

Kerngegevens Zorg 2007
Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

Lidwien Lemmens
Peter Spreeuwenberg
Mieke Rijken

ISBN 978-90-6905-921-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 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
1 Inleiding	13
1.1 Doelstelling	13
1.2 Het panel in het kort	13
1.3 Thematiek en vraagstelling	14
1.4 Leeswijzer	15
2 Mensen met een chronische ziekte of beperking	17
2.1 Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking	17
2.2 Algemene gezondheidsbeleving	18
2.3 Belangrijkste bevindingen	21
3 Medisch en paramedisch zorggebruik	23
3.1 Huisartsenzorg	23
3.2 Ziekenhuiszorg	28
3.3 Gespecialiseerd verpleegkundige zorg	32
3.4 Paramedische zorg	34
3.5 Belangrijkste bevindingen	40
4 Zorg en ondersteuning thuis en op het werk	41
4.1 Thuiszorg en andere professionele hulp	41
4.2 Informele zorg	43
4.3 Hulpmiddelen en aanpassingen	45
4.4 Bedrijfsgeneeskundige zorg	51
4.5 Belangrijkste bevindingen	53
5 Ervaren kwaliteit van zorg	55
5.1 Vertrouwen in de zorg	55
5.2 Ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg	57
5.3 Ervaren kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg	62
5.4 Klachten over zorgaanbieders	64
5.5 Belangrijkste bevindingen	67

Referenties	69
Bijlage I: Werving deelnemers NPCG	71
Bijlage II: Samenstelling panel 2006-2007	73
Bijlage III: Respons metingen april 2006-2007	75
Bijlage IV: Methodische verantwoording	77

Voorwoord

Voor u ligt het tweejaarlijkse rapport Kerngegevens Zorg van het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL. Dit rapport bevat een groot aantal kerngegevens over het zorggebruik van mensen met een chronische ziekte of beperking en de door hen ervaren kwaliteit van zorg. Veelal worden gegevens gepresenteerd vanaf 2004 of 2005 en zelfs - waar het uitsluitend chronisch zieken betreft - vanaf 1998, zodat trends en ontwikkelingen zichtbaar worden. Hierdoor kan deze rapportage voor monitoringdoeleinden worden gebruikt. Zoals gezegd bevat dit rapport de kerngegevens over het gebruik van zorg en de ervaren kwaliteit van deze zorg. Het rapport Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008, dat eind dit jaar verschijnt, bevat de kerngegevens over de arbeidssituatie en financiële positie van mensen met een chronische ziekte of beperking in Nederland.

Op deze plaats willen wij alle panelleden bedanken voor hun bereidheid om meerdere keren per jaar gegevens aan ons te verstrekken. Dankzij hen beschikken we inmiddels over een schat aan informatie over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Ook willen we op deze plaats de heer F.J.M. Frenken (Centraal Bureau voor de Statistiek) bedanken voor zijn behulpzaamheid bij het aanleveren van referentiegegevens uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS). Voor de programmering en begeleiding van het onderzoek is een programmacommissie ingesteld. Deze commissie bestond in 2007 en 2008 uit de volgende personen: mevrouw dr. G.H.M.M. ten Horn (voorzitter), mevrouw dr. M.A.G. van den Berg (CG-Raad), mevrouw drs. G.T.M.A. Duijndam (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), de heer prof. dr. P.P. Groenewegen (NIVEL), mevrouw drs. M. Hempenius (CG-Raad), mevrouw drs. J.A. Ringelberg (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid), de heer drs. J.M. Timmermans (Sociaal en Cultureel Planbureau) en de heer drs. A. van der Zeijden (CG-Raad). Wij bedanken alle leden van de programmacommissie hartelijk voor hun inzet voor het NPCG.

Utrecht, september 2008

Samenvatting en beschouwing

Dit rapport bevat informatie over het gebruik van zorg door mensen met een lichamelijke chronische ziekte of beperking en hun beoordeling van de kwaliteit van de ontvangen zorg. De gegevens zijn afkomstig uit het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) dat door het NIVEL wordt uitgevoerd. In het NPCG worden op continue basis gegevens verzameld over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking, zoals zij deze zelf ervaren. Hiertoe worden vragen voorgelegd aan een panel van ruim 3.500 chronisch zieken en lichamelijke gehandicapten in de leeftijd vanaf 15 jaar. Panelleden met een chronische ziekte worden jaarlijks in huisartsenpraktijken verspreid over heel Nederland geselecteerd op grond van hun medische diagnose. Mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking zijn in 2005 vanuit twee grootschalige bevolkingsonderzoeken in het NPCG ingestroomd. Door de samenstelling van het panel en de toegepaste analysemethode worden landelijk representatieve gegevens verkregen, die kunnen worden gebruikt om de ontwikkelingen in de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking te volgen en de effecten van algemeen beleid en specifiek beleid voor deze doelgroep zichtbaar te maken.

De bevindingen die in dit rapport worden beschreven zijn gebaseerd op gegevens uit schriftelijke enquêtes onder de deelnemers aan het NPCG over de periode april 2005-april 2007. Omdat in de april-enquêtes het zorggebruik werd teruggevraagd over het voorafgaande kalenderjaar, bevat dit rapport veel gegevens die de periode 2004 t/m 2006 - en niet 2005 t/m 2007 - betreffen. Bij chronisch zieken worden al vanaf 1998 gegevens verzameld¹. Daarom zijn voor deze groep gegevens over een langere reeks van jaren beschikbaar, veelal 1997 t/m 2006.

Kenmerken van de populatie

De populatie mensen met een chronische ziekte of beperking waarop de gegevens uit dit onderzoek betrekking hebben bestaat voor een groot deel uit vrouwen en ouderen. De helft is laag opgeleid. Mensen met een chronische ziekte en mensen met een beperking ('gehandicapten') zijn geen twee elkaar uitsluitende groepen. Integendeel, veel mensen met een chronische ziekte ervaren beperkingen in hun functioneren en bij een groot deel van de mensen met een lichamelijke beperking houdt de beperking verband met de aanwezigheid van een chronische ziekte. Denk bijvoorbeeld aan de grote groep ouderen die moeite hebben met lopen en bij wie artrose (gewrichtsslijtage) in de heup of knie daarvan de oorzaak is, maar ook aan de groeiende groep mensen met diabetes bij wie oogafwijkingen ontstaan die het gezichtsvermogen blijvend kunnen aantasten. De meest voorkomende chronische ziekten in de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking zijn aandoeningen van het bewegingsapparaat en hart- en vaatziekten. Een kwart van deze populatie heeft ernstige lichamelijke beperkingen. In het overgrote deel van de gevallen zijn de lichamelijke beperkingen motorisch van aard. Mensen met een chronische ziekte of beperking ervaren hun algehele gezondheid als

¹ In de periode 1998-2004 beschikte het NIVEL over het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (circa 2.500 chronisch zieken); het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (sinds 2005) is een voortzetting en verbreding daarvan.

aanzienlijk slechter dan de algemene Nederlandse bevolking. Dit geldt nog meer voor mensen met motorische, multiple of ernstige beperkingen. Ongeacht de aard en ernst van de beperkingen, ervaren ook chronisch zieken met comorbiditeit (meerdere chronische ziekten) hun gezondheid als slechter.

Gebruik van medische en paramedische zorg

Mensen met een chronische ziekte of beperking behoren tot de grootgebruikers binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Het gaat daarbij niet alleen om de zogenaamde curatieve zorg, maar ook om de langdurige zorg. Richtten we ons eerst op de curatieve zorg, dan zien we dat 90% van de onderzoekspopulatie in 2006 contact had met een huisarts ten opzichte van driekwart van de algemene bevolking van 15 jaar en ouder. Drie op de vier mensen met een chronische ziekte of beperking bezochten een medisch specialist in de polikliniek en ongeveer één op de zes (17%) werd in het ziekenhuis opgenomen. Dit is twee keer zoveel als binnen de algemene bevolking (respectievelijk 42% met poliklinisch contact en 8% met een ziekenhuisopname). Bij deze vergelijking met de algemene bevolking vanaf 15 jaar moet worden opgemerkt dat niet is gecorrigeerd voor de sociaal-demografische verschillen tussen de onderzochte populaties; mensen met een chronische ziekte of beperking zijn bijvoorbeeld gemiddeld genomen ouder dan de algemene bevolking als geheel.

In de zorg voor chronisch zieken zijn belangrijke ontwikkelingen zichtbaar. De NPCG-gegevens laten zien dat het aantal contacten van chronisch zieken met de huisarts daalde over de periode 1997-2006. Tegelijkertijd zien we een forse toename van het percentage chronisch zieken dat contact heeft met een praktijkondersteuner huisarts (POH). Uit gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg blijkt eveneens dat het aantal contacten van de huisarts met chronisch zieken is gedaald sinds de komst van de POH (Lamkaddem et al., 2004). Een derde van de chronisch zieken (NPCG) gaf aan in 2006 tenminste één keer contact te hebben gehad met een POH. Onder diabetespatiënten ligt dat percentage nog flink hoger: tweederde van de mensen met diabetes had in 2006 contact met een POH. Bij deze groep zien we ook een grote toename in het percentage mensen dat contact heeft met een diabetesverpleegkundige. Deze verpleegkundige kan zowel in de eerste als in de tweede lijn werkzaam zijn. In 1999 had de helft van de diabetespatiënten contact met een diabetesverpleegkundige; in 2006 is dit gestegen naar drie op de vier. Bij de andere groepen chronisch zieken die we konden volgen zijn de ontwikkelingen minder spectaculair. Mensen met hart- en vaatziekten nemen de tweede plaats op de 'ranglijst' in (ver achter de diabetespatiënten) wat hun contacten met de POH en gespecialiseerde verpleegkundigen betreft.

Ten aanzien van het gebruik van paramedische zorg gaat het bij mensen met een chronische ziekte of beperking vooral om fysiotherapie. Ondanks de ingrijpende wijziging in de vergoeding van fysiotherapie in 2004 (fysiotherapie ging toen uit het wettelijk verzekerde pakket), is het gebruik ervan onder mensen met een chronische ziekte niet gedaald². Dit in tegenstelling tot het totale fysiotherapiegebruik in Nederland, dat in 2004 wel daalde, maar sindsdien weer is gestabiliseerd (Swinkels et al., 2008). Dit houdt mogelijk verband met het feit dat de meeste chronisch zieken fysiotherapie krijgen voor

² Specifiek over de groep mensen met een beperking hebben we geen gegevens van voor 2004.

een aandoening die voorkomt op de ‘niet limitatieve lijst’, waardoor zij hun fysiotherapie wel vergoed krijgen (vanaf de tiende behandeling). Ook blijken veel mensen met een chronische ziekte of beperking zich aanvullend te hebben verzekerd voor fysiotherapie (De Jong & Groenewegen, 2006). Tevens valt op dat het gebruik van mondhygiënische zorg de laatste jaren fors is toegenomen, van 4% in 2004 tot 12% in 2006. Het zijn vooral vrouwen en jongere mensen die een mondhygiënist bezoeken, alsook mensen die wat hoger zijn opgeleid.

Gebruik van thuiszorg en informele zorg

Zoals hiervoor reeds werd vermeld, is naast curatieve zorg langdurige zorg van groot belang voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Onder degenen die zelfstandig wonen gaat het dan vooral om thuiszorg. In 2007 werd de huishoudelijke hulp vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hierdoor zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor de huishoudelijke hulp, terwijl de zorgkantoren het AWBZ-gefinancierde deel van de thuiszorg (‘Zorg zonder verblijf’) blijven uitvoeren.

In het jaar voorafgaand aan de invoering van de Wmo, in 2006, hadden vier op de tien mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking professionele zorg thuis, waarbij het voornamelijk om huishoudelijke hulp ging. Dit percentage ligt tien keer zo hoog als onder de algemene bevolking. Hierbij merken we op dat de populatie mensen met een matige of ernstige beperking gemiddeld genomen ouder is - en voor een groter deel uit vrouwen bestaat - dan de algemene bevolking, hetgeen uiteraard zijn weerslag heeft op het gebruik van professionele zorg in de thuissituatie. Desondanks kan uit deze cijfers worden geconcludeerd dat meer dan de helft van de mensen met een matige of ernstige beperking geen professionele hulp thuis heeft. Informele zorg, verleend door familie en bekenden, lijkt voor een deel in de aanwezige hulpbehoefte te voorzien. Ruim 40% van de mensen met een matige of ernstige beperking gaf aan in 2006 hulp te hebben gehad van directe naasten. Het zijn vooral partners en niet-inwonende familieleden, zoals volwassen kinderen, die informele zorg verlenen, maar ook niet-familieleden dragen een flinke steen bij.

Zowel ten aanzien van het gebruik van thuiszorg in natura als het gebruik van een persoonsgebonden budget (pgb) daarvoor, vinden we over de periode 2004-2006 een geleidelijke toename onder mensen met een matige of ernstige beperking. Het gebruik van het pgb is overigens nog gering: 6% van de mensen met een matige of ernstige beperking had in 2006 een pgb, meestal voor huishoudelijke hulp. Met de gegevens uit de enquête van april 2008 (niet in dit rapport) kan op korte termijn een eerste indruk worden gekregen van de eventuele veranderingen in het gebruik van professionele zorg en informele zorg als gevolg van de invoering van de Wmo in 2007. Uiteraard zullen de werkelijke effecten pas op wat langere termijn goed zichtbaar worden.

Hulpmiddelen en aanpassingen

Veel mensen met een chronische ziekte of beperking maken gebruik van medische of ondersteunende hulpmiddelen of aanpassingen om zich thuis te redden of zich in het openbare leven te bewegen. In 2006 had driekwart van de onderzoekspopulatie tenminste één hulpmiddel of aanpassing. Afgezien van visuele hulpmiddelen (o.a. brillen), zijn het

vooral loophulpmiddelen, zoals een stok of rollator, steunzolen en woningaanpassingen, bijvoorbeeld aanpassingen in de badkamer of de keuken of een traplift. Chronisch zieken hebben daarnaast relatief vaak elastische kousen ('steunkousen') en mensen met een matige of ernstige beperking bezitten daarnaast relatief vaak een scootmobiel of aangepaste fiets.

Het hebben van hulpmiddelen houdt uiteraard verband met de ernst van de beperkingen die men heeft en, voor bepaalde hulpmiddelen, ook met de aard van de ziekte of beperking. Opmerkelijk is dat het hebben van hulpmiddelen of aanpassingen ook samenhangt met het opleidingsniveau van de chronisch zieke of gehandicapte: van de laag opgeleide mensen met een chronische ziekte of beperking had 65% in 2006 hulpmiddelen of aanpassingen, van de hoog opgeleide 80%. Mogelijk is de toegankelijkheid hier in het geding; laag opgeleide mensen weten misschien minder goed welke hulpmiddelen er zijn of hoe ze eraan kunnen komen. Het kan ook zijn dat de eventuele eigen bijdragen een belemmering vormen. Deze bevinding verdient nader onderzoek.

Gebruik van bedrijfsgeneeskundige zorg

Mensen met een chronische ziekte of beperking kunnen problemen ervaren met het uitvoeren van hun werk. Vroegtijdig contact met de bedrijfsgeneeskundige zorg kan langdurig ziekteverzuim en uitval uit het arbeidsproces voorkomen. In 2006 had net iets meer dan één op de tien werkende chronisch zieken en gehandicapten (11%) contact met een bedrijfsarts. Dit percentage ligt een stuk lager dan in 2004, toen nog 17% van de werkende mensen met een chronische ziekte of beperking contact had met een bedrijfsarts. Of daadwerkelijk sprake is van een neerwaartse trend kan niet op basis van twee metingen worden vastgesteld, maar zal de komende jaren moeten blijken.

Vertrouwen in de gezondheidszorg

Mensen met een chronische ziekte of beperking hadden in oktober 2005, dus aan de vooravond van de nieuwe Zorgverzekeringswet, minder vertrouwen in de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg dan 'gewone' burgers. In dit verband is het opvallend dat juist een groter deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking in oktober 2005 vertrouwen had in zorgverleners en zorginstanties dan van de algemene bevolking. Mogelijk hebben mensen met een chronische ziekte of beperking door hun frequenter contact met zorgverleners en instanties ook vaker positieve ervaringen, hetgeen zich vertaalt in een groter vertrouwen. Echter, ook het feit dat chronisch zieken en gehandicapten vaker afhankelijk zijn van de genoemde zorgverleners en instanties kan een rol spelen.

Hoewel het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking veel vertrouwen heeft in artsen, geldt dat niet voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen die alternatieve behandelingen toepassen. Opvallend is bovendien dat slechts de helft van de chronisch zieken en gehandicapten veel vertrouwen heeft in de centrale huisartsenpost, terwijl vrijwel iedereen veel vertrouwen heeft in huisartsen. Tenslotte merken we op dat het vertrouwen in indicatieorganen gering is; slechts één op de drie mensen met een chronische ziekte of beperking stelt veel vertrouwen in instanties die indicaties stellen. Twee op de drie chronisch zieken en gehandicapten hebben wel veel vertrouwen in de thuiszorgorganisaties die de zorg leveren.

Ervaren kwaliteit van zorg

Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben over het algemeen positieve ervaringen met huisartsen en medisch specialisten. Wel missen chronisch zieken soms de specifieke deskundigheid over hun aandoening bij de huisarts. Dat is goed voor te stellen; de huisarts is immers een generalist. Belangrijk is echter wel dat de huisarts voldoende kennis van zaken heeft ten aanzien van chronische ziekten die vooral in de eerste lijn behandeld moeten worden. In dat verband is het vermeldenswaardig dat van de mensen met diabetes het overgrote deel (75%) van mening is dat de huisarts specifieke deskundigheid over hun aandoening in huis heeft. Bij andere chronische ziekten, waaronder bijvoorbeeld astma en COPD, is het beeld minder gunstig.

Op het organisatorische vlak worden zowel binnen de huisartsenzorg als binnen de medisch-specialistische zorg met name goede afspraken gemist over wat men moet doen in geval van nood.

Ook de ervaringen met bedrijfsartsen zijn over het algemeen positief. Mensen met een chronische ziekte of beperking worstelen soms wel met de vraag of de bedrijfsarts hun belangen even zwaar laat wegen als die van hun werkgever. Twee op de drie mensen die contact hadden met een bedrijfsarts is van mening dat de bedrijfsarts specifieke deskundigheid bezit op het gebied van hun aandoening of beperking in relatie tot werk. Meer dan 90% vindt de bedrijfsarts bovendien betrouwbaar en integer.

Klachten

Mensen met een chronische ziekte of beperking hadden in 2006 weinig klachten over de gezondheidszorg. We doelen hier niet alleen op officieel ingediende klachten, maar ook op gevoelens van onvrede over de gezondheidszorg. Beperken we ons tot chronisch zieken, dan kunnen we concluderen dat nog niet eerder er (in vergelijking tot de jaren 2000-2003) zo weinig klachten waren dan in 2006. Nog altijd gaat het bij tweederde van de klachten om een als onheus ervaren bejegening door een zorgverlener. Mensen die multipele (zowel motorische als visuele en auditieve) beperkingen hebben, hebben vaker een klacht. Dit hangt wellicht ten dele samen met het feit dat ze gebruik maken van een breed scala aan zorg en dus veel contact hebben met zorgverleners en instanties, maar ook zaken als de fysieke en financiële toegankelijkheid van de zorg voor deze groep en de complexere zorgverlener-patiënt communicatie zouden een rol kunnen spelen. Nader onderzoek naar de knelpunten die mensen met multipele beperkingen ervaren bij hun gebruik van zorg is gewenst.

1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een inleiding op het rapport. In paragraaf 1.1 wordt de doelstelling van het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) beschreven. Paragraaf 1.2 bevat een korte toelichting op het panel. Paragraaf 1.3 geeft een beschrijving van de thematiek en vraagstelling die in dit rapport worden behandeld. In paragraaf 1.4 wordt tenslotte de wijze waarop de gegevens in dit rapport gepresenteerd worden toegelicht.

1.1 Doelstelling

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

1.2 Het panel in het kort

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten bestaat uit ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder met een medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekte en/of matige tot ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen. In dit rapport wordt voor het gemak gesproken van 'chronisch zieken' en 'gehandicapten' en van 'mensen met een chronische ziekte of beperking'. De panelleden zijn geworven via huisartsenpraktijken (landelijke steekproef uit de Registratie Gevestigde Huisartsen in Nederland) en - in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau - via twee bevolkingsonderzoeken: het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 2003 (AVO; SCP) en het Woning Behoeftte Onderzoek 2002 (WBO; VROM). Voor meer informatie over de wervingsprocedure wordt verwezen naar bijlage I.

Het NPCG is een voortzetting en verbreding van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ; 1998-2004). Dit panel bestond uit ongeveer 2.500 mensen met een chronische ziekte. Het NPCG is een breder panel dan het PPCZ, omdat mensen met lichamelijke beperkingen - ook zonder chronische ziekten - aan het panel werden toegevoegd. De dataverzameling bij het NPCG is in het voorjaar van 2005 gestart. Over de periode 1998-2004 beschikken we dus over gegevens over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte; sinds 2005 over die van mensen met een chronische ziekte of beperking.

Bijlage II bevat een beschrijving van de samenstelling van het NPCG over de jaren 2006 en 2007 heen aan de hand van een aantal sociaal-demografische en ziekte-/beperking-gerelateerde kenmerken. De gegevens van dit rapport zijn gebaseerd op de metingen van april 1998 t/m april 2007. Bijlage III bevat een overzicht van de respons op de metingen van april 2006 t/m april 2007. Responscijfers van eerdere metingen staan vermeld in de rapportages Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek et al., 2006) en Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006 (Van den Brink-Muinen et al., 2007).

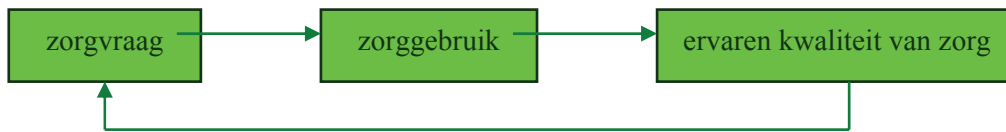
1.3 Thematiek en vraagstelling

Een chronische ziekte of lichamelijke beperking kan allerlei gevolgen hebben op fysiek, psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied. In het onderzoeksprogramma NPCG worden de gevolgen van het hebben van een chronische ziekte of beperking voor de kwaliteit van leven en de maatschappelijke positie van mensen met een chronische ziekte of beperking in kaart gebracht. Hierbij vormt het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten 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 ondersteuning van het zelfmanagement en het voorkomen van verergering van de ziekte. Bij mensen met een lichamelijke beperking ligt de nadruk op het zoveel mogelijk handhaven van de functionele gezondheid. Op deze wijze wordt beoogd de kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte of beperking en hun mogelijkheden tot maatschappelijke participatie te optimaliseren. Dit impliceert dat adequate zorg niet een doel op zichzelf is, maar vooral een middel om mensen met een chronische ziekte of beperking in staat te stellen zoveel mogelijk hun leven te leiden zoals ze dat zelf willen.

In dit rapport staat de zorg en ondersteuning voor mensen met een chronische ziekte of beperking centraal. Het uitgangspunt vormt de zorgvraag (*demand*), bijvoorbeeld een vraag om een medische of paramedische behandeling, om verpleegkundige zorg, of een vraag om een hulpmiddel of aanpassing. Gewoonlijk zal de zorgvraag worden omgezet in daadwerkelijke zorgconsumptie, mits de toegankelijkheid en kwaliteit van de betreffende zorg niet in het geding zijn. Door het gebruik van zorg hebben mensen ervaringen met de zorg en vormen zij zich een oordeel over de kwaliteit ervan. Dit kwaliteitsoordeel kan op zijn beurt weer de vraag naar zorg beïnvloeden. De veronderstelde relaties zijn weergegeven in figuur 1.1.

Figuur 1.1



In dit rapport komt het gebruik van een breed scala aan zorg en ondersteuning aan bod: medische, verpleegkundige en paramedische zorg, thuiszorg, bedrijfsgeneeskundige zorg, informele zorg en het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen (hoofdstukken 3 en 4). Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan de ervaren kwaliteit van zorg, waarbij ook het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg en de klachten die men heeft over zorgaanbieders aan bod komen (hoofdstuk 5). Voorafgaand hieraan wordt een aantal sociaal-demografische en ziekte-/beperkinggerelateerde kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking beschreven, omdat dit een globale indruk geeft van de zorgbehoeften van deze groep (hoofdstuk 2). Om die reden komt daarbij ook de algemene gezondheidsbeleving aan bod.

1.4 Leeswijzer

In het rapport worden voor alle gehanteerde indicatoren van de algemene gezondheidsbeleving, het zorggebruik en de ervaren kwaliteit van zorg schattingen gegeven van de gemiddelde scores of percentages op de meest recente meting. In dit rapport is dat meestal de meting van april 2007. Daar waar mogelijk worden de gegevens van mensen met een chronische ziekte of beperking 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 zorgvraag van de Nederlandse bevolking en van gegevens die speciaal voor deze vergelijking door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn verstrekt over de algemene bevolking van 15 jaar en ouder. We merken hierbij op dat bij de vergelijkingen met de algemene bevolking niet is gecorrigeerd voor eventuele verschillen in sociaal-demografische kenmerken tussen de onderzoekspopulatie en de algemene bevolking, bijvoorbeeld in de leeftijds- en geslachtsverdeling. Behalve een beschrijving van de situatie op de meest recente meting wordt in het rapport de situatie over de afgelopen jaren geschetst.

In het rapport worden dus schattingen gepresenteerd voor de totale populatie van zelfstandig wonende mensen met chronisch somatische ziekten en/of lichamelijke (motorische en/of zintuiglijke) beperkingen in de leeftijd van 15 jaar en ouder. In aanvulling hierop worden ook schattingen gepresenteerd voor subgroepen van mensen met een chronische ziekte of beperking. Deze groepen worden onderscheiden naar:

- sekse, leeftijd en opleidingsniveau (voor de totale groep van mensen met een chronische ziekte of beperking),
- aard en aantal chronische ziekten (alleen voor mensen met een chronische ziekte),
- aard en ernst van de beperkingen (alleen voor mensen met een matige of ernstige beperking).

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 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 beperking, bijvoorbeeld verschillen tussen leeftijdscategorieën, wordt een alpha (kans op het ten onrechte verwerpen van de nulhypothese 'er is geen verschil') van .01 gehanteerd. 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 trendanalyses (om de ontwikkelingen over de afgelopen jaren te toetsen) wordt in de tekst aangegeven of er sprake is van een significant tijdseffect. Daarbij wordt eveneens een alpha van .01 gehanteerd. Tevens wordt aangegeven om welke trend het gaat; dit kan een lineaire trend zijn of een kwadratische of een polynomiale trend van een hogere orde. Bij een lineaire trend is sprake van een regelmatige toe- of afname over de tijd. Bij een kwadratische trend is eerst sprake van een toename, gevolgd door een afname (of andersom). Bij polynomiale trends van een hogere orde fluctueren de waarden over de tijd. Bij het ontbreken van een trend hebben zich geen significante veranderingen voorgedaan, en kan de situatie over de betreffende periode als stabiel worden beschouwd.

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

Structuur van de hoofdstukken

De resultatenhoofdstukken volgen een vast stramien. Ieder hoofdstuk is opgebouwd uit een aantal paragrafen waarin verschillende onderwerpen worden behandeld, bijvoorbeeld het gebruik van huisartsenzorg in paragraaf 3.1 en het gebruik van ziekenhuiszorg in 3.2. Per paragraaf wordt - zo mogelijk - eerst een vergelijking met de algemene bevolking gepresenteerd om de gegevens in perspectief te kunnen plaatsen. Deze gegevens betreffen de totale groep van mensen met een chronische ziekte of beperking. Daarbij volgt een beschrijving naar verschillende sociaal-demografische kenmerken (geslacht, leeftijd en opleidingsniveau). Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd voor een deelpopulatie, namelijk mensen met een chronische ziekte. Daarbij wordt ook ingegaan op eventuele verschillen tussen chronisch zieken naar aard en aantal chronische ziekten. Tenslotte worden de gegevens gepresenteerd voor de andere deelpopulatie, te weten mensen met een (matige of ernstige) lichamelijke beperking. Hierbij wordt aandacht besteed aan eventuele verschillen tussen gehandicapten naar aard en ernst van de beperkingen. We merken hier nogmaals op dat er sprake is van overlap tussen beide deelpopulaties; iemand kan zowel een chronische ziekte hebben als lichamelijke beperkingen. Bij het berekenen van de gegevens is met deze overlap rekening gehouden (zie bijlage IV).

2 Mensen met een chronische ziekte of beperking

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke kenmerken mensen met een chronische ziekte of beperking hebben (paragraaf 2.1) en hoe zij hun algehele gezondheid beleven (paragraaf 2.2). Omdat kenmerken zoals leeftijd, het soort en aantal chronische ziekten of de aard en ernst van de beperkingen evenals de ervaren gezondheid enige indicatie geven van de zorgbehoefte van de populatie, is deze informatie van belang voor de interpretatie van de resultaten over het zorggebruik, die in de volgende hoofdstukken worden beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 2.3).

2.1 Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking

Deze paragraaf geeft een beschrijving van de samenstelling van de groep mensen met een chronische ziekte of beperking naar enkele sociaal-demografische en ziekte- en beperkinggerelateerde kenmerken (zie tabel 2.1). De gegevens zijn gebaseerd op de respondenten van de voorjaarsmeting van het NPCG in april 2007 ('respondentengroep').

Daarnaast laat tabel 2.1 zien welke standaardpopulatie bij alle berekeningen is gehanteerd ('standaardpopulatie'). Gebruik van een standaardpopulatie is nodig, omdat de berekeningen over de jaren heen moeten worden gebaseerd op een zelfde aandeel vrouwen, mannen, mensen van een bepaalde leeftijd, etc. Indien dat niet gebeurt, kunnen verschillen tussen jaren optreden die in feite veroorzaakt worden door verschillen tussen de groepen bevraagde respondenten. Door toevallige verschillen in de getrokken steekproeven over de jaren heen en eventuele verschillen in respons is de respondentengroep jaarlijks niet precies hetzelfde samengesteld.

Omdat kenmerken van de totale Nederlandse populatie van zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte of beperking vanaf 15 jaar niet bekend zijn, hebben wij de standaardpopulatie gedefinieerd op basis van gegevens over de verhouding en overlap tussen de groepen chronisch zieken en gehandicapten in de Nederlandse bevolking en de kenmerken van het panel bij aanvang van het NPCG (april 2005). Voor meer informatie over deze standaardpopulatie en het gebruik ervan wordt verwezen naar bijlage IV.

Tabel 2.1 laat zien dat de standaardpopulatie voor tweederde uit vrouwen bestaat. Nog geen 10% van de populatie is jonger dan 40 jaar; 45% is 65 jaar of ouder. Bijna de helft van de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking is laag opgeleid, dat wil zeggen dat zijn alleen lagere school en/of lager beroepsonderwijs hebben gevolgd. Aandoeningen van het bewegingsapparaat en hart- en vaatziekten zijn de meest voorkomende chronische aandoeningen. Van de totale populatie heeft 30% geen of alleen lichte lichamelijke beperkingen, 45% heeft matig ernstige en 25% ernstige beperkingen. Het overgrote deel van degenen met matige of ernstige beperkingen heeft uitsluitend motorische beperkingen; een kleine groep heeft een zintuiglijke beperking of een combinatie van motorische en zintuiglijke beperkingen.

Tabel 2.1: Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking

	Respondentengroep, april 2007 (N=2.771)	Standaardpopulatie
Sekse (%)		
- man	38	35
- vrouw	62	65
Leeftijd (%)		
- 15 t/m 39 jaar	6	9
- 40 t/m 64 jaar	48	49
- 65 t/m 74 jaar	25	23
- 75 jaar of ouder	21	22
Opleidingsniveau (%)		
- laag	45	48
- midden	40	39
- hoog	15	13
Chronische ziekte (indexziekte¹; %)		
- hart- en vaatziekten	15	13
- astma / COPD	13	10
- aandoeningen bewegingsapparaat	17	16
- kanker	3	3
- diabetes	11	9
- neurologische ziekten	6	6
- spijsverteringsziekten	4	3
- overige chronische ziekten	13	13
- geen chronische ziekte / onbekend	18	27
Aantal chronische ziekten (%)		
- een	45	38
- twee	22	19
- drie of meer	15	16
- geen chronische ziekte / onbekend	18	27
Ernst lichamelijke beperking (%)		
- geen / licht	45	30
- matig	38	45
- ernstig	17	25
Aard lichamelijke beperking (%)		
- motorisch	40	52
- zintuiglijk	2	2
- motorisch en visueel	5	6
- motorisch en auditief	6	7
- motorisch, visueel en auditief	2	2
- geen / lichte beperking	45	30

¹ De indexziekte is - in geval van meer dan één chronische ziekte - de oudste chronische ziekte waaraan men lijdt, dus de ziekte die als eerste gediagnosticeerd werd.

2.2 Algemene gezondheidsbeleving

In deze paragraaf beschrijven we hoe mensen met een chronische ziekte of beperking hun gezondheid ervaren. Om hiervan een indruk te krijgen is de schaal 'algemene gezondheidsbeleving' van de RAND-36 (Van der Zee & Sanderman, 1993; Van der Zee et al., 1996) als indicator gekozen. Deze schaal meet de algemene gezondheidstoestand zoals deze ervaren wordt door een persoon (subjectieve evaluatie). Een persoon met een lage score op deze schaal beoordeelt zijn of haar gezondheid als slecht en verwacht dat deze waarschijnlijk nog achteruit zal gaan. Een persoon met een hoge score beoordeelt zijn of

haar gezondheid daarentegen als uitstekend. De scores kunnen variëren tussen 0 en 100, waarbij 0 de slechtst mogelijke ervaren gezondheid aangeeft, en 100 de best mogelijke. De schaal is over de periode 1998-2007 jaarlijks in april bij de panelleden afgenomen, uitgezonderd in 2001³.

2.2.1 *Mensen met een chronische ziekte of beperking*

In 2007 bedroeg de gemiddelde score van mensen met een chronische ziekte of beperking op de schaal ‘algemene gezondheidsbeleving’ 49,4 (BI: 47,8-51,0). In 2005 en 2006 lag de gemiddelde score een fractie lager, maar van een significante toename in de ervaren gezondheid is vooralsnog geen sprake. De ervaren gezondheid van mensen met een chronische ziekte of beperking is aanzienlijk slechter dan die van de algemene Nederlandse bevolking. Ter illustratie: personen uit de algemene bevolking, gestandaardiseerd naar de samenstelling van de bevolking in 2000, hebben een gemiddelde score van circa 70 (Hoeymans et al., 2005). Hierbij moet worden aangetekend dat de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking gemiddeld genomen ouder is dan de algemene bevolking.

De algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte of beperking kan verschillen afhankelijk van de sekse, leeftijd of het opleidingsniveau. In tabel 2.2 worden daarom de gemiddelde scores voor verschillende subgroepen over 2007 gepresenteerd. De tabel laat zien dat van substantiële verschillen geen sprake is. Opvallend is dat 75-plussers hun gezondheid over het algemeen niet als slechter ervaren dan de jongere leeftijdsgroepen. We merken hierbij op dat bij deze berekening is gecorrigeerd voor alle andere kenmerken vermeld in tabel 2.1, dus ook voor de ernst en aard van de beperkingen.

Tabel 2.2: Algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte of beperking in 2007, uitgesplitst naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau

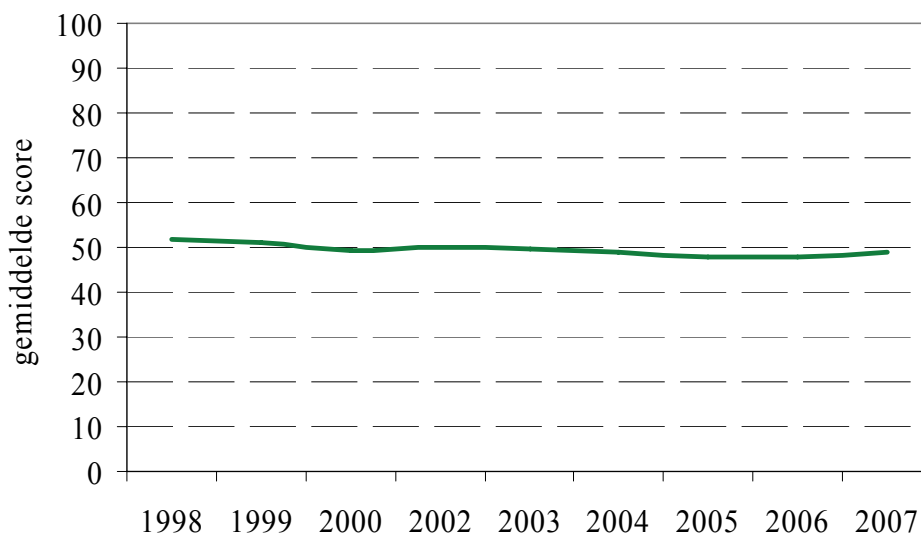
	Gemiddelde	BI
Sekse		
- man	49,9	48,0-51,7
- vrouw	49,2	47,5-50,9
Leeftijd		
- 15 – 39 jaar	49,5	46,5-52,5
- 40 – 64 jaar	49,0	47,3-50,7
- 65 – 74 jaar	49,3	47,3-51,3
- 75 jaar en ouder	50,4	48,2-52,5
Opleidingsniveau		
- laag	49,0	47,2-50,8
- midden	49,6	47,8-51,4
- hoog	50,6	48,3-53,0

³ Over de periode 1998-2004 hebben we alleen gegevens van mensen met een chronische ziekte, omdat het panel toen uitsluitend uit chronisch zieken bestond (Patiëntenpanel Chronisch Zieken; 1998 – 2004).

2.2.2 Mensen met een chronische ziekte

Wanneer we de onderzoeksgroep beperken tot mensen met een chronische ziekte, kunnen we de algemene gezondheidsbeleving over een langere reeks van jaren (vanaf 1998) volgen. Figuur 2.1 laat zien dat er over een periode van bijna tien jaar sprake is van een geringe dalende trend in de ervaren gezondheid [lineaire trend]. Hoewel significant, is van een substantiële afname geen sprake. De gemiddelde score in 2007 bedroeg 48,9 (BI: 47,8-50,1). In de eerste jaren van gegevensverzameling lag de score nog net aan de goede kant van de 50: 51,8 in 1998 en 51,1 in 1999.

Figuur 2.1: Algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte, 1998-2007



In dit onderzoek is tevens nagegaan of de algemene gezondheidsbeleving van chronisch zieken verschilt afhankelijk van de soort chronische ziekte of het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt.

De gegevens over 2007 laten zien dat de verschillen tussen mensen met verschillende (categorieën van) chronische ziekten gering zijn (tabel 2.3), waarbij weer moet worden aangetekend dat hierbij gecorrigeerd is voor andere verschillen tussen de groepen chronisch zieken, zoals bijvoorbeeld verschillen in leeftijd en verschillen in aard en ernst van de beperkingen⁴. Mensen met astma / COPD en mensen met diabetes ervaren hun algehele gezondheid als wat slechter dan mensen met hart- en vaatziekten (referentiegroep). Ook mensen met een chronische spijsverteringsziekte hebben een relatief lage gemiddelde score, maar het verschil ten opzichte van de referentiegroep is niet significant. Tabel 2.3 laat tevens zien dat mensen met meer dan één chronische ziekte hun algehele gezondheid als slechter ervaren dan mensen met één chronische ziekte.

⁴ Verschillen in de algemene gezondheidsbeleving die kunnen worden toegeschreven aan de leeftijd staan vermeld in tabel 2.2; de verschillen die kunnen worden toegeschreven aan de aard en ernst van de beperkingen staan vermeld in tabel 2.4.

Tabel 2.3: Algemene gezondheidsbeleving van mensen met een chronische ziekte in 2007, uitgesplitst naar aard en aantal chronische ziekten

	Gemiddelde	BI
Indexziekte		
- hart- en vaatziekten (ref.)	50,6	48,5-52,6
- astma / COPD	47,0	45,0-49,0
- aandoeningen bewegingsapparaat	50,0	48,1-52,0
- kanker	48,6	44,7-52,5
- diabetes	46,8	44,5-49,1
- neurologische ziekten	48,1	45,2-50,9
- spijsverteringsziekten	46,5	42,8-50,1
- overige chronische ziekten	50,8	48,7-52,8
Aantal chronische ziekten		
- één (ref.)	51,2	49,9-52,6
- twee	47,0	45,2-48,7
- drie of meer	46,8	44,7-48,9

2.2.3 Mensen met een beperking

Mensen die matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben ervaren hun algehele gezondheid als relatief slecht. In 2007 bedroeg de gemiddelde score van deze groep op de schaal 'algemene gezondheidsbeleving' 41,6 (BI: 39,9-43,4). Ten opzichte van 2005 en 2006 is dit geen verandering.

De aard en ernst van de beperkingen heeft een grote impact op de ervaren gezondheid. Dit wordt geïllustreerd in tabel 2.4. Vooral mensen die motorische beperkingen, multiële of ernstige beperkingen hebben, ervaren een slechte algehele gezondheid.

Tabel 2.4: Algemene gezondheidsbeleving van mensen met een beperking in 2007, uitgesplitst naar aard en ernst van de beperkingen

	Gemiddelde	BI
Aard van beperking		
- motorisch (ref.)	42,6	40,8-44,4
- zintuiglijk	47,4	42,0-52,8
- motorisch en visueel	39,6	36,2-43,1
- motorisch en auditief	40,1	36,9-43,3
- motorisch, visueel en auditief	34,9	29,1-40,6
Ernst van beperking		
- matig (ref.)	44,3	42,5-46,2
- ernstig	37,7	35,4-39,9

2.3 Belangrijkste bevindingen

De populatie van mensen met een chronische ziekte en/of matige of ernstige lichamelijke beperkingen in Nederland bestaat voor een groot deel uit vrouwen en ouderen. De helft van deze populatie is laag opgeleid. De meest voorkomende chronische ziekten in de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking zijn aandoeningen van het

bewegingsapparaat en hart- en vaatziekten. Een kwart van deze populatie heeft ernstige lichamelijke beperkingen. In het overgrote deel van de gevallen zijn de lichamelijke beperkingen motorisch van aard.

Mensen met een chronische ziekte of beperking ervaren hun algehele gezondheid als aanzienlijk slechter dan de algemene Nederlandse bevolking. Dit geldt nog meer voor mensen met motorische, multiële of ernstige beperkingen. Ongeacht de aard en ernst van de beperkingen, ervaren ook chronisch zieken met comorbiditeit (meerdere chronische ziekten) hun gezondheid als slechter.

3 Medisch en paramedisch zorggebruik

Een chronische ziekte of beperking impliceert vaak een behoefte aan gezondheidszorg en in veel gevallen ook een behoefte aan ondersteuning thuis en in de samenleving. In dit rapport staat daarom de zorgvraag van mensen met een chronische ziekte of beperking centraal. In dit hoofdstuk komt allereerst het gebruik van medische en paramedische zorg aan bod. Deze zorg kan worden vergoed via de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) of aanvullende verzekering.

In paragraaf 3.1 wordt het gebruik van huisartsenzorg door mensen met een chronische ziekte of beperking beschreven. In paragraaf 3.2 komt de medisch-specialistische zorg verleend in het ziekenhuis aan bod. De paragrafen 3.3 en 3.4 gaan in op het gebruik van zorg verleend door respectievelijk gespecialiseerd verpleegkundigen en paramedici. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 3.5).

3.1 Huisartsenzorg

Vragen over het contact met de huisarts zijn vanaf 1998 jaarlijks in april aan de panelleden voorgelegd, uitgezonderd 2001. Sinds 2004 worden in de enquête ook vragen gesteld over de contacten met praktijkondersteuners huisarts (POH) en met de centrale huisartsenpost. In alle gevallen wordt in de betreffende enquête van april gevraagd om gegevens te verstrekken over het gebruik van huisartsenzorg in het voorafgaande kalenderjaar. Om die reden worden in deze paragraaf resultaten vermeld over de periode 1997 t/m 2006.

3.1.1 *Mensen met een chronische ziekte of een beperking*

In deze subparagraaf beschrijven we de belangrijkste resultaten voor de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking.

Contact met huisarts

Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben vrijwel allemaal jaarlijks contact met een huisarts (zie tabel 3.1). Het percentage dat in 2006 contact had met een huisarts bedroeg 90%. Dit is aanzienlijk hoger dan het percentage dat onder de algemene Nederlandse bevolking over 2006 werd gevonden: 74% (CBS, POLS-enquête).

Van de vrouwen met een chronische ziekte of beperking heeft een groter deel jaarlijks contact met de huisarts dan van de mannen: in 2006 respectievelijk 92% (BI: 89-94) en 87% (BI: 84-91). Verschillen naar leeftijd en opleidingsniveau werden niet gevonden.

Hoewel nog altijd heel hoog in 2006 (90%), lagen de percentages contact met de huisarts over 2004 en 2005 onder mensen met een chronische ziekte of beperking nog wat hoger, respectievelijk 94% en 93%. Of hier werkelijk sprake is van een dalende trend, kan op grond van deze cijfers vooralsnog niet worden geconcludeerd. Het is echter niet ondenkbaar, gezien het feit dat in veel huisartsenpraktijken de afgelopen jaren een taakvershui-

ving heeft plaatsgevonden, waarbij praktijkondersteuners huisarts (POH) een deel van de zorg voor chronisch zieken voor hun rekening nemen.

Taakverschuiving naar de POH zou echter vooral zichtbaar kunnen zijn aan het aantal contacten dat chronisch zieken en gehandicapten met de huisarts hebben. In 2006 hadden mensen met een chronische ziekte of beperking die contact hadden met een huisarts gemiddeld vijf keer contact (5,0; BI: 4,5-5,4). Over 2004 en 2005 lag het gemiddelde aantal contacten op bijna zes (2004: 5,7 en 2005: 6,0). De analyses laten zien dat inderdaad sprake is van een dalende trend, die evenwel niet geheel lineair is.

Contact met praktijkondersteuner huisarts

De NPCG-gegevens laten tevens zien dat binnen de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking het percentage mensen dat contact had met een POH flink stijgt: in 2006 had 31% van de chronisch zieken en gehandicapten contact met een POH, in 2005 was dat 26% en het jaar daarvoor 21%. In paragraaf 3.1.2, waarin het gebruik van huisartsenzorg specifiek voor chronisch zieken wordt beschreven, komen we terug op de mogelijke verschuiving van zorgverlening door de huisarts naar zorgverlening door de POH.

Het contact met de POH hangt samen met de leeftijd van de chronisch zieke of gehandicapte. Cijfers over 2006 laten zien dat van de oudere leeftijdsgroepen (≥ 40 jaar) ruim twee keer zo veel mensen (meer dan 30%) contact hadden met een POH dan in de groep jonger dan 40 jaar (15%). Verschillen naar sekse of opleidingsniveau werden niet gevonden.

Contact met centrale huisartsenpost

Sinds januari 2003 is meer dan 90% van de huisartsen aangesloten bij een centrale huisartsenpost, waar een klein team van huisartsen, doktersassistenten en chauffeurs dienst doet. Bijna iedereen die buiten werktijden dringend een huisarts nodig heeft, is dus aangevoerd op de huisartsenpost (Verheij et al., 2005). Eén op de vijf mensen met een chronische ziekte of beperking (19%) gaf aan in 2006 contact te hebben gehad met een huisartsenpost (tabel 3.1). Over 2004 en 2005 werden vergelijkbare percentages gevonden, respectievelijk 20% en 22%.

Kijken we naar verschillen tussen subgroepen, dan blijkt dat van de chronisch zieken en gehandicapten jonger dan 40 jaar een flink groter deel in 2006 contact heeft gehad met een huisartsenpost dan van de andere leeftijdsgroepen: 28% (BI: 21-37) ten opzichte van minder dan 20% in de oudere groepen. Het verschil is echter alleen significant ten opzichte van de groep 65-74 jarigen (18%; BI: 15-22).

Tabel 3.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat gebruik heeft gemaakt van huisartsenzorg in 2006

	Mensen met een chronische ziekte of beperking (NPCG)		Algemene bevolking (POLS)
	%	BI	%
Percentage contact met ...			
- huisarts	90	88-93	74
- praktijkondersteuner huisarts	31	26-36	-
- huisartsenpost	19	17-22	-

3.1.2 Mensen met een chronische ziekte

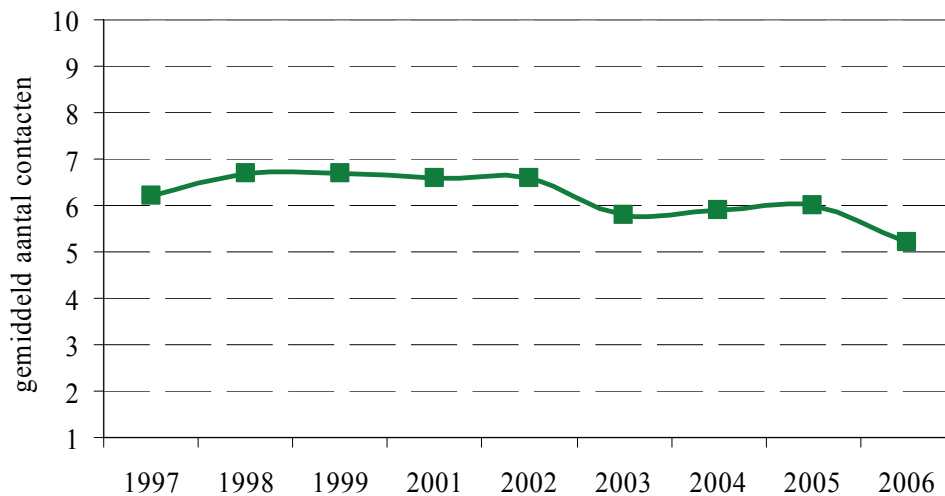
In deze subparagraaf wordt specifiek gekeken naar het gebruik van huisartsenzorg door chronisch zieken.

Contact met huisarts

In 2006 had 92% (BI: 90-93) van de mensen met een chronische ziekte contact met de huisarts. Het percentage mensen met een chronische ziekte dat contact heeft met de huisarts is over de jaren heen (1997-2006) redelijk stabiel gebleven.

Chronisch zieken die in 2006 contact hadden met een huisarts hadden gemiddeld ruim vijf keer contact (5,2; BI: 4,8-5,5). Wanneer we de ontwikkelingen in het aantal contacten van chronisch zieken over de tijd schetsen (figuur 3.1), blijkt sprake te zijn van een dalende lijn [lineaire en kwadratische trend]. Dit zou kunnen duiden op een verschuiving van een deel van de chronische zorg van de huisarts naar de POH. Dit vermoeden wordt ondersteund door gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): Lamkaddem et al. (2004) vermelden een vermindering van het aantal contacten van huisartsen met chronisch zieke patiënten na de introductie van de POH.

Figuur 3.1: Gemiddeld aantal contacten met de huisarts van mensen met een chronische ziekte die contact hadden met de huisarts, 1997-2006



Mensen met verschillende typen chronische ziekten verschillen niet in hun contacten met de huisarts (zie tabel 3.2). Dit geldt zowel voor het percentage mensen dat al of niet jaarlijks contact heeft met de huisarts als voor het aantal contacten dat men in geval van contact heeft. Ook de ontwikkelingen over de jaren 1997-2006 voor de verschillende groepen chronisch zieken wijken niet af van het totale beeld.

Het aantal chronische ziekten lijkt sterker samen te hangen met de mate van contact met de huisarts dan de soort ziekte. Over 2006 rapporteerden meer mensen met twee of meer chronische ziekten contact te hebben gehad met de huisarts dan mensen met één ziekte (tabel 3.2). Dit effect is echter niet in alle voorgaande metingen aangetroffen, zodat hier niet teveel nadruk op moet worden gelegd.

Als we kijken naar het aantal contacten dat chronisch zieken die in 2006 contact hadden met de huisarts rapporteerden, dan blijkt dat het toeneemt met het aantal chronische ziekten. Mensen met één chronische ziekte bezochten gemiddeld 4,8 keer (BI: 4,4-5,2) de huisarts en mensen met drie of meer ziekten 5,7 keer (BI: 5,1-6,3). Dit verschil zien we ook in de meeste voorgaande jaren. In voorgaande jaren werd overigens ook vaak voor de groep mensen met twee chronische ziekten een significant groter aantal contacten met de huisarts gevonden dan voor de groep mensen met één chronische ziekte.

Contact met praktijkondersteuner huisarts

Het contact met de POH blijkt onder chronisch zieken inderdaad toegenomen: van 4% in 2003, naar 21% in 2004 en 28% in 2005 tot 32% in 2006 (32%; BI: 28-36) Er is sprake van een stijgende lineaire trend.

Van de mensen met diabetes blijkt circa tweederde (65%) in 2006 contact te hebben gehad met een POH. Dit is beduidend meer dan in de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (tabel 3.2). Behalve mensen met diabetes, hebben toch ook mensen met hart- en vaatziekten en mensen met astma of COPD relatief vaak contact met de POH (tabel 3.2).

Contact met centrale huisartsenpost

Van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde 18% (BI: 16-20) in 2006 contact te hebben gehad met een centrale huisartsenpost. Dit percentage is over de periode 2003-2006 redelijk stabiel gebleven.

De aard van de chronische ziekte blijkt niet gerelateerd te zijn aan het contact met de centrale huisartsenpost. Hoewel tabel 3.2 wel enige variatie laat zien, zijn de verschillen ten opzichte van de referentiegroep (hart- en vaatziekten) niet significant.

Tabel 3.2: Percentage mensen met een chronische ziekte dat in 2006 contact had met de huisartsenzorg, uitgesplitst naar aard en aantal chronische ziekten

Percentage contact met ...	Huisarts		POH		Huisartsenpost	
	%	BI	%	BI	%	BI
Indexziekte						
- hart- en vaatziekten (ref.)	93	90-95	35	29-42	18	15-23
- astma / COPD	92	89-95	32	26-39	19	15-24
- aandoening bewegingsapparaat	90	87-93	24	20-30	15	12-19
- kanker	87	78-93	25	16-36	27	18-38
- diabetes	95	92-97	65	58-72	23	18-28
- neurologische aandoening	91	85-94	23	16-31	14	10-21
- spijsverteringsaandoening	89	81-94	19	12-28	18	11-27
- overige aandoeningen	93	90-96	31	25-38	18	14-22
Aantal chronische ziekten						
- één (ref.)	89	87-91	30	26-34	16	14-18
- twee	94	92-96	33	27-38	20	16-23
- drie of meer	94	91-96	36	30-43	22	18-26

3.1.3 *Mensen met een beperking*

In deze subparagraaf wordt specifiek gekeken naar het gebruik van huisartsenzorg door mensen met een beperking.

Contact met huisarts

Van de mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking had in 2006 92% (BI 90-94) contact met een huisarts. Het gemiddelde aantal contacten van deze mensen was bijna zes (5,9; BI: 5,4-6,4).

De aard van de beperking lijkt niet samen te hangen met het al of niet hebben van contact met de huisarts. De percentages gevonden binnen subgroepen van mensen met verschillende beperkingen liggen ongeveer op één lijn (tabel 3.3).

De aard van de beperking is daarentegen wel bepalend voor het aantal contacten met de huisarts: mensen met zowel een motorische als visuele beperking blijken frequenter contact te hebben met hun huisarts dan de referentiegroep van mensen met alleen een motorische beperking: respectievelijk 7,3 (BI: 6,3-8,3) en 5,6 (BI: 5,1-6,1 keer). Deze cijfers hebben betrekking op degenen die in 2006 contact met de huisarts hadden.

Onderscheid naar de ernst van de beperking laat geen verschil zien wat het al of niet hebben van contact met de huisarts betreft (tabel 3.3). Het gemiddelde aantal contacten verschilt echter wel significant tussen mensen met een matige of ernstige beperking. Het gemiddelde aantal contacten van degenen die contact hadden met de huisarts bedroeg respectievelijk 4,9 (BI: 4,4-5,4) voor mensen met een matige beperking en 6,0 (BI: 5,3-6,6) voor mensen met een ernstige beperking.

Contact met praktijkondersteuner huisarts

Ruim een derde van de mensen met een beperking gaf aan in 2006 contact te hebben gehad met een POH (36%; BI: 31-42). De aard van de beperking blijkt niet bepalend voor het contact met de POH. Het gebruik van deze vorm van praktijkondersteuning varieert van 33% (BI: 27-38) bij mensen met een motorische beperking tot 45% (BI: 30-62) bij mensen met een combinatie van motorische, visuele en gehoorbeperkingen (tabel 3.3). Deze verschillen zijn echter niet significant (dit laat zich verklaren door de brede betrouwbaarheidsintervallen). Ook de ernst van de beperking speelt geen onderscheidende rol (tabel 3.3).

Contact met centrale huisartsenpost

Bijna een kwart van de mensen met een beperking gaf aan in 2006 contact te hebben gehad met een centrale huisartsenpost (24%; BI: 21-27). Tussen de verschillende groepen mensen met beperkingen bestaan geen significante verschillen voor wat het contact met de huisartsenpost in 2006 betreft. Ook hier is echter weer sprake van brede betrouwbaarheidsintervallen (tabel 3.3). Tenslotte blijkt dat voor het contact met de huisartsenpost de ernst van de beperking (matig of ernstig) er evenmin toe doet.

Tabel 3.3: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 contact had met de huisartsenzorg, uitgesplitst naar aard en ernst van de beperking

Percentage contact met ...	Huisarts		POH		Huisartsenpost	
	%	BI	%	BI	%	BI
Aard van beperking						
- motorisch (ref.)	91	89-94	33	27-38	23	20-26
- zintuiglijk	94	88-98	40	25-58	16	7-32
- motorisch en visueel	95	89-97	42	32-53	30	23-39
- motorisch en auditief	90	73-97	37	28-46	23	17-31
- motorisch, visueel en auditief	91	89-94	45	30-62	30	18-47
Ernst van beperking						
- matig (ref.)	92	89-94	35	29-40	23	20-27
- ernstig	93	90-95	38	31-45	25	21-30

3.2 Ziekenhuiszorg

Om na te gaan in welke mate mensen met een chronische ziekte of beperking een beroep doen op ziekenhuiszorg wordt jaarlijks in april aan de panelleden gevraagd hun poliklinische consulten met medisch specialisten en hun ziekenhuisopnames in het voorgaande kalenderjaar te rapporteren. De poliklinische consulten betreffen alle typen medisch specialisten behalve de psychiater. In april 2007 zijn gegevens verzameld over het voorgaande jaar 2006. Referentiegegevens zijn afkomstig van een steekproef van mensen van 15 jaar en ouder uit de algemene Nederlandse bevolking die deelnamen aan het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. De formulering van de vragen in het NPCG is eveneens ontleend aan dit onderzoek.

3.2.1 Mensen met een chronische ziekte of een beperking

In deze subparagraaf beschrijven we het gebruik van ziekenhuiszorg door de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking.

Poliklinische consulten

Tabel 3.4 laat zien dat driekwart van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2006 poliklinisch contact had met een medisch specialist. Dit percentage is ongeveer gelijk aan voorgaande jaren (2004 en 2005), maar wel aanzienlijk hoger dan in de algemene bevolking. Het gemiddelde aantal poliklinische consulten van degenen die in 2006 contact hadden met een specialist bedroeg 5,6 (BI: 5,2-6,1).

In tabel 3.4 staat ook weergegeven met welke specialisten men poliklinisch contact had in 2006. Het blijkt dat mensen met een chronische ziekte of beperking vooral contact hebben met oogartsen, internisten, chirurgen en cardiologen.

Het al of niet hebben van poliklinisch contact met medisch specialisten verschilt niet tussen mannen en vrouwen. Het gemiddelde aantal consulten evenmin: zowel mannen als vrouwen die in 2006 een specialist bezochten hadden gemiddeld 5,6 keer een poliklinisch consult (BI: 5,1-6,2 bij mannen, BI: 5,1-6,1 bij vrouwen).

Van de verschillende leeftijdsgroepen heeft jaarlijks ongeveer een even groot deel contact met een medisch specialist; in 2006 varieerde dit tussen 74% voor de jongste groep (15-

39 jaar) tot 77% voor de 75-plussers. Opvallend is dat de jongste groep die in 2006 contact had met een specialist significant meer poliklinische consulten had (gemiddeld 6,9; BI: 5,7-8,1) dan de oudste leeftijdsgroep (gemiddeld 5,0; BI: 4,3-5,7). Dit verschil zien we ook over 2004 en 2005 terug.

Verschillen naar opleidingsniveau werden niet aangetroffen, noch in het al of niet hebben van contact met een specialist, noch in het aantal contacten dat men dan heeft.

Ziekenhuisopnames

In 2006 was één op de zes mensen met een chronische ziekte of beperking tenminste één nacht in het ziekenhuis opgenomen (17%; BI: 15-19). Dit is twee keer zo veel als in de algemene bevolking (zie tabel 3.4).

Er zijn voor 2006 geen verschillen in ziekenhuisopnames gevonden tussen mannen en vrouwen, verschillende leeftijdsgroepen en lager en hoger opgeleide mensen met een chronische ziekte of beperking. Wel daalt het aantal mensen dat is opgenomen over de jaren heen in de leeftijdsgroep van 40 t/m 64 jaar en in die van 75 jaar en ouder [lineaire trends].

Tabel 3.4: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat in 2006 gebruik maakte van ziekenhuiszorg

	Mensen met een chronische ziekte of beperking (NPCG)		Algemene bevolking (POLS)
	%	BI	%
Poliklinisch contact			
Medisch specialisten totaal	75	71-78	42
Oogarts	29	26-32	-
Internist	27	24-30	-
Chirurg	20	17-24	-
Cardioloog	19	17-23	-
Neuroloog	15	13-18	-
Orthopeed	14	12-17	-
Longarts	13	10-16	-
Reumatoloog	11	9-13	-
KNO-arts	7	6-9	-
Revalidatiearts	4	3-5	-
Opname ziekenhuis	17	15-19	8

3.2.2 *Mensen met een chronische ziekte*

In deze subparagraaf wordt specifiek gekeken naar het gebruik van ziekenhuiszorg door mensen met een chronische ziekte.

Poliklinische consulten

Kijken we alleen naar mensen met een chronische ziekte, dan blijkt dat het percentage mensen dat poliklinisch contact had met een medisch specialist stabiel is gebleven over de jaren heen (1997-2006). In 2006 had 80% (BI: 78-83) van de chronisch zieken contact met een medisch specialist. Het gemiddelde aantal contacten van deze mensen bedroeg 5,7 (BI: 5,4-6,0).

Vergelijken we de groepen met een verschillende soort chronische ziekte, dan zijn wel verschillen waarneembaar (tabel 3.5), maar significante verschillen ten opzichte van de referentiegroep (hart- en vaatziekten) zijn er niet. Van de groep mensen met kanker heeft vrijwel iedereen (93%) poliklinisch contact met een specialist. Binnen de groep mensen met astma of COPD ligt het percentage het laagst (71%). Dit lagere percentage wordt waarschijnlijk vooral veroorzaakt door het geringere gebruik van ziekenhuiszorg door mensen met astma en niet door mensen met COPD (Heijmans et al., 2005).

Het type chronische ziekte is evenmin onderscheidend wat het aantal poliklinische contacten betreft: het gemiddelde aantal contacten varieert van 5,3 (BI: 4,6-6,1) bij mensen met hart- en vaatziekten tot 6,2 (BI: 5,0-7,3) bij mensen met een neurologische aandoening. Het betreft hier het gemiddelde aantal contacten van degenen die aangaven in 2006 poliklinisch contact te hebben gehad met een specialist.

Van de chronisch zieken met comorbiditeit maakte een groter deel gebruik van medisch-specialistische poliklinische zorg dan van degenen met één chronische ziekte (tabel 3.5). Het aantal chronische ziekten dat men heeft hangt daarentegen niet significant samen met het aantal poliklinische consulten. Het gemiddelde aantal consulten varieert tussen 5,5 (BI: 5,1-6,0) bij mensen met één chronische ziekte tot 5,8 bij mensen met comorbiditeit (BI: 5,2-6,4 bij mensen met twee chronische ziekten en BI: 5,1-6,5 bij mensen met drie of meer chronische ziekten).

Ziekenhuisopnames

In 2006 was 18% (BI: 16-20) van de mensen met een chronische ziekte één nacht of langer opgenomen in het ziekenhuis. Het percentage chronisch zieken dat een ziekenhuisopname had fluctueert nogal over de jaren 1997 – 2006 en laat zowel periodieke dalingen als stijgingen zien; van een duidelijke trend is geen sprake.

Het percentage chronisch zieken dat in 2006 was opgenomen varieert tussen de verschillende diagnosegroepen (tabel 3.5); de verschillen ten opzichte van de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten zijn echter niet significant (de betrouwbaarheidsintervallen zijn breed). Er kan evenmin worden geconcludeerd dat het al of niet opgenomen zijn geweest samenhangt met het aantal chronische ziekten dat men heeft; over 2006 werden geen significante verschillen gevonden. In eerdere jaren werd meestal wel een samenhang gevonden, maar ook weer niet in alle voorgaande jaren.

Tabel 3.5: Percentage mensen met een chronische ziekte dat in 2006 gebruik maakte van ziekenhuiszorg, uitgesplitst naar soort en aantal chronische ziekten

	Poliklinische contact		Opname ziekenhuis	
	%	BI	%	BI
Indexziekte				
- hart- en vaatziekten (ref.)	80	76-85	22	18-27
- astma / COPD	71	65-76	18	14-22
- aandoening bewegingsapparaat	78	73-82	17	13-20
- kanker	93	86-96	32	22-43
- diabetes	87	83-90	16	12-21
- neurologische aandoening	76	69-82	16	11-22
- spijsverteringsaandoening	90	83-94	21	14-31
- overige aandoeningen	75	70-80	15	12-20
Aantal chronische ziekten				
- één (ref.)	74	71-77	17	14-19
- twee	82	78-85	19	16-23
- drie of meer	88	84-91	20	16-24

3.2.3 Mensen met een beperking

In deze subparagraaf gaan we in op het gebruik van ziekenhuiszorg door mensen met een beperking.

Poliklinische consulten

Van de mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking rapporteerde 82% (BI: 78-85) in 2006 een poliklinisch consult te hebben gehad bij een medisch specialist. Het gemiddelde aantal contacten, berekend over degenen die contact hadden met een specialist, bedroeg 7,0 (BI: 6,5-7,5).

Afhankelijk van de aard van de beperking, heeft een groter of minder groot deel in 2006 contact gehad met een specialist. Dit varieerde tussen 79% van degenen met een motorische of een zintuiglijke beperking tot 90% van degenen met een combinatie van motorische, visuele en gehoorbeperkingen (zie tabel 3.6; significant verschil). Mensen met zowel een motorische als visuele beperking hadden in 2006 vaker poliklinisch contact (gemiddeld 9,4 keer; BI: 8,2-10,5) dan de referentiegroep van mensen met alleen een motorische beperking (gemiddeld 6,6 keer; BI: 6,1-7,1). Deze gemiddelden zijn berekend over degenen die contact hadden met een specialist.

Er is geen verschil tussen de groep mensen met een matige beperking en de groep met een ernstige beperking in het percentage mensen dat in 2006 contact had met een specialist (tabel 3.6). Mensen met een ernstige beperking hadden wel beduidend meer contacten met een specialist dan mensen met een matige beperking, respectievelijk gemiddeld 8,1 (BI: 7,4-8,8) en 6,3 (BI: 5,7-6,8). Het gaat hierbij om het aantal contacten van degenen die bij een medisch specialist zijn geweest in 2006.

Ziekenhuisopnames

Bijna een kwart van de mensen met een beperking was in 2006 tenminste één nacht in het ziekenhuis opgenomen (24% BI: 21-27). De aard van de beperking houdt geen verband met het al of niet in een ziekenhuis opgenomen zijn geweest onder mensen met een beperking (tabel 3.6). Van de mensen met een zintuiglijke beperking rapporteerde een

kleiner deel een ziekenhuisopname in vergelijking tot de andere groepen. Echter, door het brede betrouwbaarheidsinterval is het verschil ten opzichte van de referentiegroep van mensen met een motorische beperking niet significant.

Mensen met een ernstige beperking werden in 2006 wel vaker in een ziekenhuis opgenomen dan mensen met een matige beperking (tabel 3.6).

Tabel 3.6: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 gebruik maakte van ziekenhuiszorg, uitgesplitst naar aard en ernst van de beperking

	Poliklinisch contact		Opname ziekenhuis	
	%	BI	%	BI
Aard van beperking				
- motorisch (ref.)	79	74-82	23	20-26
- zintuiglijk	79	63-89	15	6-30
- motorisch en visueel	90	82-94	27	20-35
- motorisch en auditief	82	75-88	26	20-34
- motorisch, visueel en auditief	88	72-96	26	15-42
Ernst van beperking				
- matig (ref.)	80	76-84	20	17-23
- ernstig	84	79-88	29	25-34

3.3 Gespecialiseerd verpleegkundige zorg

Gespecialiseerd verpleegkundigen kunnen veel betekenen voor met name mensen met een chronische ziekte. Zij richten zich op het (leren) omgaan met de aandoening en de daarmee gepaard gaande beperkingen in het dagelijks leven, op zelfmanagement en op de zelfredzaamheid van patiënten. Ook houden zij zich bezig met preventie van chronische ziekten, door middel van leefstijlaanpassingen, zoals stoppen met roken, meer bewegen of andere voedingsgewoonten, en door het regelmatig controleren van bijvoorbeeld de bloeddruk of het cholesterolgehalte bij risicogroepen. Vanaf april 2000 worden aan de panelleden vragen voorgelegd over hun contacten met gespecialiseerde verpleegkundigen in het voorgaande kalenderjaar. Het betreft alle contacten met een gespecialiseerde verpleegkundige exclusief de contacten tijdens een ziekenhuisopname of in het kader van een dagbehandeling. Daarbij is gevraagd of men contact had met een diabetesverpleegkundige, een longverpleegkundige, een reumaverpleegkundige, een oncologieverpleegkundige of een andere gespecialiseerde verpleegkundige. Vanaf april 2005 wordt ook specifiek gevraagd naar contacten met hart- en vaatverpleegkundigen, maag-darm-leververpleegkundigen, incontinentieverpleegkundigen en stomaverpleegkundigen. Omdat gespecialiseerd verpleegkundige zorg vooral voor mensen met een chronische ziekte relevant is, beperken we ons hier tot deze groep.

3.3.1 *Mensen met een chronische ziekte*

In 2006 had 31% (BI: 29-34) van de mensen met een chronische ziekte contact met een gespecialiseerde verpleegkundige. Over de afgelopen jaren (1999-2006) is het percentage chronisch zieken dat op jaarbasis contact had met een gespecialiseerde verpleegkundige toegenomen, van 14% in 1999 naar 26% in 2004 en 31% in 2006 [lineaire trend]. Deze

cijfers weerspiegelen de grotere rol die gespecialiseerde verpleegkundigen zijn gaan spelen in de zorg voor chronisch zieken.

Gemiddeld bezoeken chronisch zieken die contact hebben met een gespecialiseerde verpleegkundige deze verpleegkundige ongeveer vier keer per jaar (in 2006: 4,1 keer; BI: 3,7-4,5). Dit aantal contacten is over de afgelopen jaren niet veranderd.

Niet alle gespecialiseerd verpleegkundige zorg is voor alle chronisch zieken even relevant. Daarom is voor een aantal specifieke diagnosegroepen nagegaan of zij contact hebben met een voor hen relevante gespecialiseerde verpleegkundige. De resultaten over 2006 staan vermeld in tabel 3.7.

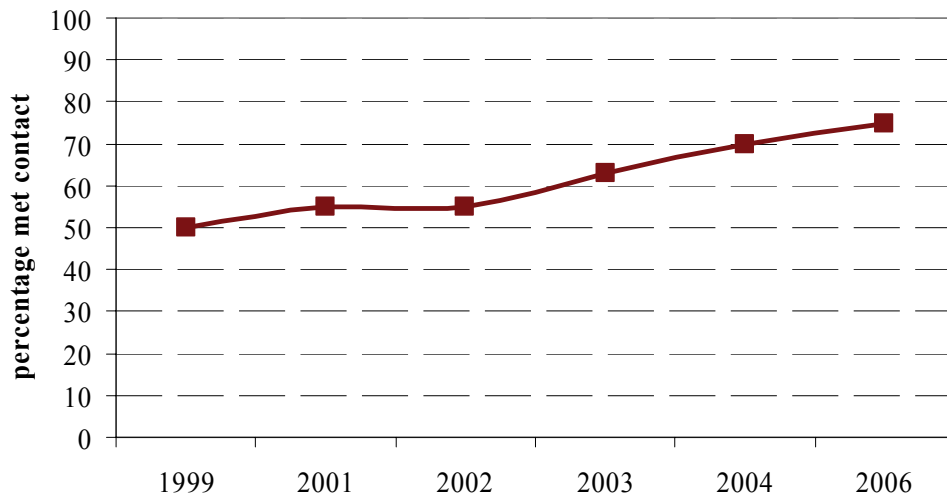
Tabel 3.7 laat zien dat driekwart van de mensen met diabetes in 2006 contact had met een diabetesverpleegkundige. Het gebruik van deze vorm van gespecialiseerd verpleegkundige zorg ligt flink hoger dan bij de andere groepen chronisch zieken, hetgeen een weerspiegeling kan zijn van het feit dat de diabeteszorg een voorloper is wat (multidisciplinaire) diseasemanagement betreft.

Tabel 3.7: Percentage mensen dat in 2006 contact had met een gespecialiseerde verpleegkundige

Gespecialiseerde verpleegkundige	Indexziekte	Contact in 2006	
		%	BI
Diabetesverpleegkundige	Diabetes	76	70-81
Longverpleegkundige	Astma / COPD	14	10-20
Reumaverpleegkundige	Bewegingsapparaat	5	3-8
Oncologieverpleegkundige	Kanker	4	1-15
Hart- en vaatverpleegkundige	Hart- en vaatziekten	16	12-22
Maag-darm-lever verpleegkundige	Spijsverteringsziekten	6	2-16
Stomaverpleegkundige	Kanker	2	1-6
	Spijsverteringsziekten	8	3-18
Incontinentieverpleegkundige	Mensen met een chronische ziekte totaal	1	1-2

In tegenstelling tot het contact met de andere in tabel 3.7 vermelde gespecialiseerde verpleegkundigen, is bij diabetespatiënten bovendien een sterke stijging zichtbaar in het percentage mensen dat jaarlijks contact heeft met een diabetesverpleegkundige [lineaire trend]. Had in 1999 de helft van de diabetespatiënten contact met een diabetesverpleegkundige, in 2004 was het opgelopen tot 70% en in 2006 dus zelfs 76%. Figuur 3.2 laat de ontwikkeling over de periode 1999-2006 zien.

Figuur 3.2:: Percentage diabetespatiënten dat contact heeft met een diabetesverpleegkundige, 1999-2006



3.4 Paramedische zorg

Paramedische zorg is voor veel mensen met een chronische ziekte of beperking van belang voor het behoud of de verbetering van de functionele gezondheidstoestand. Om na te gaan in welke mate mensen met een chronische ziekte of beperking gebruik maken van paramedische zorg, worden jaarlijks in april aan de panelleden vragen voorgelegd over hun contacten met diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten (-Cesar/-Mensendieck), orthoptisten en podotherapeuten in het voorgaande kalenderjaar.

Om het gebruik van paramedische zorg door mensen met een chronische ziekte of beperking af te zetten tegen een referentiegroep, wordt daar waar mogelijk een vergelijking gemaakt met gegevens afkomstig van een steekproef van mensen van 15 jaar en ouder uit de algemene Nederlandse bevolking (POLS; CBS). De formulering van de vragen in het NPCG is eveneens ontleend aan het POLS (Permanent Onderzoek Leefsituatie).

3.4.1 *Mensen met een chronische ziekte of een beperking*

In 2006 had bijna 60% van de mensen met een chronische ziekte of beperking contact met een paramedicus (tabel 3.8). In de meeste gevallen ging het hierbij om fysiotherapie, op afstand gevolgd door mondhygiënische zorg, diëtetiek en podotherapie. Het gebruik van paramedische zorg in 2006 was voor de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking vergelijkbaar met het gebruik ervan in 2004.

Tabel 3.8: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat in 2006 contact had met een paramedische zorgverlener

Contact met ...	Mensen met een chronische ziekte of beperking (NPCG)		Algemene bevolking (POLS)
	%	BI	%
Paramedici totaal	59	55-63	-
Fysiotherapeut	38	34-42	18 ¹
Mondhygiënist	12	10-15	-
Diëtist	9	7-11	-
Podotherapeut	8	6-10	-
Ergotherapeut	2	1-3	-
Oefentherapeut (Mensendieck/ Cesar)	2	1-3	1
Orthoptist	1	1-2	-
Logopedist	0	0-1	-

¹ Dit is inclusief oefentherapie (-Cesar/-Mensendieck).

Contact met fysiotherapeut

Van de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking had in 2006 38% contact met een fysiotherapeut, hetgeen vergelijkbaar is met de jaren daarvoor (2004 en 2005). Het percentage fysiotherapiegebruikers binnen de algemene bevolking ligt beduidend lager, namelijk op 18% (inclusief oefentherapie-Cesar en –Mensendieck). Het gemiddelde aantal behandelingen van mensen met een chronische ziekte of beperking die in 2006 contact hadden met een fysiotherapeut bedroeg 20,8 (BI: 17,7-24,0). Dit is eveneens vergelijkbaar met de cijfers over 2004 en 2005.

Relatief meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of beperking hadden in 2006 contact met een fysiotherapeut, respectievelijk 43% (BI; 39-48) en 30% (BI: 26-34). Dit verschil is ook zichtbaar in andere jaren. Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of beperking die fysiotherapie krijgen verschillen overigens niet in het gemiddelde aantal behandelingen; in beide groepen ligt dit rond de 20. Leeftijdsverschillen in het gebruik van fysiotherapie werden niet gevonden, noch in het percentage mensen dat op jaarbasis contact had met een fysiotherapeut, noch in het aantal behandelingen.

Laag opgeleide chronisch zieken en gehandicapten maken wel minder gebruik van fysiotherapie dan hoger opgeleiden. In 2006 had 35% (BI: 30-40) van de laag opgeleide chronisch zieken en gehandicapten gebruik gemaakt van fysiotherapie, terwijl het percentage bij de hoger opgeleiden rond de 40 lag (middelste groep: 42% (BI: 37-47); hoog opgeleid: 40% (34-47). Het gemiddelde aantal behandelingen verschilde niet tussen de verschillende opleidingsniveaus.

Contact met mondhygiënist

Uit tabel 3.8 komt naar voren dat 12% van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2006 een mondhygiënist bezocht. Over de periode 2004 t/m 2006 is het gebruik verdubbeld, van 4% in 2004 tot 12% in 2006 [lineaire trend].

Meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of beperking hebben contact met een mondhygiënist, respectievelijk 14% (BI: 12-18) en 9% (BI: 7-12) in 2006. Leeftijdsverschillen zijn er ook: de mondhygiënist werd in 2006 door slechts 6% (BI:4-9) van de 75-plussers bezocht tegenover 13% (BI: 9-17) van de jongste leeftijdsgroep (15-39 jaar). Tenslotte blijkt dat het contact met de mondhygiënist toeneemt met het stijgen van het

opleidingsniveau. Van de mensen met een chronische ziekte of beperking uit de middelste of hoogste opleidingsgroep bezocht in 2006 een groter deel een mondhygiënist (respectievelijk 15% (BI: 12-20) en 18% (14-24)) dan van de laag opgeleiden (5%, BI: 3-8). Dit patroon zagen we ook in voorgaande jaren.

Contact met diëtist

Bijna één op de tien mensen met een chronische ziekte of beperking had in 2006 contact met een diëtist (tabel 3.8). Dit is niet anders dan in 2004 of 2005. Of men al of niet contact heeft met een diëtist hangt niet samen met de sekse, leeftijd of het opleidingsniveau.

Contact met podotherapeut

Acht procent van de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking was in 2006 onder behandeling van een podotherapeut (tabel 3.8). Dit percentage is vergelijkbaar met de percentages die over 2004 en 2005 werden gevonden.

In tegenstelling tot het gebruik van diëtistische zorg is het gebruik van podotherapie wel sekse- en leeftijdsgebonden. Meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte of beperking bezochten in 2006 een podotherapeut: 10% (BI: 8-13) versus 5% (BI: 4-7). Wat de leeftijd betreft, laten de resultaten zien dat de podotherapeut in 2006 het meest werd bezocht door de groep van 65 t/m 74 jaar. Elf procent van deze groep (BI: 8-14) bezocht de podotherapeut tegenover 4% van de jongste leeftijdsgroep (BI: 2-8). Tenslotte merken we op dat hoog opgeleide chronisch zieken en gehandicapten vaker gebruik maken van podotherapie dan laag opgeleide, respectievelijk 12% (BI: 9-17) en 7% (BI: 5-9) in 2006.

3.4.2 Mensen met een chronische ziekte

Wanneer we ons specifiek richten op het gebruik van paramedische zorg door mensen met een chronische ziekte, dan zien we eenzelfde beeld als binnen de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking. In 2006 bezocht 60% van de mensen met een chronische ziekte een paramedische zorgverlener (tabel 3.9).

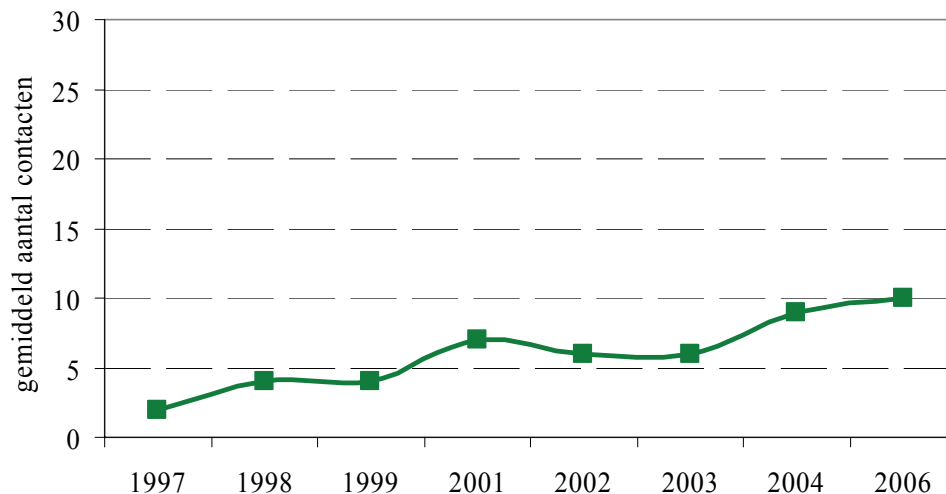
Over het gebruik van paramedische zorg door chronisch zieken zijn over een langere periode gegevens beschikbaar (1997-2006). Over de gehele periode zien we een stijging van het gebruik van paramedische zorg door chronisch zieken [lineaire trend], al is dat de laatste jaren (na 2004) niet meer het geval. De stijging over 1997-2006 houdt vooral verband met het toegenomen gebruik van mondhygiënische zorg en podotherapie. Het gebruik van fysiotherapie en diëtetiek is over de periode 1997-2006 gelijk gebleven, terwijl het gebruik van andere vormen van paramedische zorg binnen de totale groep chronisch zieken gering is. In tabel 3.9 staan de gegevens van chronisch zieken over het gebruik van paramedische zorg in 2006 vermeld.

Tabel 3.9: Percentage mensen met een chronische ziekte dat in 2006 contact had met een paramedische zorgverlener

Contact met ...	Mensen met een chronische ziekte	
	%	BI
Paramedici totaal	60	57-63
Fysiotherapeut	38	35-41
Mondhygiënist	10	9-12
Diëtist	9	7-10
Podotherapeut	7	6-9
Ergotherapeut	2	1-2
Oefentherapeut (Mensendieck/ Cesar)	2	1-3
Orthoptist	1	1-2
Logopedist	1	0-1

In figuur 3.3 wordt de toename van het gebruik van mondhygiënische zorg door chronisch zieken geschetst.

Figuur 3.3: Percentage mensen met een chronische ziekte dat gebruik maakt van mondhygiënische zorg, 1997 – 2006



Contact met fysiotherapeut

Omdat fysiotherapie de meest gebruikte vorm van paramedische zorg is, specificeren we het gebruik ervan in 2006 voor een aantal subgroepen chronisch zieken. De resultaten staan in tabel 3.10 vermeld.

Tabel 3.10 laat zien dat het gebruik van fysiotherapie afhangt van het type chronische ziekte waaraan men lijdt. Vooral mensen met neurologische ziekten en mensen met chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat doen een fors beroep op fysiotherapie. Het al of niet gebruik maken van fysiotherapie is bij de verschillende diagnosegroepen over de periode 1997-2006 niet veranderd. Het gemiddelde aantal behandelingen van de chronisch zieke fysiotherapiegebruikers evenmin (in 2006: 21,1 (BI: 18,7-23,5)).

Ook binnen de hier onderscheiden diagnosegroepen is het gemiddelde aantal behandelingen fysiotherapie over de periode 1997-2006 onveranderd, ondanks de ingrijpende wijziging in de vergoeding van fysiotherapie in 2004. Waarschijnlijk hebben de meeste chronisch zieken een aandoening die voorkomt op de ‘niet limitatieve lijst’, hetgeen betekent dat zij hun fysiotherapiebehandelingen vergoed krijgen (uitgezonderd de eerste negen per jaar). Ook blijken veel mensen met een chronische ziekte of beperking zich aanvullend te hebben verzekerd voor fysiotherapie (De Jong & Groenewegen, 2006). Het gemiddelde aantal behandelingen bij de fysiotherapeut in 2006 varieert van 16,6 (BI: 11,9-21,4) bij de groep met hart- en vaatziekten tot 23,7 (BI: 19,7-27,8) bij mensen met een chronische aandoening van het bewegingsapparaat (verschil niet significant). Het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt blijkt niet samen te hangen met het al of niet gebruik maken van fysiotherapie (tabel 3.10), noch met het aantal behandelingen per jaar.

Tabel 3.10: Percentage mensen met een chronische ziekte dat in 2006 gebruik maakte van fysiotherapie, naar aard en aantal chronische ziekten

Percentage contact met ...	Fysiotherapeut	
	%	BI
Indexziekte		
- hart- en vaatziekten (ref.)	36	30-41
- astma / COPD	37	32-43
- aandoening bewegingsapparaat	45	39-50
- kanker	35	25-46
- diabetes	35	29-41
- neurologische aandoening	49	41-57
- spijsverteringsaandoening	38	28-49
- overige aandoeningen	31	26-37
Aantal chronische aandoeningen		
- één (ref.)	36	33-40
- twee	40	35-45
- drie of meer	39	33-45

3.4.3 *Mensen met een beperking*

In deze subparagraaf belichten we het gebruik van paramedische zorg door mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking.

Tabel 3.11 biedt allereerst een overzicht van het gebruik van de verschillende vormen van paramedische zorg door gehandicapten in 2006. De tabel laat zien dat tweederde van de mensen met een (matige of ernstige) lichamelijke beperking in 2006 contact had met een paramedicus. Bijna de helft maakte gebruik van fysiotherapie. Iets meer dan 10% had contact met een mondhygiënist of diëtist. Eén op de twintig gehandicapten (5%) kreeg in 2006 ergotherapie. Ergotherapie is bij uitstek gericht op het leren omgaan met beperkingen en het vergroten van de mogelijkheden tot zelfredzaamheid en participatie. Conform de eerder vermelde resultaten, zien we bij mensen met een beperking geen verandering in het totale gebruik van paramedische zorg in 2006 ten opzichte van 2004.

Tabel 3.11: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 contact had met een paramedische zorgverlener

Contact met ...	Mensen met een beperking	
	%	BI
Paramedici totaal	66	62-71
Fysiotherapeut	47	42-52
Mondhygiënist	11	9-15
Diëtist	11	9-14
Podotherapeut	9	7-11
Ergotherapeut	5	3-7
Oefentherapeut (Mensendieck/Cesar)	2	1-4
Orthoptist	2	1-3
Logopedist	1	0-2

Contact met fysiotherapeut

Ook voor de groep mensen met een beperking specificeren we hier het gebruik van fysiotherapie. Allereerst presenteren we de gegevens over het fysiotherapiegebruik in 2006 van verschillende groepen gehandicapten (tabel 3.12).

Over 2006 werden geen significante verschillen gevonden in het gebruik van fysiotherapie tussen mensen met verschillende soorten beperkingen. Tabel 3.12 laat wel een geringer gebruik zien door mensen met zintuiglijke beperkingen, maar het verschil ten opzichte van de referentiegroep (mensen met een motorische beperking) is niet significant (zie ook het brede betrouwbaarheidsinterval bij de groep met alleen zintuiglijke beperkingen). Het aantal behandelingen blijkt evenmin samen te hangen met de aard van de beperking, ook al is er op het oog een redelijk groot verschil in het aantal behandelingen tussen de onderzochte groepen. Het gemiddelde aantal behandelingen in 2006 bedroeg voor de totale groep gehandicapte fysiotherapiegebruikers 26,2 (BI: 22,7-29,7).

Tabel 3.12: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 gebruik maakte van fysiotherapie, uitgesplitst naar aard en ernst van de beperkingen

Percentage contact met ...	Fysiotherapeut	
	%	BI
Aard van beperking		
- motorisch (ref.)	47	42-52
- zintuiglijk	36	21-54
- motorisch en visueel	53	44-63
- motorisch en auditief	48	39-57
- motorisch, visueel en auditief	45	30-61
Ernst van beperking		
- matig (ref.)	44	39-49
- ernstig	52	46-58

Van de mensen met een ernstige beperking gebruikte ruim de helft (52%, BI: 46-58) fysiotherapie in 2006, versus 44% (BI: 39-49) van de mensen met een matige beperking (tabel 3.12). Dit verschil is significant. Ook het gemiddelde aantal behandelingen ligt bij mensen met een ernstige beperking beduidend hoger, te weten op 32,0 (BI: 27,6-36,4)

tegenover 22,3 behandelingen (BI: 18,6-26,1) bij mensen met een matige beperking. Het betreft hier het gemiddelde aantal behandelingen van alleen degenen die in 2006 fysiotherapie hadden.

3.5 Belangrijkste bevindingen

Mensen met een chronische ziekte of beperking maken veel gebruik van medische zorg. Negentig procent van de populatie had in 2006 contact met een huisarts ten opzichte van driekwart van de algemene bevolking van 15 jaar en ouder. Drie op de vier mensen met een chronische ziekte of beperking bezochten een medisch specialist in de polikliniek en ongeveer één op de zes werd in het ziekenhuis opgenomen. Dit is twee keer zoveel als binnen de algemene bevolking.

In de zorg voor chronisch zieken zijn belangrijke ontwikkelingen zichtbaar. Zo daalde het aantal contacten met de huisarts over de periode 1997-2006 van gemiddeld zes à zeven per jaar naar vijf in 2006. Tegelijkertijd zien we een forse toename van het percentage chronisch zieken dat contact heeft met een praktijkondersteuner huisarts (POH). In 2003 had nog maar 4% van de mensen met een chronische ziekte contact met een POH, in 2006 is dat gestegen naar 32%. Onder diabetespatiënten ligt dat percentage nog flink hoger: tweederde van de mensen met diabetes gaf aan in 2006 contact te hebben gehad met een POH. Bij deze groep zien we ook een grote toename in het percentage mensen dat contact heeft met een diabetesverpleegkundige. Deze verpleegkundige kan zowel in de eerste als in de tweede lijn werkzaam zijn. In 1999 had de helft van de diabetespatiënten contact met een diabetesverpleegkundige; in 2006 is dit gestegen naar drie op de vier. Bij de andere groepen chronisch zieken die we konden volgen zijn de ontwikkelingen minder spectaculair. Mensen met hart- en vaatziekten nemen de tweede plaats op de 'ranglijst' in (ver achter de diabetespatiënten) wat hun contacten met de POH en gespecialiseerde verpleegkundigen betreft.

Ten aanzien van het gebruik van paramedische zorg gaat het zowel bij mensen met een chronische ziekte als bij mensen met een beperking vooral om fysiotherapie. Respectievelijk 38% en 47% van deze groepen maakte in 2006 gebruik van fysiotherapie. Ondanks de ingrijpende wijziging in de vergoeding van fysiotherapie in 2004 (fysiotherapie ging toen uit het wettelijk verzekerde pakket), is het gebruik ervan onder mensen met een chronische ziekte niet gedaald⁵. Dit houdt mogelijk verband met het feit dat de meeste chronisch zieken fysiotherapie krijgen voor een aandoening die voorkomt op de 'niet limitatieve lijst', waardoor zij hun fysiotherapie wel vergoed krijgen (vanaf de tiende behandeling). Ook blijken veel mensen met een chronische ziekte of beperking zich aanvullend te hebben verzekerd voor fysiotherapie (De Jong & Groenewegen, 2006). Hoewel in 2006 nog maar ruim één op de tien chronisch zieken en gehandicapten een mondhygiënist bezocht, neemt het gebruik van mondhygiënische zorg de laatste jaren wel fors toe, van 4% in 2004 tot 12% in 2006. Het zijn vooral vrouwen en jongere mensen die een mondhygiënist bezoeken, alsook mensen die wat hoger zijn opgeleid.

⁵ Specifiek over de groep mensen met een beperking hebben we geen gegevens van voor 2004.

4 Zorg en ondersteuning thuis en op het werk

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op ondersteuning van de zelfredzaamheid van mensen met een chronische ziekte of beperking. Hiermee wordt bedoeld op de ondersteuning die mensen ontvangen in de thuissituatie en op het werk. Om zelfstandig te kunnen leven hebben mensen met een chronische ziekte of beperking bovendien vaak hulpmiddelen en aanpassingen nodig. Hulpmiddelen, bijvoorbeeld rollators, hoortoestellen en prothesen, zijn opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Voor woningaanpassingen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen kan men sinds 2007 een beroep doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)⁶. Ook (geïndiceerde) huishoudelijke hulp, die voor 2007 onder de AWBZ viel, wordt krachtens de Wmo vergoed. Andere vormen van (geïndiceerde) zorg en ondersteuning thuis behoren tot de AWBZ-zorg.

Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk aan bod: het gebruik van geïndiceerde thuiszorg en andere professionele hulp (paragraaf 4.1), informele zorg (paragraaf 4.2), hulpmiddelen en aanpassingen (paragraaf 4.3) en bedrijfsgeneeskundige zorg (paragraaf 4.4). In paragraaf 4.5 worden tenslotte de belangrijkste bevindingen samengevat.

4.1 Thuiszorg en andere professionele hulp

Om het gebruik van geïndiceerde thuiszorg en andere professionele hulp te inventariseren wordt jaarlijks in april aan de panelleden gevraagd of er in het voorgaande kalenderjaar gebruik is gemaakt van dit type professionele zorg. Hierbij gaat het om vijf vormen van zorg:

- huishoudelijke hulp (hulp bij bijvoorbeeld opruimen en schoonmaken);
- persoonlijke verzorging (hulp bij bijvoorbeeld douchen, aankleden en eten);
- verpleging (bijvoorbeeld wondverzorging, geven van injecties, geven van adviezen over de ziekte);
- ondersteunende begeleiding (zoals ondersteuning om de dag te structureren, maar ook dagbesteding);
- activerende begeleiding (zoals gesprekken om gedrag te veranderen).

Omdat thuiszorg vooral voor mensen met een beperking relevant is, beperken we ons hier tot deze groep⁷. De populatie van mensen met een (matige of ernstige) lichamelijke beperking is anders samengesteld dan de totale populatie van mensen met een chronische ziekte of beperking in Nederland. Om die reden is bij de berekening van de hier gepresenteerde gegevens een iets andere standaardpopulatie gebruikt (zie bijlage IV).

Het gebruik van thuiszorg/overige professionele zorg van mensen met een beperking wordt in deze paragraaf vergeleken met het gebruik ervan onder de algemene bevolking van 15 jaar en ouder (personen die hebben deelgenomen aan het POLS; CBS).

⁶ Tot en met 2006 werden woningaanpassingen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) verstrekt.

⁷ We bedoelen hier iedereen met een matige of ernstige lichamelijke beperking, inclusief degenen die naast hun beperking een chronische ziekte hebben.

4.1.1 *Mensen met een beperking*

Allereerst is nagegaan welk deel van de mensen met een matige of ernstige beperking in 2006 gebruik maakte van thuiszorg of andere professionele hulp (tabel 4.1). De tabel laat zien dat ruim vier op de tien mensen met een beperking in 2006 professionele zorg had (42%). Vergeleken met het deel van de mensen uit de algemene bevolking (4%) is dat tien keer zo veel. Hierbij merken we op dat de populatie mensen met een matige of ernstige beperking gemiddeld genomen ouder is - en voor een groter deel uit vrouwen bestaat - dan de algemene bevolking, hetgeen uiteraard zijn weerslag heeft op het gebruik van professionele zorg in de thuissituatie.

Over het gebruik van professionele zorg in 2006 is niet bekend of het daarbij ging om langdurige zorg (een aaneengesloten periode van tenminste drie maanden) of niet.

Hierover zijn wel gegevens beschikbaar over het jaar 2004. Daaruit bleek dat het in 91% van de gevallen (BI: 87-94) bij mensen met een beperking om langdurige zorg ging.

Het gebruik van professionele zorg onder mensen met een beperking is over de periode 2004 t/m 2006 niet stabiel: maakte in 2004 39% en in 2005 37% gebruik van professionele zorg thuis, in 2006 steeg het gebruik tot 42% [lineaire trend].

Tabel 4.1 maakt duidelijk dat het gebruik van professionele zorg thuis vooral huishoudelijke hulp betreft. Een klein deel van de mensen met een beperking maakt (ook) gebruik van persoonlijke verzorging en verpleging; het gebruik van ondersteunende en activerende begeleiding is nihil.

Tabel 4.1: Percentage mensen met een (matige of ernstige) beperking dat in 2006 thuiszorg of andere professionele hulp kreeg

Percentage gebruik van ...	Mensen met een beperking (NPCG)		Algemene bevolking (POLS)
	%	BI	%
Professionele zorg thuis totaal	42	38-45	4
Huishoudelijke hulp	37	34-41	-
Persoonlijke verzorging	6	5-8	-
Verpleging	4	3-5	-
Ondersteunende begeleiding	1	1-2	-
Activerende begeleiding	0	0-1	-

De ernst van de beperking is duidelijk gerelateerd aan het gebruik van professionele zorg thuis. Twee keer zoveel mensen met een ernstige beperking (62%) maakten in 2006 gebruik van deze zorg als mensen met een matige beperking (31%).

Persoonsgebonden budget

Behalve zorg in natura, kan voor AWBZ-geïndiceerde zorg⁸ ook gekozen worden voor een persoonsgebonden budget. Met een persoonsgebonden budget (pgb) kan de cliënt zelf de benodigde zorg inkopen. De cliënt bepaalt zelf door wie hij geholpen wordt en neemt als het ware eigen personeel in dienst.

De NPCG-gegevens laten zien dat het gebruik van een persoonsgebonden budget nog

⁸ Vanaf 2007 ook voor Wmo-geïndiceerde huishoudelijke hulp.

gering is. Over 2006 had 6% (BI: 5-9) van de mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking een pgb. In veruit de meeste gevallen betrof het een pgb voor huishoudelijke hulp (87%). Hoewel nog altijd maar een klein deel van de mensen met een beperking een pgb heeft, is het gebruik ervan over de periode 2004-2006 wel geleidelijk toegenomen: 4% in 2004, 5% in 2005 en dus 6% in 2006 [lineaire trend].

4.2 Informele zorg

Mensen met een chronische ziekte of beperking krijgen vaak hulp of zorg vanuit hun naaste omgeving. Het moge duidelijk zijn dat het vooral de beperkingen zijn die maken dat mensen informele zorg - en/of professionele thuiszorg - nodig hebben. Om die reden beperken we ons in deze paragraaf tot een beschrijving van het gebruik van informele zorg onder mensen met een (matige of ernstige) beperking. Afhankelijk van het type en de duur van de informele zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen 'gebruikelijke zorg' en 'mantelzorg'. Zo valt bijvoorbeeld huishoudelijke zorg verleend door huisgenoten onder gebruikelijke zorg en wordt ook kortdurende persoonlijke verzorging door huisgenoten als gebruikelijke zorg beschouwd. Wanneer deze persoonlijke verzorging echter langer dan drie maanden duurt, spreken we van mantelzorg. Omdat hierop vele uitzonderingen van toepassing zijn wordt in deze paragraaf alleen gesproken van informele zorg. Hiermee sluiten we aan bij de terminologie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

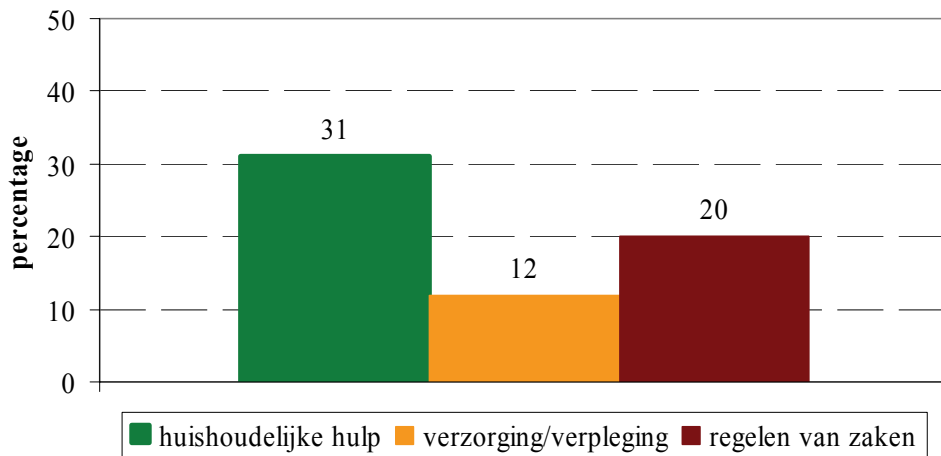
In de NPCG-enquêtes van april 2005, 2006 en 2007 werd de panelleden gevraagd of men in het voorgaande kalenderjaar hulp of zorg had gekregen van gezinsleden, andere familieleden (buiten het gezin) of andere mensen uit hun omgeving. Behalve of men informele zorg heeft gekregen, is gevraagd wat de relatie is tot de persoon die deze hulp of zorg het meeste heeft gegeven. Bovendien werd gevraagd naar de aard van de hulp: huishoudelijk (zoals koken, boodschappen doen, de was doen, schoonmaken), gericht op de persoonlijke verzorging (zoals hulp bij het wassen en aankleden of het aantrekken van steunkousen), verpleging (zoals hulp bij wondverzorging of het gebruiken van medicatie), of hulp bij het regelen van zaken en begeleiding bij activiteiten. Ook is gevraagd of de informele zorg langdurend van aard was, dat wil zeggen drie maanden of langer aaneensluitend. Gegevens zijn beschikbaar over de jaren 2004 t/m 2006. Evenals in de vorige paragraaf, is bij de berekening van de gegevens in deze paragraaf gebruik gemaakt van een standaardpopulatie die alleen betrekking heeft op mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking zie bijlage IV).

4.2.1 *Mensen met een beperking*

Van de mensen met een matige of ernstige beperking rapporteerde bijna de helft (42%, BI: 38-45) in 2006 informele zorg te hebben gehad. Dit percentage is over de periode 2004-2006 niet significant veranderd.

In tweederde van de gevallen (64%; BI: 58-69) ging het om langdurige zorg, dat wil zeggen dat men de hulp gedurende een aaneengesloten periode van tenminste drie maanden ontving. In figuur 4.1 wordt geïllustreerd wat de aard van de informele zorg was die men ontving.

Figuur 4.1: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 informele zorg ontving, uitgesplitst naar aard van de informele zorg



Figuur 4.1 laat zien dat een op de drie mensen met een beperking in 2006 door een directe naaste werd geholpen bij het huishouden (31%, BI: 28-34). Eén op de vijf ontving hulp bij het regelen van zaken of begeleiding bij activiteiten (20%; BI: 17-23) en één op de tien werd geholpen bij de dagelijkse verzorging of verpleegd (12; BI: 10-13).

Tabel 4.2 laat zien door welke personen de informele zorg aan mensen met een beperking werd verleend. De tabel laat zien dat twee op de drie mensen die in 2006 informele zorg ontvingen deze zorg kregen van hun partner. Bij vier op de tien (41%) werd (ook) informele zorg verleend door een uitwonend familielid. Dit is meestal een volwassen kind. Tenslotte blijken ook niet-familieleden belangrijke zorgverleners: één op de vijf (21%) gehandicapten die informele zorg ontvingen kreeg hulp van burens, vrienden of kennissen.

Tabel 4.2: Informele zorg voor mensen met een beperking in 2006, uitgesplitst naar de relatie van de zorgverlener tot de gehandicapte

	Percentage van de groep met informele zorg	
	%	BI
Partner	66	60-71
Inwonend kind (jonger dan 18 jaar)	1	0-2
Inwonend kind (18 jaar of ouder)	7	5-10
Inwonend familielid of huisgenoot (anders dan partner of kind)	1	0-3
Niet-inwonend familielid	41	36-47
Niet-familieled (burens, vrienden of kennissen)	21	17-27

Tenslotte valt op dat, evenals het gebruik van professionele zorg in de thuissituatie, ook het krijgen van informele zorg sterk gerelateerd is aan de ernst van de beperking. Van degenen met een ernstige beperking ontving 58% informele zorg; van degenen met een matige beperking was dit 34%.

4.3 Hulpmiddelen en aanpassingen

Mensen met een chronische ziekte of beperking maken vaak gebruik van medische of ondersteunende hulpmiddelen of aanpassingen. Om het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen te inventariseren is in april 2002, 2004, 2005, 2006 en 2007 aan de panelleden per type hulpmiddel en aanpassing gevraagd of men dit had in het voorgaande kalenderjaar. Voorbeelden zijn: een hulpmiddel voor de persoonlijke verzorging, zoals een kousenaantrekker, een loophulpmiddel, zoals een stok of een rollator, een alarmstelsysteem, een gehoorapparaat, een bril, et cetera.

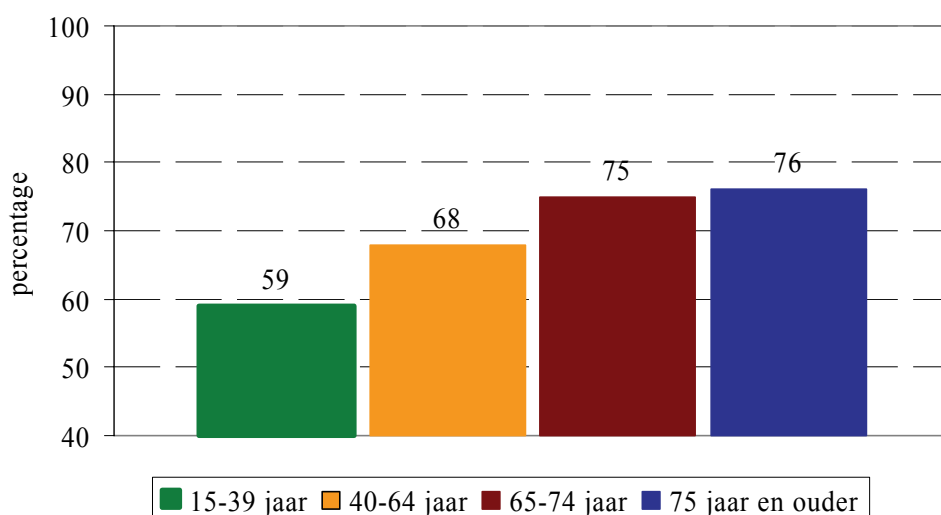
4.3.1 Mensen met een chronische ziekte of beperking

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking rapporteerde bijna driekwart (71%; BI: 67-75) in 2006 hulpmiddelen of aanpassingen te hebben. Dit percentage is over de periode 2004-2006 redelijk stabiel gebleven (74% in 2004 en 73% in 2005).

Over het algemeen heeft een groter deel van de vrouwen met een chronische ziekte of beperking een hulpmiddel of aanpassing dan van de mannen, respectievelijk 74% (BI: 70-78) en 64% (BI: 59-70) in 2006. Vrouwen blijken gemiddeld ook meer hulpmiddelen en aanpassingen te bezitten dan mannen.

Het hebben van hulpmiddelen of aanpassingen blijkt ook leeftijdsgebonden te zijn. Oudere chronisch zieken en gehandicapten hebben vaker - en ook meer - hulpmiddelen en aanpassingen dan jongeren. Figuur 4.2 laat het bezit van hulpmiddelen binnen de verschillende leeftijdscategorieën zien.

Figuur 4.2: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat in 2006 hulpmiddelen of aanpassingen had, uitgesplitst naar leeftijdscategorieën



Tenslotte blijkt ook het opleidingsniveau gerelateerd te zijn aan het hulpmiddelenbezit. Laag opgeleide chronisch zieken en gehandicapten (65%; BI: 60-70) hadden in 2006

minder vaak één of meer hulpmiddelen of aanpassingen dan mensen met een chronische ziekte of beperking die hoger waren opgeleid (middengroep: 74% (BI: 69-78); groep hoog opgeleiden: 80% (BI: 75-85)). Ook hadden zij gemiddeld minder hulpmiddelen of aanpassingen. Mogelijk is de toegankelijkheid van hulpmiddelen of aanpassingen voor mensen met een lagere opleiding minder goed, bijvoorbeeld door een gebrek aan kennis of door financiële belemmeringen.

Tabel 4.3 laat zien welke hulpmiddelen en aanpassingen mensen met een chronische ziekte of beperking in 2006 hadden. De tabel laat zien dat circa de helft van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2006 een visueel hulpmiddel had, zoals een bril, contactlenzen of een loep. Naast visuele hulpmiddelen, werden steunzolen, loophulpmiddelen, elastische kousen en woningaanpassingen het vaakst genoemd.

Tabel 4.3: Bezit van hulpmiddelen en aanpassingen van mensen met een chronische ziekte of beperking in 2006

Percentage mensen dat hulpmiddel had	%	BI
Visueel hulpmiddel	48	44-52
Steunzolen	15	12-18
Loophulpmiddelen	10	8-12
Elastische kousen	9	7-10
Woningaanpassingen (bijv. aanpassingen in badkamer, traplift)	9	7-11
Hulpmiddel voor doseren of toedienen van geneesmiddelen	8	7-10
Incontinentiemateriaal	7	6-9
Gehoorapparaat	7	5-8
Prothesen of orthesen	5	4-7
Orthopedische schoenen	5	4-7
Scootmobiel of aangepaste fiets	5	4-7
Aangepast meubilair (bijv. sta-op stoel, hoog-laag bed)	5	3-6
Alarmsysteem	4	3-5
Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging	4	3-6
Huishoudelijke hulpmiddelen	3	2-4
Rolstoel	2	1-3
Aanpassingen in de auto	2	1-5
Aanpassingen van de werkplek thuis	2	2-3

Wvg-aanvragen

Omdat een deel van de ondersteunende hulpmiddelen en aanpassingen tot en met 2006 (voor de invoering van de Wmo) kon worden aangevraagd bij de gemeente krachtens de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), is hierover ook een aantal vragen aan de panelleden voorgelegd. We beschrijven hier welk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2006 een beroep deed op de Wvg voor hun voorzieningen. Het gaat daarbij om woningaanpassingen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen.

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf 4% (BI: 3-5) aan in 2006 een voorziening te hebben aangevraagd via de Wvg. Dit percentage komt overeen met het percentage gevonden over 2005.

De meeste aanvragen in 2006 betroffen vervoersvoorzieningen: 3% (BI: 2-4) van de mensen met een chronische ziekte of beperking. Daarnaast had 1% (BI: 0-1) woonvoorzieningen aangevraagd en nog eens 1% (BI: 1-2) een rolstoel.

4.3.2 *Mensen met een chronische ziekte*

Over het hulpmiddelenbezit van mensen met een chronische ziekte zijn over een langere reeks van jaren gegevens beschikbaar (2001-2006). In 2006 had 74% (BI: 71-77) van de chronisch zieken tenminste één hulpmiddel of aanpassing. Dit percentage wisselde nogal over de afgelopen jaren [polynomiale trend van 3^{de} en 4^{de} orde], maar van een duidelijke toe- of afname van het hulpmiddelenbezit is geen sprake. Bijvoorbeeld, ook in 2001 had 74% een hulpmiddel of aanpassing.

Tabel 4.4 geeft de top-10 van meest voorkomende hulpmiddelen en aanpassingen onder chronisch zieken in 2006. De helft van de mensen met een chronische ziekte rapporteerde een visueel hulpmiddel te hebben, zoals een bril, contactlenzen of een loep. Eén op de acht chronisch zieken had steunzolen en één op de tien had (daarnaast) loophulpmiddelen, elastische kousen en/of woningaanpassingen.

Tabel 4.4: Bezit van hulpmiddelen en aanpassingen van mensen met een chronische ziekte in 2006 (top-10)

Percentage mensen dat hulpmiddel had	%	BI
1. Visueel hulpmiddel	50	47-53
2. Steunzolen	13	11-15
3. Loophulpmiddelen	10	8-12
4. Woningaanpassingen (bijv. aanpassingen in badkamer, traplift)	10	8-12
5. Elastische kousen	9	8-10
6. Incontinentiemateriaal	8	7-10
7. Gehoorapparaat	7	5-8
8. Hulpmiddel voor doseren of toedienen van geneesmiddelen	7	6-9
9. Orthopedische schoenen	5	4-6
10. Scootmobiel of aangepaste fiets	5	4-7

Om te bekijken of de aard van de chronische ziekte en het aantal chronische ziekten samenhangt met het hebben van hulpmiddelen of aanpassingen is een uitsplitsing gemaakt.

Over het algemeen kan gesteld worden dat het al of niet hebben van hulpmiddelen of aanpassingen geen verband houdt met de soort chronische ziekte waaraan men lijdt. Het soort chronische ziekte maakt wel verschil voor het type hulpmiddelen of aanpassingen dat men heeft. Zo hebben mensen met diabetes relatief vaak hulpmiddelen voor het doseren of toedienen van geneesmiddelen, zoals een insulinepomp of bloedsuikerstickjes (in 2006: 52%, BI: 45-58). Mensen met kanker bezitten relatief vaak een prothese (in 2006: 15%, BI: 9-25), zoals een borstprothese of een pruik.

Voor de vijf meest voorkomende typen hulpmiddelen of aanpassingen (tabel 4.4) geldt dat het bezit van een visueel hulpmiddel, loophulpmiddel of elastische kousen in 2006 niet verschilde tussen mensen met verschillende chronische ziekten (ten opzichte van de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten). In het bezit van steunzolen en woningaanpassingen werden wel significante verschillen gevonden. Mensen met een

chronische ziekte aan het bewegingsapparaat bleken significant vaker steunzolen te hebben (17%; BI: 14-22) dan de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten (11%; BI: 8-14). Bij mensen met een neurologische aandoening was vaker sprake van woningaanpassingen (19%, BI: 13-26) dan bij mensen met hart- en vaatziekten (11%, BI 8-14).

Van de mensen die aan meer dan één chronische ziekte leden had in 2006 een even groot deel tenminste één hulpmiddel of aanpassing dan van degenen met één chronische ziekte. Wel hebben mensen met drie of meer chronische ziekten gemiddeld genomen een groter aantal hulpmiddelen of aanpassingen in hun bezit.

Kijken we specifiek naar de vijf meest voorkomende hulpmiddelen en aanpassingen onder chronisch zieken, dan blijken er weinig verschillen. Mensen met twee chronische ziekten hadden in 2006 significant vaker woningaanpassingen dan mensen met één ziekte, respectievelijk 12% (BI: 10-15) en 8% (BI: 6-10). Steunkousen werden zowel door mensen met twee chronische ziekten (12%; BI: 9-15) als door degenen met drie of meer chronische ziekten (11%; BI: 8-14) vaker gebruikt dan door chronisch zieken zonder comorbiditeit (8%; BI: 6-10).

Wvg-aanvragen

Vijf procent (BI: 4-6) van de mensen met een chronische ziekte gaf aan in 2006 een Wvg-voorziening te hebben aangevraagd. In 2005 bedroeg dit nog 4% (BI: 3-5), hetgeen overigens geen significant verschil is.

Ook voor de groep chronisch zieken geldt dat vervoersvoorzieningen in 2006 het meest werden aangevraagd (4%; BI: 3-5). Rolstoelen en woningaanpassingen werden elk door 1% (BI: 1-2) aangevraagd.

4.3.3 Mensen met een beperking

Het hebben van de juiste ondersteunende hulpmiddelen en aanpassingen is uiteraard vooral voor mensen met een beperking belangrijk. In deze subparagraaf belichten we daarom het hulpmiddelenbezit van mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking nog eens afzonderlijk.

Vier op de vijf mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking (81%; BI: 77-84) had in 2006 tenminste één hulpmiddel of aanpassing. Over de periode 2004-2006 is dit percentage niet noemenswaardig veranderd.

Tabel 4.5 geeft de top-10 van meest voorkomende hulpmiddelen en aanpassingen onder mensen met een beperking in 2006. Ruim de helft van de mensen met een beperking rapporteerde een visueel hulpmiddel te hebben, zoals een bril, contactlenzen of een loep. Een kwart bezat een loophulpmiddel, bijvoorbeeld een loopstok of een rollator. Eén op de vijf had woningaanpassingen, bijvoorbeeld aanpassingen in de badkamer of keuken of een traplift, en eveneens één op de vijf was in het bezit van een scootmobiel of aangepaste fiets.

Tabel 4.5: Bezit van hulpmiddelen en aanpassingen van mensen met een beperking in 2006 (top-10)

Percentage mensen dat hulpmiddel had	%	BI
1. Visueel hulpmiddel	54	49-58
2. Loophulpmiddelen	25	21-30
3. Woningaanpassingen (bijv. aanpassingen in badkamer, traplift)	22	18-26
4. Scootmobiel of aangepaste fiets	19	16-22
5. Steunzolen	16	13-20
6. Incontinentiemateriaal	13	11-16
7. Aangepast meubilair (bijv. sta-op stoel, hoog-laag bed)	13	10-16
8. Elastische kousen	12	10-15
9. Orthopedische schoenen	11	9-14
10. Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging	11	9-14

In tabel 4.6 wordt het bezit van hulpmiddelen en aanpassingen onder gehandicapten gespecificeerd naar de aard en de ernst van de beperkingen. De tabel laat zien dat er geen grote verschillen bestaan in het hulpmiddelenbezit tussen mensen met verschillende beperkingen (geen significante verschillen ten opzichte van de referentiegroep van mensen met een motorische beperking). Mensen met zowel een motorische als auditieve beperking rapporteren het meest hulpmiddelen of aanpassingen te bezitten. Deze mensen hebben ook de meeste typen hulpmiddelen of aanpassingen (significant meer dan de referentiegroep van mensen met alleen een motorische beperking).

Tabel 4.6: Bezit van hulpmiddelen en aanpassingen van mensen met een beperking in 2006, uitgesplitst naar aard en ernst van de beperkingen

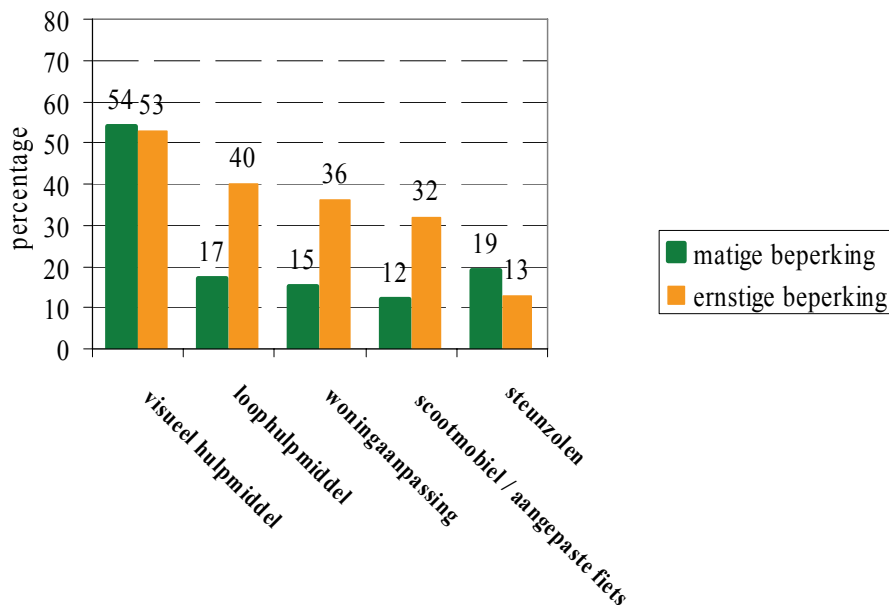
Percentage mensen dat hulpmiddel had	%	BI
Aard van beperking		
- motorisch (ref.)	79	75-82
- zintuiglijk	83	68-92
- motorisch en visueel	79	69-86
- motorisch en auditief	88	80-92
- motorisch, visueel en auditief	81	64-91
Ernst van beperking		
- matig (ref.)	77	73-81
- ernstig	85	80-89

Wanneer we ons beperken tot het bezit van de vijf meest voorkomende hulpmiddelen of aanpassingen onder gehandicapten, dan blijken er nauwelijks verschillen te zijn tussen groepen mensen met verschillende beperkingen. Mensen met verschillende soorten beperkingen hadden in 2006 even vaak een loophulpmiddel, woningaanpassing, scootmobiel of aangepaste fiets, en steunzolen. Alleen ten aanzien van het bezit van visuele hulpmiddelen bestaan er verschillen ten opzichte van de referentiegroep, maar de rapportage van visuele hulpmiddelen is waarschijnlijk niet volledig geweest; sommige mensen hebben hun 'gewone' bril of leesbril wel als visueel hulpmiddel gerapporteerd, terwijl anderen dat niet hebben gedaan.

De ernst van de beperkingen is voor het hebben van hulpmiddelen of aanpassingen an sich belangrijker dan de aard van de beperkingen. Van de mensen met een ernstige lichamelijke beperking had in 2006 een groter deel (85%; BI: 80-89) één of meer hulpmiddelen of aanpassingen dan van de mensen met een matige beperking (77%; BI: 73-81).

In figuur 4.3 zijn de verschillen tussen beide groepen (mensen met een matige of ernstige beperking) weergegeven voor de vijf meest voorkomende hulpmiddelen van 2006. De figuur laat zien dat mensen met een ernstige beperking veel vaker loophulpmiddelen, woningaanpassingen en een scootmobiel of aangepaste fiets hebben dan mensen met een matige beperking. Voor het hebben van steunzolen blijkt juist dat mensen met een matige beperking deze vaker hebben dan mensen met een ernstige beperking. Het bezit van een visueel hulpmiddel verschilt niet tussen beide groepen. Tenslotte blijkt ook dat mensen met een ernstige beperking in 2006 gemiddeld meer typen hulpmiddelen of aanpassingen hadden dan degenen met een matige beperking.

Figuur 4.3: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 een bepaald hulpmiddel of een bepaalde aanpassing had (de vijf meest voorkomende), uitgesplitst naar ernst van de beperking



Wvg-aanvragen

Van de totale groep mensen met een beperking gaf 7% (BI: 6-9) aan in 2006 een Wvg-voorziening te hebben aangevraagd. In 2005 was dat 9% (BI: 7-11). Dit verschil is niet significant.

De meeste aanvragen in 2006 betroffen vervoersvoorzieningen (5%; BI: 4-6), gevolgd door woningaanpassingen (2%; BI: 1-3) en rolstoelen (1%; BI: 1-2).

4.4 Bedrijfsgeneeskundige zorg

Mensen met een chronische ziekte of beperking kunnen problemen ondervinden met het uitvoeren van hun werk, bijvoorbeeld vanwege vermoeidheid of functiebeperkingen. In die gevallen kan bedrijfsgeneeskundige zorg belangrijk zijn om ziekteverzuim terug te dringen en (gedeeltelijke of volledige) uitval uit het werk te voorkomen. Vanaf april 2002 worden daarom aan de panelleden jaarlijks (uitgezonderd 2006) vragen gesteld over hun contacten met de bedrijfsgeneeskundige zorg in het voorgaande kalenderjaar. Er zijn dus gegevens beschikbaar over de jaren 2001, 2002, 2003, 2004 en 2006.

Het contact met de bedrijfsgeneeskundige zorg kan bestaan uit contacten met een bedrijfsarts, een bedrijfsmaatschappelijk werker, een bedrijfsverpleegkundige of andere bedrijfsgeneeskundige zorgverleners. Vanwege de dominante rol die bedrijfsartsen hebben in de bedrijfsgeneeskundige zorg, beperkt deze paragraaf zich tot het contact met bedrijfsartsen. De in deze paragraaf vermelde gegevens betreffen alleen mensen in de leeftijd van 15 tot 65 jaar die een betaalde baan hebben.

4.4.1 *Mensen met een chronische ziekte of beperking*

Van de werkzame mensen met een chronische ziekte of beperking rapporteerde 11% (BI: 8-14) in 2006 contact te hebben gehad met een bedrijfsarts. Dit percentage is opmerkelijk laag, wanneer men de belangrijke rol die bedrijfsartsen kunnen spelen in het voorkomen van uitval uit het arbeidsproces in ogenschouw neemt. In 2004 had nog 17% van de chronisch zieken en gehandicapten contact met een bedrijfsarts, hetgeen wijst op een significante afname in 2006. Omdat het hier slechts twee metingen betreft, is het mogelijk dat het om een toevalstreffer gaat. Pas wanneer over meer jaren een duidelijke trend waarneembaar is, kan hierover iets meer worden gezegd.

We vonden geen verschillen over 2006 tussen mannen en vrouwen, mensen van verschillende leeftijden en opleidingsniveaus in het al of niet hebben van contact met een bedrijfsarts. Over 2004 werd wel een leeftijdseffect gevonden, maar ook daarbij kan het gaan om een toevalstreffer.

4.4.2 *Mensen met een chronische ziekte*

Van de mensen met een chronisch ziekte die werkzaam waren had in 2006 eveneens 11% (BI: 9-14) contact met een bedrijfsarts. Over de groep chronisch zieken zijn meer gegevens over voorgaande jaren (periode 2001-2006) beschikbaar. Gedurende die periode varieerde het percentage dat contact had met een bedrijfsarts wel enigszins, maar van een significante trend is geen sprake.

Om te kijken of de aard van de chronische ziekte of het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt van invloed is op het contact met de bedrijfsarts, zijn de gegevens naar deze twee aspecten uitgesplitst. In tabel 4.7 zijn de resultaten vermeld. Deze cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien de gegevens afkomstig zijn van een gering aantal respondenten (werkenden in de leeftijd tot 65 jaar) per subgroep. De verschillen ten aanzien van de referentiegroepen (mensen met hart- en vaatziekten en mensen met één chronische ziekte) zijn dan ook niet significant (zie ook de brede betrouwbaarheidsintervallen). Het is daarbij ook belangrijk om zich te realiseren dat de werkende personen binnen deze subgroepen een selectie zijn van de totale groep;

het zijn immers degenen die er ondanks hun chronische ziekte(n) toch tot dusver in geslaagd zijn hun betaalde baan te behouden.

Tabel 4.7: Percentage werkzame mensen met een chronische ziekte (15 t/m 64 jaar) dat in 2006 contact had met een bedrijfsarts, uitgesplitst naar aard en aantal chronische ziekten

	Contact met bedrijfsarts	
	%	BI
Indexziekte		
- hart- en vaatziekten (ref.)	13	7-21
- astma / COPD	8	5-13
- aandoening bewegingsapparaat	12	7-18
- kanker	17	8-33
- diabetes	9	5-16
- neurologische aandoening	10	6-18
- spijsverteringsaandoening	12	6-22
- overige aandoeningen	13	8-18
Aantal chronische ziekten		
- één (ref.)	13	10-17
- twee	9	6-14
- drie of meer	11	6-19

4.4.3 *Mensen met een beperking*

De resultaten voor mensen met een (matige of ernstige) lichamelijke beperking zijn vergelijkbaar met die voor mensen met een chronische ziekte: ook van de werkzame mensen met een beperking rapporteerde 11% (BI: 8-15) in 2006 contact te hebben gehad met een bedrijfsarts. Ook hier zien we wel enig verschil ten opzichte van 2004, maar dit verschil is niet significant.

Tabel 4.8 laat zien welke percentages er gevonden werden binnen subgroepen van mensen met een beperking. Het contact met de bedrijfsarts verschilt niet significant tussen subgroepen met verschillende soorten beperkingen, al doen de percentages misschien anders vermoeden. Door te kleine aantallen is echter sprake van een grote onzekerheid in de geschatte percentages (zie ook de brede betrouwbaarheidsintervallen) en was bovendien geen schatting mogelijk voor de groep met zowel motorische, als visuele en auditieve beperkingen.

De tabel laat zien dat ook de ernst van de beperkingen geen verband houdt met het al of niet hebben van contact met een bedrijfsarts onder werkzame gehandicapten.

Tabel 4.8: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 contact had met een bedrijfsarts, uitgesplitst naar aard en ernst van de beperkingen

	Contact met bedrijfsarts	
	%	BI
Aard van beperking		
- motorisch (ref.)	11	8-15
- zintuiglijk	11	2-36
- motorisch en visueel	15	7-29
- motorisch en auditief	8	3-20
- motorisch, visueel en auditief	-	-
Ernst van beperking		
- matig (ref.)	11	8-16
- ernstig	11	7-18

4.5 Belangrijkste bevindingen

Vier op de tien mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking (42%) had in 2006 thuiszorg of andere professionele hulp thuis (vooral huishoudelijke hulp). Dit percentage ligt tien keer zo hoog als onder de algemene bevolking (4%), waarbij moet worden aangetekend dat de algemene bevolking gemiddeld genomen jonger is. Tegelijkertijd laten deze cijfers ook zien dat meer dan de helft van de mensen met een matige of ernstige beperking het zonder professionele hulp thuis redt. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor informele zorgverleners. Ruim 40% van de mensen met een matige of ernstige beperking gaf dan ook aan in 2006 hulp te hebben gehad van directe naasten. In het overgrote deel van de gevallen ging het hierbij waarschijnlijk om langdurige hulp (langer dan drie maanden), vooral op huishoudelijk gebied. Het zijn met name partners en niet-inwonende familieleden, zoals volwassen kinderen, die informele zorg verlenen, maar ook niet-familieleden (buren, vrienden of kennissen) worden door één op de vijf gehandicapten die informele zorg krijgen genoemd. Keren we terug naar de professionele zorg thuis, dan blijkt het gebruik ervan onder mensen met een beperking in 2006 wat groter dan in 2004 en 2005. Het is interessant om te zien of de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 tot veranderingen in het gebruik van huishoudelijke hulp - en informele zorg - leidt. Het gebruik van een persoonsgebonden budget (pgb) voor thuiszorg is over de periode 2004-2006 gestegen, al is het nog gering. Zes procent van de mensen met een matige of ernstige beperking had in 2006 een pgb voor thuiszorg, meestal voor huishoudelijke hulp.

Veel mensen met een chronische ziekte of beperking maken gebruik van medische of ondersteunende hulpmiddelen of aanpassingen thuis of in verband met hun mobiliteit en vervoer. In 2006 had driekwart van de totale populatie tenminste één hulpmiddel of aanpassing. Van de mensen met een matige of ernstige beperking was dat meer dan 80%. Afgezien van visuele hulpmiddelen (waaronder ook 'gewone' brillen), zijn het veelal loophulpmiddelen, zoals een stok of rollator, steunzolen en woningaanpassingen, zoals aanpassingen in de keuken of badkamer of een traplift. Bij mensen met een chronische ziekte zien we ook relatief vaak elastische kousen ('steunkousen') en bij mensen met een matige of ernstige beperking ook de scootmobiel of aangepaste fiets.

Het hebben van hulpmiddelen houdt uiteraard verband met de ernst van de beperkingen die men heeft en, voor bepaalde hulpmiddelen, ook met de aard van de ziekte of beperking. Interessanter is dat het hebben van hulpmiddelen of aanpassingen ook samenhangt met het opleidingsniveau van de chronisch zieke of gehandicapte: van de laag opgeleide mensen met een chronische ziekte of beperking had 65% in 2006 hulpmiddelen of aanpassingen, van de hoog opgeleide 80%. Mogelijk is de toegankelijkheid hier in het geding; laag opgeleide mensen weten misschien minder goed welke hulpmiddelen er zijn of hoe ze eraan kunnen komen. Het kan ook zijn dat de eventuele eigen bijdragen een belemmering vormen. Deze bevinding verdient nader onderzoek.

Tenslotte valt op dat maar weinig werkende chronisch zieken en gehandicapten jaarlijks contact hebben met een bedrijfsarts. In 2006 had net iets meer dan één op de tien contact gehad met een bedrijfsarts. Enerzijds zou dat erop kunnen duiden dat velen het wel redden zonder deze vorm van ondersteuning. Anderzijds weten we dat de uitval uit het arbeidsproces onder mensen met een chronische ziekte of beperking groot is en in dat kader preventieve aandacht van groot belang is.

5 Ervaren kwaliteit van zorg

Het patiëntenperspectief is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden in de zorg. De zorg is door de komst van onder andere prestatie-indicatoren en de website www.kiesbeter.nl transparanter geworden en biedt patiënten daardoor meer mogelijkheden om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken. Daarnaast worden de wensen en belangen van patiënten steeds vaker meegewogen bij beleidsmatige beslissingen over de zorg. De aandacht voor de patiënt staat ook de komende jaren centraal in het beleid van het ministerie van VWS. Voorgenomen maatregelen zoals versterking van de rechtspositie van patiënten en de ontwikkeling en invoering van kwaliteitsindicatoren in alle sectoren getuigen hiervan (ministerie van VWS, 2008). Het vorig jaar opgerichte Centrum Klantervaringen Zorg, dat toeziet op het meten van ervaringen van patiënten en cliënten met behulp van Consumer Quality (CQ)-indices, is daarvan eveneens een bewijs.

Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben vaker contact met zorgaanbieders dan ‘gewone’ zorgconsumenten (zie de hoofdstukken 3 en 4). Voor deze mensen is het daarom extra belangrijk dat de zorg die zij krijgen past bij hun behoeften. Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk aan bod: het vertrouwen in de zorg en in zorgverleners en instanties (paragraaf 5.1), de ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg (paragraaf 5.2), de ervaren kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg (paragraaf 5.3) en de klachten over de zorg (paragraaf 5.4). De belangrijkste bevindingen worden in paragraaf 5.5 samengevat.

5.1 Vertrouwen in de zorg

Aan alle panelleden zijn in oktober 2003 en oktober 2005 vragen gesteld over het vertrouwen dat zij hebben in de gezondheidszorg en in verschillende zorgverleners en zorginstanties. Een rapportcijfer werd gevraagd voor het vertrouwen in de huidige medische mogelijkheden, de huidige gezondheidszorg en de toekomst van de gezondheidszorg. Ook werd gevraagd op een vierpuntsschaal aan te geven hoeveel vertrouwen men heeft in specifieke zorgverleners en instanties. Hierbij staat de score 1 voor ‘heel weinig vertrouwen’ en 4 voor ‘heel veel vertrouwen’. Om de resultaten beter te kunnen interpreteren zijn de vier antwoordcategorieën teruggebracht tot twee; de categorieën ‘veel vertrouwen’ en ‘heel veel vertrouwen’ werden samengenomen, evenals de categorieën ‘weinig vertrouwen’ en ‘heel weinig vertrouwen’. Om een vergelijking te kunnen maken met de algemene bevolking zijn gegevens uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg (NIVEL, 2005) van ‘gewone’ burgers in de leeftijd vanaf 16 jaar als referentiegegevens gebruikt.

In tabel 5.1 staat allereerst vermeld hoe groot het vertrouwen in de gezondheidszorg was onder mensen met een chronische ziekte of beperking in oktober 2005.

Tabel 5.1: Het vertrouwen van mensen met een chronische ziekte of beperking in de gezondheidszorg, in zorgverleners en zorginstanties in 2005

Vertrouwen in:	Mensen met een chronische ziekte of beperking (NPCG)		Algemene bevolking (CoPa)	
	gemiddelde	BI	gemiddelde	BI
Gezondheidszorg (score 1-10)				
Huidige medische mogelijkheden	6,7	6,6-6,8	7,1	7,0-7,2
Huidige gezondheidszorg	7,0	6,9-7,1	7,0	7,0-7,1
Toekomst van de gezondheidszorg	5,6	5,5-5,7	6,2	6,1-6,3
	Percentage met 'veel tot heel veel vertrouwen'	BI	Percentage met 'veel tot heel veel vertrouwen'	BI
Reguliere zorgverleners				
Huisartsen	87	84-90	88	-
Medisch specialisten	85	82-88	87	-
Verpleegkundigen	84	82-86	82	-
Fysiotherapeuten	82	79-85	80	-
Apothekers	91	89-92	87	-
Tandartsen	86	84-88	87	-
Bedrijfsartsen	28	25-32	-	-
Verzekeringsartsen	21	18-25	-	-
Zorginstanties				
Centrale huisartsenposten	48	44-53	-	-
Ziekenhuizen	80	77-84	71	-
Thuiszorg	66	63-69	52	-
Verpleeghuizen	41	37-45	32	-
Indicatieorganen	34	30-38	-	-
GGZ-instellingen	34	31-37	24	-
Alternatieve zorgverleners				
Alternatieve behandelaars die ook arts zijn	40	35-44	42	-
Alternatieve behandelaars die geen arts zijn	12	10-14	8	-

Vertrouwen in de gezondheidszorg

Uit tabel 5.1 komt naar voren dat mensen met een chronische ziekte of beperking in 2005 het meeste vertrouwen hadden in de huidige gezondheidszorg en het minste in de toekomst van de gezondheidszorg. In oktober 2005 toen deze vragen werden gesteld, stond men aan de vooravond van ingrijpende wijzingen in het zorgverzekeringstelsel. Hoewel dit wellicht extra onzekerheid met zich meebracht, kan niet worden gesteld dat het effect daarvan zichtbaar is. Ook in 2003 was het vertrouwen in de toekomst van de gezondheidszorg vergelijkbaar laag. In vergelijking tot de algemene bevolking is het vertrouwen van mensen met een chronische ziekte of beperking in de huidige medische mogelijkheden en in de toekomst van de gezondheidszorg lager.

Vertrouwen in zorgverleners en zorginstanties

Het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking had in 2005 veel vertrouwen in zorgverleners zoals huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, apothekers en tandartsen (tabel 5.1). Hierin verschillen zij niet van 'gewone' burgers. Opvallend is wel het geringe vertrouwen in bedrijfsartsen en

verzekeringsartsen; het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft weinig vertrouwen in deze artsen.

Voor het vertrouwen in zorginstanties geldt dat de meeste mensen met een chronische ziekte of beperking veel vertrouwen hebben in ziekenhuizen. Tweederde heeft bovendien veel vertrouwen in de thuiszorg. Opmerkelijk is dat maar ongeveer de helft veel vertrouwen heeft in de huisartsenpost, terwijl het vertrouwen in huisartsen als zorgverleners juist groot is. Slechts een derde van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft vertrouwen in indicerende instanties en GGZ-instellingen. Opvallend is wel dat mensen met een chronische ziekte of beperking vaker veel vertrouwen hebben in de genoemde zorginstanties dan de algemene bevolking. Dit kan met een verschil in ervaring te maken hebben.

Tenslotte merken we op dat ook onder chronisch zieken en gehandicapten het vertrouwen in alternatieve behandelaars, zeker indien zij geen arts zijn, gering is.

De hier gepresenteerde resultaten zijn vergelijkbaar met de bevindingen over 2003. Wel heeft een iets minder groot deel in 2005 veel vertrouwen in medisch specialisten dan in 2003, al is het vertrouwen in specialisten nog altijd erg groot.

5.2 Ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg

In deze paragraaf richten we ons op de ervaringen die mensen met een chronische ziekte of beperking hebben met de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg. Alvorens bij de ervaringen stil te staan, wordt eerst de algemene waardering van chronisch zieken en gehandicapten voor de zorg verleend door huisartsen en specialisten vermeld. Hiertoe werd de panelleden in oktober 2006 gevraagd om de waardering voor de eigen huisarts en specialist uit te drukken in een rapportcijfer (1-10). Men moest de vraag beantwoorden voor de huisarts en de specialist met wie men de afgelopen 12 maanden het meest contact had gehad.

Voor het vaststellen van de ervaringen met de zorg verleend door huisartsen en specialisten is de QUOTE-vragenlijst (Sixma et al., 1998) gebruikt. Deze vragenlijst beoogt de kwaliteit van de zorg te meten, zoals ervaren door mensen die het afgelopen jaar contact hebben gehad met een huisarts of specialist. Over het proces van zorgverlening en de structuur en organisatie van de zorg zijn aan de panelleden in oktober 2006 twintig uitspraken voorgelegd. In hoeverre de respondent vond dat de betreffende uitspraak zijn of haar ervaring met de huisarts of medisch specialist weergaf kon worden weergegeven op een vierpuntsschaal: 'ja', 'eigenlijk wel', 'eigenlijk niet' en 'nee'. Per uitspraak is allereerst nagegaan welk percentage van de mensen met een chronische ziekte of beperking de uitspraak onderschrijft; hiervoor zijn de antwoordcategorieën 'ja' en 'eigenlijk wel' samengevoegd. Daarnaast zijn totaalscores berekend voor de twee theoretisch te onderscheiden dimensies: de ervaren kwaliteit van het inhoudelijke zorgproces en de ervaren kwaliteit van de organisatie/structuur van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg.

5.2.1 *Mensen met een chronische ziekte of een beperking*

Mensen met een chronische ziekte of beperking waarderen de kwaliteit van de zorg verleend door hun huisarts over het algemeen als goed (gemiddeld rapportcijfer van 8,1; BI: 7,9-8,2). Ook medisch specialisten krijgen een ruime voldoende: 7,7 (BI: 7,6-7,8).

In tabel 5.2 staat weergegeven welke ervaringen chronisch zieken en gehandicapten in 2006 hadden met verschillende aspecten van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg.

Tabel 5.2: Ervaringen met de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg in 2006, percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat de uitspraak onderschrijft

	Huisarts		Medisch specialist	
	%	BI	%	BI
De arts met wie ik het afgelopen jaar contact heb gehad:				
Zorginhoudelijk				
- werkt doelmatig	93	90-95	95	93-97
- laat mij altijd meebeslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	90	86-92	85	82-88
- neemt mij altijd serieus	94	91-96	94	92-95
- geeft altijd, in voor mij begrijpelijke taal, uitleg over medicijnen die worden voorgeschreven	93	90-95	90	88-92
- schrijft altijd medicijnen voor, die volledig door mijn verzekering worden vergoed	89	86-92	92	90-94
- laat mij mijn dossier met patiëntgegevens inzien, als ik dat wil	82	78-86	79	76-83
- kan zich verplaatsen in mijn leefwereld als chronisch zieke / gehandicapte	89	85-91	87	84-89
- bezit specifieke deskundigheid op het gebied van mijn chronische ziekte of beperking	62	56-67	91	88-93
- neemt altijd voldoende tijd om met mij te praten	94	91-96	89	86-91
- is altijd bereid om met mij over al mijn problemen te praten	95	93-97	81	78-84
Structuur/organisatie				
- komt gemaakte afspraken altijd stipt na	93	90-96	92	90-94
- laat mij langer dan 15 minuten in de wachtkamer wachten	39	32-48	51	47-55
- is telefonisch altijd goed bereikbaar	88	83-91	79	76-82
- zorgt ervoor dat ik na een verwijzing snel (binnen twee weken) bij een specialist terecht kan	71	66-75	71	67-75
- stemt de zorg die ik krijg altijd af op de zorg van andere hulpverleners	79	76-82	81	77-84
- heeft met mij afspraken gemaakt over wat ik moet doen in geval van nood	40	35-45	53	49-57
- heeft een wacht- en praktijkruimte die goed toegankelijk is voor rolstoelgebruikers of mensen die slecht ter been zijn	88	82-93	97	95-98
- heeft de praktijk zo ingericht dat ik niet kan horen wat er aan de balie en in de spreekkamer wordt besproken	75	68-81	85	82-88
- zorgt ervoor dat ik, als daar aanleiding toe is, altijd snel (binnen 24 uur) terecht kan	95	93-97	72	68-75
- heeft mij duidelijke informatie verstrekt over de organisatie van de praktijk / polikliniek	92	89-94	61	56-65

Huisartsenzorg

Uit tabel 5.2 blijkt dat mensen met een chronische ziekte of beperking over het algemeen tevreden zijn over de verschillende aspecten van de huisartsenzorg. Ten aanzien van het zorginhoudelijke proces valt op dat ruim een derde van de mensen met een chronische

ziekte of beperking van mening is dat hun huisarts geen specifieke deskundigheid over hun aandoening of beperking bezit.

Wat de structuur en organisatie van de huisartsenzorg betreft, valt op dat minder dan de helft (40%) van de mensen met een chronische ziekte of beperking aangeeft dat de huisarts afspraken met hen heeft gemaakt over wat zij moeten doen in geval van nood. Bijna 40% geeft aan dat zij langer dan een kwartier moeten wachten, wanneer zij een afspraak bij de huisarts hebben.

Medisch-specialistische zorg

Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben over het algemeen positieve ervaringen met de zorg die medisch specialisten verlenen. Wat het zorginhoudelijke proces betreft, geeft één op de vijf mensen aan dat zij hun medisch dossier niet kunnen inzien als zij dat wensen. In vergelijking tot de beoordeling van de huisarts vinden aanzienlijk meer mensen met een chronische ziekte of beperking dat hun specialist specifieke deskundigheid bezit. Dit verschil in de ervaren specifieke deskundigheid van huisartsen en medisch specialisten is niet verwonderlijk, gezien het feit dat huisartsen generalisten zijn en specialisten per definitie specialistische medische kennis bezitten. Met betrekking tot de structuur en organisatie van de medisch-specialistische zorg komt een aantal verbeterpunten naar voren. Allereerst geeft de helft van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan dat zij langer dan een kwartier moeten wachten, wanneer zij een afspraak in de polikliniek hebben. Daarnaast melden twee op de vijf mensen dat zij geen duidelijke informatie hebben ontvangen over de organisatie van de polikliniek. Ook kan ruim een kwart niet binnen 24 uur bij een specialist terecht. In ongeveer de helft van de gevallen ontbreken afspraken over wat men moet doen in geval van nood.

Somscores proces en structuur

Over de in tabel 5.2 vermelde items zijn zowel voor de huisartsenzorg als de medisch-specialistische zorg twee somscores berekend: één die betrekking heeft op het zorginhoudelijke proces en één die de structuur en organisatie van de zorg betreft. De somscores zijn omgerekend naar een schaal met een theoretisch minimum van 0 en een maximaal mogelijke score van 100, waarbij 0 de slechtst mogelijke ervaren kwaliteit weergeeft en 100 de best mogelijke.

Het zorginhoudelijke proces van de huisartsenzorg kreeg in 2006 van de mensen met een chronische ziekte of beperking een gemiddelde score van 85,9 (95% BI: 84,3-87,4). De score voor de structuur en organisatie van de huisartsenzorg lag iets lager dan die voor het proces: 79,6 (95% BI: 77,8-81,4).

De kwaliteit van de medisch-specialistische zorgverlening werd in 2006 gewaardeerd met een gemiddelde score van 85,9 (95% BI: 84,6-87,2). De score voor de structuur en organisatie lag, net als bij de huisartsenzorg, lager en werd gewaardeerd met een gemiddelde van 77,3 (95% BI: 75,9-78,7).

In tabel 5.3 worden de gemiddelde scores gepresenteerd voor subgroepen van mensen met een chronische ziekte of beperking naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau. De tabel laat zien dat mannen en vrouwen met een chronische ziekte of beperking ongeveer hetzelfde oordelen over het proces van zorgverlening. Dit geldt zowel voor de huisartsenzorg

als de medisch-specialistische zorg. Vrouwen zijn wel kritischer over de structuur en organisatie van de huisartsen- en medisch-specialistische zorg dan mannen. Wat de leeftijd betreft, laat tabel 5.3 zien dat oudere mensen over het algemeen een positievere beoordeling aan de zorgverlening (zowel proces als structuur) door huisarts en specialist geven dan jongere mensen. Significante verschillen ten opzichte van de referentiegroep (15-39 jaar) werden gevonden voor de groep 40-64 jaar (proces huisartsenzorg), voor de groep 65-74 jaar (proces en structuur huisartsenzorg) en voor de 75-plussers (proces en structuur huisartsenzorg, proces medisch-specialistische zorg). Het opleidingsniveau van mensen met een chronische ziekte of beperking lijkt geen rol van betekenis te spelen bij de beoordeling van de huisartsenzorg (zowel proces als structuur). Bij de medisch-specialistische zorg zien we dat laag opgeleide mensen een positievere beoordeling geven aan de structuur en organisatie van de zorg dan mensen met een hogere opleiding.

Tabel 5.3: Beoordeling huisartsenzorg en medische-specialistische zorg door mensen met een chronische ziekte of beperking in 2006, uitgesplitst naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau

	Huisartsenzorg		Medisch-specialistische zorg	
	Proces gem. (BI)	structuur gem. (BI)	proces gem. (95% BI)	structuur gem. (95% BI)
Sekse				
Man (ref.)	86,3 (84,6-88,1)	81,5 (79,5-83,5)	86,8 (85,1-88,4)	79,0 (77,3-80,7)
Vrouw	85,6 (84,0-87,2)	78,6 (76,7-80,4)	85,4 (84,0-86,9)	76,4 (74,8-77,9)
Leeftijd				
- 15 – 39 jaar (ref.)	80,1 (77,4-82,9)	74,7 (71,8-77,6)	82,0 (78,5-85,5)	75,9 (72,4-79,5)
- 40 – 64 jaar	85,1 (83,4-86,7)	77,7 (75,8-79,6)	85,4 (83,9-86,9)	76,3 (74,7-77,9)
- 65 – 74 jaar	86,3 (84,3-88,2)	80,4 (78,3-82,6)	86,3 (84,4-88,3)	78,0 (75,9-80,1)
- 75 jaar en ouder	89,2 (87,1-91,3)	84,4 (82,1-86,7)	88,0 (85,7-90,2)	79,2 (76,8-81,6)
Opleidingsniveau				
- laag (ref.)	86,0 (84,2-87,7)	80,4 (78,4-82,4)	86,8 (85,1-88,4)	78,8 (77,1-80,6)
- midden	85,6 (83,9-87,3)	78,8 (76,8-80,7)	85,2 (83,7-86,8)	76,1 (74,5-77,8)
- hoog	86,1 (84,0-88,3)	78,9 (76,6-81,2)	84,8 (82,5-87,1)	75,0 (72,5-77,6)

5.2.2 *Mensen met een chronische ziekte*

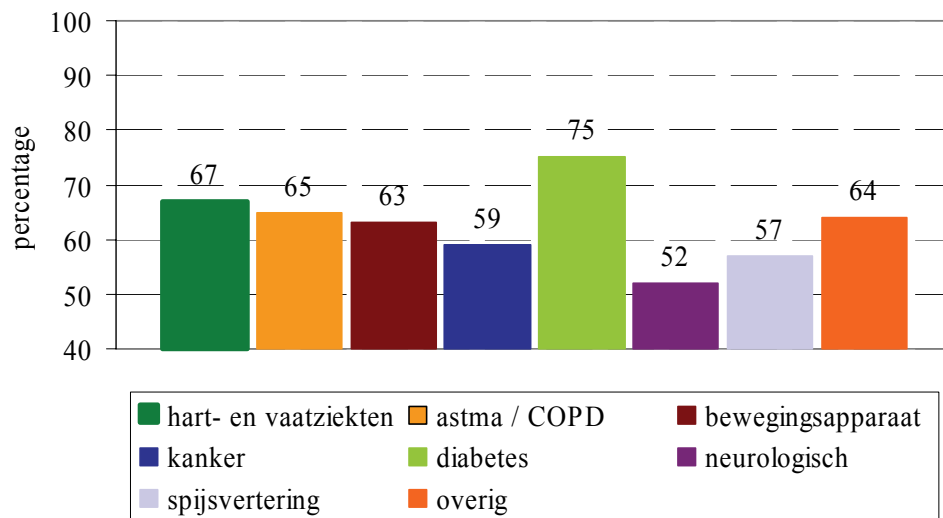
Om te kunnen beoordelen of de aard en het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt samenhangen met de beoordeling van de huisartsen- en medisch-specialistische zorg, worden in deze subparagraaf specifiekere gegevens afkomstig van mensen met een chronische ziekte gepresenteerd.

Specifieke deskundigheid huisarts

Allereerst staan we nog eens stil bij de ervaringen van chronisch zieken ten aanzien van de specifieke deskundigheid van de huisarts. Eerder zagen we dat in 2006 bijna 40% van de mensen met een chronische ziekte of beperking aangaf dat hun huisarts niet over specifieke deskundigheid ten aanzien van hun aandoening beschikt. Omdat het oordeel over de specifieke deskundigheid van de huisarts waarschijnlijk afhangt van de soort chronische ziekte waaraan men lijdt, zijn de gegevens van chronisch zieken over de

specifieke deskundigheid van hun huisarts uitgesplitst. Figuur 5.1 toont de resultaten. De figuur laat zien dat van de mensen met diabetes driekwart (75%; BI: 67-81) van mening is dat hun huisarts specifieke deskundigheid over hun aandoening bezit en van de mensen met een neurologische aandoening maar de helft (52%; BI: 42-62). Het is goed voor te stellen dat de huisarts meer weet over een veel voorkomende ziekte als diabetes en minder weet over een specifieke neurologische aandoening. Overigens wordt er geen significant verschil gevonden ten opzichte van de referentiegroep van mensen met hart- en vaatziekten.

Figuur 5.1: Door chronisch zieken ervaren specifieke deskundigheid van hun huisarts in 2006, uitgesplitst naar de aard van de chronische ziekte



Somscores proces en structuur

Voor de totale groep mensen met een chronische ziekte werden in 2006 de volgende somscores gevonden:

- proces huisartsenzorg: 86,9 (BI: 85,6-88,1);
- structuur huisartsenzorg: 80,4 (BI: 78,9-81,9);
- proces medisch-specialistische zorg: 85,8 (BI: 84,8-86,8);
- structuur medisch-specialistische zorg: 77,4 (BI: 76,4-78,5).

In eerdere jaren zagen we vergelijkbare waarden voor alle vier de somscores.

Mensen met verschillende soorten chronische ziekten verschillen in 2006 niet in hun oordeel over het zorginhoudelijke proces bij de huisarts of specialist. Ook de structuur en organisatie van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg worden niet anders beoordeeld door mensen met verschillende chronische ziekten. Verschillen tussen mensen met één chronische ziekte of mensen met meer chronische ziekten ten aanzien van de genoemde aspecten zijn er evenmin.

5.2.3 *Mensen met een beperking*

Somscores proces en structuur

Voor de totale groep mensen met een matige of ernstige beperking werden in 2006 de volgende somscores gevonden:

- proces huisartsenzorg: 84,7 (82,9-86,4);
- structuur huisartsenzorg: 78,6 (76,7-80,6);
- proces medisch-specialistische zorg: 84,4 (BI: 83,0-85,7);
- structuur medisch-specialistische zorg: 75,9 (74,4-77,3).

Voor mensen met een beperking is een verdere uitsplitsing gemaakt naar de aard van hun beperking. Significante verschillen ten opzichte van de referentiegroep werden voor 2006 niet gevonden, maar de resultaten laten wel enige variatie in de scores zien. Zo blijkt dat mensen die een combinatie van motorische, visuele en auditieve beperkingen hebben het proces van zorg verleend door de huisarts en de medisch specialist het laagst waarderen: 80,8 (BI: 76,2-85,4) voor de huisarts en 78,7 (BI: 72,9-84,4) voor de specialist. Van deze groep heeft een groter percentage een klacht over de gezondheidszorg, zoals we in paragraaf 5.4 zullen zien.

De hoogste waarderingen voor het zorgproces binnen de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg worden gegeven door mensen met een zintuiglijke beperking (gemiddeld 86,8 (BI: 81,5-92,1) voor de huisarts en 86,6 (83,3-89,9) voor de specialist). Opvallend is echter wel dat de groep met een zintuiglijke beperking van alle subgroepen juist de laagste gemiddelde score geeft voor de structuur en organisatie van de medisch-specialistische zorg: 70,9 (BI: 62,1-79,7). Het zijn weer de mensen met een drievoudige beperking (motorisch, auditief en visueel) die gemiddeld genomen de structuur en organisatie van de huisartsenzorg het laagst waarderen: 74,5 (BI: 70,0-79,0). De groep met alleen een motorische beperking komt uit op de hoogste gemiddelde score voor de structuur en organisatie van de huisartsenzorg, namelijk 79,9 (BI: 77,9-81,9).

Mensen met een matige beperking en mensen met een ernstige beperking verschillen evenmin significant van elkaar in hun beoordeling van de huisartsen- en medisch-specialistische zorg. Wat het inhoudelijke zorgproces betreft, zijn de gemiddelde scores van degenen met een ernstige beperking een fractie hoger dan van degenen met een matige beperking. Hetzelfde patroon zien we bij de beoordeling van de structuur van de huisartsenzorg. Ten aanzien van de beoordeling van de structuur en organisatie van de medisch-specialistische zorg is het beeld andersom: mensen met een matige beperking zijn hierover iets positiever dan mensen met een ernstige beperking.

5.3 **Ervaren kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg**

Ook met betrekking tot de bedrijfsgeneeskundige zorg is aan de panelleden gevraagd wat men van verschillende aspecten van deze zorg vindt. Naast het proces van de zorgverlening en de structuur van de zorg, komt hier ook de relatie tussen de patiënt, de bedrijfsarts en de werkgever aan bod. Deze relatie wordt uitgevraagd omdat er sprake kan zijn van een spanningsveld tussen de belangen van de patiënt en die van de werkgever. In oktober 2006 werd aan de panelleden die betaald werk hadden en het afgelopen jaar

contact hadden gehad met een bedrijfsarts 23 uitspraken voorgelegd. Deze waren voor een groot deel ontleend aan de QUOTE-vragenlijsten. De respondenten konden aangeven in hoeverre de betreffende uitspraak hun ervaringen met de bedrijfsarts weergaf op een vierpuntsschaal: 'ja', 'eigenlijk wel', 'eigenlijk niet' en 'nee'. Per uitspraak is nagegaan welk percentage van de mensen de uitspraak onderschrijft; hiervoor zijn de antwoordcategorieën 'ja' en 'eigenlijk wel' samengevoegd.

Alvorens in te gaan op de specifieke ervaringen met de bedrijfsarts, is in oktober 2006 aan de werkende panelleden die contact hadden met een bedrijfsarts een algemeen oordeel gevraagd in de vorm van een rapportcijfer. Mensen met een chronische ziekte of beperking waarden de bedrijfsarts met een 7,2 (BI: 6,5-7,8), hetgeen lager is dan hun cijfer voor de huisarts (8,1) of specialist (7,7), maar wel een ruime voldoende.

In tabel 5.4 staat weergegeven welke ervaringen chronisch zieken en gehandicapten in 2006 hadden met verschillende aspecten van de bedrijfsgeneeskundige zorg. Mensen met een chronische ziekte of beperking, die in 2006 betaald werk verrichtten en contact hadden met een bedrijfsarts, zijn over het algemeen positief gestemd over het proces van zorgverlening door de bedrijfsarts. De bejegening door de bedrijfsarts wordt positief beoordeeld. Ten aanzien van de deskundigheid blijkt dat een derde van de chronisch zieken en gehandicapten die contact hadden met een bedrijfsarts van mening is dat deze arts geen specifieke deskundigheid over hun aandoening heeft. Daarnaast geeft bijna een kwart aan dat zij niet altijd kunnen meebeslissen over de behandeling of hulp die zij krijgen.

De structuur en organisatie van de bedrijfsgeneeskundige zorg wordt, evenals het zorginhoudelijke proces, overwegend positief beoordeeld. Wel vindt bijna een kwart van de mensen met een chronische ziekte of beperking dat er geen duidelijke informatie is verstrekt over de werkwijze van de arbodienst of bedrijfsarts.

Een grote meerderheid van de panelleden is van mening dat de bedrijfsarts opkomt voor hun belangen. Toch is één op de drie mensen ook van mening dat de bedrijfsarts de belangen van de werkgever zwaarder laat wegen dan die van henzelf. Een soortgelijke situatie zien we bij het ziekteherstel versus werkhervatting. Enerzijds meent 82% dat de bedrijfsarts ziekteherstel belangrijker vindt dan werkhervatting, anderzijds zegt de helft dat de bedrijfsarts zich uitsluitend richt op werkhervatting. Er lijken wat ambivalente gevoelens te leven onder de mensen met een chronische ziekte of beperking te aanzien van de relatie tussen henzelf, de bedrijfsarts en de werkgever.

Tabel 5.4: Ervaringen met de bedrijfsgeneeskundige zorg in 2006, percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat de uitspraak onderschrijft

De bedrijfsarts met wie ik het afgelopen jaar het meest contact heb gehad:	%	BI
Zorginhoudelijk		
- werkt doelmatig	93	77-98
- laat mij altijd meebeslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	77	55-90
- neemt mij altijd serieus	94	81-98
- kan zich verplaatsen in mijn leefwereld als chronisch zieke / gehandicapte	87	69-95
- laat mij alles over mijn klachten en werkproblemen vertellen	96	85-99
- bezit specifieke deskundigheid op het gebied van mijn chronische ziekte of beperking in relatie tot werk	64	40-82
- neemt altijd voldoende tijd om met mij te praten	98	87-100
- is altijd bereid om met mij over al mijn problemen te praten	94	79-98
- begrijpt goed wat mijn klachten en/of problemen met het werk zijn	95	81-99
Structuur/organisatie		
- komt gemaakte afspraken altijd stipt na	98	88-100
- is telefonisch altijd goed bereikbaar	87	70-95
- stemt de adviezen die ik krijg altijd af op de zorg van andere hulpverleners	89	70-96
- heeft heldere afspraken met mij gemaakt	93	79-98
- heeft duidelijk verteld wat zijn/haar rol en werkwijze is	88	68-96
- heeft mij duidelijke informatie verstrekt over de werkwijze van de arbodienst	76	54-90
Relatie patiënt - bedrijfsarts - werkgever		
	%	95%-BI
- richt zich uitsluitend op werkhervatting	48	27-70
- vindt ziekteherstel belangrijker dan werkhervatting	82	61-92
- laat de belangen van mijn werkgever zwaarder wegen dan die van mij	35	18-57
- heeft - voor mij - duidelijke afspraken met mijn werkgever gemaakt	73	51-88
- komt op voor mijn belangen	84	65-94
- is betrouwbaar en integer	93	79-98
- vraagt mijn instemming alvorens informatie aan mijn werkgever te verstrekken	80	58-92
- geeft mij een afschrift van de correspondentie met mijn werkgever	71	47-87

5.4 Klachten over zorgaanbieders

Sinds 2000 wordt in het NPCG gevraagd naar klachten over zorgverleners en instellingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Het gaat daarbij niet alleen om (ernstige) medische fouten, maar ook om algemene gevoelens van onvrede over de gezondheidszorg, waarbij men kan denken aan zaken als zich niet serieus genomen voelen, problemen rond verwijzingen, gebrekkige informatie, etc.

Gevraagd werd of men in de afgelopen twaalf maanden een klacht heeft gehad en zo ja, over welke zorgverlener of instantie men de klacht had en wat de aard van de klacht was. De vragen zijn ontleend aan de vragenlijst die Dane et al. (2000) ontwikkelden ten behoeve van onderzoek bij het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In het NPCG zijn de vragen afgenomen in oktober 2000, 2001, 2002, 2003 en 2006.

5.4.1 Mensen met een chronische ziekte of een beperking

In oktober 2006 had 8% (BI: 7-11) van de mensen met een chronische ziekte of beperking een klacht over de gezondheidszorg. Van de vrouwen had een even groot (of klein) deel een klacht als van de mannen, respectievelijk 9% (BI: 7-11) en 8% (BI: 6-11). Het percentage mensen met een klacht ligt wel hoger onder jongere mensen en hoger opgeleiden. Kijken we naar de leeftijd, dan had van de 15-39 jarigen 16% (BI: 10-24) in 2006 een

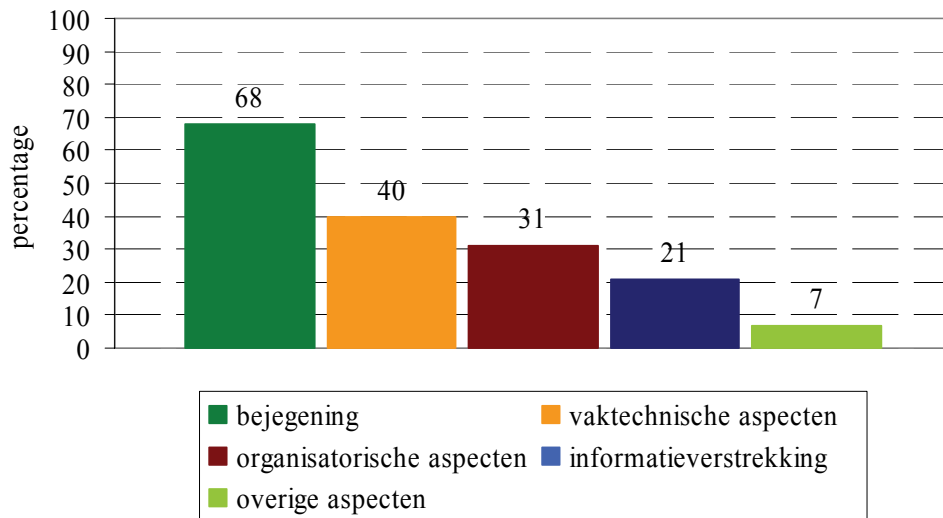
klacht en van de 40-64 jarigen 11% (9-14), terwijl dit op 6% (BI: 4-9) en 5% (BI: 3-8) lag voor respectievelijk 65-74 jarigen en 75-plussers. Wat het opleidingsniveau betreft, zijn het vooral de hoog opgeleiden (HBO of WO) die vaker een klacht hebben: 14% (BI: 10-19). Bij de laag opgeleiden lag het percentage met een klacht op 7 (BI: 5-9) en bij de groep daar tussenin op 9 (BI: 7-12).

Eén op de vijf (21%) mensen met een chronische ziekte of beperking die in 2006 een klacht hadden, had een klacht over de huisarts, 43% over een medisch specialist, 10% over een fysiotherapeut en 10% over een verpleegkundige. Met betrekking tot de zorginstanties had men met name klachten over het ziekenhuis. Dit is op zich logisch omdat men doorgaans meer contact heeft gehad met het ziekenhuis dan met de meeste andere zorginstanties (zie hiervoor hoofdstuk 3 en 4). Ruim een kwart (28%) van de mensen met een chronische ziekte of beperking die een klacht hadden over de gezondheidszorg, deed hun beklag over het ziekenhuis.

Bij de panelleden die een klacht over de gezondheidszorg rapporteerden, is nagegaan wat de aard van de klacht was. Hierbij werden de volgende aspecten onderscheiden: bejegening (zoals onvoldoende aandacht, zich niet serieus genomen voelen), vaktechnische aspecten (zoals medische of verpleegkundige fouten, problemen rond verwijzingen), organisatorische aspecten (bijvoorbeeld wachtlijsten, telefonische bereikbaarheid), materiële/financiële aspecten (bijvoorbeeld de kosten of vergoeding van behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen), informatieverstrekking (bijvoorbeeld over een onderzoek of een behandeling), informed consent (geen toestemming gevraagd voor een behandeling of onderzoek), rechten betreffende het medisch dossier (inzagerecht, geheimhoudingsplicht) en overige aspecten. Een klacht kon betrekking hebben op meerdere aspecten.

Uit figuur 5.2 komt naar voren dat mensen met een chronische ziekte of beperking die een klacht rapporteerden, met name klagen over de bejegening en vaktechnische aspecten (medisch-technische en verpleegkundig-technische zaken). Klachten over materiële aspecten, informed consent en rondom rechten inzake het medisch dossier werden zo weinig gerapporteerd dat hier geen percentages voor konden worden berekend. Deze staan daarom ook niet weergegeven in de figuur.

Figuur 5.2: Aard van de klachten van mensen met een chronische ziekte of beperking die in 2006 een klacht rapporteerden



5.4.2 *Mensen met een chronische ziekte*

Wanneer we ons beperken tot de groep mensen met een chronische ziekte, kunnen we een vergelijking maken met gegevens over 2003 en daarvoor. In 2006 had 8% (BI: 7-10) van de chronisch zieken een klacht over de gezondheidszorg. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage gevonden in 2000 (9%), maar lag in de jaren daartussen onder chronisch zieken fors hoger: 20% in 2001 en 15% in 2002 en 2003 [kwadratische trend]. Het percentage chronisch zieken met een klacht lag dus (sinds 2000) niet eerder zo laag als in 2006, het jaar waarin de nieuwe Zorgverzekeringswet werd ingevoerd.

De mate waarin chronisch zieken een klacht hebben is voor een aantal subgroepen naar aard en aantal chronische ziekten afzonderlijk bekeken. De resultaten laten zien dat er geen significante verschillen zijn tussen de verschillende onderzochte diagnosegroepen. De percentages mensen met een klacht in 2006 variëren van 6% van de groep met hart- en vaatziekten tot 12% van de groep mensen met kanker.

Ook het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt houdt geen verband met het al of niet hebben van een klacht over de gezondheidszorg. De percentages lopen uiteen tussen 7% in de groep met de meeste comorbiditeit (drie of meer chronische ziekten) tot 11% in de groep met twee chronische ziekten. De verschillen ten opzichte van de referentiegroep (één chronische ziekte) zijn niet significant.

5.4.3 *Mensen met een beperking*

Van de mensen met een beperking had 14% (BI: 11-17) in 2006 een klacht over de gezondheidszorg. Om te kijken of de aard en de ernst van de beperkingen samenhangen met het hebben van een klacht is hiernaar een uitsplitsing gemaakt (tabel 5.5).

De tabel laat zien dat de aard van de beperkingen wel verband houdt met het al of niet hebben van een klacht over de gezondheidszorg. Met name mensen met een drievoudige beperking (motorisch, visueel en auditief) hebben significant vaker een klacht (dan de

referentiegroep van mensen met een motorische beperking): ruim een derde geeft aan een klacht te hebben gehad over de zorg. Dit hogere percentage kan mogelijk ten dele worden verklaard door het feit dat mensen met multiple beperkingen een grotere zorgconsumptie hebben en dus ook vaker contact hebben met zorgverleners en instanties (zie hoofdstuk 3 en 4). Anderzijds zouden ook zaken als de fysieke en financiële toegankelijkheid van de zorg voor deze groep of de complexere zorgverlener-patiënt communicatie een rol kunnen spelen. Helaas is de groep mensen met een drievoudige beperking die deelneemt aan het NPCG te klein om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de aard van hun klachten.

Tabel 5.5 laat tenslotte zien dat van de mensen met een ernstige beperking ook een iets groter deel een klacht heeft dan van de groep met een matige beperking, maar dit verschil is niet significant⁹.

Tabel 5.5: Percentage mensen met een beperking dat in 2006 een klacht had over de gezondheidszorg, uitgesplitst aard en ernst van de beperkingen

Percentage met klacht:	%	BI
Aard van beperkingen		
- motorisch (ref.)	11	8-14
- zintuiglijk	11	3-30
- motorisch en visueel	18	11-28
- motorisch en auditief	17	11-26
- motorisch, visueel en auditief	36	20-55
Ernst van beperkingen		
- matig (ref.)	12	9-15
- ernstig	17	13-23

5.5 Belangrijkste bevindingen

Mensen met een chronische ziekte of beperking hadden in oktober 2005, dus aan de vooravond van de nieuwe Zorgverzekeringswet, minder vertrouwen in de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg dan 'gewone' burgers. In dit verband is het opvallend dat juist een groter deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking in oktober 2005 vertrouwen had in zorgverleners en zorginstanties dan van de algemene bevolking. Mogelijk hebben mensen met een chronische ziekte of beperking door hun frequenter contact met diverse zorgverleners en instanties vaker zelf positieve ervaringen, hetgeen zich vertaalt in een groter vertrouwen. Echter, ook het feit dat chronisch zieken en gehandicapten vaker afhankelijk zijn van de genoemde zorgverleners en instanties kan een rol spelen. Hoewel het overgrote deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking veel vertrouwen heeft in artsen, geldt dat niet voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen die alternatieve behandelingen toepassen. Het minste vertrouwen heeft men overigens in alternatieve behandelaars die geen arts zijn. Kijken we naar de zorginstanties, dan valt op dat krap de helft (48%) van de chronisch zieken en gehandicapten veel vertrouwen heeft in de centrale huisartsenpost, terwijl 90%

⁹ Niet significant bij toetsing met een alpha van .01; wel bij toetsing met een alpha van .05.

wel veel vertrouwen heeft in huisartsen. Tweederde van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft veel vertrouwen in de thuiszorg, maar dat geldt niet voor de indicerende instellingen; slechts een op de drie heeft veel vertrouwen in indicatieorganen.

Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben over het algemeen positieve ervaringen met huisartsen en medisch specialisten. De zorgverlening van deze artsen werd in oktober 2006 met een gemiddeld rapportcijfer van respectievelijk 8,1 en 7,7 gewaardeerd. Een punt van aandacht blijft het feit dat veel chronisch zieken en gehandicapten de ervaring hebben dat hun huisarts geen specifieke deskundigheid over hun aandoening of beperking bezit. Dat is goed voor te stellen; de huisarts is immers een generalist. Overigens zijn er wel verschillen in de ervaren specifieke deskundigheid tussen verschillende groepen chronisch zieken. Kijken we naar diagnosegroepen die veel gebruik maken van huisartsenzorg, dan blijkt dat driekwart van de diabetespatiënten vindt dat de huisarts specifiek deskundig is en tweederde van de astma-/COPD-patiënten. Op het organisatorische vlak valt er volgens chronisch zieken en gehandicapten nog wel wat te verbeteren aan de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg. Veel mensen missen goede afspraken over wat zij moeten doen in geval van nood en moeten ook vaak langer dan een kwartier wachten, als ze een afspraak hebben bij hun huisarts of specialist.

Mensen met een chronische ziekte of beperking die in het voorgaande jaar contact hadden gehad met een bedrijfsarts waardeerden de zorgverlening door de bedrijfsarts in oktober 2006 met een gemiddelde van 7,2. Hoewel dit rapportcijfer lager is dan dat voor de huisarts en specialist, is het een ruime voldoende en - gezien vanuit het eerder vermelde geringe vertrouwen in bedrijfsartsen van de totale groep (dus ook degenen die zelf geen contact hadden met een bedrijfsarts) - zeker niet laag. Mensen met een chronische ziekte of beperking worstelen vooral met de vraag of de bedrijfsarts hun belangen even zwaar laat wegen als die van hun werkgever. Twee op de drie mensen die contact hadden met een bedrijfsarts is van mening dat de bedrijfsarts specifieke deskundigheid bezit op het gebied van hun aandoening of beperking in relatie tot werk. Meer dan 90% vindt de bedrijfsarts bovendien betrouwbaar en integer.

Minder dan één op de tien mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in oktober 2006 aan een klacht of gevoelens van onvrede te hebben over de zorg die zij hadden ontvangen. Beperken we ons tot chronisch zieken, dan kunnen we concluderen dat nog niet eerder (in vergelijking tot de jaren 2000-2003) er zo weinig klachten waren dan in 2006. Nog altijd gaat het bij tweederde van de klachten om een als onheus ervaren bejegening door een zorgverlener. Veertig procent van de klachten heeft (ook) betrekking op vaktechnische aspecten, bijvoorbeeld een niet goed uitgevoerde behandeling. Mensen die multipale (zowel motorische als visuele en auditieve) beperkingen hebben, hebben vaker een klacht. Dit hangt wellicht ten dele samen met het feit dat ze gebruik maken van een breed scala aan zorg en dus veel contact hebben met zorgverleners en instanties, maar ook zaken als de fysieke en financiële toegankelijkheid van de zorg voor deze groep of de complexere zorgverlener-patiënt communicatie zouden een rol kunnen spelen.

Referenties

- BRINK-MUINEN A VAN DEN, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2007.
- CALSBEEK H, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Kerngegevens Zorg 2005. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2006.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. www.statline.nl, 2008.
- DANE A, LINDERT H VAN, FRIELE R. Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2000.
- HEIJMANS MJWM, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Monitor Zorg- en Leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Trends en ontwikkelingen over de periode 2001-2004. Utrecht: NIVEL, 2005.
- HOEYMANS N, PICAVET HSI, TIJHUIS MAR. Kwaliteit van leven gemeten met de SF-36. In: Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl, 13 december 2005.
- JONG J DE, GROENEWEGEN PP. Wisselen van zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel. Een vergelijking van het zoek- en wisselgedrag van chronisch zieken en gehandicapten in vergelijking met dat van de algemene bevolking. Utrecht: NIVEL, 2006.
- KLERK MMY DE, CAMPEN C VAN, IEDEMA J. SCP-,aat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006 (SCP-werkdocument 121).
- LAMKADDEM M, BAKKER D DE, NIJLAND A, HAAN J DE. De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van huisartsen. Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2004.
- MINISTERIE VAN VWS. Beleidsagenda 2009. Den Haag: ministerie van VWS, augustus 2008.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Standaardisatie van chroniciteitsbegrippen. Vooronderzoek naar het definiëren en specificeren van chroniciteit van gezondheidsproblemen ten behoeve van classificaties. Zoetermeer: NRV, 1995.
- RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU. www.kiesbeter.nl.
- SIXMA HJ, CAMPEN C VAN, KERSSSENS JJ, PETERS L. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg. Utrecht: NIVEL/NWO/ministerie van VWS, 1998.
- SNIJDERS TAB, BOSKER RJ. Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling. Londen: SAGE Publications, 1999
- SWINKELS ICS, LEEMRIJSE CJ, VEENHOF C. Veranderingen in het aantal behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck tussen 2003 en 2007. Utrecht: NIVEL, 2008.
- VERHEIJ RA, SOMAI D, TIERSMA W, GIESEN P, HOOGEN H VAN DEN. Haalbaarheidsstudie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenposten (LINHAP). Utrecht: NIVEL, 2005.
- WIT DE JSJ. De SCP-maat voor beperkingen. Een technische toelichting. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (SCP-werkdocument 40).
- ZEE KI VAN DER, SANDERMAN R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding. Rijksuniversiteit Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1993.

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

Bijlage I: Werving deelnemers NPCG

In deze bijlage wordt de wijze waarop mensen met een chronische ziekte of beperking voor deelname aan het NPCG zijn geworven kort toegelicht. Voor een uitgebreid overzicht van de wervingsprocedure en de representativiteit van de deelnemers met een chronische ziekte of beperking verwijzen wij naar het rapport Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek et al., 2006).

De deelnemers aan het NPCG worden geworven via huisartsenpraktijken (landelijke steekproeven) op basis van een door een arts gestelde diagnose van een chronische ziekte. Daarnaast zijn in 2005 – in samenwerking met het SCP – panelleden ingestroomd uit twee grootschalige bevolkingsonderzoeken, het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek 2003 (AVO 2003; SCP) en het Woning Behoeft Onderzoek 2002 (WBO 2002; ministerie van VROM), op basis van hun score op een screeningsinstrument voor beperkingen.

Jaarlijks wordt een kwart van de panelleden (n=500) die op grond van een diagnose van een chronische ziekte in huisartsenpraktijken zijn geworven vervangen. Vanwege de lagere frequentie van de verschillende bevolkingsonderzoeken¹⁰, is dit voor de panelleden die op basis van hun beperkingen uit bevolkingsonderzoek zijn geselecteerd niet mogelijk. In samenwerking met het SCP en het CBS zal in 2008/2009 nieuwe instroom van mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking vanuit het AVO 2007 plaatsvinden.

Op basis van chronische ziekte via huisartsenpraktijken

Voor het selecteren van 500 nieuwe chronisch zieken die vanaf 2007 participeren in het NPCG is in het najaar van 2006, evenals voor de eerdere panels, een getrapte steekproefprocedure gevolgd. Eerst is een willekeurige steekproef van 300 huisartsenpraktijken getrokken uit de 'Registratie gevestigde huisartsen' van het NIVEL. 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. De respons van de huisartsenpraktijken bedroeg 6% (18 praktijken). Vervolgens is conform het selectieprotocol door alle deelnemende huisartsen in samenwerking met speciaal hiervoor getrainde onderzoeksmedewerkers een willekeurige steekproef van 36% van het praktijkbestand (dossiers) getrokken. Bij de selectie in de huisartsenpraktijk zijn de volgende criteria toegepast:

Inclusiecriteria:

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

¹⁰ Het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek werd in 2003 (AVO 2003) uitgevoerd en sindsdien weer in 2007 (AVO 2007). Het Woononderzoek Nederland (WoON), de opvolger van het Woning Behoeft Onderzoek (WBO) kent een driejaarlijkse frequentie.

Exclusiecriteria:

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

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 (n=600; 42%) is de instroomlijst toegestuurd. Deze is door 524 mensen ingevuld geretourneerd. Deze mensen vormen derhalve de groep nieuw ingestroomde panelleden van 2006/2007.

Op basis van beperking via bevolkingsonderzoek

Voor het selecteren van mensen met een lichamelijke beperking werd aangesloten bij twee grootschalige bevolkingsonderzoeken: het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 2003 (AVO 2003) van het SCP, en het Woningbehoefte Onderzoek 2002 (WBO 2002) van het ministerie van VROM.

Aan de hand van een screeningsinstrument werd de ernst van de beperking bepaald. In het AVO 2003 werd als screeningsinstrument de SCP-maat voor beperkingen (De Wit, 1997) meegenomen. In het WBO 2002 liep een korte screener mee, die door het SCP was ontwikkeld en waarmee alleen motorische beperkingen konden worden gedetecteerd. Alleen degenen met een matige of ernstige beperking (zowel vanuit het AVO 2003 als het WBO 2002) werden uitgenodigd voor deelname aan het NPCG. Mensen die moeite hebben met meerdere activiteiten, bijvoorbeeld zowel op het gebied van mobiliteit als de persoonlijke verzorging, maar deze nog wel zelf kunnen verrichten, worden geclassificeerd als mensen met een matige beperking. Degenen met een ernstige beperking kunnen minimaal één activiteit helemaal niet zelf uitvoeren.

De deelnemers vullen bij aanvang van hun deelname aan het panel een instroomvragenlijst in, waarin een herziene versie van de SCP-maat voor beperkingen (De Klerk et al., 2006) is opgenomen. Hierdoor kan van alle deelnemers worden vastgesteld of bij hen sprake is van lichamelijke beperkingen en zo ja, wat de ernst ervan is. Tevens wordt van alle panelleden bij aanvang van hun deelname een aantal medische gegevens opgevraagd bij hun huisarts, uiteraard met toestemming van de betrokkenen. Hierdoor kan ook van degenen die via de bevolkingsonderzoeken zijn ingestroomd worden vastgesteld of bij hen sprake is van medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekten.

Bijlage II: Samenstelling panel 2006-2007

	April 2006 n=2.461 %	Oktober 2006 n=2.412 %	April 2007 n=2.771 %
Sekse			
- man	37	37	38
- vrouw	63	63	62
Leeftijd (in jaren)			
- 15 t/m 39 jaar	8	7	6
- 40 t/m 64 jaar	48	48	48
- 65 t/m 74 jaar	24	25	26
- 75 jaar en ouder	20	21	21
Opleidingsniveau			
- laag (t/m LBO)	43	43	44
- midden (voortgezet onderwijs, MBO)	38	39	38
- hoog (HBO, WO)	14	15	14
- onbekend	4	4	4
Chronische ziekte (indexziekte)			
- hart- en vaatziekten	14	14	16
- astma of COPD	15	14	13
- chronische ziekte bewegingsapparaat	16	16	17
- kanker	3	3	3
- diabetes mellitus	11	10	11
- neurologische ziekte	6	6	6
- chronische spijsverteringsziekte	3	4	4
- andere chronische ziekte	13	12	13
- geen chronische ziekte of onbekend	19	21	18
Aantal chronische ziekten			
- een	43	41	45
- twee	22	22	22
- drie of meer	16	16	15
- geen chronische ziekte of onbekend	19	21	18
Ziekte duur (in jaren)			
- t/m 1 jaar	0	0	1
- 1 t/m 2 jaar	3	1	1
- 2 t/m 5 jaar	15	15	13
- 5 t/m 10 jaar	22	22	24
- 10 t/m 20 jaar	24	25	26
- meer dan 20 jaar	14	14	15
- geen chronische ziekte of onbekend	22	23	20
Aard lichamelijke beperking			
- motorisch	46	42	39
- zintuiglijk	2	2	2
- motorisch en visueel	5	5	5
- motorisch en auditief	7	6	6
- motorisch en visueel en auditief	2	2	1
- geen (matige of ernstige) beperking	37	40	43
- onbekend	2	3	4
Ernst lichamelijke beperking			
- matig	40	37	36
- ernstig	21	18	17
- geen (matige of ernstige) beperking	37	40	43
- onbekend	2	4	4

Bijlage III: Respons metingen april 2006-2007

De onderstaande tabel (BIII.1) bevat een overzicht van de aantallen vragenlijsten die tijdens de in dit rapport gebruikte metingen van 2006 en 2007 zijn opgestuurd en geretourneerd. De responspercentages variëren tussen 83% in oktober 2006 en 88% in april 2007.

Tabel BIII.1: Respons per meetmoment

Vragenlijst	Opgestuurd aantal	Geretourneerd aantal	Responspercentage
April 2006	2.867	2.461	86
Oktober 2006	2.664	2.210	83
April 2007	2.921	2.571	88

De belangrijkste reden van uitval uit het panel over het jaar 2006 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 12% van de uitvallers overleden en worden gezondheidsredenen genoemd. Ook vindt men de vragenlijst nogal eens te complex of te lang (zie tabel BIII.2). Overigens is de totale uitval (n=365) over 2006 gelijk aan het jaar daarvoor (n=370 in 2005).

Tabel BIII.2: Reden van uitval uit het NPCG over 2006 (aantal en %)

Reden of oorzaak van uitval	N	%
Overleden	44	12
Opname verpleeghuis	6	2
Gezondheidsredenen	63	17
Omvang lijst / complex	47	13
Men vindt zichzelf te oud	14	4
Te druk	8	2
Aard vragen / privacy	4	1
Vindt de vragen niet op zichzelf van toepassing	53	15
Persoonlijke redenen	14	4
Geen interesse	19	5
Anders	19	5
Onbekend	74	20
Totaal	365	100

Bijlage IV: Methodische verantwoording

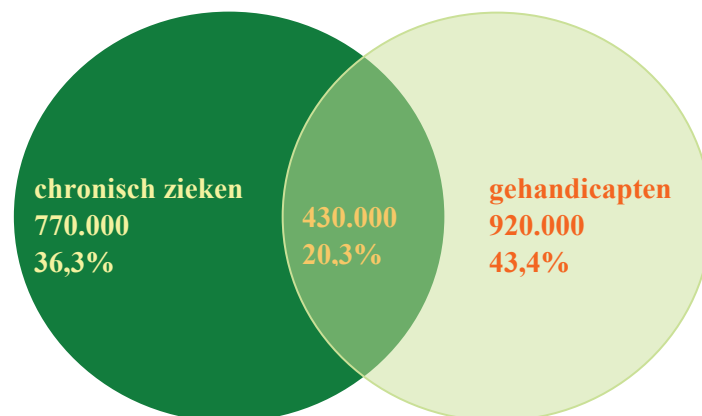
In deze bijlage wordt de wijze waarop de gegevens in dit rapport tot stand gekomen zijn verantwoord. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de standaardisatie van de onderzoekspopulatie die heeft plaatsgevonden en de statistische analysemethode. Uitgebreide informatie is te vinden in het rapport Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek et al., 2006).

Standaardisatie van de onderzoekspopulatie

In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van 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 mensen met een chronische ziekte of beperking als totale groep, is ervoor gekozen om de gegevens te berekenen voor een standaardpopulatie gebaseerd op informatie over de samenstelling van de werkelijke populatie van mensen met een (somatische) chronische ziekte of (matige of ernstige) lichamelijke beperking in Nederland. Aangezien gegevens hierover niet zondermeer voorhanden zijn, zijn verschillende bronnen geraadpleegd (zie hiervoor Calsbeek et al., 2006). In figuur IV.1 staat de geschatte verhouding tussen de populaties mensen met een chronische ziekte en mensen met een (matige of ernstige) lichamelijke beperking in de leeftijd van 15 jaar en ouder.

Figuur BIV.1: Geschatte omvang van de populaties chronisch zieken en gehandicapten (≥ 15 jaar) in de Nederlandse bevolking ($n=2.120.000$)



Bron: Calsbeek et al., 2006.

Wanneer we deze geschatte verdeling op bevolkingsniveau vergelijken met die in de onderzoeksgroep van april 2005 (aanvang van 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 die op basis van een chronische ziekte 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 beperking. Op deze manier was de verhouding chronisch zieken en gehandicapten bij aanvang van het NPCG in 2005 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 bij aanvang in 2005 vormt de standaardpopulatie van mensen met een chronische ziekte of beperking die voor vrijwel alle berekeningen in dit rapport is gebruikt (zie tabel BIV.1). De standaardpopulatie heeft dus een verdeling naar sociaal-demografische en ziekte- en beperkinggerelateerde kenmerken, zoals die naar voren komen in het gewogen bestand van april 2005. De samenstelling van de onderzoeksgroepen op alle meetmomenten wordt op een aantal centrale kenmerken gelijk gemaakt aan die van de standaardpopulatie, zodat bijvoorbeeld het percentage mannen of het percentage ouderen op elk moment gelijk is.

De gegevens die in de paragrafen 4.1 (thuiszorg) en 4.2 (informele zorg) zijn gepresenteerd, zijn gebaseerd op een andere standaardpopulatie (zie tabel BIV.1, laatste kolom). De reden hiervoor is dat deze paragrafen alleen betrekking hebben op de groep mensen met een beperking. De populatie mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking (≥ 15 jaar) in Nederland ziet er anders uit dan de totale populatie mensen met een chronische ziekte of beperking. Door de keuze voor de tweede standaardpopulatie zullen de gepresenteerde schattingen van het gebruik van thuiszorg en informele zorg dichter liggen bij het daadwerkelijk gebruik ervan in de populatie van mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking.

Tabel BIV.1: Standaardpopulaties van mensen met een chronische ziekte of beperking, naar persoonskenmerken

		Mensen met een chronische ziekte of beperking	Mensen met een beperking
		%	%
Sekse	man	35	35
	vrouw	65	65
Leeftijd	15-39 jaar	9	10
	40-64 jaar	46	40
	65-74 jaar	23	
	75 jaar en ouder	22	} 50
Opleiding	laag (t/m LBO)	48	60
	midden (voortgezet onderwijs, MBO)	39	30
	hoog (HBO, WO)	13	10
Samenstelling huishouden	eenpersoonshuishouden	-	35
	meerpersoonshuishouden	-	65
Aard chronische ziekte	hart- en vaatziekten	13	-
	astma of COPD	10	-
	bewegingsapparaat	16	-
	kanker	3	-
	diabetes mellitus	9	-
	neurologische ziekte	6	-
	spijsverteringsziekte	3	-
	andere chronische ziekte	13	-
geen chronische ziekte	26	-	
Aantal chronische ziekten	geen	26	-
	een	39	-
	twee	19	-
	drie of meer	16	-
Aard beperking	motorisch	52	-
	zintuiglijk	2	-
	motorisch en visueel	6	-
	motorisch en auditief	8	-
	motorisch, visueel en auditief	2	-
	geen (matige/ernstige) beperking	30	-
Ernst beperking	matig	45	65
	ernstig	25	35
	geen (matige/ernstige) beperking	30	0
Regio	noord	10	-
	oost	25	-
	west	46	-
	zuid	19	-
Urbanisatiegraad	zeer sterk stedelijk	16	-
	sterk stedelijk	25	-
	matig stedelijk	23	-
	weinig stedelijk	21	-
	niet stedelijk	15	-

Data-analyse

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

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

Bij de analyse van de gegevens zijn twee multi-niveaumodellen gespecificeerd. In de eerste plaats een uitgebreid model, waarin als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen: jaar van de meting, aanwezigheid van een chronische ziekte, aanwezigheid van een lichamelijke beperking, sekse, 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 wenselijk en mogelijk waren. Wanneer bijvoorbeeld de gemiddelde waarde op een bepaalde indicator werd geschat voor vrouwen (ten opzichte van mannen), 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 populaties van mensen met een chronische ziekte of beperking, alleen chronisch zieken of alleen mensen met een beperking mogelijk was. In het beperkte model zijn als onafhankelijke variabelen opgenomen: jaar van de meting, aanwezigheid van een chronische ziekte, aanwezigheid van een 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 beperking, en voor mensen met een chronische ziekte en voor mensen met een beperking 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 gepresen-

teerde resultaten betreffen dus de specifieke categorie.

De resultaten van de multi-niveau analyses zijn schattingen van de gemiddelde waarden of percentages zoals die zouden gelden voor de totale standaardpopulatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Behalve het gemiddelde of percentage voor de totale populatie op het meest recente meetmoment, worden in dit rapport daar waar wenselijk en mogelijk ook de gemiddelde waarden of percentages voor een aantal subgroepen van chronisch zieken en gehandicapten geschat. Daarbij werd 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 voor vrouwen met een chronische ziekte of beperking afwijkt van die van mannen met een chronische ziekte of beperking. Vanwege het grote aantal toetsingen dat wordt gedaan, is steeds een alpha van .01 gehanteerd.

Door middel van trendanalyse werd bovendien getoetst of in de loop van de tijd verschuivingen hebben plaatsgevonden (toetsing van polynomiale contrasten met $\alpha=.01$). Deze trendanalyses zijn voor mensen met een chronische ziekte over een groter aantal jaren mogelijk (vanaf de meting in april 1998) dan voor de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking of de groep mensen met een beperking (vanaf de meting in april 2005). Hierbij worden in eerste instantie de jaargemiddelden van de opeenvolgende jaren voor de totale groep van mensen met een chronische ziekte of beperking getoetst, waarna ook voor onderscheiden subgroepen wordt getoetst of zich - naast de algemene trend - nog andere verschuivingen hebben voorgedaan, specifiek voor die subgroep.