

## **Rapportage gehandicapten 2000**

Arbeidsmarktpositie en financiële situatie van  
mensen met beperkingen en/of chronische ziekten

M.M.Y. de Klerk (red.)

## **Rapportage gehandicapten 2000**

Exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar in de boekhandel onder vermelding van **ISBN 90-377-00-136**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Klerk, M.M.Y. de

Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarktpositie en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten / M.M.Y. de Klerk (red.)  
- Den Haag : Sociaal en Cultureel Planbureau (Cahier nr. 168) ; Met lit. opg., ill. -  
Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-377-00-136

NUGI 661

Trefwoorden: gehandicapten ; beleid

© **Sociaal en Cultureel Planbureau**

Den Haag, juli 2000

ISBN 90-377-00-136

Deze publicatie is gedrukt op chloorvrij papier.

# INHOUD

VOORWOORD	7
1 INLEIDING	9
Noten	12
2 AFBAKENING VAN DE DOELGROEPEN	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Omschrijving van de doelgroep	13
2.2.1 Beperkingen en handicaps	13
2.2.2 Chronische ziekten	15
2.2.3 Verstandelijke beperkingen	17
2.3 Meetinstrumenten	18
2.4 Databestanden	21
2.5 Samenvatting	22
Noten	23
3 AANTAL MENSEN MET BEPERKINGEN EN/OF CHRONISCHE ZIEKTEN	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Lichamelijke beperkingen	26
3.2.1 Prevalentie van lichamelijke beperkingen	26
3.2.2 Veranderingen in de prevalentie van lichamelijke beperkingen	27
3.2.3 Lichamelijke beperkingen naar leeftijd en geslacht	30
3.3 Chronische ziekten	33
3.3.1 Prevalentie van chronische ziekten	33
3.3.2 Veranderingen in de prevalentie van chronische ziekten	35
3.3.3 Chronische ziekten naar leeftijd en geslacht	36
3.4 Psychische stoornissen	37
3.4.1 Prevalentie van psychische stoornissen	37
3.4.2 Veranderingen in de prevalentie van psychische stoornissen	39
3.4.3 Psychische stoornissen naar achtergrondkenmerken	39
3.5 Verstandelijke beperkingen	41
3.5.1 Prevalentie van verstandelijke beperkingen	41
3.5.2 Veranderingen in de prevalentie van verstandelijke beperkingen	43
3.6 Samenhang tussen lichamelijke beperkingen en chronische aandoeningen	46
3.6.1 Samenhang tussen lichamelijke beperkingen en somatische chronische ziekten	46
3.6.2 Samenhang tussen lichamelijke aandoeningen en psychische stoornissen of verstandelijke beperkingen	52
3.7 Samenvatting	52
Noten	55

4	ARBEIDSPARTICIPATIE EN KENMERKEN VAN DE ARBEID	57
4.1	Inleiding	57
4.2	Arbeidsdeelname	58
4.3	Aspecten van arbeid	65
4.3.1	Aantal uren werk	65
4.3.2	Functieniveau en sector	69
4.3.3	Arbeidsomstandigheden	73
4.3.4	Ziekteverzuim	77
4.4	De arbeidssituatie van mensen met psychische problemen	80
4.5	Samenvatting	89
	Noten	91
5	ARBEIDS(RE)INTEGRATIE	93
5.1	Inleiding	93
5.2	Determinanten van werkhervatting	93
5.3	Aanpassing van de arbeid en andere reïntegratiemaatregelen	95
5.3.1	Inleiding	95
5.3.2	Landelijke cijfers over toepassing van reïntegratiemaatregelen	96
5.3.3	Aanpassing van de arbeid aan specifieke beperkingen en chronische ziekten	100
5.3.4	Effectiviteit van de voorzieningen voor de arbeidsintegratie	103
5.4	De beschermde arbeid	107
5.4.1	Inleiding	107
5.4.2	Sociale werkvoorziening	107
5.4.3	Begeleid werken	110
5.4.4	Dagcentra voor gehandicapten	112
5.4.5	Effectiviteit van de beschermde arbeidsmarkt	113
5.5	Samenvatting	114
	Noten	116
6	INKOMENS	117
6.1	Inleiding	117
6.2	Inkomensbronnen	118
6.2.1	Inkomensverwerving bij mensen met lichamelijke klachten	118
6.2.2	Inkomensverwerving bij mensen met psychische stoornissen	120
6.3	Hoogte van het inkomen	122
6.3.1	Bruto-inkomen	122
6.3.2	Besteedbaar (netto)inkomen	128
6.3.3	Inkomen van mensen met psychische stoornissen	134
6.3.4	Laag inkomen	136
6.3.5	Kunnen rondkomen van het inkomen	138
6.4	Vermogens	140
6.5	Samenvatting	143
	Noten	145

7	KOSTEN EN COMPENSATIES	147
7.1	Inleiding	147
7.2	Bestedingen en ziektegerelateerde kosten	147
7.2.1	Inleiding	147
7.2.2	Bestedingspatronen	147
7.2.3	Eigen bijdragen	151
7.2.4	Ziektegerelateerde uitgaven	152
7.3	Compenserende voorzieningen	158
7.3.1	Inleiding	158
7.3.2	Bekendheid met compenserende voorzieningen	161
7.3.3	Gebruik van compenserende voorzieningen	164
7.4	Samenvatting	168
	Noten	170
8	SLOTBESCHOUWING	173
8.1	Opzet van de rapportage	173
8.2	Beschikbare databronnen	174
8.3	Omvang van de doelgroep	176
8.4	Arbeidsmarktpositie	178
8.5	Financiële positie	184
8.6	Conclusie	187
	Noten	189
	SUMMARY	191
	LITERATUUR	201
	BIJLAGEN	
A	Geraadpleegde databestanden	207
B	Overzicht beschikbare databestanden	215
C	SCP-maat voor beperkingen	216
	LIJST VAN AFKORTINGEN	219



## VOORWOORD

De *Rapportage gehandicapten 2000* is de vierde rapportage van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over de leefsituatie van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Eerder verschenen de *Rapportage gehandicapten* (Timmermans et al. 1994), de *Rapportage gehandicapten 1995* (Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996) en de *Rapportage gehandicapten 1997* (De Klerk en Timmermans 1998). In de *Rapportage gehandicapten 2000* wordt voor het eerst ook expliciet aandacht geschonken aan de positie van chronisch zieken. Zij kwamen in de vorige Rapportages gehandicapten alleen aan bod als zij ook een lichamelijke of een verstandelijke beperking hadden.

De rapportages over 'gehandicapten' komen voort uit een verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om regelmatig over de leefsituatie van een aantal specifieke bevolkingscategorieën te worden geïnformeerd. Op dezelfde manier wordt ook regelmatig gerapporteerd over ouderen, over jongeren en, op verzoek van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, over etnische minderheden.

De *Rapportage gehandicapten 2000* begint met een omschrijving van de doelgroep van deze rapportage. Anders dan de naam suggereert, heeft de rapportage namelijk niet zozeer betrekking op mensen met een handicap, als wel op mensen met een chronische ziekte en mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Zoals uit het rapport zal blijken, hebben niet al deze mensen een handicap: van een handicap is pas sprake als mensen als gevolg van hun aandoeningen moeite hebben om sociale rollen te vervullen of daarvoor gebruik moeten maken van bijzondere voorzieningen. Ook wordt in dit Cahier een beeld geschetst van het aantal mensen met een chronische ziekte of beperking in Nederland.

Zo zijn er 450.000 à 500.000 personen met een ernstige lichamelijke beperking (exclusief de tehuisbevolking) en ruim 100.000 mensen met een verstandelijke beperking (inclusief de tehuisbevolking). Ongeveer 1,5 miljoen mensen hebben een chronische somatische ziekte en circa 2,5 miljoen zelfstandig wonende volwassenen hebben in één jaar te maken gehad met psychische stoornissen. Hierbij is geen rekening gehouden met de overlap tussen groepen (veel mensen met een lichamelijke beperking hebben ook een chronische ziekte).

Vervolgens worden twee thema's uitgewerkt, te weten 'arbeidsmarktpositie' en 'financiële situatie'. Bij de arbeidsmarktpositie wordt eerst nagegaan in hoeverre mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking betaalde arbeid verrichten en welke factoren hierop van invloed zijn. Daarnaast wordt bekeken of personen met chronische aandoeningen ander werk verrichten of onder andere arbeidsomstandigheden werkzaam zijn. Ook wordt aandacht besteed aan de

verschillende instrumenten die er zijn om degenen met een arbeidshandicap of een chronische aandoening (weer) aan het werk te helpen.

Bij het bestuderen van de financiële positie van mensen met chronische aandoeningen of beperkingen wordt aandacht geschonken aan zowel hun inkomen (bruto per persoon en netto per huishouden) als aan de uitgaven die zij doen. Mensen met chronische aandoeningen moeten vaak als gevolg van die aandoening extra kosten maken. Tot slot wordt nagegaan in hoeverre deze groep gebruikmaakt van allerlei voorzieningen die deze extra kosten kunnen compenseren, zoals de bijzondere bijstand of een aftrek voor de belastingen.

Hoewel ook mensen met verstandelijke handicaps en personen met psychische stoornissen tot de doelgroep van het gehandicapten- en chronisch-ziekenbeleid behoren, en daarmee onderwerp zijn van deze rapportage, ligt de nadruk van dit rapport toch op personen met lichamelijke aandoeningen of beperkingen. De reden hiervoor is dat er nauwelijks gegevens beschikbaar zijn over de leefsituatie van mensen met psychische stoornissen of verstandelijke beperkingen. Alleen het Trimbos-instituut doet onderzoek naar kenmerken van degenen met psychische stoornissen. Het SCP is thans bezig met een onderzoek naar de leefsituatie van volwassen verstandelijk gehandicapten die gebruikmaken van een woonvoorziening, dagbesteding of de sociale werkvoorziening, zodat in de volgende Rapportage gehandicapten meer aandacht aan deze groep kan worden besteed.

Bij het totstandkomen van deze rapportage is niet alleen gebruikgemaakt van databestanden van het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Bureau voor de Statistiek, maar ook van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nivel en, voor de beschrijving van de leefsituatie van mensen met psychische problemen, van het NEMESIS-bestand van het Trimbos-instituut. Wij willen dr. Marleen Foets, dr. Mieke Rijken en dr. ir. Arianne Baanders van het Nivel en dr. Rob Bijl en drs. Saskia van Dorsselaer van het Trimbos-instituut hartelijk danken voor hun inzet.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur SCP



## 1 INLEIDING

*Mirjam de Klerk*

Sinds 1993 brengt het Sociaal en Cultureel Planbureau op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), elke twee jaar een Rapportage gehandicapten uit.<sup>1</sup> De naam *Rapportage gehandicapten 2000* is enigszins misleidend, omdat de groep die in deze rapporten wordt beschreven niet zozeer bestaat uit gehandicapten, maar uit mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Mensen met een beperking hoeven niet noodzakelijkerwijs gehandicapt te zijn. Dit onderscheid tussen de termen 'beperkingen' en 'handicaps' komt uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 2.

Het doel van de Rapportage gehandicapten is het geven van een systematische en periodieke beschrijving van de leefsituatie en de maatschappelijke positie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten. Hierbij wordt steeds een vergelijking gemaakt met de situatie van mensen die geen beperkingen en/of chronische ziekten hebben. Waar mogelijk wordt er een verklaring gezocht voor de verschillen. Deze verklaringen kunnen immers aanknopingspunten voor beleid vormen (zie ook Timmermans 1994: 12).

Aan de leefomstandigheden van mensen met een chronische ziekte is in de voorgaande Rapportages gehandicapten geen expliciete aandacht geschonken. Impliciet kwam de leefsituatie van een grote groep onder hen wel aan bod, omdat ongeveer de helft van de mensen met een chronische ziekte als gevolg van die ziekte lichamelijke beperkingen ervaart.

In deze rapportage wordt voor het eerst expliciet aandacht besteed aan de positie van alle mensen met een chronische ziekte, dus ook van degenen die geen lichamelijke beperkingen hebben. Uitgangspunt hierbij is de groep chronisch zieken als geheel.<sup>2</sup> Dat betekent dat niet naar afzonderlijke diagnoses wordt gekeken.

De uitbreiding van de doelgroep van de Rapportage gehandicapten met chronisch zieken hangt samen met het feit dat er binnen het ministerie van VWS de laatste jaren steeds meer sprake is van een samenhangend beleid voor beide doelgroepen. Doordat de groepen gehandicapten (of beter gezegd mensen met lichamelijke beperkingen) en chronisch zieken elkaar voor een belangrijk deel overlappen en beide groepen voor een deel met hetzelfde type problemen te kampen hebben, wordt afzonderlijk beleid voor deze doelgroepen niet langer als zinvol gezien (zie bv. TK 1997/1998).<sup>3</sup>

Niet alleen is de doelgroep verbreed, ook is de formule van de rapportage herzien. De directe aanleiding voor deze revisie vormt het feit dat er niet voldoende nieuwe data over mensen met beperkingen en/of chronische ziekten beschikbaar komen om een tweejaarlijks overzicht van hun leefsituatie te maken. Bovendien is twee jaar

vaak een te korte termijn om beleid te kunnen evalueren. Daarom is besloten om de opzet van de Rapportage gehandicapten te wijzigen: eens in de vier jaar zal de Rapportage gehandicapten een brede overzichtsstudie van de leefsituatie van mensen met beperkingen en/of een chronische ziekte bevatten, zoals dat in de voorgaande Rapportages gehandicapten gebruikelijk was. De tussenliggende rapportage zal een meer thematisch karakter hebben. Dit thematische karakter kan bijvoorbeeld tot uiting komen in de keuze van een beperkt aantal onderwerpen, maar ook in de selectie van subgroepen. De *Rapportage gehandicapten 2000* heeft een dergelijk thematisch karakter.

Het thema van deze rapportage is 'economische zelfstandigheid'. Dit hangt samen met drie leefsituatie-aspecten: onderwijs, arbeid en financiële positie. Mensen moeten de kans hebben onderwijs te volgen zodat ze in staat zijn, al dan niet met behulp van voorzieningen, hun brood te verdienen met beroepsarbeid. Zijn ze daartoe ondanks allerlei voorzieningen niet in staat, dan zijn ze aangewezen op een uitkering. Over de onderwijspositie van mensen met beperkingen zijn sinds de *Rapportage gehandicapten 1997* nauwelijks nieuwe gegevens beschikbaar gekomen. Daarom wordt in deze rapportage alleen gekeken naar de arbeidsmarktpositie en vervolgens naar de financiële situatie. De laatste heeft niet alleen betrekking op de inkomens maar ook op de uitgaven die mensen met een beperking en/of chronische ziekte moeten doen.

De gegevens die in dit rapport worden gebruikt, zijn vooral afkomstig uit survey-onderzoek onder de Nederlandse bevolking (zie ook § 2.4). Over het algemeen worden instellingsbewoners (bv. bewoners van verpleeghuizen of woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten) niet bij deze onderzoeken betrokken. De meeste gegevens hebben dan ook alleen betrekking op de zelfstandig wonende bevolking.

Omdat het thema 'arbeid' vooral van belang is voor de (potentiële) beroepsbevolking, dat wil zeggen de bevolking tussen de 15 en de 65 jaar, zal de meeste aandacht in dit rapport uitgaan naar deze groep.

In deze rapportage wordt expliciet aandacht besteed aan de positie van vrouwen met een beperking of chronische ziekte en wordt nagegaan of er voor deze vrouwen extra beleidsmaatregelen nodig zijn. Het is immers bekend dat vrouwen minder vaak aan de arbeidsmarkt deelnemen dan mannen. Bovendien werken mensen met een beperking minder vaak dan mensen zonder beperkingen. Dit maakt het aannemelijk dat vrouwen met een beperking nog minder werken dan mannen met een beperking. In dit rapport wordt nagegaan of deze aanname juist is en welk type maatregelen nodig zijn om de arbeidsmarktpositie van gehandicapte vrouwen te verbeteren.

Bij de beschrijving van de arbeidsmarktpositie en de financiële situatie wordt steeds een vergelijking gemaakt tussen mensen zonder en met lichte, matige of ernstige beperkingen of tussen mensen zonder of met één of meerdere chronische aandoeningen (dan wel tussen de huishoudens waartoe deze mensen behoren).

Waar mogelijk zal ook worden gekeken naar de samenhang tussen chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen.<sup>4</sup> In het laatste hoofdstuk, de slotbeschouwing, wordt nagegaan in hoeverre mensen met beperkingen en/of langdurige aandoeningen economisch zelfstandig zijn, welke rol voorzieningen daarin spelen en hoe de afhankelijkheid van voorzieningen, bijvoorbeeld door het voeren van overheidsbeleid, te verkleinen valt.

De opbouw van dit rapport is als volgt: in hoofdstuk 2 wordt uiteengezet hoe de verschillende doelgroepen in deze rapportage worden afgebakend en welke gegevensbronnen er over deze verschillende doelgroepen beschikbaar zijn. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 een beeld geschetst van de omvang van de verschillende doelgroepen, waarbij ook wordt gekeken naar veranderingen in de prevalentie<sup>5</sup> van bijvoorbeeld lichamelijke of verstandelijke beperkingen. De arbeidssituatie is het onderwerp van de hoofdstukken 4 en 5. Eerst wordt in hoofdstuk 4 beschreven in hoeverre mensen met beperkingen of chronische ziekten aan de arbeidsmarkt deelnemen. Vervolgens wordt ingegaan op enkele kenmerken van de werkplek. In hoofdstuk 5 wordt een beeld geschetst van het gebruik van voorzieningen om de arbeidsdeelname te bevorderen (zoals arbeidsbemiddeling of aanpassing van de werkomgeving). In de hoofdstukken 6 en 7 wordt ingegaan op de financiële positie. Eerst wordt in hoofdstuk 6 een vergelijking gemaakt tussen de hoogte van het persoonsinkomen van mensen met en zonder chronische aandoeningen en de hoogte van het besteedbare huishoudensinkomen van huishoudens met en zonder leden met beperkingen en chronische ziekten. Vervolgens komen de spreiding van het inkomen, de armoedegrens en de vermogenspositie aan de orde. In hoofdstuk 7 wordt stilgestaan bij de bestedingen en ziektegerelateerde uitgaven van mensen met chronische aandoeningen en het gebruik van allerlei voorzieningen die bedoeld zijn om deze extra uitgaven te compenseren (zoals de bijzondere bijstand). De rapportage wordt afgesloten met een samenvattende beschouwing (hoofdstuk 8).

Deze rapportage is een coproductie van een aantal SCP-medewerkers. De eindredactie van dit rapport berustte bij Mirjam de Klerk. De volgende personen leverden een bijdrage als auteur: Ans Merens, Evert Pommer, Leendert Ruitenbergh en Irma Schoemakers-Salkinoja. Bij de afzonderlijke hoofdstukken staan de namen van de auteurs vermeld.

## Noten

- <sup>1</sup> Eerder verschenen de *Rapportage gehandicapten* (Timmermans 1994), de *Rapportage gehandicapten 1995* (Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996) en de *Rapportage gehandicapten 1997* (De Klerk en Timmermans 1998).
- <sup>2</sup> De auteurs zijn zich ervan bewust dat de term 'mensen met een chronische ziekte' een betere term is dan de term 'chronisch zieke', omdat de laatste term te veel de ziekte centraal stelt en te weinig oog heeft voor de mensen met een ziekte. Vanwege de leesbaarheid is ervoor gekozen om soms toch de kortere term 'chronisch zieken' te gebruiken. Ditzelfde geldt voor 'verstandelijk gehandicapten', daar waar 'mensen met een verstandelijke handicap' wellicht een betere aanduiding is.
- <sup>3</sup> Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit het feit dat de Interdepartementale stuurgroep voor gehandicaptenbeleid haar naam heeft gewijzigd in Interdepartementale commissie voor samenhangend en gecoördineerd beleid voor mensen met een handicap en/of chronische ziekte (TK 1997/1998: 5). De naam ISG blijft bestaan.
- <sup>4</sup> Dit laatste is gemakkelijker te realiseren bij een beschrijving van personen (zoals in de hoofdstukken over arbeid) dan bij een beschrijving van huishoudens (zoals in de hoofdstukken over de financiële positie), omdat er binnen één huishouden verschillende combinaties van beperkingen en ziekten mogelijk zijn.
- <sup>5</sup> Prevalentie duidt op de mate waarin iets voorkomt: de prevalentie van ernstige beperkingen betekent het aantal mensen dat op een bepaald moment ernstige beperkingen heeft.

## 2 AFBAKENING VAN DE DOELGROEPEN

*Mirjam de Klerk*

### 2.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 werd al gezegd dat mensen met een beperking en/of chronische ziekte de belangrijkste doelgroepen van deze rapportage vormen, maar dat zij niet noodzakelijkerwijs gehandicapt hoeven te zijn. Gegeven de naam van deze rapportage, vraagt dit om een toelichting op de daarin gebruikte centrale begrippen; in dit hoofdstuk wordt die toelichting gegeven.

In paragraaf 2.2 wordt aangegeven hoe de omschrijvingen van de verschillende doelgroepen (zoals mensen met beperkingen of mensen met een chronische ziekte) met elkaar samenhangen. Vervolgens wordt beschreven met welke meetinstrumenten deze doelgroepen zijn te identificeren (§ 2.3). In paragraaf 2.4 wordt uiteen gezet welke databronnen beschikbaar zijn en in hoeverre de doelgroepen mensen met beperkingen' en 'mensen met een chronische ziekte' daarin zijn te herkennen. Uit deze paragrafen zal blijken dat meetinstrumenten en databronnen zodanige tekortkomingen vertonen dat lang niet altijd aan de centrale begrippen kan worden vastgehouden. Dit hoofdstuk wordt met een samenvatting afgesloten (§ 2.5).

### 2.2 Omschrijving van de doelgroep

#### 2.2.1 Beperkingen en handicaps

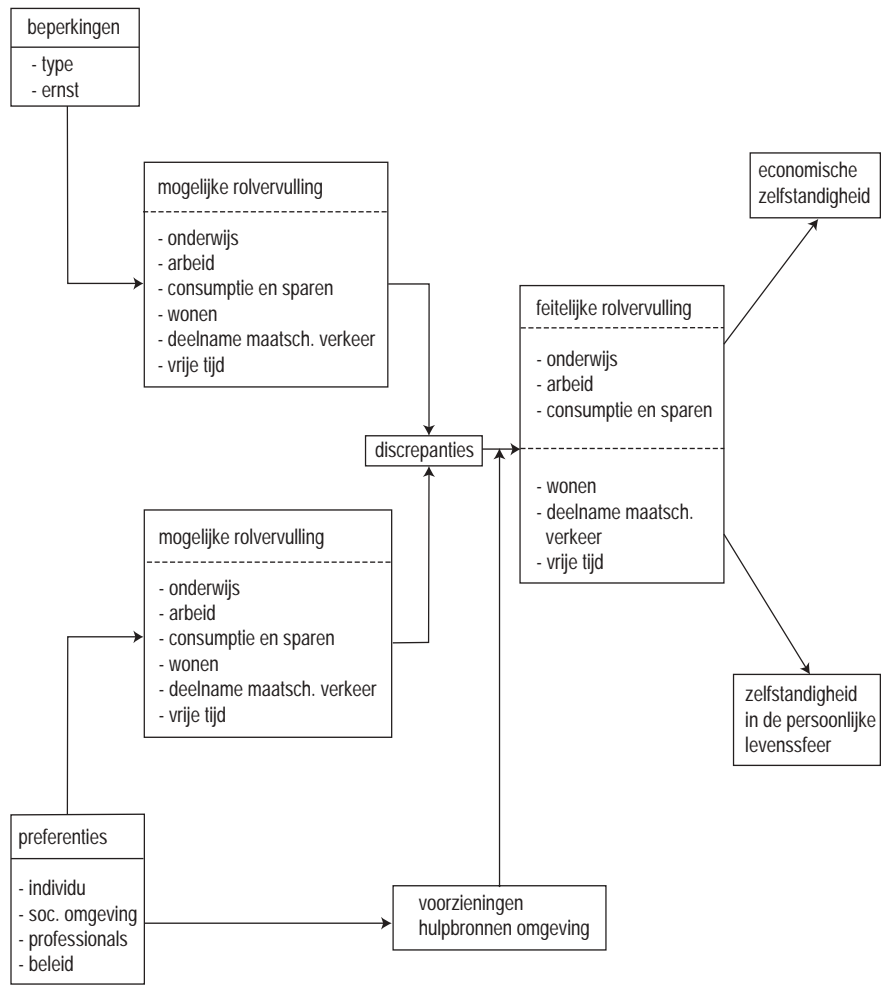
In de eerder verschenen Rapportages gehandicapten van het SCP vormden mensen met beperkingen de doelgroep van de rapportage. Deze term 'beperking' is afkomstig uit de *International classification of impairments, disabilities and handicaps* (ICIDH)<sup>1</sup> van de WHO (1980).<sup>2</sup> Een beperking (*disability*) wordt hierbij gedefinieerd als: "iedere vermindering of afwezigheid (als gevolg van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat de wijze als wat de reikwijdte van de uitvoering betreft" (WCC 1995).<sup>3</sup> Hierbij gaat het vooral om het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals voortbewegen, lichamelijke verzorging en huishoudelijke activiteiten (Van den Bos 1989).

Of mensen als gevolg van hun beperkingen ook gehandicapt zijn, hangt - conform de definitie in de ICIDH - af van de mate waarin zij sociaal nadeel ondervinden of bepaalde sociale rollen niet kunnen uitvoeren (zie noot 3).

De WHO is al enige jaren bezig met een omvangrijke herziening van de ICIDH, de ICIDH-2; deze herziening noopt op dit moment niet tot herdefiniëren van de centrale begrippen (zie noot 2).

In de SCP-rapportages is gekozen voor een indeling in rollen die afwijkt van die van de ICIDH, maar die meer aansluit bij het Nederlandse overheidsbeleid. In figuur 2.1 staan de onderscheiden rollen genoemd.

Figuur 2.1 Relaties tussen mogelijke, gewenste en feitelijke rolvulling en aspecten van het zelfstandig functioneren



Bron: Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1996: 21)

Linksboven in figuur 2.1 wordt weergegeven dat het type en de ernst van beperkingen bepalen in welke mate bepaalde rollen vervuld kunnen worden. Linksonder in figuur 2.1 is aangeduid dat de vraag welke rollen vervuld moeten worden niet alleen afhangt van wat individuen zelf wensen (ook wel de *belevingsnorm* genoemd), maar ook van de eisen die hun directe omgeving aan hen stelt of van wat professionals of overheden als 'normaal sociaal functioneren' beschouwen en wat zij als handicap opvatten (dit is op te vatten als respectievelijk de *professionele norm* en de *beleidsnorm*).

Tussen de mogelijke, de gewenste en de feitelijke rolvulling kunnen zich discrepanties voordoen. Het zijn deze discrepanties die als sociaal nadeel, en dus als handicap, kunnen worden beschouwd. In welke mate er discrepanties optreden, wordt mede bepaald door de aanwezigheid van voorzieningen die de uitvoering van bepaalde rollen kunnen bevorderen.

In deze rapportage wordt bij het oordeel over de discrepantie de *beleidsnorm* gebruikt. Die norm is over het algemeen vastgelegd in de wettelijke eisen die gesteld worden aan toelating tot een voorziening voor mensen met beperkingen dan wel een chronische ziekte. Bij toepassing van deze norm worden slechts diegenen als gehandicapt aangemerkt die voldoen aan de eisen die voor toelating tot een voorziening voor gehandicapten gelden.

Overigens worden deze beleidsnormen geregeld ter discussie gesteld. Zo zijn in de Wet op de arbeidsongeschiktheid (WAO) regelmatig de normen waaraan iemand moet voldoen om aanspraak op de WAO te kunnen doen aangescherpt.

Samengevat handelt deze *Rapportage gehandicapten 2000* (net als eerdere rapportages) over mensen met beperkingen (en over mensen met een chronische ziekte, zie hiervoor § 2.2.2). De aandacht gaat daarbij in het bijzonder naar twee groepen uit: degenen die zonder voorzieningen de gewenste rollen niet zouden kunnen vervullen en degenen die, ondanks die voorzieningen, tot dat laatste niet in staat zijn (gesteld). Deze beide groepen worden, op basis van de ICIDH-2, als gehandicapt beschouwd.

### 2.2.2 Chronische ziekten

In deze rapportage wordt voor het eerst expliciet aandacht besteed aan de gevolgen die het hebben van een chronische ziekte met zich mee kan brengen. In deze paragraaf wordt aangegeven hoe het begrip 'chronische ziekte' aansluit bij de in de vorige paragraaf genoemde begrippen. Voorafgaand daaraan wordt het begrip 'chronische ziekte' zelf omschreven.

Er zijn vele definities van chronische ziekten in omloop. Wat deze met elkaar gemeen hebben is dat vaak een aantal criteria wordt gesteld waaraan een ziekte moet voldoen om te kunnen worden benoemd als een *chronische* ziekte. Zo worden bijvoorbeeld de volgende criteria genoemd (Van den Bos 1989: 18; Tigchelaar et al. 1994).

- De aard van de aandoening: sommige aandoeningen worden, onafhankelijk van de duur, op grond van diagnostische criteria als chronisch aangemerkt.
- De duur: een aandoening wordt als chronisch bestempeld wanneer deze gedurende een bepaalde tijd (bv. drie maanden) optreedt.
- De ernst of functionele belemmering: een aandoening is chronisch als deze langdurige beperkingen met zich meebrengt.
- Het zorgbeslag: een aandoening is langdurig als deze langdurige zorg vereist.
- Onomkeerbaarheid: de ziekte is niet te genezen.

In de (onderzoeks)praktijk lijkt over het algemeen wel consensus te bestaan over het begrip 'chronische ziekte' (een langdurige, ernstige aandoening zonder kans op herstel). Toch worden vaak verschillende operationalisaties gekozen (zie ook Tigchelaar et al. 1994). Een belangrijk punt waarop de meningen kunnen verschillen is of klachten die (soms) te genezen zijn als een chronische aandoening moeten worden beschouwd.<sup>4</sup>

Voor deze rapportage is gekozen voor de definitie in de *Nota chronisch-ziektenbeleid*; daarin worden chronische ziekten omschreven als "onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur" (TK 1990/1991).<sup>5</sup>

Hoewel de term 'chronisch zieken' in Nederland vaak wordt gebruikt voor mensen met somatische aandoeningen (Stoelinga et al. 1996), kunnen ook mensen met bepaalde langdurige psychische aandoeningen tot de chronisch zieken worden gerekend. Zo heeft de Nationale Commissie Chronisch Ziekten (NCCZ) psychische aandoeningen altijd als chronische ziekten opgevat en zijn in de *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 1997* bijvoorbeeld ook depressies, angststoornissen en afhankelijkheid van alcohol of drugs opgenomen in het overzicht van chronische aandoeningen.<sup>6</sup> Ook in deze *Rapportage gehandicapten 2000* wordt aandacht besteed aan (de gevolgen van) psychische aandoeningen.

Ook bij de psychische aandoeningen geldt, net als bij sommige lichamelijke aandoeningen, dat lang niet bij iedere psychische aandoening sprake is van een chronische aandoening. Vaak wordt gebruikgemaakt van één van de volgende criteria om na te gaan of psychische problemen chronisch zijn: klinische opname, diagnose, duur of beperkingen. Hierbij zijn de duur en de aanwezige beperkingen de belangrijkste kenmerken op grond waarvan een ziekte chronisch wordt genoemd (Stoelinga et al. 1996).

Chronische ziekten kunnen op twee verschillende manieren leiden tot sociale nadelen ('handicaps'). Ten eerste kan een langdurige aandoening de oorzaak zijn van een lichamelijke beperking. Zo leidt reuma bijvoorbeeld vaak tot allerlei beperkingen bij de mobiliteit. In paragraaf 3.6 wordt uitgebreid ingegaan op dit verband tussen ziekten en beperkingen.

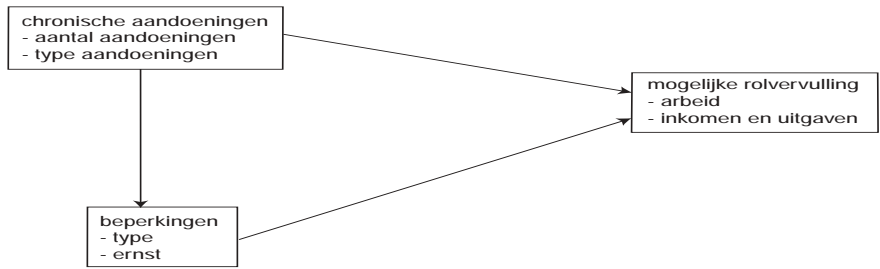
Ten tweede kunnen mensen met chronische aandoeningen, maar zonder lichamelijke beperkingen toch sociale nadelen ondervinden. Zo kunnen mensen met een chronische ziekte wellicht minder makkelijk een baan vinden en behouden, terwijl zij (nog) geen beperkingen van hun aandoening ondervinden.

Bij mensen met een chronische ziekte kan de sociale omgeving het al dan niet reële risico op het ontstaan van beperkingen bepalend maken voor het al dan niet aangaan van langdurige verplichtingen (een werkgever is bijvoorbeeld bang dat door de ziekte ook beperkingen zullen optreden en biedt daarom geen werk aan). Dat risico werkt als het ware als een belemmering om mogelijke rollen te vervullen en levert dus een sociaal nadeel op.

Figuur 2.2 biedt een schematische weergave van de invloed van chronische aandoeningen op enkele rollen die mensen kunnen vervullen.



Figuur 2.2 Relaties tussen chronische aandoeningen, beperkingen en mogelijke rolvervulling (alleen de rollen die in dit rapport worden besproken staan vermeld)



Conceptueel betekent uitbreiding van de rapportage met de groep mensen met een chronische ziekte een toevoeging, in die zin dat wordt nagegaan of het hebben van chronische ziekten, los van eventuele beperkingen, tot (extra) sociaal nadeel leidt. Dit betekent dat de rapportage zich richt op mensen met een chronische aandoening en/of een lichamelijke beperking en dat bij deze mensen wordt nagegaan of zij sociale nadelen (handicaps) ervaren.

### 2.2.3 Verstandelijke beperkingen

De levensomstandigheden en de maatschappelijke positie van verstandelijk gehandicapten vallen niet goed met de hiervoor besproken begrippen te omschrijven. Dat komt doordat deze groep niet op het niveau van beperkingen, maar alleen op dat van handicaps is gedefinieerd.

De *American Association on Mental Retardation* (AAMR) definieert een verstandelijke handicap als "een substantiële beperking in het huidige functioneren, dat wordt gekenmerkt door een significant benedengemiddeld intellectueel functioneren dat gelijktijdig bestaat met daarmee samenhangende beperkingen in twee of meer van de volgende van toepassing zijnde adaptieve vaardigheidsgebieden: communicatie, zelfredzaamheid, wonen, sociale vaardigheden, gebruikmaken van de samenleving, zelfbepaling, gezondheid en veiligheid, functionele schoolse vaardigheden, ontspanning en werken. De verstandelijke handicap komt voor het achttiende levensjaar tot uiting" (Buntinx en Bernard 1996: 5).

Met deze definitie wordt een verstandelijke beperking niet, zoals voorheen wel gebeurde, gezien als een persoonskenmerk, maar als een sociaal nadeel. Dit nadeel treedt op in het spanningsveld tussen iemands persoonlijke mogelijkheden en de maatschappelijke omgeving, die faciliterend of belemmerend kan zijn. Een indeling in niveaus van de ernst van verstandelijke beperkingen is hierbij niet mogelijk, omdat de invloed van de omgeving steeds wisselt. In plaats daarvan wordt uitgegaan van een beschrijving van iemands sterke en zwakke kanten en de ondersteu-

ning die iemand nodig heeft om zo optimaal mogelijk te kunnen functioneren (Buntinx en Bernard 1996).

Hoewel deze definitie goed aansluit bij de maatschappelijke ontwikkelingen om uit te gaan van de mogelijkheden van een persoon in plaats van de beperkingen, is deze definitie en classificatie (nog) niet geschikt voor kwantitatieve onderzoeksdoeleinden, omdat deze op onderdelen niet precies genoeg is (Buntinx en Bernard 1996). Daarom moet voorlopig toch worden uitgegaan van de vroegere definitie waarbij mensen met een verstandelijke beperking worden gekenmerkt door "een geringe intelligentie en beperkingen bij de sociale redzaamheid" (Koedoot 1997). Hierbij zijn verschillende indelingen naar ernst van de verstandelijke handicaps mogelijk.

In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, vierde versie (DSM-IV) wordt het niveau van intellectueel functioneren als volgt onderverdeeld (zie ook Koedoot 1997):

- lichte verstandelijke handicap (IQ 50 à 55 tot 70);
- matige verstandelijke handicap (IQ 35 à 40 tot 50 à 55);
- ernstige verstandelijke handicap (IQ 20 à 25 tot 35 à 40);
- diepe verstandelijke handicap (IQ lager dan 20 à 25).

Over dit soort indelingen bestaat altijd de nodige discussie, omdat intelligentie een moeilijk te meten begrip is en een indeling in klassen altijd arbitrair is. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat in Nederland een IQ-grens van 80 wordt gehanteerd bij het vaststellen van verstandelijke beperkingen, terwijl in andere landen vaak 70 als grens wordt aangehouden (Maas et al. 1988: 44). Zwakbegaafden (met een IQ-score van 80 tot 90) worden over het algemeen niet tot de mensen met een verstandelijke beperking gerekend, omdat 85% van deze groep niet of nauwelijks begeleiding nodig heeft (zie ook Timmermans 1994: 24).

Vaak wordt alleen een onderscheid gemaakt in lichte en ernstige (of diepe) verstandelijke beperkingen, waarbij met ernstige beperkingen bedoeld wordt op een IQ van 35 of lager.

Wat de verstandelijk gehandicapten betreft ontbreekt een kwantificeerbare definitie op het niveau van beperkingen. Er zijn overigens alleen gegevens bekend over mensen met een verstandelijke handicap die gebruikmaken van of bekend zijn bij voorzieningen (zie ook § 2.4). Bij deze groep vormen dus niet de beperkingen de ingang, maar de handicaps. Dit betekent dat mensen met een lichte verstandelijke handicap of zwakbegaafden die zichzelf kunnen redden en niet gebruikmaken van speciale voorzieningen in dit rapport buiten beschouwing worden gelaten.

### **2.3 Meetinstrumenten**

Bij de Rapportage gehandicapten wordt gebruikgemaakt van bestaande gegevens. Dit betreft vooral gegevens uit surveyonderzoeken. In deze paragraaf wordt kort aangegeven welke typen gegevens over beperkingen en chronische aandoeningen in

de diverse databestanden voorkomen. Bij alle hier gebruikte indicatoren geldt dat wordt afgegaan op de mening van respondenten en niet op bijvoorbeeld het oordeel van een arts. Bij sommige aandoeningen kan het oordeel van cliënten en artsen verschillen (meer hierover in § 3.3.1).

Er wordt hier geen aandacht besteed aan meetinstrumenten voor verstandelijke handicaps. De mate van verstandelijke beperkingen wordt over het algemeen vastgelegd door instellingen, die zich daarbij baseren op tests voor intellectueel en sociaal functioneren<sup>7</sup> (zie ook § 2.2.3).

### *Lichamelijke beperkingen*

In de *Rapportage gehandicapten 1997* is een uitgebreide beschrijving gegeven van de verschillende instrumenten voor het meten van beperkingen die in die rapportage zijn gebruikt (De Klerk en Timmermans 1998). Omdat in deze rapportage gebruik wordt gemaakt van dezelfde meetinstrumenten, wordt hier volstaan met een korte samenvatting.

De volgende indicatoren voor lichamelijke beperkingen zijn beschikbaar.

- Een zeer uitgebreide indicator voor lichamelijke beperkingen is opgenomen in het AVO'95 (zie bijlage A voor een beschrijving van de gebruikte databestanden). Op basis van een groot aantal vragen over activiteiten die mensen al dan niet zelf kunnen verrichten is een aantal maten ontwikkeld om vast te stellen of mensen beperkingen hebben bij het zien, het horen, het zich verplaatsen, de persoonlijke verzorging, de huishoudelijke taken, de arm/handfunctie en het zitten en staan (De Wit 1997). Op basis van een aantal van deze maten zijn ook samenvattende maten voor lichamelijke beperkingen in het algemeen en voor motorische beperkingen opgesteld.
- De OECD- of de OESO-indicator voor beperkingen, ontwikkeld door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling. Met behulp van deze indicator kan worden vastgesteld of er sprake is van langdurige lichamelijke beperkingen bij het gezichtsvermogen, gehoor, til- en loopvermogen. Op basis hiervan is een onderscheid te maken tussen zintuiglijke en motorische beperkingen. Deze indicator wordt onder meer gebruikt door het Nivel (Patiëntenpanel Chronisch Zieken, zie ook bijlage B).
- Eén vraag naar de mate waarin mensen zich belemmerd voelen door langdurige aandoeningen of handicaps. Hoewel met deze ene vraag niet alle mensen met beperkingen worden achterhaald, worden de mensen met matige en ernstige lichamelijke beperkingen toch redelijk geïdentificeerd (Heide 1996).<sup>8</sup>
- Soms zijn mensen met beperkingen niet als zodanig te identificeren, maar is wel een indicator voor arbeidsongeschiktheid opgenomen. Dit kan een indicator voor beperkingen zijn, al zijn er ook veel verschillen tussen de beide groepen.

In de *Rapportage gehandicapten 2000* wordt gebruikgemaakt van al deze indicatoren, waarbij de eerste indicator het meest wordt gebruikt.

## *Chronische ziekten*

Om vast te stellen of iemand chronisch ziek is, is het soms niet alleen nodig om te weten of iemand een bepaalde ziekte heeft, maar is het ook noodzakelijk om te weten hoe lang de ziekte duurt, hoe ernstig de ziekte is en hoe het beloop is (zie ook Ruwaard et al. 1999: 24). Zo kunnen maagzweren in een aantal gevallen goed behandeld worden en komen zij bij andere mensen steeds terug, en zijn bepaalde vormen van kanker goed behandelbaar, terwijl andere vormen zwaar invaliderend of dodelijk zijn. In bevolkingsonderzoek zijn dit soort gegevens over de ernst van de ziekte vaak niet beschikbaar, maar is alleen bekend of iemand aan een bepaalde aandoening lijdt.

Mensen met een somatische chronische ziekte zijn op de volgende manier te traceren in diverse bevolkingsonderzoeken.

- Vaak wordt aan mensen een lijst met aandoeningen die vaak langdurig zijn, voorgelegd met de vraag of zij deze ziekten hebben of gedurende het jaar voorafgaand aan de enquête hebben gehad.<sup>9</sup>
- Soms kunnen mensen met een chronische ziekte alleen worden geïdentificeerd aan de hand van één vraag 'heeft u last van een chronische aandoening of ziekte'.
- Tenslotte is het soms mogelijk om gebruik te maken van variabelen die een indirecte indicatie geven of mensen een chronische ziekte hebben, zoals de vraag of mensen een Ziektewet-uitkering of een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben ontvangen in een bepaald jaar.

In de *Rapportage gehandicapten 2000* wordt, tenzij anders vermeld, gebruikgemaakt van de lijst met (vaak langdurige) aandoeningen als indicator voor het hebben van een chronische ziekte. Bij de afbakening van het begrip 'chronische aandoening' is gebruikgemaakt van de kennis die het Nivel heeft opgebouwd rond het Patiëntenpanel Chronisch Zieken.

## *Psychische stoornissen*

Of mensen psychische stoornissen hebben wordt in bevolkingsonderzoek meestal vastgesteld met behulp van (semi-)gestructureerde psychiatrische interviews (Dingemans 1999).<sup>10</sup> Een veelgebruikt en betrouwbaar instrument vormt het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Met behulp van het CIDI kunnen onder meer stemmingsstoornissen (depressies), angststoornissen, manie, schizofrenie, eetstoornissen, tabakgebruik, alcoholmisbruik en obsessief-compulsieve stoornissen worden vastgesteld. In Nederland is in het NEMESIS-onderzoek (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) van het Trimbosinstituut (Bijl et al. 1997a) gebruikgemaakt van het CIDI (versie 1.1) bij het vaststellen van onder meer stemmings- of angststoornissen.<sup>11</sup> Het NEMESIS-onderzoek heeft plaatsgevonden bij de zelfstandig wonende bevolking tussen de 18 en 64 jaar.

## 2.4 Databestanden

Hiervoor is uiteengezet welke instrumenten beschikbaar zijn om de verschillende doelgroepen te identificeren. In deze paragraaf wordt een samenvattend overzicht gegeven van de verschillende databronnen die beschikbaar zijn om gegevens uit te destilleren voor de leefsituatie van mensen met een chronische ziekte en/of beperking (zie ook bijlage B).

Er zijn in Nederland enkele uitgebreide leefsituatieonderzoeken beschikbaar met indicatoren voor lichamelijke beperkingen of lichamelijke chronische ziekten. Met name het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het SCP, het Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO) van het CBS, en het Permanent onderzoek leefsituatie (POLS) van het CBS bevatten zowel indicatoren voor beperkingen of chronische ziekten als uiteenlopende informatie over de leefsituatie (waaronder de arbeidsmarktpositie en de financiële positie) en het gebruik van voorzieningen.

Daarnaast zijn er enkele databestanden met gegevens over specifieke bevolkingsgroepen. Dit betreft onder meer het Patiëntenpanel Chronisch Ziekten (PPCZ) van het Nivel. Via een aselechte speekproef van huisartsenpraktijken zijn mensen met een chronische somatische ziekte opgespoord met de vraag of zij bereid zijn aan een panel deel te nemen. Respondenten blijken niet significant te verschillen van non-respondenten. Voordeel hiervan is dat de vaststelling van de ziekte via de huisarts betrouwbaarder (objectiever) is dan bij de zelfrapportage in enquêtes (uit § 3.3 zal blijken dat het aantal mensen met een chronische ziekte in huisartsenregistraties veel kleiner is dan het aantal mensen dat in bevolkingsenquêtes aangeeft een langdurige ziekte te hebben. Bij deze laatste groep bevinden zich bijvoorbeeld ook mensen met een aandoening die te genezen is.) Bij het Patiëntenpanel is het zeker dat dit een groep is met een ongeneeslijke ziekte. Anderzijds is het niet zeker of de panelleden representatief zijn voor alle thuiswonende mensen met een chronische ziekte in Nederland, omdat niet iedereen met een chronische ziekte hiervoor immers een huisarts hoeft te raadplegen.

Het 'Zorg aan huis'-bestand van de Rijksuniversiteit Limburg (Van Berkum en Haveman 1995) is één van de weinige bronnen over mensen met verstandelijke beperkingen.<sup>12</sup> Dit bestand bevat alleen gegevens over mensen met een verstandelijke handicap die thuis bij hun ouders wonen. Deze mensen zijn opgespoord via allerlei voorzieningen waar mensen met een verstandelijke handicap gebruik van maken, zoals intra- en semimurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten, dagverblijven, de sociale werkvoorziening, het speciaal onderwijs en de sociaal-pedagogische dienst.

Niet alleen gegevens over mensen met verstandelijke beperkingen zijn schaars. Ook over psychische aandoeningen zijn niet veel gegevens beschikbaar. Alleen het NEMESIS-bestand van het Trimbosinstituut biedt inzicht in de psychische beperkingen die mensen hebben, alsmede in enkele leefsituatiekenmerken.

Tot slot is het van belang om te realiseren dat de bevolking die in instellingen verblijft (de institutionele bevolking) vaak is uitgesloten van deelname aan (bevolkings)onderzoeken (enquêtes). Dit betekent dat bijvoorbeeld geen gegevens beschikbaar zijn van mensen die in een verpleeghuis zijn opgenomen. Deze rapportage zal zich dan ook vooral richten op mensen die zelfstandig wonen.<sup>13</sup> Naast de hiervoor beschreven enquêtegegevens wordt in deze rapportage ook gebruikgemaakt van diverse registraties, met name op het terrein van de arbeid. De verschillende doelgroepen 'mensen met beperkingen', 'mensen met een chronische ziekte' en 'mensen met psychische problemen' zijn niet altijd even goed terug te vinden. Vaak wordt in arbeidsregistraties alleen geregistreerd dat mensen arbeidsgeschikt zijn (en niet waardoor dat wordt veroorzaakt).

## 2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is uiteengezet over welke mensen deze rapportage handelt en hoe deze mensen geïdentificeerd kunnen worden in verschillende databestanden.

Doelgroep van het (gehandicapten- en chronisch-zieken)beleid vormen ofwel mensen die gebruikmaken van compenserende voorzieningen, zodat zij bepaalde sociale rollen (zoals het verrichten van arbeid) die zij anders niet zouden kunnen uitoefenen toch kunnen vervullen, ofwel mensen die, ondanks de aanwezige voorzieningen, bepaalde sociale rollen niet kunnen vervullen. Een voorbeeld van de eerste categorie vormen mensen die dankzij een aangepaste werkplek aan de arbeidsmarkt kunnen deelnemen en een voorbeeld van de tweede categorie mensen die volledig arbeidsgeschikt zijn verklaard en niet kunnen werken. In voorgaande rapportages gehandicapten werd alleen aandacht besteed aan de vraag in hoeverre beperkingen leiden tot sociale nadelen ('handicaps'). In deze rapportage wordt voor het eerst nagegaan of ook het hebben van een chronische ziekte, los van de beperkingen, tot sociale nadelen leidt.

Er zijn in enkele uitgebreide leefsituatieonderzoeken verschillende indicatoren beschikbaar waarmee wordt gemeten of mensen te kampen hebben met somatische chronische aandoeningen. Over het algemeen wordt hierbij uitgegaan van het oordeel van de respondenten zelf. De beschikbare indicatoren variëren van één vraag (bv. over het ervaren van belemmeringen in het dagelijks leven) tot een maat voor lichamelijke beperkingen die is samengesteld uit circa dertig vragen (om vast te kunnen stellen welke typen beperkingen mensen ervaren en hoe ernstig deze beperkingen zijn). Over de duur of de ernst van chronische aandoeningen zijn in deze onderzoeken geen gegevens beschikbaar. Dit soort gegevens zijn wel opgenomen in het Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nivel.

Over het algemeen geldt dat populatiegegevens over mensen met psychische aandoeningen of verstandelijke beperkingen zeer schaars zijn. Over mensen met somatische aandoeningen of lichamelijke beperkingen zijn meer leefsituatiegegevens beschikbaar.

## Noten

- 1 Achterin het rapport is een lijst met afkortingen opgenomen.
- 2 In de herziene ICIDH, de ICIDH-2 (de internationale classificatie van het menselijk functioneren), wordt gesproken van activiteiten die mensen kunnen verrichten (RIVM 1999). Een activiteit wordt hierbij gedefinieerd als "elk onderdeel van het menselijk handelen". Wanneer een individu moeite heeft met het uitvoeren van een activiteit wordt gesproken van een 'beperking'. Activiteiten kunnen variëren van basisactiviteiten (bukken) tot complexe handelingen (autorijden). In de herziene ICIDH-2 is de term 'handicaps' vervangen door 'participatieproblemen'; met deze term komt de interactie tussen de persoon en de omgeving beter tot uitdrukking.  
Doordat in de rapportage beperkingen gemeten worden aan de hand van activiteiten die mensen in meer of mindere mate kunnen vervullen, leidt toepassing van de herziene ICIDH niet direct tot een andere aanpak. Hetzelfde geldt voor de vervanging van het begrip 'handicap' door dat van 'participatie': in beide gevallen gaat het om sociaal nadeel dat ontstaat door ontoereikend geachte rolvervulling.
- 3 Een *impairment* (stoornis) wordt gedefinieerd als "iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie" en een handicap als "een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of een beperking, welke de normale rolvervulling van de betrokkene begrenst of verhindert" (WCC 1995).
- 4 Zo wordt bijvoorbeeld kanker door de Nationale Commissie Chronisch Zieken niet en door de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* wel als een chronische ziekte aangemerkt (Ruwaard et al. 1999); een maagzweer wordt door Van Agt et al. (1996) niet als een chronische aandoening opgevat, omdat deze in een aantal gevallen te genezen is, en in de VTV-1997 wel (Maas et al. 1997: 31). Een hoge bloeddruk werd aanvankelijk ook als een chronische ziekte beschouwd (Van den Bos 1989), maar wordt tegenwoordig meer als een risicofactor gezien (Tigchelaar et al. 1994). Ook de gevolgen van een ongeval worden vaak als chronische ziekte beschouwd (Maas et al. 1997; Van den Bos 1989).
- 5 Voor een overzicht van de verschillende definities wordt verwezen naar een rapport van Tigchelaar et al. (1994), die in opdracht van de NCCZ een onderzoek hebben gedaan naar de definities van chronische ziekten en naar de kenmerken waaraan een ziekte moet voldoen om als chronisch te kunnen worden aangemerkt.
- 6 In de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* worden ook verstandelijke beperkingen opgevat als een chronische ziekte (Maas et al. 1997).
- 7 Zoals bijvoorbeeld de Sociale-redzaamheidsschaal (SRZ) van Kraijer en Kema (1994).
- 8 In de *Rapportage gehandicapten 1997* werd duidelijk dat met name mensen die ernstige beperkingen ondervinden bij de persoonlijke verzorging, het lopen en de huishoudelijke activiteiten zich ernstig belemmerd voelen in hun dagelijkse bezigheden. Beperkingen bij het zien leiden alleen tot belemmeringen als er sprake is van ernstige gezichtsbeperkingen. Mensen met problemen bij het horen of de arm/handfunctie voelen zich beduidend minder belemmerd.
- 9 Zo wordt bijvoorbeeld in de Gezondheidsenquête (GEZ) van het CBS, die werd afgenomen tussen 1989 en 1996, aan mensen een lijst met 25 aandoeningen voorgelegd. Vanaf 1997 is deze lijst opgenomen in de gezondheidsmodule van het Permanent onderzoek leefsituatie (POLs) van het CBS. Op dit moment wordt deze lijst grondig herzien.  
In deze rapportage worden de volgende aandoeningen uit de Gezondheidsenquête van het CBS (1989-1996) als een somatische chronische ziekte opgevat, waarbij zoveel mogelijk is aangesloten bij het Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nivel: astma, chronische bronchitis of Cara, ernstige hartkwaal of hartinfarct, (gevolgen van een) beroerte, ernstige darmstoornissen (langer dan drie maanden), leverziekte of levercirrose, ernstige nierziekte, suikerziekte, schildklierafwijking, rugaandoening van hardnekkige aard (langer dan drie maanden) of hernia, gewrichtslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen, gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten, andere chronische reuma (langer dan drie maanden), epilepsie, duizeligheid met vallen, migraine, ernstige huidziekte, kwaadaardige aandoening of kanker.  
Dit betekent dat de volgende aandoeningen niet tot de chronische aandoeningen worden gerekend: ontsteking van de neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte, hoge bloeddruk, maagzweer of zweer aan de twaalfvingerige darm, galstenen of galblaasontsteking, nierstenen, chronische blaasontsteking, verzakking.  
In het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het SCP wordt (alleen in 1995) naar 16 chronische aandoeningen en ziekten gevraagd. Deze ziekten zijn geselecteerd omdat dit ofwel veelvoorkomende ziekten ofwel sterk invaliderende ziekten zijn.

- <sup>10</sup> Of mensen echt psychische stoornissen hebben kan alleen worden vastgesteld door een psychiater of een psycholoog, die vaststelt of de symptomen van mensen aan een aantal objectieve criteria voldoen. De diagnoses worden over het algemeen gesteld met behulp van de classificatie in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), waarbij vaak wordt uitgegaan van de derde herziene druk (DSM-III-R) of de vierde versie (DSM-IV). In Van den Brink en Van Yperen (1999) wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van de ontwikkeling en de structuur van de verschillende DSM-classificatiesystemen.
- <sup>11</sup> Het CIDI is een instrument dat ontwikkeld is voor getrainde leken-interviewers.
- <sup>12</sup> Het SCP doet in 2000 onderzoek naar de leefsituatie van mensen met een verstandelijke handicap.
- <sup>13</sup> Dit geldt niet voor bepaalde registratiegegevens: zo is bijvoorbeeld bekend hoeveel mensen een bepaalde sociale uitkering ontvangen. Dit kan zowel mensen betreffen die zelfstandig wonen als mensen die in een instelling verblijven.



## 3 AANTAL MENSEN MET BEPERKINGEN EN/OF CHRONISCHE ZIEKTEN

*Mirjam de Klerk*

### 3.1 Inleiding

In de eerste twee hoofdstukken is aangegeven dat deze rapportage zich richt op mensen met een (lichamelijke of verstandelijke) beperking en/of een chronische (somatische of psychische) aandoening. In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoeveel Nederlanders een beperking en/of een chronische ziekte hebben.

Onderzoek naar het aantal mensen met beperkingen of chronische aandoeningen, zogeheten prevalentieonderzoek, is schaars. Zo stamt het laatste onderzoek naar de prevalentie van beperkingen of handicaps uit de jaren tachtig: het CBS/Nimawo voerde in 1986-1988 een onderzoek uit naar het aantal mensen met lichamelijke beperkingen en Maas et al. verrichten in 1986 onderzoek naar het aantal mensen met verstandelijke handicaps (CBS/Nimawo 1990; Maas et al. 1988). Met betrekking tot chronisch ziekten geldt dat veel onderzoek is verricht naar de prevalentie van de afzonderlijke chronische aandoeningen (zie bv. de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*). Deze cijfers laten zich echter niet gemakkelijk herleiden tot uitspraken over het aantal mensen met een chronische ziekte, doordat mensen meerdere ziekten kunnen hebben. Het Trimbosinstituut heeft recentelijk onderzoek gedaan naar de prevalentie van een aantal psychische aandoeningen in de volwassen bevolking (Bijl et al. 1997a).

In dit hoofdstuk wordt op basis van deze prevalentiestudies berekend hoeveel mensen er in 1999 beperkingen of chronische aandoeningen hebben. Om na te gaan in hoeverre het reëel is om uit te gaan van deze soms verouderde cijfers wordt in de literatuur bestudeerd of er aanwijzingen te vinden zijn dat de prevalentie het afgelopen decennium is veranderd. Daarnaast wordt op basis van meer recent surveyonderzoek nagegaan wat daaruit bekend is over het aantal mensen met een chronische ziekte of beperking. Omdat in de latere hoofdstukken met name de (potentiële) beroepsbevolking centraal staat, zal in dit hoofdstuk ook expliciet worden ingegaan op het aantal mensen met beperkingen of chronische ziekten binnen de potentiële beroepsbevolking.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: eerst wordt in paragraaf 3.2 een beschrijving gegeven van het aantal Nederlanders met een lichamelijke beperking. Vervolgens wordt nagegaan hoeveel mensen er een chronische ziekte hebben (§ 3.3). In paragraaf 3.4 wordt expliciet aandacht besteed aan het aantal mensen met psychische stoornissen. Het aantal mensen met verstandelijke beperkingen vormt het onderwerp van paragraaf 3.5. In paragraaf 3.6 wordt aandacht besteed aan de samenhang tussen diverse begrippen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 3.7).

## 3.2 Lichamelijke beperkingen

### 3.2.1 Prevalentie van lichamelijke beperkingen

Het is altijd moeilijk om het exacte aantal mensen met lichamelijke beperkingen in de bevolking aan te geven. Dit aantal hangt namelijk sterk samen met de aard van de beperkingen die in het prevalentieonderzoek worden meegenomen en de wijze waarop deze worden gemeten.<sup>1</sup>

De laatste schatting van het aantal mensen met lichamelijke beperkingen is gebaseerd op een onderzoek dat in 1986-1988 onder circa 25.000 zelfstandig wonende (niet in een instelling verblijvende) mensen werd gehouden (CBS/Nimawo 1990).<sup>2</sup>

In tabel 3.1 staat weergegeven in hoeverre de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking lichamelijke beperkingen ondervindt. Hiertoe zijn de prevalentiecijfers uit het CBS-onderzoek uitgesplitst naar leeftijdscategorie en geslacht. Vervolgens is uitgegaan van de huidige omvang en samenstelling van de bevolking om te schatten hoeveel mensen in 1998 lichamelijke beperkingen ervaren. Tevens is een (demografische) raming gemaakt van het aantal mensen met beperkingen in 2010 (zie tabel 3.1). Belangrijk uitgangspunt bij deze berekening is dus dat de prevalentie van beperkingen per leeftijdscategorie niet is veranderd. De effecten van bijvoorbeeld leefstijlfactoren, technische ontwikkelingen of een veranderd opleidingsniveau en eventuele cohorteffecten zijn niet meegenomen in de berekening.<sup>3</sup>

In 1998 zijn er, volgens deze schattingsmethode, ongeveer 660.000 zelfstandig wonende mensen met zeer ernstige en bijna 1,5 miljoen mensen met ernstige beperkingen. Met name het aantal mensen met zeer ernstige beperkingen is de afgelopen jaren toegenomen. Dit hangt vooral samen met het feit dat de bevolking steeds ouder wordt. Op basis van verwachte demografische ontwikkelingen mag worden aangenomen dat dit aantal de komende jaren nog verder zal toenemen.

Tabel 3.1 Schatting van het aantal personen dat beperkingen ondervindt (exclusief instituutsbevolking), naar ernst van de beperking, 1986-2010 (in procenten, absolute aantallen x 1.000 en indices)

	% in bevolking	aantal mensen x 1.000			index (1986 = 100)		
	1986-1988	1986	1998	2010	1986	1998	2010
totale bevolking (vanaf 5 jaar)							
zeer ernstig	4,1	545	660	760	100	121	139
inclusief ernstig	11,5	1.550	1.850	2.125	100	119	137
inclusief matig	20,7	2.780	3.225	3.650	100	116	131
potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar)							
zeer ernstig	2,7	265	305	360	100	115	136
inclusief ernstig	8,2	825	955	1.100	100	116	133
inclusief matig	17,5	1.750	1.990	2.235	100	114	128

Bron: CBS/Nimawo (1990) SCP-bewerking

Voor de potentiële beroepsbevolking geldt dat het aantal mensen met (zeer) ernstige lichamelijke beperkingen tussen 1986 en 1998 met circa 16% is toegenomen. Dit komt doordat de omvang van de beroepsbevolking in die periode is gegroeid (met 8%) en doordat de gemiddelde leeftijd binnen de potentiële beroepsbevolking is gestegen. Ook voor de toekomst kan worden verwacht dat dit aantal mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking zal stijgen. Dit komt doordat de potentiële beroepsbevolking gemiddeld steeds ouder wordt. Zo zal tot 2010 het percentage 15-34-jarigen met ongeveer 9% afnemen en het percentage 50-64-jarigen met 29% toenemen (CBS 1999a). Dit betekent dat het absolute aantal mensen tussen de 50 en de 64 jaar met zeer ernstige lichamelijke beperkingen de komende twaalf jaar aanzienlijk zal toenemen (met circa 31%; niet in tabel 3.1).

In SCP-onderzoek wordt een andere maat voor beperkingen gehanteerd dan in het prevalentieonderzoek van het CBS/Nimawo. Bij de SCP-beperkingenmaat wordt meer rekening gehouden met de aard van de handelingen die mensen al dan niet kunnen verrichten. Sommige handelingen tellen hierbij zwaarder mee bij het vaststellen van ernstige beperkingen dan andere handelingen (zie ook bijlage C). Op basis van deze maat waren er in 1995 circa 420.000 mensen met ernstige lichamelijke beperkingen.<sup>4</sup>

Samenvattend blijkt dat het exacte aantal mensen met (ernstige) lichamelijke beperkingen niet goed te bepalen is. Dit aantal hangt sterk samen met de definitie en operationalisatie van 'beperkingen'. Zo leidt de SCP-definitie tot 420.000 mensen met ernstige beperkingen in 1995 en kan op basis van het onderzoek van het CBS/Nimawo geschat worden dat er in 1998 circa 650.000 mensen met ernstige lichamelijke beperkingen zijn. Deze schattingen hebben beide betrekking op zelfstandig wonende mensen, dat wil zeggen mensen die niet in een instelling verblijven.

Een belangrijk verschil tussen de SCP-schatting en die van het CBS is dat bij laatstgenoemde ook incontinentieproblemen als lichamelijke beperkingen worden beschouwd.<sup>5</sup> In 1986 waren er 120.000 mensen die alleen incontinentieproblemen hadden. Eind jaren negentig zou dat neerkomen op circa 155.000 mensen. Dit betekent dat er circa 495.000 mensen zouden zijn met andere ernstige beperkingen dan incontinentiebeperkingen.

Een ander verschil tussen de beide methoden is dat bij de SCP-maat is gekeken naar het totaalbeeld: wanneer mensen slechts één activiteit (bv. trappen lopen) niet of slechts met heel veel moeite kunnen uitoefenen, dan worden zij niet als ernstig beperkt beschouwd; bij de CBS-methode wel.

### *3.2.2 Veranderingen in de prevalentie van lichamelijke beperkingen*

Om na te gaan of het aantal mensen met (ernstige) beperkingen verandert, zouden hierover periodiek gegevens moeten worden verzameld. Deze gegevensverzameling ontbreekt echter in Nederland. In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre het aannemelijk is dat de prevalentie van de lichamelijke beperkingen per leeftijdscategorie de afgelopen jaren niet is veranderd. Er wordt dus bekeken hoe

betrouwbaar de schatting van het aantal mensen met beperkingen is wanneer er gebruik wordt gemaakt van de gegevens uit 1986-1988.

Het enige gegeven dat periodiek over langere tijd en bij de gehele bevolking verzameld is, is de mate waarin mensen zelf aangeven dat zij belemmerd zijn in hun dagelijkse bezigheden. Tabel 3.2 geeft hier inzicht in. Hierbij is enigszins rekening gehouden met de vergrijzing van de bevolking, door de gegevens uit te splitsen naar de potentiële beroepsbevolking en ouderen.

Tabel 3.2 Belemmeringen bij personen van 15 jaar en ouder (exclusief instituutsbevolking), naar leeftijdscategorie, 1983-1995 (in procenten)

	1983	1987	1991	1995
potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar)				
geen belemmeringen	86,0	85,9	84,3	86,7
lichte belemmeringen	9,4	10,1	11,0	9,1
ernstige belemmeringen	4,5	4,0	4,6	4,2
ouderen (≥ 65 jaar)				
geen belemmeringen	61,6	60,7	60,3	62,5
lichte belemmeringen	23,1	23,1	25,5	20,6
ernstige belemmeringen	15,3	16,2	14,2	16,9

Bron: SCP (AVO'83-'95)

Van de potentiële beroepsbevolking geeft ruim 4% aan zich ernstig belemmerd te voelen en van de ouderen circa 16%. Uit de gegevens blijkt dat (binnen een bepaalde leeftijdsklasse) het percentage mensen dat aangeeft zich belemmerd te voelen tussen 1983 en 1995 redelijk constant is geweest. Met andere woorden: deze gegevens geven geen aanleiding om de schatting van het aantal mensen met beperkingen te wijzigen.

Tabel 3.3 geeft enig inzicht in de mate waarin er de afgelopen jaren veranderingen zijn opgetreden in de mate waarin jeugdigen (4-15 jaar) ernstige lichamelijke beperkingen ervaren. Hiertoe zijn gegevens uit peilingen in de jeugdgezondheidszorg vergeleken met gegevens uit de eerdergenoemde gehandicaptenmeting van het CBS (Spee-van der Wekke 1998: 27).

Uit tabel 3.3 blijkt dat er, wanneer de afzonderlijke typen beperkingen worden beschouwd, over het algemeen geen veranderingen zijn opgetreden in de mate waarin jeugdigen ernstige beperkingen ervaren. Alleen bij het spreken en het plassen/de ontlasting zijn er in 1992-1995 meer ernstige problemen dan in 1986-1988.<sup>6</sup>

Dit type ernstige problemen komt vaker voor als kinderen jonger zijn. Dit is dan ook een oorzaak dat het percentage kinderen met dit type problemen tussen 1986-1988 en 1992-1995 is toegenomen: in de bevolking is het aandeel 4-6-jarigen binnen deze groep licht gestegen.<sup>7</sup>

Tabel 3.3 Ernstige lichamelijke beperkingen bij kinderen van 4-15 jaar, naar aard en ernst van de beperking, 1986/88-1992/95 (in procenten)

	gezondheidspeiling (1992/95)		gehandicaptenmeting (1986/88) <sup>b</sup>
		gecor. <sup>a</sup>	
lopen	0,0	0,2	0,4
gaan zitten en opstaan	0,0	0,2	0,2
zitten en staan	0,1	0,3	0,3
arm- of handgebruik	0,2	0,3	0,4
verplaatsing	0,2	0,5	0,6
zien	0,1	0,2	0,3
horen	0,3	0,3	0,4
spreken	1,7		1,1
uithoudingsvermogen	0,9		0,8
plassen of ontlasting	1,6		1,0
één van deze beperkingen	4,7	4,9	4,0

<sup>a</sup> Gecorrigeerd wil zeggen dat hierbij rekening is gehouden met in het onderzoek ontbrekende schooltypes (zoals scholen voor blinden en slechtzienden, scholen voor doven en slechthorenden of scholen voor lichamelijk en meervoudig gehandicapten).

<sup>b</sup> De gegevens van de gehandicaptenmeting hebben betrekking op 4-15-jarigen (Spee-van der Wekke noemt hier cijfers over 5-14-jarigen).

Bron: Spee-van der Wekke (1998: 27) SCP-bewerking

Daarnaast kunnen de verschillen tussen beide metingen ook veroorzaakt worden doordat in het ene geval enquêtegegevens werden verzameld en in het andere geval gegevens in een medische setting werden vastgesteld. De verschillen tussen de beide metingen treden vooral op bij het spreken en het plassen/de ontlasting. Dit betreft voor een deel problemen die te maken hebben met een ontwikkelingsachterstand. Een deel van deze ontwikkelingsachterstand gaat voorbij als kinderen ouder worden (zie Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996: 29). Mogelijk uitien mensen in een medische setting eerder hun bezorgdheid over dit soort ontwikkelingsachterstanden dan in een gezondheidsenquête (Spee-van der Wekke 1998: 31).

Al met al verschillen de prevalentiecijfers van de ernstige beperkingen bij kinderen in 1986-1988 en 1992-1995 alleen bij de problemen bij het spreken en het plassen/de ontlasting en is het aannemelijk dat hier een verschil in onderzoeksmethode een rol speelt. Bij de andere typen beperkingen, zoals problemen met de mobiliteit, is er geen reden om aan te nemen dat de kinderen van nu vaker ernstige beperkingen ervaren dan circa tien jaar geleden. De totale omvang van de groep kinderen van 4-15 jaar in de bevolking is tussen 1988 en 1998 echter gestegen, waardoor het totaal aantal kinderen met ernstige lichamelijke beperkingen de afgelopen tien jaar is toegenomen.<sup>8</sup>

In de *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 1997* wordt opgemerkt dat, mede als gevolg van de toegenomen arbeidsparticipatie, vrouwen op steeds latere leeftijd een kind krijgen. Dit leidt tot meer gebruik van fertiliteitsbevorderende technieken, die

leiden tot een hoger percentage vroeggeboorten. Deze kinderen hebben een grotere kans op gezondheidsproblemen (Burgmeijer et al. 1997).

Uit een follow-uponderzoek van vrijwel alle ruim 1.300 in 1983 (veel) te vroeg geboren kinderen (< 32 weken en/of < 1.500 gram) bleek dat tien jaar na de geboorte circa 10% van de dan nog in leven zijnde te vroeg geboren kinderen een ernstige beperking had en 35% een lichte beperking (Den Ouden et al. 1998).<sup>9</sup> Uit deze gegevens kan dus worden afgeleid dat kinderen die veel te vroeg geboren zijn vaak ernstige gezondheidsproblemen hebben (meer dan andere kinderen, zo valt af te leiden uit tabel 3.4).

Dit betekent dat er een groeiende groep kinderen is die al op zeer jonge leeftijd ernstige beperkingen ervaren. Omdat het hierbij om kleine aantallen gaat (1.300 te vroeg geboren kinderen in 1983, waarvan na tien jaar ruim 70 kinderen met een ernstige beperking; 1.830 te vroeg geboren kinderen in 1993 (Neonatologie registratie 1998)), lijkt het niet aannemelijk dat de totale prevalentie van lichamelijke beperkingen hierdoor verandert.

Burgmeijer et al. (1997: 94) merken op dat er het laatste decennium een daling in sterfte bij te vroeg geboren kinderen is opgetreden, terwijl het percentage kinderen onder hen met beperkingen stabiel blijft. De absolute toename van het aantal vroeggeboorten zal dan ook, zo is de verwachting, leiden tot een toename van kinderen met beperkingen (zoals spasticiteit of leer- en gedragsproblemen). Anderzijds wordt verwacht dat het aantal kinderen met een aangeboren afwijking zal afnemen als gevolg van verbeterd erfelijkheids- en prenataal onderzoek (Burgmeijer et al. 1997). Het is niet duidelijk wat het resultaat van deze beide ontwikkelingen (een toenemend aantal vroeggeboorten en een verbeterde prenatale diagnostiek) zal zijn.

De conclusie van deze paragraaf is dat er geen duidelijke aanwijzingen zijn dat binnen een bepaalde leeftijdscategorie de prevalentie van lichamelijke beperkingen de afgelopen jaren is veranderd. Voorzover er langere-termijngegevens beschikbaar zijn, lijken die erop te wijzen dat het aandeel mensen met ernstige beperkingen in de bevolking stabiel is. De gegevens geven dan ook geen aanleiding om de schattingen van het aantal mensen met beperkingen uit paragraaf 3.2.1 te wijzigen: uitgangspunt bij die schattingen was immers dat de prevalentie van beperkingen binnen een bepaalde leeftijdscategorie niet veranderde.

### *3.2.3 Lichamelijke beperkingen naar leeftijd en geslacht*

In deze paragraaf worden de prevalentiegegevens toegespitst op de potentiële beroepsbevolking (15-64-jarigen), omdat deelname aan de arbeidsmarkt één van de centrale thema's van deze rapportage is. Voor meer prevalentiecijfers over de gehele bevolking wordt verwezen naar de *Rapportage gehandicapten 1997* (De Klerk en Timmermans 1998).

Binnen de potentiële beroepsbevolking heeft ongeveer 1,4% van de mensen te kampen met ernstige beperkingen, ruim 4% met matige beperkingen en bijna 12% met lichte beperkingen (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4 Ernst van de lichamelijke beperkingen, bij personen van 6 jaar en ouder (exclusief instituuksbevolking), naar leeftijdscategorie, 1999 (in procenten en absolute aantallen x 1.000)

	6-14 jaar	15-64 jaar	≥ 65 jaar
ernst van de beperkingen (in %)			
licht	4,5	11,7	23,8
matig	1,4 <sup>a</sup>	4,2	22,0
ernstig		1,4	14,8
indicatie van het absolute aantal mensen (x 1.000) met			
matige/ernstige beperkingen	27 <sup>a</sup>	606	785
wv. matige beperkingen		453	469
ernstige beperkingen		153	316

<sup>a</sup> Omdat jeugdigen maar zelden beperkingen hebben, zijn hier de matige en de ernstige beperkingen samengenomen.

Bron: SCP (AVO'95)

Per 1 januari 1999 bevinden zich, volgens de SCP-methode, onder de potentiële beroepsbevolking ruim 150.000 mensen met een ernstige lichamelijke beperking en ruim 450.000 mensen met een matige beperking.<sup>10</sup>

Tabel 3.5 toont welk aandeel in de potentiële beroepsbevolking ernstige lichamelijke beperkingen ondervindt, onderverdeeld naar leeftijdscategorie en type beperking.

Tabel 3.5 Het vóorkomen van diverse vormen van ernstige beperkingen bij personen van 15-64 jaar (exclusief instituuksbevolking), naar leeftijdscategorie, 1995 (in procenten)

	15-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	totaal
zintuiglijke beperkingen						
zien	0,2	0,3	0,3	0,4	0,8	0,3
horen	0,2	0,1	0,3	0,7	1,4	0,4
motorische beperkingen						
arm/handfunctie	0,7	1,7	1,0	1,8	2,6	1,5
zitten en staan	0,4	0,5	1,6	2,6	3,3	1,5
zich verplaatsen	0,1	0,3	0,6	1,6	3,2	1,0
persoonlijke verzorging	0,2	0,3	0,4	0,6	2,0	0,6
huishoudelijke taken	0,3	0,6	1,2	2,3	3,9	1,5
beperkingen <sup>a</sup>	0,2	0,4	1,1	2,3	4,7	1,4
(n)	(2.090)	(2.643)	(2.413)	(2.032)	(1.435)	(10.613)

<sup>a</sup> Dit betreft een samengestelde maat van de verschillende typen beperkingen, met uitzondering van de arm/handfunctie (zie De Wit 1997).

Bron: SCP (AVO'95)

Er is een sterke samenhang tussen leeftijd en beperkingen te zien: het aandeel mensen met beperkingen stijgt met de leeftijdscategorie. Deze toename verloopt

heel geleidelijk. Globaal kan men stellen dat voor iedere tienjaarsklasse geldt dat mensen ongeveer tweemaal zoveel kans op beperkingen hebben als in de leeftijdsklasse daarvoor. Beperkingen bij de huishoudelijke taken, het gaan zitten en staan en de arm/handfunctie komen het vaakste voor. Mensen binnen de potentiële beroepsbevolking zeggen relatief weinig zintuiglijke beperkingen te hebben, maar in deze categorie wordt pas van een beperking gesproken als men ondanks hulpmiddelen zoals een bril of een gehoorapparaat nog problemen met het zien of horen heeft.

In tabel 3.6 wordt weergegeven in hoeverre mannen en vrouwen binnen de potentiële beroepsbevolking lichamelijke beperkingen ervaren.

Tabel 3.6 Het vóórkomen van matige en ernstige beperkingen bij personen van 15-64 jaar (exclusief instituutsbevolking), naar geslacht, 1995 (in procenten)

	matige beperkingen		ernstige beperkingen		sign. <sup>a</sup>
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	
zintuiglijke beperkingen					
zien	2,0	2,4	0,3	0,4	nee
horen	2,8	1,6	0,5	0,4	ja
motorische beperkingen					
zitten en staan	5,3	5,7	1,4	1,6	nee
arm/handfunctie	6,5	10,3	1,2	1,8	ja
zich verplaatsen	3,4	4,2	1,0	1,0	nee
persoonlijke verzorging	2,9	3,3	0,6	0,6	nee
huishoudelijke taken	5,4	8,8	1,0	2,0	ja
beperkingen <sup>b</sup>	3,6	4,9	1,2	1,7	ja

<sup>a</sup> Significant duidt hier op een significant verschil in beperkingen tussen mannen en vrouwen ( $p < 0,05$ ). Dit kunnen zowel matige als ernstige beperkingen zijn.

<sup>b</sup> Dit betreft een samengestelde (gewogen) maat van de verschillende typen beperkingen, met uitzondering van de arm/handfunctie (zie De Wit 1997).

Bron: SCP (AVO'95)

Vrouwen hebben vaker (ernstige of matige) beperkingen dan mannen (zie tabel 3.6) Wanneer naar het type beperkingen wordt gekeken, dan hebben vrouwen significant vaker beperkingen bij de huishoudelijke activiteiten en bij de arm/handfunctie en minder vaak gehoorsbeperkingen dan mannen. De verschillen bij de beperkingen in huishoudelijke activiteiten hangen samen met het feit mannen deze taken minder vaak uitvoeren.<sup>11</sup> Er is geen verklaring voor de overige verschillen in beperkingen tussen vrouwen en mannen, behalve dat vrouwen vaker een chronische aandoening hebben dan mannen (Van Gelder en Gorter 1993).



### 3.3 Chronische ziekten

#### 3.3.1 Prevalentie van chronische ziekten

Het is moeilijk om vast te stellen hoeveel mensen in Nederland een chronische ziekte of aandoening hebben. Vaak worden uiteenlopende schattingen gegeven, onder meer door verschillen in definities of diagnosecriteria (zie ook Maas et al. 1997: 16).

Schattingen van het aantal mensen met een ziekte of aandoening zijn met name afhankelijk van de gegevensbron: men kan hierbij afgaan op het oordeel van een arts (en uitgaan van zorgregistraties, onder meer uit de huisartsenpraktijk) of van het oordeel van de (potentiële) patiënten (in welk geval men zich baseert op bevolkingsenquêtes onder de bevolking).<sup>12</sup> Zo worden bijvoorbeeld aandoeningen aan de luchtwegen, gewrichtsaandoeningen en migraine vaker gemeld in een gezondheidsenquête dan in de huisartsenregistraties (Okkes en Lamberts 1997). Voor andere aandoeningen, zoals hart- en vaataandoeningen, suikerziekte, epilepsie of kanker, blijken de beide bronnen veel beter met elkaar overeen te komen.

Ook de exacte vraagstelling in een enquête is van belang. Hierbij wordt niet alleen gedoeld op de in de vraag genoemde termijn ('heeft u in de afgelopen 12 maanden...' of 'heeft u ...') of het feit dat expliciet wordt genoemd dat een arts deze ziekte moet hebben geconstateerd, maar is ook de omschrijving van de ziekte zelf van belang. Het maakt bijvoorbeeld nogal wat uit of er wordt gevraagd naar 'hartklachten' of naar 'een ernstige hartkwaal of hartinfarct' (Van der Velden et al. 1998). Tot slot is het van groot belang wat men onder een chronische ziekte verstaat. Zo worden bijvoorbeeld slechthorendheid of het hebben van een verstandelijke beperking soms als een chronische ziekte beschouwd. Op deze manier kan de schatting van het aantal chronisch zieken in Nederland variëren van 1,5 miljoen (10%) tot 4,5 miljoen (30%) Nederlanders (Stoelinga et al. 1996: 12). In deze *Rapportage gehandicapten 2000* worden slechthorendheid en verstandelijke beperkingen niet als een chronische ziekte opgevat. Het Nivel gaat in het *Brancherapport chronisch zieken* uit van 1,5 miljoen Nederlanders met een chronische aandoening (Straten et al. 1998: 1). Het is echter niet precies duidelijk waarop deze aantallen zijn gebaseerd.

Wevers (1995) schat daarentegen dat er begin jaren negentig alleen al in de potentiële beroepsbevolking circa 1,6 miljoen mensen een chronische somatische aandoening hebben die relevant is voor de arbeid. Dat is 16% van de potentiële beroepsbevolking. Wevers maakt hierbij gebruik van de prevalentiecijfers uit de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993* (VTV-1993). Eén van de aannamen van Wevers is dat comorbiditeit van ziekten onder de potentiële beroepsbevolking nauwelijks voorkomt, zodat de verschillende ziektegevallen als het ware zijn op te tellen. Dit leidt tot een overschatting van het aantal mensen met een chronische ziekte. Anderzijds komen weinig voorkomende ziekten niet voor in de VTV-1993, hetgeen mogelijk weer leidt tot een onderschatting van het aantal chronisch zieken, aldus Wevers.



### 3.3.2 Veranderingen in de prevalentie van chronische ziekten

Kwantitatieve gegevens over veranderingen in het aantal mensen met een chronische ziekte zijn niet beschikbaar (zie ook Maas et al. 1997: 13). Wel zijn gegevens beschikbaar over een aantal afzonderlijke aandoeningen. Hieruit kan worden afgeleid dat een aantal chronische aandoeningen nu meer voorkomt dan 20 à 25 jaar geleden. Dit geldt bijvoorbeeld voor ziekten als suikerziekte, multiple sclerose of astmatische aandoeningen (zie bv. Maas et al. 1997; SCP 1998). Er zijn echter ook chronische aandoeningen die nu minder vaak voorkomen dan vroeger.

Het lijkt aannemelijk dat het aantal mensen met een chronische ziekte de afgelopen decennia is gestegen, omdat de omvang van de bevolking is gestegen en het aandeel ouderen binnen de bevolking is gegroeid. Immers, de kans op een chronische ziekte neemt toe met het toenemen van de leeftijd (zie § 3.3.3).

Of er, nadat is gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van de bevolking, ook een toename is van het aantal chronisch zieken is moeilijk vast te stellen. Concrete gegevens hierover over een langere periode zijn niet te geven doordat in 1988 de vragen naar (langdurige) chronische aandoeningen in de Gezondheidsenquête van het CBS (de enige bron waarin gedurende een langere periode naar chronische aandoeningen is gevraagd) zijn veranderd.

Eventuele veranderingen in de prevalentie van ziekten zijn niet alleen het gevolg van een daadwerkelijk veranderde gezondheid (bv. als gevolg van minder roken of een gezondere voeding). Ook veranderingen in de gezondheidszorg spelen een rol. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het feit dat de ziekte eerder wordt ontdekt (door verbeterde diagnostische apparatuur of screeningsonderzoek onder de bevolking of doordat (huis)artsen alerter zijn geworden). Tot slot kunnen allerlei medische ontwikkelingen, zoals verbeterde behandelmethoden, een rol spelen (Maas et al. 1997; SCP 1998).

In de *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 1997* wordt op basis van demografische projecties gesteld dat ziekten en aandoeningen die veel op oudere leeftijd voorkomen (zoals verschillende vormen van kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, cara en aandoeningen van het bewegingsapparaat) in de komende twintig jaar met 25%-60% in omvang zullen toenemen. Ook wanneer rekening wordt gehouden met toekomstige veranderingen in burgerlijke staat of opleidingsniveau, zal het percentage mensen met een chronische aandoening stijgen. Het is echter niet duidelijk wat de invloed van andere factoren, zoals veranderende voedings- en rookgewoonten, opsporings- en behandelmethoden is op het aantal mensen met een chronische aandoening (zie ook Van den Berg Jeths et al. 2000).

Al met al wordt dan ook geconcludeerd dat het niet mogelijk is om harde uitspraken te doen over veranderingen in het aantal chronisch zieken (zie ook Maas et al. 1997: 64).

### 3.3.3 Chronische ziekten naar leeftijd en geslacht

In de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* zijn ook specifiekere prevalentiecijfers opgenomen waarbij een onderverdeling wordt gemaakt naar leeftijdscategorie en geslacht (zie Maas et al. 1997: 851-852).<sup>13</sup> Uit deze gegevens is bijvoorbeeld af te leiden dat contacteczeem, reumatoïde artritis en artrose vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen, terwijl een hartinfarct vaker bij mannen voorkomt (Maas et al. 1997: 30). Sommige aandoeningen treden vooral op oudere leeftijd op (artrose, suikerziekte, gezichtsstoornissen, coronaire hartziekten en chronische bronchitis/emfyseem), terwijl andere aandoeningen juist op jonge of middelbare leeftijd optreden (contacteczeem, dorsopathieën en astma).

In het POLS-onderzoek onder (een steekproef van de) zelfstandig wonende Nederlanders geeft 29,5% van de respondenten aan dat zij één of meer somatische ziekten hebben die vaak langdurig zijn (tabel 3.8).<sup>14</sup> Dit zou neerkomen op 3,7 miljoen Nederlanders. Vrouwen hebben vaker een chronische ziekte dan mannen (respectievelijk 33% en 26%).

Comorbiditeit van verschillende ziekten komt vooral bij 65-plussers voor. Toch heeft ook binnen de potentiële beroepsbevolking ongeveer 9% last van twee of meer chronische aandoeningen.

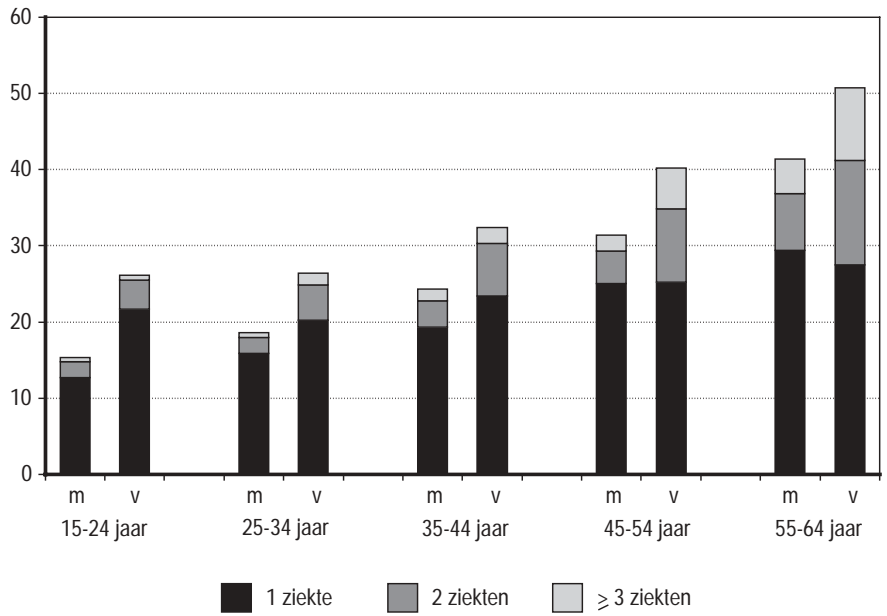
Tabel 3.8 Mensen met een chronische somatische aandoening, personen van 6 jaar en ouder, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1997 (in procenten en absolute aantallen x 1.000)

	6-14 jaar			15-64 jaar			≥ 65 jaar		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
geen chronische aandoening (%)	83	86	85	75	66	70	47	38	42
wel chronische aandoening (%)	17	14	15	25	34	30	53	62	58
wv. 1 ziekte	15	12	14	20	23	22	34	33	33
2 ziekten	2	2	2	4	7	6	12	14	13
≥ 3 ziekten	0	0	0	2	3	3	8	15	12
geen chronische aandoening (x 1.000)	1.174	1.179	2.353	3.106	2.780	5.886	292	282	574
wel chronische aandoening (x 1.000)	232	188	421	1.045	1.427	2.475	328	464	792

Bron: CBS (POLS'97) SCP-bewerking

In figuur 3.1 wordt weergegeven in hoeverre het hebben van één of meerdere chronische ziekten verschilt tussen mannen en vrouwen.

Figuur 3.1 Chronisch ziekten, 15-64-jarigen, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1997 (in procenten)



Bron: CBS (POLS'97) SCP-bewerking

Ook uit figuur 3.1 valt direct af te leiden dat vrouwen vaker een chronische aandoening hebben dan mannen. Deze verschillen tussen de beide seksen zijn redelijk constant. Naarmate mensen ouder worden, neemt niet alleen het percentage chronisch ziekten toe, maar stijgt ook de comorbiditeit. Vooral vrouwen hebben meerdere chronische aandoeningen. Zo heeft bijvoorbeeld 23% van de vrouwen tussen de 55 en de 64 jaar meerdere ziekten. De meeste mensen met een chronische aandoening hebben echter maar één ziekte.

### 3.4 Psychische stoornissen

#### 3.4.1 Prevalentie van psychische stoornissen

Het Trimbosinstituut heeft in 1997 een onderzoek gedaan naar het vóórkomen van een aantal psychische problemen onder (een steekproef van) de zelfstandig wonende (dat wil zeggen niet in een instituut verblijvende) Nederlandse bevolking van 18 tot 65 jaar, het NEMESIS-onderzoek (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*).

In tabel 3.9 wordt weergegeven hoeveel procent van de zelfstandig wonende volwassen bevolking te maken heeft gehad met psychische stoornissen. Uit de tabel blijkt dat beduidend meer mensen 'ooit in hun leven' een psychische klacht hebben gehad, dan gedurende de twaalf maanden of de maand voorafgaand aan het

onderzoek. Met andere woorden: lang niet alle psychische klachten zijn chronisch. Toch heeft een deel van deze mensen langdurige klachten. Vergelijking van gegevens uit de verschillende NEMESIS-metingen, die nog niet zijn gepubliceerd, kunnen meer licht werpen op het aandeel mensen met chronische klachten.

Tabel 3.9 Prevalentie van psychische stoornissen onder volwassenen (18-64 jaar) in Nederland, naar prevalentie ooit in het leven (tot aan het interview), in de voorgaande 12 maanden en in de voorgaande maand, 1996

	mannen			vrouwen			totaal (n = 7.076)		
	ooit	1 jaar	1 mnd	ooit	1 jaar	1 mnd	ooit	1 jaar	1 mnd
stemmingsstoornissen	13,6	5,7	2,8	24,5	9,7	5,0	19,0	7,6	3,9
angststoornissen	13,8	8,3	6,5	25,0	16,6	12,9	19,3	12,4	9,7
stoornissen middelengebruik <sup>a</sup>	29,7	14,1	9,2	7,4	3,5	2,4	18,7	8,9	5,8
schizofrenie	0,4	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
eetstoornissen	0,2	0,2	0,1	1,3	0,6	0,4	0,7	0,4	0,3
minimaal 1 stoornis	42,5	23,5	15,9	39,9	23,6	17,0	41,2	23,5	16,5

<sup>a</sup> Dat wil zeggen stoornissen die samenhangen met het gebruik van alcohol, drugs of medicijnen.

Bron: Bijl et al. (1997b)

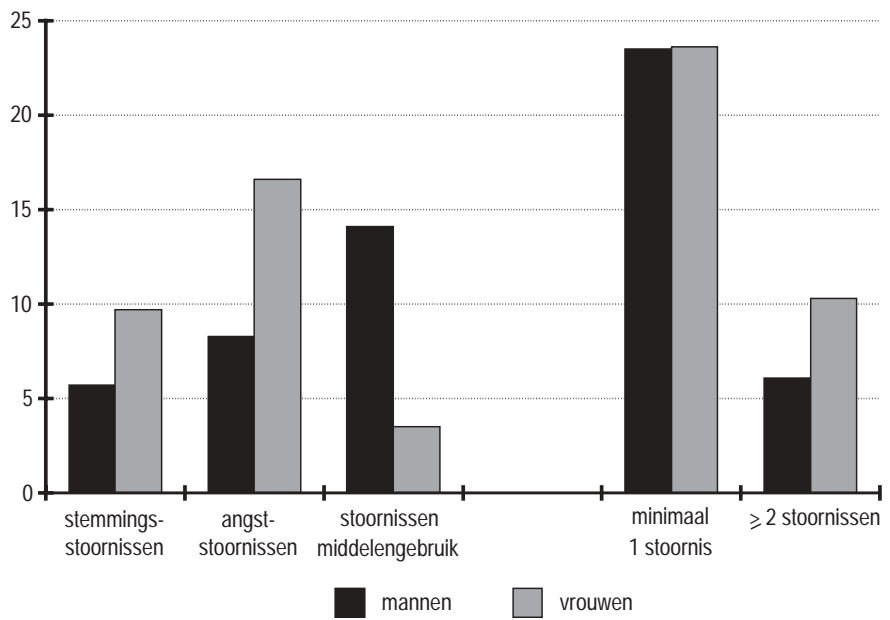
Ruim 40% van de zelfstandig wonende 18-64-jarigen heeft ooit in het leven last gehad van tenminste één van de in tabel 3.9 genoemde stoornissen, circa 23% heeft in het jaar voorafgaande aan het interview dergelijke klachten gehad en 17% had dit type klachten gedurende de maand voorafgaand aan het interview. Dit betekent dat in 1998 circa 2,5 miljoen volwassen Nederlanders in de loop van een jaar psychische stoornissen heeft gehad. In deze algemene prevalentiecijfers treden nauwelijks verschillen op tussen mannen en vrouwen.

De hoogste prevalentie wordt gevonden bij angststoornissen (ruim 12% in het afgelopen jaar), stoornissen samenhangend met middelengebruik (gebruik van alcohol, drugs of medicijnen zoals benzodiazepinen;<sup>15</sup> bijna 9%) en stemmingsstoornissen (bijna 8%). Schizofrenie en eetstoornissen komen relatief weinig voor.

Angst- en stemmingsstoornissen treden vaker op bij vrouwen dan bij mannen, terwijl stoornissen die samenhangen met middelengebruik vaker voorkomen bij mannen (zie tabel 3.9 en figuur 3.2). Ook comorbiditeit van psychische problemen treedt vaker op bij vrouwen dan bij mannen. Dit kan betekenen dat vrouwen vaker gelijktijdig meerdere psychische problemen hebben of dat vrouwen vaker dan mannen meerdere stoornissen na elkaar hebben.

Als mogelijke verklaring voor de sekseverschillen bij depressies noemen Depla en Bijl (1999) de biologische kwetsbaarheid voor depressies, afhankelijkheid en aangeleerde hulpeloosheid, stress en de psychologische gevolgen van sociale achterstelling, premenstruele klachten en het gebruik van anticonceptiva.

Figuur 3.2 Het voorkomen van psychische problemen in een periode van 12 maanden, bij 18-64-jarigen, naar geslacht, 1996 (in procenten)



Bron: Depla en Bijl (1999)

### 3.4.2 Veranderingen in de prevalentie van psychische stoornissen

Er is weinig bekend over veranderingen in de prevalentie van psychische stoornissen. Uit registraties in de huisartsenpraktijk blijkt dat de prevalentie van neurotische stoornissen (zoals fobie, angst- en dwangneurose) is toegenomen, vooral bij vrouwen. Deze toename kan wellicht worden toegeschreven aan een betere herkenning door de huisarts en de toegenomen bereidheid van patiënten om hulp te zoeken voor psychische klachten (Van Balkom en Van Dyck 1997: 318).

### 3.4.3 Psychische stoornissen naar achtergrondkenmerken

Niet alleen sekse is een determinant van psychische problemen. Ook andere kenmerken van mensen leiden ertoe dat de ene persoon meer kans heeft om psychische stoornissen te krijgen dan de andere. In tabel 3.10 wordt uiteengezet welke achtergrondkenmerken leiden tot een verhoogde kans op psychische problemen, waarbij is gecorrigeerd voor de invloed van andere kenmerken. In de tabel zijn zogenaemde *odds ratios* weergegeven: getallen die de kansverhouding tussen de desbetreffende categorie en de referentiecategorie aangeven. Een *odds ratio* groter dan 1 wijst op een grotere kans op psychische stoornissen dan de referentiecategorie, een *odds ratio* kleiner dan 1 duidt op een lagere kans.

Tabel 3.10 Demografische kenmerken als voorspellende variabele voor psychische stoornissen in de voorgaande 12 maanden bij personen van 18-64 jaar, 1996 (in *odds ratios*)<sup>a</sup>

	stemmings- stoornis	angst- stoornis	middelen- stoornis	tenminste één stoornis
geslacht				
man	1	1	1	1
vrouw	1,79	2,21	0,21	(1)
leeftijdscategorie				
18-24 jaar	1,57	(1,3)	9,60	2,91
25-34 jaar	1,76	1,30	3,70	1,81
35-44 jaar	2,09	1,44	2,89	1,83
45-54 jaar	1,67	(1,20)	1,64	1,40
55-64 jaar	1	1	1	1
samenstelling huishouden				
woont bij ouder(s)	(1,28)	(0,9)	1,95	(1,37)
woont alleen	2,40	1,37	2,34	1,80
is alleenstaande ouder	3,37	1,86	2,76	2,58
woont met partner (met of zonder kinderen)	1	1	1	1
woont met anderen	2,15	(1)	2,73	1,93
opleiding				
lo, lbo	1,55	2,44	(0,94)	1,68
mavo, mbo	(1,16)	1,58	(0,93)	(1,16)
havo, atheneum	(0,83)	(1,28)	(1,18)	(1,07)
hbo, universiteit	1	1	1	1
inkomen				
hoogste 25%	1	1	1	1
middelste 50%	1,29	1,48	(0,94)	1,17
laagste 25%	1,56	1,77	(0,84)	1,33
belangrijkste bezigheid				
huisvrouw/huisman	1,47	1,65	(0,88)	1,61
student/scholier	(1,31)	(0,92)	(1,15)	(1,01)
betaald werk	1	1	1	1
werkloos/arbeidsongeschikt	4,30	2,23	2,67	2,87
gepensioneerd/anders	1,95	(1,28)	(1,28)	(1,21)
stedelijkheid				
urbaan	1,58	(1,20)	1,85	1,41
ruraal	1	1	1	1
ouders met psychiatrisch verleden				
ja	2,54	2,01	1,86	2,04
nee	1	1	1	1
verwaarlozing/mishandeling in voorgeschiedenis				
ja	3,93	2,82	1,74	2,56
nee	1	1	1	1

<sup>a</sup> Niet-significante *odds ratios* staan tussen haakjes (n = 7.076).

Bron: Bijl et al. (1997b)

Bij oudere volwassenen (55-64 jaar) komen minder psychische stoornissen voor dan bij mensen die jonger zijn dan 55 jaar. Eenoudergezinnen en alleenwonenden hebben meer kans om psychische stoornissen te hebben dan mensen met een partner (al dan niet met kinderen).



Ook de sociaal-economische status vertoont samenhang met de psychische stoornissen: mensen met een lage opleiding en/of een laag inkomen hebben een grotere kans op verschillende typen stoornissen. Alleen stoornissen die samenhangen met middelengebruik hangen niet samen met opleiding of inkomen. Psychische stoornissen komen het minste voor bij mensen met een betaalde baan, scholieren en studenten. Werkloosheid en arbeidsongeschiktheid correleren daarentegen sterk met alle stoornissen en met comorbiditeit. Bij gepensioneerden kwamen relatief veel stemmingsstoornissen voor (Bijl et al. 1997b). Bijl et al. concluderen uit deze gegevens dat werkloosheid en arbeidsongeschiktheid de kans op psychische stoornissen vergroten. In feite geven deze gegevens alleen inzicht in de samenhang tussen arbeidsmarktpositie en het voorkomen van psychische stoornissen. Uit de gegevens is niet af te leiden in hoeverre de arbeidsmarktpositie van invloed is op het ontwikkelen van psychische stoornissen of dat het hebben van psychische stoornissen ertoe leidt dat mensen hun arbeid verliezen.

Ook het werk of de arbeidsomstandigheden kunnen ertoe leiden dat mensen psychische problemen krijgen. Zo is uit het AVO af te leiden dat in 1995 meer dan 40% van de mensen die als gevolg van een psychische aandoening zoals overspannenheid of een depressie arbeidsongeschikt is verklaard, zelf aangeeft dat deze aandoening mede het gevolg is van het werk dat men deed.

Bij mensen die ouders hebben met een psychiatrisch verleden of mensen die in hun jeugd zijn verwaarloosd of mishandeld komen vaker psychische stoornissen voor dan bij anderen. Tot slot is ook de stedelijkheidgraad van invloed: mensen in een stedelijke omgeving hebben een grotere kans om psychische stoornissen te hebben dan mensen in een landelijke omgeving. Dit geldt echter niet voor de angststoornissen.

Er wordt hier nogmaals op gewezen dat het NEMESIS-bestand alleen gegevens bevat over mensen tussen de 18 en de 65 jaar. Dit betekent dat de gegevens van ouderen hierbij buiten beschouwing blijven. Uit de *Rapportage ouderen 1998* bleek dat ongeveer 200.000 ouderen aan ernstige psychische stoornissen lijden en enige honderdduizenden aan lichtere vormen van psychische beperkingen. Dit betreft niet alleen angst en depressie, maar bijvoorbeeld ook cognitieve stoornissen zoals dementie (zie De Klerk en Timmermans 1999).

### **3.5 Verstandelijke beperkingen**

#### *3.5.1 Prevalentie van verstandelijke beperkingen*

De meest recente gegevens over het aantal mensen met verstandelijke beperkingen dateren uit 1986 (Maas et al. 1988). In dat jaar is op basis van vier regio's in Nederland een schatting gemaakt van het totaalaantal verstandelijk gehandicapten in Nederland (dat wil zeggen inclusief de instituutbevolking), hun leeftijd, geslacht en niveau van functioneren. Hiertoe zijn zoveel mogelijk voorzieningen

benaderd die betrokken zijn bij (de zorg voor) verstandelijk gehandicapten.

Uit dit onderzoek kwam een prevalentie van matige, ernstige en diepe verstandelijke beperkingen naar voren van 4,2 per 1.000 mannen en 3,7 per 1.000 vrouwen van 4-70 jaar. Dit komt ongeveer overeen met de gemiddelde prevalentie van 0,38% ernstige verstandelijke beperkingen bij kinderen in de schoolleeftijd die Roeleveld et al. (1997) vinden op basis van een literatuurstudie. De verschillen in prevalentie van ernstige verstandelijke beperkingen tussen verschillende landen zijn over het algemeen klein (Koedoot 1997: 344).

De prevalentie van lichte verstandelijke beperkingen varieert aanzienlijk tussen verschillende studies (doordat de studies moeilijk onderling te vergelijken zijn, maar mogelijk ook doordat er verschillen tussen landen bestaan in de prevalentie van lichte verstandelijke beperkingen). Roeleveld et al. (1997) nemen op basis van een literatuurstudie aan dat ongeveer 3% van de schoolgaande kinderen lichte verstandelijke beperkingen kent.

Op basis van de gegevens van Maas et al. (1988), demografische ontwikkelingen (de veranderende leeftijdsopbouw van de bevolking) en gegevens over de sterfte in instellingen (voorheen zwakzinnigeninrichtingen) is een schatting te maken van het huidige aantal mensen met verstandelijke beperkingen in Nederland. Belangrijke aanname hierbij is dat ervan uit wordt gegaan dat de prevalentie van de verstandelijke beperkingen in een bepaalde leeftijdscategorie gedurende de afgelopen vijftien jaar niet is veranderd, met uitzondering van de hogere leeftijdsgroepen (als gevolg van verlaagde sterftecijfers). In paragraaf 3.5.2 wordt besproken in hoeverre deze veronderstelling aannemelijk is.

Tabel 3.11 Geschatte aantal personen met verstandelijke beperkingen, inclusief tehuisbevolking, naar ernst van de beperkingen, leeftijdscategorie en geslacht, 1999 (in absolute aantallen, afgerond op honderdtallen)<sup>a</sup>

	lichte beperkingen			ernstige beperkingen			totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	
4-9 jaar	2.700	2.300	5.000	3.600	2.300	5.900	10.900
10-19 jaar	7.900	4.700	12.600	4.800	3.100	7.900	20.500
20-29 jaar	7.000	4.800	11.900	5.200	3.500	8.700	20.600
30-39 jaar	5.000	4.000	9.100	6.000	5.300	11.300	20.400
40-49 jaar	3.500	1.900	5.400	4.900	4.700	9.600	15.100
50-59 jaar	2.400	1.100	3.600	3.100	2.200	5.300	8.900
60-64 jaar	600	200	800	700	700	1.400	2.200
≥ 65 jaar	700	300	1.000	1.100	1.400	2.500	3.500
<b>totaal</b>	<b>29.900</b>	<b>19.500</b>	<b>49.400</b>	<b>29.400</b>	<b>23.300</b>	<b>52.700</b>	<b>102.100</b>

<sup>a</sup> Als gevolg van afronding tellen de afzonderlijke categorieën niet exact op tot het totaal.

Bron: Maas et al. (1988) SCP-bewerking

Er zijn in Nederland naar schatting (op basis van het frequentieonderzoek van Maas et al. (1988)) ruim 100.000 verstandelijk gehandicapten, waarvan circa

52.500 mensen met een ernstige verstandelijke beperking.<sup>16</sup>

De gegevens uit tabel 3.11 komen redelijk overeen met de schattingen van Kommer et al. (1999): zij melden (op basis van dezelfde bronnen) dat er in 1996 ongeveer 104.400 verstandelijk gehandicapten zijn.

Het aantal ouderen met een ernstige verstandelijke beperking is gering, doordat mensen met een verstandelijke handicap over het algemeen een lagere levensverwachting hebben dan mensen zonder verstandelijke handicaps. Overigens is die levensverwachting de afgelopen decennia aanzienlijk toegenomen (zie Van Schrojenstein Lantman-de Valk 1998).

In de leeftijdsgroep tussen de 10 en 29 jaar lijken meer mensen met lichte beperkingen dan ernstige beperkingen voor te komen, terwijl vanaf 30 jaar en ouder de mensen met een ernstige beperking zijn oververtegenwoordigd. Dit hangt samen met de manier waarop het frequentieonderzoek van Maas et al. (1988) heeft plaatsgevonden: mensen werden opgespoord via instellingen die betrokken zijn bij verstandelijk gehandicapten. Tijdens de schoolleeftijd en bij het begin van de arbeidscarrière doen mensen met een verstandelijke beperking een beroep op voorzieningen zoals het speciaal onderwijs of een *jobcoach*. Op latere leeftijd maken mensen met lichte beperkingen minder gebruik van voorzieningen en worden zij dus ook niet gevonden in opsporingsonderzoeken. Als deze mensen zich zonder speciale voorzieningen kunnen redden, dan kunnen ze ook niet meer als 'gehandicapten' worden aangemerkt (zie ook § 2.2.3).

### 3.5.2 Veranderingen in de prevalentie van verstandelijke beperkingen

Voor de diep verstandelijk gehandicapte mensen van 30 jaar en ouder lijkt de schatting van het aantal mensen met verstandelijke handicaps heel aannemelijk. Deze mensen waren immers al geboren toen het onderzoek van Maas et al. werd gehouden. Voor de jongere mensen is het echter niet duidelijk of de prevalentie van verstandelijke beperkingen is veranderd in de afgelopen jaren. Het is immers niet bekend hoeveel kinderen met een verstandelijke beperking worden geboren.

Wel zijn uit de Eurocat-registraties (*European Registration Of Congenital Anomalies*) gegevens af te leiden over de geboorteprevalentie van het syndroom van Down in Noord-Nederland (zie Cornel 1997). In de periode 1981-1994 was de geboorteprevalentie van het syndroom van Down 1,25 per 1.000 geboren en 0,99 per 1.000 *levend*geborenen. Dit betekent dat er in 1997 in Nederland circa 190 kinderen met het syndroom van Down (levend) zijn geboren.<sup>17</sup>

Tussen 1981 en 1994 schommelt de geboorteprevalentie van het Down-syndroom in Noord-Nederland, maar is er geen duidelijke trend in de prevalentie zichtbaar. Wel lijkt er in die periode een toename te hebben plaatsgevonden van prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking (Cornel 1997: 598). Dit betekent dat de geboorteprevalentie van de *levend* geboren kinderen met het syndroom van Down in Noord-Nederland in die periode iets is afgenomen.

Of de prevalentie van het syndroom van Down in de komende jaren zal veranderen,

is niet te zeggen. In de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* wordt de verwachting uitgesproken dat de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen een kind krijgen in de toekomst zal stijgen en dat daarmee ook de *totale* geboorteprevalentie van het syndroom van Down zal toenemen. Anderzijds neemt echter ook de prenatale diagnostiek (zoals het gebruik van vlokcentests en vruchtwaterpuncties) toe, hetgeen van invloed zal zijn op het aantal afgebroken zwangerschappen. Het is niet duidelijk wat deze beide ontwikkelingen uiteindelijk betekenen voor de prevalentie van het syndroom van Down onder de levendgeborenen (zie ook Cornel 1997: 599-601).

Voor verstandelijke beperkingen in het algemeen geldt dat wordt verwacht dat de mogelijkheden voor diagnostiek weliswaar zullen worden uitgebreid, maar dat dit geen grote gevolgen zal hebben voor de prevalentie van verstandelijke beperkingen, omdat er slechts bij een beperkte groep zwangere vrouwen prenatale screening plaatsvindt (namelijk alleen bij zwangeren van 36 jaar of ouder of bij een familiale achtergrond met genetische afwijkingen) en omdat niet alle ouders tot afbreking van de zwangerschap besluiten als er afwijkingen worden gevonden. Al met al geldt dus dat er niet wordt verwacht dat er in de nabije toekomst grote veranderingen in de prevalentie van verstandelijke beperkingen zullen optreden door een dalend of toenemend aantal kinderen met verstandelijke handicaps (Koedoot 1997). Dit beeld wordt bevestigd in het onderzoek van Van den Dungen (1998: 55): uit gesprekken met experts komt over het algemeen het beeld naar voren dat de incidentie<sup>18</sup> van de verstandelijke beperkingen de komende jaren niet zal veranderen. Wel zal de prevalentie van verstandelijke beperkingen toenemen, doordat de levensverwachting van mensen met een verstandelijke handicap de komende jaren zal stijgen, zo is de verwachting van de geïnterviewde experts.

Bijl en Koedoot (1994) wijzen erop dat de geconstateerde prevalentie van lichte verstandelijke beperkingen ook wordt beïnvloed door de visie in de maatschappij. Het feit dat verstandelijk gehandicapten steeds meer in de maatschappij integreren (bv. in het reguliere onderwijs) en dus steeds minder gebruikmaken van specifieke voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, maakt dat zij steeds minder kans maken om te worden aangetroffen in opsporingsonderzoek. Tot nu toe heeft deze trend waarbij verstandelijk gehandicapten steeds meer integreren in de maatschappij geen kwantitatieve gevolgen gehad voor de vaststelling van de prevalentie van verstandelijke handicaps (Koedoot 1997).

Koedoot (1997) wijst erop dat men ook kan veronderstellen dat de maatschappij steeds hogere eisen aan mensen stelt, waardoor mensen mogelijk eerder een beroep zullen doen op voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten (zoals het speciaal onderwijs). Hij is van mening dat deze beide trends niet tot grote veranderingen in de prevalentie van lichte verstandelijke beperkingen zullen leiden.

In tabel 3.12 wordt weergegeven hoe het aantal verstandelijk gehandicapten zich naar verwachting tussen 1987 en 2010 ontwikkelt. Wederom zijn deze gegevens gebaseerd op het onderzoek van Maas et al. (1988), demografische ontwikkelingen (de leeftijdsopbouw van de bevolking) en de sterftegegevens uit instellingen voor

verstandelijk gehandicapten. Het totaal aantal verstandelijk gehandicapten is de afgelopen twaalf jaar met naar schatting 7% toegenomen (zie ook noot 16).

Tabel 3.12 Schatting van het aantal personen met ernstige verstandelijke beperkingen, inclusief tehuisbevolking, 1987-2010 (in absolute aantallen, afgerond op honderdtallen, en indices)<sup>a</sup>

	absolute aantallen (x 1.000)			indices	
	1987	1999	2010	1999 (1987 = 100)	2010 (1999 = 100)
4- 9 jaar	5.400	5.900	5.500	108	94
10-19 jaar	10.300	7.900	8.200	76	105
20-29 jaar	12.300	8.700	7.200	71	83
30-39 jaar	9.700	11.300	7.900	117	69
40-49 jaar	5.300	9.600	10.500	182	109
50-59 jaar	3.200	5.300	8.600	166	162
60-64 jaar	1.200	1.400	2.700	118	194
≥ 65 jaar	1.600	2.500	3.300	157	134
totaal	49.200	52.700	54.000	107	102

<sup>a</sup> Als gevolg van afronding tellen de afzonderlijke categorieën niet exact op tot het totaal.

Bron: Maas et al. (1988) SCP-bewerking

Voor de komende tien jaar wordt een beperkte groei voorzien van circa 2%. Dit cijfer komt redelijk overeen met dat van Kommer et al. (1999): zij verwachten dat het totaal aantal verstandelijk gehandicapten (dus inclusief de mensen met een lichte handicap) tussen 2000 en 2010 met ruim 3% zal toenemen.

De afgelopen twaalf jaar is met name het aantal verstandelijk gehandicapten van 30 jaar en ouder (en daarbinnen vooral de groep van 40-59 jaar) toegenomen. Voor de komende periode wordt een aanzienlijke groei bij de groep 50-plussers verwacht. Dit hangt enerzijds samen met demografische ontwikkelingen (vooral het aantal ouderen zal de komende jaren toenemen) en anderzijds met het feit dat de levensverwachting van verstandelijk gehandicapten steeds hoger wordt. Deze toename van het aantal ouderen betekent dat de leeftijdssamenstelling van de verstandelijk gehandicapten snel verandert: waar in 1987 ongeveer 12% van de mensen met een verstandelijke beperking 50 jaar of ouder was, is dat in 1999 ongeveer 17%. In het jaar 2010 zal circa 27% van de verstandelijk gehandicapten 50-plusser zijn.<sup>19</sup> Met deze vergrijzing lijkt het waarschijnlijk dat het accent in het beleid voor verstandelijk gehandicapten zal verschuiven van onderwijs en arbeid naar wonen, zorg en verpleging. Nu is al te zien dat het toenemende aantal (oudere) verstandelijk gehandicapten heeft geleid tot een groeiende druk op de intra- en semimurale woonvoorzieningen voor gehandicapten (zie ook Kommer et al. 1999). Immers, een verlenging van de levensduur leidt, bij gelijkblijvende opnameleeftijd, tot een verlenging van de gemiddelde verblijfsduur (zie ook Ekamper en Van Solinge 1999: 4)

### 3.6 Samenhang tussen lichamelijke beperkingen en chronische aandoeningen

#### 3.6.1 Samenhang tussen lichamelijke beperkingen en somatische chronische ziekten

In hoofdstuk 2 werd al opgemerkt dat mensen met een chronische ziekte en mensen met beperkingen vaak dezelfde zijn. In deze paragraaf wordt dit verder uitgewerkt.

In tabel 3.13 wordt de samenhang tussen chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen geïllustreerd: weergegeven wordt welk aandeel van de bevolking, uitgesplitst naar de mate van lichamelijke beperkingen, een chronische aandoening heeft.

Tabel 3.13 Chronisch zieken, naar mate van lichamelijke beperkingen (exclusief instituutbevolking) 1995 (verticaal geperceenteerd)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
gehele bevolking ( $\geq$ 5 jaar)					
geen chronische ziekte	82	45	17	5	70
wel chronische ziekte	18	55	83	95	30
potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar)					
geen chronische ziekte	83	48	17	3	75
wel chronische ziekte	17	52	84	97	25

Bron: SCP (AVO'95)

Van de mensen met matige of ernstige beperkingen heeft ruim 85% een chronische ziekte en van de mensen zonder beperkingen ongeveer 18%. In de gehele bevolking heeft circa 30%, volgens eigen opgave, een chronische ziekte.

Deze chronische aandoening hoeft hierbij niet altijd de oorzaak van de beperking te zijn. Een hoge leeftijd kan immers zowel tot chronische ziekten als tot lichamelijke beperkingen leiden. Echter, het feit dat binnen de potentiële beroepsbevolking ook veel mensen een chronische ziekte hebben (tabel 3.8), maakt het waarschijnlijk dat in veel gevallen deze ziekte ook de oorzaak van de beperking is. Of dit zo is, wordt besproken na tabel 3.14.

Dat mensen met een lichamelijke beperking vaak een chronische ziekte hebben, hoeft niet te betekenen dat de meeste chronisch zieken ook een lichamelijke beperking ondervinden. Tabel 3.14 illustreert dit: hier wordt aangegeven in welke mate mensen met en zonder chronische aandoening een lichamelijke beperking hebben.

Tabel 3.14 Mate van beperkingen bij chronisch zieken en de gehele bevolking (exclusief instituutbevolking), 1995 (horizontaal gepercentageerd)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
gehele bevolking ( $\geq$ 5 jaar)					
geen chronische ziekte	89	9	2	0,2	100
wel chronische ziekte	46	24	19	11	100
potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar)					
geen chronische ziekte	92	7	1	0,1	100
wel chronische ziekte	56	25	14	6	100

Bron: SCP (AVO'95)

Bijna de helft van de mensen met een chronische ziekte ervaart geen lichamelijke beperkingen, dat wil zeggen geen motorische of zintuiglijke beperkingen. Ongeveer een kwart van de chronisch zieken heeft lichte beperkingen en circa 30% matige of ernstige beperkingen. Dit betekent dat mensen met een chronische ziekte ongeveer veertien keer zoveel kans hebben op een matige of ernstige beperking als niet-chronisch zieken. Binnen de potentiële beroepsbevolking is de kans op lichamelijke beperkingen voor chronisch zieken zelfs nog iets groter: daar heeft 20% van de chronisch zieken matige of ernstige beperkingen, tegenover 1% van de niet-chronisch zieken.

### *Oorzaken van beperkingen*

In hoeverre vormt nu de ziekte de oorzaak van de lichamelijke beperking, of is bijvoorbeeld leeftijd de belangrijkste achterliggende determinant van zowel ziekten als beperkingen? Ziekte en ouderdom vormen immers samen de belangrijkste oorzaak van lichamelijke beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998). Deze beide oorzaken zijn in het onderzoek naar het vóórkomen van lichamelijke beperkingen niet van elkaar te onderscheiden. In tabel 3.15 wordt voor de potentiële beroepsbevolking (15-64-jarigen) nagegaan wat de belangrijkste oorzaken zijn van de beperkingen die mensen ondervinden. Door deze analyse toe te spitsen op niet-ouderen wordt de oorzaak ouderdom als het ware buiten beschouwing gelaten en wordt duidelijk in hoeverre chronische ziekten de oorzaak van beperkingen zijn.

Tabel 3.15 (Zeer) ernstige beperkingen bij personen van 15-64 jaar, naar aard en oorzaak, 1986-1988 (horizontaal gepercenteerd)

	vanaf de geboorte	ziekte (of ouderdom)	ongeval	onbekend	aantal in bevolking (x 1.000) <sup>a</sup>
beperkingen in					
lopen <sup>b</sup>	15	50	24	11	365
gaan zitten en opstaan	16	51	20	13	204
zitten en staan	12	49	21	18	421
arm- of handgebruik	10	55	23	11	240
verplaatsing <sup>c</sup>	7	59	11	23	383
zien	29	56	4	11	158
horen	34	38	10	18	290
spreken	53	35	0	12	71
uithoudingsvermogen	22	57	3	19	371
continentie	15	54	5	26	220

<sup>a</sup> Deze aantallen hebben betrekking op 1986-1988. In 1999 zullen deze aantallen groter zijn doordat de omvang van de bevolking is toegenomen en het aandeel ouderen is gegroeid.

<sup>b</sup> Als gevolg van een stoornis van de benen, heupen, voeten, rug.

<sup>c</sup> Als gevolg van een evenwichtsstoornis.

Bron: CBS/Nimawo (1990)

Binnen de potentiële beroepsbevolking is in de meeste gevallen een ziekte de oorzaak van de lichamelijke beperking. Beperkingen bij de communicatie, vooral het spreken, zijn relatief vaak aangeboren. Ongevallen leiden relatief vaak tot beperkingen bij het gebruik van armen of handen, het lopen, gaan zitten, opstaan, zitten en staan. Bij incontinentieproblemen en beperkingen bij het verplaatsen is de oorzaak relatief vaak onbekend (zie tabel 3.15).

Met andere woorden: chronische ziekten vormen vaak de oorzaak van de lichamelijke beperkingen die mensen ondervinden, maar lichamelijke beperkingen kunnen ook aangeboren zijn of het gevolg van een ongeval.

In tabel 3.16 wordt weergegeven wat, naast chronische ziekten, andere determinanten van lichamelijke beperkingen zijn. In de tabel zijn *odds ratios* opgenomen. Een *odds ratio* groter dan 1 wijst op een grotere kans op lichamelijke beperkingen dan de referentiecategorie (die *odds ratio* 1 heeft), een *odds ratio* kleiner dan 1 duidt op een lagere kans.



Tabel 3.16 Determinanten van lichamelijke beperkingen, personen van 16 jaar en ouder, 1995 (in *odds ratios*)

	<i>odds ratios</i>
leeftijdscategorie	
16-54 jaar	1
55-74 jaar	2,04
≥ 75 jaar	9,48
geslacht	
man	1
vrouw	1,19
huishoudensvorm	
eenpersoonshuishouden	1
meerpersoonshuishouden	0,66
opleidingsniveau	
laag	1
midden	0,60
hoog	0,36
chronische ziekten	
geen ziekten	1
1 ziekte	8,83
2 ziekten	22,34
≥ 3 ziekten	72,70

Bron: SCP (AVO'95)

Wederom blijkt duidelijk dat het aantal chronische aandoeningen dat iemand heeft de beste voorspeller van lichamelijke beperkingen is: mensen met drie of meer aandoeningen hebben een veel grotere kans op beperkingen dan degenen met twee aandoeningen, die weer meer kans hebben dan personen met één chronische ziekte. Ook leeftijd is een belangrijke voorspeller: 75-plussers hebben, ongeacht of ze één of meer chronische aandoeningen hebben, meer kans op een beperking dan mensen die jonger zijn. Daarnaast hebben vrouwen een iets grotere kans op beperkingen dan mannen, ook als voor alle andere kenmerken zoals leeftijd wordt gecorrigeerd. Mensen met een lagere opleiding hebben een grotere kans om lichamelijke beperkingen te hebben. In Nederland is met name door Mackenbach (1994) aangetoond dat kansen op ongezondheid ongelijk zijn voor mensen uit verschillende sociaal-economische klassen: mensen met een lagere sociaal-economische status hebben meer kans op ziekten en beperkingen en hebben een lagere levensverwachting. Tot slot blijkt dat alleenstaanden meer kans hebben op beperkingen dan mensen die hun huishouden delen. In de *Rapportage gehandicapten 1997* is uitgebreid aandacht besteed aan de huishoudensvorm van mensen met beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998). Daar bleek onder meer dat mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen vaker gescheiden zijn dan mensen zonder beperkingen, doordat de relatie onder druk komt te staan als gevolg van het ontstaan van beperkingen bij één van de partners. Bovendien hebben vrouwen met ernstige beperkingen minder vaak kinderen dan vrouwen die geen of lichte beperkingen ervaren.

*Samenhang tussen specifieke chronische aandoeningen en typen beperkingen*

Niet alle chronische aandoeningen leiden in dezelfde mate tot lichamelijke beperkingen. Tabel 3.17 illustreert dit. Ook in deze tabel zijn *odds ratios* weergegeven (zie uitleg bij tabel 3.16).

Tabel 3.17 Type beperkingen, personen van 16 jaar en ouder, naar leeftijdscategorie en chronische ziekten, 1995 (in *odds ratios*)<sup>a</sup>

	zintuiglijke beperkingen		motorische beperkingen				
	zien	horen	arm/hand-functie	zitten en staan	lopen	persoonlijke verzorging	huishoudelijke activiteiten
leeftijdscategorie							
16-54 jaar	1	1	1	1	1	1	1
55-74 jaar	3,13	3,10	1,18	1,58	2,15	1,96	1,44
≥ 75 jaar	8,04	11,29	2,27	3,28	8,73	4,67	5,33
astma	1,39	1,44	1,32	1,40	2,29	1,37	1,22
hartkwaal/hartinfarct	(1,25)	1,73	(1,30)	1,73	3,00	1,59	2,80
beroerte	3,15	(1,37)	5,74	5,44	6,55	7,24	6,16
maag/darmstoornissen	2,19	(0,99)	1,56	2,31	3,00	2,55	2,88
ziekten aan gal of lever	0,10	(1,10)	(0,85)	(0,58)	(1,26)	(0,84)	(0,77)
nierstenen of nierziekte	(0,95)	(0,60)	(1,44)	(0,70)	(1,43)	(1,44)	(0,97)
suikerziekte	(1,37)	(1,15)	(1,20)	1,68	1,90	1,42	2,07
rugaandoening/hernia	(1,00)	1,52	1,40	7,95	2,93	4,78	4,24
gewrichtsslijtage	1,80	(1,24)	2,60	4,73	4,99	5,19	4,02
gewrichtsontsteking	1,86	(1,20)	2,80	2,69	2,99	3,26	3,32
epilepsie	(1,38)	(0,98)	(0,77)	(1,58)	(0,88)	(0,98)	(0,64)
kanker	(1,63)	(0,95)	1,72	2,69	3,58	2,70	4,88

<sup>a</sup> Bij de chronische ziekten is het niet hebben van de ziekte steeds de referentiecategorie.

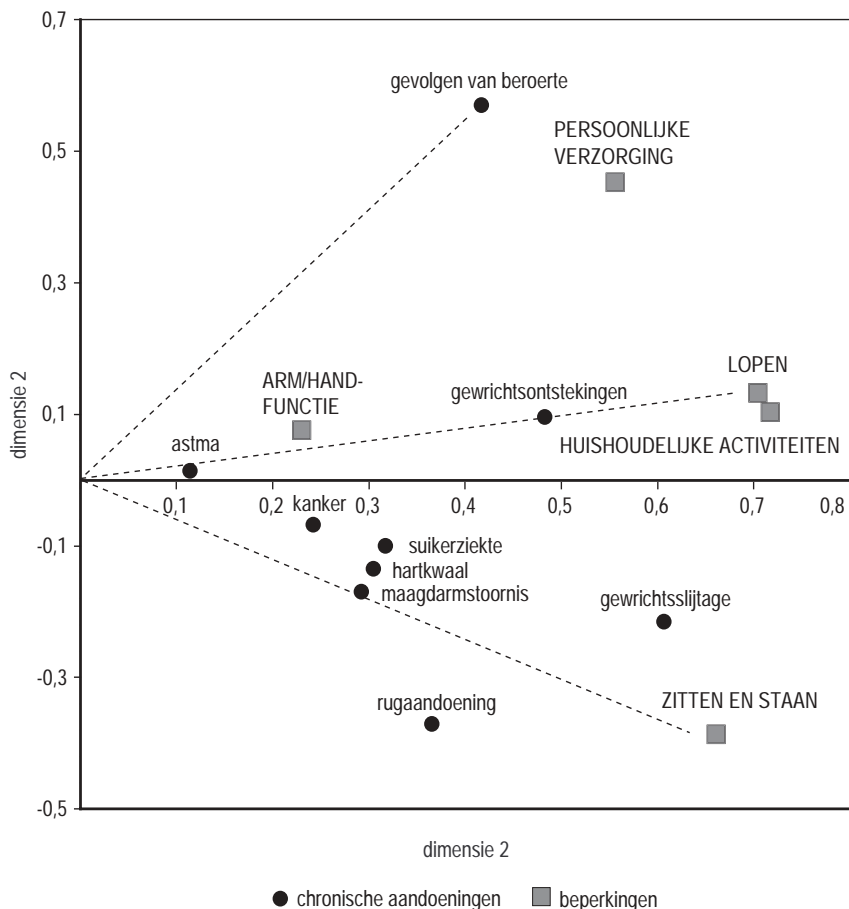
Bron: SCP (AVO'95)

Over het algemeen hebben chronische ziekten een duidelijker samenhang met motorische beperkingen dan met zintuiglijke beperkingen. Dit komt mede doordat een aantal ziekten zoals staar, glaucoom en virusinfecties aan het binnenoor niet als chronische aandoening is opgenomen in het AVO.

Vooraf (de gevolgen van) een beroerte, rugaandoeningen, gewrichtsslijtage en kanker zijn duidelijk van invloed op het hebben van (motorische) beperkingen. Ziekten aan de gal of lever, nierziekten en epilepsie hebben, indien rekening wordt gehouden met de invloed van andere ziekten, nauwelijks invloed. De beperkingen bij het horen worden vooral beïnvloed door leeftijd.

In figuur 3.3 wordt de samenhang tussen diverse chronische aandoeningen en verschillende typen lichamelijke beperkingen meer visueel weergegeven. Hierbij zijn de ziekten aan de gal of lever, nierziekten en epilepsie buiten beschouwing gelaten, omdat uit tabel 3.17 bleek dat deze ziekten nauwelijks invloed hebben op het hebben van beperkingen.

Figuur 3.3 Samenhang tussen chronische aandoeningen en typen lichamelijke beperkingen, 1995 (componentladingen Overals-analyse)



In deze figuur gaat het vooral om de afstand tussen de verschillende typen chronische aandoeningen en beperkingen: wanneer punten dicht bij elkaar staan afgebeeld, wil dit zeggen dat deze aandoeningen of beperkingen vaak tegelijkertijd optreden. Als punten op grotere afstand van elkaar liggen, wil dit zeggen dat er een minder grote samenhang tussen deze aspecten bestaat. Naarmate punten verder van de oorsprong verwijderd zijn, betekent dit dat de gevonden samenhangen belangrijker (meer uitgesproken) zijn.

Uit figuur 3.3 blijkt dat er aan de ene kant een groep mensen is die vooral te kampen heeft met rugklachten en gewrichtsslijtage. Deze mensen hebben vaak moeite met het zitten en staan. Anderzijds is er een groep die beperkingen heeft bij de persoonlijke verzorging. Deze mensen hebben vaak te kampen met de gevolgen van een beroerte. Dimensies die min of meer loodrecht op elkaar staan afgebeeld duiden erop dat deze groepen aandoeningen weinig met elkaar te maken hebben.

Gewrichtsontstekingen gaan vaak gepaard met problemen bij het lopen en de huishoudelijke activiteiten. Dat deze groep in het midden ligt wil zeggen dat gewrichtsontstekingen ook aanleiding kunnen geven tot problemen bij de (persoonlijke) verzorging en bij het zitten en staan. Dat komt waarschijnlijk mede doordat de leeftijd bij al deze ziekten en beperkingen ook een rol speelt. Wanneer ziekten dicht bij de oorsprong staan afgebeeld (zoals astma of kanker), dan betekent dit dat deze ziekten niet specifiek met één van de afgebeelde beperkingen geassocieerd kunnen worden.

Samenvattend hebben de meeste mensen met een lichamelijke beperking een chronische ziekte (tabel 3.13). Vaak is deze ziekte ook de oorzaak van de beperking, al spelen ook andere factoren, zoals leeftijd een rol (tabel 3.16). Echter, lang niet iedereen met een chronische ziekte heeft ook een lichamelijke beperking (tabel 3.14). Ziekten als een beroerte, gewrichtsslijtage of rugaandoeningen lijden vaak tot beperkingen, terwijl ziekten aan de gal, lever of nieren bijvoorbeeld minder invaliderend zijn (tabel 3.17).

### *3.6.2 Samenhang tussen lichamelijke aandoeningen en psychische stoornissen of verstandelijke beperkingen*

Er wordt wel verondersteld dat ernstige lichamelijke beperkingen in een aantal gevallen ook zullen leiden tot psychische problemen zoals een depressie. In hoeverre dit het geval is, kan op basis van bestaande gegevens niet worden achterhaald, doordat de gegevens uit verschillende bronnen afkomstig zijn (zie bv. hoofdstuk 2).<sup>20</sup> In de komende hoofdstukken zullen de leefsituatie van mensen met lichamelijke klachten en die van mensen met psychische problemen om pragmatische redenen dan ook afzonderlijk worden beschreven.

Uit onderzoek naar mensen met een verstandelijke beperking blijkt dat zij veel vaker gezondheidsproblemen hebben dan anderen (Van Schrojenstein Lantman-de Valk 1998). Zo komen bijvoorbeeld motorische stoornissen (20%-30%), epilepsie (15%-30%) en zintuiglijke stoornissen (10%-20%) vaak voor en hebben verstandelijk gehandicapten vaker dan anderen last van psychische of gedragsproblemen (Koedoot 1997). In het vervolg van deze rapportage wordt vooral gebruikgemaakt van registratiegegevens met betrekking tot mensen met een verstandelijke handicap. In deze gegevens zijn geen gezondheidgegevens opgenomen, zodat een verbijzondering naar lichamelijke gezondheid niet mogelijk is.

## **3.7 Samenvatting**

In dit hoofdstuk is nagegaan hoeveel mensen in Nederland beperkingen en/of chronische aandoeningen hebben en in hoeverre deze prevalenties de afgelopen tijd zijn veranderd.

Hierbij is duidelijk geworden dat deze aantallen niet eenduidig zijn vast te stellen. Bij onderzoek naar de prevalentie van aandoeningen of beperkingen (onderzoek naar het aantal mensen met aandoeningen of beperkingen op een bepaald tijdstip) is men sterk afhankelijk van de gekozen onderzoeksmethode en de exacte definitie

en operationalisatie. Hierbij is het van groot belang of men uitgaat van bijvoorbeeld huisartsregistraties of van surveyonderzoek onder de bevolking. Ook als men uitgaat van surveyonderzoek, blijken gehanteerde definities en meetinstrumenten onderling te verschillen. Dit kan tot verschillen in schattingen van het voorkomen van bepaalde aandoeningen of (ernstige) beperkingen leiden.

Om na te gaan of het aantal mensen met (ernstige) beperkingen of chronische ziekten verandert, zouden hierover periodiek gegevens moeten worden verzameld. De laatste studies naar de prevalentie van bijvoorbeeld lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps dateren uit de jaren tachtig en zijn dus verouderd. De berekeningen over de huidige prevalentie van beperkingen zijn gebaseerd op de aanname dat de prevalentie binnen een bepaalde leeftijdsklasse niet is veranderd en betreffen dan ook demografische ramingen.

Waarschijnlijk zijn er in Nederland tussen de 450.000 en de 500.000 zelfstandig wonende (niet in een instelling verblijvende) mensen met een ernstige lichamelijke beperking (waarbij de incontinentieproblemen<sup>5</sup> buiten beschouwing zijn gebleven). Binnen de potentiële beroepsbevolking (15-64-jarigen) hebben naar schatting 150.000 tot 200.000 mensen ernstige beperkingen, waaronder iets meer vrouwen dan mannen.

Over het algemeen wordt aangenomen dat er in Nederland ongeveer 1,5 miljoen chronisch zieken zijn. Het blijft echter onduidelijk waarop deze aantallen zijn gebaseerd. Wanneer wordt uitgegaan van het oordeel van mensen zelf, dan geeft bijna 30% van de mensen aan een ziekte te hebben, die vaak als een chronische ziekte kan worden opgevat. Doordat gegevens over de ernst en de duur van deze ziekte ontbreken in surveys (zie ook hoofdstuk 2), is niet altijd met zekerheid vast te stellen dat het hier echt om een ongeneeslijke ziekte gaat. De prevalentieschattingen op basis van de bevolkingsenquête's zijn dan ook naar alle waarschijnlijkheid te hoog. Als wordt uitgegaan van surveys, is er sprake van 3,7 miljoen mensen met een chronische somatische aandoening, waarvan 2,5 miljoen binnen de potentiële beroepsbevolking. Ook hier geldt dat vrouwen vaker een ziekte hebben dan mannen.

Op basis van demografische ontwikkelingen kan worden verwacht dat het aantal chronisch zieken in de bevolking aanzienlijk zal toenemen (zie ook de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*). Hoe allerlei andere trends, zoals medische ontwikkelingen (verbeterde diagnostiek en behandelmethoden, nieuwe geneeswijzen of therapieën) en veranderde leefgewoonten deze ontwikkelingen zullen beïnvloeden, is nog onduidelijk.

In 1998 hebben ongeveer 2,5 miljoen volwassenen te kampen gehad met psychische stoornissen. Dit betreft vooral angststoornissen (ruim 12% in een jaar), stoornissen samenhangend met middelengebruik (gebruik van alcohol, drugs of bepaalde medicijnen; bijna 9%) en stemmingsstoornissen (bijna 8%). Mannen en vrouwen hebben ongeveer even vaak last van psychische stoornissen, maar het type stoornis

verschilt wel: vrouwen hebben vaker dan mannen angst- en stemmingsstoornissen en mannen hebben vaker dan vrouwen stoornissen die samenhangen met middelen-gebruik.

Op basis van een frequentieonderzoek van Maas uit 1986 is berekend dat Nederland ruim 100.000 verstandelijk gehandicapten kent, waarvan circa 52.500 mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Meer mannen dan vrouwen hebben een verstandelijke beperking.

Verwacht wordt dat het aantal mensen met een verstandelijke beperking de komende jaren licht zal stijgen als gevolg van demografische ontwikkelingen en de verbeterde levensverwachting van deze mensen. De mensen met een verstandelijke beperking zullen gemiddeld steeds ouder worden de komende jaren.

Binnen de hiervoor onderscheiden groepen bevindt zich soms een aanzienlijke overlap. Zo hebben veel mensen met een lichamelijke beperking een chronische ziekte. Vaak is die ziekte ook de oorzaak van de beperking. In andere gevallen is een hoge leeftijd de oorzaak van zowel de ziekte als de beperking. Er zijn echter ook veel mensen met een chronische ziekte die geen lichamelijke beperking hebben. Zo leiden bijvoorbeeld ziekten aan de gal, lever of nieren minder vaak tot lichamelijke beperkingen dan een beroerte, gewrichtsslijtage of rugaandoeningen. In de volgende hoofdstukken zal niet alleen aandacht worden geschonken aan de mensen met een chronische ziekte die ook lichamelijke beperkingen hebben, maar ook aan de groep mensen die alleen een chronische ziekte heeft.

Bij het beschrijven van de leefsituatie van mensen met psychische aandoeningen of verstandelijke beperkingen dient vaak gebruik te worden gemaakt van afzonderlijke gegevensbronnen. Daarom zal in de komende hoofdstukken de leefsituatie van deze mensen afzonderlijk worden omschreven van de situatie van mensen met lichamelijke klachten.

## Noten

- 1 Op basis van buitenlandse onderzoek wordt bij het vaststellen van de prevalentie van beperkingen wel uitgegaan van de globale 'een-derdereg' van Wood en Badley (1984): van de bevolking in geïndustrialiseerde landen heeft ongeveer eenderde een (lichamelijke of verstandelijke) stoornis; van deze mensen heeft ongeveer eenderde een beperking (11%) en daarvan heeft weer eenderde een dusdanig ernstige beperking dat dit tot een nadelige positie of handicaps leidt (3,7%). Voor de Nederlandse bevolking zou dat neerkomen op circa 580.000 mensen per 1 januari 1999. Bij deze algemene regel wordt voorbijgegaan aan het feit dat er allerlei ontwikkelingen kunnen zijn die de prevalentie van beperkingen kunnen beïnvloeden, zoals de vergrijzing van de bevolking (ouderen hebben immers over het algemeen vaker en meer beperkingen dan jongeren) of allerlei medische ontwikkelingen (bv. ontwikkelingen om te vroeg geboren kinderen in leven te houden of ontwikkelingen om bepaalde ziekten in een vroeg stadium te kunnen diagnosticeren).
- 2 In de *Rapportage gehandicapten 1997* werd opgemerkt dat "er voornemens zijn bij het CBS, SCP en TNO/PG om op korte termijn nieuw onderzoek te verrichten naar het aantal mensen met beperkingen" (De Klerk en Timmermans 1998: 23). Inmiddels is duidelijk dat er op korte termijn geen nieuwe gegevens beschikbaar komen. Daarom wordt hier uitgegaan van gegevens uit het prevalentieonderzoek uit 1986-1988 (CBS/Nimawo 1990).
- 3 Bij technische ontwikkelingen gaat het bijvoorbeeld om ontwikkelingen om te vroeg geboren kinderen in leven te houden of ontwikkelingen om bepaalde ziekten in een vroeg stadium te kunnen diagnosticeren. Het opleidingsniveau kan van invloed zijn doordat een hoog opleidingsniveau vaak samengaat met minder lichamelijke beperkingen (doordat deze mensen over het algemeen minder zwaar werk hebben gedaan, later met werken zijn begonnen en er een gezondere levensstijl op na houden, zie Timmermans et al. 1997).
- 4 Bij de SCP-beperkingenmaat wordt bovendien, in tegenstelling tot het onderzoek van het CBS/Nimawo, geen rekening houdt met beperkingen bij het plassen/de ontlasting of het spreken.
- 5 Volgens de ICDH-2 zijn incontinentieproblemen op te vatten als een stoornis en niet als een beperking.
- 6 Het percentage kinderen met enige beperkingen is tussen 1986-1988 gestegen van 16,9% naar 20,9%.
- 7 Ook hier betreft het vooral beperkingen bij het praten en het plassen/de ontlasting.
- 8 In 1988 was 24% van de 4-15-jarigen tussen de 4 en 6 jaar en 28% tussen de 13 en 15 jaar; in 1994 was dat respectievelijk 26% en 25%.
- 9 Wanneer er wordt uitgegaan van 4,5% kinderen met ernstige beperkingen (tabel 3.3), is het aantal kinderen met ernstige beperkingen tussen 1988 en 1998 met circa 3.000 toegenomen tot 86.000 kinderen (4-15 jaar) in 1998. Een percentage van 4,5 lijkt echter erg hoog. Uit het AVO'95 blijkt dat ongeveer 1,4% van de kinderen matige of ernstige lichamelijke beperkingen heeft (waarbij bv. beperkingen bij het praten of plassen/ontlasting buiten beschouwing zijn gelaten). In dat geval is het aantal kinderen met beperkingen tussen 1988 en 1998 toegenomen met ruim 900 kinderen tot 27.000 kinderen.
- 10 De ernstige beperkingen hebben vooral betrekking op handgebruik en lopen; de lichte beperkingen op spraak/taal en begrip.
- 11 In het CBS/Nimawo-onderzoek werden hogere aantallen aangetroffen. Volgens dat onderzoek waren er in 1986 al 200.000 mensen in de potentiële beroepsbevolking met ernstige lichamelijke beperkingen. Dit verschil komt vooral doordat de beperkingen anders operationaaliseerd zijn (zie § 3.2.1). Bij de CBS-gegevens zijn de incontinentieproblemen buiten beschouwing gebleven, om de vergelijkbaarheid met de SCP-cijfers te vergroten.
- 12 Bovendien geeft een aantal mannen aan sommige taken niet te kunnen uitoefenen doordat zij dit (bv. koken) nooit hebben geleerd: deze mannen worden niet als lichamenlijk beperkt beschouwd, terwijl sommigen wellicht ook lichamelijke beperkingen hebben.
- 13 Zoals de Gezondheidsenquête van het CBS, thans onderdeel van het POLS-onderzoek.
- 14 Maas et al. noemen ook een aantal psychische stoornissen. Deze zijn hier weggelaten, omdat zij in paragraaf 3.4 worden behandeld.
- 15 Dit wil zeggen dat zij aangeven dat zij een ziekte ervaren die vaak als chronische aandoening kan worden aangemerkt. Omdat gegevens over de ernst en de duur ontbreken, kan niet met zekerheid worden vastgesteld of iemand echt een chronische ziekte heeft.
- 16 Deze medicijnen worden toegepast tegen slapeloosheid, stress- en angstproblemen.
- 17 In de *Rapportage gehandicapten 1997* werd gemeld dat er in 1995 bijna 102.000 verstandelijk gehandicapten waren. De cijfers in tabel 3.11 zijn gebaseerd op een iets verfijndere schattingsmethode, waarbij gebruik is gemaakt van gedetailleerdere bevolkings- en sterfecijfers. Hierdoor komen de cijfers nu iets lager uit dan in de vorige raming. De verschillen tussen de beide schattingen zijn gering.

- <sup>17</sup> In 1997 zijn er in Nederland 192.443 kinderen levend geboren (CBS).
- <sup>18</sup> Incidentie wil zeggen het aantal nieuwe gevallen met een bepaalde aandoening of beperking (in tegenstelling tot prevalentie, waarbij het gaat om het aantal bestaande gevallen met een bepaalde aandoening of beperking).
- <sup>19</sup> Ook binnen (intramurale) instellingen voor verstandelijk gehandicapten is deze vergrijzing te zien: ongeveer een kwart van de bewoners is ouder dan 50 jaar, terwijl dit in 1968 slechts 7,5% was (Ekamper en Van Solinge 1999: 3).
- <sup>20</sup> Het NEMESIS-bestand bevat wel gegevens over chronische aandoeningen, maar niet over lichamelijke beperkingen. De beschikbare bronnen over lichamelijke beperkingen (zoals het AVO-bestand) ontberen gegevens over mensen met psychische problemen.



## 4 ARBEIDSPARTICIPATIE EN KENMERKEN VAN DE ARBEID

*Ans Merens, Irma Schoemakers-Salkinoja en Mirjam de Klerk*

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst nagegaan in hoeverre de deelname aan betaalde arbeid door mensen met een somatische chronische ziekte en/of lichamelijke beperkingen verschilt van die van mensen die geen lichamelijke klachten kennen (§ 4.2).

Vervolgens komt in paragraaf 4.3 het type (betaalde) arbeid aan bod, alsmede de arbeidsomstandigheden waaronder mensen werken. In paragraaf 4.4 wordt afzonderlijk aandacht besteed aan de deelname aan betaalde arbeid en een aantal kenmerken van dit werk van mensen met psychische problemen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 4.5).

Het gebruik en de effectiviteit van voorzieningen ter bevordering van de arbeidsdeelname van mensen met een chronische aandoening komen aan bod in hoofdstuk 5. Ook wordt in dat hoofdstuk aandacht geschonken aan de beschermde arbeidsmarkt.

Bij deelname aan de arbeidsmarkt worden vaak de termen 'arbeidsongeschikten' en - meer recentelijk - 'arbeidsgehandicapten' gebruikt. 'Arbeidsgehandicapt' is iemand die vanwege lichamelijke of psychische stoornissen of beperkingen in een nadelige positie op de arbeidsmarkt verkeert ten opzichte van personen zonder deze stoornissen of beperkingen. Dit betreft mensen die een (gedeeltelijke) WAO-, WAZ- of Wajong-uitkering ontvangen, mensen met een gesubsidieerde werkvoorziening voor gehandicapten (zoals aangepast meubilair), mensen die sinds kort niet langer een WAO-uitkering krijgen ('WAO-verlaters') of mensen met een WSW-indicatie of ex-leerlingen van opleidingsinstituten voor gehandicapten. Daarnaast kunnen mensen op basis van een medisch-arbeidskundig oordeel als arbeidsgehandicapt worden beschouwd. Dit betreft bijvoorbeeld zieke werknemers in hun eerste ziektejaar of mensen die voor minder dan 15% arbeidsongeschikt zijn verklaard. Mensen met een chronische ziekte of beperkingen vallen voor een deel samen met de groep arbeidsgehandicapten. Het Nivel concludeert op basis van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) dat 42% van de mensen met chronische aandoeningen tussen de 15 en 64 jaar als arbeidsgehandicapt kan worden aangemerkt (Nivel 1999).

In dit hoofdstuk is gebruikgemaakt van verschillende bronnen. Allereerst zijn er het AVO'95, DLO'94-'96, POLS'97 en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nivel (zie ook § 2.4). Daarnaast worden gegevens uit de literatuur gepresenteerd. Dit betreft onder meer een aantal studies naar de arbeidsdeelname van mensen met een chronische ziekte (waaronder studies over personen die aan één bepaalde ziekte, bv. astma of multiple sclerose, lijden). Ook wordt stilgestaan bij de literatuurgegevens die beschikbaar zijn over de arbeid van mensen met een arbeidshandicap.

In dit hoofdstuk wordt alleen aandacht besteed aan de potentiële beroepsbevolking, dat wil zeggen aan de mensen tussen de 15 en de 65 jaar. De gegevens in dit hoofdstuk hebben alleen betrekking op mensen die zelfstandig (niet in een instelling) wonen, omdat over mensen die in een instelling verblijven geen gegevens beschikbaar zijn.

## 4.2 Arbeidsdeelname

Er zijn verschillende manieren waarop men de deelname aan (betaalde) arbeid kan vaststellen. Zo kan bijvoorbeeld aan mensen worden gevraagd of zij betaalde arbeid verrichten en hoeveel uur per week zij dit doen. Vaak wordt een grens gehanteerd van 12 uur per week.<sup>1</sup> Ook in deze paragraaf worden hiervan uitgegaan.

In tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van de arbeidsparticipatie, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen mensen met en zonder chronische aandoening en tussen mensen zonder beperkingen, met lichte beperkingen en met matige of ernstige beperkingen. Vervolgens worden de gegevens uitgesplitst naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau.

Tabel 4.1 Arbeidsparticipatie, personen van 16-64 jaar, naar het hebben van chronische ziekten en beperkingen, geslacht, opleiding en leeftijdscategorie, 1995 (in procenten)

	selectie van mensen met chronische ziekte						allen naar mate van beperkingen			
	geen ziekte	allen <sup>a</sup>	1 ziekte	2 ziekten	zonder bep.	met bep.	geen	allen	lichte	matig/ernstige
totaal	61	46	51	33	55	35	60	41	49	24
geslacht										
mannen	76	60	66	45	71	46	76	54	64	33
vrouwen	45	33	37	25	40	27	45	30	37	18
opleiding										
geen/bao	36	26	28	22	34	20	37	22	27	15
mavo/vbo	56	42	46	32	49	33	55	39	47	23
havo/vwo/mbo	69	57	62	43	64	48	69	56	61	41
hbo/wo	78	68	72	52	73	58	77	65	71	40
leeftijdscategorie										
16-29 jaar	57	58	58	58	58	57	58	53	53	55
30-44 jaar	71	63	66	55	70	54	71	58	67	38
45-64 jaar	52	29	36	20	39	22	50	27	36	15
(n)	(6.943)	(2.414)	(1.694)	(721)	(1.291)	(1.089)	(7.625)	(1.699)	(1.136)	(563)

<sup>a</sup> Met 'allen' wordt bedoeld alle mensen met een chronische ziekte, ongeacht het aantal ziekten en het al dan niet hebben van lichamelijke beperkingen.

Bron: SCP (AVO'95)

Uit tabel 4.1 (eerste twee getallenkolommen) blijkt dat mensen met een chronische ziekte beduidend minder vaak betaald werk verrichten dan mensen zonder langdurige ziekte. Naarmate personen meer chronische ziekten hebben behoren zij minder vaak tot de werkenden. Zij zijn vaker arbeidsongeschikt of voeren een huishouden (niet in de tabel).

Mensen met een chronische ziekte die geen lichamelijke beperkingen hebben, nemen minder aan betaalde arbeid deel dan personen die geen chronische ziekte hebben (zie tabel 4.1). Het zijn dus niet alleen de beperkingen die het hebben van een baan in de weg staan. Ook aspecten als vermoeidheid, niet-meetbare kenmerken van een chronische ziekte of de houding van de werkgever kunnen een rol spelen. Wel is het verschil in arbeidsparticipatie tussen chronisch zieken<sup>2</sup> met en chronisch zieken zonder beperkingen veel groter dan tussen niet-chronisch zieken en chronisch zieken zonder beperkingen. Met andere woorden: lichamelijke beperkingen lijken de grootste drempel te vormen om aan het arbeidsproces deel te nemen. Dit geldt met name voor de matige en ernstige beperkingen (laatste kolom van tabel 4.1).<sup>3</sup>

Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) van het Nivel laat zien dat van de arbeidsgehandicapte chronisch zieken (dit betreft 42% van de mensen met een chronische ziekte) 35% een betaalde baan van tenminste 12 uur per week heeft (Nivel 1999).<sup>4</sup> Mensen met een chronische ziekte en lichamelijke beperkingen zijn ongeveer twee keer zo vaak arbeidsgehandicapt (66%) als degenen met een chronische ziekte die geen lichamelijke beperkingen kennen (33%).

Naast het aantal chronische ziekten is ook de soort aandoening van belang voor het werken. Van alle mensen met een chronische ziekte hebben personen met cara de hoogste arbeiddeelname (57%), zo blijkt zowel uit het AVO'95 als uit het PPCZ. Ook nierpatiënten kennen een vrij hoog percentage werkenden. Aan de andere kant van het spectrum zien we mensen met hart- en vaatziekten en (de gevolgen van) een beroerte: deze mensen hebben een lage arbeidsparticipatie. Diabetespatiënten hebben een gemiddelde arbeidsparticipatie.

Het is voorstelbaar dat hoe langer de ziekte duurt, hoe moeilijker het is om te blijven werken. Het PPCZ van het Nivel laat echter geen statistisch significant verband zien tussen het al dan niet werken en het aantal ziektejaren. De spreiding van het aantal ziektejaren is groot onder de deelnemers van het PPCZ, ook onder de mensen met een chronische ziekte die werken. Een vergelijkbare uitkomst blijkt uit een onderzoek bij multiple-sclerose (MS)-patiënten (Kremer et al. 1997).

Mogelijk is de ernst van de ziekte een belangrijker gegeven voor het behoud van arbeid dan de duur ervan. Hierover zijn echter weinig systematische gegevens beschikbaar. Slechts uit twee onderzoeken naar specifieke ziekten kan hierover een indruk worden verkregen.

In het eerdergenoemde onderzoek naar werken met multiple-sclerose werden de ernst van de ziekte (over het algemeen gemeten als de mate waarin iemand beperkingen ervaart) en het al dan niet werken met elkaar in verband gebracht

(Kremer et al. 1997). De meerderheid van de werkenden met MS heeft de ziekte in lichte mate, slechts een kleine groep (16%) heeft ernstige of zeer ernstige klachten. De niet meer werkenden en degenen die nooit gewerkt hebben zijn ernstiger ziek (bij beide groepen heeft 53% in ernstige of zeer ernstige mate MS). Uit deze gegevens blijkt dat bij lichte klachten het werken met MS mogelijk blijkt, zelfs voor een behoorlijk aantal jaren, terwijl dat met ernstige klachten toch veel minder voorkomt.

Ook bij astmapatiënten blijkt dat de niet (meer) werkenden ernstiger klachten (bv. meer benauwdheid) hebben dan de werkenden, al zijn de onderlinge verschillen geringer dan bij de MS-patiënten. Van de werkenden behoort 65%, van de niet meer werkenden 84% en van diegenen die nog nooit hebben gewerkt 75% tot de ernstigste categorie (Kremer en Wevers 1998).<sup>5</sup>

In tabel 4.1 wordt de arbeidsparticipatie weergegeven voor mannen en vrouwen afzonderlijk.

Hierbij blijkt dat zich onder mannen en vrouwen vergelijkbare verschillen voordoen in de maatschappelijke positie van mensen met en zonder chronische ziekte. Vrouwen met een chronische ziekte werken minder vaak dan vrouwen zonder langdurige ziekte. Voor de mannen met en zonder chronische ziekte geldt dit in ongeveer gelijke mate.

Ook als er onderscheid wordt gemaakt naar de mate van lichamelijke beperkingen, geldt voor zowel mannen als vrouwen dat zij minder vaak werken naarmate zij ernstigere beperkingen hebben. Hierbij treedt nauwelijks verschil op tussen vrouwen en mannen. We komen hier later, bij tabel 4.2, op terug.

Differentiatie naar leeftijd (tabel 4.1) laat enkele opvallende verschillen tussen mensen met en zonder chronische ziekte zien. Onder de jongeren zijn de verschillen in werkzaamheid tussen deze twee groepen betrekkelijk gering. In de categorie 30-44 jaar zijn de verschillen groter en in de oudste-leeftijdsgroep werken mensen met een chronische ziekte beduidend minder vaak dan degenen zonder chronische ziekte.

Ten aanzien van de ernst van de beperkingen geldt hetzelfde leeftijds patroon: mensen met matige en ernstige beperkingen werken beduidend minder vaak dan mensen zonder beperkingen. Dit verschil is echter veel groter bij de mensen tussen de 45 en de 64 jaar dan bij de jongere-leeftijdsgroepen. Hierbij is niet direct uit de gegevens af te leiden of deze mensen pas op oudere leeftijd de arbeidsmarkt verlaten of dat zij al op jongere leeftijd beperkingen hadden en gestopt zijn met werken. Omdat beperkingen vooral op hogere leeftijd voorkomen (zie tabel 3.5), veronderstellen we dat de meeste mensen op latere leeftijd uittreden.

Uit deze gegevens zou de conclusie kunnen worden getrokken dat het werken met een chronische ziekte of ernstige beperking op hogere leeftijd steeds moeilijker wordt. Op hogere leeftijd verlaten mensen met gezondheidsproblemen dus makkelijker het arbeidsproces dan op jongere leeftijd. Of zij hiertoe gedwongen worden door de werkgever of dat oudere mensen met chronische aandoeningen minder gemotiveerd zijn om te werken dan jonggehandicapten, wordt uit de cijfers

niet duidelijk. Ook kan het zo zijn dat een ziekte op hogere leeftijd tot meer of ernstiger beperkingen leidt of - in het geval van een progressieve ziekte - doordat de ziekte of de beperkingen in de loop van de tijd steeds ernstiger vormen aannemen.

Een ander belangrijk achtergrondkenmerk voor arbeidsdeelname is opleidingsniveau. Het is genoegzaam bekend dat de arbeidsdeelname hoger is naarmate het opleidingsniveau hoger is. Dit geldt zeker voor vrouwen. De vraag is nu of deze verschillen zich in dezelfde mate voordoen onder mensen met een chronische ziekte.

Tabel 4.1 laat duidelijk zien dat op het laagste opleidingsniveau het verschil in arbeidsparticipatie tussen mensen met en zonder chronische ziekte groot is. Op elk hoger opleidingsniveau is het verschil tussen aandelen werkenden met en zonder chronische ziekte geringer. Onder degenen met een hbo- of wo-diploma is dit zelfs betrekkelijk gering. Kennelijk zijn er op het hogere opleidings- en daarmee samenhangende functieniveau minder belemmeringen voor mensen met een chronische ziekte om te (blijven) werken. Fysiek (zwaar) werk komt hier weinig voor (CBS 1999b), hetgeen voor chronisch zieken met lichamelijke beperkingen gunstig kan zijn. Ook is het mogelijk dat in hogere functies meer vrijheid bestaat ten aanzien van het indelen van de werktijden en het opnemen van pauzes of verlof. Dit kan het voor mensen met een chronische ziekte makkelijker maken om te (blijven) werken, vooral als vermoeidheid een rol speelt. Anderzijds ervaren hoger opgeleiden juist een hoge werkdruk (CBS 1999b; Sengers en De Vos 1999). Hierop wordt later (in § 4.3.4) ingegaan.

De vraag is nu hoe de verschillende tot nu toe besproken factoren zich tot elkaar verhouden als het gaat om het al dan niet werken. Deze factoren staan niet los van elkaar. Zo komen chronische ziekten en beperkingen relatief vaak voor bij ouderen en is de arbeidsdeelname van ouderen lager dan die van jongere-leeftijdscategorieën. Het is dus denkbaar dat de lagere arbeidsdeelname van personen met een chronische ziekte of beperking vooral wordt bepaald doordat de gemiddelde leeftijd van deze groep hoger is.

In tabel 4.2 zijn de resultaten weergegeven van een aantal logistische-regressie-analyses, waarbij de kans op werk voor verschillende categorieën van variabelen is geschat. Daarbij is gecorrigeerd voor de samenhang met andere variabelen, zoals hiervoor werd geschetst. In de tabel zijn zogenoemde *odds ratios* weergegeven, getallen die de kansverhouding tussen de desbetreffende categorie en de referentiecategorie aangeven. Een *odds ratio* groter dan 1 wijst op een grotere kans op arbeidsparticipatie dan de referentiecategorie (die *odds ratio* 1 heeft), een *odds ratio* kleiner dan 1 duidt op een lagere kans op deelname aan betaalde arbeid.

Tabel 4.2 Nettoarbeidsparticipatie van personen van 16-64 jaar, naar leeftijdscategorie, geslacht, opleiding, aantal chronische ziekten en mate van beperkingen, 1995 (in *odds ratios*)

	geslacht		leeftijd			opleiding			totaal (10.528)
	mannen	vrouwen	16-29 jr	30-44 jr	45-64 jr	laag	midden	hoog	
leeftijdscategorie									sign.
16-29 jaar	1	1	-	-	-	1	1	1	1
30-44 jaar	2,21	0,46	-	-	-	1,97	0,56	0,69	0,74
45-64 jaar	0,53	0,27	-	-	-	0,83	0,25	0,28	0,32
geslacht									sign.
mannen	-	-	1	1	1	1	1	1	1
vrouwen	-	-	0,38	0,10	0,24	0,16	0,16	0,27	0,20
opleidingsniveau									sign.
geen/bao	1	1	1	1	1	-	-	-	1
mavo/vbo	1,95	1,96	4,39	1,62	1,58	-	-	-	1,91
havo/vwo/mbo	2,96	4,50	8,24	3,60	2,95	-	-	-	3,77
hbo/wo	2,76	7,24	8,18	5,90	3,46	-	-	-	4,85
aantal chronische ziekten									sign.
geen	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1 ziekte	0,60	0,90	0,97	0,87	0,64	0,78	0,76	0,79	0,78
2 ziekten	0,35	0,89	0,93	1,02	0,40	0,76	0,54	0,53	0,61
≥ 3 ziekten	0,35	0,37	0,55	0,68	0,26	0,50	0,35	0,30	0,37
mate van beperking									sign.
geen	1	1	1	1	1	1	1	1	1
licht	0,61	0,76	0,71	0,77	0,69	0,57	0,78	0,77	0,71
matig/ernstig	0,22	0,49	0,34	0,26	0,30	0,23	0,24	0,41	0,30

Bron: SCP (AVO'95)

Uit tabel 4.2 blijkt dat het hebben van een chronische ziekte een zelfstandig effect heeft op het al dan niet werken (zie rechterkolom). Hier is immers gecorrigeerd voor beperkingen en andere kenmerken. Personen met drie of meer chronische ziekten hebben duidelijk een kleinere kans op werk dan personen zonder chronische ziekten. Personen met één of twee ziekten zitten hier tussenin. Nog iets groter zijn de onderlinge verschillen in kansverhouding naar de ernst van de beperking; mensen met matige/ernstige beperkingen hebben een kleinere kans op werk dan de mensen zonder beperkingen. Het hebben van matige/ernstige beperkingen lijkt een nog grotere belemmering te zijn om te werken dan het hebben van meerdere chronische ziekten.

De grootste invloed op het al dan niet werken heeft opleiding;<sup>6</sup> hoger opgeleiden werken bijna vijf keer zo vaak als lager opgeleiden. Daarnaast hebben leeftijd en geslacht ook nog effecten op de arbeidsparticipatie. Zo is de kans op werk voor personen van 45-65 jaar aanzienlijk kleiner dan voor personen van 30-44 jaar, die weer een kleinere kans op werk hebben dan de categorie 16-29 jaar. Overigens is er sprake van een sterke interactie tussen leeftijd en geslacht (bij de 30-44-jarigen is de arbeidsparticipatie van mannen heel hoog en die van vrouwen heel laag).

In de eerste twee getallenkolommen van tabel 4.2 worden voor mannen en vrouwen afzonderlijk de invloeden van verschillende kenmerken op de kans op betaalde arbeid weergegeven. Opvallend hierbij is dat de invloed van lichamelijke beperkingen op arbeidsparticipatie, wanneer wordt gecontroleerd voor de invloed van

andere variabelen zoals opleidingsniveau, bij vrouwen kleiner is dan bij mannen (zie ook noot 6). Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste komen vrouwen met beperkingen vooral voor onder de oudere vrouwen en de laagopgeleide vrouwen: bij hen is de arbeidsparticipatie al heel laag. Beperkingen voegen daar weinig meer aan toe. Vrouwen met beperkingen nemen weliswaar weinig deel aan de arbeidsmarkt, maar dat komt vooral vanwege hun hogere leeftijd en lage opleiding. Een andere verklaring voor het feit dat vrouwen minder nadelige gevolgen van hun lichamelijke beperkingen ondervinden op de arbeidsmarkt dan mannen is dat vrouwen vaker in deeltijd werken of ander soort werk doen, dat mogelijk langer vol te houden is dan de werktijden en het werk van mannen.

Overigens spelen ook andere factoren een grote rol bij de arbeidsparticipatie van vrouwen, zoals de gezinssamenstelling: vrouwen in een eenpersoonshuishouden werken veel vaker dan vrouwen die de zorg voor kinderen hebben.

De invloed van (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen op werk is voor de drie onderscheiden leeftijdscategorieën ongeveer even groot. Wel zien we dat bij de 45-plussers het hebben van meerdere chronische ziekten de kans op werk aanzienlijk verkleint en dat deze invloed bij hen groter is dan bij de andere leeftijdscategorieën. Voor ouderen is het dus moeilijker om langer door te blijven werken met een chronische aandoening.

Bij het opleidingsniveau tenslotte, herkennen we het beeld uit tabel 4.1: het hebben van matige of ernstige beperkingen is vooral bij de lager opgeleiden van invloed op iemands kansen om aan de arbeidsmarkt deel te nemen. Het hebben van meerdere chronische ziekten is daarentegen vooral van invloed bij de middelbaar en hoger opgeleiden.

Het Nivel heeft op basis van het PPCZ een soortgelijke analyse van de nettoarbeidsparticipatie uitgevoerd. De uitkomsten, die aangeven wat onder mensen met een chronische ziekte bepalende factoren zijn voor het al dan niet werken, zijn weergegeven in tabel 4.3.

Van alle in de analyse opgenomen gezondheidskenmerken heeft alleen het hebben van lichamelijke beperkingen een significant effect op de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte. De mate van zulke beperkingen doet er veel toe. Mensen met ernstige beperkingen hebben een veel kleinere kans om te werken dan personen zonder beperkingen. Of het verloop van een chronische ziekte voorspelbaar is, of mensen hun ziekte onder controle kunnen houden en of mensen vermoeid zijn door hun ziekte blijkt niet significant van invloed te zijn op de arbeidsparticipatie.

Tabel 4.3 Nettoarbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte van 15-64 jaar, naar leeftijd, geslacht, opleiding en een aantal gezondheidskenmerken, 1997 (in *odds ratios*)

	<i>odds ratios</i>
leeftijd	0,90
geslacht	sign.
mannen	1
vrouwen	0,32
opleidingsniveau	sign.
geen/bao	1
mavo/vbo/mbo	2,50
vwo/hbo/wo	4,79
wisselend verloop gezondheid	n.s.
in het geheel niet	1
in enige mate	0,78
in flinke mate	0,61
onder controle houden gezondheid	n.s.
in het geheel niet	1
in enige mate	1
in flinke mate	1,14
gezondheid gekenmerkt door pijn	n.s.
geheel niet	1
in enige mate	0,98
in flinke mate	0,63
lichamelijke beperkingen	sign.
geheel niet	1
in enige mate	0,66
in flinke mate	0,26
beperkingen in mentaal functioneren	n.s.
geheel niet	1
in enige mate	0,86
in flinke mate	0,51
gezondheid gaat gepaard met vermoeidheid	n.s.
geheel niet	1
in enige mate	0,82
in flinke mate	0,60
(n)	(1.290)

Bron: Nivel (PPCZ'98)

Verder wordt de arbeidsparticipatie significant beïnvloed door opleidingsniveau, leeftijd en geslacht. In dit opzicht geeft de analyse bij mensen met een chronische ziekte vergelijkbare uitkomsten als die van mensen met en zonder chronische ziekte tezamen. Algemene arbeidsmarktfactoren hebben onder mensen met een chronische ziekte blijkbaar dezelfde effecten op arbeidsparticipatie als onder de totale bevolking.

Samenvattend kan worden gesteld dat mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking beduidend minder vaak aan de arbeidsmarkt deelnemen dan mensen zonder gezondheidsklachten. Hierbij vormen de lichamelijke beperkingen de grootste drempel om aan de arbeidsmarkt deel te nemen, maar kunnen ook chronische aandoeningen het hebben van een baan belemmeren. Naarmate mensen



meer ziekten hebben, nemen ze minder vaak deel aan de arbeidsmarkt. Ook leeftijd en opleidingsniveau zijn belangrijke determinanten: met name bij oudere mensen en mensen met een laag opleidingsniveau is het werken met een chronische ziekte of lichamelijke beperking moeilijk. Tot slot geldt dat vrouwen met een ernstige lichamelijke beperking relatief weinig aan het arbeidsproces deelnemen. Dit komt vooral door de lagere arbeidsparticipatie van laagopgeleide en oudere vrouwen.

### **4.3 Aspecten van arbeid**

De positie van werkenden met en zonder chronische ziekte kan op verschillende manieren worden vergeleken. Diverse aspecten van het werk passeren in deze paragraaf de revue. Er wordt ingegaan op formele aspecten van het werk (arbeidstijd, werktijdenregeling), functieniveau, sector, arbeidsomstandigheden, arbeidsinhoud en autonomie (mate waarin werknemers zelf een aantal zaken kunnen regelen of bepalen). Tenzij anders vermeld, zijn alleen significante verschillen weergegeven.

#### *4.3.1 Aantal uren werk*

Behalve het feit dat het hebben van een chronische ziekte of lichamelijke beperkingen van invloed kan zijn op de arbeidsdeelname, kan het ook gevolgen hebben voor bijvoorbeeld het aantal uren dat men werkt. Zo is het denkbaar dat mensen met gezondheidsklachten vaker parttime werken dan mensen die volledig gezond zijn.

In tabel 4.4 wordt weergegeven in hoeverre mensen parttime werken en hoeveel uren zij zouden willen werken, naar de mate waarin zij chronische ziekten en/of lichamelijke beperkingen ervaren.

Uit tabel 4.4 (eerste twee getallenkolommen) blijkt dat mensen met een chronische ziekte gemiddeld vrijwel evenveel uren werken als mensen zonder chronische ziekte; zij werken echter minder vaak fulltime en vaker minder dan 30 uur per week (zij bevinden zich dus minder vaak aan de onderkant van de in de tabel genoemde categorieën dan mensen zonder langdurige ziekte). Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat er onder de chronisch zieken meer vrouwen dan mannen zijn, en vrouwen vaker in deeltijd werken dan mannen. De verschillen tussen mensen met en zonder chronische ziekten zijn over het algemeen klein.

Tabel 4.4 Arbeidstijd, werkende mensen van 16-64 jaar, naar het hebben van een chronische ziekte en mate van beperkingen, 1995 (in procenten en uren)

	selectie van mensen met chronische ziekte						mate van beperkingen		
	geen ziekte	allen <sup>a</sup> 1 ziekte	≥ 2 ziekten	zonder beperking	met beperking	geen	licht	matig/ernstig	
arbeidstijd per week (in %)									
< 20 uur <sup>b</sup>	10	12	12	13	13	11	10	9	12
20-29 uur	10	12	11	16	9	18	10	13	19
30-35 uur	8	9	9	9	9	8	9	9	10
36-39 uur	31	29	29	29	28	29	31	32	19
≥ 40 uur	41	38	40	33	41	34	41	37	40
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100
arbeidstijd per week (in uren)									
feitelijke aantal uren	38	37	37	37	37	37	38	37	37
ideale aantal uren	32	31	31	29	31	29	32	31	30
(n)	(4.414)	(1.157)	(908)	(249)	(756)	(389)	(4.840)	(579)	(139)

<sup>a</sup> Met 'allen' wordt bedoeld alle mensen met een chronische ziekte, ongeacht het aantal ziekten en het al dan niet hebben van lichamelijke beperkingen.

<sup>b</sup> Dit is inclusief de groep die minder dan 12 uur werkt.

Bron: SCP (AVO'95)

Worden de mensen met een chronische ziekte onderscheiden naar het aantal chronische ziekten en naar het samengaan met beperkingen, dan worden de onderlinge verschillen groter. Personen met twee of meer chronische ziekten en chronisch zieken met beperkingen werken vaker tussen de 20 en 30 uur per week en minder vaak voltijds dan mensen zonder chronische ziekte, personen met één chronische ziekte en chronisch zieken zonder beperkingen (die in dit opzicht nauwelijks van elkaar verschillen). Wat betreft kleine deeltijdbanen (minder dan 20 uur) is er in dat opzicht maar weinig verschil. Het lijkt er dus niet op dat mensen met een chronische ziekte in groten getale in kleine banen werken. Laat de fysieke toestand het toe en lukt het ook daadwerkelijk om werk te vinden, dan behoren ook grotere deeltijdbanen en - voor sommigen - voltijdbanen tot de mogelijkheden. Voor veel chronisch zieken geldt dan ook dat zij, als zij kunnen werken, evenveel uren werken als mensen zonder chronische ziekte. Het hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen gaat vaak samen met in deeltijd werken (minder dan 30 uur), zo blijkt uit de laatste kolommen van tabel 4.4 (zie ook De Klerk en Timmermans 1998: 76-77).

Het gewerkte aantal uren hoeft echter niet altijd het gewenste aantal uren te zijn. Tabel 4.4 laat zien dat mensen met een chronische ziekte en mensen met beperkingen wat minder uren willen werken dan in hun huidige baan, maar dit geldt eveneens voor personen zonder chronische ziekte of beperkingen. Mogelijk is bij (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid het aantal uren reeds aangepast aan de wens van de betrokkene. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op werkaanpassingen. De verschillen tussen de daadwerkelijke arbeidstijd en de gewenste arbeidstijd zijn iets

groter bij mensen die meerdere chronische ziekten hebben of mensen die zowel ziekten als beperkingen hebben. Het is uit de gegevens niet af te leiden of de wens tot korter werken bij mensen met meerdere gezondheidsproblemen moet worden gezien in het licht van een algemeen gevoelde behoefte om over meer vrije tijd en tijd voor zorgtaken te beschikken of dat deze mensen bijvoorbeeld meer tijd nodig hebben voor hun persoonlijke verzorging of het uitvoeren van huishoudelijke taken. Mensen met meerdere chronische ziekten werken minder vaak 's avonds of 's nachts dan mensen zonder chronische ziekten (niet in tabel). Hun werktijden zijn dus aangepast aan hun omstandigheden. Het is uit de gegevens niet af te leiden of de werktijden tijdens de loopbaan zijn aangepast.

Er zijn uit de literatuur ook enige gegevens beschikbaar over de arbeidstijd van mensen met verschillende typen chronische ziekten of arbeidshandicaps.<sup>7</sup> Deze gegevens zijn, aangevuld met enkele referentiegegevens, opgenomen in tabel 4.5.

Tabel 4.5 Aantal wekelijkse uren werk, naar wel of niet chronisch ziek zijn, 1995 (horizontaal gepercentreerd)

	≤ 32 uur	≥ 33 uur
met chronische ziekte (POLS'97)	40	60
multiple sclerose <sup>a</sup>	76	24
astma <sup>b</sup>	35	63
neuromusculaire aandoening <sup>c</sup>	46	54
lichte beperkingen (AVO'95)	30	70
matige/ernstige beperkingen (AVO'95)	37	63
arbeidshandicap, ≤ 45 jaar <sup>d</sup>	60	40
arbeidshandicap, > 45 jaar <sup>d</sup>	65	35
geen chronische ziekte (POLS'97)	37	62
geen beperkingen (AVO'95)	27	73
geen arbeidshandicap, ≤ 45 jaar <sup>d</sup>	29	71
geen arbeidshandicap, > 45 jaar <sup>d</sup>	26	74

<sup>b</sup> 1% van de astmapatiënten werkt variabel.

<sup>d</sup> Iemand met een arbeidshandicap is een werknemer met een arbeidsongeschiktheidspercentage beneden 80%; iemand zonder arbeidshandicap is een werkende bij dezelfde werkgever, met dezelfde functie en leeftijd als degene met een arbeidshandicap.

Bron: SCP (AVO'95); CBS (POLS'97) SCP-bewerking; <sup>a</sup> Kremer et al. (1997); <sup>b</sup> Kremer en Wevers (1998); <sup>c</sup> Andries en Wevers (1996); <sup>d</sup> Andries et al. (1998)

Ook uit tabel 4.5 blijkt dat mensen met een chronische ziekte, matige of ernstige lichamelijke beperkingen of een arbeidshandicap vaker in deeltijd werken dan mensen zonder gezondheidsklachten. Het hebben van lichte beperkingen is nauwelijks van invloed. Onderscheiden naar het soort aandoening blijkt dat astmapatiënten het minste en MS-patiënten het meeste in deeltijd werken. De tabel laat tevens zien dat een arbeidshandicap vaker een reden voor deeltijdwerk is dan het hebben van een chronische ziekte. Anders gezegd: veel mensen met een chronische ziekte werken (vrijwel) fulltime en ervaren nauwelijks beperkingen op de arbeidsmarkt.

Tabel 4.6 laat zien welke gezondheidskenmerken, naast andere factoren, een rol spelen bij de arbeidstijd van mensen met een chronische ziekte.

Tabel 4.6 Effecten van leeftijd, geslacht, opleiding en enkele gezondheidskenmerken op arbeidsduur van mensen met een chronische ziekte, 1997 (bèta's)

	bèta's
leeftijd	-0,053
geslacht	-0,437 <sup>a</sup>
opleidingsniveau <sup>b</sup>	
mavo/vbo/mbo	0,187
vwo/hbo/wo	0,244 <sup>a</sup>
wisselend verloop gezondheid <sup>b</sup>	
in enige mate	-0,036
in flinke mate	-0,016
ziekte onder controle te houden <sup>b</sup>	
in enige mate	0,072
in flinke mate	0,065
ervaren pijn <sup>b</sup>	
in enige mate	-0,010
in flinke mate	-0,031
lichamelijke beperkingen <sup>b</sup>	
in enige mate	0,013
in flinke mate	-0,031
beperkingen in mentaal functioneren <sup>b</sup>	
in enige mate	-0,121 <sup>a</sup>
in flinke mate	-0,053
vermoeidheid <sup>b</sup>	
in enige mate	-0,030
in flinke mate	-0,055
verklaarde variantie	23%
(n)	(640)

<sup>a</sup> Significant op  $p < 0,05$ -niveau.

<sup>b</sup> Referentiecategorie: lagere school, geen gezondheidsklachten.

Bron: Nivel (PPCZ'98)

Opmerkelijk is dat van alle opgenomen gezondheidskenmerken er slechts één een significant effect heeft op de arbeidstijd, namelijk het al dan niet hebben van lichte beperkingen in het mentaal functioneren (concentratieproblemen, moeite om dingen te onthouden).

Degenen die in dat opzicht flinke of geen beperkingen hebben, werken minder uren dan degenen met lichte beperkingen. Mogelijk zijn veel mensen met ernstige beperkingen helemaal niet in staat om te werken; de arbeidstijd van de mensen die daartoe wel in staat zijn wijkt niet af van die van mensen zonder mentale beperkingen.

Geslacht en, in mindere mate, opleidingsniveau hebben grotere effecten op het aantal gewerkte uren dan de verschillende gezondheidskenmerken (binnen een groep van chronisch zieken): vrouwen werken minder uren dan mannen, hoger

opgeleiden werken meer uren dan lager en middelbaar opgeleiden. Onder de mensen met een chronische ziekte vormen geslacht en opleidingsniveau dus, net als voor werkenden in het algemeen, belangrijke factoren voor de arbeidstijd.

#### *4.3.2 Functieniveau en sector*

In deze subparagraaf wordt nagegaan in hoeverre mensen met chronische aandoeningen andere functies vervullen of in andere sectoren werkzaam dan mensen die niet chronisch ziek zijn of geen lichamelijke beperkingen hebben.

Tabel 4.7 bevat gegevens over zowel het functieniveau als de sector waarin mensen met chronische ziekten en/of lichamelijke beperkingen werkzaam zijn. Hierbij wordt weer onderscheid gemaakt naar het aantal ziekten, de mate van beperkingen en de samenhang tussen ziekten en lichamelijke beperkingen.

Als het gaat om het niveau van het werk, zijn er vooral verschillen te constateren tussen enerzijds personen met meerdere chronische ziekten en mensen met matige of ernstige beperkingen en anderzijds personen met één chronische ziekte, personen zonder chronische ziekte en personen zonder lichamelijke beperkingen (zie tabel 4.7). De eersten werken beduidend vaker op de lagere functieniveaus en veel minder vaak in hogere functies. Ook werken mensen met een chronische ziekte en lichamelijke beperkingen minder vaak in een hoge functie dan mensen die alleen een chronische ziekte hebben.

Kan het lagere functieniveau van mensen met chronische ziekten en/of beperkingen worden toegeschreven aan een lager opleidingsniveau of aan geringere promotie-kansen? Op deze vraag zal later (in tabel 4.9) dieper worden ingegaan.

Minder verschillen geeft de verdeling over de verschillende sectoren van mensen met en zonder chronische ziekte of mensen met en zonder beperkingen te zien (zie tabel 4.7). Alleen in de financiële en zakelijke dienstverlening werken mensen met een chronische ziekte en mensen met ernstige beperkingen duidelijk minder vaak dan mensen zonder ziekten of beperkingen.

Tabel 4.7 Functieniveau en arbeidssector van mensen van 16-64 jaar met en zonder chronische ziekten of lichamelijke beperkingen, 1995 (verticaal gepercenteerd)

	selectie van mensen met chronische ziekte						mate van beperkingen		
	geen ziekte	allen <sup>a</sup>	1 ziekte	≥ 2 ziekten	zonder beperking	met beperking	geen	licht	matig/ernstig
functieniveau <sup>b</sup>									
elementair	8	7	6	8	7	6	7	7	7
lager	31	34	33	38	32	37	30	31	40
middelbaar	36	36	36	38	36	36	37	38	39
hoger/wetenschappelijk	25	24	25	15	25	20	26	24	13
sector									
land- en tuinbouw, delfstofwinning	4	3	4	2	3	4	4	4	3
industrie, openbaarsbedrijf	17	18	19	15	19	14	18	16	21
bouwrijverheid	7	9	9	9	8	10	7	9	8
reparatie, handel, horeca	18	18	18	17	19	16	17	15	15
transport, opslag, communicatie	7	7	7	6	7	5	7	6	11
financiële en zakelijke dienstverl.	15	11	11	11	12	10	14	12	6
overheid (inclusief onderwijs)	15	16	16	16	15	19	15	19	16
gezondheidszorg en welzijnswerk	13	15	14	20	15	18	14	15	12
overig	4	4	4	4	3	4	4	4	6
(n)	(5.008)	(1.284)	(1.014)	(270)	(845)	(297)	(5.267)	(621)	(153)

<sup>a</sup> Met 'allen' wordt bedoeld alle mensen met een chronische ziekte, ongeacht het aantal ziekten en het al dan niet hebben van lichamelijke beperkingen.

<sup>b</sup> Verschillen tussen mensen met en zonder chronische ziekte niet significant (chi-kwadraattoets  $p < 0,05$ ).

Bron: SCP (AVO'95)

Met betrekking tot het werken in de industrie en de gezondheidszorg is het beeld gecompliceerd. Eerder (tabel 4.1) zagen we al dat veel mensen met matige of ernstige beperkingen niet (meer) werken. Van de mensen met matige of ernstige beperkingen die wel werken, werken er relatief veel in de industrie. Mensen met meerdere chronische ziekten werken daarentegen juist relatief weinig in de industrie en veel in de gezondheidszorg. Dit laatste kan mogelijk samenhangen met het fysiek zware werk (veel tillen van patiënten) hetgeen tot rugaandoeningen (een chronische ziekte) kan leiden, maar wellicht niet tot beperkingen in bijvoorbeeld de mobiliteit of de persoonlijke verzorging leidt. Dat mensen met een chronische ziekte niet veel vaker in de bouw werkzaam zijn is volgens deze redenering onverwacht. Dat kan betekenen dat er ofwel veel aandacht is voor preventie van overbelasting ofwel dat veel mensen vanwege arbeidsongeschiktheid zijn gestopt met het werk in deze sector. Ook een omgekeerde redenering kan worden opgebouwd: mensen die al jong met chronische ziekten en/of beperkingen te maken

hebben zullen vermoedelijk niet kiezen voor werk in de bouw. Er zijn hierbij geen gegevens beschikbaar of de lichamelijke beperkingen die mensen hebben het gevolg zijn van het werk of dat het hierbij om bijvoorbeeld vroeggehandicapten gaat.

Ook geslacht is van invloed op het werken in een bepaalde sector: vrouwen zijn immers vaker werkzaam in de gezondheidszorg en mannen in de bouw. De oververtegenwoordiging van mensen met chronische ziekten en beperkingen in de gezondheidszorg kan ook komen doordat vooral veel vrouwen chronische aandoeningen hebben en er vooral veel vrouwen in de gezondheidszorg werken. De aantallen respondenten laten het niet toe om de gegevens over de sectoren naar zowel gezondheidskenmerken als geslacht uit te splitsen.

Al met al werken mensen met een chronische ziekte iets minder vaak in de marktsector (66%) dan mensen zonder chronische ziekte (68%). Omgekeerd hebben de eersten vaker een baan in de quartaire sector.

In tabel 4.8 wordt nagegaan of mensen met een chronische ziekte, een lichamelijke beperking of een arbeidshandicap even vaak in een leidinggevende functie werkzaam zijn als mensen zonder langdurige aandoening of handicap.

Tabel 4.8 Werkzaam als leidinggevende of als kleine zelfstandige, 1995 (in procenten van de werkenden)

	leidinggevend werk	kleine zelfstandige <sup>a</sup>	(n)
met chronische ziekte (POLS'97)	27	-	(1.125)
multiple sclerose <sup>b</sup>	23	12	(391)
neuromusculaire aandoening <sup>c</sup>	26	10	(409)
met lichte beperkingen (AVO'95)	27	12	(619)
met matige/ernstige beperkingen (AVO'95)	22	13	(151)
arbeidshandicap, ≤ 45 jaar <sup>d</sup>	5	-	(92)
arbeidshandicap, > 45 jaar <sup>d</sup>	18	-	(143)
geen chronische ziekte (POLS'97)	29	-	(2.729)
geen beperkingen (AVO'95)	29	14	(5.240)
geen arbeidshandicap, ≤ 45 jaar <sup>d</sup>	14	-	(185)
geen arbeidshandicap, > 45 jaar <sup>d</sup>	23	-	(100)

<sup>a</sup> In het AVO'95 is dit inclusief beoefenaren van vrije beroepen.

<sup>d</sup> Iemand met een arbeidshandicap is een werknemer met een arbeidsongeschiktheidspercentage beneden 80%; iemand zonder arbeidshandicap is een werkende bij dezelfde werkgever, met dezelfde functie en leeftijd als degene met een arbeidshandicap.

Bron: SCP (AVO'95); CBS (POLS'97) SCP-bewerking; <sup>b</sup> Kremer et al. (1997); <sup>c</sup> Andries en Wevers (1996); <sup>d</sup> Andries et al. (1998)

Uit tabel 4.8 blijkt dat het aandeel werkenden met een chronische ziekte of lichte beperkingen met een leidinggevende functie even groot is als onder de mensen zonder chronische ziekte of lichamelijke beperkingen. Blijkbaar hoeft het hebben van een ziekte de verticale doorstroming niet in de weg te staan. Opvallend is dat mensen met ernstige beperkingen en arbeidshandicaps duidelijk minder vaak in een leidinggevende functie werkzaam zijn dan de mensen zonder beperkingen of arbeidshandicaps.

Nu verschillende aspecten van het werk van mensen met een chronisch ziekte of lichamelijke beperking zijn besproken, doet zich de vraag voor wat nu het meest bepalend is voor de positie van de werkenden onder de mensen met een chronische ziekte of beperkingen. Als maatgevende indicator voor de positie in het werk is het functieniveau het meest geschikt. In een categorale-regressieanalyse is nagegaan wat de invloed is van het hebben van chronische ziekten of beperkingen en van een aantal algemene factoren, zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau (zie tabel 4.9).<sup>8</sup> Als specifieke arbeidsmarktfactor is de sector (markt- dan wel quartaire sector) waarin men werkzaam is opgenomen. Personen die in de quartaire sector werkzaam zijn, hebben in het algemeen een hoger functieniveau dan personen in de marktsector, doordat werknemers in de quartaire sector werk hebben dat beter aansluit bij hun opleiding (Herweijer 1999). Uit tabel 4.7 bleek dat mensen met een chronische ziekte iets vaker in de quartaire sector en wat minder vaak in de marktsector werken dan mensen zonder chronische ziekte.

Tabel 4.9 Effecten van chronische ziekten, beperkingen en andere kenmerken op het functieniveau, 1995 (in bèta's)

	bèta's
leeftijd	0,127
geslacht <sup>a</sup>	-0,120
opleidingsniveau <sup>a</sup>	0,645
sector <sup>a</sup>	0,113
aantal chronische ziekten <sup>a</sup>	0,003 <sup>b</sup>
mate van beperking <sup>a</sup>	-0,016 <sup>b</sup>
verklaarde variantie (in %)	50

<sup>a</sup> Referentiecategorie: mannen, lager onderwijs, marktsector, geen chronische ziekte, geen beperkingen.

<sup>b</sup> Effect op functieniveau is niet-significant.

Bron: SCP (AVO'95)

De tabel laat zien dat opleidingsniveau verreweg de grootste invloed heeft op het bereikte functieniveau en dat het hebben van chronische ziekten of beperkingen hierop geen invloed heeft. Blijkbaar moet het lagere functieniveau van mensen met een chronische ziekte of beperkingen vooral worden toegeschreven aan hun lagere opleidingsniveau. Verder speelt nog een geringe rol dat vrouwen iets zijn oververtegenwoordigd onder mensen met chronische ziekten en met beperkingen; vrouwen werken immers op een lager functieniveau dan mannen ( $\beta = -0,120$ ), ook na correctie voor andere factoren. Dat mensen met chronische aandoeningen of lichamelijke beperkingen gemiddeld wat ouder zijn en iets vaker in de quartaire sector werken dan mensen zonder chronische ziekten of beperkingen, zou in een hoger functieniveau moeten resulteren. Echter, deze geringe effecten van leeftijd en sector komen niet naar voren door de sterke invloed van het (lagere) opleidingsniveau.



### 4.3.3 Arbeidsomstandigheden

Een laatste kenmerk van de arbeid betreft de arbeidsomstandigheden waarin mensen werken. Hierbij kan men zowel denken aan fysieke kenmerken (zoals een lawaaiige werkomgeving of zwaar werk) als aan kenmerken zoals promotiekansen, werkdruk en autonomie (mate waarin mensen zelf invloed hebben op bepaalde zaken). In de volgende tabellen worden deze zaken weergegeven voor mensen met en zonder chronische ziekte en (indien beschikbaar) naar de mate van beperkingen die mensen ervaren. In deze tabellen zijn alleen significante verschillen tussen groepen weergegeven.

In tabel 4.10 zijn enkele gegevens over de fysieke arbeidsomstandigheden opgenomen. Hierbij is uitgegaan van de ervaringen van mensen zelf.

Tabel 4.10 Ervaren fysieke arbeidsomstandigheden van werkenden van 15-64 jaar, met en zonder chronische ziekte, 1997 (in procenten)<sup>a</sup>

	zonder chronische ziekte	met chronische ziekte
regelmatig of soms sprake van		
lawaaiige omgeving	31	30
hard praten vanwege lawaai	22	24
veel kracht zetten	38	35
bovenlichaam langdurig zelfde houding	54	60
bovenlichaam ongemakkelijke houding	29	34
vaak zelfde beweging	49	53
gebruik vrachtauto/vorkheftruck	16	13
(n)	(2.641)	(912)

<sup>a</sup> Alle verschillen zijn significant (chi-kwadraattoets  $p < 0,05$ ).

Bron: CBS (POLS'97) SCP-bewerking

Tabel 4.10 laat zien dat mensen met een chronische ziekte in het algemeen onder minder gunstige fysieke arbeidsomstandigheden werken, althans naar hun eigen ervaring. Op de meeste in de tabel onderscheiden aspecten (uitgezonderd lawaaiige werkomgeving en veel kracht zetten) scoren mensen met een chronische ziekte slechter. De verschillen zijn vaak klein. Mensen met een chronische aandoening geven beduidend vaker dan anderen aan dat zij vaak in dezelfde of een ongemakkelijke houding moeten werken of dat ze vaak dezelfde beweging moeten maken. Hierbij is niet duidelijk of ze echt vaker in een ongemakkelijke houding werken (en daardoor gezondheidsklachten krijgen) of dat ze dit zo ervaren, juist omdat ze gezondheidsklachten hebben en zich daardoor meer bewust zijn van hun houding.

Op een aantal andere aspecten van arbeidsomstandigheden zijn geen significante verschillen tussen mensen met en zonder chronische ziekte te constateren, ook niet als onderscheid wordt gemaakt naar het aantal chronische ziekten dat iemand heeft. Het gaat daarbij om lichamelijk zwaar werk, vuil werk, stank, gevaarlijk

werk, werk waarbij men bezweet of buiten adem raakt en het gebruik van apparatuur met trilling (niet in de tabel opgenomen).

Dit is opmerkelijk, omdat eerder bleek dat mensen met een chronische aandoening juist vaker dan mensen zonder zo'n ziekte werkzaam zijn in de gezondheidszorg en iets vaker in de bouw, sectoren waarin fysiek zwaar werk veel voorkomt. Het is uit de gegevens niet te achterhalen of de lichamelijke klachten van mensen het gevolg zijn van het werk of dat mensen deze klachten al hadden voordat ze met werken begonnen.

In de *Rapportage gehandicapten 1997* bleek daarentegen dat mensen met beperkingen er juist op de meeste van deze items (lawaaierige werkomgeving, stank, gevaarlijk werk, lichamelijk zwaar werk, eentonig werk) ongunstiger voorstonden dan degenen zonder beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998: 80-81). Het lijkt er dan ook op dat mensen met beperkingen er wat betreft hun arbeidsomstandigheden slechter voorstaan dan personen met een chronische ziekte.

In tabel 4.11 wordt op dezelfde manier vergeleken in hoeverre de werkdruk en de ervaren arbeidsinhoud van mensen met en zonder chronische ziekten of lichamelijke beperkingen verschilt.

Tabel 4.11 Ervaren arbeidsinhoud en loopbaanmogelijkheden van werkende mensen van 15-64 jaar, naar het hebben van een chronische ziekte of lichamelijke beperkingen, 1997 (in procenten)<sup>a</sup>

	chronische ziekte <sup>b</sup>		mate van beperkingen <sup>c</sup>		
	geen	wel	geen	licht	matig/ernstig
te veel werkdruk in afgelopen 12 maanden	21	30	-	-	-
(grotendeels) eens met stelling:					
kan zich ontplooiën in werk	75	70	78	73	71
promotiekansen zijn goed	33	28	33	28	25
onderlinge sfeer op werk is goed	91	88	80	78	78
tevreden over leiding	81	75	-	-	-
werkoverleg meestal bevredigend	84	80	-	-	-
(n)	(2.641)	(912)	(3.225)	(328)	(146)

<sup>a</sup> Alle verschillen zijn significant (chi-kwadraattoets  $p < 0,05$ ).

Bron: <sup>b</sup> CBS (POLS'97); <sup>c</sup> CBS (DLO'94-'95) SCP-bewerking

Wat betreft de arbeidsinhoud, loopbaanmogelijkheden en autonomie in het werk geldt hetzelfde als voor de arbeidsomstandigheden. Wanneer er significante verschillen bestaan tussen mensen met en zonder chronische ziekte, oordelen de eersten steeds iets ongunstiger over hun werk dan de laatsten. Voor een ander deel vallen de beoordelingen van mensen met en zonder chronische ziekte niet anders uit.

In tabel 4.11 valt vooral de hogere werkdruk van mensen met een chronische ziekte op. Ook op andere punten zijn mensen met een chronische ziekte minder tevreden, al zijn deze verschillen kleiner. Zo zijn zij vaker van mening dat ze minder kans op promotie hebben en zijn ze minder tevreden over de onderlinge sfeer en de leiding. Ook voor mensen met een chronische ziekte geldt echter, net als voor de mensen zonder langdurige ziekten, dat de meerderheid tevreden is over het werk, met uitzondering van de promotiekansen. Mensen met en zonder chronische ziekte verschillen niet significant wat betreft eentoonig werk, in hoog tempo werken, onder hoge tijdsdruk werken, werk hebben dat aansluit bij opleiding/ervaring en tevredenheid over de beloning (niet in de tabel opgenomen).

In de *Rapportage gehandicapten 1997* bleek dat mensen met beperkingen op een aantal van de hier genoemde items van arbeidsinhoud iets ongunstiger scoorden dan mensen zonder beperkingen. De eersten konden zich naar eigen zeggen minder goed ontplooiën in het werk, ervoeren de promotiekansen en beloning als slechter, vonden de onderlinge sfeer op het werk minder goed en hadden minder vaak plezier in het werk (De Klerk en Timmermans 1998: 80-81).

Tabel 4.12 geeft een overzicht van een aantal aspecten die te maken hebben met het ervaren van autonomie, zoals het zelf kunnen bepalen van het werktempo.

Tabel 4.12 Ervaren autonomie in het werk, personen van 15-64 jaar, naar het hebben van een chronische ziekte of mate van beperkingen, 1997 (in procenten)<sup>a</sup>

	chronische ziekte <sup>b</sup>		mate van beperkingen <sup>c</sup>		
	geen	wel	geen	licht	matig/ernstig
manier van uitvoering werk zelf beslissen	82	79	66	67	62
volgorde werkzaamheden zelf bepalen	83	79	-	-	-
ieder moment werk onderbreken	63	58	54	51	54
zelf werktempo regelen	82	77	-	-	-
(n)	(2.641)	(912)	(3.223)	(328)	(145)

<sup>a</sup> Alle verschillen zijn significant (chi-kwadraattoets  $p < 0,05$ ).

Bron: <sup>b</sup> CBS (POLS'97); <sup>c</sup> CBS (DLO'94-'95) SCP-bewerking

Mensen met een chronische ziekte oordelen hierover significant vaker negatief dan mensen zonder zo'n ziekte. De verschillen zijn echter niet erg groot. Wat betreft het zelf bepalen van opnemen van verlof, zelf oplossingen bedenken, zelfstandig of onder leiding werken, temperatuur en ventilatie op de werkplek zelf regelen, waren er geen significante verschillen te constateren (niet in tabel).

In de *Rapportage gehandicapten 1997* kwam naar voren dat mensen met beperkingen over een aantal zaken wat betreft autonomie in het werk gemiddeld iets negatiever oordeelden dan mensen zonder beperkingen, maar tevens dat de meeste verschillen niet significant waren (De Klerk en Timmermans 1998: 80-81).

Ten aanzien van alle in deze paragraaf besproken items geldt dat als een onderverdeling naar geslacht en leeftijd wordt gemaakt, er weinig verandert. Meestal blijven de verschillen tussen mensen met en zonder chronische ziekte in dezelfde orde van grootte.

Ook uit de literatuur over mensen met een arbeidshandicap of een chronische ziekte komen enkele gegevens over hun arbeidsomstandigheden naar voren. Tabel 4.13 laat het voorkomen van een drietal belastende werkomstandigheden zien onder mensen met en zonder arbeidshandicaps en mensen met uiteenlopende chronische ziekten.

Tabel 4.13 Het vóórkomen van belastende werkomstandigheden bij personen met en zonder arbeidshandicaps en verschillende chronische ziekten (in procenten)

	belastende werkhouding <sup>a</sup>	hoge tempodruk/ weinig autonomie <sup>b</sup>	belastende werktijden <sup>c</sup>
multiple sclerose <sup>d</sup>	23	25	26
astma <sup>e</sup>	20	11	15
neuromusculaire aandoening <sup>f</sup>	22	16	12
arbeidshandicap, ≤ 45 jaar <sup>g</sup>	17	19	35
arbeidshandicap, > 45 jaar <sup>g</sup>	30	16	48
geen arbeidshandicap, ≤ 45 jaar <sup>g</sup>	24	21	37
geen arbeidshandicap, > 45 jaar <sup>g</sup>	30	19	44

<sup>a</sup> Grove bewegingen armen, duwen, trekken, werken in gedraaide houding, buigen en draaien met bovenlichaam, werken in ongemakkelijke houdingen.

<sup>b</sup> Tempodruk: werk op tijd klaar hebben en in hoog tempo werken; autonomie: zelf bepalen van volgorde, manier van werken, tempo, hoeveelheid werk, pauzes.

<sup>c</sup> Pauzes overslaan, overwerken, lang achter elkaar werken, werken buiten kantooruren, in het weekend werken, op wisselende tijden werken.

Bron: <sup>d</sup> Kremer et al. (1997); <sup>e</sup> Kremer en Wevers (1998); <sup>f</sup> Andries en Wevers (1996); <sup>g</sup> Andries et al. (1998)

Mensen met MS lijken vaker te maken te hebben met zware omstandigheden dan mensen met astma of neuromusculaire aandoeningen (zie tabel 4.13). Toch rapporteren werkenden met multiple-sclerose, astma of een neuromusculaire aandoening - in vergelijking met mensen zonder arbeidshandicap - weinig over hoge tempodruk of weinig autonomie, of over belastende werktijden. Of hun werk op deze punten is aangepast, wordt besproken in hoofdstuk 5.

Er zijn weinig verschillen in belastende werkomstandigheden tussen mensen met en zonder arbeidshandicap. Opvallend is dat voorzover er wel verschillen bestaan, deze bijna steeds in het voordeel van de eersten uitpakken. Blijkbaar is het werk hier aangepast aan de mogelijkheden van de arbeidsgehandicapte. Het grootste verschil is dat jongere niet-arbeidsgehandicapten vaker een belastende werkhouding noemen dan arbeidsgehandicapten. Alleen op het punt van belastende werktijden ondervinden oudere arbeidsgehandicapten iets meer nadeel dan oudere niet-arbeidsgehandicapten.

Een gemengd beeld van de beleving van het werk door mensen met een arbeids-handicap of een chronische ziekte komt naar voren in het onderzoek van Andries et al. (1998). Zij onderzochten de opvattingen en ervaringen wat betreft werkinhoud, sfeer, leiding en loopbaanmogelijkheden (vergelijkbaar met de items in tabel 4.11). Arbeidsgehandicapten uiten vaker klachten over vermoeidheid op het werk, problemen met tijdsdruk (alleen 45-plussers) en willen het vaker kalmer aan doen dan de niet-arbeidsgehandicapten. Anderzijds klagen de eersten minder vaak over geregeld onder tijdsdruk werken, gebrekkige dagelijkse leiding en de beloning die niet in overeenstemming is met het werk. Werknemers met multiple sclerose, astma of een neuromusculaire aandoening zijn in de meeste opzichten vergelijkbaar met de arbeidsgehandicapten. Bepaalde klachten komen echter beduidend meer voor bij werknemers met een chronische ziekte dan bij de andere werknemers: werknemers met astma of een neuromusculaire aandoening vinden vaker dan anderen het werk lichamelijk inspannend; de laatstgenoemde categorie vindt ook vaak dat de dagelijkse leiding geen rekening met haar houdt. Werknemers met astma vinden vaker dan anderen dat het werk niet goed is georganiseerd en dat de beloning onvoldoende is. Hierbij spelen het vrij hoge opleidingsniveau van de onderzochte werknemers met astma en hun klachten over het klimaat op het werk een rol.

#### 4.3.4 Ziekteverzuim

Tabel 4.14 geeft informatie over het ziekteverzuim van mensen met en zonder chronische ziekte. De gegevens betreffen het ziekteverzuim in het afgelopen jaar (en het aantal ziektedagen van de laatste drie verzuimmeldingen) en in de afgelopen twee maanden. Hierbij gaat het steeds om gegevens die door de respondent zijn verstrekt (en niet om verzuimregistraties van de werkgever).

Tabel 4.14 Ziekteverzuim van werkenden van 15-64 jaar, naar de aanwezigheid van chronische ziekten en lichamelijke beperkingen, 1995 en 1997 (in procenten, tenzij anders vermeld)

	mensen met chronische ziekte						mate van beperkingen		
	geen ziekte <sup>a</sup>	allen	1 ziekte	≥ 2 ziekten	zonder beperking	met beperking	geen	licht	matig/ernstig
tenminste 1 keer verzuimd in afgelopen jaar (%) <sup>b</sup>	40	56	52	68	52	65	41	56	64
niet verzuimd in afgelopen jaar	60	44	48	32	48	35	59	44	36
3 keer of meer verzuimd in afgelopen jaar (%) <sup>b</sup>	6	13	11	19	11	16	7	13	15
vv. gemiddeld aantal ziektedagen (dagen)	18	23	21	28	23	23	18	27	25
> 30 dagen ziek (%)	11	22	20	26	20	26	12	24	31
afgelopen 2 maanden verzuimd (%) <sup>c</sup>	17	28	27	34	-	-	-	-	-
vv. > 10 ziektedagen (%)	17	29	29	30	-	-	-	-	-

<sup>a</sup> 'Geen ziekte' wil in dit geval zeggen 'geen chronische aandoening'.

Bron: <sup>b</sup> SCP (AVO'95); <sup>c</sup> CBS (POLS'97) SCP-bewerking

Uit de tabel blijkt dat van de mensen met een chronische ziekte een grote deel zich weleens ziek meldt en dit ook vaker doet dan van de mensen zonder chronische ziekte. Toch moet worden vastgesteld dat een substantieel deel van de werkende mensen met een chronische ziekte (44%) helemaal niet heeft verzuimd in het afgelopen jaar.

Mensen met een chronische ziekte zijn een groter aantal dagen ziek, zowel totaal over een periode van twee maanden gezien als onder constanthouding van het aantal ziektemeldingen. Personen met meerdere chronische ziekten hebben een hoger ziekteverzuim dan personen met één chronische ziekte, die op hun beurt weer vaker verzuimen dan personen zonder ziekte.

De verschillen tussen personen met één of meerdere chronische ziekten zijn groter wanneer een periode van twee maanden wordt bekeken dan wanneer een periode van een jaar wordt bestudeerd. Dit zou erop kunnen wijzen dat mensen met een chronische ziekte zich met een grotere regelmaat ziekmelden dan mensen zonder ziekte. De kans dat mensen met een chronische ziekte in de afgelopen twee maanden ziek zijn geweest is groter dan voor mensen zonder chronische ziekten. Het is voorstelbaar dat bij de laatste groep het verzuim zich concentreert in de wintermaanden (griepgolven). Dat komt dan wel naar voren bij een vraag over verzuim in het afgelopen jaar, maar niet altijd bij een vraag over verzuim in de afgelopen twee maanden.

Tussen chronisch zieken met en zonder beperkingen doen zich vergelijkbare verschillen voor als tussen personen met één of meer chronische ziekten (tabel 4.14). Mensen met ernstige beperkingen hebben zich vaker ziek gemeld dan mensen met lichte beperkingen of mensen zonder beperkingen (zie ook De Klerk en Timmermans 1998: 81). Dit komt ook doordat veel mensen met (ernstige) beperkingen een chronische ziekte hebben.

Uiteraard hangt het ziekteverzuim ook samen met de aard van de aandoening. Tabel 4.15 geeft hier enig inzicht in. Alleen ziekten die veel voorkomen zijn in de tabel opgenomen.

Patiënten met een hart of -vaatziekte hebben het hoogste ziekteverzuim van de aandoeningen die in tabel 4.16 zijn weergegeven. Ook mensen met maag- of darmstoornissen en gewrichtsontstekingen melden zich vaker ziek. Daarentegen verzuimen personen met een nierziekte het minste. Verder hebben astma- en diabetespatiënten een iets lager verzuim dan alle mensen met een chronische ziekte tezamen.

Tabel 4.15 Ziekteverzuim in jaar voorafgaand aan de enquête, naar chronische ziekte, 1995 (in procenten)

	tenminste 1 keer ziek	tenminste 3 keer ziek	(n)
geen chronische ziekten	40	6	
één of meer chronische ziekten	56	13	
astma	53	11	(292)
hartkwaal of -infarct	68	20	(35)
maag- of darmstoornissen	64	19	(101)
nierstenen of nierziekte	47	14	(37)
suikerziekte	54	12	(56)
rugaandoening, hernia	61	13	(396)
gewrichtsslijtage	59	15	(213)
gewrichtsontsteking	63	12	(102)
overige chronische ziekten	58	16	(297)

Bron: SCP (AVO'95)

Tabel 4.16 geeft enig inzicht in de relatie tussen arbeidsomstandigheden en gezondheidsklachten of ziekteverzuim. Wederom is hierbij geheel afgegaan op de mening van de werknemers.

Tabel 4.16 Klachten en ziekteverzuim (in afgelopen 12 maanden) in relatie tot arbeidsomstandigheden, 1997 (in procenten)

	geen chronische ziekte	wel chronische ziekte
klachten door lichamelijke belasting	37	52
vv. ziekteverzuim door klachten lichamelijke belasting	12	24
klachten door gebruik apparatuur met trilling of voertuigen	14	27
vv. ziekteverzuim door klachten apparatuur of voertuigen <sup>a</sup>	17	26
ziekteverzuim door te hoog werktempo/druk <sup>b</sup>	12	21

<sup>a</sup> Verschillen niet significant (chi-kwadraattoets  $p < 0,05$ ).

<sup>b</sup> In procenten van degenen die werktempo/druk als te hoog ervaren.

Bron: CBS (POLS'97) SCP-bewerking

Mensen met een chronische ziekte rapporteren beduidend vaker dan anderen gezondheidsklachten als gevolg van lichamelijke belasting of het gebruik van apparatuur met trilling of van voertuigen (tabel 4.17). Onder degenen die klachten of een te hoge werkdruk ervaren, rapporteren de mensen met een chronische ziekte veel vaker ziekteverzuim in relatie tot deze klachten dan personen zonder ziekte. Het is moeilijk vast te stellen wat hier oorzaak en gevolg is. Is de chronische ziekte ontstaan door de arbeidsomstandigheden? Of is de belastbaarheid van personen die al een chronische ziekte hebben geringer, waardoor eerder klachten worden ervaren die op hun beurt eerder tot ziekteverzuim leiden?

De tweede vraag is op basis van de beschikbare databestanden niet te beantwoorden, omdat gegevens over belastbaarheid en een mogelijke relatie met klachten en ziektebeleving ontbreken. Ten aanzien van de eerste vraag kan zinvolle informatie

worden verkregen uit een aantal vragen in het AVO'95 die alleen aan arbeidsongeschikten zijn gesteld.

Arbeidsongeschikten met een chronische ziekte leggen vaker dan andere arbeidsongeschikten een verband met het werk dat zij hebben gedaan. Van de eersten beschouwt 58% de ziekte of aandoening als een gevolg van het werk, tegenover 49% van de tweede groep (niet in de tabel). Voorzover de aantallen respondenten dat toelaten kan worden geconstateerd dat arbeidsongeschikte personen met een rugaandoening en met gewrichtsslijtage vaker de oorzaak van hun ziekte in het werk zoeken dan anderen (respectievelijk 72% en 79%). Deze aandoeningen zijn bij uitstek aandoeningen die in verband gebracht kunnen worden met overbelasting door het werk. Bij de andere aandoeningen is dat verband afwezig (bv. diabetes) of moeilijk aantoonbaar (hart- en vaatziekten).

Wat betreft de verschillende aspecten van het werk wordt lichamelijke belasting door de arbeidsongeschikten met een chronische ziekte veel vaker als oorzaak van hun ziekte beschouwd dan door andere arbeidsongeschikten. Daarentegen leggen arbeidsongeschikten zonder chronische aandoening vaker een relatie met de geestelijke belasting in het werk.

#### **4.4 De arbeidssituatie van mensen met psychische problemen**

De laatste jaren wordt in de media en in de politiek veel aandacht besteed aan het groeiende aantal mensen dat vanwege psychische problemen in de WAO terecht komt. In deze paragraaf wordt de arbeidsmarktpositie van mensen met psychische problemen bestudeerd. Er wordt bekeken of zij deelnemen aan de arbeidsmarkt en, zo ja, gedurende hoeveel uur zij werken. Ook wordt ingegaan op de ziekmeldingen. De gegevens die in deze paragraaf zijn gebruikt, zijn afkomstig uit de eerste en de tweede meting van het NEMESIS-bestand van het Trimbos-instituut (zie ook § 2.4 en § 3.4).

In tabel 4.17 staat weergegeven wat, volgens opgave van de respondent, iemands belangrijkste bezigheid is, uitgesplitst naar het al dan niet hebben van psychische stoornissen gedurende het jaar voorafgaand aan de enquête. Het gaat hierbij dus om subjectieve gegevens. Uit onderzoek blijkt dat dit kan afwijken van meer objectieve gegevens over lonen en uitkeringen (Kartopawiro en Ploeger 1998). Dit geldt met name als sprake is van combinaties van activiteiten, zoals gedeeltelijk werkend en gedeeltelijk arbeidsongeschikt. In dat geval beschouwen respondenten zich eerder als werkend dan als arbeidsongeschikt.



Tabel 4.17 Belangrijkste bezigheid, personen van 18-64 jaar, naar het al dan niet hebben van psychische stoornissen (1-jaars-prevalentie), naar geslacht, 1996 (horizontaal gepercenteerd)

	huishouden	studie/ school	betaald werk	werk- loos	arbeids- ongeschikt	gepensio- neerd/overig	populatie- aandeel
<b>totaal (n = 7.076)</b>	17	7	63	4	3	6	100
geen stoornis	16	7	65	3	2	7	77
wel stoornis	17	10	57	7	5	5	23
1 stoornis	15	9	62	6	4	4	15
2 of meer stoornissen	22	10	47	8	7	6	8
stemmingsstoornis	21	7	50	9	7	6	8
angststoornis	26	6	53	5	5	5	12
alcoholstoornis	3	17	64	8	4	4	8
<b>mannen (n = 3.299)</b>	1	7	75	4	4	8	100
geen stoornis	1	6	77	3	4	9	77
wel stoornis	2	11	68	8	6	5	23
1 stoornis	2	11	71	8	5	4	17
2 of meer stoornissen	4	11	60	9	10	7	6
stemmingsstoornis	5	5	62	9	11	8	6
angststoornis	3	5	71	7	7	7	8
alcoholstoornis	1	16	65	9	5	4	13
<b>vrouwen (n = 3.777)</b>	32	7	51	3	2	5	23
geen stoornis	32	7	53	3	1	5	77
wel stoornis	33	8	46	5	4	4	23
1 stoornis	32	7	51	3	3	4	13
2 of meer stoornissen	33	10	40	7	5	5	10
stemmingsstoornis	31	8	43	9	5	5	10
angststoornis	37	7	44	4	3	4	17
alcoholstoornis	10	24	55	3	3	5	3

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96)

Van de 18-64-jarigen geeft 63% aan dat werk hun belangrijkste bezigheid is (eerste regel tabel 4.17). Mensen met psychische problemen noemen minder vaak werk als belangrijkste bezigheid (57%). Zij zijn vaker werkloos of arbeidsongeschikt dan mensen zonder psychische problemen. Dit laatste komt meer voor naarmate mensen meerdere psychische problemen hebben. Met name stemmingsstoornissen hangen samen met arbeidsongeschiktheid (zowel bij mannen als bij vrouwen). Mannen zijn ongeveer twee keer zo vaak arbeidsongeschikt als vrouwen. Dat geldt zowel voor personen zonder psychische stoornis als voor de mensen die (verschillende vormen van) psychische stoornissen hebben. Dat personen met psychische stoornissen vaker actief zijn in het huishouden hangt samen met het feit dat vrouwen vaker psychische stoornissen hebben dan mannen. Van de vrouwen noemt ongeveer een derde het huishouden de belangrijkste bezigheid. Dat geldt zowel voor degenen met als degenen zonder psychische stoornissen.

Wanneer we naar de afzonderlijke stoornissen kijken, dan valt op dat mensen met stemmingsstoornissen (zoals depressie) relatief weinig werken (50%) en vaak werkloos of arbeidsongeschikt zijn (16%). Ten aanzien van de verschillende stoornissen zijn enkele opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen te zien. Bij de mannen werken mannen met een stemmingsstoornis of alcoholverslaving minder vaak dan mannen zonder stoornis. Mannen met een angststoornis werken even vaak als andere mannen. Bij vrouwen daarentegen hangt het hebben van angststoornissen wel samen met een lage arbeidsparticipatie. Bij vrouwen valt bovendien het hoge aandeel werkenden met een alcoholstoornis op. Personen met een alcoholverslaving zijn relatief vaak student/scholier. Het hebben van alcoholstoornissen hangt niet samen met arbeidsongeschiktheid; wel is het percentage werklozen onder de mannen met alcoholproblemen bijna drie keer zo hoog als onder de mannen die geen psychische stoornissen hebben.

De hier geschetste samenhang tussen iemands belangrijkste bezigheden en iemands psychische gesteldheid zegt niets over het oorzakelijke verband tussen beide kenmerken. Vaak zal het zo zijn dat ernstige psychische problemen ertoe leiden dat mensen niet langer in staat zijn om betaald werk te verrichten. Het is echter ook mogelijk dat langdurige werkloosheid of arbeidsongeschiktheid aanleiding vormt tot bijvoorbeeld depressieve gevoelens. Tot slot kan bijvoorbeeld ook lichamelijke ongezondheid de achterliggende oorzaak zijn van zowel arbeidsongeschiktheid als stemmingsstoornissen.

Het percentage werkenden onder de mensen met psychische problemen (57%) komt vrijwel overeen met de arbeidsparticipatie van psychiatrische patiënten die gebruikmaken van ambulante geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (GGZ). Zo blijkt uit een overzichtsstudie van Kwekkeboom (1999) dat van de ambulante patiënten ongeveer 42% geen werk heeft. Bij de patiënten die de poliklinieken van de (psychiatrische) ziekenhuizen gebruiken, patiënten die naar dagactiviteitencentra gaan en chronische psychiatrische patiënten is de arbeidsparticipatie veel lager. Bij het NEMESIS-bestand gaat het om mensen bij wie met behulp van de CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) is vastgesteld of zij gedurende het jaar voorafgaand aan de enquête psychische problemen hadden. Dit hoeft niet noodzakelijkwijze te beteken dat deze mensen langdurige aandoeningen hebben. In tabel 4.17 werd gesproken van psychische stoornissen. Of mensen deze stoornissen hebben werd vastgesteld met behulp van de CIDI. Mensen kunnen echter ook een aantal symptomen van bijvoorbeeld depressie hebben, zonder dat deze ernstig genoeg zijn om te kunnen spreken van een stemmingsstoornis. Door het Trimbos-instituut zijn (bij de enquête uit de tweede meting) enkele symptomen geselecteerd die een indicatie geven van 'burnoutachtige verschijnselen' of overspannenheid.<sup>9</sup> Het gaat hier nadrukkelijk om een indicatie. Het is niet bekend of deze mensen echt overspannen zijn.

In tabel 4.18 wordt de invloed van deze symptomen op de dagelijkse bezigheden van mensen weergegeven. De gegevens zijn afkomstig uit de tweede NEMESIS-meting; de cijfers voor het totaal wijken iets af van die in tabel 4.18, die is gebaseerd op de eerste meting.

Tabel 4.18 Belangrijkste bezigheid van personen van 18-64 jaar, naar het al dan niet hebben van burnout-symptomen, 1997 (horizontaal gepercenteerd)

	huisvrouw/ huisman	student/ scholier	betaald werk	werkloos	arbeids- ongeschikt	gepensioneerd/ overig	populatie- aandeel
totaal (n = 5.618)	21	6	60	3	2	8	100
0-1 symptomen	20	6	62	2	2	7	76
2 symptomen	23	7	57	2	2	9	8
3 symptomen	26	5	57	3	5	6	6
4-6 symptomen	25	5	52	5	5	8	10

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'97)

Ongeveer een kwart van de Nederlandse potentiële beroepsbevolking heeft in het jaar voorafgaand aan het interview last gehad van burnoutachtige verschijnselen (tabel 4.19, laatste kolom). Mensen met 2 of 3 symptomen zijn vaker actief in het huishouden en vaker gepensioneerd dan mensen zonder symptomen. Pas wanneer mensen meerdere symptomen hebben, zijn zij vaker arbeidsongeschikt of werkloos. Ook hier geldt dat de aangetoonde samenhang niets zegt over de causale relatie tussen iemands psychische gesteldheid en zijn belangrijkste bezigheden.

In hoeverre is het feit dat mensen met psychische stoornissen minder vaak een baan hebben dan mensen zonder stoornissen nu een direct gevolg van deze stoornissen, of wordt de arbeidsdeelname bepaald door andere kenmerken, zoals geslacht? Het is immers bekend dat vrouwen vaker last hebben van psychische stoornissen dan mannen (zie ook hoofdstuk 3). De lage arbeidsparticipatie van mensen met stoornissen zou dus ook verklaard kunnen worden doordat veel vrouwen, die minder vaak een baan hebben dan mannen, psychische problemen hebben. Tabel 4.19 verschaft inzicht in de relatie tussen het al dan niet hebben van werk en verschillende achtergrondkenmerken, waarbij steeds wordt gecorrigeerd voor de invloed van andere kenmerken. Hiertoe zijn vier verschillende logistische-regressieanalyses uitgevoerd, met verschillende typen psychische stoornissen. Er is niet, zoals bij tabellen 4.17 en 4.18, uitgegaan van iemands belangrijkste bezigheid, maar van de vraag of mensen betaald werk hebben. Er zijn iets meer mensen die werken dan mensen die werk als hun belangrijkste bezigheid zien, doordat mensen die in deeltijd werken soms een andere bezigheid als belangrijker ervaren.

Tabel 4.19 Al dan niet hebben van werk, personen van 18-64 jaar, naar achtergrondkenmerken en psychische stoornissen, 1996 (in *odds ratios*)

	stemmings- stoornis		angst- stoornis		alcohol- stoornis		comorbiditeit	
	<i>odds</i>	sign.	<i>odds</i>	sign.	<i>odds</i>	sign.	<i>odds</i>	sign.
geslacht								
vrouw	0,29	ja	0,30	ja	0,28	ja	0,29	ja
man <sup>a</sup>	1		1		1		1	
leeftijdscategorie <sup>a</sup>								
18-24 jaar	3,66	ja	3,63	ja	3,70	ja	3,89	ja
25-34 jaar	11,46	ja	11,27	ja	11,20	ja	11,79	ja
35-44 jaar	8,74	ja	8,58	ja	8,47	ja	8,95	ja
45-54 jaar	6,34	ja	6,27	ja	6,24	ja	6,44	ja
≥ 55 jaar <sup>a</sup>	1		1		1		1	
opleidingsniveau								
lager onderwijs	0,39	ja	0,39	ja	0,38	ja	0,40	ja
mavo, mbo	0,67	ja	0,67	ja	0,66	ja	0,67	ja
havo, vwo	0,55	ja	0,56	ja	0,56	ja	0,56	ja
hbo, universiteit	1		1		1		1	
somatische aandoening								
wel somatische aandoening	0,78	ja	0,77	ja	0,76	ja	0,79	ja
geen somatische aandoening	1		1		1		1	
stemmingsstoornis								
ja	0,57	ja	-		-		-	
nee	1		-		-		-	
angststoornis								
ja	-		0,72	ja	-		-	
nee	-		1		-		-	
alcoholstoornis								
ja	-		-		0,78	ja	-	
nee	-		-		1		-	
comorbiditeit								
1 stoornis	-		-		-		0,82	ja
2 stoornissen	-		-		-		0,51	ja
geen stoornis	-		-		-		1	

<sup>a</sup> De hoge coëfficiënten geven een enigszins vertekend beeld doordat de referentiecategorie (55-plussers) een extreme categorie betreft (omdat er maar weinig 55-plussers werken).

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96)

Uit tabel 4.19 blijkt dat leeftijd en geslacht veruit de belangrijke determinanten van arbeidsparticipatie zijn: mensen tussen de 25 en de 34 jaar zijn het actiefst op de arbeidsmarkt en 55-plussers het minst actief. Mannen werken vaker dan vrouwen. Ook opleidingsniveau speelt een rol: naarmate mensen een hoger opleidingsniveau hebben, hebben zij vaker een baan. Lichamelijke en psychische problemen blijken ook samen te hangen met deelname aan de arbeidsmarkt: mensen met een stemmingsstoornis werken minder vaak dan degenen zonder stoornis. Een stemmingsstoornis heeft zelfs nog grotere samenhang met het al dan niet hebben van werk dan een somatische aandoening (chronische ziekte). Ook angst- en alcoholproblemen hangen samen met de kans op werk, zij het dat de invloed hiervan kleiner is dan die van een stemmingsstoornis. Als mensen verschillende psychische

stoornissen hebben, hebben zij minder kans op een betaalde baan. Hierbij is niet duidelijk wat oorzaak en gevolg is: de gegevens zijn hier gepresenteerd alsof het hebben van psychische problemen een oorzaak van geringere arbeidsparticipatie is, terwijl het ook goed denkbaar is dat (problemen op) het werk leiden tot psychische problemen.

Uit tabel 4.20 komt naar voren dat er ook een samenhang is tussen het hebben van burnoutsymptomen en de mate van arbeidsparticipatie. Ook als men rekening houdt met andere kenmerken, zoals leeftijd en geslacht, hebben mensen met drie of meer symptomen minder vaak betaald werk dan anderen. Echter, leeftijd, geslacht en opleidingsniveau zijn van veel grotere betekenis voor de kans op werk. Uit de gegevens is niet af te leiden of het hebben van burnoutsymptomen leidt tot een kleinere kans op werk of dat het verband tussen burnoutsymptomen en werk andersom is.

Tabel 4.20 Al dan niet hebben van werk, personen van 18-64 jaar, naar achtergrondkenmerken en symptomen van burnout, 1997 (in *odds ratios*)

	<i>odds ratio</i>	sign.
geslacht		
vrouw	0,25	ja
man	1	
leeftijdscategorie <sup>a</sup>		
18-24 jaar	7,21	ja
25-34 jaar	16,95	ja
35-44 jaar	14,06	ja
45-54 jaar	8,86	ja
≥ 55 jaar	1	
opleidingsniveau		
lager onderwijs	0,34	ja
mavo, mbo	0,58	ja
havo, vwo	0,52	ja
hbo, universiteit	1	ja
burnoutsymptomen		
0-1 symptoom	1	
2 symptomen	0,88	nee
3 symptomen	0,72	ja
4-6 symptomen	0,71	ja

<sup>a</sup> De hoge coëfficiënten geven een enigszins vertekend beeld doordat de referentiecategorie (55-plussers) een extreme categorie betreft (omdat er maar weinig 55-plussers werken).

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'97)

Psychische stoornissen kunnen niet alleen samenhangen met de deelname aan de arbeidsmarkt, maar ook met het aantal uren dat men werkt. In tabel 4.21 wordt weergegeven hoeveel uren mensen met en zonder psychische stoornissen werken.

Tabel 4.21 Aantal uren werk van personen van 18-64 jaar die werkzaam zijn, naar het al dan niet hebben van psychische stoornissen, 1996 (horizontaal geperceenteerd en gemiddeld aantal uren)

	< 25 uur	25-39 uur	≥ 40 uur	gemiddeld aantal uur	sign. <sup>a</sup>
totaal (n = 4.700)	24	30	45	36	
geen stoornis	23	31	46	36	
wel stoornis	27	29	44	34	ja
1 stoornis	23	30	48	36	nee
≥ 2 stoornissen	37	28	35	31	ja
stemmingsstoornis	36	30	34	31	ja
angststoornis	33	30	36	32	ja
alcoholstoornis	19	25	56	38	ja

<sup>a</sup> Significante afwijking ten opzichte van de groep zonder psychische stoornissen (t-toetsen,  $p < 0,05$ ).

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96)

Mensen zonder psychische stoornissen die een betaalde baan hebben, werken gemiddeld 36 uur per week en degenen met psychische stoornissen 34 uur. Naarmate het aantal stoornissen toeneemt, neemt het aantal uren dat iemand werkt af: mensen met twee of meer stoornissen werken gemiddeld 31 uur. Deze laatste groep heeft beduidend vaker een deeltijdbaan.

Personen met stemmings- en angststoornissen werken gemiddeld minder dan mensen zonder psychische stoornissen, terwijl mensen met alcoholstoornissen gemiddeld juist meer uren werken. Deze laatste groep heeft vaak een fulltime baan: 56%. Ook hier geldt weer dat oorzaak en gevolg niet zonder meer duidelijk zijn.

In tabel 4.22 wordt weergegeven hoeveel dagen mensen met en zonder psychische stoornissen gedurende het jaar voorafgaand aan het interview niet hebben kunnen werken als gevolg van dit type problemen. Het gaat hierbij dus niet om het totaal-aantal dagen dat iemand zich heeft ziek gemeld, maar om een inschatting van de respondent van het aantal ziektedagen die het gevolg waren van psychische problemen.

Mensen met psychische stoornissen hebben zich gemiddeld 11 dagen ziek gemeld vanwege psychische problemen of verslavingsproblemen in het jaar voorafgaand aan het onderzoek en degenen zonder psychische stoornissen 1 dag. Vooral mensen met stemmingstoornissen (zoals depressies) melden zich lang ziek: gemiddeld 30 dagen. Uit tabel 4.22 is af te leiden dat mensen met psychische problemen zich zowel vaker ziek melden als langer ziek zijn: bij mensen zonder stoornis heeft gemiddeld 33% zich ziek gemeld en bij personen met een stoornis 45%. Van degenen met stemmings- of angststoornissen en personen met meerdere stoornissen is meer dan de helft ziek geweest.

Tabel 4.22 Aantal ziektedagen bij personen van 18-64 jaar die werkzaam zijn, naar het al dan niet hebben van psychische stoornissen, 1996 (in absolute aantallen en procenten)

	hele groep		hele groep		mensen die zich ziek hebben gemeld	
	gemiddeld aantal dagen	sign. <sup>a</sup>	% ziek gemeld	sign	gemiddeld aantal dagen	sign. <sup>a</sup>
totaal (n = 4.701)	2		36		37	
geen stoornis	1		33		29	
wel stoornis	11	ja	47	ja	62	ja
1 stoornis	4	ja	39	nee	39	nee
≥ 2 stoornissen	25	ja	62	ja	81	ja
stemmingsstoornis	30	ja	64	ja	80	ja
angststoornis	14	ja	54	ja	69	ja
alcoholstoornis	5	nee	33	nee	51	nee

<sup>a</sup> Significante afwijking ten opzichte van de groep zonder psychische stoornissen/zonder die specifieke stoornis (t-toetsen en Chi-kwadraattoetsen, p<0,05).

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96)

In de laatste twee kolommen van tabel 4.22 zijn diegenen geselecteerd die zich in het jaar voorafgaand aan de enquête ziek hebben gemeld. Hieruit blijkt duidelijk dat de mensen die zich ziek hebben gemeld vaak langdurig ziek zijn: gemiddeld 37 dagen, waarbij personen met psychische stoornissen gemiddeld beduidend langer ziek zijn dan degenen zonder stoornis. Vooral degenen met stemmingsstoornissen en personen met meerdere stoornissen melden zich lang ziek (80 dagen). Met andere woorden: ook bij mensen met psychische problemen geldt dat de meeste mensen die in staat zijn te werken, zich niet ziek melden (vanwege psychische problemen). Melden zij zich echter wel ziek, dan is er een groep die zeer langdurig afwezig is.

Het gemiddelde aantal dagen dat iemand zich heeft ziek gemeld is voor mensen met burnoutachtige symptomen niet bekend.<sup>10</sup> Wel is bekend in hoeverre zij gedurende het jaar voorafgaand aan de enquête hebben verzuimd vanwege ziekte (waarbij de ziekte zowel een lichamelijke als een psychische oorzaak kan hebben). Gemiddeld heeft in Nederland 44% zich ziek gemeld (zie tabel 4.23). Mensen met symptomen van burnout melden zich gemiddeld vaker ziek dan mensen zonder burnoutachtige symptomen. Bij mensen met 4-6 symptomen heeft 62% zich ziek gemeld gedurende het jaar voorafgaand aan de enquête.

Tabel 4.23 Al dan niet ziek gemeld, bij personen van 18-64 jaar die werkzaam zijn, naar het al dan niet hebben van burnout-symptomen, 1997 (in procenten)

	niet	wel
totaal (n = 3.735)	56	44
0-1 symptomen	59	41
2 symptomen	49	51
3 symptomen	45	55
4-6 symptomen	38	62

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'97)

Mensen kunnen zich niet alleen ziek melden, maar kunnen ook het gevoel hebben dat ze minder goed functioneren dan ze eigenlijk zouden willen. In tabel 4.24 zijn enkele aspecten van dit functioneren weergegeven. Deze ervaringen hoeven niet noodzakelijkerwijze betrekking te hebben op het werk. Ze kunnen ook te maken hebben met andere bezigheden. Omdat in de tabel alleen mensen zijn geselecteerd die werkzaam zijn, lijkt het waarschijnlijk dat de meeste mensen hun werksituatie voor ogen hebben gehad toen ze deze vragen beantwoordden. Deze drie aspecten vormen samen een subschaal van de SF-36 (*Short Form Health Survey*). Een hoge score op deze schaal wil zeggen dat mensen niet het gevoel hebben dat zij in hun dagelijkse bezigheden zijn belemmerd als gevolg van emotionele of psychische problemen.

Tabel 4.24 Subjectieve beleving van het werk,<sup>a</sup> personen van 18-64 jaar die werkzaam zijn, naar het al dan niet hebben van psychische stoornissen, 1996 (in procenten en gemiddelden)

	minder tijd aan werk <sup>a</sup> besteed dan gewenst (%)	minder bereikt in werk <sup>a</sup> dan gewenst (%)	werk <sup>a</sup> niet zorgvuldig gedaan (%)	gemiddelde score	sign. <sup>b</sup>
totaal (n = 4.707)	6	7	7	94	
geen stoornis	4	4	5	96	
wel stoornis	14	14	15	85	ja
1 stoornis	8	8	11	91	ja
≥ 2 stoornissen	29	32	26	71	ja
stemmingsstoornis	31	35	28	69	ja
angststoornis	20	20	18	81	ja
alcoholstoornis	8	10	11	91	ja

<sup>a</sup> Werk kan ook betrekking hebben op andere bezigheden.

<sup>b</sup> Significante afwijking ten opzichte van de groep zonder psychische stoornissen (t-toesten,  $p < 0,05$ ).

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96)

Uit tabel 4.24 blijkt dat mensen met psychische stoornissen vaker van mening zijn dat zij minder tijd aan hun werk of andere bezigheden hebben besteed, minder hebben bereikt en hun bezigheden minder zorgvuldig hebben gedaan dan ze zouden



willen dan anderen. Personen met stemmingsstoornissen beoordelen hun eigen bezigheden het negatiefst, gevolgd door degenen met angststoornissen. De gegevens geven weer hoe mensen zelf hun werkzaamheden beoordelen. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijze ook te betekenen dat zij hun werk echt minder goed hebben gedaan dan anderen. Dat mensen met stemmingsstoornissen vaak aangeven dat zij hun werk niet goed hebben gedaan komt mede doordat zij een negatieve perceptie van hun omgeving hebben. Ook personen met een alcoholverslaving, die even vaak aan de arbeidsmarkt deelnemen als mensen zonder psychische stoornissen en minstens evenveel uur werken, geven over het algemeen aan minder tevreden met hun werk te zijn.

Ook mensen met symptomen van burnout zijn minder tevreden over hun eigen werkzaamheden dan anderen (niet in de tabel). Vooral degenen die meerdere symptomen hebben, zijn minder tevreden over de tijd die ze aan hun bezigheden hebben besteed, wat ze hebben bereikt en hoe zorgvuldig ze hun werk hebben kunnen doen. Burnoutsymptomen kunnen dus grote gevolgen hebben voor de tevredenheid over de eigen werkzaamheden.

#### **4.5 Samenvatting**

Mensen met chronische ziekten en beperkingen hebben minder vaak een baan dan mensen zonder ziekten of beperkingen. Dit geldt des te sterker als er meerdere chronische ziekten, een chronische ziekte in een ernstig stadium of een combinatie van chronische ziekten en beperkingen in het spel zijn. Beperkingen vormen een grotere belemmering om aan het arbeidsproces deel te nemen dan chronische ziekten. Andere determinanten zijn opleidingsniveau, geslacht en leeftijd. Hiervan heeft opleidingsniveau verreweg de grootste invloed op het hebben van een baan. De lagere arbeidsdeelname van mensen met een chronische ziekte en/of beperkingen moet dan ook voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan hun relatief lagere opleidingsniveau en hun wat hogere leeftijd.

Vrouwen werken minder vaak dan mannen. Dat geldt ook voor vrouwen met gezondheidsproblemen, in vergelijking met mannen met gezondheidsproblemen. De lage arbeidsdeelname van vrouwen met gezondheidsproblemen hangt echter vooral samen met het feit dat de arbeidsparticipatie van oudere en laagopgeleide vrouwen (onder wie veel vrouwen met lichamelijke beperkingen) laag is en niet zozeer met de lichamelijke beperkingen zelf. Wanneer voor achtergrondkenmerken als leeftijd en opleiding is gecorrigeerd, is de invloed van de gezondheid voor mannen zelfs groter dan voor vrouwen. Het is mogelijk dat vrouwen met beperkingen vaker dan mannen in deeltijd werken of ander werk doen, waardoor zij met lichamelijke beperkingen hun werk langer kunnen (blijven) uitoefenen.

Mensen met een chronische ziekte werken gemiddeld in iets lagere functies dan mensen zonder ziekte. Dat laatste wordt vooral bepaald door het lagere opleidingsniveau van mensen met gezondheidsaandoeningen en niet door de ziekten of beperkingen zelf. In hoeverre mensen met een langdurige aandoening

daadwerkelijk minder promotiekansen door hun ziekte hebben is moeilijk te zeggen. Ze ervaren op dit punt iets minder kansen, maar het aantal leidinggevenden verschilt nauwelijks tussen mensen met en zonder chronische ziekte.

Onder mensen met een chronische ziekte is het ziekteverzuim hoger; ze melden zich niet alleen vaker maar ook langduriger ziek. Bovendien rapporteren mensen met een chronische ziekte vaker klachten door het werk en brengen zij hun ziekteverzuim ook vaker in verband met deze klachten dan mensen zonder langdurige aandoening. Voorzover het rugaandoeningen of gewrichtsslijtage betreft, is het wel aannemelijk dat de chronische ziekte (mede) veroorzaakt is door overbelasting in het werk; voor andere aandoeningen is dit niet duidelijk. Of mensen met chronische ziekten door een lagere belastbaarheid eerder klachten ervaren en zich eerder ziek melden dan anderen, kan op basis van de beschikbare gegevens niet worden vastgesteld.

Mensen met psychische problemen, zoals een stemmingsstoornis, een angststoornis of een alcoholstoornis, nemen minder vaak deel aan de arbeidsmarkt dan anderen. Met name mensen met stemmings- en angststoornissen (onder wie veel vrouwen) werken weinig en zijn vaak actief in het huishouden. Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau zijn de belangrijkste determinanten van werk, maar ook psychische problemen zijn van invloed. Deze invloed is zelfs groter dan die van lichamelijke beperkingen. Zeker wanneer mensen verschillende psychische problemen tegelijkertijd hebben, verkleint dit hun kans op deelname aan de arbeidsmarkt aanzienlijk.

Ook het aantal uren dat iemand werkt, hangt samen met psychische stoornissen: mensen met stemmings- of angststoornissen (voornamelijk vrouwen) werken vaak in deeltijdbanen. Personen met een alcoholverslaving werken echter vaak fulltime. Van de mensen met psychische stoornissen die werken, meldt de meerderheid zich niet ziek vanwege deze psychische problemen. Als zij dat echter wel doen, is de afwezigheid vaak van lange duur. Dit geldt vooral voor diegenen met stemmingsstoornissen.

Tot slot blijkt uit deze paragraaf dat mensen met psychische problemen minder tevreden zijn over hun werk dan mensen die geen psychische problemen kennen. Diegenen met stemmingsstoornissen beoordelen hun werk het minst positief.

## Noten

- 1 Het aandeel personen binnen de potentiële beroepsbevolking (15-65-jarigen) dat tenminste 12 uur per week werkt, wordt vaak aangeduid als de nettoarbeidsparticipatie. Een andere maatstaf is de brutoarbeidsparticipatie. Deze geeft aan welk deel van de bevolking tot de beroepsbevolking behoort, dat wil zeggen ofwel een baan heeft voor tenminste 12 uur per week ofwel (als werkloze) werkzoekend is. Redenen om niet tot de beroepsbevolking te behoren zijn arbeidsongeschiktheid, zorg voor huishouden en kinderen of het volgen van een opleiding.
- 2 Hoewel het nauwkeuriger is om te spreken van 'mensen met een chronische ziekte' dan van 'chronisch zieken' wordt hier omwille van de leesbaarheid soms toch de term 'chronisch zieken' gebruikt.
- 3 Er is niet gekeken naar het aantal mensen met een arbeidshandicap. Het aandeel mensen met zowel chronische aandoeningen als lichamelijke beperkingen en het aandeel mensen met matige of ernstige beperkingen dat werkt, komt ongeveer overeen met de gegevens van De Vos en Wevers (1999): zij komen tot een schatting van 350.000 tot 500.000 werkende arbeidsgehandicapten, hetgeen 27%-38% van de mensen met een arbeidshandicap is.
- 4 Arbeidsgehandicapt wil hier zeggen dat iemand de afgelopen vijf jaar (weleens) een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft ontvangen of in aanmerking kwam voor een WSW-plaats (maar daar niet werkt), een subsidie heeft ontvangen voor een aanpassing op de werkplek, een advies tot of hulp bij werkaanpassingen heeft gekregen of dat iemand zelf de eigen kans op werk lager inschat dan anderen.
- 5 Het gaat hierbij om patiënten die last hebben van kortademigheid, een piepende ademhaling en/of astma-aanvallen.
- 6 Dit blijkt uit de R-waarden, die een indicatie geven van de omvang van de invloed van de afzonderlijke variabelen. De R-waarden zijn niet opgenomen in de tabel om de tabel overzichtelijk te houden.
- 7 Zie ook paragraaf 4.1 voor een omschrijving van het begrip 'arbeidshandicap'.
- 8 Het betreft een regressieanalyse waarbij rekening is gehouden met het ordinale meetniveau van de afhankelijke variabele (functieniveau).
- 9 Dit betreft de volgende symptomen: (1) somberheid en depressieve stemming, gevoelens van bezorgdheid en gespannenheid, (2) interesseverlies, (3) slaapproblemen, (4) moeheid, gebrek aan energie, (5) waardeloos, schuldig en/of zondig voelen, (6) concentratiestoornissen, gedachten traag formuleren.
- 10 Dit komt doordat de gegevens over burnout zijn ontleend aan de tweede meting en in die meting is niet naar het aantal ziektedagen gevraagd.



## 5 ARBEIDS(RE)INTEGRATIE

*Irma Schoemakers-Salkinoja en Ans Merens*

### 5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is weergegeven in hoeverre de deelname aan betaalde arbeid door mensen met een chronische somatische of psychische aandoening verschilt van die van mensen die geen klachten kennen. In dit hoofdstuk staat het gebruik van voorzieningen die deze arbeidsdeelname moeten verhogen centraal. Eerst wordt echter aandacht besteed aan de factoren die van invloed zijn op de werkhervatting van mensen die arbeidsongeschikt zijn geworden (§ 5.2).

In paragraaf 5.3 komt het gebruik van verschillende reïntegratiemaatregelen en aanpassingen van de arbeidsplaats aan bod. Ook wordt hier aandacht besteed aan de Wet REA. De beschermde arbeidsmarkt (sociale werkvoorziening, begeleid werken, arbeid in dagcentra voor verstandelijk gehandicapten), wordt besproken in paragraaf 5.4. Hier wordt onder meer aandacht besteed aan het verrichten van arbeidsmatige activiteiten in dagcentra. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 5.5).

In dit hoofdstuk wordt vooral ingegaan op het gebruik van voorzieningen door mensen met lichamelijke aandoeningen en beperkingen, omdat over deze groep de meeste gegevens bekend zijn. Over mensen met psychische stoornissen en verstandelijk gehandicapten zijn alleen specifieke gegevens beschikbaar met betrekking tot de beschermde-arbeidsmarkt (§ 5.4).

### 5.2 Determinanten van werkhervatting

In deze paragraaf wordt bekeken wat de invloed is van gezondheidskenmerken (zoals een chronische ziekte) en welke invloed persoonskenmerken (zoals geslacht, leeftijd of opleidingsniveau) hebben op de mogelijkheid om weer aan het werk te gaan.

Uit onderzoek van Nijboer et al. (1993) naar werkhervatting na arbeidsongeschiktheid blijkt dat slechts een klein aantal kenmerken een substantieel effect heeft op werkhervatting. De kans op werkhervatting blijkt groter als:

- de werknemer van het mannelijk geslacht is;
- de werknemer voltijds werkt;
- er maatregelen zijn getroffen om het werk aan te passen;
- de economische situatie van het bedrijf niet slecht is;
- de ziekte van de werknemer is verminderd in het ziektejaar;
- de werknemer door had kunnen werken als het werk was aangepast of als er ander werk was aangeboden;
- de bedrijfsarts positief is over de werkhervatting.

Omgekeerd hadden de volgende categorieën arbeidsongeschikten een kleine kans op werkhervatting:

- vrouwen;
- arbeidsongeschikten ouder dan 50 jaar en (in mindere mate) arbeidsongeschikten jonger dan 30 jaar;
- WAO'ers met een laag opleidingsniveau;
- arbeidsongeschikten afkomstig uit bedrijven die er economisch slecht voor staan;
- WAO'ers die voorheen in deeltijd werkten.

Met andere woorden: de gezondheid speelt een rol bij de kans op werk(hervatting). Immers, als de ziekte is verminderd, hebben mensen een grotere kans om terug te keren. Echter, ook persoonskenmerken en de economische omstandigheden van een bedrijf zijn van invloed. Mannen lijken een grotere kans op werkhervatting te hebben dan vrouwen.

Dit laatste wordt bevestigd in een studie van Vinke et al. (1999). Zij gingen, door middel van een onderzoek bij bedrijfsartsen en mannelijke en vrouwelijke arbeidsongeschikten met vergelijkbare arbeidskenmerken, na of vrouwen werden gediscrimineerd bij arbeidsreïntegratie. Hierbij bleek dat bedrijfsartsen het belang van reïntegratie voor mannelijke werknemers hoger inschatten dan voor vrouwelijke werknemers. In hun praktische verzuimbegeleiding van mannelijke en vrouwelijke zieken bleken bedrijfsartsen echter niet direct te discrimineren. Wel bleek dat zij in hun inspanning rekening hielden met aspecten die indirect aan sekse gerelateerd zijn, zoals de omvang van de aanstelling, het soort beroep en het soort aanpak.

Mannen en vrouwen verschillen zelf ook in hun reïntegratiegedrag; een opmerkelijk verschil was dat de houding van het sociale netwerk ten opzichte van werken een grote invloed had op het wel of niet werk hervatten door vrouwen (maar niet door mannen): als het netwerk van een vrouw er niet achter staat dat de vrouw gaat werken, dan doen vrouwen minder moeite om weer aan het werk te komen.

Uit onderzoek van Cuelenaere et al. (1999) komt naar voren dat gezondheid een grotere rol speelt bij werkhervatting dan persoonskenmerken. In dit onderzoek werden langdurige rugpatiënten gedurende twee jaar gevolgd om na te gaan welke kenmerken met werkhervatting samenhangen. Hier bleek dat het eerste ziektejaar het belangrijkste was. Medische behandelingen in het eerste ziektejaar leidden tot verbetering van de gezondheid. In het tweede jaar vond nauwelijks herstel van de gezondheid plaats. Als in het tweede jaar nog behandelingen nodig waren, was de kans op werkhervatting kleiner. Degenen die gedurende de onderzoeksperiode niet aan het werk kwamen, schreven dat zelf met name toe aan hun gezondheidssituatie. Hierbij deed de aard van de rugaandoening er weinig toe. Wel speelden de gezondheidsbeleving en de functionele beperkingen een rol bij de kans op werkhervatting. Naast gezondheid zijn enkele persoonskenmerken relevant voor de werkhervatting. Mannen, jongeren, kostwinners, niet-alleenstaanden, hoger opgeleiden en degenen die al bij de ziekmelding een hoger inkomen hadden, hervatten het werk significant

vaker. Tevredenheid met het werk deed er minder toe (Cuelenaere et al. 1999). Ook hier zien we dus een verschil tussen mannen en vrouwen.

Besseling en Van der Kolk (1998) volgden gedurende 2,5 jaar de gezondheid van 621 personen uit het WAO-cohort van 1994 en gingen na of deze werd beïnvloed door werkhervatting. Zij onderscheiden de volgende groepen:

- gedeeltelijk arbeidsongeschikten die een half jaar na de WAO-keuring nog niet werkten, maar 2,5 jaar daarna wél (de 'werkhervatters');
- gedeeltelijk arbeidsongeschikten, op beide tijdstippen zonder werk;
- volledig arbeidsongeschikten, op beide tijdstippen zonder werk.

Na 2,5 jaar was 63% van de onderzoeksgroep (WAO'ers) nog onder medische behandeling en gebruikte 58% voorgeschreven medicijnen; hierbij waren de 45-49-jarigen het vaakst nog onder behandeling. Voor het gros van de onderzochte personen (72%) veranderde het arbeidsongeschiktheidspercentage niet in de loop van de 2,5 jaar. Bij 10% van de onderzoeksgroep was de arbeidsongeschiktheidsklasse na 2,5 jaar hoger dan na 0,5 jaar en bij 18% lager.

Uit het onderzoek blijkt dat de werkhervatters reeds bij de eerste meting (1994) een veel betere gezondheid hadden dan de niet-hervatters. Dit lijkt, net als in het onderzoek van Cuelenaere et al. (1999), te duiden op een relatie tussen een betere gezondheid en werkhervatting. De gezondheid van de niet-werkende gedeeltelijk arbeidsongeschikten (arbeidsongeschiktheidspercentage < 80) was reeds bij de eerste meting beduidend slechter dan die van de hervatters. De gezondheid werd niet beter of slechter bij het uitblijven van werkhervatting.

Tenslotte werd de gezondheid van het WAO-cohort van 1994 (zie hiervoor) vergeleken met die van het WAO-cohort van 1991. De gezondheid van het WAO-cohort 1994 was beduidend slechter dan die van 1991. Daaruit concluderen de onderzoekers dat de Wet TBA (Wet terugdringing beroep op arbeidsongeschiktheidsregelingen) effectief is gebleken, omdat alleen de ernstiger gevallen in 1994 een uitkering kregen (Besseling en Van der Kolk 1998).

### **5.3 Aanpassing van de arbeid en andere reïntegratiemaatregelen**

#### *5.3.1 Inleiding*

Een hoog ziekteverzuim en een groot aantal arbeidsongeschikten in Nederland is sinds jaar en dag een grote zorg voor de overheid. Terugkeer van de werknemer naar werk na een periode van ziekte of arbeidsongeschiktheid heeft dan ook een hoge prioriteit in het overheidsbeleid. In de loop van de jaren heeft dit geleid tot een opeenstapeling van maatregelen ter bevordering van (re)integratie van zieke en gehandicapte werknemers. Deze maatregelen waren echter niet erg succesvol (De Klerk en Timmermans 1998). In de jaren negentig zijn diverse maatregelen genomen om het beroep op sociale voorzieningen wegens ziekte of arbeidsongeschiktheid terug te dringen; tevens zijn er maatregelen getroffen om de terugkeer op het werk te bevorderen. De belangrijkste wettelijke maatregel in dat verband is de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (de Wet REA), die per 1 juli 1998 werd ingevoerd. In deze wet zijn de - tot dan toe versnipperde - instrumenten ter

bevordering van deelname van arbeidsgehandicapten aan betaalde arbeid gestroomlijnd. De Wet REA biedt een groot aantal faciliteiten, zoals werkaanpassingen, loonkostensubsidies, werken onder begeleiding (*job coaching*) en persoonsgebonden reïntegratiebudgetten; dit laatste is nog experimenteel. (Re)integratie- en (her)plaatsingsbudgetten bieden financiële mogelijkheden aan werkgevers, uitvoeringsorganen, gemeenten en arbeidsvoorzieningen om gezamenlijk arbeidsgehandicapten aan het werk te helpen.

In deze paragraaf wordt verslag gedaan van literatuuronderzoek naar ervaringen met toepassing van reïntegratiemaatregelen om de werkhervatting te bevorderen. Het accent ligt daarbij op literatuur over mensen met een chronische ziekte. Daarnaast worden enkele gegevens over de Wet REA gepresenteerd.

### 5.3.2 Landelijke cijfers over toepassing van reïntegratiemaatregelen

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid laat (sinds 1995) jaarlijks een panelonderzoek uitvoeren onder ruim 3.600 private bedrijven, die tenminste twee personeelsleden in loondienst hebben.<sup>1</sup> Dit panel geeft macrocijfers over ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van bijzondere groepen. Onder de deelnemende bedrijven zijn alle bedrijfstakken vertegenwoordigd; het aantal werknemers per bedrijf bedraagt gemiddeld 20.

Als arbeidsgehandicapten worden in het panel drie categorieën personen aangemerkt (Schellekens et al. 1999: 58), namelijk:

- werknemers met een arbeidsongeschiktheidsuitkering;
- werknemers voor wie met subsidie van de bedrijfsvereniging/uitvoeringsinstelling krachtens art. 57 of 57a AAW een werkvoorziening is getroffen;
- werknemers behorende tot het zogenoemde vangnet in het kader van de WAGW.

In 1996 en 1997 bedroeg, op basis van schattingen die zijn gebaseerd op het werkgeverspanel, het aantal arbeidsgehandicapte werknemers 1% van alle werknemers in loondienst in Nederland; begin 1998 was dit 1,9%.<sup>2</sup> Het aantal arbeidsgehandicapten met een betaalde baan is dus gestegen. Deze werknemers met een arbeids handicap waren werkzaam in 16% van de bedrijven; 13% van de bedrijven had reïntegratiemaatregelen toegepast: 6,0% had uitsluitend een maatregel voor eigen rekening toegepast; 4,4% had zowel gebruikgemaakt van wettelijke instrumenten als maatregelen voor eigen rekening getroffen en 2,2% had uitsluitend een wettelijke maatregel toegepast.

Het aantal bedrijven en het aantal werknemers die betrokken waren bij de toepassing van de maatregelen in de jaren 1995-1997, evenals de aard van de maatregel, is te zien in tabel 5.1.



Tabel 5.1 Toepassing van (re)integratiemaatregelen:<sup>a</sup> het aantal bedrijven en het aantal werknemers dat daarbij betrokken was, naar de aard van de maatregel, 1995-1997 (in procenten)

	bedrijven (n = 3.600)			werknemers		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
her- of proefplaatsing, evt. met loondoorbetaling	18	12	11	3	2	2
aanpassing functie/taakinhoud en/of taakomvang	10	8	7	2	2	2
scholing en/of begeleiding	5	4	3	1	1	1
aanpassing werkplek/arbeidsomstandigheden	4	3	4	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>
plaatsing op speciale afdeling	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>
overige maatregelen	<sub>b</sub>	1	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>	<sub>b</sub>
geen maatregel toegepast <sup>c</sup>	81	84	87	38	47	52
maatregel voor eigen rekening toegepast <sup>d</sup>	13	12	11	max. 4 <sup>e</sup>	max. 3 <sup>e</sup>	max. 4 <sup>e</sup>
wettelijke maatregel toegepast <sup>d</sup>	13	10	7	max. 3 <sup>e</sup>	max. 2 <sup>e</sup>	max. 1 <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Zowel wettelijke maatregelen als maatregelen voor eigen rekening van de werkgever.

<sup>b</sup> Aantal < 0,5%.

<sup>c</sup> Lees als volgt: in 1995 paste 81% van de bedrijven geen enkele maatregel toe. Bij deze bedrijven werkte in 1995 38% van alle werknemers in Nederland.

<sup>d</sup> Dit bevat dubbeltellingen, omdat bedrijven beide soorten maatregelen kunnen hebben toegepast.

<sup>e</sup> Maximaal omdat onbekend is in hoeverre het om dubbeltellingen gaat (meer maatregelen voor één persoon zijn toegepast).

Bron: Schellekens et al. (1999) SCP-bewerking

Het aantal toepassingen van reïntegratie-instrumenten is tussen 1995 en 1997 afgenomen (Schellekens et al. 1999). Het aantal bedrijven dat *geen* maatregel heeft toegepast (dit zijn vooral kleine bedrijven), nam toe van 81% in 1995 tot 87% in 1997. In 1997 heeft 11% van de bedrijven één of meer maatregelen voor eigen rekening getroffen. Daarbij was naar schatting maximaal 4% van de Nederlandse werknemers betrokken. In 1997 gebruikte 7% van de bedrijven één of meer wettelijke reïntegratie-instrumenten; in 1995 was dat nog 13%. De daling in de toepassing van reïntegratie-instrumenten hangt vooral samen met de afname in het gebruik van wettelijke instrumenten en niet zozeer met de maatregelen die bedrijven voor eigen rekening treffen.

Het wegvallen van een veelgebruikt instrument, artikel 30 Ziektewet<sup>3</sup>, verklaart een deel van de daling.<sup>4</sup> Er zijn echter ook andere oorzaken. Zo is het gebruik van medische keuringen in 1997 nog maar de helft van dat in 1995 (respectievelijk 9% en 18%), maar is selecteren op gezondheid, verzuimverleden en/of WAO-achtergrond en risicovol gedrag toegenomen (Schellekens et al. 1999). Het afweren van minder gezonde sollicitanten is in lijn met de afname van het gebruik van reïntegratiemaatregelen in bedrijven. Bedrijven die wél veelvuldig reïntegratie-instrumenten toepassen hebben een hoog ziekteverzuim en een hoge WAO-instream. Bedrijven met een goed ontwikkelde interne medezeggenschap, met een breed arbobeleid en met een breed verzuimbeleid maken eveneens vaker gebruik van reïntegratieinstrumenten (Huurne et al. 1997).

Nijboer et al. (1993) verrichtten onderzoek, onder meer naar aanpassing van de arbeid, bij personen die na een jaar ziekte wettuitkering gekeurd waren voor de WAO. Circa 30% van de ruim 7.300 onderzochte personen had het werk hervat.<sup>5</sup> Bij 56% van de hervatters werd het werk aangepast. Tabel 5.2 laat zien dat de maatregel 'verandering van taken en/of werkzaamheden' het meest wordt toegepast, gevolgd door 'verandering (meestal verkorting) van werktijden'. Bij plaatsing bij een nieuwe werkgever worden, naast deze maatregelen, iets vaker het werktempo aangepast en scholing gegeven dan bij terugkeer bij de oude werkgever.

Tabel 5.2 Werkaanpassingen van werkhervatters na een WAO-keuring, bij respectievelijk de oude werkgever, de nieuwe werkgever en totaal, 1990 (in procenten)

	oude werkgever	nieuwe werkgever	totaal
verandering taken/werkzaamheden	71	68	70
verandering werktijden	50	44	48
vermindering werktempo	37	52	41
aanschaf hulpmiddelen	10	8	10
(bij)scholing	5	14	7
aanpassing machines/gereedschappen	4	3	4
anders	12	21	14
(n)	(938)	(313)	(1.251)

Bron: Nijboer et al. (1993)

Uit de tabellen 5.1 en 5.2 komt enerzijds naar voren dat er vrij zelden instrumenten worden toegepast om werknemers (opnieuw) aan het werk te helpen, maar anderzijds dat meer dan de helft van de terugkerende werknemers door diverse maatregelen wordt geholpen. Uit het onderzoek van Nijboer et al. (1993: 82) blijkt dat het aanpassen van de arbeidsomstandigheden van groot belang is voor de werkhervatting: "De resultaten van onderhavig onderzoek laten zien dat algemene maatregelen als een goed arbeidsomstandighedenbeleid en het aanstellen van een bedrijfsarts op zich nog niet voldoende garantie bieden voor de bevordering van reïntegratie. Waar het om gaat is het realiseren van individuele aanpassingen van de arbeidssituatie."

Andries et al. (1998) gingen na in hoeverre arbeidsgehandicapten werken met een voorziening/aanpassing op het werk. Tabel 5.3 laat de rapportage zien van zowel de arbeidsgehandicapte zelf als de betrokken bedrijfsarts, alsmede het verschil tussen beide.

Tabel 5.3 Het voorkomen van werkaanpassingen:<sup>a</sup> rapportage door de arbeidsgehandicapte<sup>b</sup> en door de bedrijfsarts, 1997 (in procenten)

	aanpassing/ voorziening op werk volgens arbeids- gehandicapte	arbeidsgehan- dicapte en bedrijfs- arts rapporteren even vaak <sup>c</sup>	arbeidsge- handicapte rapporteert vaker <sup>c</sup>	bedrijfsarts rapporteert vaker <sup>c</sup>
werktijden	63	31	50	19
taakontlasting	56	43	41	16
hulpmiddelen	54	67	26	7
taakaanpassing	43	44	34	22
totaalaantal aanpassingen genoemd	79	43	52	5

<sup>a</sup> Meerdere antwoorden mogelijk.

<sup>b</sup> Arbeidsgehandicapte in dit onderzoek: voor de WAO/AAW gekeurd met een arbeidsongeschiktheidspercentage < 80.

<sup>c</sup> Deze categorieën tellen op tot 100%.

Bron: Andries et al. (1998)

De meest gerapporteerde maatregel is aanpassing van de arbeidstijd. Opvallend is dat de arbeidsgehandicapte zelf veel meer werkaanpassingen rapporteert dan de bedrijfsarts. Kennelijk worden er op de werkplek veel informele regelingen getroffen. Dat betekent dat in de naaste werkomgeving zorg besteed wordt aan de arbeidsgehandicapte. Dit kan echter ook onduidelijkheid in de hand werken, bijvoorbeeld over de rechten van de betrokkene. Immers, informele regelingen worden niet opgenomen in het reïntegratieplan dat de werkgever en de uitvoeringsinstelling dienen op te stellen.

Vooral formeel getroffen maatregelen dragen bij aan een lager ziekteverzuim van de betrokkene. Dit kan een aanwijzing zijn van een grotere efficiency van formeel getroffen maatregelen (in vergelijking met informele maatregelen of het achterwege laten van voorzieningen). Dit effect is echter gevonden in een relatief klein onderzoek (Andries et al. 1998).

Uit het Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nivel blijkt dat een veel kleiner deel van de werkende mensen met een langdurige ziekte (19%) aangepast werk of een aangepaste werkplek heeft dan van de eerdergenoemde arbeidsgehandicapten. De meest genoemde aanpassingen zijn korter werken of een ander werktempo. Deze twee aanpassingen staan ook bovenaan het lijstje van degenen die aanpassingen wensen. In tabel 5.4 wordt enigszins bevestigd wat in paragraaf 4.3 werd vermoed, namelijk dat de arbeidstijd vaak is aangepast aan de wens van de betrokkene. Anderzijds is er ook een kleine groep die nog (meer) aanpassing van de werktijd wenst.

Andere aanpassingen die zijn gerealiseerd of worden gewenst hebben ook vooral betrekking op immateriële zaken: meer gelegenheid tot pauzes, andere werktijden en taakaanpassing. Materiële aanpassingen (hulpmiddelen, meubilair, toegankelijkheid gebouw) worden vrij weinig toegepast, maar worden ook niet vaak gewenst.

Tabel 5.4 Gerealiseerde en gewenste werk- en werkplekaanpassingen bij werkenden met een chronische ziekte, op basis van rapportage door mensen met een chronische ziekte, 1997 (in procenten)<sup>a</sup>

	gerealiseerde aanpassingen <sup>b</sup>	gewenste aanpassingen <sup>b</sup>
andere werktijden	3	2
korter werken	7	4
ander werktempo	7	3
meer gelegenheid tot pauzes	4	2
andere of minder taken	5	2
hulp door collega's	3	1
hulpmiddelen	3	1
ander gereedschap	1	1
ander meubilair	4	2
voorziening woon-werkverkeer	0	1
betere toegankelijkheid	1	1
scholing	1	1
rustruimte	1	0
anders	4	6
totaal aanpassing werk of werkplek genoemd	19	18
(n)	(655)	(655)

<sup>a</sup> Dit is inclusief mensen die minder dan 12 uur werken.

<sup>b</sup> Meerdere antwoorden mogelijk.

Bron: Nivel (PPCZ'98)

Het Nivel-onderzoek bevat nog meer gegevens over werk(plek)aanpassingen. Zo blijkt dat bij 14% van de respondenten met aanpassingen daarvoor een subsidie is verstrekt. In bijna alle gevallen (93%) speelde de werkgever een rol in de aanpassing. Minder vaak gold dit voor de bedrijfsarts (60% van de respondenten met aanpassingen). De rol van de werkgever betrof vooral het actief meewerken aan werk(plek)aanpassingen (42%), en in veel mindere mate het financieren daarvan (15%). De bedrijfsarts speelde vooral een adviserende rol (27%) en incidenteel een bemiddelende (9%).

Uit het hiervoor aangehaalde onderzoek komen enkele opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen naar voren. De bedrijfsarts speelde bij mannen vaker een rol in de aanpassingen dan bij vrouwen en had ook veel vaker een adviserende rol. Ten aanzien van de werkgever kan worden vastgesteld dat deze aan de aanpassingen van mannen veel vaker actief meewerkte dan aan de aanpassingen van vrouwen. Hierbij is niet bekend of vrouwen even vaak een verzoek tot werkaanpassing hebben ingediend als mannen.

### 5.3.3 Aanpassing van de arbeid aan specifieke beperkingen en chronische ziekten

In de onderzoeksliteratuur over arbeidsongeschiktheid zijn slechts enkele studies beschikbaar waarin wordt ingegaan op specifieke aandoeningen die aan de arbeidshandicap ten grondslag liggen. In deze subparagraaf wordt gerapporteerd over het gevolg van specifieke ziekten of diagnosecategorieën op de uitvoering van het werk. Welke beperkingen ondervinden arbeidsgehandicapten op hun werk en

hoe is hun werk aangepast? Verschillen de beperkingen en de aanpassingen naar ziekte of diagnosecategorie?

In het eerder geciteerde onderzoek, verricht door Andries et al. (1998), werd arbeidsgehandicapten en hun niet-gehandicapte collega's gevraagd naar beperkingen die zij in het dagelijks leven en op het werk ondervonden (zie ook tabel 5.5).

Tabel 5.5 Beperkingen in het dagelijks leven, taakbeperkingen op het werk, vermoeidheid op het werk en werkaanpassingen bij arbeidsgehandicapten, naar diagnosecategorie, 1997 (in procenten, tenzij anders aangegeven)

	beperkingen in het dagelijks leven <sup>a</sup>		taakbeperkingen <sup>b</sup>		vermoeidheid <sup>c</sup> wel vermoeid	werkaanpassingen <sup>d</sup>	
	gem. aantal	geen	≥ 3	gem. aantal		meest voorkomende	
psychisch (n = 76)	4,4	44	27		32	1,9	werktijden 50%
hart/ vaat aandoeningen (n = 65)	5,9	44	35		38	2,6	werktijden 50%
beweging/houding (n = 311)							werktijden/taakontlasting 52%
	9,4	28	40		25	2,9	

<sup>a</sup> 27 beperkingen, zoals beperkingen in de mobiliteit (lopen, in stoel zitten/opstaan, bukken en opkomen, bewaren evenwicht, nauwkeurig bewegen voeten/benen, hurken en knielen, stoepje opstappen, hardlopen, traplopen); fijne bewegingen met de hand; grove bewegingen met de armen, reiken met de armen; communicatie (verstaanbaar praten, horen, zien, zich uitdrukken in gesproken taal), mentaal (zich concentreren, langer dan 5 minuten onthouden, plannen en organiseren), krachtzetten met benen, armen.

<sup>b</sup> Een vergelijking tussen activiteiten die in het dagelijks leven problemen opleveren en de mate waarin deze zelfde activiteit tot problemen (moeite met) in het werk leidt, max. 27 beperkingen.

<sup>c</sup> Wel vermoeid: werk is te vermoeiend en ik wil het eigenlijk kalmer aan doen in het werk.

<sup>d</sup> De vier typen werkaanpassingen zijn: hulpmiddelen, taakontlasting, taakaanpassing, aanpassing werktijden.

Bron: Andries et al. (1998)

Het aantal beperkingen in het dagelijks leven bleek voor een belangrijk deel bepalend voor problemen met de werkuitvoering. Werknemers met veel beperkingen in het dagelijks leven, bijvoorbeeld met het bewegingsapparaat, hadden vrij veel taakbeperkingen (tabel 5.5). Opvallend is dat veel arbeidsgehandicapten géén taakbeperkingen ondervinden. De percentages werknemers die drie of meer taakbeperkingen ondervinden, zijn verrassend laag (tussen de 27% en 40%) gezien de ernst van de aandoeningen waaraan de arbeidsgehandicapten lijden. Blijkbaar zijn bij sommige personen taakbeperkingen geheel weggenomen. Daarentegen rapporteert een substantieel deel van de arbeidsgehandicapten vermoeidheid op het werk. Vermoeidheid wordt door collega's en chefs vaak over het hoofd gezien, omdat het niet zo duidelijk zichtbaar is voor de omgeving.

De samenhang tussen het aantal beperkingen in het dagelijks leven en het aantal werkaanpassingen bleek statistisch significant. Circa driekwart van de arbeidsgehandicapten heeft, naar eigen zeggen, één of meer werkaanpassingen. Ook hier betreft het vooral aanpassing van de werktijden. Dit wil echter nog niet zeggen dat alle problemen op het werk met werkaanpassingen zijn weggenomen. Maar liefst

30% van de jongere én oudere arbeidsgehandicapten heeft alsnog behoefte aan een beter aangepaste arbeidsplek. Een opmerkelijke uitkomst uit dit onderzoek is dat ook 15% van de niet-arbeidsgehandicapte collega's een beter aangepaste werkplek wenst. Dit geldt voor zowel de ouderen als de jongeren (Andries et al. 1998).

Tabel 5.6 biedt een uitdieping van het verband tussen beperkingen in het dagelijks leven ('adl') en beperkingen op het werk. Dit verband is onderzocht bij personen met astma, multiple sclerose of een neuromusculaire aandoening. Vijftien dagelijkse handelingen in de fysieke sfeer en tien in de psychische sfeer werden bij het onderzoek betrokken. Hierbij werden vier verschillende situaties onderscheiden: '*geen moeite*' geeft de situatie aan waarin (eventuele) beperkingen in dagelijkse activiteiten en taakeisen op het werk elkaar niet doorkruisen. Bij '*alleen normale moeite*' is sprake van moeite met minstens één taakeis; deze ligt echter niet op het gebied van de adl-beperking. Bij '*klacht op terrein van beperking*' heeft men moeite met minstens één taakeis die op het terrein van een adl-beperking ligt. Bij '*gebleken aanpassing*' geeft de persoon aan moeite te hebben met (een) bepaalde dagelijkse activiteit(en), maar niet op het werk. Hier is het werk dus voldoende aangepast.

Tabel 5.6 laat op persoonsniveau de samenhang zien tussen - in totaal 25 - beperkingen in het dagelijks leven en de mogelijke moeite met de taakeisen op het werk. Van de personen met astma, multiple sclerose of een neuromusculaire aandoening heeft respectievelijk 56%, 35% en 30% met geen enkele taakeis moeite. (Een) klacht(en) op het werk op het terrein van de adl-beperking(en) heeft respectievelijk 34%, 61% en 63%. Werkenden met astma hebben minder vaak klachten over de taakeisen; in een gering aantal gevallen (16%) is het werk volledig aangepast. Werkenden met multiple sclerose of een neuromusculaire aandoening hebben vaker klachten; het werk is bij de eersten niet zo vaak voldoende aangepast (19%), bij de laatsten wel vaak (53%).

Het beeld ten aanzien van deze drie chronische ziekten is gevarieerd. Astma blijkt minder belastend te zijn dan de twee andere aandoeningen; daarnaast blijken er ook grote verschillen te zijn tussen personen met dezelfde ziekte in de moeite die het werk hun kost. Hier zijn twee oorzaken van: chronische ziekten komen in ernstiger en mildere vormen voor, en de mate waarin het werk is aangepast varieert nogal eens.

Tabel 5.6 Wanneer leidt een beperking in het dagelijks leven tot moeite met een (overeenkomende) taakeis op het werk: het voorkomen van vier situaties onder werkenden met astma (1996), multiple sclerose (1996) of een neuromusculaire aandoening (1994) (verticaal geperceenteerd)

	astma <sup>a</sup> (n = 361)	multiple sclerose <sup>b</sup> (n = 379)	neuromusculaire aandoening <sup>c</sup> (n = 410)
15 fysieke activiteiten <sup>d</sup> van het dagelijks leven/taakeisen werk			
geen moeite met taakeisen	67	46	40
alleen normale moeite met taakeisen	8	5	7
klacht op terrein beperking	25	49	53
(drie of meer klachten)	(6)	(17)	(21)
(gebleken aanpassing)	(9)	(14)	(41)
10 psychische activiteiten <sup>e</sup> van het dagelijks leven/taakeisen werk			
geen moeite met taakeisen	79	59	-
alleen normale moeite met taakeisen	4	6	-
klacht op terrein beperking	18	35	-
(drie of meer klachten)	(-)	(8)	-
(gebleken aanpassing)	(18)	(20)	-
alle 25 activiteiten van het dagelijks leven/taakeisen werk			
geen moeite met taakeisen	56	35	30
alleen normale moeite met taakeisen	9	5	7
klacht op terrein beperking	34	61	63
(drie of meer klachten)	(13)	(30)	(31)
(gebleken aanpassing)	(16)	(19)	(53)

<sup>d</sup> Staan, zitten, lopen, traplopen, in een stoel gaan zitten en weer opstaan, bukken en weer opkomen, evenwicht bewaren, nauwkeurige bewegingen met handen en polsen, nauwkeurige bewegingen met voeten en benen, hurken of knielen, met armen reiken boven schouderhoogte, grove bewegingen met armen, tillen of dragen van dingen van meer dan vijf kilogram, iets voortduwen of trekken.

<sup>e</sup> Verstaanbaar praten, horen, zien, spreken, zich concentreren, dingen onthouden, plannen en organiseren, kleur onderscheiden, langere tijd achter elkaar kunnen lezen, zich uitdrukken in geschreven taal.

Bron: <sup>a</sup> Kremer en Wevers (1998); <sup>b</sup> Kremer et al. (1997); <sup>c</sup> Andries en Wevers (1996)

In de eerder gerapporteerde studie naar werkhervatting na rugklachten kon geen zelfstandige invloed worden waargenomen van het effect van 'werkgerichte interventies' (Cuelenaere 1999). Reïntegratiemaatregelen werden wel toegepast, maar - naar het vermoeden van de onderzoekers - alleen ten behoeve van gemotiveerde werkhervatters met gunstige arbeidsmarktkenmerken.

### 5.3.4 Effectiviteit van de voorzieningen voor de arbeidsintegratie

Het aantal arbeidsongeschikte personen bedroeg per december 1998 ruim 900.000. Hiermede is het aantal toegenomen met 40.000 ten opzichte van het jaar 1997, ofwel 4,6%. In de vorige paragrafen bleek dat de gezondheidstoestand en de arbeidsmarktkenmerken 'leeftijd', 'geslacht' en 'opleiding' bepalen hoe groot een kans de betrokkene maakt op terugkeer naar arbeid. Vaak wordt nog het kenmerk 'afstand tot de arbeidsmarkt' toegevoegd, waaronder wordt verstaan de duur van de

arbeidsongeschiktheid en de arbeidsoriëntatie (motivatie om te werken) van de persoon.

In de registratie van het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV) zijn de kenmerken leeftijd, geslacht en de mate van arbeidsongeschiktheid opgenomen. Deze worden weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7 Enkele arbeidsmarktkenmerken van geregistreerde arbeidsongeschikten, 1998 (in absolute aantallen)

	aantal
leeftijdscategorie	
≤ 24 jaar	27.000
25-34 jaar	92.800
35-44 jaar	156.000
45-54 jaar	277.500
≥ 55 jaar	351.600
geslacht	
man	547.700
vrouw	357.100
mate van arbeidsongeschiktheid <sup>a</sup>	
gedeeltelijk arbeidsongeschikt	242.700
geheel arbeidsongeschikt	662.100
<hr/> totaalaantal per december 1998	<hr/> 905.000

<sup>a</sup> Bij aanvang uitkering.

Bron: LISV (1999)

Een groot deel van de geregistreerde arbeidsongeschikte personen beschikt over ongunstige arbeidsmarktkenmerken: zij hebben een hogere leeftijd, zijn vrouw en zijn (bij aanvang van de uitkering) volledig arbeidsongeschikt verklaard. Deze feiten zijn genoegzaam bekend. Minder bekend is het belangrijke fenomeen dat een vrij groot aantal arbeidsongeschikten werkzaam is (TK 1999/2000a).

Bij de voorbereidingen van de Wet REA zijn geen hooggespannen verwachtingen gewekt. Het toenmalige aantal geslaagde reïntegraties door uitkeringsinstellingen bedroeg circa 10.000 per jaar en dat aantal wilde men verhogen met 5.000 gevallen (TK 1996/1997: 74). De vraag is of de omvangrijke wetswijzigingen (WAO, WAGW en REA) voor deze bescheiden doelstelling wel zo noodzakelijk waren (zie ook Noordam 1999).

De eerste cijfermatige resultaten van het eerste jaar van de Wet REA geven het volgende beeld: het aantal arbeidsgehandicapten in de monitor voor de Wet REA (over de periode juli 1998 tot en met juni 1999) bedroeg 82.822 nieuwe, 54.127 lopende en 28.695 beëindigde gevallen. Tot de beëindigde gevallen behoren niet alleen mensen die aan het werk zijn gekomen, maar bijvoorbeeld ook mensen die zijn overleden.



De belangstelling van de overheid gaat met name uit naar personen die sinds kort arbeidsongeschikt zijn, de WAO-instromers. In 1998/'99 stroomden 82.000 personen in. Op basis van ervaringen in eerdere jaren zouden 65.000 van hen weer terug kunnen keren naar het werk. Circa 25.000 keren terug naar hun oude werkgever. De overgebleven 40.000 instromers komen in de bemiddeling bij de uitvoeringsinstellingen van de wet terecht. Van deze instromers vinden 10.000 zelf werk en vragen er circa 30.000 bemiddeling. Uit de 'oude jaargangen' WAO'ers komen jaarlijks circa 20.000 personen bij die om bemiddeling vragen. Dit brengt het aantal personen dat jaarlijks in de bemiddeling komt op 50.000.

Tabel 5.8 geeft enkele cijfers over het eerste jaar van de Wet REA te zien.

Tabel 5.8 Resultaten van ter hand genomen bemiddelingstrajecten voor arbeidsgehandicapten, in het eerste jaar van de Wet REA, 1 juli 1998-1 juli 1999 (in absolute aantallen)<sup>a</sup>

	aantal instrumenten	aantal arbeidsgehandicapten
bemiddelingstraject 'ingekocht'		35.663
geen bemiddelingstraject ingekocht, wel een reïntegratie-instrument toegekend		12.430
totaalaantal reïntegratie-instrumenten toegekend	19.967	18.331
toegekende werkgeversvoorzieningen, totaal		8.536
herplaatsingsbudget		740
plaatsingsbudget		4.307
pakket op maat		404
voorziening in eigen werk		2.995
loondispensatie		90
toegekende werknemersvoorzieningen, totaal		11.127
scholing		7.248
proefplaatsing		587
reïntegratie-uitkering		888
vervoersvoorziening (leef- en werkvoorziening)		799
persoonlijke ondersteuning ( <i>job coach</i> )		900
communicatievoorziening voor doven		157
loonsuppletie		517
persoonsgebonden reïntegratiebudget		31
toegekende voorzieningen voor zelfstandigen		304
inkomenssuppletie		9
toelage zelfstandige		278
starterskrediet		17
plaatsingen op werk, totaal		10.690
bij eigen werkgever in oude functie of terugkeer als zelfstandige		3.636
bij eigen werkgever in nieuwe functie		721
bij andere werkgever, of starten als zelfstandige		4.669
plaatsing en herplaatsing		1.664

<sup>a</sup> De cijfers van de uitvoeringsinstelling Guo ontbreken. Guo verstrekt uitkeringen aan 40.000 arbeidsgehandicapten, van wie een groot deel zelfstandig ondernemer is.

Bron: LISV (1999)

De cijfers geven inzicht in één jaar en zijn niet goed te vergelijken met het verleden, omdat de Wet REA een aantal voorzieningen biedt die daarvoor niet werden geboden (zoals scholing en een geldbudget). Bovendien is de registratie nog onvolledig. Er valt wel uit af te lezen dat er veel activiteiten plaatsvinden. In het eerste jaar van de Wet REA zijn circa 11.000 mensen succesvol bemiddeld, dat wil zeggen in een werkkring geplaatst (voorheen waren dat er gemiddeld circa 10.000) en hebben 12.000 personen een reïntegratie-instrument gekregen zonder dat daarnaast een bemiddelingstraject is ingezet. Bijna 20.000 personen hebben (via hun werkgever of rechtstreeks) een werkvoorziening (zoals een plaatsingsbudget, scholing, een proefplaatsing of een vervoersvoorziening) toegekend gekregen.

Hervatten van werk betekent niet altijd dat de WAO-uitkering wordt beëindigd. Veelal werkt men in de eerste tijd na de ziekte eerst in deeltijd en wordt het loon aangevuld met de WAO-uitkering. Volgens het CBS zijn circa 180.000 personen werkzaam met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij hoeveel personen dit tot algeheel herstel leidt, is niet bekend.

De Wet REA heeft ook een kwalitatieve doelstelling, namelijk verbetering van de dienstverlening aan de 'reïntegrant'. Daarvoor werden de, voorheen versnipperde, instrumenten bijeengebracht onder één wet. Dat kan efficiency van de dienstverlening verbeteren. Bekend zijn de klachten van de reïntegranten over de traagheid, en zelfs laksheid van de uitvoeringsinstellingen bij bemiddeling en toekenning van voorzieningen (Bergsma en Mullenders 1998; Molenaar-Cox et al. 1997; Molenaar-Cox en Prins 1998). Deze zouden nu beter kunnen verlopen, alhoewel er nog steeds niet altijd sprake is van een vlotte dienstverlening (Le Nobel 1999). Een zeer wezenlijk aspect in de wetgeving is hetzelfde gebleven: de wet gaat nog steeds uit van de aanbodkant, van de instituties die de arbeidsgehandicapte ten dienste staan. De uitvoeringsinstelling krijgt de wettelijke mogelijkheden om alle - door deze instelling noodzakelijk geachte - voorzieningen te verstrekken; vervolgens krijgt de werkgever een reïntegratiebudget tot zijn beschikking (overigens hoeft hij voor de besteding hiervan geen verantwoording af te leggen, noch aan de overheid noch aan de reïntegrant). De wet gaat dus niet uit van de behoeften van de arbeidsgehandicapte zelf. Deze heeft krachtens de wet geen (afdwingbaar) recht op reïntegratie, geen recht op informatie over zijn/haar persoonlijke mogelijkheden en geen recht op begeleiding. Wanneer een werkgever een reïntegratie-instrument aanvraagt, is hij niet verplicht om hiervoor toestemming te vragen aan de arbeidsgehandicapte, hoewel een goed overleg hierbij uiteraard verondersteld mag worden. Het enige recht dat de arbeidsgehandicapte heeft, is dat hij toestemming moet verlenen om de mate van de arbeidshandicap vast te stellen (Noordam 1999).

Ook Hendriks (1999) wijst erop dat mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking geen recht hebben om aanpassingen op de werkplek af te dwingen. Hendriks meent dat een antidiscriminatiewet waarbij het wordt verboden om mensen te discrimineren op basis van hun gezondheid of handicaps, ertoe zou leiden dat veel meer mensen met een arbeidshandicap extra zouden kunnen werken. Het ministerie van VWS is al enige tijd bezig met de voorbereiding van

een voorstel voor een Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken (WGBG).

Voor een enkeling is een persoonsgebonden reïntegratiebudget mogelijk. Zo vinden er op dit moment experimenten met deze budgetten plaats in de regio's Maastricht, Den Haag en Amersfoort. Daarnaast kan een enkele zelfstandige ondernemer voor zichzelf een voorziening ontvangen. Keuzevrijheid en eigen initiatief, die als belangrijk worden geacht voor het welslagen van de reïntegratie, krijgen zodoende weinig kans.

Wat is er bekend ten aanzien van de arbeidsmarktpositie van mensen met een chronische ziekte? Hoe werken de getroffen overheidsmaatregelen op hen uit? Uit klachteninventarisaties blijkt dat de toegang van mensen met een chronische ziekte tot de arbeidsmarkt nog altijd problemen kent (Wewer en Meijer 1998; Van Kempen et al. 1999). Uit het werkgeverspanel blijkt dat sinds de veranderingen in de Ziektewet de werkgevers meer zijn gaan selecteren op risico's bij aspirant-werknemers; gezondheidsproblemen beschouwen zij als één van deze risico's (Schellekens et al. 1999; Berendsen et al. 1998). Aanpassing van de arbeidsplaats laat vaak te wensen over, zo bleek uit de studies naar arbeid van personen met astma, multiple sclerose en een neuromusculaire aandoening. Het is nog te vroeg om te beoordelen of de Wet REA daarin verbetering zal brengen. De houding van de werkgever én die van de uitvoeringsinstelling zijn hierbij van beslissende betekenis (Wevers et al. 1998; Verkleij et al. 1997; Van den Bos et al. 1999).

## **5.4 De beschermde arbeid**

### *5.4.1 Inleiding*

Een aantal zieke of gehandicapte personen heeft meer bescherming nodig dan een reguliere werkgever doorgaans kan bieden. Van oudsher bestaat voor deze categorie arbeidsgehandicapten de sociale werkvoorziening. De sociale werkvoorziening is bedoeld voor arbeidsgehandicapte personen die blijvend aangewezen zijn op beschermde arbeid. Daarnaast bieden zorginstellingen voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten arbeidsmatige activiteiten aan. Sociaal-pedagogische diensten bieden begeleiding van werk in het traject naar het reguliere bedrijf. Dagcentra en wooninstellingen hebben in hun aanbod arbeidsmatige activiteiten opgenomen, die via *job coaching* kunnen toeleiden naar een betaalde of onbetaalde werkkring buiten de instelling.

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de omvang en de typen beschermde arbeid, alsmede de problematiek die daaraan verbonden is.

### *5.4.2 Sociale werkvoorziening*

De sociale werkvoorziening (sw) is de grootste en de oudste instelling voor beschermde arbeid. Sociale werkplaatsen bestonden al voordat de (eerste) Wet sociale werkvoorziening (WSW) in 1967 van kracht werd. Wekelijks bieden de

werkplaatsen arbeid aan meer dan 90.000 arbeidsgehandicapten. De wet stelt dat de beschermde arbeid bedoeld is voor personen die nog niet de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt en die door lichamelijke, verstandelijke, of psychische beperkingen uitsluitend onder aangepaste omstandigheden tot regelmatige arbeid in staat zijn. Per 1 januari 1998 werd de nieuwe Wet sociale werkvoorziening van kracht. Deze biedt een ruimer scala aan diensten aan dan voorheen. Doorstroming naar reguliere arbeid moet krachtiger worden gestimuleerd met bekostiging uit het WSW-budget van begeleid werken, loonkostensubsidies en aanpassingen aan de arbeidsplaats.

De belangrijkste vernieuwingen van de nieuwe Wet sociale werkvoorzieningen zijn de volgende.

- De wet hanteert het begrip 'arbeidshandicap': het vanwege lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking verminderde vermogen om arbeid te verrichten. Bij indicering worden drie categorieën onderscheiden: licht, matig of ernstig arbeidsgehandicapt.<sup>6</sup>
- De wet biedt mogelijkheden tot het nemen van maatregelen voor aanpassing van de arbeidsplaats in het 'vrije' (reguliere) bedrijf (werkplek, toegankelijkheid gebouw, vervoer).
- De wet biedt de mogelijkheid tot individuele werkbegeleiding in het vrije bedrijf.
- Loonkostensubsidie voor de werkgever in het vrije bedrijf is mogelijk en komt ten laste van de sociale werkvoorziening.
- Herindicatie van werknemers om de drie jaar wordt verplicht gesteld.

De omvang van de arbeid in de sociale werkvoorziening is te zien in de navolgende tabellen. De statistieken zijn nog niet aangepast aan de nieuwe wet. Het aantal werkenden in de sociale werkvoorziening is te zien in tabel 5.9. Het begeleidend personeel ('niet-sw-personeel') is hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.9 Werknemers van de sociale werkvoorziening, naar leeftijdscategorie, geslacht en aard van de handicap, 1997 (verticaal geperceenteerd)

	leeftijdscategorie			geslacht		totaal
	< 23 jaar	23-54 jaar	55-64 jaar	man	vrouw	
lichamelijk gehandicapt	16	42	58	47	31	43
licht verstandelijk gehandicapt	68	30	13	26	41	29
matig verstandelijk gehandicapt	5	4	2	3	5	4
psychisch gehandicapt	6	17	18	17	16	17
overig	5	7	9	7	7	7
aandelen in totale bestand	2	85	13	79	21	100
totaal (100%)	1.848	77.596	11.579	72.251	18.772	91.023

Bron: SZW (1997)

Ultimo 1997 zijn er 91.023 personen werkzaam in de sociale werkvoorziening (4% meer dan het jaar daarvoor); tezamen bezetten zij 85.087 arbeidsplaatsen van 36 uur per week. Ongeveer 43% van de werknemers heeft lichamelijke beperkingen

(mannen iets vaker dan vrouwen) en circa eenderde verstandelijke beperkingen (vrouwen iets meer dan mannen). Bijna 80% van de werknemers van de sociale werkvoorziening is man. Dit is opvallend, omdat uit hoofdstuk 3 bleek dat, ook in de potentiële beroepsbevolking, mannen over het algemeen minder vaak ernstige lichamelijke beperkingen hebben dan vrouwen (tabel 3.6). Wel hebben mannen iets vaker verstandelijke beperkingen dan vrouwen, maar dit kan geen verklaring vormen voor het feit dat er zoveel meer mannen dan vrouwen in de sociale werkvoorziening werken. 14% van de mannen en 38% van de vrouwen werkt in deeltijd; tezamen werkt 19% van de werknemers in deeltijd.

Eind 1997 stonden er 32.828 personen op de wachtlijst. Deze wachtlijsten hangen samen met het feit dat de sociale werkvoorziening gebudgetteerd is (in tegenstelling tot de Wet REA, die geen wachtlijst kent omdat er geen financieel plafond is ingesteld). Ten opzichte van het jaar 1996 was de lengte van de wachtlijst met 6% toegenomen. In de loop van 1997 stroomde circa 38% van de wachtlijst uit (circa 12.500 personen), waarvan twee derde geplaatst werd en eenderde naar elders vertrok of niet meer tot de doelgroep van de wet behoorde. De wachttijd voor de plaatsing kan tamelijk lang zijn. Van de in de loop van 1997 geplaatste personen stond 30% twee jaar of langer op de wachtlijst.

In 1997 hebben ongeveer 1.500 mensen binnen de sociale werkvoorziening aan scholing of training deelgenomen. Hiervan had 54% een lichte verstandelijke handicap. Dat is relatief veel, aangezien 29% van de werknemers tot deze categorie hoort. Slechts 12% van de personen met een lichamelijke handicap volgde scholing of training, terwijl 43% van de werknemers tot deze categorie hoort.

Tabel 5.10 geeft een overzicht van de typen werkzaamheden in de sociale werkvoorziening.

Tabel 5.10 Typen werkzaamheden in de sociale werkvoorziening, 1997 (in fte's)

	aantal in absolute aantallen	waarvan extern geplaatst	totaal %
metaal- en elektrotechniek	10.802	170	13
houtbewerking	3.439	66	4
textiel, montage en inpakken	17.784	256	21
grafisch werk	3.516	308	4
administratief werk	3.797	1.846	4
civiel- en cultuurtechniek	20.973	1.615	25
kwekerij	2.521	67	3
niet geldopbrengend	248	219	0
interne plaatsingen in sw-organisatie	7.109	0	8
overige werkzaamheden <sup>a</sup>	14.898	6.303	18
totaal fte's	85.087	10.848	100

<sup>a</sup> Zoals bewakingsdiensten, huismeesters, ordebewakers.

Bron: SZW (1997)

Het grootste deel van de werkzaamheden valt onder civiel- en cultuurtechniek, alsmede werken met textiel (zoals confectieatelier), montage- en inpakwerk, metaal- en elektrotechniek en 'overige werkzaamheden'. Onbetaald werk komt maar weinig voor (248 fte's).

Van de circa 4.500 werknemers die de sociale werkvoorziening verlaten, stroomt slechts een zeer klein aantal naar het vrije (reguliere) bedrijf; de meesten verlaten het werk om geheel andere redenen (zie tabel 5.11).

Tabel 5.11 Uitstroom van werknemers uit de sociale werkvoorziening, naar bestemming en handicapcategorie, 1997 (horizontaal gepercentageerd)

	vrije bedrijf <sup>a</sup>	zonder werk	WAO	VUT	andere voorziening	overige redenen <sup>b</sup>	totaal (100%)
lichamelijk gehandicapt	8	0	28	30	2	32	2.105
licht verstandelijk gehandicapt	4	0	29	17	4	46	875
matig verstandelijk gehandicapt	1	0	28	13	11	47	150
psychisch gehandicapt	7	0	35	18	1	39	958
overig	9	0	21	24	1	45	370
totaal	7	0	29	24	2	38	4.458
(n)	(296)	(0)	(1.299)	(1.065)	(108)	(1.690)	(4.458)

<sup>a</sup> Zoals particulier bedrijfsleven, overheid, gesubsidieerde instellingen, ambtelijke dienstverbanden binnen de Sociale werkvoorziening.

<sup>b</sup> Zoals verhuizing, huwelijk, zwangerschap of overlijden.

Bron: SZW (1997)

De uitstroom naar het vrije bedrijf is zeer gering; het overgrote deel van de werknemers van de sociale werkvoorziening is langdurig aangewezen op de beschermde arbeid op een sociale werkplaats. Relatief gezien verlaten de meeste werknemers met psychische handicaps de sociale werkvoorziening via de WAO. Lichamelijk gehandicapten bereiken relatief het vaakst de VUT. Opvallend is dat geen enkele uitstromende werknemer 'werkloos' wordt. Uitstroom naar een andere voorziening betekent meestal een terugkeer naar een zorgvoorziening.

### 5.4.3 Begeleid werken

Deze vorm van arbeid - die ook wel als arbeidsintegratie wordt gezien - ontstond in de jaren tachtig, toen het aanbod op de arbeidsmarkt erg ruim was en schoolverlaters met verstandelijke beperkingen steeds moeilijker werk konden vinden. Begeleidingsprojecten werden gestart door het speciaal onderwijs, de sociale werkvoorziening en de sociaal-pedagogische diensten (SPD's). Tegenwoordig is ook in het kader van de Wet REA begeleid werken mogelijk.

In de jaren tachtig waaide uit de Verenigde Staten het idee van '*job coaching*' over, dat in ons land de naam kreeg van 'begeleid werken'. Begeleid werken houdt in dat

de (aspirant) werknemer professionele, individuele begeleiding krijgt op het werk, met als belangrijkste doel arbeidsinpassing. Aan deze fase kan nog een fase van 'individuele trajectbegeleiding' naar werk (een *assessment* of scholing) voorafgaan. In 1989 stelde de overheid subsidies beschikbaar voor een aantal experimenten en in 1992 verleende de overheid (het ministerie van WVC) subsidie waardoor alle SPD's een arbeidsconsulent konden aanstellen. Deze arbeidsconsulent maakt gebruik van een netwerk van het arbeidsbureau, onderwijsinstelling en uitkeringsinstantie; soms participeren er meerdere organisaties (zoals Startkans of een gemeentelijke instelling in het kader van de Wet inschakeling werkzoekenden, de WIW).

Tabel 5.12 bevat een cijfermatig overzicht van de inspanningen van arbeidsconsulenten van de SPD's ten behoeve van de arbeidsintegratie van personen met verstandelijke beperkingen.

Tabel 5.12 Arbeidsintegratie van verstandelijk gehandicapten: in- en uitstroom van cliënten en aantal plaatsingen in werk, 1994-1997 (in procenten en absolute aantallen)

	1994	1995	1996	1997
aantal cliënten in begeleiding	2.044	2.712	3.208	3.595
aantal geplaatste cliënten (%)				
reguliere arbeidsmarkt	79	81	81	82
tijdelijk werk	17	15	14	15
reguliere arbeid met <i>job coach</i>	4	4	5	3
totaalaantal plaatsingen (100%) <sup>a</sup>	487	601	650	751

<sup>a</sup> Deze cijfers wijken af van die van Van der Kwartel et al. (1998); in dat rapport wordt de uitstroom weergegeven. Dit hoeft niet noodzakelijk het aantal plaatsingen te zijn.

Bron: Somma (1999) (mondellinge informatie) SCP-bewerking

Tabel 5.12 laat een sterke toename zien van het aantal begeleidingen tussen 1994 en 1997. Het aantal plaatsingen in werk is eveneens toegenomen. Verdere uitbreiding van activiteiten is volgens Somma (de landelijke koepelorganisatie van SPD's) met de huidige capaciteit niet mogelijk.

Uit gegevens van de Somma blijkt verder dat de meeste arbeidsintegratiecliënten licht verstandelijk gehandicapt zijn: circa 75% van de cliënten in 1995 heeft onderwijs voor moeilijk lerende kinderen gevolgd en ongeveer 5% onderwijs voor zeer moeilijk lerende kinderen (van de overige 20% is het onderwijsniveau onbekend).

Krachtens de Wet REA kunnen een persoonlijke begeleiding, een aanvulling op het loon voor de werknemer en een reïntegratiebudget voor de werkgever worden bekostigd. Dit is vooral weggelegd voor degenen van wie vermoed wordt dat ze binnen drie jaar zelfstandig kunnen werken. In het eerste jaar van de Wet REA (van juni 1998 tot juli 1999) werd aan 900 arbeidsgehandicapte personen krachtens deze wet persoonlijke ondersteuning verleend (schatting LISV). Of deze weg voor ernstiger lichamelijk gehandicapten geschikt is, wordt momenteel onderzocht. Zo wordt in het project Over bruggen nagegaan welke wijze van arbeidstoeleiding

wenselijk is voor mytyl- en tytylschoolverlaters in de leeftijd van 14 tot 24 jaar (Bosch en De Nijs 1999). Als de plaatsing in reguliere arbeid via de sociale werkvoorziening loopt, hoeft de begeleiding niet te worden afgebouwd. De nieuwe Wet sociale werkvoorziening eist wel dat de indicatie ieder drie jaar opnieuw wordt vastgesteld.

De sociale werkvoorziening is gebudgetteerd, zodat de aspirant-werknemer eerst op de wachtlijst wordt geplaatst. De Wet REA heeft een open-einderegeling en kent geen wachtlijst. De rijksbijdrage aan gemeenten ten behoeve van de arbeidsbegeleiding van bijstandsontvangers is daarentegen wél gelimiteerd. Mensen zonder arbeidsverleden kunnen hierdoor minder kans maken op arbeidstoeleiding dan mensen die wel eerder hebben gewerkt.

Zorginstellingen bieden begeleiding bij vrijwilligerswerk en bij onbetaalde, arbeidsachtige activiteiten. Dit gebeurt zowel door de instellingen voor lichamelijk, als door die voor verstandelijk gehandicapten (Bosselaar 1999; Van Meurs en Van der Zwan 1998). In de volgende subparagraaf wordt daarop verder ingegaan.

#### 5.4.4 Dagcentra voor gehandicapten

Activiteitencentra of dagcentra (in de verstandelijk-gehandicaptenzorg 'dagverblijf voor ouderen (DVO)' genoemd) bieden dagbesteding aan lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapte personen vanaf 15 jaar. De centra zijn bedoeld voor degenen die niet naar school gaan en geen arbeid verrichten. De centra stellen zich ten doel de zelfontplooiing en de sociale vaardigheden van de bezoekers te bevorderen (Van der Kwartel et al. 1998). De aangeboden activiteiten, het aantal plaatsen en bezoekers in deze centra, alsmede de wensen van de aspirant-bezoekers die op de wachtlijst staan, zijn te zien in tabel 5.13.

Tabel 5.13 Dag- of activiteitencentra voor volwassen gehandicapten: activiteiten, plaatsen en (aspirant-)bezoekers, 1997 (in absolute aantallen en procenten)

	dagcentra voor verstandelijk gehandicapten		activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten	
	bezoekers	aspirant-bezoekers (wachtlijst)	bezoekers <sup>a</sup>	aspirant-bezoekers (wachtlijst)
aantal personen	15.470 <sup>b</sup>	2.750	-	1.122
aantal plaatsen	11.902	-	1.512	-
verpleging en verzorging, enkelvoudige activiteiten	8	9	-	8
ontwikkelingsgerichte en/of vormende activiteiten	41	31	-	69
arbeidsmatige activiteiten	37	44	-	9
begeleid (on)betaald werk buiten centrum	3	12	-	14
overige activiteiten of onbekend	11	4	-	-
totaal	100	100	-	100

<sup>a</sup> In de registratie van de huidige bezoekers is geen functionele indeling toegepast.

<sup>b</sup> Uitgaande van bezettingsgraad van 130%.

Bron: TK (1999/2000b); VGN (1999); <sup>b</sup> ZRS (1997) SCP-bewerking



Tabel 5.13 laat zien dat de aspirant-bezoekers veel vaker een indicatie hebben voor arbeid en arbeidsmatige activiteiten dan bezoekers (bij de laatsten gaat het om feitelijke dagbesteding). De oriëntatie op arbeid lijkt dus toe te nemen. Dat is onder de aspirant-bezoekers van de activiteitencentra voor lichamelijke gehandicapten veel minder het geval. Onder hen komen vormings- en ontwikkelingsgerichte activiteiten veel voor.

Dagcentra spannen zich steeds meer in voor toeleiding naar arbeid en vormen in die zin een voorportaal voor arbeidsintegratie. Uit tabel 5.14, die een overzicht biedt van de bestemming van de uitstromers uit de dagcentra, blijkt echter dat het hierbij maar om heel kleine aantallen gaat.

Tabel 5.14 Bestemming van uitstromers uit dagcentra voor gehandicapten, 1995-1997 (in absolute aantallen)

	1995	1996	1997
geen	12	9	7
onderwijs	1	7	3
ander dagcentrum voor volwassenen	52	53	14
arbeid, zonder begeleiding vanuit dagcentrum	2	18	4
dagbesteding, vorm niet bekend	21	56	6
<b>totaalaantal uitstromende personen in onderzoek</b>	<b>88</b>	<b>143</b>	<b>34</b>

Bron: VGN (1999)

De gegevens in tabel 5.14 hebben betrekking op een klein aantal waarnemingen. Deze wijzen erop dat het grootste deel van de vertrekkenden naar een ander dagverblijf verhuist; voor enkelen is het dagcentrum een opstapje naar arbeid geweest. Of dit betaalde of onbetaalde arbeid is, is niet bekend.

#### 5.4.5 Effectiviteit van de beschermde arbeidsmarkt

De sociale werkvoorziening is, naast de maatregelen gericht op arbeidsreïntegratie, de tweede grote overheidsvoorziening voor arbeid door arbeidsgehandicapten.

Vanuit kwantitatief oogpunt gezien is de rol van de sociale werkvoorziening van wezenlijk belang: meer dan 90.000 arbeidsgehandicapten verrichten er wekelijks arbeid. Ook de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden kan de toets der kritiek doorstaan: in de afgelopen jaren heeft de vakbeweging er hard aan getrokken om functiewaardering door te voeren, de beloning te verbeteren en deeltijdarbeid en vroegtijdige uittreding mogelijk te maken. De sociale werkvoorziening is daardoor een normaal bedrijf geworden met normale arbeidsvoorwaarden. Daarnaast hebben gemeenten de bedrijfseconomische efficiency verbeterd.

In de vroegere wet werd het 'welzijn van de arbeidsgehandicapte' als expliciete doelstelling genoemd. In de nieuwe wet is dit aspect geheel verdwenen. De nieuwe doelstelling luidt: "De arbeid (...) is gericht op het behouden dan wel het bevorderen van de arbeidsbekwaamheid van de werknemer mede met het oog op het kunnen gaan verrichten van arbeid onder normale omstandigheden." Deze doelstelling is duidelijk ingegeven door een ver doorgevoerde participatiedachte.

Cijfers vertellen echter een ander verhaal: bijzonder weinig werknemers stromen door naar de reguliere arbeid.

Iedere drie jaar wordt getoetst of de arbeidsgehandicapte nog voldoet aan de criteria die voor de doelgroep van de wet gelden. Er wordt echter niet getoetst of het aangeboden werk geschikt is gebleken voor de betrokkene.

De gemeente draagt krachtens de wet zorg voor het aanbieden van arbeid aan de personen die tot de doelgroep van de wet behoren. De nieuwe wet is soepeler wat het aanbod aan arbeidsmogelijkheden betreft (detachering, *job coach*, combinaties van voorzieningen en begeleiding). De aanbieder bepaalt echter het aanbod; de vrager heeft weinig afdwingbare rechten en weinig kansen op ontplooiing van eigen initiatieven.

De doelgroep wordt gedefinieerd in termen van 'arbeidshandicap'. Dit is een nauwkeuriger en beter meetbare aanduiding dan die in de vorige wet. De arbeidshandicap wordt gedefinieerd als licht, matig of ernstig. Ten opzichte van de vorige wet lijkt dit een forse verbreding van de doelgroep. Deze verbreding kan in conflict komen met de doelstelling van de wet, namelijk het toeleiden naar arbeid onder normale omstandigheden. Voor vele arbeidsgehandicapte werknemers zal beschermde arbeid immers de enige mogelijkheid zijn om arbeid te kunnen verrichten. Het is nog te vroeg om de effecten van de nieuwe wet in de statistieken te zien.

## 5.5 Samenvatting

Werkhervatting na ziekte wordt beïnvloed door zowel gezondheidskenmerken als persoons-, werk- en bedrijfskenmerken. Niet alleen gezondheid is een onmisbare voorspeller van het al dan niet hervatten van werk, maar ook het toepassen van reïntegratiemaatregelen (werkaanpassingen).

Tussen 1995 en 1997 lijkt de toepassing van reïntegratiemaatregelen te zijn afgenomen. Het intrekken van artikel 30 van de Ziektewet (dat een veelgebruikt instrument was) is hier één oorzaak van. Ook de toenemende selectie van potentiële werknemers op gezondheid en verzuimverleden door werkgevers zou een oorzaak kunnen zijn.

Over de mate waarin werk- of werkplekaanpassingen worden toegepast, lopen de cijfers uiteen. Wel is duidelijk dat dergelijke aanpassingen vooral op het immateriële vlak liggen, te weten verandering of verkorting van werktijden of vermindering van het werktempo. Materiële aanpassingen (ander gereedschap/ meubilair of betere toegankelijkheid bedrijf) worden veel minder gerapporteerd. Werkaanpassingen moeten nauwkeurig aansluiten bij de beperkingen van de betrokkene om effectief te zijn.

Uit de literatuur blijkt dat mannen na een ziekmelding vaker weer aan het werk gaan dan vrouwen. Bedrijfsartsen die mensen na een ziekteverzuim weer aan het werk moeten helpen blijken niet direct te discrimineren tussen mannen en

vrouwen, maar houden wel rekening met aspecten die indirect aan sekse gerelateerd zijn, zoals de omvang van de aanstelling of het soort beroep. Vrouwen maken dus minder kans op arbeidsintegratie omdat ze bijvoorbeeld vaker een deeltijdbaan prefereren dan mannen of in andere sectoren werkzaam zijn. Overigens doen vrouwen soms (als hun omgeving hen niet steunt) ook zelf minder moeite om weer aan het werk te komen dan mannen.

In de loop van 1998 is zowel de nieuwe Wet sociale werkvoorziening (per 1 januari 1998) als de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (per 1 juli 1998) van kracht geworden. Voor beide geldt dat er nog geen goede kwantitatieve en kwalitatieve gegevens beschikbaar zijn om deze wetten te evalueren.

Ruim 90.000 arbeidsgehandicapten verrichten werk via de sociale werkvoorziening. De nieuwe Wet sociale werkvoorziening (WSW) legt veel sterker dan de oude WSW de nadruk op doorstroming naar de reguliere arbeidsmarkt. In 1997 stroomden er maar heel weinig werknemers uit de sociale werkvoorziening door naar het vrije bedrijf. Veel mensen komen als ze uitstromen in de WAO of de VUT terecht. Het is nog onduidelijk of de nieuwe WSW zal leiden tot meer doorstroming naar de reguliere arbeidsmarkt. Het lijkt echter waarschijnlijk dat voor veel arbeidsgehandicapten de beschermde arbeidsmarkt de enige mogelijkheid is om arbeid te verrichten.

Per 1 juli 1998 is de Wet REA (Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten) van kracht geworden. Eén van de doelstellingen van de Wet REA is het aantal geslaagde arbeidsreïntegraties te verhogen van circa 10.000 mensen naar 15.000 mensen per jaar. Het wordt wel betwijfeld of er zulke ingrijpende wetswijzigingen (WAO, WAGW en REA) nodig waren voor het realiseren van zo'n bescheiden doelstelling (zie ook Noordam 1999). Het is duidelijk dat er in het eerste jaar van de Wet REA veel bemiddelingsactiviteiten zijn ontplooid, maar dat nog niet duidelijk is of er hierdoor beduidend meer mensen aan een baan worden geholpen.

Het lijkt aannemelijk dat de efficiency van de dienstverlening is verbeterd, nu verschillende instrumenten in één wet zijn samengebracht. Het is hierbij wel opvallend dat de nieuwe wet vooral werkgevers allerlei instrumenten in handen geeft en weinig aandacht heeft voor de behoeften en rechten van de arbeidsgehandicapten zelf. Deze laatsten zouden wellicht beter beschermd kunnen worden met een Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken. Het ministerie van VWS is bezig met de voorbereiding van een dergelijke wet.

## Noten

- 1 Dit panel wordt wel SZW-werkgeverspanel of ZARA-werkgeverspanel genoemd. ZARA staat voor ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie en arbeidsongeschiktheid.
- 2 De Vos en Wevers (1999) komen tot een schatting van 350.000 tot 500.000 werkende arbeidsgehandicapten, hetgeen neerkomt op 5%-7% van de werkzame beroepsbevolking.
- 3 Dit artikel bood de mogelijkheid om een zieke werknemer al in het eerste ziektejaar gedeeltelijk de eigen arbeid te laten hervatten of andere passende arbeid te laten verrichten.
- 4 Dit artikel bood werknemers de mogelijkheid om tijdens hun eerste ziektejaar gedeeltelijk of stapsgewijs weer aan de slag te gaan.
- 5 Deze mensen vormden een representatieve steekproef van alle 15.000 personen in Nederland die in 1989/90 een ziektewetuitkering hadden ontvangen.
- 6 Bij de bekostiging wordt, in 1999, uitgegaan van twee categorieën (licht en matig versus ernstig).

## 6 INKOMENS

*Leendert Ruitenberg en Mirjam de Klerk*

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de financiële positie van mensen met chronische aandoeningen belicht. Waar mogelijk wordt nagegaan of er verschillen zijn tussen mensen met en zonder beperkingen en tussen mensen met en zonder chronische ziekten. Het is bekend dat met name de arbeidsmarktpositie van betekenis is voor de hoogte van iemands inkomen. Immers, mensen met een betaalde baan hebben over het algemeen een hoger inkomen dan mensen die van een uitkering rond moeten komen. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet wat de invloed van gezondheidskenmerken (zoals lichamelijke beperkingen en chronische ziekten) op bijvoorbeeld het inkomen is, wanneer rekening wordt gehouden met kenmerken zoals arbeidsmarktpositie en leeftijd.

In paragraaf 6.2 wordt ingegaan op de verwerving van het inkomen. Hier wordt bijvoorbeeld nagegaan in welke mate dit inkomen via de arbeidsmarkt wordt verkregen. De hoogte van het inkomen is onderwerp van paragraaf 6.3. Hierbij wordt ingegaan op zowel het bruto-inkomen van personen met en zonder gezondheidsproblemen als het besteedbare inkomen van huishoudens met leden met lichamelijke of psychische aandoeningen. Vervolgens wordt bekeken in hoeverre huishoudens te kampen hebben met een laag inkomen en in hoeverre dit soort huishoudens kunnen rondkomen van hun inkomen.

In paragraaf 6.4 wordt nagegaan welke verschillen in vermogenspositie er zijn tussen huishoudens die worden onderscheiden naar ernst van de beperkingen of aantal chronische ziekten. Het hoofdstuk wordt afgerond met een samenvatting (§ 6.5).

Er wordt in dit hoofdstuk alleen aandacht besteed aan de mensen die zelfstandig wonen (dat wil zeggen niet in een inrichting verblijven). De nadruk in dit hoofdstuk ligt op de potentiële beroepsbevolking (15-65-jarigen). Als ondergrens is echter geen 15, maar 18 jaar aangehouden, omdat in de gebruikte gegevensbestanden vrijwel geen 15-17-jarigen een inkomen hebben opgegeven.

Vanaf paragraaf 6.3.2 is niet de persoon met beperkingen maar het *huishouden* waartoe deze persoon behoort, de eenheid van analyse. In vergelijking met de *Rapportage gehandicapten 1997* is van een andere huishoudensdefinitie uitgegaan: meerderjarige kinderen die nog bij hun ouders wonen zijn niet langer als een zelfstandig huishouden beschouwd.

## 6.2 Inkomensbronnen

Mensen kunnen op verschillende manieren een inkomen verwerven. Hierbij valt niet alleen te denken aan de arbeidsmarkt (loon of winst uit een eigen bedrijf), maar ook aan overdrachten in het kader van de sociale zekerheid (uitkeringen), oudedagsvoorziening (lijfrenten en pensioenen), studiefinanciering of alimentatie. Daarnaast kan inkomen worden verkregen op de kapitaalmarkt (rente en dividend). Al deze inkomsten vormen samen het persoonlijke *bruto-inkomen*. Kinderbijslag wordt niet als persoonlijk inkomen aangemerkt, omdat het als compensatie voor kosten van kinderen aan het gehele huishouden toekomt.

In paragraaf 6.2.1 wordt de inkomensverwerving van mensen met lichamelijke klachten (lichamelijke beperkingen of chronische ziekten) beschreven en in paragraaf 6.2.2 de inkomensbronnen van mensen met psychische stoornissen. Hierbij wordt steeds een vergelijking gemaakt met mensen zonder aandoeningen of stoornissen.

### 6.2.1 Inkomensverwerving bij mensen met lichamelijke klachten

In tabel 6.1 wordt de belangrijkste inkomensbron weergegeven van mensen in de potentiële beroepsbevolking met en zonder chronische ziekten of lichamelijke beperkingen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen arbeid, diverse soorten uitkeringen, 'overige inkomensbronnen' en geen inkomen. Onder 'overige bronnen' valt bijvoorbeeld studiefinanciering, ouderlijke bijdrage of alimentatie.

Tabel 6.1 Belangrijkste inkomensbron van personen van 18-64 jaar, naar de aanwezigheid van chronische ziekten en lichamelijke beperkingen, 1995 (horizontaal geperceenteerd, met uitzondering van de populatieaandelen)

	populatie- aandelen	voornaamste inkomensbron						
		totaal	geen	arbeid	arb.ong.- uitkering	WW/VUT/ bijstands- uitkering	ANW/AOW- uitkering	overige bron
totaal	100	100	15	65	5	10	1	3
chronische ziekten								
geen	73	100	15	71	2	8	1	3
wel	27	100	16	49	15	14	2	4
1 ziekte	19	100	16	56	10	13	2	3
2 ziekten	5	100	15	40	23	17	3	3
≥ 3 ziekten	3	100	16	25	33	17	4	6
lichamelijke beperkingen								
geen	81	100	15	70	2	9	1	3
wel	19	100	17	44	19	14	2	3
lichte beperkingen	12	100	18	54	10	14	1	3
matige beperkingen	5	100	17	30	32	14	3	4
ernstige beperkingen	2	100	16	13	45	16	6	5

Bron: SCP (AVO'95)

In 1995 heeft ongeveer 85% van de 18-64-jarigen een eigen inkomen (zie tabel 6.1): 65% van de mensen heeft een inkomen uit arbeid, ongeveer 5% heeft een arbeidsongeschiktheidsuitkering en circa 10% heeft een werkloosheids- of een VUT-uitkering. Circa 1% heeft een ANW- of AOW-uitkering (dit laatste betreft de jongere partners van 65-plussers). Overigens is het hebben van een eigen inkomen erg afhankelijk van de huishoudensvorm: alleenstaanden hebben immers altijd een eigen inkomen.

Mensen met een chronische ziekte hebben ongeveer even vaak een inkomen als mensen zonder ziekten. Wel verschilt de voornaamste inkomensbron. Zo hebben mensen met chronische ziekten minder vaak inkomsten uit arbeid (loon of inkomsten uit een eigen bedrijf), hetgeen uiteraard samenhangt met het feit dat zij minder vaak aan het arbeidsproces deelnemen (zie ook hoofdstuk 4). Naarmate mensen meer chronische ziekten hebben, hebben zij vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering als voornaamste inkomensbron en minder vaak een arbeidsinkomen. Bij mensen met drie of meer chronische ziekten heeft 25% een inkomen uit arbeid en 33% een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Van de mensen met lichamelijke beperkingen (van wie een belangrijk deel ook een chronische ziekte heeft, zie § 3.6) heeft 44% een inkomen uit arbeid en 19% een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook hier is te zien dat mensen minder vaak een arbeidsinkomen hebben naarmate de ernst van de lichamelijke beperkingen toeneemt. De invloed van de lichamelijke beperkingen op het percentage met een arbeidsinkomen is nog groter dan bij de chronische ziekten: bij de mensen met een ernstige lichamelijke beperking heeft ongeveer 13% inkomen uit arbeid als belangrijkste inkomensbron en 45% een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Het is duidelijk dat mensen met ernstige lichamelijke beperkingen of veel chronische ziekten vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering als voornaamste inkomensbron hebben dan anderen. Zij hebben ook vaker een ander type uitkering dan mensen die geen gezondheidsproblemen hebben.

Tabel 6.2 geeft weer in hoeverre mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering<sup>1</sup> (voornamelijk WAO of AAW) ontvangen, daarnaast andere inkomensbronnen hebben en wat in dat geval de hoogte van het inkomen is. Hierbij is geen rekening gehouden met het feit dat eventuele huisgenoten ook een inkomen kunnen hebben. Deze gegevens moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat het AVO'95 te weinig arbeidsongeschikten kent om heel harde uitspraken op te baseren.<sup>2</sup> Wel geven de gegevens een orde van grootte aan.

Voor ongeveer 65% van de personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is deze uitkering de enige inkomensbron (bovenste gedeelte tabel 6.2). Bij vrouwen is dit zelfs bijna 75%. Ongeveer 20% heeft naast de uitkering inkomen uit arbeid van enige betekenis (meer dan 5% van de hoogte van de uitkering). Dit komt veel meer bij mannen dan bij vrouwen voor. Een kleine 20% heeft naast de uitkering inkomen van enige betekenis uit overige bronnen (bv. een andere uitkering, alimentatie of lijfrente), maar niet uit arbeid.

Tabel 6.2 Ontvangers van een arbeidsongeschiktheidsuitkering,<sup>a</sup> naar samenstelling inkomen en hoogte van inkomstenbron en het persoonlijk inkomen (in procenten en bedragen x 1.000 gulden)

	aard inkomstenbron (%)			totaal
	alleen WAO	WAO + arbeid <sup>b</sup>	WAO + overig <sup>c</sup>	
totaal	63	19	18	100
mannen	58	24	18	100
vrouwen	73	9	18	100

	gemiddelde omvang inkomen (x 1.000 gulden)			
WAO	38	22	39	35
arbeid	0	50	0	9
overig	0	2	25	5
totaal	38	74	64	49

<sup>a</sup> Overall waar 'WAO' staat dient 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' te worden gelezen (dit kan dus bv. ook een AAW-uitkering zijn).

<sup>b</sup> Mensen die inkomsten uit arbeid hebben van meer dan 5% van de WAO/AAW-uitkering (en daarnaast mogelijk ook overige inkomsten).

<sup>c</sup> Mensen met inkomsten uit overige bronnen (zoals uitkeringen, alimentatie of lijfrente) van meer dan 5% van de WAO/AAW-uitkering (en eventueel geringe inkomsten uit arbeid van minder dan 5% van een WAO/AAW-uitkering). Inkomsten uit eigen woning zijn buiten beschouwing gelaten.

Bron: SCP (AVO'95)

In het onderste deel van tabel 6.2 staat de gemiddelde hoogte van de verschillende inkomstenbronnen en het totale inkomen weergegeven. Ook hieruit komt een driedeling naar voren. De groep arbeidsongeschikten zonder aanvullend inkomen ontvangt gemiddeld een uitkering van bijna 40.000 gulden. Daarnaast is er een groep met een vergelijkbare arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar een substantiële aanvulling uit overige bron van circa 25.000 gulden, waardoor hun totale inkomen op 64.000 gulden uitkomt. Tenslotte is er een groep gedeeltelijk arbeidsongeschikten te onderscheiden die wel werken. Zij ontvangen een lagere arbeidsongeschiktheidsuitkering van ongeveer 22.000 gulden, die ze echter aanvullen met 52.000 gulden aan arbeids- en overig inkomen. Hierdoor vormen ze de groep met het hoogste inkomen (gemiddeld 74.000 gulden).

### 6.2.2 Inkomensverwerving bij mensen met psychische stoornissen

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de voornaamste inkomensbronnen van huishoudens met leden met psychische stoornissen. Hierbij is gebruikgemaakt van het NEMESIS-bestand van het Trimbos-instituut (zie ook § 2.4).

In tabel 6.3 staat de voornaamste inkomensbron van een huishouden weergegeven, naar psychische stoornissen die leden van dat huishouden (hebben) ervaren in het jaar voorafgaand aan het interview.



Tabel 6.3 Voornaamste inkomensbron van het huishouden, personen van 18-64 jaar, naar het al dan niet ervaren van psychische stoornissen, 1996 (horizontaal gepercentageerd)

	populatie- aandelen	totaal	arbeid	bijstand	WAO/AAW	WW of andere sociale uitkering	overige inkomsten <sup>a</sup>	geen eigen inkomen
totaal (n = 7.066)		100	65	4	4	4	9	14
geen stoornis	77	100	67	3	4	4	9	14
wel stoornis	23	100	59	7	7	6	9	13
1 stoornis	15	100	65	4	5	6	8	12
≥ 2 stoornissen	8	100	46	12	10	8	9	15
stemmingsstoornis	8	100	49	10	10	10	8	13
angststoornis	13	100	53	9	8	6	6	17
alcoholstoornis	7	100	70	4	5	5	12	5

<sup>a</sup> Zoals AOW-uitkering, pensioen, VUT, studietoelage, vermogen of alimentatie.

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96)

Binnen de potentiële beroepsbevolking heeft 67% van de mensen met psychische stoornissen arbeid als voornaamste inkomensbron in een huishouden, 11% een uitkering (in verband met arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand) en 14% geen eigen inkomen. Mensen met psychische stoornissen hebben minder vaak inkomsten uit arbeid (59%) en vaker een uitkering dan mensen zonder psychische stoornissen. Personen met twee of meer psychische stoornissen moeten ongeveer drie keer zo vaak van een bijstandsuitkering rondkomen, en (ruim) twee keer zo vaak van een arbeidsongeschiktheids- of een werkloosheidsuitkering als anderen. Het aandeel dat helemaal geen eigen inkomen heeft verschilt niet tussen mensen met en zonder psychische problemen.

Het type stoornis blijkt van grote invloed te zijn op de inkomensbron. Mensen met stemmingsstoornissen (waaronder depressie) leven veel vaker van een uitkering en hebben minder vaak inkomen uit arbeid dan mensen die niet aan stemmingsstoornissen lijden. Ditzelfde geldt voor mensen met angststoornissen, maar zij hebben minder vaak een arbeidsongeschiktheidsuitkering en vaker helemaal geen inkomen dan mensen met stemmingsstoornissen. Mensen met alcoholstoornissen hebben relatief vaak (70%) inkomen uit arbeid en relatief weinig (5%) helemaal geen eigen inkomen. Dit beeld komt overeen met de beschrijving in paragraaf 4.4 van de belangrijkste bezigheden van mensen met en zonder psychische problemen: mensen met alcoholstoornissen (onder wie veel mannen) noemen hierbij relatief vaak werk, mensen met angststoornissen (onder wie veel vrouwen) het huishouden en mensen met stemmingsstoornissen werkloosheid of arbeidsongeschiktheid.

Uit paragraaf 4.4 bleek al dat mensen met meerdere symptomen van burnout<sup>3</sup> minder vaak aan de arbeidsmarkt deelnemen en vaker arbeidsongeschikt zijn dan degenen zonder burnoutsymptomen. Degenen met veel van deze symptomen (vier of meer) hebben dan ook relatief vaak een arbeidsongeschiktheidsuitkering (9%) of

bijstand (7%) als voornaamste inkomensbron en minder vaak inkomsten uit arbeid (57%) dan degenen zonder burnoutsymptomen (respectievelijk 3%, 2% en 66%; niet in de tabel).

### 6.3 Hoogte van het inkomen

#### 6.3.1 Bruto-inkomen

Het bruto-inkomen van personen is het totaal van alle inkomsten die iemand verwerft. In de vorige paragraaf was te zien dat dit inkomen uit arbeid kan zijn, maar ook uit bijvoorbeeld sociale-zekerheidsuitkeringen en oudedagsvoorzieningen. In tabel 6.4 wordt de hoogte van het gemiddelde bruto-inkomen voor verschillende groepen weergegeven. De mensen die geen inkomen hebben zijn in de analyse betrokken met een inkomen van nul gulden.

Tabel 6.4 Gemiddeld brutopersoonsinkomen, naar leeftijdscategorie, geslacht en gezondheidskenmerken, 1995 (in gulden x 1.000)

	bevolkings- aandelen (%)	allen	18-64 jaar		≥ 65 jaar	
			man	vrouw	man	vrouw
aandelen in bevolking (%)	100	100	41	42	7	10
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>44,8</b>	<b>69,0</b>	<b>26,8</b>	<b>40,1</b>	<b>22,6</b>
chronische ziekten						
geen	67	47,4	70,3	26,9	40,0	22,6
wel	33	39,4	65,1	26,3	40,2	22,7
1 ziekte	21	42,1	67,2	25,7	45,8	22,7
2 ziekten	7	35,8	60,0	27,0	34,5	23,0
≥ 3 ziekten	5	33,0	58,7	28,6	33,1	22,2
lichamelijke beperkingen						
geen	74	47,9	70,4	27,1	48,4	21,1
wel	26	35,5	62,0	24,8	32,0	23,3
lichte beperkingen	14	40,6	66,3	25,2	41,7	25,1
matige beperkingen	8	31,4	54,9	24,9	25,9	23,0
ernstige beperkingen	4	25,4	49,6	22,0	21,2	21,2

Bron: SCP (AVO'95)

Gemiddeld hadden mensen in 1995 een brutojaarinkomen van bijna 45.000 gulden. Het inkomen van mannen tussen de 18 en de 64 jaar is het hoogste (69.000 gulden). Mannelijke 65-plussers hebben een gemiddeld inkomen van 40.000 gulden. Vrouwen hebben gemiddeld een beduidend lager inkomen, hetgeen ook komt doordat veel vrouwen geen eigen inkomen hebben (ongeveer 70% van de vrouwen in de potentiële beroepsbevolking heeft een eigen inkomen).

Chronisch zieke mannen tussen de 18 en de 64 jaar hebben gemiddeld ongeveer 5.000 gulden minder bruto-inkomen dan mannen in dezelfde leeftijdsgroep zonder

chronische ziekten. Naarmate men meer ziekten heeft, is het inkomen lager. Het inkomensverschil tussen mannen met twee of meer ziekten en gezonde mannen in dezelfde leeftijdscategorie bedraagt bruto ruim 10.000 gulden. Op de oorzaken van dit verschil wordt later ingegaan (tabel 6.7).

Bij de oudere mannen is er geen inkomensverschil tussen de totale groep mensen met een chronische ziekte en de mensen zonder zo'n aandoening, maar zien we wel dat het inkomen lager is als mensen meerdere ziekten hebben.

Vrouwen tussen de 18 en de 64 jaar met meerdere chronische ziekten blijken juist een iets hoger bruto-inkomen te hebben dan vrouwen zonder ziekten. Deze verschillen zijn echter klein. Bij vrouwelijke 65-plussers zijn de chronische ziekten niet van invloed op de hoogte van het bruto-inkomen. Dit komt mede doordat alle 65-plussers een basisinkomen (AOW) hebben.

Eenzelfde beeld is te zien ten aanzien van de lichamelijke beperkingen, zij het dat het hebben van lichamelijke beperkingen van nog grotere invloed is op de hoogte van het inkomen dan het chronisch ziek zijn. Mannen in de potentiële beroepsbevolking met matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben gemiddeld circa 18.000 gulden minder bruto-inkomen per jaar dan mannen zonder lichamelijke beperkingen. Als de beperkingen minder ernstig zijn, dan is het inkomensverschil geringer. Bij vrouwen zijn de inkomensverschillen tussen de vrouwen met matige of ernstige beperkingen en de vrouwen zonder beperkingen beduidend kleiner: dit scheelt 4.000 gulden bruto per jaar. Dat de inkomensverschillen bij vrouwen veel kleiner zijn dan bij mannen kan voor een deel worden verklaard doordat vrouwen (zowel vrouwen met als zonder gezondheidsproblemen) vaker helemaal geen eigen inkomen hebben.

Oudere mannen met ernstige lichamelijke beperkingen hebben een lager inkomen dan oudere mannen zonder beperkingen. Een deel van deze mensen heeft misschien al op lagere leeftijd gezondheidsklachten gehad, waardoor zij minder aan het arbeidsproces hebben kunnen deelnemen. Ook opleidingsniveau kan echter van invloed zijn: een lage opleiding gaat vaak gepaard met een slechtere gezondheid én met een lager betaalde baan. In tabel 6.7 wordt hier verder op ingegaan.

Het gemiddelde inkomen zoals dat in tabel 6.4 is weergegeven, is, zeker als het op steekproefonderzoek is gebaseerd, gevoelig voor het aantal en de hoogte van extreem hoge (of lage) inkomens.<sup>4</sup> Een geringe toename van het aantal mensen met een zeer laag of (vooral) een zeer hoog inkomen, kan het gemiddelde voor de hele bevolking sterk beïnvloeden. Daarom is ook naar het mediane inkomen gekeken (niet in de tabel). Dit is het inkomen van de middelste persoon van een categorie als alle personen in die categorie naar hoogte van hun inkomen worden gerangschikt.<sup>5</sup>

Het beeld van het mediane inkomen is hetzelfde als dat van het gemiddelde inkomen en wordt daarom niet apart gepresenteerd: chronische ziekten en lichamelijke beperkingen zijn vooral van invloed op de inkomens van mannen.

Het gemiddelde inkomen van een groep wordt sterk beïnvloed door het percentage mensen dat een inkomen heeft en door het aandeel dat inkomen uit arbeid heeft (dit inkomen is over het algemeen hoger dan een uitkering). Echter, ook het aantal uren dat wordt gewerkt en het bruto-uurloon zijn belangrijke determinanten van de hoogte van iemands inkomen. In paragraaf 4.3 bleek dat mensen met een chronische ziekte en arbeidsgehandicapten gemiddeld minder uren werken dan anderen. Dit is dan ook één van de verklaringen dat mensen met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen een lager inkomen hebben dan anderen. In tabel 6.5 wordt nagegaan of het bruto-uurloon van diverse bevolkingsgroepen verschilt. Hiertoe zijn alleen de mensen die werken geselecteerd.

Tabel 6.5 Bruto-uurloon van werkzame personen van 18-64 jaar, naar geslacht en gezondheidskenmerken, 1995 (in gulden)

	bevolkingsaandelen (%)	uurloon		
		totaal	man	vrouw
aandelen in bevolking (%)	100	100	62	38
totaal	100	34	37	29
chronische ziekte				
geen	80	34	37	29
wel	20	34	37	30
1 ziekte	16	35	37	30
≥ 2 ziekten	4	33	36	29
lichamelijke beperkingen				
geen	87	34	37	29
wel	13	33	35	30
lichte beperkingen	10	33	35	30
matige/ernstige beperkingen	3	31	33	29

Bron: SCP (AVO'95)

Gemiddeld verdienen mensen in 1995 bruto 34 gulden per uur. Voor mannen is dat meer (37 gulden) dan voor vrouwen (29 gulden). Het hebben van een chronische ziekte blijkt nauwelijks van invloed te zijn op het bruto-uurloon. Mannen met een lichamelijke beperking hebben gemiddeld wel iets minder uurloon dan mannen zonder beperking. Dit hangt samen met het gemiddeld lagere opleidingsniveau van mensen met beperkingen: een lagere opleiding brengt een lager uurloon met zich mee. Mensen met beperkingen zijn echter ook iets ouder, hetgeen gemiddeld een positieve invloed heeft op het uurloon. De tweede invloed is blijkbaar geringer dan de eerste. Bij ernstige beperkingen is dit verschil 4 gulden per uur. Dit verschil lijkt gering, maar kan bij een fulltime baan oplopen tot ruim 650 gulden bruto per maand. Bij vrouwen zijn er geen verschillen in het gemiddelde uurloon van vrouwen met en zonder gezondheidsproblemen.

In tabel 6.6 wordt weergegeven in hoeverre mensen 'economisch zelfstandig' zijn. Dit wil zeggen dat zij een inkomen hebben dat tenminste 70% van het bruto wettelijk minimumloon is (uit welke bron dan ook).

Tabel 6.6 Economische zelfstandigheid bij personen van 18-64 jaar, naar gezondheidskenmerken, werkzaam zijn en geslacht, 1995 (in procenten)

	bevolkings- aandelen	totaal	percentage economisch zelfstandigen					
			totaal		wel werkzaam		niet-werkzaam	
			man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
aandelen in bevolking	100	100	50	50	40	25	10	25
totaal	100	71	93	50	97	78	78	22
chronische ziekten								
geen	73	72	93	50	97	78	71	17
wel	27	69	93	49	97	79	86	31
1 ziekte	18	70	92	49	96	79	84	25
≥ 2 ziekten	8	68	94	49	99	76	90	40
lichamelijke beperkingen								
geen	81	72	93	50	97	78	73	19
wel	19	67	93	45	98	78	87	29
lichte beperkingen	12	68	94	47	97	79	86	25
matige/ernstige beperkingen	7	64	91	42	99	71	88	35

Bron: SCP (AVO'95)

Van de potentiële beroepsbevolking is 71% economisch zelfstandig. Bij mannen is dit 93% en bij vrouwen 50%. Dat vrouwen minder vaak economisch zelfstandig zijn dan mannen komt doordat zij minder vaak werken en vaker kleinere banen hebben. Bovendien hebben zij gemiddeld een lager uurloon (zie tabel 6.5). Het hebben van chronische ziekten of lichamelijke beperkingen is van invloed op de arbeidsdeelname (zie hoofdstuk 4) en daarmee naar verwachting ook op de economische zelfstandigheid. Mensen die niet werkzaam zijn, zijn immers alleen economisch zelfstandig als zij een behoorlijke uitkering hebben. Tabel 6.6 leert dat. Binnen de werkzame bevolking blijkt het hebben van chronische ziekten of lichamelijke beperkingen geen invloed te hebben op de economische zelfstandigheid. Bij de niet-werkzame bevolking is deze invloed er wel, zij het dat deze anders is dan verwacht: gezondheidsklachten hebben een gunstige invloed op de economische zelfstandigheid. Dit is als volgt te verklaren: mensen met gezondheidsproblemen hebben vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering en mensen zonder gezondheidsklachten helemaal geen inkomen of een bijstandsuitkering. Bovendien treden gezondheidsklachten vaak pas op wat hogere leeftijd op. Ouderen hebben een grotere kans gehad om een arbeidsverleden op te bouwen, waardoor zij meer recht hebben opgebouwd op een (hogere) sociale uitkering.

Uit tabel 6.4 bleek dat er op zich aanzienlijke verschillen in gemiddeld bruto-inkomen zijn tussen personen zonder beperkingen en personen met matige of ernstige beperkingen. Ook het inkomen van mensen met (meerdere) chronische ziekten verschilt van het inkomen van mensen zonder ziekten. In tabel 6.7 wordt getoond in welke mate deze verschillen ook werkelijk door de chronische ziekten worden veroorzaakt. Daarin wordt het gemiddelde bruto-inkomen voor verschillende groepen weergegeven, maar dan alleen voor de potentiële beroepsbevolking. In

deze tabel wordt nagegaan wat de verschillende kenmerken van personen (waaronder gezondheid) bijdragen aan de hoogte van het inkomen. Eerst staat, in de kolom 'ongecorrigeerd', het gemiddelde inkomen voor bepaalde groepen weergegeven, zonder dat rekening is gehouden met het feit dat de inkomens van deze groepen ook door andere oorzaken kunnen verschillen. In de volgende kolommen wordt nagegaan of de gevonden inkomensverschillen te wijten zijn aan de lichamelijke beperkingen of chronische ziekten die mensen hebben (kolom 'alleen gezondheidskenmerken') of dat ook andere oorzaken, zoals een laag opleidingsniveau, een rol spelen (overige kolommen).

Tabel 6.7 Hoogte van het brutopersoonsinkomen, personen van 18-64 jaar, naar achtergrondkenmerken, 1995 (in gulden x 1.000)<sup>a</sup>

	bevolkings- aandelen	gemiddeld inkomen				
		ongecor- rigeerd	alleen gezondheids- kenmerken	+ leeftijd + opleiding	+ huis- houdens- vorm	+ arbeids- markt- positie
algemeen gemiddelde	100	48	48	48	48	48
geen beperkingen	81	49	49	49	48	48
lichte beperkingen	12	44	45	46	46	47
matige/ernstige beperkingen	7	37	39	42	42	47
geen chronische ziekten	73	49	47	49	48	47
1 chronische ziekte	18	46	47	47	47	49
≥ 2 chronische ziekten	8	40	44	45	47	52
18-34 jaar	37	43		41	42	38
35-54 jaar	47	52		52	52	52
55-64 jaar	15	46		51	50	61
geen opleiding/onbekend	3	33		33	35	39
lo/lbo	27	36		35	38	41
havo/mbo	50	45		46	46	45
wo/hbo	20	73		72	70	67
man	50	69			68	59
vrouw	50	27			28	37
eenpersoonshuishouden	13	51			50	51
meerpersoonshuishouden <sup>b</sup>	87	47			48	47
geen arbeid	35	20				24
deeltijdarbeid	15	36				44
voltijdarbeid	50	71				66
verklaarde variantie			7	29	51	60

<sup>a</sup> Op basis van Anova-analyse.

<sup>b</sup> Inclusief eenoudergezinnen.

Bron: SCP (AVO'95)

Uit de kolom 'ongecorrigeerd' valt op te maken dat het gemiddelde inkomen van personen met een matige of ernstige beperking binnen de bevolking van 18-64 jaar gemiddeld 37.000 gulden is, grofweg driekwart van het inkomen van personen zonder beperkingen (49.000 gulden). Mensen met meerdere chronische ziekten hebben gemiddeld een brutojaarinkomen van circa 40.000 gulden, hetgeen ongeveer 9.000 gulden minder is dan het inkomen van personen zonder dergelijke aandoeningen.

In de volgende kolom worden de inkomensverschillen tussen personen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperkingen tegelijkertijd bestudeerd. Hieruit blijkt dat het inkomen van mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen nog maar 10.000 gulden lager is dan dat van mensen zonder lichamelijke beperkingen, wanneer de invloed van het hebben van chronische ziekten op het inkomen is uitgeschakeld. Toen zonet geen rekening werd gehouden met de invloed van chronische ziekten was dit 12.000 gulden (kolom 'ongecorrigeerd'). Het lagere inkomen van mensen met meerdere chronische ziekten (9.000 minder dan dat van mensen zonder chronische ziekten), blijkt voor een belangrijk deel te kunnen worden verklaard uit het tevens voorkomen van lichamelijke beperkingen: wanneer deze invloed wordt uitgeschakeld, dan verschilt hun inkomen nog maar 3.000 gulden (44.000 om 47.000 gulden). Lichamelijke beperkingen en chronische ziekten verklaren samen slechts 7% van de variantie van het brutopersoonsinkomen.

Jongvolwassenen en laagopgeleiden verdienen gemiddeld genomen minder dan mensen die wat ouder zijn en hoger opgeleiden. Wanneer de inkomensverschillen tussen personen met en zonder chronische ziekten of beperkingen worden gecorrigeerd voor leeftijd en opleiding (volgende kolom), dan blijkt het inkomensverschil tussen mensen zonder lichamelijke beperkingen en mensen met matige of ernstige beperkingen nog maar 7.000 gulden te zijn. Personen met ernstiger beperkingen zijn gemiddeld wat ouder en meer dan evenredig laagopgeleid dan personen zonder beperkingen. Het inkomensverschil tussen mensen met en zonder beperkingen is dus voor een deel te wijten aan leeftijds- en opleidingsverschillen.

Naast leeftijd en opleidingsniveau kunnen ook huishoudensvorm en geslacht een rol spelen bij de hoogte van het inkomen. Immers, alleenstaanden en vrouwen hebben over het algemeen een lager inkomen. Als hiervoor wordt gecorrigeerd, dan blijkt het inkomensverschil tussen mensen met en zonder ernstige beperkingen nog kleiner te zijn: 6.000 gulden, en het verschil tussen mensen zonder en met meerdere chronische ziekten is vrijwel verdwenen. Mensen met lichamelijke beperkingen en/of chronische ziekten zijn vaker alleenstaand en vaker vrouw (zie ook hoofdstuk 3), en dat is één van de redenen dat deze mensen een lager inkomen hebben.

De belangrijkste determinant van de hoogte van iemands inkomen is echter de deelname aan de arbeidsmarkt. In ieder geval zijn de inkomensverschillen tussen mensen die werken en niet werken het grootst (zie ook kolom 'ongecorrigeerd'). Op

de arbeidsmarkt worden veel hogere inkomens verworven dan daarbuiten (uitkeringen). Bovendien hebben veel mensen die niet werken helemaal geen inkomen. Als wordt gecorrigeerd voor de verschillen in arbeidsdeelname, dan blijkt het inkomen van mensen met matige of ernstige beperkingen niet meer af te wijken van degenen zonder beperkingen. Personen met meerdere chronische ziekten hebben gemiddeld zelfs een hoger bruto-inkomen dan mensen zonder deze ziekten. Dit hangt waarschijnlijk samen met het type uitkering dat mensen ontvangen (een arbeidsongeschiktheidsuitkering is bijvoorbeeld hoger dan een bijstandsuitkering) en het feit dat er minder mensen zonder eigen inkomen voorkomen onder de groep met chronische ziekten. Dit laatste komt ook doordat een WAO-uitkering individueel is en een bijstandsuitkering niet: mensen met een partner met voldoende inkomen hebben geen recht op een bijstandsuitkering, maar eventueel wel op een WAO-uitkering.

Met andere woorden: mensen met ernstige lichamelijke beperkingen en mensen met meerdere chronische ziekten hebben een lager persoonlijk inkomen dan mensen zonder gezondheidsproblemen. De oorzaak hiervan is echter niet zozeer de beperking of chronische ziekte zelf, maar het feit dat deze groepen (veel) minder dan gemiddeld inkomen uit beroepsmatige arbeid verkrijgen. Daarnaast behoren mensen met gezondheidsklachten vaak tot de oudere werknemers, lager opgeleiden, eenpersoonshuishoudens en vrouwen. Ook dit zijn oorzaken van het lagere inkomen. De hier genoemde kenmerken van personen verklaren samen ongeveer 60% van het bruto-inkomen van personen.

De inkomensgegevens die in deze paragraaf zijn besproken, zijn alle afkomstig uit het AVO'95. Er zijn helaas geen recentere bestanden beschikbaar die gegevens bevatten over zowel de persoonlijke inkomens van mensen als over gezondheidskenmerken.

### *6.3.2 Besteedbaar (netto)inkomen*

Het netto besteedbare inkomen is het inkomen dat overblijft nadat belasting en premies van het bruto-inkomen zijn afgetrokken.<sup>6</sup> Het netto-inkomen geeft een indicatie van de welvaart van mensen. Hierbij maakt het uit hoeveel inkomens er in een huishouden zijn en hoeveel personen van dat inkomen moeten leven. Daarom wordt in deze paragraaf niet naar personen, maar naar huishoudens gekeken. Er wordt gebruikgemaakt van het begrip 'gestandaardiseerd inkomen'; dit wil zeggen dat rekening wordt gehouden met de omvang en samenstelling van het huishouden. Een hoger gestandaardiseerd netto-inkomen, dus een hogere score op deze welvaartsmaatstaf, betekent dat het huishouden meer welvaart heeft, dus meer bestedingsmogelijkheden heeft.

In tabel 6.8 zijn de netto-inkomens van verschillende soorten huishoudens weergegeven. Hierbij is niet alleen onderscheid gemaakt naar huishoudens met leden met lichamelijke beperkingen en chronische ziekten, maar ook naar een- en meerpersoonshuishoudens en mannen en vrouwen. Eerst is gekeken of er binnen een



huishouden een chronisch zieke is. Vervolgens is gekeken of het de hoofdkostwinner in het gezin is die chronisch ziek is. Een hoofdkostwinner is degene met het hoogste inkomen. Dit kan dus ook een uitkering zijn. Er is geen rekening gehouden met het feit dat meerdere personen in een huishouden een chronische ziekte kunnen hebben. Als er binnen een huishouden meerdere mensen chronisch ziek zijn, dan wordt gekeken of de hoofdkostwinner één of meerdere chronische ziekten heeft. Of er nog andere mensen in het huishouden zijn die misschien nog meer chronische ziekten hebben, wordt buiten beschouwing gelaten.

Tabel 6.8 Nettohuishoudensinkomen, bij huishoudens met hoofd 18-64 jaar, naar huishoudensvorm, geslacht en gezondheidskenmerken, 1995 (in guldens x 1.000)

	huishoudens- aandelen (%)	totaal	eenpersoons- huishouden		meerpersoons- huishouden		
			alleenstaande		eenverdiener		twee- verdiener <sup>b</sup>
			man	vrouw	man	vrouw <sup>a</sup>	
aandelen in de bevolking (%)		100	12	12	28	5	43
totale bevolking	100	53,7	33,0	29,0	53,7	36,9	68,6
leden met chronische ziekten							
geen	57	53,0	32,8	30,2	54,9	34,5	69,1
wel	43	54,5	33,7	27,1	52,4	39,4	67,8
1 ziekte, geen hoofdkostwinner <sup>c</sup>	12	62,9	-	-	55,7	.	70,0
1 ziekte, hoofdkostwinner <sup>c</sup>	18	51,9	35,5	28,2	50,9	.	67,5
≥ 2 ziekten, geen hoofdkostwinner <sup>c</sup>	4	61,0	-	-	.	.	62,8
≥ 2 ziekten, hoofdkostwinner <sup>c</sup>	8	44,9	29,5	25,6	.	.	67,5
leden met lichamelijke beperkingen							
geen	69	53,8	33,8	30,3	54,3	34,8	68,8
wel	31	53,3	30,5	25,3	52,6	39,8	67,9
lichte beperkingen, geen hoofdkostwinner <sup>c</sup>	8	65,0	-	-	57,8	.	72,6
lichte beperkingen, hoofdkostwinner <sup>c</sup>	12	50,4	29,8	26,1	51,7	.	69,2
matige/ernstige beperkingen, geen hoofdk. <sup>c</sup>	4	57,0	-	-	.	.	60,5
matige/ernstige beperkingen, hoofdk. <sup>c</sup>	7	41,5	31,6	24,6	.	.	62,5

. Wil zeggen dat er niet voldoende waarnemingen zijn om uitspraken op te baseren.

<sup>a</sup> Huishoudens waarin alleen de vrouw een inkomen heeft betreffen vooral eenoudergezinnen.

<sup>b</sup> Met tweeverdieners wordt hier bedoeld dat beide partners een inkomen hebben. Dit kan ook een uitkering zijn.

<sup>c</sup> Er is bekeken of er binnen het huishouden (minimaal één) iemand is met één ziekte of met meerdere ziekten. Vervolgens is bekeken of dit de hoofdkostwinner is. Op dezelfde manier is nagegaan of er mensen met lichte of matige/ernstige beperkingen binnen een huishouden zijn.

Bron: SCP (AVO'95)

Als we naar de beroepsbevolking kijken, dan zien we dat huishoudens met leden met chronische ziekten geen lager netto-inkomen hebben dan huishoudens zonder mensen met een chronische ziekte (tweede getalencolom). Als echter bij de analyse wordt betrokken wie chronisch ziek is, de hoofdkostwinner of een ander lid van het huishouden, dan zijn er wel verschillen. Nu blijkt dat het netto-inkomen van huishoudens met een hoofdkostwinner met meerdere chronische ziekten gemiddeld

8.000 lager is dan dat van huishoudens zonder personen met chronische ziekten, namelijk 45.000 gulden in plaats van 53.000 gulden.

Als onderscheid wordt gemaakt naar lichamelijke beperkingen, zijn de verschillen groter. Huishoudens met een hoofdkostwinner met matige of ernstige beperkingen hebben netto ruim 12.000 gulden minder te besteden dan huishoudens zonder leden met lichamelijke beperkingen, namelijk ruim 41.500 gulden in plaats van bijna 54.000 gulden.

Wanneer we naar de eenpersoonshuishoudens kijken, dan zien we dat alleenstaande mannen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen netto ruim 2.000 gulden minder te besteden hebben dan alleenstaande mannen zonder lichamelijke beperkingen (respectievelijk 32.000 gulden en 34.000 gulden netto-inkomen). Voor vrouwen met matige beperkingen is het inkomensverschil bijna 6.000 gulden.

Bij eenverdieners kan het om huishoudens gaan met meerdere volwassenen, waarvan er maar één werkt, maar bijvoorbeeld ook om huishoudens met één volwassene en één of meer kinderen. Mannelijke eenverdieners hebben een lager inkomen als zij chronische ziekten of lichamelijke beperkingen hebben, terwijl vrouwelijke eenverdieners dan juist een iets hoger inkomen hebben. Dit kan worden verklaard doordat er onder de eenverdieners (waaronder eenoudergezinnen) zonder chronische ziekten of beperkingen meer mensen van een bijstandsuitkering moeten rondkomen; deze uitkering is lager dan de WAO-uitkering, die mensen met een chronische aandoening vaker krijgen. Er zijn te weinig eenverdienershuishoudens met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen om de exacte inkomens te kunnen differentiëren naar aantal chronische aandoeningen of de ernst van de beperking.

In tabel 6.8 wordt ook gesproken over 'tweeverdieners' (43% van de huishoudens). Hiermee wordt bedoeld dat twee mensen in dit huishouden een inkomen hebben. Dit kan ook een uitkering zijn. Wanneer beide partners een betaalde baan hebben, dan is er vaak sprake van anderhalfverdieners. Bij de tweeverdieners blijkt de hoogte van het netto-inkomen alleen te worden beïnvloed als mensen meerdere chronische ziekten of matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben.

Het is goed denkbaar dat niet alleen het aantal aandoeningen (zoals in tabel 6.8 vermeld), maar ook het *type* aandoening dat iemand heeft van invloed is op de hoogte van het inkomen. Uit hoofdstuk 4 bleek immers ook dat de arbeidsparticipatie werd beïnvloed door het type aandoening (maar niet door de duur van de ziekte). Uit het Patiëntenpanel Chronisch Ziekten van het Nivel blijkt echter dat ziektekenmerken nauwelijks van invloed zijn op de hoogte van het besteedbare inkomen: mensen met verschillende ziekten (zoals hart- en vaatziekten, cara, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, kanker, diabetes, neurologische aandoeningen) hebben gemiddeld ongeveer een even hoog inkomen. Ook de duur van de ziekte en het aantal chronische ziekten blijkt niet van invloed te zijn op de hoogte van het inkomen (Weide et al. 1999).

In tabel 6.9 wordt het nettohuishoudensinkomen van verschillende subgroepen vergeleken, waarbij de invloed van verschillende achtergrondkenmerken al dan niet constant wordt gehouden. Ook de 65-plussers zijn in de analyse betrokken (in tegenstelling tot de voorgaande tabel). De opbouw is hetzelfde als die van tabel 6.7: in de kolom 'on gecorrigeerd' wordt het gemiddelde inkomen voor bepaalde categorieën huishoudens weergegeven, zonder dat rekening is gehouden met het feit dat de inkomens van deze huishoudens ook door andere oorzaken kunnen verschillen. In de daaropvolgende kolommen wordt nagegaan of de gevonden inkomensverschillen te wijten zijn aan de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen of chronische ziekten in een huishouden (kolom 'alleen gezondheidskenmerken') of aan andere kenmerken van (het hoofd van) dat huishouden, zoals het opleidingsniveau (overige kolommen).

In 1995 hebben huishoudens met een hoofdkostwinner met matige of ernstige beperkingen gemiddeld een huishoudensinkomen dat 21.000 gulden lager is dan dat van huishoudens waarvan geen van de leden beperkingen hebben. Bij de huishoudens met een hoofdkostwinner die twee of meer chronische ziekten heeft is het netto-inkomen van een huishouden gemiddeld 14.000 gulden lager dan dat van huishoudens zonder leden met een chronische ziekte (kolom 'on gecorrigeerd'). De verschillen tussen huishoudens met een hoofdkostwinner met beperkingen of chronische ziekten en een ander lid met gezondheidsproblemen hangen voor een belangrijk deel samen met de huishoudensvorm: huishoudens waarvan het lid met beperkingen of chronische ziekten niet de hoofdkostwinner is, zijn per definitie meerpersoonshuishoudens (met gemiddeld een hoger inkomen), terwijl de huishoudens met een hoofdkostwinner met beperkingen of chronische ziekten voor een deel eenpersoonshuishoudens betreft (die gemiddeld een lager inkomen hebben).

Als, in de volgende kolom, tegelijkertijd de invloed van beperkingen en chronische ziekten op de hoogte van het huishoudensinkomen wordt bestudeerd, dan blijkt dat vooral lichamelijke beperkingen van invloed zijn op de hoogte van het huishoudensinkomen: de verschillen tussen huishoudens met een hoofdkostwinner met matige of ernstige beperkingen en huishoudens zonder leden met beperkingen is 18.000 gulden als men rekening houdt met de invloed van chronische ziekten. De verschillen tussen huishoudens met een hoofdkostwinner met een chronische ziekte en huishoudens zonder leden met een chronische ziekte is nog maar 3.000 gulden als rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen.

Het opleidingsniveau heeft veel gevolgen voor de hoogte van het inkomen. Als deze invloed wordt weggenomen (volgende kolom), dan is van het inkomensverschil tussen huishoudens met en zonder een hoofdkostwinner met matige of ernstige lichamelijke beperkingen nog maar 9.000 gulden over en verschilt het inkomen van een huishouden met een hoofdkostwinner met een chronisch ziekte nog nauwelijks van dat van een huishouden zonder mensen met een chronische ziekte.

Tabel 6.9 De invloed van verschillende kenmerken op de hoogte van het nettohuishoudensinkomen, 1995  
(in guldens x 1.000)<sup>a</sup>

	gemiddeld inkomen					
	bevolkings- aandelen (%)	ongecor- rigeerd	alleen gezondheids- kenmerken	+ leeftijd + opleiding	+ huis- houdens- vorm	+ arbeids- markt- positie
algemeen gemiddelde	100	49	49	49	49	49
geen beperkingen	61	52	52	50	50	49
lichte beperkingen, geen hoofdkostwinner	8	64	61	59	54	54
lichte beperkingen, hoofdkostwinner	14	45	46	48	48	49
matige/ernstige beperkingen, geen hoofdkostw.	4	54	50	51	46	49
matige/ernstige beperkingen, hoofdkostwinner	13	31	34	41	44	46
geen chronische ziekten in huishouden	51	51	48	48	49	48
1 chronische ziekte, geen hoofdkostwinner	11	62	58	56	50	50
1 chronische ziekte, hoofdkostwinner	21	47	48	49	49	50
≥ 2 chronische ziekten, geen hoofdkostwinner	4	55	53	54	49	49
≥ 2 chronische ziekten, hoofdkostwinner	13	37	45	47	48	50
leeftijdscategorie hoofd huishouden						
18-34 jaar	24	48		45	46	40
35-54 jaar	40	58		56	54	50
55-64 jaar	14	51		52	52	57
65-74 jaar	13	36		41	43	55
≥ 75 jaar	9	29		38	45	55
opleidingsniveau hoofd huishouden						
geen opleiding/onbekend	4	36		40	39	43
lo - lbo	30	39		42	41	44
havo - mbo	45	50		49	48	48
wo - hbo	21	65		62	63	61
vrouw alleenstaand	20	26			31	36
man alleenstaand	13	32			33	39
meerpersoonshuishouden <sup>b</sup>	66	53			57	54
niemand werkt	38	32				34
hoofd of partner werkt	40	51				52
hoofd en partner werken	22	73				69
verklaarde variantie			27	42	54	62

<sup>a</sup> Op basis van Anova-analyse.

<sup>b</sup> Inclusief eenoudergezinnen.

Bron: SCP (AVO'95)

Ook de huishoudensvorm is van belang voor de hoogte van het inkomen: alleenstaanden hebben een veel lager inkomen dan meerpersoonshuishoudens. Als hiermee rekening wordt gehouden, dan is het inkomensverschil tussen huishoudens met en zonder een hoofdkostwinner met matige of ernstige lichamelijke beperkingen nog maar 6.000 guldens. Dat huishoudens met iemand met matige of ernstige beperkingen een lager inkomen hebben, lijkt dus voor een deel te kunnen worden

verklaard uit het feit dat dit eenpersoonshuishoudens betreft. De verschillen tussen de huishoudens met een hoofdkostwinner met een matige of ernstige beperking en een ander lid met matige of ernstige beperkingen verdwijnen als rekening wordt gehouden met de huishoudenssamenstelling. Hieruit blijkt dat vooral de huishoudensomvang van invloed is op de hoogte van het inkomen en minder of het lid met de beperkingen of ziekten de hoofdkostwinner is of niet.

Als, in de laatste kolom, ook nog naar de invloed van arbeidsdeelname wordt gekeken, dan is er nog 3.000 gulden verschil in inkomen tussen huishoudens met een hoofdkostwinner met en zonder matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Huishoudens met een lid (niet de hoofdkostwinner) met lichte beperkingen hebben gemiddeld zelfs een iets hoger inkomen als wordt gecorrigeerd voor kenmerken zoals arbeidsdeelname, leeftijd en opleidingsniveau. Dit kan worden verklaard doordat mensen met beperkingen een arbeidsongeschiktheidsuitkering kunnen krijgen (ongeacht het inkomen van een partner), terwijl mensen zonder beperkingen vaker helemaal geen inkomen hebben (ook geen bijstandsuitkering als hun partner voldoende inkomen heeft).

Concluderend: huishoudens met een lid met meerdere chronische ziekten of met matige of ernstige beperkingen hebben een beduidend lager besteedbaar huishoudensinkomen dan huishoudens die alleen gezonde leden hebben. Deze inkomensverschillen zijn echter vooral het gevolg van de arbeidsdeelname, de huishoudensvorm en het opleidingsniveau van het hoofd van het huishouden en niet zozeer van de gezondheidskenmerken binnen een huishouden.

De hiervoor beschreven gegevens over het nettohuishoudensinkomen zijn alle gebaseerd op gegevens uit 1995, het enige jaar waarover zowel uitgebreide inkomensgegevens als gezondheidskenmerken beschikbaar zijn. Voor 1999 zijn, op basis van het scriptpanel van GfK, netto-inkomensgegevens bekend van huishoudens zonder lichamelijke beperkingen en huishoudens met leden met matige of ernstige beperkingen.<sup>7</sup> Deze gegevens zijn opgenomen in tabel 6.10. In het GfK-panel zijn geen gegevens beschikbaar over chronische ziekten of lichte lichamelijke beperkingen. Er is in dit panel op een andere manier naar huishoudensinkomen gevraagd dan in het AVO, waardoor de gegevens niet goed te vergelijken zijn. Het gaat hier dan ook niet om een vergelijking tussen 1995 en 1999, maar het gaat erom vast te stellen in hoeverre er in 1999 nog steeds verschillen zijn tussen huishoudens met en zonder leden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen.

Tabel 6.10 Gemiddeld besteedbaar inkomen, personen van 18-64 jaar, 1999 (in gulden x 1.000)

	populatie-aandelen (%)	gemiddeld inkomen
totaal	100	47,0
huishoudens zonder matige of ernstige beperkingen	85	48,1
huishoudens met matige of ernstige beperkingen, geen hoofdkostwinner	5	46,9
huishoudens met matige of ernstige beperkingen, hoofdkostwinner	10	37,8

Bron: GfK (scriptpanel 1999) SCP-bewerking

Het gemiddelde besteedbare inkomen van huishoudens waarvan het hoofd tussen de 18 en de 64 jaar is (waarbij alleen het inkomen van het hoofd en de partner in de analyse zijn betrokken; dus niet van meeverdienende kinderen) was in 1999 47.000 gulden.

Huishoudens die een persoon hebben met matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben een lager inkomen dan huishoudens waarin niemand lichamelijke beperkingen heeft. Dit scheelt ongeveer 15% van het nettohuishoudensinkomen (40.800 gulden (niet in de tabel) en 48.100 gulden). Wanneer degene in het huishouden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen tevens de hoofdkostwinner is, dan scheelt het zelfs ruim 10.000 gulden nettohuishoudensinkomen.

### 6.3.3 Inkomen van mensen met psychische stoornissen

In tabel 6.11 zijn enkele gegevens over de hoogte van het nettohuishoudensinkomen van mensen met en zonder psychische problemen opgenomen, waarbij zowel het gemiddelde huishouden wordt weergegeven, als een verdeling van inkomens in een aantal inkomensklassen. In tegenstelling tot de voorgaande paragraaf, gaat het hier om personen en niet om huishoudens en om maandinkomens in plaats van jaarinkomens.<sup>8</sup>

Tabel 6.11 Nettohuishoudensinkomen, personen van 18-64 jaar, naar het al dan niet ervaren van psychische stoornissen, 1996 (horizontaal geperceenteerd)

	≤ 1.600	1.601-2.600	2.601-3.400	3.401-4.400	≥ 4.401	gemiddeld	sign. <sup>a</sup>
totaal (n = 6.727)	11	21	19	20	29	3.640	
geen stoornis	9	20	19	21	31	3.770	
wel stoornis	18	26	18	17	21	3.190	ja
1 stoornis	15	24	19	18	24	3.350	ja
≥ 2 stoornissen	23	30	18	14	15	2.860	ja
stemmingsstoornis	21	27	19	16	17	2.960	ja
angststoornis	17	28	20	17	18	3.090	ja
alcoholstoornis	20	23	16	16	25	3.250	ja

<sup>a</sup> Significant wil hier zeggen ten opzichte van huishoudens waarin geen psychische stoornissen voorkomen (t-toetsen,  $p < 0,05$ ).

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96)

Mensen zonder psychische problemen hebben gemiddeld netto 580 gulden per maand meer huishoudensinkomen dan mensen zonder psychische stoornissen. Er is hierbij niet gekeken of degene met de psychische stoornissen ook de hoofdkostwinner is. Als daar wel rekening mee zou worden gehouden, zouden de inkomensverschillen zeer waarschijnlijk nog groter zijn. Als iemand twee of meer psychische stoornissen heeft, dan is het inkomen zelfs 900 gulden per maand lager dan bij personen zonder psychische stoornissen. Binnen de groep met psychische problemen hebben mensen met stemmingsstoornissen gemiddeld het laagste (huishoudens)inkomen (2.960 gulden netto per maand) en mensen met alcoholstoornissen het hoogste (netto 3.250 gulden per maand). Dit komt mede doordat mensen met stemmingsstoornissen minder vaak betaalde banen hebben dan mensen met alcoholstoornissen (zie tabel 4.18).

Uit tabel 6.11 blijkt ook dat de spreiding van de inkomens groot is, ook binnen de groep met psychische stoornissen: zo zijn er bij de groep met meerdere psychische problemen, veel mensen die van een minimuminkomen moeten rondkomen (23%), maar ook mensen met een huishoudensinkomen boven de 4.400 gulden netto per maand (15%).

Ook mensen met burnoutsymptomen (zie noot 3) hebben een lager inkomen dan anderen. Dit scheelt gemiddeld netto ongeveer 390 gulden per maand. Naarmate de burnoutsymptomen ernstiger worden, daalt het nettohuishoudensinkomen, maar de verschillen tussen mensen met 2, 3 en 4 of meer symptomen zijn zo klein dat ze niet significant zijn (niet in de tabel).

In tabel 6.12 wordt nagegaan in hoeverre de hoogte van het (netto)huishoudensinkomen afhankelijk is van psychische problemen, of dat andere achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, opleidingsniveau of arbeidsmarktpositie, belangrijker zijn. De gegevens hebben betrekking op personen, maar het inkomen betreft het huishoudensinkomen. In de tabel worden regressiecoëfficiënten weergegeven. Een hoge regressiecoëfficiënt wil zeggen dat deze factor van grote invloed is. Een positieve coëfficiënt duidt op een gemiddeld hoger inkomen en een negatieve coëfficiënt op een lager inkomen.

Tabel 6.12 Hoogte van het nettohuishoudensinkomen, personen van 18-64 jaar, naar psychische stoornissen en andere kenmerken, 1996 (in gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)

	stemmingsstoornis		angststoornis		alcoholgebruik		comorbiditeit		burnout-symptomen	
	regr. coëf.	sign.	regr. coëf.	sign.	regr. coëf.	sign.	regr. coëf.	sign.	regr. coëf.	sign.
geslacht	-0,02	nee	0,00	nee	-0,01	nee	0,00	nee	0,02	nee
leeftijd	0,23	ja	0,23	ja	0,23	ja	0,22	ja	0,21	ja
huishoudensgrootte	0,36	ja	0,36	ja	0,36	ja	0,36	ja	0,35	ja
opleidingsniveau	0,37	ja	0,37	ja	0,37	ja	0,37	ja	0,35	ja
hebben van betaald werk	0,25	ja	0,25	ja	0,25	ja	0,25	ja	0,23	ja
somatische aandoening	-0,02	nee	-0,02	nee	-0,02	nee	-0,01	nee	-	-
stemmingsstoornis	-0,05	ja	-	-	-	-	-	-	-	-
angststoornis	-	-	-0,04	ja	-	-	-	-	-	-
alcoholgebruik	-	-	-	-	-0,01	nee	-	-	-	-
comorbiditeit	-	-	-	-	-	-	-0,06	ja	-	-
burnoutsymptomen	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,05	ja

Bron: Trimbos-instituut (NEMESIS'96, '97)

Uit tabel 6.12 komt naar voren dat met name huishoudensgrootte en opleidingsniveau bepalend zijn voor de hoogte van het inkomen: mensen in meerpersoons-huishoudens en met een hoger opleidingsniveau hebben over het algemeen een hoger inkomen dan mensen in eenpersoonshuishoudens en met een laag opleidingsniveau. Vervolgens is het hebben van betaald werk en de leeftijd van invloed: als iemand betaald werk heeft, dan levert dat gemiddeld een hoger huishoudensinkomen op. Een hogere leeftijd gaat over het algemeen samen met een hoger inkomen. Hierbij gaat het alleen om de potentiële beroepsbevolking; 65-plussers zijn buiten beschouwing gelaten.

Of mensen psychische stoornissen hebben, hangt ook significant samen met de hoogte van het huishoudensinkomen, zij het dat deze samenhang veel geringer is dan met de hiervoor genoemde kenmerken: als mensen psychische stoornissen hebben, dan is het huishoudensinkomen lager, ook als rekening wordt gehouden met het feit of iemand betaald werk verricht of de andere kenmerken. Dit komt vermoedelijk doordat mensen met psychische stoornissen relatief vaak van een bijstandsuitkering moeten rondkomen (zie tabel 6.3); de hoogte van deze uitkering is beduidend lager dan die van bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Ook het hebben van symptomen van burnout hangt samen met een lager huishoudensinkomen, maar samenhang met andere kenmerken, zoals huishoudensvorm, opleidingsniveau en het hebben van betaalde arbeid, is groter (zie laatste kolom tabel 6.12). Hierbij is er geen rekening mee gehouden dat veel mensen met burnoutsymptomen ook psychische stoornissen (vooral angststoornissen) hebben.

### 6.3.4 Laag inkomen

Een andere manier om de inkomenspositie van een groep te beschrijven is het bepalen van het percentage huishoudens met een laag inkomen. Hiervoor worden



allerlei verschillende grenzen gehanteerd, die alle hun voor- en nadelen hebben. Het CBS definieert een laag inkomen als een besteedbaar inkomen van 16.000 gulden of lager voor een alleenstaande in 1990.<sup>9</sup> In 1999 is deze grens, door rekening te houden met de inflatie, voor een alleenstaande ongeveer 20.400 gulden, voor een echtpaar zonder kinderen ongeveer 27.500 gulden en voor een echtpaar met twee kinderen 36.900 gulden.<sup>10</sup>

In tabel 6.13 wordt weergegeven welk aandeel van de huishoudens een laag inkomen heeft volgens de hier gekozen grenzen.

Tabel 6.13 Voorkomen van laag inkomen in huishoudens met hoofd 18-64 jaar, naar type huishouden, geslacht van het hoofd van het huishouden en gezondheidskenmerken van het hoofd van het huishouden, 1995 (in procenten)

aandelen in de bevolking	huishoudens- aandelen	eenpersoons- huishouden			meerpersoonshuishouden		
		totaal	alleenstaande		eenverdiener		twee- verdieners <sup>b</sup>
			man	vrouw	man	vrouw <sup>a</sup>	
aandelen in de bevolking		100	12	12	28	5	43
totaal voorkomen laag inkomen	100	15	23	32	16	49	3
leden met chronische ziekten							
geen	57	14	22	28	14	49	3
wel	43	16	24	38	17	50	4
1 ziekte, geen hoofdkostwinner	12	8	-	-	11	.	2
1 ziekte, hoofdkostwinner	18	18	19	31	23	.	5
≥ 2 ziekten, geen hoofdkostwinner	4	3	-	-	.	.	2
≥ 2 ziekten, hoofdkostwinner	8	26	.	46	.	.	5
leden met lichamelijke beperkingen							
geen	69	13	21	28	14	50	3
wel	31	18	27	43	18	48	4
lichte beperkingen, geen hoofdkostwinner	8	9	-	-	13	.	3
lichte beperkingen, hoofdkostwinner	12	19	.	.	17	.	5
matige/ernstige bep., geen hoofdkostwinner	4	10	-	-	.	.	5
matige/ernstige beperkingen, hoofdkostwinner	7	32	.	.	.	.	.

. Wil zeggen dat er niet voldoende waarnemingen zijn om uitspraken op te baseren.

<sup>a</sup> Huishoudens waarin alleen de vrouw een inkomen heeft betreffen vooral eenoudergezinnen.

<sup>b</sup> Met tweeverdieners wordt hier bedoeld dat beide partners een inkomen hebben. Dit kan ook een uitkering zijn.

Bron: SCP (AVO'95)

Binnen de huishoudens waarvan het hoofd behoort tot de potentiële beroepsbevolking moet 15% van de huishoudens rondkomen van een laag inkomen. Een kwart van de alleenstaande mannen en eenderde van de alleenstaande vrouwen tussen de 18 en de 64 jaar heeft een laag inkomen. Als eenpersoonshuishoudens geconfronteerd worden met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen, moet een hoger percentage rondkomen van een laag inkomen. Dit geldt vooral voor vrouwen. Bij de alleenstaanden met een lichamelijke beperking is het percentage huishoudens met een laag inkomen nog groter.

Bij de meerpersoonshuishoudens moeten huishoudens met een vrouwelijke alleenverdiener (waaronder veel eenoudergezinnen) veel vaker van een laag inkomen rondkomen dan huishoudens met een mannelijke alleenverdiener.

Eenverdienershuishoudens met een chronisch zieke of een lid met lichamelijke beperkingen hebben iets vaker een laag inkomen dan huishoudens die geen gezondheidsproblemen kennen. De gegevens van de eenverdieners laten vanwege de aantallen respondenten niet altijd het onderscheid naar hoofdkostwinnerschap en ernst van de gezondheidsproblemen toe.

Bij de tweeverdienershuishoudens heeft slechts een zeer gering aandeel een laag inkomen. Alleen als de hoofdkostwinner meerdere chronische ziekten heeft of matige of ernstige beperkingen, moet een tweeverdienershuishouden wat vaker van een laag inkomen rondkomen.

Van doorslaggevend belang voor de kans op een laag inkomen is echter niet het hebben van lichamelijke beperkingen of chronische ziekten, maar deelname aan arbeid (niet in de tabel): bij huishoudens die niet aan de arbeidsmarkt deelnemen is er een veel grotere kans om een laag inkomen te hebben dan bij andere huishoudens. Opleidingsniveau, leeftijd en huishoudensvorm zijn ook van belang, maar spelen een minder grote rol. Wanneer met al deze kenmerken rekening wordt gehouden, dan blijkt dat huishoudens met een hoofdkostwinner met matige of ernstige beperkingen nog altijd een iets grotere kans op een laag inkomen hebben dan huishoudens zonder beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998: 239).

### *6.3.5 Kunnen rondkomen van het inkomen*

Of mensen een laag inkomen hebben, is een belangrijke indicator voor hun financiële positie. Een andere, meer subjectieve, indicator is de vraag of mensen kunnen rondkomen van hun inkomen. In het Sociaal-economisch panelonderzoek (SEP) van het CBS zijn vragen opgenomen over het huishoudensinkomen en enkele vragen over de mate waarin het huishoudbudget toereikend wordt geacht. Ook bevat het SEP een algemene indicator over de mate waarin iemand in het huishouden belemmeringen ondervindt bij de dagelijkse activiteiten. Het SEP bevat geen gegevens over chronische ziekten van mensen.

In tabel 6.14 wordt weergegeven in hoeverre huishoudens met en zonder leden met belemmeringen naar eigen zeggen kunnen rondkomen van hun inkomen. Hierbij wordt alleen gekeken naar de potentiële beroepsbevolking.

Tabel 6.14 Problemen met rondkomen van het inkomen, huishoudens met een hoofd 18-64 jaar, naar het voorkomen van belemmeringen in een huishouden, 1996

		geen belemme- ringen	lichte belemme- ringen	ernstige belemme- ringen	totaal
huishoudens	x 1.000	2.770	1.201	395	4.365
die moeilijk rondkomen	x 1.000	301	171	101	574
idem	%	11	14	26	13
huishoudens					
die zware woonlasten hebben	%	4	5	10	4
die schulden moeten maken of interen	%	14	15	17	14
die (zeer) moeilijk rond kunnen komen	%	11	14	26	13
huishoudens die moeilijk rond kunnen komen, en					
achterstand hebben inzake de huur	%	13	8	12	11
achterstand hebben inzake gas, licht, water	%	6	3	6	5
achterstand hebben inzake aankopen	%	5	10	8	7
onvoldoende geld hebben voor verwarming	%	8	10	17	10
danwel voor voldoende warm eten	%	11	11	13	11
danwel voor kleren	%	55	60	64	58
danwel voor vakantie	%	56	63	74	61
danwel voor meubelvervangng	%	80	79	88	81

Bron: CBS (SEP'96)

Er waren in 1996 (het meest recente jaar waarover SEP-gegevens beschikbaar zijn via het WSA) ongeveer 570.000 huishoudens binnen de potentiële beroepsbevolking die moeilijk konden rondkomen (13% van de huishoudens).

Huishoudens met personen met ernstige belemmeringen hebben vaker moeite om rond te komen dan huishoudens zonder belemmeringen. Zo zegt 26% van de huishoudens met zo'n persoon dat ze (zeer) moeilijk kunnen rondkomen, tegen 11% van de huishoudens zonder leden met belemmeringen. Dit is in overeenstemming met het feit dat huishoudens met leden met lichamelijke beperkingen over het algemeen een lager inkomen hebben (zie tabel 6.8) en vaker van een laag inkomen moeten rondkomen (tabel 6.13). Ook geven huishoudens met leden met ernstige belemmeringen aan dat zij vaker zware woonlasten hebben. Of dit echt zo is, wordt bekeken in paragraaf 7.2.2, als de bestedingspatronen van verschillende type huishoudens onder de loupe worden genomen.

Van de 570.000 huishoudens met een hoofd tussen de 18 en de 64 jaar die zeggen moeilijk te kunnen rondkomen van hun inkomen heeft 11% een achterstand bij het betalen van de huur, 5% een betalingsachterstand inzake de energierekening en heeft 7% op afbetaling artikelen gekocht. Huishoudens met leden met ernstige belemmeringen hebben op deze terreinen niet vaker een betalingsachterstand dan huishoudens zonder leden met belemmeringen.

Veel meer huishoudens die moeite hebben om rond te komen hebben te weinig geld voor de aanschaf van nieuwe meubels, vakantie en kleding. Met name voor vakanties hebben huishoudens met ernstige belemmeringen vaker dan andere

huishoudens die van een laag inkomen moeten rondkomen vaak geen geld (dit scheelt 18 procentpunt), maar ook voor kleding (9 procentpunt), meubels (8 procentpunt) en verwarming (9 procentpunt) hebben zij vaak onvoldoende financiële middelen.

#### 6.4 Vermogens

Een beschrijving van het volledige vermogen van huishoudens met leden met lichamelijke beperkingen of chronische ziekten is niet mogelijk, omdat in de Vermogensstatistieken van het CBS, de belangrijkste bron inzake vermogens, geen gegevens zijn opgenomen over de gezondheid. Wel is, op basis van het AVO-onderzoek, bij benadering de waarde te geven van de belangrijkste vermogenscomponenten, te weten de eigen woning (57% van het brutovermogen), spaargeld, overig onroerend goed en effecten (samen 30% van het brutovermogen). Dit betekent dat contanten, bank- en girotegoeden anders dan spaargeld, het ondernemingsvermogen, overig vermogen en (aan de negatieve kant) de leningen anders dan hypotheekleningen buiten beeld blijven. De hypotheek maakt circa 81% uit van de leningen van de huishoudens. Het AVO'95 bevat de waarde van de eigen woning en voor de overige vermogensbestanddelen alleen indirecte aanwijzingen (vermogensopbrengsten en -kosten), waardoor de berekening minder exact is dan die van het CBS.<sup>11</sup>

In tabel 6.15 staat het vermogen weergegeven van verschillende typen huishoudens met en zonder chronische ziekten en lichamelijke beperkingen, uitgesplitst naar leeftijd van het hoofd van het huishouden.

Van alle huishoudens in Nederland heeft ongeveer 67% vermogen (tabel 6.15). Het gemiddelde vermogen van alle huishoudens (inclusief de huishoudens die geen positief vermogen hebben) is ongeveer 150.000 gulden. Naarmate mensen ouder worden, hebben zij meer vermogen vergaard. Dit beeld gaat op tot 75 jaar.

Huishoudens met leden met een chronische ziekte hebben minder vaak vermogen dan huishoudens zonder chronisch zieken (respectievelijk 64% en 70%). Hierbij speelt zowel het aantal ziekten een rol als het feit of het de hoofdkostwinner is die een chronische ziekte heeft: bij de huishoudens met een chronisch zieke hoofdkostwinner met meerdere chronische ziekten heeft 52% van de huishoudens vermogen.

Ook huishoudens met leden met lichamelijke beperkingen hebben minder vaak vermogen (61% tegenover 71%). Hier zijn de verschillen tussen huishoudens zonder en met leden met beperkingen nog groter dan bij de huishoudens met leden met en zonder chronische ziekten. Zo heeft van de huishoudens met een hoofdkostwinner met matige of ernstige lichamelijke beperkingen slechts 47% een vermogen.

Tabel 6.15 Gemiddeld vermogen van huishoudens, naar leeftijd van het hoofd van het huishouden en gezondheidskenmerken, 1995 (in gulden x 1.000)

	populatie-aandelen (%)	deelname percentage <sup>a</sup>	gemiddeld vermogen <sup>b</sup>	leeftijdscategorie hoofd huishouden				
				18-34 jaar	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
aandelen in de bevolking	100			24	40	14	13	9
totaal	100	67	149	78	157	177	233	145
chronische ziekten								
geen	51	70	151	81	168	182	286	196
wel	49	64	147	70	144	173	206	127
1 ziekte, geen hoofdkostwinner	11	77	169	70	173	250	257	141
1 ziekte, hoofdkostwinner	21	63	151	80	126	179	258	116
≥ 2 ziekten, geen hoofdkostwinner	4	69	135	55	142	145	150	130
≥ 2 ziekten, hoofdkostwinner	13	52	126	36	108	133	156	135
lichamelijke beperkingen								
geen	61	71	153	80	164	206	271	266
wel	39	61	144	69	144	142	206	124
lichte beperkingen, geen hoofdkostwinner	7	74	183	80	197	105	359	289
lichte beperkingen, hoofdkostwinner	14	64	164	72	127	161	311	122
matige/ernstige bep., geen hoofdkostwinner	4	69	156	72	155	240	116	138
matige/ernstige bep., hoofdkostwinner	13	47	93	40	86	107	86	103

<sup>a</sup> Huishoudens met een positief vermogen.

<sup>b</sup> Inclusief huishoudens zonder (positief) vermogen.

Bron: SCP (AVO'95)

Ook de omvang van het gemiddelde vermogen wordt beïnvloed door de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen en, in iets mindere mate, chronische ziekten. Hierbij speelt, binnen de potentiële beroepsbevolking, vooral de ernst van de beperking of het aantal chronische ziekten een rol en pas daarna of degene met de beperkingen of ziekten ook hoofdkostwinner is. Op oudere leeftijd wordt de samenhang tussen de hoogte van het vermogen en het hebben van beperkingen of ziekten minder eenduidig. Dit hangt ermee samen dat mensen hun beperkingen vaak pas op latere leeftijd krijgen, wanneer ze al een belangrijk deel van hun vermogen hebben vergaard.

Huishoudens met een hoofdkostwinner met matige of ernstige beperkingen hebben dus minder vermogen dan andere huishoudens. Dit verschil kan niet worden verklaard door andere kenmerken, zo blijkt uit een multivariate analyse waarin is gekeken naar factoren als opleidingsniveau, huishoudenssamenstelling en arbeidsmarktpositie (niet in de tabel weergegeven). De verschillen in de omvang van het vermogen tussen de andere typen huishoudens (met leden met matige/ernstige beperkingen die geen hoofdkostwinner zijn, leden met lichte beperkingen en zonder beperkingen) worden kleiner als rekening wordt gehouden met de invloed van achtergrondkenmerken. Dit wijst erop dat hier inderdaad voor een deel kenmerken zoals leeftijd en arbeidsmarktpositie een rol spelen bij de opbouw van vermogen.

Een belangrijke vorm van financiële reserveringen voor de oude dag wordt niet alleen gevormd door vermogens, maar vooral ook door de deelname aan een pensioenregeling. In tabel 6.16 staat deze deelname weergegeven, uitgesplitst naar gezondheidskenmerken, deelname aan de arbeidsmarkt en geslacht. In tegenstelling tot de vorige tabellen gaat het hier om een persoonsgegeven en niet om een kenmerk van een huishouden.

Tabel 6.16 Deelname pensioenregeling beroepsbevolking van 18-64 jaar, naar beperkingen, deelname arbeidsmarkt en geslacht, 1995 (in procenten)

	populatie- aandelen	totaal	werkzaam			niet werkzaam		
			totaal	vrouw	man	totaal	vrouw	man
aandelen in bevolking		100	64	24	40	36	26	10
totaal deelname pensioenregeling	100	46	63	56	68	15	12	25
chronische ziekten								
geen	73	48	62	55	66	14	10	24
wel	27	42	67	58	72	18	14	27
1 ziekte	18	45	66	58	72	18	15	26
≥ 2 ziekten	8	35	67	61	73	18	12	29
lichamelijke beperkingen								
geen	81	48	62	55	67	15	12	28
wel	19	38	62	61	71	15	12	23
lichte beperkingen	12	43	68	63	72	15	10	24
matige/ernstige beperkingen	7	27	60	54	65	16	13	21

Bron: SCP (AVO'95)

Iets minder dan de helft van de potentiële beroepsbevolking (46%) reserveert geld voor de oude dag door deel te nemen aan een pensioenregeling (tabel 6.16). De belangrijkste determinant hierbij is, uiteraard, of men deelneemt aan de arbeidsmarkt. Van de mensen die werken heeft 63% een pensioenregeling en van de mensen die niet werken 15%. Mannen nemen vaker deel aan een pensioenregeling dan vrouwen. Dit geldt zowel voor de werkzame mannen (in vergelijking met werkzame vrouwen) als voor de mannen die niet werkzaam zijn (in vergelijking met vrouwen die niet werken).

Mensen met matige of ernstige beperkingen en mensen met meerdere chronische ziekten nemen ongeveer even vaak deel aan pensioenregelingen als mensen zonder aandoeningen. Dit geldt zowel voor de werkenden als voor de niet-werkenden. Hierbij moet wel worden bedacht dat mensen met beperkingen of chronische ziekten minder vaak werken (zie hoofdstuk 4), dus dat zij daarom minder vaak een pensioenregeling hebben. Voor de deelname aan een pensioenregeling is het vooral van belang of men werkt of niet. Ernstige aandoeningen of beperkingen hebben daarop geen extra invloed.

Opvallend is dat de werkende mensen met lichte beperkingen of één chronische ziekte vaker deelnemen aan een pensioenregeling. Wellicht zijn deze mensen er minder zeker van dat zij langdurig kunnen blijven werken en reserveren zij daarom extra voor hun oude dag.

## 6.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is nagegaan of de omvang van de inkomens en vermogens van mensen met een chronische ziekte, lichamelijke beperking of psychische stoornis afwijkt van die van anderen. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn, al liggen er soms andere kenmerken dan gezondheidsklachten ten grondslag aan deze verschillen.

Mensen met een chronische ziekte, lichamelijke beperking of psychische stoornis moeten veel vaker van een sociale uitkering rondkomen dan gezonde mensen. Zo heeft in 1995 ongeveer 5% van alle 18-64-jarigen een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij mensen met drie of meer chronische ziekten is dit 33% en bij mensen met een ernstige lichamelijke beperking 45%. Mensen met twee of meer psychische stoornissen hebben (ruim) twee keer zo vaak een arbeidsongeschiktheidsuitkering als mensen zonder psychische problemen.

18-64-jarigen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking hebben een lager bruto-inkomen dan gezonde mensen. Naarmate men meer ziekten of ernstiger beperkingen heeft, is het inkomen lager. Zo bedraagt het inkomensverschil tussen mannen met twee of meer ziekten en gezonde mannen in 1995 ruim 10.000 gulden (bruto) en hebben mannen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen 18.000 gulden minder bruto-inkomen dan mannen zonder lichamelijke beperkingen. Bij vrouwen zijn de inkomensverschillen beduidend kleiner. Dit komt onder meer doordat er veel vrouwen zijn (zowel met als zonder chronische aandoening) die helemaal geen eigen inkomen hebben.

De reden van het lagere inkomen van mensen met chronische aandoeningen is niet zozeer de beperking of chronische ziekte, maar het feit dat deze groepen (veel) minder dan gemiddeld inkomen uit beroepsmatige arbeid hebben. Daarnaast behoren mensen met gezondheidsklachten vaak tot de oudere werknemers, lager opgeleiden, eenpersoonshuishoudens en vrouwen. Ook dit zijn oorzaken van het lagere inkomen.

Soms heeft iemand met (meerdere) chronische ziekten zelfs een hoger bruto-inkomen dan personen zonder ziekten. De eersten hebben vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering, terwijl de laatsten vaker een (lagere) bijstandsuitkering hebben, of helemaal geen eigen inkomen hebben, omdat hun partner voldoende inkomen heeft.

Huishoudens met een hoofdkostwinner met meerdere chronische ziekten of met matige of ernstige beperkingen hebben ook een lager besteedbaar huishoudensinkomen dan huishoudens met alleen gezonde leden. Ook deze inkomensverschillen zijn vooral het gevolg van de arbeidsdeelname, de huishoudenssamenstelling en het

opleidingsniveau van het hoofd van het huishouden en niet zozeer van de gezondheidskenmerken binnen een huishouden.

De meeste gegevens in dit hoofdstuk hebben betrekking op 1995. Ook in 1999 is het gemiddelde besteedbare inkomen van huishoudens met leden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen lager dan dat van huishoudens waarin niemand lichamelijke beperkingen heeft.

Doordat huishoudens met leden met gezondheidsproblemen vaker een geringer inkomen hebben, moeten zij ook vaker rondkomen van een 'laag inkomen'. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat deze huishoudens vaker moeite hebben om rond te komen van hun inkomen. Deze huishoudens hebben, meer dan andere huishoudens die van een laag inkomen moeten rondkomen, onvoldoende geld voor vakanties, kleding, meubels en verwarming.

Ook het hebben van een financieel vermogen wordt beïnvloed door de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen en, in iets mindere mate, chronische ziekten. Hierbij speelt vooral de ernst van de aandoeningen een rol en daarna pas of de persoon met de chronische ziekte of lichamelijke beperkingen ook hoofdkostwinner is. Iets minder dan de helft van de potentiële beroepsbevolking reserveert geld voor de oude dag door deel te nemen aan een pensioenregeling. Voor de deelname aan een pensioenregeling is het vooral van belang of men werkt of niet. Ernstige aandoeningen hebben daarop geen extra invloed.



## Noten

- 1 Sommige respondenten geven aan een arbeidsongeschiktheidsuitkering te ontvangen, maar vermelden later in de enquête bij de inkomensvragen alleen een ander type uitkering. In dat geval is aangenomen dat de opgegeven uitkering toch een arbeidsongeschiktheidsuitkering is. De omvang van deze groep is echter vrij klein, ongeveer 15% van de groep die bij de inkomensvragen een 'correcte' uitkering vermeldt.
- 2 Het Inkomenspanelonderzoek (IPO), dat van circa 75.000 huishoudens de registratie van de belastingdienst bevat, lijkt op het eerste oog meer geschikt voor deze analyse. Met dit bestand kan men echter geen goed onderscheid maken tussen mensen die loon ontvangen en mensen die een WAO-uitkering via hun werkgever krijgen.
- 3 Dit betreft de volgende symptomen: (1) somberheid en depressieve stemming, gevoelens van bezorgdheid en gespannenheid, (2) interesseverlies, (3) slaapstoornissen, (4) moeheid, gebrek aan energie, (5) waardeeloos, schuldig en/of zondig voelen, (6) concentratiestoornissen, gedachten traag formuleren.
- 4 Het gemiddelde inkomen is geschoond voor de in het databestand aanwezige extreme waarden door te trimmen: de laagste en hoogste 0,5% van de inkomens zijn weggelaten bij de bepaling van het gemiddelde.
- 5 Het mediane inkomen is lager dan het gemiddelde inkomen door de scheefheid van de inkomensverdeling. Als er een paar mensen zijn met een heel hoog inkomen, dan verhoogt dit het gemiddelde inkomen sterk, terwijl de invloed op het mediane inkomen gering is.
- 6 Het besteedbare inkomen bevat, conform de CBS-conventie, als pluspost de economische (en niet de fiscale) huurwaarde en als minpost de totale premie ziektekostenverzekering. In afwijking van de CBS-conventie is de individuele huursubsidie in het hier gebruikte gegevensbestand niet tot het besteedbare inkomen gerekend, maar als minpost opgevoerd bij de woonuitgaven (zie § 7.2.2).
- 7 Dit panel betreft een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking, die regelmatig wordt ondervraagd over tal van zaken. In 1999 is aan mensen tussen de 16 en de 65 jaar onder meer een aantal vragen voorgelegd waarmee kan worden vastgesteld of zij matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben.
- 8 De maandinkomens kunnen niet zonder meer met twaalf worden vermenigvuldigd om tot jaarinkomens te komen, omdat dan bijvoorbeeld geen rekening wordt gehouden met een dertiende maand of vakantiegeld.
- 9 Dit wil zeggen dat er voor andere huishoudensvormen dan alleenstaanden en voor andere jaren dan 1990 andere bedragen gelden. Dit bedrag van 16.000 gulden was in 1990 15% boven het sociaal minimum van een alleenstaande.
- 10 Voor deze berekening is uitgegaan van de Armoedemonitor (SCP/CBS 1999: 19), waarin de lage inkomens zijn vermeld voor 1997. Bij het berekenen van de lage inkomens in 1999 is uitgegaan van een inflatie van circa 5%.
- 11 De nettowaarde van de eigen woning is in het hier gebruikte onderzoek bepaald door een (vanuit de hypotheekrentebetaling berekend) bedrag aan hypotheeklasten in mindering te brengen op de verkoopwaarde van de eigen woning (in onbewoonde staat). De waarde van het overige onroerend goed, spaargeld en aandelen is terugerekend vanuit de opbrengsten: huurontvangst (rendement 5%), rente (rendement 5%) en dividend (rendement 2,5%). De zo berekende totaalvermogens zijn globaal wel vergelijkbaar met de vermogenstotalen van de CBS-statistiek.



## 7 KOSTEN EN COMPENSATIES

*Evert Pommer*

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst aandacht besteed aan bestedingen van huishoudens met leden met gezondheidsproblemen (§ 7.2). Dit betreft zowel de algemene bestedingen (vaste lasten en andere uitgaven) als ziektegerelateerde kosten.

In tegenstelling tot de *Rapportage gehandicapten 1997* wordt nu geen aandacht besteed aan de eigen-bijdrageproblematiek in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), omdat hierover geen nieuwe gegevens beschikbaar zijn. Wel wordt (in § 7.3) aandacht besteed aan de bekendheid met en het gebruik van allerlei voorzieningen die er zijn om de ziektegerelateerde kosten te compenseren. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan de bijzondere bijstand, maar ook aan de WVG. Het hoofdstuk wordt afgerond met een samenvatting (§ 7.4).

In dit hoofdstuk is steeds het *huishouden* waartoe een persoon met chronische aandoeningen of beperkingen behoort, de eenheid van analyse. Hierbij zijn alleen gegevens bekend van huishoudens die zelfstandig wonen (niet in een instelling verblijven). Over de bestedingen van huishoudens met leden met psychische problemen of verstandelijke handicaps zijn geen gegevens beschikbaar.

### 7.2 Bestedingen en ziektegerelateerde kosten

#### 7.2.1 Inleiding

Er zijn weinig gegevens beschikbaar over de bestedingspatronen van huishoudens met personen met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen. Dit komt doordat geen van beide kenmerken is opgenomen in de belangrijkste onderzoeken inzake bestedingen van huishoudens, waaronder het Budgetonderzoek van het CBS. In dit laatste onderzoek zijn wel de bestedingen van arbeidsongeschikten onderscheiden. Ook is er enig onderzoek naar specifieke ziektegerelateerde uitgaven van huishoudens met leden met chronische ziekten, waarover hier zal worden gerapporteerd. Eerst worden in paragraaf 7.2.2 gegevens gepresenteerd over de bestedingspatronen van huishoudens, waaronder de huishoudens van arbeidsongeschikten. Vervolgens wordt in paragraaf 7.2.3 ingegaan op de eigen bijdrage die huishoudens (moeten) betalen voor bepaalde overheidsvoorzieningen. In paragraaf 7.2.4 komen de ziektegerelateerde kosten die huishoudens maken aan de orde.

#### 7.2.2 Bestedingspatronen

Het Budgetonderzoek van het CBS heeft alleen een aanduiding van de belangrijkste activiteit van hoofd en partner in het huishouden, waaronder ook degenen die zich

tot de categorie 'arbeidsongeschikten' rekenen. Voor deze categorie personen of huishoudens kunnen in het Budgetonderzoek nadere analyses worden uitgevoerd.<sup>1</sup> Een complicatie hierbij is dat alle bestedingen op het niveau van huishoudens zijn gerapporteerd. Dit betekent dat alle analyses op dit niveau moeten worden uitgevoerd, en er dus geen gegevens over de specifieke situatie van arbeidsongeschikte personen beschikbaar zijn.

De bestedingspatronen hebben betrekking op de jaren 1990 en 1995.<sup>2</sup> Uit het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek van het SCP kan worden afgeleid in welke mate de categorie 'arbeidsongeschikt' samenvalt met de mensen met een chronische ziekte en de mensen met lichamelijke beperkingen. Tabel 7.1 geeft hiervan een beeld voor personen van 18-64 jaar.

Tabel 7.1 Arbeidsongeschikte personen van 18-64 jaar, naar lichamelijke beperkingen en chronische ziekte, 1995 (aantal x 1.000)

	geen chronische ziekte			wel chronische ziekte			totaal
	geen beperking	wel beperking	totaal	geen beperking	wel beperking	totaal	
arbeidsongeschikt							
nee	6.541	554	7.095	1.296	851	2.147	9.313
ja	63	37	100	65	286	351	453
totaal	6.605	590	7.195	1.361	1.137	2.498	9.765

Bron: SCP (AVO'95)

Uit de tabel blijkt een zeer grote mate van overlap te bestaan tussen arbeidsongeschiktheid enerzijds en het hebben van een lichamelijke beperking of chronische ziekte anderzijds. Van de arbeidsongeschikten (453 in de tabel) maakt 86% deel uit van de doelgroep van dit onderzoek, de mensen met een chronische ziekte en/of met een lichamelijke beperking.

Omgekeerd is het beeld minder gunstig. Van de mensen met een chronische ziekte (2.498 in de tabel) is slechts 14% arbeidsongeschikt en van de personen met een lichamelijke beperking (590 + 1.137 = 1.727 in de tabel) is slechts 19% arbeidsongeschikt. Van het totaal der chronisch zieken en lichamelijk beperkten is slechts 13% arbeidsongeschikt. Hoewel de overlap tussen arbeidsongeschiktheid en het hebben van een lichamelijke beperking of chronische ziekte dus aanzienlijk is, behoort toch een groot deel van de bestudeerde groep (100 - 13 = 87%) niet tot de categorie van arbeidsongeschikten. Dit betekent dat de navolgende analyses over de bestedingen van arbeidsongeschikten slechts voor een deel van de doelgroep representatief zijn.

Tabel 7.2 geeft de bestedingspatronen van huishoudens weer waarvan het hoofd nog geen 65 jaar is en waarin al dan niet een arbeidsongeschikt hoofd of een arbeidsongeschikte partner aanwezig is.

Tabel 7.2 Bestedingspatronen van huishoudens van 18-64 jaar zonder en met een arbeidsongeschikte, 1990 en 1995

	zonder arbeidsongeschikte		met arbeidsongeschikte	
	± 1990	± 1995	± 1990	± 1995
budgetaandelen (%)				
vaste lasten	(31,0)	(32,8)	(33,0)	(36,4)
huurwaarde	20,4	22,0	21,8 *	24,8 *
huursubsidie, premie eigen woning	-1,3	-1,1	-1,6	-1,8 *
water, gas en elektriciteit	5,1	5,2	6,2 *	6,2 *
verzekeringen en retributies	5,1	4,5	4,8 *	4,7
lokale heffingen	1,7	2,2	1,9	2,5 *
overige uitgaven	(69,0)	(67,2)	(67,0)	(63,6)
woninginrichting	8,7	8,9	8,6	8,9
voeding en drank	18,4	16,9	20,3 *	17,3
kleding en schoeisel	7,4	6,9	6,4 *	5,8 *
dienstverlening en verzorging	3,3	3,6	2,9 *	3,1 *
persoonlijke ontwikkeling	3,4	3,1	2,8 *	2,8 *
sport, spel en vakantie	7,1	6,4	5,1 *	4,8 *
overige ontspanning	6,9	6,8	7,5 *	7,2
verkeer, vervoer en telefoon	13,0	13,9	12,5	13,0
diverse overige bestedingen	0,8	0,7	0,8	0,7
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0
totaal consumptie (in gulden)	44.480	49.050	35.190	42.570
(n)	(4.081)	(4.070)	(378)	(497)
personen per huishouden	2,7	2,6	2,5	2,4

\* Significant verschil op 5%-niveau tussen wel/niet arbeidsongeschikt..

Bron: CBS (Budgetonderzoeken 1989, 1990, 1991 (±1990) en 1994, 1995, 1996 (± 1995)) SCP-bewerking

Een belangrijk onderdeel van de bestedingen vormen de vaste lasten. De vaste lasten worden gevormd door uitgaven die voortvloeien uit contractuele verplichtingen of uit overheidsvoorschriften en die derhalve op korte termijn vastliggen. Hierbij gaat het om woninggebonden uitgaven, verzekeringen en lokale heffingen. Tot de woninggebonden uitgaven worden naast de huur (voor huurwoningen) of de huurwaarde (voor koopwoningen), ook de kosten van onderhoud van de woning en de tuin gerekend.<sup>3</sup>

De premie voor de ziektekostenverzekering is verrekend in het besteedbare inkomen, en maakt derhalve geen deel (meer) uit van de bestedingen.<sup>4</sup>

Dat huishoudens meer aan een bepaalde bestedingscategorie hebben uitgegeven hoeft niet te betekenen dat zij hiervan meer of een betere kwaliteit gekocht hebben. Dit komt doordat de prijzen die horen bij de onderscheiden uitgavencategorieën een uiteenlopende ontwikkeling te zien geven. Zo kwam de gemiddelde prijsontwikkeling tussen 1990 en 1995 uit op ruim 14%, terwijl de woondiensten met 30% in prijs stegen, maar kleding en schoeisel daarentegen 4% goedkoper werden.<sup>5</sup>

Uit tabel 7.2 blijkt dat het bestedingspatroon van huishoudens zonder en met een arbeidsongeschikte weinig verschilt, maar dat het bestedingsniveau van beide huishoudenstypen wel duidelijk verschilt. Huishoudens met een arbeidsongeschikte

hebben aanzienlijk minder te besteden, en staan daardoor voor hogere vaste lasten. Dat komt niet alleen door de hoge huurlasten, maar ook door de hoge kosten van water en energie. Deze hogere lasten worden enigszins gecompenseerd door hogere overheidsbijdragen in de vorm van individuele huursubsidie. Een belangrijke oorzaak van dit verschil in vaste lasten tussen huishoudens met en huishoudens zonder arbeidsongeschikte is het lagere inkomen van arbeidsongeschikten. Zoals bekend neemt het aandeel van de vaste lasten af naarmate het inkomen hoger wordt. Dit is een verschijnsel dat geldt voor alle noodzakelijk goederen en diensten, zoals voor voeding, drank, kleding en schoeisel. Door de relatief hoge vaste lasten en uitgaven voor noodzakelijke goederen (voeding en drank) blijft er bij arbeidsongeschikten naar verhouding minder geld over voor overige uitgaven, met duidelijke uitzondering van de inrichting van de woning.

Opmerkelijk is de relatief sterkere stijging van het aandeel van de vaste lasten bij huishoudens met een arbeidsongeschikte tussen 1990 en 1995. Deze kan niet worden toegeschreven aan een achterblijvende inkomensontwikkeling, aangezien de omvang van de totale consumptie van arbeidsongeschikten in de waargenomen periode naar verhouding eerder is toegenomen dan afgenomen (zie onderaan in tabel 7.2).

De sterke stijging van de vaste lasten kan vrijwel geheel worden toegeschreven aan de sterk gestegen prijzen van woondiensten, waaronder de huur en woninggebonden belastingen (lokale heffingen) met ongeveer 30%. Deze stijging is voor lagere-inkomensgroepen, waaronder veel arbeidsongeschikten, slechts in zeer bescheiden mate gecompenseerd door de huursubsidie. De prijsstijging van woondiensten zorgt voor een extra budgettair beslag van ruim 3 procentpunten.

Opmerkelijk lijken de dalende budgetaandelen voor voeding en drank en voor kleding en schoeisel. De prijzen voor deze goederen zijn echter in de periode 1990-1995 met ruim 5% respectievelijk 18% achtergebleven bij de algemene prijsontwikkeling, waaruit - samen met de budgetaandelen - kan worden afgeleid dat de consumptie van voeding en drank grotendeels en de consumptie van kleding en schoeisel geheel op peil is gebleven. De daling van het budgetaandeel voor sport, spel en vakantie kan niet aan relatieve prijswijzigingen worden toegeschreven, zodat wij hier waarschijnlijk te maken hebben met achterblijvende consumptie. Dat geldt ook voor het verschil tussen huishoudens met en zonder arbeidsongeschikte: huishoudens met een arbeidsongeschikte geven minder uit aan sport, spel en vakantie. Dit heeft mogelijk te maken met lichamelijke beperkingen bij arbeidsongeschikten, die belemmerend zijn voor het ontplooiën van sportieve en recreatieve activiteiten, maar zou ook kunnen duiden op een te krap budget voor deze activiteiten.

Het relatief lage aandeel van de uitgaven voor dienstverlening en verzorging voor arbeidsongeschikten is opmerkelijk. Onder deze uitgavencategorie zijn begrepen de uitgaven voor lichaamshygiëne, cosmetica, gezinsverzorging en eigen betalingen voor de zorg, voorzover niet door de ziektekostenverzekering gedekt. Blijkbaar zijn de zorgverzekeringen en eigen-bijdrageregelingen zodanig ingericht dat deze op

het gebied van zorg en dienstverlening geen extra budgettaire beslag leggen op de uitgaven van arbeidsongeschikten.

Opgemerkt werd dat de relatief hoge vaste lasten bij arbeidsongeschikten waarschijnlijk mede zijn toe te schrijven aan het gemiddeld lagere inkomen. Voor de vaste lasten is daarom een aparte verklarende analyse uitgevoerd, waarbij de hoogte afhankelijk is gesteld van enkele relevante kenmerken van huishoudens. In tabel 7.3 wordt aangegeven welke huishoudenskenmerken het aandeel van de vaste lasten verklaren, waaronder de aanwezigheid van een arbeidsongeschikte persoon. Op die manier kan worden nagegaan of arbeidsongeschikten op grond van het arbeidsongeschikt zijn met hogere of lagere vaste lasten te maken hebben dan andere huishoudens met een vergelijkbaar laag inkomen.

Tabel 7.3 Multivariate analyse van het aandeel vaste lasten bij huishoudens van 18-64 jaar, 1995<sup>a</sup>

	correlatie	direct effect
arbeidsongeschikt	0,11	-
besteedbaar inkomen (log)	-0,43	-0,36
huishoudenssamenstelling <sup>b</sup>	-0,29	-0,09
uitkeringsontvanger	0,21	-
45-64 jaar	0,13	0,12
hoger opgeleid	-0,16	-0,05

<sup>a</sup> Op basis van regressieanalyses; correlatie: enkelvoudige correlatiecoëfficiënt; direct effect: gestandaardiseerde partiële regressiecoëfficiënten.

<sup>b</sup> Benadert via de huishoudens equivalentiefactor.

- Niet-significant (5%-niveau).

Bron: CBS (BO'94-'96) SCP-bewerking

Het oorspronkelijke, hogere aandeel van de vaste lasten in het totaal van de bestedingen van arbeidsongeschikten blijkt geheel te verdwijnen wanneer ook andere huishoudenskenmerken in beschouwing worden genomen. Dat geldt met name voor inkomen (dat bij arbeidsongeschikten doorgaans lager is), maar ook in enige mate voor de huishoudensomvang (deze is bij arbeidsongeschikten iets kleiner) en leeftijd (arbeidsongeschikten zijn doorgaans iets ouder). Zoals bekend staan huishoudens met een lager inkomen en met een geringer aantal leden nu eenmaal voor hogere vaste lasten. Dat geldt ook in enige mate voor huishoudens die al wat op leeftijd zijn (45-64 jaar). Deze huishoudens consumeren gemiddeld meer woondiensten omdat zij zich doorgaans in een gezinsfase bevinden waarin meer woonruimte nodig is (een gezin met oudere kinderen) en zij zich doorgaans aan de top van hun wooncarrière bevinden.

### 7.2.3 Eigen bijdragen

De overheid stelt een groot aantal voorzieningen voor huishoudens beschikbaar. Deze voorzieningen hebben deels een ondersteunend en deels een compenserend karakter. Ondersteunende voorzieningen bevorderen de deelname aan belangrijke

maatschappelijke activiteiten (onderwijs, culturele voorzieningen, openbaar vervoer). Compenserende voorzieningen (zoals thuiszorg) komen tegemoet aan specifieke welzijnstekorten (zoals een gebrekkige gezondheidstoestand) bij bevolkingsgroepen die hierin moeilijk zelf kunnen voorzien. Voor enkele van deze overheidsvoorzieningen worden eigen bijdragen gevraagd, die voor een deel afhangen van de hoogte van het inkomen (thuiszorg).

Tabel 7.4 geeft een overzicht van eigen bijdragen voor enkele overheidsvoorzieningen voor de jaren 1990 en 1995. De uitkomsten in de tabel hebben betrekking op zowel gebruikers als niet-gebruikers. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet ook rekening worden gehouden met inkomensafhankelijke prijzen. Een lagere eigen bijdrage impliceert daarmee niet vanzelfsprekend een lager gebruik. Tenslotte moet opgemerkt worden dat de eigen bijdragen voor de zorg niet de premies voor de ziektekostenverzekering bevatten.<sup>6</sup>

Tabel 7.4 Budgetaandeel van eigen bijdragen voor overheidsvoorzieningen bij huishoudens van 18-64 jaar, 1990 en 1995 (in procenten)

	zonder arbeidsongeschikte		met arbeidsongeschikte	
	± 1990	± 1995	± 1990	± 1995
onderwijs <sup>a</sup>	1,8	1,6	1,4	1,1
cultuur <sup>b</sup>	0,3	0,3	0,2	0,2
zorg (excl. premies) <sup>c</sup>	1,4	1,4	1,5	1,4
huishoudelijke dienstverlening <sup>d</sup>	0,6	0,8	0,4	0,6
openbaar vervoer	1,0	0,9	0,9	0,7
<b>totaal overheidsdiensten<sup>e</sup></b>	<b>5,1</b>	<b>5,0</b>	<b>4,4</b>	<b>4,0</b>

<sup>a</sup> School-, cursus-, les-, college-, examengelden en kosten van studieboeken en leermiddelen.

<sup>b</sup> Entreegelden voor toneel-, muziek- en dansuitvoeringen.

<sup>c</sup> Niet-verzekerde uitgaven en eigen betalingen (wegens eigen risico's en eigen bijdragen), inclusief geneesmiddelen.

<sup>d</sup> Gezinsverzorging, particuliere hulp, kinderopvang, en dergelijke.

<sup>e</sup> Exclusief (contributie) sportverenigingen en sociaal-culturele instellingen.

Bron: CBS (Budgetonderzoeken 1989, 1990, 1991 (±1990) en 1994, 1995, 1996 (± 1995)) SCP-bewerking

Uit tabel 7.4 blijkt dat ongeveer 5% van het inkomen van huishoudens opgaat aan eigen bijdragen voor overheidsvoorzieningen. Dit aandeel van eigen bijdragen is iets lager bij huishoudens waarin een arbeidsongeschikte aanwezig is. Dit komt met name doordat zij relatief minder kwijt zijn aan onderwijsbijdragen. Maar ook het budgetaandeel bij andere voorzieningen, uitgezonderd zorggerelateerde uitgaven, is fractioneel lager.

#### 7.2.4 Ziektegerelateerde uitgaven

Personen met lichamelijke beperkingen of een chronische ziekte worden meer dan gemiddeld geconfronteerd met ziektegerelateerde uitgaven die niet tot het verzekerde zorgpakket behoren. Hierbij moeten we denken aan uitgaven voor niet-



vergoede geneesmiddelen, energie, huiszorg, visuele, auditieve en orthopedische hulpmiddelen, aanpassingen van de woning en vervoersaanpassingen. Deze uitgaven maken deel uit van andere rubrieken dan die waarvoor eigen bijdragen verschuldigd zijn, en komen derhalve slechts gedeeltelijk tot uitdrukking in de cijfers van de voorgaande paragraaf.

Een deel van de ziektegerelateerde uitgaven komt ook voor bij personen zonder beperkingen of chronische ziekte, zoals de uitgaven voor brillen. Uit het Globe-onderzoek (Van Agt et al. 1996) blijkt dat personen met matige tot ernstige beperkingen ongeveer twee keer zoveel uitgeven aan ziektegerelateerde voorzieningen als personen zonder beperkingen: 30 à 40 gulden per maand bij personen zonder tot 60 à 90 gulden per maand bij personen met serieuze beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998: 120).<sup>7</sup> Dit blijkt zich vooral voor te doen bij personen met een motorische beperking. De zogenaamde meerkosten als gevolg van functiebeperkingen liggen dus in de orde van grootte van 30 à 50 gulden per maand. Een vergelijkbaar verschijnsel doet zich voor bij de mensen met een chronische ziekte, die ongeveer twee keer zoveel uitgeven aan ziektegerelateerde uitgaven als personen die niet te maken hebben met een chronische ziekte: circa 30 gulden per maand bij personen zonder en circa 60 gulden per maand bij personen met een chronische ziekte (Van Agt et al. 1996).

Recente gegevens over ziektegerelateerde uitgaven zijn beschikbaar dankzij het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) van het Nivel. Dit onderzoek betreft alleen personen met een chronische aandoening. Daardoor is een vergelijking met de uitgaven van mensen die geen chronische ziekte hebben niet mogelijk. Voorts kunnen geen uitspraken worden gedaan voor de categorie personen met lichamelijke beperkingen die geen chronische aandoening hebben. Zo blijkt uit tabel 7.1 dat ongeveer eenderde deel van de personen met een lichamelijke beperking geen chronische aandoening heeft. Deze categorie valt in de navolgende analyse buiten beeld.

Vergelijkingen met andere onderzoeken zijn eveneens moeilijk, omdat ook andere onderzoeken vaak betrekking hebben op specifieke bevolkingsgroepen, zoals aanvragers van WVG-voorzieningen (Ipso Facto en SGBO 1997). Mensen met een chronische ziekte zijn doorgaans ouder, en daarmee vaker alleenstaand, van het vrouwelijk geslacht en iets lager opgeleid dan de gemiddelde bevolking (Weide et al. 1999: 9-10).

Tabel 7.5 geeft een beeld van de mate waarin ziektegerelateerde uitgaven voorkomen bij mensen met een chronische ziekte, onderscheiden naar uitgaven voor hulpmiddelen en overige uitgaven. De hulpmiddelen maken ongeveer eenderde deel uit van de ziektegerelateerde uitgaven. Ruim eenderde deel van deze uitgaven voor hulpmiddelen heeft een visuele achtergrond (veelal een bril), en bijna eenderde deel van deze uitgaven betreft aanpassingen voor wonen (woning en meubilair) en vervoer (rolstoel, auto). De achtergrond voor de overige uitgaven is zeer divers. Naar verhouding vormen de thuiszorg (18%) en niet-verzekerde kosten van diëten en geneesmiddelen (17%) nog de grootste aandelen van de overige ziektegerelateerde uitgaven (Weide et al. 1999: 22). Nogmaals zij gewezen op het

feit dat het hier alle ziektegerelateerde uitgaven betreft, en geen uitgaven die specifiek (en daarmee extra) gemaakt worden door mensen met een chronische ziekte. Een deel van de uitgaven wordt dus ook gemaakt door mensen die niet chronisch ziek zijn of geen lichamelijke beperking ondervinden (Van Agt et al. 1996).

Tabel 7.5 Ziektegerelateerde uitgaven van personen met een chronische ziekte, naar hoogte en aard van de voorziening, 1997 (in procenten)

	uitgaven voor hulpmiddelen	overige uitgaven	totaal
geen uitgaven	67	34	28
1-499 gulden	16	37	32
500-999 gulden	8	12	15
1.000-1.499 gulden	3	6	8
1.500-2.499 gulden	3	5	8
2.500-4.999 gulden	2	5	6
≥ 5.000 gulden	1	2	4
totaal (n = 2.327)	100	100	100
gemiddeld bedrag allen	315	610	925
gemiddeld bedrag gebruikers	955	925	1.285

Bron: Nivel (PPCZ'98) SCP-bewerking

Uit tabel 7.5 blijkt dat iemand met een chronische ziekte in 1997 gemiddeld 925 gulden (77 gulden per maand) kwijt is aan ziektegerelateerde uitgaven. Dit bedrag is iets hoger dan in het Globe-onderzoek voor de vergelijkbare categorie werd gemeten (60 gulden per maand), maar dat onderzoek heeft betrekking op 1995 (Van Agt et al. 1996). Uit de tabel blijkt verder dat 28% van de mensen met een chronische aandoening geen ziektegerelateerde uitgaven heeft, en dat degenen die dit wel hebben hieraan gemiddeld 1.285 gulden per jaar kwijt zijn. Ongeveer 10% van de mensen met een chronische ziekte heeft meer dan 2.500 gulden per jaar aan ziektegerelateerde kosten.

Uit het onderscheid tussen uitgaven voor hulpmiddelen en overige uitgaven blijkt dat ongeveer twee derde deel van de mensen met een chronische aandoening geen kosten voor hulpmiddelen hebben gemaakt, en dat diegenen die deze kosten wel hebben gemaakt gemiddeld 955 gulden per jaar aan hulpmiddelen uitgeven. Ongeveer 10% van de mensen met een chronische ziekte geeft hieraan meer dan 1.000 gulden per jaar uit (3% meer dan 2.500 gulden).

Tabel 7.6 geeft de ziektegerelateerde uitgaven voor enkele categorieën van mensen met een chronische ziekte. Het eerste deel heeft betrekking op het aantal chronische ziekten, het tweede deel op het vóórkomen van lichamelijke beperkingen bij mensen met een chronische aandoening. Deze lichamelijke beperkingen zijn vervolgens onderscheiden naar zintuiglijke of motorische aard (De Klerk en Timmermans 1998: 19-23). Zintuiglijke beperkingen doen zich voor wanneer personen slecht kunnen horen of zien. Motorische beperkingen doen zich voor

wanneer mensen zich moeilijk kunnen verplaatsen, waardoor onder meer problemen ontstaan in de persoonlijke en huishoudelijke verzorging.

Tabel 7.6 Ziektegerelateerde uitgaven per maand bij personen met een chronische ziekte, naar ziektecategorie, 1997

	aandeel in de steekproef (%)	bedrag (gulden per maand)
aantal chronische ziekten		
één ziekte	70	79
twee of meer ziekten	30	72
aantal lichamelijke beperkingen		
geen beperking	65	56
één beperking	17	96
twee of meer beperkingen	18	153
zintuiglijke beperkingen		
geen beperking	88	75
één of meer beperkingen	12	96
motorische beperkingen		
geen beperking	69	55
één of meer beperkingen	31	126
<b>totaal (n = 2.327)</b>	<b>100</b>	<b>77</b>

\* Statistisch significant verschil (5%-niveau).

Bron: Nivel (PPCZ'98) SCP-bewerking

Uit tabel 7.6 blijkt dat het aantal chronische aandoeningen geen relatie heeft met de omvang van de ziektegerelateerde uitgaven. Dat is duidelijk wel het geval wanneer een onderscheid naar lichamelijke beperkingen wordt aangebracht. Chronisch zieken zonder lichamelijke beperkingen zijn 56 gulden per maand kwijt, en dit bedrag loopt op tot 153 gulden wanneer men met twee of meer beperkingen door het leven moet. Uit de tabel blijkt dat met name motorische beperkingen leiden tot hoge ziektegerelateerde uitgaven, terwijl dit bij zintuiglijke beperkingen veel minder het geval is.

De hoogte van ziektegerelateerde uitgaven van de chronisch zieken kan voor een deel worden verklaard uit andere kenmerken. In de eerste plaats zal de hoogte van deze uitgaven afhangen van de gezondheidstoestand van de betrokkene en de aard van de chronische ziekte. In de tweede plaats komen omstandigheden in aanmerking die een financieel karakter dragen, zoals het beschikbare inkomen, de verzekeringsvorm en financiële compensatiemogelijkheden. Tenslotte komen sociale kenmerken in aanmerking die onder meer betrekking hebben op eigen competentie en mogelijke hulpbronnen, zoals het opleidingsniveau en de gezinsvorm. Deze kenmerken zullen in de navolgende analyse successievelijk per categorie worden ingebracht, om hun betekenis voor ziektegerelateerde uitgaven (en later ook voor financiële compensatiemogelijkheden) nader te bepalen.

Tabel 7.7 geeft de resultaten van een regressieanalyse waarbij de ziektegerelateerde uitgaven in verband worden gebracht met de genoemde drie groepen van determinanten: gezondheidskenmerken, financiële omstandigheden en sociale kenmerken. De uitgaven zijn onderscheiden naar uitgaven voor hulpmiddelen en overige uitgaven. De regressiecoëfficiënten geven het partiële effect van een bepaalde verklarende variabele op de hoogte van de ziektegerelateerde uitgaven.<sup>8</sup> In tabel 7.7 worden eerst de regressiecoëfficiënten weergegeven van de afzonderlijke groepen determinanten (gezondheid, financiële kenmerken en sociale kenmerken; zie de kolom 'per blok'). Zo blijkt dat als alleen sociale kenmerken in aanmerking worden genomen, een 65-plusser gemiddeld 470 gulden meer aan ziektegerelateerde uitgaven heeft dan iemand die jonger is. Vervolgens worden alle determinanten tegelijkertijd in ogenschouw genomen (kolom 'totaal'). Zo blijkt dat als naast sociale ook financiële en gezondheidskenmerken in aanmerking worden genomen, een 65-plusser geen hogere ziektegerelateerde uitgaven meer heeft omdat het oorspronkelijke effect wordt overgenomen door gezondheidskenmerken (met name door motorische beperkingen) en het oorspronkelijke effect van 470 gulden blijktbaar daaraan toe te schrijven is. Tot slot wordt een uitsplitsing gemaakt in de ziektegerelateerde kosten op het terrein van hulpmiddelen en de overige ziektegerelateerde kosten.

Uit tabel 7.7 blijkt dat er tussen de verklarende variabelen weinig overlap optreedt bij de verklaring van de hoogte van de ziektegerelateerde uitgaven. Dit blijkt ook uit de som van verklaarde varianties van de afzonderlijke regressieblokken in de eerste getallenkolom ( $5 + 2 + 3 = 10\%$ ) en de totaal verklaarde variantie in de tweede getallenkolom (eveneens 10%). Alleen de invloed die uitgaat van de kenmerken '65-plusser' en geslacht wordt overgenomen door andere kenmerken wanneer naast sociale kenmerken ook gezondheidskenmerken en financiële omstandigheden als 'oorzaken' voor hogere uitgaven in de analyse worden betrokken.

Bij de gezondheidskenmerken domineert, als gezegd, de aanwezigheid van motorische beperkingen het kostenbeeld. Bij gelijke overige omstandigheden geeft een chronisch zieke met één of meer motorische beperkingen ruim 1.000 gulden meer uit per jaar aan ziektegerelateerde kosten dan een chronische zieke die deze beperking(en) niet heeft (kolom 2). De ziekteduur heeft eveneens een kostenverhogend effect: elk jaar dat iemand chronisch ziek is verhoogt de jaarlijkse kosten met gemiddeld 11 gulden. Doordat motorische beperkingen en de ziekteduur al een groot deel van de ziektegerelateerde uitgaven bepalen, voegt het al dan niet hebben van twee of meer chronische aandoeningen nauwelijks meer iets toe aan de hoogte van deze uitgaven. Integendeel, wanneer al rekening is gehouden met motorische beperkingen en ziekteduur zal men bij twee of meer chronische aandoeningen eerder met iets lagere dan hogere kosten worden geconfronteerd.

Tabel 7.7 Regressieanalyse ziektegerelateerde uitgaven bij personen met een chronische ziekte, 1997  
(in regressiecoëfficiënten)

	totale uitgaven		waarvan aan	waarvan aan
	per blok	totaal	hulpmiddelen	overige zaken
			totaal	totaal
<b>gezondheidskenmerken</b>				
heeft twee of meer chronische aandoeningen	-290	-290	-160	-
heeft zintuiglijke beperkingen	-	-	-	-
heeft motorische beperkingen	930	1.050	420	620
ziekteduur	11	11	8	-
<b>financiële kenmerken</b>				
netto equivalent inkomen	-	-	-	-
is particulier verzekerd	300	370	-	380
kent de voorzieningenwet (WVG)	-	-	-	-
kent fiscale-compensatiemogelijkheid	270	270	140	-
<b>sociale kenmerken</b>				
is alleenstaande	-	-	-	-
is uitkeringsontvanger (tot 65 jaar)	480	530	-	470
is 45-64 jaar	-	-	-	-
is 65-plusser	470	-	170	-
heeft voortgezet onderwijs	310	360	240	-
heeft middelbaar of hoger onderwijs	780	660	330	330
is man	-210	-	-	-
constante		-	-300	-
verklaarde variantie (%)	5/2/3 <sup>a</sup>	10	6	9

- Dit is niet-significant op 5%-niveau (n = 2.327 personen).

<sup>a</sup> Dit is de verklaarde variantie per blok.

Bron: Nivel (PPCZ'98) SCP-bewerking

De financiële omstandigheden van mensen met een chronische ziekte hebben naar verhouding weinig invloed op de ziektegerelateerde uitgaven. Het inkomen doet er niet toe en particulier verzekerden hebben iets hogere uitgaven, mogelijk mede door het eigen risico in de verzekeringspolis.<sup>9</sup> Opmerkelijk is dat personen die op de hoogte zijn van fiscale compensatiemogelijkheden iets hogere kosten hebben. Dit kan te maken hebben met het feit dat fiscale compensaties - door ingebouwde drempels - pas relevant zijn wanneer de kosten relatief hoog zijn.<sup>10</sup> Dit blijkt inderdaad het geval te zijn (zie verderop tabel 7.9): hoe hoger de ziektegerelateerde uitgaven, hoe groter de bekendheid met fiscale compensaties, zodat het hier enigszins een tautologisch effect betreft.

Een opmerkelijk relevant sociaal kenmerk blijkt het opleidingsniveau te zijn: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe hoger de ziektegerelateerde uitgaven. Dit is een partieel effect, en kan geen verband houden met een hoger inkomen en daarmee een hoger budget. Het betreft blijkbaar een betere kennis van of een relatieve voorkeur voor meer of betere voorzieningen bij personen met een hogere opleiding.

Tenslotte blijken uitkeringsontvangers, mogelijk door arbeidsongeschiktheid, substantieel hogere kosten te hebben, vergeleken met personen met inkomsten uit arbeid.

Uit tabel 7.7 blijkt verder dat het onderscheid tussen hulpmiddelen en overige uitgaven enige nuancering aanbrengt in het eerder geschetste algemene beeld voor ziektegerelateerde uitgaven. Alleen het effect van motorische beperkingen en een hoger opleidingsniveau op de uitgaven is bij hulpmiddelen en overige uitgaven van vergelijkbare orde. Duidelijke verschillen zijn er bij particulier verzekerden en uitkeringsontvangers. Zowel particulier verzekerden als uitkeringsontvangers hebben juist hogere kosten voor voorzieningen die niet als hulpmiddel kunnen worden aangemerkt. Het gaat hier deels om voorzieningen die onder het eigen risico van particulier verzekerden vallen (gezondheidszorg, geneesmiddelen), hetgeen de relatief hogere kosten voor particulier verzekerden verklaart. Uit de relatie tussen leeftijd en inkomensbron enerzijds en ziektegerelateerde uitgaven anderzijds kan worden afgeleid dat ouderen financieel iets meer dan gemiddeld zijn aangewezen op hulpmiddelen en uitkeringsontvangers (vaak arbeidsongeschikten) iets meer op overige voorzieningen als gezondheidszorg en geneesmiddelen.

## **7.3 Compenserende voorzieningen**

### *7.3.1 Inleiding*

Er zijn verschillende mogelijkheden om niet-verzekerde ziektegerelateerde uitgaven buiten het eigen budget om financieel te compenseren. De belangrijkste voorzieningen die de overheid hiervoor beschikbaar heeft zijn de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), de fiscale compensatie wegens buitengewone kosten voor ziekte en invaliditeit en de bijzondere bijstand. Alleen de eerste regeling is specifiek voor personen met lichamelijke beperkingen of chronische ziekten. De tweede regeling heeft betrekking op buitengewone ziektekosten en de derde regeling op alle kosten van bijzondere aard. Bij de eerste regeling is de financiële compensatie in beperkte mate afgestemd op het inkomen, bij de tweede regeling is dit indirect het geval (via het marginaal belastingtarief) en bij de derde regeling is dit in sterke mate het geval. De eerste en derde regeling worden door de gemeente uitgevoerd, de tweede regeling door het rijk.

Alle regelingen bieden compensatie, zij het niet voor dezelfde kosten en omvang van kosten. De WVG is in 1994 ingevoerd om een aantal regelingen (met name het voorzieningengedeelte van de AAW en de RGSHG) samen te voegen om zo de deelname van gehandicapten aan het maatschappelijk verkeer te waarborgen en de werkingssfeer uit te breiden naar 65-plussers. Het voorzieningepakket van de WVG, dat betrekking heeft op wonen en mobiliteit, kan zowel in de vorm van financiële tegemoetkomingen als in natura worden verstrekt. In 1998 had bijna 30% van de WVG-uitgaven betrekking op woonvoorzieningen, 55% op vervoersvoorzieningen en ruim 15% op rolstoelen (SGBO 2000). De compensatieregeling wordt door gemeenten uitgevoerd en is afhankelijk van gemeentelijk beleid.

Gemeenten kunnen de hoogte van een vergoeding afstemmen op het inkomen van de betrokkene. Sinds 1996 is bepaald dat gemeenten geen eigen bijdrage mogen vragen voor rolstoelen en dat bij mensen met een laag inkomen (1,5 maal de relevante bijstandsnorm) de eigen bijdrage voor WVG-voorzieningen ten hoogste 100 gulden per jaar bedraagt.<sup>11</sup>

Fiscale compensatie voor ziektekosten kent een inkomensafhankelijke drempel: de kosten moeten tenminste 12,2% van het inkomen bedragen (met een minimum en maximum). Hoewel het begrip 'ziektekosten' als 'buitengewone last' ruim is gedefinieerd, heeft het geen betrekking op kosten die zijn gemaakt voor aanpassingen van de woning of de inrichting van de woning.<sup>12</sup>

De bijzondere bijstand vormt, samen met de algemene bijstand, het vangnet voor de sociale zekerheid en compenseert in beginsel alleen die kosten die niet op andere titel, zoals de WVG of de fiscus, kunnen worden vergoed. Sinds enkele jaren kan de bijzondere bijstand ook op het niveau van bepaalde bevolkingsgroepen, de zogenoemde categorale benadering, worden toegepast. Daarvoor gelden in het algemeen dezelfde criteria als voor individuele toetsing: de aanvragers moeten in het algemeen problemen hebben bij het voorzien in de noodzakelijke kosten van bestaan. Blijkens de Monitor gemeentelijk armoedebeleid (SZW 1999) wordt de categorale bijzonder bijstand vooral gebruikt voor de aanschaf van duurzame gebruiksgoederen en indirecte schoolkosten.

Tabel 7.8 geeft een overzicht van de collectieve middelen die de afgelopen jaren met de beschouwde compenserende voorzieningen waren gemoeid. Gezien de aard van de regelingen is het duidelijk dat slechts een deel van de uitgaven vanwege buitengewone ziektekosten en bijzondere bijstand aan chronisch zieken en gehandicapten ten goede komen.

Tabel 7.8 Overheidsuitgaven voor compenserende voorzieningen, 1985-1997 (in miljoenen gulden, in prijzen van 1997)

	1985	1990	1995	1996	1997
Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) <sup>a</sup>	673	1.003	1.085	1.265	1.394
fiscale compensatie buitengewone lasten voor ziekte en invaliditeit <sup>b</sup>	603	332	258	309	301
bijzondere bijstand <sup>c</sup>	176	217	252	367	485
<b>totaal</b>	<b>1.452</b>	<b>1.551</b>	<b>1.594</b>	<b>1.941</b>	<b>2.180</b>

Bron: <sup>a</sup> Inclusief AAW en RGSHG (zie Ipsos Facto en SGBO 1997: 194); <sup>b</sup> CBS, IPO (belastinguitgave); <sup>c</sup> CBS (Statistiek van de bijstand)

Uit tabel 7.8 blijkt dat de uitgaven voor compenserende voorzieningen tussen 1985 en 1995 vrij stabiel zijn geweest, rond de 1,5 miljard gulden, zeker als rekening wordt gehouden met de lichte groei van het aantal chronisch zieken en gehandicapten in deze periode (zie tabel 3.1 in hoofdstuk 3). Wel is er een sterke verschuiving geweest tussen de WVG-voorzieningen (gegroeid) en de fiscale compensatie

(gedaald) in de periode 1985-1990. De beperking van de fiscale compensatie vloeit voort uit de invoering van de zogenaamde Oort-wetgeving in 1990, met name door verhoging van de drempel voor aftrekbaarheid en de afschaffing van de zogenaamde vermenigvuldigingsfactor. Ook Otter en Homan (1999) wijzen erop dat er in 1990 een vermindering van de mogelijkheden voor fiscale aftrek van buitengewone lasten heeft plaatsgevonden. Zij concluderen dat mensen met een ziekte of een handicap er de afgelopen tien jaar door dit soort maatregelen, maar ook door veranderingen in de Ziekenfondswet en de invoering van de WVG, financieel aanzienlijk op achteruit zijn gegaan.

Vanaf 1995 zien we een forse toename van de overheidsuitgaven voor compenserende voorzieningen, met name doordat meer middelen beschikbaar zijn gesteld in het kader van de WVG en bijzondere bijstand.

De WVG is een zogenaamde voorliggende voorziening; de fiscale compensatie voor buitengewone lasten en bijzondere bijstand voor noodzakelijke voorzieningen zijn zogenaamde vangnetvoorzieningen voor hogere- respectievelijk lagere-inkomensgroepen. Buitengewone lasten zijn consumptieve uitgaven van persoonlijke en bijzondere aard, waaraan men zich in het algemeen moeilijk kan onttrekken. Vanwege de buitengewoon lastige omschrijving van wat daaronder moet worden verstaan, geeft de overheid een limitatieve opsomming van buitengewone lasten en de 'meerkosten' die daaraan kunnen worden verbonden. Deze omschrijvingen zijn in de praktijk aan verandering onderhevig door ingrepen van de wetgever en door jurisprudentie (voorbeelden: zijn bepaalde woningaanpassingen zoals het aanbrengen van een lift als kunst- of hulpmiddel te beschouwen; welk deel van de dieetkosten zijn als meerkosten aan te merken?).

De verdubbeling van de bijzondere bijstand in de periode 1995-1998 is vooral ten goede gekomen aan woonvoorzieningen (overwegend (her)inrichtingskosten) en directe dagelijkse levensbehoeften. Het aandeel van deze uitgaven in de bijzondere bijstand is gestegen van bijna 30% in 1995 naar 40% in 1998 voor woonvoorzieningen en van 10% naar 20% voor directe dagelijkse levensbehoeften. Dit is hoofdzakelijk ten koste gegaan van voorzieningen die de uitstroom uit de bijstand moeten bevorderen, zoals arbeidsbemiddeling.

De financiële middelen die voor de hier beschouwde compensatieregelingen beschikbaar zijn, zijn de laatste jaren of worden de komende jaren uitgebreid. In 1999 is 50 miljoen gulden toegevoegd aan het budget van de WVG en voor de jaren daarna zal dit budget verder worden uitgebreid, oplopend tot 225 miljoen gulden in 2002 (SZW 1999). Ook de middelen voor de bijzondere bijstand zijn aanzienlijk verruimd (met 250 miljoen gulden in de periode 1995-1998) en zullen verder worden verruimd (met 150 miljoen gulden in de periode 1998-2002). Een deel van deze uitgaven zal ook chronisch zieken en personen met lichamelijke beperkingen ten goede komen, voorzover voorliggende voorzieningen, waaronder de WVG, onvoldoende soelaas bieden. De fiscale compensatie voor ziektekosten, invaliditeit en dergelijke is in 1998 iets verruimd voor ongehuwden, door halvering van het minimumbedrag dat voor aftrek in aanmerking komt. Voorts zijn ook forfaitaire



kosten aftrekbaar die zijn gemaakt door arbeidsongeschikte personen en voor chronisch zieke kinderen, indien deze kosten ook de voorgaande twee jaren voor aftrek in aanmerking zijn gekomen.<sup>13</sup>

### *7.3.2 Bekendheid met compenserende voorzieningen*

Slechts weinig mensen met een chronische aandoening maken gebruik van de compenserende maatregelen: 20% van hen heeft weleens fiscale compensatie gevraagd, 11% weleens een WVG-vergoeding en slechts 3% weleens bijzondere bijstand (Weide et al. 1999: 28). Toch blijkt ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte bekend te zijn met de drie compensatieregelingen: ongeveer 55% met de WVG en bijzondere bijstand en ruim 60% met de fiscale compensatie. Hoewel bekendheid met de genoemde compensatiemogelijkheden dus bepaald geen daadwerkelijk gebruik van deze mogelijkheden impliceert, is het wel een voorwaarde voor gebruik. Het is daarom van belang om te bezien waaruit de (on)bekendheid met deze compensatiemogelijkheden kan worden verklaard. Hierbij is gebruikgemaakt van een logistische-regressieanalyse.<sup>14</sup>

Bekendheid met een regeling wordt bevorderd door de mate waarin iemand behoefte heeft aan een voorziening en de mate waarin het initiatief voor het gebruik niet bij de cliënt zelf ligt (Vrooman en Asselberghs 1994: 21-30). De behoefte aan en daarmee de bekendheid met een compenserende voorziening neemt toe naarmate de ziektegerelateerde uitgaven groter zijn en men er langer mee wordt geconfronteerd. Wat betreft het initiatief geldt voor alle drie compenserende regelingen dat dit in belangrijke mate bij de potentiële gebruiker ligt. Er is geen directe institutionele relatie tussen de potentiële gebruikers en de uitvoeringsorganisatie van de genoemde compenserende voorzieningen. Voorts is algemeen te verwachten dat mensen die meer opleiding hebben genoten beter op de hoogte zijn van wat de verzorgingsstaat heeft te bieden en de weg daar naartoe wat beter weten te vinden. Dit alles rechtvaardigt de verwachting dat de bekendheid met compenserende voorzieningen groter is naarmate de ziektegerelateerde uitgaven hoger zijn, de ziekteduur langer is en het opleidingsniveau hoger is.

Tabel 7.9 geeft de resultaten van de logistische-regressieanalyse, waarbij de bekendheid met compenserende voorzieningen wordt verklaard uit het eerdergenoemde triplet van kenmerken: gezondheidskenmerken, financiële omstandigheden en sociale kenmerken. Voor de bepaling van de gemiddelde kans uit de logistische regressie heeft men de gemiddelde score op de onderscheiden kenmerken nodig. Deze zijn in de eerste getallenkolom weergegeven.

Tabel 7.9 Logistische-regressieanalyse van personen met een chronische ziekte die wel/niet bekend zijn met compenserende voorzieningen, 1998 (regressiecoëfficiënten)

	gemiddelde score	WVG-voorzieningen		bijzondere bijstand		fiscale compensatie	
		per blok	totaal	per blok	totaal	per blok	totaal
ziektegerelateerde uitgaven per jaar (x 1.000 gulden)	925	0,05	-	-	-0,07	0,10	0,08
gezondheidskenmerken							
heeft twee of meer chronische aandoeningen	0,30	-	-	-	-	-	-
heeft zintuiglijke beperkingen	0,12	-	-	-0,35	-	-0,34	-
heeft motorische beperkingen	0,31	0,38	0,39	-	-0,33	-0,29	-
ziekteduur (in jaren)	11	0,01	-	-	-	0,01	0,01
financiële kenmerken							
netto equivalent inkomen per maand (x 1.000 gulden)	2.320	-	-	-	-	0,50	0,50
is particulier verzekerd	0,35	-0,33	-0,38	-	-	0,58	0,37
kent WVG-voorziening	0,55	-	-	2,22	2,28	1,15	1,15
kent bijzondere bijstand	0,56	-	-	-	-	-	-
kent fiscale compensatie	0,61	1,15	1,14	0,77	0,69	-	-
sociale kenmerken							
is alleenstaande	0,26	-	-	-	0,26	-0,31	-0,30
is uitkeringsontvanger (tot 65 jaar)	0,18	-	-	0,44	0,39	-	-
is 45-64 jaar	0,41	-	-	-	-	0,52	0,48
is 65-plusser	0,38	0,35	-	-	-	0,34	-
heeft voortgezet onderwijs	0,59	-	-	-	-	0,71	0,39
heeft middelbaar of hoger onderwijs	0,22	0,33	-	0,54	-	1,37	0,61
is man	0,43	-0,30	-0,24	-	-	-	0,29
constante			-		-1,15		-2,19
verklaarde variantie (%)		0/1/7/1 <sup>a</sup>	8	0/1/27/2 <sup>a</sup>	28	1/2/13/6 <sup>a</sup>	15

- Dit is niet-significant op 5%-niveau (n = 2.327 personen).

<sup>a</sup> Dit is de verklaarde variantie per blok.

Bron: Nivel (PPCZ'98) SCP-bewerking

Gemiddeld is 55% van de respondenten bekend met de in 1994 ingevoerde WVG-regeling (zie gemiddelde score 'kent WVG-voorziening').<sup>15</sup> Nemen we in tabel 7.9 personen met een motorische beperking (coëfficiënt = 0,39), dan stijgt die bekendheid naar 62%;<sup>16</sup> zijn ze tevens bekend met fiscale compensatiemogelijkheden voor ziektegerelateerde uitgaven (coëfficiënt = 1,14), dan stijgt deze bekendheid verder naar 72% (zie noten 14 en 16). Betreft het echter tevens particulier verzekerde mannen, dan daalt de bekendheid weer naar 63%.

De betrekkelijk sterke verklaringskracht van de bekendheid met fiscale-compensatiemogelijkheden op de bekendheid met WVG-voorzieningen wijst op een

algemene oriëntatie op compenserende voorzieningen. Deze oriëntatie staat betrekkelijk los van de omvang van gemaakte kosten en de ziekte duur. Het feit dat de invloed van ziektegerelateerde uitgaven op de bekendheid met WVG-voorzieningen wegvalt wanneer andere kenmerken worden toegevoegd, hangt nauw samen met de relatie tussen motorische beperkingen en ziektegerelateerde uitgaven. Personen met motorische beperkingen blijken namelijk veel beter op de hoogte te zijn van WVG-voorzieningen. Waarschijnlijk is dit toe te schrijven aan een sterke gerichtheid van het pakket van WVG-voorzieningen op motorische beperkingen, zoals woonaanpassingen en vervoersvoorzieningen. Opmerkelijk is dat particulier verzekerden iets minder bekend zijn met WVG-voorzieningen dan ziekenfondsverzekerden en mannen iets minder dan vrouwen. Het is niet duidelijk waar deze verschillen vandaan komen.

Gemiddeld is 56% van de respondenten bekend met de bijzondere bijstand. Net als bij de bekendheid met WVG-voorzieningen geldt voor de bekendheid met de mogelijkheden die de bijzondere bijstand biedt, dat een algemene bekendheid met compenserende voorzieningen - in tabel 7.9 de bekendheid met fiscale compensatie en WVG-voorzieningen - de belangrijkste verklaring biedt. Een verschil met de bekendheid met WVG-voorzieningen is dat het hebben van motorische beperkingen hier een negatieve invloed heeft op de bekendheid met de regeling. Een negatief verband geldt ook voor de kosten die men maakt wegens ziekte of handicap. Met ongeveer elke 1.000 gulden aan extra kosten neemt de bekendheid met de bijzondere bijstand met ongeveer 1,5 procentpunt af. Blijkbaar zijn mensen met motorische beperkingen en/of (hogere) ziektegerelateerde kosten (en die bekend zijn met de WVG) iets minder op de hoogte van de mogelijkheden die de bijzondere bijstand biedt dan de personen die deze beperkingen en/of uitgaven niet hebben.

Tenslotte blijken alleenstaanden en uitkeringsontvangers iets meer bekend met de bijzondere bijstand. Dat laatste is te verklaren uit het feit dat uitkeringsontvangers al contacten hebben met de uitvoerders van de sociale zekerheid, waaronder de sociale dienst, die belast is met de uitvoering van de bijzondere bijstand.

Gemiddeld is 61% van de respondenten bekend met de mogelijkheid om ziektegerelateerde uitgaven via de fiscus te compenseren op titel van buitengewone lasten. Uit tabel 7.9 blijkt - naast een algemene bekendheid met compensatiemogelijkheden - dat veel andere kenmerken van invloed zijn op de bekendheid met fiscale compensatie. De invloed van de meeste kenmerken komt niet vreemd voor. Zo ligt het voor de hand dat naarmate de kosten hoger zijn en het inkomen hoger is, de bekendheid eveneens groter is vanwege het grotere voordeel dat met fiscale compensatie kan worden behaald. Voorts neemt de bekendheid toe naarmate men een hogere opleiding heeft genoten. Deze invloed komt, in tegenstelling tot de bekendheid met WVG-voorzieningen en bijzondere bijstand, bovenop de invloed die al uitgaat van de algemene oriëntatie op compensatiemogelijkheden. Deze algemene oriëntatie hangt immers ook af van het opleidingsniveau (SCP/CBS 1999).

### 7.3.3 Gebruik van compenserende voorzieningen

De bekendheid met compenserende voorzieningen is een ander verhaal dan het gebruik van deze voorzieningen. Tussen bekendheid en gebruik liggen verschillende drempels. Deze hebben betrekking op de objectieve behoefte, het feitelijke recht en het gepercipieerde nut (Vrooman en Asselberghs 1994: 21-30).

De objectieve behoefte kan hier geïndiceerd worden door het bedrag van de ziektegerelateerde uitgaven, in relatie tot het inkomen. Aangenomen wordt dat het gebruik toeneemt naarmate de kosten hoger zijn en het inkomen lager is.

Het feitelijke recht verschilt per regeling. Bij de WVG-voorzieningen hebben gemeenten enige mogelijkheid om de financiële compensatie af te stemmen op het inkomen. Bovendien is de compensatie aan een maximum gebonden (zo geldt bij woningaanpassingen nog een maximumvergoeding van 45.000 gulden per jaar; vanaf 1 april 2000 zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor de woningaanpassingen waarvan de kosten tussen de 45.000 en 100.000 gulden bedragen). Bij de bijzondere bijstand geldt op individueel niveau zowel een middelen- als een vermogenstoets.<sup>17</sup> Dit betekent dat uitsluitend sociale minima met weinig vermogen voor deze regeling in aanmerking komen. Voor fiscale compensatie geldt een drempel van 12,2% van het onzuiver inkomen. De drempel is gebonden aan een minimum (ongeveer 3.000 gulden voor gehuwden, en de helft van dit bedrag voor ongehuwden) en een maximum (ruim 12.500 gulden voor allen). In 1997, het jaar van meting, gold de halveringsregel voor de minimumdrempel voor ongehuwden niet, waardoor de drempel voor ongehuwden (en daarmee voor alleenstaanden) met een laag inkomen aanzienlijk hoger lag. Voorts is de aftrek aan een maximum gebonden van 12,2% van het inkomen, met een absoluut maximum van ruim 12.000 gulden. Deze regeling is dus aantrekkelijker naarmate het inkomen hoger is. Tot de aftrekbare ziektekosten behoren niet alleen de directe kosten, maar ook indirecte kosten (zoals kosten van vervoer in verband met ziekte of handicap) en de premies en eigen bijdragen voor de ziektekostenverzekering. Het gepercipieerde nut hangt onder meer af van enerzijds de gepercipieerde kosten, zoals de moeite die iemand moet doen om de compensatie te verkrijgen, het stigma dat (men denkt dat) door de omgeving wordt opgelegd en de afhankelijkheid die door het gebruik kan ontstaan, en anderzijds de gepercipieerde baten. Deze nutsafweging wordt ook positief beïnvloed door het structurele karakter van de kosten, aangezien incidentele kosten makkelijker te dragen zijn en veel rompslomp vermeden kan worden. Over deze afweging zijn in het gebruikte gegevensbestand echter nauwelijks indicaties te geven.

Tabel 7.10 en tabel 7.11 geven een globaal beeld van het gebruik dat personen met een lichamelijke beperking en/of een chronische ziekte maken van de fiscale compensatie via aftrek van buitengewone ziektekosten. Vergelijkbare gegevens voor de WVG-voorziening zijn niet beschikbaar. Tabel 7.10 geeft een indeling naar het aantal personen met ziekten of lichamelijke beperkingen in het huishouden, tabel 7.11 of het al dan niet een kostwinner betreft.

Tabel 7.10 Percentage huishoudens dat ziektekosten als buitengewone lasten opvoert, naar aantal personen met ziekte of beperkingen, 1995

	0 personen	1 persoon	≥ 2 personen
aanwezigheid van persoon met chronische ziekte	2	6	7
lichamelijke beperkingen	3	5	10

Bron: SCP (AVO'95)

Tabel 7.11 Percentage huishoudens dat ziektekosten als buitengewone lasten opvoert, naar wel/geen kostwinner met ziekte of beperking, 1995

	niemand	ander	kostwinner
aanwezigheid van persoon met chronische ziekte	2	4	8
lichamelijke beperkingen	3	5	9

Bron: SCP (AVO'95)

Wanneer er in een huishouden tenminste één chronisch zieke is, dacht in 1995 ruim 6% van de huishoudens een fiscale aftrekpost op te voeren voor buitengewone ziektekosten, en betreft het tenminste één persoon met een lichamelijke beperking, dan dacht ruim 7% (het gewogen gemiddelde van 5% en 10%) van de huishoudens een dergelijke aftrekpost op te voeren. Dit percentage is groter naarmate het meer personen in een huishouden betreft en dit percentage is eveneens groter wanneer het om de kostwinner gaat.

Tabel 7.12 geeft de uitkomsten van een logistische regressie voor het gebruik van WVG-voorzieningen en fiscale compensatie voor buitengewone ziektekosten volgens het eerder uiteengezette analysemodel. Het gebruik van bijzondere bijstand was zo gering dat hiervoor geen analyse kon worden uitgevoerd.

Van de mensen met een chronische ziekte had 9% in de periode 1994-1997 gebruikgemaakt van de WVG en had 6% in 1997 de ziektegerelateerde uitgaven opgevoerd als buitengewone lasten bij de invulling van het belastingformulier. Uit tabel 7.12 blijkt dat hogere ziektegerelateerde uitgaven volgens verwachting leiden tot een intensiever gebruik van financiële compensatiemogelijkheden. De invloed van inkomen is bij het gebruik van WVG-voorzieningen conform de verwachting: een lager inkomen leidt tot meer gebruik. Ook bij fiscale compensatie is het gebruik oorspronkelijk intensiever naarmate het inkomen lager is (zie kolom 'per blok'), maar dat blijkt bij introductie van andere kenmerken niet meer significant te zijn (zie kolom 'totaal'). Voorts blijkt dat personen met motorische beperkingen meer gebruikmaken van financiële-compensatieregelingen, hetgeen ook geldt voor personen van 65 jaar en ouder. Dit kan waarschijnlijk worden toegeschreven aan het structurele karakter van de ziektegerelateerde uitgaven bij deze bevolkingsgroepen; het herhaald compenseren van deze kosten heeft een positieve invloed op het gepercipieerde nut. Wellicht geldt dit ook voor uitkeringsontvangers (met name bij het gebruik van WVG-voorzieningen), die grotendeels bestaan uit arbeidsgeschikten.

Tabel 7.12 Logistische-regressieanalyse wel/niet gebruikgemaakt van compensatie door personen met een chronische ziekte, 1998 (in regressiecoëfficiënten)

	gemiddelde score	WVG vanaf 1994		fiscale compensatie 1997	
		per blok	totaal	per blok	totaal
ziektegerelateerde uitgaven per jaar (x 1.000 gulden)	925	0,20	0,08	0,20	0,20
gezondheidskenmerken					
heeft twee of meer chronische aandoeningen	0,30	-	-	0,54	-
heeft zintuiglijke beperkingen	0,12	0,49	-	-	-
heeft motorische beperkingen	0,31	2,05	1,70	0,69	0,58
ziekteduur (in jaren)	11	-	-	0,02	-
financiële kenmerken					
netto equivalent inkomen per maand (x 1.000 gulden)	2320	-0,60	-0,50	-0,50	-
is particulier verzekerd	0,35	-0,49	-	-	-
kent andere compensatiemogelijkheid	0,55/0,61	-	0,49	0,65	1,05
sociale kenmerken					
is alleenstaande	0,26	-	-	-0,78	-0,65
is uitkeringsontvanger (tot 65 jaar)	0,18	1,69	1,27	0,78	-
is 45-64 jaar	0,41	-	-	-	-
is 65-plusser	0,38	1,79	1,16	1,55	1,23
heeft voortgezet onderwijs	0,59	-0,67	-	-	-
heeft middelbaar of hoger onderwijs	0,22	-0,83	-	0,62	1,08
is man	0,43	-0,50	-	-0,59	-
constante			-3,37		-4,62
verklaarde variantie (%)		2/9/3/7 <sup>a</sup>	12	2/4/4/4 <sup>a</sup>	7

- Dit is niet-significant op 5%-niveau (n = 2.327 personen).

<sup>a</sup> Dit is de verklaarde variantie per blok.

Bron: Nivel (PPCZ'98) SCP-bewerking

Wanneer rekening wordt gehouden met de specifieke onderzoekspopulatie (mensen met een chronische aandoening), blijkt dat de determinanten van het gebruik van WVG-voorzieningen in tabel 7.12 goed sporen met de uitkomsten van een onderzoek onder de aanvragers van WVG-voorzieningen (Ipso Facto en SGBO 1997: 115-122). In dit onderzoek blijkt een sterke oververtegenwoordiging van ouderen (ongeveer 65% is 65 jaar of ouder) en is bijna 40% door lichamelijke beperkingen geheel of gedeeltelijk aangewezen op hulpmiddelen voor de dagelijkse levensverrichtingen.

Verzekeringen compenseren voor geleden schade die niet of moeilijk door particuliere personen gedragen kan worden. Enkele belangrijke aanvullende verzekeringen die in dit verband van belang zijn hebben betrekking op risico's die het aanzienlijke verlies aan koopkracht of inkomen kunnen geven. Deze risico's betreffen bepaalde ziektekosten, arbeidsongeschiktheid en overlijden. Een deel van

de mensen met een chronische aandoening zegt weleens problemen gehad te hebben met het afsluiten van een dergelijke verzekering omdat hogere premies moesten worden betaald (6%), sommige risico's niet verzekerd werden (4%) of een verzekering überhaupt werd geweigerd (3%) (Weide et al. 1999: 29).

Tabel 7.13 geeft aan welke mensen met een chronische ziekte het grootste risico lopen op problemen bij het afsluiten van verzekeringen, volgens het eerder beproefde logistische-regressiemodel.

Tabel 7.13 Logistische-regressieanalyse van personen met een chronische ziekte die wel/niet problemen hebben gehad met afsluiten van verzekeringen, 1998 (in regressiecoëfficiënten)

	gemiddelde score	problemen met verzekeringen	
		per blok	totaal
totaal ziektegerelateerde uitgaven per jaar (x 1.000 gulden)	925	0,10	0,20
gezondheidskenmerken			
heeft twee of meer chronische aandoeningen	0,30	-	-
heeft zintuiglijke beperkingen	0,12	-	-
heeft motorische beperkingen	0,31	-0,35	-
ziekteduur (in jaren)	11	0,03	0,03
financiële kenmerken			
netto equivalent inkomen (x 1.000 gulden)	2320	-	-
is particulier verzekerd	0,35	-	-
kent WVG-voorziening	0,55	-	-
sociale kenmerken			
is alleenstaande	0,26	-	-
is uitkeringsontvanger (tot 65 jaar)	0,18	-	-
is 45-64 jaar	0,41	-0,70	-0,79
is 65-plusser	0,38	-1,69	-1,93
heeft voortgezet onderwijs	0,59	-	-
heeft middelbaar of hoger onderwijs	0,22	0,80	-
is man	0,43	0,66	0,83
constante			-2,79
verklaarde variantie (%)		1/2/2/7 <sup>a</sup>	9

- Dit is niet-significant op 5%-niveau (n = 2.327 personen).

<sup>a</sup> Dit is de verklaarde variantie per blok.

Bron: Nivel (PPCZ'98) SCP-bewerking

Uit tabel 7.13 komt een plausibel beeld naar voren. Problemen met het afsluiten van verzekeringen nemen toe naarmate men hogere ziektegerelateerde uitgaven heeft en men langer ziek is. Terwijl de gemiddelde kans op problemen bij mensen met chronische ziekten op circa 13% ligt, neemt deze kans toe tot circa 20% wanneer zowel de ziektekosten als ziekteduur verdubbelen en tot circa 30% bij een verviervoudiging.<sup>18</sup> Opmerkelijk in de tabel is de negatieve invloed van leeftijd. Wanneer een chronisch zieke 65 jaar of ouder is, dan daalt de kans op problemen

bij het afsluiten van verzekeringen van circa 13% naar circa 3%. Dit houdt hoogstwaarschijnlijk verband met het feit dat een deel van de verzekeringen niet of nauwelijks relevant zijn voor deze leeftijdsgroep, zoals de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de levensverzekering.

## 7.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de bestedingen (vaste lasten, overige uitgaven en ziektegerelateerde kosten) van mensen met en zonder lichamelijke aandoeningen. Over de bestedingen van mensen met verstandelijke beperkingen of mensen met psychische problemen zijn geen gegevens bekend. Ook is in dit hoofdstuk uiteengezet in hoeverre mensen op de hoogte zijn van allerlei voorzieningen die de gemaakte kosten kunnen compenseren.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de bestedingen van mensen met lichamelijke beperkingen of chronische ziekten, maar wel over de bestedingen van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Deze groep vormt echter maar een kleine groep van de in deze rapportage beschreven doelgroep. Huishoudens met een arbeidsongeschikte hebben naar verhouding hoge vaste lasten, met name woonlasten. Deze hoge vaste lasten zijn niet zozeer een gevolg van de arbeidsongeschiktheid, maar hangen vooral samen met het lage inkomen van arbeidsongeschikten. Huishoudens met een arbeidsongeschikte geven minder uit aan sport en vakantie. Dit kan te maken hebben met het feit dat zij door hun gezondheid belemmerd worden om dit soort activiteiten te ondernemen, maar kan ook duiden op een te krap budget voor deze activiteiten.

Huishoudens met een arbeidsongeschikte besteden geen groter aandeel van hun inkomen aan zorg dan huishoudens zonder arbeidsongeschikte. Wel zijn mensen met chronische aandoeningen in 1997 gemiddeld 925 gulden per jaar kwijt aan ziektegerelateerde uitgaven. Ongeveer 10% van de mensen met chronische ziekten geeft meer dan 2.500 gulden per jaar uit aan ziektegerelateerde kosten. Chronisch zieken met lichamelijke beperkingen (met name motorische beperkingen) zijn beduidend meer kwijt aan ziektegerelateerde kosten dan chronisch zieken zonder beperkingen. Zo geeft een chronisch zieke met één of meer motorische beperkingen ruim 1.000 gulden meer uit per jaar aan ziektegerelateerde kosten dan een chronische zieke die deze beperking(en) niet heeft. Ook de ziekteduur heeft een kostenverhogend effect.

Gemiddeld is 55% van de mensen met chronische ziekten bekend met de in 1994 ingevoerde WVG-regeling en 61% met de mogelijkheid om ziektegerelateerde uitgaven via de fiscus te compenseren op titel van buitengewone lasten. Van de mensen met chronische aandoeningen had 9% in de periode 1994-1997 gebruikgemaakt van de WVG en had 6% in 1997 de ziektegerelateerde uitgaven opgevoerd als buitengewone lasten bij de invulling van het belastingformulier. Het percentage mensen dat deze lasten bij de fiscus als aftrekpost opvoert is groter naarmate het meer chronisch zieke personen in een huishouden betreft en wanneer



het om de kostwinner gaat. Hogere ziektegerelateerde uitgaven leiden tot een intensiever gebruik van financiële-compensatiemogelijkheden.

Een deel van de mensen met chronische aandoeningen zegt weleens problemen gehad te hebben met het afsluiten van een verzekering (zoals een levensverzekering) omdat hogere premies moesten worden betaald (6%), sommige risico's niet verzekerd werden (4%) of een verzekering überhaupt werd geweigerd (3%). Problemen met het afsluiten van verzekeringen nemen toe naarmate men hogere ziektegerelateerde uitgaven heeft en men langer ziek is. Bij ouderen is de kans op problemen bij het afsluiten van een verzekering juist kleiner. Vermoedelijk komt dit doordat sommige verzekeringen (zoals de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de levensverzekering) nauwelijks relevant zijn voor deze leeftijdsgroep.

## Noten

- <sup>1</sup> Door een iets andere vraagstelling in de Budgetonderzoeken tot en met 1991 is het aantal partners dat zich als arbeidsongeschikt beschouwt iets onderschat. Dit komt doordat in deze jaren de mogelijkheid om hierop de score pas kwam nadat al een groot aantal andere mogelijkheden aan de respondent was aangeboden, waaronder 'werkt in eigen huishouding'.
- <sup>2</sup> De Budgetonderzoeken van het CBS zijn beperkt van omvang: gemiddeld ongeveer 2.000 huishoudens per jaar. Daarom zijn hier drie opeenvolgende Budgetonderzoeken samengevoegd.
- <sup>3</sup> De economische huurwaarde bij koopwoningen maakt ook deel uit van het inkomen. Op het inkomen worden de (eventuele) hypotheekrente en de belasting over de fiscale huurwaarde (huurwaardeforfait) in mindering gebracht.
- <sup>4</sup> De premie ziektekostenverzekering wordt gezien als een verplichte heffing op het inkomen - in het bruto-nettotraject - omdat de premie bedoeld is voor de bekostiging van een recht en niet van feitelijk gebruik.
- <sup>5</sup> De gegevens hebben niet betrekking op een panel van steeds dezelfde huishoudens, maar op een dwarsdoorsnede van steeds verschillende huishoudens, waardoor de veranderingen wel gelden voor een bepaalde groep (bv. arbeidsongeschikten) maar niet voor individuele huishoudens Dit betekent dat veranderingen in de samenstelling van een groep gevolgen kunnen hebben voor de uitkomsten. Hiermee wordt in de navolgende analyse geen rekening gehouden. De omvang van het samenstellingseffect is overigens beperkt. Uit de analyses blijkt dat vooral de woonlasten fors zijn gestegen. Deze woonlasten zijn doorgaans hoger bij alleenstaanden, een groep die in aantal sterk is toegenomen. Uit een eenvoudige becijfering blijkt dat slechts 7% van de stijging van de woonlasten in de periode 1980/81-1993/94 is toe te schrijven aan dit samenstellingseffect.
- <sup>6</sup> Sinds 1992 wordt de premie ziektekostenverzekering door het CBS in het inkomenstraject verwerkt; wel wordt door het CBS nog rekening gehouden met het verschil tussen de werkelijk betaalde premie en de premie die zou gelden voor een standaardpakket, maar daar is wegens de vergelijkbaarheid in voorgaande jaren hier geen rekening mee gehouden.
- <sup>7</sup> Uit tabel 7.4 blijkt geen duidelijk onderscheid bij het budgetaandeel voor zorguitgaven tussen huishoudens met en zonder arbeidsongeschikte persoon. Een belangrijke reden hiervoor is dat een belangrijke categorie ziektegerelateerde uitgaven, namelijk die voor hulpmiddelen als woning-, auto-, voeding- en schoeiselaanpassingen, in het Budgetonderzoek in andere rubrieken is ingedeeld (respectievelijk woninguitgaven, verkeer en vervoer, voeding en drank, en kleding en schoeisel).
- <sup>8</sup> Voorzover verklarende variabelen een wel/niet-karakter hebben scoren personen die dit kenmerk niet bezitten een 0 en personen die dit kenmerk wel bezitten een 1. Bij leeftijd en opleidingsniveau wordt het partiële effect weergegeven ten opzichte van 25-44-jarigen respectievelijk lager opgeleide personen (referentiecategorieën), omdat het desbetreffende kenmerk in meer dan twee categorieën is opgesplitst.
- <sup>9</sup> Bij ziekenfondsverzekerden golden in 1997 eigen bijdragen voor bepaalde medische behandelingen en voor particulier verzekerden een verplicht eigen risico van minimaal 200 gulden.
- <sup>10</sup> In 1997 gold een drempel van 12,2% van het onzuivere inkomen, met een minimum van 2.904 gulden en een maximum van 12.089 gulden voor zowel gehuwden als ongehuwden; in de drempel inbegrepen is ook de premie ziektekostenverzekering.
- <sup>11</sup> In 1996 is de eigen bijdrage voor de rolstoel komen te vervallen.
- <sup>12</sup> Voor een uitgebreide beschouwing over de werking van deze wet, zie Ipso Facto en SGB0 (1997).
- <sup>13</sup> Voor 1998 gold een vaste aftrek van 1.000 gulden per arbeidsongeschikte en per verzorgd chronisch ziek kind, waarvan aannemelijk kan worden gemaakt dat tenminste eenderde deel van de ziektekosten die in de voorafgaande jaren voor aftrek in aanmerking kwamen voor dit kind zijn gemaakt.
- <sup>14</sup> Om de kans op een ja-antwoord te bepalen (deze kans ligt bij een bevolkingsgroep altijd tussen 0 en 1) is een transformatie uitgevoerd, waarbij de uitkomst van de regressieanalyse altijd ligt tussen 0 en 1. Bij deze zogenaamde logistische-regressieanalyse wordt het aandeel personen met een positief antwoord (p) op een ja/nee-vraag als volgt geschat:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-f(x)}}$$

waarbij  $f(x)$  de te schatten regressievergelijking is. De kans op een positieve score neemt toe wanneer de coëfficiënten van de te schatten vergelijking eveneens positief en hoger zijn. Deze kans neemt echter niet evenredig, maar minder dan proportioneel toe met de score op de verklarende variabele.

- 15 Bij de invoering van de WVG in 1994 hielden veel gemeenten voorlichtingsbijeenkomsten om potentiële cliënten op de hoogte te brengen van de mogelijkheden die de WVG bood. Daarbij richtten de gemeenten zich vooral op gehandicapten en ouderen. Na dit invoeringsjaar is het accent verschoven naar huis-aan-huisbladen, lokale radio of televisie en telefonische helpdesks (Ipsa Facto en SGBO 1997: 45-46).
- 16 Berekening: voor een gemiddelde persoon bedraagt  $f(x)$  in de formule voor de kans ( $p$ ): 0,21; gaan we niet uit van de gemiddelde persoon (met 0,31 kans) maar van een persoon met motorische beperkingen (met uiteraard 1,00 kans), dan neemt  $f(x)$  toe met  $(1,00-0,31)$  maal de coëfficiënt 0,39 is 0,27; daaruit resulteert een kans  $p$  van  $1 / \{1 + e^{-(0,21+0,27)}\}$  maal 100 is 62%.
- 17 De bijzondere bijstand kan sinds enkele jaren ook categoriaal worden toegepast, betrekking hebbend op bepaalde groepen op de bevolking met weinig inkomen. Categorale toepassingen zijn er met name voor de aanschaf van duurzame gebruiksgoederen en de (gedeeltelijke) vergoeding van kosten voor jonge kinderen.
- 18 Voor een gemiddelde persoon bedraagt  $f(x)$  -1,90; bij verdubbeling van ziektekosten  $(0,20 \cdot 925/1000)$  en ziekteduur  $(0,03 \cdot 11)$  komt  $f(x)$  uit op 0,515-1,90 is -1,385; daaruit resulteert een kans  $p$  van  $1 / \{1 + e^{-(-1,385)}\}$  maal 100 is 20%.



## 8 SLOTBESCHOUWING

*Mirjam de Klerk*

### 8.1 Opzet van de rapportage

De *Rapportage gehandicapten 2000* is het vierde Cahier dat het SCP uitbrengt over de leefsituatie van mensen met lichamelijke en verstandelijke beperkingen. In dit Cahier is voor het eerst ook expliciet aandacht besteed aan de positie van mensen met chronische ziekten en mensen met psychische stoornissen.<sup>1</sup>

De aanleiding voor de verbreding van de doelgroep van de rapportage is het feit dat er binnen het ministerie van VWS steeds meer sprake is van een samenhangend beleid voor de groepen 'mensen met beperkingen' en 'mensen met een chronische ziekte'. Vaak hebben deze mensen immers met hetzelfde soort problemen te kampen. Bovendien betreft het voor een belangrijk deel dezelfde mensen, die zowel een chronische aandoening als een lichamelijke beperking hebben (zie ook § 8.3).

Niet alleen is de doelgroep verbreed, ook is de opzet van de Rapportage gehandicapten gewijzigd. Zo zal vanaf nu afwisselend een brede overzichtsstudie en een meer thematisch rapport verschijnen. Een overzichtsstudie geeft een beschrijving van de brede leefsituatie van mensen met beperkingen en/of een chronische ziekte. Bij een thema kan zowel gedacht worden aan een selectie van een aantal onderwerpen die diepgaander behandeld worden als aan een selectie van subgroepen.

De *Rapportage gehandicapten 2000* heeft een thematisch karakter. Het thema van deze rapportage is 'economische zelfstandigheid'. Er is nagegaan in hoeverre mensen met beperkingen en/of chronische aandoeningen in staat zijn om aan de arbeidsmarkt deel te nemen en in hoeverre hun werk afwijkt van dat van mensen die deze aandoeningen niet hebben. Ook is gekeken naar het gebruik van voorzieningen ter bevordering van de arbeidsdeelname van mensen met chronische ziekten en/of beperkingen. Daarnaast is de financiële situatie bestudeerd. Hierbij is een vergelijking gemaakt tussen de bruto- en besteedbare inkomens en de vermogens van (huishoudens met) mensen met en zonder beperkingen of chronische ziekten. Tenslotte is stilgestaan bij de (ziektegerelateerde) uitgaven die mensen met chronische aandoeningen en/of beperkingen doen.

De keuze van het thema 'arbeid' heeft ertoe geleid dat de focus van deze rapportage is gericht op de mensen binnen de potentiële beroepsbevolking (de 15-65-jarigen). Waar mogelijk en relevant is een uitsplitsing gemaakt naar mannen en vrouwen, om zo te kunnen achterhalen of vrouwen met een beperking of chronische aandoening meer problemen ervaren dan mannen.

De opbouw van dit hoofdstuk volgt uit de opzet van de rapportage: eerst wordt in paragraaf 8.2 stilgestaan bij de beschikbare databronnen. Vervolgens wordt nagegaan hoe groot de verschillende doelgroepen zijn die in dit rapport aan de orde

zijn geweest (§ 8.3). In paragraaf 8.4 komt de arbeidsmarktpositie van mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking aan bod en in paragraaf 8.5 de financiële positie. In paragraaf 8.6 volgt een terugblik op het gehele rapport.

## 8.2 Beschikbare databronnen

Een rapportage zoals deze staat of valt met de beschikbaarheid van goede databronnen. Hierbij is het van belang dat er sprake is van helder omschreven doelgroepen en dat er goede meetinstrumenten beschikbaar zijn. Daarnaast dienen gegevens periodiek te worden verzameld, zodat ontwikkelingen in de tijd gevolgd kunnen worden.

In hoofdstuk 2 werden enkele centrale begrippen gedefinieerd. 'Chronische ziekten' zijn "onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekte duur" (TK 1990/1991). Dit kunnen ook langdurige psychische klachten betreffen, hoewel het chronisch-ziekenbeleid zich vooral richt op mensen met somatische aandoeningen. Het begrip 'beperking' wordt gedefinieerd als: "iedere vermindering of afwezigheid (als gevolg van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat de wijze als wat de reikwijdte van de uitvoering betreft" (WCC 1995).

Hoewel de definitie van 'chronische ziekte' helder lijkt, zijn er bij onderzoekers meningsverschillen over de vraag of klachten die soms te genezen zijn (zoals maagzweren of bepaalde vormen van kanker) als een chronische aandoening moeten worden beschouwd. Om echt vast te kunnen stellen of iemand chronisch ziek is, is het noodzakelijk om te weten hoe lang de ziekte duurt, hoe ernstig de ziekte is en hoe het beloop is. In bevolkingsonderzoek (enquêtes) zijn gegevens over de ernst van de ziekte vaak niet beschikbaar, maar is alleen bekend of iemand aan een bepaalde aandoening lijdt. Vaak wordt hierbij aan respondenten een lijst met aandoeningen voorgelegd met de vraag of zij deze hebben of recentelijk hebben gehad.<sup>2</sup> Een andere manier om gegevens over mensen met een chronische ziekte te achterhalen, is via (huis)artsen.

Ook voor het vaststellen van lichamelijke beperkingen zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar. De meeste instrumenten kennen vragen naar zintuiglijke beperkingen en mobiliteit. Soms worden ook aspecten als de persoonlijke verzorging, huishoudelijke activiteiten, het uithoudingsvermogen of incontinentieproblemen meegenomen. Vaak is het voor beleid niet voldoende om te weten of mensen al dan niet beperkingen hebben, maar is ook een indicatie van de ernst van die beperkingen van belang. Ook hiervoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar. Afhankelijk van het gehanteerde instrument, zal ook de schatting van het aantal mensen dat te kampen heeft met ernstige beperkingen variëren.

Recent materiaal over het aantal mensen met beperkingen ontbreekt. De laatste schatting van het aantal mensen met verstandelijke beperkingen dateert uit 1986 (Maas et al. 1988) en de laatste gegevens over het aantal mensen met lichamelijke

beperkingen uit 1988 (CBS/Nimawo 1990). Het lijkt niet waarschijnlijk dat er op korte termijn nieuwe gegevens over de prevalentie van beperkingen beschikbaar komen.

Het RIVM publiceert in de *Volksgesondheid Toekomst Verkenning* regelmatig gegevens over het voorkomen van verschillende chronische aandoeningen, waarbij zowel uit huisartsenregistraties als uit bevolkingsonderzoeken wordt geput. Uit deze rapportages valt echter niet direct af te leiden hoeveel mensen met een chronische ziekte er in Nederland zijn of hoe ernstig de desbetreffende ziekte is.

Gegevens over de prevalentie van een aantal veelvoorkomende psychische stoornissen zijn recentelijk verzameld door het Trimbos-instituut (Bijl et al. 1997b). Deze gegevens hebben alleen betrekking op zelfstandig wonende mensen tussen de 18 en 65 jaar. Niet iedereen met psychische klachten heeft deze klachten langdurig.

In deze rapportage is gebruikgemaakt van een aantal representatieve bevolkingssteekproeven, zoals het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het SCP of het Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO) van het CBS. Hierin zijn mensen met lichamelijke beperkingen en/of chronische ziekten redelijk goed te herkennen, zij het dat hierbij verschillende instrumenten worden gebruikt. Indicatoren voor psychische problemen ontbreken in dit soort bestanden, evenals gegevens over mensen met een verstandelijk beperking en instellingsbewoners.

In veel grootschalige onderzoeken, zoals het Permanent onderzoek leefsituatie (POLS), de Enquête beroepsbevolking (EBB) of het Budgetonderzoek (BO) van het CBS, ontbreken goede instrumenten om mensen met beperkingen te kunnen identificeren.<sup>3</sup> Onlangs heeft het ministerie van SZW aan het CBS verzocht om in de EBB enkele vragen over de aanwezigheid van arbeidshandicaps op te nemen. Ook zal in de basismodule van POLS een indicator voor lichamelijke beperkingen worden opgenomen. Hiermee zal veel nieuwe informatie over de doelgroep beschikbaar komen.

Voor deze rapportage is ook gebruikgemaakt van aanvullende gegevensverzamelingen onder specifieke bevolkingsgroepen, zoals het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) van het Nivel en, bij de beschrijving van de leefsituatie van mensen met psychische problemen, het NEMESIS-bestand van het Trimbos-instituut. Een probleem bij dit soort bestanden is dat de gegevens soms alleen betrekking hebben op deelpopulaties (bv. alleen de beroepsbevolking, zoals bij het NEMESIS-bestand) en dat soms vergelijkingsmateriaal met de gezonde populatie ontbreekt (zoals bij het PPCZ). Bovendien hebben sommige van deze onderzoeken een tijdelijk karakter. Zo kent het NEMESIS-onderzoek drie metingen (1996, 1997 en 1999).<sup>4</sup> In de loop van 2000 zal het SCP onderzoek verrichten bij mensen met een lichamelijke beperking.<sup>5</sup> Het is nog niet duidelijk of dit onderzoek wordt gecontinueerd. De hier genoemde bestanden (NEMESIS, PPCZ) zijn eigendom van het onderzoeksinstituut dat deze gegevens heeft verzameld (Trimbos-instituut, Nivel).<sup>6</sup> Dit betekent voor andere onderzoekers dat zij hiervan alleen tegen betaling gebruik kunnen maken.<sup>7</sup> Het zou aan te bevelen zijn als deze gegevens na verloop van tijd

in een centraal archief werden gedeponereerd, zodat ook anderen dit materiaal kunnen bewerken.

Samenvattend, is er meer behoefte aan consensusvorming over de manier waarop chronische ziekten en beperkingen in bevolkingsonderzoeken kunnen worden vastgesteld. Hierbij is het niet alleen van belang dat er instrumenten zijn om te kunnen beoordelen óf iemand een dergelijke aandoening heeft, maar dienen er ook meetinstrumenten te zijn waarmee de ernst van een ziekte of beperking kan worden geregistreerd.

Daarnaast is er behoefte aan periodieke en voor iedereen toegankelijke gegevensverzameling over mensen met een chronische aandoening of een beperking. Dit betreft in de eerste plaats studies naar de prevalentie van bijvoorbeeld lichamelijke of verstandelijke beperkingen, maar ook naar de omvang van de groep mensen met een chronische ziekte. Daarnaast zijn meer algemene gegevens over de leefsituatie van mensen met beperkingen of langdurige aandoeningen gewenst. Hierbij kan dan zowel worden gedacht aan het toevoegen aan bestaande gegevensverzamelingen van meetinstrumenten (niet alleen voor lichamelijke beperkingen en chronische aandoeningen maar ook voor psychische stoornissen) als aan het periodiek bevragen van specifieke bevolkingsgroepen (zoals het Patiëntenpanel Chronisch Ziekten of een onderzoek dat in 2000 door het SCP wordt gehouden bij mensen met lichamelijke beperkingen).

### **8.3 Omvang van de doelgroep**

In hoofdstuk 3 is aandacht besteed aan de prevalentie (de mate waarin iets voorkomt) van lichamelijke en verstandelijke beperkingen en chronische aandoeningen. De gegevens die uit verschillende onderzoeken naar voren komen, zijn vaak moeilijk met elkaar te vergelijken, doordat verschillende definities, onderzoeksmethoden en operationalisaties worden gekozen.

Als rekening wordt gehouden met deze onzekerheden, dan kan worden gesteld dat er in Nederland tussen de 450.000 en 500.000 zelfstandig wonende mensen zijn met een ernstige lichamelijke beperking. Binnen de potentiële beroepsbevolking (15-64-jarigen) hebben naar schatting ruim 150.000 mensen ernstige beperkingen en ruim 450.000 mensen matige beperkingen. Vrouwen hebben vaker te maken met lichamelijke beperkingen dan mannen.

Er wordt vaak aangenomen dat er in Nederland ongeveer 1,5 miljoen mensen met een chronische ziekte zijn. Onduidelijk is echter waarop dit aantal is gebaseerd. Volgens rapportage van mensen zelf (en dus niet op basis van huisartsenregistraties) heeft bijna 30% een chronische ziekte. Dit zou betekenen dat 3,7 miljoen mensen een chronische aandoening hebben, waarvan 2,5 miljoen binnen de potentiële beroepsbevolking. Het lijkt waarschijnlijk dat deze laatste cijfers een overschatting van de omvang van de doelgroep zijn: immers, lang niet iedereen met een ziekte die vaak een chronische ziekte is, heeft deze ziekte langdurig en is ongeneeslijk ziek. Van aandoeningen aan de luchtwegen, gewrichtsaandoeningen



en migraine is bekend dat deze vaker worden gemeld in een gezondheidsenquête dan in huisartsenregistraties. Ook bij de chronische ziekten geldt dat vrouwen hiermee vaker te kampen hebben dan mannen.

De aanleiding voor het verbreden van de doelgroep van deze rapportage naar chronisch zieken was de aanname dat het voor een belangrijk deel dezelfde mensen zijn die zowel een chronische aandoening als een lichamelijke beperking hebben. Uit paragraaf 3.6 bleek dat deze aanname slechts gedeeltelijk juist is: enerzijds hebben zeer veel mensen met een lichamelijke beperking een chronische ziekte (bij de mensen met een matige of ernstige beperking ongeveer 85%, maar dit is mogelijk een overschatting als gevolg van de ruime definitie van het begrip 'chronische ziekten'). Vaak is de ziekte oorzaak van de beperking, maar er kunnen ook andere oorzaken zijn, zoals aangeboren afwijkingen, een ongeluk, of slijtage. Anderzijds heeft bijna de helft van de mensen met een langdurige ziekte geen lichamelijke beperkingen. Sommige ziekten (zoals de gevolgen van een beroerte, gewrichts-slijtage of rugaandoeningen) leiden vaak tot beperkingen, terwijl dat bij andere ziekten (bv. ziekten aan de gal, lever of nieren) veel minder het geval is.

Op basis van een frequentieonderzoek van Maas en collega's uit 1986 is berekend dat Nederland ruim 100.000 verstandelijk gehandicapten kent, waarvan circa 52.500 mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Deze gegevens hebben betrekking op zowel zelfstandig wonende mensen als mensen die in een instelling verblijven. Er hebben meer mannen dan vrouwen een verstandelijke beperking.

In 1998 hebben circa 2,5 miljoen zelfstandig wonende volwassenen (18-64-jarigen) psychische stoornissen gehad. Met name angststoornissen komen veel voor (bij ruim 12% in de bevolking), gevolgd door stoornissen samenhangend met middelengebruik (gebruik van alcohol, drugs of bepaalde medicijnen; bijna 9%) en stemmingsstoornissen (waaronder depressies; bijna 8%). Angst- en stemmingsstoornissen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, terwijl stoornissen die samenhangen met middelengebruik vaker optreden bij mannen.

De schattingen van het aantal mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen zijn gebaseerd op prevalentiestudies uit de jaren tachtig. Hierbij wordt vaak aangenomen dat de prevalentie van beperkingen binnen een bepaalde leeftijdscategorie niet is veranderd. In de literatuur worden hiervoor immers geen aanwijzingen gevonden. Ook voor de toekomst worden hier geen grote veranderingen verwacht: de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen neemt weliswaar toe (en daarmee de kans op vroeggeboorten en op een ongezond kind), maar daar staat tegenover dat door verbeterde diagnostiek zwangerschappen eerder voortijdig kunnen worden afgebroken.

### *Toekomstverwachtingen*

Op basis van demografische voorspellingen kan worden verwacht dat de toekomstige vergrijzing van de bevolking ertoe zal leiden dat het aantal mensen met

lichamelijke beperkingen en/of chronische ziekten de komende jaren zal toenemen. Hiermee zal ook de behoefte aan allerlei vormen van verzorging en verpleging blijven stijgen (Van der Windt et al. 1998).

Naast demografische ontwikkelingen kunnen echter ook allerlei technologische ontwikkelingen (opsporings- en behandelmethoden) en veranderende leefpatronen (zoals voedings- en rookgewoonten) invloed hebben op het aantal mensen met een chronische ziekte. Hierover zijn echter geen concrete gegevens beschikbaar.

Op basis van demografische voorspellingen kan verwacht worden dat binnen de potentiële beroepsbevolking het aandeel mensen in de leeftijdsgroep 55-64 jaar de komende jaren sterk zal groeien. Omdat deze mensen vaker dan jongere mensen lichamelijke beperkingen of chronische ziekten hebben, betekent dit dat binnen de beroepsbevolking het aantal mensen met beperkingen zal toenemen. Dit zal er, bij ongewijzigd beleid, toe leiden dat het aantal mensen met een WAO-uitkering zal toenemen.

Ook zal de samenstelling van de groep mensen met een verstandelijke beperking in de toekomst veranderen. Zo zal met name het aantal oudere verstandelijk gehandicapten toenemen, waardoor er meer aandacht nodig zal zijn voor de zorg voor deze mensen. Zo is het goed denkbaar dat er meer druk op verzorgings- of verpleeghuizen komt om ook oudere verstandelijk gehandicapten op te nemen. Daarnaast kan voor bijvoorbeeld de gezinsvervangende tehuizen (GVT's) worden verwacht dat deze groep de komende jaren meer oudere bewoners krijgt. Dit zijn vaak mensen die geen (volledige) dagbesteding buitenshuis aankunnen. Een deel van deze cliënten zal dus meer aanwezig zijn in het GVT. Uiteraard heeft dit gevolgen voor het benodigde personeel dat overdag aanwezig is in een GVT.

## **8.4 Arbeidsmarktpositie**

### *Deelname aan betaalde arbeid*

De nettoarbeidsparticipatie van personen met een chronische ziekte is 46% en ligt daarmee lager dan de arbeidsparticipatie van de gehele Nederlandse bevolking (61%).<sup>8</sup> Naarmate het aantal ziekten groter is, is de kans op betaalde arbeid kleiner. Er is geen relatie tussen de ziekteduur en het al dan niet werken. Wel is het van belang welke ziekte men heeft: mensen met cara werken bijvoorbeeld veel vaker dan degenen met hart- en vaatziekten of personen die een beroerte hebben gehad. Ook het hebben van lichamelijke beperkingen verlaagt de kans op arbeid: van de mensen met matige of ernstige beperkingen werkt 24%. Deze lichamelijke beperkingen lijken een baan nog vaker in de weg te staan dan chronische ziekten. Tot slot verlagen ook psychische stoornissen, met name stemmingsstoornissen, de kans op betaalde arbeid.

Een deel van deze gegevens (met name die over lichamelijke beperkingen) heeft betrekking op 1995, het meest recente jaar waarover uitgebreide gegevens over zowel de lichamelijke beperkingen als de arbeidsmarktpositie van mensen beschikbaar zijn. Dit betekent dat bijvoorbeeld de gevolgen van veranderingen in de Ziektewet niet in de gegevens tot uitdrukking komen. Uit een onderzoek onder

werkgevers (het ZARA-werkgeverspanel, zie hoofdstuk 5) is gebleken dat werkgevers sinds de herziening van de Ziektewet zijn gaan selecteren op gezondheidsrisico's. Dit zou kunnen betekenen dat de arbeidsparticipatie van mensen met een ernstige beperking sinds 1995 is gedaald. Anderzijds is de economische situatie in Nederland op dit moment dermate gunstig, dat verondersteld kan worden dat meer mensen met een chronische aandoening aan werk kunnen komen. Hierover zijn nog geen gegevens beschikbaar.

Dat mensen met gezondheidsproblemen minder vaak werken dan anderen, komt deels doordat deze personen vaak wat ouder zijn of vaker tot groepen met een lagere arbeidsparticipatie behoren, zoals vrouwen of laagopgeleiden. Echter, ook wanneer rekening wordt gehouden met deze aspecten hebben mensen met (meerdere) chronische ziekten of (ernstige) lichamelijke beperkingen een kleinere kans op betaalde arbeid. Als mensen meerdere van deze kenmerken hebben, dan is de kans op het verwerven of het behouden van een arbeidsplaats nog kleiner. Zo leiden bijvoorbeeld chronische ziekten of lichamelijke beperkingen bij oudere mensen of mensen met een laag opleidingsniveau veel vaker tot arbeidsongeschiktheid dan bij jongere of hoogopgeleide mensen.

De relatie tussen opleiding en gezondheid is ingewikkeld: enerzijds is bekend dat degenen met een lage sociaal-economische status een grotere kans op ziekten hebben (zie bijvoorbeeld Mackenbach 1994). Anderzijds is het ook duidelijk dat mensen die reeds op jonge leeftijd gezondheidsproblemen hebben, moeite kunnen hebben om hun opleiding af te ronden. Uit de *Rapportage gehandicapten 1997* bleek bijvoorbeeld dat mensen die reeds op jonge leeftijd lichamelijke beperkingen hadden, een lager opleidingsniveau hebben dan anderen (De Klerk en Timmermans 1998: 231). Uit de beschikbare gegevens is niet af te leiden op welke leeftijd mensen gezondheidsproblemen hebben gekregen, zodat oorzaak en gevolg niet zijn te onderscheiden. Wél is duidelijk dat mensen met een laag opleidingsniveau extra belemmerd worden bij deelname aan de arbeidsmarkt: én door hun lage opleidingsniveau én door hun lichamelijke beperkingen.

Al met al lijkt ook voor mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking te gelden dat hun kansen op (het behoud van) arbeid aanzienlijk verbeteren door verhoging van het opleidingsniveau. Scholing blijkt dan ook van groot belang voor de arbeids(re)integratie. Toch blijkt dat hier in praktijk maar mondjesmaat gebruik van wordt gemaakt: in 1995-1997 heeft maar 4% van de bedrijven scholing als reïntegratiemaatregel toegepast bij 1% van de werknemers. Scholing is ook één van de mogelijkheden die via de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (de Wet REA, zie hierna) wordt geboden. In het eerste jaar van de Wet REA hebben ruim 7.000 mensen scholing toegekend gekregen. Er zou nader onderzocht moeten worden of deze scholing inderdaad tot (re)integratie leidt en of de Wet REA hierbij voldoende mogelijkheden biedt. Ook zou moeten worden bekeken of deze scholingsmogelijkheden voldoende worden benut door de verschillende categorieën werknemers, dus bijvoorbeeld ook door mensen met ernstige beperkingen of ouderen. In de *Rapportage gehandicapten 1995* werd gemeld dat er nog veel

verbeterd zou moeten worden aan de toegankelijkheid van het volwassenenonderwijs dat arbeidsgehandicapten uitzicht op betaald werk zou kunnen bieden. Het is niet bekend of de toegankelijkheid van de scholingsmogelijkheden voor mensen met lichamelijke beperkingen sindsdien verbeterd is.

Oudere werknemers hebben een kleinere kans om met lichamelijke aandoeningen te (blijven) werken dan jongere mensen met lichamelijke aandoeningen. Mensen met gezondheidsproblemen verlaten op oudere leeftijd dus makkelijker het arbeidsproces en komen in de WAO terecht. Het is onduidelijk of de werkgever hen hiertoe dwingt of dat oudere werknemers zelf minder gemotiveerd zijn om te werken dan jonggehandicapten. In beide gevallen is het echter denkbaar dat het verder verhogen van de VUT-leeftijd, zoals recentelijk is voorgesteld, de druk op de WAO zal doen toenemen. De VUT biedt immers een goed alternatief voor mensen die willen stoppen met werken.

Vrouwen met ernstige lichamelijke beperkingen participeren minder vaak op de arbeidsmarkt dan mannen zonder beperkingen. Hiervoor zijn twee redenen aan te geven: vrouwen werken minder vaak dan mannen en mensen met beperkingen werken minder vaak dan mensen zonder beperkingen. Op dit eerste aspect richt zich het emancipatiebeleid, op het tweede het gehandicaptenbeleid. De lage arbeidsdeelname van vrouwen wordt vooral beïnvloed door de geringe deelname van laagopgeleide en wat oudere vrouwen aan de arbeidsmarkt en minder door hun lichamelijke beperkingen. Bij mannen is de invloed van lichamelijke beperkingen op de arbeidsmarktparticipatie zelfs groter dan bij vrouwen.

Uit onderzoek naar de arbeidsbemiddeling van chronisch zieken blijkt dat vrouwen minder kans maken om weer aan het werk te komen dan mannen, omdat arbeidsbemiddeling zich vooral richt op mensen met gunstige arbeidsmarktkenmerken (zoals het fulltime willen of kunnen werken). Ook blijken vrouwen zelf soms minder moeite te doen om weer aan de slag te gaan dan mannen: wanneer hun sociale netwerk een afwijzende rol ten aanzien van betaald werk heeft, verkleint dit hun inspanningen om weer aan de slag te gaan.

Met andere woorden, zowel het emancipatiebeleid als het gehandicaptenbeleid zou meer aandacht moeten besteden aan vrouwen met langdurige gezondheidsklachten: hun lagere arbeidsdeelname, en daarmee hun kansen op economische zelfstandigheid, wordt immers niet alleen beïnvloed doordat vrouwen minder vaak deelnemen aan de arbeidsmarkt (dit geldt zowel voor gezonde vrouwen als voor vrouwen met chronische aandoeningen) maar ook doordat vrouwen met handicaps minder makkelijk weer aan het werk komen. Een oorzaak van dit laatste is dat arbeidsbemiddelaars zich vooral richten op mensen die fulltime willen werken. Zolang vrouwen vaker dan mannen de zorgtaken in een huishouden op zich nemen, en daardoor vaker parttime willen werken, maken zij dus minder kans op de arbeidsmarkt dan mannen.

### *Ziekteverzuim, werkhervatting en gezondheid*

Het lijkt vanzelfsprekend dat het ziekteverzuim van werknemers met een chronische ziekte hoger ligt dan dat werknemers zonder zo'n ziekte. Toch meldt lang niet iedereen met een chronische aandoening zich (vaak) ziek: 56% van de werknemers met een chronische ziekte heeft zich gedurende een jaar ziek gemeld (bij de werknemers zonder chronische ziekte was dit 40%). Lang niet iedere ziekte leidt dus tot ziekteverzuim. Ook bij mensen met psychische klachten geldt dat zij een verhoogd ziekteverzuim kennen, maar dat de meerderheid zich niet ziek meldt tijdens een jaar.

Gezondheid is een noodzakelijke voorwaarde om weer aan het werk te komen. Het verloop van het eerste ziektejaar is voor een latere werkhervatting cruciaal. Een ernstige ziekte of verergering van de klachten worden door mensen met een chronische ziekte genoemd als reden om afstand te doen van hun werk. Of mensen na ziekte of arbeidsongeschiktheid hun werk hervatten, hangt ook samen met hun arbeidsmarktkenmerken: een jongere leeftijd, het mannelijke geslacht, een hogere opleiding en een fulltime beschikbaarheid leiden tot een grotere kans op werk. Arbeidsbemiddeling lijkt dan ook vooral ten goede te komen aan zieke werknemers met gunstige arbeidsmarktkenmerken. Dit betekent dat bijvoorbeeld laagopgeleide oudere vrouwen nauwelijks kans maken om nog aan een baan te komen. Arbeidsbemiddeling zou zich meer op de moeilijk bemiddelbare groepen moeten richten.

#### *Omvang van de categorieën 'arbeidsgehandicapten' en 'arbeidsongeschikten'*

Wanneer het om arbeidsreïntegratie gaat, wordt vaak gesproken van 'arbeidsongeschikten' of 'arbeidsgehandicapten'. 'Arbeidsgehandicapt' is iemand die vanwege lichamelijke of psychische stoornissen of beperkingen in een nadelige positie verkeert ten opzichte van personen zonder deze stoornissen of beperkingen.<sup>9</sup>

Volgens een panel van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is in 1998 ongeveer 1,9% van de werknemers in de marktsector<sup>10</sup> in Nederland arbeidsgehandicapt<sup>11</sup> én werkzaam in een betaalde baan. Dit betreft circa 106.000 personen, die werkzaam waren bij 16% van de bedrijven; in 1995 bedroeg het aantal arbeidsgehandicapte werknemers 1% (in 9% van de bedrijven). Het aantal arbeidsgehandicapten dat werkt is dus gestegen.

Echter, ook het aantal personen dat een uitkering krachtens de Wet op de arbeidsongeschiktheid (WAO) ontvangt is de afgelopen jaren weer gestegen. Eind 1998 ontvingen ruim 900.000 mensen een WAO-uitkering, van wie 650.000 (circa 75%) geheel arbeidsongeschikt was verklaard. Voor velen van hen is het ontvangen van een WAO-uitkering een eindstation; zij zullen niet meer aan het werk komen. Bijna 250.000 personen zijn gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Ongeveer 180.000 personen met een WAO-uitkering (20%) heeft daarnaast inkomsten uit arbeid.

De belangstelling van de overheid gaat met name uit naar de WAO-instromers, mensen die sinds kort arbeidsongeschikt zijn. Per jaar vragen circa 40.000 instromers om bemiddeling, waarvan er 10.000 zelf werk vinden. In het eerste jaar van de Wet op (re)integratie arbeidsgehandicapten blijkt - op basis van nog enigszins onvolledige registratie - dat circa 11.000 van deze personen in het kader van de wet succesvol bemiddeld zijn en werk hebben gevonden. In vergelijking met voorgaande jaren, toen ongeveer 10.000 mensen via uitkeringsinstellingen aan een baan werden geholpen, is dit verschil maar klein, zeker als men de omvangrijke wetgeving en maatregelen krachtens de Wet REA in ogenschouw neemt. De Wet REA heeft als doel circa 15.000 mensen per jaar aan een baan te helpen. Het is nog te vroeg om te kunnen concluderen of dit aantal gehaald wordt, maar het is in ieder geval duidelijk dat, zelfs als dit aantal wordt gehaald, er jaarlijks meer mensen om bemiddeling vragen dan er bemiddeld worden: het aantal bemiddelbare mensen met een WAO-uitkering zal op die manier blijven toenemen.

### *Reïntegratiemaatregelen ten behoeve van herintrede van arbeidsgehandicapten*

Tussen 1995 en 1997 is het aandeel bedrijven in de marktsector dat reïntegratiemaatregelen toepaste gedaald (van 19% naar 13%). Ook het aantal betrokken werknemers daalde. Deze daling wordt onder meer toegeschreven aan de selectie van de gezondste sollicitanten. Dit hangt samen met veranderingen in de Ziekte-wet: doordat bedrijven zelf de kosten van het eerste ziektejaar moeten betalen, selecteren zij toekomstige werknemers op gezondheid, verzuimverleden en/of WAO-achtergrond. Waar de overheid dus aan de ene kant de arbeidsintegratie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten bevordert door invoering van de Wet REA, zien we aan de andere kant dat veranderingen in de Ziekte-wet hebben geleid tot een afname van de kansen van mensen met beperkingen en/of ziekten op de arbeidsmarkt.

Uit onderzoek naar werken met astma, multiple sclerose of een neuromusculaire aandoening (spierziekte) blijkt dat er mensen met een chronische ziekte zijn die beperkingen op hun werk ondervinden omdat (voldoende) werkaanpassingen ontbreken. Deze laatste categorie rapporteert vaker over ongunstige en belastende werkomstandigheden. Aangenomen mag worden dat ze hiermee een groot risico lopen om in de WAO te belanden. Bij de helft van de mensen met een neuromusculaire aandoening is de werkplek dusdanig aangepast dat deze mensen geen beperkingen op het werk ervaren. Bij degenen met multiple sclerose beschikt slechts 19% over een voldoende aangepaste werkplek. Deze cijfers duiden aan dat er nog steeds grote groepen mensen met een chronische ziekte zijn die niet over de juiste werkaanpassingen beschikken. Het is nog onduidelijk of de Wet REA daarin verandering kan brengen.

Uit Rea-registraties blijkt dat scholing van de werknemer en een plaatsingsbudget voor de werkgever de twee meest toegekende (wettelijke) voorzieningen zijn, gevolgd door werkvoorzieningen, persoonlijke ondersteuning van de werknemer en vervoersvoorzieningen (voor de leef- en de werksituatie).

Wanneer aanpassingen van de werkomgeving op de juiste wijze toegespitst zijn op de beperkingen van de arbeidsgehandicapte, zijn die van een onmisbare waarde bij de reïntegratie, zo blijkt steeds uit onderzoek. Het is dan ook opvallend dat de nieuwe Wet REA weinig *formele* rechten toekent aan de betrokken arbeidsgehandicapte om zelf te bepalen welke maatregelen zij/hij zou prefereren. Werknemers met een arbeidshandicap of chronische ziekte noemen zelf aanpassingen van werktijden (bv. in eigen tempo kunnen werken) als de maatregel die zij het belangrijkste vinden. Vaak wordt de aanpassing van de werktijden alleen informeel overeengekomen. Hoewel dit een sympathiek gebaar van de werkgever is, kan de werknemer hieraan geen rechten ontleen. De overheid heeft hiermee een kans laten lopen om werknemers mede verantwoordelijk te maken voor het behoud van hun arbeidsgeschiktheid, terwijl deze werknemers vaak het beste weten welke aanpassingen in het werk noodzakelijk zijn om te kunnen blijven werken.

Mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking hebben op dit moment geen recht om werkaanpassingen af te dwingen. Hendriks (1999) concludeert in zijn proefschrift dat met een antidiscriminatiewet, waarbij het wordt verboden om mensen te discrimineren op basis van hun ziekten of beperkingen en werkgevers dus gedwongen zouden worden om aanpassingen te bieden, meer mensen met een arbeidshandicap extra zouden kunnen werken. Het ministerie van VWS is al enige tijd bezig met de voorbereiding van een voorstel voor een Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken (WGBG).

### *De beschermde arbeid*

Veel personen met een ernstige ziekte of beperking willen graag werken, maar hebben daarbij meer begeleiding of bescherming nodig dan een reguliere werkgever doorgaans kan bieden. Beschermde arbeid wordt in Nederland aangeboden in sociale werkplaatsen. Deze hebben vaak een stigma van 'onvolwaardige arbeid', ondanks het feit dat vele sociale werkplaatsen moderne, professioneel geleide, industriële organisaties zijn. Ondanks dit negatieve imago is de sociale werkvoorziening nog steeds een zeer belangrijke werkgever van arbeidsgehandicapten. Hier werken meer dan 90.000 werknemers (waarvan circa eenderde verstandelijke beperkingen heeft, ruim 40% lichamelijke beperkingen en een kleine 20% psychische beperkingen). Uit de lange wachtlijst blijkt bovendien dat er nog steeds grote belangstelling voor beschermde arbeid is.

Een belangrijk nadeel van het werken in een sociale werkplaats is dat deze vaak is afgezonderd van de rest van de samenleving. Zo'n 'eiland van bescherming' past slecht in de huidige opvatting dat gehandicapten in de samenleving dienen te participeren. Het beleid is er dan ook steeds meer op gericht mensen te laten doorstromen naar het 'vrije bedrijf'. Begeleid werken, betaalde en onbetaalde arbeid in het vrije bedrijf en vrijwilligerswerk buiten de zorgsector passen immers wel in de visie dat gehandicapten als volwaardige burgers moeten kunnen deelnemen aan de samenleving.

In 1997 maakten slechts een paar honderd werknemers uit de sociale werkvoorziening de overstap naar het 'vrije bedrijf'. De nieuwe Wet sociale werkvoorziening biedt meer faciliteiten om mensen buiten de sociale werkvoorziening aan het werk te helpen, zoals arbeidsbegeleiding (*job coaching*) en bepaalde faciliteiten bij de overgang naar het werken in het 'vrije bedrijf'. Effecten van de nieuwe wet zijn nog niet zichtbaar, maar de bedoeling is duidelijk: er moet meer bescherming worden geboden aan arbeidsgehandicapte werknemers buiten de sociale werkplaats. Een toenemend aanbod van gesubsidieerde arbeidsplaatsen elders, bijvoorbeeld in het kader van de Wet inschakeling werkzoekenden (WIW), kan de druk op de lange wachtlijsten bij de sociale werkvoorziening wellicht verminderen.

## 8.5 Financiële positie

### *Hoogte van het inkomen*

Binnen de potentiële beroepsbevolking (18-64-jarigen) hebben mannen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking gemiddeld een veel lager inkomen dan gezonde mannen. Zo hebben mannen met matige of ernstige beperkingen in 1995 gemiddeld 18.000 gulden minder inkomen dan mannen zonder beperkingen. Bij vrouwen zijn er nauwelijks verschillen, doordat veel vrouwen helemaal geen inkomen hebben.

Ook het netto (bestedbare) huishoudensinkomen van huishoudens met leden met meerdere chronische ziekten of met matige of ernstige beperkingen is (in 1995) veel lager dan dat van huishoudens met alleen gezonde leden. Dit geldt ook voor mensen met psychische problemen: zij hebben een lager netto-inkomen dan mensen zonder deze problemen

Deze inkomensverschillen worden niet zozeer door de aandoeningen veroorzaakt, als wel door arbeidsdeelname, opleidingsniveau en huishoudenssamenstelling, leeftijd en geslacht: mensen met lichamelijke beperkingen of chronische aandoeningen nemen minder vaak aan de arbeidsmarkt deel en moeten vaker van een arbeidsongeschiktheids- of een bijstandsuitkering rondkomen. Bovendien zijn mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking over het algemeen iets ouder, hebben vaker een lagere opleiding, zijn vaker vrouw en vaker alleenstaand dan mensen zonder zo'n aandoening: al deze factoren zijn van invloed op de hoogte van het inkomen.

Met andere woorden, de inkomensproblematiek van mensen met gezondheidsproblemen is vooral een arbeidsprobleem: als deze mensen aan een baan kunnen komen, dan zal over het algemeen hun inkomen stijgen. Hierbij is vooral scholing van belang (zie § 8.4). Dit betekent dat maatregelen op het terrein van scholing en andere maatregelen om de arbeidsdeelname te bevorderen belangrijke instrumenten zijn om de armoede van mensen met gezondheidsproblemen te verminderen. Arbeidsreïntegratie leidt immers niet alleen tot participatie en integratie in de samenleving, maar ook tot meer economische zelfstandigheid, zo bleek uit deze rapportage.



Echter, veel mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn volledig en langdurig op deze uitkering aangewezen. Zo zijn er ruim 650.000 mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn. Voor de meesten van hen behoort toetreding tot de arbeidsmarkt niet tot de mogelijkheden. Zij zijn dan ook vaak langdurig op een uitkering aangewezen.

Voor deze mensen kunnen aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn, ook omdat zij tussen 1981 en 1995 een inkomensachterstand hebben opgelopen ten opzichte van de mensen zonder belemmeringen: de koopkracht van de economisch actieven is er in die periode op vooruitgegaan, terwijl de koopkracht van arbeidsongeschikten is gedaald (zie De Klerk en Timmermans 1997: 115).

Op dit moment worden er door het kabinet plannen ontwikkeld om gehandicapten en chronisch zieken een extra belastingaftrek te geven, om zo de achteruitgang in inkomen enigszins te compenseren. Deze plannen moeten nog worden geconcretiseerd, zodat over hun uitwerking nog niets valt te zeggen, maar zij lijken een eerste stap om de inkomenspositie van mensen met ziekten of beperkingen te verbeteren. Onduidelijk is nog hoe kan worden vastgesteld wie er chronische ziekten of lichamelijke beperkingen hebben en of deze plannen ook gelden voor mensen met psychische problemen. We komen later, bij de ziektegerelateerde kosten, op deze plannen terug.

Ongeveer een kwart van de huishoudens binnen de potentiële beroepsbevolking met een lid met lichamelijke beperkingen (275.000 huishoudens) heeft een 'laag inkomen' (gedefinieerd als een inkomen van 20.400 gulden voor een alleenstaande in 1999). Deze huishoudens hebben vaak moeite om van dit inkomen rond te komen. Dit kan leiden tot betalingsachterstanden. Huishoudens met leden met ernstige beperkingen hebben bijvoorbeeld minder vaak voldoende geld voor vakanties, kleding of de aanschaf van meubels dan andere huishoudens die een laag inkomen hebben. Een huishouden met een lid met matige of ernstige beperkingen heeft bovendien gemiddeld een beduidend lager vermogen dan andere huishoudens. Dit betekent dat deze huishoudens ook minder financiële reserves hebben om bijvoorbeeld grote of onverwachte aankopen te doen.

### *Ziektegerelateerde uitgaven*

Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nivel biedt inzicht in allerlei ziektegerelateerde uitgaven die mensen met een chronische ziekte doen. Een vergelijking met de mensen zonder chronische ziekte is hierbij niet mogelijk.

Mensen met een chronische aandoening betaalden in 1995 gemiddeld 925 gulden aan ziektegerelateerde lasten. Hiervan werd gemiddeld ruim 300 gulden besteed aan hulpmiddelen (brillen, woningaanpassingen en vervoer) en ruim 600 gulden aan 'overige voorzieningen' (zoals de thuiszorg en niet-verzekerde kosten voor geneesmiddelen en diëten). Niet alle mensen met een chronische ziekte maken ziektegerelateerde kosten. Wel kunnen voor sommige mensen de kosten hoog oplopen: ongeveer 10% van de mensen met chronische aandoeningen geeft hieraan meer dan 2.500 gulden per jaar uit. Met name het hebben van motorische

beperkingen is van invloed op de ziektegerelateerde uitgaven: deze mensen betalen gemiddeld 1.000 gulden meer dan mensen zonder deze beperkingen.

De overheid biedt een aantal mogelijkheden om mensen voor ziektegerelateerde kosten te compenseren. Dit betreft bijvoorbeeld de ziektekostenverzekering (die hier buiten beschouwing is gebleven), de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), de fiscale compensatie wegens buitengewone kosten voor ziekte en invaliditeit en de bijzondere bijstand. In de praktijk maken mensen met chronische aandoeningen of lichamelijke beperkingen weinig gebruik van deze compenserende maatregelen. Zo heeft in de periode 1994-1997 slechts 9% van de mensen met een chronische aandoening gebruikgemaakt van de WVG en heeft 6% ziektegerelateerde uitgaven opgevoerd als buitengewone lasten op het belastingformulier. Mensen met hogere ziektegerelateerde uitgaven maken intensiever gebruik van de financiële compensatiemogelijkheden dan anderen.

Otter en Homan (1999) concluderen dat vermindering van de mogelijkheden voor fiscale aftrek van buitengewone lasten, de invoering van de WVG en veranderingen in bijvoorbeeld de Ziekenfondswet ertoe hebben geleid dat mensen met ziekten of handicaps er tussen 1990 en 1999 financieel aanzienlijk op achteruit zijn gegaan. Op basis van dit onderzoek hebben het Werkverband Organisaties Chronisch Ziekten (WOCZ) en de Gehandicaptenraad voorstellen ontwikkeld om gehandicapten en chronisch zieken een extra belastingaftrek te geven (naast de bestaande belastingaftrek voor buitengewone kosten voor ziekte en invaliditeit). Hierbij zou mogelijk aangesloten kunnen worden bij het systeem van heffingskortingen. Op dit moment bekijkt het Kabinet, mede naar aanleiding van de motie Bos (TK 1999/2000c), hoe de fiscale aftrek van de ziektegerelateerde kosten verder kan worden vormgegeven.

Eén van de redenen waarom mensen niet gebruikmaken van compenserende voorzieningen, zoals de bijstand of de mogelijkheden tot belastingaftrek, is dat zij niet goed op de hoogte zijn van het bestaan ervan. Dit is een veelvoorkomend verschijnsel, zo blijkt uit armoedeonderzoek: mensen hebben vaak onvoldoende kennis van allerlei regelingen of menen ten onrechte dat zij hier geen recht op hebben. Ook bureaucratische procedures vormen vaak een belemmering: mensen zien ertegenop om allerlei persoonlijke gegevens te moeten verstrekken (zie ook SCP/CBS 1999: 179). Manieren om het gebruik van compenserende voorzieningen te vergroten zijn het geven van voorlichting en het vereenvoudigen van de aanvraagprocedures. Bij dat eerste zouden bijvoorbeeld zorgverzekeraars en WVG-ambtenaren een rol kunnen spelen.

Ook zou er nog meer naar gestreefd moeten worden om de gemeenteloketten voor verschillende financiële-compensatiemogelijkheden (zoals de WVG en de bijzondere bijstand), meer te laten samenwerken, zodat mensen bij één loket voor meerdere zaken terecht kunnen en slechts één keer hun (financiële) gegevens hoeven te verstrekken. In 1995 kon men bijvoorbeeld in 58% van de gemeenten bij het WVG-loket ook terecht voor de bijzondere bijstand (Ipsa Facto en SGB0 1995: 85). Overigens blijken (oudere) cliënten het vaak vervelend te vinden als zij voor

het aanvragen van een WVG-voorziening naar een loket van de sociale dienst moeten (Ipso Facto en SGBO 1997: 40). Dit pleit ervoor om bij de WVG-loketten de mogelijkheid om bijzondere bijstand aan te vragen te verruimen.

## 8.6 Conclusie

In dit Cahier is voor het eerst in de Rapportage gehandicapten expliciet stilgestaan bij de positie van mensen met een chronische ziekte. Dit betekent dat ook voor het eerst in Nederland een groot aantal gegevens over een aantal aspecten van arbeid en inkomen over zowel mensen met chronische ziekten als mensen met lichamelijke beperkingen is gerapporteerd. Hiermee is één van de lacunes in onderzoek, een gebrek aan vergelijkbare gegevens van mensen met beperkingen en chronische ziekten (Weijnen 1999), opgelost. Hierdoor was het mogelijk om deze groepen met elkaar te vergelijken en te achterhalen wat de invloed is van de beperkingen en welke invloed chronische ziekten hebben op bijvoorbeeld de arbeidsparticipatie.

Gebleken is dat het hebben van een langdurige ziekte van invloed is op bijvoorbeeld de arbeidsparticipatie van mensen, ook als rekening wordt gehouden met kenmerken zoals leeftijd en opleidingsniveau. Over het algemeen vormen echter lichamelijke beperkingen een grotere drempel om te werken dan chronische aandoeningen. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld de hoogte van het inkomen of het maken van ziektegerelateerde kosten: met name de lichamelijke beperkingen zijn hierop van invloed en niet zozeer het hebben van een aandoening. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat hier alleen naar alle chronische aandoeningen gezamenlijk is gekeken. Waarschijnlijk zou een gedifferentieerder beeld ontstaan als naar afzonderlijke aandoeningen was gekeken. De respondentenaantallen in de beschikbare databestanden laten dat echter niet altijd toe.

Het thema van dit rapport is de economische zelfstandigheid van mensen: mensen moeten in staat zijn om hun brood te verdienen met beroepsarbeid, en als zij daartoe niet in staat zijn moeten zij de beschikking hebben over een inkomen waarmee de noodzakelijke uitgaven kunnen worden verricht.

Uit deze rapportage is duidelijk naar voren gekomen dat mensen met ernstige gezondheidsproblemen (ernstige beperkingen of meerdere chronische aandoeningen) veel minder vaak aan de arbeidsmarkt deelnemen dan gezonde mensen. Dit ligt voor een belangrijk deel aan hun opleidingsniveau en hoge leeftijd, maar ook het hebben van gezondheidsklachten beïnvloedt de kans op betaalde arbeid. Van sommige volledig arbeidsongeschikte mensen (in totaal ruim 650.000 mensen) is duidelijk dat zij nooit (meer) aan de arbeidsmarkt kunnen deelnemen. Bij de mensen die wel weer (gedeeltelijk) kunnen werken vormt de lage scholing een belangrijke drempel om weer aan het werk te komen. Scholing lijkt dan ook een belangrijk middel om de kansen op arbeids(re)integratie te bevorderen. Ook wordt nog maar weinig gebruikgemaakt van allerlei arbeidsbevorderende maatregelen zoals aanpassingen van het werk. Per 1 juli 1998 is de Wet REA ingevoerd. Het is nog te vroeg om te beoordelen of deze wet zal leiden tot een grotere arbeidsparticipatie.

patie. Wel lijkt het een gemiste kans om werknemers meer invloed te geven bij het realiseren van werkaanpassingen.

Arbeidsreïntegratie zou zich vooral meer moeten richten op mensen met ongunstige arbeidskenmerken, zoals mensen met een laag opleidingsniveau of vrouwen.

Huishoudens met (mensen met) beperkingen of chronische ziekten hebben gemiddeld een lager inkomen dan mensen zonder klachten. Dit komt niet zozeer door hun aandoening, als wel doordat deze mensen minder vaak werken. De economische zelfstandigheid van mensen met (ernstige) gezondheidsklachten kan dan vooral worden verbeterd door het vergroten van hun kansen op de arbeidsmarkt.

## Noten

- 1 Dit betekent uiteraard niet dat er niet eerder onderzoek is verricht naar leefsituatiekenmerken van mensen met een chronische ziekte. Zo hebben bijvoorbeeld NIATNO (later TNO arbeid) en het Nivel (op basis van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken) onderzoek gedaan naar de arbeidsmarktpositie van (diverse groepen) chronisch zieken. Ook de Nationale Commissie Chronisch Zieken heeft veelvuldig aandacht gevraagd voor de maatschappelijke positie van mensen met een chronische aandoening.
- 2 Een bijkomend probleem is dat in verschillende onderzoeken uiteenlopende lijsten met ziekten werden voorgelegd, hetgeen de vergelijkbaarheid niet ten goede komt.
- 3 Het Permanent onderzoek leefsituatie van het CBS heeft wel indicatoren voor chronische ziekten en lichamelijke beperkingen, maar deze zijn opgenomen in de Gezondheidsmodule. Een koppeling met andere gegevens over de leefsituatie van deze mensen is dan vaak niet te leggen.
- 4 Het PPCZ is opgezet als een continu project, waarbij iedere drie jaar een nieuw panel wordt benaderd.
- 5 Dit onderzoek wordt gekoppeld aan het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 1999 van het SCP.
- 6 Het is onduidelijk of het Nivel eigenaar is van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Het Nivel is 'houder van de registratie'. Het PPCZ is opgericht op initiatief van de Nationale Commissie Chronisch Zieken en met steun van het Fonds voor Chronisch Zieken, het ministerie van VWS en de Inspectie voor de gezondheidszorg tot stand gekomen.
- 7 Meestal verricht het onderzoeksinstituut dan op verzoek een aantal analyses. Om over (een deel van) het onderzoeksbestand te beschikken moet over het algemeen fors betaald worden.
- 8 Dit is het aandeel personen uit de leeftijdscategorie van 15-64-jarigen dat tenminste 12 uur per week werkt. In dat aandeel zijn ook personen inbegrepen die werkloos zijn en naar werk zoeken.
- 9 Mensen met een chronische ziekte en/of beperking overlappen voor een deel met deze groep. Echter, lang niet alle mensen met een chronische ziekte zijn tevens arbeidsgehandicapt (zie ook § 4.1).
- 10 Dit is inclusief de gezondheidszorg en niet-commerciële dienstverlening.
- 11 Hier wordt onder arbeidsgehandicapten verstaan: personen die een WAO-uitkering ontvangen, voor wie een gesubsidieerde werkvoorziening is getroffen, 'verlaters' van WAO- of ABP-uitkeringen, ex-leerlingen van opleidingsinstituten voor gehandicapten.



## SUMMARY

### **Introduction**

The *Report on the disabled 2000* is the fourth in a series published by SCP on the living situation of people with physical and mental limitations. For the first time, this Report also focuses explicit attention on the position of people with chronic illnesses and people with psychiatric disorders. The reason for enlarging the target group of the Report is the increasing policy harmonisation within the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport with regard to the groups 'people with limitations' and 'people with a chronic illness'. This is not surprising, given that both groups of people are often confronted by the same type of problems.

In addition to the enlargement of the target group, the structure of the *Report on the disabled* has also been changed. Henceforth, reports presenting a broad overview will alternate with reports focusing more on particular themes. The overview reports will describe the general living situation of people with limitations and/or chronic illnesses. Themes covered may include a group of topics which are discussed in more detail, or a selection of sub-groups. The theme of the *Report on the disabled 2000* is 'economic independence'. The study examines to what extent people with limitations and/or chronic disorders are able to participate in the labour market and to what extent the work they do differs from that of people who do not have these disorders. The study also looks at take-up of provisions to promote the labour market participation of people with chronic illnesses and/or limitations. A comparison is also made of the gross and disposable incomes and assets of (households containing) people with and without limitations or chronic illnesses. Finally, the study considers the (illness-related) expenditures of people with chronic disorders and/or limitations.

### **Definitions**

The target group of the policy on the disabled and chronically ill consists either of people who make use of compensatory provisions so that they are able to fulfil certain social roles (such as the performance of work) which they would otherwise not be able to perform; or people who, despite the available provisions, are unable to fulfil certain social roles. An example of the first category are people who are able to participate in the labour market thanks to an adapted workplace; an example of the second category are people who have been declared fully incapacitated for work and are unable to work.

Previous Reports on the disabled have focused solely on the extent to which limitations lead to social disadvantage ('handicaps'). For the first time, this report looks at whether having a chronic illness, regardless of the other limitations, also leads to social disadvantage.

'Chronic illnesses' are 'irreversible disorders, with no prospect of complete recovery and with a long average length of illness' (Lower House of the Dutch Parliament, 1990-1991). These disorders may also include lasting psychiatric complaints, although the chronic illness policy focuses primarily on people with somatic disorders. The notion of 'limitation' is defined as 'any reduction in or absence of (as a result of a disorder) the ability to carry out a normal human activity, in terms both of the scope and the performance' (WCC 1995).

Although the definition of 'chronic illness' appears clear, there is a lack of consensus among researchers as to whether complaints which may be curable (such as stomach ulcers or certain forms of cancer) should be regarded as chronic disorders. In order to be able to determine satisfactorily whether a person is chronically ill, it is necessary to know how long the illness lasts, how serious it is and how it is progressing. Population surveys often contain no data on the severity of an illness, but merely state whether a person suffers from a particular disorder. Often, respondents to these surveys are presented with a list of disorders and asked whether they suffer from them or have done so recently. Another way of obtaining information on people with a chronic illness is via GPs.

There is also a variety of measurement instruments for determining physical limitations. Most involve questions on sensory limitations and mobility. Sometimes aspects such as personal care, household activities, stamina or incontinence problems are also included. For the purposes of policymaking, however, it is often not enough simply to know whether or not people have limitations; an indication of the severity of those limitations is also important. Again, various instruments are available for this. Depending on the instrument used, the estimate of the number of people suffering from severe limitations will vary.

In summary, there is a need for greater consensus regarding the way in which chronic illnesses and limitations can be determined in population surveys. It is not only important in this context that there are instruments for assessing whether a person suffers from such a disorder; measurement instruments are also needed which can be used to record the severity of an illness or limitation.

### **Data sources**

Living situation surveys can draw on a variety of indicators to measure whether people are suffering from chronic somatic disorders. In general, the view of the respondents themselves is taken as a basis. The available indicators vary from a single question (e.g. on experiencing hindrances in daily life) to a measure of physical limitations which comprises roughly thirty questions (in order to ascertain which type of limitations people experience and how severe they are). These studies provide no data on the duration or severity of chronic disorders. Data of this type are however available in the Patient Panel for the Chronically Ill, which is maintained by the Nivel.



Generally speaking, population data on people with psychiatric disorders or mentally handicapped people are extremely scarce. The Nemesis-study (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) is the only Dutch study on psychiatric disorders. More living situation data are available on people with somatic disorders or physical limitations.

There is a need for periodic data gathering on people with a chronic disorder or a limitation. This entails studies of the prevalence of physical or mental limitations, for example, and also of the size of the group of people with a given chronic illness. In addition, there is a need for more general data on the living situation of people with limitations or long-term disorders. Examples might include the addition of measurement instruments (not just for physical limitations and chronic disorders but also for psychiatric disorders) to existing data sets, as well as the periodic interviewing of specific population groups (such as the Patient Panel for the Chronically Ill or a survey being carried out in 2000 by SCP among people with physical limitations).

### **Size of the target groups**

To ascertain whether the number of people with (severe) limitations or chronic illnesses changes over time, it would be necessary to gather data on this periodically. The most recent studies on the prevalence of physical limitations or mental disabilities, for example, date from the 1980s and are thus outdated. The calculations of the current prevalence of limitations are based on the assumption that the prevalence within a certain age category has not changed (and no indications for this are found in the literature) and therefore constitute demographic estimates.

There are between 450,000 and 500,000 people living independently in the Netherlands who have a severe physical limitation. Within the potential labour force (15-64 year-olds), it is estimated that over 150,000 people have severe limitations and over 450,000 moderate limitations; there are slightly more women than men in this group.

Demographic forecasts suggest that the 55-64 age category will grow strongly as a share of the potential labour force in the years ahead. Since people in this group more often have physical limitations or chronic illnesses than younger people, this means that the number of people in the labour force with some form of limitation will increase. An unchanged policy will therefore lead to a rise in the number of people receiving invalidity benefit.

It is often assumed that there are roughly 1.5 million people in the Netherlands with a chronic illness. It is unclear, however, on what these figures are based. According to reports from people themselves (i.e. not based on GP records), almost 30% suffer from a chronic illness. This would mean that there are 3.7 million people with a chronic disorder, of whom 2.5 million are within the potential labour force. It seems likely that these latter figures are an overestimate of the size of the

target group: after all, by no means everyone with an illness - often a chronic illness - has that illness for a long period and is incurably sick. It is known that disorders of the respiratory system, joint disorders and migraine are reported more frequently in health surveys than in GP records. Again women more often suffer from chronic illnesses than men.

Based on demographic trends, it is likely that the number of chronically ill people in the population will increase substantially (see also the *Public Health Exploratory Survey 1997*). How all manner of other trends, such as medical developments (improved diagnostic and treatment methods, new cures or therapies) and changed lifestyles will influence these trends is uncertain as yet.

The reason for enlarging the target group of this Report to include chronic illnesses was the assumption that to a large extent the same people suffer from both a chronic disorder and a physical limitation. This assumption proved to be partially correct: on the one hand many more people with a physical limitation have a chronic illness (roughly 85% of people with a moderate or severe limitation, though this may be an overestimate resulting from the wide definition of the term 'chronic illnesses'). Often the illness is the cause of the limitation, though there may be other causes such as congenital disorders, an accident, or great age. On the other hand, by no means everyone with a chronic illness also has a physical limitation (almost half the chronically ill have no physical limitations). Some illnesses (e.g. the consequences of a stroke, joint wear or back complaints) frequently lead to limitations, whereas with other illnesses (e.g. disorders of the gall bladder, liver or kidneys) this is much less the case.

In 1998 roughly 2.5 million adults living independently (aged 18-64) suffered from psychiatric disorders. Anxiety disorders are particularly common (affecting more than 12% of the population), followed by disorders associated with substance use (alcohol, drugs or certain medicines: almost 9%) and mood disorders (including depression: almost 8%). Men and women are affected to a roughly equal degree by psychiatric disorders, but the type of disorder differs: women suffer from anxiety and emotional disorders more frequently than men, while men suffer more often than women from disorders related to substance use.

Based on a frequency survey by Maas in 1986, it has been calculated that there are more than 100,000 people with mental disabilities in the Netherlands, of whom around 52,500 have a severe mental limitation. In contrast to the data referred to earlier, these data relate both to people living independently and people living in an institution. More men than women suffer from mental limitations.

No major changes in the incidence of mental disabilities are expected in the future: the average age at which women have children is admittedly increasing (and with it the risk of premature births and the concomitant greater risk of an unhealthy child), but this is offset by the fact that improved diagnostic techniques mean that pregnancies can be terminated at an earlier stage. It is however assumed that the

number of people with a mental limitation will increase slightly in the years ahead as a result of demographic trends and the increased life expectancy of these people; people with a mental limitation will grow older on average in the coming years.

### **Participation in the labour market**

The net labour market participation rate of people with a chronic illness is 46%, below that of the Dutch population as a whole (61%). As the number of illnesses increases, the chance of performing paid work reduces. There is no correlation between length of illness and whether or not the person concerned works. It is however important which illness a person has: people suffering from Chronic Non-specific Lung Disease (CNSLD), for example, are much more often in work than people with cardiovascular disease or people who have suffered a stroke. The presence of physical limitations also reduces the chance of employment: 24% of those with moderate or severe limitations are in work. These physical limitations appear to hinder the finding of a job more often than chronic illnesses. Finally, psychiatric illness, particularly emotional disorders, reduces the chance of finding work.

The observation that people with health problems work less frequently than others is due to the fact that these people are often somewhat older, are female and have a low education level. However, even where a correction is applied for these aspects, people with (several) chronic illnesses or (severe) physical limitations have a smaller chance of finding paid work. If people have several of these characteristics together, the chance of finding and keeping a job are even smaller. For example, chronic illnesses or physical limitations among older people or people with a low education level lead to incapacity for work much more frequently than among younger or well educated people.

Women work less often than men. This also applies for women with health problems, in comparison with men with health problems. The low labour market participation rate of women with health problems, however, correlates primarily with the fact that the labour market participation of older and poorly educated women (who include many women with physical limitations) is low, and not so much with the physical limitations themselves. When a correction is applied for background characteristics such as age and education, the influence of health is actually greater for men than for women. It is possible that women with limitations work part-time more frequently than men or do other work, enabling them to continue performing their work for longer despite their physical limitations.

People with a chronic illness generally work in slightly lower grade positions than people without illness. This is however determined primarily by the lower education level of people with health problems, rather than by the illnesses or limitations themselves. To what extent people with a long-term disorder actually have less chance of promotion as a result of their illness is difficult to say. They perceive that they have fewer promotion opportunities, but among managerial staff

there is virtually no numerical difference between people with and people without a chronic illness.

Sickness absenteeism rates are higher among those with a chronic illness; they not only report sick more frequently, but also remain ill for longer periods. Moreover, people with a chronic illness more frequently report complaints caused by work and more often associate their sickness absenteeism with those complaints than people without a long-term disorder. In the case of back complaints or joint wear, it is reasonable to assume that the chronic illness has been caused (in part) by overstrain at work; for other disorders this is not clear. Whether or not people with chronic illnesses are more likely to experience complaints because of lower a resistance and therefore report sick earlier than others cannot be established on the basis of the available data.

### **Labour (re)integration**

Resumption of work after illness is influenced by both health characteristics and personal, work and company characteristics. Health is not the only crucial indicator for whether or not a person resumes work; the application of reintegration measures (work adaptation) is just as important.

Between 1995 and 1997 there appears to have been a decrease in the implementation of reintegration measures. The repeal of Section 30 of the Dutch Sickness Benefits Act (which was a widely used instrument) is one reason for this. The increasing selection of potential employees by employers on the basis of health and absenteeism history could also be a contributory factor.

The figures on the degree to which work or workplace adaptation is applied do not show a uniform picture. What is clear is that these adaptations are generally non-material in nature, involving changes or reductions in working hours or reduction of the pace of work. Material adaptations (different tools/furniture or better access to the workplace) are reported much less frequently. Work adaptations must be tailored closely to the limitations of the person concerned if they are to be effective.

The literature shows that men are more likely to return to work after reporting sick than women. Company doctors whose job it is to help people back into work after a period of sick leave do not discriminate directly between men and women, but do take into account aspects which are indirectly related to sex, such as the scope of the appointment or the type of occupation. Women consequently have less chance of labour integration because, for example, they more frequently prefer a part-time job than men (e.g. because they have to take care of children) or because they are employed in different sectors. It should also be said that (if those around them do not support them) women themselves sometimes take less trouble than men to find work again.

More than 90,000 people with an incapacity for work are in sheltered employment. The new Dutch Sheltered Employment Act, which came into effect on 1 January 1998, placed much more emphasis than its predecessor on transfer to the regular jobs market. In 1997 very few employees made the transition from sheltered employment to a mainstream employer. Many people end up on invalidity benefit or in early retirement schemes after leaving sheltered employment. It remains to be seen whether the new Act will lead to an increase in transfers to the mainstream jobs market. However, it appears likely that for many people with an incapacity for work, the sheltered employment market offers the only opportunity for performing work.

The Disability (Reintegration) Act came into effect on 1 July 1998. One of the aims of this Act is to increase the number of successful attempts to reintegrate people into the labour market from around 10,000 to 15,000 per year. There are doubts as to whether such radical legislative changes (Invalidity Insurance Act, Handicapped Persons Employment Act and Disability (Reintegration) Act) were needed in order to achieve such a modest objective. It is clear that in the first year following the new Act, many placement activities were developed; however, it is not yet known whether this has resulted in a significantly larger number of people being helped into work.

It seems likely that the efficiency of the service has improved, now that a variety of instruments have been brought together in a single Act. It is however striking that the new Act affords employers in particular all manner of instruments yet devotes little attention to the needs and rights of incapacitated workers themselves. It maybe that an Equal Opportunities Act for the Disabled and Chronically Ill would protect these people more effectively. The Dutch Ministry of Social Affairs and Employment is currently preparing such an Act.

### **Income and assets**

People with a chronic illness, physical limitation or psychiatric disorder are forced to live on social security benefits much more frequently than healthy people. In 1995, for example, roughly 5% of all 18-64 year olds were in receipt of invalidity benefit. For people with three or more chronic illnesses this figure rises to 33%, and for people with a severe physical limitation the figure is 45%. People with two or more psychiatric disorders are in receipt of invalidity benefit (more than) twice as often as people without psychiatric problems.

18-64 year olds with a chronic illness or physical limitation have a lower gross income than healthy people. The more illnesses a person has or the more severe their physical limitations, the lower their income. For example, the income differential between people with two or more illnesses and healthy people was over 10,000 guilders in 1995 (gross), while men with moderate or severe physical limitations had a gross annual income which was 18,000 guilders less than men without physical limitations. The income differentials among women are

considerably smaller. This is due partly to the fact that many women (both with and without a chronic disorder) have no income of their own at all.

The reason for the lower income of people with chronic disorders lies not so much in the limitation or chronic illness itself, but in the fact that these groups derive income from occupational employment (much) less frequently than average. In addition, people with health complaints are often older workers, have a lower education level, are single-person households or are women. These are all contributory factors to the lower income.

Sometimes people with (several) chronic illnesses actually has a higher gross income than people without illnesses. They more frequently receive invalidity benefit, while people without illness are more often in receipt of (lower) national assistance benefit, or have no income of their own at all because their partner has sufficient income.

Households where the main breadwinner has several chronic illnesses or suffers from moderate or severe limitations also have a lower disposable household income than households comprising only healthy members. These income differentials are again primarily the result of labour market participation rates, household composition and education level of the head of the household, rather than of the health characteristics within a household.

Since households whose members have health problems more often have a lower income, they more frequently have to live from a 'low income'. It is therefore not surprising that these households more often have difficulty in making ends meet from their income. To a greater extent than other households which have to live from a low income, these households have insufficient money for holidays, clothing, furniture and heating.

The possession of financial assets is also influenced by the presence of physical limitations and, to a slightly lesser extent, chronic illnesses. The severity of the disorders is the main factor here; of subsidiary importance is whether the person with the chronic illness or physical limitations is also the main breadwinner.

Slightly more than half the potential labour force sets aside money for old age by participating in a pension scheme. The main factor determining this participation is whether or not the people concerned are in work. Severe disorders have no additional influence on this.

### **Costs and reimbursements**

No data are available on the expenditure of people with physical limitations or chronic illnesses, but figures are available on the expenditure of people in receipt of invalidity benefit. However, the latter constitutes only a small section of the target group covered by this Report. Households containing a person who is incapacitated

for work have relatively high fixed costs, particularly housing costs. These high fixed costs are the result not so much of the incapacity for work, but are connected primarily with the low income of the incapacitated persons. Households containing a person who is incapacitated for work spend less on sport and holidays than other households. This may be because they are restricted by their health from taking part in activities of this kind, but it may also indicate that their budget is too tight for activities of this sort.

Households containing a person who is incapacitated for work do not spend a greater share of their income on care than households without such a member. People with chronic disorders did however spend an average of 925 guilders per annum in 1997 on illness-related items. Roughly 10% of people with chronic illnesses spend more than 2,500 guilders per year on illness-related costs. Chronically ill people with physical limitations (particularly motor limitations) spend significantly more on illness-related costs than chronically ill people without limitations. For example, a chronically ill person with one or more motor limitations spends over 1,000 guilders more per annum on illness-related costs than a chronically ill person without these limitations. The duration of the illness also tends to increase costs.

An average of 55% of people with chronic illnesses are familiar with the Services for the Disabled Act (WVG) compensation scheme which was introduced in 1994, while 61% are familiar with the facility whereby illness-related expenditure can be offset against tax as exceptional expenditure. 9% of people with chronic disorders had taken advantage of the WVG regulations in the period 1994-1997, while 6% entered their illness-related expenditure on their 1997 tax return as an exceptional expenditure item. The percentage of people claiming this expenditure against their tax increases when the chronically ill persons are members of a household and when they are the breadwinner. Higher illness-related expenditure leads to more intensive use of financial compensation schemes.

A proportion of people with chronic disorders report that they have sometimes had problems in taking out insurance (e.g. life insurance) because higher premiums were required (6%), some risks were not covered (4%) or an insurance was simply refused (3%). Problems in taking out insurance increase as the amount of illness-related expenditure arises and the duration of the illness increases. The chance of older people having difficulty taking out insurance, however, is actually smaller. This is probably due to the fact that some insurances (such as Permanent Health Insurance and life assurance) are of little relevance for people in this age group.





## LITERATUUR

- Van Agt et al. (1996)  
H.M.E. van Agt, K. Stronks en J.P. Mackenbach. De financiële situatie van chronisch zieken. Eindrapport van de longitudinale studie naar de financiële situatie van chronisch zieken. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam/Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1996.
- Andries en Wevers (1996)  
F. Andries en C.W.J. Wevers. Werken met een neuromusculaire aandoening. Vier spierziekten onderzocht. Amsterdam: TNO Preventie en Gezondheid/Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden 1996.
- Andries et al. (1998)  
F. Andries, H.F. de Haan en R.W.M. Gründemann. Werken met een voorziening of uitkering. Amsterdam: NIA TNO, 1998.
- Van Balkom en Van Dyck (1997)  
A.L.J.M. van Balkom en R. van Dyck. Neurotische stoornissen. In: I.A.M. Maas, R. Gijsen, I.E. Lobbezoo en M.J.J.C. Poos. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven/Utrecht: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Berendsen et al. (1998)  
L. Berendsen, J.C. Burger, J.B.I. Koehler et al. Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen, 1998.
- Van den Berg Jeths et al. (2000)  
A. van den Berg Jeths, D. Ruwaard en H. Verkley. De invloed van demografische en epidemiologische ontwikkelingen op het aantal chronisch zieken in de toekomst. In: TSG 78 (2000) 2 (75-80).
- Bergsma en Mullenders (1998)  
E.N. Bergsma en P. Mullenders. Bemiddeling in perspectief. De uitvoering van de arbeidsbemiddeling van gedeeltelijk arbeidsongeschikten in de periode 1995-1997. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen, 1998.
- Van Berkum en Haveman (1995)  
H.W. van Berkum en M.J. Haveman. Zorg aan huis. Behoeft aan zorg, gebruik van zorg en discrepantie tussen vraag en aanbod onder ouders van verstandelijk gehandicapten in Zuid-Nederland. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg/vakgroep Epidemiologie, 1995.
- Besseling en Van der Kolk (1998)  
J.J.M. Besseling en W. van der Kolk. Gezondheid van arbeidsongeschikten. Amsterdam: Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen, 1998.
- Van den Bos (1989)  
G.A.M. van den Bos. Zorgen van en voor chronisch zieken. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989 (proefschrift).
- Van den Bos et al. (1999)  
G.A.M. van den Bos, B.W. Frijling, Y. Koster-Dreese et al. Chronisch-ziekenbeleid in de jaren negentig. Utrecht: Nationale commissie chronisch zieken/Uitgeverij SWP, 1999.
- Bosch en De Nijs (1999)  
L. Bosch en M. de Nijs. Gewoon een leuke baan. Wensen en ideeën van jongeren met een handicap. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1999.
- Bosselaar (1999)  
H. Bosselaar. Aan de slag. In: Markant (1999) september (24-28).
- Van den Brink en Van Yperen (1999)  
W. van den Brink en T.A. van Yperen. Classificatie in de psychiatrische epidemiologie. In: A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma (red.). Handboek psychiatrische epidemiologie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
- Buntinx en Bernard (1996)  
W.H.E. Buntinx en S. Bernard. 'Verstandelijke handicap': kritische beschouwing van de definitie van de American Association on Mental Retardation (AAMR). In: NTZ (1996) 1 (3-17).

- Burgmeijer et al. (1997)  
R.J.F. Burgmeijer, M.A.E. van Zaal, R.A. Hirasing en S.P. Verloove-Vanhorick. De gezondheids-toestand van de jeugd. In: J.P. Mackenbach en H. Verkleij (red.). Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, II. Gezondheidsverschillen. Maarssen/Bilthoven: Elsevier/De Tijdstroom/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 1997.
- Bijl en Koedoot (1994)  
R.V. Bijl en P.J. Koedoot. Haalbaarheidsstudie scenario-onderzoek 'verstandelijke handicaps'. Utrecht: Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1994.
- Bijl et al. (1997a)  
R.V. Bijl, G. van Zessen, A. Ravelli et al. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek, I. Doelstellingen, opzet en methoden. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 141 (1997) 50 (2448-2452).
- Bijl et al. (1997b)  
R.V. Bijl, G. van Zessen en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek, II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 141 (1997) 50 (2453-2460).
- CBS (1999a)  
Bevolkingsprognose 1998-2050. In: Maandstatistiek bevolking (1999) 1 (66-75).
- CBS (1999b)  
Laagopgeleiden verrichten vaak lichamelijk zwaar werk. In: Economisch statistische berichten 84 (1999) (699).
- CBS/Nimawo (1990)  
Centraal Bureau voor de Statistiek/Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek. Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking, 1986/1988. Den Haag: Sdu, 1990.
- Cornel (1997)  
M.C. Cornel. Syndroom van Down. In: I.A.M. Maas, R. Gijssen, I.E. Lobbezoo en M.J.J.C. Poos. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven/Utrecht: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Cuelenaere et al. (1999)  
B. Cuelenaere, A.M. van der Giezen, T.J. Veerman en R. Prins. Werkhervatting na rugklachten. Langdurig zieke werknemers twee jaar gevolgd. Eindrapport Nederlandse studie. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen, 1999.
- Depla en Bijl (1999)  
M. Depla en R. Bijl. Sekseverschillen in het vóórkomen van psychische problemen en in het gebruik van zorg. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Dingemans (1999)  
P.M.A.J. Dingemans. Instrumenten ter beoordeling van de psychopathologie. In: A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma (red.). Handboek psychiatrische epidemiologie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
- Van den Dungen (1998)  
A. van den Dungen. Vooruitkijken in de gehandicaptenzorg, II. Verwachtingen van deskundigen over ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1998.
- Ekamper en Van Solinge (1999)  
P. Ekamper en H. van Solinge. De toekomstige bewonerssamenstelling van algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten en de consequenties voor doorstroming: een demografische analyse. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1999 (working paper 1999/3).
- Van Gelder en Gorter (1993)  
C.P. van Gelder en K.A. Gorter (red.). Atlas van de sociale positie van gehandicapte mensen. Lichamelijk en verstandelijk gehandicapten in de Nederlandse samenleving. Den Haag: Nederlands instituut voor maatschappelijk werk onderzoek, 1993.
- Heide (1996)  
F. Heide. Samenhang in beperkingen. Vervolgonderzoek voor de Rapportage gehandicapten 1995. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996 (interne notitie).
- Hendriks (1999)  
A.C. Hendriks. Gelijke toegang tot de arbeid voor gehandicapten. Deventer: Kluwer, 1999 (proefschrift).
- Herweijer (1999)  
L.J. Herweijer. Tussen overschot en tekort. De aansluiting tussen onderwijs en arbeid in de quartaire sector en in de marktsector vergeleken. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1999 (Cahier 162).

- Huurne et al. (1997)  
A.G. ter Huurne, T.J. Veerman, C.G.L. van Deursen et al. ZARA-werkgeverspanel rapportage 1996-1997. Tilburg/Leiden: IVA/AS/tri, 1997.
- Ipsa Facto en SGB0 (1995)  
Ipsa Facto en SGB0. Een verstrekkende wet. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten. Eerste meting. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1995.
- Ipsa Facto en SGB0 (1997)  
Ipsa Facto en SGB0. Een verstrekkende wet, 2. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten. Tweede meting. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1997.
- Kartopawiro en Ploeger (1998)  
J.D. Kartopawiro en S.A. Ploeger. Vergelijkingsonderzoek arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, 1995. In: Sociaal-economische maandstatistiek 15 (1998) 1 (25-35).
- Van Kempen et al. (1999)  
H. van Kempen, A. Huson, K.L. Meijer en M.M. Wever. Helpdesk gezondheid, werk en verzekeringen. Rapportage periode 1 januari 1998 tot 1 januari 1999. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden & Werk, 1999.
- De Klerk en Timmermans (1998)  
M.M.Y. de Klerk en J.M. Timmermans (red.). Rapportage gehandicapten 1997. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998 (Cahier 147).
- De Klerk en Timmermans (1999)  
M.M.Y. de Klerk en J.M. Timmermans (red.). Rapportage ouderen 1998. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1999 (Cahier 155).
- Koedoot (1997)  
P.J. Koedoot. Verstandelijke handicap. In: I.A.M. Maas, R. Gijsen, I.E. Lobbezoo en M.J.J.C. Poos. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven/Utrecht: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Kommer et al. (1999)  
G.J. Kommer, L.J. Stokx, P.G.N. Kramers en M.J.J.C. Poos. Wachstijntontwikkeling in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Modellerings van de woonzorg voor verstandelijk gehandicapten. Bilthoven: RIVM, 1999.
- Kraijer en Kema (1994)  
D.W. Kraijer en G.N. Kema. Sociale redzaamheidsschaal SRZ-P voor zwakzinnigen van hoger niveau: handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1994.
- Kremer en Wevers (1998)  
A.M. Kremer en C.W.J. Wevers. Werken met astma. Amsterdam: NIA TNO, 1998.
- Kremer et al. (1997)  
A. M. Kremer, C.W.J. Wevers en F. Andries. Werken met multiple sclerose. Amsterdam: NIA TNO, 1997.
- Van der Kwartel et al. (1998)  
A.J.J. van der Kwartel, C. van Vliet, M. Sliggers et al. Brancherapport gehandicaptenzorg, 2. Utrecht: Nationaal ziekenhuisinstituut, 1998.
- Kwekkeboom (1999)  
M.H. Kwekkeboom. Naar draagkracht. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1999 (Cahier 158).
- LISV (1999)  
Cijfers eerste jaar Wet REA. Informatie over reïntegratie van arbeidsgehandicapten. Verslagperiode juli 1998 tot en met juni 1999. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen, 1999.
- Maas et al. (1988)  
J.M.A.G. Maas, S. Serail en A.J.M. Janssen. Frequentie-onderzoek geestelijk gehandicapten 1986. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant/IVA, 1988.
- Maas et al. (1997)  
I.A.M. Maas, R. Gijsen, I.E. Lobbezoo en M.J.J.C. Poos (red.). Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen/Bilthoven: Elsevier/De Tijdstroom/RIVM, 1997.
- Mackenbach (1994)  
J.P. Mackenbach. Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.
- Van Meurs en Van der Zwan (1998)  
C. van Meurs en A. van der Zwan. Project Kwaliteitstoetsing door ouders/naastbetrokkenen en cliënten bij de Groesbeekse thuizen. Eindrapport. Utrecht: Federatie van Ouderverenigingen, 1998.

- Molenaar-Cox en Prins (1998)  
P.G.M. Molenaar-Cox en R. Prins. Het werkhervattingsproces na een WAO-beoordeling. Arbeidsituatie, zoekgedrag en bemiddeling van toetredingsgekeurden. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen, 1998.
- Molenaar-Cox et al. (1997)  
P.G.M. Molenaar-Cox, T.J. Veerman en E.N. Bergsma. Bemiddeling van gedeeltelijk arbeidsgeschikten. Een vergelijking van de arbeidsbemiddeling van herbeoordeelde en toetredingsgekeurden. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen, 1997.
- Neonatalogie registratie (1998)  
Wetenschappelijke begeleidingscommissie van de landelijke neonatalogie registratie. Toename van het aantal vroeggeboorten in Nederland: vergelijking van 1983 en 1993. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 142 (1998) 3 (127-131).
- Nivel (1999)  
Op de keper beschouwd: de positie van chronisch zieken. Utrecht: Nivel, 1999.
- Le Nobel (1999)  
P. le Nobel. Cadans hoort muziek in de Wet REA. Landelijke Vereniging van Arbeidsongeschikten somber over reïntegratie. In: Sociaal Bestek 5 (1999).
- Noordam (1999)  
F.M. Noordam. Dertien aantekeningen bij de Wet REA. In: SMA (1999) februari (78-89).
- Nijboer et al. (1993)  
I.D. Nijboer, R.W.M. Gründemann en F. Andries. Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid. Den Haag: NIPG/TNO/VUGA, 1993.
- Okkes en Lamberts (1997)  
I.M. Okkes en H. Lamberts. Verschillende frequentiecijfers van aandoeningen bij gezondheidsenquêtes en huisartsregistraties. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 141 (1997) 13 (634-638).
- Den Otter en Homan (1999)  
M. den Otter en E. Homan. Voorzieningen, ziektekosten en het fiscale vangnet. De situatie voor chronisch zieken en gehandicapten in de periode 1990-1999. Leiden: Swoka, 1999.
- Den Ouden et al. (1998)  
A.L. den Ouden, C.E.M. Drijkoningen, J. Spee-van der Wekke et al. Gevolgen van vroeggeboorte: veel medische consumptie en lichamelijke beperkingen. Enquête onder ouders van 10-jarigen. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 142 (1998) 3 (138-142).
- RIVM (1999)  
Icdh-2: internationale classificatie van het menselijk functioneren. Nederlandse vertaling van het Beta-2 voorstel, volledige versie. Bilthoven: RIVM, 1999.
- Roeleveld et al. (1997)  
N. Roeleveld, G.A. Ziehluis en F. Grabeëls. The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. In: Developmental medicine and child neurology 39 (1997) 2 (125-132).
- Ruwaard et al. (1999)  
D. Ruwaard, A. van den Berg Jeths en R. Gijsen. Demografie van chronisch ziek Nederland. In: Nationale commissie chronisch zieken. Chronisch-ziekenbeleid in de jaren negentig. Utrecht: SWP, 1999.
- Schellekens et al. (1999)  
E.I.L.M. Schellekens, C.G.L. van Deursen, R.A.P. Fux et al. SZW-werkgeverspanel rapportage 1997-1998. Tilburg/Leiden: IVA/Bureau AS/tri, 1999.
- Van Schroyensteen Lantman-de Valk (1998)  
H. van Schroyensteen Lantman-de Valk. Health problems in people with intellectual disability. Aspects of morbidity in residential settings and in primary health care. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998 (proefschrift).
- SCP (1998)  
Sociaal en Cultureel Rapport 1998. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998.
- SCP/CBS (1999)  
Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek. Armoedemonitor 1999. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier, 1999 (Cahier 163).
- Sengers en De Vos 1999  
L. Sengers en E. de Vos. De werkdruk kan omlaag. In: Intermediair (1999) 40 (14-19).
- SGBO (2000)  
Kerncijfers WVG 2000. Aantallen en kosten van verstrekte WVG-voorzieningen (landelijke cijfers). Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid/VUGA, 2000.

- Spee-van der Wekke (1998)  
 J. Spee-van der Wekke. The child health monitoring system in the Netherlands (peilingen jeugdgezondheidszorg). Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1998 (proefschrift).
- Stoelinga et al. (1996)  
 B. Stoelinga, J.M.H. van der Velden, G.A.M. van den Bos en P.A.H. van Lieshout. Chronisch ziekten en gehandicapten. Naar samenhang in beleid en belangenbehartiging. Utrecht/Amsterdam: Nederlands instituut voor zorg en welzijn/Universiteit van Amsterdam, 1996.
- Straten et al. (1998)  
 G.F.M. Straten, A. Meijer en R.D. Friele. Branche-rapport chronisch ziekten. Utrecht: Nivel, 1998.
- SZW (1997)  
 Jaarrapportage 1997 sociale werkvoorziening. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1997.
- SZW (1999)  
 De andere kant van Nederland, voortgangsrapportage 1999. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1999.
- Tigchelaar et al. (1994)  
 J.M.H. Tigchelaar, W.J.H.M. van den Bosch en C. van Weel. Chroniciteit. Vooronderzoek naar het definiëren en specificeren van chroniciteit en gezondheidsproblemen ten behoeve van classificaties. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde, 1994.
- Timmermans (1994)  
 J.M. Timmermans (red.), m.m.v. I.S. Schoemakers-Salkinoja, J.S.J. de Wit en J.G.F. Merens. Rapportage gehandicapten. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 114).
- Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1996)  
 J. Timmermans en I. Schoemakers-Salkinoja. Rapportage gehandicapten 1995. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996 (Cahier 128).
- Timmermans et al. (1997)  
 J.M. Timmermans, F. Heide, M.M.Y. de Klerk et al. Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1997 (Cahier 145).
- TK (1990/1991)  
 Nota chronisch-ziektenbeleid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990/1991, 22025, nr. 1.
- TK (1996/1997)  
 Vaststelling van de nieuwe regels met betrekking tot de (re)integratie van arbeidsgehandicapten (Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten). Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25478, nr. 3.
- TK (1997/1998)  
 De perken te buiten. Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995-1998. Actualisatie 1997. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997/1998, 24170 nr. 28.
- TK (1999/2000a)  
 Bestrijding langdurige werkeloosheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, 23972, nr. 40.
- TK (1999/2000b)  
 Zorgnota 2000. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, 26801, nrs. 1-3.
- TK (1999/2000c)  
 Wet inkomstenbelasting 2001. Motie van het lid Bos c.s. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, 26727, nr. 102.
- Van der Velden et al. (1998)  
 J. van der Velden, H.P.H. Abrahamse, G. Donker et al. What do health interview surveys tell us about the prevalence of somatic chronic diseases? A study into concurrent validity. In: European journal of public health (1998) 8 (52-58).
- Verkleij et al. (1997)  
 H.E.M. Verkleij, F. Andries en C.W.J. Wevers. Nierpatiënten begeleid naar werk. Evaluatie functioneren Patiëntensdesk van Nierpatiëntenvereniging LVD. Amsterdam: NIA TNO, 1997.
- VGN (1999)  
 Wie zijn onze klanten? Uitkomsten van de cliëntenregistratie semimurale voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten over 1997. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 1999.
- Vinke et al. (1999)  
 H. Vinke, S. Andriessen, S.G. van den Heuvel et al. Vrouwen en reïntegratie. Onderzoek naar de verschillen tussen vrouwen en mannen bij WAO-intrede en reïntegratie. Samenvattende rapportage. Hoofddorp: TNO Arbeid, 1999.
- De Vos en Wevers (1999)  
 Reïntegratie, arbeidsgehandicapten en instrumenten. In: PS documenta (1999) 5.

- Vrooman en Asselberghs (1994)  
 J.C. Vrooman en K.T.M. Asselberghs. De gemiste bescherming. Niet-gebruik van sociale zekerheid door bestaansonzeker huishoudens. Den Haag: COSZ/VUGA, 1994.
- WCC (1995)  
 Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. Zoetermeer: WHO Collaborating Centre voor de Icidh, 1995.
- Weide et al. (1999)  
 M.G. Weide, P.M. Rijken en L. Peters. Financiële positie van chronisch zieken. Patiëntenpanel chronisch zieken. Utrecht: Nivel, 1999.
- Wevers (1995)  
 C.W.J. Wevers, m.m.v. A. Bloemhoff, R.W.M. Grundemann, C.A.M. Mul et al. Kwantitatieve onderbouwing van de arbeidsmarktpositie van mensen met een chronische aandoening. Leiden: TNO-gezondheidsonderzoek, 1995 (rapport 95C016, niet gepubliceerd).
- Wevers et al. (1998)  
 C.W.J. Wevers, H. Bosselaar en R. Prins. Interim rapportage programma "Aan motivatie geen gebrek". Amsterdam: NIA TNO, 1998.
- Wewer en Meijer (1998)  
 M.M. Wewer en K.L. Meijer. Helpdesk gezondheid, werk en verzekeringen. Rapportage periode 15 januari 1997 tot 1 januari 1998. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden & Werk, 1998.
- Weijnen (1999)  
 H. Weijnen. Werken aan de inkomensverbetering van chronisch zieken en mensen met een handicap. Inleiding slotmanifestatie week chronisch zieken. Utrecht: Gehandicaptenraad, 1999.
- WHO (1980)  
 International classification of impairments, disabilities and handicaps. Genève: World Health Organisation, 1980.
- Van der Windt et al. (1998)  
 W. van der Windt, H. Calsbeek en L. Hingstman. Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- De Wit (1997)  
 J.S.J. de Wit. De SCP-maat voor beperkingen. Een technische toelichting. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (Werkdocument 40).
- Wood en Badley (1984)  
 P.H.N. Wood en E.M. Badley. Contribution of epidemiology to health care planning for people with disabilities. In: C.V. Granger en G.E. Gresham (red.). Functional assessment in rehabilitation medicine. Baltimore/London: Williams & Wilkins, 1994.

## BIJLAGE A GERAADPLEEGDE DATABESTANDEN

### **Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO)**

Het AVO is een vierjaarlijks onderzoek om gegevens te verkrijgen over het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking. Het onderzoek richt zich zowel op meting van het gebruik van voorzieningen als op meting van een breed scala van kenmerken die een huishouden en de individuele personen binnen een huishouden karakteriseren.

Doelpopulatie	NL-bevolking van 6 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Steekprofeenheid	huishouden
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Verzamelmethode	mondelinge en schriftelijke vragenlijst
Oprichtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Frequentie	vierjaarlijks, sinds 1979
Soort onderzoek	enquête
Weging	personen: naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, urbanisatiegraad (vanaf 1995 'stedelijkheid'); huishoudens: naar weegfactor hoofd huishouden
Berichtgevers	voor sommige kinderen één van de ouders
Verslagperiode	het gebruik van voorzieningen wordt gepeild voor een voorgaande periode, variërend van enkele maanden tot enkele jaren

#### AVO'83

Uitvoerder veldwerk	NSS/Marktonderzoek BV
Veldwerkperiode	september 1983 - november 1983
Steekproefmethode	enkelvoudige aselecte adressensteekproef
Steekproefomvang	9.908 huishoudens
Respons	5.774 huishoudens/14.869 personen (58%)

#### AVO'87

Uitvoerder veldwerk	NSS/Marktonderzoek BV
Veldwerkperiode	oktober 1987 - december 1987
Steekproefmethode	enkelvoudige aselecte adressensteekproef, met extra adressen in vier grote steden + Haarlem
Steekproefomvang	10.302 huishoudens
Respons	6.496 huishoudens/16.151 personen (63%)

#### AVO'91

Uitvoerder veldwerk	NSS/Marktonderzoek BV
Veldwerkperiode	september 1991 - december 1991

Steekproefmethode	tweetraps: gemeenten, adressen; stratificatie naar gemeentegrootte
Steekproefomvang	12.797 huishoudens
Respons	5.458 huishoudens/13.105 personen (43%)

#### AVO'95

Uitvoerder veldwerk	GfK InterAct
Veldwerkperiode	september 1995 - januari 1996
Steekproefmethode	tweetraps: gemeenten, adressen; stratificatie naar gemeentegrootte
Steekproefomvang	9.305 huishoudens
Respons	6.421 huishoudens/14.489 personen (69%)

### **Doorlopend budgetonderzoek (BO)**

Het doel van het Budgetonderzoek is het verschaffen van statistische informatie over de bestedingen van typen huishoudens, gerelateerd aan kenmerken van het huishouden zoals grootte en samenstelling, inkomen en sociaal-economische categorie van het huishouden, kenmerken van de woning en het bezit van duurzame consumptiegoederen. Hiertoe worden gedurende een jaar gegevens verzameld over bestedingen, inkomsten en achtergrondkenmerken bij een steekproef van Nederlandse huishoudens. Gedurende een kwart maand houden de huishoudens nauwgezet een huishoudboekje bij, de rest van het jaar noteren zij alleen de grotere uitgaven.

Doelpopulatie	NL-huishoudens
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	huishoudens
Steekproefkader	geografisch basisregister, algemeen bedrijfsregister, deelnemers voorgaande budgetonderzoeken
Steekproefmethode	tweetraps: gemeenten, adressen; prestratificatie: optimale allocatie
Verzamelmethode	mondelijke en schriftelijke vragenlijst, huishoudboekje
Steekproefomvang	gestreefd wordt naar een nettosteekproefomvang van 2.000 huishoudens
Respons	initiële respons: circa 25% van de benaderde huishoudens; uitval: circa 15% van de deelnemende huishoudens
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	doorlopend
Soort onderzoek	enquête
Weging	sociaal-economische categorie, nettohuishoudensinkomen, omvang huishouden, eigendomsverhouding woning, geslacht alleenstaanden



BO'89	
Veldwerkperiode	1989
Nettorespons	1.946 huishoudens

BO'90	
Veldwerkperiode	1990
Nettorespons	2.762 huishoudens

BO'91	
Veldwerkperiode	1991
Nettorespons	1.067 huishoudens

BO'94	
Veldwerkperiode	1994
Nettorespons	2.050 huishoudens

BO'95	
Veldwerkperiode	1995
Nettorespons	2.069 huishoudens

BO'96	
Veldwerkperiode	1996
Nettorespons	2.029 huishoudens

### **Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO)**

Het Doorlopend leefsituatieonderzoek geeft een breed overzicht van objectieve en subjectieve kenmerken van de leefsituatie van de Nederlandse bevolking. Naast gegevens over achtergrondkenmerken komt informatie beschikbaar over de woonsituatie, het milieu, de kwaliteit van de arbeid, de besteding van de vrije tijd, maatschappelijke participatie, gezondheidsbeleving, medische consumptie, welzijn, sociale relaties en tevredenheid met leefsituatieaspecten.

Doelpopulatie	NL-bevolking van 18 jaar en ouder
Steekprofeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	geografisch basisregister
Steekproefmethode	drietrap: gemeenten, adressen, personen
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	doorlopend (12 deelsteekproeven per jaar), sinds maart 1989 tot en met 1996
Soort onderzoek	enquête
Weging	naar leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad

DLO'94	
Veldwerkperiode	1994
Steekproefomvang	6.611 personen
Respons	3.423 personen (52%)

DLO'95	
Veldwerkperiode	1995
Steekproefomvang	7.551 personen
Respons	4.038 personen (53%)

DLO'96	
Veldwerkperiode	1996
Steekproefomvang	7.512 personen
Respons	3.914 personen (52%)

### **Enquête beroepsbevolking (EBB)**

In de Enquête beroepsbevolking worden sinds 1987 gegevens verzameld ten behoeve van de beschrijving van personen naar hun positie op de arbeidsmarkt. De EBB bevat demografische en arbeidsmarktkenmerken, waaronder één variabele die de aggregatie tot een huishouden mogelijk maakt. De demografische kenmerken hebben betrekking op alle leden van het huishouden. De vragen naar de positie op de arbeidsmarkt worden alleen gesteld aan personen van 15 jaar of ouder.

Doelpopulatie	NL-bevolking van 15 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	geografisch basisregister
Steekproefmethode	gestratificeerde tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen; stratificatie naar gemeente
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	continu, sinds 1987
Weging	naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheid
Berichtgevers	proxi-interview door ander lid van het huishouden mogelijk

EBB'95	
Veldwerkperiode	1995
Steekproefomvang	116.000 adressen
Respons	70.000 adressen (60%); 99.137 personen

EBB'97	
Veldwerkperiode	1997
Steekproefomvang	116.000 adressen
Respons	65.000 adressen (56%); 89.315 personen

### **Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS)**

Het NEMESIS-onderzoek heeft als doel kennis te verzamelen over de prevalentie van psychiatrische morbiditeit onder de volwassen Nederlandse bevolking. Daarnaast is het onderzoek erop gericht gegevens te verzamelen over de incidentie en het beloop van psychiatrische morbiditeit, alsmede over de determinanten en het beloop van psychische stoornissen. Ook wordt bestudeerd hoe het hebben van psychische stoornissen samenhangt met zorgbehoeften, zorggebruik en kwaliteit van leven. Hiertoe wordt een panel drie keer benaderd voor een interview.

Doelpopulatie	NL-bevolking tussen de 18 en 64 jaar, zelfstandig wonend
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	personen
Steekproefkader	steekproef van 90 gemeenten; binnen deze gemeenten huishoudensteekproef uit het bestand van de PTT-afgiftepunten
Steekproefmethode	aselecte getrapte gestratificeerde steekproef: gemeenten, huishoudens, personen
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	Trimbosinstituut
Uitvoerder veldwerk	IVA Tilburg
Frequentie	1996, 1997, 1999
Weging	leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad, burgerlijke staat

#### **NEMESIS'96**

Veldwerkperiode	1996
Steekproefomvang	10.258 personen
Respons	7.076 personen (69%)

#### **NEMESIS'97**

Veldwerkperiode	1997
Steekproefomvang	7.076 respondenten uit NEMESIS'96
Respons	5.618 personen (82%)

### **Patiëntenpanel chronisch zieken (PPCZ)**

Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) betreft een steekproef van mensen met een chronische aandoening, die willekeurig geselecteerd zijn via een aselechte steekproef van huisartsenpraktijken. Doel van het PPCZ is gedurende een langere periode informatie te verzamelen over de zorg voor mensen met een chronische aandoening en hun maatschappelijke positie, waaronder hun arbeidsmarktpositie en hun financiële situatie. Hiertoe wordt het PPCZ tweemaal per jaar gedurende drie jaar geënquêteerd.

Doelpopulatie	mensen met chronische aandoeningen van 15 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Steekproefeenheid	tweetrapssteekproef: huisartsenpraktijken, individuen
Entiteiten	personen

Steekproefkader	Registratiesysteem van Gevestigde Huisartsen (Nivel); huisartsendossiers
Verzamelmethode	schriftelijke vragenlijsten
Opdrachtgever	Fonds voor Chronisch Zieken, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie voor de gezondheidszorg, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Uitvoerder veldwerk	Nivel
Frequentie	jaarlijks twee enquêtes
Soort onderzoek	enquête
Weging	huisartsenpraktijken: naar regio en urbanisatiegraad
Berichtgevers	panelleden zelf
Verslagperiode	het voorafgaande jaar
<b>PPCZ'98</b>	
Veldwerkperiode	april-mei 1998 en oktober-november 1998
Steekproefomvang	2.992 personen (april 1998); 2.445 personen (oktober 1998)
Respons	2.487 personen (83%; april 1998); 2.262 personen (93%; oktober 1998)

### **Permanent onderzoek naar de levenssituatie (POLs)**

POLs is een groot, continu onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) naar verschillende levenssituatiekenmerken, zoals gezondheid, arbeidsomstandigheden, rechtsbescherming, veiligheid, tijdsbesteding en wonen. Deze informatie komt beschikbaar over allerlei groepen in de bevolking. POLs bestaat uit verschillende modules. Alle respondenten krijgen een basisvragenlijst voorgelegd. De vragenlijsten voor de verschillende modules worden aan een deel van de respondenten voorgelegd. In POLs zijn verschillende oudere onderzoeken geïntegreerd: het Doorlopend levenssituatie onderzoek (DLO), de Enquête rechtsbescherming en veiligheid (ERV), de Gezondheidsenquête (GE) en het Woningbehoefteonderzoek (WBO).

Doelpopulatie	NL-bevolking van 0 jaar en ouder in particuliere huishoudens
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	gemeentelijke basisadministratie (GBA)
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, personen; stratificatie naar gemeente; maandelijkse deelsteekproeven
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	continu, vanaf 1997
Berichtgever	bij kinderen jonger dan 12 jaar is het interview afgenomen van een ouder of verzorger; de vragen voor

de hoofdkostwinner over de inkomenssituatie van het huishouden kunnen door iemand anders zijn beantwoord

## POLS'97

### *Basisvragenlijst*

De basisvragenlijst van POLS bevat vragen naar achtergrondkenmerken en naar algemene leefsituatiekenmerken.

Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI) en computerondersteunde telefonische enquête (CATI)
Weging	naar leeftijd en geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheidsgraad, Corop-gebied, huishoudensgrootte
Steekproefomvang	55.675 personen
Respons	34.439 personen (62%)

### *Gezondheid en arbeid*

Het doel van de POLS-module Gezondheid en arbeid is het schetsen van een zo volledig mogelijk overzicht van de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand, het gebruik van medische en maatschappelijke voorzieningen, de leefstijl, waaronder arbeidsomstandigheden en het preventief gedrag van de Nederlandse bevolking.

Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI) en schriftelijke vragenlijst (PAPI)
Weging	naar leeftijd en geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheidsgraad, Corop-gebied, huishoudensgrootte; werkzaamheid, gezondheid, roken
Steekproefomvang	18.339 personen
Respons	10.898 personen (59%)

## **Sociaal-economisch panelonderzoek (SEP)**

In 1984 is het Centraal Bureau voor de Statistiek gestart met het Sociaal-economisch panelonderzoek (SEP). Doel van het onderzoek is een samenhangend beeld te geven van de sociaal-economische situatie van huishoudens en personen, met name van veranderingen daarin. Daartoe worden circa 5.000 huishoudens in de tijd gevolgd. Met tussenpozen worden alle huishoudensleden van 16 jaar of ouder ondervraagd over onderwerpen die betrekking hebben op de sociaal-economische situatie van het huishouden en van de personen zelf. Afhankelijk van de aard van het onderwerp worden vragen gesteld aan een persoon uit het huishouden (bij voorkeur het hoofd) of aan alle tot het huishouden behorende personen van 16 jaar en ouder. Van alle personen, dus ook van die onder de 16 jaar, worden de belangrijkste persoonsgegevens voor het onderzoek verzameld. In het SEP zijn gegevens opgenomen over demografische kenmerken, opleiding, arbeidssituatie, inkomen, wonen, consumptie, bezit, schuld en welvaartsbeleving.

Doelpopulatie	NL-bevolking van 16 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Steekproefeenheid	adres
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand

Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen
Verzamelmethode	mondelinge vragenlijst, vanaf 1991 computerondersteund (CAPI)
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	jaarlijks, tot 1990 tweemaal per jaar
Weging	naar gemeentegrootte, leeftijd, geslacht en burgerlijke staat
Berichtgever	de vragen op huishoudensniveau zijn aan één persoon in het huishouden, bij voorkeur het hoofd, gesteld
Verslagperiode	de uitgebreide inkomensvragen hebben betrekking op het vooraafgaande kalenderjaar
SEP'96	
Veldwerkperiode	april 1996
Respons	12.897 personen; 5.179 huishoudens

**BIJLAGE B OVERZICHT BESCHIKBARE DATABESTANDEN**  
(bijlage bij § 2.4)

## BIJLAGE C SCP-MAAT VOOR BEPERKINGEN

Het SCP heeft op basis van het AVO'95 (zie bijlage A) een meetinstrument ontwikkeld om de mate van lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking vast te kunnen stellen. Dit meetinstrument is grofweg in drie stappen gemaakt: itemselectie, weging van de items tot constructen en weging van de constructen tot één maat voor beperkingen. In deze bijlage (die ook deel uitmaakte van de *Rapportage gehandicapten 1997*) wordt een beeld geschetst van de manier waarop de beperkingenmaat is opgebouwd. Voor een zeer gedetailleerde beschrijving van de constructie zij verwezen naar De Wit (1997).

De eerste stap is de selectie van de items. Items die in aanmerking komen om in de beperkingenmaat te worden opgenomen, moeten de verschillende facetten van een onderliggend construct beschrijven. Bijvoorbeeld, om een indruk te krijgen van de problemen die mensen kunnen ondervinden in hun dagelijkse huishoudelijke bezigheden, kan men niet volstaan met een enkele vraag naar het huishouden. Daarom zijn in de SCP-beperkingenmaat zeven items opgenomen die problemen opsporen bij dagelijkse huishoudelijke handelingen (zoals boodschappen doen, een bed verschonen of een warme maaltijd klaarmaken). Met behulp van een Princals-analyse zijn de gewichten gevonden die de ernst van de problemen weergeven. Deze zeven items zijn samengevoegd tot één construct, namelijk de beperkingen bij de dagelijkse huishoudelijke handelingen.

Uiteindelijk zijn op basis van gewogen items constructen ontwikkeld voor

- horen
- zien
- persoonlijke verzorging of adl
- verplaatsen
- huishoudelijke activiteiten of hdl
- zitten en staan
- arm/handfunctie.

Met uitzondering van het construct 'arm/handfunctie', dat niet goed binnen de SCP-maat viel in te passen, zijn alle constructen opgenomen in de SCP-maat voor beperkingen. Deze constructen zijn (door toedoen van de Princals-analyse) van een intervalmeetniveau. Voordat deze constructen gewogen kunnen worden tot een algemene beperkingenmaat, moeten ze ingedeeld worden in drie klassen. De klassen zijn: niet-beperkt, matig beperkt en ernstig beperkt. De indeling wordt gemaakt op grond van de ervaringsregel dat eenderde van de bevolking matig beperkt is en dat een negende ernstig beperkt is.



Net zoals de items zijn gewogen tot de afzonderlijke constructen, worden nu de constructen (in drie klassen) gewogen tot één beperkingsmaat. Deze maat is ook weer een intervalschaal, die weer volgens de ervaringsregel verdeeld wordt. Naast de algemene maat voor beperkingen is ook een maat voor motorische beperkingen ontwikkeld, waarbij de constructen 'zien' en 'horen' buiten beschouwing zijn gelaten.

In tabel C.1 wordt een overzicht gepresenteerd van de verdeling van zelfstandig wonende mensen die *ernstige beperkingen* ervaren. In de eerste kolom staan de afzonderlijke items vermeld, met daarachter de verdeling in regelpercentages over de verschillende antwoordcategorieën. In de vijfde kolom staan de zes typen beperkingen, zoals die zijn opgebouwd uit de afzonderlijke items. Ook hierachter is de verdeling over de verschillende categorieën in regelpercentages gepresenteerd.

Tabel C.1 Overzicht van de typen beperkingen die mensen ondervinden en de activiteiten waarmee zij moeite hebben, personen die ernstige beperkingen<sup>a</sup> ervaren, 1995 (horizontaal gepercentreerd)

	activiteit				type beperkingen		
	goed/zonder moeite	matig/met moeite	slecht/kan niet/hulp nodig		geen	matig	ernstig
horen wat 1 persoon zegt	88	11	2	horen	75	17	8
horen wat 4 personen zeggen	75	10	15				
krantenkoppen lezen	81	13	7	zien	73	20	7
gewone krantenletters lezen	91	9	1				
gezicht van afstand herkennen	85	10	5				
zitten/opstaan	27	67	6	persoonlijke	9	54	38
in/uit bed	27	66	7	verzorging (adl)			
aan-/uitkleden	30	59	11				
gezicht/handen wassen	80	15	5				
zich volledig wassen	49	37	14				
toilet gebruiken	65	30	5				
trap op/af	7	68	25	lopen	1	33	66
woning in/uit	43	46	11				
zich buiten verplaatsen	16	64	20				
boodschappen doen	17	38	45	huishoudelijke	1	26	74
warme maaltijd maken	47	28	25	activiteiten			
bed verschonen	16	38	46				
was doen	33	34	33				
klussen op huishoudtrap	10	10	79				
licht huishoudelijk werk	37	38	24				
zwaar huishoudelijk werk	10	88	81				
10 minuten staan	11	36	53	zitten en staan	9	33	59
10 minuten zitten	7	32	61				
30 minuten staan/zitten	13	30	58				

<sup>a</sup> Gemeten met behulp van de algemene maat voor beperkingen.

Bron: SCP (AVO'95)

Opvallend is dat mensen die ernstige beperkingen ervaren, vooral slecht scoren op de motorische constructen, met name huishoudelijke activiteiten. Zintuiglijke beperkingen hebben een minder grote invloed op het eindresultaat 'ernstige beperkingen'.

In de constructie van de beperkingenmaat is rekening gehouden met eventuele seksespecifieke antwoorden. Te denken valt hierbij aan mannen die zeggen geen eten te kunnen bereiden. Wanneer zij dit nooit hebben geleerd, maar lichamelijk wel zouden kunnen, dan is er geen sprake van een lichamelijke beperking.

Tabel B1 Overzicht van de beschikbare databestanden met indicatoren voor lichamelijke en verstandelijke beperkingen, lichamelijke en psychische chronische aandoeningen, 1989-1999

		indicatoren voor beperkingen/chronische ziekten			leefsituatiekenmerken		
		lichamelijke beperkingen	chronische ziekten	psychische/verstandelijke beperkingen	arbeid	inkomen	ziektekosten
<b>Bevolkingsonderzoek</b>							
Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (SCP)	1995-	- uitgebreide maten voor ernst/type beperkingen - 1 belemmeringenvraag	- lijst met 16 ziekten	x	ja	ja	nee
Doorlopend leefsituatieonderzoek (CBS)	1983, 1987, 1991	- 1 belemmeringenvraag	x	x	ja	ja	nee
	1993-1996 (continu)	- 1 belemmeringenvraag	- 1 vraag	x	ja	ja	nee
	1989-1992 (continu)	- 1 belemmeringenvraag	- lijst met 28 ziekten	x	ja	ja	nee
Gezondheidsenquête (CBS)	1989-1996	- OECD-indicator - adl/hdl (55+)	- lijst met 25 ziekten	x	ja	ja	nee
Permanent onderzoek leefsituatie/gezondheidsmodule (CBS)	1997-	- 1 belemmeringenvraag - OECD-indicator - adl/hdl (55+)	- lijst met 25 ziekten	x	ja	ja	nee
		- 1 belemmeringenvraag					
Sociaal-economisch panelonderzoek (CBS)	1995-1997	- 1 belemmeringenvraag	x	x	ja	ja	nee
Enquête beroepsbevolking (CBS) / Inkomenspanelonderzoek (CBS)/ Doorlopend budgetonderzoek (CBS)	diverse jaren	- arbeidsongeschiktheid	x	x	ja	ja	nee
Nemesis (Trimbos-instituut)	1996, 1997, 1999	- andere indicatoren	- lijst met 32 ziekten	- indicatoren psychische beperkingen	ja	ja	nee
<b>Onderzoek bij specifieke doelgroepen</b>							
Patiëntenpanel chronisch ziekten (Nivel) <sup>a</sup>	1998-2000	- OECD-indicator	- lijst met 25 ziekten - ziektekenmerken	x	ja	ja	ja
Globe-onderzoek (Erasmus-universiteit)	1993-1995	- OECD-indicator	- lijst met 25 ziekten	x	ja	ja	ja
	WVG-evaluatie (Ipsa Facto)	1997,1998, 2000	- aantal adl-vragen	x	ja	ja	ja
Zorg aan huis (Rijksuniversiteit Limburg)	1994	- andere indicatoren	x	- indicatoren verstandelijke beperkingen			

x wil zeggen dat dit databestand geen indicator bevat voor deze beperkingen/ziekten.

Bron: SCP-bewerking

## LIJST VAN AFKORTINGEN

AAMR	American Association on Mental Retardation
AAW	Algemene arbeidsongeschiktheidswet
ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
ANOVA	Analysis of variance
AVO	Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIDI	Composite international diagnostic interview
DLO	Doorlopend leefsituatieonderzoek
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVO	dagverblijf voor oudere verstandelijk gehandicapten
EBB	Enquête beroepsbevolking
GEZ	Gezondheidsenquête
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IPO	Inkomenspanelonderzoek
IQ	intelligentiequotiënt
LISV	Landelijk instituut sociale verzekeringen
MS	multiple sclerose
NCCZ	Nationale commissie chronisch zieken
NEMESIS	Netherlands mental health survey and incidence study
NIMAWO	Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PAAZ	psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen
POLS	Periodiek onderzoek leefsituatie
PPCZ	Patiëntenpanel chronisch zieken
REA	(Wet op de) (re)integratie arbeidsgehandicapten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCID	Structured clinical interview for DSM-III
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEP	Sociaal-economische panelonderzoek
SF	Short form health survey
SPD	Sociaal-pedagogische dienst
SZW	(ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBA	Wet terugdringing beroep op arbeidsongeschiktheidsregelingen
TNO/PG	(Nederlandse organisatie voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek/Preventieve gezondheidszorg
TK	Tweede Kamer
EUROCAT	European Registration of Congenital Anomalies
VGN	Vereniging gehandicaptenzorg Nederland

VTV	Volksgezondheid toekomst verkenning
VUT	vervroegde uittreding
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAGW	Wet arbeid gehandicapte werknemers
WAO	Wet arbeidsongeschiktheid
WCC	World Collaborating Centre voor de ICIDH
WGBG	Wetsvoorstel gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken
WHO	World Health Organisation
WIW	Wet inschakeling werkzoekenden
WSW	Wet sociale werkvoorziening
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WSA	Wetenschappelijk statistisch agentschap
WW	Werkloosheidswet
ZARA	Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie en arbeidsongeschiktheid
ZW	Ziektewet