



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (A. van den
Brink-Muinen, P. Spreeuwenberg, P.M. Rijken,
*Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006, Nationaal
Panel Chronisch zieken en Gehandicapten*, NIVEL
2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in
PDF-format op www.nivel.nl

Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006

Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

A. van den Brink-Muinen
P. Spreeuwenberg
P.M. Rijken



ISBN 97-890-690-58436

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 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	5
Samenvatting en beschouwing	7
Leeswijzer	17
1 Inleiding	21
1.1 Doelstelling	21
1.2 Het panel in het kort	21
1.3 Thematiek	23
1.4 Vraagstellingen	24
1.5 Opbouw van het rapport	24
2 Functionele gezondheidstoestand en bewegen	27
2.1 Algemeen functioneren	27
2.2 Gezond bewegen	30
3 Wonen en vervoer	37
3.1 Woningstype en toegankelijkheid van openbare gebouwen en ruimten	37
3.2 Gebruik openbaar vervoer	39
3.3 Gebruik van aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen	42
4 Betaald werk	47
4.1 Arbeidsparticipatie	47
4.2 Ziekteverzuim	52
4.3 Werkgerelateerde problemen	56
4.4 Werkaanpassingen en reïntegratie	61
5 Onbetaald werk	65
5.1 Vrijwilligerswerk	65
5.2 Mantelzorg	68
6 Arbeidsongeschiktheid	71
6.1 Arbeidongeschiktheid	71
6.2 Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen	76
7 Financiële situatie	81
7.1 Inkomen	81
7.2 Ziektegerelateerde uitgaven	87
7.3 Bekendheid met vergoedings- en compensatieregelingen	98

Referenties	103
Bijlage I: Werving en representativiteit NPCG	105
Bijlage II: Samenstelling panel 2005-2006	107
Bijlage III: Respons metingen april 2005-2006	109
Bijlage IV: Methodische verantwoording	111

Voorwoord

Dit rapport bevat een groot aantal kerngegevens over de maatschappelijke situatie van mensen met een lichamelijke chronische ziekte of handicap in Nederland. Het rapport biedt een actueel overzicht van de huidige maatschappelijke situatie van chronisch zieken en gehandicapten, gebaseerd op gegevens verzameld bij ruim 3.500 chronisch zieken en gehandicapten die in 2005 en 2006 deelnamen aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Het rapport is tevens een vervolg op de rapportage ‘Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2004’, die door het NIVEL in april 2005 werd uitgebracht. Dit laatste rapport was gebaseerd op gegevens verzameld bij het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), destijds een landelijk panel van circa 2.000 chronisch zieken. In 2005 is het PPCZ uitgebreid met een grote groep mensen met matige of ernstige beperkingen die niet per definitie gediagnosticeerd waren met een chronische ziekte. Sindsdien vormt het panel een landelijk representatieve vertegenwoordiging van zowel chronisch zieken als (lichamelijk) gehandicapten en is de naam gewijzigd in het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten.

Het is dus de eerste keer dat, naast gegevens over de maatschappelijke situatie van chronisch zieken, ook gegevens over de situatie van mensen met matige tot ernstige lichamelijke beperkingen in een rapportage ‘Kerngegevens Maatschappelijke situatie’ worden gepresenteerd. Ook is de thematiek breder dan in het voorgaande kernrapport. Naast de aandacht die ook in het eerdere rapport ‘Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2004’ is gegeven aan het verrichten van betaald en onbetaald werk, arbeidsongeschiktheid en de financiële positie, levert dit rapport gegevens over het gebruik van (openbare) vervoersvoorzieningen en de toegankelijkheid van woningen, openbare gebouwen en ruimten. Tevens wordt ingegaan op de leefstijl van mensen met een chronische ziekte of handicap, met name hun lichamelijke activiteit.

Het doel van dit rapport is een actueel overzicht te geven van de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap. Tevens is het rapport bedoeld om de ontwikkelingen in de maatschappelijke situatie van chronisch zieken, die immers al vanaf 1997/1998 in het kader van het PPCZ/NPCG worden bevraagd, te beschrijven. Het rapport biedt derhalve een schat aan informatie die voor monitoringdoeleinden kan worden gebruikt. De afgelopen jaren is een groot aantal beleidsmaatregelen genomen om de deelname van chronisch zieken en gehandicapten aan de samenleving te versterken. Hoewel dit rapport geen informatie verschaft over de effectiviteit van deze afzonderlijke maatregelen, laat het wel zien hoe de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap op dit moment is en – ten aanzien van de groep chronisch zieken – of die situatie de afgelopen jaren daadwerkelijk is verbeterd. In de hierna volgende Samenvatting en beschouwing kunt u de belangrijkste bevindingen hieromtrent lezen.

Graag willen wij een woord van dank richten aan de leden van de programmacommissie van het NPCG voor hun jarenlange inzet voor het panel en de moeite die zij ook dit keer weer gedaan hebben om de conceptversie van dit rapport van hun deskundige commentaar te voorzien..De commissieleden zijn: 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 (ministerie van VWS), mevrouw drs. J.A. Ringelberg (ministerie van SZW), de heer drs. J.M. Timmermans (Sociaal en Cultureel Planbureau) en de heer drs. A. van der Zeijden (CG-Raad). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid hebben subsidie verleend voor de opzet en uitvoering van het onderzoeksprogramma NPCG.

Het laatste woord van dank is voor de chronisch zieke en gehandicapte deelnemers aan het NPCG. Wij willen hen hartelijk bedanken voor hun bereidheid om meerdere keren per jaar gegevens aan ons te verstrekken. Heel wat uurtjes zullen zijn besteed aan het invullen van onze uitgebreide vragenlijsten en de gelukkig wat kortere telefonische interviews.

Utrecht, juni 2007

Samenvatting en beschouwing

Het beleid van de Nederlandse overheid is erop gericht alle burgers, met of zonder een chronische ziekte of handicap, zoveel mogelijk te laten deelnemen aan de samenleving. Dit rapport geeft inzicht in de effecten van dat beleid. De gegevens hebben betrekking op 2005 en, wat betreft de financiële situatie, op 2005 en 2006. Centraal staat de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap. De gegevens zijn afkomstig uit het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), dat sinds 1 januari 2005 loopt, en diens voorganger, het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ; 1998 – 2004). In het NPCG worden op continue basis gegevens verzameld over de zorg- en leef situatie 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 NPCG bestaat uit ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 jaar en ouder. Deze mensen zijn op verschillende manieren voor het panel geworven. Mensen met een chronische ziekte zijn geselecteerd in een groot aantal huisartsenpraktijken verspreid over heel Nederland (aselecte steekproef). Mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen zijn geselecteerd uit twee groot-schalige bevolkingsonderzoeken, het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek 2003 (SCP) en het Woning Behoeftte Onderzoek 2002 (ministerie van VROM), op basis van hun score op een screeningsinstrument voor beperkingen. Mensen die zowel een chronische ziekte als (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen hebben zijn via beide wegen in het panel ingestroomd. Het NPCG kan in zijn algemeenheid worden beschouwd als een representatieve afspiegeling van de populatie zelfstandig wonende mensen met een (lichamelijke) chronische ziekte of handicap van 15 jaar en ouder (Calsbeek et al., 2006). 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 alle gegevens te standaardiseren naar een standaardpopulatie (zie tabel 1 van bijlage IV), gebaseerd op de verhouding tussen het aantal mensen met een chronische ziekte en het aantal mensen met lichamelijke beperkingen in de Nederlandse bevolking (zie bijlage IV).

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

De bevindingen die in dit rapport worden beschreven zijn gebaseerd op gegevens uit schriftelijke enquêtes onder de deelnemers aan het NPCG in 2005 en 2006. Daarnaast worden voor chronisch zieken trends over de afgelopen jaren (meestal vanaf 1997/1998) beschreven, omdat van hen ook gegevens beschikbaar zijn van voor 2005. Hieronder worden de belangrijkste resultaten samengevat.

Algemeen functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap

Mensen met een chronische ziekte of handicap functioneren in hun eigen ogen matig tot goed in huis, op het werk of in hun vrije tijd. Chronisch zieken rapporteren gemiddeld genomen de laatste jaren een minder goede functionele gezondheidstoestand dan een aantal jaren geleden (dalende lineaire trend). Dit geldt vooral voor de jongste groep, de 15 t/m 39-jarigen.

Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen ervaren hun algemeen functioneren als minder goed dan degenen met matige beperkingen. Dat dit gevolgen heeft voor hun maatschappelijke situatie komt tot uiting in andere resultaten in dit rapport, zoals de deelname aan het arbeidsproces en de mate van arbeids(on-)geschiktheid. De aard van de handicap is overigens niet van invloed op het algemeen functioneren.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 2.1

Gezond bewegen

Onvoldoende bewegen of lichamelijke inactiviteit wordt beschouwd als één van de belangrijkste risicofactoren voor ziekte. Om de ziektelast ten gevolge van een inactieve leefstijl te verlagen is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) opgesteld. Deze norm stelt dat 30 minuten matig intensieve beweging gedurende tenminste vijf dagen per week gewenst is voor bevordering of behoud van de gezondheid. Het ministerie van VWS streeft naar een toename van mensen die aan de NNGB voldoen en een afname van het aantal lichamen inactiviteit. De mate van lichamelijke (in-)activiteit is in het NPCG vastgesteld met de SQUASH (Wendel-Vos & Schuit, 2004). Activiteiten die in deze maat worden meegenomen zijn lichamelijke activiteit op het werk, huishoudelijk werk, wandelen, fietsen en sporten. Het percentage 'normactieven' (vijf dagen of vaker actief per week) en het percentage 'inactieven' (geen enkele dag per week tenminste 30 minuten matig intensieve beweging) zijn belangrijke indicatoren voor het te voeren beleid.

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap voldoet 47% aan de NNGB, wat iets minder is dan van de algemene Nederlandse bevolking (55%). Interessant is dat de 'jongere senioren' (65 t/m 74 jaar) vaker de norm halen dan de 15 t/m 39-jarigen. Hoewel het percentage normactieven onder chronisch zieken en gehandicapten niet veel lager is dan in de algemene bevolking, is het percentage inactieven wel veel hoger onder mensen met een chronische ziekte of handicap: één op de vijf chronisch zieken en gehandicapten (19%) beweegt te weinig, hetgeen tweeënehalf keer zoveel is als onder de algemene bevolking, van wie 8% inactief is. Geen energie en een slechte gezondheid spelen hierbij een rol, maar ook het ontbreken van de juiste voorzieningen kan mensen belemmeren om (meer) te bewegen. Lager opgeleiden en 75-plussers zijn het vaakst inactief.

Kijken we naar de groep chronisch zieken, dan blijkt dat in 2005 de helft van hen voldeed aan de NNGB en een op de vijf inactief was. Van de groep mensen met een handicap was een derde normactief en een derde inactief. Onder de ernstig gehandicapten was het percentage inactieven twee maal zo hoog als onder degenen met matige beperkingen.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 2.2

Wonen

De overheid streeft ernaar randvoorwaarden te creëren om mensen zo lang mogelijk zelfstandig, in hun eigen woonomgeving, te kunnen laten wonen. Hiertoe is het streven om voor 2015 een groot aantal extra nultredenwoningen te creëren door middel van nieuwbouw of aanpassing van bestaande woningen (ministerie van VWS, 2004). Een nultredenwoning is een woning die zonder trappen van buiten af bereikbaar is én waarbij de zogenaamde ‘primaire ruimtes’ (keuken, sanitair, woonkamer en minimaal één slaapkamer) zich op dezelfde woonlaag bevinden. Uit onze gegevens blijkt dat in 2005 bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap (45%) in een gelijkvloerse woning¹ woonde. Een op de tien woonde in een woning die alleen via een trap aan de buitenkant toegankelijk is.

Openbare gebouwen en ruimten moeten ook toegankelijk en bruikbaar zijn voor chronisch zieken en gehandicapten. Toch zijn steile hellingen, hoge drempels en stoepen voor mensen met een chronische ziekte of handicap nog vaak redenen om niet van huis te gaan. Bijvoorbeeld, voor bijna een derde (29%) van de mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen vormen steile hellingen een belemmering om uit huis te gaan. Daarnaast vormen te smalle deuren voor één op de zes gehandicapten (16%) een belemmering in openbare gebouwen.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 3.1

Vervoer

Een speerpunt van het overheidsbeleid in het kader van participatie is om te zorgen voor openbaar vervoer dat toegankelijk is voor iedereen. Als gebruik van het openbaar vervoer in bepaalde gevallen ondanks aanpassingen toch niet mogelijk is, kunnen aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen worden ingezet. Dit onderzoek wijst uit dat in 2005 een minderheid van de mensen met een chronische ziekte of handicap (40%) gebruik maakte van het openbaar vervoer, en dat minder dan tweederde van hen (62%) hierover tevreden is. Van degenen met ernstige lichamelijke beperkingen maakte slechts een kwart (27%) gebruik van het openbaar vervoer.

Van aanvullende collectieve specifieke vervoer binnen de regio (collectief Wvg-vervoer) maakt één op de tien chronisch zieken en gehandicapten (11%) gebruik; twee maal zoveel vrouwen als mannen, en 75-plussers vaker dan jongere chronisch zieken en gehandicapten. Bijna de helft van de gebruikers (44%) is echter niet zo tevreden over dit type vervoer. Vijf procent van de mensen met een chronische ziekte of handicap heeft een Valyspas die is bedoeld voor bovenregionaal vervoer, maar slechts één procent van de totale groep gebruikt deze pas. Van de ernstig gehandicapten heeft één op de vijf (22%) een Valyspas, maar ook binnen deze groep is het gebruik ervan gering: één op de tien ernstig gehandicapten (9%) maakt gebruik van het bovenregionaal vervoer gehandicapten.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp de paragrafen 3.2. en 3.3

Betaald werk

Het verrichten van betaald werk is een belangrijke mogelijkheid om bij de samenleving betrokken te worden en te blijven. Voor chronisch zieken en gehandicapten telt dat even-

¹ Onder een gelijkvloerse woning verstaan we een woning waarbij alle primaire ruimtes (keuken, sanitair, woonkamer en minimaal één slaapkamer) zich op dezelfde woonlaag bevinden.

zeer als voor anderen in onze samenleving. De overheid streeft er dan ook naar om mensen met een chronische ziekte of handicap zoveel mogelijk aan het werk te krijgen of te houden door middel van het bieden van een set van reïntegratieinstrumenten aan werkgevers, werknemers en het UWV. Men gaat daarbij uit van de mogelijkheden tot het verrichten van werk die mensen met een chronische ziekte of handicap (nog) hebben.

Uit dit rapport op basis van gegevens van het NPCG blijkt, dat de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar een stuk lager is dan onder de algemene Nederlandse bevolking in die leeftijdsklasse: 40% van de chronisch zieken en gehandicapten had in 2005 betaald werk (voor 12 uur of meer), tegenover 63% van de algemene bevolking zoals is gevonden door het CBS. Als we kijken naar de chronisch zieken en gehandicapten die betaald werk (voor 12 uur of meer) verrichtten, blijkt dat zij gemiddeld een werkweek hadden van 28 uur. Dit is minder dan de gemiddelde werkweek van 35 uur van de gemiddelde Nederlandse werknemer. Mannen, jongeren en hoger opgeleide mensen met een chronische ziekte of handicap werken vaker dan vrouwen, ouderen en lager opgeleiden.

Kijken we naar de groep chronisch zieken, dan blijkt de arbeidsparticipatie in 2005 ten opzichte van 2003 flink gestegen, van 31% naar 39%. Deze trend is nog wat sterker aanwezig bij mannelijke, jongere en hoger opgeleide chronisch zieken. Opgemerkt moet worden dat (een deel van) het hogere percentage arbeidsparticipanten in 2005 ten opzichte van 2003 mogelijk verklaard kan worden door de invoering van de Wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte in januari 2004. Krachtens deze wet moeten werkgevers hun zieke werknemers twee jaar in plaats van één jaar doorbetalen, waardoor ze langer in dienst blijven en dus officieel werkzaam zijn. Gegevens over 2006 moeten worden afgewacht om te kunnen beoordelen in welke mate er sprake is van een daadwerkelijke stijging van de arbeidsparticipatie onder chronisch zieken en gehandicapten.

Voor de groep gehandicapten geldt dat de arbeidsparticipatiegraad nog erg laag is: in 2005 had maar ruim een kwart van hen (28%) een betaalde baan van tenminste 12 uur per week.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 4.1

Ziekteverzuim

Ziekteverzuim kan zowel voor de werkgever als de zieke werknemer negatieve gevolgen hebben. Door de invoering van de Wet verbetering poortwachter in april 2002 wordt getracht het ziekteverzuim terug te dringen en de instroom in arbeidsonschiktheidsuitkeringen te verminderen. Opvallend is dat chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 40 t/m 64 jaar zich niet vaker ziek meldden dan degenen jonger dan 40 jaar. Daarbij moet worden aangetekend dat hierbij – evenals bij alle andere vergelijkingen tussen subgroepen – gecorrigeerd is voor eventuele verschillen in andere sociaal-demografische en ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, zoals bijvoorbeeld de ernst van de fysieke beperkingen die men ervaart.

Onder chronisch zieken varieert het percentage mensen dat over de jaren heen tenminste één keer vanwege ziekte verzuimde enigszins, in 2005 bedroeg het percentage 64%. Dit percentage ligt wat hoger dan in de daaraan voorafgaande jaren. Bij vrouwen met een chronische ziekte is sinds 1999 een licht stijgende trend te zien in het percentage dat minimaal één keer per jaar verzuimt. Opvallend is tenslotte dat de gemiddelde ziekteduur van mensen met een chronische ziekte de afgelopen jaren sterk is gedaald: van circa 40 dagen per jaar in 1999 en 2000, naar 31 dagen in 2001, 26 dagen in 2002, tot 19 dagen in

2003 en 2005.

Van de (relatief kleine) groep werkzame gehandicapten meldde zich in 2005 driekwart één of meer keer per jaar ziek. Verschillen naar de aard en ernst van de handicap werden hierbij niet gevonden.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 4.2

Werkgerelateerde problemen

In het NPCG is ook gevraagd naar problemen die mensen ervaren met betrekking tot het verrichten van betaald werk. Voorbeelden van deze ervaren problemen zijn: niet aan de slag kunnen komen, dreigend ontslag, het werk bevalt niet, weinig waardering ontvangen voor het werk, te weinig verdienen of een slechte werksfeer.

Een derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar (34%) rapporteerde in 2005 de afgelopen tijd werkgerelateerde problemen te hebben ondervonden. Binnen de groep chronisch zieken werd voor 2005 eenzelfde percentage gevonden, hetgeen een vrij sterke toename sinds 2003 betekent (in 1998, 2002 en 2003 rapporteerde steeds circa één op de vijf dergelijke problemen te ervaren). Bij de laag opgeleide chronisch zieken is de stijging van de ervaren werkgerelateerde problemen nog wat sterker dan bij hoger opgeleide chronisch zieken. Bij mensen met hart- en vaatziekten en bij kankerpatiënten is deze stijging wat sterker dan bij de andere groepen chronisch zieken. Mogelijk spelen de strengere herkeuringen voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, die sinds oktober 2004 plaatsvinden bij mensen jonger dan 50 jaar, een rol bij de gesignaleerde stijging van werkgerelateerde problemen. Om dit te kunnen beoordelen is verder onderzoek nodig.

Van de mensen met een handicap rapporteerde in 2005 bijna de helft (44%) werkgerelateerde problemen te ondervinden. De ernst of de aard van de handicap speelde hierbij geen rol.

Mensen met een chronische ziekte of handicap die betaald werk verrichten ervaren daarbij relatief vaak belemmeringen als gevolg van hun gezondheid. Zo is met name vermoeidheid een belemmerende factor voor hen. Ook het vervoer van en naar het werk of het zich verplaatsen op het werk is voor één op de vijf mensen die betaald werk hebben een probleem. Psychische factoren zoals stress of spanning en cognitieve belemmeringen zoals concentratieproblemen komen eveneens relatief veel voor.

In verhouding tot de gerapporteerde belemmeringen bij het uitvoeren van hun werk, blijkt maar een klein deel (23%) van de werkzame chronisch zieken en gehandicapten in 2004/2005 werkaanpassingen te hebben gekregen. Aanpassingen liggen vooral op het vlak van werktijden en werkinhoud. Vooral de werkgever en (minder vaak) de arbo-dienst of bedrijfsarts hebben een bijdrage geleverd aan het tot stand komen van deze werkaanpassingen.

Eén op de acht chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar gaf in oktober 2005 aan het afgelopen jaar te hebben gesolliciteerd naar een betaalde baan. Gemiddeld deden zij dat 17 keer. Bij ruim een kwart van hen leidde een sollicitatie tot het krijgen van betaald werk. Bij degenen die een reïntegratietraject hadden gevolgd, leidde dit in een derde van de gevallen tot het weer krijgen van betaald werk.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 4.3 en 4.4

Onbetaald werk

Maatschappelijke participatie kan behalve door het verrichten van betaald werk ook plaatsvinden door middel van het verrichten van onbetaald werk zoals vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg.

Vrijwilligerswerk kan worden gedaan voor een organisatie, instelling of vereniging. Voorbeelden zijn activiteiten bij een sportvereniging, een cliënten- of patiëntenorganisatie, een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Ruim een vijfde van de mensen met een chronische ziekte of handicap (22%) doet vrijwilligerswerk. Dit percentage is lager dan onder de algemene Nederlandse bevolking, van wie een derde vrijwilligerswerk doet. Mensen met een chronische ziekte of handicap die vrijwilligerswerk verrichten, doen dit gemiddeld evenveel uren als de vrijwilligers binnen de algemene bevolking, namelijk vijf uur per week. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe vaker chronisch zieken en gehandicapten vrijwilligerswerk doen.

Mantelzorg is gedefinieerd als 'hulp verleend aan mensen buiten het eigen huishouden'. Het helpen van de partner of andere huisgenoten – ook in het geval het om langdurige zorg gaat - valt in dit rapport dus niet onder mantelzorg. Eén op de acht mensen met een chronische ziekte of handicap (12%) rapporteerde in 2005 wel eens dit type mantelzorg te verlenen. Gemiddeld deden deze mensen dit 3,5 uur per week.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp de paragrafen 5.1 en 5.2

Arbeidsongeschiktheid

Chronisch zieken en gehandicapten die geen betaald werk (meer) kunnen verrichten of dat niet (meer) een volledige werkweek kunnen doen, kunnen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard. Hiertoe wordt door het UWV een of meer keren een claimbeoordeling uitgevoerd, waarbij onder andere de mate van arbeids(on)geschiktheid wordt beoordeeld.

Uit onze gegevens blijkt dat van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar in 2005 een derde (34%) aan gaf (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt te zijn verklaard. Van de algemene Nederlandse bevolking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar was in 2005 8% (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt, volgens het CBS. Het aandeel arbeidsongeschikten is hoger onder mannen en ouderen (40 t/m 64 jaar) met een chronische ziekte of handicap dan onder vrouwen en jongeren (15 t/m 39 jaar).

Onder chronisch zieken is het percentage (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikten in 2005 hoger, te weten 35%, dan in voorgaande jaren (27% in 2003). Mensen met diabetes en mensen met astma/COPD zijn minder vaak arbeidsongeschikt dan mensen met hart- en vaatziekten (referentiegroep). Wat de groep astma/COPD betreft geldt dit overigens met name voor mensen met astma en niet voor mensen met COPD (Heijmans et al., 2005). Daarnaast zijn mensen met meerdere chronische aandoeningen vaker arbeidsongeschikt verklaard dan mensen die met één chronische ziekte gediagnosticeerd zijn. Van de gehandicapten is de helft (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt; van de mensen met ernstige beperkingen is een ruime meerderheid (59%) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard, van de mensen met matige beperkingen is dat iets minder dan de helft (46%).

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap die arbeidsongeschikt waren verklaard, was in 2005 15% voor minder dan 35% arbeidsongeschikt en tweederde (65%) volledig (80-100%) arbeidsongeschikt verklaard. Binnen de groep arbeidsongeschikte

chronisch zieken zien we dat het percentage volledig arbeidsongeschikten sinds 2001 flink is gedaald. Was in 1998 nog ruim driekwart (78%) volledig arbeidsongeschikt verklaard, in 2001 daalde het percentage naar 64%. Sindsdien blijft dit percentage ongeveer gelijk (in 2005 67%).

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 6.1

Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Aan mensen met een chronische ziekte of handicap kan een uitkering vanwege gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheid worden verstrekt. Voor het overgrote deel betreft het hier WAO-uitkeringen, naast Wajong- en WAZ-uitkeringen. Met ingang van 1 januari 2006 is de WAO vervangen door de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Binnen de WIA ligt een sterk accent op reïntegratie van gedeeltelijk of tijdelijk arbeidsongeschikten. Mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn en bij wie geen uitzicht is op herstel kunnen in aanmerking komen voor een permanente IVA-uitkering (regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten). Sinds oktober 2004 gelden strengere keuringscriteria en worden mensen jonger dan 50 jaar met een WAO-uitkering aan de hand van deze criteria herkeurd. Het doel ervan is om de instroom in de WAO/WIA te verminderen en meer mensen te reïntegreren.

In 2005 ontving een kwart van de chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Wanneer we de ontwikkelingen over de afgelopen jaren binnen de groep chronisch zieken bekijken, zien we een geringe afname van het percentage chronisch zieken dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontving: in 2005 had 23% van de mensen met een chronische ziekte een uitkering vanwege (gehele of gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid; in 2000 werd het hoogste percentage gevonden, te weten 30%.

Van de groep mensen met een handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar ontving in 2005 ruim een derde (37%) een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 6.2

Inkomen

Mensen met een chronische ziekte of handicap hebben vaak minder te besteden dan gezonde Nederlanders. Behalve dat een deel van hen moet rondkomen van een (arbeidsongeschiktheids)uitkering, hebben zij vanwege hun ziekte of handicap soms hoge eigen uitgaven. Voor diegenen die vanwege geringe inkomsten en/of hoge uitgaven financieel kwetsbaar zijn heeft de overheid een aantal inkomenscompenserende maatregelen genomen, zoals de regeling Bijzondere bijstand (BB) en de mogelijkheid tot aftrek van ziektekosten als buitengewone uitgaven (BU) en de regeling Tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbu).

In deze rapportage is de financiële positie van mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd vanaf 25 jaar beschreven. In de eerste plaats is het netto huishoudinkomen van deze groep vastgesteld. Het netto maandinkomen van het huishouden waartoe het panellid behoort, is de som van alle inkomens van alle personen uit het huishouden na aftrek van verzekeringspremies en loonbelasting. De gegevens laten zien dat in 2006 een kwart (27%) van de huishoudens van mensen met een chronische ziekte of handicap een netto maandinkomen had van minder dan € 1.150, dat wil zeggen dat zij een inkomen hadden dat rond het sociaal minimum (voor gehuwd of ongehuwd samen-

wonenden jonger dan 65 jaar) lag. Niettemin komen ook zeer hoge inkomens voor. In die gevallen is de chronisch zieke of gehandicapte zelf meestal niet de hoofdkostwinner.

Om de inkomenspositie van verschillende groepen mensen met een chronische ziekte of handicap te kunnen vergelijken, is het netto equivalent inkomen berekend. Bij de berekening van dit inkomen is rekening gehouden met de samenstelling van het huishouden, met de betaalde premie voor de zorgverzekering en de eventueel ontvangen zorgtoeslag en kinderbijslag. Het gemiddeld netto equivalent inkomen van mensen met een chronische ziekte of handicap was in 2006 beduidend lager dan van de algemene bevolking (in 2004): € 1.283 versus €1.692 per maand (CBS, voorlopig cijfer). Mensen met een chronische ziekte of handicap die hoger zijn opgeleid, hebben een hoger gemiddeld netto equivalent inkomen.

Wanneer we de ontwikkelingen in het netto equivalent inkomen over de afgelopen jaren bij chronisch zieken in beschouwing nemen, dan valt op dat dit inkomen sinds 2004 niet meer is gestegen, maar zelfs iets is gedaald. In 2004 bedroeg het gemiddelde netto equivalent inkomen van de groep chronisch zieken € 1.285, in 2006 € 1.272. Rekening houdend met de inflatie betekent dit dat de koopkracht van chronisch zieken er sinds 2004 gemiddeld genomen op achteruit is gegaan. Mensen met een handicap hadden in 2006 een gemiddeld netto equivalent inkomen van € 1.243 per maand. Daarbij is de ernst van de handicap gerelateerd aan het netto equivalent inkomen: mensen met ernstiger of multiple beperkingen hebben een aanzienlijk lager inkomen.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 7.1

Ziektegerelateerde uitgaven

Mensen met een chronische ziekte of handicap hebben soms hoge eigen uitgaven vanwege hun ziekte of handicap. Behalve de premie voor de zorgverzekering, die elke Nederlander betaalt, bestaan de ziektegerelateerde uitgaven uit eigen uitgaven vanwege zorgconsumptie, aanschaf of onderhoud van hulpmiddelen of aanpassingen en extra uitgaven voor levensonderhoud. Deze laatste uitgaven betreffen de extra uitgaven die mensen met een chronische ziekte of handicap maken, wanneer zij niet adequaat gebruik kunnen maken van normale lichaamsfuncties en/of standaardvoorzieningen.

De premie voor de ziektekostenverzekering vormt de belangrijkste bron van eigen uitgaven. Het overgrote deel van de chronisch zieken en gehandicapten heeft, naast de basisverzekering, een of meer aanvullende verzekeringen afgesloten. Vrijwel iedereen (93%) heeft in 2006 gekozen voor een basisverzekering zonder eigen risico. Ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap (56%) ontving een zorgtoeslag als tegemoetkoming in de kosten van de zorgverzekering.

Hulpmiddelen en aanpassingen vormen een flinke kostenpost voor mensen met een chronische ziekte of handicap. In 2005 gaf bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap (45%) geld uit aan hulpmiddelen en aanpassingen, gemiddeld ruim € 500. Hoger opgeleide chronisch zieken en gehandicapten geven relatief vaker geld uit aan hulpmiddelen of aanpassingen dan laag opgeleiden.

De ontwikkelingen bij chronisch zieken over drie jaar (2003 – 2005) laten zien dat over die periode steeds bijna de helft eigen uitgaven had aan hulpmiddelen of aanpassingen (in

2005 47%; in 2003 lag het percentage iets lager: 42%). Het gemiddelde bedrag schommelde daarbij rond de € 500.

Van de mensen met een handicap had meer dan de helft (57%) in 2005 eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen. In 2004 ging het om eenzelfde percentage (58%). Het gemiddelde bedrag dat deze gehandicapten uitgaven aan hun hulpmiddelen en aanpassingen lag in 2005 echter wel hoger (circa € 640) dan in 2004 (€ 475). Hoe ernstiger de beperkingen zijn, hoe meer geld gehandicapten zelf uitgeven aan hulpmiddelen en aanpassingen. Mensen met ernstige beperkingen die in 2005 uitgaven hadden aan hulpmiddelen of aanpassingen (60%) waren hieraan gemiddeld een bedrag van ruim € 800 kwijt.

Naast de premie voor de zorgverzekering en de eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen, resteren nog andere kostenposten. Het gaat hierbij om kosten die niet door de verzekeraar, de gemeente of door een uitkerende instantie zijn betaald. Dit zijn bijvoorbeeld kosten vanwege een eigen risico, eigen bijdragen of onverzekerde zorg.

De meest voorkomende kostenposten, naast de zorgverzekering en de hulpmiddelen en aanpassingen, waren in 2005 de tandarts (47%), vrij verkrijgbare geneesmiddelen (38%) en vervoer voor geneeskundige hulp (32%). Eén op de tien betaalde in 2005 een eigen bijdrage voor thuiszorg, vier procent had kosten voor eigen rekening naast een Persoonsgebonden Budget (PGB).

Gemiddeld genomen gaat het bij degenen die in 2005 eigen uitgaven hadden in verband met hun gezondheid (87%) om een bedrag van bijna € 1.000, exclusief de premie voor de zorgverzekering. De grootste kostenposten zijn, indien mensen hiervoor uitgaven hebben, de thuiszorg (gemiddelde betaalde eigen bijdrage van bijna € 600), hulpmiddelen en aanpassingen (ruim € 500) en psychosociale zorg (gemiddeld bijna € 400). Hoger opgeleide chronisch zieken en gehandicapten rapporteren hogere ziektegerelateerde uitgaven te hebben dan laag opgeleiden.

Mensen met een chronisch ziekte gaven in 2005 gemiddeld € 79 per maand uit in verband met hun gezondheid, naast de premie voor de zorgverzekering. Dit is vrijwel gelijk aan het gemiddelde bedrag in 2004, maar wel flink hoger dan in 2003 (toen gemiddeld € 43). Mensen met een handicap gaven in 2005 ruim € 100 per maand aan ziektekosten uit, naast hun premie voor de zorgverzekering. Mensen met ernstige beperkingen hebben aanzienlijk hogere uitgaven dan mensen met matige beperkingen (€ 138 versus € 85 per maand, excl. premie zorgverzekering).

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 7.2

Bekendheid met vergoedings- en compensatieregelingen

Ter vergoeding of compensatie van ziektekosten bestaat een aantal regelingen, zoals de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg; onlangs opgegaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning), de regeling Bijzondere bijstand en de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven in het kader van de Wet inkomstenbelasting². Voor deze regelingen geldt dat men veelal zelf het initiatief moet nemen om in aanmerking te komen voor vergoeding of compensatie. Om die reden is het belangrijk dat chronisch zieken en gehandicapten

² Naast de genoemde regelingen zijn er nog andere, bijvoorbeeld de regeling Tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbu), die voor mensen met een laag inkomen een aanvulling vormt op de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven.

bekend zijn met de mogelijkheden die deze regelingen bieden.

Mensen met een chronische ziekte of handicap blijken redelijk goed bekend te zijn met de genoemde vergoedings- en compensatieregelingen. In 2005 gaf 87% van de chronisch zieken en gehandicapten aan op de hoogte te zijn van de regeling Bijzondere bijstand; 70% kende de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven en 67% was bekend met de mogelijkheden van de Wet voorzieningen gehandicapten.

Oudere chronisch zieken en gehandicapten zijn over het algemeen beter op de hoogte van de verschillende vergoedings- en compensatieregelingen dan 15 t/m 39-jarigen. Dit geldt met name voor de regeling Bijzondere bijstand en de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven. Daarnaast gaat een hoger opleidingsniveau samen met een grotere bekendheid met de genoemde regelingen. Vrouwen met een chronische ziekte of handicap zijn over het algemeen beter dan mannen op de hoogte van de Wvg.

Onder chronisch zieken is de bekendheid met de regeling Bijzondere bijstand in 2005 sterk toegenomen ten opzichte van 2004. Voor de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven geldt dat de bekendheid in 2005 niet groter is dan in 2004, maar wel groter dan in de jaren daarvoor.

Kijken we naar de groep mensen met een handicap dan valt op dat van de mensen die zowel motorische als visuele beperking hebben een minder groot deel (60%) de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven kent dan van de referentiegroep van mensen met alleen een motorische beperking (71%). Ernstig beperkten zijn vaker op de hoogte van de mogelijkheden van de Wvg dan mensen met matige beperkingen. Van de laatste groep kent één op de drie mensen de Wvg niet, hetgeen kan duiden op ondergebruik door deze groep. Een aantal jaren geleden werd bij de evaluatie van de Wvg reeds geconstateerd dat mensen met lichtere beperkingen vaak minder goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden dan mensen met ernstiger beperkingen (Ipso Facto & SGBO, 2001). Hiermee moet ook bij de Wmo rekening worden gehouden.

► Zie voor meer informatie over dit onderwerp paragraaf 7.3

Leeswijzer

De maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap wordt in dit rapport beschreven aan de hand van indicatoren. Er worden voor alle gehanteerde indicatoren schattingen gegeven van de gemiddelde scores of percentages op de meest recente meting van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Daar waar mogelijk worden de resultaten over mensen met een chronische ziekte 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.

Er worden schattingen gepresenteerd voor de totale populatie van zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 jaar en ouder in Nederland. Daarnaast 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 4 van dit rapport worden bijvoorbeeld schattingen vermeld van het percentage mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap dat in 2005 betaald werk had en van de percentages jongeren en ouderen met betaald werk.

Aanvullend op de bovengenoemde sociaal-demografische kenmerken worden gegevens gepresenteerd naar ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, zoals het type chronische aandoening en het aantal chronische aandoeningen waaraan men lijdt of de aard en ernst van de lichamelijke beperkingen. De beschrijving van deze kenmerken geldt dan alleen voor de mensen die deze kenmerken hebben. Bijvoorbeeld, een beschrijving van het gebruik van openbaar vervoer naar de aard of ernst van de lichamelijke beperkingen geldt alleen voor mensen met lichamelijke beperkingen. Dit betekent dat, behalve voor 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 handicap.

De geschatte scores of percentages van chronisch zieken zijn gebaseerd op de gegevens van alle panelleden met een door een arts gediagnosticeerde chronische somatische ziekte. De schattingen voor mensen met een handicap zijn gebaseerd op de gegevens van alle panelleden met matige tot ernstige lichamelijke beperkingen zoals vastgesteld door middel van de SCP-beperkingenmaat (zelfrapportage, de Wit, 1997).

Voor mensen met een chronische ziekte worden behalve schattingen van gemiddelde scores of percentages over het meest recente jaar ook trends over de afgelopen jaren gepresenteerd, vaak vanaf het begin van het onderzoeksprogramma Patiëntenpanel Chronisch Zieken (1997/1998).

Er zijn geen metingen gedaan in 2004, omdat in dat jaar het PPCZ is overgegaan in het NPCG en er eerst nieuwe panelleden moesten worden geworven.

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. Bij de toetsing van verschillen tussen subgroepen is steeds één van de subgroepen (meestal de eerst genoemde groep) als *referentiegroep* genomen. Bijvoorbeeld, bij het vaststellen of er verschillen bestaan in het percentage arbeidsongeschikten in een bepaald jaar tussen chronisch zieken met verschillende typen chronische aandoeningen, is de groep mensen met hart- en vaatziekten (de eerste groep) als referentiegroep genomen. Vervolgens is vastgesteld of het percentage mensen dat arbeidsongeschikt is verklaard binnen de groepen mensen met astma/COPD, aandoeningen van het bewegingsapparaat, kanker etcetera afwijkt van het percentage gevonden onder mensen met hart- en vaatziekten.

Bij de trendanalyses (deze betreffen alleen mensen met een chronische ziekte) wordt in de tekst aangegeven of er sprake is van een significant *tijds*effect. 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 tussen subgroepen of van een trend over de tijd wanneer deze *statistisch significant* is. Belangrijk is dat hierbij steeds rekening is gehouden met de effecten van alle andere sociaal-demografische en ziekte- of handicapgerelateerde kenmerken in de analyse. Bijvoorbeeld, bij het toetsen van verschillen in arbeidsongeschiktheid tussen chronisch zieken met verschillende typen aandoeningen is gecorrigeerd voor eventuele verschillen tussen de subgroepen naar sekse, leeftijd, opleiding en het aantal chronische aandoeningen waaraan men lijdt. Op die manier wordt een zuivere vergelijking tussen mensen met verschillende typen chronische aandoeningen verkregen. In Bijlage IV wordt nader ingegaan op de gebruikte methode.

Structuur van het rapport

De resultatenhoofdstukken (hoofdstuk 2 t/m 7) volgen een vast stramien. Eerst worden gegevens gepresenteerd van de totale groep van mensen met een chronische ziekte of handicap. Indien mogelijk wordt daarbij een vergelijking gemaakt met de algemene bevolking om de gegevens gevonden bij mensen met een chronische ziekte of handicap in perspectief te kunnen plaatsen. Daarna volgt (meestal) een beschrijving naar verschillende achtergrondkenmerken, namelijk naar: 1) sociaal-demografische kenmerken, namelijk geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, 2) ziektegerelateerde kenmerken, te weten de aard van de chronische ziekte en het aantal chronische ziekten, en 3) handicapgerelateerde kenmerken, te weten de aard van de lichamelijke beperkingen en de ernst van de lichamelijke beperkingen.

1 Inleiding

In dit rapport staat de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap centraal. De gegevens zijn afkomstig van het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), dat sinds 1 januari 2005 loopt, en diens voorganger, het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ; 1998 – 2004). In dit hoofdstuk wordt eerst de doelstelling van het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten beschreven (paragraaf 1.1). Een korte toelichting op het panel vindt u in paragraaf 1.2. Vervolgens worden in paragraaf 1.3 de thema's van het rapport weergegeven. In paragraaf 1.4 staan de vraagstellingen van het onderzoek. Ten slotte wordt de indeling van het rapport beschreven in paragraaf 1.5.

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 beleid van de Nederlandse overheid is erop gericht alle burgers, met of zonder een chronische ziekte of handicap, zo veel mogelijk te laten deelnemen aan de samenleving. 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 (lichamelijke) chronische ziekte of handicap. Voor wat betreft de themagebieden bestrijkt het NPCG de totale zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap. Voorbeelden van thema's van de maatschappelijke situatie zijn de woonsituatie, deelname aan de arbeidsmarkt, de financiële situatie, en de toegankelijkheid van (openbaar) vervoer en openbare ruimten en gebouwen. 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 ongeveer 3.500 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar of ouder met een medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekte en/of matige tot ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen.

Het NPCG is een voortzetting en verbreding van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ-1: 1998 – 2000; PPCZ-2: 2001 – 2004). In 2005 is het PPCZ overgegaan in het NPCG. Het NPCG vormt een verbreding van het PPCZ door de toevoeging van mensen met een handicap aan het panel.

De deelnemers aan het NPCG zijn geworven via huisartsenpraktijken (aselecte landelijke steekproef uit de Registratie Gevestigde Huisartsen in Nederland) op basis van een door een arts gestelde diagnose van een chronische somatische ziekte. Daarnaast zijn - in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau - panelleden geworven via twee grootschalige bevolkingsonderzoeken, het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek 2003 (AVO; SCP) en het Woning Behoeftte Onderzoek 2002 (WBO; ministerie van VROM), op basis van hun score op een screeningsinstrument voor beperkingen. Mensen bij wie matige of ernstige lichamelijke beperkingen (AVO) of motorische beperkingen (WBO) waren vastgesteld, werden uitgenodigd voor deelname aan het panel. Alle panelleden hebben begin 2005 de SCP-vragenlijst voor beperkingen (De Wit, 1997) ingevuld, waardoor kon worden vastgesteld of bij hen sprake was van matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Als iemand moeite heeft met een groter aantal activiteiten, bijvoorbeeld ook met de mobiliteit of de persoonlijke verzorging, maar deze nog wel zelf kunnen verrichten, heeft men matige beperkingen. Degenen met ernstige beperkingen kunnen minimaal één activiteit helemaal niet meer zelf uitvoeren en hebben hierbij ondersteuning nodig.

Tevens zijn van alle panelleden medische gegevens opgevraagd bij hun huisarts, uiteraard met toestemming van de betrokkenen. Hierdoor kon ook van degenen die via de bevolkingsonderzoeken instroomden worden vastgesteld of bij hen sprake was van medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekten. Voor meer informatie over de wervingsprocedure wordt verwezen naar Bijlage I.

Bijlage II bevat een beschrijving van de samenstelling van het NPCG aan de hand van een aantal sociaal-demografische en ziektekenmerken. Kort gezegd bestaat het panel Voor 38% uit mannen, 62% is vrouw. De groep 15 t/m 39-jarigen vormt 8% van het totale panel, 47% is tussen 40 en 65 jaar, en 44% is 65-plusser. Een kleine minderheid (43%) heeft een laag opleidingsniveau (geen opleiding, lagere school of LBO), 15% heeft een hoge opleiding voltooid (HBO of universiteit). De meest voorkomende chronische ziekten zijn ziekten van het bewegingsapparaat, astma/COPD, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus.

De bevindingen die in dit rapport zijn beschreven zijn gebaseerd op gegevens uit schriftelijke enquêtes onder de deelnemers van het NPCG in 2005 en 2006. Van chronisch zieken zijn gegevens beschikbaar van voor 2005, omdat zij reeds – in tegenstelling tot de gehandicapten - vertegenwoordigd waren in het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (1998 – 2004). Bijlage III bevat een overzicht van de respons op de metingen vanaf 2005, dus bij aanvang van het NPCG. Voor gegevens over de respons op eerdere metingen van het PPCZ verwijzen wij hier naar Heijmans et al. (2005).

1.3 Thematiek

Een chronische ziekte of handicap 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 een handicap 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.

De Nederlandse overheid streeft ernaar om chronisch zieken en gehandicapten zoveel mogelijk aan de samenleving te laten deelnemen en gaat daarbij uit van 'inclusief beleid', zoals vastgelegd in het 'Actieplan gelijke behandeling in de praktijk' (Tweede Kamer 2003/2004, 29 355, nr.1). Uitgangspunt is dat het reguliere beleid van overheden, instellingen, organisaties en bedrijven gericht is op alle burgers en dus ook op mensen met een chronische ziekte of handicap. De overheid wil randvoorwaarden creëren voor de participatie van allen in de samenleving op alle terreinen van het sociaal en maatschappelijk leven. Hiertoe moeten belemmeringen in de samenleving worden weggenomen, bijvoorbeeld met betrekking tot wonen, werken en onderwijs, vervoer en vrijetijdsbesteding. Indien dan toch nog participatieproblemen resteren, kunnen specifieke voorzieningen worden getroffen op individueel of collectief niveau.

De volgende thema's die zijn gerelateerd aan de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun deelname aan de samenleving komen in dit rapport aan bod: functionele gezondheidstoestand en bewegen, wonen en vervoer, betaald en onbetaald werk, arbeidsongeschiktheid en -arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, en de financiële situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap.

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 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 handicap vloeit voort uit het feit dat naast algemene sociaal-demografische kenmerken, gegevens worden gepresenteerd naar enkele ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, zoals het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt of de ernst van de beperking. Deze kenmerken hebben alleen betrekking op respectievelijk mensen met een chronische ziekte of mensen met een handicap. Bovendien heeft er vanaf 1998 een systematische gegevensverzameling plaatsgevonden onder mensen met een chronische ziekte, zodat mogelijke trends in bijvoorbeeld de arbeidsparticipatie of arbeidsongeschiktheid van chronisch

zieken zichtbaar kunnen worden gemaakt. Tenslotte kan het voor bepaalde thema's relevant zijn om over mensen met een chronische ziekte of over mensen met een handicap afzonderlijk te rapporteren, bijvoorbeeld wanneer het gaat om mobiliteit of de financiële situatie.

1.4 Vraagstellingen

De volgende algemene vraagstellingen zijn geformuleerd en worden in dit rapport beantwoord:

1. Hoe beoordelen mensen met een chronische ziekte of handicap hun dagelijks functioneren en in welke mate bewegen zij actief?
2. In welke mate beschikken (zelfstandig wonende) mensen met een chronische ziekte of handicap over adequate woonruimte? Welke belemmeringen ervaren zij ten aanzien van de toegankelijkheid van openbare ruimten en gebouwen?
3. In welke mate maken mensen met een chronische ziekte of handicap gebruik van openbare en aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen? En hoe tevreden zijn zij over deze vervoersvoorzieningen?
4. In welke mate hebben mensen met een chronische ziekte of handicap betaald werk, hoe groot is hun ziekteverzuim, welke werkgerelateerde problemen ervaren zij, welke werkaanpassingen hebben zij, en hoe verloopt hun reïntegratie in het arbeidsproces?
5. In welke mate verrichten mensen met een chronische ziekte of handicap onbetaald werk in de vorm van georganiseerd vrijwilligerswerk of mantelzorg?
6. Welk deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap is arbeidsongeschikt verklaard en in welke mate? Welk deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap ontvangt een arbeidsongeschiktheidsuitkering?
7. Hoe is de financiële situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap en in welke mate zijn zij bekend met voor hen relevante vergoedings- en compensatieregelingen?

1.5 Opbouw van het rapport

De kerngegevens over de maatschappelijke situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap worden in zes hoofdstukken gepresenteerd. In hoofdstuk 2 wordt hun algemeen functioneren beschreven en wordt ingegaan op het onderwerp 'gezond bewegen'. De toegankelijkheid van woningen, openbare ruimten en gebouwen en de belemmeringen die mensen met een chronische ziekte of handicap ondervinden ten aanzien van hun mobiliteit zijn onderwerpen van hoofdstuk 3. Ook komt het gebruik van openbaar en speciaal vervoer in dit hoofdstuk aan de orde, alsmede de tevredenheid hierover. In hoofdstuk 4 komt het verrichten van betaald werk aan bod, alsmede het ziekteverzuim en de ervaren werkgerelateerde problemen, werkaanpassingen en reïntegratie. Het verrichten van onbetaald werk wordt in hoofdstuk 5 beschreven. Arbeidsongeschiktheid en het gebruik van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zijn de onderwerpen van hoofdstuk 6. Tenslotte worden de financiële situatie van de mensen met een chronische ziekte of

handicap en hun bekendheid met vergoedings- en compensatieregelingen in hoofdstuk 7 belicht.

Aan dit rapport is een aantal bijlagen toegevoegd. Bijlage I bevat een beschrijving van de wervingsprocedure van deelnemers aan het panel en hun representativiteit. De samenstelling van het NPCG staat beschreven in bijlage II. Een overzicht van de respons op de schriftelijke enquêtes van het NPCG die voor dit rapport zijn gebruikt staat in bijlage III. Tenslotte bevat bijlage IV een beschrijving van de onderzoeksmethoden die voor dit rapport zijn gebruikt, zoals een toelichting op de gehanteerde standaardpopulatie en op de uitgevoerde statistische analyses.

2 Functionele gezondheidstoestand en bewegen

In dit hoofdstuk staat het functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap centraal. Het functioneren wordt aan de hand van twee aspecten onder de loep genomen. Eerst wordt ingegaan op de functionele gezondheidstoestand vanuit het eigen perspectief van chronisch zieken en gehandicapten (paragraaf 2.1). Daarna wordt ingegaan op de mate van gezond bewegen van mensen met een chronische ziekte of handicap: hoeveel chronisch zieken en gehandicapten voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en hoeveel van hen kunnen als inactief worden beschouwd (paragraaf 2.2)?

2.1 Algemeen functioneren

De mate waarin mensen in het dagelijks leven functioneren is belangrijk voor hun zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Naarmate ze minder thuis zelf kunnen doen of hun werk moeilijker wordt door hun beperktere mogelijkheden zal dit invloed hebben op hun gehele leven. Om na te gaan hoe mensen met een chronische ziekte of handicap in het algemeen hun functioneren in huis, op het werk of in hun vrije tijd ervaren, is gevraagd naar een globaal oordeel met behulp van een 5-puntsschaal. Deze schaal meet de subjectieve evaluatie van het algemeen functioneren. De antwoordcategorieën zijn: slecht (1), matig (2), goed (3), zeer goed (4), uitstekend (5). In dit rapport wordt de gemiddelde score gepresenteerd.

De vraag naar het algemeen functioneren is een regelmatig terugkerende vraag, waardoor van chronisch zieken gegevens beschikbaar zijn over vier metingen: 2001, 2002, 2003 en 2005. Van de mensen met een handicap zijn alleen gegevens beschikbaar uit 2005.

Mensen met een chronisch ziekte of handicap

Gemiddeld rapporteerden mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005 dat ze matig tot goed functioneren in huis, op hun werk en in hun vrije tijd: de gemiddelde score was 2,6 (95%-BI: 2,5 - 2,7).

Sekse

Het algemeen functioneren in huis, op het werk of in de vrije tijd wordt door mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap gelijk gewaardeerd: in 2005 hadden beide groepen een gemiddelde score van 2,6 (95%-BI: 2,5 - 2,7).

Leeftijd

De vier leeftijdsgroepen van mensen met een chronische ziekte of handicap verschillen niet wat hun oordeel over hun algemeen functioneren betreft. De groep 15 t/m 39-jarigen had in 2005 een gemiddelde score van 2,7 (95%-BI: 2,6 - 2,8), de andere leeftijdsgroepen hadden gemiddeld alledrie dezelfde score, namelijk 2,6 (95%-BI: 2,5 - 2,7).

Opleiding

Mensen met een chronische ziekte of handicap die een hoog opleidingsniveau hebben (MBO of hoger) functioneren volgens hun eigen oordeel wat beter dan degenen die alleen lager onderwijs hebben gevolgd (referentiegroep). De gemiddelde score in 2005 varieerde van 2,5 tot 2,7 (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1: Algemeen functioneren van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005, naar opleidingsniveau (gemiddelde score; 1=slecht, 5=uitstekend)

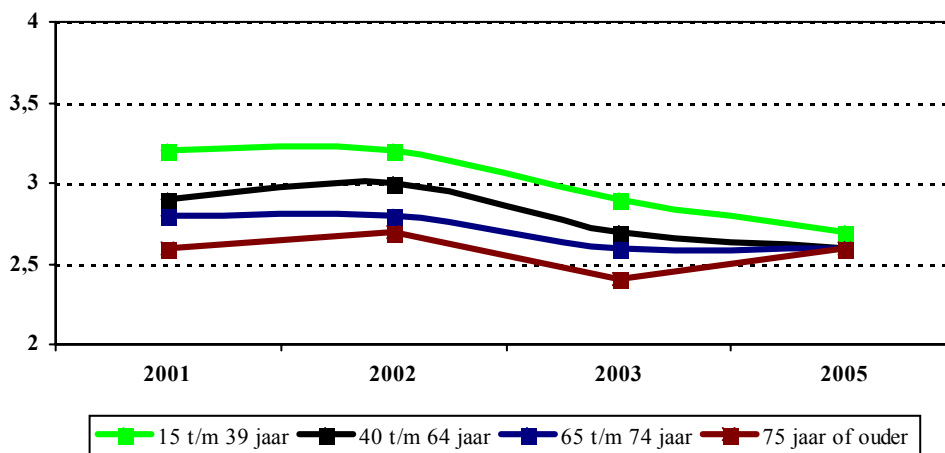
	Gemiddelde	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	2,5	2,4 - 2,6
LBO	2,6	2,5 - 2,6
MAVO/MULO	2,6	2,5 - 2,7
MBO	2,7*	2,6 - 2,8
HAVO/WO	2,7*	2,6 - 2,9
HBO	2,7*	2,6 - 2,8
Universiteit	2,7*	2,6 - 2,9

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Mensen met een chronische ziekte vinden over het algemeen dat zij matig tot goed functioneren in huis, op hun werk of in hun vrije tijd. De gemiddelde score in 2005 bedroeg 2,6 (95%-BI: 2,5 - 2,7). Over de periode 2001 t/m 2005 zijn chronisch zieken hun algemeen functioneren geleidelijk aan iets slechter gaan waarderen [lineaire trend]. Over deze periode is het algemeen functioneren van zowel mannen als vrouwen met een chronische ziekte in hun eigen ogen iets slechter geworden, maar bij de vrouwen schommelen de beoordelingen wat meer [respectievelijk lineaire en polynomiale trend]. De 15 t/m 39-jarigen zijn steeds negatiever over hun functioneren geworden [lineaire trend]. De drie andere leeftijdsgroepen variëren meer over de jaren heen [polynomiale trends] (figuur 2.1). Uiteindelijk zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen in 2005 vrijwel verdwenen.

Figuur 2.1: Algemeen functioneren van mensen met een chronische ziekte in de periode 2001-2005, naar leeftijd (gemiddelde score per jaar; 1=slecht, 5=uitstekend)



Binnen alle opleidingscategorieën geldt dat men het eigen functioneren sinds 2001 lager is gaan waarderen [lineaire trends]. Voor de chronisch zieken die alleen lager onderwijs hebben gevolgd geldt dit ook, maar hun beoordelingen variëren over de afgelopen jaren wat sterker [polynomiale trend].

Aard van de chronische ziekte

Er bestaat geen verband tussen de aard van de ziekte en het algemeen functioneren van mensen met een chronische ziekte (tabel 2.2).

Tabel 2.2: Algemeen functioneren van mensen met een chronische ziekte in 2005, naar aard van de ziekte (gemiddelde score; 1=slecht, 5=uitstekend)

	gemiddelde	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	2,7	2,6 - 2,8
Astma/COPD	2,7	2,6 - 2,8
Ziekten bewegingsapparaat	2,6	2,5 - 2,7
Kanker	2,7	2,5 - 2,8
Diabetes mellitus	2,6	2,5 - 2,7
Neurologische ziekten	2,7	2,6 - 2,8
Chronische spijsverteringsziekten	2,5	2,4 - 2,7
Overige chronische ziekten	2,7	2,6 - 2,8

Sinds 2001 is bij een aantal diagnosegroepen een daling te zien in het eigen oordeel over het functioneren. Dit betreft mensen met hart- en vaatziekten, astma/COPD, diabetes of een chronische spijsverteringsziekte [lineaire trends] en mensen met ziekten van het bewegingsapparaat [polynomiale trend]. Deze groepen chronisch zieken zijn hun algemeen functioneren over de periode 2001 – 2005 als slechter gaan beoordelen.

Aantal chronische ziekten

Mensen die één chronische ziekte hebben beoordelen hun eigen functioneren als iets beter dan degenen met twee of meer chronische ziekten. In 2005 bedroeg de gemiddelde score van de eerste groep 2,7 (95%-BI: 2,6 - 2,8) en van de andere groepen 2,6 (95%-BI: 2,5 - 2,7). Ook in de voorgaande jaren werd dit verschil aangetroffen. In de periode 2001 – 2005 zijn niet alleen de mensen met één chronische ziekte hun functioneren als slechter gaan beoordelen [lineaire trend], maar ook degenen met twee chronische ziekten [polynomiale trend].

Mensen met een handicap

Mensen met een handicap beoordelen hun functioneren in huis, op het werk en in hun vrije tijd als vrij matig. In 2005 was de gemiddelde score 2,3 (95%-BI: 2,2 - 2,4).

Aard van de beperkingen

De aard van de beperkingen houdt geen verband met de wijze waarop mensen met een handicap hun algemeen functioneren beoordelen. In 2005 was de gemiddelde score van mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen 2,3 (95%-BI: 2,2 - 2,4) en van mensen met een zintuiglijke beperking 2,6 (95%-BI: 2,3 - 2,8). Mensen die zowel motorische beperkingen als visuele en/of auditieve beperkingen hebben waardeerden hun algemeen functioneren met een gemiddelde score van 2,2 (95%-BI: 2,0 - 2,4).

Ernst van de beperkingen

Mensen met ernstige beperkingen beoordelen hun algemeen functioneren als slechter dan mensen met matige beperkingen. De eerste groep beoordeelde het eigen functioneren in 2005 gemiddeld als matig (2,1; 95%-BI: 2,0 - 2,2); de tweede groep als matig tot goed (2,4; 95%-BI: 2,3 - 2,5).

Conclusie

- Mensen met een chronische ziekte of handicap functioneren over het algemeen in hun eigen ogen matig tot goed in huis, op hun werk en in hun vrije tijd.
- In de periode 2001 – 2005 zijn chronisch zieken hun algemeen functioneren als iets slechter gaan ervaren. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen.
- Het type chronisch ziekte en het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt is in 2005 niet van belang voor de beoordeling van het eigen functioneren. De ernst van de lichamelijke beperkingen is dat wel: mensen met een ernstige handicap beoordelen hun functioneren in huis, op het werk en in de vrije tijd gemiddeld als slechter dan degenen die matige beperkingen hebben. De aard van de beperkingen hangt niet samen met de beoordeling van het eigen functioneren.

2.2 Gezond bewegen

Lichamelijke activiteit levert een belangrijke bijdrage aan de gezondheid. Onvoldoende bewegen of lichamelijke inactiviteit wordt beschouwd als één van de belangrijkste risicofactoren voor ziekte. Actieve lichaamsbeweging is niet alleen goed voor de conditie, maar zou ook kunnen helpen tegen sociaal isolement (Heijmans, 2006).

Om de ziektelast als gevolg van een inactieve leefstijl te verlagen, is de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) opgesteld. Deze norm stelt dat 30 minuten matig intensieve beweging gedurende tenminste vijf dagen per week gewenst is voor bevordering of behoud van de gezondheid. Het ministerie van VWS streeft naar een toename van mensen die aan de NNGB voldoen en een afname van het aantal lichamen inactieven. Kennis over de feitelijke hoeveelheid lichaamsbeweging van mensen met een chronische ziekte of handicap gerelateerd aan de vigerende normen voor voldoende beweging is essentieel om goed beleid te kunnen formuleren om lichaamsbeweging te bevorderen (Heijmans 2006).

De mate van lichamelijke (in-)activiteit is vastgesteld met de SQUASH (Short QUESTIONNAIRE to ASSES Health enhancing physical activity), een gevalideerde vragenlijst waarbij het percentage mensen dat aan de NNGB voldoet bepaald wordt aan de hand van een standaardtabel van leeftijdsspecifieke intensiteitswaarden per activiteit en de bij-

behorende opgaven van de tijdsduur en het aantal wekdagen. Er worden drie groepen onderscheiden: ‘normactieven’ zijn vijf dagen of vaker actief per week, ‘inactieven’ halen geen enkele dag per week tenminste 30 minuten matig intensieve beweging en de groep daartussen wordt gevormd door mensen die wel bewegen maar onvoldoende actief zijn (‘semi-actieven’). Activiteiten die in beschouwing worden genomen zijn: lichamelijke activiteit op het werk, huishoudelijk werk, wandelen, fietsen en sporten. In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre mensen met een chronische ziekte of handicap voldoen aan de NNGB. We presenteren het percentage ‘normactieven’ en het percentage ‘inactieven’ onder chronisch zieken en gehandicapten.

Mensen met een chronisch ziekte of handicap

In 2005 voldeed bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap (47%; 95%-BI: 44 - 51) aan de NNGB. Dit is iets lager dan het percentage normactieven dat in 2005 binnen de algemene Nederlandse bevolking werd aangetroffen (55%; Ministerie van VWS, 2002/2003).

Een op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap (19%; 95%-BI: 17 - 21) kon in 2005 als inactief worden beschouwd. Dit is tweeënehalf keer zoveel als bij de algemene Nederlandse bevolking, van wie 8% inactief was (CBS, 2002).

Sekse

Er zijn geen verschillen tussen mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap in het voldoen aan de NNGB. Van de mannen was in 2005 de helft (50%; 95%-BI: 45 - 54) normactief en van de vrouwen iets minder dan de helft (46%; 95%-BI: 43 - 50). Ook waren relatief evenveel mannen als vrouwen onder de chronisch zieken en gehandicapten inactief, respectievelijk 18% (95%-BI: 15 - 21) en 20% (95%-BI: 17 - 22).

Leeftijd

Ten opzichte van de referentiegroep (15 t/m 39-jarigen) voldoen de 65 t/m 74-jarige chronisch zieken en gehandicapten vaker aan de NNGB: in 2005 haalde van de eerste groep maar 40% de norm, terwijl dit gold voor iets meer dan de helft van de 65 t/m 74-jarigen. Van de groep mensen van 45 t/m 64 jaar bewoog bijna de helft voldoende en van de 75-plussers vier van de tien mensen (tabel 2.3).

Tabel 2.3: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 voldeden aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en die als ‘inactief’ worden beschouwd, naar leeftijd (% en 95%-BI)

	Normactief		Inactief	
	%	95%-BI	%	95%-BI
15 t/m 39 jaar (ref.)	40	33-47	20	14-27
40 t/m 64 jaar	48	44-52	16	14-19
65 t/m 74 jaar	56*	51-61	16	13-20
75 jaar en ouder	40	35-45	30*	25-35

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Onder de mensen met een chronische ziekte of handicap zijn de 75-plussers vaker inactief dan de referentiegroep: een op de drie 75-plussers behoorde in 2005 tot de inactieven (tabel 2.3), van de jongste groep was dit een op de vijf, terwijl van de 40 t/m 74-jarigen een op de zes inactief was.

Aan de leden van het NPCG is niet gevraagd waarom zij al of niet gezond bewegen. Uit onderzoek van Heijmans (2006) onder mensen met astma of COPD kwam naar voren dat mensen met astma vooral ‘geen tijd’ of ‘te duur’ als redenen noemen voor hun onvoldoende bewegen. Geen energie en een slechte gezondheid waren de belangrijkste redenen om niet te bewegen voor mensen met COPD, die overigens meestal ouder zijn dan mensen met astma (Heijmans 2006).

Opleiding

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap die alleen lager onderwijs hebben gevolgd voldoet een minderheid (43%) in 2005 aan de NNGB (zie tabel 2.4). Bij de andere opleidingscategorieën liggen de percentages iets hoger, maar ze verschillen niet significant van het percentage gevonden in de laagst opgeleide groep (referentiegroep). Een uitzondering vormt de groep chronisch zieken en gehandicapten met een MBO-opleiding van wie 55% de norm haalt. Dit verschil is wel significant.

Tabel 2.4 laat zien dat het opleidingsniveau samenhangt met het al of niet inactief zijn. Van degenen die alleen lager onderwijs hebben gevolgd kan een kwart (26%) als inactief worden beschouwd; van degenen met een universitaire opleiding is één op de tien (11%) inactief.

Tabel 2.4: Mensen met een chronische ziekte of handicap die voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen(NNGB) en die als ‘inactief’ worden beschouwd, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	Normactief		Inactief	
	%	95%-BI	%	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	43	37-49	26	21-31
LBO	48	43-52	22	19-26
MAVO/MULO	45	39-50	17*	14-22
MBO	55*	49-60	15*	11-19
HAVO/VWO	46	38-53	16*	11-22
HBO	50	43-56	14*	10-19
Universiteit	52	41-62	11*	6-19

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte voldeed in 2005 de helft (49%; 95%-BI: 47 - 51) aan de NNGB. Eén op de vijf (18%; 95%-BI ; 16 - 20) was geen enkele dag tenminste 30 minuten actief en kan dus als inactief worden beschouwd

Aard van de chronische ziekte

Van de mensen met een chronische spijsverteringsziekte voldeed in 2005 maar ruim een derde (37%) aan de NNGB (zie tabel 2.5). Daarmee verschilt deze groep significant van de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten van wie ruim de helft (54%) de norm haalde. Van de chronisch zieken met andere typen aandoeningen was 43% tot 55% voldoende actief.

Tabel 2.5: Mensen met een chronische ziekte die in 2005 voldeden aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en die als ‘inactief’ worden beschouwd, naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

	Normactief		Inactief	
	%	95%-BI	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	54	48-60	14	11-18
Astma/COPD	51	45-57	17	13-22
Ziekten bewegingsapparaat	49	44-54	17	13-21
Kanker	55	44-65	20	12-30
Diabetes mellitus	47	41-53	22	17-27
Neurologische ziekten	43	36-51	30*	23-38
Chronische spijsverteringsziekten	37*	28-47	20	12-31
Overige chronische ziekten	50	45-55	17	13-21

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Kijken we naar de percentages inactieven onder mensen met verschillende chronische ziekten (tabel 2.5), dan blijken die in 2005 te variëren tussen 14% (hart- en vaatziekten) en 30% (neurologische ziekten). Daarmee is van deze laatste groep een significant groter deel inactief dan van de eerst genoemde groep. Uit eerder onderzoek bleek dat 57% van de astmapatiënten en 51% van de mensen met COPD in 2005 aan de NNGB voldeden en dat respectievelijk 13% en 21% van deze diagnosegroepen als inactief werden beschouwd (Heijmans, 2006).

Aantal chronische ziekten

Het aantal ziekten waaraan chronisch zieken lijden houdt geen verband met het al of niet voldoen aan de NNGB. In 2005 voldeed ongeveer de helft van de mensen met één of meer chronische ziekten aan de gestelde norm (zie tabel 2.6). Het percentage inactieven verschilt evenmin tussen mensen met één of meer chronische ziekten en varieert van 17% tot 20% (tabel 2.6).

Tabel 2.6: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 voldeden aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en die als 'inactief' worden beschouwd, naar aantal chronische ziekten (% en 95%-BI)

	Normactief		Inactief	
	%	95%-BI	%	95%-BI
Eén chronische ziekte (ref.)	50	47-53	17	15-20
Twee chronische ziekte	47	42-51	19	16-23
Drie of meer chronische ziekten	49	44-55	20	16-24

Mensen met een handicap

Een derde (37%; 95%-BI: 34 - 40) van de mensen met een handicap was in 2005 voldoende actief om de norm (NNGB) te halen. Een bijna even groot deel (29%; 95%-BI: 26 - 33) kon echter als inactief worden beschouwd.

Aard van de beperkingen

De percentages normactieven onder mensen met verschillende typen lichamelijke beperkingen liepen in 2005 wel wat uiteen, maar significante verschillen konden niet worden aangetoond. Van de mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen en van de mensen met een combinatie van motorische beperkingen en een gehoorbeperking voldeed een derde aan de NNGB; van de andere groepen was dit bijna de helft (tabel 2.7). De andere groepen was 27% - 33% geen enkele dag meer dan 30 minuten matig actief.

Tabel 2.7: Mensen met een handicap die in 2005 voldeden aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en die als 'inactief' worden beschouwd, naar aard van de beperkingen (% en 95%-BI)

	Normactief		Inactief	
	%	95%-BI	%	95%-BI
Motorisch (ref.)	34	31-37	33	30-37
Zintuiglijk	46	30-63	14	5-35
Motorisch en visueel	40	32-49	27	21-35
Motorisch en auditief	34	27-41	27	21-34
Motorisch en visueel en auditief	47	32-62	31	19-45

De aard van de beperkingen is evenmin gerelateerd aan het al dan niet inactief zijn. Mensen met een zintuiglijke beperking waren in 2005 relatief het minst vaak inactief (14%; 95%-BI: 5 - 35), van de andere groepen was 27% tot 33% geen enkele dag tenminste 30 minuten matig actief.

Ernst van de beperkingen

Van de mensen met ernstige lichamelijke beperkingen voldeed in 2005 één op de vijf aan de NNGB (22%; 95%-BI: 18 - 26). Dit is veel minder dan van degenen met matige beperkingen: van hen voldeden twee maal zoveel mensen aan deze norm (49%; 95%-BI: 45 - 52).

Van de groep ernstig gehandicapten waren bovendien meer dan twee keer zo veel mensen inactief als van degenen met matige beperkingen, respectievelijk 48% (95%-BI: 42 - 53) en 20% (95%-BI: 17 - 23).

Conclusie

- Bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap voldeed in 2005 aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, wat niet veel minder is dan onder de algemene Nederlandse bevolking (47% versus 55%).
- Een veel groter verschil bestaat, wanneer gekeken wordt naar de percentages 'inactieven' (geen enkele dag per week tenminste 30 minuten matig actief). Eén op de vijf chronisch zieken en gehandicapten (19%) was in 2005 inactief; van de algemene bevolking was dat 8%.
- Mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 65 t/m 74 jaar halen vaker de NNGB dan jongere chronisch zieken (15 t/m 39 jaar).
- Hoe lager opgeleid, hoe vaker chronisch zieken en gehandicapten inactief zijn.
- Van de mensen met een handicap behoort een derde tot de 'normactieven'. Eveneens een derde kon in 2005 als inactief worden beschouwd.
- De ernst van de lichamelijke beperkingen hangt sterk samen met het al of niet gezond bewegen. Van de ernstig gehandicapten voldeden in 2005 ruim tweemaal zo weinig mensen aan de NNGB dan van de mensen met matige lichamelijke beperkingen. Hetzelfde verschil geldt voor het percentage inactieven onder hen. Het is een uitdaging om deze groep ernstig gehandicapten wat actiever te laten zijn.

3 Wonen en vervoer

In dit hoofdstuk staat de manier waarop mensen met een chronische ziekte of handicap wonen en de mate waarin zij gebruik maken van collectieve (reguliere en specifieke) vervoersvoorzieningen centraal. De Nederlandse overheid streeft ernaar om mensen met een chronische ziekte of handicap zoveel mogelijk te laten deelnemen aan de samenleving. Hiertoe zouden belemmeringen in de samenleving moeten worden weggenomen, onder andere met betrekking tot wonen en vervoer. In paragraaf 3.1 komt het type woningen van (zelfstandig wonende) chronisch zieken en gehandicapten aan bod en wordt tevens ingegaan op de ervaren toegankelijkheid van openbare gebouwen en ruimten. In paragraaf 3.2 staat het openbaar vervoer centraal. Nagegaan wordt in welke mate mensen met een chronische ziekte of handicap gebruik maken van het OV en hoe tevreden of ontevreden ze hierover zijn. In paragraaf 3.3 komt het gebruik van en de tevredenheid met aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen aan bod.

3.1 Woningtype en toegankelijkheid van openbare gebouwen en ruimten

Het extramuraliseringsbeleid in de zorg is erop gericht om mensen zo lang mogelijk zelfstandig, in hun eigen woonomgeving, te laten wonen. De meeste mensen willen dat ook zélf. Dat geldt niet alleen voor ouderen die al dan niet chronisch ziek zijn, ook veel lichamelijk gehandicapten willen als het even kan zelfstandig wonen. De toegankelijkheid, bereikbaarheid en bruikbaarheid van zowel woningen als openbare gebouwen en ruimten is hiervoor een belangrijke voorwaarde (SCP, 1999; 2002). Eén van de onderdelen van het overheidsbeleid op dit terrein is het creëren van een groot aantal extra nultredenwoningen vòòr 2015 door middel van nieuwbouw en aanpassing van bestaande woningen (ministerie van VWS, 2004). Een nultredenwoning is een woning die zonder trappen van buiten af bereikbaar is én waarbij de zogenaamde ‘primaire ruimtes’ (keuken, sanitair, woonkamer en minimaal één slaapkamer) zich op dezelfde woonlaag bevinden.

Om de toegankelijkheid van de woningen van mensen met een chronische ziekte of handicap te kunnen vaststellen zijn in 2005 twee vragen gesteld aan NPCG-panelleden. Ten eerste is gevraagd of men in een woning woont waarvan de primaire ruimtes (keuken, sanitair, woonkamer en tenminste één slaapkamer) op dezelfde verdieping zijn gelegen. We noemen dit hier een ‘gelijkvloerse woning’. De tweede vraag was of de woning alleen via een trap aan de buitenkant van de woning kon worden bereikt. Wat de toegankelijkheid van openbare gebouwen en ruimten betreft is in 2005 aan de panelleden gevraagd in hoeverre bepaalde belemmeringen een reden vormden om niet naar buiten of naar openbare gebouwen en ruimten te gaan. De mogelijke belemmeringen waarover wordt gerapporteerd zijn: steile hellingen, moeilijke opstappen bij de bus of trein, hoge drempels en stoepen, en te smalle deuren van gebouwen. De antwoordcategorieën waren ‘nooit’, ‘soms’ en ‘vaak’. In de beschrijving van de resultaten zijn de categorieën ‘soms’ en ‘vaak’ samengenomen.

Woningtype

Bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap (45%; 95%-BI: 41 - 50) woonde in 2005 in een gelijkvloerse woning. Eén op de tien (12%; 95%-BI: 9 - 16) van de chronisch zieken en gehandicapten kon alleen via een trap aan de buitenkant in zijn of haar eigen huis komen.

Kijken we alleen naar de chronisch zieken, dan blijkt dat 44% (95%-BI: 41 - 47) in 2005 in een gelijkvloerse woning woonde en één op de tien (10%; 95%-BI: 8-12) een woning had die alleen via een trap aan de buitenkant toegankelijk was.

Van de mensen met een handicap had de helft (50%; 95%-BI: 45 - 55) een gelijkvloerse woning: 45% van de mensen met een matige fysieke beperkingen en 57% van de mensen met een ernstige handicap. Van de gehandicapten moest ruim één op de tien (13%; 95%-BI: 10 - 18) een trap op om in huis te komen. De ernst van de handicap was hieraan niet gerelateerd.

Belemmeringen in de toegankelijkheid van openbare gebouwen en ruimten

Steile hellingen vormen een veelvoorkomende belemmering in de toegankelijkheid ofwel bereikbaarheid van openbare gebouwen en ruimten voor mensen met een chronische ziekte of handicap. Voor 15% (95%-BI: 12 - 19) zijn steile hellingen (soms of vaak) een reden om niet naar buiten of naar openbare gebouwen en ruimten te gaan, zo rapporteerden de panelleden in 2005. Wanneer we alleen de mensen met een chronische ziekte in ogenschouw nemen, blijkt eveneens 15% (95%-BI: 13 - 18) van hen steile hellingen als een belemmering te ervaren. Van de mensen met een handicap ervaart een groter deel, te weten 29% (95%-BI: 12-19) steile hellingen als een belemmering om naar buiten of naar openbare gebouwen te gaan.

Voor een op de tien mensen met een chronische ziekte of handicap (9%; 95%-BI: 7 - 12) is het *instappen in bus of trein* een belemmering om erop uit te gaan. Van de chronisch zieken gaf in 2005 11% (95%-BI: 9-13) aan dat de opstap van de bus of trein een belemmering voor hen vormde; van de gehandicapten was dat circa één op de vijf (19%; 95%-BI: 15 - 24).

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap zei in 2005 een op de zes (16%; 95%-BI: 13 - 19) dat *hoge drempels en stoepen* hen ervan weerhouden om ergens heen te gaan. Vooral voor mensen met een (matige of ernstige) handicap vormden hoge drempels en stoepen een probleem: één op de drie (32%; 95%-BI: 28-38) gaf aan dat deze een reden voor hen waren thuis te blijven.

Tenslotte is gevraagd naar de ervaringen met *te smalle deuren* bij openbare gebouwen. In het algemeen ervaart een kleine groep mensen met een chronische ziekte of handicap 6% (95%-BI: 4 - 8) de smalle deuren als een belemmering om (soms of vaak) ergens niet naar toe te gaan. Van degenen met een (matige of ernstige) beperking geeft 16% (95%-BI: 12 - 19) aan dat zij problemen met te smalle deuren hebben.

Logische verklaringen voor het feit dat ernstig gehandicapten vaker belemmeringen ervaren zijn dat zij nogal eens een hulpmiddel nodig hebben om zich te verplaatsen, zoals een rollator of rolstoel, en dat zij sowieso moeilijker ter been zijn.

Conclusie

- Bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of een handicap heeft een gelijkvloerse woning. Eén op de tien kan alleen via een trap buiten de woning in huis komen.
- Steile hellingen en te hoge drempels en stoepen vormen de meest voorkomende belemmeringen om naar buiten te gaan voor mensen met een chronische ziekte of handicap. Ook de opstap in de bus of trein is voor een deel van hen een probleem.
- In geval van matige of ernstige fysieke beperkingen ervaart een groter deel problemen met de toegankelijkheid van openbare gebouwen en ruimten. Van de mensen met een handicap ervaart één op de drie mensen te hoge drempels of stoepen als een belemmering om naar buiten te gaan.

3.2 Gebruik openbaar vervoer

Een goede mobiliteit is een voorwaarde om volwaardig te kunnen participeren. Een belangrijk speerpunt voor de overheid in het kader hiervan is om te zorgen voor openbaar vervoer dat goed toegankelijk is. Onder openbaar vervoer wordt verstaan het gebruik van bus, tram, metro, belbus, regiotaxi en trein. Als gebruik van het openbaar vervoer in bepaalde gevallen ondanks aanpassingen toch niet mogelijk is, kunnen aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen worden ingezet. In deze paragraaf wordt ingegaan op het gebruik van en de tevredenheid met het openbaar vervoer. In de volgende paragraaf (3.3) staan de aanvullende collectieve specifieke voorzieningen centraal. Het gebruik van de verschillende vervoersmogelijkheden is voor deze rapportage gedefinieerd als het 'af en toe of regelmatig' gebruiken van de betreffende vervoersvoorziening. De tevredenheid over het gebruikte vervoer is gemeten met behulp van vijf antwoordmogelijkheden, van zeer ontevreden tot zeer tevreden. In deze en de volgende paragraaf worden de percentages weergegeven van de mensen die tevreden of zeer tevreden over het betreffende vervoer zijn. De gegevens hebben allemaal betrekking op 2005.

Mensen met een chronisch ziekte of handicap

Een minderheid van de mensen met een chronische ziekte of handicap (40%; 95%-BI: 35 - 46) maakte in 2005 gebruik van het openbaar vervoer, zoals de trein of bus. Minder dan tweederde van hen (62%; 95%-BI: 57 - 67) was tevreden over het reizen met het openbaar vervoer.

Sekse

Vrouwen met een chronisch ziekte of handicap maken vaker gebruik van het openbaar vervoer dan mannen met een chronische ziekte of handicap. Van de vrouwen reisde in 2005 bijna de helft (47%; 95%-BI: 41 - 52) wel eens met bijvoorbeeld de trein of metro, van de mannen nog niet een derde (29%; 95%-BI: 24 - 35). Ook onder de algemene bevolking maken vrouwen vaker gebruik van bus, tram of metro dan mannen (CBS, Statline, 2005). Redenen voor dit verschil kunnen zijn dat mannen vaker een auto tot hun beschikking hebben of een rijbewijs hebben dan vrouwen. De populatie mensen met een

chronisch ziekte of handicap is over het algemeen een relatief oude groep, waarin dergelijke verschillen nog duidelijk aanwezig zijn.

Leeftijd

Behalve sekseverschillen, bestaan er ook leeftijdsverschillen onder chronisch zieken en gehandicapten in het gebruik van het openbaar vervoer. De 65-plussers onder de mensen met een chronische ziekte of handicap maakten in 2005 vaker gebruik van het openbaar vervoer dan de jongste groep (15 t/m 39 jaar; referentiegroep). Van de laatstgenoemde groep maakte een derde (32%; 95%-BI: 25 - 41) wel eens gebruik van het openbaar vervoer, iets minder dan de 40 t/m 64-jarigen (37%; 95%-BI: 32 - 34). Onder de groep van 65 t/m 74 jaar was in 2005 het OV-gebruik 46% (95%-BI: 40 - 53) en onder de 75-plussers 44% (95%-BI: 37 - 51). Cijfers van het CBS laten zien dat 65-plussers minder vaak in het bezit zijn van een auto en een rijbewijs dan mensen in de leeftijd van 40 t/m 64 jaar (CBS, Statline, 2005).

Opleidingsniveau

Het enige verschil in het OV-gebruik tussen chronisch zieken en gehandicapten met verschillende opleidingsniveaus is dat van de mensen met een universitaire opleiding een veel groter deel gebruik maakt van het openbaar vervoer dan van de referentiegroep van mensen die alleen lager onderwijs hebben gevolgd, 65% tegenover 43%. Van de overige opleidingscategorieën maakte in 2005 35% tot 48% gebruik van het openbaar vervoer (tabel 3.1).

Tabel 3.1: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 met het openbaar vervoer reisden, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	43	36-51
LBO	35	29-41
MAVO/MULO	38	31-44
MBO	37	31-44
HAVO/VWO	48	39-57
HBO	45	38-53
Universiteit	65*	54-75

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte maken vier van de tien (39%; 95%-BI: 35 - 43) gebruik van openbaar vervoersvoorzieningen, zoals trein, tram en bus. Bijna tweederde van deze chronisch zieke gebruikers (62%; 95%-BI: 60 - 68) was in 2005 tevreden over het openbaar vervoer, maar ruim een derde van hen was niet zo tevreden.

Aard van de chronische ziekte

Aan welk soort chronische ziekte men lijdt maakt geen verschil voor het OV-gebruik. De percentages OV-gebruikers lagen in 2005 in de verschillende diagnosegroepen tussen 34% en 45% (tabel 3.2).

Tabel 3.2: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 met het openbaar vervoer reisden, naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	39	33-46
Astma/COPD	45	39-52
Ziekten bewegingsapparaat	40	34-46
Kanker	39	28-50
Diabetes mellitus	38	32-45
Neurologische ziekten	35	27-43
Chronische spijsverteringsziekten	34	24-45
Overige chronische ziekten	38	32-44

Aantal chronische ziekten

Ook het al dan niet hebben van meer dan één chronische ziekte maakt geen verschil voor het reizen met het openbaar vervoer door chronisch zieken. Onder de mensen met één chronische ziekte is het OV-gebruik 37% (95%-BI: 33 - 41), onder de mensen met twee chronische ziekten 41% (95%-BI: 35 - 46), en bij mensen met drie of meer chronische ziekten 41% (95%-BI: 35 - 48).

Mensen met een handicap

Iets meer dan een derde (36%; 95%-BI: 31 - 42) van de mensen met een handicap maakte in 2005 gebruik van het openbaar vervoer. Van de - kleine groep - gehandicapte OV-gebruikers was maar de helft (51%; 95%-BI: 46 - 57) tevreden tot zeer tevreden hierover.

Aard van de beperkingen

Mensen met een combinatie van (matige of ernstige) motorische, visuele en auditieve beperkingen reizen in vergelijking met de referentiegroep van mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen het vaakst met het openbaar vervoer (52% versus 33%). Mogelijk kan de groep mensen met alleen motorische beperkingen vaker zelf een auto besturen, waardoor zij minder zijn aangewezen op collectieve vervoersvoorzieningen zoals het openbaar vervoer. Van de andere groepen mensen met beperkingen reisde in 2005 ongeveer een derde met de trein, tram, bus of metro (tabel 3.3).

Tabel 3.3: Mensen met een handicap die in 2005 met het openbaar vervoer reisden, naar aard van de beperkingen (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Motorisch (ref.)	33	28-39
Zintuiglijk	37	22-56
Motorisch en visueel	37	27-47
Motorisch en auditief	38	29-48
Motorisch en visueel en auditief	52*	37-67

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Ernst van de beperkingen

Hoe ernstiger de beperkingen, hoe minder vaak mensen met een handicap gebruik maken van het openbaar vervoer. Van de mensen met ernstige beperkingen reisde in 2005 een kwart (27%; 95%-BI: 22 - 33) wel eens op deze manier; van degenen met matige beperkingen deed ruim vier op de tien dit (43%; 95%-BI: 37 - 49).

Conclusie

- Minder dan de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap (40%) maakte in 2005 gebruik van het openbaar vervoer. Bijna tweederde van hen (62%) was tevreden over deze vervoersvoorziening.
- Vrouwen en 65-plussers met een chronische ziekte of handicap maken wat vaker gebruik van het openbaar vervoer dan mannelijke en jongere chronisch zieken.
- Hoe ernstiger de beperkingen, hoe minder vaak mensen met een handicap gebruik maken van het openbaar vervoer.

3.3 Gebruik van aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen

De Nederlandse overheid wil dat burgers, met of zonder beperkingen, zoveel mogelijk gebruik maken van reguliere vervoersvoorzieningen. Indien dit ondanks aanpassingen van het openbaar vervoer op individueel niveau toch niet mogelijk is, kunnen specifieke voorzieningen worden ingezet. In deze paragraaf wordt het gebruik van aanvullende collectieve specifieke voorzieningen door mensen met een chronische ziekte of handicap beschreven. Voor een overzicht van het gebruik van aanvullende individuele specifieke voorzieningen, zoals loophulpmiddelen en rolstoelen, verwijzen we hier naar het rapport Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek et al., 2006). Voorbeelden van aanvullende collectieve specifieke voorzieningen zijn de ouderenbus of de Wvg-deeltaxi voor vervoer binnen de eigen regio. Wvg-gebruikers kunnen tegen OV-tarief gebruik maken van de (duurdere) regiotaxi. Aanvullend collectief specifiek vervoer buiten de regio is geregeld via het Valysstelsel ('bovenregionaal vervoer gehandicapten'; ministerie van VWS, 2006). Mensen die voor dit type vervoer in aanmerking komen, kunnen een zogenoemde Valyspas aanvragen. Behalve het gebruik van deze aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen, wordt in deze paragraaf ook de tevredenheid van de chronisch zieke en gehandicapte gebruikers beschreven. Alle gegevens zijn verzameld in 2005.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Collectief Wvg-vervoer binnen de regio werd in 2005 door 11% (95%-BI: 9 - 14) van de mensen met een chronische ziekte of handicap af en toe of regelmatig gebruikt. Vijf procent (95%-BI: 4 - 7) van de chronisch zieken en gehandicapten gaf in 2005 aan in het bezit te zijn van een Valyspas, maar slechts één procent (95%-BI: 1 - 2) van de totale groep had in 2005 het bovenregionaal vervoer gebruikt. Dit betekent dat het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap die een Valyspas hebben deze kennelijk niet gebruikt.

Van degenen die in 2005 gebruik maakten van het specifieke vervoer binnen de eigen regio was ruim de helft (56%; 95%-BI: 43 - 68) tevreden. De tevredenheid over het bovenregionaal vervoer was onder de – kleine groep – gebruikers iets hoger: 67% (95%-

BI: 58 - 76) was tevreden. Niettemin is derhalve een flinke groep chronisch zieke en gehandicapte gebruikers niet zo tevreden over het specifieke vervoer binnen of buiten de regio.

Sekse

Evenals van het openbaar vervoer, maakt ook van het aanvullende collectieve specifieke vervoer binnen de regio een groter deel van de vrouwen dan van de mannen gebruik. In 2005 maakte 14% (95%-BI: 11 - 18) van de vrouwen met een chronische ziekte of handicap gebruik van het collectief Wvg-vervoer tegenover 7% (95%-BI: 5 - 10) van de mannelijke chronisch zieken. Het bezit van een Valyspas voor bovenregionaal vervoer verschilt niet naar sekse; zowel van de mannen als van de vrouwen had maar 5% een pas (mannen 95%-BI: 3 - 7, vrouwen 95%-BI: 4 - 8). Van dit bovenregionaal vervoer werd in 2005 door 1% van de mannen (95%-BI: 0 - 1) en eveneens 1% van de vrouwen (95%-BI: 1 - 3) met een chronische ziekte of handicap gebruik gemaakt.

Leeftijd

Oudere chronisch zieken en gehandicapten maken vaker gebruik van aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen dan jongere mensen met een chronische ziekte of handicap (15 t/m 39-jarigen, referentiegroep). Kijken we naar het collectieve Wvg-vervoer, dan blijkt dat in 2005 4% van degenen in de leeftijd van 15 t/m 39 jaar en 7% van degenen van 40 t/m 64 jaar dit type vervoer gebruikte. De 65 t/m 74-jarigen gebruikten dit type vervoer twee keer als de jongste groep en de 75-plussers maakten nog eens tweemaal vaker gebruik van het collectief Wvg-vervoer dan de jongere senioren (tabel 3.4).

De 75-plussers hadden in 2005 relatief vaker een Valyspas dan de 15 t/m 39-jarigen: 11% tegenover 4%. Het gebruik van dit bovenregionale vervoer sluit hierbij aan: de oudste groep maakte er het meest gebruik van (tabel 3.4).

Tabel 3.4: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 gebruik maakten van het binnen- en buitenregionaal vervoer en degenen die een Valyspas hadden, naar leeftijd (% en 95%-BI)

	Binnen regio		Buiten regio		Valyspas	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
15 t/m 39 jaar (ref.)	4	2-8	0	0-1	4	2-7
40 t/m 64 jaar	7	5-9	1	0-1	3	2-4
65 t/m 74 jaar	15*	11-20	2	1-3	8	6-12
75 jaar en ouder	30*	24-38	5*	2-9	11*	7-16

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van de mensen met een chronische ziekte of handicap hangt niet samen met het gebruik van collectieve specifieke vervoersvoorzieningen en het bezit van een Valyspas. De percentages variëren voor het collectieve Wvg-vervoer tussen 5% (95%-BI: 2 - 11) van de universitaire opgeleiden en 14% (95%-BI: 10 - 19) van de

mensen die alleen lager onderwijs hadden gevolgd. Vier tot zes procent had in 2005 een Valyspas, maar 1% maakte daadwerkelijk gebruik van het bovenregionaal vervoer voor gehandicapten (tabel 3.5).

Tabel 3.5: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 gebruik maakten van het aanvullende collectieve specifieke vervoer binnen de regio (Wvg) en buiten de regio (Valys), naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	Gebruik Wvg-vervoer Binnen regio		Gebruik Valys Buiten regio		Bezit Valyspas	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	14	10-10	1	1-3	6	4-9
LBO	12	9-16	1	1-3	6	4-8
MAVO/MULO	10	7-14	1	1-2	6	4-9
MBO	9	6-13	1	0-1	3	2-6
HAVO/VWO	13	9-20	1	1-3	5	3-10
HBO	11	8-17	1	1-3	5	3-9
Universiteit	5	2-11	0	0-2	4	2-10

Mensen met een chronische ziekte

Een op de tien (10%; 95%-BI: 8 - 12) van de mensen met een chronische ziekte gebruikte in 2005 af en toe of regelmatig het collectieve Wvg-vervoer. Vier procent was in het bezit van een Valyspas, terwijl 1% daadwerkelijk gebruik had gemaakt van dit specifieke bovenregionaal vervoer.

De tevredenheid over het Valysstelsel is onder chronisch zieke gebruikers wat groter dan over het collectieve Wvg-vervoer, respectievelijk 66% (95%-BI: 56 - 75) en 57% (95%-BI: 45 - 69) van de gebruikers is (zeer) tevreden.

Aard van de chronische ziekte

De soort chronische ziekte hangt niet of nauwelijks samen met het gebruik van aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen. Bij het collectieve Wvg-vervoer zijn mensen met een neurologische ziekte de uitzondering: zij gebruikten dit vervoer in 2005 vaker (18%; 95%-BI: 6-12) dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (9%; 95%-BI: 12-25). Voor de andere groepen chronisch zieken variëren de percentages gebruikers tussen 7% en 13%. De aard van de chronische ziekte houdt evenmin verband met het al dan niet bezitten van een Valyspas of het gebruik van het Valysvervoer onder chronisch zieken.

Aantal chronische ziekten

Van de chronisch zieken met drie of meer chronische ziekten maakte in 2005 een wat groter deel gebruik van het collectieve Wvg-vervoer dan van degenen met één chronische ziekte (referentiegroep), respectievelijk 13% (95%-BI: 9 - 17) en 7% (95%-BI: 6 - 9). Wat het bezit van een Valyspas en het gebruik van het Valysstelsel betreft, zijn geen verschillen gevonden tussen chronisch zieken met één of meer chronische aandoeningen.

Mensen met een handicap

Van de mensen met een handicap deed in 2005 één op de vijf (21%; 95%-BI: 16 - 26) af en toe of regelmatig een beroep op het collectieve Wvg-vervoer binnen de regio. Een Valyspas voor aanvullend vervoer buiten de regio had 12% (95%-BI: 8 - 16), terwijl slechts 2% aangaf deze in 2005 ook te hebben gebruikt.

Aard van de beperkingen

Het gebruik van beide aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen hangt niet significant samen met de aard van de beperkingen van mensen met een handicap. Mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen gecombineerd met visuele en auditieve beperkingen maakten in 2005 het vaakst gebruik van het collectieve Wvg-vervoer (29%; 95%-BI: 6 - 45) en mensen met alleen motorische beperkingen het minst (19%; 95%-BI: 15 - 24). Welke beperkingen men heeft is evenmin van belang voor het bezit van een Valyspas en het gebruik ervan.

Ernst van de beperkingen

Mensen met ernstige beperkingen maken twee keer zo vaak gebruik van het collectieve Wvg-vervoer en het bovenregionaal (Valys-)vervoer en ze hebben ook vaker een Valyspas dan degenen die matige beperkingen hebben. In 2005 maakte 29% (95%-BI: 23 - 36) van de ernstig gehandicapten gebruik van het collectieve Wvg-vervoer binnen de eigen regio, terwijl van degenen met matige beperkingen 16% (95%-BI: 12 - 20) dit deed. Van de ernstig gehandicapten hadden in 2005 drie keer zo veel mensen (22%; 95%-BI: 16 - 29) een Valyspas dan van de matig gehandicapten (7%; 95%-BI: 5 - 11). Wat het gebruik van dit bovenregionaal vervoer betreft, is het percentage onder de ernstig gehandicapten veel lager dan op grond van het percentage dat een Valyspas heeft verwacht zou kunnen worden, namelijk 9% van de ernstig gehandicapten die een Valyspas bezitten.

Conclusie

- Eén op de tien mensen met een chronische ziekte of handicap (11%) maakte in 2005 gebruik van het collectieve Wvg-vervoer binnen de regio. Bijna de helft van de gebruikers (44%) is niet zo tevreden over dit type vervoer.
- Vijf procent van de mensen met een chronische ziekte of handicap was in 2005 in het bezit van een Valyspas voor aanvullend bovenregionaal vervoer, maar van hen heeft slechts 20% deze pas in 2005 gebruikt. Het gebruik van aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen onder chronisch zieken en gehandicapten is dus betrekkelijk gering.
- Vrouwen en ouderen doen vaker een beroep op aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen dan mannen en jongere mensen met een chronische ziekte of handicap.
- Chronisch zieken met drie of meer chronische aandoeningen maken vaker gebruik van het collectieve Wvg-vervoer dan chronisch zieken zonder comorbiditeit.
- Hoe ernstiger de beperkingen, hoe meer men gebruik maakt van aanvullende collectieve specifieke vervoersvoorzieningen.

4 Betaald werk

In dit hoofdstuk staat het verrichten van betaald werk door mensen met een chronische ziekte of handicap centraal. Betaald werk wordt door velen gezien als een belangrijke mogelijkheid om bij de samenleving betrokken te zijn. Voor chronisch zieken en gehandicapten telt dat evenzeer als voor andere burgers. In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de arbeidsparticipatiegraad onder chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar (paragraaf 4.1). In paragraaf 4.2 komt het ziekteverzuim onder chronisch zieke en gehandicapte werknemers aan bod. In paragraaf 4.3 wordt stilgestaan bij de door mensen met een chronische ziekte of handicap ervaren problemen ten aanzien van het verrichten van werk. Tenslotte wordt in de laatste paragraaf (4.4) aandacht besteed aan werkaanpassingen en reïntegratie.

4.1 Arbeidsparticipatie

De overheid streeft ernaar om mensen met een chronische ziekte of handicap zoveel mogelijk aan het werk te krijgen of te houden en gaat daarbij uit van de mogelijkheden tot het verrichten van werk die men (nog) heeft. Een set van reïntegratie instrumenten is beschikbaar voor werkgevers, werknemers en het UWV om dit doel te bereiken. Cijfers over de arbeidsparticipatiegraad onder chronisch zieken en gehandicapten kunnen inzicht geven in de mate waarin de inspanningen van overheid, werknemers, werkgevers en uitvoeringsorganen hun vruchten afwerpen. De hier gepresenteerde gegevens over arbeidsparticipatie betreffen de (potentiële) beroepsbevolking, dat wil zeggen mensen met een chronische ziekte of handicap van 15 t/m 64 jaar. We spreken van arbeidsparticipatie als iemand minimaal 12 uur per week werkzaam is in een betaalde baan. Deze definitie komt overeen met de definitie die het CBS hanteert.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Vier van de tien (40%; 95%-BI: 34 - 47) mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar was in 2005 werkzaam in een betaalde baan van tenminste 12 uur per week. Van de Nederlandse bevolking waren veel meer mensen in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar in 2005 werkzaam: 63% was minimaal 12 uur per week werkzaam in een betaalde baan (CBS, 2005).

Vergelijken we onze gegevens over de arbeidsparticipatiegraad van mensen met een chronische ziekte of handicap met die van Nederlandse arbeidsgehandicapten, dan komen de cijfers over 2005 sterk overeen. In 2005 was 16% van de Nederlandse bevolking arbeidsgehandicapt. Onder arbeidsgehandicapten worden verstaan: mensen in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar die aangeven dat zij door een langdurige aandoening, ziekte of handicap belemmerd worden in het verkrijgen of uitvoeren van werk. Van hen had 44% in 2005 een betaalde baan van tenminste 12 uur per week (ministerie van SZW, 2006).

Het gemiddeld aantal uren dat mensen met een chronische ziekte of handicap werkzaam waren in een betaalde baan van minimaal 12 uur per week bedroeg in 2005 28,2 uur

(95%-BI: 26,7 - 29,8). Dit is minder dan de algemene beroepsbevolking, die (in 2004) gemiddeld 35,2 uur per week werkte (CBS, 2006).

Sekse

Van de mannelijke chronisch zieken en gehandicapten had in 2005 tweederde een betaalde baan van 12 uur of meer per week (61%; 95%-BI: 53 - 68), wat twee keer zoveel is als vrouwen met een chronische ziekte of handicap, van wie een derde betaald werk had (30%; 95%-BI: 24 - 36). De vergelijking met de algemene bevolking (15 t/m 64 jaar) laat zien dat 72% van de mannen en 54% van de vrouwen betaald werk heeft van 12 uur of meer per week.

Leeftijd

De helft van de jongere mensen met een chronische ziekte of handicap (15 t/m 39 jaar) nam in 2005 deel aan het arbeidsproces (50%; 95%-BI: 41 - 60). Dit is een groter deel dan bij de 40 t/m 64 jarigen, van wie een derde betaald werk had (38%; 95%-BI: 32 - 45).

Opleidingsniveau

In 2005 hadden hoger opgeleide mensen (MBO, HBO en universiteit) met een chronische ziekte of handicap bijna twee keer zo vaak betaald werk als de referentiegroep van mensen die alleen lager onderwijs hadden gevolgd. Van de laagst opgeleiden en de mensen met lager beroepsonderwijs had minder dan een op de drie betaald werk voor tenminste 12 uur per week, terwijl van de mensen met een middelbare vooropleiding ruim een derde een baan had, en van de mensen met HBS, HAVO of VWO iets minder dan de helft (tabel 4.1).

Tabel 4.1: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 betaald werk hadden, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	30	20-42
LBO	28	22-36
MAVO/MULO	38	30-46
MBO	53*	44-61
HAVO/VWO	43	33-54
HBO	57*	48-66
Universiteit	53*	39-67

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

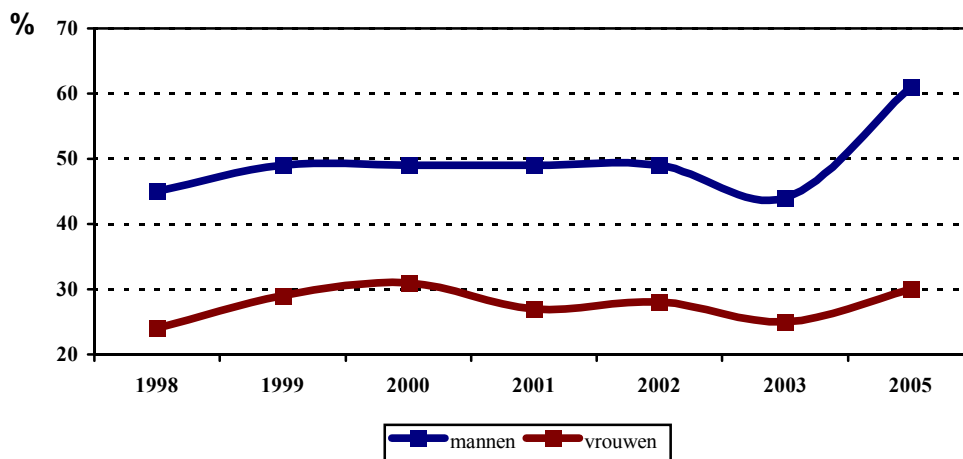
Van de mensen met een chronische ziekte werkte in 2005 39% (95%-BI: 35 - 43) tenminste 12 uur per week in een betaalde baan. Het verloop van de arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische ziekte over de periode 1998 - 2005 is wisselend. Na 1998 steeg de participatiegraad, vervolgens daalde hij in 2001 en 2003 en is in 2005 weer een relatief sterke stijging te zien [polynomiale trend]. Een deel van de opmerkelijke stijging in 2005 ten opzichte van 2003 is waarschijnlijk gelegen in het feit dat door de Wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte, die in januari 2004 van kracht werd, werkgevers

hun zieke werknemers twee jaar (voorheen één jaar) moeten doorbetalen, alvorens zij worden beoordeeld voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Met andere woorden, zieke werknemers blijven langer in dienst en zijn dus langer officieel werkzaam. Gegevens over 2006 moeten worden afgewacht om te kunnen beoordelen of er sprake is van een daadwerkelijke stijging van de arbeidsparticipatiegraad onder chronisch zieken. Andere factoren die eveneens (een deel van) de stijging zouden kunnen verklaren zijn de strengere herkeuringen van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering jonger dan 50 jaar, die sinds oktober 2004 plaatsvinden. Het is mogelijk dat een deel van de herkeurden die niet meer of voor een lager percentage arbeidsongeschikt zijn verklaard inmiddels een (deeltijd-)baan heeft gevonden. Tenslotte was er een lichte economische groei te constateren, wat ook de arbeidsparticipatie onder chronisch zieken mogelijk mede heeft doen stijgen (CBS, 2006).

Chronisch zieken (met een baan) werkten in 2005 gemiddeld 29,2 uur per week (95%-BI: 28,1 - 30,2). Het aantal uren dat mensen met een chronische ziekte werken is vrijwel stabiel over de periode 1998 - 2005.

Binnen de groep mensen met een chronische ziekte schommelen de percentages mannen die werken over de jaren heen redelijk sterk, met een stijging in 1999, daarna een daling in 2003 en vervolgens in 2005 weer een stijging naar het hoogste percentage tot nu toe [polynomiale trend] (figuur 4.1).

Figuur 4.1: Arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte in de periode 1998-2005, naar sekse (% per jaar)



Jongere mensen met een chronische ziekte (15 t/m 39 jaar) werkten in 2005 en ook in de jaren daarvoor relatief vaker in een betaalde baan dan oudere chronisch zieken (40 t/m 64 jaar). In de ontwikkelingen over de tijd voor de twee leeftijdsgroepen van chronisch zieken is geen bepaalde trend waarneembaar.

De arbeidsparticipatie van chronisch zieken neemt toe, naarmate zij een hoger opleidingsniveau hebben. Dit gold voor zowel 2005 als de jaren daarvoor (1998 - 2003). Bij mensen

met een chronische ziekte die een middelbare algemene opleiding hebben gevolgd, variëren de percentages vrij sterk over de jaren heen [polynomiale trend].

Aard van de chronische ziekte

Mensen met verschillende soorten chronische ziekten verschilden in 2005 - evenals in eerdere jaren - gemiddeld genomen niet wat hun deelname aan het arbeidsproces betreft (tabel 4.2). Een uitzondering vormen de mensen met astma/COPD van wie in 2005 (en in enkele voorgaande jaren) een groter deel werkzaam was dan van de mensen met hart- en vaatziekten (referentiegroep). Zeer waarschijnlijk komt dit verschil geheel op het conto van de mensen met astma, van wie in voorgaande jaren een aanzienlijk groter deel werkzaam was dan van de mensen met COPD (Heijmans et al., 2005).

Over de gehele periode bezien schommelen de percentages werkenden onder mensen met hart- en vaatziekten, ziekten van het bewegingsapparaat en astma/COPD nogal [polynomiale trend].

Tabel 4.2: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 betaald werk hadden, naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

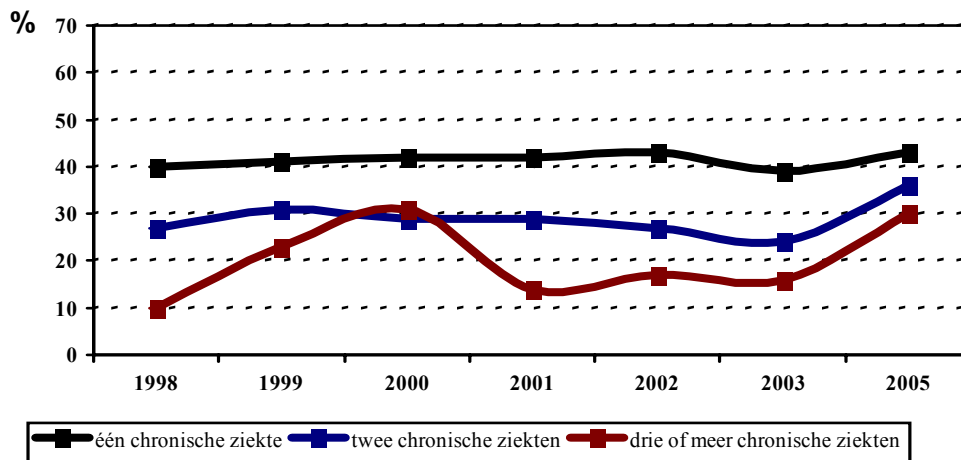
	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	26	18-36
Astma/COPD	43*	35-51
Ziekten bewegingsapparaat	37	30-45
Kanker	24	14-39
Diabetes mellitus	40	31-50
Neurologische ziekten	46	38-55
Chronische spijsverteringsziekten	44	31-57
Overige chronische ziekten	43	36-50

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Aantal chronische ziekten

Hoe meer chronische ziekten mensen hadden in 2005, des te minder was hun deelname aan het arbeidsproces in 2005. Van degenen met één chronische ziekte had 43% (95%-BI: 38-48) betaald werk, van de mensen met twee chronische ziekten werkte 36% (95%-BI: 29-43) en van degene met drie of meer chronische ziekten werkte 30% (95%-BI: 21-41). Er zijn geen verschillen gevonden tussen de drie groepen met een verschillende aantal chronische ziekten. De mensen met twee of meer chronische ziekten toonden nogal wat variatie in arbeidsparticipatie [polynomiale trend] (figuur 4.2).

Figuur 4.2: Arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte in de periode 1998-2005, naar aantal chronische ziekten (% per jaar)



Mensen met een handicap

Ruim een kwart van de mensen met een handicap (28%, 95%-BI: 22-34) had in 2005 een betaalde baan van tenminste 12 uur per week. Dit is erg laag in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking, van wie 68% ten minste 12 uur per week werkte.

Mensen met een handicap werkten in 2005 gemiddeld 26,8 uur per week (95%-BI: 25,1 - 28,4).

Aard van de beperkingen

Van de mensen met matige of ernstige motorische beperkingen had 28% (95%-BI: 22 - 35) betaald werk in 2005. Bij degenen met een combinatie van (matige of ernstige) motorische beperkingen en een visuele beperking was het percentage 32% (95%-BI: 20 - 48), en bij mensen met een combinatie van motorische en gehoorbeperkingen was de arbeidsparticipatie nog lager, namelijk 16% (95%-BI: 8 - 31). Hoewel deze percentage soms flink uiteen lopen, zijn de gevonden verschillen nergens significant.

Ernst van de beperkingen

Mensen met matige lichamelijke beperkingen hadden in 2005 relatief vaker betaald werk dan degenen met ernstige lichamelijke beperkingen. Van de eerste groep werkte een derde (34%; 95%-BI: 27 - 41), terwijl van de tweede groep maar één op de vijf mensen betaald werk had voor 12 uur per week of meer (19%; 95%-BI: 13 - 26).

Conclusie

- De arbeidsparticipatiegraad onder mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar is een stuk lager dan onder de algemene Nederlandse bevolking: 40% van de chronisch zieken en gehandicapten heeft betaald werk (voor tenminste 12 uur per week) tegenover 63% van de algemene bevolking.

- Chronisch zieken en gehandicapten die een betaalde baan hadden (van tenminste 12 uur per week) werken minder uren per week dan de algemene bevolking: in 2005 was de gemiddelde werkweek van mensen met een chronische ziekte of handicap 28 uur, van de algemene beroepsbevolking 35 uur.
- Sociaal-demografische kenmerken hangen samen met de arbeidsparticipatie. Mannen, jongere en hoger opgeleide mensen met een chronische ziekte of handicap werken vaker dan vrouwen, ouderen en lager opgeleiden.
- De arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische ziekte vertoont een wisselend verloop, maar is in 2005 ten opzichte van 2003 sterk gestegen. Deze trend is nog sterker voor mannelijke, jongere en hoger opgeleide chronisch zieken. Het hogere percentage arbeidsparticipanten onder chronisch zieken sluit aan bij het streven van de overheid om meer mensen met een chronische ziekte (en mensen met een handicap) aan het werk te krijgen of te houden. De gevonden stijging in 2005 ten opzichte van 2003 kan overigens (mede) een 'uitgesteld effect' zijn van de Wet verlenging loon-doorbetaling (2004), waardoor zieke werknemers langer in dienst blijven bij hun werkgever.
- De aard van de chronische ziekte houdt geen verband met het al of niet verrichten van betaald werk, maar het aantal chronische ziekten wel: chronisch zieken die aan meer aandoeningen lijden hebben minder vaak betaald werk dan degenen die één chronische ziekte hebben.
- Ruim een kwart (28%) van de mensen met een handicap neemt deel aan het arbeidsproces, hetgeen in vergelijking tot de arbeidsparticipatiegraad onder de algemene Nederlandse bevolking (63%) extreem laag is. Mensen met matige fysieke beperkingen hebben iets vaker betaald werk dan degenen met ernstige beperkingen. Extra inspanningen specifiek gericht op de groep mensen met matige of ernstige fysieke beperkingen lijken noodzakelijk om hun arbeidsdeelname te bevorderen.

4.2 Ziekteverzuim

Ziekteverzuim kan zowel voor de werkgever als de zieke werknemer negatieve gevolgen hebben. Door de invoering van de Wet verbetering poortwachter in april 2002 wordt daarom getracht het ziekteverzuim terug te dringen en de instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te verminderen.

Om te onderzoeken of en zo ja, in welke mate chronische zieke of gehandicapte werknemers verzuimen wegens ziekte is aan de NPCG-leden met betaald werk een drietal vragen gesteld: of men het afgelopen jaar had verzuimd vanwege ziekte en zo ja, hoe vaak dat was voorgekomen en hoeveel dagen men in totaal (over het gehele jaar) ziek was geweest. Deze vragen zijn vanaf 1999 voorgelegd aan chronisch zieke panelliden en sinds 2005 ook aan degenen met een handicap.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Tweederde van de mensen met een chronische ziekte of handicap die betaald werk verrichten (67%; 95%-BI: 58 - 74) heeft zich in 2005 één of meerdere keren ziek gemeld. Degenen die zich in 2005 ziek hadden gemeld, meldden zich gemiddeld 2,1 keer ziek

(95%-BI: 1,6 - 2,5). Gemiddeld waren degenen die zich in 2005 ziek hadden gemeld 19,7 dagen (95%-BI: 9,2 – 30,2) over het gehele jaar ziek.

Sekse

Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap met een betaalde baan verschillen niet van elkaar wat hun ziekteverzuim betreft. Van de mannen meldde in 2005 60% (95%-BI: 50 - 69) zich tenminste één keer ziek, van de vrouwen was dat 70% (95%-BI: 61 - 78).

Leeftijd

Van de jongste leeftijdsgroep (15 t/m 39 jaar) gaf driekwart (76%; 95%-BI: 65 - 84) aan zich in 2005 wel eens ziek te hebben gemeld. Van de ouderen was dat 65% (95%-BI: 56 - 73), hetgeen niet significant verschilt van de jongste groep. Binnen de algemene bevolking ligt dat anders: ouderen in de algemene bevolking melden zich vaker ziek dan jongeren. Wel is de gemiddelde ziekteduur onder jongeren wat langer dan onder oudere werknemers (CBS 2005).

Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van mensen met een chronische ziekte of handicap was in 2005 niet gerelateerd aan het ziekteverzuim. De percentages mensen die verzuimden liggen tussen 58% en 69% (tabel 4.3).

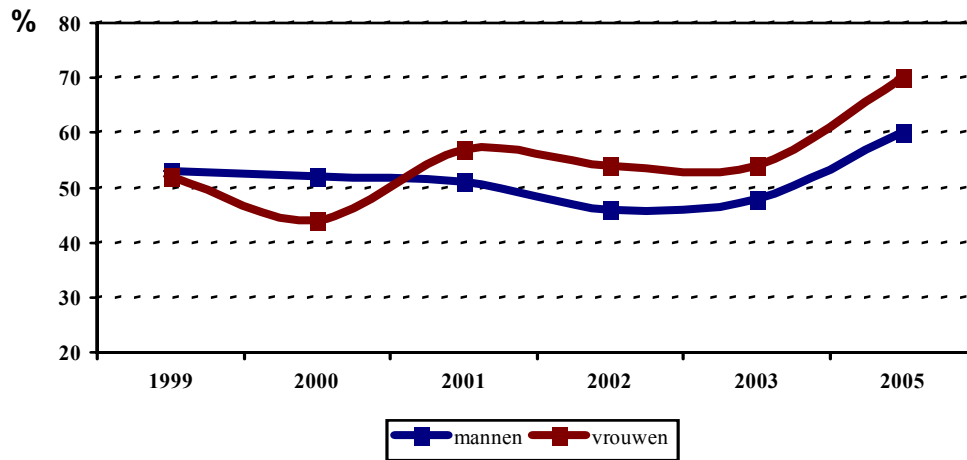
Tabel 4.3: Mensen met een chronische ziekte of handicap die zich in 2005 minimaal één keer ziek meldden, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Geen / lager onderwijs (ref.)	65	44-82
LBO	67	55-77
MAVO / MULO	69	56-79
MBO	66	56-76
HAVO / VWO	63	47-76
HBO	69	58-78
Universiteit	58	39-75

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte was in 2005 tweederde (64%; 95%-BI: 56 - 71) minimaal één keer vanwege ziekte thuisgebleven van het werk. Over de jaren heen varieerde het ziekteverzuim van chronisch zieken met een betaalde baan wel enigszins, maar er is geen sprake van een bepaalde trend. Het verloop over de tijd laat wel een stijging zien in het percentage vrouwelijke chronisch zieken dat vanwege ziekte verzuimt [lineaire trend] (figuur 4.3).

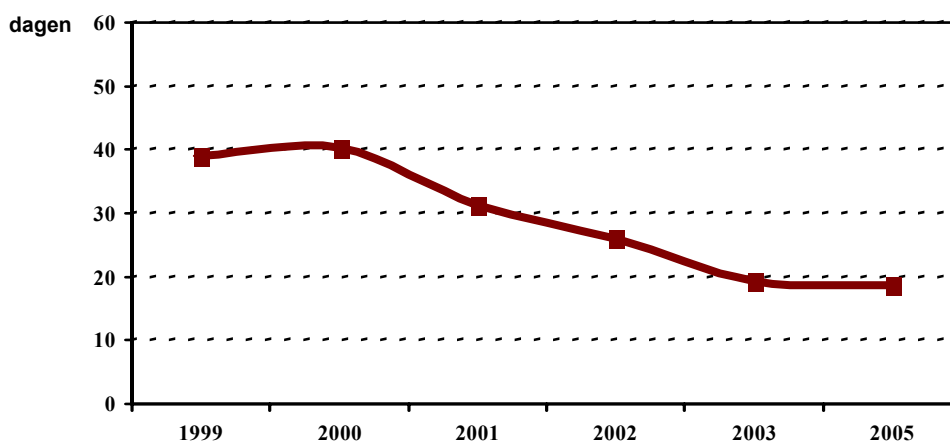
Figuur 4.3: Ziekteverzuim van mensen met een chronische ziekte in de periode 1999 - 2005, naar sekse (% per jaar)



Chronisch zieken die in 2005 vanwege ziekte verzuimden meldden zich gemiddeld 2,1 keer (95%-BI: 1,7-2,5 ziek. Over de periode 1998 - 2005 was het aantal ziekmeldingen onder chronisch zieken vrij stabiel.

Mensen met een chronische ziekte die zich in 2005 ziek hadden gemeld waren dat jaar gemiddeld 18,7 dagen (95%-BI: 11,1 - 26,3) ziek. Sinds 1999 is een sterke daling [lineaire trend] te zien in het gemiddelde aantal ziektedagen per jaar onder chronisch zieken: van 39,0 in 1999 tot 18,7 in 2005 (figuur 4.4). Mogelijk speelt de Wet verbetering poortwachter (april 2002) hierbij een rol, al werd de daling van het aantal ziektedagen al in 2001 ingezet.

Figuur 4.4: Aantal ziektedagen van mensen met een chronische ziekte in de periode 1999 - 2005 (aantal dagen per jaar)



Aard van de chronische ziekte

Werkzame chronisch zieken met verschillende soorten chronische ziekten verschillen niet in de mate van ziekteverzuim. De percentages mensen die zich in 2005 minstens één keer ziek meldden naar aard van de chronische ziekte liepen uiteen van 58% tot 74% (tabel 4.4).

Tabel 4.4: Mensen met een chronische ziekte die zich in 2005 minimaal één keer ziek meldden, naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	74	57 - 86
Astma / COPD	65	52 - 76
Ziekten bewegingsapparaat	62	49 - 73
Kanker	58	31 - 81
Diabetes mellitus	62	48 - 74
Neurologische ziekten	69	55 - 80
Chronische spijsverteringsziekten	68	50 - 81
Overige chronische ziekten	58	48 - 67

Aantal chronische ziekten

Het aantal chronische ziekten dat men heeft, maakt indien men betaald werk verricht geen verschil voor het ziekteverzuim. Van de mensen met één chronische ziekte meldde zich in 2005 63% (95%-BI: 55 - 70) tenminste één keer ziek, van degenen met twee chronische ziekten 70% (95%-BI: 60 - 79) en van de mensen met drie of meer chronische ziekten 57% (95%-BI: 39 - 73).

Mensen met een handicap

Kijken we naar mensen met een handicap die in 2005 betaald werk hadden, dan komt naar voren dat driekwart van hen (74%; 95%-BI: 65 - 82) zich in 2005 minimaal één maal ziek heeft gemeld. Gemiddelde meldden deze mensen zich 2,1 keer (95%-BI: 1,6 - 2,7) ziek. Mensen met een handicap die betaald werk hadden, waren in 2005 gemiddeld 22,6 dagen (95%-BI: 10,5 - 34,7). Dit laatste is wel meer dan het gemiddelde aantal ziekte-dagen van 15 onder de algemene Nederlandse bevolking (CBS, 2005).

Aard van de beperkingen

Van de mensen met matige of ernstige motorische beperkingen die betaald werk hadden, heeft in 2005 driekwart (72%; 95%-BI: 61 - 80) zich wel eens ziek gemeld. Van de andere groepen gehandicapten was het aantal respondenten (jonger dan 65 jaar met betaald werk) te klein om hierover uitspraken te kunnen doen.

Ernst van de beperkingen

Van de mensen met matige beperkingen die in 2005 betaald werk hadden, meldde ruim twee derde (68%; 95%-BI: 58 - 76) zich in 2005 wel eens ziek; van degenen met ernstige beperkingen die werkzaam waren was dat 83% (95%-BI: 65 - 93). Dit verschil is niet significant.

Conclusie

- Tweederde van de mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 betaald werk hadden, heeft zich dat in dat jaar tenminste één keer ziek gemeld, wat heel wat meer is dan bij de algemene beroepsbevolking, van wie minder dan de helft (47%) zich in 2005 had ziek gemeld.
- Chronisch zieken en gehandicapten die in 2005 te maken hadden met ziekteverzuim meldden zich gemiddeld 2,1 keer ziek.
- Onder chronisch zieken zien we een sterke daling van de gemiddelde ziekteduur: van 40 dagen per jaar in 2000 naar 19 dagen in 2003 en 2005. Dit is nog wel iets hoger dan de 15 dagen ziekteverzuim onder de algemene bevolking (in 2003). Mogelijk heeft de Wet verbetering poortwachter (april 2002) bijgedragen aan deze daling van de ziekteduur.
- Over de jaren heen varieerde het ziekteverzuim (één keer per jaar of vaker) van werkzame mensen met een chronische ziekte, maar er is geen sprake van een bepaalde trend. Wel meldden chronisch zieke vrouwen zich over de jaren heen steeds vaker ziek.
- De aard van de chronische ziekte en het aantal chronische ziekten zijn niet gerelateerd aan het ziekteverzuim. Opgemerkt moet worden dat het hier dus gaat om degenen die betaald werk hebben. In de vorige paragraaf zagen we wel dat chronisch zieken met meer chronische aandoeningen minder vaak deelnemen aan het arbeidsproces.
- Driekwart van de werkzame mensen met een handicap meldde zich in 2005 ziek.

4.3 Werkgerelateerde problemen

In de voorgaande paragrafen werden objectieve gegevens gepresenteerd over de werksituatie van mensen met een chronische ziekte of handicap. We zagen dat de arbeidsparticipatiegraad onder hen lager ligt dan onder de algemene Nederlandse bevolking en dat het ziekteverzuim onder de chronisch zieken en gehandicapten met betaald werk hoger ligt. In deze paragraaf gaan we in op een subjectief aspect: de door mensen ervaren problemen met betrekking tot het verrichten van betaald werk. Als indicator voor de aanwezigheid van deze problemen is een item uit de Biografische Problemenlijst (BIOPRO; Hosman, 1983) geselecteerd. Er werd de panelleden gevraagd om aan te geven, of men de afgelopen tijd problemen had ervaren op het gebied van (betaald) werk. Daarbij waren voorbeelden vermeld, te weten: niet aan de slag kunnen komen, dreigend ontslag, het werk bevalt niet, weinig waardering ontvangen voor het werk, te weinig verdienen, en een slechte sfeer. De vraag kon alleen met 'ja', 'nee' of 'niet van toepassing' worden beantwoord. We rapporteren hier het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar dat de vraag bevestigend beantwoordde. De vraag is aan het panel voorgelegd in oktober 1998, april 2002, april 2003 en april 2005. In aanvulling op de bovenstaande vraag is aan de panelleden die in oktober 2005 aangaven betaald werk te verrichten een aantal mogelijke problemen of belemmeringen met betrekking tot het verrichten van werk voorgelegd. Gevraagd werd daarbij aan te geven of zij de genoemde problemen of belemmeringen als gevolg van hun gezondheid hadden ervaren.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

In 2005 gaf een derde (34%; 95%-BI: 29 - 40) van de mensen met een chronische ziekte of handicap van 15 t/m 64 jaar aan dat zij de afgelopen tijd werkgerelateerde problemen hadden ervaren. Om dit percentage gevonden onder mensen met een chronische ziekte of handicap in perspectief te kunnen plaatsen, vergelijken we het hier met gegevens afkomstig van een steekproef uit de Nederlandse bevolking uit 2001. Het betreft de groep volwassen deelnemers (18 t/m 64 jaar) aan de patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (mensen ingeschreven in huisartsenpraktijken), aan wie dezelfde vraag was voorgelegd (van Lindert et al, 2004). Van deze groep mensen uit de algemene bevolking rapporteerden veel minder mensen, namelijk een van de tien, problemen te hebben met het krijgen of verrichten van betaald werk. Opgemerkt moet worden dat de arbeidsmarkt in 2001 voor (potentiële) werknemers gunstiger was dan in 2005, maar dan nog is het verschil erg groot.

Sekse

Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of handicap verschilden in 2005 niet significant in de mate waarin zij werkgerelateerde problemen ervoeren. Van de mannen rapporteerde een kwart (26%; 95%-BI: 29 - 43) dergelijke problemen, van de vrouwen een derde (34%; 95%-BI: 28 - 40).

Leeftijd

Tussen de twee leeftijdsgroepen (15 t/m 39 jaar en 40 t/m 64 jaar) zijn geen verschillen gevonden in het ondervinden van werkgerelateerde problemen. In 2005 meldde 35% (95%-BI: 27 - 44) van de chronisch zieken en gehandicapten van 15 t/m 39 jaar deze problemen, van de oudste leeftijdsgroep was dit 34% (95%-BI: 29 - 40).

Opleidingsniveau

Het ondervinden van problemen met het vinden of verrichten van betaald werk verschilt niet significant tussen chronisch zieken en gehandicapten met een verschillend opleidingsniveau, al zijn de gevonden verschillen in de steekproef soms groot. De percentages mensen met een chronische ziekte of handicap met werkgerelateerde problemen bedroegen in 2005: 28% (95%-BI: 16 - 45) in de groep met alleen lager onderwijs, 31% (95%-BI: 23 - 39) bij degenen met LBO, 38% (95%-BI: 29 - 49) bij degenen met middelbaar algemeen onderwijs (MAVO / MULO), 38% (95%-BI: 30 - 47) bij degenen met een MBO-opleiding, 31% (95%-BI: 21 - 44) bij mensen met hoger algemeen onderwijs (HAVO, HBS), 36% (95%-BI: 28 - 45) bij degenen met een HBO-opleiding en 50% (95%-BI: 35 - 65) bij diegenen met een universitaire opleiding.

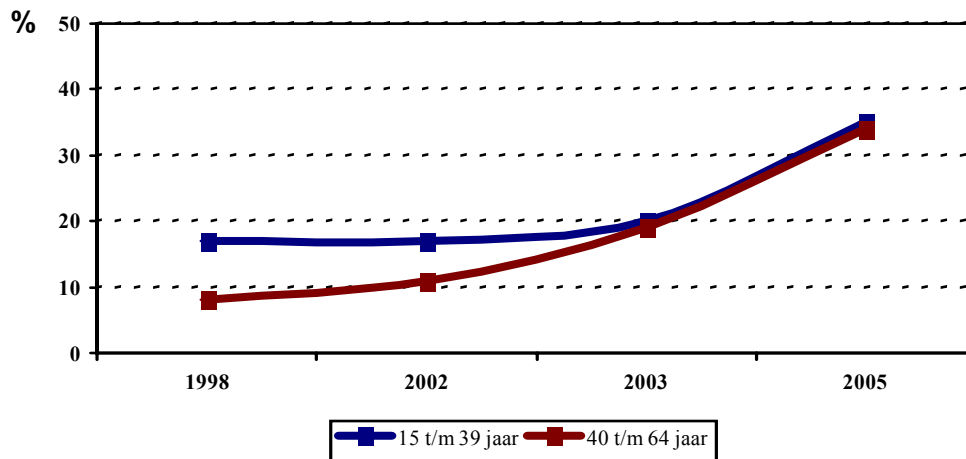
Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde in 2005 een op de drie (34%; 95%-BI: 29 - 45) problemen met het vinden of verrichten van betaald werk. Er is een vrij sterke stijging [lineaire trend] waar te nemen in het percentage chronisch zieken dat werkgerelateerde problemen ondervindt, met name na 2003 is dit percentage sterk gestegen. Dit geldt voor beide seksen [lineaire trend] en voor beide leeftijdsgroepen [lineaire trend] (figuur 4.5). De ontwikkeling over de tijd laat voorts zien dat het percentage chronisch zieken met een lage opleiding (geen of alleen lager onderwijs) dat werkgerelateerde

problemen ondervindt nog wat sterker stijgt [lineaire trend] dan bij de andere chronisch zieken.

Mogelijk spelen de strengere herkeuringen voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, die sinds oktober 2004 plaatsvinden bij mensen jonger dan 50 jaar, een rol bij de gesignaleerde stijging van werkgerelateerde problemen. Om dit te kunnen beoordelen is verder onderzoek nodig.

Figuur 4.5: Mensen met een chronische ziekte die werkgerelateerde problemen ervaren in de periode 1998 - 2005, naar leeftijd (% per jaar)



Aard van de chronische ziekte

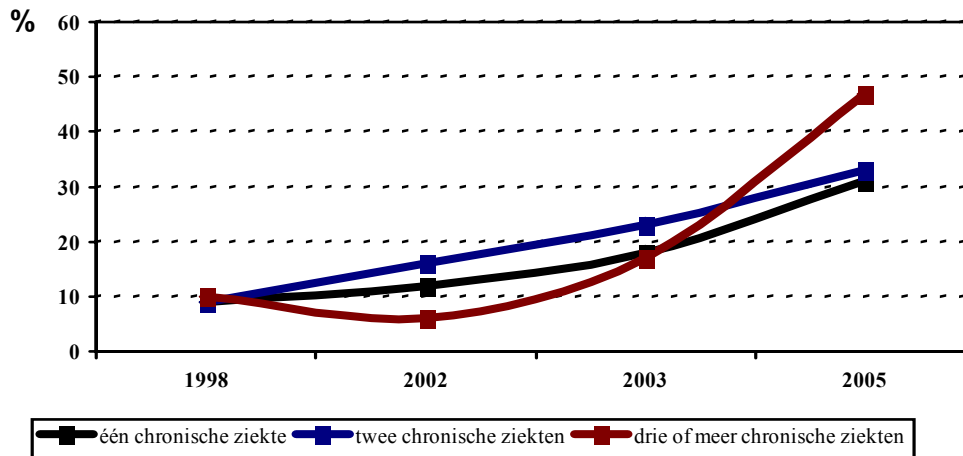
De soort chronische ziekte waaraan men lijdt hangt niet significant samen met het al of niet ervaren van werkgerelateerde problemen in 2005. Van de mensen met kanker ervoer bijna tweederde (63%; 95%-BI: 41- 81) deze problemen, hetgeen het hoogste percentage van alle diagnosegroepen is. Ook van de mensen met diabetes ervoer een relatief groot deel werkgerelateerde problemen in 2005, te weten 42% (95%-BI: 30 - 54). De cijfers voor de andere diagnosegroepen zijn: hart- en vaatziekten 36% (95%-BI: 23 - 51), astma/COPD 30% (95%-BI: 21 - 41), ziekten van het bewegingsapparaat 30% (95%-BI: 22 - 40), neurologische ziekten 21% (95%-BI: 13 - 32), chronische spijsverteringsziekten 40% (95%-BI: 24 - 58), en overige chronische ziekten 37% (95%-BI:30 - 45). Het percentage mensen dat werkgerelateerde problemen ervaart is de afgelopen jaren nog iets sterker gestegen onder degenen met hart- en vaatziekten [lineaire trend] en kanker [kwadratische trend] dan bij andere chronisch zieken. Vooral bij de laatste groep is de stijging ten opzichte van 2003 zeer sterk.

Aantal chronische ziekten

Het aantal aandoeningen waaraan chronisch zieken lijden blijkt geen verband te houden met het ondervinden van problemen met werk of baan. In 2005 had een derde (31%; 95%-BI: 26 - 36) van de mensen met één chronische ziekte dergelijke problemen, eveneens een derde (33%; 95%-BI: 25 - 42) van de mensen met twee chronische ziekten en 47% (95%-BI: 33 - 62) van degenen die drie of meer chronische ziekten hadden. Het

percentage mensen dat werkgerelateerde problemen ondervindt is over de periode 1998 - 2005 onder mensen met twee chronische ziekten nog wat sterker gestegen [lineaire trend] dan onder de andere twee groepen chronisch zieken (figuur 4.6).

Figuur 4.6: Mensen met een chronische ziekte die werkgerelateerde problemen ervaren in de periode 1998 - 2005, naar aantal chronische ziekten (% per jaar)



Mensen met een handicap

Bijna de helft (44%; 95%-BI: 37 - 51) van de mensen met een handicap gaf in 2005 aan de afgelopen tijd problemen te hebben ervaren op het gebied van (betaald) werk.

Aard van de beperkingen

Kijken we specifiek naar mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen, dan blijkt 45% (95%-BI: 38 - 52) in 2005 werkgerelateerde problemen te hebben ervaren. Van de andere groepen gehandicapten was het aantal respondenten (jonger dan 65 jaar) te klein om hierover uitspraken te kunnen doen.

Ernst van de beperkingen

Van de mensen met matige fysieke beperkingen gaf in 2005 de helft (47%, 95%-BI: 40 - 55) aan dat zij problemen ondervonden op het gebied van (betaald) werk. Van de mensen met ernstige beperkingen was dit 38% (95%-BI: 26 - 52). Het verschil tussen beide groepen is niet significant.

Ervaren problemen of belemmeringen bij het verrichten van betaald werk

Om meer zicht te krijgen op de soort problemen of belemmeringen die chronisch zieken en gehandicapten die betaald werk verrichten ervaren, is aan deze groep in 2005 een lijst met mogelijke problemen of belemmeringen voorgelegd. In tabel 4.5 staat deze lijst vermeld met daarbij het percentage mensen dat aangaf de genoemde belemmering als gevolg van hun gezondheid te ervaren.

Tabel 4.5: Ervaren problemen of belemmeringen bij het verrichten van betaald werk van chronisch zieken en gehandicapten die in 2005 betaald werk verrichtten (N=710)

Probleem of belemmering:	%
Vermoeidheid / conditiegebrek	58,0
Stress / spanning	48,7
Concentratieproblemen	32,8
Problemen met het uitvoeren of afkrijgen van werk	30,4
Problemen met lezen of nauwkeurig kunnen werken	20,7
Verplaatsingsproblemen op het werk	20,4
Vervoer van en naar het werk	18,6
Problemen met het verstaan van andere mensen op het werk	15,6
Overig	8,4

Uit tabel 4.5 komt naar voren dat vermoeidheid de meest genoemde belemmering is voor mensen met een chronische ziekte of handicap die betaald werk verrichten. Ruim de helft van de panelleden met betaald werk geeft aan hier in meer of mindere mate door belemmerd te worden. Voor ruim een derde (37%) van deze mensen gold dat zij hierdoor (zeer) veel werden belemmerd; 63% van hen gaf aan dat zij in enige mate door hun vermoeidheid of conditiegebrek werden belemmerd bij het uitvoeren van hun werk.

Een tweede belangrijke belemmerende factor voor werkende chronisch zieken en gehandicapten is stress of spanning. Bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap die betaald werk verrichtten gaf aan hiervan last te hebben; 34% van hen rapporteerde zelfs (zeer) veel stress of spanning te ervaren. Ook concentratieproblemen en problemen met het uitvoeren of afkrijgen van het werk werden veel gerapporteerd; beide problemen door circa een derde van de ondervraagden. Circa één op de vijf werkende chronisch zieken en gehandicapten gaf aan verplaatsingsproblemen, zowel van en naar het werk als op het werk, te ervaren. Toch slagen deze mensen erin desondanks betaald werk te verrichten, terwijl dit voor niet-werkenden mogelijk een barrière kan zijn (geweest) om te werken.

Conclusie

- Een derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap rapporteerde in 2005 de afgelopen tijd problemen te hebben ondervonden met het krijgen of uitvoeren van betaald werk.
- Deze werkgerelateerde problemen zijn in de periode 1998 - 2005 sterk toegenomen onder chronisch zieken, met name na 2003. De stijging in het ondervinden van deze problemen zien we bij zowel mannen als vrouwen en bij zowel jongere als oudere chronisch zieken. Onder degenen die laag zijn opgeleid is de stijging wel sterker dan onder hoger opgeleide chronisch zieken.
- Ook onder mensen met hart- en vaatziekten en mensen met kanker is de stijging van het percentage mensen dat werkgerelateerde problemen ondervindt nog wat sterker dan onder andere chronisch zieken.
- Bijna de helft van de mensen met een handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar rapporteert in 2005 problemen te hebben gehad met het vinden of verrichten van werk.

- Ruim de helft van de chronisch zieken en gehandicapten die in 2005 betaald werk verrichtten gaf aan dat zij door vermoeidheid of conditiegebrek in meer of mindere mate werden belemmerd bij het uitvoeren van hun werk. Ook stress of spanning vormt een relatief veel voorkomende belemmerende factor voor werkzame chronisch zieken en gehandicapten.
- Verplaatsingsproblemen, zowel van en naar het werk als op het werk, komen voor bij één op de vijf mensen met een chronische ziekte of handicap die betaald werk verrichtten. Niet bekend is welk deel van de chronisch zieken en gehandicapten vanwege deze verplaatsingsproblemen is uitgevallen uit het arbeidsproces.

4.4 Werkaanpassingen en reïntegratie

In de vorige paragraaf bleek dat een derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap jonger dan 65 jaar in 2005 aangaf problemen te ervaren met betrekking tot het verrichten van betaald werk. Ook zagen we dat chronisch zieken en gehandicapten die er wel in slagen betaald werk te verrichten desondanks relatief veel problemen of belemmeringen daarbij ervaren. Werkaanpassingen en andere reïntegratie-instrumenten zijn bedoeld om deze problemen en belemmeringen te verminderen. In deze paragraaf staan we daarom stil bij de mate waarin mensen met een chronische ziekte of handicap die betaald werk hebben gebruik maken van werkaanpassingen. Dit kunnen zowel materiële als immateriële aanpassingen zijn. Voorts wordt in deze paragraaf ingegaan op de inspanningen die chronisch zieken en gehandicapten jonger dan 65 jaar hebben gedaan om aan het werk te komen. In oktober 2005 werd hen gevraagd of zij de afgelopen 12 maanden hadden gesolliciteerd naar een baan en of zij een reïntegratietraject hadden gevolgd om aan het werk te komen. Deze twee vragen werden zowel aan degenen die wel betaald werk hadden als degenen die dat niet hadden voorgelegd.

Werkaanpassingen

Een kwart van de werkzame chronisch zieken en gehandicapten (23%) meldde in oktober 2005 dat ze het afgelopen jaar één of meer aanpassingen van hun werk of werkplek hadden gekregen. In tabel 4.6 staan de gerapporteerde werkaanpassingen beschreven. De tabel laat zien dat geen van de genoemde werkaanpassingen er echt uitspringt wat het gebruik betreft. De meest genoemde aanpassingen waren aanpassingen van de werktijden, zoals korter werken, andere werktijden, een ander werktempo, meer gelegenheid om pauzes te nemen en meer rustmogelijkheden. Daarnaast werden andere immateriële aanpassingen genoemd, zoals hulp door collega's en aanpassing van de werkinhoud (andere of minder taken). Materiële aanpassingen zoals aangepast meubilair, hulpmiddelen of aangepast gereedschap kwamen minder vaak voor. Een zeer kleine groep had het afgelopen jaar een omscholingscursus of trainingstraject gevolgd. Opvallend is dat ook maar heel weinig mensen aangaven dat er voorzieningen voor woon-werkverkeer in het afgelopen jaar waren getroffen, terwijl bijna 20% van de werkende chronisch zieken en gehandicapten in 2005 aangaf problemen met het vervoer van en naar het werk te hebben. We merken op dat tabel 4.6 alleen de werkaanpassingen betreft die in oktober 2005 gedurende het daaraan voorafgaande jaar waren aangebracht. Uiteraard is het goed mogelijk dat een deel van de werkende chronisch zieken al eerder het werk of de

werkplek heeft aangepast. Niettemin werden in het jaar voorafgaande aan oktober 2005 weinig aanpassingen aangebracht, als men daarbij in ogenschouw neemt dat veel werkenden chronisch zieken en gehandicapten in oktober 2005 aangaven bepaalde belemmeringen bij het uitvoeren van hun werk te ervaren (paragraaf 4.3).

Tabel 4.6: Soorten aanpassingen van hun werk of werkplek die chronisch zieken en gehandicapten (N=710) in 2005 hebben gekregen met het oog op hun gezondheid (%)

Werkaanpassingen:	%
Korter werken	6,8
Anderere werktijden	5,5
Ander werkt tempo	5,4
Hulp door collega's	4,6
Ander of aangepast meubilair	4,3
Anderere of minder taken	3,9
Meer gelegenheid om pauzes te nemen	3,5
Hulpmiddelen	3,4
Anderere of aangepaste gereedschappen of machines	2,1
Thuis werken	1,7
Omscholing, (bij)scholing, training of begeleiding	1,7
Voorzieningen voor woon-werkverkeer	1,3
Ruimte of rustmogelijkheden	1,1
Overig	3,6

De werkgever blijkt de belangrijkste persoon/instantie te zijn om aanpassingen van het werk of de werkplek te verzorgen. Volgens twee van de drie de chronisch zieken en gehandicapten (67%) die in 2005 aangaven één of meer werkaanpassingen te hebben gekregen, heeft hun werkgever bijgedragen aan het tot stand komen van die aanpassingen. Een klein minderheid van hen (40%) gaf aan dat de arbodienst of bedrijfsarts zich (ook) hiervoor had ingezet. Eén op de tien mensen (11%) die een werkaanpassing hadden gekregen gaf aan dat (ook) het UWV een bijdrage had geleverd aan de totstandkoming van de werkaanpassing.

Sollicitaties

Op de vraag of zij in de afgelopen 12 maanden hadden gesolliciteerd naar een betaalde baan antwoordde in oktober 2005 één op de acht mensen (14%) met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar bevestigend. Degenen die hadden gesolliciteerd deden dit gemiddeld 17 keer. De helft van deze mensen solliciteerde 1 tot 4 keer, een kwart deed dit 20 keer of vaker.

Bij ruim een kwart (28%) van de chronisch zieken en gehandicapten die hadden gesolliciteerd heeft één van de sollicitaties geleid tot het verkrijgen van werk. Van degenen die ondanks hun sollicitaties geen baan kregen denkt een kleine minderheid (43%) dat zijn of haar chronische ziekte of handicap van invloed is geweest op de afwijzing voor een baan.

Reïntegratietraject

Eén op de tien mensen (10%) met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar meldde in oktober 2005 een reïntegratietraject te hebben gevolgd om aan het werk te komen. Ruim één op de drie (37%) mensen gaf aan dat zij daardoor weer aan het werk waren gegaan.

Conclusie

- Bijna een kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 betaald werk verrichtten heeft in het daaraan voorafgaande jaar aanpassingen van het werk of de werkplek gekregen. Aanpassingen liggen vooral op het vlak van werktijden en werkinhoud. Vooral de werkgever van de chronisch zieke of gehandicapte en (minder vaak) de arbo-dienst of bedrijfsarts hebben een bijdrage geleverd aan het tot stand komen van die werkaanpassingen.
- Eén op de acht chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar gaf in oktober 2005 aan het afgelopen jaar te hebben gesolliciteerd naar een betaalde baan. Gemiddeld deden zij dat 17 keer. Bij ruim een kwart van hen leidde een sollicitatie tot het krijgen van betaald werk.
- Bij degenen die een reïntegratietraject hadden gevolgd, leidde dit in een derde van de gevallen tot het weer krijgen van betaald werk.

5 Onbetaald werk

Maatschappelijke participatie kan behalve door het verrichten van betaald werk ook worden gerealiseerd door middel van het verrichten van onbetaald werk of via andere manieren van sociale participatie. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het verrichten van onbetaald werk door mensen met een chronische ziekte of handicap. In paragraaf 5.1 komt het doen van vrijwilligerswerk aan bod. Paragraaf 5.2 gaat in op het verlenen van mantelzorg door chronisch zieken en gehandicapten.

5.1 Vrijwilligerswerk

Sinds 1998 is jaarlijks aan de mensen met een chronische ziekte gevraagd of zij wel eens vrijwilligerswerk doen. Het gaat dan om werk voor een organisatie, instelling of vereniging en waarvoor men geen financiële vergoeding krijgt. Voorbeelden zijn activiteiten bij een jeugd- of buurthuis, een sportvereniging of andere vereniging, een cliënten- of patiëntenorganisatie, op school, in een verzorgings- of verpleeghuis, in een ziekenhuis, of activiteiten voor een vakbond of politieke partij. In 2005 is dit ook gevraagd aan mensen met een handicap. Tevens is aan degenen die vrijwilligerswerk verrichtten in 1998, 2003 en 2005 gevraagd hoeveel uur per week zij dat deden.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap antwoordde in 2005 een vijfde (22%; 95%-BI: 18 - 25) dat zij wel eens vrijwilligerswerk verrichtten voor een organisatie, instelling of vereniging.

Een vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking vindt plaats aan de hand van gegevens uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Aan dit onderzoek nemen niet-geïstitutionaliseerde personen van 12 jaar en ouder deel. Uit het POLS blijkt dat een derde (34%) van de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in 2004 vrijwilligerswerk verrichtte (CBS, 2005). Hoewel de groepen qua leeftijd niet helemaal vergelijkbaar zijn, kan met redelijke zekerheid worden geconcludeerd dat mensen met een chronische ziekte of handicap relatief minder vaak vrijwilligerswerk doen dan de algemene bevolking.

Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 vrijwilligerswerk deden, deden dit gemiddeld 4,9 uur per week (95%-BI: 4,4 - 5,4). Dat is iets minder dan in 1998 en 2003, toen zij respectievelijk 5,5 uur en 5,2 uur per week als vrijwilliger werkten. In dit opzicht verschillen zij niet van de vrijwilligers (15 t/m 64 jaar) uit de algemene bevolking, die (in 2002) aangaven gemiddeld 5 uur per week vrijwilligerswerk te doen (Baanders et al., 2003).

Sekse

In 2005 rapporteerde 23% (95%-BI: 29 - 18) van de mannen met een chronische ziekte of handicap als vrijwilliger te werken, wat niet verschilde van de vrouwen, van wie 21% (95%-BI: 17 - 25) vrijwilligerswerk deed.

Leeftijd

Er waren in 2005 geen verschillen tussen de vier onderscheiden leeftijdsgroepen in het al of niet doen van vrijwilligerswerk. Van de 15 t/m 39-jarigen gaf 19% (95%-BI: 14 - 25) aan vrijwilligerswerk te verrichten, en van de groep 40 t/m 64-jarigen 23% (95%-BI: 19 - 27). Het percentage onder chronisch zieken en gehandicapten van 65 t/m 74 jaar was 26% (95%-BI: 21 - 31), en onder de 75-plussers 16% (95%-BI: 12 - 21).

Opleidingsniveau

Hoe hoger het opleidingsniveau van de mensen met een chronische ziekte of handicap, hoe groter de kans dat zij als vrijwilliger werken (tabel 5.1). In 2005 lagen de percentages mensen dat vrijwilligerswerk deed voor de verschillende opleidingscategorieën tussen 12% (bij mensen die alleen lager onderwijs hadden gevolgd) en 36% (bij mensen met een universitaire opleiding).

Tabel 5.1: Mensen met een chronische ziekte of handicap die vrijwilligerswerk verrichtten in 2005, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Geen / lager onderwijs (ref.)	12	8 - 16
LBO	19*	16 - 24
MAVO / MULO	24*	19 - 29
MBO	27*	21 - 32
HAVO / VWO	29*	22 - 37
HBO	34*	27 - 40
Universiteit	36*	27 - 46

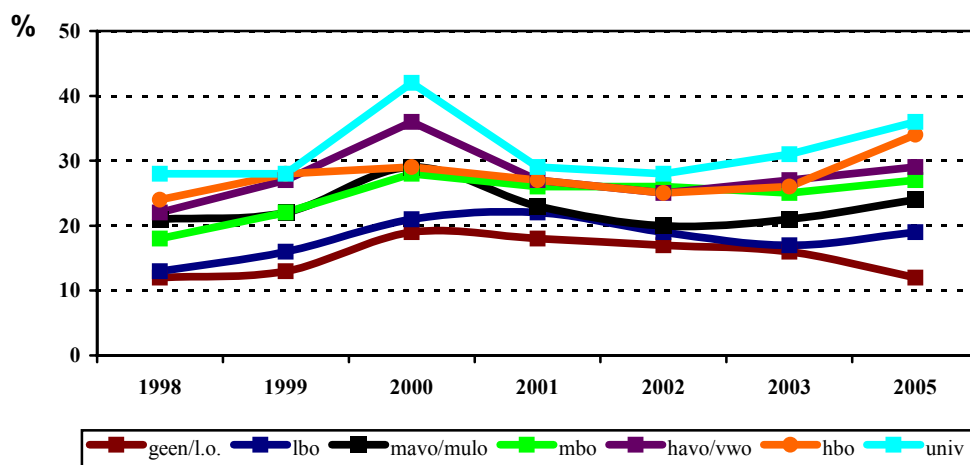
* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte zei in 2005 18% (95%-BI: 16-21) dat zij wel eens vrijwilligerswerk deden. Gemiddeld besteedden zij hieraan 4,9 uur per week (95%-BI: 4,4 - 5,4)

Over de periode 1998 - 2005 was het percentage chronisch zieken dat vrijwilligerswerk deed nogal wisselend [kwadratische trend]: tot 2000 steeg dit percentage, daarna daalde het gestaag. Bij de jongste leeftijdsgroep (15 t/m 39-jaar) fluctueerde het percentage vrijwilligers nog sterker [kwadratische trend] dan bij de andere groepen chronisch zieken. Zoals we al in tabel 5.1 zagen, is het percentage chronisch zieken dat vrijwilligerswerk doet hoger binnen de hogere opleidingscategorieën. Onder de laagst opgeleiden [kwadratische trend] en degenen met MAVO/MULO, HAVO/VWO en HBO [polynomiale trend] varieerde het percentage dat vrijwilligerswerk deed over de afgelopen jaren (figuur 5.1).

Figuur 5.1: Vrijwilligerswerk door mensen met een chronische ziekte in de periode 1998 - 2005, naar opleidingsniveau (% per jaar)



Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte bleek in 2005 niet gerelateerd aan het al of niet doen van vrijwilligerswerk. De percentages mensen met verschillende diagnosegroepen die in 2005 als vrijwilliger werkten lopen uiteen van 16% (chronische spijsverteringsziekten) tot 23% (hart- en vaatziekten en kanker) (tabel 5.2).

Tabel 5.2: Mensen met een chronische ziekte die in 2005 vrijwilligerswerk deden, naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	16	12 – 20
Astma/COPD	18	14 – 22
Ziekten bewegingsapparaat	23	19 – 28
Kanker	17	11 – 24
Diabetes mellitus	16	12 – 20
Neurologische ziekten	20	15 – 26
Chronische spijsverteringsziekten	17	11 – 24
Overige chronische ziekten	18	15 – 22

Aantal chronische ziekten

Ook het aantal chronische ziekten dat men heeft, lijkt voor het doen van vrijwilligerswerk door chronisch zieken van weinig belang. In 2005 deed een vijfde van de mensen met één of met twee chronische ziekten dit onbetaalde werk (respectievelijk 19%; 95%-BI: 16 - 21, en 20%; 95%-BI: 17 - 24). Van degenen met drie of meer chronische ziekten deed nog altijd 15% (95%-BI: 12 - 20) wel eens vrijwilligerswerk.

Mensen met een handicap

Eén op de vijf de mensen met een handicap zei in 2005 dat men vrijwilligerswerk deed (18%; 95%-BI: 15 - 22). Gemiddeld werkten de gehandicapten die vrijwilligerswerk deden 4,9 uur (95%-BI: 4,3 - 5,5) per week als vrijwilliger.

Aard van de beperkingen

De aard van de beperking is niet gerelateerd aan het doen van vrijwilligerswerk. Van de mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen deed een vijfde dit, van de andere vier groepen werkte 16% tot 18% als vrijwilliger (tabel 5.3).

Tabel 5.3: Mensen met een handicap die in 2005 vrijwilligerswerk deden, naar aard van de beperkingen (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Motorisch (ref.)	20	16 - 24
Zintuiglijk	16	8 - 29
Motorisch en visueel	17	11 - 25
Motorisch en auditief	18	13 - 25
Motorisch en visueel en auditief	16	7 - 32

Ernst van de beperkingen

Ook was er geen verschil tussen gehandicapten met matige en ernstige beperkingen in het doen van vrijwilligerswerk. Van degenen met ernstige beperkingen gaf in 2005 nog altijd 16% (95%-BI: 12 - 20) aan wel eens vrijwilligerswerk te doen, van degenen met matige beperkingen was dat 20% (95%-BI: 17 - 25).

Conclusie

- Ruim een vijfde van de mensen met een chronische ziekte of handicap verrichtte in 2005 vrijwilligerswerk, tegenover een derde van de algemene bevolking.
- Chronisch zieken en gehandicapten die als vrijwilliger werken, doen dit gemiddeld vijf uur per week. Dit verschilt niet van de vrijwilligers onder de algemene Nederlandse bevolking.
- Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe groter de kans dat mensen met een chronische ziekte of handicap vrijwilligerswerk doen.
- De soort chronische ziekte die men heeft of het aantal chronische ziekten hangt bij chronisch zieken niet samen met het al of niet doen van vrijwilligerswerk. Hetzelfde geldt voor gehandicapten wat de aard en de ernst van hun beperkingen betreft.

5.2 Mantelzorg

Mensen met een chronische ziekte of handicap worden vaak beschouwd als een doelgroep voor mantelzorg, maar eerder bleek al dat chronisch zieken zelf ook mantelzorg verlenen (Heijmans et al., 2005). Het verlenen van mantelzorg is ook een vorm van sociale participatie.

In de periode 2000 - 2005 is aan de leden van het PPCZ/NPCG de volgende vraag voorgelegd: ‘Verleent u wel eens hulp aan mensen buiten uw eigen huishouden?’ Het gaat hierbij dus om zorg aan mensen buiten het eigen huishouden en niet om de (gebruikelijke of niet-gebruikelijke) zorg voor partners of andere huisgenoten. Vervolgens is aan degenen die dit type mantelzorg verleenden gevraagd hoeveel uur per week zij dit deden.

Van de totale groep van mensen met een chronische ziekte of handicap gaf in 2005 12% (95%-BI: 10 - 14) aan dat zij zorg verleenden aan niet-huisgenoten. Zij deden dat gemiddeld 3,5 uur per week (95%-BI: 2,8 - 4,1). Wanneer we alleen degenen met een chronische ziekte in ogenschouw nemen, dan blijkt eveneens 12% (95%-BI: 13 - 16) deze vorm van mantelzorg te hebben verleend. Gemiddeld deden deze chronisch zieken dat 3,9 uur per week. Van de mensen met een handicap antwoordde in 2005 eenzelfde percentage (11%; 95%-BI: 9 - 13) hulp te verlenen aan mensen buiten het eigen huishouden. Gehandicapten die deze vorm van mantelzorg verleenden, besteedden hieraan gemiddeld 3,6 uur per week (95%-BI: 2,9 - 4,3).

Conclusie

- Ruim één op de tien mensen met een chronische ziekte of handicap verleende in 2005 hulp aan mensen buiten het eigen huishouden. Degenen die deze vorm van mantelzorg verleenden deden dit gemiddeld 3 à 4 uur per week.

6 Arbeidsongeschiktheid

In hoofdstuk 4 zagen we al dat een groot deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar geen betaald werk heeft. Behalve dat sommige mensen ervoor kiezen om geen betaald werk te verrichten, bijvoorbeeld omdat zij zorgtaken vervullen, is een deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap niet (volledig) in staat om te werken in een betaalde baan. Deze mensen kunnen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn verklaard en ontvangen dan vaak een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In paragraaf 6.1 gaan we in op de arbeids(on) geschiktheid van mensen met een chronische ziekte of handicap. In de volgende paragraaf (paragraaf 6.2) komt dan de mate waarin chronisch zieken en gehandicapten een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid ontvangen aan bod.

6.1 Arbeidongeschiktheid

Chronisch zieken en gehandicapten die geen betaald werk (meer) kunnen verrichten of dat niet (meer) een volledige werkweek kunnen doen en jonger zijn dan 65 jaar, kunnen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden verklaard. Hiertoe wordt door het UWV een of meer keren een claimbeoordeling uitgevoerd, waarbij onder andere de mate van arbeids(on)geschiktheid wordt beoordeeld.

Het beleid van de Nederlandse overheid is al enige jaren gericht op het terugdringen van het aantal arbeidsongeschikten en reïntegratie van zoveel mogelijk mensen met langdurige gezondheidsproblemen op de arbeidsmarkt. In het kader hiervan wordt bij de claimbeoordelingen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering sinds oktober 2004 gekeurd aan de hand van strengere keuringseisen. Ook vinden sinds die datum herkeuringen plaats van arbeidsongeschikten die op dat moment jonger waren dan 50 jaar. In het kader van de WIA (zie paragraaf 6.2) wordt een deel van de arbeidsongeschikten bovendien vaker herkeurd om te beoordelen of er geheel of gedeeltelijk herstel in de gezondheidssituatie is opgetreden.

Aan de leden van het PPCZ/NPCG wordt vanaf 1998 jaarlijks gevraagd of zij arbeidsongeschikt zijn verklaard en zo ja, voor welk percentage zij arbeidsongeschikt zijn verklaard. We hanteren voor de mate van arbeidsongeschiktheid de percentages die zijn vastgesteld in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, 2006), te weten '35% of minder', 'tussen 35 en 80%' en '80 tot 100%'. Krachtens deze wet komen mensen die voor 35% of minder arbeidsongeschikt zijn verklaard niet meer in aanmerking voor een (aanvullende) arbeidsongeschiktheidsuitkering. Mensen die voor 80 tot 100% zijn afgekeurd worden als volledig arbeidsongeschikt beschouwd. We merken op dat we in deze paragraaf geen gegevens over 2006 presenteren, alle gepresenteerde gegevens zijn over 2005 of over de jaren daarvoor.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

In 2005 was een derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar (34%; 95%-BI: 29 - 39) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard. Van de algemene Nederlandse bevolking was in 2003 8,7% arbeidsongeschikt (Statline, CBS, 2007), veel minder dus dan van de chronisch zieken en gehandicapten.

Van de mensen met een chronische ziekte of een handicap die arbeidsongeschikt waren, was in 2005 ruim een zesde (15%; 95%-BI: 11 - 20) voor 35% of minder arbeidsongeschikt verklaard. Verreweg de meeste arbeidsongeschikte chronisch zieken en gehandicapten (65%; 95%-BI: 58 - 72) waren in 2005 volledig afgekeurd, dat wil zeggen voor 80 tot 100%.

Sekse

Van de mannen met een chronische ziekte of handicap was in 2005 een groter deel arbeidsongeschikt verklaard dan van de vrouwen, respectievelijk 44% (95%-BI: 38 - 51) en 29% (95%-BI: 24 - 34). Dit verschil bestaat ook in de algemene Nederlandse bevolking (Statline, CBS, 2007). Van de algemene bevolking waren in 2003 ook relatief meer mannen dan vrouwen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt: 9,4 % van de mannen en 8,0% van de vrouwen.

Leeftijd

Oudere mensen met een chronische ziekte of handicap zijn vaker (deels) arbeidsongeschikt dan jongere chronisch zieken. Van de jongeren (15 t/m 39 jaar) was in 2005 een kwart (26%; 95%-BI: 20 - 33) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard, van de oudere groep (40 t/m 64 jaar) was dat een derde (36%; 95%-BI: 30 - 41).

Opleidingsniveau

In 2005 waren er geen significante verschillen in het al of niet (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn tussen mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende opleidingsniveaus (tabel 6.1).

Tabel 6.1: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 arbeidsongeschikt waren, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Geen / lager onderwijs (ref.)	41	31 - 52
LBO	35	28 - 41
MAVO / MULO	29	23 - 36
MBO	36	29 - 43
HAVO / VWO	36	27 - 46
HBO	30	23 - 38
Universiteit	33	23 - 45

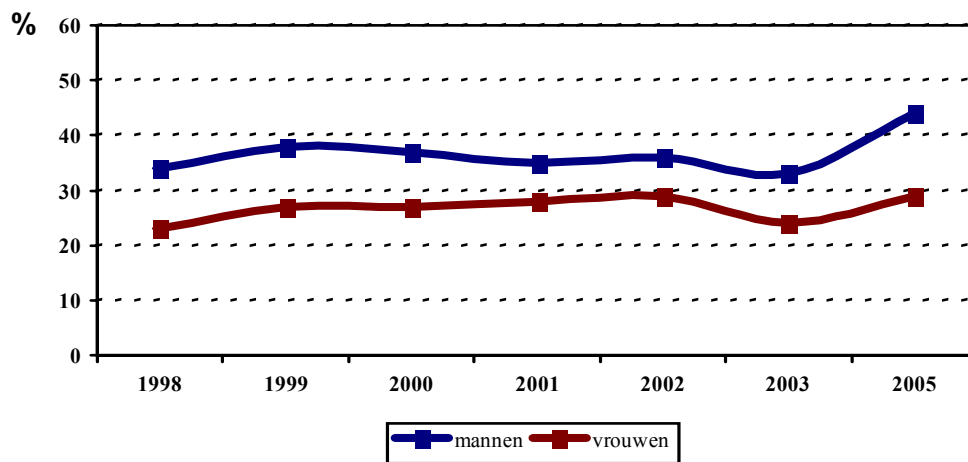
Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte was in 2005 een derde (35%; 95%-BI: 31 - 38) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Het percentage arbeidsongeschikten onder de

mensen met een chronische ziekte is sinds 1998 aan schommelingen onderhevig [polynomiale trend]. In de jaren 1998 en 1999 steeg het percentage arbeidsongeschikte chronisch zieken, daarna daalde het en in de periode 2003 - 2005 is het weer gestegen.

Evenals in 2005, was ook in de voorgaande jaren een groter deel van de mannen met een chronische ziekte arbeidsongeschikt dan van de vrouwen. Met name bij de mannelijke chronisch zieken schommelde het percentage arbeidsongeschikten tussen 1998 en 2005 [polynomiale trend] (figuur 6.1)

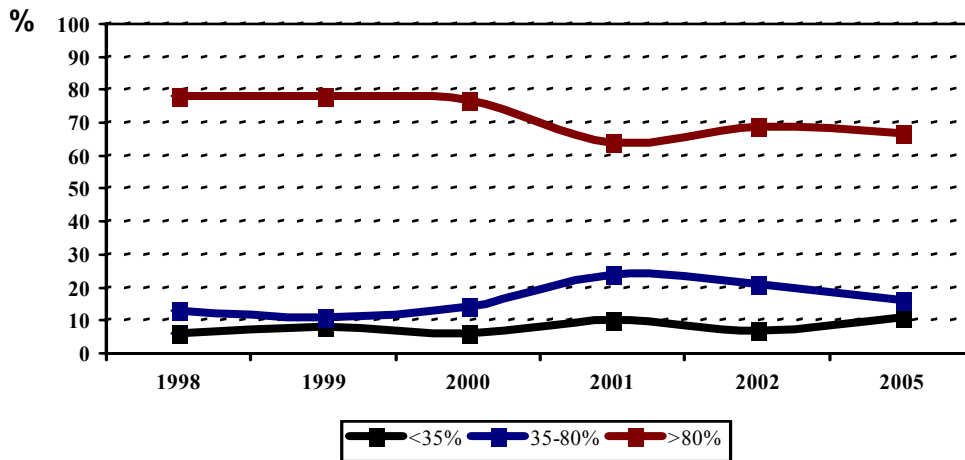
Figuur 6.1: Mensen met een chronische ziekte die arbeidsongeschikt waren in de periode 1998 - 2005, naar sekse (% per jaar)



Kijken we naar de mate waarin chronisch zieken in 2005 arbeidsongeschikt waren, dan blijkt dat één op de tien arbeidsongeschikte chronisch zieken (11%; 95%-BI: 8 - 14) voor 35% of minder arbeidsongeschikt was verklaard. Twee derde (67%; 95%-BI: 61 - 72) was voor meer dan 80% afgekeurd.

Als we het verloop van de mate van arbeidsongeschiktheid onder chronisch zieken in de periode 1998 – 2005 in beschouwing nemen, dan vertoont het percentage volledig arbeidsongeschikten een dalende trend [lineaire trend], terwijl dat bij de groepen gedeeltelijk arbeidsongeschikten niet het geval is (figuur 6.2).

Figuur 6.2: Arbeidsongeschiktheid van mensen met een chronische ziekte in de periode 1998 - 2005, naar mate van arbeidsongeschiktheid (% per jaar)



Aard van de chronische ziekte

Ten opzichte van de referentiegroep (hart- en vaatziekten) waren mensen met astma/-COPD en mensen met diabetes in 2005 minder vaak (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt. In 2005 was bijna de helft van de mensen die aan hart- en vaatziekten leden geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt, terwijl dit voor een kwart van de astma/COPD-patiënten en de diabetespatiënten gold. Wat de groep astma/COPD betreft, geldt dat het hoogstwaarschijnlijk met name de astmapatiënten zijn die minder vaak arbeidsongeschikt zijn verklaard (Heijmans et al., 2005). Over de jaren heen fluctueren de percentages maar weinig.

Tabel 6.2: Mensen met een chronische ziekte die in 2005 arbeidsongeschikt waren, naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	47	38 - 56
Astma / COPD	26*	20 - 32
Ziekten bewegingsapparaat	37	31 - 43
Kanker	40	28 - 54
Diabetes mellitus	27*	21 - 35
Neurologische ziekten	32	25 - 40
Chronische spijsverteringsziekten	31	21 - 43
Overige chronische ziekten	38	33 - 44

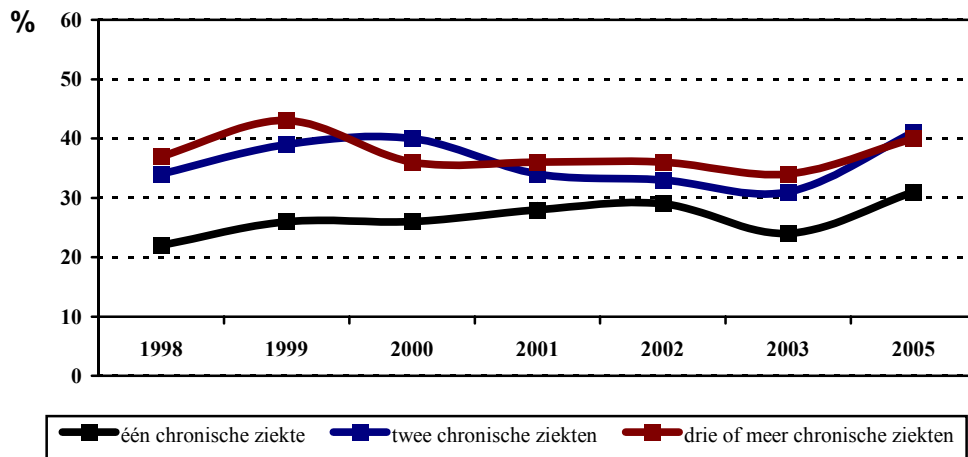
* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Aantal chronische ziekten

Chronisch zieken met twee of meer chronische ziekten waren in 2005 vaker (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt: 41% (95%-BI: 35 - 47) van degenen met twee chronische ziekten en 40% (95%-BI: 31 - 49) van degenen met drie of meer chronische ziekten tegenover 31% (95%-BI: 28 - 35) van degenen met één chronische ziekte. Het percentage

arbeidsongeschikten schommelde over de periode 1998 – 2005 bij chronisch zieken met twee chronische ziekten nog wat meer dan bij de andere twee groepen [polynomiale trend] (figuur 6.3).

Figuur 6.3: Mensen met een chronische ziekte die arbeidsongeschikt waren in de periode 1998 - 2005, naar aantal chronische ziekten (% per jaar)



Mensen met een handicap

De helft van de mensen met een handicap was in 2005 voor een deel of volledig arbeidsongeschikt verklaard (50%; 95%-BI: 44 - 57).

Het percentage arbeidsongeschikt verklaarde gehandicapten dat in 2005 voor minder dan 35% was afgekeurd, was gering, te weten 8% (95%-BI: 6 - 11). De overgrote meerderheid (76%; 95%-BI: 69 - 81) was voor 80 tot 100% arbeidsongeschikt verklaard.

Aard van de beperkingen

Van de mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen was in 2005 de helft (50%, 95%-BI: 44 - 56) arbeidsongeschikt. Van de mensen met een combinatie van motorische en visuele beperkingen was 48% (95%-BI: 36 - 60) arbeidsongeschikt, en van degenen die motorische en gehoorbeperkingen hadden 63% (95%-BI: 49 - 76). Van de andere twee groepen gehandicapten was het aantal respondenten (jonger dan 65 jaar) te klein om hierover uitspraken te kunnen doen.

Ernst van de beperkingen

Mensen met ernstige fysieke beperkingen waren in 2005 vaker arbeidsongeschikt dan mensen die matige beperkingen hadden, respectievelijk 59% (95%-BI: 51 - 67) en 46% (95%-BI: 39 - 52) van hen was arbeidsongeschikt verklaard.

Conclusie

- Een derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar was in 2005 geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard. Dit is veel meer dan onder de algemene bevolking, van wie 8% in 2005 arbeidsongeschikt was.
- Van de mannen en ouderen (40 t/m 64 jaar) met een chronische ziekte of handicap is een groter deel arbeidsongeschikt verklaard dan van de vrouwen en jongeren (15 t/m 39 jaar).
- Het percentage (geheel of gedeeltelijke) arbeidsongeschikte chronisch zieken vertoont over de periode 1998 – 2005 een wisselend verloop, maar van een daling is geen sprake.
- Mensen met hart- en vaatziekten zijn vaker (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard dan mensen met astma/COPD en mensen met diabetes. Het hebben van meer dan één chronische ziekte leidt ook vaker tot arbeidsongeschiktheid.
- De helft van de gehandicapten was in 2005 (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard. Mensen met een ernstige handicap waren vaker arbeidsongeschikt dan degenen met matige beperkingen.
- Gehandicapten en chronisch zieken waren in 2005 meestal volledig (80-100%) arbeidsongeschikt verklaard, respectievelijk 76% en 67%. Sinds 1998 is het percentage volledig arbeidsongeschikten onder mensen met een chronische ziekte gedaald.

6.2 Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

De overheid streeft ernaar om de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen omlaag te brengen. Onder arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verstaan we WAO-uitkeringen, WAZ- en Wajong-uitkeringen en – vanaf 2006 – Wia-uitkeringen. De WIA, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, kent twee categorieën arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, namelijk IVA-uitkeringen (IVA staat voor de regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten) en diverse vormen van WGA-uitkeringen (WGA staat voor Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten). In deze paragraaf gaan we niet verder in op de WIA, omdat de hier gepresenteerde gegevens van het NPCG betrekking hebben op de situatie van chronisch zieken en gehandicapten voor invoering van de WIA in 2006.

Al voor de komst van de WIA bleek uit cijfers van het UWV dat de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen fors terugliep. Met name de strengere keuringseisen die het UWV met ingang van oktober 2004 hanteert worden hiervoor verantwoordelijk gesteld. Bovendien is het UWV bezig met een herbeoordeling van alle mensen die reeds voor oktober 2004 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen en in juli 2004 jonger waren dan 50 jaar. Bij deze herbeoordelingen worden ook de nieuwe, strengere keuringseisen gehanteerd.

Aan de panelleden van het NPCG en het daaraan voorafgaande PPCZ is jaarlijks in oktober gevraagd of zij een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen. Daarbij is geen onderscheid gemaakt naar WAO-, WAZ- of Wajong-uitkering.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Een kwart (25%; 95%-BI: 21 - 30) van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar ontving in 2005 een uitkering vanwege gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Onder de algemene Nederlandse bevolking is het aantal arbeidsongeschikten in 2005 ten opzichte van de voorgaande jaren sterk teruggelopen: in 2005 nam het af met 60 duizend. Van de algemene bevolking van 15 t/m 64 jaar kreeg in 2005 8,0% een arbeidsongeschiktheidsuitkering (CBS, 2005). Onder chronisch zieken en gehandicapten was het percentage dus drie keer zo hoog.

Sekse

Van de mannen met een chronische ziekte of handicap van 15 t/m 64 jaar ontving een derde (34%; 95%-BI: 28 – 40) in 2005 een arbeidsongeschiktheidsuitkering, hetgeen aanzienlijk hoger is dan onder de vrouwen van wie één op de vijf (22%; 95%-BI: 18 - 26) een dergelijke uitkering ontving. Van de algemene bevolking kreeg 8,6% een arbeidsongeschiktheidsuitkering, van de vrouwen 7,3%.

Leeftijd

In 2005 ontving een even groot deel van de jongste (15 t/m 39 jaar) als van oudste leeftijdsgroep (40 t/m 64 jaar) een arbeidsongeschiktheidsuitkering, respectievelijk 24% (95%-BI: 18 - 31) en 26% (95%-BI: 22 - 30).

Opleidingsniveau

Er zijn er nauwelijks verschillen in het ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering tussen mensen met een chronische ziekte of handicap met verschillende opleidingsniveaus. In 2005 lagen de percentages tussen 23% en 31% (tabel 6.4).

Tabel 6.4: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	23	16-31
LBO	29	24-35
MAVO/MULO	23	18-29
MBO	21	17-27
HAVO/VWO	28	21-37
HBO	25	19-32
Universiteit	31	21-42

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

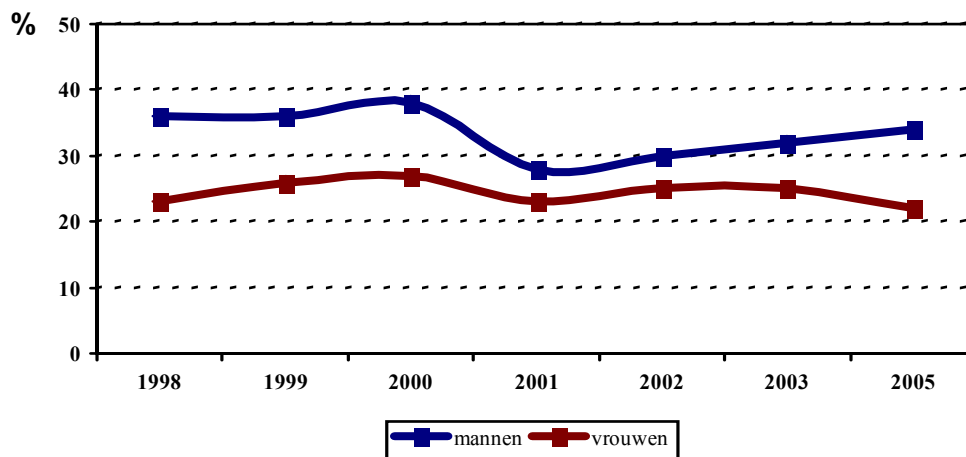
Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte ontving 23% (95%-BI: 21 - 26) in 2005 een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De percentages chronisch zieken met een arbeidsongeschiktheidsuitkering fluctueren nogal sinds 1998 [polynomiale trend]. In 1998 ontving 27% een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit percentage steeg in 2000 tot 30% en in 2002 en 2003 lag het met 27% weer op het niveau van 1998. In 2005 is het percentage dus verder gedaald naar de eerder genoemde 23%. Deze daling in 2005 ten opzichte van

voorgaande jaren is in overeenstemming met de daling die het UWV sinds 2003 signaleert. De Wet Verbetering Poortwachter (2002), de Wet verlenging loondoorbetaling bij ziekte (2004) en de strengere keuringseisen (2004) worden hiervoor door het UWV verantwoordelijk gehouden (UWV, 2005).

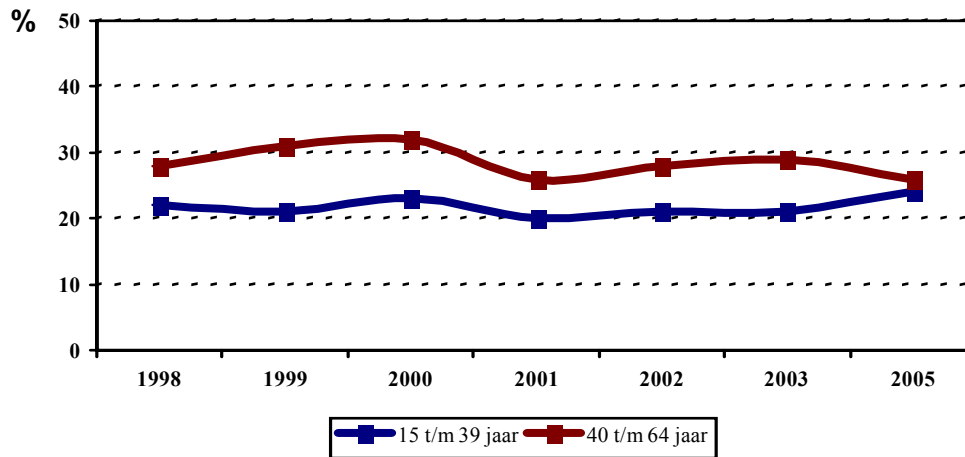
In 2005 en in bijna alle voorgaande jaren kregen mannelijke chronisch zieken vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan vrouwen (figuur 6.4).

Figuur 6.4: Mensen met een chronische ziekte die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen in de periode 1998 - 2005, naar sekse (% per jaar)



Oudere (40 t/m 64 jaar) chronisch zieken hadden in de periode 1998 - 2003 vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan jongere (15 t/m 39 jaar) chronisch zieken, maar in 2005 was dit verschil verdwenen. Het verloop in de tijd van de percentages 40 t/m 64 jarige chronisch zieken met een arbeidsongeschiktheidsuitkering schommelt nogal [polynomiale trend] (figuur 6.5). Tevens variëren de percentages chronisch zieken met een HBO-opleiding over de jaren heen wat meer dan bij andere chronisch zieken [kwadratische trend].

Figuur 6.5: Mensen met een chronische ziekte die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen in de periode 1998 - 2005, naar leeftijd (% per jaar)



Aard van de chronische ziekte

Er waren geen verschillen in 2005 in het ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering tussen mensen met verschillende soorten chronische ziekten ten opzichte van de referentiegroep (hart- en vaatziekten) (tabel 6.5).

Tabel 6.5: Mensen met een chronische ziekte die in 2005 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen, naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	25	19 - 33
Astma / COPD	19	12 - 25
Ziekten bewegingsapparaat	29	24 - 34
Kanker	18	10 - 30
Diabetes mellitus	19	14 - 25
Neurologische ziekten	28	22 - 35
Chronische spijsverteringsziekten	29	20 - 41
Overige chronische ziekten	21	17 - 25

Aantal chronische ziekten

Mensen met twee chronische ziekten hadden vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan mensen met één chronische ziekte, zowel in 2005 als in de voorafgaande jaren. In 2005 was het percentage mensen met één chronische ziekte die een dergelijke uitkering kreeg 21% (95%-BI: 18 - 24), van de mensen met twee chronische ziekten had 29% (95%-BI: 24 - 34) zo'n uitkering, en indien sprake was van drie of meer chronische ziekten was het percentage 27% (95%-BI: 21 - 35).

Mensen met een handicap

Van de mensen met een handicap ontving ruim een derde (37%; 95%-BI: 32 - 34) een arbeidsongeschiktheidsuitkering in 2005.

Aard van de beperkingen

Er zijn geen verschillen in het ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering tussen mensen met een handicap naar de aard van hun fysieke beperkingen. Van de mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen ontving in 2005 37% (95%-BI: 32 - 43) een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Onder gehandicapten met een combinatie van motorische en visuele beperkingen bedroeg dit percentage 31% (95%-BI: 22 - 43), en als er sprake was van motorische beperkingen in combinatie met een gehoorstoornis kreeg 46% (95%-BI ; 33 - 59) een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Van de andere twee groepen gehandicapten was het aantal respondenten (jonger dan 65 jaar) te klein om hierover uitspraken te kunnen doen.

Ernst van de beperkingen

De ernst van de beperkingen (matig of ernstig) was in 2005 niet gerelateerd aan het ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Onder de mensen met matige beperkingen, was het percentage uitkeringsgerechtigden 36% (95%-BI: 30 - 42), terwijl dit voor de mensen met ernstige beperkingen 40% (95%-BI: 33 - 47) was.

Conclusie

- Een kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar ontving in 2005 een uitkering vanwege gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheid.
- Over de periode 1998 - 2005 is het percentage chronisch zieken dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontving gedaald tot 23%.
- Mensen met twee chronische ziekten ontvangen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan mensen met één chronische ziekte.
- Een derde van de mensen met een handicap ontvangt een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De aard van de fysieke beperkingen maken daarbij geen verschil. De percentages mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering lopen bovendien weinig uiteen tussen de groepen mensen met matige beperkingen en mensen met ernstige beperkingen.

7 Financiële situatie

In dit hoofdstuk wordt de financiële situatie van mensen met een chronische ziekte of handicap beschreven. Daarbij beperken we ons tot chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 25 jaar en ouder, omdat van de groep 15 t/m 24 jaar het overgrote deel nog geen zelfstandige huishouding voert. Voor een beschrijving van de financiële situatie zijn zowel het inkomen als de eigen uitgaven in verband met ziekte of handicap van belang. Voor de hoogte van de eigen uitgaven is het bovendien relevant om na te gaan in hoeverre mensen met een chronische ziekte of handicap bekend zijn met bepaalde regelingen ter vergoeding of compensatie van ziektegerelateerde uitgaven. We beperken ons hier tot de bekendheid met de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven (BU), en de Bijzondere bijstand (BB).

In paragraaf 7.1 wordt ingegaan op het inkomen van chronisch zieken en gehandicapten. De ziektegerelateerde uitgaven komen in paragraaf 7.2 aan bod. Tenslotte wordt in paragraaf 7.3 aandacht besteed aan de bekendheid met de bovengenoemde vergoedings- en compensatieregelingen.

7.1 Inkomen

In het vorige hoofdstuk zagen we al dat een kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap jonger dan 65 jaar een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt. Vaak is een dergelijke uitkering aanzienlijk lager dan wat men als werknemer voorheen verdiende. Daarnaast is het mogelijk dat men vanwege een chronische ziekte of handicap een inkomensnadeel heeft, omdat men moeilijk aan het werk kan komen en daardoor aangewezen is op een uitkering krachtens de Werkloosheidswet (WW) of de Wet werk en bijstand (WWB). Behalve de bovengenoemde redenen, zijn nog veel andere redenen denkbaar waarom mensen met een chronische ziekte of handicap een kwetsbare inkomenspositie hebben. In deze paragraaf wordt daarom aandacht besteed aan de inkomenssituatie van chronisch zieken en gehandicapten. De gepresenteerde gegevens zijn grotendeels gebaseerd op een schriftelijke enquête onder de leden van het NPCG in april 2006. De gegevens zijn dus van recente datum, van na de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Allereerst wordt ingegaan op het netto inkomen van het (gehele) huishouden waartoe de chronisch zieke of gehandicapte behoort. Vervolgens besteden we kort aandacht aan de zorgtoeslag die mensen met een chronische ziekte of handicap in 2006 mogelijk hebben ontvangen als tegemoetkoming in de premie van de zorgverzekering. Tenslotte wordt het netto equivalent inkomen berekend, waardoor een betere vergelijking van mensen in verschillende huishoudsituaties mogelijk is.

Netto huishoudinkomen

Evenals voorgaande jaren, is in april 2006 gevraagd naar het netto maandinkomen van het huishouden waartoe mensen met een chronische ziekte of handicap behoren. Dit is de som van alle inkomens van alle personen uit het huishouden na aftrek van verzekerings-

premies en loonbelasting. Ook het inkomen van inwonende kinderen wordt meegenomen, voor zover zij dit afdragen aan het huishouden. Het kan gaan om inkomen uit arbeid, een uitkering en/of inkomen uit vermogen. Vakantiegeld en een ‘dertiende maand’ worden niet meegerekend. Andere inkomsten zoals huurtoeslag, zorgtoeslag en incidentele giften zijn hier ook buiten beschouwing gelaten. In tabel 7.1 staat het netto maandinkomen van de huishoudens van chronisch zieken en gehandicapten van 25 jaar en ouder (april 2006), ingedeeld in 16 categorieën.

Tabel 7.1: Netto maandinkomen van het huishouden van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2006 (%)

	%		%
Minder dan € 850	7	€ 1.900 – 2.100	7
€ 850 – 1.000	13	€ 2.100 – 2.300	6
€ 1.000 – 1.150	7	€ 2.300 – 2.500	4
€ 1.150 – 1.300	10	€ 2.500 – 2.700	4
€ 1.300 – 1.450	8	€ 2.700 – 2.900	3
€ 1.450 – 1.600	7	€ 2.900 – 3.100	3
€ 1.600 – 1.750	7	€ 3.100 – 3.300	2
€ 1.750 – 1.900	6	Meer dan € 3.300	6

Bron: Pannekeet-Helsen & Rijken, 2006.

Tabel 7.1 laat zien dat 27% van de huishoudens van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2006 een netto maandinkomen had van minder dan € 1.500 per maand (ter illustratie: het sociaal minimum voor gehuwd of ongehuwd samenwonenden jonger dan 65 jaar lag in april/mei 2006 op € 1.149, exclusief vakantie-uitkering). Zeven procent had zelfs een netto maandinkomen beneden € 850, en 10% tussen € 1.150 en 1.300. Dit betekent dat 37% van alle mensen met een chronische ziekte of handicap een netto huishoudinkomen had van minder dan € 1.300 per maand. Niettemin komen ook zeer hoge huishoudinkomens voor. Daarbij moet worden opgemerkt dat het in die gevallen meestal niet gaat om het inkomen van de chronisch zieke of gehandicapte zelf (zie tabel 7.2).

In tabel 7.2 staat vermeld wat de voornaamste bron van het huishoudinkomen van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2006 was. De tabel laat bovendien zien welk deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap daarbij hoofdkostwinner is. Dit gegeven is belangrijk, omdat het laat zien in hoeverre het huishouden afhankelijk is van het inkomen van de chronisch zieke of gehandicapte zelf. Het geeft dus een indicatie van de kwetsbaarheid van het huishoudinkomen.

Tabel 7.2: Voornaamste inkomensbron van het huishouden in 2006 en mensen met een chronische ziekte of handicap dat daarbij hoofdkostwinner is (%)

	Voornaamste inkomensbron van het huishouden	Chronisch zieke of gehandicapte is hoofdkostwinner
Loon of salaris	28% →	40%
Winst uit eigen onderneming / vrij beroep	4% →	31%
Inkomen uit vermogen / lijfrente	1% →	62%
Pensioen of VUT-uitkering	15% →	61%
Arbeidsongeschiktheidsuitkering	11% →	86%
AOW-uitkering	36% →	71%
Nabestaandenuitkering (Anw)	1% →	97%
Werkloosheidsuitkering (WW)	1% →	72%
Bijstandsuitkering (WWB)	3% →	95%
Studiefinanciering, ouderlijke bijdrage, alimentatie	0% →	-
Totaal	100%	

Bron: Pannekeet-Helsen & Rijken, 2006.

Voor ruim een derde van de totale groep mensen met een chronische ziekte of handicap vormde in 2006 AOW de belangrijkste bron van het huishoudinkomen. In bijna driekwart van de gevallen beschouwde men zichzelf daarbij als hoofdkostwinner. Bijna een derde van de panelleden leefde in 2006 (hoofdzakelijk) van inkomen uit betaald werk (loon, salaris of winst uit eigen onderneming of een vrij beroep), maar in de meeste gevallen betreft dat niet het inkomen van de chronisch zieke of gehandicapte zelf.

Zorgtoeslag

In tabel 7.1 is niet de eventuele zorgtoeslag die men in 2006 ontving verwerkt. We vermelden hier dat 56% van de mensen van 25 jaar of ouder met een chronische ziekte of handicap in 2006 zorgtoeslag ontving. Het percentage chronisch zieken en gehandicapten dat een zorgtoeslag ontving vergelijken we met het percentage gevonden onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (NIVEL). Dit panel bestaat uit circa 1.500 personen en vormt qua leeftijd en geslacht een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Van de algemene bevolking ontving in 2006 41% zorgtoeslag (De Jong, 2005), wat dus beduidend minder is dan het percentage mensen met een chronische ziekte of handicap dat zorgtoeslag kreeg.

Als chronisch zieken en gehandicapten zorgtoeslag hadden, was dit gemiddeld € 31 (95%-BI: 30 - 32) per maand in 2006. De gemiddelde hoogte van de zorgtoeslag onder de algemene bevolking van 25 jaar en ouder was € 39 per maand (De Jong, 2005).

Netto equivalent inkomen

Om de inkomenspositie van verschillende groepen mensen met een chronische ziekte of handicap te kunnen vergelijken, is het nodig om bij de hoogte van het inkomen rekening te houden met de samenstelling van het huishouden waarvan de chronisch zieke of gehandicapte deel uitmaakt. Vanwege de schaalvoordelen die leden binnen één huishouden genieten, wordt het huishoudinkomen met behulp van een equivalentiefactor omgerekend naar het inkomen dat voor een éénpersoonshuishouden zou gelden. Deze berekeningswijze wordt algemeen toegepast in CBS-statistieken.

Voor de berekening is uitgegaan van het eerder beschreven netto maandinkomen van het huishouden. Bij dit inkomen is vervolgens de ontvangen kinderbijslag (voor kinderen jonger dan 18 jaar) opgeteld. De premie van de zorgverzekering – voor zover deze niet door de werkgever wordt vergoed – is van het inkomen afgetrokken. De eventueel ontvangen zorgtoeslag is weer bij het inkomen opgeteld. Dit gecorrigeerde inkomen is tenslotte gedeeld door een equivalentiefactor (Siermann et al., 2004). In deze berekening zijn iets andere (recentere) equivalentiefactoren gebruikt dan in de berekening van het netto equivalent inkomen van voorgaande jaren (zie Heijmans et al., 2005). Om te beoordelen of hierdoor verschillen ontstaan in het netto equivalent inkomen, hebben we het netto equivalent inkomen van 2006 met zowel de oude als de nieuwe equivalentiefactor berekend. Het netto equivalent inkomen bleek met de nieuwe berekening gemiddeld € 14,68 hoger vergeleken met het op de oude factor gebaseerde netto equivalent inkomen, met een 95%- betrouwbaarheidsinterval van € 13,40 - € 15,96.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Gemiddeld genomen hadden mensen met een chronische ziekte of handicap in 2006 per maand een netto equivalent inkomen van € 1.283 (95%-BI: 1.251 – 1.315). Dit bedrag is flink lager dan dat van de algemene bevolking. De meest recente (voorlopige) gegevens van het CBS over 2004 laten zien dat het vergelijkbare gemiddeld gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van de algemene bevolking in dat jaar op € 1.692 per maand lag. Voor 2005 en 2006 heeft het CBS nog geen gegevens beschikbaar.

Sekse

Tussen mannen en vrouwen onder mensen met een chronische ziekte of handicap waren er in 2006 geen verschillen in het gemiddelde netto equivalent inkomen. Voor mannen was het gemiddelde inkomen € 1.310 (95%-BI: 1.266 – 1.341) per maand, voor vrouwen € 1.272 (95%-BI: 1.238 – 1.307).

Leeftijd

In 2006 waren de gemiddelde netto equivalent inkomens van chronisch zieken en gehandicapten van 40 jaar en ouder ten opzichte van de referentiegroep (15 t/m 39 jaar) niet verschillend. De 15 t/m 39-jarigen hadden per maand een gemiddeld inkomen van € 1.255 (95%-BI: 1.191 – 1.319), de 40 t/m 64-jarigen € 1.238 (95%-BI: 1.203 – 1.274), de mensen van 65 t/m 74 jaar € 1.337 (95%-BI: 1.296 – 1.379) en de 75-plussers € 1.329 (95%-BI: 1.284 – 1.374).

Opleidingsniveau

Een hogere opleiding hangt samen met een hoger gemiddeld netto equivalent inkomen. Ten opzichte van de mensen zonder opleiding of met alleen lager onderwijs (de referentiegroep) was het gemiddelde inkomen van hoger opgeleide mensen met een chronische ziekte of handicap hoger in 2006. Voor chronisch zieken en gehandicapten liep het op van € 1.068 per maand voor de laagst opgeleiden tot € 1.739 per maand voor degenen met een universitaire opleiding (tabel 7.3).

Tabel 7.3: Gemiddeld netto equivalent inkomen in 2006 van mensen met een chronische ziekte of handicap in euro's per maand, naar opleidingsniveau

	Gem. per maand	95%-BI
Geen / lager onderwijs (ref.)	1.068	1.017 – 1.119
LBO	1.160*	1.120 – 1.199
MAVO / MULO	1.320*	1.275 – 1.365
MBO	1.351*	1.304 – 1.399
HAVO / VWO	1.492*	1.430 – 1.554
HBO	1.583*	1.531 – 1.634
Universiteit	1.740*	1.655 – 1.824

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

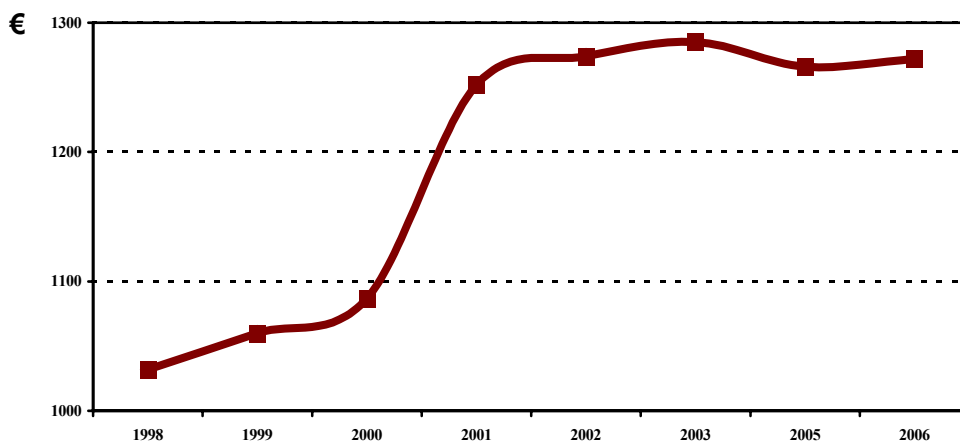
Mensen met een chronische ziekte

Het gemiddeld netto equivalent inkomen per maand in 2006 van mensen met een chronische ziekte bedroeg € 1.272 (95%-BI: 1.248 – 1.295) per maand. In de periode 1998 - 2004 steeg het gemiddelde netto equivalent inkomen van chronisch zieken tot € 1.285 in 2004, maar sindsdien is het weer iets gedaald [polynomiale trend, zie figuur 7.1].

Rekening houdend met de inflatie betekent dit dat de koopkracht van chronisch zieken er sinds 2004 gemiddeld genomen op achteruit is gegaan.

Het verloop van het gemiddelde netto equivalent inkomen over de afgelopen jaren is ongeveer gelijk voor mannen en vrouwen met een chronische ziekte, en voor elke leeftijdsgroep en elk opleidingsniveau.

Figuur 7.1: Gemiddeld netto equivalent inkomen van chronisch zieken, in de periode 1998-2006 (Euro's per maand)



Aard van de chronische ziekte

Het gemiddelde netto equivalent inkomen van chronisch zieken verschilde in 2006 niet naar de soort chronische aandoening waaraan zij leden. De gemiddelde inkomens lagen tussen € 1.237 (95%-BI: 1.190 – 1.284) per maand voor de groep met astma/COPD en € 1.329 (95%-BI: 1.249 – 1.410) voor mensen met een chronische spijsverteringsziekte (tabel 7.4).

Tabel 7.4: Gemiddeld netto equivalent inkomen in 2006 van mensen met een chronische ziekte in euro's per maand, naar aard van de chronische ziekte

	Gem. per maand	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	1.264	1.220 – 1.308
Astma / COPD	1.237	1.190 – 1.284
Ziekten bewegingsapparaat	1.301	1.260 – 1.342
Kanker	1.319	1.238 – 1.401
Diabetes mellitus	1.264	1.215 – 1.312
Neurologische ziekten	1.302	1.241 – 1.362
Chronische spijsverteringsziekten	1.329	1.249 – 1.410
Overige chronische ziekten	1.222	1.181 – 1.263

Aantal chronische ziekten

Ook het aantal chronische ziekten was niet van belang voor de hoogte van het gemiddelde netto equivalent inkomen van chronisch zieken. Mensen met één chronische ziekte hadden in 2006 per maand een gemiddeld inkomen van € 1.286 (95%-BI: 1.259 – 1.313), mensen met twee chronische ziekten € 1.245 (95%-BI: 1.208 – 1.282) en mensen met meer dan twee chronische ziekten € 1.273 (95%-BI: 1.228 – 1.317).

Mensen met een handicap

In 2006 hadden mensen met een handicap een gemiddeld netto equivalent inkomen van € 1.243 (95%-BI: 1.207 – 1.279) per maand. Dit is veel lager dan het vergelijkbare inkomen van de algemene bevolking, dat in 2004 gemiddeld al € 1.692 per maand (voorlopig cijfer) was (CBS, Statline, april 2007).

Aard van de beperkingen

Mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen (referentiegroep) hadden in 2006 een hoger gemiddeld netto equivalent inkomen dan mensen met een combinatie van motorische, visuele én auditieve beperkingen: € 1.252 versus € 1.102 per maand (tabel 7.5).

Tabel 7.5: Gemiddeld netto equivalent inkomen in 2006 van mensen met een handicap in euro's per maand, naar aard van de beperkingen

	Gem. per maand	95%-BI
Motorisch (ref.)	1.252	1.215 – 1.289
Zintuiglijk	¹	
Motorisch en visueel	1.193	1.122 – 1.264
Motorisch en auditief	1.210	1.145 – 1.275
Motorisch en visueel en auditief	1.102	986 – 1.217

¹Aantal respondenten te klein (< 25) om gemiddelde te berekenen.

Ernst van de beperkingen

Mensen met een ernstige handicap hadden in 2006 een lager gemiddeld netto equivalent inkomen dan mensen met matige beperkingen. Van de eerste groep was het gemiddelde inkomen € 1.200 (95%-BI: 1.154 - 1.246) per maand, van de tweede groep € 1.272 (95%-BI: 1.234 - 1.310).

Conclusie

- Ruim een kwart van de huishoudens van mensen met een chronische ziekte of handicap had in 2006 een netto inkomen van minder dan € 1.150 per maand (voor gehuwd of ongehuwd samenwonenden jonger dan 65 jaar lag het sociaal minimum op €1.149).
- Ruim één op de tien mensen met een chronische ziekte of handicap (11%) heeft als voornaamste bron van inkomsten een arbeidsongeschiktheidsuitkering.
- Van de mensen met een chronische ziekte of handicap van 25 jaar en ouder ontving in 2006 56% zorgtoeslag, wat beduidend meer is dan bij de algemene Nederlandse bevolking van wie 41% zorgtoeslag ontving.
- Het gemiddelde netto equivalent inkomen van mensen met een chronische ziekte of handicap lag in 2006 beduidend lager dan dat van de algemene bevolking, respectievelijk € 1.283 versus €1.692 per maand (voorlopig cijfer voor 2004).
- Hoe hoger de opleiding, hoe hoger het gemiddelde netto equivalent inkomen van mensen met een chronische ziekte of handicap.
- Sinds 2004 is het gemiddelde netto equivalent inkomen van chronisch zieken iets gedaald, waardoor hun koopkracht gemiddeld genomen achteruit is gegaan.
- Hoe ernstiger de beperkingen is, hoe lager het gemiddelde netto equivalent inkomen van mensen met een handicap is.

7.2 Ziektegerelateerde uitgaven

Behalve dat mensen met een chronische ziekte of handicap vaak een lager inkomen hebben dan gezonde Nederlanders, kunnen zij ook te maken hebben met hoge ziektegerelateerde uitgaven. Onder de ziektegerelateerde uitgaven vallen in de eerste plaats de premies voor de zorgverzekering. Daarnaast gaat het om de eigen uitgaven vanwege zorgconsumptie (bijvoorbeeld door een eigen risico, eigen bijdragen, onverzekerde zorg) of vanwege aanschaf of onderhoud van hulpmiddelen of aanpassingen. Ook gaat het om de extra uitgaven die mensen met een chronische ziekte of handicap soms maken, omdat

zij niet adequaat gebruik kunnen maken van normale lichaamsfuncties en/of standaardvoorzieningen. Onder de ziektegerelateerde uitgaven verstaan we dus alle uitgaven die mensen zelf maken in verband met hun gezondheid en die niet op een of andere wijze (zorgverzekering, AWBZ, Wvg, gemeente, uitkerende instantie) worden vergoed.

Premie zorgverzekering

Tabel 7.6 laat zien wat de gemiddelde jaarpremie was die mensen met een chronische ziekte of handicap in 2006 voor hun zorgverzekering van hun netto inkomen betaalden. Het inkomensafhankelijke deel, dat meestal door de werkgever of de uitkerende instantie aan de overheid wordt afgedragen, blijft hier dus buiten beschouwing.

Tabel 7.6: Van het netto inkomen betaalde premie per jaar voor de zorgverzekering in 2006, gemiddelde bedragen in euro's en 95%-betrouwbaarheidsintervallen

	Eén volwassene op de polis			Meer dan één volwassene op de polis		
	N	Gemid.	95% BI	N	Gemid.	95% BI
Premie betaald van netto inkomen						
Alleen basisverzekering	74	1.099	1.054-1.143	50	1.977	1.795-2.158
Basis- en aanvullende verzekering	1.156	1.345	1.327-1.362	830	2.332	2.280-2.384

Bron: Pannekeet-Helsen & Rijken, 2006.

Tabel 7.6 laat allereerst zien dat in 2006 vrijwel alle mensen met een chronische ziekte of handicap een aanvullende verzekering, naast hun basisverzekering, hadden afgesloten (zie de N in de tabel). Tevens dient te worden opgemerkt dat vrijwel iedereen (93%) in 2006 gekozen heeft voor een basisverzekering zonder eigen risico (niet in de tabel). Mensen die alleen een basisverzekering hebben afgesloten betaalden in 2006 gemiddeld € 1.100 (nominale premie) voor hun zorgverzekering, wanneer zij als enige volwassene op de polis staan. Bij een gezamenlijke polis (met een andere volwassene, meestal de partner) betaalden deze mensen gemiddeld bijna € 2.000 per jaar van hun netto inkomen. Met een aanvullende verzekering erbij liggen de bedragen gemiddeld ruim € 300 hoger.

Eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen

Uit de voorgaande kernrapporten (e.g. Heijmans et al., 2005) kwam naar voren dat hulpmiddelen en aanpassingen een flinke kostenpost vormen voor mensen met een chronische ziekte. Met de verbreding van het panel met mensen met een handicap zijn de uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen nog relevanter geworden. Om die reden wordt hier een aparte paragraaf aan deze kostenpost gewijd.

Onder de uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen vallen hier alle eigen uitgaven (voor aanschaf, onderhoud, reparatie of verzekering) van: hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulpmiddelen, incontinentiemateriaal, prothesen en/of orthesen, loophulpmiddelen, steunzolen, orthopedische of aangepaste schoenen, elastische kousen (steunkousen), rolstoel, scootmobiel of aangepaste fiets, aanpassingen in de auto, aangepast meubilair, woningaanpassingen, gehoorapparaat, visueel hulpmiddel, hulpmiddelen voor het doseren of toedienen van medicijnen, alarmsysteem, en aanpassingen

aan de werkplek thuis. We beschrijven hier voornamelijk de eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen van mensen met een chronische ziekte of handicap over 2005 (zoals door de panelleden gerapporteerd in april 2006).

Mensen met een chronische ziekte of handicap

In 2005 had 45% (95%-BI: 42 - 48) van de mensen met een chronische ziekte of handicap eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen. Het jaar daarvoor (2004) had 48% (95%-BI: 45-51) hieraan geld uitgegeven.

Degenen die eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen hadden, waren daaraan in 2005 gemiddeld € 506 (95%-BI: 414 - 598) kwijt. Over 2004 bedroeg het gemiddelde bedrag dat mensen die eigen uitgaven hadden aan hulpmiddelen en aanpassingen € 412 (95%-BI: 316 – 508).

Sekse

De percentages mannelijke en vrouwelijke chronisch zieken en gehandicapten die in 2005 eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen hadden waren vrijwel gelijk: van de mannen had 44% (95%-BI: 39 - 48) dergelijke uitgaven, van de vrouwen 45% (95%-BI: 42 - 49). Gemiddeld waren deze mannen en vrouwen respectievelijk € 502 (95%-BI: 377 - 627) en € 508 (95%-BI: 406 - 610) kwijt aan hun hulpmiddelen en aanpassingen in 2005.

Leeftijd

Van de mensen met een chronische ziekte of handicap had in 2005 de helft van de 75-plussers zelf kosten gemaakt voor hulpmiddelen of aanpassingen, van de andere leeftijdsgroepen had een iets minder groot deel deze uitgaven (tabel 7.7)

Tabel 7.7: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 eigen uitgaven hadden aan hulpmiddelen of aanpassingen (% en 95%-BI) en het gemiddelde bedrag dat zij dan uitgaven in euro's, naar leeftijd

	%	95%-BI	Gem. bedrag	95%-BI
15 t/m 39 jaar (ref.)	43	35-52	288	43-533
40 t/m 64 jaar	44	40-47	511	400-621
65 t/m 74 jaar	42	37-47	541	396-687
75 jaar en ouder	51	45-57	544	396-692

Opleidingsniveau

In 2005 hadden chronisch zieken en gehandicapten met een middelbare vooropleiding (MAVO/MULO) of hoger vaker zelf kosten gemaakt voor hulpmiddelen of aanpassingen dan de laagst opgeleiden (de referentiegroep) (tabel 7.8). Mensen met een HBO-opleiding hadden, als zij kosten voor hulpmiddelen of aanpassingen hadden gemaakt, hieraan gemiddeld in 2005 meer uitgegeven dan de laagst opgeleiden (de referentiegroep): € 745 versus € 346 (tabel 7.8).

Tabel 7.8: Mensen met een chronische ziekte of handicap die in 2005 eigen uitgaven hadden aan hulpmiddelen of aanpassingen (% en 95%-BI) en het gemiddelde bedrag dat zij dan uitgaven in euro's, naar opleidingsniveau

	%	95%-BI	Gem. bedrag	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	34	28-39	346	166-526
LBO	40	36-45	483	350-616
MAVO/MULO	49*	43-55	486	334-638
MBO	50*	44-56	613	448-778
HAVO/VWO	52*	43-61	476	250-702
HBO	55*	48-62	745*	566-923
Universiteit	59*	48-70	592	290-894

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte maakte in 2005 bijna de helft (47%; 95%-BI: 45 - 50) zelf kosten voor hulpmiddelen of aanpassingen. In 2004 had een vergelijkbaar percentage (49%; 95%-BI: 47 - 52) deze uitgaven, maar in 2003 lag het percentage wat lager, te weten 42% (95%-BI: 38 - 46).

Over de periode 2003 - 2005 is een stijgende trend waarneembaar in het percentage mensen dat deze uitgaven had binnen de groepen chronisch zieken met een lagere of hogere beroepsopleiding en een middelbare of hogere vooropleiding [lineaire trends].

Chronisch zieken die zelf uitgaven hadden aan hulpmiddelen of aanpassingen waren hieraan in 2005 gemiddeld € 539 (95%-BI: 464 - 614) kwijt. De uitgaven van mannen met een chronische ziekte en van degenen met een HBO-opleiding fluctueerden over de periode 2003 - 2005 sterker dan bij andere chronisch zieken [kwadratische trends].

Aard van de chronische ziekte

De soort chronische ziekte waaraan men lijdt hangt binnen de groep chronisch zieken niet samen met het al of niet hebben van eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen. Van de mensen met verschillende chronische ziekten gaf 43% tot 54% in 2005 geld uit hulpmiddelen of aanpassingen (tabel 7.9). Wellicht ten overvloede merken we hierbij op dat de gepresenteerde gegevens over de verschillende groepen gecorrigeerd zijn voor de eventuele verschillen tussen de diagnosegroepen op alle andere kenmerken, zoals bijvoorbeeld de sekseverdeling of de ervaren fysieke beperkingen.

Als chronisch zieken in 2005 kosten hadden gemaakt aan hulpmiddelen en aanpassingen, bleek de soort chronische ziekte evenmin verband te houden met de hoogte van het uitgegeven bedrag. De gemiddelde bedragen varieerden tussen € 441 (95%-BI: 274 - 609) voor mensen met hart- en vaatziekten en € 766 (95%-BI: 528 - 1.004) voor mensen met neurologische ziekten (tabel 7.9).

Voor mensen met astma/COPD, kanker en neurologische ziekten schommelden de kosten over de periode 2003-2005 sterker dan voor andere chronisch zieken: een daling in 2004 ten opzichte van 2003 en daarna weer een stijging in 2005 [kwadratische trend].

Tabel 7.9: Mensen met een chronische ziekte die in 2005 eigen uitgaven hadden aan hulpmiddelen of aanpassingen (% en 95%-BI) en het gemiddelde bedrag dat zij dan uitgaven in euro's, naar aard van de chronische ziekte

	%	95%-BI	Gem. bedrag	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	47	41-53	441	274-609
Astma/COPD	49	42-55	496	313-678
Ziekten bewegingsapparaat	48	43-54	511	358-664
Kanker	45	33-57	747	405-1.089
Diabetes mellitus	54	47-60	564	384-745
Neurologische ziekten	48	39-56	766	528-1.004
Chronische spijsverteringsziekten	43	32-55	699	362-1.037
Overige chronische ziekten	43	37-48	414	249-578

Aantal chronische ziekten

De percentages chronisch zieken die in 2005 eigen uitgaven hadden voor hulpmiddelen of aanpassingen verschilden niet van elkaar naar het aantal chronische ziekten. Van de mensen met één chronische ziekte gaf bijna de helft (45%; 95%-BI: 42 - 49) geld uit aan hulpmiddelen of aanpassingen, van de mensen met twee chronische ziekten 47% (95%-BI: 42 - 52) en van degenen met drie of meer chronische ziekten iets meer dan de helft (52%; 95%-BI: 47 - 58).

Mensen met één chronische ziekte die uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen hadden waren hieraan in 2005 gemiddeld € 516 (95%-BI: 417 - 616) kwijt. Bij mensen met twee chronische ziekten was het gemiddelde bedrag € 466 (95%-BI: 329 - 603) en bij mensen met drie of meer chronische ziekten € 660 (95%-BI: 515 - 805). Bij de eerste en de laatste groep namen de gemiddelde uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen over de periode 2003-2005 toe [lineaire trends].

Mensen met een handicap

Van de mensen met een handicap gaf ruim de helft (57%; 95%-BI: 54 - 60) aan in 2005 zelf kosten te hebben gemaakt voor hulpmiddelen en aanpassingen. In 2004 ging het eveneens om iets meer dan de helft van de mensen (58%; 95%-BI: 55 - 61) die deze uitgaven had. Het gemiddelde bedrag dat door mensen met een handicap in 2005 aan hulpmiddelen en aanpassingen werd uitgegeven was € 642 (95%-BI: 555 - 730) (berekend over degenen die aangaven deze uitgaven te hebben). In 2004 was dit bedrag flink lager: € 475 (95%-BI: 379 - 570).

Aard van de beperkingen

Onder mensen met een handicap was de aard van de beperkingen in 2005 niet gerelateerd aan het al of niet hebben van eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen. Van degenen met (matige of ernstige) motorische beperkingen had 56% (95%-BI: 52 - 59) geld uitgegeven aan hulpmiddelen of aanpassingen en van de mensen met een combinatie van motorische, visuele en auditieve beperkingen 51% (95%-BI: 36 - 66). De percentages van mensen met andere (combinaties van) fysieke beperkingen varieerden tussen 58% en 63%. De gevonden percentages waren ongeveer dezelfde als in het jaar daarvoor (2004). De hoogte van de gemaakte kosten varieerde binnen de verschillende groepen gehandicapten in 2005 tussen € 626 en € 738 (tabel 7.10).

Tabel 7.10: Mensen met een handicap die in 2005 eigen uitgaven hadden aan hulpmiddelen of aanpassingen (% en 95%-BI) en het gemiddelde bedrag dat zij dan uitgaven in euro's, naar aard van de beperkingen

	%	95%-BI	Gem. bedrag	95%-BI
Motorisch (ref.)	56	52-59	626	536-715
Zintuiglijk	61	43-77	- ¹	-
Motorisch en visueel	58	48-66	667	433-900
Motorisch en auditief	63	55-70	738	538-939
Motorisch en visueel en auditief	51	36-66	- ¹	-

¹ Aantal respondenten te klein (< 25) om gemiddelde te berekenen.

Ernst van de beperkingen

Het percentage mensen met matige beperkingen dat in 2005 eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen had (55%; 95%-BI: 51 - 58) verschilde niet van het percentage mensen met ernstige beperkingen met deze uitgaven (60%; 95%-BI: 55 - 65). In 2004 gaf respectievelijk 56% (95%-BI: 52 - 59) en 61% (95%-BI: 57 - 65) geld uit aan hulpmiddelen en aanpassingen. Wel zijn de gemiddelde uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen in geval van een ernstige handicap hoger, in 2005 gemiddeld € 812 (95%-BI: 685 – 939). Mensen met matige beperkingen waren gemiddeld € 528 (95%-BI: 426 - 630) kwijt, in geval zij uitgaven hadden gehad aan hulpmiddelen of aanpassingen. In 2004 was het verschil kleiner en lagen de gemiddelde bedragen ook flink lager, te weten € 436 bij mensen met matige beperkingen en € 531 bij mensen met ernstige beperkingen.

Overige ziektegerelateerde uitgaven

Naast de eigen uitgaven aan de zorgverzekering en aan hulpmiddelen en aanpassingen, resteren nog andere kostenposten. In tabel 7.11 wordt een overzicht gegeven van deze overige ziektegerelateerde uitgaven van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005. Het gaat hierbij om kosten die niet door de verzekeraar, de gemeente of door een instantie zijn vergoed, bijvoorbeeld kosten vanwege een eigen risico, eigen bijdragen of onverzekerde zorg. Hierbij moet er rekening mee worden gehouden dat in 2005 de nieuwe Zorgverzekeringswet nog niet was ingevoerd. Hierdoor is het mogelijk dat er eventueel veranderingen in de kosten zijn opgetreden. Voor de volledigheid is hierin ook de categorie 'hulpmiddelen en aanpassingen' opgenomen, die hiervoor reeds beschreven werd.

Tabel 7.11: Percentage mensen met een chronische ziekte of handicap dat in 2005 ziekte-gerelateerde uitgaven had en het gemiddelde bedrag (incl. 95%-betrouwbaarheidsinterval) dat dan werd uitgegeven in euro's

	%	95%-BI		Gem. bedrag	95%-BI
Tandarts	47	43-52	→	195	157-233
Hulpmiddelen en aanpassingen	45	42-48	→	506	414-598
Geneesmiddelen zonder recept	38	34-42	→	83	68-99
Vervoerskosten voor geneeskundige hulp	32	28-36	→	137	118-157
Geneesmiddelen op recept (excl. alternatieve geneesmiddelen)	27	25-30	→	137	114-159
Attentiekosten	23	20-26	→	104	84-123
Huisarts	17	15-20	→	144	125-162
Verbandmiddelen	14	12-16	→	36	27-45
Specialist	12	10-14	→	233	190-275
Fysio-/oefentherapeut	11	9-13	→	218	177-259
Paramedisch overig	10	9-12	→	126	100-152
Extra kosten voeding of dieet	10	9-12	→	283	190-376
Eigen bijdrage thuiszorg (AWBZ zorg in natura)	10	8-12	→	578	444-713
Andere kosten, niet gespecificeerd	9	7-11	→	331	150-512
Extra energiekosten	9	7-11	→	219	187-250
Alternatieve behandelaars	8	6-10	→	214	152-277
Extra vervoerskosten (sociaal vervoer)	7	5-9	→	191	109-273
Thuiszorg overig (niet AWBZ)	7	5-8	→	791	591-992
Alternatieve geneesmiddelen op recept	6	4-8	→	102	32-171
Extra kosten kleding en beddengoed	5	4-7	→	313	228-397
Kosten voor eigen rekening bij PGB (voor AWBZ zorg)	4	3-5	→	851	465-1.236
Ziekenhuisopname	3	2-4	→	150	38-262
Psychosociale zorg	2	1-3	→	385	255-515
Tijdelijke opname in verpleeghuis of revalidatiecentrum	1	1-2	→	153	0-392
Maaltijdvoorzieningen	1	0-1	→	727	350-1.105

Uit tabel 7.11 blijkt dat de meest voorkomende kostenposten van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005, naast de premies voor de zorgverzekering (100%) en de eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen (45%), de eigen uitgaven aan de tandarts zijn (47%), gevolgd door de uitgaven aan geneesmiddelen zonder recept (38%) en vervoerskosten voor geneeskundige hulp (32%).

Van de chronisch zieken en gehandicapten betaalt 10% een eigen bijdrage voor thuiszorg die zij (in natura) krijgen. Vier procent heeft nog kosten voor eigen rekening naast hun PGB (voor AWBZ zorg). Zeven procent van de mensen met een chronische ziekte of handicap gaf aan in 2005 nog andere uitgaven aan gezinshulp of huishoudelijke in verband met hun gezondheid te hebben gehad. Voorts gaf een kwart van de chronisch zieken en gehandicapten (23%) geld uit om iets te kunnen terugdoen voor mensen die hen helpen (attentiekosten).

De meest voorkomende kostenposten zijn niet altijd de grootste. Grote kostenposten zijn, - indien men deze kosten heeft - naast de reeds beschreven uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen, vooral de thuiszorg (gemiddelde uitgaven van meer dan € 500). Een kleine groep mensen had in 2005 eigen uitgaven aan psychosociale zorg, waarbij het ook om relatief hoge bedragen ging (gemiddeld € 385). Tenslotte maakte in 2005 een klein deel van de chronisch zieken en gehandicapten gebruik van maaltijdvoorzieningen, zoals

‘Tafeltje Dekje’. In dat geval gaf men daaraan ruim € 700 uit, maar deze uitgaven vervangen uiteraard wel een deel van de dagelijkse boodschappen die andere mensen hebben.

Totale ziektegerelateerde uitgaven (excl. premie zorgverzekering)

Over alle kostenposten tezamen (excl. premie zorgverzekering), blijkt dat 87% (95%-BI: 83 - 90) van de mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005 eigen uitgaven in verband met de gezondheid had. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage dat over 2004 werd gevonden (88%; 95%-BI: 85 - 90).

Gemiddeld genomen ging het bij degenen die eigen uitgaven hadden in 2005 om een bedrag van € 974 (95%-BI: 870 - 1.078), exclusief de premie voor de zorgverzekering.

Voor 2004 lag dit gemiddelde bedrag op € 954 (95%-BI: 837 - 1.071).

Uitgaven per maand in verband met de gezondheid (excl. premie zorgverzekering)

Op basis van de hiervoor beschreven uitgaven per jaar is een gemiddeld maandbedrag aan eigen uitgaven in verband met de gezondheid (excl. premie zorgverzekering) over de totale groep mensen met een chronische ziekte of handicap berekend. Dit is dus inclusief degenen die aangaven geen eigen uitgaven te hebben gehad.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Voor de totale groep mensen met een chronische ziekte of handicap bedroegen de maandelijkse uitgaven in verband met hun gezondheid in 2005 gemiddeld € 73 (95%-BI: 65 - 81), exclusief de premie voor de zorgverzekering. Over 2004 lagen de gemiddelde maandelijkse uitgaven van de totale groep iets lager, namelijk € 69 (95%-BI: 60 - 77).

Het is niet bekend hoe hoog de maandelijkse uitgaven vanwege de gezondheid zijn onder de algemene Nederlandse bevolking. In het GLOBE-onderzoek dat in 1993 en 1995 werd uitgevoerd in de regio Eindhoven bleken de eigen uitgaven van chronisch zieken twee keer zo hoog als die van niet-chronisch zieken (Van Agt et al., 1996). Echter, dit onderzoek is inmiddels zeer gedateerd.

Sekse

Mannen met een chronische ziekte of handicap gaven in 2005 gemiddeld € 70 (95%-BI: 60 - 80) uit vanwege hun gezondheid (naast hun premie voor de zorgverzekering). Bij vrouwen werd een vergelijkbaar gemiddeld bedrag gevonden, te weten € 75 (95%-BI: 66 - 84).

Leeftijd

Voor de vier leeftijdsgroepen waren de maandelijkse uitgaven vanwege de gezondheid in 2005 niet verschillend. Chronisch zieken en gehandicapten van 15 t/m 39-jaar gaven gemiddeld per maand € 59 (95%-BI: 41 - 77) uit, de 40 t/m 64-jarigen € 71 (95%-BI: 62 - 80), de groep van 65 t/m 74 jaar € 75 (95%-BI: 62 - 87) en de 75-plussers € 82 (95%-BI: 68 - 96).

Opleidingsniveau

Mensen met een chronische ziekte of handicap die hoger zijn opgeleid geven maandelijks meer uit in verband met hun gezondheid dan lager opgeleide chronisch zieken en gehandicapten. Dit was zowel in 2004 als in 2005 het geval. Over 2005 varieerden de gemiddelde bedragen per opleidingsniveau van € 46 onder de laagst opgeleiden tot € 123 onder de universitair geschoolden (tabel 7.12)

Tabel 7.12: Gemiddelde uitgaven per maand in verband met de gezondheid (excl. premie zorgverzekering) van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005, naar opleidingsniveau

	Gemiddelde	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	46	31-61
LBO	61	50-72
MAVO/MULO	50*	58-83
MBO	89*	75-102
HAVO/VWO	100*	80-120
HBO	107*	93-122
Universiteit	123*	99-147

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Chronisch zieken gaven in 2005 gemiddeld € 79 (95%-BI: 73 - 85) per maand uit in verband met hun gezondheid (excl. premie zorgverzekering). Dit was meer dan in het jaar daarvoor (gemiddeld bedrag in 2004 € 67; 95%-BI: 60 - 73) en veel meer dan in 2003 (gemiddeld bedrag € 43; 95%-BI: 31 - 56).

Aard van de chronische ziekte

Mensen met verschillende typen chronische ziekten verschilden in 2005 niet wat hun maandelijks uitgaven in verband met hun gezondheid betreft. De enige uitzondering vormt de groep mensen met neurologische ziekten, die gemiddeld genomen aanzienlijk hogere uitgaven hadden dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (tabel 7.13). In de periode 2003 - 2005 liepen de uitgaven van mensen met neurologische ziekten ook sterker op dan van de andere groepen chronisch zieken [lineaire trend].

Tabel 7.13: Gemiddelde uitgaven per maand in verband met de gezondheid (excl. premie zorgverzekering) van mensen met een chronische ziekte in 2005, naar aard van de chronische ziekte

	Gemiddelde	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	77	63-91
Astma/COPD	75	61-90
Ziekten bewegingsapparaat	69	57-82
Kanker	81	56-106
Diabetes mellitus	75	59-90
Neurologische ziekten	117*	98-137
Chronische spijsverteringsziekten	87	62-113
Overige chronische ziekten	70	58-82

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Aantal chronische ziekten

Chronisch zieken met één chronische ziekte hadden in 2005 even hoge maandelijkse uitgaven vanwege hun gezondheid als degenen met twee chronische ziekten: respectievelijk € 76 per maand (95%-BI: 68 - 84) en € 77 per maand (95%-BI: 66 - 86). Bij mensen met drie of meer chronische ziekten lag het gemiddelde bedrag iets hoger (€ 85; 95%-BI: 72 - 99) per maand. Over de periode 2003-2005 stegen met name de maandelijkse uitgaven van de (grote) groep mensen met één chronische ziekte [lineaire trend].

Mensen met een handicap

Mensen met een handicap waren in 2005 gemiddeld € 106 per maand (95%-BI: 98 - 115) kwijt in verband met hun gezondheid, nog afgezien van de premie die voor de zorgverzekering moest worden betaald. In 2004 lagen de gemiddelde maandelijkse uitgaven van deze groep lager, op € 93 (95%-BI: 84 - 102).

Aard van de beperkingen

Er is geen duidelijk verband tussen de soort beperkingen die mensen met een (lichamelijke) handicap ervaren en hun maandelijkse uitgaven in verband met hun gezondheid. Mensen met (matige of ernstige) motorische beperkingen gaven in 2005 gemiddeld een bedrag van € 109 (95%-BI: 100 - 117) uit, naast de premie voor de zorgverzekering. Mensen met andere (combinaties van) beperkingen waren gemiddeld tussen € 99 en € 121 per maand kwijt (tabel 7.14).

Tabel 7.14: Gemiddelde uitgaven per maand in verband met de gezondheid (excl. premie zorgverzekering) van mensen met een handicap in 2005, naar aard van de beperkingen

	Gemiddelde	95%-BI
Motorisch (ref.)	109	100-117
Zintuiglijk	- ¹	
Motorisch en visueel	99	76-122
Motorisch en auditief	121	99-142
Motorisch en visueel en auditief	105	68-143

¹ Aantal respondenten te klein (< 25) om gemiddelde te berekenen.

Ernst van de beperkingen

Een ernstige handicap gaat samen met hogere ziektegerelateerde uitgaven dan een minder ernstige handicap. In 2005 bedroegen de gemiddelde maandelijkse uitgaven van mensen met ernstige en matige fysieke beperkingen respectievelijk € 138 (95%-BI: 125 - 150) en € 85 (95%-BI: 76 - 95). In 2004 bestond eveneens een flink verschil tussen beide groepen (€ 124 versus € 72).

Conclusie

- Vrijwel alle mensen met een chronische ziekte of handicap (93%) heeft in 2006 gekozen voor een basisverzekering zonder eigen risico. Het overgrote deel heeft zich bovendien aanvullend verzekerd.
- In 2005 gaf bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte of handicap (45%) geld uit aan de aanschaf, het onderhoud of de verzekering van hulpmiddelen of aanpassingen. Gemiddeld genomen ging het daarbij om een bedrag van ruim € 500.
- Hoger opgeleide chronisch zieken en gehandicapten maken relatief vaker eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen dan laag opgeleiden.
- Van de mensen met een handicap had in 2005 meer dan de helft (57%) eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen. Hoe ernstiger de beperkingen, hoe meer geld gehandicapten uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen.
- Het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap (87%) had in 2005 eigen uitgaven in verband met de gezondheid, naast de betaalde premie voor de zorgverzekering. Degenen die ziektegerelateerde uitgaven (excl. premie) hadden, betaalden gemiddeld bijna € 1.000 zelf in 2005.
- De meest voorkomende kostenposten van mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005 waren - naast de premie voor de zorgverzekering - tandartskosten (47%), hulpmiddelen en aanpassingen (45%), vrij verkrijgbare geneesmiddelen (38%) en vervoerskosten voor geneeskundige hulp (32%).
- Een op de tien mensen met een chronische ziekte of handicap betaalde in 2005 een eigen bijdrage voor thuiszorg, vier procent had zelf nog kosten voor eigen rekening bij een PGB (voor AWBZ zorg).
- De grootste kostenposten, als men die had, waren in 2005 thuiszorg, hulpmiddelen en aanpassingen en psychosociale zorg

- Gerekend over de totale groep chronisch zieken en gehandicapten was het gemiddelde bedrag aan eigen uitgaven in verband met de gezondheid in 2005 € 73 per maand, exclusief de betaalde premie voor de zorgverzekering.
- Chronisch zieken gaven over de periode 2003 - 2005 steeds meer geld uit in verband met hun gezondheid. Vooral bij mensen met één chronische ziekte en mensen met neurologische ziekten is sprake van stijgende uitgaven.
- Mensen met een handicap gaven in 2005 gemiddeld ruim € 100 per maand uit in verband met hun gezondheid, naast de uitgaven aan de zorgverzekeringspremie. Vooral mensen met ernstige beperkingen hebben hoge uitgaven, in 2005 gemiddeld € 138 per maand (excl. premie zorgverzekering). De uitgaven van deze mensen zijn in 2005 bovendien gestegen ten opzichte van 2004.

7.3 Bekendheid met vergoedings- en compensatieregelingen

Bij de ziektegerelateerde uitgaven die in de vorige paragraaf zijn beschreven ging het om uitgaven die niet vergoed werden door de zorgverzekering, AWBZ of een andere vergoedingsregeling. Onder bepaalde voorwaarden kunnen mensen met een chronische ziekte of handicap die dergelijke uitgaven hebben in aanmerking komen voor (gehele of gedeeltelijke) vergoeding of compensatie.

De Nederlandse overheid, maar ook uitvoeringsinstanties en patiënten-/cliëntenorganisaties hebben zich de afgelopen jaren ingespannen om de bekendheid met en het gebruik van vergoedings- en compensatieregelingen te vergroten. Over het gebruik van enkele vergoedings- en compensatieregelingen is recent uitgebreid gerapporteerd (Rijken & Janssens, 2005; Pannekeet-Helsen & Rijken, 2005; 2006). In deze paragraaf wordt de bekendheid met een aantal vergoedings- en compensatieregelingen onder chronisch zieken en gehandicapten beschreven. Om van deze regelingen gebruik te kunnen maken, moet men zelf in de meeste gevallen een aanvraag indienen. Juist omdat het initiatief bij de potentiële gebruikers ligt, is het van groot belang dat zij op de hoogte zijn van het bestaan en de mogelijkheden van deze regelingen. In deze paragraaf gaan wij daarom in op de bekendheid van mensen met een chronische ziekte of handicap met de Wet voorzieningen gehandicapten, de regeling Bijzondere bijstand en de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven.

Een belangrijke vergoedingsregeling voor chronisch zieken en gehandicapten is de *Wet voorzieningen gehandicapten* (Wvg, per januari 2007 opgegaan in de Wmo). De Wvg is/was bedoeld voor zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte of handicap en voor ouderen die aantoonbare beperkingen ondervinden. Krachtens de Wvg konden chronisch zieken, gehandicapten en ouderen aanspraak maken op (gehele of gedeeltelijke) vergoeding of verstrekking van vervoersvoorzieningen, rolstoelen en woonvoorzieningen via de gemeenten.

De *Bijzondere bijstand* (BB) is een compensatieregeling, die eveneens wordt uitgevoerd door de gemeenten. De BB biedt financiële steun aan mensen met een laag inkomen die bijzondere kosten hebben. Voorwaarde voor bijzondere bijstand is dat de uitgaven absoluut noodzakelijk zijn en niet uit het eigen inkomen of vermogen kunnen worden betaald.

Bovendien moet het gaan om kosten die niet via de ziektekostenverzekering of een andere regeling worden vergoed.

De *aftrekking voor buitengewone uitgaven* (BU) is ook een compensatieregeling. De BU beoogt een tegemoetkoming te bieden voor uitgaven die niet door andere voorzieningen worden gedekt en die een zodanig dringend en uitzonderlijk karakter hebben dat aan deze uitgaven prioriteit moet worden verleend boven belastingheffing (IGCZ, 2001). Sinds 2004 geldt voor mensen met een laag inkomen en die derhalve weinig inkomstenbelasting betalen, dat zij in aanvulling op de BU recht hebben op een tegemoetkoming in de buitengewone uitgaven krachtens de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (Tbu). De berekening van het recht op een aanvullende tegemoetkoming op grond van de Tbu vindt automatisch plaats bij gebruik van de BU.

Mensen met een chronische ziekte of handicap

Mensen met een chronische ziekte of handicap zijn over het algemeen vrij goed bekend met de regeling Bijzondere bijstand Bijna negen op de tien chronisch zieken en gehandicapten was in 2005 op de hoogte van het bestaan van deze regeling (87%; 95%-BI: 84 - 90). Van de twee andere regelingen bleek ongeveer 30% niet op de hoogte te zijn. Tweederde (67%; 95%-BI: 62 - 71) was op de hoogte van de Wvg. Zeventig procent (95%-BI: 66 - 74) was bekend met de BU-regeling. Opgemerkt moet worden dat met name de Bijzondere bijstand specifiek bedoeld is voor mensen met een laag inkomen, waardoor juist voor deze groep het al of niet kennen van de regeling relevant is.

Sekse

Vrouwen met een chronische ziekte of handicap zijn beter dan mannen op de hoogte van de Wvg. De Wvg was in 2005 bekend bij 70% (95%-BI: 65 - 74) van de vrouwen en 60% (95%-BI: 55 - 65) van de mannen met een chronische ziekte of handicap. De bekendheid met de BB- en de BU-regeling verschilt niet tussen mannen en vrouwen.

Leeftijd

Oudere chronisch zieken en gehandicapten waren in 2005 over het algemeen beter op de hoogte van het bestaan van de genoemde vergoedings- en compensatieregelingen dan de 15 t/m 39-jarigen (referentiegroep). In tabel 7.15 staan de resultaten vermeld. Mogelijk zijn deze regelingen voor de jongste groep ook iets minder relevant, aangezien hun ziektegerelateerde uitgaven ook wat lager waren (zie paragraaf 7.2).

Tabel 7.15: Bekendheid met vergoedings- en compensatieregelingen onder mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005, naar leeftijd (% en 95%-BI)

	Wvg		Bijzondere bijstand		BU-regeling	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
15 t/m 39 jaar (ref.)	57	49-65	73	65-80	55	47-63
40 t/m 64 jaar	69*	64-73	87*	84-90	70*	66-74
65 t/m 74 jaar	66	60-71	88*	84-91	77*	73-81
75 jaar en ouder	65	59-71	90*	86-92	68*	62-73

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Opleidingsniveau

Een hoger opleidingsniveau ging in 2005 samen met een grotere bekendheid met de Wvg en de BU-regeling ten opzichte van de referentiegroep (tabel 7.16). Mensen met verschillende opleidingsniveaus: waren in ongeveer gelijke mate op de hoogte van de regeling Bijzondere bijstand.

Tabel 7.16: Bekendheid met de vergoedings- en compenserende maatregelen onder mensen met een chronische ziekte of handicap in 2005, naar opleidingsniveau (% en 95%-BI)

	Wvg		Bijzondere bijstand		BU-regeling	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Geen/lager onderwijs (ref.)	60	53-66	84	79-88	58	52-65
LBO	63	58-68	85	81-88	65	61-70
MAVO/MULO	67	61-72	88	84-91	72*	67-77
MBO	71*	65-76	89	84-92	75*	70-80
HAVO/VO	67	59-74	89	83-93	78*	71-83
HBO	75*	69-81	91	86-94	79*	74-84
Universiteit	80*	71-87	93	86-97	85*	76-91

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte kende in 2005 86% (95%-BI: 84 - 88) de Bijzondere bijstand, zeven van de tien kenden de BU-regeling (95%-BI: 67 - 72) en tweederde de Wvg (7%; 95%-BI: 64 - 70). De kennis over de regeling Bijzondere bijstand is onder chronisch zieken over de periode 1998 – 2005 toegenomen [lineaire trend]. Dit geldt voor beide seksen en leeftijdsgroepen en voor alle opleidingsniveaus [lineaire trends], maar onder de laagst opgeleiden varieerde de kennis wat meer [kwadratische trend]. De kennis over de andere regelingen vertoont geen duidelijk opwaartse trend.

Aard van de chronische ziekte

De aard van de chronische ziekte was in 2005 niet gerelateerd aan de bekendheid met de vergoedings- en compensatieregelingen onder chronisch zieken (tabel 7.17). Wel is de kennis over de regeling Bijzondere bijstand onder bijna alle groepen chronisch zieken steeds groter geworden [lineaire trends]. Onder mensen met astma/COPD varieerde deze bekendheid wat meer over de tijd [kwadratische trend].

Tabel 7.17: Bekendheid met de vergoedings- en compenserende maatregelen in 2005 naar aard van de chronische ziekte (% en 95%-BI)

	Wvg		Bijzondere bijstand		BU-regeling	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Hart- en vaatziekten (ref.)	70	64-75	85	80-89	72	67-77
Astma/COPD	67	61-72	84	79-88	67	61-72
Ziekten bewegingsapparaat	71	66-75	85	81-89	70	65-74
Kanker	67	57-76	90	81-95	68	57-77
Diabetes mellitus	64	58-69	87	82-90	71	65-76
Neurologische ziekten	68	60-74	87	81-92	65	58-72
Chronische spijsverteringsziekten	63	53-72	86	77-93	70	60-79
Overige chronische ziekten	63	58-68	86	82-90	72	67-76

Aantal chronische ziekten

Onder chronisch zieken houdt de bekendheid met de Wvg, BB- en BU-regeling geen verband met het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt (tabel 7.18). De kennis over de regeling Bijzondere bijstand is sinds 1998 gegroeid onder alle groepen chronisch zieken [lineaire trends]. Bij de groep mensen met één chronische ziekte schommelde het percentage mensen dat de Wvg en de BU-regeling kende over dezelfde periode nogal [polynomiale trend].

Mensen met een handicap

Van de mensen met een (matige of ernstige) fysieke beperkingen was in 2005 71% bekend met de Wvg (95%-BI: 66 – 76). Gezien de relevantie van de Wvg voor deze groep is het opmerkelijk dat bijna 30% aangaf de Wvg niet te kennen. Van de regeling Bijzondere bijstand waren gehandicapten in 2005 het meest op de hoogte (84%; 95%-BI: 81 - 87). Zeventig procent (95%-BI: 66 - 74) kende de mogelijkheid om ziektekosten als buitengewone uitgaven af te trekken.

Aard van de beperkingen

Over het algemeen bestaan er nauwelijks verschillen in de bekendheid met de verschillende regelingen tussen gehandicapten met verschillende soorten beperkingen (tabel 7.18). Mensen met een combinatie van (matige of ernstige) motorische en visuele beperkingen kenden in 2005 de BU-regeling minder vaak dan de referentiegroep van mensen met alleen motorische beperkingen.

Tabel 7.18: Bekendheid met vergoedings- en compensatieregelingen onder mensen met een handicap in 2005, naar aard van de beperkingen (% en 95%-BI)

	Wvg		Bijzondere bijstand		BU-regeling	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Motorisch (ref.)	73	69-78	87	83-89	71	67-75
Zintuiglijk	61	48-73	80	66-89	70	57-81
Motorisch en visueel	74	65-81	80*	71-86	60	51-68
Motorisch en auditief	70	61-77	84	76-89	70	62-77
Motorisch en visueel en auditief	64	49-77	76	61-87	75	62-85

* Significant verschil ten opzichte van de referentiegroep.

Ernst van de beperkingen

Mensen met ernstige beperkingen zijn over het algemeen beter op de hoogte van de Wvg dan mensen met matige beperkingen: 80% (95%-BI: 75 - 84) versus 64% (95%-BI: 59 - 70). Hoewel ernstig beperkten waarschijnlijk vaker een beroep moeten doen op de Wvg, is het evenzeer mogelijk dat bij mensen met matige beperkingen sprake is van ondergebruik vanwege het feit dat een derde van deze groep niet op de hoogte is van de mogelijkheden van de Wvg. Voor de bekendheid met de twee compensatieregelingen maakt de ernst van de beperkingen geen verschil.

Conclusie

- Het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap is bekend met de mogelijkheden van de Wvg (67%), de regeling Bijzondere bijstand (87%) en de aftrek van ziektekosten als buitengewone uitgaven (70%).
- Vrouwen met een chronische ziekte of handicap zijn beter bekend met de Wvg dan mannen. Oudere chronisch zieken en gehandicapten zijn weer wat beter op de hoogte van de mogelijkheden tot compensatie van ziektegerelateerde uitgaven via de BB- en de BU-regeling dan jongeren.
- Een hoger opleidingsniveau gaat samen met een grotere bekendheid met vergoedings- en compensatieregelingen.
- De bekendheid met de regeling Bijzondere bijstand is over de periode 1998 – 2005 onder chronisch zieken flink toegenomen. De bekendheid met de Wvg was wisselend over deze periode, terwijl de bekendheid met de BU-regeling in 2005 weliswaar aanzienlijk groter is onder chronisch zieken en gehandicapten dan in 1998, maar sinds 2004 is gestabiliseerd.
- Mensen met ernstige beperkingen zijn beter bekend met de Wvg dan mensen met matige beperkingen. Van die laatste groep kent één op de drie mensen de Wvg niet, hetgeen kan duiden op ondergebruik van de Wvg onder deze groep.

Referenties

- AGT HME VAN, STRONKS K, MACKENBACH JP. De financiële situatie van chronisch zieken. Eindrapport van de longitudinale studie naar de financiële situatie van chronisch zieken. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, 1996
- BOER AH de (red.). Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006 (publicatie 2006/12)
- CALSBEEK H, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Kerngegevens Zorg 2005. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2006
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch jaarboek 2005, Voorburg/Heerlen 2005
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch jaarboek 2006, Voorburg/Heerlen 2006
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. STATLINE, 2005
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. STATLINE, 2007
- CUIJPERS M, LAUTENBACH H. Arbeidsgehandicapten 2005. Arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening. Werkdocument, nummer 370. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 2006
- DUGTEREN F VAN. Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst. Sociaal en Cultureel Planbureau, 1999
- HEIJMANS MJWM, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Kerngegevens maatschappelijke situatie 2004. Utrecht: NIVEL, 2005
- HEIJMANS MJWM. Te veel mensen met COPD bewegen te weinig. Factsheet Astma/COPD Monitor. NIVEL, Utrecht, 2006
- INTERDEPARTEMENTALE WERKGROEP INKOMENSONDERSTEUNING GEHANDICAPTEN EN CHRONISCH ZIEKEN (IGCZ). Extra kosten in verband met ziekte of functiebeperkingen. Den Haag: IGCZ, 2001
- IPSO FACTO/SGBO. Een verstreckende wet 3: eindrapport. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten, derde meting. Doetinchem: Elsevier, 2001
- JONG J DE. Consumentenpanel Gezondheidszorg. Zorgverzekeringswet, wat heeft u gekozen? Vragenlijst april 2006. Utrecht: NIVEL, 2006.
- KLERK MMY DE. Rapportage Gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002 (publicatie 2002/10)

KLERK MMY DE, SCHELLINGHOUT R. Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006

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

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Trendrapport 'Bewegen en Gezondheid'. Den Haag, 2002/2003.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. 'Actieplan Investeren voor de toekomst', Tweede Kamer 2003-2004, 26 631 en 28 952, nr. 99. Den Haag, 2004

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. 'Actieplan gelijke behandeling in de praktijk'. Tweede Kamer 2003/2004, 29 355, nr.1. Den Haag, 2004

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Ik heb wat, krijg ik ook wat. Wegwijzer bij kosten van handicap en ziekte. Den Haag, 2007

PANNEKEET-HELSEN MJE, RIJKEN PM. Interim-rapportage. Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2004/2005. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten.Utrecht, NIVEL, 2005

PANNEKEET-HELSEN MJE, RIJKEN PM. Interim-rapportage. Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2005/2006. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten.Utrecht, NIVEL, 2006

RIJKEN PM, JANSSENS L. Interim-rapportage. Niet-gebruik buitengewone uitgavenregeling onder chronisch zieken en gehandicapten. Utrecht, NIVEL, 2005

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

UWV. Feiten en cijfers. Statistisch zakboekje 2005

WENDEL-VOS W, SCHUIT J. SQUASH: Short QUestionnaire to ASses Health enhancing physical activity. Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004

WIT DE JSJ. De SCP-maat voor beperkingen. Een technische toelichting. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (Werkdocument 40)

Bijlage I: 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 kort ingegaan op de wervingsprocedure van de nieuwe chronisch zieken en gehandicapten en de representativiteit van de huisartspraktijken die bij de werving van de nieuwe chronisch zieken waren betrokken. Een uitgebreid overzicht van de wervingsprocedure en de spreiding van de panelleden naar regio en provincie in vergelijking met de totale Nederlandse bevolking is opgenomen in het rapport Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek, Spreeuwenberg & Rijken, 2006).

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. Voor het selecteren van nieuwe chronisch zieken in de huisartspraktijken is, evenals voor de eerdere panels, 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. 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. Conform het protocol is door de huisartsen in samenwerking met onderzoeksmedewerkers een willekeurige steekproef van 36% van het praktijkbestand (dossiers) gelicht. Bij de selectie in de huisartsenpraktijk zijn de vastgestelde criteria toegepast.

De mensen die aan de selectiecriteria voldeden zijn vervolgens uitgenodigd voor deelname aan het NPCG. 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 is de instroomlijst toegestuurd.

Gehandicapten

Voor het selecteren van mensen met een lichamelijke beperking werd aangesloten bij twee grootschalige reguliere bevolkingsonderzoeken: het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (AVO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau, en het Woningbehoefte Onderzoek (WBO) van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.

Aan de hand van een korte screener is de mate van de ernst van de beperkingen bepaald. Alleen degenen met een matige tot ernstige beperking werden uitgenodigd voor deelname aan het NPCG. Als iemand moeite heeft met een groter aantal activiteiten, bijvoorbeeld ook met de mobiliteit of de persoonlijke verzorging, maar deze nog wel zelf kunnen verrichten, heeft men matige beperkingen. Degenen met ernstige beperkingen kunnen

minimaal één activiteit helemaal niet meer zelf uitvoeren en hebben hierbij ondersteuning nodig.

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

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.

De vestigingsplaats van de deelnemende praktijken komt goed overeen met die van alle praktijken in Nederland (Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek, Spreeuwenberg & Rijken, 2006).

Over het algemeen is er geen sprake 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%).

Voor wat betreft de achtergrondkenmerken is er ook geen sprake van een selectieve deelname van lichamelijk gehandicapten aan het NPCG. Wel moet worden opgemerkt dat de samenstelling naar aard van de lichamelijke beperking niet representatief is voor de totale populatie. Met name mensen met een zintuiglijke beperking, zoals een visuele of auditieve beperking, zijn ondervertegenwoordigd zijn in dit panel.

Bijlage II: Samenstelling panel 2005-2006

	April 2005 n=3.193	Oktober 2005 n=3.000	April 2006 n=2.461
Sekse (%)			
Man	37	38	37
Vrouw	63	62	63
Leeftijd (in jaren) (%)			
15 t/m 39 jaar	9	8	8
40 t/m 64 jaar	47	47	48
65 t/m 74 jaar	23	23	24
75 jaar en ouder	20	21	20
Opleidingsniveau (%)			
Geen/lager onderwijs	16	15	15
Lager beroepsonderwijs	28	28	28
Middelbare vooropleiding	17	18	18
Middelbaar beroepsonderwijs	14	14	14
Hogere vooropleiding	7	7	6
Hoger beroepsonderwijs	10	11	11
Wetenschappelijk onderwijs	3	4	3
Onbekend	5	4	4
Chronische ziekte (indexziekte) (%)			
Hart- en vaatziekten	13	13	14
Astma, COPD	15	15	15
Ziekten bewegingsapparaat	17	16	16
Kanker	3	4	3
Diabetes mellitus	12	12	11
Neurologische ziekten	7	7	6
Chronische spijsverteringsziekten	4	3	3
Andere chronische ziekten	13	14	13
Geen of onbekend	16	16	19
Aantal chronische ziekten (%)			
Een	47	48	43
Twee	22	22	22
Drie of meer	15	15	16
Geen of onbekend	16	16	19
Ziekte duur (in jaren) (%)			
T/m 1 jaar	2	0	0
1 t/m 2 jaar	4	3	3
2 t/m 5 jaar	13	13	15
5 t/m 10 jaar	23	25	22
10 t/m 20 jaar	25	25	24
Meer dan 20 jaar	14	14	14
Geen chronische ziekte/onbekend	19	19	22
Aard lichamelijke beperking (%)			
Motorisch	44	44	46
Zintuiglijk	1	2	2
Motorisch en visueel	5	5	5
Motorisch en auditief	6	6	7
Motorisch en visueel en auditief	2	2	2
Geen	39	39	37
Onbekend	2	2	2
Ernst lichamelijke beperking (%)			
Matig	38	38	40
Ernstig	21	20	21
Geen of licht	39	39	37
Onbekend	2	2	2

Bijlage III: Respons metingen april 2005-2006

De onderstaande tabel (III.1) bevat een overzicht van de aantallen vragenlijsten die tijdens de verschillende metingen van de drie panels zijn opgestuurd en geretourneerd. De responspercentages variëren tussen 86% in april 2006 en 93% in april 2005.

Tabel III.1 Respons per meetmoment

Vragenlijst	Opgestuurd aantal ¹	Geretourneerd aantal ¹	Responspercentage
April 2005	3.437	3.193	93
Oktober 2005	3.385	3.000	89
April 2006	2.867	2.461	86

¹ Dit is de netto-respons; van panelleden die geworven zijn via AVO/WBO zijn alleen de mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking meegeteld.

De belangrijkste reden van uitval van panelleden is dat men de vragen niet op zichzelf van toepassing vindt. Vooral chronisch zieken en gehandicapten die weinig tot geen last ondervinden van hun ziekte of handicap geven deze reden op. Daarnaast is 13% van de panelleden overleden en worden gezondheidsredenen en te hoge leeftijd genoemd. Ook vindt men de vragenlijst nogal eens te lang, te complex of te privacy gevoelig (zie tabel III.2)

Tabel III.2 Reden van uitval uit het NPCG (aantal en %)

Reden of oorzaak van uitval	N	%
Overleden	47	13
Opname verpleeghuis	5	1
Gezondheidsredenen	35	10
Omvang lijst / complex	30	8
Men vindt zichzelf te oud	24	7
Te druk	9	3
Aard vragen / privacy	16	4
Vindt de vragen niet op zichzelf van toepassing	56	16
Persoonlijke redenen	19	5
Geen interesse	6	2
Anders	11	3
Onbekend	102	28
Totaal	370	100

Bijlage IV: 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. Uitgebreide informatie is te vinden in het rapport Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek, Spreeuwenberg & Rijken, 2006).

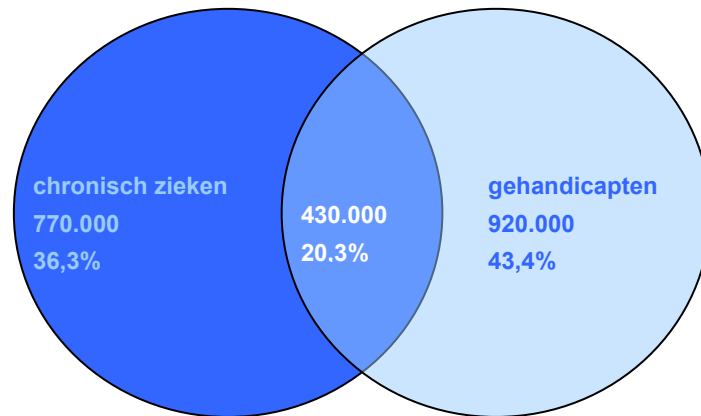
Standaardisatie van de onderzoekspopulatie

In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van drie opeenvolgende metingen in het 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.

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. Zie voor een samenvatting van de berekening van referentiegegevens voor het NPCG het rapport Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek, Spreeuwenberg & Rijken, 2006).

In figuur IV.1 staan de cijfers samengevat: van het geschatte aantal chronisch zieken en gehandicapten in de Nederlands bevolking.

Figuur IV.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 (tabel IV.1).

Tabel IV.1. Standaardpopulatie chronisch ziekten en gehandicapten van 15 jaar en ouder en van 15 t/m 64 jaar, naar persoonskenmerken

		15 jaar en ouder	15 t/m 64 jaar
Sekse	Man	35.1	35.1
	Vrouw	64.9	64.9
Leeftijd	15-39 jaar	8.6	15.4
	40-64 jaar	45.8	84.6
	65-74 jaar	23.4	-
	75 jaar en ouder	22.2	-
Opleiding	Geen/lager onderwijs	18.6	10.2
	LBO	29.0	29.4
	MAVO/MULO	17.8	15.6
	MBO	14.3	20.2
	HAVO/VWO	7.0	8.2
	HBO	10.1	12.6
	Universiteit	3.3	3.8
Aard chronische ziekten	Hart- en vaatziekten	16.3	9.9
	Astma/COPD	13.5	14.4
	Ziekten		
	bewegingsapparaat	19.9	21.1
	Kanker	6.2	3.4
	Diabetes mellitus	12.6	10.9
	Neurologische ziekten	9.6	12.2
	Chronische		
	spijsverteringsziekten	6.2	5.0
Overige chronische			
ziekten	16.6	23.3	
Aantal chronische ziekten	Eén	47.4	62.1
	Twee	27.5	23.0
	Drie of meer	25.2	14.9
Aard beperkingen	Motorisch	57.5	80.9
	Zintuiglijk	8.3	2.2
	Motorisch en visueel	12.4	8.1
	Motorisch en auditief	13.7	7.2
	Motorisch en visueel en auditief	8.3	1.6
Ernst beperkingen	Matig	59.7	65.3
	Ernstig	40.3	34.7

De standaardpopulatie heeft dus een verdeling naar sociaal-demografische en ziekte- en handicapgerelateerde kenmerken, zoals die in het gewogen bestand van april 2005. 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, indexziekte (oudste diagnose), het aantal chronische aandoeningen, aard van de beperking, ernst van de beperking en regio en urbanisatiegraad van de panelleden.

We gaan er van uit dat, op de aard van de lichamelijke beperkingen na (zie Bijlage I), 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 als 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 (Sniijders & 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 panelleden. 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, leeftijd (in vier categorieën), opleidingsniveau, indexziekte (oudste diagnose van een chronische ziekte) en het aantal chronische ziekten, aard van de beperking en ernst van de beperking, regio en urbanisatiegraad (op het niveau van het panellid). 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 leeftijdssamenstelling, 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 (als 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 (minder dan 25), 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 oktober 2005, voor de financiële situatie april 2006), 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.