Het gebruik van geneesmiddelen was met 81% bij mensen met kanker het laagst (95-BI: 73-88). Van de mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat was dat 84% (95-BI: 80-88), ten opzichte van 95% van de mensen met hart- en vaatziekten (95-

BI: 92-97). Ook mensen met overige chronische ziekten (waaronder minder vaak voorkomende chronische ziekten) gebruiken minder geneesmiddelen op recept in vergelijking met de referentiegroep, namelijk 90% (95-BI: 86-92). Deze bevindingen zagen we ook in de meeste van de eerdere metingen. Overigens werden in 2005 de hoogste percentages geneesmiddelengebruik aangetroffen bij mensen met astma of COPD (96%, 95-BI: 93-97) en mensen met diabetes (96%, 95-BI: 93-97). Dit hoge geneesmiddelengebruik bij diabetespatiënten zagen we ook terug in eerdere metingen, dat van de mensen met astma of COPD niet.

Bij mensen met hart- en vaatziekten lijkt er verder sprake te zijn van een lichte afname van het geneesmiddelengebruik [lineaire trend] tussen 1998 (97%) en 2005 (95%). Bij de overige diagnosegroepen is het geneesmiddelengebruik in dezelfde periode stabiel. Ook bij het gebruik van *geneesmiddelen zonder recept* lijkt er een verband te bestaan met het type chronische ziekte. Mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat en mensen met neurologische ziekten rapporteerden in 2005 een hoger geneesmiddelengebruik, namelijk 43% (95-BI: 38-48) en 45% (95-BI: 38-52), in vergelijking tot de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (32%, 95-BI: 27-38). Deze verschillen werden echter niet in eerdere metingen gezien zodat hieraan niet teveel aandacht moet worden besteed. Er zijn geen specifieke ontwikkelingen voor de verschillende diagnosegroepen in de periode 1998-2005.

Comorbiditeit

Het hebben van één of meerdere chronische ziekten is niet bepalend voor het geneesmiddelengebruik, noch voor medicijnen op recept, noch voor medicijnen zonder een recept. In de eerste drie metingen onder de leden van het PPCZ (1998, 1999 en 2000) was er wel een verschil zichtbaar voor medicijnen op recept, met relatief meer mensen met twee chronische ziekten die geneesmiddelen op recept gebruikten ten opzichte van mensen met één chronische ziekte. Dit verschil is daarna echter verdwenen.

In de periode 1998-2005 is het gebruik van *geneesmiddelen op recept* voor de onderscheiden groepen naar comorbiditeit stabiel, terwijl er sprake is van een lichte stijging in het gebruik van *geneesmiddelen zonder recept* voor mensen met twee chronische ziekten [lineaire trend] van 31% (95-BI: 26-35) in 1998 naar 42% (95-BI: 37-46) in 2005. Dit betekent dat er ten opzichte van het algemene beeld in figuur 3.18 sprake is van een extra stijging voor mensen met twee chronische ziekten

3.3.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Negen op de tien mensen met lichamelijke beperkingen rapporteerde in 2005 gedurende de afgelopen twee weken geneesmiddelen op recept te hebben gebruikt (90%, 95-BI: 87-93). Geneesmiddelen zonder een recept gebruikte 41% van de gehandicapten (95-BI: 37-45).

Onderscheid naar de aard of ernst van de beperking laat geen verschillen zien voor zowel het gebruik van geneesmiddelen met als zonder een recept van de arts. Gehandicapten met motorische beperkingen, zintuiglijke beperkingen of een combinatie van beide gebruiken dus evenveel geneesmiddelen, ook ongeacht de ernst van hun beperking.

3.3.5 Conclusie

- Mensen met een chronische ziekte of handicap gebruiken ruim twee maal zoveel geneesmiddelen *op recept* (bijna 90%) dan mensen in de algemene bevolking (ruim 40%).
- Het gebruik van geneesmiddelen *zonder recept* door mensen met een chronische ziekte of handicap is vergelijkbaar met dat in de algemene bevolking, en zelfs iets lager: respectievelijk 37% en 40%.
- Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap gebruiken evenveel geneesmiddelen *op recept*. Geneesmiddelen *zonder recept* worden echter meer door vrouwen dan door mannen gebruikt.
- Mensen met een chronische ziekte of handicap van 40 jaar en ouder gebruiken meer geneesmiddelen *op recept*, maar minder geneesmiddelen *zonder recept* dan degenen van 15 tot 40 jaar.
- Het gebruik van geneesmiddelen *op recept* verschilt niet voor mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende opleidingsniveaus. Mensen met een chronische ziekte of handicap met een hogere opleiding gebruiken daarentegen vaker geneesmiddelen *zonder recept* dan degenen zonder een opleiding of met alleen basisonderwijs.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde in 2005 ruim 90% geneesmiddelen *op recept* te gebruiken. Dit percentage is stabiel gedurende onze meetperiode van 1998-2005.
- Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat geneesmiddelen *zonder recept* gebruikt is langzaam maar zeker gestegen, van ruim 30% in 1998 naar bijna 40% in 2005.
- Het gebruik van *geneesmiddelen op recept* blijkt samen te hangen met het type chronische ziekte. Ten opzichte van de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten gebruiken mensen met kanker en mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat minder geneesmiddelen. Ook mensen met overige chronische ziekten (waaronder minder vaak voorkomende chronische ziekten) gebruiken minder geneesmiddelen *op recept* in vergelijking met de referentiegroep. De hoogste percentages geneesmiddelengebruik treffen we echter aan bij mensen met astma of COPD en mensen met diabetes.
- Bij mensen met hart- en vaatziekten is er sprake van een lichte afname van het gebruik van geneesmiddelen *op recept*. Bij de overige diagnosegroepen is het geneesmiddelengebruik in dezelfde periode stabiel.
- Relatief meer mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat en mensen met neurologische ziekten (waaronder ook migraine) gebruiken geneesmiddelen *zonder recept* dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten.
- Het hebben van één of meerdere chronische ziekten is niet bepalend voor het geneesmiddelengebruik.

- In de periode 1998-2005 is het gebruik van geneesmiddelen *op recept* voor chronisch zieken met en zonder comorbiditeit stabiel, terwijl er sprake is van een lichte stijging in het gebruik van geneesmiddelen *zonder recept* voor mensen met twee chronische ziekten, van ruim 30% in 1998 naar ruim 40% in 2005. Ten opzichte van het algemene beeld is er dus sprake van een extra stijging van het gebruik van geneesmiddelen zonder recept door mensen met twee chronische ziekten.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde 90% geneesmiddelen *op recept* te gebruiken.
- Geneesmiddelen *zonder recept* gebruikt ruim 40% van de gehandicapten.
- Onderscheid naar de aard of ernst van de lichamelijke beperking laat geen verschillen zien voor het gebruik van geneesmiddelen met of zonder recept.

3.4 Paramedische zorg

Om na te gaan in welke mate mensen met een chronische ziekte of handicap gebruik maken van paramedische zorg worden jaarlijks in april aan de panelleden vragen voorgelegd over hun contacten met diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten (-Cesar/-Mensendieck), orthoptisten en podotherapeuten in het voorgaande kalenderjaar. De formulering van de vragen is ontleend aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS.

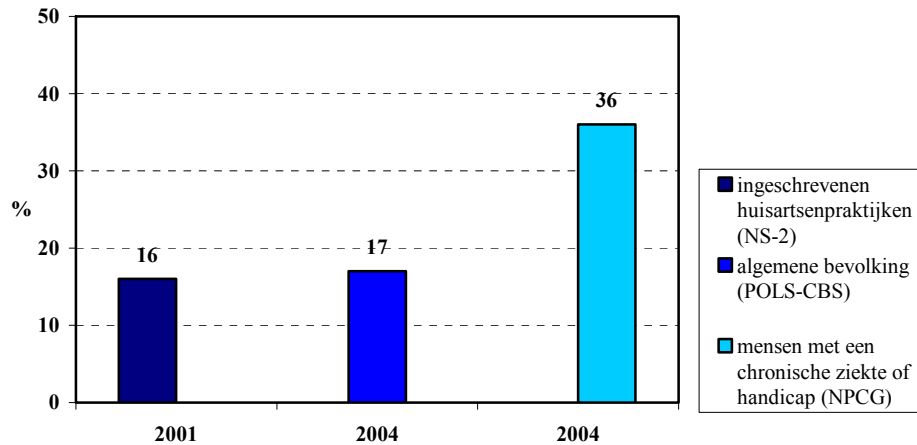
3.4.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

Om het gebruik van paramedische zorg door mensen met een chronische ziekte of handicap af te zetten tegen een referentiegroep, wordt een vergelijking gemaakt met gegevens afkomstig van een steekproef van mensen van 15 jaar en ouder uit de algemene Nederlandse bevolking, die deelnamen aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS (alleen fysiotherapeuten). Daarnaast beschikken we over gegevens van een referentiegroep van ruim 12.500 personen waaronder, meer specifiek, 8.900 personen van 25 jaar en ouder, uit de Nederlandse huisartsenpraktijken. Deze mensen hebben in 2001 deelgenomen aan de patiëntenenquête in het kader van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Schellevis et al., 2000; Van Lindert et al., 2004). Deze referentiegegevens betreffen ook de andere paramedici.

Contact met de fysiotherapeut

Figuur 3.19 laat het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap zien dat in 2004 contact heeft gehad met een fysiotherapeut. Het gaat hierbij om alle contacten behalve die tijdens een ziekenhuisopname of in het kader van een dagbehandeling. De figuur laat zien dat van de mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 ruim een derde een fysiotherapeut heeft bezocht (36%, 95%-BI: 32-41) ten opzichte van 17% van de algemene bevolking (eveneens in de leeftijd van 15 jaar), en 16% in 2001 van de ingeschrevenen in huisartsenpraktijken (25 jaar en ouder).

Figuur 3.19: Contact met een fysiotherapeut (%) van mensen met een chronische aandoening of handicap, mensen ingeschreven in huisartsenpraktijken en mensen uit de algemene bevolking



Het aantal contacten (zittingen) over de hele onderzoeksgroep gerekend bedroeg in 2004 gemiddeld 9,4 (95%-BI: 7,8-11,0). Van alleen degenen met contact met de fysiotherapeut rapporteerde men gemiddeld 22,1 zittingen (95%-BI: 18,7-25,5).

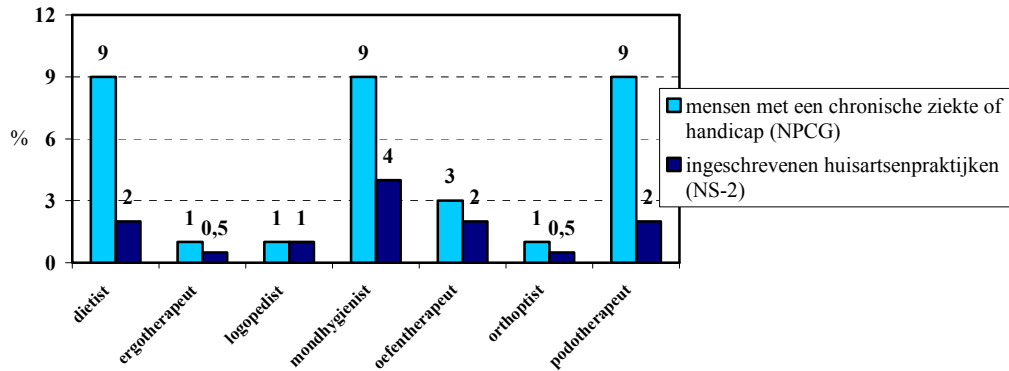
Contact met andere paramedici

Het deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap dat over 2004 rapporteerde contact te hebben gehad met andere paramedici dan de fysiotherapeut is weergegeven in figuur 3.20. Hierin zijn ook de referentiegegevens opgenomen van ingeschrevenen in huisartsenpraktijken (in de leeftijd vanaf 0 jaar).

De figuur laat zien dat het gebruik van paramedische zorg door mensen met een chronische aandoening of handicap een stuk hoger is dan dat van de algemene bevolking (NS-2). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het bij het NPCG gaat om personen vanaf 15 jaar zodat de gemiddelde leeftijd van de leden van het NPCG hoger is dan die van de deelnemers aan de Nationale Studie. Het feit dat de Nationale Studie ook kinderen omvatte verklaart waarschijnlijk ook het relatief hoge gebruik van logopedie.

Het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap dat in 2004 contact heeft gehad met deze paramedici varieert van 1% bij ergotherapeuten (95-BI: 1-2), orthoptisten (95-BI: 1-2) en logopedisten (95-BI: 0-1) tot 9% bij diëtisten, mondhygiënisten en podotherapeuten (95-BI: 8-12, 7-11 en 7-10 respectievelijk).

Figuur 3.20: Contact met andere paramedici dan de fysiotherapeut van mensen met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen (vanaf 15 jaar, % in 2004) ten opzichte van ingeschrevenen in huisartsenpraktijken (vanaf 0 jaar, % in 2001)



3.4.2 Sociaal-demografische kenmerken

In deze paragraaf wordt het gebruik van paramedische zorg gepresenteerd naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau. Behalve de fysiotherapeut is ook gekeken of er een relatie bestaat tussen deze achtergrondkenmerken en het gebruik van zorg verleend door diëtisten, mondhygiënisten en podotherapeuten, naast de fysiotherapeut de meest bezochte paramedici. Helaas bleek het voor de onderscheiden categorieën niet mogelijk om de percentages te schatten voor het contact met de podotherapeut.

Sekse

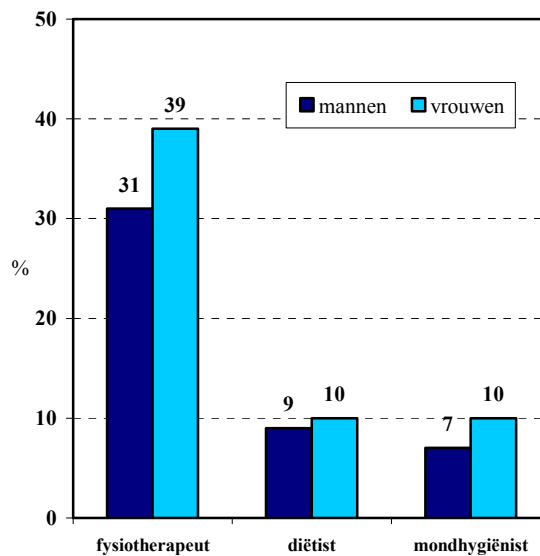
Contact met de fysiotherapeut

Relatief meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of handicap rapporteren in 2004 een fysiotherapeut te hebben bezocht (figuur 3.21): 39% van de vrouwen (95-BI: 34-44) ten opzichte van 31% van de mannen (95-BI: 26-36). Dit verschil zagen we ook in bijna alle voorgaande metingen onder de leden van het PPCZ. Mannen en vrouwen met een chronische aandoening of handicap die contact hadden met een fysiotherapeut verschillen niet in het gemiddelde aantal zittingen. Op één meting na is ook dit consistent met eerdere bevindingen.

Contact met de diëtist en mondhygiënist

Figuur 3.21 laat tevens het deel van de mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap zien dat over 2004 rapporteerde contact te hebben gehad met de diëtist en de mondhygiënist.

Figuur 3.21: Contact met de fysiotherapeut, diëtisten en mondhygiënist van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004, naar sekse (%)



Voor wat betreft het contact met diëtisten zijn er geen verschillen tussen mannen vrouwen. Dit komt overeen met de bevindingen van bijna alle eerdere metingen. Wel bezochten relatief meer vrouwen dan mannen een mondhygiënist, met respectievelijk 10% (95-BI: 7-13 en 7% (95-BI: 5-10), maar dit verschil werd niet in eerdere metingen aangetroffen, zodat we hier vooralsnog niet teveel aandacht op willen vestigen.

Leeftijd

Contact met de fysiotherapeut

Relatief meer mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 40 tot 75 jaar (38%, 95-BI: 33-44) rapporteerden in 2004 contact te hebben gehad met een fysiotherapeut dan jongere chronisch zieken of gehandicapten (30%, 95-BI: 25-36). Voor de leeftijdsgroep van 40 tot 65 jaar is dit ook in twee (van de zes) eerdere metingen aangetroffen. Het gemiddelde aantal zittingen van degenen die contact hadden gehad met een fysiotherapeut verschilt niet tussen jongere en oudere mensen met een chronische ziekte of handicap. Dit komt overeen met eerdere bevindingen.

Contact met de diëtist en mondhygiënist

Relatief minder mensen met een chronische ziekte of handicap van 75 jaar of ouder (6%, 95-BI: 4-8) rapporteerden in 2004 een diëtist te hebben bezocht, in vergelijking tot jongere mensen met een chronische ziekte of handicap (12%, 95-BI: 8-18 van de jongste leeftijdsgroep, en 11% van degenen van 40-65 jaar en 65-75 jaar, 95-BI: 8-13). Deze relatie met leeftijd werd echter niet in eerdere metingen aangetroffen.

Ook in de contacten met de mondhygiënist treffen we een aantal leeftijdseffecten aan: relatief meer mensen met een chronische ziekte of handicap van 40-64 jaar (13%, 95-BI: 10-17) bezochten in 2004 een mondhygiënist, in vergelijking met de jongste leeftijdsgroep (15-40 jaar, 8%, 95-BI: 5-12) en de oudste leeftijdsgroep (75-plussers, 5%, 95-BI:

3-7). Het verschil ten opzichte van de oudste leeftijdsgroep zagen we eerder in twee metingen, het verschil met de jongste leeftijdsgroep is niet eerder aangetroffen.

Omdat bovenstaande bevindingen niet consistent aanwezig zijn over de jaren heen is het voorbarig om te spreken van leeftijdseffecten.

Opleidingsniveau

Contact met de fysiotherapeut

Relatief meer mensen met een chronische ziekte of handicap met een middelbare vooropleiding (40%, 95-BI: 34-47) rapporteerden in 2004 contact met een fysiotherapeut te hebben gehad in vergelijking met de referentiegroep van mensen zonder een opleiding of met enkel een basisopleiding (31%, 95-BI: 25-37). Dit verschil is echter niet eerder aangetroffen. Het gemiddelde aantal zittingen dat fysiotherapeutcliënten noteerden verschilt niet tussen mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende opleidingsniveaus. Dit beeld is consistent met eerdere resultaten onder de leden van het PPCZ.

Contact met de diëtist en mondhygiënist

Het contact met de diëtist is niet gerelateerd aan het opleidingsniveau. Het contact met de mondhygiënist neemt echter toe met het stijgen van het opleidingsniveau: mensen met een chronische ziekte of handicap met een middelbare vooropleiding of hoger bezoeken vaker een mondhygiënist (12 tot 14%, 95-BI: 9-17 tot 8-23) dan mensen zonder een opleiding of enkel een basisopleiding (5%, 96-BI: 3-8). Dit is consistent met enkele eerdere metingen, het sterkst voor degenen met een hoger of universitair opleidingsniveau.

3.4.3 Mensen met een chronische ziekte

Contact met de fysiotherapeut

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 35% (95-BI: 37-48) in 2004 een fysiotherapeut te hebben bezocht. Dit percentage is over de jaren heen stabiel (periode 1997-2004).

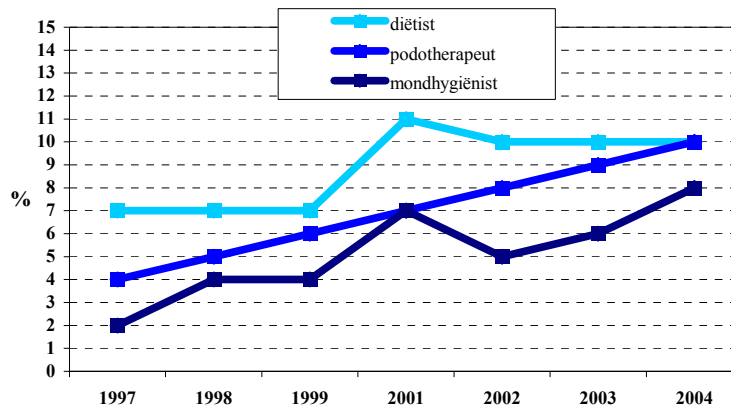
Ook het gemiddelde aantal zittingen dat chronisch zieken die een fysiotherapeut hadden bezocht is stabiel sinds 1997. Het gemiddelde aantal zittingen van bedroeg in 2004 22,0 (95-BI: 19,5-24,5).

Contact met andere paramedici

Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat andere paramedici bezocht wijkt ook niet veel af van de percentages weergegeven in figuur 3.20. In 2004 bezocht 10% (95-BI: 9-12) van de chronisch zieken een diëtist, 1% (95-BI: 1-2) een ergotherapeut, 1% een logopedist (95-BI: 0-1), 8% (95-BI: 7-10) een mondhygiënist, 2% (95-BI: 2-3) een oefentherapeut, 1% (95-BI: 1-2) een orthoptist en 10% (95-BI: 9-11) een podotherapeut.

Van de meest bezochte paramedici, dus de diëtist, mondhygiënist en podotherapeut, is nagegaan hoe de contactpercentages van chronisch zieken zich hebben ontwikkeld in de periode 1997-2004. Deze ontwikkeling is weergegeven in figuur 3.22. In tegenstelling tot het stabiele beeld bij de fysiotherapeut, is er bij deze paramedici sprake van een (flinke) stijging [lineaire trend].

Figuur 3.22 Contact met de diëtist, mondhygiënist en podotherapeut van mensen met een chronische ziekte, over de periode 1998-2004 (% per jaar)



Aard van de chronische ziekte

Contact met de fysiotherapeut

Mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat maken vaker gebruik van fysiotherapeutische zorg in vergelijking met de referentiegroep (mensen met hart- en vaatziekten). De contactpercentages zijn respectievelijk 46% (95-BI: 40-52) en 28% (95-BI: 23-33). Dit beeld is consistent over de jaren heen. Van de mensen met andere chronische ziekten schommelt het contactpercentage rond het gemiddelde van 35%. Het contact met de fysiotherapeut is bij alle onderscheiden diagnosegroepen stabiel in de periode 1997-2004.

Tussen de chronisch zieken die de fysiotherapeut in 2004 hadden bezocht zijn er geen verschillen in contactfrequentie naar type ziekte. Het gemiddelde aantal zittingen ligt dus rond het gemiddelde van 22. Wel is het gemiddelde aantal zittingen van mensen met chronische ziekten aan het bewegingsapparaat en mensen met neurologische ziekten tussen 1997 en 2004 langzaam maar zeker gedaald [lineaire trends]: bedroeg het gemiddelde aantal zittingen in 1997 nog respectievelijk 30,5 (95-BI: 26,2-34,9) en 30,3 (95-BI: 23,7-36,9), in 2004 was dat aantal gezakt naar 25,1 (bij mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat, 95-BI: 21,2-29,0) en 23,9 zittingen (bij mensen met neurologische ziekten, 95-BI: 18,4-26,7).

Contact met de diëtist en mondhygiënist

Ruim een derde van de mensen met diabetes bezochten in 2004 een *diëtist* (34%, 95-BI: 29-41). Dit is een significant verschil met de referentiegroep (mensen met hart- en vaatziekten), waarvan 10% rapporteerde contact te hebben gehad met een diëtist (95-BI: 7-14). Dit verschil is consistent met eerdere metingen. Er zijn geen afzonderlijke trends zichtbaar voor mensen met verschillende soorten chronische ziekten. Ten opzichte van het algemene beeld (zie figuur 3.20) hebben zich dus geen extra ziektegebonden ontwikkelingen voorgedaan.

De aard van de chronische ziekte is niet bepalend voor het contact met de *mondhygiënist*. Dit was in de eerdere metingen onder de leden van het PPCZ ook niet het geval. In de periode 1997-2004 is een flinke stijging zichtbaar [lineaire trend] voor mensen met hart-

en vaatziekten: van 1% in 1997 (95-BI: 0-3) naar 8% (95-BI: 5-12) in 2004. Dit betekent dat er ten opzichte van het algemene beeld in figuur 3.20 sprake is van een extra stijging in het contact met de mondhygiënist voor mensen met hart- en vaatziekten.

Comorbiditeit

Contact met de fysiotherapeut

Het aantal chronische ziekten blijkt niet bepalend te zijn voor het gebruik van fysiotherapeutische zorg. De contactpercentages van mensen met één chronische ziekte of meerdere chronische ziekten schommelen dus rond het gemiddelde van 35%. Overigens laat het deel van de mensen met twee chronische ziekten dat een fysiotherapeut bezoekt een instabiel beeld zien over de periode 1997-2004 [polynomiale trend, 3^e orde], met een laagste percentage in 1999 (27%, 95-BI: 23-33) en een hoogste percentage in 2001 (39%, 95-BI: 34-45). In 2004 lag dit percentage op het algemene gemiddelde van mensen met een chronische ziekte (35%, 95-BI: 30-39).

Er is geen relatie gevonden tussen het gemiddelde aantal zittingen van degenen die een fysiotherapeut hebben bezocht en het aantal chronische ziekten dat men heeft. Tussen 1997 en 2004 hebben zich hierin geen verschuivingen voorgedaan.

Contact met de diëtist, mondhygiënist en podotherapeut

Relatief meer mensen met twee of meer chronische ziekten dan mensen met één chronische ziekte bezochten in 2004 een *diëtist*: van de mensen met twee chronische ziekten en de mensen met drie of meer chronische ziekten rapporteerde respectievelijk 12% (95-BI: 9-15) en 14% (95-BI: 11-19) contact te hebben gehad met een diëtist, in vergelijking met 8% (95-BI: 6-9) van de mensen met één chronische ziekte. Dit verschil is ook in de meeste van de voorgaande metingen onder de leden van het PPCZ zichtbaar en dus vrij consistent. Over de periode 1997-2004 zijn er geen afzonderlijke trends zichtbaar voor mensen met of zonder comorbiditeit. Ten opzichte van het algemene beeld (zie figuur 3.20) zijn er dus geen extra ontwikkelingen geweest.

Het hebben van één of meerdere chronische ziekten houdt geen verband met het bezoeken van een *mondhygiënist*. Dit is consistent met eerdere metingen. Over de periode 1997-2004 is wel een flinke stijging zichtbaar [lineaire trend] voor mensen met twee chronische ziekten: van 2% in 1997 (95-BI: 1-3) naar 7% (95-BI: 5-9) in 2004. Dit betekent dat er, evenals voor mensen met een hart- of vaatziekte, ten opzichte van het algemene beeld in figuur 3.20 sprake is van een extra stijging in het contact met de mondhygiënist voor mensen twee chronische ziekten.

3.4.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Contact met de fysiotherapeut

Van de mensen met lichamelijke beperkingen rapporteerde 42% (95-BI: 37-48) in 2004 contact te hebben gehad met een fysiotherapeut. Het gemiddelde aantal contacten bedroeg voor de totale groep 11,7 (95-BI: 9,9-13,5), voor alleen degenen die contact hadden gehad was dat aantal gemiddeld 25,7 (95-BI: 21,8-29,6).

Contact met andere paramedici

Het deel van de gehandicapten dat in 2004 een diëtist bezocht is 11% (95-BI: 9-14), een ergotherapeut 3% (95-BI: 9-14), 1% (95-BI: 1-2) een logopedist, 8% (95-BI: 6-11) een

mondhygiënist, 4% (95-BI: 2-6) een oefentherapeut, 2% (95-BI: 1-4) een orthoptist en 10% (95-BI: 8-10) een podotherapeut.

Aard van de beperking

Contact met de fysiotherapeut

Het contactpercentage met de fysiotherapeut verschilt niet tussen mensen met verschillende lichamelijke beperkingen, wanneer we de onderscheiden groepen vergelijken met de referentiegroepen (mensen met motorische beperkingen en mensen met motorische beperkingen gecombineerd met visuele en gehoorbeperkingen). Onderling zien we tussen de groepen wel een verschil, namelijk tussen mensen met visuele en/of gehoorbeperkingen (24% contact, 95-BI: 14-38) en mensen met motorische beperkingen gecombineerd met visuele beperkingen (50% contact, 95-BI: 41-60). De overige contactpercentages schommelen rond het gemiddelde van 42%.

Tussen gehandicapten die in 2004 een fysiotherapeut hadden bezocht, zijn er voor wat betreft het aantal zittingen geen verschillen naar de aard van de beperking. Het gemiddelde aantal zittingen in 2004 schommelde dus rond het gemiddelde van 25,7 zittingen.

Contact met de diëtist en mondhygiënist

De aard van de beperking blijkt niet bepalend te zijn voor het contact met diëtisten en mondhygiënisten.

Ernst van de beperking

Onderscheid naar de ernst van de beperking laat een verschil zien voor het contactpercentage met de *fysiotherapeut*: bijna de helft van de mensen met ernstige lichamelijke beperkingen rapporteerde in 2004 een fysiotherapeut te hebben bezocht (48%, 95-BI: 42-55), tegen 38% (95-BI: 33-44) van de mensen met matige lichamelijke beperkingen.

Bovendien is de gemiddelde contactfrequentie van de mensen die contact hebben gehad met de fysiotherapeut van gehandicapten met ernstige lichamelijke beperkingen hoger dan dat van gehandicapten met matige lichamelijke beperkingen, namelijk 30,3 zittingen (95-BI: 25,8-34,9) ten opzichte van 22,6 (95-BI: 18,4-26,7).

Het gebruik van paramedische zorg door de *diëtist en mondhygiënist* hangt niet samen met de ernst van de lichamelijke beperking.

3.4.5 Conclusie

- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had in 2004 ruim een derde contact met een fysiotherapeut, dit is ruim twee maal zoveel als in de algemene bevolking.
- Ook het gebruik van paramedische zorg door andere paramedici is een stuk hoger voor mensen met een chronische ziekte of handicap dan voor de algemene bevolking.
- Na de fysiotherapeut heeft men het meeste contact (één op de 10) met een diëtist, mondhygiënist en podotherapeut.
- Meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of handicap bezoeken de fysiotherapeut en de mondhygiënist. Sekse bleek niet gerelateerd te zijn aan het contact met de diëtist. Schattingen voor het contact met de podotherapeut naar subgroepen van mensen met een chronische ziekte of handicap waren helaas niet mogelijk.

- Mensen met een chronische ziekte of handicap tussen 40 en 75 jaar bezoeken de fysiotherapeut relatief vaker dan degenen jonger dan 40 jaar.
- Het contact met de mondhygiënist neemt toe met het stijgen van het opleidingsniveau.

Mensen met een chronische ziekte

- Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat de fysiotherapeut bezoekt (35%) is niet aan verandering onderhevig in de periode 1997-2004.
- Over het algemeen is ook het gemiddelde aantal zittingen bij de fysiotherapeut stabiel in de periode 1997-2004, alleen bij mensen met chronische ziekten aan het bewegingsapparaat en mensen met neurologische ziekten is dit aantal langzaam maar zeker gedaald.
- In tegenstelling tot het stabiele beeld bij de fysiotherapeut, is er ten aanzien van het contact met de diëtist, mondhygiënist en podotherapeut sprake van een flinke stijging in de periode 1997-2004.
- Mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat maken vaker gebruik van fysiotherapeutische zorg dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten.
- Relatief meer mensen met diabetes bezoeken de diëtist in vergelijking met de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten.
- Het type chronische ziekte is niet bepalend voor het contact met de mondhygiënist. Wel is in de periode 1997-2004 een flinke stijging zichtbaar voor mensen met hart- en vaatziekten. Dit betekent dat er ten opzichte van de algemene stijging voor chronisch zieken sprake is van een extra stijging voor deze diagnosegroep. Een dergelijk extra effect geldt ook voor mensen met twee chronische ziekten.
- Comorbiditeit hangt niet samen met het contact met de fysiotherapeut of mondhygiënist.
- Mensen met twee of meer chronische ziekten bezoeken wel vaker een diëtist dan chronisch zieken zonder comorbiditeit.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met lichamelijke beperkingen rapporteerde ruim 40% in 2004 contact te hebben gehad met een fysiotherapeut.
- Mensen met motorische beperkingen gecombineerd met visuele beperkingen gaan veel vaker naar een fysiotherapeut dan mensen met zintuiglijke beperkingen (visuele en/of gehoorbeperkingen).
- Relatief meer mensen met een ernstige lichamelijke beperking gaan naar een fysiotherapeut dan mensen met een matige lichamelijke beperking. Bovendien is de gemiddelde contactfrequentie van gehandicapten met ernstige beperkingen hoger dan van gehandicapten met matige lichamelijke beperkingen.
- De aard en de ernst van de lichamelijke beperking blijken niet bepalend te zijn voor het contact met de diëtist en mondhygiënist.

4 Ondersteuning, hulpmiddelen en aanpassingen

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de zelfredzaamheid van mensen met een chronische ziekte of handicap. Hiermee wordt met name bedoeld op ondersteuning door de thuiszorg en informele zorg (ondersteuning van de naaste familie of vrienden). Om zelfstandig te kunnen leven hebben mensen met een chronische ziekte of handicap bovendien soms hulpmiddelen en aanpassingen nodig. Daarom is het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen in zijn algemeenheid en voorzieningen aangevraagd via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) ook in dit hoofdstuk opgenomen. Tenslotte wordt ingegaan op de contacten met gespecialiseerde verpleegkundigen omdat deze vorm van ondersteuning gericht is op het (leren) omgaan met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven, op zelfmanagement en op de zelfredzaamheid van patiënten/cliënten. Achtereenvolgens zal in dit hoofdstuk aan bod komen: het gebruik van professionele zorg door verzorgenden en verpleegkundigen van de thuiszorg (paragraaf 4.1), informele zorg (paragraaf 4.2), hulpmiddelen en aanpassingen (paragraaf 4.3) en gespecialiseerde verpleegkundige zorg (paragraaf 4.4). Iedere paragraaf zal worden afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste resultaten.

4.1 Thuiszorg

Om het gebruik van thuiszorg bij mensen met een chronische ziekte of handicap te inventariseren wordt jaarlijks in april aan de panelleden gevraagd of er in het vorige kalenderjaar gebruik is gemaakt van thuiszorg. Hierbij gaat het om professionele verzorging of verpleging door verzorgenden of verpleegkundigen vanuit een thuiszorgorganisatie, of particuliere hulp of verpleging, bijvoorbeeld in het geval van een persoonsgebonden budget. In april 2005 is bovendien gevraagd naar de aard van de zorg (bijvoorbeeld huishoudelijke zorg of verpleging), het aantal uren per week, het aantal weken in 2004 en of de zorg langdurend van aard was, dat wil zeggen drie maanden of langer aaneensluitend.

4.1.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

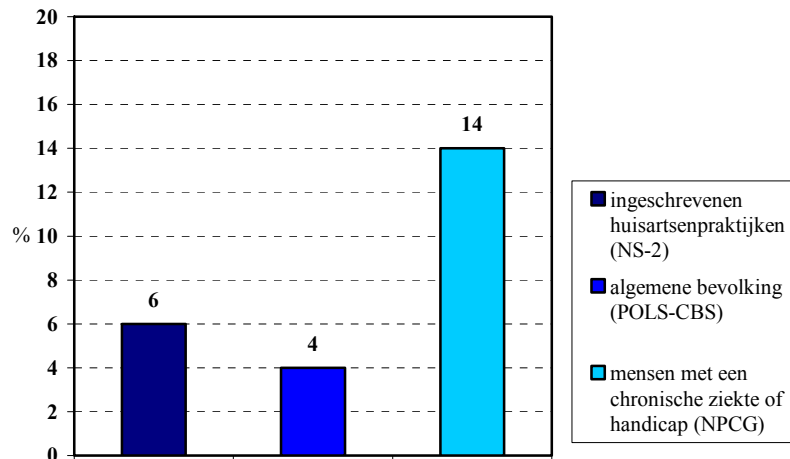
Het gebruik van thuiszorg van mensen met een chronische ziekte of handicap wordt hier op twee manieren vergeleken met het gebruik van thuiszorg door de algemene bevolking: ten eerste door middel van gegevens van mensen van 18 jaar en ouder die hebben deelgenomen aan de patiëntenenquête van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (NS-2) (Schellevis et al., 2000; Van Lindert et al., 2004), en ten tweede door middel van gegevens van mensen van 15 jaar en ouder die hebben deelgenomen aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS.

Figuur 4.1 laat zien dat van de mensen met een chronische ziekte of handicap 14% (95-BI: 11-16) in 2004 thuiszorg had. Vergeleken met het deel van de mensen uit de twee referentiegroepen (6% en 4%) is dat ruim twee tot drie maal zo vaak.

Onderscheid naar de vijf AWBZ-functies waarin de thuiszorg kan worden onderverdeeld, dat wil zeggen huishoudelijke verzorging (hulp bij bijvoorbeeld koken en schoonmaken),

persoonlijke verzorging (hulp bij bijvoorbeeld douchen, aankleden en eten), verpleging (bijvoorbeeld wondverzorging, geven van injecties, geven van adviezen over de ziekte), ondersteunende begeleiding (persoonlijke begeleiding bij activiteiten, dagbesteding) en activerende begeleiding (revaliderende begeleiding, zoals leren leven met een beperking, organisatie van het huishouden, opbouwen van een vriendenkring), laat zien dat het merendeel van de thuiszorg aan mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 bestond uit huishoudelijke verzorging, namelijk 11% (95-BI: 9-14). Ongeveer 2% gaf aan (daarbij ook) persoonlijke verzorging te hebben gehad (95-BI: 1-3), 1% (ook) verpleegkundige hulp (95-BI: 0-2) en 1% (ook) ondersteunende begeleiding (95-BI: 0-2). Van de vijfde thuiszorgfunctie (activerende begeleiding) konden geen schattingen worden berekend omdat dit door te weinig mensen is gerapporteerd (minder dan 1%).

Figuur 4.1: Contact met de thuiszorg van mensen met een chronische ziekte of handicap (vanaf 15 jaar, 2004), mensen ingeschreven in huisartsenpraktijken (vanaf 18 jaar, 2001) en mensen uit de algemene bevolking



Behalve naar het contact met en de aard van de thuiszorg is gevraagd naar het aantal uren zorg per week en het aantal weken zorg dat men had in 2004. Over de hele onderzoeksgroep gerekend bedroeg het gemiddelde aantal uren thuiszorg per week 1,7 uur (95-BI: 1,3-2,1). Het gemiddelde aantal weken thuiszorg bedroeg 11,3 weken (95-BI: 9,7-12,9). Van uitsluitend degenen met thuiszorg bedroeg het gemiddelde aantal uren zorg per week 7,6 (95-BI: 4,5-10,7) gedurende gemiddeld 45,7 weken (95-BI: 40,3-51,1). Hierbij moet worden opgemerkt dat het aantal uren en weken de som is van het aantal uren en weken zorg dat men aangaf per functie thuiszorg. Dus twee weken huishoudelijke verzorging en een week persoonlijke verzorging kan in dezelfde twee weken hebben plaatsgevonden maar telt hier als drie weken thuiszorg. Het totale aantal weken betreft dus eerder een rekeneenheid dan kalendertijd en kan dus in theorie het jaartotaal van 52 weken overstijgen. Dit geldt in mindere mate voor het aantal uren omdat bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging verschillende handelingen betreffen die op verschillende momenten plaatsvinden.

Op de vraag of de thuiszorg kortdurend of langdurend (gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden) van aard is geweest, antwoordde het overgrote deel (87%) van de mensen met een chronische ziekte of handicap dat hun zorg langdurend van aard was geweest (95-BI: 79-92).

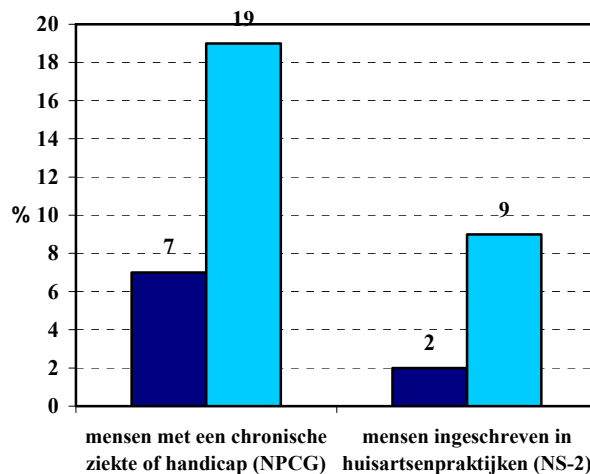
4.1.2 Sociaal-demografische kenmerken

Hieronder wordt het gebruik van thuiszorg beschreven naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Sekse

Figuur 4.2 geeft een grafische weergave van het gebruik van thuiszorg door mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap en mannen en vrouwen in de algemene bevolking. Deze figuur maakt duidelijk dat relatief meer vrouwen dan mannen gebruik maken van thuiszorg: in 2004 was dat 19% (95-BI: 16-23) van de vrouwen met een chronische ziekte of handicap ten opzichte van 7% (95-BI: 5-9) van de mannen. Dit sekseverschil werd ook in de eerdere metingen onder de leden van het PPCZ aangetroffen, alsook in de Nationale Studie (Van Lindert et al., 2004) onder ingeschrevenen in huisartsenpraktijken.

Figuur 4.2: Contact met de thuiszorg (%) van mensen met een chronische ziekte of handicap (vanaf 15 jaar, 2004) en ingeschrevenen in huisartsenpraktijken (vanaf 18 jaar, in 2001)



De aard van de thuiszorg is ook vooral huishoudelijk: 17% (95-BI: 14-21) van de vrouwen met een chronische ziekte of handicap gaf aan in 2004 huishoudelijke hulp te hebben gehad in verband met de gezondheid, van de mannen was dat 5% (95-BI: 4-7). Voor de andere zorgfuncties zijn er geen sekseverschillen aangetroffen. Met andere woorden, mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap maken evenveel gebruik van persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende of activerende begeleiding door de thuiszorg.

Wanneer er eenmaal thuiszorg wordt ontvangen, verschilt het aantal uren thuiszorg per week niet tussen mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap. Dat betekent

dat zowel mannen als vrouwen ongeveer 7 a 8 uren zorg per week hebben. Het *aantal weken thuiszorg* in 2004 daarentegen laat wel een verband zien met sekse: van de mensen met thuiszorg rapporteerden vrouwen met een chronische ziekte of handicap gedurende minder weken zorg te hebben gehad dan mannen: gemiddeld 40,4 weken (95-BI: 34,9-45,9) en 55,5 weken (95-BI: 47,6-63,4) respectievelijk.

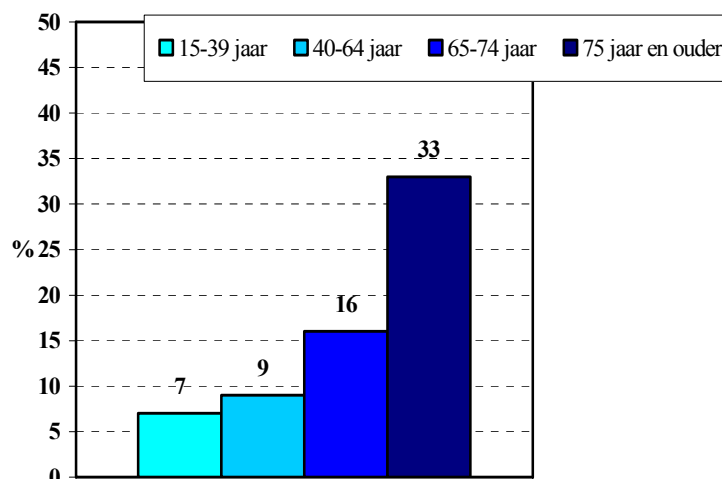
Of de thuiszorg langdurend van aard is, hangt niet samen met sekse. Toch lijken vrouwen relatief vaker langdurende thuiszorg te hebben dan mannen: van de vrouwen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde 89% (95-BI: 82-94) thuiszorg te hebben gehad van tenminste drie maanden aaneensluitend. Van de mannen was dat 81% (95-BI: 67-90). Door de brede betrouwbaarheidsintervallen is dit verschil niet significant.

Leeftijd

Het gebruik van thuiszorg blijkt ook gerelateerd te zijn aan leeftijd. Mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 65 jaar en ouder maken meer gebruik van thuiszorg dan mensen jonger dan 65 jaar. Figuur 4.3 laat het percentage thuiszorggebruik zien voor vier leeftijdscategorieën. Van de mensen met een chronische ziekte of handicap van 75 jaar en ouder had in 2004 één op de drie personen ondersteuning van de thuiszorg. Chronisch zieken en gehandicapten van 75 jaar of ouder hebben daarbij vaker huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging dan degenen van 15 tot 40 jaar. Huishoudelijke hulp zei ruim een kwart (26%, 95-BI: 20-32) van de ouderen te hebben gehad, tegen 6% (95-BI: 4-9) van de jongste leeftijdsgroep. Voor de persoonlijke verzorging zijn deze percentages respectievelijk 5% (95-BI: 3-7) en 1% (1-3). Voor de andere thuiszorgfuncties is geen relatie met leeftijd gevonden.

Van de mensen met thuiszorg hebben jongere en oudere mensen met een chronische ziekte of handicap evenveel uren zorg per week, gedurende ook evenveel weken.

Figuur 4.3: Contact met de thuiszorg van mensen met een chronische ziekte of handicap, naar leeftijd (% in 2004)



Langdurende zorg hangt niet samen met leeftijd, ondanks dat het deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap met langdurende thuiszorg wel oploopt naarmate de leeftijd vordert: van 71% in de jongste leeftijdsgroep (15 tot 40 jaar) tot 91% van de 75-plussers. De betrouwbaarheidsintervallen zijn echter erg breed, waardoor de onderscheiden leeftijdsgroepen niet van elkaar verschillen.

Opleiding

Over het algemeen blijkt het opleidingsniveau niet gerelateerd te zijn aan het gebruik van thuiszorg. Wel rapporteerden mensen met een chronische ziekte of handicap met een hogere vooropleiding (HAVO, HBS, et cetera) die thuiszorg hadden in 2004 meer uren *per week* zorg te hebben gehad, gemiddeld 16,3 uren thuiszorg per week (95-BI: 11,5-21,0), ten opzichte van 6,1 uren thuiszorg per week (95-BI: 2,2-10,0) bij mensen zonder een opleiding of enkel een basisopleiding. Het opleidingsniveau bleek geen verband te houden met de langdurendheid van de zorg.

4.1.3 Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met chronische ziekte rapporteerde 14% (95-BI: 11-18) in 2004 thuiszorg te hebben gehad. Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat gebruik maakt van thuiszorg is over de jaren heen stabiel (zie figuur 4.4). Huishoudelijke zorg wordt met 12% het meest gebruikt (95-BI: 10-14). Persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding respectievelijk door: 2% (95-BI: 1-3), 1% (95-BI: 0-2) en 1% (95-BI: 0-1).

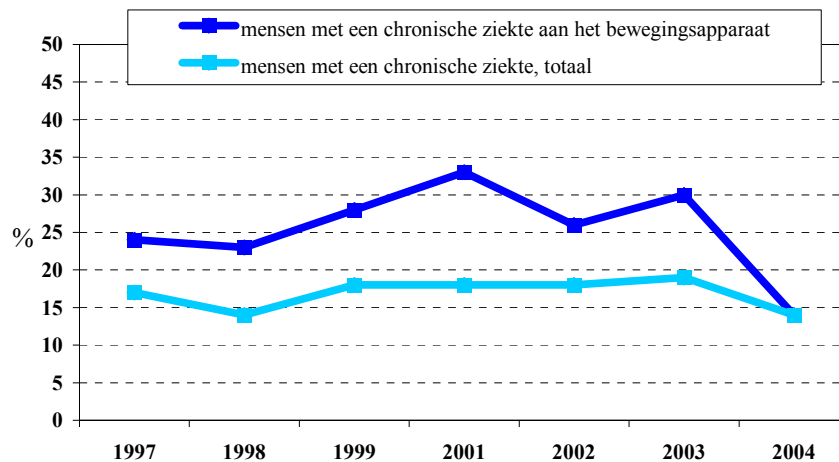
Het gemiddelde aantal uren per week thuiszorg voor de hele groep chronisch zieken is 1,8 uur (95-BI: 1,5-2,1), gedurende gemiddeld 11,9 weken (95-BI: 10,7-13,1). Van uitsluitend degenen met thuiszorg bedraagt het gemiddelde aantal uren 7,2 (95-BI: 4,5-9,7), in 46,4 weken (95-BI: 41,3-51,4).

Voor de meeste chronisch zieken met thuiszorg was dit langdurend, dus tenminste drie maanden achtereen (87%, 95-BI: 80-92).

Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte blijkt geen verband te houden met het gebruik van thuiszorg. Dit is consistent met voorgaande metingen. Ook is het gebruik van thuiszorg in de periode 1997-2004 door mensen met verschillende soorten chronische ziekten over het algemeen stabiel. Er is één uitzondering: bij mensen met chronische ziekten aan het bewegingsapparaat is er ten opzichte van de totale groep van chronisch zieken sprake van een grotere stijging in het gebruik van thuiszorg tussen 1997 en 2001, waarna het gebruik weer afnam tot aan de laatste meting over 2004 [kwadratische trend]. In 2001 had 33% (95-BI: 26-41) van de mensen met chronische ziekten aan het bewegingsapparaat thuiszorg, in 2004 was dat nog 'slechts' 14% (95-BI: 11-18), gelijk aan het gemiddelde van alle chronisch zieken tezamen (figuur 4.4).

Figuur 4.4: Contact met de thuiszorg (% per jaar) van mensen met een chronische ziekte (totaal) en mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat



Het gemiddelde aantal uren per week thuiszorg en het gemiddelde aantal weken thuiszorg in 2004 verschilt niet tussen mensen met verschillende soorten chronische ziekten. Dat betekent dus dat het gemiddelde aantal uren en het gemiddelde aantal weken thuiszorg voor alle onderscheiden diagnosegroepen rond de totaal gemiddelden van 7,2 uren en 46,7 weken schommelen.

Ook de langdurendheid van de thuiszorg is niet gerelateerd aan het type chronische ziekte.

Comorbiditeit

Het hebben van één of meerdere chronische ziekten blijkt niet samen te hangen met het gebruik van thuiszorg. Dit komt overeen met de meeste van de voorgaande metingen (vier van de zes). Voor chronisch zieken met of zonder comorbiditeit zijn geen specifieke ontwikkelingen zichtbaar. Met andere woorden, het gebruik van thuiszorg is stabiel in de periode 1997-2004 voor mensen met één of meerdere chronische ziekten.

Wel hebben van de chronisch zieken die in 2004 thuiszorg hadden, degenen met drie of meer chronische ziekten meer uren zorg per week dan mensen met één chronische ziekte, respectievelijk 9,7 (95-BI: 6,0-13,5) en 5,5 (95-BI: 2,7-8,3) uren. Het aantal weken thuiszorg is niet gerelateerd aan comorbiditeit.

Tenslotte is ook de langdurendheid van de thuiszorg niet gerelateerd aan het hebben van meerdere chronische ziekten.

4.1.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde 28% (95-BI: 23-34) in 2004 thuiszorg te hebben gehad. Evenals bij mensen met een chronische ziekte vormt huishoudelijke zorg de grootste component van thuiszorg: een kwart van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde in 2004 huishoudelijke ondersteuning te hebben gehad (25%, 95-BI: 21-31). Persoonlijke verzorging had 5% (95-BI: 4-6) en 2% (95-BI:

1-3) had (daarnaast) verpleging. Van de andere twee thuiszorgfuncties (ondersteunende en activerende begeleiding) waren helaas geen schattingen mogelijk.

Het gemiddelde aantal uren per week thuiszorg voor de totale groep van gehandicapten was 2,7 uur (95-BI: 2,3-3,1), gedurende gemiddeld 18,2 weken (95-BI: 16,3-20,0). Van uitsluitend degenen met thuiszorg was dat gemiddeld 9,4 uren (95-BI: 6,3-12,4) in 55,7 weken (95-BI: 51,7-59,6). Nogmaals, het aantal uren en weken is de som van het aantal uren en weken zorg dat men aangaf per functie thuiszorg. Dus twee weken zorg van huishoudelijke aard en één week zorg van verpleegkundige aard kunnen in dezelfde twee weken hebben plaatsgevonden maar telt hier als drie weken thuiszorg. Het totale aantal weken betreft dus een rekeneenheid en geen kalendertijd. Dit geldt in principe ook voor het aantal uren, maar in veel mindere mate omdat bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging en verpleegkundige zorg op verschillende momenten plaatsvinden. Het aantal uren kan daarom wel als 'echte' tijd worden opgevat.

Van de gehandicapten die in 2004 thuiszorg hadden rapporteerde 91% (95-BI: 86-94) dat dit langdurend was, dus gedurende een aaneengesloten periode van tenminste drie maanden.

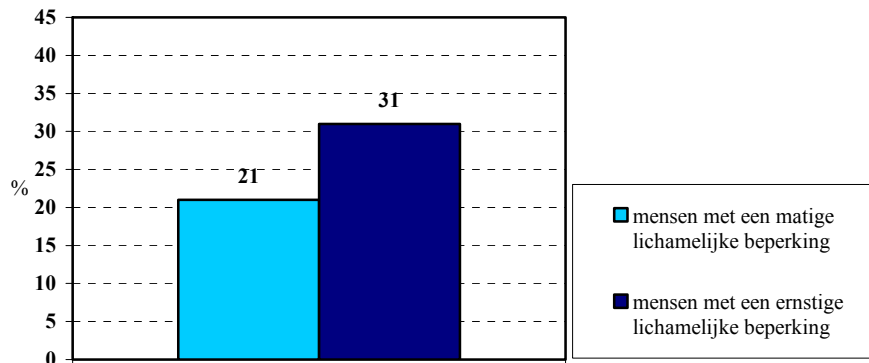
Aard van de beperking

Het gebruik van thuiszorg blijkt niet gerelateerd te zijn aan de aard van de beperking. Dit geldt voor zowel het deel van de gehandicapten dat in 2004 thuiszorg had, als de intensiteit en de duur waarin thuiszorg gebruikt wordt, dus het aantal uren zorg per week en het aantal weken zorg. Ook hangt de aard van de beperking niet samen met de langdurendheid van thuiszorg.

Ernst van de beperking

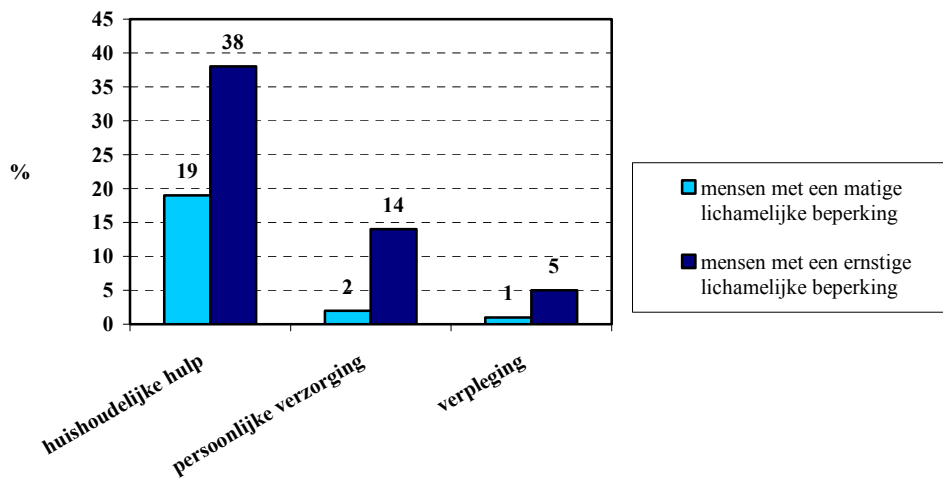
In tegenstelling tot de aard van de beperking, is de ernst van de beperking wel gerelateerd aan het gebruik van thuiszorg, zowel voor het deel van de gehandicapten dat thuiszorg gebruikt, als de mate waarin thuiszorg gebruikt wordt, dus het aantal uren zorg per week en het aantal weken zorg. In figuur 4.5 is het percentage mensen met matige en ernstige lichamelijke beperkingen weergegeven dat thuiszorg gebruikt. Van de mensen met een matige lichamelijke beperking rapporteerde 21% (95-BI: 18-25) in 2004 thuiszorg te hebben gehad, van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking was dat 31% (95-BI: 26-37).

Figuur 4.5: Contact met de thuiszorg van mensen met een handicap (% in 2004), naar ernst van de beperking



Ten aanzien van de aard van de zorg gaven gehandicapten met ernstige lichamelijke beperkingen aan meer huishoudelijke zorg, meer persoonlijke verzorging en meer verpleegkundige zorg te hebben gehad. De bijbehorende percentages zijn weergegeven in figuur 4.6.

Figuur 4.6: Contact met de thuiszorg van mensen met een handicap (% in 2004), naar ernst van de beperking en aard van de thuiszorg



Van de gehandicapten met thuiszorg rapporteerden degenen met ernstige lichamelijke beperkingen bovendien gemiddeld meer uren zorg per week en meer weken zorg in 2004 dan gehandicapten met matige lichamelijke beperkingen, namelijk 11,2 uren (95-BI: 8,0-14,4) en 66,3 weken (95-BI: 61,4-71,2), tegen 8,1 uren (95-BI: 5,0-11,2) en 48,5 weken (95-BI: 43,7-53,3).

De ernst van de beperking hangt niet samen met de langdurendheid van thuiszorg

4.1.5 Conclusie

- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had bijna 15% thuiszorg in 2004. Vergeleken met de algemene bevolking is dat bijna drie maal zo vaak.
- Het merendeel van de thuiszorg (ruim 10%) bestond uit huishoudelijke verzorging. Ongeveer 1 a 2% gaf aan (daarbij ook) persoonlijke verzorging, verpleegkundige hulp of ondersteunende begeleiding te hebben gehad. Van de vijfde thuiszorgfunctie, activerende begeleiding, konden helaas geen schattingen worden berekend.
- Het overgrote deel van de mensen met thuiszorg had deze zorg tenminste drie maanden aaneensluitend (langdurende zorg).
- Relatief meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of handicap hebben thuiszorg. In de algemene bevolking is dit sekseverschil ook aanwezig.
- Relatief meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of handicap hebben huishoudelijke verzorging. Voor wat betreft persoonlijke verzorging, verpleegkundige hulp of ondersteunende begeleiding verschillen mannen en vrouwen niet van elkaar.
- Wanneer er eenmaal thuiszorg wordt ontvangen, verschilt het gemiddelde *aantal uren thuiszorg per week* niet tussen mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap. Het gemiddelde *aantal weken thuiszorg* in 2004 daarentegen laat wel een verschil zien tussen mannen en vrouwen: van de mensen met thuiszorg rapporteerden vrouwen met een chronische ziekte of handicap minder weken zorg te hebben gehad dan mannen.
- Het gebruik van thuiszorg blijkt ook gerelateerd te zijn aan leeftijd. Mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 65 jaar en ouder maken meer gebruik van thuiszorg dan mensen jonger dan 65 jaar.
- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap van 75 jaar en ouder had in 2004 één op de drie personen ondersteuning van de thuiszorg. Zij hadden daarbij vaker huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging dan chronisch zieken en gehandicapten van 15 tot 40 jaar.
- Over het algemeen blijkt het opleidingsniveau van chronisch zieken en gehandicapten niet gerelateerd te zijn aan het gebruik van thuiszorg.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 14% thuiszorg te hebben gehad in 2004. Het deel van de mensen met een chronische ziekte dat gebruik maakt van thuiszorg is stabiel in de periode 1997-2004.
- De aard van de chronische ziekte blijkt geen verband te houden met het gebruik van thuiszorg. Ook is het gebruik van thuiszorg in de periode 1997-2004 door mensen met verschillende soorten chronische ziekten over het algemeen stabiel. Er is één uitzondering: bij mensen met chronische ziekten aan het bewegingsapparaat is er ten opzichte van de totale groep van chronisch zieken sprake van een stijging in het gebruik van thuiszorg tussen 1997 en 2001, waarna het gebruik weer afnam tot 2004.
- Het al dan niet hebben van thuiszorg is niet gerelateerd aan comorbiditeit. Wel hebben van de chronisch zieken met thuiszorg, degenen met drie of meer chronische ziekten meer *uren zorg per week* dan mensen met één chronische ziekte.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met een lichamelijke beperking ontving 28% ondersteuning van de thuiszorg in 2004, 25% had huishoudelijke verzorging.
- Het gebruik van thuiszorg blijkt niet gerelateerd te zijn aan de aard van de beperking.
- De ernst van de beperking hangt wel samen met het gebruik van thuiszorg, zowel voor het deel van de gehandicapten dat thuiszorg heeft, als de mate waarin, dus het aantal uren zorg per week en het aantal weken zorg: gehandicapten met een ernstige lichamelijke beperking hebben vaker huishoudelijke zorg, persoonlijke verzorging en ook verpleegkundige hulp dan gehandicapten met een matige lichamelijke beperking. Bovendien hebben ernstig gehandicapten meer uren zorg per week en meer weken zorg per jaar.

4.2 Informele zorg

Om het gebruik van informele zorg door mensen met een chronische ziekte of handicap te inventariseren is in april 2003 en in april 2005 aan de panelleden gevraagd of men in het voorgaande kalenderjaar (dus 2002 en 2004) hulp of zorg heeft gekregen van gezinsleden, familieleden of andere mensen uit hun sociale netwerk. Afhankelijk van het type en de duur van de zorg wordt dit ook wel ‘gebruikelijke zorg’ of ‘mantelzorg’ genoemd. Zo valt bijvoorbeeld huishoudelijke zorg verleend door huisgenoten onder gebruikelijke zorg en verschuift persoonlijke verzorging door huisgenoten na drie maanden van gebruikelijke zorg naar mantelzorg. Omdat hierop vele uitzonderingen van toepassing zijn wordt in deze paragraaf voor het gemak gesproken van informele zorg. Hiermee sluiten we aan bij de terminologie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Behalve of men dergelijke ondersteuning heeft gekregen, is gevraagd wat de relatie is tot de persoon die deze hulp of zorg het *meeste* heeft gegeven. In april 2005 is bovendien gevraagd naar de aard van de hulp: huishoudelijk werk (zoals hulp bij koken, boodschappen doen, schoonmaken), hulp bij de dagelijkse verzorging (zoals hulp bij het wassen en aankleden, aantrekken van steunkousen of hulp bij het eten), verplegende hulp (zoals hulp bij de wondverzorging of medicatie) of hulp bij het regelen van allerlei zaken en begeleiding bij activiteiten. Ook is per type zorgverlening gevraagd naar het aantal uren hulp of zorg per week, het aantal weken in 2004 en of de zorg langdurend van aard was, dat wil zeggen drie maanden of langer aaneensluitend.

4.2.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

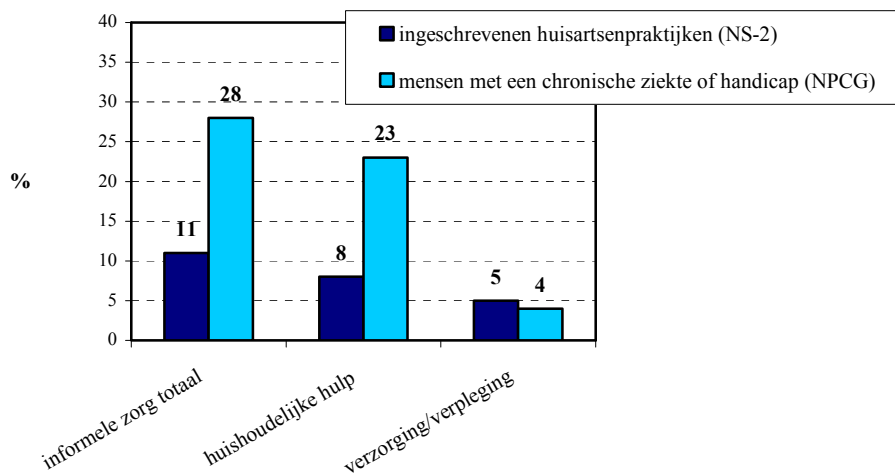
Het gebruik van informele zorg door mensen met een chronische ziekte of handicap wordt hier vergeleken met het gebruik van informele zorg in de algemene bevolking middels een steekproef van ruim 12.500 ingeschrevenen (vanaf 0 jaar) in huisartsenpraktijken die hebben deelgenomen aan de patiëntenenquête van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (NS-2) (Cardol, et al., 2004).

Figuur 4.7 laat zien dat chronisch zieken of gehandicapten meer gebruik maken van informele zorg dan mensen uit de algemene bevolking: van de chronisch zieken of gehandicapten rapporteerde 28% (95-BI: 25-31) dat zij in 2004 informele zorg hadden. In de referentiegroep was dat 11%.

De hulp is meestal huishoudelijk van aard: bijna een kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap gaf aan huishoudelijke hulp van naasten te hebben gehad (23%, 95-BI: 19-27). Dit is bijna drie maal zo vaak als de mensen in de algemene bevolking: in de referentiegroep bedroeg dit percentage 8% (zie figuur 4.8). Slechts een klein deel van de chronisch zieken of gehandicapten had (daarbij) verzorgende of verplegende hulp (4%, 95-BI: 3-6). Dit is bijna gelijk aan het deel van de mensen uit de referentiegroep (5%). Waarschijnlijk is dit verschil zo klein omdat mensen met een chronische ziekte of handicap verzorgende of verplegende hulp (ook) ontvangen van de thuiszorg. Een iets groter deel van de chronisch zieken of gehandicapten had daarnaast (ook) hulp bij het regelen van allerlei zaken of begeleiding bij activiteiten, namelijk 7% (95-BI: 5-9). Hiervan zijn geen referentiegegevens beschikbaar.

Verder gaf ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap aan dat de *meeste* hulp werd gegeven door hun partner (51%, 95-BI: 43-58). Verder was het vaak een niet-inwonend familielid die de meeste hulp gaf (28%, 95-BI: 23-34). Inwonende familie (anders dan partner), vrienden of kennissen en burens werden minder vaak genoemd als belangrijkste informele zorgverlener.

Figuur 4.7: Deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap (vanaf 15 jaar, 2004) en van mensen ingeschreven in huisartsenpraktijken (vanaf 0 jaar, 2001) met informele zorg, totaal, huishoudelijk en verzorgend of verplegend (%)



Behalve naar de aard van de hulp is gevraagd naar het aantal uren informele zorg per week en het aantal weken zorg dat men had in 2004. Evenals in de vorige paragraaf (paragraaf 4.1) moet hierbij worden opgemerkt dat het aantal uren en weken de som is van het aantal uren en weken hulp dat men had per type hulp. Dus twee weken huishoudelijke hulp en een week verzorging of verpleging kan in dezelfde twee weken hebben plaatsgevonden maar telt hier als drie weken zorg. Het totale aantal weken betreft dus eerder een rekeneenheid dan kalendertijd en kan dus in theorie het jaartotaal van 52 weken overstijgen. Dit geldt in mindere mate voor het aantal uren omdat bijvoorbeeld

huishoudelijke hulp en verzorgende of verplegende hulp verschillende handelingen betreffen die op verschillende momenten plaatsvinden. Over de hele onderzoeksgroep gerekend bedroeg het gemiddelde aantal uren hulp per week 2,7 uur (95-BI: 2,1-3,3). Het gemiddelde aantal weken hulp bedroeg 14,8 weken (95-BI: 13,0-16,6). Van uitsluitend degenen met informele zorg bedroeg het gemiddelde aantal uren hulp per week 8,8 (95-BI: 6,6-11,0) gedurende gemiddeld 46,4 weken (95-BI: 41,2-51,6).

Op de vraag of de informele zorg kortdurend of langdurend van aard is geweest (gedurende een aaneengesloten periode van tenminste drie maanden), antwoordde ruim twee derde (68%, 95-BI: 63-74) van de mensen met een chronische ziekte of handicap dat de hulp langdurend van aard was geweest.

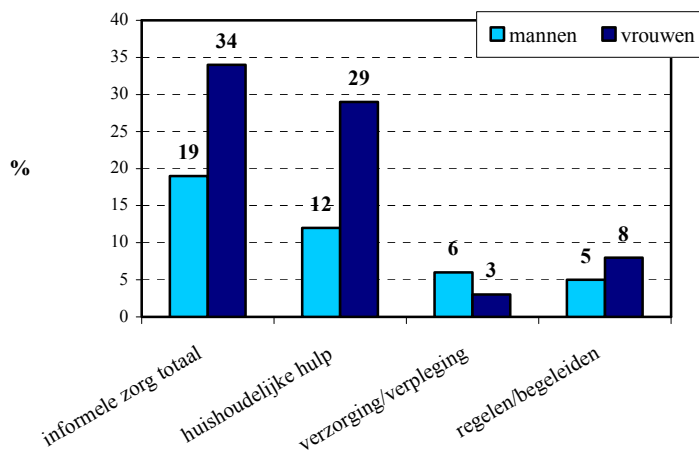
4.2.2 Sociaal-demografische kenmerken

Hieronder wordt het gebruik van informele zorg beschreven naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau. Helaas was het niet mogelijk om voor de leeftijds- en opleidingscategorieën schattingen te berekenen van wie in 2004 de belangrijkste informele zorgverlener was en of de hulp langdurend van aard was.

Sekse

Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap maken in verschillende mate gebruik van informele zorg. Figuur 4.8 laat zien dat in 2004 vrouwen met een chronische ziekte of handicap vaker hulp hadden dan mannen, respectievelijk 34% (95-BI: 31-38) en 19% (95-BI: 16-22). Dit sekse-effect werd ook aangetroffen in de eerste meting, in 2003 onder de leden van het PPCZ. Het verschil tussen mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap komt ook tot uiting bij de huishoudelijke hulp en de hulp bij het regelen van allerlei zaken of begeleiding bij activiteiten. Bij informele zorg van verzorgende of verplegende aard is dit verschil ook aanwezig maar in omgekeerde richting: mannen rapporteerden vaker verzorging of verpleging van hun naasten te hebben gehad dan vrouwen. De bijbehorende percentages staan in figuur 4.8.

Figuur 4.8: Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap met informele zorg (% in 2004), naar aard van de hulp



Wanneer er eenmaal informele zorg wordt ontvangen, verschillen mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap niet in van *wie* zij de *meeste* hulp ontvangen. Dat betekent dat mannen en vrouwen dus in dezelfde mate hulp van hun partner of een uitwonend familielid ontvangen.

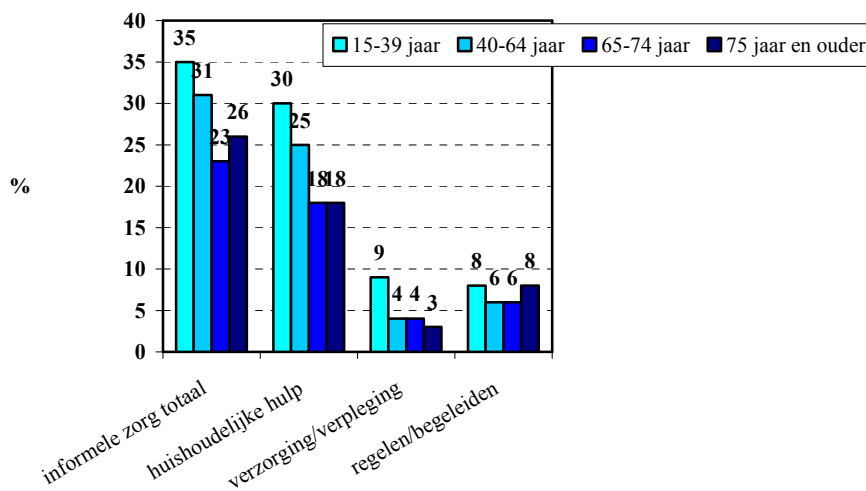
Ook is sekse geen bepalende factor voor het *aantal uren per week* en het *aantal weken* hulp bij chronisch zieken en gehandicapten met informele zorg. Zowel mannen als vrouwen hadden dus ongeveer 9 uren zorg per week, gedurende ongeveer 46 weken. Tenslotte was de informele zorg bij mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap in gelijke mate *langdurend* van aard, in de meeste gevallen dus gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden of langer.

Leeftijd

Het gebruik van informele zorg blijkt ook gerelateerd te zijn aan leeftijd. Mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 65 tot 75 jaar maakten in 2004 *minder* gebruik van informele zorg dan de referentiegroep van degenen van 15 tot 40 jaar.

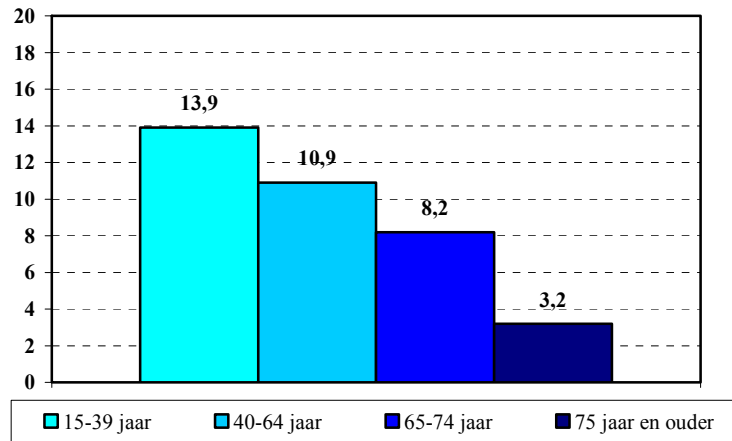
Mogelijk omvat deze leeftijdsgroep juist mensen die zelf zorg verlenen. Dit leeftijdseffect komt nog sterker naar voren bij informele zorg van huishoudelijke aard en verzorgende of verplegende aard. Mensen met een chronische ziekte of handicap van 40 tot 75 jaar gaven aan minder huishoudelijke hulp van hun naasten te hebben gehad dan chronisch zieken en gehandicapten van 15 tot 40 jaar en chronisch zieken en gehandicapten van 40 jaar en ouder hadden minder verzorgende of verplegende hulp dan degenen van 15 tot 40 jaar. Oftewel, de jongste groep maakte in 2004 over het algemeen meer gebruik van huishoudelijke en verzorgende of verplegende hulp dan degenen van 40 jaar en ouder. Figuur 4.9 laat het percentage zorggebruik zien voor de vier onderscheiden leeftijdscategorieën. Voor de hulp bij het regelen van zaken en de begeleiding bij activiteiten werd overigens geen relatie met leeftijd gevonden.

Figuur 4.9: Deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap met informele zorg, naar leeftijd en naar aard van de hulp (% in 2004)



Figuur 4.10 laat verder zien dat wanneer er eenmaal informele zorg wordt ontvangen, jongere mensen met een chronische ziekte of handicap van 15 tot 65 jaar, gemiddeld meer uren hulp per week hebben dan degenen van 75 jaar of ouder. Voor het aantal weken is geen leeftijdseffect aangetroffen.

Figuur 4.10: Gemiddeld aantal uren informele zorg per week in 2004, van mensen met een chronische ziekte of handicap, naar leeftijd



Opleiding

Het opleidingsniveau blijkt niet gerelateerd te zijn aan het gebruik van informele zorg.

4.2.3 Mensen met een chronische ziekte

In deze subparagraaf wordt het gebruik van informele zorg beschreven door mensen met een chronische ziekte. Helaas was het niet mogelijk om per type ziekte en voor de categorieën van comorbiditeit schattingen te berekenen van wie in 2004 de belangrijkste zorgverlener was en of de hulp langdurend van aard was.

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde ruim een kwart (26%, 95-BI: 24-29) in 2004 informele zorg te hebben gehad. Dit is ongeveer evenveel als in 2002. Het percentage toen bedroeg 22% (95-BI: 19-25) maar dit verschil is niet significant.

Eén op de vijf chronisch zieken had huishoudelijke hulp (21%, 95-BI: 19-23), 4% (95-BI: 3-6) had (ook) verzorgende of verplegende hulp en 7% (95-BI: 6-9) had (ook) hulp bij het regelen van zaken of begeleiding bij activiteiten.

Meer dan de helft van de chronisch zieken (53%, 95-BI: 48-59) gaf aan de *meeste* hulp van de partner te hebben gekregen, een kwart van een uitwonend familielid (25%, 95-BI: 20-30). De overige chronisch zieken kregen de hulp van inwonende familie (anders dan partner), vrienden of kennissen, burens of andere naasten.

Het gemiddelde aantal uren *per week* informele zorg voor de hele groep chronisch zieken was 2,9 uur (95-BI: 2,4-3,3), gedurende gemiddeld 14,3 weken (95-BI: 12,8-15,7). Van

uitsluitend degenen met informele zorg bedroeg het gemiddelde aantal uren 9,8 (95-BI: 7,8-11,8), in 47,0 weken (95-BI: 42,4-51,6).

Op de vraag of de hulp kortdurend of langdurend van aard is geweest, antwoordde 68% (95-BI: 63-72) van de chronisch zieken of gehandicapten dat hun zorg langdurend, dus gedurende een aaneengesloten periode van tenminste drie maanden, van aard was geweest.

Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte blijkt geen verband te houden met het gebruik van mantelzorg. Dit was in de voorgaande meting ook het geval. Ook de aard van de hulp en het aantal uren en weken hulp is niet gerelateerd aan het type chronische ziekte.

Comorbiditeit

Ook is het hebben van één of meerdere chronische ziekten niet bepalend voor het gebruik van informele zorg. Dit komt ook overeen met de vorige meting. Evenals bij de aard van de chronische ziekte is het aantal uren en weken hulp is niet gerelateerd aan het aantal chronische ziekten.

4.2.4 Mensen met een lichamelijke beperking

In deze subparagraaf wordt het gebruik van informele zorg beschreven door mensen met een lichamelijke beperking. Helaas was het niet mogelijk om naar de aard en ernst van de beperking schattingen te berekenen van wie in 2004 de belangrijkste zorgverlener was en of de mantelzorg langdurend van aard was.

Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde de helft (50%, 95-BI: 46-53) in 2004 informele zorg te hebben gehad. Ruim vier op de tien had huishoudelijke hulp (43%, 95-BI: 39-46), 9% (95-BI: 6-13) had (ook) verzorgende of verplegende hulp en 16% (95-BI: 13-21) had (ook) hulp bij het regelen van zaken of begeleiding bij activiteiten.

Meer dan de helft (51%, 95-BI: 44-58) kreeg de *meeste* hulp van de partner, bijna een derde van een uitwonend familielid (29%, 95-BI: 25-33). De overigen rapporteerden de meeste hulp te hebben gekregen van inwonende familie (anders dan partner), vrienden of kennissen, burens of andere naasten.

Het gemiddelde aantal *uren per week* informele zorg voor de hele groep gehandicapten was 5,0 uur (95-BI: 4,4-5,6), gedurende gemiddeld 26,1 weken (95-BI: 24,2-28,0). Van uitsluitend degenen met informele zorg bedroeg het gemiddelde aantal uren 11,5 (95-BI: 9,6-13,4), in 61,6 weken (95-BI: 57,0-66,2). Omdat het aantal uren en weken de som is van het aantal uren en weken zorg dat men aangaf per type hulp kan het gemiddelde aantal weken het jaartotaal van 52 weken overstijgen (zie paragraaf 4.2.1).

Van de gehandicapten die in 2004 informele zorg hadden rapporteerde ruim drie kwart (78%, 95-BI: 74-81) dat die hulp langdurend was, dus gedurende een aaneengesloten periode van 3 maanden of langer.

Aard van de beperking

Het gebruik van informele zorg in zijn algemeenheid is niet gerelateerd aan de aard van de beperking. Wel hebben mensen met motorische beperkingen gecombineerd met zowel visuele als gehoorbeperkingen vaker informele zorg van verzorgende of verplegende aard

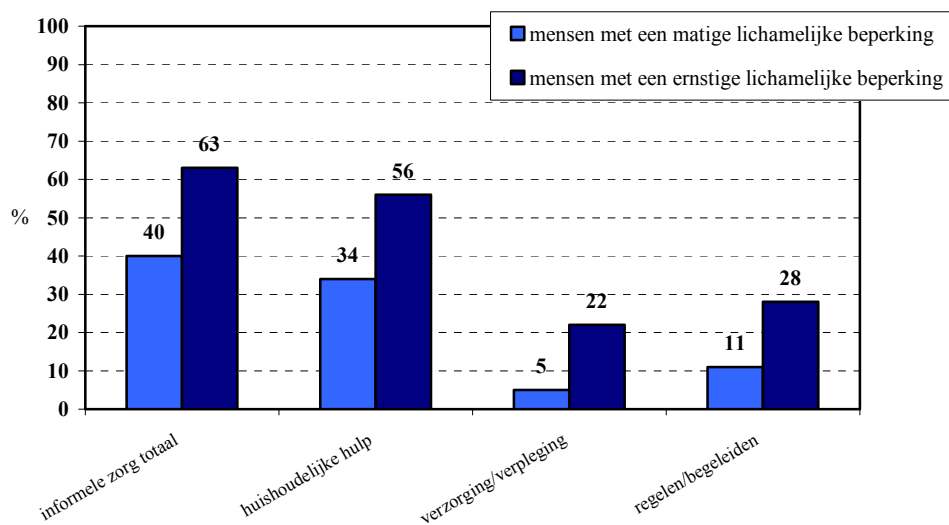
(22%, 95-BI: 12-38) dan mensen met motorische beperkingen alleen (8%, 95-BI: 5-11) of motorische beperkingen gecombineerd met gehoorbeperkingen (8%, 95-BI: 4-14). Van de gehandicapten met informele zorg, hebben de mensen met motorische beperkingen gecombineerd met visuele beperkingen gemiddeld meer uren per week hulp, namelijk 20,7 uren (95-BI: 16,1-25,3), dan gehandicapten met enkel motorische beperkingen (9,1 uren, 95-BI: 7,1-11,0). De aard van de beperking blijkt geen verband te houden met het aantal weken hulp.

Ernst van de beperking

De ernst van de beperking is meer dan de aard van de beperking bepalend voor het gebruik van informele zorg. Figuur 4.11 geeft een duidelijk beeld van onze bevindingen dat mensen met ernstige lichamelijke beperkingen in 2004 meer hulp kregen dan mensen met matige lichamelijke beperkingen. Dit geldt voor het gebruik van informele zorg in zijn algemeenheid alsook voor alle drie onderscheiden typen hulp.

Bovendien hadden van de gehandicapten met mantelzorg, mensen met ernstige lichamelijke beperkingen gemiddeld meer uren hulp per week, namelijk 14,9 uren (95-BI: 12,3-17,5) gedurende meer weken (78,1 weken, 95-BI: 72,1-84,1), dan mensen met matige beperkingen. Mensen met matige beperkingen rapporteerden gemiddeld 9,2 uren (95-BI: 6,9-11,5) gedurende 50,5 weken (95-BI: 44,9-56,1)

Figuur 4.11: Deel van de mensen met een lichamelijke beperking met informele zorg (% in 2004), naar aard van de hulp en ernst van de beperking



4.2.5 Conclusie

- Mensen met een chronische ziekte of handicap maken meer gebruik van informele zorg dan mensen uit de algemene bevolking: in 2004 had bijna 30% van de chronisch zieken en gehandicapten informele zorg, tegen ruim 10% in de referentiegroep van mensen uit de algemene bevolking.
- De hulp aan chronisch zieken en gehandicapten is meestal huishoudelijk van aard: bijna een kwart gaf aan in 2004 huishoudelijke hulp van naasten te hebben gehad. Dit is bijna drie maal zo vaak als de mensen in de algemene bevolking. Slechts een klein deel van de chronisch zieken of gehandicapten had (daarbij) verzorgende of verplegende hulp en/of het regelen van allerlei zaken of begeleiding bij activiteiten.
- Ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap gaf aan dat de *meeste* hulp wordt gegeven door hun partner. Verder is het vaak een niet-inwonend familielid die de meeste hulp geeft (ruim een kwart).
- Bij ruim twee derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap met informele zorg is de zorg langdurend van aard (tenminste drie maanden aaneensluitend).
- Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap maken in verschillende mate gebruik van informele zorg: vrouwen hebben bijna twee maal zo vaak hulp als mannen.
- Dit verschil komt ook tot uiting bij de huishoudelijke hulp en de hulp bij het regelen van allerlei zaken of begeleiding bij activiteiten. Bij informele zorg van verzorgende of verplegende aard is dit verschil ook aanwezig maar in omgekeerde richting: mannen hebben vaker verzorging of verpleging van hun naasten dan vrouwen.
- Sekse blijkt geen bepalende factor te zijn voor het aantal uren hulp per week.
- Jonge mensen met een chronische ziekte of handicap (15 tot 40 jaar) maakten in 2004 over het algemeen meer gebruik van (huishoudelijke en verzorgende of verplegende) informele zorg dan degenen van 40 jaar en ouder.
- Mensen met een chronische ziekte of handicap van 15 tot 65 jaar hebben gemiddeld meer uren hulp per week dan degenen van 75 jaar of ouder.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde ruim een kwart in 2004 informele zorg te hebben gehad. Dit is ongeveer evenveel als in 2002.
- De aard van de chronische ziekte en het al dan niet hebben van meer dan één chronische ziekte hangen niet samen met informele zorg.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde de helft in 2004 informele zorg te hebben gehad.
- Bij ruim drie kwart van degenen met informele zorg is de hulp langdurend van aard (tenminste drie maanden aaneensluitend).

- Het gebruik van informele zorg in zijn algemeenheid is niet gerelateerd aan de aard van de beperking. Wel hebben mensen met motorische beperkingen gecombineerd met zowel visuele als gehoorbeperkingen vaker hulp van verzorgende of verplegende aard dan mensen met enkel motorische beperkingen of motorische beperkingen gecombineerd met gehoorbeperkingen.
- Bovendien hebben van de gehandicapten met informele zorg degenen met motorische beperkingen gecombineerd met visuele beperkingen gemiddeld meer uren per week hulp dan gehandicapten met enkel motorische beperkingen.
- De ernst van de beperking is meer nog dan de aard van de beperking bepalend voor het gebruik van informele zorg: mensen met ernstige lichamelijke beperkingen hebben meer hulp dan mensen met matige lichamelijke beperkingen. Dit geldt zowel voor het gebruik van informele zorg in zijn algemeenheid alsook voor de onderscheiden typen hulp. Bovendien hebben van de gehandicapten met informele zorg, de mensen met ernstige lichamelijke beperkingen gemiddeld meer uren hulp per week dan degenen met een matige lichamelijke beperking.

4.3 Hulpmiddelen en aanpassingen

Om het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen in de thuissituatie door mensen met een chronische ziekte of handicap te inventariseren is in april 2002, 2004 en 2005 aan de panelleden per type hulpmiddel en aanpassing gevraagd of men dit had. Voorbeelden zijn: een hulpmiddel voor de persoonlijke verzorging, zoals een kousenaantrekker, een loophulpmiddel, zoals een stok of een rollator, een alarmsysteem, een gehoorapparaat, een bril, et cetera. Daarnaast is in deze metingen aan de panelleden de vraag voorgelegd of men in het voorgaande kalenderjaar een hulpmiddel of aanpassing had aangevraagd bij de gemeente via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), en zo ja, welke. Via de Wvg is een drietal voorzieningen aan te vragen, namelijk (1) een vervoersvoorziening, zoals een aangepaste auto, een scootmobiel of collectief vervoer (deeltaxi), (2) een rolstoel en (3) een woonvoorziening, zoals een douchezitje, een traplift of een aangepaste keuken.

4.3.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

Ruim drie kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde in 2005 thuis één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen te hebben (76%, 95-BI: 73-79). In tabel 4.1 wordt hiervan een overzicht gegeven. Over het bezit van hulpmiddelen en aanpassingen in de algemene bevolking zijn helaas geen referentiegegevens beschikbaar.

Tabel 4.1: Hulpmiddelen en aanpassingen van mensen met een chronische ziekte of handicap in de thuissituatie in 2005

	%	(95%-BI)
Visuele hulpmiddelen	64	(61-66)
Steunzolen	16	(13-18)
Loophulpmiddelen	11	(8-13)
Steunkousen	10	(8-12)
Woningaanpassingen	9	(7-11)
Hulpmiddelen voor het doseren en toedienen van medicijnen	7	(6-9)
Incontinentiemateriaal	7	(6-9)
Gehoorapparaat	6	(5-8)
Prothesen of orthesen	6	(5-7)
Aangepast meubilair	5	(4-7)
Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging	5	(4-7)
Alarmsysteem	4	(3-5)
Orthopedische of aangepaste schoenen	4	(3-6)
Huishoudelijke hulpmiddelen	2	(1-3)
Rolstoel	2	(1-4)
Aanpassingen aan de werkplek thuis	1	(1-2)
Aanpassingen in de auto	1	(0-2)

Zoals tabel 4.1 laat zien, varieert het percentage met hulpmiddelen of aanpassingen naar type van 1% tot 64% onder mensen met een chronische ziekte of handicap. Bijna twee derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap gaf aan een visueel hulpmiddel, zoals een bril, contactlenzen of een loep, te hebben. Naast visuele hulpmiddelen werden steunzolen, loophulpmiddelen, elastische kousen en woningaanpassingen het vaakst genoemd.

Het gemiddelde aantal hulpmiddelen of aanpassingen over de totale groep van mensen met een chronische ziekte of handicap bekeken bedroeg in 2005 1,8 (95-BI: 1,6-1,9). Van uitsluitend degenen met een hulpmiddel bedroeg het gemiddelde aantal hulpmiddelen 2,6 (95-BI: 2,5-2,8).

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap gaf 9% (95-BI: 8-12) aan in 2004 een voorziening aangevraagd te hebben via de Wvg. De meeste aanvragen betroffen een vervoersvoorziening (5%, 95-BI: 4-6), 3% (95-BI: 2-4) had (daarnaast) een woonvoorziening, zoals een traplift of een aangepaste keuken aangevraagd, en 1% (95-BI: 1-2) (ook) een rolstoel.

4.3.2 *Sociaal-demografische kenmerken*

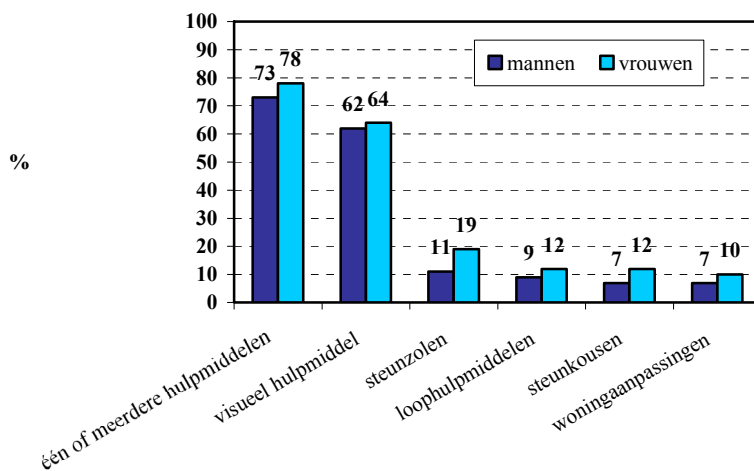
Hieronder wordt het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen beschreven naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Sekse

Het gebruik van één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen blijkt gelijk te zijn voor mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap (zie figuur 4.12). Van de mannen had in 2005 73% (95-BI: 69-77) één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen, van de vrouwen was dat 78% (95-BI: 74-81). Wanneer men eenmaal een hulpmiddel of een aanpassing heeft, blijken vrouwen er gemiddeld wel meer te hebben dan mannen: 2,7 (95-BI: 2,5-2,8) en 2,4 (95-BI: 2,2-2,6) respectievelijk.

Van de vijf meest gebruikte typen hulpmiddelen of aanpassingen (zie tabel 4.1) hadden mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap in 2005 even vaak een *visueel hulpmiddel*, een *loophulpmiddel* en een *woningaanpassing*. *Steunzolen* en *steunkousen* hadden vrouwen met een chronische ziekte of handicap echter vaker dan mannen (zie ook figuur 4.11): 19% (95-BI: 16-21) van de vrouwen had steunzolen in vergelijking met 11% (95-BI: 9-14) van de mannen, en 12% (95-BI: 10-14) van de vrouwen had steunkousen, tegen 7% (95-BI: 6-9) van de mannen.

Figuur 4.11: Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap met één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen en de vijf meest genoemde (% in 2005)



Het aanvragen van één of meerdere voorzieningen via de Wvg deden mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap in 2004 even vaak.

Leeftijd

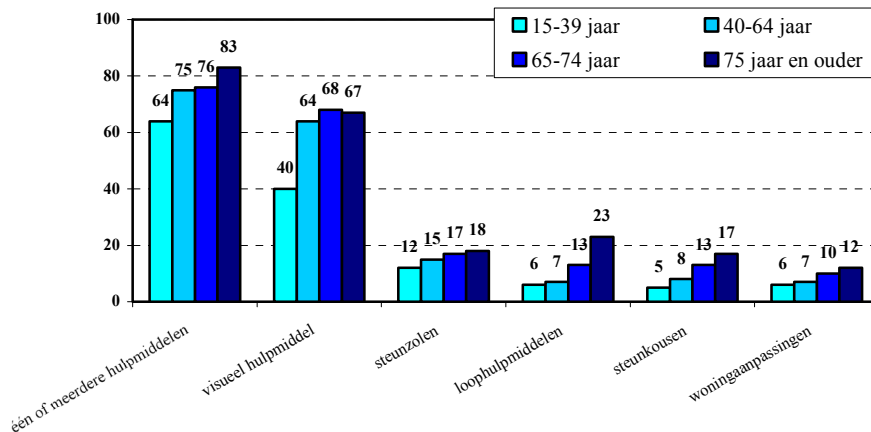
Figuur 4.12 laat zien dat het gebruik van één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen vaker voorkomt bij mensen met een chronische ziekte of handicap van 40 jaar en ouder dan bij de jongere chronisch zieken en gehandicapten van 15 tot 40 jaar. In de jongste leeftijdsgroep heeft 64% (95-BI: 57-71) een hulpmiddel of aanpassing, in de drie oudere leeftijdsgroepen is dat respectievelijk 75% (95-BI: 71-79), 76% (95-BI: 71-80) en 83% (95-BI: 78-86).

Van degenen met een hulpmiddel of een aanpassing, hadden ouderen er gemiddeld ook *meer*. Chronisch zieken en gehandicapten van 65 jaar tot 75 jaar hadden gemiddeld 2,7 (95-BI: 2,5-2,9) hulpmiddelen of aanpassingen, in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder was dat 2,9 (95-BI: 2,7-3,1), tegen 2,2 (95-BI: 1,9-2,5) hulpmiddelen of aanpassingen in de jongste leeftijdsgroep van 15 tot 40 jaar.

Van de vijf meest gebruikte typen hulpmiddelen of aanpassingen in 2005 (zie tabel 4.1) werden alleen *steunzolen* even vaak genoemd door mensen met een chronische ziekte of handicap van verschillende leeftijden. Van de andere vier blijkt het gebruik te stijgen met de leeftijd. De percentages staan weergegeven in figuur 4.13. *Visuele hulpmiddelen*

worden in de jongste leeftijdsgroep (15 tot 40 jaar) minder vaak gebruikt dan chronisch zieken en gehandicapten van 40 jaar en ouder. *Loophulpmiddelen* worden vaker gebruikt door chronisch zieken en gehandicapten van 65 jaar en ouder in vergelijking met jongere chronisch zieken en gehandicapten van 15 tot 40 jaar. In de oudste leeftijdsgroep (75+) wordt dit verschil nog duidelijker: 75-plussers hebben vaker een loophulpmiddel dan degenen jonger dan 75 jaar. *Steunkousen* komen vaker voor bij chronisch zieken en gehandicapten van 65 jaar en ouder dan degenen jonger dan 65 jaar en een *woningaanpassing* hadden chronisch zieken en gehandicapten van 75 jaar en ouder vaker dan degenen jonger dan 75 jaar.

Figuur 4.12: Deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap met één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen en de vijf meest genoemde (% in 2005), naar leeftijd



Het aanvragen van één of meerdere voorzieningen via de *Wvg* deden oudere mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd vanaf 75 jaar vaker dan degenen jonger dan 75 jaar. Van de 75-plussers rapporteerde ruim een derde in 2004 een *Wvg*-voorziening te hebben aangevraagd (35%, 95-BI: 28-41). In de drie jongere leeftijdsgroepen oplopend naar leeftijd was dat 10% (95-BI: 6-15), 14% (95-BI: 11-17), en 18% (95-BI: 15-23).

Opleiding

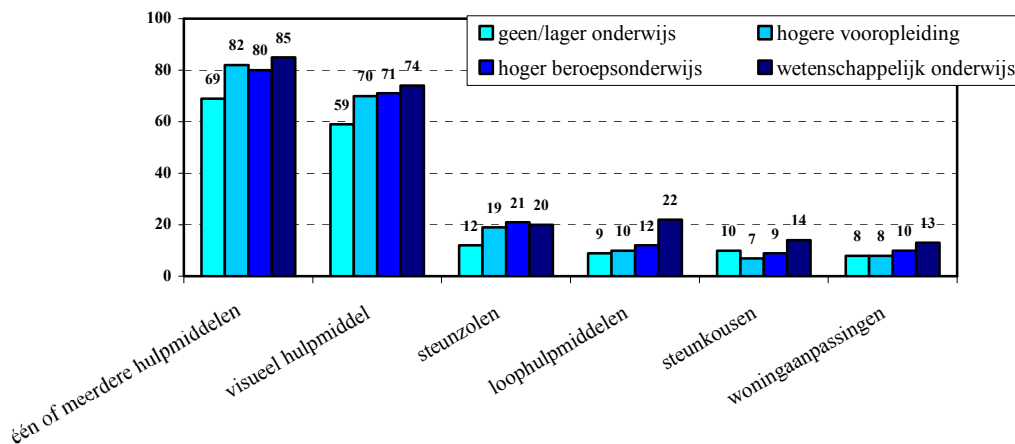
Het opleidingsniveau blijkt ook gerelateerd te zijn aan het hulpmiddelengebruik. Chronisch zieken en gehandicapten met een middelbare beroepsopleiding of hoger rapporteerden in 2005 vaker één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen te hebben dan mensen met een chronische ziekte of handicap zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs. Van deze laagst opgeleiden had 69% een hulpmiddel of aanpassing, tegen 82% (95-BI: 77-86) van degenen met een middelbare beroepsopleiding, tot 85% (95-BI: 77-91) van de mensen met een chronische ziekte of handicap met een universitaire opleiding.

Dit opleidingseffect komt ook terug in het *aantal* hulpmiddelen of aanpassingen. Van degenen met een hulpmiddel of een aanpassing hadden hoger opgeleide mensen met een

chronische ziekte of handicap ook meer hulpmiddelen of aanpassingen. Gemiddeld hadden degenen met een hogere beroepsopleiding of een universitaire opleiding respectievelijk 2,8 (95-BI: 2,5-3,0) en 2,9 (95-BI: 2,5-3,3) hulpmiddelen of aanpassingen, tegen gemiddeld 2,3 (95-BI: 2,1-2,6) onder degenen zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs.

Van de vijf meest gebruikte *typen hulpmiddelen of aanpassingen* in 2005 (zie tabel 4.1) werden *steunkousen* en *woningaanpassingen* even vaak genoemd door mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende opleidingsniveaus. De andere drie komen vaker voor bij mensen met een chronische ziekte of handicap met een hogere (beroeps-) opleiding dan bij degenen zonder een opleiding of enkel basisonderwijs. De percentages staan weergegeven in figuur 4.13. *Visuele hulpmiddelen* worden minder vaak gebruikt door mensen met een chronische ziekte of handicap zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs dan degenen met een hogere vooropleiding, een hogere beroepsopleiding en een universitaire opleiding. *Loophulpmiddelen* worden minder vaak gebruikt door mensen met een chronische ziekte of handicap zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs dan degenen met een universitaire opleiding. *Steunzolen* worden minder vaak gebruikt door mensen met een chronische ziekte of handicap zonder een opleiding of met enkele basisonderwijs dan degenen met een hogere beroepsopleiding.

Figuur 4.13: Deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap met een hulpmiddel of aanpassing en de vijf meest genoemde (% in 2005), naar opleidingsniveau (geen of lager onderwijs ten opzichte van hoger onderwijs)



Het aanvragen van één of meerdere voorzieningen via de Wvg daarentegen deden meer mensen met een chronische ziekte of handicap in de laagste opleidingsklasse (geen opleiding of enkel basisonderwijs) dan degenen met een middelbare vooropleiding (zoals MAVO, et cetera) of een hogere beroepsopleiding. Van de laagst opgeleide mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde 12% (95-BI: 9-16) in 2004 een Wvg-voorziening te hebben aangevraagd. In de twee genoemde hogere opleidingscategorieën was dat 7% (95-BI: 6-10 en 5-10).

4.3.3 Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde in 2005 79% (95-BI: 77-81) een hulpmiddel of aanpassing te hebben. Dit percentage blijkt te fluctueren in de periode 2002-2005. In 2002 had ook ongeveer drie kwart van de mensen met een chronische ziekte een hulpmiddel of aanpassing (74%, 95-BI: 71-77), maar in 2004 was dit met 65% (95-BI: 61-69) een stuk lager [kwadratische trend].

Tabel 4.2 laat zien dat het hulpmiddelenbezit onder chronisch zieken naar *type hulpmiddel of aanpassing* varieert van 1% tot 64%. Bijna twee derde van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde een visueel hulpmiddel te hebben, zoals een bril, contactlenzen of een loep. Naast visuele hulpmiddelen werden steunzolen, loophulpmiddelen, steunkousen, woningaanpassingen en incontinentiemateriaal het vaakst genoemd.

Tabel 4.2: Hulpmiddelen van mensen met een chronische ziekte in de thuissituatie in 2005

	%	(95%-BI)
Visuele hulpmiddelen	64	(62-66)
Steunzolen	16	(14-18)
Loophulpmiddelen	11	(9-14)
Steunkousen	10	(9-12)
Woningaanpassingen	8	(7-10)
Incontinentiemateriaal	8	(6-9)
Gehoorapparaat	6	(5-8)
Hulpmiddelen voor het doseren en toedienen van medicijnen	6	(5-8)
Aangepast meubilair	5	(4-7)
Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging	5	(4-7)
Orthopedische of aangepaste schoenen	4	(3-6)
Prothesen of orthesen	4	(3-5)
Alarmsysteem	3	(3-5)
Huishoudelijke hulpmiddelen	2	(2-3)
Rolstoel	2	(1-4)
Aanpassingen aan de werkplek thuis	1	(1-2)
Aanpassingen in de auto	1	(0-2)

Het gemiddelde *aantal hulpmiddelen en aanpassingen* over de totale groep van mensen met een chronische ziekte bedroeg in 2005 1,9 (95-BI: 1,8-2,0) per persoon. Van uitsluitend degenen met een hulpmiddel of aanpassing bedroeg het gemiddelde aantal 2,5 (95-BI: 2,4-2,6). Ook dit aantal fluctueert tussen 2002 en 2005, met een laagste aantal in 2004 (2,3 gemiddeld, 95-BI: 2,2-2,4), terwijl het gemiddelde aantal hulpmiddelen en aanpassingen in 2002 vergelijkbaar is (2,6 gemiddeld, 95-BI: 2,5-2,8) met dat in 2005 [kwadratische trend].

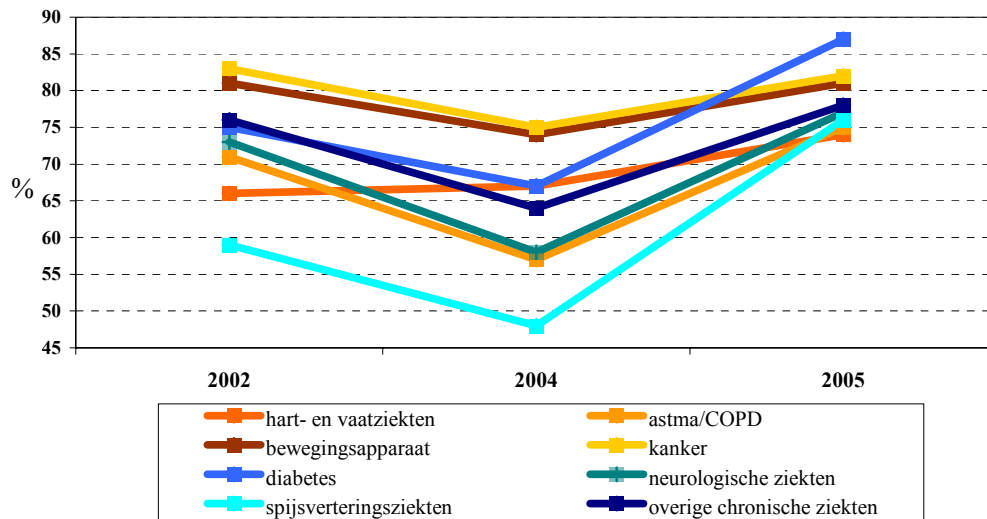
Van de mensen met een chronische ziekte gaf 10% (95-BI: 8-11) aan in 2004 een *Wvg-voorziening* aangevraagd te hebben. In de periode 2001-2004 is dit percentage langzaam aan afgenomen [lineaire trend]: van 18% (95-BI: 16-21) in 2001, via 12% (95-BI: 10-15) in 2004 naar 10% in 2005.

Eén op de 20 aanvragen in 2004 betrof een vervoersvoorziening, (5%, 95-BI: 4-7), 3% (95-BI: 2-4) had (daarnaast) een woonvoorziening aangevraagd, en 1% (95-BI: 1-2) (ook) een rolstoel.

Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte blijkt gerelateerd te zijn aan het hulpmiddelengebruik. Zo rapporteerden mensen met diabetes in 2005 vaker een hulpmiddel of een aanpassing te hebben dan chronisch zieken uit de referentiegroep (mensen met hart- en vaatziekten), namelijk 87% (95-BI: 83-90) tegen 74% (95-BI: 69-79). In de periode 2002-2005 fluctueert het percentage mensen met diabetes dat één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen heeft [kwadratische trend]. In 2002 had ook drie kwart van de chronisch zieken met diabetes één of meerdere hulpmiddelen (75%, 95-BI: 69-80), maar in 2004 was dit met 67% (95-BI: 59-74) een stuk lager. Eenzelfde ontwikkeling in het gebruik van hulpmiddelen is te zien bij mensen met astma of COPD, chronische ziekten aan het bewegingsapparaat, chronische spijsverteringsziekten, neurologische ziekten en bij mensen met overige chronische ziekten. Deze ontwikkelingen zijn specifiek voor de genoemde diagnosegroepen, bovenop die van de totale groep van mensen met een chronische ziekte. Bij mensen met hart- en vaatziekten en kanker is er voor wat betreft het gebruik van hulpmiddelen of aanpassingen in de periode 2002-2005 geen sprake van specifieke ontwikkelingen, deze wijken dus niet af van de trend die geldt voor de totale groep van mensen met een chronische ziekte. Figuur 4.14 geeft hiervan een grafisch beeld.

Figuur 4.14: Deel van de mensen met een chronische ziekte dat één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen heeft, naar aard van de ziekte



Figuur 4.14 laat ook zien dat in 2005 behalve mensen met diabetes relatief veel mensen met kanker en ziekten aan het bewegingsapparaat één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen hadden, respectievelijk 82% (95-BI: 74-88) en 81% (95-BI: 77-84). Voor mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat is dat niet onlogisch, maar

voor mensen met kanker is dit een meer onverwachte uitkomst. In deze groep zijn het met name prothesen en/of orthesen die relatief veel gebruikt worden (18%, 95-BI: 11-29), zoals een borstprothese of een pruik. Hierbij moet worden opgemerkt dat veel panelleden van het NPCG met als indexziekte kanker daarvoor genezen zijn verklaard of de behandeling tegen kanker al enkele jaren achter de rug hebben. Mensen met diabetes rapporteren vooral hulpmiddelen te hebben voor het doseren en toedienen van medicijnen, zoals een insulinespuit of bloedsuikerstickjes.

Van de vijf meest gebruikte *typen hulpmiddelen of aanpassingen* (zie tabel 4.2) hadden mensen met verschillende chronische ziekten in 2005 even vaak een *visueel hulpmiddel*, een *loophulpmiddel*, *steunkousen* en *woningaanpassingen*. *Steunzolen* hadden mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat vaker dan mensen uit de referentiegroep (hart- en vaatziekten): 21% (95-BI: 17-26) van de mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat had steunzolen in vergelijking met 11% (95-BI: 8-15) van de mensen met hart- en vaatziekten. *Incontinentiemateriaal* werd vaker door mensen met diabetes en chronische spijsverteringsziekten gebruikt dan door mensen uit de referentiegroep: 13% (95-BI: 9-18) van de mensen met diabetes en 17% (95-BI: 9-18) van de mensen met chronische spijsverteringsziekten, tegen 6% (95-BI: 6-9) in de referentiegroep.

Van de chronisch zieken met hulpmiddelen of aanpassingen rapporteerden mensen met kanker gemiddeld *meer* hulpmiddelen dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten, respectievelijk 2,8 (95-BI: 2,6-3,0) en 2,4 (95-BI: 2,1-2,6). Over het algemeen zijn er geen specifieke trends voor de onderscheiden diagnosegroepen voor wat betreft het aantal hulpmiddelen of aanpassingen. Alleen bij mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat is er sprake van een daling in de periode 2002-2005 [lineaire trend]: van gemiddeld 3,7 (95-BI: 3,5-4,0) hulpmiddelen of aanpassingen in 2002 naar gemiddeld 2,6 (95-BI: 2,4-2,8) in 2005. Deze ontwikkeling is dus afwijkend van die in de totale groep van mensen met een chronische ziekte.

Het aanvragen van één of meerdere *Wvg-voorzieningen* deden mensen met een chronische neurologische ziekte in 2004 vaker dan mensen met hart- en vaatziekten (referentiegroep). Dit verschil was niet zichtbaar in de eerdere metingen onder de panelleden van het PPCZ. Van de mensen met een chronische neurologische ziekte vroeg 17% (95-BI: 12-23) een Wvg-voorziening aan, tegen 8% in de referentiegroep (95-BI: 6-11).

Van de mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat en de mensen met overige chronische ziekten is in de periode 2001-2004 een extra dalende ontwikkeling in het percentage Wvg-aanvragen zichtbaar, bovenop de algemene neerwaartse ontwikkeling van de totale groep van chronisch zieken. Van de mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat daalde dit percentage van 38% (95-BI: 32-45) in 2001 naar 8% (95-BI: 6-11) in 2004, van de mensen met een 'overige' chronische ziekte (minder vaak voorkomende chronische ziekten) daalde dit percentage van 20% (95-BI: 16-26) in 2001 naar eveneens 8% (95-BI: 6-11) in 2004.

Comorbiditeit

Het al dan niet hebben van meerdere chronische ziekten blijkt niet gerelateerd te zijn aan het hulpmiddelengebruik. In de periode 2002-2005 fluctueerde het hulpmiddelengebruik bij mensen met twee chronische ziekten [kwadratische trend]. Deze ontwikkeling is een extra effect voor het hebben van twee chronische ziekten, bovenop die van de totale groep van chronisch zieken. In 2002 had van hen ruim drie kwart één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen (76%, 95-BI: 71-80). Dit daalde naar 64% (95-BI: 57-70) in 2004, terwijl het weer steeg naar 80% (95-BI: 77-84) in 2005. Voor chronisch zieken zonder comorbiditeit en chronisch zieken met ernstige comorbiditeit (drie chronische ziekten of meer) was het hulpmiddelengebruik in de afgelopen jaren stabiel.

Van de vijf meest gebruikte *typen hulpmiddelen of aanpassingen* (zie tabel 4.2) hadden chronisch zieken met en zonder comorbiditeit in 2005 even vaak een *visueel hulpmiddel, steunzolen, woningaanpassingen en incontinentiemateriaal*. *Loophulpmiddelen* daarentegen hadden mensen met twee chronische ziekten vaker dan mensen met één chronische ziekte: 14% (95-BI: 11-18) en 9% (95-BI: 7-11), respectievelijk. Ook *steunkousen* werden vaker door mensen met twee chronische ziekten gebruikt dan door mensen met één chronische ziekte: 13% (95-BI: 10-16) van de mensen met twee chronische ziekten, tegen 8% (95-BI: 6-10) van de mensen zonder comorbiditeit. Van de mensen met drie of meer chronische ziekten rapporteerden ook relatief veel mensen loophulpmiddelen en steunkousen te hebben; dit verschilt echter niet van de mensen zonder comorbiditeit vanwege meer variatie binnen de groep (bredere betrouwbaarheidsintervallen).

Van de mensen met een chronische ziekte met hulpmiddelen of aanpassingen rapporteerden degenen met twee chronische ziekten gemiddeld *meer* hulpmiddelen te hebben dan de referentiegroep van mensen zonder comorbiditeit, respectievelijk 2,7 (95-BI: 2,5-2,9) en 2,4 (95-BI: 2,2-2,6). Ook van de mensen met drie chronische ziekten of meer had men gemiddeld 2,7 (95-BI: 2,4-2,9) hulpmiddelen of aanpassingen. Door het bredere betrouwbaarheidsinterval is dat niet significant. In de twee vorige metingen onder de leden van het PPCZ was dit wel significant, evenals voor de mensen met twee chronische aandoeningen. Er zijn er geen specifieke ontwikkelingen zichtbaar voor mensen met of zonder comorbiditeit in de periode 2002-2005.

Het aanvragen van één of meerdere *Wvg-voorzieningen* in 2004 deden chronisch zieken met comorbiditeit niet vaker dan mensen met één chronische ziekte. Wel is van de mensen met comorbiditeit in de periode 2001-2004 een dalende ontwikkeling in het percentage Wvg-aanvragen zichtbaar, dus bovenop de algemene neerwaartse trend van de totale groep van chronisch zieken: van de mensen met twee chronische ziekten daalde het percentage Wvg-aanvragen van 17% (95-BI: 13-21) in 2001 naar 10% (95-BI: 8-13) in 2004, van de mensen met drie of meer chronische ziekten daalde dit percentage van 30% (95-BI: 23-38) in 2001 naar 11% (95-BI: 8-14) in 2004 [lineaire trends].

4.3.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde in 2005 84% (95-BI: 80-86) thuis één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen te hebben. Tabel 4.3 geeft een hiervan een overzicht.

Tabel 4.3: Hulpmiddelen en aanpassingen van gehandicapten in de thuissituatie in 2005

	%	(95%-BI)
Visuele hulpmiddelen	68	(65-71)
Loophulpmiddelen	28	(24-33)
Woningaanpassingen	23	(19-28)
Steunzolen	19	(17-22)
Aangepast meubilair	15	(11-18)
Steunkousen	14	(12-17)
Incontinentiemateriaal	14	(12-16)
Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging	13	(10-17)
Orthopedische of aangepaste schoenen	11	(8-14)
Rolstoel	11	(9-14)
Hulpmiddelen voor het doseren en toedienen van medicijnen	9	(8-11)
Gehoorapparaat	9	(7-11)
Prothesen of orthesen	9	(7-11)
Alarmsysteem	9	(7-11)
Aanpassingen in de auto	5	(3-7)
Huishoudelijke hulpmiddelen	5	(4-7)
Aanpassingen aan de werkplek thuis	4	(3-5)

Zoals tabel 4.3 laat zien, varieert het hulpmiddelenbezit naar *type hulpmiddel of aanpassing* van 4% tot 68%. Ruim twee derde van de mensen met een lichamelijke beperking gaf aan een visueel hulpmiddel te hebben. Naast visuele hulpmiddelen werden loophulpmiddelen, woningaanpassingen, steunzolen en aangepast meubilair het vaakst genoemd.

Het gemiddelde *aantal hulpmiddelen of aanpassingen* van de totale groep gehandicapten bedroeg in 2005 2,2 (95-BI: 2,1-2,4). Van uitsluitend degenen met een hulpmiddel bedroeg het gemiddelde aantal hulpmiddelen 3,1 (95-BI: 3,0-3,3).

Van de gehandicapten gaf 20% (95-BI: 17-24) aan in 2004 een *Wvg-voorziening* aangevraagd te hebben. Ruim één op de tien aanvragen betrof een vervoersvoorziening (13%, 95-BI: 10-15), 6% (95-BI: 5-8) had (daarnaast) een woonvoorziening aangevraagd, en 5% (95-BI: 3-6) (ook) een rolstoel.

Aard van de beperking

De aard van de lichamelijke beperking blijkt geen bepalende factor te zijn voor het hebben van één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen.

Van de vijf meest gebruikte *typen hulpmiddelen of aanpassingen* (zie tabel 4.3) hadden gehandicapten met verschillende typen lichamelijke beperkingen in 2005 even vaak een *visueel hulpmiddel*, een *loophulpmiddel*, een *woningaanpassing* en *aangepast meubilair*. Alleen ten aanzien van het gebruik van *steunzolen* blijkt dat gehandicapten met een combinatie van motorische, visuele en auditieve beperkingen vaker steunzolen hadden

(42%, 95-BI: 27-58) dan gehandicapten met enkel motorische beperkingen (16%, 95-BI: 14-19) of met motorische beperkingen in combinatie met visuele beperkingen (18%, 95-BI: 12-26).

Van de gehandicapten met een hulpmiddel of aanpassing, hadden degenen met een motorische beperking gecombineerd met een visuele en gehoorbeperking gemiddeld *meer* hulpmiddelen of aanpassingen dan degenen met enkel een motorische beperking, respectievelijk 4,0 (95-BI: 3,4-4,5) en 3,1 (95-BI: 2,9-3,3).

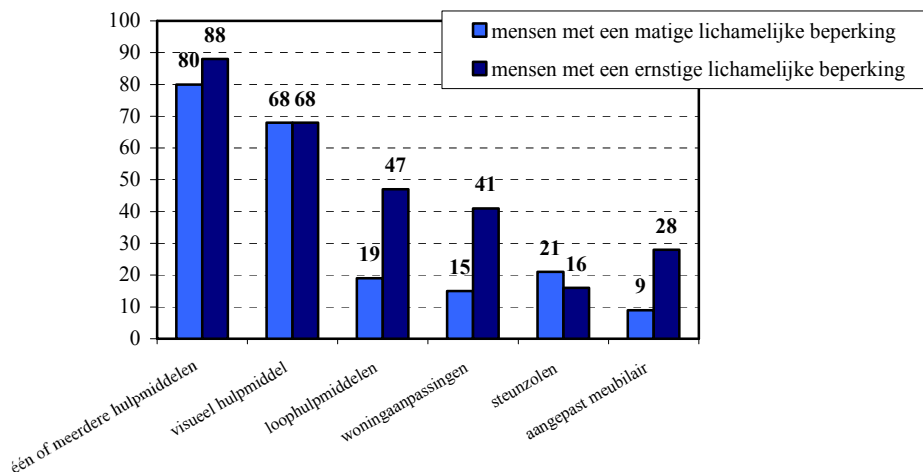
Het aanvragen van *Wvg-voorzieningen* tenslotte blijkt geen verband te houden met de aard van de beperking.

Ernst van de beperking

De ernst van de lichamelijke beperking is voor het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen een relevantere factor dan de aard van de beperking. Figuur 4.15 laat zien dat mensen met een ernstige lichamelijke beperking in 2005 relatief vaker één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen hadden dan mensen met een matige lichamelijke beperking, namelijk 88% (95-BI: 84-91) ten opzichte van 80% (95-BI: 76-83).

Van de vijf meest gebruikte *typen hulpmiddelen of aanpassingen* (zie tabel 4.3) hadden gehandicapten met matige en ernstige lichamelijke beperkingen in 2005 even vaak een *visueel hulpmiddel* en *steunzolen*. *Loophulpmiddelen, woningaanpassingen en aangepast meubilair* hadden gehandicapten met een ernstige beperking echter vaker dan gehandicapten met een matige beperking (zie ook figuur 4.15): bijna de helft (47%, 95-BI: 40-54) van de ernstig beperkten had loophulpmiddelen in vergelijking met bijna een vijfde (19%, 95-BI: 9-14) van de matig beperkten, 41% (95-BI: 35-49) van de ernstig beperkten had woningaanpassingen, tegen 15% (95-BI: 12-19) van de matig beperkten en 28% (95-BI: 23-35) van de ernstig beperkte gehandicapten had aangepast meubilair, tegen 9% (95-BI: 7-12) van de matig beperkte gehandicapten.

Figuur 4.15: Deel van de mensen met een handicap met één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen en de vijf meest genoemde (% in 2005), naar ernst van de lichamelijke beperking



Ook hadden van de gehandicapten met een hulpmiddel of een aanpassing degenen met een ernstige beperking gemiddeld *meer hulpmiddelen of aanpassingen* dan degenen met een matige beperking, namelijk 4,0 (95-BI: 3,8-4,2) en 2,6 (95-BI: 2,4-2,8) respectievelijk.

Het aanvragen van één of meerdere *Wvg-voorzieningen* kwam in 2004 eveneens vaker voor onder mensen met een ernstige lichamelijke beperking dan onder degenen met een matige lichamelijke beperking, namelijk 35% (95-BI: 29-40) tegen 14% (95-BI: 11-16).

4.3.5 Conclusie

- Ruim drie kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde in 2005 één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen te hebben. Over het bezit van hulpmiddelen en aanpassingen in de algemene bevolking zijn helaas geen referentiegegevens beschikbaar.
- Bijna twee op de drie mensen hebben een visueel hulpmiddel. Daarna worden steunzolen, loophulpmiddelen, elastische kousen en woningaanpassingen het vaakst genoemd
- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap gaf bijna 10% aan in 2004 een voorziening aangevraagd te hebben via de Wvg. De meeste aanvragen betroffen een vervoersvoorziening (5%).
- Relatief evenveel mannen als vrouwen hebben een hulpmiddel of een aanpassing. Ook vragen zij even vaak een WVG-voorziening aan. Echter, wanneer men eenmaal een hulpmiddel of een aanpassing heeft, blijken vrouwen er gemiddeld *meer* te hebben dan mannen.
- Mensen met een chronische ziekte of handicap van 40 jaar en ouder hebben vaker een hulpmiddel of aanpassing dan degenen van 15 tot 40 jaar. Van degenen met een hulpmiddel of aanpassing hebben 65-plussers er gemiddeld ook *meer* dan degenen van 15 tot 40 jaar.
- Ook het aanvragen van één of meerdere voorzieningen via de *Wvg* doen mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd vanaf 75 jaar vaker dan degenen jonger dan 75 jaar.
- Het opleidingsniveau blijkt eveneens gerelateerd te zijn aan het hulpmiddelengebruik: mensen met een chronische ziekte of handicap met een middelbare beroepsopleiding of hoger rapporteren vaker een hulpmiddel of aanpassing te hebben dan degenen zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs. Dit opleidingseffect komt ook terug in het *aantal* hulpmiddelen of aanpassingen: van degenen met een hulpmiddel hebben chronisch zieken en gehandicapten met een hogere beroepsopleiding of universitaire opleiding er meer dan degenen zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs.
- Het aanvragen van één of meerdere voorzieningen via de *Wvg* daarentegen deden meer mensen met een chronische ziekte of handicap in de laagste opleidingsklasse (geen opleiding of enkel basisonderwijs) in vergelijking met degenen met een hogere opleiding.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de mensen met een chronische ziekte had bijna 80% in 2005 één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen. Dit percentage blijkt te fluctueren in de periode 2002-2005: in 2002 had ook ongeveer drie kwart van de chronisch zieken één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen, maar in 2004 was dit met 65% een stuk lager. Ook het gemiddelde *aantal* hulpmiddelen of aanpassingen dat men heeft fluctueert op deze wijze.
- Bijna twee derde van de mensen met een chronische ziekte heeft een visueel hulpmiddel. Daarna worden steunzolen, loophulpmiddelen, steunkousen, woningaanpassingen en incontinentiemateriaal het vaakst genoemd.
- Van de chronisch zieken gaf 10% aan in 2004 een *Wvg-voorziening* aangevraagd te hebben. In de periode 2001-2004 is dit percentage langzaam afgenomen: van 18% in 2001 naar 10% in 2005.
- Mensen met diabetes hebben vaker een hulpmiddel dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten.
- In verschillende diagnosegroepen fluctueert het percentage mensen met een hulpmiddel of aanpassing in de periode 2002-2005. De richting van deze ontwikkelingen is dezelfde als die van de totale groep van chronisch zieken, maar zijn specifiek voor deze diagnosegroepen (een extra effect).
- Behalve mensen met diabetes hebben relatief veel mensen met kanker en mensen met ziekten aan het bewegingsapparaat een hulpmiddel. Voor mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat is dat niet onlogisch, maar voor mensen met kanker was dit een meer onverwachte uitkomst. In deze groep zijn het met name prothesen en/of orthesen die relatief veel gebruikt worden, zoals een borstprothese of een pruik. Mensen met diabetes hebben vooral hulpmiddelen voor het doseren en toedienen van medicijnen, zoals een insulinespuit of bloedsuikerstickjes.
- Van de chronisch zieken met een hulpmiddel of een aanpassing hebben mensen met kanker er gemiddeld *meer* dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten.
- Over het algemeen zijn er geen specifieke trends voor de onderscheiden diagnosegroepen voor wat betreft het *aantal* hulpmiddelen of aanpassingen. Alleen bij mensen met een chronische ziekte aan het bewegingsapparaat is er sprake van een daling in de periode 2002-2005.
- Het aanvragen van één of meerdere *Wvg-voorzieningen* doen mensen met een chronische neurologische ziekte vaker dan mensen met hart- en vaatziekten (referentiegroep).
- Chronisch zieken met comorbiditeit hebben gemiddeld *meer* hulpmiddelen of aanpassingen dan mensen zonder comorbiditeit. In de periode 2002-2005 fluctueerde het hulpmiddelengebruik bij mensen met twee chronische ziekten. Deze ontwikkeling is een extra effect voor het hebben van twee chronische ziekten, bovenop die van de totale groep van chronisch zieken.

Het aanvragen van één of meerdere *Wvg-voorzieningen* in 2004 doen chronisch zieken met comorbiditeit niet vaker dan mensen met één chronische ziekte. Wel is van de mensen met comorbiditeit in de periode 2001-2004 een dalende ontwikkeling in het percentage *Wvg-aanvragen* zichtbaar, dus bovenop de algemene neerwaartse trend van de totale groep van chronisch zieken.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde in 2005 ruim 80% één of meerdere hulpmiddelen of aanpassingen te hebben.
- Ruim twee derde van de mensen met een lichamelijke beperking heeft een visueel hulpmiddel. Daarna worden loophulpmiddelen, woningaanpassingen, steunzolen en aangepast meubilair het vaakst genoemd.
- Van de gehandicapten heeft 20% in 2004 een *Wvg-voorziening* aangevraagd.
- Van de gehandicapten met een hulpmiddel of een aanpassing hebben degenen met een motorische beperking gecombineerd met een visuele en gehoorbeperking er gemiddeld *meer* dan degenen met enkel een motorische beperking.
- Het aanvragen van *Wvg-voorzieningen* blijkt geen verband te houden met de aard van de beperking.
- De ernst van de lichamelijke beperking is voor het gebruik van hulpmiddelen of aanpassingen een relevantere factor dan de aard van de beperking: mensen met een ernstige lichamelijke beperking hebben vaker een hulpmiddel of aanpassing dan mensen met een matige lichamelijke beperking. Ook hebben zij meer hulpmiddelen of aanpassingen en vragen zij vaker een *Wvg-voorziening* aan.

4.4 Gespecialiseerde verpleegkundige zorg

Gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen veel betekenen voor met name mensen met chronische ziekten. Zij richten zich op het (leren) omgaan met de ziekte en de daarmee gepaard gaande beperkingen in het dagelijks leven, op zelfmanagement en op de zelfredzaamheid van patiënten/cliënten. Daarnaast richten zij zich op preventie van (chronische) ziekten, door middel van leefstijlaanpassingen, zoals stoppen met roken, meer bewegen of andere voedingsgewoonten, en door het regelmatig controleren van bijvoorbeeld de bloeddruk of het cholesterolgehalte bij risicogroepen. Om het gebruik van gespecialiseerde verpleegkundige zorg te meten zijn vanaf april 2000 aan de panelleden vragen voorgelegd over hun contacten met gespecialiseerde verpleegkundigen in het voorgaande kalenderjaar. Het betreft alle contacten met een gespecialiseerde verpleegkundige *exclusief* de contacten tijdens een ziekenhuisopname of in het kader van een dagbehandeling. Daarbij is gevraagd of men contact had met een diabetesverpleegkundige, een longverpleegkundige, een reumaverpleegkundige, een oncologieverpleegkundige of een andere gespecialiseerde verpleegkundige. In de laatste meting, in april 2005, zijn hart- en vaatverpleegkundigen, maag-, darm- en leververpleegkundigen, incontinentieverpleegkundigen en stomaverpleegkundigen hieraan toegevoegd. Dit betreffen dus de contacten in 2004. Omdat gespecialiseerde verpleegkundigen met name zorg aan chronisch zieken verlenen bevat deze paragraaf naast de totale groep van chronisch zieken en gehandicapten alleen een uitsplitsing naar mensen met een chronische ziekte (paragraaf 4.4.3).

4.4.1 Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde ongeveer één op de drie in 2004 contact te hebben gehad met een gespecialiseerde verpleegkundige (31%, 95-BI: 28-35). Tabel 4.4 geeft een overzicht van het deel van de chronisch zieken en

gehandicapt en dat contact had met verschillende gespecialiseerde verpleegkundigen. Hieruit blijkt dat de meeste contacten plaatsvonden bij een diabetesverpleegkundige, namelijk ongeveer één op de zes chronisch zieken en gehandicapt en. Daarna werden de longverpleegkundige en hart- en vaatverpleegkundigen het vaakst genoemd, maar het betreft dan nog maar respectievelijk 5% en 4% van de chronisch zieken en gehandicapt en. Het minst vaak werden de incontinentieverpleegkundige en stomaverpleegkundige genoemd.

Tabel 4.4: Contact met gespecialiseerde verpleegkundigen van chronisch zieken en gehandicapt en (% in 2004)

	%	(95%-BI)
Diabetesverpleegkundige	16	(13-19)
Longverpleegkundige	5	(3-7)
Hart- en vaatverpleegkundige	4	(3-6)
Reumaverpleegkundige	2	(2-3)
Maag-, darm- en leververpleegkundige	2	(1-3)
Oncologieverpleegkundige	2	(1-2)
Incontinentieverpleegkundige	1	(1-2)
Stomaverpleegkundige	1	(0-2)

Behalve of men contact had met een gespecialiseerde verpleegkundige is gevraagd hoe vaak er contact is geweest in het betreffende jaar. Over de totale groep gerekend rapporteerden de mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 gemiddeld 1,3 keer (95-BI: 0,9-1,8) contact te hebben gehad met een gespecialiseerde verpleegkundige. Van uitsluitend degenen die contact hadden met een gespecialiseerde verpleegkundige was dat gemiddeld 4,2 keer (95-BI: 2,3-6,0) in 2004.

4.4.2 Sociaal-demografische kenmerken

Hieronder wordt het gebruik van gespecialiseerde verpleegkundige zorg door chronisch zieken en gehandicapt en beschreven naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Sekse

Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap bezoeken over het algemeen in dezelfde mate gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook het gemiddelde aantal contacten blijkt niet gerelateerd te zijn aan sekse. Wanneer we echter kijken naar de verschillende specialismen, dan blijkt dat mannen met een chronische ziekte of handicap vaker contact hadden met longverpleegkundigen en hart- en vaatverpleegkundigen dan vrouwen. Helaas is het niet mogelijk om hiervan schattingen te presenteren. Een mogelijke verklaring voor dit sekseverschil is dat COPD (chronische obstructieve longziekten) en enkele hart- en vaatziekten, zoals coronaire hartziekten en beroerte, vaker mannen treffen dan vrouwen. Astma daarentegen komt bij volwassenen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (RIVM, 2006).

Leeftijd

Leeftijd blijkt geen bepalende factor te zijn voor het hebben van contact met gespecialiseerde verpleegkundigen. Dit betekent dat jongere en oudere chronisch zieken en gehandicapten even vaak een gespecialiseerde verpleegkundige bezoeken.

Opleiding

Mensen met een chronische ziekte of handicap met een hogere vooropleiding (zoals HBS, HAVO of atheneum) of hogere beroepsopleiding (HBO) blijken minder vaak contact te hebben met een gespecialiseerde verpleegkundige dan chronisch zieken en gehandicapten in de referentiegroep zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs. Van de laatstgenoemden rapporteerde 37% (95-BI: 31-44) contact te hebben gehad met een gespecialiseerde verpleegkundige, tegen 23% (95-BI: 18-31) van de chronisch zieken en gehandicapten met een hogere vooropleiding en 22% (95-BI: 18-28) van degenen met een hogere beroepsopleiding. Dit opleidingseffect zien we echter nauwelijks terug in de eerdere metingen onder de leden van het PPCZ, zodat hier vooralsnog niet teveel nadruk op moet worden gelegd. Het gemiddelde aantal contacten met een gespecialiseerde verpleegkundige is overigens niet gerelateerd aan het opleidingsniveau.

4.4.3 *Mensen met een chronische ziekte*

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 30% (95-BI: 28-33) in 2004 een gespecialiseerde verpleegkundige te hebben bezocht. Tabel 4.5 laat zien dat de meeste contacten met een diabetesverpleegkundige waren.

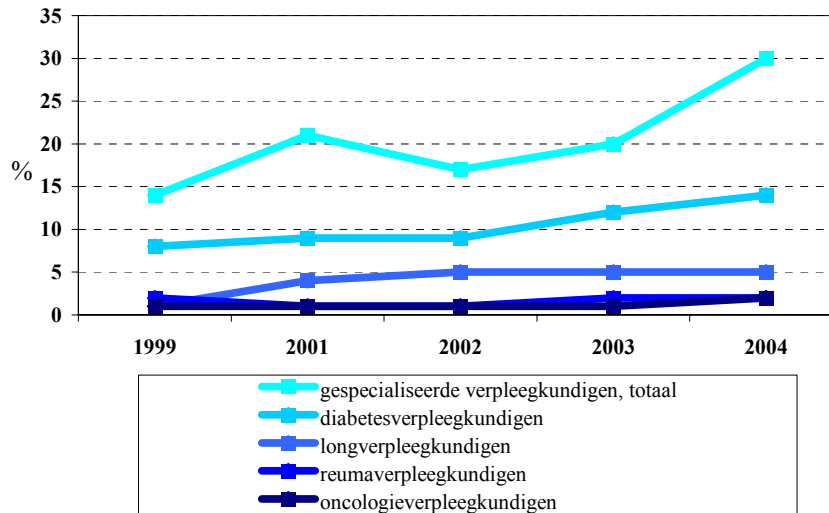
Tabel 4.5: Contact met gespecialiseerde verpleegkundigen van chronisch zieken (% in 2004)

	%	(95%-BI)
Diabetesverpleegkundige	14	(13-16)
Longverpleegkundige	5	(4-6)
Hart- en vaatverpleegkundige	4	(4-5)
Maag-, darm- en leververpleegkundige	2	(2-3)
Reumaverpleegkundige	2	(1-3)
Oncologieverpleegkundige	2	(1-2)
Incontinentieverpleegkundige	1	(1-2)
Stomaverpleegkundige	1	(1-1)

In de periode 1999-2004 is het contact met gespecialiseerde verpleegkundigen gestegen van 14% (95%-BI: 12-17) in 1999 naar 30% (95-BI: 28-33) in 2004 [lineaire trend]. Ook van de contacten met diabetesverpleegkundigen, longverpleegkundigen, reumaverpleegkundigen en oncologieverpleegkundigen zijn gegevens voorhanden van eerdere metingen. Ten aanzien van de contacten met diabetesverpleegkundigen en longverpleegkundigen is eveneens een stijgende lijn te zien [lineaire trends]. In 1999 bezocht 8% (95-BI: 6-10) van de chronisch zieken een diabetesverpleegkundige en 1% (95-BI: 1-2) een longverpleegkundige. Deze contactpercentages stegen naar respectievelijk 14% en 5% (zie tabel 4.5). Figuur 4.16 geeft een beeld van de ontwikkeling in contactpercentages met gespecialiseerde verpleegkundigen in het algemeen en met de vier genoemde specialismen. De

stijging van de contactpercentages van gespecialiseerde verpleegkundigen in het algemeen komen dus mede voor rekening van diabetes- en longverpleegkundigen.

Figuur 4.16: Contactpercentages van mensen met een chronische ziekte met gespecialiseerde verpleegkundigen in de periode 1999-2004 (% per jaar)



Over de totale groep gerekend rapporteerden de mensen met een chronische ziekte of handicap in 2004 gemiddeld 1,7 keer (95-BI: 1,4-1,9) contact te hebben gehad met een gespecialiseerde verpleegkundige. Van uitsluitend degenen die contact hadden met een gespecialiseerde verpleegkundige was dat gemiddeld 5,7 keer (95-BI: 4,1-7,3) in 2004. Het gemiddelde aantal contacten is stabiel in de periode 1999-2004. Mensen met een chronische ziekte die in deze periode een gespecialiseerde verpleegkundige bezochten deden dat dus gemiddeld even vaak per jaar.

Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte blijkt bepalend te zijn voor het gebruik van gespecialiseerde verpleegkundige zorg. Mensen met diabetes en mensen met kanker bezochten in 2004 vaker een gespecialiseerde verpleegkundige dan de chronisch zieken uit de referentiegroep (hart- en vaatziekten), namelijk 75% (95-BI: 70-79) van de chronisch zieken met diabetes en 39% (95-BI: 30-50) van de mensen met kanker, tegen 25% (95-BI: 21-30) van de mensen met hart- en vaatziekten. Van de mensen met astma of COPD rapporteerde 28% (95-BI: 23-34) in 2004 contact te hebben gehad met een gespecialiseerde verpleegkundige.

De ontwikkelingen in de contactpercentages van de chronisch zieken in de verschillende diagnosegroepen in de periode 1999-2004 laten geen afwijkend beeld zien van dat van de totale groep van chronisch zieken. Dit heeft te maken met het feit dat de contacten met bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige over de totale groep vooral de specifieke groep van mensen met diabetes betrof en de contacten met de longverpleegkundige vooral mensen met astma of COPD.

In 2004 had 69% (95-BI: 64-74) van de mensen met diabetes contact met een diabetes-verpleegkundige, van de mensen met astma en COPD had 17% (95-BI: 13-21) contact met een longverpleegkundige en van de mensen met een hart- of vaatziekte had 9% (95-BI: 6-13) contact met een hart- en vaatverpleegkundige. Deze percentages zijn lager dan bovenstaande over de hele groep omdat gespecialiseerde verpleegkundigen zich niet uitsluitend richten op mensen met een bepaalde chronische ziekte, maar bijvoorbeeld ook op mensen met een verhoogd risico op die ziekte, zoals het controleren en begeleiden van mensen met overgewicht of een hoge bloeddruk omdat zij een verhoogde kans hebben op het krijgen van diabetes of een hart- of vaatziekte.

De aard van de chronische ziekte hangt niet samen met het gemiddelde *aantal contacten* met gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook voor wat betreft de gemiddelde aantallen zijn er geen specifieke ontwikkelingen voor de onderscheiden diagnosegroepen tussen 1999 en 2004, en zijn daarmee dus stabiel.

Comorbiditeit

Het hebben van één of meerdere chronische ziekten blijkt ook bepalend te zijn voor het gebruik van gespecialiseerde verpleegkundige zorg: chronisch zieken zonder comorbiditeit bezochten de gespecialiseerde verpleegkundige in 2004 minder vaak (26%, 95-BI: 23-29) dan chronisch zieken met twee ziekten (35%, 95-BI: 31-39) en degenen met drie of meer chronische ziekten (35%, 95-BI: 29-41). In de periode 1999-2004 stegen de contactpercentages overigens juist bij de mensen zonder comorbiditeit [lineaire trend], van 8% (95-BI: 6-10) in 1999 naar 26% (95-BI: 23-29) in 2004. Dit is een extra effect bovenop de stijgende lijn van de totale groep van chronisch zieken, dus specifiek voor de mensen met één chronische ziekte. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat gespecialiseerde verpleegkundige zorg aan het begin van onze meetperiode eerder aan 'complexe' patiënten, met comorbiditeit, werd geboden, en dat deze zorg later meer toegankelijk is geworden voor mensen met 'slechts' één chronische ziekte. De laatste tijd is er ook meer aandacht voor de leefstijl van mensen met een chronische ziekte, met als doel een betere kwaliteit van leven en preventie van een verslechtering van de gezondheidstoestand, bijvoorbeeld bij mensen met diabetes. Gespecialiseerde verpleegkundigen zijn dan ook steeds vaker werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg, bijvoorbeeld in gezondheidscentra.

Voor wat betreft de gemiddelde *aantallen contacten* van de chronisch zieken die in 2004 contact hadden met een gespecialiseerde verpleegkundige, bezochten degenen met twee chronische ziekten de gespecialiseerde verpleegkundige gemiddeld vaker dan degenen zonder comorbiditeit, namelijk respectievelijk 6,4 keer (95-BI: 6-10) en 3,9 keer (95-BI: 6-10). Ook degenen met drie chronische ziekten of meer bezochten met gemiddeld 8,4 keer (95-BI: 5,2-11,7) vaak de gespecialiseerde verpleegkundige. Dit gemiddelde wijkt in statistische zin echter niet af van dat van degenen zonder comorbiditeit, hetgeen wordt veroorzaakt door het lage aantal personen in de analyse van de groep van chronisch zieken met drie ziekten dat contact had met de gespecialiseerde verpleegkundige. In de gemiddelde aantallen contacten van de mensen zonder of met comorbiditeit zijn overigens geen specifieke ontwikkelingen zichtbaar in de periode 1999-2004.

4.4.4 Conclusie

- Ongeveer één op de drie mensen met een chronische ziekte of handicap bezocht in 2004 een gespecialiseerde verpleegkundige. Diabetesverpleegkundigen, longverpleegkundigen en hart- en vaatverpleegkundigen zijn de meest bezochte gespecialiseerde verpleegkundigen.
- In het algemeen zijn de contacten met gespecialiseerde verpleegkundigen niet gerelateerd aan sekse, leeftijd of opleiding.
- De contactpercentages van *mensen met een chronische ziekte* met gespecialiseerde verpleegkundigen zijn in de periode 1999-2004 gestegen van 14% in 1999 naar 30% in 2004. Deze stijging komt mede voor rekening van diabetesverpleegkundigen en longverpleegkundigen.
- Het gemiddelde aantal contacten per jaar van mensen met een chronische ziekte die contact hebben met gespecialiseerde verpleegkundigen is niet veranderd in de periode 1999-2004.
- Vooral mensen met diabetes en mensen met chronische longziekten hebben contact met gespecialiseerde verpleegkundigen. Van hen bezocht respectievelijk 69% een diabetesverpleegkundige en 17% een longverpleegkundige.
- Chronisch zieken met meer dan één chronische ziekte bezoeken een gespecialiseerde verpleegkundige vaker dan chronisch zieken zonder comorbiditeit.
- Los van de algemeen stijgende trend in de contacten van chronisch zieken met gespecialiseerde verpleegkundigen, vertonen de contactpercentages van chronisch zieken zonder comorbiditeit een extra stijging in de periode 1999-2004. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het toegankelijker worden van gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor minder complexe patiënten, waarbij er steeds meer aandacht is voor kwaliteit van leven en leefstijl (secundaire preventie).

5 Overig zorggebruik

Hoofdstuk twee liet zien dat een chronische ziekte of lichamelijke beperking behalve met fysieke problemen gepaard kan gaan met psychische en sociaal-maatschappelijke problemen die kunnen leiden tot een zorgvraag. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de contacten van chronisch zieken en gehandicapten met de geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk (paragraaf 5.1) en de contacten met arbozorgverleners (paragraaf 5.2). Tenslotte maken mensen met een chronische ziekte of handicap (ook) gebruik van alternatieve of complementaire zorg. Daarom wordt dit hoofdstuk afgesloten met informatie over de contacten van chronisch zieken en gehandicapten met andere dan reguliere zorgverleners (paragraaf 5.3).

5.1 Geestelijke gezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk

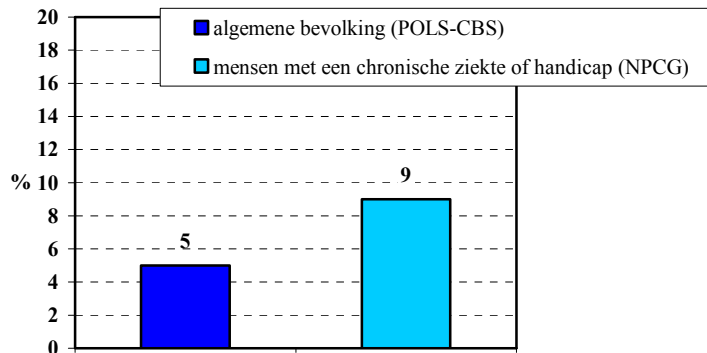
Om het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk door mensen met een chronische ziekte of handicap te inventariseren is vanaf 1998 jaarlijks in april aan de panelleden gevraagd of men het vorige kalenderjaar contact had met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) of het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Binnen de AGGZ kunnen worden onderscheiden: het contact met een RIAGG of crisiscentrum, een bezoek aan een vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut, of een bezoek aan andere psychosociale hulpverleners, zoals de polikliniek psychiatrie of contact met een Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen (CAD). Opgemerkt moet worden dat het AMW verschilt van de AGGZ voor wat betreft de ondersteuning aan mensen.

5.1.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking*

De contacten met de AGGZ en het AMW van mensen met een chronische ziekte of handicap kunnen worden vergeleken met die in de algemene bevolking middels een steekproef van mensen uit de Nederlandse bevolking vanaf 15 jaar die hebben deelgenomen aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Dit onderzoek vindt jaarlijks plaats.

Figuur 5.1 laat zien dat bijna één op de tien mensen met een chronische ziekte of handicap (9%, 95-BI: 7-11) in 2004 contact had met een hulpverlener van de AGGZ (inclusief AMW). Vergeleken met het deel van de mensen uit de referentiegroep (5%) is dat bijna twee maal zo veel.

Figuur 5.1: Deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap dat contact had met de AGGZ (inclusief AMW), vergeleken met de algemene bevolking (% in 2004)



Het gebruik van enkele specifieke vormen van de AGGZ door mensen met een chronische ziekte of handicap kan vervolgens worden vergeleken met een tweede referentiegroep van mensen uit de algemene bevolking, namelijk respondenten van 25 jaar en ouder die in 2001 deelnamen aan de patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (NS-2) (Schellevis et al., 2000; Van Lindert et al., 2004).

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde 3% (95-BI: 3-5) in 2004 contact te hebben gehad met een *vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut*. In de referentiegroep van mensen van 25 jaar en ouder was dat 2% in 2001. In het periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLSCBS) van het CBS is deze zorgvorm niet specifiek bevraagd.

Contact met het *RIAGG* (of crisiscentrum) werd door 2% (95-BI: 1-3) van de mensen met een chronische ziekte of handicap gerapporteerd. In de referentiegroep van het CBS was dat 1% (ook in 2004), in de NS-2 was dat 2% (in 2001).

Met het *Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)* had eveneens 2% (95-BI: 1-3) van de mensen met een chronische ziekte of handicap contact. In de beide referentiegroepen van het CBS en de NS-2 was dat respectievelijk ook 2% en 1%.

Tenslotte gaf 3% (95-BI: 2-4) van de mensen met een chronische ziekte of handicap aan contact te hebben gehad met een *andere hulpverlener* dan bovengenoemde, dus bijvoorbeeld met iemand van een CAD of een bezoek aan de polikliniek psychiatrie. Vanwege een verschillende wijze van bevraging is een vergelijking met de referentiegroepen niet zinvol.

5.1.2 Sociaal-demografische kenmerken

Hieronder wordt het gebruik van AGGZ en AMW beschreven naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

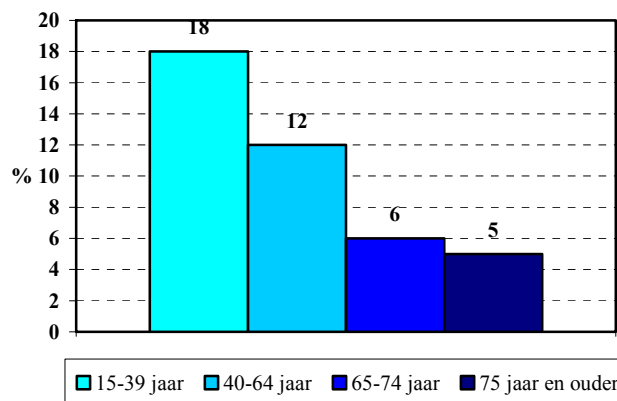
Sekse

Van de vrouwen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde 10% (95-BI: 7-13) in 2004 contact te hebben gehad met de AGGZ (inclusief AMW), ten opzichte van 7% (95-BI: 5-10) van de mannen. Dit verschil is niet statistisch significant.

Leeftijd

Leeftijd blijkt wel gerelateerd te zijn aan het gebruik van AGGZ en AMW. Figuur 5.2 laat zien dat mensen met een chronische ziekte of handicap van 15 tot 40 jaar in 2004 vaker contact hadden met de AGGZ (inclusief AMW) dan degenen van 40 jaar en ouder. Ten opzichte van 75-plussers hebben overigens ook mensen met een chronische ziekte of handicap van 40 tot 65 jaar vaker contact met de AGGZ en het AMW. De percentages bedragen, oplopend naar leeftijdscategorie: 18% (95-BI: 13-25), 12% (95-BI: 9-16), 6% (95-BI: 4-9), en 5% (95-BI: 3-7).

Figuur 5.2: Contact met de AGGZ en AMW van mensen met een chronische ziekte of handicap, naar leeftijd (% in 2004)



Opleiding

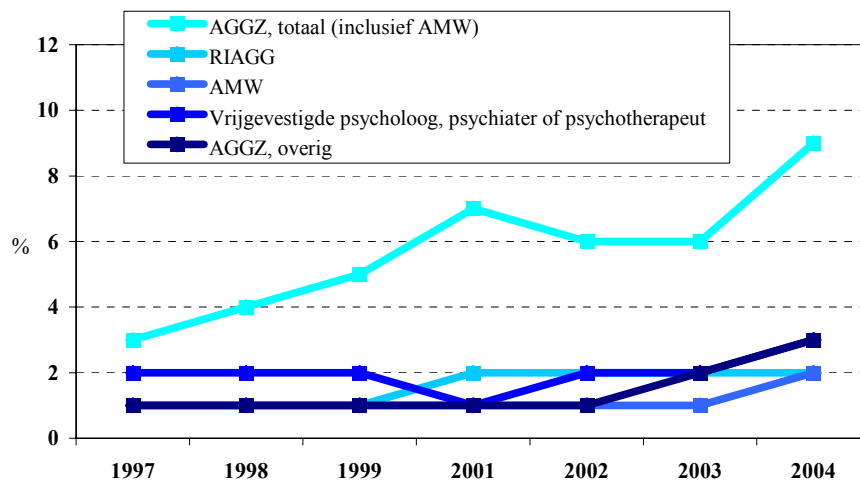
Het opleidingsniveau is niet gerelateerd aan het gebruik van AGGZ of AMW, hoewel de percentages mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2004 contact hadden met de AGGZ of AMW wel stijgen met het opleidingsniveau. Door de grote variatie per opleidingscategorie is deze stijging niet significant. Van de mensen zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs rapporteerde 9% (95-BI: 6-13) contact te hebben gehad met de AGGZ of AMW, dit loopt op naar 14% (95-BI: 8-23) van degenen met een academische opleiding.

5.1.3 Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte had 9% (95-BI: 7-11) in 2004 contact met één of meerdere zorgverleners van de AGGZ of AMW. Met het *RIAGG* en/of het *AMW* had 2% (95-BI: 1-3) contact, met een *vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut* 3% (95-BI: 2-3) en eveneens 3% van de mensen met een chronische ziekte gaf aan met een *andere zorgverlener* werkzaam in de AGGZ contact te hebben gehad.

In de periode 1997-2004 is het contact met de AGGZ (inclusief AMW) gestegen (zie figuur 5.3), van 3% (95-BI: 2-5) in 1997 tot dus 9% in 2004 [lineaire trend]. Van de onderscheiden zorgvormen is alleen in de categorie ‘overige zorgverleners’, zoals het contact met een CAD of een bezoek aan een polikliniek psychiatrie, eenzelfde ontwikkeling zichtbaar [lineaire trend], al blijven de percentages relatief laag: van 1% (95-BI: 0-1) in 1997 naar 3% (95-BI: 3-4) in 2004.

Figuur 5.3: Deel van de mensen met een chronische ziekte dat contact heeft met de AGGZ in de periode 1997-2004, naar zorgvorm (% per jaar)



Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte blijkt geen verband te houden met het gebruik van AGGZ of AMW.

In de periode 1997-2004 zijn er voor mensen met een chronische ziekte in de verschillende diagnosegroepen geen specifieke ontwikkelingen aangetroffen.

Comorbiditeit

Ook het hebben van één of meerdere chronische ziekten is niet bepalend voor het gebruik van AGGZ of AMW. Voor chronisch zieken zonder of met comorbiditeit zijn er eveneens geen specifieke ontwikkelingen aangetroffen in de periode 1997-2004.

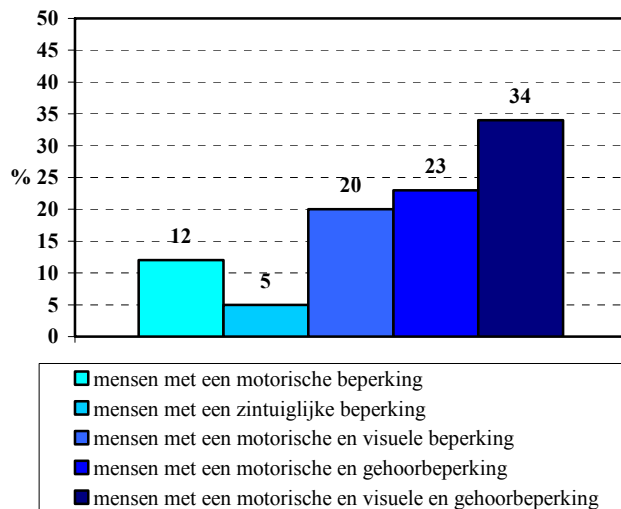
5.1.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Van de mensen met een lichamelijke beperking had 15% (95-BI: 11-19) in 2004 contact met de AGGZ of AMW. Met het RIAGG had 3% (95-BI: 2-4) contact, met het AMW was dat 4% (95-BI: 2-6). Ook met zowel een vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut als een andere hulpverlener werkzaam in de AGGZ, gaf 4% (95-BI: 3-6) van de gehandicapten aan contact te hebben gehad.

Aard van de beperking

Het gebruik van AGGZ of AMW blijkt gerelateerd te zijn aan de aard van de beperking. Gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een gehoorbeperking of in combinatie met zowel een visuele als gehoorbeperking hadden in 2004 vaker contact met de AGGZ of AMW dan de gehandicapten in de referentiegroep met enkel een motorische beperking. Bovendien maken gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met zowel een visuele als gehoorbeperking vaker gebruik van de AGGZ of AMW dan gehandicapten met enkel zintuiglijke beperkingen. Figuur 5.4 geeft de contactpercentages met de AGGZ of AMW naar de aard van de beperking. Hier volgen dezelfde percentages met de betrouwbaarheidsintervallen: van de gehandicapten met uitsluitend motorische beperkingen had 12% (95-BI: 9-16) contact met de AGGZ of AMW, van de gehandicapten met enkel zintuiglijke beperkingen (dus een gehoorbeperking of/een visuele beperking) was dat 5% (95-BI: 1-16), van de gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een visuele beperking was dat 20% (95-BI: 13-29), van de gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een gehoorbeperking was dat 23% (95-BI: 16-32) en van de gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met zowel een visuele als een gehoorbeperking was dat 34% (95-BI: 20-51).

Figuur 5.4: Contact met de AGGZ en AMW van mensen met een lichamelijke beperking, naar aard van hun beperking (% in 2004)



Ernst van de beperking

In tegenstelling tot de aard van de beperking, is de ernst van de beperking niet gerelateerd aan het gebruik van de AGGZ.

5.1.5 Conclusie

- Bijna één op de tien chronisch zieken en gehandicapten had in 2004 contact met de AGGZ (inclusief AMW). Dit is bijna twee maal zo vaak als de algemene bevolking.
- Sekse en opleiding blijken niet gerelateerd te zijn aan het gebruik van AGGZ of AMW, al lijkt het deel van de chronisch zieken en gehandicapten dat contact had met de AGGZ of AMW toe te nemen met het opleidingsniveau. Deze stijging is echter niet significant.
- Leeftijd is wel gerelateerd aan het gebruik van AGGZ of AMW: jongere chronisch zieken en gehandicapten maken vaker gebruik van AGGZ of AMW dan ouderen. In de leeftijdsgroep van 15 tot 40 jaar is het deel met contact drie keer zo hoog (18%) in vergelijking met de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de chronisch zieken had 9% in 2004 contact met één of meerdere zorgverleners van de AGGZ of AMW.
- In de periode 1997-2004 is het contact met de AGGZ (inclusief AMW) van mensen met een chronische ziekte gestegen van 3% in 1997 tot 9% in 2004.
- Het type chronische ziekte en de aan- of afwezigheid van comorbiditeit is niet bepalend voor het gebruik van AGGZ of AMW.

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met een lichamelijke beperking had 15% in 2004 contact met de AGGZ of AMW.
- Het gebruik van AGGZ of AMW blijkt gerelateerd te zijn aan de aard van de beperking: gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met een gehoorbeperking of in combinatie met zowel een visuele als gehoorbeperking hadden in 2004 vaker contact met de AGGZ of AMW dan gehandicapten in de referentiegroep met enkel een motorische beperking. Bovendien maken gehandicapten met een motorische beperking in combinatie met zowel een visuele als gehoorbeperking vaker gebruik van de AGGZ of AMW dan gehandicapten met enkel zintuiglijke beperkingen.

5.2 Arbozorg

Vanaf april 2002 (PPCZ-2) is jaarlijks aan de panelleden gevraagd naar hun contact met de arbozorg in het vorige kalenderjaar. Het betreft alleen werkzame mensen in de leeftijd van 15 tot 65 jaar. Het contact met de arbozorg kan bestaan uit contacten met een bedrijfsarts, een bedrijfsmaatschappelijk werker, een bedrijfsverpleegkundige of andere arbogerelateerde zorgverleners. Vanwege de grote rol die bedrijfsartsen hebben in de arbozorg beperkt deze paragraaf zich tot het contact met bedrijfsartsen.

5.2.1 *Vergelijking ten opzichte van de algemene beroepsbevolking*

Er zijn geen landelijke referentiegegevens beschikbaar van het contact met de bedrijfsarts. Van de werkzame mensen met een chronische ziekte en handicap rapporteerde bijna één op de vijf (19%, BI: 14-24) contact te hebben gehad met een bedrijfsarts in 2004.

5.2.2 Sociaal-demografische kenmerken

Hieronder wordt het contact met de bedrijfsarts beschreven naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

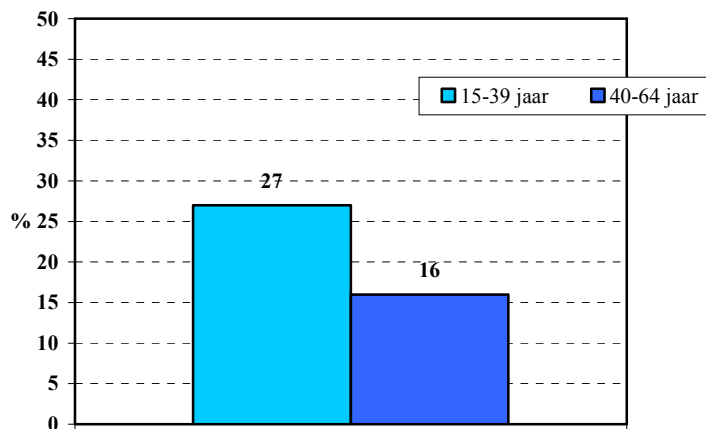
Sekse

In statistische zin verschilt het deel van de mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap dat contact had met een bedrijfsarts niet van elkaar. Wel lijken mannen vaker contact te hebben met een bedrijfsarts dan vrouwen: van de mannen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde 22% (95-BI: 16-29) in 2004 contact te hebben gehad met een bedrijfsarts, tegen 17% (95-BI: 13-23) van de vrouwen. Een dergelijk resultaat zagen we ook in de eerdere metingen onder de leden van het PPCZ.

Leeftijd

Leeftijd blijkt wel gerelateerd te zijn aan het contact met de bedrijfsarts. Figuur 5.5 laat zien dat chronisch zieken en gehandicapten van 15 tot 40 jaar in 2004 vaker contact hadden met de bedrijfsarts (27%, 95-BI: 19-36) dan degenen van 40 tot 65 jaar (16%, 95-BI: 12-21). Dit leeftijdseffect is alleen in de laatste meting aangetroffen. Ondanks dat de verschillen in de voorgaande metingen niet significant waren is de richting van het huidige leeftijdseffect wel consistent.

Figuur 5.5: Contact met de bedrijfsarts van werkzame mensen met een chronische ziekte of handicap, naar leeftijd (% in 2004)

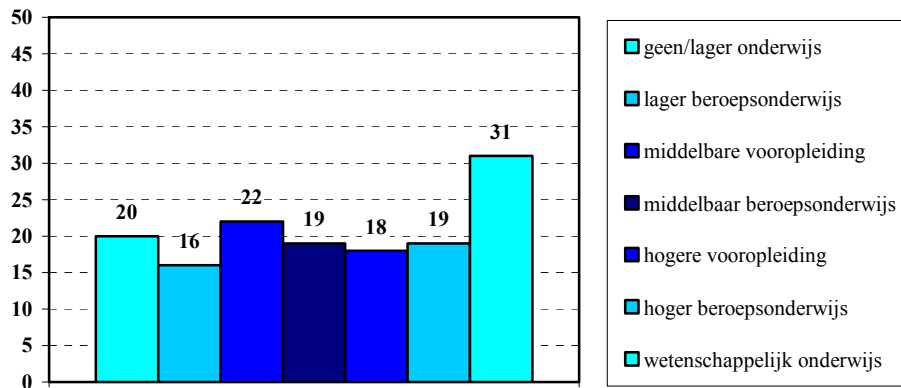


Opleiding

Het opleidingsniveau blijkt eveneens gerelateerd te zijn aan het contact met de bedrijfsarts. Opvallend is het relatief hoge percentage mensen met een chronische ziekte of handicap met een universitaire achtergrond dat rapporteerde contact te hebben gehad met een bedrijfsarts, namelijk 31% (19-46). Het minst vaak zochten degenen met een lagere beroepsopleiding contact met een bedrijfsarts, namelijk 16% (11-22). Dit verschil is statistisch significant. Figuur 5.6 illustreert dit verschil en laat bovendien het deel van de mensen met andere opleidingsniveaus zien dat in 2004 contact had met een bedrijfsarts. Opgemerkt moet worden dat dit opleidingseffect alleen is aangetroffen in de laatste

meting. In de vorige meting onder de leden van het PPCZ (deze betreft het jaar 2003) wijzen de resultaten wel in dezelfde richting, maar in de eerste metingen fluctueert het beeld en liggen de percentages dicht bij elkaar.

Figuur 5.6: Contact met de bedrijfsarts van werkzame mensen met een chronische ziekte of handicap, naar leeftijd (% in 2004)



5.2.3 Mensen met een chronische ziekte

Van de werkzame chronisch zieken had 17% (95-BI: 13-21) in 2004 contact met een bedrijfsarts. In de periode 2001-2004 is het deel van de mensen met een chronische ziekte dat contact had met een bedrijfsarts min of meer stabiel. Oftewel, in statistische zin is er geen sprake van een trend, maar er lijkt zich in 2003 een dip te hebben voorgedaan toen 12% (95-BI: 8-18) van de chronisch zieken rapporteerde contact te hebben gehad met een bedrijfsarts. In de eerste meting bedroeg het geschatte percentage evenals in de laatste meting 17% (95-BI: 13-21).

Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte blijkt niet gerelateerd te zijn aan het contact met de bedrijfsarts. Dit komt eerder door de brede betrouwbaarheidsintervallen rond de schattingen dan dat de geschatte percentages dicht bij elkaar liggen. Zo rapporteerde 13% (95-BI: 8-22) van de mensen met een hart-of vaatziekte in 2004 contact te hebben gehad met een bedrijfsarts, tegen 25% (95-BI: 15-39) van de mensen met een chronische spijsverteringsziekte. Ook van de mensen met kanker rapporteerde bijna een kwart (23%, 95-BI: 12-39) contact te hebben gehad met een bedrijfsarts.

Voor de mensen met verschillende chronische ziekten zijn er geen specifieke ontwikkelingen zichtbaar in de afgelopen periode (2001-2004).

Comorbiditeit

Ook het hebben van één of meerdere chronische ziekten is niet bepalend voor het gebruik van AGGZ of AMW. Voor chronisch zieken zonder of met comorbiditeit zijn er eveneens geen specifieke ontwikkelingen aangetroffen in de periode 2001-2004.

5.2.4 Mensen met een lichamelijke beperking

Van de werkzame mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde 18% (95-BI: 13-25) in 2004 contact met een bedrijfsarts te hebben gehad.

Aard van de beperking

Het contact met de bedrijfsarts blijkt niet gerelateerd te zijn aan de aard van de beperking. Door te kleine aantallen waren echter alleen schattingen mogelijk voor gehandicapten met enkel motorische beperkingen, gehandicapten met motorische beperkingen gecombineerd met visuele beperkingen en gehandicapten met motorische beperkingen gecombineerd met gehoorbeperkingen. De geschatte percentages van mensen met contact met de bedrijfsarts in deze drie groepen liggen nogal uiteen, maar hebben erg brede betrouwbaarheidsintervallen. Hier volgen de percentages per groep van gehandicapten: gehandicapten met enkel motorische beperkingen: 23% (95-BI: 17-30), gehandicapten met motorische beperkingen gecombineerd met visuele beperkingen: 20% (95-BI: 10-36) en gehandicapten met motorische beperkingen gecombineerd met gehoorbeperkingen: 8% (95-BI: 3-23).

Ernst van de beperking

Ook de ernst van de beperking is niet gerelateerd aan het contact met de bedrijfsarts. Opnieuw liggen de percentages ver uit elkaar maar ook nu is er sprake van zeer brede betrouwbaarheidsintervallen waardoor het verschil niet statistisch significant is. Tegen de verwachting in rapporteerden relatief meer mensen met een matige lichamelijke beperking contact te hebben gehad met een bedrijfsarts dan mensen met een ernstige lichamelijke beperking, namelijk respectievelijk 21% (95-BI: 15-29) en 15% (95-BI: 9-24). Mogelijk is er voor werkzame mensen met een ernstige lichamelijke beperking meer aandacht dan voor werkzamen met een matige lichamelijke beperking waardoor degenen met een ernstige lichamelijke beperking eerder een beter aangepaste werkomgeving hebben dan mensen met een matige lichamelijke beperking. Eerder in het rapport, in paragraaf 2.3, zagen we ook dat relatief meer mensen met een matige lichamelijke beperking problemen ervaren met hun baan of op hun werk dan mensen met een ernstige lichamelijke beperking. Dat verschil was echter ook niet significant door grote variatie binnen de groep.

5.2.5 Conclusie

- Van de werkzame mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 tot 65 jaar rapporteerde bijna één op de vijf in 2004 contact te hebben gehad met een bedrijfsarts.
- Jongere mensen met een chronische ziekte of handicap van 15 tot 40 jaar hebben vaker contact met een bedrijfsarts dan degenen van 40 tot 65 jaar. In 2004 was dat 27% ten opzichte van 16%.
- Er is veel variatie in contactpercentages met de bedrijfsarts tussen categorieën van andere achtergrondkenmerken (sociaal-demografische en ziektekenmerken); vanwege brede betrouwbaarheidsintervallen zijn deze verschillen echter niet significant.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de werkzame mensen met een chronische ziekte had 17% in 2004 contact met een bedrijfsarts. In de periode 2001-2004 is het deel van de mensen met een chronische ziekte dat contact had met een bedrijfsarts min of meer stabiel.

- Het type chronische ziekte en het aantal chronische ziekten (comorbiditeit) blijken niet samen te hangen met het contact met de bedrijfsarts. Echter, relatief veel mensen met een chronische spijsverteringsziekte en mensen met kanker (in beide groepen een kwart) rapporteerden contact te hebben gehad met een bedrijfsarts. Door de brede betrouwbaarheidsintervallen verschillen deze percentages niet van die in de referentiegroep van mensen met een hart- of vaatziekte (ruim 10%).

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de werkzame mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde 18% in 2004 contact met een bedrijfsarts te hebben gehad.
- Het contact met de bedrijfsarts blijkt niet gerelateerd te zijn aan de aard of ernst van de beperking. De geschatte percentages in de onderscheiden groepen lopen echter nogal uiteen met erg brede betrouwbaarheidsintervallen. Zo rapporteerden relatief meer mensen met een matige lichamelijke beperking contact te hebben gehad met een bedrijfsarts dan mensen met een ernstige lichamelijke beperking. Door de brede betrouwbaarheidsintervallen is dit verschil niet significant.

5.3 Alternatieve of complementaire zorg

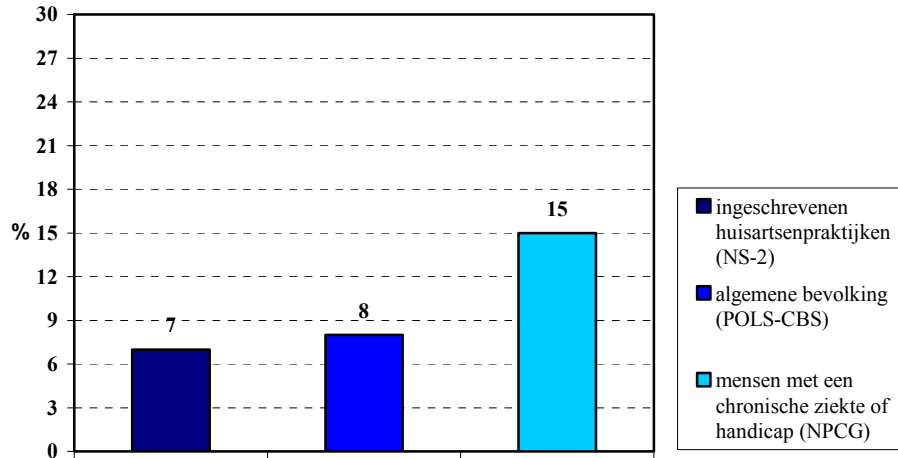
Ook het contact met andere dan reguliere behandelaars is vanaf april 1998 jaarlijks aan de panelleden gevraagd. De vragen betreffen contacten met acupuncturisten, antroposofische behandelaars (niet de eigen huisarts), homeopaten (niet de eigen huisarts), manueel therapeuten, natuurgenezers, paranormaal behandelaars en overige alternatieve behandelaars. De vragen zijn ontleend aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Voor het gemak wordt hieronder steeds gesproken van alternatieve zorg.

5.3.1 Vergelijking ten opzichte van de algemene bevolking

Het gebruik van alternatieve zorg kan worden vergeleken met twee referentiegroepen van mensen uit de algemene bevolking. De eerste referentiegroep wordt gevormd door een steekproef van mensen uit de Nederlandse bevolking vanaf 15 jaar die hebben deelgenomen aan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Dit onderzoek vindt jaarlijks plaats. De tweede referentiegroep bestaat uit ongeveer 8.900 mensen van 25 en ouder die hebben deelgenomen aan een patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (Schellevis et al., 2000; Van Lindert et al., 2004)

Figuur 5.7 laat zien dat 15% (95-BI: 13-19) van de mensen met een chronische ziekte of handicap contact had met één of meerdere alternatieve zorgverleners in 2004. Vergeleken met het deel van de mensen uit de referentiegroepen (7% en 8%) is dat ongeveer twee maal zo veel.

Figuur 5.7: Percentage mensen met een chronische ziekte of handicap dat in 2004 contact had met één of meerdere alternatieve behandelaars, in vergelijking met twee referentiegroepen uit de algemene bevolking (POLS: % in 2004, NS-2: % in 2001)



De contactpercentages van mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende alternatieve behandelaars kunnen vervolgens vergeleken worden met die van de referentiegroep van mensen die deelnamen aan het POLS van het CBS. Het gaat in beide groepen om percentages in 2004.

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde 3% (95-BI: 2-4) contact te hebben gehad met een *acupuncturist*. In de referentiegroep was dat 2%. Ook het contact met een *homeopaat* (niet de eigen huisarts) werd door 3% (95-BI: 2-4) van de chronisch zieken en gehandicapten gerapporteerd, tegen 2% in de referentiegroep. Met een *manueel therapeut* had 8% (95-BI: 7-10) van de mensen met een chronische ziekte of handicap contact. In de referentiegroep was dat 3%. Van de alternatieve behandelaars is de manueel therapeut de meest gecontacteerde behandelaar door mensen met een chronische ziekte of handicap.

Met een *natuurgenezer* had 2% (95-BI: 1-3) van de mensen met een chronische ziekte of handicap contact, tegen 1% in de referentiegroep.

Ook een *paranormaal behandelaar* wordt gecontacteerd door mensen met een chronische ziekte of handicap, namelijk door 1%. Dit percentage is vergelijkbaar met dat in de algemene bevolking.

Tenslotte gaf eveneens 1% (95-BI: 2-4) van de mensen met een chronische ziekte of handicap aan (ook) contact te hebben gehad met een *andere alternatieve zorgverlener* dan bovengenoemde. In de referentiegroep was dat 3%.

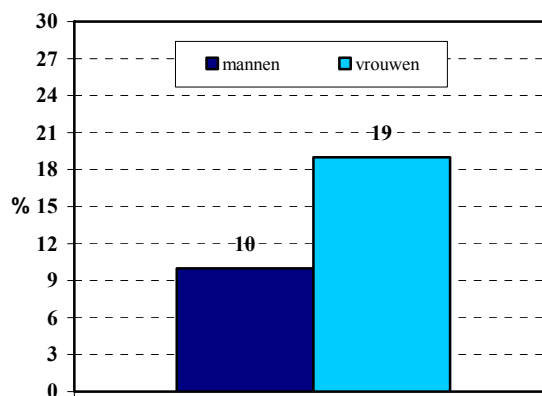
5.3.2 Sociaal-demografische kenmerken

Hieronder wordt het contact met alternatieve behandelaars beschreven naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Sekse

Figuur 5.8 laat zien dat vrouwen met een chronische ziekte of handicap in 2004 bijna twee maal zo vaak contact hadden met één of meerdere alternatieve behandelaars dan mannen. Van de vrouwen rapporteerde 19% (95-BI: 15-23) contact te hebben gehad met één of meerdere alternatieve behandelaars, tegen 10% (95-BI: 8-13) van de mannen. Dit sekse-effect is consistent met eerdere metingen onder de leden van het PPCZ en werd ook aangetroffen in de referentiegroep van mensen uit de algemene bevolking van 25 jaar en ouder (Van Lindert et al., 2004).

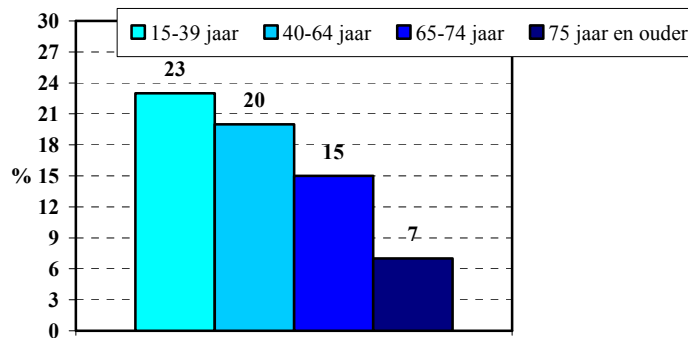
Figuur 5.8: Contact met één of meerdere alternatieve behandelaars van mensen met een chronische ziekte of handicap, naar sekse (% in 2004)



Leeftijd

Ook leeftijd blijkt gerelateerd te zijn aan het gebruik van alternatieve zorg. Figuur 5.9 laat zien dat oudere mensen met een chronische ziekte of handicap van 75 jaar en ouder in 2004 minder vaak vaker contact hadden met één of meerdere alternatieve behandelaars dan degenen jonger dan 75 jaar. Ten opzichte van de jongste leeftijdscategorie (15 tot 40 jaar) maken mensen met een chronische ziekte of handicap van 65 tot 75 jaar overigens ook minder vaak gebruik van alternatieve zorg. Oplopend naar leeftijdscategorie zijn de percentages als volgt: 23% (95-BI: 17-29), 20% (95-BI: 17-25), 15% (95-BI: 11-19), en 7% (95-BI: 5-10). Dit leeftijdseffect doet zich ook voor in de algemene bevolking (Van Lindert et al., 2004).

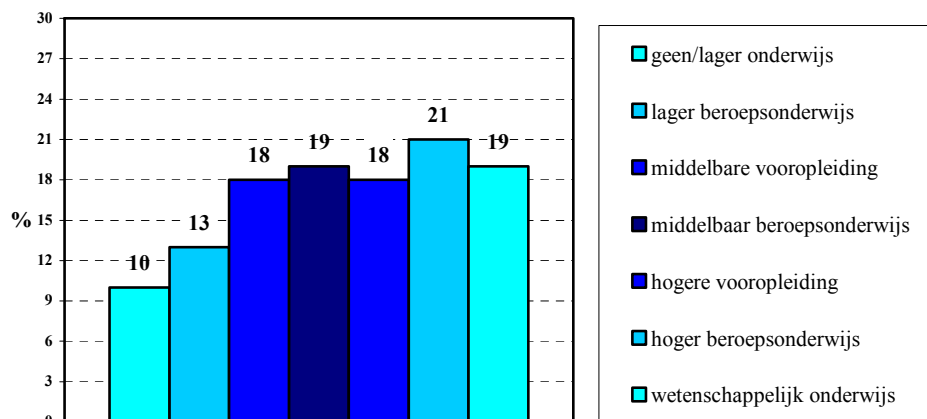
Figuur 5.9: Contact met één of meerdere alternatieve behandelaars van mensen met een chronische ziekte of handicap, naar leeftijd (% in 2004)



Opleiding

De percentages mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2004 contact hadden met een alternatieve behandelaar stijgen tot op zekere hoogte met het opleidingsniveau. Degenen met een middelbare vooropleiding (zoals MAVO), een middelbare of een hogere beroepsopleiding hadden vaker contact met één of meerdere alternatieve behandelaars dan degenen zonder een opleiding of enkel basisonderwijs. Ook van degenen met een hogere vooropleiding (zoals HAVO of atheneum) of een wetenschappelijke opleiding bezochten relatief vaak een alternatieve behandelaar vergeleken met de laagst opgeleiden. Deze verschillen zijn echter niet significant door een grotere spreiding in deze opleidingscategorieën. Figuur 5.10 geeft een beeld van het opleidingseffect met de bijbehorende percentages. Overigens werd ook in de eerdere zes metingen onder de leden van het PPCZ een dergelijk opleidingseffect aangetroffen, waarbij steeds één of meerdere opleidingscategorieën tussen een middelbare vooropleiding tot een hogere beroepsopleiding verschilden van de laagst opgeleiden.

Figuur 5.10: Contact met één of meerdere alternatieve behandelaars van mensen met een chronische ziekte of handicap, naar opleidingsniveau (% in 2004)



5.3.3 *Mensen met een chronische ziekte*

Van de mensen met een chronische ziekte had 14% (95-BI: 12-16) in 2004 contact met één of meerdere alternatieve behandelaars. Met een *manueel therapeut* hadden de meeste mensen contact, namelijk 7% (95-BI: 6-8). Met een *acupuncturist* had (ook) 3% (95-BI: 2-4) contact, 2% (95-BI: 2-3) met een *homeopaat*, eveneens 2% (95-BI: 1-3) met een *natuurgenezer*, 1% (95-BI: 1-2) met een *paranormaal behandelaar* en 2% (95-BI: 1-2) met een *andere alternatieve behandelaar*.

In de periode 1997-2004 is het gebruik van alternatieve zorg door mensen met een chronische ziekte niet veranderd. Van de onderscheiden typen alternatieve behandelaars is alleen voor het contact met de paranormaal behandelaar een daling zichtbaar [lineaire trend]. Het gebruik van deze zorgvorm was echter bij aanvang van onze meetperiode al laag: van 2% (95-BI: 2-3) in 1997 naar 1% (95-BI: 1-2) in 2004.

Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte blijkt geen verband te houden met het gebruik van alternatieve zorg; ten opzichte van de referentiegroep van mensen met hart- en vaat-ziekten zijn er in 2004 geen verschillen aangetroffen voor wat betreft het contact met alternatieve behandelaars. Dit is consistent met eerdere metingen onder de panelleden van het PPCZ. Van de mensen met een chronische ziekte bezochten mensen met kanker het vaakst een alternatieve behandelaar (17%, 95-BI: 11-25), mensen met diabetes het minst vaak (9%, 95-BI: 7-13). In de periode 1997-2004 zijn er voor de mensen met verschillende chronische ziekten geen specifieke ontwikkelingen voor wat betreft het gebruik van alternatieve zorg aangetroffen in de periode 1997-2004.

Comorbiditeit

Ook het hebben van één of meerdere chronische ziekten is niet bepalend voor het gebruik van alternatieve zorg. Dit komt eveneens overeen met de eerdere metingen onder de leden van het PPCZ.

Voor chronisch zieken zonder of met comorbiditeit zijn er geen specifieke ontwikkelingen aangetroffen in de periode 1997-2004.

5.3.4 *Mensen met een lichamelijke beperking*

Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde 16% (95-BI: 12-20) in 2004 contact te hebben gehad met één of meerdere alternatieve behandelaars. De meest bezochte alternatieve behandelaar was de *manueel therapeut* (8%, 95-BI: 7-10). Daarnaast gaf (ook) 3% (95-BI: 2-5) aan contact te hebben gehad met een *acupuncturist*, eveneens 3% (95-BI: 2-4) met een *homeopaat* (niet de eigen huisarts), 2% (95-BI: 1-3) met een *natuurgenezer*, eveneens 2% (95-BI: 1-3) met een *paranormaal behandelaar* en 1% (95-BI: 1-3) had contact met een *andere alternatieve behandelaar*.

Aard van de beperking

Het gebruik van alternatieve zorg blijkt niet gerelateerd te zijn aan de aard van de lichamelijke beperking. Dit komt door de grote variatie binnen de onderscheiden groepen: van de gehandicapten met motorische beperkingen in combinatie met visuele beperkingen en van de gehandicapten met motorische beperkingen in combinatie met visuele en gehoorbeperkingen rapporteerde bijna een kwart in 2004 contact te hebben gehad met een

alternatieve behandelaar, namelijk respectievelijk 24% (95-BI: 17-33) en 23% (95-BI: 12-40). Van degenen met enkel motorische beperkingen was dat 15% (95-BI: 12-19), van degenen met enkele zintuiglijke beperkingen (visuele en/of gehoorbeperkingen) was dat 8% (95-BI: 3-19) en van degenen met motorische beperkingen in combinatie met gehoorbeperkingen was dat 13% (95-BI: 8-30).

Ernst van de beperking

Evenals de aard van de beperking, is de ernst van de beperking niet gerelateerd aan het gebruik van alternatieve zorg.

5.3.5 Conclusie

- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had 15% contact met een alternatieve behandelaar in 2004, dit is ongeveer twee maal zo veel als in de algemene bevolking.
- Van alle vormen van alternatieve zorg wordt manuele therapie het vaakst gebruikt door mensen met een chronische ziekte of handicap, namelijk 8%.
- Vrouwen met een chronische ziekte of handicap zoeken vaker contact met een alternatieve behandelaar van mannen, namelijk 19% tegen 10%. Dit sekse-effect geldt ook voor de algemene bevolking.
- Oudere mensen met een chronische ziekte of handicap maken minder vaak gebruik van alternatieve zorg dan jongere. In 2004 had van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 tot 40 jaar bijna een kwart contact met een alternatieve behandelaar, in de leeftijdsgroep van 40-65 was dat nog steeds één op de vijf, maar van de 75-plussers was dat nog slechts 7%. Dit leeftijdseffect geldt ook voor de algemene bevolking.
- Het deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap dat contact heeft met een alternatieve behandelaar stijgt tot op zekere hoogte met het opleidingsniveau. Degenen met een middelbare vooropleiding, een middelbare of een hogere beroepsopleiding hadden in 2004 vaker contact met één of meerdere alternatieve behandelaars dan degenen zonder een opleiding of met enkel basisonderwijs.

Mensen met een chronische ziekte

- Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 14% contact te hebben gehad met één of meerdere alternatieve behandelaars in 2004. De meest bezochte behandelaar was de manueel therapeut.
- In de periode 1997 tot 2004 is het gebruik van alternatieve zorg licht gestegen, van 11% in 1997 naar 14% in 2004.
- De aard van de chronische ziekte en de aanwezigheid van comorbiditeit blijken niet samen te hangen met het gebruik van alternatieve zorg. Mensen met kanker bezochten het vaakst een alternatieve behandelaar (17%), mensen met diabetes het minst vaak (9%).

Mensen met een lichamelijke beperking

- Van de mensen met een lichamelijke beperking rapporteerde 16% contact te hebben gehad met één of meerdere alternatieve behandelaars in 2004. De meest bezochte behandelaar was de manueel therapeut.
- De aard en de ernst van een lichamelijke beperking blijken niet gerelateerd te zijn aan het gebruik van alternatieve zorg.

Referenties

- AARONSON NK, MULLER M, COHEN PDA, ESSINK-BOT ML, FEKKES M, SANDERMAN R et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51: 1055-1068.
- BAANDERS AN, CALSBEEK H, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Kerngegevens 2001/2002. Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Utrecht: NIVEL, februari 2003.
- BERG M VAN DEN, SIMKES A. Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat? *Huisarts & Wetenschap*, in druk [verwacht in augustus 2006].
- CARDOL M, DIJK L VAN, JONG JD DE, BAKKER DH DE, WESTERT GP. Tweede Nationale Studie naar de Huisartsenpraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- GOLDBERG DP. Identifying psychiatric illness among general medical patients. *British Medical Journal* 1985; 291: 161-162.
- HEIJMANS MJWM, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Kerngegevens maatschappelijke situatie 2004. Utrecht: NIVEL, 2005.
- HOEYMANS N, PICAUVET HSJ, TIJHUIS MAR. Kwaliteit van leven gemeten met de SF-36. In: Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl, 13 december 2005.
- HOSMAN CMH. Psychosociale problematiek en hulpzoeken. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1983.
- LAMKADDEM M, BAKKER DH DE, NIJLAND A, HAAN J DE. De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen. Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2004.
- LINDERT H VAN, DROOMERS M, WESTERT GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- PICAUVET HSJ, GILS HWV VAN, SCHOUTEN JSAG. Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking, prevalenties, consequenties en risicogroepen. RIVM-rapport nr. 266807002. CBS/RIVM, 2000.
- RIJKEN PM, FOETS M, PETERS L, BRUIN AF DE, DEKKER J. Kerngegevens 1998. Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Utrecht: NIVEL, maart 1999.
- RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. www.nationaalkompas.nl, geraadpleegd op 23 mei 2006.

SCHELLEVIS FG, WESTERT GP, BAKKER DH DE, GROENEWEGEN PP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectplan. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, januari 2000.

SMIT HA, VERSCHUREN WMM, BUENO DE MESQUITA HB, SEIDELL JC. Monitoring van Risicofactoren en Gezondheid in Nederland (MORGEN-project): Doelstellingen en werkwijze. RIVM-Rapport nr. 263200001. Bilthoven: RIVM, 1994.

SNIJDERS TAB, BOSKER RJ. Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling. Londen: SAGE Publications, 1999.

SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU (SCP). Werkdocument 121. Den Haag: SCP, 2006.

VERHEIJ RA, SOMAI D, TIERSMA W, GIESEN P, HOOGEN H VAN DEN. Haalbaarheidsstudie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenposten (LINHAP). Utrecht: NIVEL, 2005.

ZEE KI VAN DER, SANDERMAN R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding. Rijksuniversiteit Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1993.

ZEE KI VAN DER, SANDERMAN R, HEYINK JW, HAES H DE. Psychometric qualities of the RAND 36-item health survey 1.0. A multidimensional measure of general health status. *International Journal of Behavioral Medicine* 1996; 3: 104-122.

I. Bijlage Werving en representativiteit NPCG

In 2004 werd drie kwart van het tweede Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ-2) vervangen door nieuwe mensen met een chronische somatische ziekte en aangevuld met mensen met lichamelijke beperkingen. Met deze veranderingen is in 2005 het Nationaal Panel Chronisch ziekten en Gehandicapten (NPCG) van start gegaan. In deze bijlage wordt achtereenvolgens ingegaan op de wervingsprocedure van de nieuwe chronisch zieken en gehandicapten, de representativiteit van de huisartspraktijken die bij de werving van de nieuwe chronisch zieken waren betrokken en de representativiteit van de panelleden. Tenslotte volgt een overzicht van de spreiding van de panelleden naar regio en provincie in vergelijking met de totale Nederlandse bevolking.

Wervingsprocedure chronisch zieken en gehandicapten

Chronisch zieken

Aan de panelleden van het PPCZ-2 werd in de loop van 2004 gevraagd of zij nog één jaar wilden deelnemen aan het nieuwe NPCG. Het PPCZ-2 bestond op dat moment uit 1.134 panelleden. Degenen die positief op dit verzoek reageerden kregen vervolgens een basisvragenlijst toegestuurd, de zogenaamde 'instroomlijst'. Deze instroomlijst bevat vragen over allerlei achtergrondkenmerken, zoals het opleidingsniveau en de SCP-beperkingenmaat. Door 634 mensen werd deze vragenlijst ingevuld geretourneerd. Alleen deze mensen werden opgenomen in het nieuwe NPCG.

Voor het selecteren van nieuwe chronisch zieken in de huisartspraktijken is een getrapte steekproefprocedure gevolgd: eerst is een steekproef van huisartspraktijken getrokken, waarna binnen elke deelnemende praktijk een steekproef van de ingeschrevenen uit het praktijkbestand is getrokken. Deze procedure is dezelfde als voor de werving van mensen met een chronische ziekte voor het PPCZ-1 en PPCZ-2.

Voor de steekproef van huisartspraktijken is in 2004 een aselechte steekproef van 300 praktijken getrokken uit de 'Registratie gevestigde huisartsen', een bestand dat door het NIVEL wordt bijgehouden. Alle huisartsen uit de geselecteerde praktijken zijn aangeschreven met de vraag of zij wilden meewerken aan de selectie van mensen met een chronische ziekte uit hun praktijk. Aan degenen die interesse toonden werd een informatiepakket gestuurd met informatie over onder andere de selectieprocedure van chronisch zieken, het privacy- en klachtenreglement en een medewerkerovereenkomst. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een deelname van 29 huisartspraktijken, een respons van bijna 10%. Deze respons is gelijk aan de respons in 2001 bij de werving van mensen met een chronische ziekte voor het PPCZ-2. Conform protocol is door de huisartsen in samenwerking met acht onderzoeksmedewerkers een willekeurige steekproef van 36% van het praktijkbestand (dossiers) gelicht. Dit percentage was gebaseerd op eerdere ervaringen met het samenstellen van PPCZ-1 en PPCZ-2.

Bij de selectie in de huisartsenpraktijk zijn de volgende criteria toegepast:

Inclusiecriteria:

- aanwezigheid van een door een arts gediagnosticeerde somatische aandoening;
- er is sprake van een in principe irreversibele ziekte; indien dit laatste niet kan worden geconcludeerd op basis van de aard van diagnose (lijst met chronische aandoeningen volgens de NRV, 1995) geldt dat de klachten tenminste één jaar bij de huisarts bekend moeten zijn.

Exclusiecriteria:

- mentaal niet in staat tot deelname;
- jonger dan 15 jaar;
- onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal;
- niet zelfstandig woonachtig;
- niet op de hoogte van de diagnose;
- terminaal (door de huisarts ingeschatte levensverwachting van minder dan zes maanden).

Van de bekeken dossiers voldeed 14% aan de selectiecriteria; deze mensen werden vervolgens uitgenodigd voor deelname aan het NPCG (n=3.631). Zij ontvingen daartoe een brief van hun huisarts met informatie over het panel en het verzoek deel te nemen. Bijgevoegd was een informed consent-formulier dat ingevuld en ondertekend naar het NIVEL kon worden opgestuurd. Aan de mensen die zich op deze wijze aanmeldden (n=1.776) werd de instroomlijst toegestuurd. Door 1.573 chronisch zieken werd deze instroomlijst ingevuld geretourneerd.

Gehandicapten

Voor het selecteren van mensen met een lichamelijke beperking werd aangesloten bij twee grootschalige reguliere bevolkingsonderzoeken: het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) en het Woning Behoeftte Onderzoek (WBO). Het AVO is een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), dat sinds 1979 iedere vier jaar wordt gehouden. Dit onderzoek bestaat uit mondelinge interviews en schriftelijke enquêtes onder huishoudens met als doel inzicht te krijgen in de kenmerken van huishoudens en personen binnen die huishoudens (niet in een instelling verblijvend), hun leefsituatie en het gebruik van uiteenlopende voorzieningen. In het AVO-2003 was een SCP-beperkingenmaat afgenomen om te inventariseren hoeveel mensen lichamelijke beperkingen hebben. Tevens werd aan de mensen gevraagd of zij herbenaderd mochten worden voor vervolgonderzoek.

Bij de werving van gehandicapten via het AVO is aangesloten bij een onderzoek van het SCP onder dezelfde doelgroep. Het GfK PanelServices Benelux voerde het veldwerk uit voor het SCP. Eerst werden de mensen die toestemming hadden gegeven voor herbenadering schriftelijk geïnformeerd over de studie van het SCP en het NPCG. Voor de studie van het SCP werden interviews gehouden door medewerkers van GfK. Dit interview bevatte tevens een korte screener voor het bepalen van de mate van ernst van de beperking. Na afloop van het interview werd een informatiesetje dat tevens een uitnodiging voor deelname en een opgaafformulier voor het NPCG bevatte, achtergelaten bij de geïnterviewden waarvan de inschatting was dat deze matige tot ernstige lichamelijke beperkingen hadden. Op deze manier konden 885 mensen worden benaderd. Hiervan zijn

uiteindelijk 324 gehandicapten ingestroomd in het panel, oftewel, door 324 mensen werd een ingevulde instroomlijst geretourneerd.

Het WBO is een onderzoek naar de woonsituatie van zelfstandig wonende mensen in de leeftijd vanaf 18 jaar in opdracht van het ministerie van VROM. Dit onderzoek wordt sinds 1977 eveneens iedere vier jaar gehouden. In 2002 is het onderzoek opnieuw gehouden. Daarin was ook een beperkte screener voor het inventariseren van de ernst van motorische lichamelijke beperkingen opgenomen. Het WBO kent *geen* indicatoren voor de zintuiglijke beperkingen zien en horen. Ook in dit onderzoek werd gevraagd of de mensen opnieuw benaderd mochten worden voor vervolgonderzoek.

Omdat het SCP in dezelfde periode ook onder deze doelgroep een studie wenste uit te voeren, werd de wervingsprocedure wederom afgestemd op de studie van het SCP. Ook voor dat onderzoek werden mensen mondeling geïnterviewd. Vooraf werd iedereen waarvan een telefoonnummer bekend was gebeld door het Gfk en gevraagd of men wilde meewerken aan het interview en/of aan het NPCG. In dit telefoongesprek werd tevens een korte screener afgenomen om te bepalen of en in welke mate iemand een lichamelijke beperking had. Alleen degenen met een matige tot ernstige beperking werden uitgenodigd voor deelname aan het NPCG. Van de – overigens weinig – mensen die alleen wilden meewerken aan het panel werden de adresgegevens aan het NIVEL doorgegeven zodat deze groep rechtstreeks door het NIVEL benaderd kon worden. Bij de overige mensen die door Gfk-medewerkers geïnterviewd werden en vooraf te kennen hadden gegeven deel te willen nemen aan het NPCG werd eenzelfde informatiesetje als bij de AVO-gehandicapten achtergelaten. Op deze manier werden 2.478 mensen met een matige tot ernstige motorische beperking benaderd. Dit resulteerde in een deelname van 1.163 mensen. Van de deelnemende mensen met een lichamelijke beperking is vervolgens bij hun huisarts nagegaan (indien daar toestemming voor was gegeven) of de betreffende persoon een chronische ziekte had, en zo ja, welke en sinds wanneer.

Representativiteit NPCG

Het totale panel bestond op het moment van de voorjaarsmeting in 2005 uit 3.512 chronisch zieken en gehandicapten. Dit aantal betreft alle mensen aan wie een voorjaarsvragenlijst is toegestuurd. De onderstaande tabellen 1 t/m 3 geven een beeld van de representativiteit van het panel. Aan de hand van een aantal achtergrondkenmerken worden in tabel 1 de deelnemende huisartspraktijken vergeleken met de samenstelling van de totale steekproef en van alle praktijken in Nederland. De tabellen 2 en 3 geven vervolgens een vergelijking van de samenstelling van de panelleden met een chronische ziekte (tabel 2) en handicap (tabel 3) met degenen die voor deelname aan het panel waren uitgenodigd. Bij deze twee tabellen moet worden opgemerkt dat een deel van de mensen met een chronische ziekte ook lichamelijke beperkingen heeft, en omgekeerd, een deel van de geworven mensen met een handicap tevens een chronische ziekte. In de tabellen wordt echter uitgegaan van de bron van werving. Met andere woorden, de deelnemende chronisch zieken in tabel 2 zijn alleen de chronisch zieken die geworven zijn via huisartspraktijken, en de deelnemende gehandicapten in tabel 3 zijn alleen de gehandicapten die geworven zijn via het AVO of WBO. Op deze manier wordt een beeld verkregen van de representativiteit van de panelleden.

De panelleden met een chronische ziekte waar in dit rapport verslag van wordt gedaan, zijn alle panelleden waarvan door hun huisarts is gerapporteerd dat zij een chronische ziekte hebben, ongeacht de bron van werving. Dit geldt ook voor de panelleden met een lichamelijke beperking: daar waar verslag wordt gedaan van mensen met een lichamelijke beperking geldt dit voor alle mensen in het panel die volgens de SCP-beperkingenmaat (afgenomen via de instroomlijst) een matige of ernstige lichamelijke beperking hebben, ongeacht de bron van werving. In de analyses is overigens rekening gehouden met de verhouding chronisch zieken en gehandicapten zoals geschat in de algemene bevolking. Meer informatie hierover is te vinden in Bijlage IV over de methodische verantwoording.

Tabel 1: Representativiteit van de deelnemende huisartspraktijken bij de werving van chronisch zieken voor het NPCG, voor wat betreft regio, urbanisatiegraad en praktijkvorm

	Deelnemende huisartspraktijken (n=29)	Steekproef huisartspraktijken (n=300)	Alle Nederlandse huisartspraktijken
Regio (%)			
Noord-Nederland	10,3	11,7	11,4
Oost-Nederland	34,5	20,7	20,9
West-Nederland	34,5	47,0	47,1
Zuid-Nederland	20,7	20,7	20,6
Mate van verstedelijking (%)			
Zeer sterk stedelijk	10,3	15,7	18,0
Sterk stedelijk	31,0	28,0	24,9
Matig stedelijk	17,2	20,3	21,1
Weinig stedelijk	31,0	20,0	21,5
Niet stedelijk	10,3	16,0	14,5
Praktijkvorm (%)			
Solo	48,3	65,3	49,6
Duo	20,7	25,0	30,2
Groepspraktijk	31,0	9,7	20,2

In vergelijking met alle praktijken in Nederland deden er relatief veel huisartsen in Oost-Nederland mee, en relatief weinig uit het westen van Nederland. Het noorden en het zuiden van Nederland waren goed vertegenwoordigd.

Voor wat betreft de mate van verstedelijking, waren de zeer sterk verstedelijkte gebieden ondervertegenwoordigd, terwijl de sterk stedelijke gebieden en de weinig stedelijke gebieden oververtegenwoordigd waren. Wanneer de twee uiterste categorieën worden samengevoegd blijkt de vestigingsplaats van de deelnemende praktijken overigens goed overeen te komen met die van alle praktijken in Nederland. Dit geldt ook voor de getrokken steekproef, al waren de onderscheiden vijf categorieën daarin beter vertegenwoordigd.

Tenslotte blijken de solopraktijken goed vertegenwoordigd te zijn geweest bij de werving van panelleden met een chronische ziekte, ondanks de afwijkende samenstelling van de steekproef. Relatief gezien namen weinig duopraktijken en veel groepspraktijken deel aan de werving van chronisch zieken.

In tabel 2 wordt aan de hand van een aantal achtergrondkenmerken een vergelijking gegeven tussen de samenstelling van de deelnemende chronisch zieken en de benaderde chronisch zieken via de huisartspraktijken.

Tabel 2: Representativiteit van de panelleden met een chronische ziekte geworven via huisartspraktijken¹, voor wat betreft sekse, leeftijd, indexziekte (oudste diagnose), co-morbiditeit (aantal chronische ziekten), regio en urbanisatiegraad

	Deelnemende mensen met een chronische ziekte (n=2.207) ²	Alle benaderde mensen met een chronische ziekte (n=4.765)
Sekse (%)		
Vrouw	58	56
Man	42	44
Leeftijd (%)		
15-39 jaar	12	16
40-64 jaar	48	46
65-74 jaar	23	20
75 jaar en ouder	18	18
Gemiddeld (SD)	59,3 (15,4)	57,7 (17,1)
Indexziekte (%)		
Hart- en vaatziekten	14	13
Asthma/COPD	16	17
Aandoening bewegingsapparaat	17	16
Kanker	4	4
Diabetes	16	16
Neurologische aandoening	8	7
Chronische spijsverteringsziekte	4	4
Overig	22	24
Comorbiditeit		
1 chronische ziekte	65	67
2 chronische ziekten	25	24
3 of meer chronische ziekten	10	9
Regio³		
Noord-Nederland	8	8
Oost-Nederland	25	25
West-Nederland	50	48
Zuid-Nederland	17	20
Urbanisatiegraad (%)³		
Zeer sterk stedelijk	15	14
Sterk stedelijk	21	22
Matig stedelijk	24	23
Weinig stedelijk	25	27
Niet stedelijk	15	15

NB door afronding tellen de percentages niet altijd precies op tot 100%

¹ Inclusief de 'oud-panelleden' uit PPCZ-2

² Ten tijde van de voorjaarsmeting in 2005, oftewel degenen die de voorjaarslijst 2005 toegestuurd hebben gekregen

³ Regio en urbanisatiegraad zijn gebaseerd op de postcodes van de huisartspraktijken

Tabel 2 laat zien dat er voor wat betreft de genoemde sociaal-demografische en ziekte-kenmerken over het algemeen geen sprake is van een selectieve deelname van chronisch zieken aan het NPCG. Alleen van degenen in de jongste leeftijdscategorie (15-40 jarigen) participeren relatief minder mensen dan op grond van de samenstelling van de totale benaderde groep verwacht had mogen worden (respectievelijk 12% en 16%).

In tabel 3 wordt eveneens aan de hand van achtergrondkenmerken een vergelijking gegeven tussen de samenstelling van de deelnemende mensen met een lichamelijke beperking en de benaderde mensen met een lichamelijke beperking via het AVO en WBO.

Tabel 3: Representativiteit van de panelleden met lichamelijke beperkingen geworven via het AVO en WBO, voor wat betreft sekse, leeftijd, aard van de beperking, ernst van de beperking, regio en urbanisatiegraad

	Deelnemende mensen met een lichamelijke beperking (n=1.305) ¹	Totaal benaderd via AVO en WBO (n=2.793) ²
Sekse (%)		
Vrouw	71	70
Man	29	30
Leeftijd (%)		
15-39 jaar	6	7
40-64 jaar	44	41
65-74 jaar	25	20
75 jaar en ouder	26	32
Gemiddeld (SD)	63,6 (14,3)	64,2 (15,5)
Aard beperking (%)³		
Motorisch	74	93
Zintuiglijk (hoor/zicht)	2	1
Motorisch + hoor	10	3
Motorisch + zicht	11	2
Motorisch + zintuiglijk	3	1
Ernst beperking (%)³		
Matig	61	60
Ernstig	39	40
Regio		
Noord-Nederland	12	12
Oost-Nederland	25	26
West-Nederland	43	42
Zuid-Nederland	21	20
Urbanisatiegraad (%)		
Zeer sterk stedelijk	17	19
Sterk stedelijk	29	27
Matig stedelijk	22	21
Weinig stedelijk	19	17
Niet stedelijk	14	17

NB door afronding tellen de percentages niet altijd precies op tot 100%

¹ Dit aantal is lager dan het aantal mensen dat de instroomlijst ingevuld retourneerde (n=324 AVO + 1163 WBO = 1487) omdat de mensen zonder of met een lichte lichamelijke beperking (n=177) buiten de analyses zijn gelaten.

² Dit aantal is lager dan het totale aantal benaderde mensen via het AVO en WBO (n=3363). De mensen die benaderd waren voor deelname aan het NPCG werden op basis van een korte screener (AVO mondeling tijdens het interview, WBO telefonisch voorafgaand aan het interview) ingeschat als zijnde mensen met een matige of lichamelijke beperking. Bij nadere analyse van de volledige SCP-beperkingenmaat (gegevens van het SCP) bleek een deel geen of 'slechts' lichte beperkingen te hebben (n=514). Daarbij ontbraken gegevens van 56 cases. Omdat in dit rapport uitgegaan wordt van mensen met een matige of ernstige handicap, zijn de mensen zonder of met een lichte beperking buiten beschouwing gelaten.

³ De meeste gehandicapten zijn benaderd via het WBO waarbij alleen gescreend is op *motorische* beperkingen (ook achteraf door het SCP); dit verklaart het hoge percentage mensen met een motorische beperking bij de totale groep van benaderden. Veel mensen met een motorische beperking hebben daarnaast echter een zintuiglijke beperking. De vergelijking naar aard van de beperking is dus weinig zinvol. Bovendien is de SCP-beperkingenmaat inmiddels iets aangepast (SCP, Werkdocument 121, 2006), waardoor ook de vergelijking met betrekking tot de ernst van de beperking als een schatting moet worden geïnterpreteerd.

Op basis van tabel 3 kan gesteld worden dat er voor wat betreft de genoemde achtergrondkenmerken geen sprake is van een selectieve deelname van lichamenlijk gehandicapten aan het NPCG. Wel moet worden opgemerkt dat de samenstelling naar aard van de lichamelijke beperking niet representatief is voor de totale populatie. Immers, de meeste mensen met een lichamelijke beperking zijn geworven via het WBO waardoor met name mensen met een motorische beperking zijn ingestroomd en mensen met een zintuiglijke beperking, zoals een visuele of auditieve beperking, ondervertegenwoordigd zijn in dit panel.

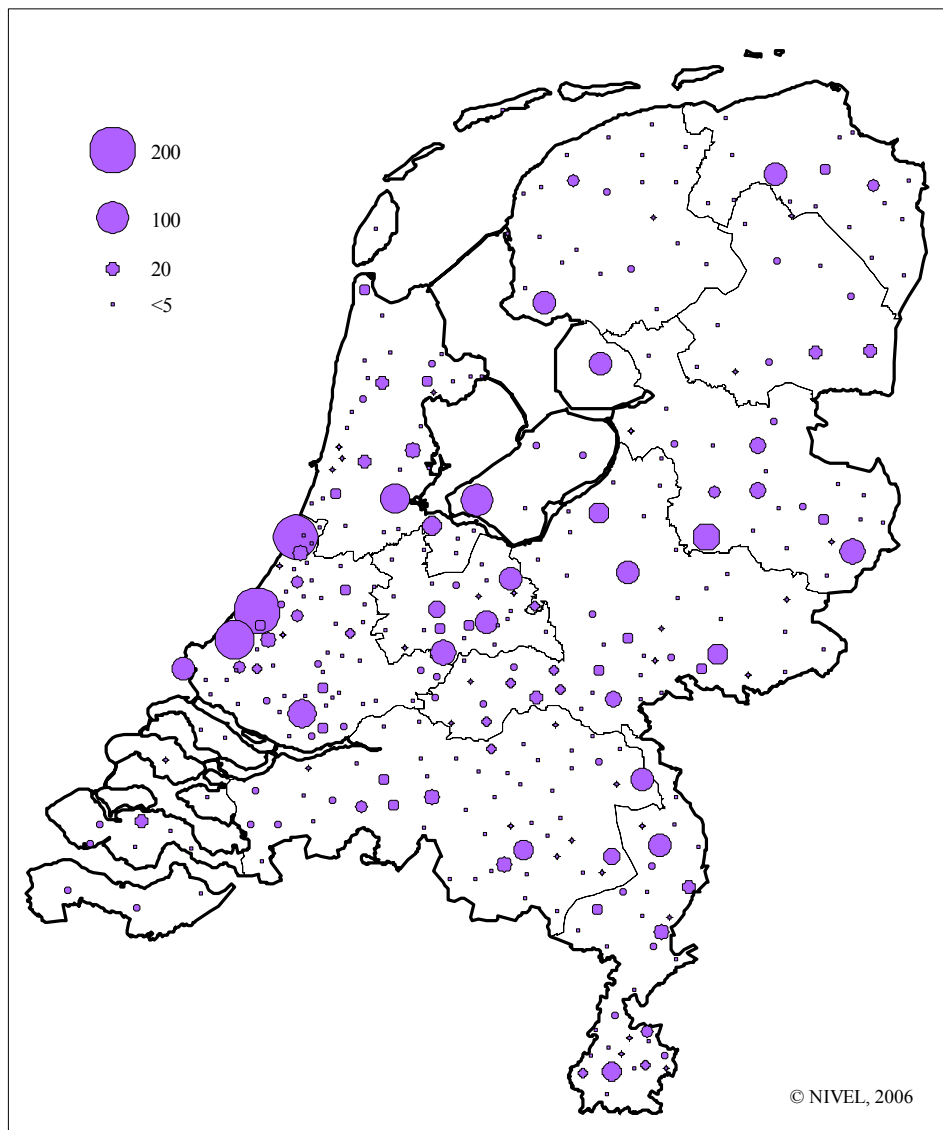
Spreiding van de panelleden

Tabel 4: Verdeling van de panelleden naar regio en provincie in vergelijking met de totale bevolking (betreft 2004, CBS: Statline, geraadpleegd op 24-4-2006)

	% in NPCG (n=3.512)	% in bevolking (n=16.258.032)
Regio		
Noord-Nederland	9,5	10,4
Oost-Nederland	24,7	21,1
West-Nederland	47,2	46,6
Zuid-Nederland	18,6	21,8
Totaal	100	100
Provincie		
Groningen	3,4	3,5
Friesland	3,8	3,9
Drenthe	2,3	3,0
Overijssel	8,0	6,8
Flevoland	4,8	2,2
Gelderland	11,8	12,1
Utrecht	8,4	7,1
Noord-Holland	9,0	15,9
Zuid-Holland	27,8	21,2
Zeeland	2,0	2,3
Noord-Brabant	10,5	14,8
Limburg	8,1	7,0
Totaal	100	100

De verdeling van de panelleden naar regio lijkt op die van de algemene bevolking. Hierbij zijn Oost-Nederland en Zuid-Nederland met enkele procenten respectievelijk iets over- en ondervertegenwoordigd. Ook de meeste provincies zijn goed vertegenwoordigd in het panel. Enkele provincies zijn iets oververtegenwoordigd, zoals Flevoland en Zuid-Holland, terwijl Noord-Holland en Noord-Brabant iets ondervertegenwoordigd zijn.

Middels het kaartje op de volgende pagina is de spreiding van de panelleden zichtbaar gemaakt. Zoals tabel 4 al liet zien, wonen de meeste panelleden, evenals de algemene bevolking, in het westen van Nederland:



II. Bijlage Samenstelling panel april 1998-2005

	PPCZ-1		PPCZ-2			NPCG	
	April 1998 n=2.487	April 1999 n=2.008	April 2000 n=1.835	April 2002 n=1.929	Apr. 2003 n=1.750	Apr. 2004 n=1.465	April 2005 n=3.209
Sekse (%)							
Man	43	42	42	41	43	42	37
Vrouw	57	58	58	59	57	58	63
Leeftijd (in jaren) (%)							
15 t/m 39 jaar	18	15	14	15	12	12	9
40 t/m 64 jaar	46	48	47	47	48	47	47
65 t/m 74 jaar	22	23	24	24	24	24	23
75 jaar en ouder	14	15	15	15	16	17	20
Opleidingsniveau (%)							
Geen/lager onderwijs	19	17	17	18	16	13	17
Lager beroepsonderwijs	26	26	26	30	29	28	29
Middelbare vooropleiding	18	20	18	18	19	18	18
Middelbaar beroepsonderwijs	15	14	15	14	14	17	15
Hogere vooropleiding	8	7	8	6	7	7	7
Hoger beroepsonderwijs	10	13	13	11	12	13	11
Wetenschappelijk onderwijs	3	3	3	4	4	5	3
Chronische ziekte (indexziekte) (%)							
Hart- en vaatziekten	10	10	11	9	8	8	13
Astma, COPD	19	18	18	28	32	32	12
Ziekte bewegingsapparaat	17	17	18	13	13	12	17
Kanker	5	5	5	5	4	4	3
Diabetes mellitus	12	13	13	13	12	12	12
Neurologische ziekte	8	8	8	11	10	9	7
Chronische spijsverteringsziekte	3	3	2	3	3	3	4
Andere chronische ziekte	27	27	26	19	19	20	16
Geen of onbekend	-	-	-	-	-	-	17

	PPCZ-1		PPCZ-2			NPCG	
	April 1998 n=2.487	April 1999 n=2.008	April 2000 n=1.835	April 2002 n=1.929	Apr. 2003 n=1.750	Apr. 2004 n=1.465	April 2005 n=3.209
Aantal chronische ziekten (%)							
Een	72	73	73	69	69	69	47
Twee	21	21	21	22	22	23	21
Drie of meer	7	6	6	9	9	8	15
Geen of onbekend	-	-	-	-	-	-	17
Ziekte duur (in jaren) (%)							
T/m 1 jaar	5	0	0	6	0	0	3
1 t/m 2 jaar	9	5	0	8	1	0	4
2 t/m 5 jaar	24	27	22	24	25	17	14
5 t/m 10 jaar	27	30	34	29	33	37	24
10 t/m 20 jaar	23	26	29	24	26	29	22
Meer dan 20 jaar	12	13	15	15	15	17	13
Geen chronische ziekte/onbekend	-	-	-	-	-	-	21
Aard lichamelijke beperking (%)							
Motorisch	-	-	-	-	-	-	44
Zintuiglijk	-	-	-	-	-	-	2
Motorisch en visueel	-	-	-	-	-	-	6
Motorisch en auditief	-	-	-	-	-	-	6
Motorisch en visueel en auditief	-	-	-	-	-	-	2
Geen	-	-	-	-	-	-	40
Ernst lichamelijke beperking (%)							
Matig	-	-	-	-	-	-	39
Ernstig	-	-	-	-	-	-	21
Geen	-	-	-	-	-	-	40

III. Bijlage Respons metingen april 1998-2005

De onderstaande tabel bevat een overzicht van de aantallen vragenlijsten die tijdens de verschillende metingen van de drie panels zijn opgestuurd en geretourneerd. De responspercentages variëren tussen 81% in april 2002 en 91% in april 2005.

Respons per meetmoment

Vragenlijst	Opgestuurd aantal	Geretourneerd aantal	Responspercentage
PPCZ-1			
April 1998	2.994	2.487	83
April 1999	2.376	2.008	84
April 2000	2.050	1.835	90
PPCZ-2			
April 2002	2.385	1.929	81
April 2003	2.116	1.750	83
April 2004	1.723	1.651	85
NPCG			
April 2005 ¹	3.512	3.209	91

¹ Dit is de netto-respons; degenen zonder of met een lichte lichamelijke beperking zijn buiten beschouwing gelaten.

IV. Bijlage **Methodische verantwoording**

In deze bijlage wordt de wijze waarop de gegevens in dit rapport tot stand gekomen zijn verantwoord. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de standaardisatie van de onderzoekspopulatie die heeft plaatsgevonden en de statistische analysemethode.

Standaardisatie van de onderzoekspopulatie

In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van een aantal opeenvolgende metingen bij het PPCZ en NPCG. Voor de verschillende jaren worden de gemiddelde waarden of percentages op bepaalde indicatoren geschat (zie hieronder Data-analyse) en met elkaar vergeleken. Om de uitkomsten van de verschillende metingen te kunnen vergelijken, is het noodzakelijk dat de samenstelling van de onderzoeksgroep op de verschillende meetmomenten vergelijkbaar is. Wanneer de onderzoeksgroep het ene jaar anders is samengesteld dan het andere jaar, kunnen eventuele verschillen tussen de metingen veroorzaakt worden door de veranderde samenstelling van de onderzoeksgroep en kan niet zondermeer worden geconcludeerd dat de veranderingen op indicatoren daadwerkelijk bepaalde trends weerspiegelen. Bijlage II laat zien dat de verschillen in samenstelling van de onderzoeksgroepen van het eerste panel (april 1998, april 1999 en april 2000) naar sociaal-demografische- en ziektekenmerken op de drie meetmomenten miniem zijn. Toch zijn enkele verschuivingen opgetreden als gevolg van uitval en veroudering: doordat het panel tussen de meetmomenten door niet is aangevuld met nieuwe respondenten, is de gemiddelde leeftijd en de gemiddelde ziekteduur van de panelleden in de loop van de drie jaren toegenomen. Hetzelfde fenomeen doet zich voor bij het tweede panel (april 2002, april 2003 en april 2004). Daarnaast zijn voor het tweede panel extra personen met astma of COPD geselecteerd ten behoeve van een ziektespecifieke monitor in opdracht van het Nederlands Astma Fonds. Vanwege deze oververtegenwoordiging van mensen met astma of COPD, wijkt de samenstelling van het tweede panel af van het eerste panel voor wat betreft de verdeling van de indexziekten. De samenstelling van de onderzoeksgroep in april 2005 (het 'derde' panel) betreft een generieke selectie van mensen met een chronische ziekte, dus zonder extra geselecteerde personen met astma of COPD, maar met aanvulling van personen met lichamelijke beperkingen.

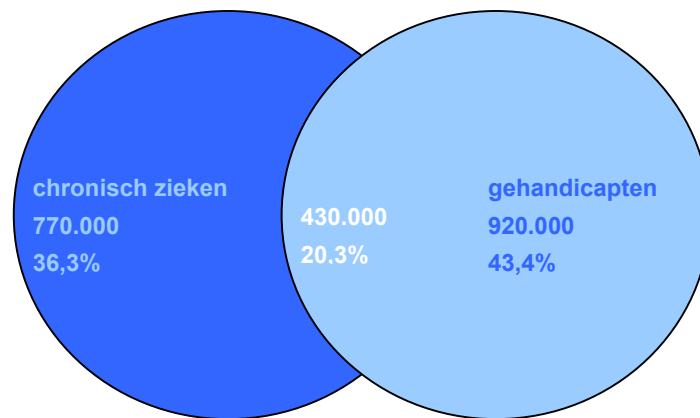
Om vertekening van de resultaten als gevolg van verschillen in de samenstelling van het panel op de diverse meetmomenten te voorkomen, en om uitspraken te kunnen doen over chronisch zieken en gehandicapten als totale groep, is ervoor gekozen om de gegevens te standaardiseren naar een standaardpopulatie gebaseerd op de verhouding tussen het aantal mensen met een chronische ziekte en het aantal mensen met lichamelijke beperkingen in de Nederlandse bevolking. Aangezien gegevens hierover niet zondermeer voorhanden zijn, zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Hiermee moeten onze uitspraken over referentiegegevens opgevat worden als benaderingen van daadwerkelijke aantallen en verhoudingen op populatieniveau. Hieronder volgt een samenvatting van de berekening van referentiegegevens voor het NPCG.

Omdat het NPCG bestaat uit niet-geïstitutionaliseerde (=zelfstandig wonende) personen met een chronische ziekte of handicap, in de leeftijd van 15 jaar of ouder, geldt als basis

de omvang van de niet-geïstitutionaliseerde Nederlandse bevolking vanaf 15 jaar. Per 1 januari 2005 zijn dat 12.246.493 personen¹. Voor het bepalen van het aantal mensen met een chronische ziekte in de Nederlandse bevolking wordt uitgegaan van de definities zoals gehanteerd in het NPCG (zie Bijlage I). Vanwege het ontbreken van andere cijfers is uitgegaan van de steekproeven die getrokken zijn voor het werven van mensen met een chronische ziekte voor het PPCZ-1 (1998, uit 56 huisartspraktijken) en PPCZ-2 (2001, uit 45 huisartspraktijken). Hiertoe is beide keren een getrapte steekproefprocedure gevolgd: eerst werd een steekproef van huisartspraktijken getrokken en vervolgens werd binnen elke huisartspraktijk een steekproef van ingeschrevenen vergeleken met de selectiecriteria. Bij de werving voor het PPCZ-1 bleek dat 9,7% van de ingeschrevenen in aanmerking kwam voor deelname aan het panel. Voor het PPCZ-2 was dat 9,8% (Rijken et al., 1999; Baanders et al., 2001). Omgerekend zijn dit per 1 januari 2005 respectievelijk 1.187.910 en 1.200.157 personen in de Nederlandse huisartspraktijk. Omdat, onder andere vanwege demografische veranderingen zoals de vergrijzing, de prevalentie van chronische aandoeningen een stijgende trend laat zien, kunnen we voor het schatten van het aantal chronisch zieken uitgaan van het tweede percentage, dus 9,8%. Dit betekent dat we uit kunnen gaan van een geschat aantal van 1.200.000 mensen met een chronische ziekte in Nederland. Bij de werving van mensen met lichamelijke beperkingen zijn we uitgegaan van personen met een matige tot ernstige beperking op basis van de SCP-beperkingenmaat. Volgens het SCP (Rapportage Gehandicapten 2002) heeft 11% van de niet-geïstitutionaliseerde bevolking in de leeftijd van 15 jaar of ouder een matige tot ernstige fysieke beperking (respectievelijk 7,2 en 3,8%). Omgerekend zou dat per 1 januari 2005 gaan om 1.347.115 personen. Als we ons voor het bepalen van de omvang van het aantal mensen met lichamelijke beperkingen op bevolkingsniveau baseren op dit referentiecijfer, kunnen we het aantal gehandicapten schatten op 1.350.000 personen. Om tot een verhouding te komen van het aantal personen met een chronische ziekte en personen met een lichamelijke beperking is het tevens van belang te weten hoeveel van de personen met een chronische aandoening een lichamelijke beperking hebben, en omgekeerd, hoeveel van de mensen met een lichamelijke beperking een chronische ziekte. Uitgaande van de mensen met een chronische ziekte heeft 33,7% volgens de OECD-maat en 37,9% volgens de SCP-beperkingenmaat een matige tot ernstige lichamelijke beperking. Beide cijfers zijn afkomstig van het PPCZ-2 (Richter et al., 2003). Het absolute aantal niet-geïstitutionaliseerde personen in de leeftijd van 15 jaar en ouder bedraagt dan respectievelijk 404.400 en 454.800 personen per 1 januari 2005. Van de mensen met een matige tot ernstige lichamelijke beperking (OECD-maat) heeft 32,2% een medisch gediagnosticeerde chronische ziekte, bekend bij de huisarts. Dit cijfer is afkomstig van de Tweede Nationale Studie (NS2) (Richter et al., 2003). Omgerekend naar het aantal inwoners per 1 januari 2005 betekent dit 4.34.700 personen. Voor de overlap tussen personen met een chronische ziekte en personen met een lichamelijke beperking kunnen we dus uitgaan van een geschat aantal van 430.000. In figuur 1 zijn deze cijfers samengevat:

¹ Per 1 januari 2005 telde Nederland in totaal 16.302.526 inwoners, waarvan 13.296.952 in de leeftijd vanaf 15 jaar (CBS, Statline). Hiervan is 92,1% niet-geïstitutionaliseerd (SCP, Rapportage Gehandicapten 2002). Omgerekend zijn dat 12.246.493 personen.

Figuur 1: Geschat aantal chronisch zieken en gehandicapten in de Nederlandse bevolking (n=2.120.000)



Wanneer we deze geschatte verdeling op bevolkingsniveau vergelijken met die in de onderzoeksgroep van april 2005 (het NPCG), dan blijkt dat aan het NPCG in relatieve zin veel mensen met een chronische ziekte deelnemen. Bij het bepalen hiervan heeft de bron van selectie als uitgangspunt gediend: degenen met een chronisch somatische ziekte die geworven zijn via de huisartspraktijken vormen de groep mensen met een chronische ziekte, degenen die geworven zijn via één van de twee bevolkingsonderzoeken vormen de groep mensen met een lichamelijke beperking. Op deze manier is de verhouding chronisch zieken en gehandicapten in het NPCG respectievelijk 63% en 37%. Omdat de verhouding op bevolkingsniveau geschat is op 47% en 53%, is een weegfactor gemaakt waarmee vervolgens de samenstelling van het NPCG is gewogen naar de verhouding op bevolkingsniveau. De op deze manier gewogen samenstelling van het NPCG vormt de standaardpopulatie.

De standaardpopulatie heeft dus een verdeling naar sociaal-demografische en ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, zoals die in het gewogen bestand van april 2005 (zie paragraaf 2.1). De samenstelling van de onderzoeksgroepen op de eerdere meetmomenten wordt op een aantal centrale kenmerken gelijk gemaakt aan die in april 2005, zodat bijvoorbeeld het percentage mannen of de gemiddelde leeftijd van de groep op elk moment gelijk is. De variabelen waarop gestandaardiseerd is zijn sekse, leeftijd, opleiding, bron van inkomen, indexziekte (oudste diagnose), de ziekteduur, het aantal chronische aandoeningen, aard van de beperking, ernst van de beperking en regio en urbanisatiegraad van de panelleden.

We gaan er nu van uit dat, op de aard van de lichamelijke beperkingen na (zie Bijlage I, tekst onder tabel 3), de gewogen samenstelling van het panel in april 2005 representatief is voor de totale populatie in Nederland. Mocht niettemin op enig moment blijken dat de gekozen 'standaardpopulatie' toch op bepaalde kenmerken afwijkt van de werkelijke populatie in Nederland (bijvoorbeeld in geval dat bepaalde ziekten in werkelijkheid meer

of minder vaak voorkomen onder mensen met een chronische ziekte), dan zal de standaardisatie worden aangepast en moeten de resultaten uit dit rapport worden herzien.

Data-analyse

De gegevens zijn geanalyseerd op basis van een multi-niveaumodel (Snijders & Bosker, 1999). De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat enerzijds herhaalde metingen worden verricht bij dezelfde personen en er dus een statistische afhankelijkheid tussen de metingen bestaat. Naast het gekozen onderzoeksdesign, speelt ook het voorkomen van missende waarden een rol bij de keuze voor multi-niveau analyse. Wanneer respondenten meerdere keren worden bevraagd, is de kans groot dat bij een deel van de respondenten een aantal gegevens ontbreekt. Bij de klassieke methode van variantie-analyse voor herhaalde metingen zou dan de gehele case (inclusief de wel aanwezige gegevens van de respondent over andere jaren) uit de analyse wegvallen, waardoor de uiteindelijke onderzoeksgroep te klein wordt, zeker voor analyses binnen subgroepen. Bij multi-niveau analyse is het mogelijk om de aanwezige gegevens van elk panellid te gebruiken ondanks ontbrekende waarden op één van de metingen.

Door het gehanteerde onderzoeksdesign is sprake van ‘geneste’ waarnemingen: de herhaalde metingen zijn genest in panelliden. In het geanalyseerde multi-niveaumodel worden daarom drie data-niveaus onderscheiden: het niveau van de huisartsenpraktijk, het niveau van het individuele panellid en dat van de meting.

Bij de analyse van de gegevens zijn twee multi-niveaumodellen gespecificeerd. In de eerste plaats een uitgebreid model, waarin als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen: jaar van de meting, aanwezigheid van een chronische ziekte, aanwezigheid van een lichamelijke beperking, sekse, opleidingsniveau, indexziekte (oudste diagnose) en het aantal chronische ziekten, aard van de beperking en ernst van de beperking, regio en urbanisatiegraad (op het niveau van het panellid) en leeftijd (op het niveau van de meting). Het betreffen categorische variabelen die als dummyvariabelen in het model zijn opgenomen. Dit uitgebreide model is gebruikt bij de analyse van die indicatoren waarbij, naast een schatting voor de totale populatie, ook schattingen voor subgroepen van mensen met een chronische ziekte of handicap wenselijk en mogelijk waren. Wanneer bijvoorbeeld de gemiddelde waarde op een bepaalde indicator werd geschat voor vrouwen met een chronische ziekte of handicap (ten opzichte van mannen met een chronische ziekte of handicap), dan werd hierbij door het opnemen van de andere variabelen in het model gecorrigeerd voor verschillen tussen de groepen mannen en vrouwen in leeftijds-samenstelling, opleidingsniveau, type chronische ziekte, het aantal chronische ziekten, aard en ernst van de beperking en de regio en urbanisatiegraad. Daarnaast is een beperktere variant van het model gebruikt, wanneer op bepaalde indicatoren alleen een schatting voor de totale populatie chronisch zieken en gehandicapten, alleen chronisch zieken en alleen gehandicapten, wenselijk en mogelijk was. In het beperkte model zijn als onafhankelijke variabelen opgenomen: jaar van de meting, aanwezigheid van een chronische ziekte, aanwezigheid van een lichamelijke beperking, sekse, leeftijd (continue variabele), regio en urbanisatiegraad. Dit laatste model geeft dus schattingen voor de totale populatie van mensen met een chronische ziekte of handicap, en voor mensen met een chronische ziekte en voor mensen met lichamelijke beperkingen afzonderlijk. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij schattingen voor (subgroepen van) mensen met een chronische ziekte

gecorrigeerd is voor de effecten van de eventuele aanwezigheid van een lichamelijke beperking (er is immers sprake van overlap tussen beide groepen), en andersom, bij schattingen voor (subgroepen van) gehandicapten is rekening gehouden met het effect van de eventuele aanwezigheid van een chronische ziekte. De gepresenteerde resultaten betreffen dus de specifieke categorie. Alleen indien er sprake was van lage aantallen in de analyse, werden enkel de variabelen jaar van de meting, aanwezigheid van een chronische ziekte en aanwezigheid van een lichamelijke beperking in het model opgenomen.

De resultaten van de multi-niveau analyses zijn schattingen van de gemiddelde waarden zoals die zouden gelden voor de totale standaardpopulatie van mensen met een chronische ziekte of handicap. Behalve het gemiddelde voor de totale populatie op het meest recente meetmoment (meestal april 2005), worden in dit rapport daar waar wenselijk en mogelijk ook de gemiddelde waarden voor een aantal subgroepen van chronisch zieken en gehandicapten geschat. Door middel van trendanalyse wordt bovendien getoetst of in de loop van de tijd verschuivingen hebben plaatsgevonden (toetsing van polynomiale contrasten met $\alpha=.01$). Deze analyses zijn alleen mogelijk voor mensen met een chronische ziekte omdat mensen met lichamelijke beperkingen (al dan niet gepaard gaande met een chronische ziekte) in 2005 voor het eerst deel uitmaken van het panel. Hierbij worden in eerste instantie de jaargemiddelden van de opeenvolgende jaren voor de totale onderzoeksgroep van mensen met een chronische ziekte getoetst, waarna ook voor de onderscheiden subgroepen van mensen met een chronische ziekte (type ziekte en aantal ziekten) wordt getoetst of zich - naast de algemene trend - nog 'extra' verschuivingen hebben voorgedaan, specifiek voor die subgroep.

Tenslotte is op elk meetmoment getoetst of het effect van een bepaald kenmerk van een subgroep (bijvoorbeeld vrouw ten opzichte van man) significant is. Een dergelijk significant sekse-effect impliceert dat de gemiddelde waarde op een bepaalde indicator van vrouwen met een chronische ziekte of handicap afwijkt van die van mannen met een chronische ziekte of handicap. Vanwege het grote aantal toetsingen dat wordt gedaan, is steeds een alpha van .01 gehanteerd.

