



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Mensen met meervoudige problemen en hun zorg- gebruik



Mirjam de Klerk (SCP)
Marijn Prins (NIVEL)
Peter Verhaak (NIVEL)
Gert van den Berg (NJI)

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies 'De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap.'

Den Haag, 2012

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Aantal volwassenen met meervoudige (gezondheids)problemen	10
2.1	Inleiding	10
2.2	Prevalentie van gezondheidsproblemen	12
2.3	Mogelijke sociale problemen, arbeidsmarktproblemen en financiële problemen	21
2.4	De combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijk andere problemen	23
2.5	Samenvatting	29
3	Zorggebruik van mensen met meervoudige problemen op basis van zelfrapportage	31
3.1	Inleiding	31
3.2	Zorggebruik van mensen met meervoudige problemen	33
3.3	Zorggebruik van chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen	38
3.4	Zorggebruik van mensen met depressie of angst	45
3.5	Loketten, gebrek aan kennis en een nauwe blik: ervaringen uit Wmo-onderzoek	47
3.6	Samenvatting	50
4	Zorggebruik van mensen met meervoudige problematiek op basis van zorgregistraties	52
4.1	Inleiding	52
4.2	Huisartsenzorg aan mensen met meervoudige problematiek en vage klachten	53
4.3	Eerstelijns psychologische zorg aan mensen met meervoudige problematiek	62
4.4	Zorg van vrijgevestigde diëtisten aan mensen met meervoudige problematiek	68
4.5	Samenvatting	72
5	Gezinnen met meervoudige problemen	75
5.1	Inleiding	75
5.2	Resultaten van onderzoek	78
5.3	Aard van de problematiek	94
5.4	Samenvatting	96

6	Meervoudige problematiek bij werknemers	98
6.1	Inleiding	98
6.2	Ziekteverzuim van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen	99
6.3	Zorggebruik van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen	102
6.4	Sectorale verschillen in meervoudige problematiek van werknemers	105
6.5	Samenvatting	107
7	Zorggebruik van kwetsbare ouderen	109
7.1	Inleiding	109
7.2	Definiëring en operationalisering	109
7.3	Omvang kwetsbaarheid onder ouderen	113
7.4	Gebruik van zorg en welzijn door kwetsbare ouderen	118
7.5	Samenvatting	122
8	Conclusies en nabeschuiving	124
8.1	Aanleiding van dit onderzoek	124
8.2	Conclusies	125
8.3	Nabeschuiving	134

1 Inleiding

Peter Verhaak (NIVEL), Mirjam de Klerk (SCP), Gert van den Berg (NJI)

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) buigt zich in het kader van zijn werkprogramma 2012 over het probleem dat veel zorgvragen van burgers meerdere componenten hebben. Medisch-lichamelijke, psychische en sociale of aan leefstijl gerelateerde aspecten clusteren op verschillende manieren samen. Dergelijke problematiek komt vaak eerst onder aandacht van de gezondheidszorg, maar kan ook via de gemeente, de school, politie of justitie aan de orde komen. De RVZ vermoedt dat zodoende hulpvragen aan het ‘verkeerde loket’ terecht kunnen komen, dat hulpvragen vanuit één specifieke (medische of psychologische of welzijnachtige) benadering eenzijdig worden benaderd (‘nauwe blik’) en dat groepen met een bepaald risico niet bereikt worden (‘onbereikte hoogrisico’s’). Hierover bereidt de Raad een advies voor, dat de werktitel ‘De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap’ draagt.

Ter voorbereiding van dit advies heeft de RVZ aan het NIVEL, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) verzocht om een achtergrondstudie te doen naar de ‘toegang tot zorg en maatschappelijke ondersteuning voor burgers met meervoudige problematiek en diffuse hulpvragen’. De heer prof. dr. W.J.J. Assendelft van het LUMC en mevrouw J. Moerkerke van Stichting Welzijn Feijenoord hebben als externe referenten meegelezen met deze achtergrondstudie en commentaar geleverd.

Meervoudige problematiek is door de RVZ gedefinieerd als problemen op meerdere levensgebieden, zoals (a) een combinatie van lichamelijke en psychische problemen en (b) een combinatie van gezondheidsproblemen en problemen op het terrein van bijvoorbeeld sociale contacten, opvoeding en ontwikkeling, financiën, arbeid of wonen. In dit rapport ligt de focus op mensen die problemen hebben met hun gezondheid, in combinatie met andere problemen. Een combinatie van bijvoorbeeld economische en culturele problemen zonder dat er sprake is van gezondheidsproblemen wordt buiten beschouwing gelaten. Meervoudige problematiek kan in een specifieke context (bijvoorbeeld bij jeugdigen of ouderen) op verschillende manieren uitkristalliseren. Daar waar in dit rap-

port zo'n specifieke context aan de orde is (hoofdstukken 5 t/m 7) is het mogelijk dat naast deze definitie van meervoudige problematiek ook meer op die situatie toegesneden begrippen worden gehanteerd. Deze worden dan in het betreffende hoofdstuk nader toegelicht.

Vanuit hun specifieke expertise en dataverzamelingen kunnen SCP, NIVEL en NJI aangeven in welke mate en bij welke groepen meervoudige problematiek aangetroffen wordt. Deze achtergrondstudie kan op die manier de volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

- Hoe groot is het fenomeen van clustering van verschillende probleemgebieden en bij welke subgroepen komt die problematiek veel voor?
- In welke mate maken mensen met meervoudige problemen gebruik van zorg?
- In welke mate registreren verschillende zorgverleners clustering van verschillende probleemgebieden?

Door de antwoorden op deze vragen in hun onderlinge verband te analyseren, zullen we daarna vervolgens een antwoord formuleren op de laatste vragen:

- Zijn er aanwijzingen dat bij bepaalde zorgverleners sommige componenten uit het oog worden verloren?
- Vallen er bepaalde risicogroepen buiten het aandachtsveld van de zorg?

Deze achtergrondstudie kent eerst een algemeen deel, dat gericht is op de algemene bevolking, en daarna een aantal capita selecta, gericht op specifieke groepen: jeugd en gezin, werkenden en ouderen.

Wat de algemene bevolking betreft: het is bekend¹ dat er zich in de bevolking veel meer problemen voordoen dan de aantallen waarmee hulpverleners geconfronteerd worden, of het nu over lichamelijke ziekten en symptomen, over psychisch onwel bevinden of over sociale problematiek gaat. Dat is op zich ook logisch: veel lichamelijke klachten en psychosociale problemen gaan vanzelf over, worden niet ernstig genoeg gevonden om

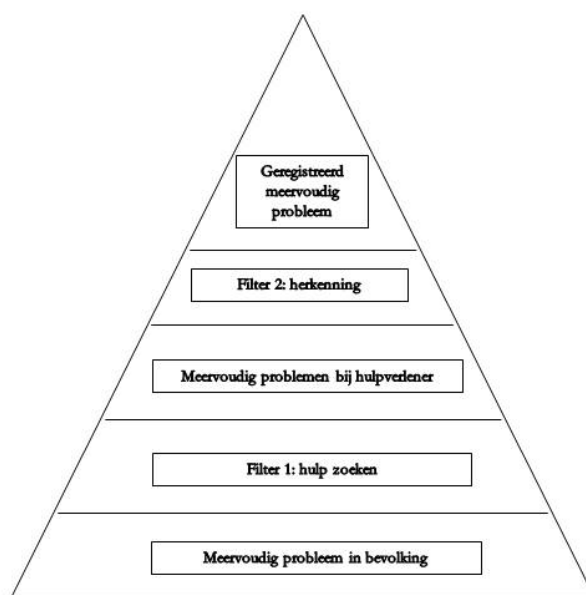
¹ Zie b.v. Last J.M. The Iceberg completing the clinical picture in general practice. *Lancet* 1965; ii:28-31.

Lisdonk E.H. van de. *Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk* (dissertatie). Nijmegen, Katholieke Universiteit, 1985.

Verbrugge L.M. et al. Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. *Med. Care* 1987; 25:539-569.

hulp voor te zoeken of worden zelfs niet als probleem ervaren. Pas wanneer ze aanhouden, ontstaat er een behoefte aan hulp en komen mensen bij een hulpverlener terecht. Dit zogenaamde 'ijsbergfenomeen' is door Goldberg en Huxley² voor psychische problemen gespecificeerd in het zogenaamde filtermodel: er komen heel veel problemen voor in de bevolking, waarvan maar een select deel, via filters, de hulpverlening bereiken. Het eerste filter ligt bij de cliënt: die moet de beslissing nemen om hulp te zoeken. Het volgende filter ligt bij de hulpverlener: die moet het (in dit geval psychische) probleem als zodanig herkennen en benoemen.

Figuur 1.1 Ijsbergfenomeen



Bron: Goldberg en Huxley (1992).

Om dit model op meervoudige problematiek toe te passen: de meeste mensen zijn op gezette tijden ziek, iedereen maakt perioden mee dat het op het emotionele vlak wat minder is en ook hebben veel mensen wel eens een financieel probleem of loopt men vast in relaties. En bij een deel kan dat op alle fronten serieuze vormen aannemen. Niet in het minst omdat de verschillende domeinen elkaar ook beïnvloeden. Ziekte kan tot

² Goldberg D. en P. Huxley. Common Mental Disorders. Routledge, London, 1992.

financiële, relationele of psychische problemen leiden, wanneer men emotioneel zwak staat is men kwetsbaarder voor lichamelijke problemen, etc. Toch zullen lang niet alle mensen met meervoudige problematiek daar hulp voor zoeken. Dus treffen we bij hulpverleners minder gevallen van meervoudige problematiek aan dan zich in de bevolking voordoen, alleen al omdat lang niet iedereen hulp zoekt. Doet men dit wel, dan treedt het volgende filter in werking: lang niet alle meervoudige problemen worden als zodanig opgemerkt door de hulpverlener tot wie men zich richt. Het is zeer wel mogelijk dat een huisarts zich richt op het medische aspect van de klacht en minder oog heeft voor de sociale context. Een psycholoog zal zich niet altijd realiseren dat de depressieve patiënt ook een chronische lichamelijke ziekte heeft, etc.

Het eerste filter, het fenomeen dat lang niet iedereen hulp zoekt, kan er toe leiden dat mensen met een hoog risico op meervoudige problematiek geen hulp zoeken en dus gemist worden. De gevolgen daarvan komen pas in een laat stadium aan het licht. Ook kan de wijze van hulp zoeken ertoe bijdragen dat mensen aan het ‘verkeerde loket’ belanden. Filter 2, de herkenning, leidt tot vertekeningen wanneer de hulpverlener in kwestie een ‘te nauwe blik’ hanteert.

De filters suggereren dat problematiek wordt ‘tegengehouden’. Men dient echter ook voor ogen te houden dat het niet zoeken van hulp meestal wordt ingegeven door het feit dat men het probleem in kwestie niet als ‘probleem’ ervaart. Problematiek in de eerste laag wordt vastgesteld door mensen uit te nodigen hun klachten te inventariseren, ongeacht het feit of ze de klacht als hinderlijk of problematisch ervaren. Dit gegeven is kenmerkend voor de ‘onderkant van de ijsberg’, de problemen die niet ‘boven water komen’: het feit dat er geen hulp gezocht wordt omdat er geen hulp nodig geacht wordt.

Het algemene deel van deze achtergrondstudie is opgebouwd conform dit model. In hoofdstuk 2 geven we weer wat er bekend is over het voorkomen van problematiek op meerdere domeinen tegelijkertijd binnen de algemene (volwassen) populatie, en wat we weten over de samenhang van deze meervoudige problematiek met achtergrondkenmerken van personen. Deze gegevens zijn afkomstig uit een algemene bevolkingsenquête en uit een survey onder mensen met een psychische stoornis. Dit hoofdstuk levert dus gegevens op over het eerste niveau van het piramidemodel.

In hoofdstuk 3 beschrijven we wat er bekend is over de hulp die mensen uit de algemene bevolking (met meervoudige problemen) en specifieke groepen zoals mensen met een chronische ziekte of een psychische stoornis zeggen gehad te hebben. Ook deze gegevens zijn afkomstig uit surveys. In combinatie met de gegevens uit hoofdstuk 2 moet dit een indicatie geven over het tweede niveau: de proportie die bij een hulpverlener belandt.

Hoofdstuk 4 is gebaseerd op verschillende zorgregistraties en verschaft gegevens over de mate waarin meervoudige problemen geregistreerd zijn door huisartsen, psychologen en vrijgevestigde diëtisten. Deze data zijn beïnvloed door zowel de mate van hulp zoeken als door de herkenning en registratie van het probleem als zodanig door de hulpverlener. Pas dan immers kan het probleem als zodanig geregistreerd zijn. Combinatie van deze data met die uit de twee voorafgaande hoofdstukken geeft een indicatie voor de werking van beide filters. Tezamen genomen kunnen we hieruit afleiden in welke mate in de algemene bevolking sprake is van het missen van hoge risico's, van mensen die niet aan het goede loket belanden en van de mate waarin hulpverleners op verschillende posities een 'te nauwe blik' hebben.

Zoals gezegd wordt de problematiek vervolgens voor een aantal specifieke groepen in beschouwing genomen. Hoofdstuk 5 besteedt aandacht aan hetgeen bekend is in de literatuur over meervoudige problematiek binnen gezinnen, waaronder problemen met betrekking tot de kinderen. Hoofdstuk 6 behandelt de meervoudige problematiek zoals die zich voordoet in arbeidssituaties. In hoofdstuk 7 wordt de meervoudige problematiek behandeld die gepaard gaat met het ouder worden en die dus onder ouderen wordt aangetroffen.

Omdat ieder hoofdstuk op andere databronnen gebaseerd is, die ieder hun eigen methodologische achtergrond kennen, wordt ieder hoofdstuk ingeleid met een stukje over de achtergrond en over de in dat hoofdstuk gehanteerde methoden van onderzoek.

2 Aantal volwassenen met meervoudige (gezondheids)problemen

Mirjam de Klerk (SCP) en Peter Alders (SCP)

2.1 Inleiding

Veel zorgvragen van burgers zijn diffuus en worden vaak pas in gesprekken met hulpverleners verhelderd. Dan wordt soms ook duidelijk dat problemen niet alleen een medische (lichamelijke en/of psychische) component, maar ook een sociale achtergrond hebben. In de hoofdstukken 3 en 4 staat het gebruik van zorg centraal. In dit hoofdstuk schetst het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een beeld van het vóórkomen van meervoudige problematiek onder de volwassen Nederlandse bevolking (in hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de jeugd). Ook wordt nagegaan bij welke groepen deze problemen vaak voorkomen. Meervoudige problematiek is hierbij door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gedefinieerd als ‘problemen op meerdere levensgebieden, zoals (a) een combinatie van lichamelijke en psychische problemen en (b) een combinatie van gezondheidsproblemen en problemen op het terrein van bijvoorbeeld sociale contacten, opvoeding en ontwikkeling, financiën, arbeid of wonen’. Hierbij blijven andere meervoudige problemen, die niet gerelateerd zijn aan gezondheid, dus buiten beschouwing.³ In het vervolg noemen we de combinatie van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen ‘meervoudige gezondheidsproblemen’ en de combinatie van gezondheidsproblemen en andere problemen ‘meervoudige problemen’.

Databronnen

De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (AVO) en de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA), beide uit 2007. Het AVO is een landelijk representatief onderzoek onder de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking van zes jaar en ouder. Het AVO bestaat uit een mondeling interview voor een van de volwassenen in het huishouden en schriftelijke vragenlijsten voor alle leden van het huishouden. Aan het AVO 2007

³ Zo kan men bijvoorbeeld ook te maken hebben met inkomensproblemen en opvoedproblemen. Dit soort meervoudige problemen blijft in dit rapport buiten beschouwing omdat er geen sprake is van gezondheidsproblemen.

namen 10.938 mensen van 18 jaar of ouder deel.⁴ Het AVO bevat een groot aantal gezondheidsindicatoren en gegevens over bijvoorbeeld sociale contacten of deelname aan de arbeidsmarkt. Bij meervoudige problemen gaat het in het algemeen om twee of meer langdurige samenhangende en elkaar mogelijk versterkende problemen. Op basis van het AVO is het alleen mogelijk om vast te stellen of mensen mogelijke problemen hebben ten tijde van het interview, maar er zijn geen gegevens beschikbaar over de duur van de problemen. De Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA)⁵ is een longitudinale cohortstudie die mensen met een angst of depressieve stoornis en mensen zonder deze problemen gedurende 8 jaar volgt. Het belangrijkste doel van NESDA is om de factoren in kaart te brengen die van invloed zijn op het ontstaan en het beloop van angst en depressie.⁶ 2981 respondenten mét en zónder klachten zijn geworven via huisartspraktijken en GGZ-instellingen in de regio Amsterdam, Leiden, en de provincies Groningen, Drenthe en Friesland. Tijdens de baseline meting (sept. 2004 – feb. 2007) zijn deze NESDA respondenten uitgebreid geïnterviewd en hebben zij vragenlijsten ingevuld.

Opbouw hoofdstuk

We maken inzichtelijk in welke mate meervoudige (gezondheids)problematiek voorkomt onder de Nederlandse bevolking en bij welke groepen in het bijzonder. Hierbij kijken we niet alleen naar leeftijd, een factor die sterk samenhangt met gezondheidsproblemen, maar ook naar andere persoonskenmerken zoals geslacht, huishoudvorm, opleidingsniveau, etniciteit en de buurt waarin iemand woont, kenmerken die vaak van invloed zijn op de gezondheid (zie b.v. Hoeymans et al. 2010).⁷ We brengen eerst meervoudige problematiek in de vorm van de combinatie van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen in beeld (§ 2.2). Vervolgens kijken we naar de aanwezigheid van andere problemen (§ 2.3) en de combinatie van gezondheidsproblemen en andere problemen

⁴ Voor het AVO 2007 zijn respondenten via een adressensteekproef op basis van de Gemeentelijke basisadministratie (GBA) geselecteerd. De netto respons bedraagt 69%.

⁵ www.nesda.nl

⁶ Penninx, B.W.J.H. et al. The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2008; 17:121-140.

⁷ Hoeymans, N. et al. *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter.* Bilthoven, RIVM, 2010.

(§ 2.4). In paragraaf 2.5 volgt een samenvatting van het hoofdstuk.

2.2 Prevalentie van gezondheidsproblemen

In dit hoofdstuk wordt op basis van een beperkt aantal in de data aanwezige kenmerken een zo goed mogelijke schatting van het aantal mensen met meervoudige (gezondheids)-problemen gegeven. De hierbij gemaakte keuzes zijn altijd enigszins arbitrair. Zo laten bijvoorbeeld eerdere schattingen van het aantal kwetsbare ouderen, een groep die veel verwantschap toont met de groep ouderen met meervoudige problemen, zien dat volgens een smalle definitie van kwetsbaarheid (waarbij alleen gekeken wordt naar fysiologische aspecten) circa 6-11% van de 65-plussers kwetsbaar is, terwijl bij een bredere definitie (waarbij ook wordt gekeken naar psychische en sociale aspecten) circa een kwart van de 65-plussers kwetsbaar is (zie ook hoofdstuk 7).⁸ Ook als er alleen naar lichamelijke gezondheidsproblemen wordt gekeken, zijn er verschillende indicatoren mogelijk.

Lichamelijke gezondheidsproblemen

Om de mate van lichamelijke gezondheidsproblemen in kaart te brengen, kijken we of mensen aangeven dat ze chronische aandoeningen of lichamelijke beperkingen ondervinden. De gegevens zijn gebaseerd op antwoorden van respondenten en bevatten dus geen medische diagnoses. Over de ernst van de chronische aandoeningen zijn geen gegevens beschikbaar in het AVO. De gegevens geven bovendien niet altijd inzicht in de mate waarin de aandoeningen een probleem voor iemand vormen: mensen kunnen een chronische aandoening hebben, maar daar betrekkelijk weinig last van ondervinden. Denk bijvoorbeeld aan een diabetespatiënt, die zolang hij/zij insuline gebruikt, zonder problemen kan deelnemen aan de maatschappij en maar af en toe een huisarts zal bezoeken.

⁸ Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Ongeveer 22% van de volwassenen heeft een lichamelijke beperking, van wie circa de helft een lichte beperking (tabel 2.1⁹). Een lichte beperking wil zeggen dat iemand moeite heeft met een aantal huishoudelijke activiteiten zoals het zware huishoudelijke werk of langdurig staan. Omdat veel mensen met lichte beperkingen zelf aangeven geen belemmeringen in het dagelijks leven (dus geen probleem) te ervaren, worden de lichte beperkingen verder buiten beschouwing gelaten.¹⁰ Circa 10% van de volwassen Nederlanders heeft matige of ernstige lichamelijke beperkingen (zie tabel 2.1). Een matige beperking wil zeggen dat iemand moeite heeft met een aantal algemene dagelijkse verrichtingen en een ernstige beperking dat iemand deze helemaal niet (meer) zelfstandig kan uitvoeren.

Tabel 2.1 Prevalentie van lichamelijke gezondheidsproblemen naar leeftijdsklasse, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)

	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
lichte, matige of ernstige lichamelijke beperking (A)	9,9	22,4	40,7	73,6	21,9
matige of ernstige lichamelijke beperking (B)	3,3	9,4	19,9	50,4	10,4
minimaal 1 chronische aandoening (C)	23,2	40,9	57,2	65,7	35,8
minimaal 2 chronische aandoeningen (D)	7,1	19,0	35,7	44,1	16,8
matige/ernstige beperking of minimaal 2 aandoeningen (B of D)	9,1	22,4	40,4	62,2	20,7
matige/ernstige beperking en minimaal 2 aandoeningen (B en D)	1,5	6,3	15,6	35,1	7,0
(n)	(4.920)	(3.914)	(1.134)	(646)	(10.614)

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

Ruim een op de drie volwassenen heeft naar eigen zeggen minimaal één chronische lichamelijke aandoening; ongeveer een zesde heeft meer dan één aandoening (multimorbiditeit), zie

⁹ In dit hele hoofdstuk gaat het om puntprevalenties, dat wil zeggen om het aantal mensen met problemen op een bepaald moment (ten tijde van het AVO-onderzoek).

¹⁰ Deze mensen hebben bijvoorbeeld hulp bij het huishouden ingeschakeld of vermijden het om lang te staan, waardoor ze in het dagelijks leven geen problemen ondervinden.

tabel 2.1. Veel voorkomende ziekten zijn bijvoorbeeld luchtwegaandoeningen zoals astma of chronische bronchitis (8,5%), chronische gewrichtsslijtage aan heupen of knieën (8,9%), of een ernstige hardnekkige aandoening van de rug (6,4%). Zie ook Gommer en Poos (2010) voor een overzicht van veelvoorkomende aandoeningen.¹¹

Het CBS komt, ook op basis van zelfrapportage tot een beduidend hoger aantal mensen met een chronische aandoening: meer dan de helft van de vrouwen en 43% van de mannen heeft minimaal één chronische aandoening.¹²⁻¹³ Het RIVM komt, op basis van gegevens van huisartsen, uit op een schatting van circa 25%: ongeveer een op de vier mensen (bij de hele bevolking, dus inclusief kinderen) heeft één of meer lichamelijke chronische ziekten.¹⁴⁻¹⁵ Schattingen uit bevolkingsonderzoek komen vaak redelijk overeen met schattingen op basis van gediagnosticeerde ziekten in de huisartspraktijk.¹⁶⁻¹⁷ Omdat lang niet alle chronische aandoeningen leiden tot problemen in het dagelijks leven (en daarmee tot meervoudige problematiek), wordt in het vervolg van dit hoofdstuk alleen gekeken naar mensen met multimorbiditeit.¹⁸ Deze benaderingswijze komt overeen met eerder onderzoek naar het aantal ouderen met meervoudige problemen.

¹¹ Gommer, A.M. en M.J.J.C. Poos. Welke ziekten hebben de hoogste prevalentie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM, 2010 <www.nationaalkompas.nl>

¹² Bruggink, J.-W. Vrouwen hebben vaker chronische aandoeningen dan mannen. Den Haag, CBS (webpublicatie)

¹³ Een verschil tussen de door het SCP en door het CBS gerapporteerde cijfers is dat het CBS ook 'overige aandoeningen' meeneemt. Het SCP laat deze buiten beschouwing omdat lang niet alle aandoeningen die mensen noemen chronisch zijn en omdat vaak een specificatie wordt genoemd van een andere chronische aandoening (bijvoorbeeld het type kanker).

¹⁴ Het RIVM rekent bijvoorbeeld ook een verstandelijke handicap en gezichts- en gehoorstoornissen als chronische ziekte.

¹⁵ Hoeymans, N. et al. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM, 2008 <www.nationaalkompas.nl>

¹⁶ Schram M.T. et al. Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2008; 61: 1104-1112.

¹⁷ Weliswaar kan in een vragenlijst maar naar een beperkt aantal aandoeningen worden gevraagd, maar anderzijds tellen mensen soms ook ziekten mee waarvoor zij niet naar de huisarts gaan.

¹⁸ De groep met één chronische aandoening wordt dus buiten beschouwing gelaten. Verondersteld is dat deze mensen niet altijd problemen in het dagelijks leven ervaren. Mensen met matige of ernstige beperkingen worden in het vervolg van dit hoofdstuk wel tot mensen met gezondheidspro-

Als we daarmee lichamelijke gezondheidsproblemen afbakenen tot een matige of ernstige beperking en/of minimaal twee chronische aandoeningen, dan heeft ruim 20% van de bevolking een dergelijk probleem. Dit aandeel hangt sterk samen met leeftijd: 9% van de 18-44-jarigen heeft dit soort gezondheidsproblemen en 62% van de 75-plussers. Bij alle indicatoren voor lichamelijke gezondheid is te zien dat de prevalentie groter is naarmate men ouder is.

Psychische gezondheidsproblemen

Ook de psychische (on)gezondheid kan op verschillende manieren geoperationaliseerd worden. Van de bevolking boven de 18 jaar heeft 5% naar eigen zeggen in het afgelopen jaar een langdurige psychische klacht gehad, dat wil zeggen minimaal 6 maanden psychische problemen ondervonden (tabel 2.2). Als meer in algemene zin wordt gevraagd naar iemands welbevinden, op basis van de Mental Health Inventory (MHI5)¹⁹, dan geeft 18,1% van de bevolking aan in bepaalde mate ongelukkig of somber te zijn.

Het AVO bevat geen goede indicator voor dementie.²⁰ Geschat wordt dat er in 2007 bijna 70.000 mensen zijn met gediagnosticeerde dementie. Op basis van bevolkingsonderzoek worden

blemen gerekend. Als iemand één aandoening heeft die tot beperkingen leidt, wordt deze dus wel meegenomen.

¹⁹ De Mental Health Index (MHI-5) bevat de volgende vragen, die betrekking hebben op de afgelopen 4 weken: Voelde u zich erg zenuwachtig? Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken? Voelde u zich kalm en rustig? Voelde u zich erg energiek? Voelde u zich neerslachtig en somber? Voelde u zich gelukkig? De antwoordmogelijkheden zijn: voortdurend, meestal, vaak, soms, zelden, nooit. De scores zijn zo gehercodeerd dat een hogere score voor psychisch gezonder staat. Door de scores op te tellen en te vermenigvuldigen met 4, ontstaat er een score van 0 tot 100, waarbij 0 staat voor een zeer slechte en 100 voor een zeer goede psychische gezondheid (Friedman B et al. Validity of the SF-36 five-item Mental Health Index for major depression in functionally impaired, community-dwelling elderly patients. In: Journal of the American Geriatrics Society, 2005;53(11):1978-85). Hierbij is een score lager of gelijk aan 60 als psychisch ongezond beschouwd (Driessen, M. Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Een beschrijving van de MHI5 in de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek Leefsituatie. CBS, 2011(www.cbs.nl)).

²⁰ Er wordt in het AVO wel gevraagd of mensen in de afgelopen 12 maanden 'cognitieve problemen hebben, zoals dementie', maar bij de analyses is verondersteld dat mensen die echt cognitieve stoornissen hadden niet hebben meegewerkt aan het onderzoek. Daarom is dit aspect niet meegenomen in deze studie.

ook wel percentages gevonden die ruim twee keer zo hoog zijn.²¹⁻²²

Tabel 2.2 Prevalentie van diverse psychische gezondheidsproblemen naar leeftijdsklasse, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)

	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
psychisch onwelbevinden (MHI5) (A)	17,3	18,1	18,6	24,2	18,1
langdurige psychische aandoening (B)	5,0	5,2	4,1	3,1	4,8
psychisch onwelbevinden of aandoening (A of B)	18,7	19,6	19,9	24,7	19,5
psychisch onwelbevinden en aandoening (A en B)	3,5	3,8	2,8	3,2	3,5
(n)	(4.816)	(3.785)	(1.033)	(550)	(10.184)

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

Het Trimbos Instituut heeft de prevalentie van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar onderzocht (De Graaf et al. 2010).²³ Het betreft het vóórkomen van stemmings-, angst- of middelenstoornis (overmatig alcohol- of drugsgebruik) en enigerlei aandachtstekort (zoals ADHD) of gedragsstoornis. Op jaarbasis gaat het om 18% van de bevolking van 18-64 jaar.²⁴ In het vervolg gaan we er van uit dat mensen een psychisch gezondheidsprobleem hebben als zij ofwel aangeven dat zij een langdurige psychische aandoening hebben ofwel

²¹ Gommer A.M. en M.J.J.C. Poos. Dementie: prevalentie, incidentie en sterfte naar leeftijd en geslacht. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM, 2012 <www.nationaalkompas.nl> 13 december 2011

²² Lange, J. de et al. Hoe vaak komt dementie voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM, 2012 <www.nationaalkompas.nl> 17 mei 2010

²³ Graaf, R. de et al. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht, Trimbos-instituut, 2010

²⁴ Circa 6% heeft een stemmingsstoornis, 10% een angststoornis, 6% een middelenstoornis en 2% een aandachtstekort- of gedragsstoornis; sommige mensen hebben meerdere stoornissen, waardoor de prevalentie van de afzonderlijke stoornissen niet optellen tot het totaal aantal mensen met een stoornis.

als hun score op de MHI5 daar aanleiding toe geeft. Het gaat dan om bijna 20% van de bevolking (zie tabel 2.2).

Combinatie lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen

Op basis van de voorgaande gegevens is het ook mogelijk om een schatting te maken van het aandeel mensen dat een combinatie van lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen heeft. In totaal heeft 32% van de volwassen Nederlanders een gezondheidsprobleem: ruim 12% heeft alleen een lichamenlijk probleem, circa 12% heeft alleen een psychisch probleem en ruim 7% heeft een combinatie van beide (zie bovenste regel in tabel 2.3). Bij deze 7% is dus sprake van meervoudige gezondheidsproblemen. Het gaat om een diverse groep (zie ook de eerdere paragrafen): van mensen die moeite hebben met de mobiliteit en zich weinig energiek voelen tot mensen met ernstige lichamenlijke beperkingen die in een rolstoel zitten en mensen met een zware depressie.

Tabel 2.3 Prevalentie van de combinatie van lichamelijke^a en psychische^b gezondheidsproblemen naar achtergrondkenmerken, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)

	geen/weinig	alleen lichamelijk	alleen psychisch	lichamelijk en psychisch	lichamelijk en/of psychisch ^d	Sign
totaal	68,0	12,6	12,0	7,4	32,0	
leeftijdsklasse						p<0,001
18-44 jaar	76,3	5,1	14,7	3,9	23,7	
45-64 jaar	66,5	14,1	11,2	8,2	33,5	
65-74 jaar	53,0	27,2	7,1	12,8	47,1	
≥ 75 jaar	33,8	41,4	2,7	22,1	66,2	
geslacht						p<0,001
man	73,7	10,9	10,1	5,4	26,3	
vrouw	62,4	14,3	14,0	9,3	37,6	
huishoudvorm						p<0,001
huishouden delend	71,2	11,4	11,6	5,8	28,8	
alleenwonend	53,9	18,0	13,9	14,4	46,1	
opleidingsniveau						p<0,001
laag opgeleid	57,7	17,3	12,7	12,2	42,3	
middelbaar opgeleid	73,6	10,1	11,6	4,7	26,4	
hoog opgeleid	76,4	8,6	11,4	3,6	23,6	
etniciteit						p<0,001
autochtone Nederlanders	68,7	13,1	11,2	7,0	31,3	
niet-westerse migranten	58,9	8,8	20,1	12,3	41,1	
buurtkenmerken ^e						p<0,001
gunstige/neutrale buurt	69,0	12,8	11,4	6,8	31,0	
ongunstige buurt	61,8	11,6	15,6	11,0	38,2	
(n)	(6936)	(1253)	(1110)	(675)	(3038)	

- a Matige of ernstige beperking of comorbiditeit (minimaal twee chronische aandoeningen), zie ook noot a in tabel 3.1.
b Psychisch onwelbevinden op basis MHI-5 of langdurige psychische aandoening.
c Deze groep omvat wel personen met een lichte of tijdelijke beperking of één langdurige aandoening.
d Deze kolom is een optelling van de drie hieraan voorafgaande kolommen.
e In navolging van van den Broek et al. (2012)²⁵ is een sociaaleconomisch ongunstige buurt vastgesteld op postcode-niveau op basis van buurtgegevens met betrekking tot inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau (voor de methode zie Knol 1998).²⁶

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

²⁵ Broek, A. van den et al. Kwetsbare gezinnen in Nederland. Achtergrondstudie bij RMO. Ontzorgen en normaliseren. Den Haag, RMO, 2012.

²⁶ Knol, F. Van hoog naar laag, van laag naar hoog. De sociaalruimtelijke ontwikkeling van wijken tussen 1971 en 1995. Rijswijk, Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998.

Zijn er groepen die vaker met meervoudige gezondheidsproblemen te maken hebben dan andere? In het algemeen kan men stellen dat ouderen, vrouwen, alleenstaanden, laagopgeleiden, niet-westerse migranten en mensen die in een sociaaleconomisch ongunstige buurt wonen, vaker te kampen hebben met (meervoudige) gezondheidsproblemen dan jongere mensen, mannen, degenen die hun huishouden delen, hoogopgeleiden en autochtonen (tabel 2.3). Voor een deel komt dit doordat factoren onderling met elkaar samenhangen (ouderen zijn relatief vaker laagopgeleid en ouderen hebben relatief vaker gezondheidsproblemen dus hebben ook laagopgeleiden relatief vaker gezondheidsproblemen), maar ook als men statistisch corrigeert voor deze samenhang, blijven de verschillen tussen subgroepen significant.

Het lijkt opvallend dat niet-westerse-migranten minder lichamelijke gezondheidsproblemen hebben dan autochtone Nederlanders, maar dit hangt samen met het feit dat er relatief weinig (oude) ouderen onder de niet-westerse-migranten zijn: doordat zij relatief jong zijn, hebben zij weinig lichamelijke gezondheidsproblemen.

Meer gegevens over de relatie tussen lichamelijke en psychische gezondheid zijn te achterhalen uit de NESDA-studie (Nederlandse Studie naar Depressie en Angst, zie ook § 2.1). Van alle respondenten bij wie een huidige (in afgelopen 6 maanden aanwezig) angst of depressieve stoornis kon worden vastgesteld,²⁷ hebben we bekeken welke mensen ook een chronisch lichamelijke aandoening hadden waarvoor men medicatie gebruikte of onder behandeling was.²⁸ De groep met zowel een angst- of depressieve stoornis als een lichamelijke aandoening kon zo op

²⁷ Met behulp van het Composite Interview Diagnostic Instrument, kortom CIDI, werd gemeten of er sprake is van een angst- of depressieve stoornis volgens criteria van de DSM-IV. De volgende psychische stoornissen konden worden vastgesteld: paniekstoornis, agorafobie, GAD, sociale fobie, major depressieve stoornis en dysthymie. De aanwezigheid van alcoholmisbruik, alcoholverslaving en een subklinische depressie (minor depression) zijn voor deze studie buiten beschouwing gelaten.

²⁸ In het 'chronic diseases interview' werd nagevraagd welke (chronisch) somatische ziekten mensen hadden en of zij hiervoor onder behandeling waren en of zij hiervoor medicatie gebruikten. Het ging hierbij om de volgende lichamelijke aandoeningen: astma, chronische bronchitis, longemfyseem/ hartziekte, hartinfarct/ diabetes/ artritis, artrose/ reumatische aandoeningen/ tumor, uitzaaingen/ metastasen/ maagzweer, zweer aan 12-vingerige darm/ darmstoornissen/ lever ziekten, lever cirrose/ epilepsie/ schildklierziekte.

een aantal demografische kenmerken worden vergeleken met de mensen zonder een angst of depressieve stoornis (zie tabel 2.4). Het gaat hier niet om het voorkomen (prevalentie) van de combinatie van psychische problemen als angst en depressie met lichamelijke aandoeningen, maar om het beschrijven van groepen op basis van demografische kenmerken. De respondenten met zowel een angst of depressieve stoornis als een lichamelijke aandoening zijn gemiddeld even oud als de mensen zonder deze problemen, maar zijn iets vaker vrouw, zijn lager opgeleid en hebben minder vaak een baan.

Tabel 2.4 Demografische kenmerken van mensen met een angst- of depressieve stoornis met en zonder lichamelijke aandoening en van mensen zonder deze problemen (in gemiddelden en procenten)^a

	angst- of depressieve stoornis en lichamelijke aandoening	angst- of depressieve stoornis zonder licha- melijke aandoening	zonder angst- of depressieve stoornis of lichamelijke aandoening
leeftijd, gem.(sd)	42,4 (12,1)	40,9 (12,4)	42,3 (14,2)
leeftijd categorie (%)			
18-44 jaar	52,7	59,4	49,8
45-64 jaar	47,1	40,5	49,4
65-74 jaar	0,2	0,1	0,8
geslacht, % vrouw	69,7	66,3	65,6
opleidingsniveau (%)			
hoog	30,2	29,8	43,4
midden	60,7	62,5	52,3
laag	9,1	7,8	4,3
werkstatus (%)			
geen betaalde baan	45,4	45,5	33,3
wel een baan	54,6	54,5	66,7
(n)	(537)	(1.156)	(864)

^a De NESDA-studie vond plaats bij 18-65 jarigen.

Bron: NESDA: baseline meting 2007.

2.3 Mogelijke sociale problemen, arbeidsmarktproblemen en financiële problemen

Bij meervoudige problematiek gaat het om de combinatie van gezondheidsproblemen en andere problemen, zoals sociale problemen, problemen op de arbeidsmarkt of inkomensproblemen. Op basis van het AVO zijn enkele indicatoren beschikbaar die een indruk geven van het aantal mensen dat te maken heeft met dit soort problemen. Hierbij dient men zich wel te realiseren dat het steeds om globale indicatoren gaat, die alleen aangeven dat mensen ten tijde van het interview op een bepaald terrein mogelijk te kampen hebben met een achterstand. Dat wil echter niet zeggen dat deze mensen allemaal echt problemen ervaren. Daarom wordt hier, in navolging van Bosselaar et al. (2010), gesproken van 'mogelijke problemen'.²⁹ Problemen met wonen, de taal, criminaliteit en huiselijk geweld/mishandeling zijn zeker belangrijk als het gaat om het in kaart brengen van multiproblemen, maar worden hier buiten beschouwing gelaten omdat hierover in het AVO geen gegevens beschikbaar zijn.

Ongeveer 11% van de Nederlanders zou meer sociale contacten willen hebben (tabel 2.5). Opvallend is dat er hierbij geen sterke relatie is met leeftijd: zowel de 18-44-jarigen als de 75-plussers hebben relatief vaak behoefte aan meer sociale contacten. Dit kan samenhangen met de globale manier waarop naar tevredenheid met contacten is gevraagd.³⁰ Circa 3% van de Nederlanders heeft te maken (gehad) met verslavingsproblemen in hun huishouden.³¹ Dit komt vaker voor bij mensen jonger dan 65 jaar dan bij 65-plussers. Omdat niet bekend is of het hierbij gaat om de respondent zelf of om iemand anders in het huishouden, is verslaving hier opgevat als een sociaal probleem en niet als een

²⁹ Bosselaar, H. et al. Multiproblematiek bij cliënten. Verslag van een verkenning in relatie tot (arbeids)participatie. Utrecht/Leiden, Meccano/Astri, 2010

³⁰ In het AVO is gevraagd 'Ziet en spreekt u mensen zo vaak als u zou willen?' Ook is gevraagd hoe vaak mensen contact hebben met een aantal netwerkcategorieën, waarbij in het midden is gelaten of dat gaat om een bezoek of bijvoorbeeld telefonisch contact. Hier is verondersteld dat mensen een 'sociaal probleem' hebben als zij zelf aangeven dat ze meer sociaal contact willen hebben en niet al wekelijks contact hebben met familie en vrienden. Dit laatste is vrij ruim gedefinieerd, omdat ook telefonische contacten meetellen. Het AVO bevat geen goede indicator om eenzaamheidsproblematiek vast te stellen.

³¹ In het AVO is gevraagd 'heeft u in uw huishouden de afgelopen drie jaar te maken gehad met een verslavingsprobleem, zoals alcoholverslaving, gokverslaving of drugsverslaving.'

gezondheidsprobleem. Bijna 6% van de Nederlanders is werkloos of arbeidsongeschikt. Bij de mensen jonger dan 65 jaar gaat het om ongeveer 7% (niet in tabel); dit komt vaker voor bij 45-64-jarigen dan bij 18-44-jarigen.³² Circa een op de acht Nederlanders heeft moeite om financieel rond te komen. Dit komt bij 65-74-jarigen iets minder vaak voor dan bij anderen.³³ Soede (2012) gaat uitgebreid in op de subjectieve inkomensbeleving van ouderen.³⁴ De vraag of men kan rondkomen hangt uiteraard samen met iemands inkomen (hoe hoger het inkomen, hoe makkelijker men rond kan komen), maar ook met iemands levensfase en het eerder genoten inkomen. Dat 65-74-jarigen iets makkelijker kunnen rondkomen kan bijvoorbeeld verklaard worden doordat een deel van de mensen (degenen die daarvoor een uitkering hadden) er na de pensionering financieel op vooruit gaan als ze AOW krijgen, maar ook doordat zij dan minder geld kwijt zijn aan woon-werkverkeer of bedrijfskleding. Voor de oudste groep (75+) geldt dat zij mogelijk meer inkomen nodig heeft vanwege meerkosten die zij moeten maken in verband met een slechtere gezondheid en met het feit dat deze groep minder vaak een volledig pensioen heeft opgebouwd. Het moeilijk kunnen rondkomen is een globale aanduiding van financiële problemen. Bij meervoudige problemen gaat het vaak om mensen die zo diep in de schulden zitten dat ze te maken hebben met de schuldhulpverlening. Volgens de Nederlandse Vereniging van Volkskredietbanken hebben zich in 2010 circa 80.000 huishoudens met schulden gemeld bij de schuldhulpverlening.³⁵ Het CBS meldt dat er in 2011 15.000 schuldsaneringen werden uitgesproken, 30% meer dan in 2010.³⁶

³² Gevraagd is welke situatie het meest van toepassing is: werkloos/werkzoekend, huisvrouw/huisman, arbeidsongeschikt/in WAO, scholier/student, gepensioneerd/VUT of anders. Hier zijn de categorieën werkloos/werkzoekend en arbeidsongeschikt/in WAO samengenomen.

³³ Mensen is gevraagd of zij moeite hebben om rond te komen van hun inkomen. De antwoorden 'moeilijk' en 'zeer moeilijk' zijn samengevoegd.

³⁴ Soede, A. Tevreden met pensioen (werktitel). Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, te verschijnen.

³⁵ Zie <http://www.kredietbanknederland.nl/fors-meer-huishoudens-hebben-schulden.ashx>

³⁶ CBS. Aantal schuldsaneringen blijft stijgen. In: CBS-webmagazine, 2 april 2012 (zie www.cbs.nl)

Tabel 2.5 Prevalentie van mogelijke sociale en sociaaleconomische problemen naar leeftijdsklasse, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)^a					
	18-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
sociale problemen					
zou meer sociale contacten willen	12,1	10,3	8,6	13,1	11,2
verslavingsprobleem in huishouden (3 jaar)	2,9	3,4	1,0	0,4	2,7
sociaaleconomische problemen					
werkloos of arbeidsongeschikt	4,6	10,3	NVT	NVT	5,7
moeite om financieel rond te komen	12,7	12,3	10,5	12,2	12,3
minimaal één van bovenstaande	26,1	27,5	18,9	22,3	25,6
(n)	(4.864)	(3.826)	(1.173)	(691)	(10.554)

a Het gaat om problemen ten tijde van het interview, niet noodzakelijk om langdurige problemen

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

Combineren we deze gegevens, dan heeft ongeveer een kwart van de volwassenen een mogelijk sociaal of sociaaleconomisch probleem. Dit komt vaker voor bij mensen die jonger zijn dan 65 jaar dan bij 65-plussers, doordat ouderen niet te maken hebben met arbeidsmarktproblemen.

2.4 De combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijk andere problemen

Het voorkomen van de combinatie van problemen

In deze studie zijn we op zoek naar de combinatie van gezondheidsproblemen en andere problemen. Eerder (tabel 2.3) was te zien dat 32% van de bevolking te maken heeft met (lichamelijke of psychische) gezondheidsproblemen. Van hen heeft ruim een vijfde (21%) moeite om financieel rond te komen (rechterkolom). Financiële problemen komen bij de groep met meervoudige gezondheidsproblemen veel meer voor (34%) dan bij mensen die alleen psychische problemen hebben (20%) of alleen lichamelijke problemen hebben (14%). Ongeveer een op de acht mensen met gezondheidsproblemen heeft te maken met werkloosheid of arbeidsongeschiktheid. Ook dit komt veel vaker voor bij mensen met een combinatie van lichamelijke en psychi-

sche problemen (23%) dan bij mensen met alleen lichamelijke of psychische problemen.³⁷ Van de mensen met gezondheidsproblemen zou 17,8% meer sociale contacten willen hebben; veel minder mensen hebben te maken (gehad) met verslavingsproblemen in het huishouden. In totaal heeft ongeveer 40% van de mensen met gezondheidsproblemen te maken met mogelijke sociale of sociaaleconomische problemen. Dit komt vooral voor bij mensen met meervoudige gezondheidsproblemen (60%). Deze cijfers laten zien dat sommige problemen vaak voorkomen in combinatie met gezondheidsproblemen, maar zeggen niets over het oorzakelijk verband. Aan het eind van deze paragraaf wordt hier meer aandacht aan besteed.

Tabel 2.6 Prevalentie van mogelijk sociale en sociaaleconomische problemen naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen (zie tabel 2.3), zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)

	geen/weinig	alleen lichamelijk	alleen psychisch	lichamelijk en psychisch	lichamelijk en/of psychisch
zou meer contacten willen	8,5	9,4	20,4	27,9	17,8
verslavingsprobleem in het huishouden	2,0	1,9	5,7	6,8	4,4
werkloos of arbeidsongeschikt	2,5	9,1	10,0	22,6	12,5
moeite om financieel rond te komen	7,3	14,3	20,5	34,2	21,2
minimaal één van bovenstaande	18,0	29,6	42,4	60,1	41,4
(n)	(7.017)	(1.287)	(1.130)	(700)	(3.117)

Leeswijzer: van de volwassenen die alleen lichamelijke gezondheidsproblemen hebben, zou 9,4% meer sociale contacten willen hebben en heeft 1,9% in de laatste drie jaar te maken gehad met verslavingsproblematiek in het huishouden.

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

Omgerekend naar de totale bevolking (zie tabel 2.7) heeft 13,3% te maken met meervoudige problemen, dat wil zeggen met een combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen. Hierbij is bij de lichamelijke gezondheid uitgegaan van mensen die ofwel te maken hebben met multimorbiditeit of met matige of ernstige lichamelijke beperking (zie § 2.2). Als ook de mensen met

³⁷ Dit percentage heeft betrekking op alle volwassenen, dus inclusief 65-plussers (die allen noch in de categorie werkloos noch in de categorie arbeidsongeschikt vallen).

één chronische aandoening in ogenschouw waren genomen dan zou 17,3% te maken hebben met meervoudige problemen (niet in tabel 2.7).

Tabel 2.7 Prevalentie van de combinatie van gezondheidsproblemen (zie tabel 2.3) en mogelijke sociale en sociaal-economische problemen (zie tabel 2.5), zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)

	geen/weinig	alleen lichamelijk	alleen psychisch	lichamelijk en psychisch	lichamelijk en/of psychisch
zou meer contacten willen	5,8	1,2	2,5	2,1	5,7
verslavingsprobleem in het huishouden	1,3	0,2	0,7	0,5	1,4
werkloos of arbeidsongeschikt	1,7	1,2	1,2	1,7	4,0
moeite om financieel rond te komen	5,0	1,8	2,5	2,5	6,8
minimaal één van bovenstaande	12,3	3,7	5,1	4,4	13,3
(n)	(7.017)	(1287)	(1.130)	(700)	(3.117)

Leeswijzer: van alle volwassen Nederlanders heeft 5,7% een (lichamelijk en/of psychisch) gezondheidsprobleem en zou meer contact willen hebben (zie bovenaan rechterkolom).

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

De combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijk andere problemen bij subgroepen

In totaal heeft 13,3% van de volwassen Nederlanders te kampen met een combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen (tabel 2.7). Als we kijken welke bevolkingsgroepen relatief vaak met dit soort meervoudige problemen te maken hebben (rechter kolom tabel 2.8), dan gaat het om dezelfde groepen die eerder genoemd werden toen het ging om meervoudige gezondheidsproblemen: ouderen (75-plussers), vrouwen, alleenstaanden, laagopgeleiden, niet-westerse migranten en mensen die in een sociaaleconomisch ongunstige buurt wonen. De 65-74-jarigen hebben relatief weinig meervoudige problemen: eerder (tabel 2.5) was te zien dat deze groep geen arbeidsmarktproblemen kent (en jongere mensen wel) en relatief weinig sociale contacten mist (en 75-plussers wel). In totaal heeft 15% van de 65-plussers te maken met meervoudige problemen. In hoofdstuk 7 wordt meer aandacht besteed aan ouderen.

Tabel 2.8 Prevalentie van meervoudige problemen (de combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen) naar achtergrondkenmerken, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)

	geen gezondheids of sociaal probleem ^a	alleen gezondheidsprobleem	alleen mogelijk sociaal probleem	gezondheids+ mogelijk sociaal probleem	sign
totaal	55,7	18,8	12,3	13,3	
leeftijdsklasse					p<0,001
18-44 jaar	61,3	12,7	15,0	10,9	
45-64 jaar	54,6	17,8	11,9	15,7	
65-74 jaar	47,6	34,8	5,3	12,2	
≥ 75 jaar	30,3	46,7	3,5	19,4	
geslacht					p<0,001
man	60,5	15,9	13,2	10,4	
vrouw	51,1	21,5	11,4	16,0	
huishoudvorm					p<0,001
huishouden delend	59,2	17,5	12,1	11,2	
alleenwonend	41,0	24,0	13,0	22,1	
opleidingsniveau					p<0,001
laag opgeleid	46,5	23,6	11,3	18,7	
middelbaar opgeleid	60,9	15,5	12,7	10,9	
hoog opgeleid	63,2	15,3	13,1	8,3	
etniciteit					p<0,001
autochtone Nederlanders	57,2	19,2	11,5	12,1	
niet-westerse migranten	39,3	15,3	19,4	25,8	
buurtkenmerken ^b					p<0,001
gunstige/neutrale buurt	57,0	18,9	12,0	12,0	
ongunstige buurt	48,1	17,7	13,7	20,5	
(n)	(5.568)	(1.887)	(1.214)	(1.329)	

a Deze groep omvat wel personen met een lichte of tijdelijke beperking of één langdurige aandoening.

b Het gaat om sociaaleconomisch ongunstige buurt (zie tabel 2.3).

Bron: SCP/CBS.(AVO'07).

Causaliteit van meervoudige problematiek

Hiervoor is getoond dat gezondheidsproblemen vaak samengaan met andere problemen, zoals problemen met arbeid of inkomen.

Hiermee is niets gezegd over de causaliteit. Hebben mensen eerst gezondheidsproblemen en kunnen zij daardoor moeilijker werk vinden of leiden problemen op het werk tot gezondheidsproblemen? Op basis van het AVO, dat een eenmalige meting is, is niets te zeggen over de causaliteit van problemen. Daarom wordt op basis van literatuurbevindingen kort ingegaan op de relatie tussen gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen.

Relatie contacten - gezondheid

Eerder dit hoofdstuk was te zien dat gezondheidsproblemen vaak samengaan met sociale problemen en dat alleenwonenden vaker te maken hebben met gezondheidsproblemen dan mensen die hun huishouden delen. Ook uit ander onderzoek blijkt dat een klein sociaal netwerk en gezondheidsproblemen elkaar kunnen beïnvloeden.³⁸ Een slechte gezondheid kan leiden tot minder contacten, omdat mensen met een slechte gezondheid meer steun ontvangen dan geven.³⁹ Mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking hebben minder vaak contact en zijn minder tevreden over dit contact dan mensen zonder beperkingen.⁴⁰ Weinig contacten en een tekort aan sociale steun kunnen ook een negatieve invloed hebben op zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid.⁴¹⁻⁴² Zo kan eenzaamheid leiden tot een depressie.⁴³⁻⁴⁴

Relatie arbeid - gezondheid

Ook arbeid en gezondheid hangen op verschillende manieren met elkaar samen. Iemands gezondheid heeft een directe invloed op de

³⁸ Ruijsbroek J.M.H. en M. Droomers. Sociale omgeving en gezondheid. In: Monitor Gezondheidsachterstanden. Bilthoven, RIVM, 2008

<<http://www.gezondheidsachterstanden.nl>>

³⁹ Tilburg, van T. en M. Broese van Groenou, M. Network and Health Changes Among Older Dutch Adults. In: Journal of Social Issues, 2002;58(4), p. 697-713.

⁴⁰ Oldenkamp, M. Beperkt contact? Een kwantitatief onderzoek naar de relatie tussen lichamelijke beperkingen en kenmerken van het sociaal netwerk (afstudeerscriptie). Wageningen, Wageningen University, 2011

⁴¹ Melchior, M. et al. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. Social Science and Medicine 2003; 56: 1817-1830.

⁴² Holt-Lunstad, J. et al. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med 2010;7 (7): e1000316.

doi:10.1371/journal.pmed.1000316.

⁴³ Savelkoul, M. en T.G. van Tilburg Eenzaamheid samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM, 2010 <www.nationaalkompas.nl>.

⁴⁴ Croezen, S. Social relationships and healthy aging. Wageningen, Wageningen University, 2010.

mogelijkheden tot arbeidsparticipatie, maar een verlies van arbeid kan ook leiden tot (psychische) gezondheidsproblemen.⁴⁵⁻⁴⁶ Een uitgebreide studie van de Koning et al. (2009) laat zien dat een slechte gezondheid leidt tot een lagere kans op betaald werk, een lager uurloon en minder gewerkte uren. Ook ander onderzoek laat zien dat mensen met lichamelijke beperkingen minder vaak werken dan mensen zonder beperkingen en dat de kans op werk kleiner is naarmate de beperkingen ernstiger zijn.^{47;-48-;49} De kwaliteit van het werk of het ontbreken van werk kan ook gevolgen hebben voor de gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met de eentonigheid en de zwaarte van het werk. Bepaalde typen werk brengen daarnaast risico's op ongelukken, beroepsziekten en lichamelijke slijtage met zich mee.⁵⁰ Ook het verlies van werk kan een negatief gevolg hebben voor de gezondheid.⁵¹ Bosselaar et al. (2010) hebben onderzoek gedaan naar meervoudige problematiek bij mensen die langdurig een bijstands-, werkloosheids- of arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. Zij schatten in dat circa 40% van deze groepte maken heeft met minimaal twee problemen. Het gaat dan om problemen zoals een laag opleidingsniveau, alleenstaand ouderschap, langer dan drie jaar een bijstandsuitkering ontvangen, tienermoederschap, problemen met de gezondheid, een lichte verstandelijke beperking en adresloosheid.⁵²

⁴⁵ Koning, J. de et al. Participatie en Gezondheid. Thema 1: de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk. Rotterdam, SEOR, 2008.

⁴⁶ Koning, J. de, et al. Gezondheid en arbeidsgerelateerde baten. Rotterdam, SEOR en SEO, 2009.

⁴⁷ Jehoel-Gijsbers, G. Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

⁴⁸ Klerk, M. de (red.) Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.

⁴⁹ Meulenkamp et al. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen: Rapportage Participatiemonitor 2011. Utrecht, Nivel, 2011.

⁵⁰ Daubas-Letourneux, V. en A. Thébaud-Mony. Work organisation and health at Work in the European Union. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003.

⁵¹ McKee-Ryan, F.M. et al. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology* 2005;90(1):53-76.

⁵² Bosselaar, H. et al. Multiproblematiek bij cliënten. Verslag van een verkenning in relatie tot (arbeids)participatie. Utrecht/Leiden, Meccano/Astri, 2010.

Meervoudige problematiek en lage SES

Dat meervoudige problematiek relatief veel voorkomt bij mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) is niet nieuw. Mensen met een lage SES zijn gemiddeld minder gezond en leven minder lang dan mensen met een hogere SES.⁵³ Stowasser et al. (2011) schetsen verschillende mogelijke relaties tussen een lage SES en gezondheid.⁵⁴ Zo kan een lage SES leiden tot een slechtere gezondheid (bijvoorbeeld omdat mensen onder slechtere omstandigheden werken of wonen of een ongezondere leefstijl hebben). Een slechte gezondheid kan echter ook invloed hebben op de sociaal economische status (bijvoorbeeld doordat ongezondere mensen minder makkelijk werk vinden of doordat ziekte hoge kosten met zich meebrengt). Tot slot zou een derde factor, zoals genetische factoren die zowel samenhangen met fysieke gezondheid als minder intellectuele vaardigheden, een rol kunnen spelen. De Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen II (2001) geeft aan dat bepaalde leefstijlfactoren (zoals roken, gebrek aan lichaamsbeweging en een geringe consumptie van groente en fruit) en psychosociale stressoren, zoals langdurig financiële problemen of ongunstige arbeidsomstandigheden meer bij mensen met een lage SES voorkomen en dat dit bijdraagt aan het ontstaan van de gezondheidsverschillen.⁵⁵

2.5 Samenvatting

Hoeveel mensen hebben te maken met meervoudige problemen?

In dit onderzoek is, op basis van beschikbare indicatoren, een schatting gemaakt van het aantal Nederlanders dat te maken heeft met meervoudige (gezondheids)problemen. Hieruit komt naar voren dat 7,4% van de volwassenen te maken heeft met meervoudige gezondheidsproblemen (een combinatie van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen) en 13,3% met een combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen (sociale problemen zoals meer contacten zouden willen hebben of te maken hebben (gehad) met verslavingsproblemen in het gezin of sociaal-economische problemen, zoals werkloosheid of arbeidsongeschikt-

⁵³ Hoeymans, N. et al. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven, RIVM, 2010.

⁵⁴ Stowasser, T. et al. Healthy, wealthy, and Wise? Revisited. An analysis of the causal pathways from socio-economic status to health. In: Investigations in the Economics of Aging, D. Wise (ed). University of Chicago Press. Fortcoming.

⁵⁵ Programmacommissie Sociaal economische gezondheidsverschillen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II. ZorgOnderzoek Nederland, 2001.

heid of moeite om rond te komen van het inkomen). Hierbij gaat het om een schatting. Het exacte aandeel hangt af van de terreinen die in ogenschouw worden meegenomen en de exacte indicatoren die zijn gebruikt. Zo is bij de lichamelijke gezondheid uitgegaan van multimorbiditeit en het hebben van matige of ernstige beperkingen. Als ook het hebben van minimaal één chronische aandoening was meegenomen, dan zou het aandeel Nederlanders dat te maken heeft met meervoudige problematiek op 17,3% zijn uitgekomen. Bij de sociale en sociaaleconomische problemen wordt bewust gesproken van mogelijke problemen. Zo heeft niet iedereen die meer sociale contacten zou willen hebben ook echt een eenzaamheidsprobleem. De hier gevonden schattingen vormen dus mogelijk een overschatting van de daadwerkelijke problemen. Anderzijds zijn over enkele mogelijke probleemgebieden, zoals woonkenmerken, criminaliteit, huiselijk geweld/mishandeling en taalproblemen geen gegevens beschikbaar in het AVO. Ook indicatoren over dementie ontbreken. Deze problemen zijn dus niet onderzocht, hetgeen tot een mogelijke onderschatting van het aandeel mensen met meervoudige problemen leidt.

Het hier gebruikte databestand is afkomstig uit 2007 en is daarmee al weer vijf jaar oud. Het is niet met zekerheid te zegen wat dat betekent voor de inschatting van het aantal mensen met meervoudige problemen. In het algemeen is de prevalentie van gezondheidsproblemen redelijk stabiel in de tijd.⁵⁶ Ook de recente ongunstige economische ontwikkelingen lijken nog niet tot grote problemen te hebben geleid. Wel is het waarschijnlijk dat bijvoorbeeld de toename van het aantal ouderen of een langer aanhoudende economische crisis er toe kunnen leiden dat het aandeel mensen met meervoudige problemen groter wordt.

Bij welke groepen komen meervoudige problemen veel voor?

Zowel de combinatie van lichamelijke als psychische gezondheidsproblemen als de combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen komen relatief veel voor bij ouderen (19% van de 75-plussers heeft te maken met meervoudige problemen), vrouwen (16%), alleenstaanden (22%), laagopgeleiden (19%), niet-westerse migranten (26%) en mensen die in een buurt wonen waarin veel mensen met een lage sociaaleconomische status wonen (21%).

⁵⁶ Klerk, M. de et al. SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006.

3 Zorggebruik van mensen met meervoudige problemen op basis van zelfrapportage

Mirjam de Klerk (SCP) en Marijn Prins (NIVEL)

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geschetst hoeveel mensen te maken hebben met meervoudige problemen. Veel van deze mensen hebben regelmatig te maken met meerdere hulpverleners, zo mag verondersteld worden. In dit hoofdstuk wordt geschetst in hoeverre mensen met meervoudige problematiek contact hebben met diverse hulpverleners. Het gaat hierbij zowel om medisch-curatieve zorg in de eerste en tweede lijn, als om (langdurige) verzorging die wordt verstrekt in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In het beschikbare datamateriaal zijn gegevens beschikbaar over het al dan niet hebben van contact hebben, maar niet over de reden van het contact. Over de kwaliteit van het contact (of de cliënt het idee heeft dat de klacht goed begrepen is, of er goed is doorgevraagd) zijn geen gegevens beschikbaar. Uit eerder onderzoek is hier wel iets over bekend. Die gegevens, die niet direct betrekking hebben op de groep met meervoudige problemen maar wel op mensen die zorg nodig hebben, worden aan het eind van het hoofdstuk samengevat.

Als het gaat om zorggebruik, dan zijn er twee mogelijke manieren om hiernaar te kijken: vanuit het oogpunt van de bevolking/cliënten en vanuit het oogpunt van de hulpverlener. In dit hoofdstuk bekijken we het zorggebruik vanuit de cliënten waarbij gebruik wordt gemaakt van zelf gerapporteerd zorggebruik. In hoofdstuk 4 wordt op basis van zorgregistraties beschreven in hoeverre hulpverleners te maken hebben met cliënten met meervoudige problemen, dus in hoeverre hulpverleners problemen op meerdere gebieden registreren.

Databronnen

In dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van verschillende gegevensbronnen. Dit betreft onder meer het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) uit 2007, een landelijk representatief onderzoek onder de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking (zie ook § 2.1).

Daarnaast is gebruikgemaakt van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL. Dit is een

landelijk representatief panel van ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder met een medisch gediagnosticeerde chronisch somatische ziekte en/of matige of ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen. Panelleden met chronische ziekten zijn geworven via huisartspraktijken; mensen met een lichamelijke beperking via bevolkingsonderzoeken.⁵⁷ Voor dit hoofdstuk worden gegevens gebruikt die zijn verzameld in 2011 over het zorggebruik in 2010. In 2011 hebben zo'n 1.480 mensen met een chronische ziekte en 1.150 mensen met een matige of ernstige beperking de vragenlijsten ingevuld. Chronisch zieken en mensen met beperkingen zijn geen elkaar uitsluitende categorieën. Bij ongeveer een derde van de mensen met een chronische ziekte is er ook sprake van matige of ernstige beperkingen. Andersom geldt dat ook, circa een derde van de mensen met een beperking heeft ook een chronische ziekte.

Tot slot wordt gebruikgemaakt van gegevens van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA), een longitudinale cohort studie die mensen met angst en depressie problemen en mensen zonder deze problemen gedurende 8 jaar volgt (zie ook § 2.1).

Opbouw hoofdstuk

In dit hoofdstuk kijken we eerst naar het zorggebruik van mensen met meervoudige problemen (§ 3.2). Het gaat dan zowel om het gebruik van medisch curatieve zorg als om het gebruik van langdurige verzorging en verpleging thuis. De intramurale zorg blijft buiten beschouwing. Deze komt wel aan bod in hoofdstuk 7, waarin de ouderen centraal staan. In paragraaf 3.3 gaan we nader in op het zorggebruik van chronisch zieken en mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen en in paragraaf 3.4 op het zorggebruik van mensen met psychische problemen. Vervolgens besteden we in paragraaf 3.5 aandacht aan het (vinden van het) juiste loket en de nauwe blik waarmee hulpverleners soms naar cliënten kijken. In paragraaf 3.6 volgt een samenvatting van het hoofdstuk.

⁵⁷ Dit betreft bijvoorbeeld zoals het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (SCP), het Woning Behoeftte Onderzoek en WoON-onderzoek (ministerie van VROM) en, vanaf 2010, het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS, CBS).

3.2 Zorggebruik van mensen met meervoudige problemen

Medisch-curatieve en psycho-sociale zorg

Uiteraard is er in het algemeen een aanleiding om naar de hulpverlener te gaan. Als het gaat om het vaststellen van het gebruik van zorg zijn er in het AVO alleen globale indicaties van het zorggebruik bekend (zoals 'heeft iemand in de afgelopen drie maanden een huisarts geraadpleegd'). Er is hier geen rechtstreeks verband met de meervoudige problematiek te leggen (er is niet gevraagd om welke reden men naar een hulpverlener is gegaan). Iemand kan dus bijvoorbeeld ook voor een griep prik contact met de huisarts hebben gehad.

Van alle mensen met gezondheidsproblemen heeft ongeveer 86% contact gehad met een hulpverlener (zie tabel 3.1 onderaan). Hierbij zijn er kleine verschillen tussen subgroepen (niet in tabel). Jongere mensen (18-44-jarigen in dit onderzoek), mannen en mensen die hun huishouden delen hebben minder vaak contact met een hulpverlener dan oudere mensen, vrouwen en alleenstaanden. Dit geldt ook als men, met multivariate analyses, rekening houdt met de onderlinge samenhang tussen dit soort factoren. Het opleidingsniveau, de etniciteit of de sociaaleconomische samenstelling van de buurt hangen niet samen met het gebruik van medisch-curatieve zorg. Contact met hulpverleners komt vooral voor bij mensen met lichamelijke gezondheidsproblemen (91%) of een combinatie van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen (94%). Ook hebben mensen met zowel lichamelijke als psychische problemen gemiddeld met meer hulpverleners contact.

Vooraf met de huisarts hebben veel mensen contact: ongeveer 77% van de mensen met een lichamelijk en/of psychisch gezondheidsprobleem heeft contact met de huisarts gehad in de drie maanden voorafgaand aan het interview en de helft heeft een specialist geraadpleegd. Mensen met een combinatie van lichamelijk en psychische problemen raadplegen gemiddeld iets vaker een huisarts, een specialist of een fysiotherapeut en zijn vaker opgenomen in een ziekenhuis dan mensen met alleen lichamelijke problemen. Een opname in het ziekenhuis, contact met een instelling op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz-instelling) of contact met het algemeen maatschappelijk werk (amw) komen vooral voor bij de combinatie van lichamelijke en psychische problemen.

Tabel 3.1 Gebruik van medisch-curatieve voorzieningen in de periode van een aantal maanden (zie noten) naar meervoudige gezondheidsproblemen, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)

	geen/weinig gezondheidsproblemen ^a	alleen lichamelijk	alleen psychisch	lichamelijk en psychisch	lichamelijk en/of psychisch	totaal
huisarts geraadpleegd ^b	54,1	82,3	67,0	85,8	77,4	61,6
contact medisch specialist ^b	24,6	58,8	31,9	66,1	50,4	32,8
gebruikgemaakt van fysiotherapie ^c	20,7	44,0	24,0	47,0	37,2	26,0
opgenomen geweest in ziekenhuis of kliniek ^c	7,1	23,7	11,1	30,8	20,6	11,4
gebruikgemaakt van ggz-instelling ^c	2,5	3,5	16,9	21,6	12,7	5,8
gebruikgemaakt van amw ^c	1,5	3,9	8,4	16,9	8,6	3,8
minimaal 1 van bovenstaande gemiddelde aantal hulpverleners ^d	64,2	90,8	77,0	93,7	86,3	71,32
(n)	(7.017)	(1.287)	(1.130)	(700)	(3.117)	

a Van de groep 'geen/weinig gezondheidsproblemen' heeft 17% één chronische aandoening, 4% een lichte lichamelijke beperking en 4% een combinatie van beide. De overige 75% heeft noch een aandoening, noch een beperking. Iets dergelijks geldt ook voor de groep 'alleen psychisch'.

b In de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek.

c In de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek.

d Dit is inclusief mensen die geen contact hadden.

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

Het lijkt opvallend dat zoveel mensen een (huis)arts geraadpleegd hebben terwijl zij geen gezondheidsklachten hebben, maar dat heeft te maken met het feit dat we bij de indeling van gezondheidsklachten alleen gekeken hebben naar multimorbiditeit of ernstigere beperkingen. Mensen kunnen uiteraard ook een arts raadplegen in verband met een griep prik of een verstuite enkel, dit is hier ingedeeld in de categorie 'geen/weinig gezondheidsproblemen'.

Soms zijn er aanzienlijke verschillen in zorggebruik tussen mensen met lichamelijke en met psychische problemen in het gebruik van voorzieningen (zie tabel 3.1). Daarom is in tabel 3.2 een onderscheid gemaakt tussen mensen met lichamelijke problemen, al dan niet in combinatie met mogelijke andere problemen, en met psychische problemen, al dan niet in combinatie met andere problemen. Uit deze tabel valt op te maken dat mensen met meervoudige pro-

blemen vaker gebruikmaken van diverse vormen van zorg (zoals een specialist, ggz-instelling of het amw) dan mensen die alleen een lichamelijk of psychisch probleem hebben. De hier gevonden verschillen tussen mensen met en zonder mogelijke ‘andere problemen’ zijn ook significant als statistisch rekening wordt gehouden voor verschillen in kenmerken zoals leeftijd, geslacht, huishoudvorm en opleidingsniveau.

Tabel 3.2 Gebruik van medisch-curatieve voorzieningen in de periode van een aantal maanden (zie noten) naar gezondheidsproblemen, al dan niet in combinatie met andere problemen, naar lichamelijke en psychische gezondheid, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)^a

	alleen lichamelijk	lichamelijk+ anders		alleen psychisch	psychisch+ anders	
huisarts geraadpleegd ^b	83,2	83,0		72,4	75,5	
contact medisch specialist ^b	59,4	65,0	p<0,05	41,0	48,9	p<0,01
gebruikgemaakt van fysiotherapie ^c	45,1	43,1		33,5	31,9	
opgenomen geweest in ziekenhuis of kliniek ^c	26,3	25,8		16,3	21,0	p<0,05
gebruikgemaakt van ggz-instelling ^c	4,8	16,8	p<0,001	13,8	23,8	p<0,001
gebruikgemaakt van amw ^c	4,6	15,2	p<0,001	7,5	16,0	p<0,001
minimaal 1 van bovenstaande	91,8	90,8		81,4	85,1	
gemiddelde aantal hulpverleners ^d	2,2	2,4		1,8	2,2	
(n) ^e	(1.303)	(837)		(978)	(780)	

- a Bij ‘alleen lichamelijk’ wordt bedoeld dat mensen geen andere (sociale of sociaaleconomische problemen) hebben. Deze mensen kunnen wel psychische problemen hebben; dit geldt ook voor ‘alleen psychisch’: deze mensen kunnen ook lichamelijke problemen hebben.
- b In de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek.
- c In de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek.
- d Dit is inclusief mensen die geen contact hadden.
- e De (n) wijkt af van eerdere tabellen doordat bijvoorbeeld bij ‘alleen lichamelijk’ versus ‘lichamelijk en anders’ de mensen met een psychisch probleem in beide gevallen ook deel uit kunnen maken van deze groepen; idem voor uitsplitsing bij psychische problemen.

Bron: SCP/CBS (AVO’07).

Hulp in het kader van de Wmo en de AWBZ

Ongeveer 20% van de mensen die te maken hebben met lichamelijke problemen, al dan niet in combinatie met mogelijke andere (sociale of sociaaleconomische) problemen, maakt gebruik van zorg in het kader van de AWBZ of de Wmo. Er zijn

hierbij geen verschillen tussen mensen die alleen een lichamelijk gezondheidsprobleem hebben en mensen die ook andere problemen hebben. Blijkbaar leidt het hebben van bijkomende problemen niet tot meer hulp in het kader van de Wmo of AWBZ-zorg. In hoofdstuk 7 zal overigens blijken dat het zorggebruik bij ouderen met complexe problemen aanzienlijk groter is. Daar ontvangt ongeveer de helft van de 65-plussers enige vorm van zorg. Mogelijk hebben ouderen ernstigere problemen, maar ook het feit dat zij vaker alleenstaand zijn en geen partner hebben die hen kan verzorgen zal wellicht een rol spelen.

Tabel 3.3 Gebruik van thuiszorg in het afgelopen jaar naar functie^a naar de combinatie van lichamelijke gezondheidsproblemen en mogelijke problemen, zelfstandig wonende volwassenen, 2007 (in procenten)^a

	alleen lichame- lijk probleem	lichamelijk+ mogelijk ander probleem	sign
hulp bij het huishouden	15,8	18,1	n.s.
persoonlijke verzorging	7,3	8,4	n.s.
verpleegkundige hulp	5,1	5,0	n.s.
totaal	19,7	21,5	n.s.
	(1303)	(837)	

a Inclusief mensen met een pgb voor hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging of verpleging.

Bron: SCP/CBS (AVO'07).

Uit tabel 3.3 is af te leiden dat een deel van de mensen die gebruik maakt van bijvoorbeeld AWBZ-zorg naast gezondheidsproblemen ook te maken heeft met mogelijke andere problemen, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt. Onderzoek van het CBS naar de samenloop van regelingen laat zien dat veel mensen zowel (AWBZ) zorg als een arbeidsmarktuitering nodig hebben: er waren in 2009 ongeveer 135.000 mensen (15-65-jarigen) met zowel een AWBZ-indicatie als een indicatie voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering of Wsw-uitkering (uitkering in het kader van de Wet sociale werkvoorziening).^{58;59}

⁵⁸ Vieveen, E. et al. Samenloop van zorg en inkomen 2009. Den Haag/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek/Centrum voor beleidsstatistiek, 2011.

⁵⁹ Het gaat hierbij alleen om mensen die in 2009 een indicatie (voor AWBZ of uitkering op terrein van de arbeidsmarkt) kregen, dus exclusief mensen die al langer een indicatie hadden.

In de eerste evaluatie naar de werking van de Wet maatschappelijke ondersteuning is dieper ingegaan op het gebruik van Wmo-voorzieningen door mensen met een lichamelijke beperking (een groep die niet noodzakelijk allemaal meervoudige beperkingen heeft)⁶⁰ Het ging daarbij niet alleen om het gebruik van hulp bij het huishouden, maar ook om individuele voorzieningen zoals woningaanpassingen, vervoersvoorzieningen of een rolstoel. Uit dit onderzoek kwam onder meer naar voren dat een vijfde (20%) van de mensen met een lichamelijke beperking in het jaar voorafgaand aan de enquête (die begin 2009 werd afgenomen) contact had met de gemeente (het Wmo-loket) over maatschappelijke ondersteuning. Mensen met een matige of ernstige beperking hadden vaker contact (35%) dan met een lichte beperking (9%). Vooral mensen van wie de beperking in het jaar voorafgaand aan de enquête ernstiger was geworden, hadden relatief vaak contact. Zij hebben vaak een andere voorziening of meer hulp nodig. Daarnaast hebben mensen met lichte lichamelijke beperkingen, jongere mensen (15-55 jarigen), laagopgeleiden en mensen met een hoog inkomen minder vaker contact dan mensen met matige of ernstige beperkingen, 65-plussers, hoogopgeleiden en degenen met een laag inkomen. Ook in eerder onderzoek is gevonden dat mensen jonger dan 55 jaar en mensen met een laag opleidingsniveau minder goed weten waar ze terecht kunnen dan ouderen en hoogopgeleiden.^{61;62} Dat mensen met een hoog inkomen relatief minder vaak contact hebben dan degenen met een lager inkomen hangt waarschijnlijk samen met het feit dat zij vaker voorzieningen zelf kunnen betalen (en een hogere eigen bijdrage moeten betalen) en daarom geen beroep doen op de Wmo.⁶³

⁶⁰ Dijkgraaf, M. Bereik van de Wmo begin 2008 en 2009. In: Marangos, A., et al. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na invoering van de Wmo (vierde tussenrapportage). Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

⁶¹ Klerk, M. de en R. Schellingerhout. Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006.

⁶² Tonkens, E. et al. Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad. Den Haag: Nicis Institute, 2008.

⁶³ Dijkgraaf, M. Bereik van de Wmo begin 2008 en 2009. In: Marangos, A., et al. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na invoering van de Wmo (vierde tussenrapportage). Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

3.3 Zorggebruik van chronisch zieken en mensen met lichamelijke beperkingen

Chronisch zieken vormen een groep die relatief veel zorg gebruikt. In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van het zorggebruik van deze groep.

Gebruik ggz

Van alle chronisch zieken heeft 6,4% in 2010 contact gehad met een vrijgevestigd psycholoog, psychiater of psychotherapeut, GGZ-instelling, maatschappelijk werk, polikliniek psychiatrie, Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) of iets anders. Dit waren vaker vrouwen, jongeren (15 t/m 39 jaar), hoog opgeleiden en mensen met meer dan een chronische ziekte of matige tot ernstige beperkingen (zie tabel 3.4). Het vaakst hadden mensen contact met een vrijgevestigd psycholoog, psychotherapeut of psychiater (3,5%), in mindere mate hadden mensen contact met een Riagg of crisiscentrum (1,1%) en het maatschappelijk werk (0,6%). Van de mensen met een matige of ernstige beperking had ongeveer 16% contact met een ggz-hulpverlener (zie ook tabel 3.4). Ook hier hebben jongere mensen vaker contact dan oudere mensen, maar verder zijn er weinig verschillen tussen subgroepen in het contact met een GGZ hulpverlener.

Tabel 3.4 Contact met een GGZ hulpverlener^a of instantie in 2010 door chronisch zieken of mensen met een beperking, naar demografische- en ziektekenmerken (in procenten)^b

	chronisch zieken	mensen met matige of ernstige beperking
totale groep chronisch zieken	6,4	15,8
sekses		
man	4,5	16,1
vrouw	8,5	15,6
leeftijd		
15 t/m 39 jaar	16,1	29,8
40 t/m 64 jaar	8,2	21,9
65 t/m 74 jaar/65- plusser	5,0	11,5
75 jaar en ouder	2,7	
opleidingsniveau		
laag	4,9	16,4
midden	7,1	15,7
hoog	9,8	14,2
aantal chronische ziekten		
één	5,6	
twee	7,5	
drie of meer	8,5	
aanwezigheid beperkingen		
geen/lichte beperkingen	4,3	
matige/ernstige beper- kingen	13,2	
ook een chronische ziekte		
ja		16,1
nee		15,3

a Dit betreft vooral een vrijgevestigd psycholoog, psychiater of psychotherapeut, GGZ instelling, maatschappelijk werk en polikliniek psychiatrie, Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) of anders.

b De uitsplitsing naar chronisch zieken en mensen met een beperking is gebaseerd op de wijze waarop mensen voor het panel zijn geworven. Binnen de groep chronisch zieken bevinden zich ook mensen met een beperking en binnen de groep mensen met een matige of ernstige beperking bevinden zich ook chronisch zieken. Deze overlap bedraagt ongeveer een derde.

Bron: NIVEL (NPCG) 2011, ontleend aan Jansen et al. (2012)⁶⁴.

⁶⁴ Jansen, D. et al. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht, NIVEL, 2012.

Gebruik bedrijfsgeneeskundige zorg

Van de chronisch zieken met een baan heeft 22,2% van de mensen gebruikgemaakt van bedrijfsgeneeskundige zorg (zie tabel 3.5). Van hen had het grootste deel contact met een bedrijfsarts (16,8%). Hoger opgeleiden lijken vaker een bedrijfsgeneeskundige zorgverlener te raadplegen dan laagopgeleiden en mensen met een of twee chronische ziekten of lichte beperkingen iets minder vaak dan mensen met ernstigere gezondheidsproblemen, maar de betrouwbaarheidsintervallen zijn hier erg groot. Werkenden in de leeftijd van 15 t/m 39 jaar hebben wel vaker contact met een bedrijfsgeneeskundige zorgverlener dan de oudere werkenden. In hoofdstuk 6 wordt dieper ingegaan op het contact met de bedrijfsarts.

Tabel 3.5 Contact met bedrijfsgeneeskundige zorgverlener^a in 2010 door chronisch zieken met een baan naar demografische- en ziektekenmerken (in procenten)

	chronisch zieken
totale groep chronisch zieken	22,2
sekses	
man	22,6
vrouw	21,9
leeftijd	
15 t/m 39 jaar	36,0
40 t/m 64 jaar	19,9
opleidingsniveau	
laag	18,9
midden	24,2
hoog	26,5
aantal chronische ziekten	
één	23,3
twee	24,1
drie of meer	15,2
aanwezigheid beperkingen	
geen/lichte beperkingen	24,0
matige/ernstige beperkingen	19,3
(n)	(439)

a Dit betreft vooral contact met een bedrijfsarts (16,8%), maar ook met een bedrijfsverpleegkundige (1,1%), bedrijfspsycholoog/psychotherapeut (1%), bedrijfsmaatschappelijk werker (0,7%), bedrijfsfysiotherapeut (0,5%).

Bron: NIVEL (NPCG, 2011), ontleend aan Jansen et al. (2012)⁶⁵.

Gebruik van professionele hulp thuis

Bijna een op de tien (9,2%) van de mensen met een chronische ziekte heeft in 2010 enige vorm van thuiszorg gebruikt, 7,5% kreeg huishoudelijke hulp via de Wmo (tabel 3.6). 4,5% ontving thuiszorg via het persoonsgebonden budget (pgb). Een kwart van de chronisch zieken heeft vanwege hun gezondheid hulp gekregen van hun familie of naasten (informele zorg), het ging hierbij vooral om huishoudelijke taken. Bij de mensen met een matige of ernstige beperking zijn deze percentages hoger. Dit is ook logisch, omdat juist die beperkingen de aanleiding vormen

⁶⁵ Jansen, D. et al. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht, NIVEL, 2012.

voor de hulp. Bijna de helft (48,6%) van alle mensen met een beperking heeft enige vorm van thuiszorg ontvangen in 2010, 43% heeft zijn huishoudelijke hulp via de Wmo ontvangen.

Tabel 3.6 Gebruik van professionele hulp thuis door mensen met een chronische ziekte en mensen met een beperking in 2010 (in procenten)

	chronisch zieken	mensen met matige of ernstige beperking
enige vorm van thuiszorg	9,2	48,6
huishoudelijke hulp (zie tabel 3.7)	7,5	43,0
persoonlijke verzorging	2,7	11,7
verpleging	1,0	4,4
informele zorg: vanwege gezondheid hulp van gezin, familie of naasten	24,4	58,5
huishoudelijk werk	18,4	45,1
regelen van zaken/ begeleiding van activiteiten	5,8	25,1
verpleging & verzorging	4,0	12,5

Bron: NIVEL (NPCG, 2011), ontleend aan Jansen et al. (2012)⁶⁶.

In tabel 3.7 wordt nader ingezoomd op de groep met Wmo-hulp. Vrouwen, ouderen en laagopgeleiden krijgen vaker deze hulp dan mannen, jongere mensen en hoogopgeleiden. Opvallend is dat mensen die naast hun handicap ook een chronische ziekte hebben juist minder vaak huishoudelijke hulp via de Wmo hebben gekregen.

⁶⁶ Jansen, D. et al. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht, NIVEL, 2012.

Tabel 3.7 Contact met huishoudelijke hulp via de Wmo in 2010 door chronisch zieken en mensen met matige of ernstige beperkingen naar demografische- en ziektekenmerken (in procenten)

	chronisch zieken	mensen met matige of ernstige beperkingen
totale groep chronisch zieken	7,3	43,0
sekse		
man	5,1	34,8
vrouw	9,6	47,6
leeftijd		
15 t/m 39 jaar	2,0	38,5
40 t/m 64 jaar	6,2	35,3
65 t/m 74 jaar / 65 jaar of ouder	7,2	49,2
75 jaar en ouder	21,5	
opleidingsniveau		
laag	7,7	47,3
midden	7,0	40,2
hoog	6,9	39,8
aantal chronische ziekten		
één	6,2	
twee	8,8	
drie of meer	9,9	
aanwezigheid beperkingen		
geen/lichte beperkingen	24,0	
matige/ernstige beper- kingen	19,3	
ook een chronische ziekte		
ja		41,7
nee		45,0

Bron: NIVEL (NPCG, 2011), ontleend aan Jansen et al. (2012)⁶⁷.

⁶⁷ Jansen, D. et al. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht, NIVEL, 2012.

Behoefte aan ondersteuning

Aan mensen met een lichamelijke beperking⁶⁸ die geen gebruik maken van professionele ondersteuning zoals huishoudelijke hulp of een rolstoel, is gevraagd of ze deze misschien wel nodig hebben en aan mensen die wel een vorm van ondersteuning gebruiken, is gevraagd of ze meer ondersteuning nodig hebben van de gemeente. Van de mensen met een lichamelijke beperking geeft 71% aan geen ondersteuning van de gemeente te krijgen en deze ook niet nodig te hebben (tabel 3.8). Dit hangt samen met de ernst van hun beperking; mensen met een lichte beperking hebben relatief vaak geen ondersteuning nodig (90%). Een vijfde (21%) heeft voldoende ondersteuning van de gemeente en 8% zegt (meer) ondersteuning nodig te hebben. Vergeleken met het jaar daarvoor heeft een iets kleinere groep (meer) ondersteuning nodig: nu 13% en toen 18%. Uit nadere analyses waarin degenen met voldoende ondersteuning worden vergeleken met de groep die aangeeft meer ondersteuning nodig te hebben, speelt leeftijd een rol: 0-54-jarigen geven vaker dan 65-plussers aan (meer) ondersteuning nodig te hebben. Degenen met een lichte beperking en degenen van wie de beperking ernstiger is geworden, geven vaker aan meer ondersteuning nodig te hebben dan mensen met een ernstige beperking en mensen van wie de beperking stabiel was (of minder ernstig is geworden).

Tabel 3.8 Gebruik van ondersteuning en behoefte hieraan, naar ernst van de beperking, mensen met een lichte of matige/ ernstige lichamelijke beperking, 2009 (in procenten; n = 1844)

	lichte beperking	matige/ernstige beperking	totaal
heeft geen ondersteuning en heeft deze ook niet nodig	90	47	71
heeft voldoende ondersteuning	6	40	21
heeft (meer) ondersteuning nodig	4	13	8

Bron: NIVEL (NPCG-Wmo'09), ontleend aan Dijkgraaf en Marangos (2010).⁶⁹

⁶⁸ In tegenstelling tot de rest van deze paragraaf, gaat het hier ook om mensen met een lichte beperking.

⁶⁹ Dijkgraaf, M. en A. Marangos. Gebruik van maatschappelijke ondersteuning begin 2008 en 2009. In: Marangos, A. et al. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Twee jaar na invoering van de Wmo. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

3.4 Zorggebruik van mensen met depressie of angst

In hoofdstuk 2 is al kort ingegaan op de NESDA-studie. In deze studie is aan de hand van de Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ)⁷⁰ nagevraagd welke zorg men in het afgelopen half jaar had ontvangen. Van alle respondenten bij wie een huidige (in afgelopen 6 maanden aanwezig) angst of depressieve stoornis kon worden vastgesteld, hebben we bekeken welke mensen ook een chronisch lichamelijke aandoening hadden waarvoor men medicatie gebruikt of onder behandeling was. De groep met zowel een psychische als een lichamelijke aandoening kon worden vergeleken met de gezonde controles wat betreft gezondheidszorggebruik en bepaalde patiëntkenmerken zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en werkstatus.

In tabel 3.9 zijn de mensen met zowel een angst- of depressieve stoornis als lichamelijke aandoening vergeleken met mensen met een angst- of depressieve stoornis maar zonder lichamelijke aandoening en met mensen zonder deze problemen, de ‘gezonde mensen’. Wat betreft het zorggebruik hebben de mensen met een angst- of depressieve stoornis en/of lichamelijke aandoening vanzelfsprekend aanzienlijk vaker contact gehad met verschillende zorgverleners dan de gezonde controle groep. Van beide groepen zag bijna 90% de huisarts in het voorgaande half jaar, gemiddeld zo’n 4 keer, en had ruim een derde contact gehad met een medisch specialist, gemiddeld zo’n 3 keer.

De groep mensen met een angst- of depressieve stoornis en een lichamelijke aandoening had iets vaker contact met een medisch specialist, bedrijfsarts, thuiszorg en fysiotherapeut, terwijl de groep mensen zonder lichamelijke aandoening maar met psychische problemen vaker contact hadden met een eerste- en tweedelijns GGZ-hulpverlener, met uitzondering van de vrijgevestigd psychiater/psychotherapeut. Mensen met een angst- of depressieve stoornis, met en zonder een lichamelijke aandoening hadden gemiddeld contact gehad met 3 verschillende type hulpverleners of –instanties, de mensen zonder deze problemen hadden gemiddeld contact met minder dan 2 partijen.

⁷⁰ Meadows, G. et al. Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ). *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2000 35 (427-435).

Tabel 3.9 Zorggebruik van mensen met een angst- of depressieve stoornis met en zonder lichamelijke aandoening en mensen zonder deze problemen

	angst- of depressieve stoornis en lichamelijke aandoening	angst- of depressieve stoornis zonder lichamelijke aandoening	zonder angst- of depressieve stoornis of lichamelijke aandoening
<i>contact in afgelopen 6 maanden met... (%)</i>			
huisarts	89,9	89,7	73,6
medisch specialist (poliklinisch)	37,4	35,3	31,3
ziekenhuisopname	6,9	6,4	5,6
bedrijfsarts	27,8	24,5	9,0
eerstelijnspsycholoog, maatschappelijk werker of spv-er	29,2	33,4	6,3
ggz instelling zoals riagg	43,6	51,0	2,7
vrijgevestigd psychiater, psychotherapeut	8,4	7,8	3,8
consultatiebureau voor alcohol en drugs	0,7	1,6	0,2
thuiszorg	5,0	3,6	2,0
alternatieve hulpverlener	17,9	17,7	12,6
zelfhulp groep	4,8	3,7	1,6
fysiotherapeut	27,2	23,0	20,1
<i>indien contact, aantal contacten, gem (sd)</i>			
huisarts	4,1 (3,9)	3,8 (3,8)	2,5 (2,0)
medisch specialist	3,2 (3,7)	2,9 (3,9)	2,6 (3,2)
bedrijfsarts	3,1 (2,8)	3,3 (2,9)	2,2 (1,6)
eerstelijnspsycholoog	5,1 (4,2)	5,3 (4,9)	3,8 (4,3)
maatschappelijk werk	6,2 (9,8)	6,2 (5,9)	6,1 (6,4)
spv-er	6,0 (7,5)	4,7 (6,1)	1,5 (0,7)
ggz instelling zoals riagg	8,8 (35,7)	6,7 (9,1)	4,9 (6,6)
vrijgevestigd psychiater	5,8 (5,2)	6,1 (5,2)	4,5 (3,7)
vrijgevestigd psychotherapeut	8,9 (7,8)	8,8 (8,4)	5,8 (5,5)
fysiotherapeut	13,8 (16,3)	12,1 (12,7)	12,6 (12,9)
thuiszorg	24,8 (20,5)	19,7 (18,7)	21,4 (28,5)
<i>contacten met verschillende hulpverleners/-instanties, gem aantal (sd)</i>			
	3,0 (1,5)	3,0 (1,5)	1,7 (1,3)
(n)	(537)	(1156)	(864)

Bron: NESDA (2007).

3.5 Loketten, gebrek aan kennis en een nauwe blik: ervaringen uit Wmo-onderzoek

Het is de vraag of iedereen met meervoudige problemen de ondersteuning krijgt die hij nodig heeft. Zo is het denkbaar dat mensen niet goed weten waar zij met hun vragen terecht moeten, dat hun vragen niet goed opgepakt worden door hulpverleners of dat zij bij het verkeerde loket aankloppen. Hierover zijn geen gegevens beschikbaar als het gaat om mensen met meervoudige problemen. Wel is er beperkte informatie beschikbaar op basis van eerder verricht onderzoek in het kader van de evaluatie van de werking van de Wmo. Het betreft dan onderzoek onder aanvragers van individuele Wmo-voorzieningen of mensen met een langdurige lichamelijke beperking.⁷¹

Weten waar je terecht moet

Begin 2009 weet 85% van de mensen met een langdurige lichamelijke beperking dat zij voor bepaalde vormen van maatschappelijke ondersteuning een beroep kunnen doen op de gemeente, zo blijkt uit het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten van het NIVEL.⁷² Mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking weten beter voor welke ondersteuning zij een beroep op de Wmo kunnen doen dan mensen met een lichte beperking. Vooral zij hebben ondersteuning nodig hebben en zullen dus op zoek gaan naar informatie. De 75-plussers zijn (ook als statistisch rekening wordt gehouden met de ernst van de beperking) beter op de hoogte dan jongere mensen. Mogelijk worden ouderen actiever met informatie benaderd door gemeenten. Zo zijn er bijvoorbeeld gemeenten waarin ouderen een preventief huisbezoek krijgen om hen te informeren over het ondersteuningsaanbod. Een andere verklaring is dat ouderen vaker gebruikmaken van voorzieningen, en daardoor beter op de hoogte zijn van de aanwezige andere voorzieningen in een gemeente. Zo is een deel van de aanvragers via hulpverleners zoals de huisarts geïnformeerd over ondersteuningsmogelijkheden die de Wmo kan bieden. Uiteraard is het vooral van belang om op de hoogte te zijn van het ondersteuningsaanbod als men behoefte heeft aan ondersteuning. Van degenen die zelf aangeven

⁷¹ Klerk, M. de et al. Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2010. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

⁷² Dijkgraaf, M. Bereik van de Wmo begin 2008 en 2009. In: Marangos, A. et al. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking. Twee jaar na invoering van de Wmo. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

(meer) ondersteuning nodig te hebben, weet bijna een vijfde (19%) niet dat zij hiervoor bij de gemeente moeten zijn. Onderzoek van het Tympaaninstituut laat zien dat het daarbij zowel gaat om informatie over het beschikbare aanbod (welke voorzieningen zijn er), als over de procedures. Bij dat laatste gaat het dan bijvoorbeeld om inkomensgrenzen, eigen bijdrage-regelingen of bezwaarprocedures.⁷³ Uiteraard is de informatie van de gemeente niet de enige beschikbare bron. Zo zegt een derde van de aanvragers van Wmo-voorzieningen dat zij via hun sociale netwerk weten waar ze ondersteuning kunnen aanvragen, 30% weet dit via hulpverleners zoals de huisarts of thuiszorg, bijna een kwart via de gemeente en 10% via een krant, folder of website.⁷⁴ Mensen met een verstandelijke beperking of een psychische aandoening vinden de informatie over de Wmo soms moeilijk en lastig te vinden. Zij geven aan voor informatie vaak af te gaan op hun hulpverlener, maar die blijkt vaak ook niet goed op de hoogte te zijn.⁷⁵

Nauwe blik? Ervaringen van Wmo-aanvragers

In 2008 vroeg een half miljoen mensen Wmo-voorzieningen aan.⁷⁶ Uit de eerste Wmo-evaluatie (2007-2009) bleek dat de meeste gemeenten tijdens het indicatieproces aandacht besteden aan verschillende aspecten van de leefsituatie zoals huisvesting of financiële redzaamheid, maar er zijn aanzienlijke verschillen tussen gemeenten. Zo vraagt 11% van de gemeenten naar hooguit drie aspecten en 24% naar tien aspecten. Dat gemeenten vaak breed kijken neemt niet weg dat een kwart van de Wmo-aanvragers vindt dat bij de indicatie niet genoeg aandacht wordt besteed aan hun persoonlijke situatie. Slechts een vijfde van de aanvragers die een beoordelingsgesprek of een medische keuring kreeg, is gevraagd of ze nog meer of andere ondersteuning nodig hadden dan wat ze hadden gevraagd. Ongeveer een zesde (17%) vindt dat er niet werd 'meegedacht'.

⁷³ Sluys, L. M. en L. van Waveren (2008). *Bekendheid met en betrokkenheid bij de Wet maatschappelijke ondersteuning, een onderzoek onder Seniorenpanel, Mantelzorgpanels en GGZ-panels in de provincie Zuid-Holland*. Den Haag: Tympaan Instituut voor beleidsontwikkeling.

⁷⁴ Klerk, M. de, et al. De ondersteuning van Wmo-aanvragers; een onderzoek onder aanvragers en hun mantelzorgers (derde tussenrapportage. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.

⁷⁵ Vilans en Kwadraad (2009). *Verslag groeps gesprekken over de ervaringen met de Wmo van mensen met verstandelijke beperkingen en mensen met een (chronisch) psychiatrische aandoening*. Utrecht: Vilans en Kwadraad.

⁷⁶ Klerk, M. de et al. *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

Een vijfde (21%) van de aanvragers van Wmo-voorzieningen zegt zelf moeite te hebben met het aangaan van sociale contacten. Dit komt relatief vaak voor bij mensen met een langdurige psychische aandoening en mensen met een ernstige lichamelijke beperking. Van deze aanvragers die moeite hebben met sociale contacten vindt ruim de helft (54%) dat de gemeente bij de aanvraag onvoldoende rekening hield met mogelijkheden om andere mensen te ontmoeten of aan activiteiten deel te nemen. Het is niet bekend of aanvragers deze problemen altijd zelf hebben ingebracht tijdens de aanvraagprocedure, maar gemeenten hebben daar blijkbaar ook niet altijd oog voor.⁷⁷

Eén loket

Bijna 40% van de aanvragers van Wmo-voorzieningen heeft in het jaar voorafgaand aan het onderzoek naar de Wmo een of meer aan de Wmo aanpalende voorzieningen aangevraagd⁷⁸ Meestal zijn dit persoonlijke verzorging of verpleging (15% van de Wmo-aanvragers), maar ook (bijzondere) bijstand (7%), hulp van het algemeen maatschappelijk werk (5%), ondersteunende of activerende begeleiding (4), schuldhulpverlening (2%) of een arbeidsongeschiktheidsuitkering (11% van de aanvragers tussen 17 en 65 jaar) zijn regelmatig aangevraagd. Of dit type voorzieningen bij het Wmo-loket kan worden aangevraagd, verschilt per voorziening en per gemeente.⁷⁹ Van alle mensen die een aanpalende voorziening hebben aangevraagd, moest ongeveer tweederde (65%) naar een ander loket dan het Wmo-loket. Voor bijzondere bijstand en een AWBZ-voorziening kunnen ze in ongeveer de helft van de gevallen wel bij het Wmo-loket terecht. Voor andere zaken zoals werkgerelateerde voorzieningen moeten aanvragers meestal naar een ander loket.

⁷⁷ Klerk, M. de, et al. De ondersteuning van Wmo-aanvragers; een onderzoek onder aanvragers en hun mantelzorgers (Wmo-evaluatie derde tussenrapportage). Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.

⁷⁸ Klerk, M. de, et al. De ondersteuning van Wmo-aanvragers; een onderzoek onder aanvragers en hun mantelzorgers (Wmo-evaluatie derde tussenrapportage). Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.

⁷⁹ Houten, G van et al. *De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007. Eerste tussenrapportage Wmo-evaluatieonderzoek*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.

3.6 Samenvatting

Zorggebruik mensen met meervoudige gezondheidsproblemen

Uit het AVO komt naar voren dat mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische problemen iets vaker een specialist raadplegen en vaker zijn opgenomen in een ziekenhuis dan mensen met alleen lichamelijke problemen. Overigens is de reden van het bezoek niet geregistreerd in het AVO.

Of mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische problemen vaker contact met een hulpverlener hebben dan mensen die alleen psychische problemen hebben is niet duidelijk: dit blijkt wel uit het AVO (daar hebben mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische problemen vaker contact met een ggz-instelling of het amw dan mensen die alleen psychische problemen hebben), maar niet uit de NESDA-studie (hier hadden mensen met een angst- of depressieve stoornis en een lichamelijke aandoening iets vaker contact met een medisch specialist, bedrijfsarts, thuiszorg en fysiotherapeut dan de groep met alleen psychische klachten, terwijl de groep mensen met alleen psychische problemen vaker contact hadden met een eerste- en tweedelijns GGZ-hulpverlener, met uitzondering van de vrijgevestigd psychiater/psychotherapeut).

Een ander verschil is dat in NESDA alleen lichamelijke aandoeningen zijn meegenomen waarvoor mensen worden behandeld of medicatie krijgen. Op deze manier is met meer zekerheid te zeggen dat de lichamelijke aandoening ook door een zorgverlener is vastgesteld, en niet alleen door de patiënt zelf.⁸⁰

Verschillen tussen subgroepen in zorggebruik

Van de mensen met een lichamenlijk of psychisch gezondheidsprobleem raadpleegt gemiddeld 86% een hulpverlener. Jongere mensen (18-44-jarigen), mannen en mensen die hun huishouden delen hebben minder vaak contact met een hulpverlener dan oudere mensen, vrouwen en alleenstaanden.

Zorggebruik mensen met meervoudige problemen

Mensen met meervoudige problemen (een combinatie van gezondheidsproblemen en andere problemen) maken vaker gebruik van diverse vormen van zorg (zoals een specialist, ggz-instelling of het amw) dan mensen die alleen gezondheidsproblemen hebben. De hier gevonden verschillen tussen mensen met en zonder mogelijk 'andere problemen' zijn ook significant als statistisch rekening wordt gehouden voor verschillen in ken-

⁸⁰ Zowel bij het AVO als bij NESDA gaat het om zelf gerapporteerde lichamelijke aandoeningen.

merken zoals leeftijd, geslacht, huishoudvorm en opleidingsniveau. Het lijkt er dus op dat het hebben van meervoudige problemen leidt tot extra gebruik van de medisch-curatieve zorg. Bij de langdurige zorg in het kader van de Wmo of de AWBZ zijn geen verschillen te zien tussen mensen die alleen gezondheidsproblemen hebben of mensen die ook psychische problemen hebben.

Zorggebruik chronisch zieken en mensen met een beperking

Aan de hand van gegevens van het Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten zien we dat mensen met matige of ernstige beperkingen vaker gebruik lijken te maken van de ggz, bedrijfsgeneeskundige zorg en zorg thuis dan mensen met een chronische ziekte. Vrouwen, ouderen en laagopgeleiden lijken relatief vaak huishoudelijke hulp via de Wmo te krijgen. In het algemeen hebben jongeren (15 t/m 39 jaar) vaker contact met de ggz en raadplegen vaker een bedrijfsgeneeskundige zorgverlener dan oudere mensen. Van de mensen met een lichamelijke beperking heeft 71% geen Wmo-ondersteuning nodig, heeft 21% voldoende ondersteuning en 8% zegt (meer) ondersteuning nodig te hebben. Dit laatste komt vooral voor bij relatief jonge mensen, mensen met een lichte beperking en degenen van wie de beperking ernstiger is geworden. Mogelijk hebben de mensen met ernstigere beperkingen de ondersteuning die zij nodig hebben intussen geregeld.

Loketten, nauwe blik

De bevolkingsonderzoeken die inzicht bieden in het zorggebruik van mensen met meervoudige problemen bieden geen inzicht in de ervaringen die mensen hebben bij het contact met een hulpverlener of loket. Uit eerder SCP-onderzoek onder bijvoorbeeld Wmo-aanvragers blijkt wel dat hulpverleners zoals een huisarts belangrijke verwijzers kunnen zijn naar bijvoorbeeld de Wmo. Verder blijkt dat aanvragers van Wmo-voorzieningen wisselende ervaringen hebben tijdens het indicatieproces: lang niet altijd is sprake van een integrale beoordeling van de zorgvraag.

4 Zorggebruik van mensen met meervoudige problematiek op basis van zorgregistraties

Marijn Prins, Irina Stirbu-Wagner, Peter Verhaak (NIVEL)

4.1 Inleiding

Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onderhoudt diverse zorgregistraties van eerstelijnszorgverleners waarbij de zorg van o.a. huisartsen, eerstelijnspsychologen en paramedici op routinematige basis wordt geregistreerd en verzameld voor onderzoek⁸¹. Vaak zijn dit gegevens die de zorgverlener toch al voor de reguliere administratie vastlegt. In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van het daadwerkelijke zorggebruik van mensen met meervoudige problematiek bij de huisarts, de eerstelijnspsycholoog (ELP) en de vrijgevestigde diëtist. De keuze voor de vrijgevestigde diëtist, en niet voor de andere paramedici waarvan ook gegevens worden verzameld door het NIVEL (fysiotherapeut en oefentherapeut), is gelegen in het feit dat er alleen van vrijgevestigde diëtisten gegevens beschikbaar zijn over het voorkomen van problemen op meerdere levensgebieden bij hun cliënten.

Waar in het voorgaande hoofdstuk (hoofdstuk 3) werd uitgegaan van zelfrapportage over zorggebruik, zal in het huidige hoofdstuk worden uitgegaan van door de zorgverlener geregistreeerde gegevens over het zorggebruik.

Omdat gegevens uit verschillende bronnen worden gehaald (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen, Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen en de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg), zal in de verdere rapportage per zorgregistratie worden beschreven hoe bepaalde patiënt/cliëntselecties tot stand zijn gekomen, welke groepen zijn vergeleken en wordt de prevalentie van meervoudige problematiek en vage klachten, het contact met de zorgverlener en eventuele doorverwijzingen in tabellen gepresenteerd.

De definitie van meervoudige problematiek, zoals door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gedefinieerd ('problemen op meerdere levensgebieden, zoals een combinatie van lichamelijke en psychische problemen en een combinatie van gezondheidsproblemen en problemen op het terrein van bijvoorbeeld sociale contacten, opvoeding, financiën, arbeid of wonen') wordt ook in dit hoofdstuk zoveel mogelijk aangehou-

⁸¹ www.nivel.nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn-0.

den. Omdat we afhankelijk zijn van de beschikbare zorgregistraties zal de definitie soms wat moeten worden aangepast. Wanneer dit het geval is zal dit in het begin van de paragraaf worden benoemd. Naast de selectie van mensen met meervoudige problematiek kijken we ook naar mensen met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, kortom SOLK. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten⁸² die na een aantal (minimaal 4) contacten met een zorgverlener (huisarts) niet verklaard kunnen worden door een lichamelijke ziekte. Er is gekozen voor deze specifieke lichamelijke klachten omdat eerder onderzoek⁸³ heeft uitgewezen dat clustering van symptomen op deze gebieden vaak medisch onverklaard blijven. We hebben deze ‘SOLK’ groep ook meegenomen omdat deze mensen per definitie vaak naar de huisarts gaan, ernstige functionele beperkingen hebben en vaak (bewust of onbewust) psychische spanningen of klachten ervaren⁸⁴.

4.2 Huisartsenzorg aan mensen met meervoudige problematiek en vage klachten

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg⁸⁵ is een netwerk van zo'n 120 geautomatiseerde huisartsenpraktijken met meer dan 400.000 ingeschreven patiënten (maart, 2010). Deze huisartsenpraktijken verzamelen op continue basis gegevens over aantallen contacten, geneesmiddelenvoorschriften en verwijzingen. Er wordt niet alleen informatie verzameld over het aantal voorschriften, verwijzingen en contacten, maar ook over de diagnoses die daar bij horen. Hiervoor wordt de International Classification of Primary Care (ICPC) gebruikt. De ICPC is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk⁸⁶. De ICPC-codes kunnen worden ingedeeld in 17 hoofdstukken,

⁸² Rugpijn, gewrichtspijn, pijn extremiteiten, hoofdpijn, pijn algemeen, zwakte/ moeheid, slaapprobleem, verminderde eetlust, gewichtsverandering, pijn op de borst, kortademigheid, hartkloppingen, duizeligheid, brok in de keel, misselijkheid, wisselende ontlasting, winderigheid, constipatie, buikpijn.

⁸³ Robbins, JM et al. Latent variable models of functional somatic distress. *J. Nerv. Ment. Dis.* 185(10), 1997 (606-616).

⁸⁴ Verhaak, PFM et al. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam. Pract.* August, 23, 2006 (414-420).

⁸⁵ Stirbu-Wagner I, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2010. <http://www.LINH.nl>.

⁸⁶ Lamberts en Wood, 1987, 2002.

waar bijvoorbeeld in het P-hoofdstuk de psychische problemen staan en in het Z-hoofdstuk de sociale problemen. Elk hoofdstuk is zo ingedeeld dat de codes van 0 t/m 29 symptomen weergeven en codes van 70 t/m 99 aandoeningen/stoornissen.

Voor de huidige studie is er gebruik gemaakt van databestanden met gegevens over episodes (symptomen, diagnoses en aantal deelcontacten), verrichtingen (inclusief type contacten), verwijzingen en het patiëntenbestand met basisgegevens van alle ingeschreven patiënten van het jaar 2010. Dit laatste bestand is gebruikt om de groep ingeschreven patiënten bij de betreffende huisartsenpraktijken die in 2010 geen contact hebben gehad met de praktijk ook mee te kunnen nemen bij de beschrijving van de groepen en vergelijkingen tussen groepen.

Op basis van de ICPC codes die de arts heeft geregistreerd zijn de volgende selecties gemaakt:

- Patiënten die in een jaar tijd (2010) ten minste eenmaal met psychische symptomen, ICPC code in P- hoofdstuk (0 t/m 29), zijn geregistreerd.

Voorbeelden van psychische symptomen zijn angstig, nerveus gevoel, prikkelbaar, down gevoel en concentratieproblemen.

- Patiënten die in een jaar tijd (2010) ten minste eenmaal met een psychische stoornis, ICPC code in P- hoofdstuk (70 t/m 99), zijn geregistreerd.

Voorbeelden van psychische stoornissen zijn depressie, dementie en schizofrenie.

- Patiënten die in een jaar tijd (2010) ten minste eenmaal met een sociaal probleem, ICPC code in Z-hoofdstuk, alleen symptomen: (0 t/m 29), zijn geregistreerd.

Voorbeelden van sociale problemen zijn financiële problemen, huisvestingsproblemen, problemen in de werksituatie, problemen met partner, kinderen, familie of vrienden en een sociale handicap.

- Patiënten die in een jaar tijd (2010) ten minste eenmaal met een lichamelijke aandoening, ICPC >70 op een of meer van de hoofdstukken m.u.v. P- & Z- hoofdstuk, zijn geregistreerd.
- Patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK): mensen die ten minste 4 keer met een 20-tal omschreven klachten⁸⁷ de huisarts bezochten zonder dat er een diagnose wordt gesteld.

⁸⁷ Rugpijn, gewrichtspijn, pijn extremiteiten, hoofdpijn, pijn algemeen, zwakte/ moeheid, slaapprobleem, verminderde eetlust, gewichtsverandering, pijn op de borst, kortademigheid, hartkloppingen, duizeligheid, brok

Om de SOLK-groep te vergelijken met referentiegroepen zijn de volgende twee groepen gedefinieerd:

- De gemiddelde patiënt: alle patiënten minus bovengenoemde selectie patiënten met SOLK.
- Diagnose groep: alle patiënten met minimaal 4 contacten die uiteindelijk een ziekte diagnose (ICPC>70) hebben gekregen, maar niet binnen het P-hoofdstuk (ICPC P70-P99).

Om patiënten voor de SOLK-groep en de diagnosegroep te selecteren is gekeken naar het aantal deelcontacten uit het morbiditeitbestand én het aantal verrichtingen om zeker te weten dat deze patiënten minimaal 4 keer contact met de huisarts hebben gehad.

Voorkomen van meervoudige problematiek en vage klachten

In tabel 4.1 is te zien hoe vaak verschillende combinaties van lichamelijke, psychische en sociale problemen binnen huisartsenpraktijken voorkomen (meervoudige problematiek) en hoe vaak er sprake lijkt te zijn van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Hiernaast zijn er ook een aantal referentiegroepen geselecteerd om vergelijkingen mee te kunnen maken. De SOLK-patiënten kunnen vergeleken worden met de ‘gemiddelde patiënt’, dit zijn alle andere patiënten. Omdat de SOLK-groep per definitie al een heel andere groep is dan de gemiddelde patiënt, omdat zij sowieso een hogere medische consumptie hebben, is er een tweede referentiegroep gedefinieerd, de ‘diagnosegroep’. De mensen binnen deze referentiegroep hebben, net als de SOLK-groep, minimaal 4 keer contact gehad met de huisartsenpraktijk. Het verschil is gelegen in het feit dat mensen van de diagnosegroep verklaarde klachten hebben (lichamelijke aandoening) terwijl de klachten van de SOLK-groep onverklaard blijven. Ruim driekwart van alle 414.165 ingeschreven patiënten bij 120 huisartsenpraktijken heeft in 2010 minimaal een keer contact gehad met de huisartsenpraktijk. Van deze ‘consulterende populatie’, had slechts 0,78% naast een lichamelijke aandoening ook last van problemen op het psychische en sociale vlak (groep A). Het komt relatief vaak voor (11%) dat mensen zowel een lichamelijke aandoening als psychische problemen hadden (zonder sociale problemen) (groep C), maar veel minder (0,12%) dat er sprake is van zowel psychische als sociale problemen, zonder lichamelijke aandoening (groep B). Verder bestond de ‘consulterende populatie’ voor 3,7% uit pati-

in de keel, misselijkheid, wisselende ontlasting, winderigheid, constipatie, buikpijn.

enten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, SOLK (groep E). Bij de verdere beschrijving van het voorkomen van meervoudige problematiek en vage klachten (hieronder) moet in acht worden genomen dat het gaat om mensen die hulp hebben gezocht bij hun huisarts. Wanneer iemand niet zelf heeft aangegeven een bepaalde hulpvraag of probleem te hebben, kon er met deze gegevens geen zicht worden verkregen op (meervoudige) problemen.

Tabel 4.1 Aantallen patiënten met meervoudige problematiek, SOLK en referentiegroepen, gebaseerd op data van 120 huisartsenpraktijken met 414.165 ingeschreven patiënten

	<i>Aantal patiënten</i>	<i>% van ingeschreven patiënten</i>	<i>% van 'consulterende populatie'</i>
Totaal aantal patiënten in LINH	414.165	100	-
Aantal patiënten die in 2010 contact hebben gehad met huisartsenpraktijk ('consulterende populatie')	315.159	76,1	100
(A) Patiënten met zowel psychische symptomen/ stoornis, lichamelijk aandoening en sociaal probleem	2444	0,59	0,78
(B) Patiënten met zowel een psychische symptomen/ stoornis als sociaal probleem, maar zonder lichamelijk aandoening	384	0,09	0,12
(C) Patiënten met zowel psychische symptomen/ stoornis als lichamelijke aandoening, maar zonder sociaal probleem	34.763	8,39	11,03
(D) Patiënten met zowel een sociaal probleem als lichamelijke aandoening, maar zonder psychische symptomen/ stoornis	7179	1,73	2,28
(E) Patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK)	11.685	2,8	3,7
(F) De gemiddelde patiënt (iedereen behalve SOLK)	303.474	97,2	96,3
(G) De diagnose groep: patiënten met een lichamelijke aandoening (geen psychisch of sociaal) en minimaal 4 deelcontacten/verrichtingen	62.928	15,2	20,0
(H) Ingeschreven patiënten die geen contact hebben gehad met de huisartsenpraktijk	99.006	23,9	0,0

Beschrijving van de groepen wat betreft leeftijd en sekse

In tabel 4.2 en 4.3 worden de sekse- en leeftijdsverdeling van de groepen gepresenteerd. Patiënten die naast een lichamelijke aandoening ook last had van problemen op het psychische en sociale vlak (groep A) zijn vaak vrouwen (ruim 70%) en zijn gemiddeld ouder dan mensen zonder deze combinatie van problemen ($P=0,005$)⁸⁸. SOLK patiënten waren gemiddeld genomen ongeveer even oud als de mensen met meervoudige problematiek (groep A) maar bleken wel vaker in de oudste leeftijdsgroepen te vallen (65 jaar en ouder) ($P<0,001$). In vergelijking met de diagnose groep (groep G) zijn patiënten met SOLK niet zozeer ouder, maar zijn wel vaker van het vrouwelijke geslacht ($P<0,001$). Patiënten die in 2010 de huisartsenpraktijk *niet* hebben bezocht (groep H) waren gemiddeld een stuk jonger (33,8 jaar) en veel vaker van het mannelijke geslacht dan de andere groepen.

Tabel 4.2 Geslacht en leeftijdsverdeling van patiënten met meervoudige problematiek (groep A t/m D) en referentiegroep ('consulerende populatie')

	Psych.sym/st & lich.aand. & soc.probl. (A)	Psych.sym/st & soc.probl, zonder lich.aand. (B)	Psych.sym/st & lich.aand, zonder soc. probl. (C)	Soc. probl. & lich.aand, zonder psych. sym/st (D)	Cons. pop.
Aantal patiënten	2.444	384	34.763	7.179	315.159
% vrouw	70,5	56,8	60,7	65,7	54,0
Leeftijd, gem (sd)	53,1 (19,6)	43,8 (16,3)	48,5 (22,1)	49,8 (20,2)	41,3 (22,9)
Leeftijd categorie (%)					
0 – 17 jaar	3,1	6,0	10,5	6,4	19,7
18 – 44 jaar	31,0	45,8	30,7	33,3	33,4
45 – 64 jaar	37,6	39,1	34,2	35,3	29,5
65 – 74 jaar	9,9	3,9	10,7	11,7	9,5
75 jaar en ouder	18,4	5,2	13,9	13,3	7,9

Tabel 4.3 Geslacht en leeftijdsverdeling van patiënten met SOLK (groep E), referentiegroepen (groep F en G) en de ingeschreven patiënten die in 2010 geen contact hebben gehad

	SOLK (E)	Gem. patiënt (F)	Diagn. Groep (G)	Ingeschreven patiënten zonder contact (H)
Aantal patiënten	11.685	303.474	62.928	99.006
% vrouw	66,1	53,5	57,4	39,6
Leeftijd, gem (sd)	53,3 (22,1)	40,9 (22,8)	54,8 (21,3)	33,8 (19,9)
Leeftijd categorie				
0 – 17 jaar	8,0	20,2	7,5	27,0
18 – 44 jaar	24,9	33,7	19,5	40,9
45 – 64 jaar	34,0	29,3	36,4	25,5
65 – 74 jaar	13,1	9,4	18,7	4,5
75 jaar en ouder	20,0	7,4	17,9	2,1

⁸⁸ Berekend m.b.v. variantie analyse (ANOVA) met de groepen A t/m D.

Contacten met de huisartsenpraktijk

Van 229.459 patiënten (uit 94 praktijken) zijn er complete gegevens beschikbaar over typen contacten binnen de huisartsenpraktijk. De groepen A t/m G blijven procentueel gezien een even groot deel van het totaal en de ‘consulterende populatie’ zoals in tabel 4.1 staat beschreven.

Patiënten met zowel psychische symptomen of een psychische stoornis, een lichamelijke aandoening én sociale problemen hadden de meeste contacten met de huisartsenpraktijk, gevolgd door patiënten met SOLK en patiënten die binnen de diagnosegroep vielen. Het ging hierbij vooral om reguliere consulten met de huisarts (zie tabel 4.4 en 4.5).

Tabel 4.4 Aantal (gem, sd) type contacten binnen de huisartsenpraktijk van patiënten met meervoudige problematiek (groepen A t/m D)

	Psych.sym/st & lich.aand. & soc. probl. (A)	Psych.sym/st & soc.probl. zonder lich.aand. (B)	Psych.sym/st & lich.aand. zonder soc. probl. (C)	Soc. probl. & lich.aand. zonder psych. sym/st (D)
Aantal patiënten	N=1773	N=287	N=25.931	N=5259
Consult huisarts (ha)	5,0 (4,7)	2,3 (2,8)	3,9 (3,6)	3,6 (3,2)
Consult ha >20 min	1,9 (2,7)	1,5 (2,0)	1,0 (1,6)	1,1 (1,5)
Visite ha	0,8 (2,3)	0,1 (1,0)	0,4 (1,9)	0,4 (1,4)
Visite ha >20min	0,6 (1,9)	0,2 (0,8)	0,2 (1,2)	0,3 (1,1)
Telefonisch consult ha	3,7 (4,5)	1,5 (2,0)	2,4 (3,5)	2,0 (2,8)

Tabel 4.5 Aantal (gem, sd) type contacten binnen de huisartsenpraktijk van patiënten met SOLK (groep E) en referentie groepen (groepen F en G)

	SOLK (E)	Gem. patiënt (F)	Diagn. Groep (G)
Aantal patiënten	N=8059	N=22.1400	N=43.953
Consult huisarts (ha)	5,0 (4,0)	2,7 (2,6)	4,5 (3,5)
Consult ha >20 min	1,1 (1,8)	0,4 (1,0)	0,8 (1,4)
Visite ha	0,7 (2,3)	0,1 (1,0)	0,4 (1,8)
Visite ha >20 min	0,4 (1,6)	0,1 (0,6)	0,2 (1,1)
Telefonisch consult ha	3,6 (4,1)	1,2 (2,0)	2,4 (3,1)

Verwijzingen

Van 147.132 patiënten (uit 54 praktijken) zijn er complete gegevens beschikbaar over verwijzingen. D.w.z. zowel gegevens over aandoeningen als over eventuele verwijzingen. Zoals in tabel 4.6 te zien is, is bijna drie kwart van deze patiënten in 2010 niet verwezen, 21% is een keer verwezen en ruim 4% is twee keer verwezen.

Tabel 4.6 Totaal aantal keer dat patiënten zijn verwezen⁸⁹ naar andere disciplines

Aantal verwijzingen	Frequentie	Percentage
0	107.130	72,81
1	30.847	20,97
2	6961	4,73
3	1619	1,10
4	411	0,28
5	116	0,08
6	29	0,02
7	9	0,01
8 t/m 13	10	0,01
totaal	147.132	100

In tabel 4.7 zijn de verwijzingen van de verschillende groepen patiënten met meervoudige problematiek (groep A, C en D) beschreven en geplaatst naast verwijzingen van alle patiënten die in 2010 contact hebben gehad met de huisartsenpraktijk, de ‘consulterende populatie’. Van alle patiënten die de huisarts bezoeken, ongeacht of er sprake is van meervoudige problematiek, worden de meeste patiënten verwezen naar een medisch specialist of paramedicus. Dit komt waarschijnlijk omdat verwijzingen naar medisch specialisten formeel gezien altijd nodig zijn, terwijl voor een aantal eerstelijnsdisciplines, zoals de wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie, er geen formele verwijzing (machtiging) noodzakelijk is omdat deze rechtstreeks toegankelijk zijn voor de patiënt. In gevallen waarin er geen formele verwijzing nodig is, maar de huisarts de patiënt wel nadrukkelijk en actief vertelt dat deze bijvoorbeeld naar een fysiotherapeut zou moeten, wordt verondersteld dat de huisarts toch een verwijzing registreert.

Patiënten met zowel psychische, sociale als lichamelijke problemen (groep A) worden gemiddeld genomen vaker verwezen dan patiënten met problemen op twee van de drie vlakken (groepen C en D), en ook duidelijk vaker naar een paramedicus, medisch specialist, maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog en een tweedelijns GGZ zorgverlener (psychiatrie/ Riagg) ($P < 0,001$)⁹⁰.

⁸⁹ Verwijzingen naar Laboratorium, Röntgenologie en anatoom patholoog worden niet meegeteld. Van de 1^e lijn worden alle verwijzingen meegenomen; van de 2^e lijn alleen de nieuwe verwijzingen.

⁹⁰ Berekend m.b.v. variantie analyse (ANOVA) met de groepen A, C en D.

Tabel 4.7 Percentage patiënten met meervoudige problematiek en ref. groep dat is doorverwezen door de huisarts naar andere disciplines

	Psych.sym/st & lich.aand. & soc. probl. (A)	Psych.sym/st & lich.aand, zonder soc. probl. (C)	Soc. probl. & lich. aand, zonder psych. sym/st (D)	Alle patiënten (cons. pop.)
Aantal patiënten	N=1361	N=18.659	N=3462	N=147.132
Totaal aantal verwijzingen gem (sd), range	0,8 (1,1) 0 – 11	0,6 (0,9) 0 – 13	0,6 (0,9) 0 – 7	0,4 (0,7) 0 – 13
Maatschappelijk werk	1,8	0,4	0,1	0,1
Paramedicus	13,3	11,1	10,9	7,0
Psychiatrie/ Riagg	9,0	5,3	2,8	1,2
Eerstelijnspsycholoog	9,2	5,8	7,8	1,6
Psychogeriatric	0,1	0,1	0,1	0,01
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	0,4	0,2	0,1	0,04
Consultatiebureau zuigelingen/kleuters/jeugd gezondheidszorg	-	0,02	-	0,01
Eerste hulp	0,1	0,1	0,3	0,1
Huisarts	1,0	0,5	0,5	0,4
Medisch specialist	32,5	28,4	26,3	19,9
Apotheker	0,1	0,1	0,1	0,1
Revalidatie	0,5	0,6	0,5	0,2
Overig*	0,4	0,3	0,3	0,1

* gezinsverzorging, radiotherapie, tandarts, wijkverpleging, waarnemer, pijnbestrijding, intensieve thuiszorg, kruiswerk en orthodontie.

In tabel 4.8 zijn de verwijzingen van de groep patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) beschreven naast die van de ‘gemiddelde patiënt’ en de ‘diagnose groep’ (resp. groep E, F en G). Patiënten met SOLK worden ook opvallend vaker naar een paramedicus, medisch specialist, maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog en een tweedelijns GGZ zorgverlener (psychiatrie/ Riagg) verwezen dan de ‘gemiddelde patiënt’ en patiënten uit de ‘diagnose groep’ (allen i.i.g. $P < 0,01$ ⁹¹). Patiënten met psychische en/of sociale problemen (groep A en C, tabel 4.7) worden in vergelijking met patiënten met SOLK vaker naar de psychiatrie of een ELP verwezen (zo’n 9% t.o.v. 2%) en minder vaak naar een paramedicus (13% t.o.v. 17,5%), terwijl patiënten met SOLK juist vaker naar een medisch specialist (32,5% t.o.v. 40%) worden verwezen⁹².

⁹¹ Berekend m.b.v. variantie analyse (ANOVA) met de groep E en F enerzijds en groep E en G anderzijds.

⁹² Niet getoetst.

Tabel 4.8 Percentage patiënten met SOLK en ref. groepen dat is doorverwezen door de huisarts naar andere disciplines

	SOLK (E)	Gem. patiënt (F)	Diagn. Groep (G)
Aantal patiënten	N=6359	N=140.773	N=31.854
Totaal aantal verwijzingen gem (sd), range	0,8 (1,0), 0 – 8	0,3 (0,6), 0 – 13	0,6 (0,9), 0 – 13
Maatschappelijk werk	0,4	0,1	0,1
Paramedicus	17,5	6,5	10,6
Psychiatrie/ Riagg	2,2	1,2	1,1
Eerstelijnspsycholoog	2,2	1,5	1,4
Psychogeriatric	0,05	0,01	0,03
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	0,1	0,03	0,05
Consultatiebureau zuigelingen/kleuters/jeugd gezondheidszorg	0,03	0,01	0,01
Eerste hulp	0,3	0,1	0,2
Huisarts	1,1	0,4	0,9
Medisch specialist	39,7	18,9	30,8
Apotheker	0,2	0,05	0,2
Revalidatie	1,1	0,2	0,3
Overig*	0,5	0,1	0,3

* gezinsverzorging, radiotherapie, tandarts, wijkverpleging, waarnemer, pijnbestrijding, intensieve thuiszorg, kruiswerk en orthodontie.

Samenvatting huisartsenzorg

Van alle patiënten die in 2010 de huisarts hebben bezocht heeft een relatief grote groep (zo'n 11%) zowel een lichamelijke aandoening als een psychisch probleem ter sprake gebracht. Dit waren voor 60% vrouwen. Een veel kleinere groep (bijna 0,8%) had hiernaast ook nog eens sociale problemen met de huisarts besproken. Dit waren voor ruim 70% vrouwen. Hierbij moet worden opgemerkt dat naast alle psychische stoornissen, ook alle psychische symptomen hierin zijn meegenomen. Wanneer we ons zouden beperken tot alleen psychische stoornissen (ICPC code P77 t/m P99) dan zouden deze groepen veel kleiner zijn, namelijk 13.602 (4,3% van de 'consulterende populatie') respectievelijk 1.003 (0,3% van de 'consulterende populatie'). Patiënten die minimaal 4 keer bij de huisarts zijn geweest voor klachten die uiteindelijk niet verklaard konden worden door een lichamelijke ziekte, patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, bleken 3,7% van de 'consulterende populatie' te vormen. Deze SOLK patiënten vielen niet zozeer op wat betreft de sekseverdeling, maar meer door hun hoge leeftijd: 33% van deze groep was 65+ en 20% was zelfs 75 jaar of ouder.

Zowel patiënten met meervoudige problematiek (lichamelijk, psychisch en sociaal) als patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten hadden veel contacten met de huisartsenpraktijk (gem. 5,0 contacten met de huisarts). Dit is bijna twee keer zoveel als de gemiddelde patiënt (gem. 2,7 contacten met de huisarts). Wat betreft het aantal verwijzingen naar andere zorg-

disciplines valt de SOLK-groep ook op omdat zij veelvuldig naar paramedici en medisch specialisten zijn verwezen, maar relatief weinig naar de eerstelijnspsycholoog en tweedelijns-GGZ (psychiatrie/Riagg). Omdat deze patiënten vaak een verminderde kwaliteit van leven hebben, meer stress ervaren en zich sociaal geïsoleerd en onbegrepen voelen door hun huisarts⁹³, zou verwacht kunnen worden dat hulp van een eerstelijnspsycholoog uitkomst zou kunnen bieden.

4.3 Eerstelijns psychologische zorg aan mensen met meervoudige problematiek

Het daadwerkelijke zorggebruik van mensen met meervoudige problematiek bij de eerstelijnspsycholoog is binnen het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen, kortom LINEP, te onderzoeken. LINEP is een landelijk registratienetwerk van zo'n 650 eerstelijnspsychologen (ELP-en) die jaarlijks gegevens aanleveren over hun cliëntcontacten die in dat jaar zijn afgesloten.⁹⁴ Het doel van LINEP is het continu verzamelen van betrouwbare beleidsrelevante zorggegevens van eerstelijnspsychologen om zo de cliëntenpopulatie, het klachtenaanbod en het zorgproces (inclusief verrichtingen) inzichtelijk te maken. Het NIVEL heeft in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) LINEP opgezet. Eerstelijnspsychologen die lid zijn van de LVE staan geregistreerd in het NIP register 'Eerstelijnspsychologen' en zijn verplicht om jaarlijks hun gegevens aan te leveren.

De gegevens die voor LINEP worden verzameld zijn voor een groot deel gegevens die iedere psycholoog vastlegt voor de reguliere administratie. Deze gegevens hebben betrekking op:

- de cliënt
- wijze van toegang en verwijzing
- de klacht of diagnose (o.a. in DSM-IV terminologie: voor uitleg zie*)
- type hulpverlening of soort behandeling
- het hulpverleningsproces (bijv. aantal sessies)
- resultaat hulpverlening

Eerstelijnspsychologen vullen gegevens in bij aanvang en bij afsluiting van het contact.

⁹³ Dirkzwager, AJE & Verhaak, PFM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam. Pract.* May, 31, 2007 8(33).

⁹⁴ www.nivel.nl/zorgregistratie-eerstelijns-psychologen

* Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. Diagnostiek volgens het DSM vindt plaats vanuit 5 gezichtspunten of 'diagnostische assen' 1=primaire symptomatologie/ 'psychiatrische ziekte', 2=achterliggende persoonlijkheidsstoornissen, 3=bijkomende somatische ziekten, 4=psychosociale en uitlokkende factoren en 5=niveau van functioneren op schaal van 1 tot 100 (zgn. GAF-score).

Voor de huidige achtergrondstudie zijn we uitgegaan van de gegevens van 2010 en hebben de volgende selecties van afgesloten cliëntcontacten gemaakt, op basis van de DSM-IV diagnose (gesteld door de ELP):

- Cliënten met psychopathologie (incl. persoonlijkheidsproblematiek): DSM-IV diagnose op as 1 of as 2
- Cliënten met een bijkomende lichamelijke aandoening: DSM-IV probleem op as 3
- Cliënten met een sociaal probleem: DSM-IV diagnose op as 4

In 2010 zijn er in totaal 55.067 afgesloten cliëntcontacten geweest bij 613 eerstelijnspsychologen. In tabel 4.9 is o.a. te zien hoeveel van deze cliënten volgens de ELP zowel een psychisch, lichamelijk als sociaal probleem hadden (aangegeven met A).

Tabel 4.9 Aantal afgesloten cliëntcontacten van 613 eerstelijnspsychologen in 2010, naar de combinatie van psychische, lichamelijke en sociale problemen

	<i>Aantal cliëntcontacten/cliënten</i>	<i>% van totaal</i>
Totaal in LINEP	55.067	100
(A) Cliënten met zowel een psychisch, lichamelijk als sociaal probleem	8009	14,5
(B) Cliënten met zowel een psychisch als sociaal probleem, maar zonder lichamelijk probleem	27.897	50,7
(C) Cliënten met zowel een psychisch als lichamelijk probleem, maar zonder sociaal probleem	1906	3,5
(D) Cliënten met zowel een sociaal als lichamelijk probleem, maar zonder psychisch probleem	918	1,7
(E) Cliënten met uitsluitend een lichamelijk probleem	364	0,7
(F) Cliënten met uitsluitend een psychisch probleem	7506	13,6
(G) Cliënten met uitsluitend een sociaal probleem	5987	10,9
(H) Cliënten waarbij, in DSM-IV termen, geen psychisch, lichamelijk of sociaal probleem is genoteerd	2479	4,5

In tabel 4.10 t/m 4.12 zullen we vergelijkingen maken tussen:

- cliënten die zowel een psychisch, lichamelijk als sociaal probleem hebben (selectie A) t.o.v. alle andere cliënten (tabel 4.10)
- cliënten met een psychisch en lichamelijk probleem (selectie A+C) t.o.v. cliënten met een psychisch probleem, zonder lichamelijk probleem (selectie B+F) (tabel 4.11)
- cliënten met een psychisch en sociaal probleem (selectie A+B) t.o.v. cliënten met een psychisch probleem, zonder sociaal probleem (selectie C+F) (tabel 4.12)

In deze vergelijkingen zullen we kijken naar leeftijd, geslacht, opleiding, wijze van toegang (op wiens initiatief), aantal sessies, wijze beëindiging van het contact, doorverwijzing en het verschil in functioneren tussen het moment van aanmelding en afsluiten van het contact. Of aantallen of percentages ook significant van elkaar verschillen is getest met de Chi-kwadraattest (bij het vergelijken van groepen) en de T-test (bij het vergelijken van continue variabelen).

Clënten met zowel een psychisch, lichamelijk als sociaal probleem (selectie A)

Tabel 4.10 Demografische kenmerken en zorggebruik van cliënten met een psychisch, lichamelijk en sociaal probleem⁹⁵ t.o.v. alle andere cliënten⁹⁶

	<i>Psychisch & Lichamelijk & Sociaal probleem</i>	<i>Alle andere cliënten</i>	<i>Chi-kwadraat/ T-test</i>
Aantal LINEP cliënten (% van totaal)	8009 (14,5)	47.058 (85,5)	
Sekse, % vrouw	67,1	64,7	P< 0,001
Leeftijd, gem (sd)	44,5 (14,9)	37,9 (14,6)	P< 0,001
Leeftijd categorie (%)			P< 0,001
0 – 17 jaar	2,7	7,7	
18 – 44 jaar	46,3	59,1	
45 – 64 jaar	42,7	29,8	
65 – 74 jaar	5,5	2,7	
75 jaar en ouder	2,8	0,7	
Opleidingsniveau (%)			P< 0,001
Onbekend	5,3	4,9	
Laag	30,5	22,6	
Middelbaar	37,0	37,4	
Hoog	27,2	35,2	
Wijze van toegang (%)			P< 0,001
Eigen initiatief	23,5	30,0	
Initiatief huisarts	66,0	61,8	
Bedr.maatsch. werk	3,3	2,3	
Alg. maatsch. werk	0,7	0,4	
School(arts)	0,4	1,2	
Fysiotherapeut	1,0	0,4	
Collega ELP	1,0	1,3	
2 ^e lijns GGZ	1,2	0,6	
3 ^e lijns GGZ	0,5	0,2	
Andere verwijzers	2,5	1,9	
Aantal sessies met ELP, gem (sd)	7,9 (6,1)	6,9 (5,7)	P< 0,001
Reden van afbreken contact (%)			P< 0,001
Reguliere afsluiting	65,2	70,8	
Contact afgebroken	16,5	16,0	
Clïent doorverwezen	18,3	13,1	
Indien verwezen, naar: (%)			P< 0,001
Huisarts	12,4	10,4	
Bedr.maatsch. werk	2,4	1,6	
Alg. maatsch. werk	3,7	2,4	
School(arts)	0,7	1,4	
Fysiotherapeut	2,1	1,3	
Collega ELP	7,8	12,0	
2 ^e lijns GGZ	55,7	58,4	
3 ^e lijns GGZ	5,7	3,7	
Anders	9,5	8,9	
Verskil in functioneren/ GAF (%)			P< 0,01
Verbeterd	79,4	78,0	
Gelijk gebleven	19,8	21,4	
Verslechterd	0,9	0,7	

⁹⁵ Door de ELP vastgesteld, gecodeerd volgens DSM-IV systematiek

⁹⁶ Dit zijn alle andere cliënten/ cliëntcontacten die in 2010 zijn afgerond

Clënten met een psychisch en lichamelijk probleem t.o.v. cliënten met een psychisch probleem, zonder lichamelijk probleem

Van alle LINEP contacten hadden 9915 (18,0% van totaal) cliënten zowel een psychisch als lichamelijk probleem volgens de ELP, 35.403 (64,3% van totaal) hadden wel een psychisch maar geen lichamelijk probleem.

Tabel 4.11 Demografische kenmerken en zorggebruik van cliënten met een psychisch en lichamelijk probleem t.o.v. cliënten met een psychisch probleem, zonder lichamelijk probleem

	<i>Psychisch & lichamelijk probleem</i>	<i>Psychisch probl. zonder lichamelijk probleem</i>	<i>Chi-kwadraat/T-test</i>
Aantal LINEP cliënten (% van totaal)	9915 (18,0)	35.403 (64,3)	
Sekse, % vrouw	67,5	64,9	P< 0,001
Leeftijd, gem (sd)	44,7 (15,3)	37,7 (14,0)	P< 0,001
Leeftijd categorie (%)			P< 0,001
0 – 17 jaar	2,8	6,5	
18 – 44 jaar	46,0	61,3	
45 – 64 jaar	41,8	29,5	
65 – 74 jaar	6,5	2,2	
75 jaar en ouder	3,0	0,6	
Opleidingsniveau (%)			P< 0,001
Onbekend	5,5	4,3	
Laag	29,5	22,0	
Middelbaar	36,7	38,1	
Hoog	28,4	35,6	
Wijze van toegang (%)			P< 0,001
Eigen initiatief	23,5	28,3	
Initiatief huisarts	66,1	63,7	
Bedr.maatsch. werk	2,9	2,5	
Alg. maatsch. werk	0,7	0,4	
School(arts)	0,4	1,0	
Fysiotherapeut	1,1	0,3	
Collega ELP	1,0	1,2	
2 ^e lijns GGZ	1,2	0,6	
3 ^e lijns GGZ	0,5	0,1	
Andere verwijzers	2,6	1,7	
Aantal sessies met ELP, gem (sd)	7,7 (5,8)	7,3 (6,1)	P< 0,001
Reden van afbreken contact			P< 0,001
Reguliere afsluiting	67,4	70,3	
Contact afgebroken	15,5	15,7	
Clïent doorverwezen	17,0	14,0	
Indien verwezen, naar:			P< 0,001
Huisarts	12,4	10,0	
Bedr.maatsch. werk	2,3	1,5	
Alg. maatsch. werk	3,3	2,4	
School(arts)	0,8	1,4	
Fysiotherapeut	2,2	1,0	
Collega ELP	8,7	11,0	
2 ^e lijns GGZ	53,9	61,0	
3 ^e lijns GGZ	5,7	4,0	
Anders	10,8	7,7	
Vershil in functioneren/ GAF (%)			P< 0,01
Verbeterd			
Gelijk gebleven	79,8	80,6	
Verslechterd	19,4	18,8	
	0,8	0,6	

Cliënten met een psychisch en sociaal probleem t.o.v. cliënten met een psychisch probleem, zonder sociaal probleem

Van alle LINEP contacten hadden 35.906 (79,2% van totaal) cliënten zowel een psychisch als sociaal probleem volgens de ELP, 9412 (20,8% van totaal) hadden wel een psychisch maar geen sociaal probleem.

Tabel 4.12 Demografische kenmerken en zorggebruik van cliënten met een psychisch en sociaal probleem t.o.v. cliënten met een psychisch probleem, zonder sociale problemen

	<i>Psychisch & sociaal probleem</i>	<i>Psychisch, zonder sociaal probleem</i>	<i>Chi-kwadraat/ T-test</i>
Aantal LINEP cliënten (% van totaal)	35.906 (79,2)	9412 (20,8)	
Sekse, % vrouw	65,1	67,0	P < 0,01
Leeftijd, gem (sd)	39,4 (14,3)	38,7 (15,6)	P < 0,001
Leeftijd categorie (%)			P < 0,001
0 – 17 jaar	5,4	6,5	
18 – 44 jaar	57,7	58,9	
45 – 64 jaar	33,1	28,5	
65 – 74 jaar	2,7	4,7	
75 jaar en ouder	1,0	1,5	
Opleidingsniveau (%)			P < 0,001
Onbekend	4,5	4,9	
Laag	24,5	20,5	
Middelbaar	38,1	36,7	
Hoog	32,9	38,0	
Wijze van toegang (%)			P < 0,001
Eigen initiatief	26,9	28,5	
Initiatief huisarts	64,5	63,5	
Bedr.maatsch. werk	2,9	1,5	
Alg. maatsch. werk	0,5	0,4	
School(arts)	0,9	0,9	
Fysiotherapeut	0,4	0,8	
Collega ELP	1,2	1,2	
2 ^e lijns GGZ	0,7	0,9	
3 ^e lijns GGZ	0,2	0,3	
Andere verwijzers	1,9	2,0	
Aantal sessies met ELP, gem (sd)	7,5 (6,4)	6,8 (4,3)	P < 0,001
Reden van afbreken contact			P < 0,001
Reguliere afsluiting	67,7	77,0	
Contact afgebroken	16,7	11,9	
Cliënt doorverwezen	15,6	11,0	
Indien verwezen, naar:			P < 0,001
Huisarts	10,9	9,2	
Bedr.maatsch. werk	1,9	0,9	
Alg. maatsch. werk	2,9	1,1	
School(arts)	1,3	1,1	
Fysiotherapeut	1,1	2,7	
Collega ELP	9,7	14,1	
2 ^e lijns GGZ	60,0	54,8	
3 ^e lijns GGZ	4,4	4,6	
Anders	7,9	11,7	
Vershil in functioneren/ GAF (%)			P < 0,001
Verbeterd	79,8	82,9	
Gelijk gebleven	19,6	16,6	
Verslechterd	0,7	0,5	

Samenvatting psychologische zorg

Bij bijna 80% van alle afgeronde cliëntcontacten met de ELP was er sprake van een psychisch en sociaal probleem, bij 18% was er sprake van een psychisch en lichamelijk probleem en bij 14,5% speelden er problemen op zowel psychisch, lichamelijk als sociaal vlak. Deze cliënten met zowel lichamelijk, psychisch en sociale problemen zijn binnen LINEP vaker vrouw (67,1% t.o.v. 64,7%) en ouder (44,5 t.o.v. 37,9 jaar) dan de gemiddelde ELP cliënt en hebben gemiddeld zo'n 8 sessies nodig met de ELP (t.o.v. 7 keer). Deze cliënten komen relatief vaak via de huisarts en gespecialiseerde GGZ bij de ELP terecht en worden vaak doorverwezen, met name naar het maatschappelijk werk, een fysiotherapeut en de derdelijns-GGZ. Cliënten met deze meervoudige problematiek worden juist minder vaak verwezen naar een collega ELP of een tweedelijns-GGZ hulpverlener of instelling dan alle andere ELP cliënten.

Cliënten met psychische en lichamelijke problemen verschillen op dezelfde punten als hierboven is beschreven van cliënten die alleen een psychisch probleem hebben. Bij cliënten met psychische en sociale problemen lijken verschillen minder groot met de groep cliënten die geen sociaal probleem hebben, maar wat betreft verwijzingen wordt deze groep ook vaak naar het maatschappelijk werk doorverwezen. Opvallend is dat cliënten met psychische en sociale problemen vaker naar de tweedelijns GGZ zijn verwezen dan cliënten met psychische problemen zonder sociale problemen.

4.4 Zorg van vrijgevestigde diëtisten aan mensen met meervoudige problematiek

De zorg die vrijgevestigde diëtisten aan mensen met meervoudige problematiek verlenen kan bestudeerd worden met gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Dit is een landelijk representatief geautomatiseerd registratienetwerk van extramuraal werkzame reguliere fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck en diëtisten waarin continu zorggerelateerde gegevens worden verzameld.⁹⁷ Voor de huidige achtergrond studie zijn alleen gegevens van vrijgevestigde diëtisten bruikbaar omdat in hun registratiemodules ruimte is om aan te geven of er (volgens de diëtist) sprake is van een communicatiebeperking, psychisch probleem of verstandelijke beperking.

⁹⁷ www.nivel.nl/methode-lipz

De gegevens die voor LiPZ worden verzameld zijn voor een deel gegevens die elke therapeut vastlegt voor de reguliere administratie. Dit zijn gegevens die nodig zijn voor declaratie en enkele extra gegevens. Voor het vastleggen van extra gegevens is een speciale LiPZ-module in het softwareprogramma ingebouwd. De verzamelde gegevens hebben betrekking op vijf elementen van het zorgproces: de cliënt, de verwijzing, het gezondheidsprobleem, behandeling en evaluatie. Per cliënt wordt de LiPZ-module op verschillende momenten door de diëtisten ingevuld: eenmaal bij aanvang van de behandeling, eenmaal bij overgang naar het nieuwe kalenderjaar en eenmaal bij afsluiting van de behandeling.

We hebben gebruik gemaakt van gegevens van 10.885 cliënten bij wie de behandeling tussen 2006 en 2010 is afgesloten binnen 36 diëtietiekpraktijken. Op deze manier kunnen we bekijken bij welke cliënten er (volgens de diëtist) sprake is van een communicatiebeperking, psychisch probleem of verstandelijke beperking gelet op leeftijd, sekse en opleidingsniveau, welke gezondheidsproblemen deze cliënten hebben (vastgesteld volgens de medische informatie uit de diëtistische diagnose) en welke behandeling deze cliënten hebben gekregen (en met welk resultaat) ten opzichte van cliënten bij wie geen communicatiebeperking, psychisch probleem of verstandelijke beperking is vastgesteld. Ruim 13% van alle cliënten bij wie de behandeling tussen 2006 en 2010 is afgesloten had volgens de diëtist een psychische beperking, communicatieprobleem of verstandelijke beperking (tabel 4.13). De definitie van meervoudige problematiek is dus enigszins aangepast in deze paragraaf 4.4 omdat we alleen weten voor welke gezondheidsproblemen cliënten hulp bij de diëtist hebben ontvangen en of er sprake is van een bijkomend probleem zoals hierboven genoemd.

Tabel 4.13 Aantal (% van totaal) cliënten bij wie een bijkomend probleem is vastgesteld door de diëtist

	Aantal	% van totaal*
Cliënten met een psychische beperking	844	8,1
Cliënten met een communicatie probleem	526	5,0
Cliënten met een verstandelijke beperking	224	2,2
Cliënten met een psychische beperking, communicatieprobleem of verstandelijke beperking	1371	13,2

* Van alle cliënten bij wie de behandeling tussen 2006 en 2010 is afgesloten (N= 10.885) was van 467 cliënten niet bekend of er sprake was van bijkomende problemen. Het percentage is berekend op alle cliënten waarvan we deze informatie wel hadden.

Resultaten

Zoals in tabel 4.14 te zien is zijn cliënten bij wie een psychische beperking, communicatieprobleem of verstandelijke beperking is vastgesteld door de diëtist vaker vrouw, vallen ze vaker in de jongere (0–44 jaar) en de oudere (75 jaar en ouder) leeftijdsgroepen en zijn ze vaker laag opgeleid dan cliënten bij wie deze problemen niet zijn vastgesteld. De eerstgenoemde groep cliënten is minder vaak verwezen voor overgewicht, een vetstofwisselingsstoornis of hypertensie. De diëtist stelt bij mensen van wie hij het idee heeft dat er op het psychische, communicatieve of verstandelijke vlak beperkingen zijn vaker meer dan één gezondheidsprobleem vast. Hoewel de meest voorkomende problemen ook bij deze groep overgewicht en diabetes mellitus zijn, komt gewichtsverlies/ondervoeding opvallend vaak voor. Hoewel de ernst van de hoofdklacht en het aantal consulten per behandeling niet verschillen tussen de twee groepen, wordt het doel van de behandeling bij cliënten met een psychische beperking, communicatie probleem of verstandelijke beperking toch vaker niet (geheel) bereikt.

Tabel 4.14 Demografische kenmerken en zorggebruik van cliënten bij wie wel en niet een psychische beperking, communicatie probleem of verstandelijke beperking is vastgesteld door de diëtist

	Totaal (N=10.885)	Wel (N=1371)	Niet (N=9511)	Chi-kwadraat/ T-test ⁹⁸
Sekse, % vrouw	66,4	70,0	65,8	P=0,002
Leeftijd ⁹⁹ , gem (sd)	46,5 (19,5)	45,7 (21,2)	46,6 (19,3)	P=0,05
Leeftijd categorie (%)				P<0,001
0 – 17 jaar	9,2	10,6	9,0	
18 – 44 jaar	33,8	35,7	33,6	
45 – 64 jaar	38,5	34,6	39,1	
65 – 74 jaar	12,0	9,4	12,3	
75 jaar en ouder	6,5	9,7	6,0	
Opleidingsniveau (%)				P<0,001
Laag	31,1	50,7	28,3	
Middelbaar	42,9	31,2	44,6	
Hoog	23,0	12,6	24,5	
Anders	3,0	5,5	2,6	
Soort verwijzer (%)				P=0,12
Huisarts	96,1	95,2	96,2	
Specialist n.n.o.	2,3	3,2	2,2	
Internist	1,2	1,1	1,2	
Overige arts	0,4	0,5	0,4	
Verwijsdiagnosen ¹⁰⁰ : meest voorkomende (%)				
Overgewicht: BMI<30	39,1	35,2	39,7	P=0,002
Diabetes Mellitus	18,6	19,9	18,4	P=0,19
Geen ziekte	12,6	12,3	12,7	P=0,70
Vetstofwisselingsstoornis	11,2	6,1	11,9	P<0,001
Overgewicht: MBI>30	6,9	7,5	6,8	P=0,33
Hypertensie	6,6	4,4	6,9	P<0,001
Meer dan één diëtistische diagnose ¹⁰¹ (%)	51,8	56,4	51,1	P<0,001
Aantal diëtistische diagnosen, gem. (sd)	1,6 (0,8)	1,7 (0,8)	1,6 (0,8)	P=1,00
Medische factoren uit diëtistische diagnose ¹⁰² : meest voorkomende (%)				
Overgewicht bij volwassenen	65,3	59,9	66,1	P<0,001
Diabetes Mellitus	24,4	25,7	24,2	P=0,24
Hypercholesterolemie	18,8	12,7	19,7	P<0,001
Hypertensie	13,7	9,6	14,3	P<0,001
Gewichtsverlies/ ondervoeding	6,9	13,4	5,9	P<0,001
Overgewicht bij kinderen	5,4	5,7	5,3	P=0,58
Ernst van de hoofdklacht bij aanvang van de behandeling op schaal 0–10, gem. (sd)	7,4 (1,5)	7,5 (1,5)	7,4 (1,4)	P=0,98
Aantal consulten per behandeling, gem. (sd)	5,5 (5,0)	5,7 (5,2)	5,5 (5,0)	P=0,93
Resultaat van de behandeling ¹⁰³ (%)				P<0,001
Doel niet bereikt	11,4	17,2	10,4	
Doel gedeeltelijk bereikt	61,5	63,5	61,2	
Doel geheel bereikt	27,1	19,3	28,4	

Samenvatting diëtistische zorg

⁹⁸ De groepen wel en niet een psychische beperking, communicatie probleem of verstandelijke beperking zijn met elkaar vergeleken.

⁹⁹ Dit is de leeftijd bij aanvang van de behandeling.

¹⁰⁰ Van 590 cliënten ontbrak deze informatie.

¹⁰¹ Een diëtistische diagnose is het beroepsspecifieke oordeel van de diëtist over het gezondheidsprofiel van de cliënt, wat als basis dient voor het behandelplan. Deze diagnose wordt tijdens of na het eerste consult opgesteld. Binnen LiPZ worden per cliënt maximaal 4 diagnosen geregistreerd.

¹⁰² Van 586 cliënten ontbrak deze informatie.

¹⁰³ Er is maar van de helft van alle cliënten data beschikbaar over het resultaat van de behandeling.

Wanneer we hier (paragraaf 4.4) spreken van meervoudige problematiek, gaat het om mensen die zowel een lichamelijke aandoening hebben waarvoor ze diëtistische zorg nodig hebben en bij wie (door de diëtist) een psychische beperking, communicatie probleem of verstandelijke beperking is vastgesteld. De meest voorkomende lichamelijke problemen zijn overgewicht, diabetes mellitus en gewichtsverlies/ ondervoeding.

De groep cliënten met meervoudige problematiek (13% van alle cliënten die bij de diëtist komt) is vaker vrouw, in de leeftijd 0–44 jaar en 75 jaar en ouder en vaker laag opgeleid dan cliënten zonder bijkomende problemen. Mensen met meervoudige problematiek hebben vaker meer dan een gezondheidsprobleem en hebben een minder succesvolle behandeling omdat doel van de behandeling vaker niet wordt behaald.

4.5 Samenvatting

Hoeveel mensen hebben te maken met meervoudige problemen?

Op basis van de registratiegegevens van huisartsen, eerstelijnspsychologen en vrijgevestigde diëtisten kunnen we concluderen dat de eerstelijnspsycholoog het meest in contact komt met mensen die op meerdere gebieden (lichamelijk, psychisch, sociaal) problemen ervaren. Van alle afgeronde cliëntcontacten met de ELP was er bij bijna 80% sprake van een psychisch en sociaal probleem, bij 18% was er sprake van een psychisch en lichamelijke probleem en bij 14,5% speelden er problemen op alle drie de gebieden. Dit is natuurlijk niet geheel onverwacht omdat mensen met psychosociale problemen juist een beroep doen op de ELP. Toch heeft de huisarts ook vaak te maken met meervoudige problematiek, hij komt vooral de combinatie van lichamelijke en psychische probleem regelmatig tegen, zo'n 11% van de 'consulterende populatie' bezoekt de huisarts binnen een jaar i.v.m. een lichamelijke ziekte en een psychisch probleem. Een veel kleinere groep (bijna 0,8%) kwam hiernaast ook nog met sociale problemen bij de huisarts. Wanneer we een 'psychisch probleem' nauwer definiëren en ons beperken tot alleen psychische stoornissen (ICPC-code P77 t/m P99), dan is er bij respectievelijk 4,3% en 0,3% van de 'consulterende populatie' sprake van een lichamelijke ziekte en een psychisch probleem/lichamelijke ziekte, psychisch en sociaal probleem. Patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten bleken 3,7% van de 'consulterende populatie' te vormen.

Uit de registratiegegevens van vrijgevestigde diëtisten lijkt bij 13,2% van de cliënten meervoudige problemen voor te komen, d.w.z. een lichamelijke aandoening waarvoor de diëtist geconsul-

teerd wordt en een bijkomend probleem op het gebied van de communicatie of een psychische of verstandelijke beperking.

Bij welke groepen worden meervoudige problemen vooral waargenomen door eerstelijnsbulpverleners?

Huisartspatiënten met meervoudige problematiek zijn vaker vrouwen en gemiddeld genomen ouder dan de ‘consulterende populatie’ en de gemiddelde patiënt. Mensen met onverklaarde lichamelijke klachten lijken wat sekse en leeftijdsverdeling op patiënten met meervoudige problematiek.

Hoewel mensen die hulp bij een ELP zoeken sowieso vaker vrouw zijn¹⁰⁴, blijken cliënten met meervoudige problematiek (zowel lichamelijk, psychisch en sociale problemen) die onder behandeling zijn geweest van een ELP nog iets vaker van het vrouwelijke geslacht dan de gemiddelde ELP-cliënt. Deze cliënten met meervoudige problematiek (of een combinatie van twee van de drie probleemgebieden) blijken ook ouder, lager opgeleid en hebben minder vaak op eigen initiatief (i.p.v. de huisarts) hulp bij de ELP gezocht dan cliënten die op slechts een gebied problemen hebben. Hiernaast lijken zij meer sessies nodig te hebben en wordt de behandeling vaker voortijdig afgebroken of wordt de patiënt doorverwezen.

Cliënten van vrijgevestigde diëtisten met meervoudige problemen (zowel een lichamelijke aandoening als een psychische beperking, communicatie probleem of verstandelijke beperking) zijn ook vaker vrouw, in de leeftijd 0–44 jaar en 75 jaar en ouder en vaker lager opgeleid dan cliënten zonder bijkomende problemen. Zij hebben vaker meer dan een gezondheidsprobleem en hebben een minder succesvolle behandeling omdat doel van de behandeling vaker niet wordt behaald. Al met al geven de gegevens uit de verschillende zorgregistraties een eenduidig beeld van cliënten of patiënten met meervoudige problematiek.

Tot slot

Omdat we alleen beschikking hebben over geregistreerde zorggegevens, kunnen we in dit hoofdstuk niets zeggen over de groep mensen die geen zorg heeft gezocht voor hun problemen of waarbij het probleem niet als zodanig is herkend of geregistreerd door de zorgverlener. In alle drie de zorgregistraties speelt mee dat problemen zijn geregistreerd door de zorgverlener en het dus ook een inschatting is van de zorgverlener of er sprake is van een lichamelijk, psychisch of sociaal probleem. Op basis van alleen deze registratiegegevens kunnen dan ook geen uitspraken worden gedaan over of er sprake is van hulp bij het

¹⁰⁴Zie jaarberichten LVE op www.lve.nl

‘verkeerde loket’ of welke mensen wellicht wel hulp nodig hebben maar dit niet zoeken of krijgen (‘onbereikte hoogrisico’s’). De mogelijkheid dat zorgverleners sommige componenten uit het oog verliezen is natuurlijk aanwezig, maar met de beschreven data niet te achterhalen. Wanneer we de resultaten uit hoofdstuk 2 en 3, die gaan over de algemene bevolking, combineren met de registratiegegevens uit het huidige hoofdstuk, kunnen hier wel voorzichtige conclusies over worden getrokken. Zie hiervoor hoofdstuk 8.

5 Gezinnen met meervoudige problemen

Gert van den Berg en Mariska de Baat (Nji)

5.1 Inleiding

Een gezin is een samenlevingsverband van een of twee volwassenen met minimaal één thuiswonend kind. In 2010 zijn er daar meer dan 2,5 miljoen van in Nederland en bij ruim 1,9 miljoen was er een kind onder de 18 jaar. Van de gezinnen bestaat de meerderheid uit een gehuwd paar met kinderen (1,7 miljoen). Er zijn 486.000 eenoudergezinnen en 331.000 niet-gehuwde paren met kinderen.¹⁰⁵

Het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) heeft in dit hoofdstuk onderzoek verricht naar gezinnen die kampen met meervoudige problemen, waaronder opvoed- en opgroei problemen. Binnen een gezin kunnen er allerlei factoren zijn die een risico vormen voor de gezondheid en/of ontwikkeling van één of meer van de gezinsleden, zoals een lage sociaaleconomische status, ongunstig opvoedingsgedrag of een lichamelijke aandoening van één van de gezinsleden. Risicofactoren leiden echter niet altijd tot problemen. Of dat gebeurt, hangt ook af van de aanwezigheid van beschermende factoren. Als er binnen een gezin vier of meer risicofactoren aanwezig zijn voor het ontstaan van opvoed- en ontwikkelingsproblemen bij kinderen, wordt het gezin aangemerkt als kwetsbaar.¹⁰⁶ Kwetsbare gezinnen hoeven niet per se tegen problemen aan te lopen bij de opvoeding en ontwikkeling van kinderen, maar een kwetsbaar gezin heeft wel een verhoogde kans op het ontwikkelen van één of meerdere problemen. Als een gezin meerdere problemen heeft met de lichamelijke en psychosociale gezondheid, de sociaaleconomische status en de opvoeding spreken we over een gezin met meervoudige problemen. Een deel van de gezinnen met meervoudige problemen heeft al geruime tijd te maken met (problemen met de) hulpverlening. Deze gezinnen worden ook wel multiprobleemgezinnen genoemd.

Een multiprobleemgezin is 'een gezin dat kampt met een chronisch complex aan socio-economische en psychosociale factoren

¹⁰⁵ Bux, F. (red.) (2011). Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

¹⁰⁶ Broek, A. van den, et al. Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: RMO (2012) Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

waarvan de betrokken hulpverleners vinden dat het weerbarstig is voor hulp'.¹⁰⁷

Uit het voorgaande kunnen we concluderen dat er verschillende soorten gezinnen worden onderscheiden: 'normale' gezinnen waar minder dan vier risicofactoren aanwezig zijn, kwetsbare gezinnen met vier of meer risicofactoren, gezinnen met meervoudige problemen en multiprobleemgezinnen. Het onderhavige onderzoek richt zich op gezinnen met meervoudige problemen, met daarbinnen de deelpopulatie multiprobleemgezinnen. Bovendien richt het onderzoek zich specifiek op de gezinnen die in ieder geval problemen met de kinderen hebben (opvoed- en opgroei-problematiek), en daarnaast problemen op andere gebieden. Binnen de beoogde groep is een groot scala aan combinaties van problemen mogelijk. Het kan bijvoorbeeld gaan over een alleenstaande werkende moeder met schulden die haar kind verwaarloost, maar ook over een gezin waarin beide ouders werkloos zijn, het kind leerproblemen heeft en de vader een depressie. En zo zijn er nog tal van combinaties mogelijk. Kortom, hét gezin met meervoudige problematiek bestaat niet.

Werkwijze

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft een achtergrondstudie verricht naar wat bekend is over de omvang, urgentie, aard en ernst van de problematiek in gezinnen met meerdere risicofactoren en/of problemen. Hiertoe is een search uitgevoerd binnen de bestaande kenniscollectie van het Nederlands Jeugdinstituut. Meer specifiek betreft het een search binnen de kennisdossiers over gezinnen op de Nji-website en in de databank 'Feiten en Cijfers Jeugd en Opvoeding'. Het Nederlands Jeugdinstituut beschikt zelf niet over primaire onderzoeksgegevens met betrekking tot feiten en cijfers over gezinnen met meerdere risicofactoren en/of problemen. De onderzoekers baseren zich dus op de rapportages en analyses van andere organisaties.

¹⁰⁷ Ghesquière, P. (1993). Multi-problem gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen: een strijd om perspectief. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 536-550.

Deze search heeft een beperkte hoeveelheid onderzoeksrapporten opgeleverd die onderling grote verschillen vertonen. Het gaat om de volgende onderzoeken:

- het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (AVO '07) van het Sociaal en Cultureel Planbureau¹⁰⁸.
- het onderzoek naar gebruik en kosten van de jeugdzorg van het Sociaal en Cultureel Planbureau¹⁰⁹.
- de Peiling Jeugd en Gezondheid van het Sociaal en Cultureel Planbureau¹¹⁰.
- het Health Behaviour in School Children-onderzoek¹¹¹.
- de Jeugdmonitor Utrecht¹¹²,
- de Jeugdmonitor Rotterdam¹¹³,
- een onderzoek in Amsterdam naar multiprobleemgezinnen¹¹⁴.

Deze onderzoeken verschillen op diverse punten van elkaar:

¹⁰⁸ Zoals gerapporteerd in Broek, et al. Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: RMO Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012. En Opvoeden in Nederland. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.

¹⁰⁹ Pommer, E., et al. Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

¹¹⁰ Zeijl, E., et al. Kinderen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.

¹¹¹ Dorsselaer, S. van, et al. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland: HBSC 2009. Utrecht: Universiteit Utrecht, Sociaal en Cultureel Planbureau, Trimbos-instituut, 2010.

¹¹² Buren, L. van, et al. Jeugdmonitor Utrecht: klas 2 en 3 van het voortgezet onderwijs. Schooljaar 2008-2009. Utrecht: Gemeente Utrecht, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, GG&GD Utrecht, 2010.

Eykemans, Y.A.M.J., et al. Jeugdmonitor Utrecht: groep 7 en 8 van het basisonderwijs. Schooljaar 2011-2012. Utrecht: Gemeente Utrecht, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, GG&GD Utrecht, 2012.

¹¹³ GGD Rotterdam-Rijnmond. Jeugdmonitor Rotterdam: rapportage gemeente Rotterdam 2008. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009.

¹¹⁴ Burik, A. van, en R.T. van Vianen. Multiprobleemgezinnen in de Agglomeratie Amsterdam. Een onderzoek naar de omvang en samenstelling van multiprobleemgezinnen en de hulpverlening van de geïndiceerde jeugdzorg aan deze gezinnen. Woerden : Adviesbureau Van Montfoort, 2006.

- onderzochte populatie (enkele onderzoeken zijn landelijk, een provinciaal en de andere lokaal; er worden ook verschillende leeftijdsgroepen onderzocht),
- onderwerp (jeugdzorggebruik, gebruik van voorzieningen, gezondheid en welbevinden),
- herkomst van de gegevens (registratie, zelfrapportage door ofwel ouders, jeugdigen of beroepskrachten),
- jaar van gegevensverzameling (van 2002 tot 2010).

Opbouw hoofdstuk

Door deze verschillen en doordat de onderzoeken niet eenzelfde definitie van multiproblematiek hanteren, is het niet mogelijk de resultaten zonder meer samen te voegen om zo een algemeen beeld te verkrijgen. Daarom is ervoor gekozen om eerst ieder onderzoek afzonderlijk te beschrijven en de gegevens over prevalentie weer te geven (paragraaf 5.2). Vervolgens komt in een meer beschouwende paragraaf (5.3) de aard van de problematiek aan de orde. Daar wordt tevens ingegaan op wat bekend is over ernst en urgentie. Ten slotte wordt in paragraaf 5.4, op basis van alle gegevens, een inschatting gemaakt van de omvang van de problematiek.

5.2 Resultaten van onderzoek

De verschillende risicofactoren en problemen die kunnen voorkomen in gezinnen worden op uiteenlopende manieren gemeten in verschillende onderzoeken. Er zijn dan ook geen cijfers over gezinnen met meervoudige problemen beschikbaar die representatief zijn voor heel Nederland. We hebben een aantal (lokale) bronnen gevonden met cijfers over in ieder geval een deel van de gezinnen met specifieke combinaties van risicofactoren en/of problemen. Dit zijn drie onderzoeken van het SCP¹¹⁵, het HBSC onderzoek¹¹⁶, de Jeugdmonitor Utrecht¹¹⁷, de Jeugdmonitor Rotterdam¹¹⁸, en een onderzoek naar multiprobleemgezinnen in Amsterdam¹¹⁹. In dit hoofdstuk geven we per onderzoek de resultaten weer over de omvang van combinaties van risicofactoren en/of problemen.

¹¹⁵ Broek, van den et al. 2012 (zie noot 108); Pommer e.a. 2011 (zie noot 109); Zeijl et al. 2005 (zie noot 110).

¹¹⁶ Dorsselaer, van et al. 2010 (zie noot 111).

¹¹⁷ Buren, van et al. 2010 (zie noot 112)

¹¹⁸ GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009 (zie noot 113).

¹¹⁹ Burik, van & Vianen, van 2006 (zie noot 114).

Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO '07)

Het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) van het SCP is een vierjaarlijks onderzoek om gegevens te verkrijgen over het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking (zie ook hoofdstuk 2). 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. De doelpopulatie is de Nederlandse bevolking van 6 jaar en ouder. De gegevens worden via een (schriftelijke en mondelinge) enquête verzameld. De steekproefgrootte bestond in 2007 uit 9.892 huishoudens en de respons was 6.824 huishoudens (69%). Deze huishoudens werden vertegenwoordigd door 13.410 personen. Gezien de omvang en kwaliteit van de steekproef, nemen de auteurs van het huidige hoofdstuk aan dat de uitkomsten representatief zijn voor de Nederlandse bevolking.

Het AVO '07-onderzoek bevat gegevens over verschillende risicofactoren die in gezinnen de kans op opvoed- en ontwikkelingsproblemen bij kinderen verhogen, namelijk:

- laag opleidingsniveau van de ouder(s)
- laag inkomen (subjectief)
- werkloosheid in gezin
- ongunstige buurt
- eenoudergezin
- behoren tot een etnische minderheid (niet-westers)
- langdurige aandoening of handicap ouder
- emotionele problemen ouder
- verslavingsproblematiek (alcohol-, drugs-, of gokverslaving)
- langdurige aandoening of handicap kind.

Cumulatie van factoren

In veel gezinnen komen bovenstaande factoren niet op zichzelf staand voor, maar is er sprake van een cumulatie van factoren. Uit eerder onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat eenoudergezinnen relatief vaak te maken hebben met armoede, en financiële problemen kunnen op hun beurt weer in verband gebracht worden met psychische problemen bij ouders¹²⁰. Ook uit de data van het SCP (AVO '07) komen duidelijke verbanden naar voren. Zo

¹²⁰ CBS. Landelijke Jeugdmonitor. Rapportage 3^e kwartaal 2010. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010.
Geenen, G. Intergenerationele overdracht van gehechtheid bij Belgische moeders en kinderen die in extreme armoede leven. Een meervoudige gevalstudie. Leuven: KU Leuven, 2007.

woont 41% van de gezinnen met een niet-westerse achtergrond in een ongunstige buurt, en is er in 44% van de niet-westerse gezinnen sprake van een laag opleidingsniveau van de ouder(s). Van de gezinnen met een laag opleidingsniveau ervaart 45% problemen op financieel gebied, wat ook geldt voor 45% van de eenoudergezinnen. Daarnaast woont 33% van de gezinnen die financiële problemen ervaren in een ongunstige buurt. Verder blijkt dat 58% van de gezinnen met financiële problemen te maken heeft met emotionele problemen bij (een van) de ouders. Het percentage ouders dat emotionele problemen ervaart is ongeveer even hoog als er sprake is van een eenoudergezin (51%), een laag opleidingsniveau (55%) of als een van de kinderen een langdurige aandoening of handicap heeft (55%). Als er sprake is van werkloosheid binnen het gezin heeft zelfs 75% van de ouders emotionele problemen. Een totaaloverzicht van combinaties van risicofactoren is te vinden in onderstaand overzicht.

Tabel 5.1 Combinaties van diverse risicofactoren, en de samenhang met probleemgedrag bij kinderen. AVO '07-onderzoek (gewogen, in afgeronde procenten, N = 1377

<i>Een gezin..</i> Heeft...	lage opleiding	laag inkomen (subjectief)	werkloosheid in gezin	ongunstige buurt	eenoudergezin	niet-westerse herkomst	langdurige aandoening ouder	emotionele problemen ouder	verslaving	langdurige aandoening kind	probleemgedrag bij kind
Met ...											
lage opleiding		45	9	32	45	33	29	55	2	13	20
laag inkomen (subjectief)	49		14	33	56	44	30	58	2	19	25
werkloosheid in gezin	38	55		25	44	29	40	75	3	20	18
ongunstige buurt	43	41	8		42	41	25	54	1	17	15
eenoudergezin	40	45	9	28		26	21	51	2	15	20
niet-westerse herkomst	44	53	9	41	39		20	56	0	10	19
langdurige aandoening ouder	23	22	7	15	19	12		58	3	21	20
emotionele problemen ouder	26	25	9	19	28	20	36		2	18	20
verslaving	20	27	10	9	31	0	48	43		11	18
langdurige aandoening kind	18	25	7	18	24	11	38	55	1		23

Noot: Leeswijzer; een gezin met laag opgeleide ouders heeft in 33% van de gevallen een niet-westerse herkomst, en van de gezinnen die in een ongunstige buurt wonen heeft 41% te maken met een laag inkomen.

Bron: SCP (AVO'07) SCP-bewerking, ontleend aan Van den Broek et al., 2012.

Aantal kwetsbare gezinnen

Het SCP beschouwt gezinnen die te maken hebben met vier of meer risicofactoren als kwetsbare gezinnen¹²¹. Onderstaande tabel geeft de verdeling weer van het aantal risicofactoren over gezinnen. Zo is te zien dat er in slechts een vijfde van de gezinnen geen enkele risicofactor voorkomt. De helft van de gezinnen heeft te maken met één of twee risicofactoren, wat niet verwonderlijk is gezien alleen al het grote aantal eenoudergezinnen in Nederland. In 15% van de gezinnen is er sprake van vier of meer risicofactoren; de 'kwetsbare gezinnen'. Van de gezinnen heeft 4% zelfs te maken met zes of meer risicofactoren. Vertaald naar de gehele populatie in Nederland betekent dit dat er (op basis van cijfers over 2011) ongeveer 350.000 gezinnen zouden zijn die een substantiële kans lopen op (en waarbij soms ook sprake is van) problemen; bij circa 93.000 van hen (4%) is dit risico nog groter.

Tabel 5.2 Verdeling van het aantal risicofactoren (max. 10) (2007, gewogen, in procenten, N = 1377)

aantal risico- factoren	percentage gezinnen	cumulatief percentage
0	21	21
1	27	48
2	23	71
3	14	85
4	8	93
5	3	96
6 of meer	4	100

Bron: SCP (AVO'07), SCP-bewerking uit: Van den Broek et al. (2012).

Er zijn aanwijzingen dat het bij deze schatting van het aantal kwetsbare gezinnen (15%) gaat om een ondergrens. Zo was het vanwege het ontbreken van bepaalde variabelen in het AVO, zoals opvoedgedrag van de ouders en geboortegewicht, niet mogelijk om alle risicofactoren voor opvoed- en ontwikkelingsproblemen bij kinderen mee te nemen in de cumulatie (Van den Broek et al. 2012). De invloed van bijvoorbeeld de opvoeding op de ontwikkeling van kinderen kan echter deels teruggevonden worden in andere factoren die wel in de analyses zijn meegenomen en die samenhangen met opvoedgedrag, zoals alleenstaand ouderschap, opleidingsniveau van de ouders en gezinsinkomen¹²².

¹²¹ Broek, van den et al. 2012.

¹²²Bucx, F., en S. de Roos. Opvoeden in Nederland. In F. Bucx (red.) Gezinsrapport (p.152-179). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

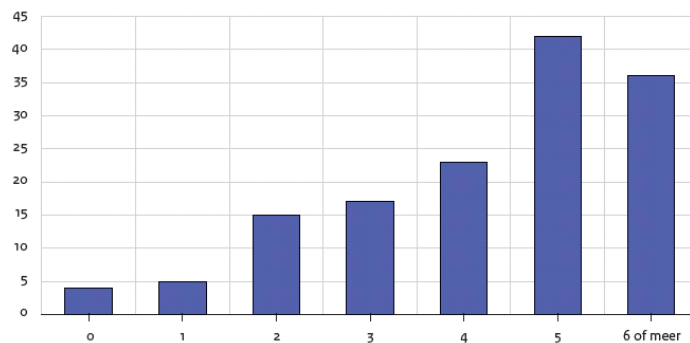
Combinaties van risicofactoren

Zijn er bepaalde typen kwetsbare gezinnen die onderscheiden kunnen worden? Het SCP is op basis van het AVO nagegaan of bepaalde combinaties van factoren vaak voorkomen bij kwetsbare gezinnen (de gezinnen met vier of meer risicofactoren); ze vinden geen eenduidig patroon. In totaal komen er circa negentig verschillende combinaties voor, en ruim een derde van de gezinnen heeft een unieke combinatie van vier of meer risicofactoren. Er is wel één combinatie van risicofactoren die relatief vaak voorkomt: in 8% van de kwetsbare gezinnen is er sprake van een laag opleidingsniveau van de ouder, niet-westerse achtergrond, eenoudergezin, armoede, achterstandsbuurt en emotionele problemen bij de ouder (Van den Broek et al. 2012). In 2011 betreft dit dus 28.000 gezinnen.

Relatie met psychosociale problemen bij kinderen

In het AVO '07-onderzoek is met een gevalideerd instrument (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ) nagegaan hoe vaak een viertal probleemgedragingen bij kinderen voorkomt, te weten hyperactiviteit, emotionele problemen, gedragsproblemen en problemen met leeftijdgenoten. In lijn met eerder onderzoek blijkt uit de analyses van het SCP (figuur 5.1) dat naarmate een gezin te maken heeft met meerdere risicofactoren er ook significant vaker psychosociale problematiek bij kinderen gerapporteerd wordt ($r=.37$). Van de kwetsbare gezinnen rapporteert 30% van de ouders een probleem, tegenover een significant lager percentage (9%) van de gezinnen met minder dan vier risicofactoren. De figuur laat bovendien zien dat er niet per definitie sprake hoeft te zijn van opvoed- of opgroei problemen in gezinnen waar zich een opeenstapeling van risicofactoren voordoet.

Figuur 5.1 Aandeel jeugdigen met psychosociale problemen naar aantal risicofactoren, 2007 (in procenten, gewogen egevens, N=1360)



Bron: SCP (AVO'07), SCP-bewerking uit: Van den Broek et al. (2012).

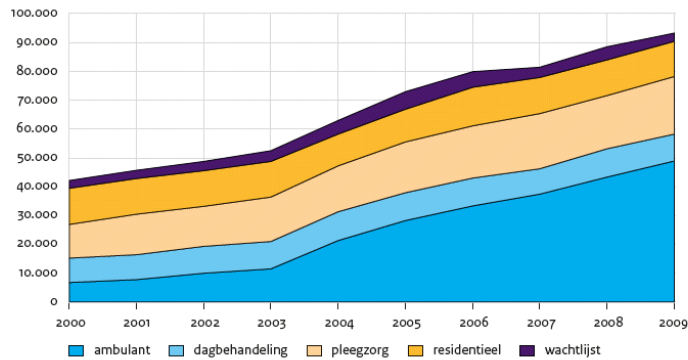
Risicokenmerken en gebruik jeugdzorg

Het SCP heeft in 2011 ontwikkelingen in de vraag naar jeugdzorg in kaart gebracht, evenals kenmerken van de jeugdigen die met jeugdzorg te maken krijgen¹²³. Daaruit kunnen aanwijzingen worden gehaald voor het aantal gezinnen met meervoudige problemen. Het beroep dat op de jeugdzorg wordt gedaan, kan als een indicator gelden van de behoefte aan en de vraag naar jeugdzorg. Maar er hoort meteen een voorbehoud bij. Gezinnen met meervoudige problemen die ook problemen met hun kinderen hebben, kunnen al bekend zijn met andere vormen van hulpverlening (amw, ggz) waardoor zij geen beroep op jeugdzorg doen. De vraag naar jeugdzorg zoals die uit dit onderzoek komt, kan dan ook niet direct worden vertaald naar het aantal gezinnen dat meervoudige problemen heeft.

Het beroep dat op de jeugdzorg wordt gedaan, is door de jaren heen sterk gestegen. In 2009 betrof het zo'n 3,75 miljard euro en 377.000 jeugdigen (zie onderstaande figuur).

¹²³ (nog niet gepubliceerd, eerste resultaten in: Pommer e.a., 2011.

Figuur 5.2 Ontwikkeling van het gebruik van provinciaal gefinancierde jeugdzorg, 2000-2009



Bron: sr jv (1995-2003); mo-groep (2004-2009), SCP-bewerking (Pommer et al. 2011).

Er zijn integrale registratiebestanden beschikbaar van alle jeugdigen van 0 tot en met 17 jaar die in 2007 woonachtig zijn in de provincie Utrecht (Pommer et al. 2011). De bestanden bevatten zowel informatie over het al of niet gebruik van jeugdzorg als diverse objectieve kenmerken. De data van gebruikers van jeugdzorg zijn afkomstig van onderzoeksbureau B&A. Deze zijn door het CBS verrijkt met gegevens over achtergrondkenmerken. Bovendien heeft het CBS de gegevens over de niet-gebruikers van jeugdzorg toegevoegd, met als resultaat een databestand van alle jeugdigen van 0 tot en met 17 jaar in de provincie Utrecht op peildatum 1 januari 2007, hun jeugdzorggebruik en hun kenmerken. De resultaten zijn dus representatief voor alle jeugdigen van 0 tot en met 17 jaar in de provincie Utrecht. Onduidelijk is of de resultaten ook gelden voor jeugdigen in andere provincies, met andere woorden: of de steekproef representatief is voor het hele land. Hierover kunnen helaas geen uitspraken worden gedaan.

In het databestand worden kenmerken op kindniveau, ouder-/gezinsniveau en buurtniveau onderscheiden (Pommer et al. 2011). Het SCP heeft onderzocht of het al of niet aanwezig zijn van een cumulatie van kenmerken (dat wil zeggen dat er meerdere kenmerken tegelijk spelen in een gezin) van invloed is op het jeugdzorggebruik (Pommer e.a. 2011). Als indicator voor een cumulatie van risicokenmerken wordt gekeken naar de mate waarin vier kenmerken gelijktijdig voorkomen, namelijk eenoudergezin, het ontvangen van een uitkering, niet-westerse alloch-

tone afkomst en aanraking met de politie van de ouders. De resulterende variabele kan vijf waarden aannemen: van waarde nul wanneer er op geen van genoemde kenmerken wordt gescoord, tot en met vier wanneer op alle vier de kenmerken wordt gescoord. Vervolgens zijn de modellen voor leeftijdsgroepen getest met invoeging van een variabele die de cumulatie van kenmerken voor het kind aangeeft. Deze cumulatie blijkt inderdaad een positieve impact te hebben op het jeugdzorggebruik. Door invoeging van deze variabele vallen echter de gevonden kenmerken, eenoudergezin en aanraking met politie van de ouders, weg. Bovendien neemt de verklaarde variantie van het model niet toe. Er is dan ook geen aanleiding om uit te gaan van een cumulatie-effect. Met andere woorden: het effect is niet groter dan de som van de effecten van de individuele kenmerken. De conclusie kan zijn dat de kenmerken slechts een klein deel verklaren van het al of niet gebruikmaken van jeugdzorg. Het gebruik van jeugdzorg hangt relatief het sterkst samen met ouder- en gezinskenmerken, namelijk het ontvangen van een uitkering, aanraking met de politie en de gezinsvorm. Daarnaast speelt het geslacht van de jeugdige een relatief grote rol bij 5-12-jarigen en de leeftijd bij 0-4-jarigen. De buurt speelt (bijna) geen rol in de verklaring van jeugdzorggebruik (Pommer et al. 2011).

Hierbij moet overigens wel in het oog worden gehouden dat de problematiek van de jeugdigen in zorg niet bekend is, 'slechts' een aantal objectieve kenmerken (Pommer et al. 2011). Idealiter zou ook informatie over de achterliggende problematiek kunnen worden meegenomen in de analyses, omdat die waarschijnlijk het meest direct samenhangt met het jeugdzorggebruik. Zulke gegevens zijn op dit moment echter niet beschikbaar. In het kader van een grootschalig survey-onderzoek van het SCP en CBS, Onderzoek Jeugd en Opgroeien (OJO'11), kunnen deze analyses later dit jaar wel worden uitgevoerd (Pommer e.a. 2011).

Doel van het Onderzoek Jeugd en Opgroeien (OJO) is het ontwikkelen van een raming- en verdeelmodel voor de jeugdzorg in Nederland. Door middel van internetvragenlijsten en interviews met ouders wordt er informatie verzameld over de jeugd van 0 t/m 17 jaar in Nederland. In de periode van november 2010 tot en met februari 2011 heeft er een meting plaatsgevonden. Daarbij zijn 34.400 vragenlijsten uitgezet en 24.914 vragenlijsten ingevuld (72%). Bij de auteurs is niet bekend wanneer de resultaten van het OJO worden verwacht.

Peiling Jeugd en Gezondheid (PJG)

De Peiling Jeugd en Gezondheid (PJZ) van het SCP is een steekproefonderzoek dat in 2002 en 2003 is uitgevoerd¹²⁴. Bij twintig instellingen voor jeugdgezondheidszorg zijn gegevens over jeugdigen van 0-12 jaar opgevraagd. Over 4.776 kinderen is uiteindelijk informatie verzameld bij verschillende personen (ouders, professionals en kinderen zelf). Gezien de omvang en kwaliteit van de steekproef nemen de auteurs van het huidige hoofdstuk aan dat de resultaten representatief zijn voor kinderen van 0-12 jaar in Nederland die aan periodieke gezondheidsonderzoeken van GGD'en deelnemen of bij consultatiebureaus komen.

Artsen en verpleegkundigen van de jgz-instellingen hebben tijdens het consultatiebureaubezoek van het kind of het periodiek geneeskundig onderzoek een vragenlijst ingevuld over de ouders en het aanwezige kind. Voorafgaand aan het bezoek aan de jeugdarts of -verpleegkundige vulden de ouders een vragenlijst in. De kinderen van acht tot en met twaalf jaar vulden eveneens een vragenlijst in over onder meer hun tijdsbesteding, school en welzijn (Zeijl et al. 2005).

Uit de Peiling Jeugd en Gezondheid (PJG) van het SCP komt naar voren dat volgens professionals in de jeugdgezondheidszorg 15% van de gezinnen met kinderen tot twaalf jaar met opvoedingsproblemen kampt. Die 15% kan worden verdeeld in 1% met zware opvoedingsproblemen, 4% met matige en 10% met lichte opvoedingsproblemen. Het onderzoek noemt de situatie in 5% van de gezinnen (met zware en matige problemen) ernstig.

Er zijn verschillende risicofactoren voor problemen uit het onderzoek gekomen. Een laag inkomen in een gezin blijkt in tal van opzichten de kans op problemen te vergroten. In totaal heeft 14% van de kinderen uit een gezin met een inkomen onder de armoedegrens psychosociale problemen vergeleken met 4% van de kinderen uit een gezin met een inkomen boven de armoedegrens. Een negatieve opvoedbeleving komt bij 16% van de ouders met een inkomen onder de armoedegrens voor en maar bij 5% van de ouders met een inkomen daarboven. Ouders met een laag inkomen hebben niet vaker een kind met een langdurige ziekte of handicap.

¹²⁴ Zeijl et al. 2005.

Zowel psychosociale problemen bij de kinderen als een negatieve opvoedbeleving bij de ouders komen vaker voor bij kinderen uit een eenoudergezin dan bij kinderen uit een tweeoudergezin. 15% van de ouders in een eenoudergezin is negatief gestemd over de opvoeding en 10% van de kinderen uit zo'n gezin heeft psychosociale problemen. Ter vergelijking: bij kinderen uit tweeoudergezinnen geldt dit steeds voor 5% van de ouders en kinderen. Er is geen verschil tussen deze gezinnen als het gaat om de aanwezigheid van kinderen met een langdurige ziekte of handicap.

Andere factoren zijn eveneens van belang voor de kans op problemen in het gezin: sekse van de kinderen (bij jongens meer), leeftijd (meer bij ouders met peuters en basisschoolkinderen), opleiding ouders (minder bij hoogopgeleiden), gezinsgrootte (hoe meer kinderen hoe minder problemen), en werk ouders (minder problemen als twee ouders werken) (Zeijl e.a. 2005).

Het SCP heeft ook gekeken naar de cumulatie van een aantal problemen in het gezin, namelijk psychosociale problemen bij het kind, negatieve opvoedbeleving bij de ouder en lichamelijke problemen bij het kind. De resultaten daarvan staan in onderstaande tabel.

Tabel 5.3 Cumulatie psychosociale problemen, negatieve opvoedbeleving en lichamelijke problemen: het aandeel kinderen dat geen, één of meerdere van deze problemen heeft (in procenten)

	3 jaar	basisschool- leeftijd
geen negatieve opvoedbeleving ouders of psychosociale of lichamelijke problemen kind	83	81
één van deze drie problemen	12	15
twee van deze drie problemen	4	3
alle drie de problemen	1	1

Bron: Zeijl et al. 2005.

Er is dus steeds een groep van hoogstens 5% waarbij sprake is van tegelijkertijd meerdere problemen en negatief beleefde opvoedsituaties. Uitgaande van het feit dat er in Nederland ongeveer 2,6 miljoen 0-12-jarigen zijn, gaat het in absolute aantallen toch nog altijd om ongeveer 130.000 kinderen (Zeijl et al. 2005). Deze cumulatie kan, zeker als ze voortduurt en structureel van

aard is, een negatieve invloed hebben op de verdere ontwikkeling van de kinderen. Deze kinderen dienen dan ook gesignaleerd en ondersteund te worden. Nadere analyses van het SCP op het 0-12-jarigenbestand laten zien dat deze kinderen inderdaad vaak wel worden opgespoord door jgz-medewerkers. Zo spooft de jgz bijvoorbeeld 71% op van de kinderen met psychosociale problemen waarvan de ouders een negatieve beleving van de opvoeding hebben. Belangrijk in dit verband is dat bij de kinderen die maar één probleem hebben dit percentage aanzienlijk lager is, te weten 46%. Anders gezegd: de jgz ziet eerder kinderen met ‘slechts’ één probleem over het hoofd dan kinderen met een cumulatie van problemen. Aangezien enkelvoudige problemen, zeker als zij klinisch van aard zijn, ook hun sporen kunnen nalaten in het leven van een kind, dient bij de vroegsignalering van problemen cumulatie een belangrijk richtsnoer te zijn, maar zeer zeker niet het enige (Zeijl et al. 2005).

HBSC

Het onderzoek Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) is een landelijk representatief onderzoek onder de schoolgaande jeugd van 11 tot en met 16 jaar¹²⁵. Het is een vragenlijstonderzoek over gezondheid, het welbevinden en risicogedrag van deze jeugd. Het wordt elke vier jaar herhaald en in 2001-2002 heeft Nederland voor het eerst deelgenomen aan dit internationale onderzoek. Het derde en meest recente Nederlandse HBSC-onderzoek is in 2009 uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen het Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht en het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het onderzoek richt zich op Nederlandse scholieren van 11 tot en met 16 jaar op het basisonderwijs en voortgezet onderwijs en op ouders van leerlingen uit de eerste vier leerjaren van het voortgezet onderwijs (VMBO, HAVO en VWO). In het basisonderwijs hebben 1.792 leerlingen een bruikbare vragenlijst ingevuld en in het voortgezet onderwijs hebben 5.642 leerlingen (tot en met 16 jaar) een bruikbare vragenlijst ingevuld. Bovendien hebben ook 2965 ouders een vragenlijst ingevuld (Van Dorsselaer, et al. 2010). In de rapportage over het onderzoek worden verschillende risicogroepen genoemd, waaronder: jongeren uit lagere opleidingsniveaus en kinderen uit onvolledige gezinnen.

Lagere opleidingsniveaus

Uit het HBSC-onderzoek blijkt dat jongeren afkomstig uit de lagere opleidingsniveaus, het VMBO, bijna over de hele linie een meer problematisch profiel hebben dan jongeren afkomstig uit

¹²⁵ Dorsselaer, van et al. 2010.

de hogere opleidingsniveaus. Dit is een structureel en robuust gegeven. Voor een deel laten deze verschillen zich verklaren vanuit de sociaaleconomische achtergrond van leerlingen in het VMBO. Over het algemeen betreft het hier minder welvarende gezinnen, waarbinnen minder geld te besteden is voor bijvoorbeeld het lidmaatschap van sportverenigingen of het kopen van (duurdere) gezonde eetproducten als fruit.

VMBO-leerlingen ervaren minder steun van hun ouders en zijn ook minder open tegenover hun ouders. Zij vinden de school minder leuk en rapporteren ook een minder goede sfeer tussen de klasgenoten. Ook wordt er volgens hen veel meer gepest: zij pesten zelf veel meer en zij worden ook veel meer gepest dan de leerlingen van HAVO of VWO. Wat gezond gedrag betreft zijn de verschillen ook groot ten nadele van de leerlingen van de lagere opleidingsniveaus. VMBO-leerlingen ontbijten aanzienlijk minder vaak, drinken meer frisdrank (al snoepen zij iets minder), bewegen minder, kijken meer tv en zitten meer achter de computer. Zij ervaren hun gezondheid als minder goed, hebben meer psychosomatische klachten, voelen zich vaker te dik en ze zijn volgens hen zelf gerapporteerde gewicht ook veel vaker te dik. Zij rapporteren niet meer emotionele problemen, maar wel veel vaker gedragsproblemen, problemen met hyperactiviteit, problemen met leeftijdgenoten en minder pro sociaal gedrag. VMBO-leerlingen gaan bovendien veel riskanter om met genotsmiddelen. Zij roken veel vaker dagelijks, en zij drinken vaker en meer.

Voor een deel laten deze verschillen zich verklaren vanuit de sociaaleconomische achtergrond van leerlingen in het VMBO. Over het algemeen betreft het hier minder welvarende gezinnen, waarbinnen minder geld te besteden is voor bijvoorbeeld het lidmaatschap van sportverenigingen of het kopen van (duurdere) gezonde eetproducten als fruit. Sociaaleconomische ongelijkheid kan echter niet het hele opleidingseffect verklaren, want voor het vaststellen van het opleidingseffect werd gecontroleerd voor de welvaart in het gezin.

Onvolledige gezinnen

In het HBSC-onderzoek is systematisch geanalyseerd hoe kinderen uit onvolledige gezinnen (gezinnen die niet bestaan uit de twee eigen ouders en hun kinderen) het doen. Het betreft vooral gezinnen waarvan de ouders gescheiden zijn. De resultaten laten over de hele linie een veel minder gunstig beeld zien voor deze groep kinderen, ook na controle voor het effect van de andere belangrijke achtergrondvariabelen. Kinderen uit volledige gezin-

nen rapporteren een hoger welbevinden, een betere relatie met hun ouders en klasgenoten, en over de hele linie veel minder risicogedragingen - meer gezonde gewoonten, minder middelengebruik - dan kinderen uit onvolledige gezinnen. De verschillen zijn sterk en robuust. Ook de ouders zelf rapporteren dat zij hun kinderen minder steunen, of minder goed weten hoe het leven van hun kinderen er uit ziet, dan ouders uit de volledige gezinnen. Deze verschillen zijn niet zonder meer toe te schrijven aan de vaak minder gunstige materiële positie van deze gezinnen. Bij het bepalen van deze verschillen is namelijk gecontroleerd voor de effecten van opleidingsniveau, materiële welstand in het gezin (bij het jongerenonderzoek), en etnische achtergrond. De verschillen zijn beter te duiden als een mogelijk begeleidend verschijnsel van de echtscheiding van de ouders, die met zich meebrengt dat ouders (wellicht tijdelijk) minder aandacht voor hun kinderen hebben, deze minder steun kunnen geven en minder goed in de gaten kunnen houden. Ook de conflicten, die vaak met echtscheiding gepaard kunnen gaan, kunnen een negatief effect hebben op het welbevinden van kinderen.

Jeugdmonitor Utrecht

De Jeugdmonitor Utrecht is een jaarlijks steekproefonderzoek onder scholieren van het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs in de stad Utrecht¹²⁶. Leerlingen wordt klassikaal een schriftelijke vragenlijst voorgelegd met vragen over gezondheid, welbevinden, leefstijl, ervaring met school en probleemgedrag. De vragenlijsten worden anoniem afgenomen door jeugdverpleegkundigen van de GG en GD. Het steekproefonderzoek wordt ieder jaar in andere leerjaren afgenomen. Voor deze studie zijn de gegevens bekeken uit de schooljaren 2008/2009 en 2011/2012. In 2008/2009 zijn leerlingen uit klas 2 en 3 van het voortgezet onderwijs ondervraagd, in 2011/2012 leerlingen uit groep 7 en 8 van het basisonderwijs.

Omdat het onderzoek is uitgevoerd in hele specifieke klassen en dan ook nog alleen in Utrecht, is het de vraag hoe representatief de uitkomsten zijn. Ze geven niettemin wel een indruk van de wijze waarop kinderen hun leven ervaren.

In deze paragraaf zullen we een aantal resultaten toelichten uit de genoemd twee recente metingen (Van Buren, et al. 2010 en Eykemans et al. 2011). Alle Utrechtse scholen voor het regulier voortgezet onderwijs deden mee aan de meting in 2008/2009. In het schooljaar 2008/2009 zaten op die vijftien scholen 4.075 leerlingen in de tweede of derde klas. De vragenlijst is uiteinde-

¹²⁶ Buren, van e.a. 2010. Eykemanse.a. 2012.

lijk door 2.963 leerlingen serieus ingevuld. De respons is 79%. Bij de verdere analyses zijn alleen de gegevens van 2.423 leerlingen die woonachtig zijn in Utrecht meegenomen.

Aan de meting in 2011/2012 deden 39 van de 114 basisscholen in Utrecht mee. In dat schooljaar zaten er op die 39 scholen 2.259 leerlingen in groep 7 en 8. De vragenlijst is uiteindelijk door 2.098 leerlingen serieus ingevuld. De respons is 93%. Bij de verdere analyses zijn alleen de gegevens meegenomen van de 2.077 leerlingen die in de stad Utrecht zelf woonachtig zijn. In beide onderzoeken scoren leerlingen uit gezinnen met een lage welvaart (risicofactor) op belangrijke onderwerpen ongunstiger dan leerlingen uit gezinnen met een hoge welvaart. Zij ervaren hun gezondheid minder vaak als goed, ontbijten onregelmatiger, zijn minder vaak lid van een sportvereniging, ervaren vaker een negatieve thuissituatie en hebben vaker een langdurig ziek gezinslid. De tabel hieronder geeft een aantal resultaten van het onderzoek weer.

Tabel 5.4 Aantal uitkomsten Jeugdmonitor Utrecht 2009/2010 en 2011/2012, opgesplitst in gezinswelvaart

	Gezinswelvaart					
	2008/2009		2011/2012			
	laag	midden	hoog	laag	midden	hoog
Ervaren gezondheid (percentage leerlingen met een (heel) goede ervaren gezondheid)	77%	82%	86%	80%	88%	91%
Voedingsgewoonten (percentage leerlingen dat vijf of meer dagen per week ontbijt)	59%	73%	84%	82%	90%	93%
Bewegen en sport (percentage leerlingen dat lid is van een sportvereniging)	31%	50%	77%	53%	75%	88%
Gezinssituatie (percentage leerlingen dat een negatieve thuissituatie ervaart)	42%	30%	30%	-	-	-
Gezinssituatie (percentage leerlingen dat thuis één of meer problemen ervaart)	-	-	-	25%	19%	21%
Gezinssituatie (percentage leerlingen met een langdurig ziek gezinslid)	44%	27%	23%	21%	12%	11%

Bron: Jeugdmonitor Utrecht, bewerking Nederlands Jeugdinstituut.

Leeswijzer: van de leerlingen in 2008/2009 met een lage gezinswelvaart ervaart 77% een (heel) goede gezondheid.

Wat betreft de gezinssituatie: in 2011/2012 is daar op een andere manier naar gevraagd dan in 2008/2009.

Noot: Alle verschillen tussen welvaartstypen zijn significant ($p < 0,01$), behalve bij het percentage leerlingen met een langdurig ziek gezinslid in 09/10.

Jeugdmonitor Rotterdam

De GGD Rotterdam-Rijnmond onderzoekt de lichamelijke en psychische gezondheid van kinderen en jongeren van 0 tot en met 18 jaar met de Jeugdmonitor Rotterdam¹²⁷. De Jeugdmonitor is een methode waarbij de onderzoekers met vragenlijsten regelmatig meten hoe het met de jeugd in Rotterdam gaat. Alle kinderen in Rotterdam en in enkele omliggende gemeenten krijgen met de Jeugdmonitor te maken. In totaal nemen jaarlijks ruim 24.000 kinderen deel aan de Jeugdmonitor. De laatste meting was in het schooljaar 2008-2009. Omdat het onderzoek alleen in Rotterdam wordt uitgevoerd zijn de resultaten alleen representatief voor de Rotterdamse jeugd van 0 tot en met 18 jaar.

Bij 0-4 jarigen maakt de eerste meting onderdeel uit van het reguliere contactmoment van het consultatiebureau. Tegelijkertijd met een uitnodiging hiervoor, krijgen ouders de vragenlijst toegestuurd. Bij het bezoek aan het consultatiebureau worden de antwoorden op de vragen besproken. In groep 2 en 7 van het basisonderwijs is de jeugdmonitor opgenomen in het preventief gezondheidsonderzoek van de GGD. Vragenlijsten worden ingevuld door de ouders, leerkrachten, leerlingen van groep 7 en jeugdartsen of -verpleegkundigen. In het voortgezet onderwijs krijgen leerlingen klassikaal een vragenlijst voorgelegd.

De Rotterdamse Jeugdmonitor laat zien dat 4% van de jongeren in het voortgezet onderwijs problemen heeft op drie leefgebieden: thuis, op school en in hun gedrag en psychisch welbevinden. Wanneer deze gegevens doorgetrokken worden naar de totale populatie kinderen en jongeren in Rotterdam, dan zouden naar schatting vijf- tot zesduizend kinderen en jongeren ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd. Hoewel het aannemelijk is dat er problemen spelen in de gezinnen van deze jongeren, komen zij niet per definitie uit multiprobleemgezinnen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009).

¹²⁷ GGD Rotterdam-Rijnmond (2009). Jeugdmonitor Rotterdam. Rapportage gemeente Rotterdam 2008. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.

Onderzoek Amsterdam multiprobleemgezinnen

In dit onderzoek¹²⁸ is gericht gezocht naar multiprobleemgezinnen. Daaronder verstaan de onderzoekers gezinnen waarbij minimaal twee van de volgende problemen zich voordoen:

- problemen van generatie op generatie
- vervuiling
- armoede/schulden
- werkloosheid
- prostitutie
- criminaliteit
- onbereikbaar zijn voor consultatiebureau
- veel verhuizen (minimaal 3 keer sinds de geboorte van het kind).

Dit komt niet overeen met de gezinnen met meervoudige problemen zoals de RVZ die omschrijft. Toch kan dit onderzoek wel helpen bij het zoeken naar een antwoord op de vraag van de RVZ. Landelijk representatieve gegevens over het aantal multiprobleemgezinnen in Nederland ontbreken. In dit rapport worden gegevens bekend gemaakt van de regio Amsterdam. Het betreft een onderzoek naar de omvang en samenstelling van multiprobleemgezinnen in Amsterdam en de regio's Amstelland/Meerlanden en Zaanstreek/Waterland. Het onderzoek was gericht op gezinnen met minimaal één kind in de leeftijd van nul tot vier jaar. De gegevens van Amsterdam zelf zijn ontleend aan de zorgregistratie. In Amstelland/Meerlanden en in Zaanstreek/Waterland zijn gegevens verzameld bij jgz-artsen en verpleegkundigen. De onderzoekers hebben gegevens geanalyseerd van alle gezinnen die in de eerste helft van 2005 het consultatiebureau of het ouder-kindcentrum bezochten. Omdat de analyse van gegevens beperkt is tot gezinnen met een kind in de leeftijd van nul tot vier jaar kunnen de onderzoekers geen uitspraak doen over het aantal multiprobleemgezinnen in de populatie van nul tot achttien jaar.

Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer 3% van de gezinnen met minstens één kind in de leeftijd van 0 tot 4 jaar onder de multiprobleemgezinnen valt. De onderzoekers denken dat het aantal feitelijk hoger ligt omdat er sprake is van selectieve non-respons. Een opvallende uitkomst is dat er in de stad Amsterdam beduidend meer multiprobleemgezinnen worden gesignaleerd dan er

¹²⁸ Burik, A.E. van, & Vianen, R.T. (2006). Multiprobleemgezinnen in de agglomeratie Amsterdam. Een onderzoek naar de omvang en samenstelling van multiprobleemgezinnen en de hulpverlening van de geïndiceerde jeugdzorg aan deze gezinnen. Woerden: Adviesbureau van Montfoort.

uiteindelijk instromen bij Bureau Jeugdzorg Amsterdam-Amstelland (BJAA) en een indicatiebesluit krijgen. Van de 197 multiprobleemgezinnen in de steekproef zijn er minimaal 33 gezinnen op enig moment bij BJAA ingestroomd. Daarvan hebben 23 gezinnen minimaal één kind met een indicatiebesluit afgegeven in 2005. Op basis van deze aantallen schatten de onderzoekers van Van Montfoort dat 17% van de gesignaleerde multiprobleemgezinnen instroomt bij BJAA. 12% Van de gesignaleerde multiprobleemgezinnen heeft naar schatting een indicatiebesluit van BJAA.

5.3 Aard van de problematiek

Gezinnen met meervoudige problemen kunnen een groot scala aan mogelijke combinaties van problemen hebben. Het kan bijvoorbeeld gaan over een alleenstaande werkende moeder met schulden die haar kind verwaarloost, maar ook over een gezin waarin beide ouders werkloos zijn, het kind leerproblemen heeft en de vader een depressie. En zo komen er waarschijnlijk nog vele andere combinaties voor. Het is dan ook niet mogelijk om hét gezin met meervoudige problematiek aan te wijzen. Dat verklaart deels waarom uit de hier besproken onderzoeken geen algemene prevalentiegegevens te halen zijn. De beschikbare gegevens laten ook niet toe om veel voorkomende combinaties van problemen te benoemen. De best mogelijke benadering is het vaststellen van het voorkomen van risicofactoren.

Uit verschillende onderzoeken blijkt wel dat een lage sociaaleconomische status een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van problemen in een gezin. Ook uit ander onderzoek komt keer op keer naar voren dat een lage sociaaleconomische status (lage opleiding, laag inkomen) sterk samenhangt met werkloosheid en met gezondheids- en psychosociale problemen. Het ligt voor de hand om de sociaaleconomische status aan te merken als een belangrijke richtingwijzer voor het signaleren van meervoudige problemen. Dit komt overeen met de bevindingen van het SCP in hoofdstuk 2.

Een andere risicofactor die in veel onderzoek naar voren komt, is het opgroeien in een onvolledig gezin. De HBSC-onderzoekers stellen dat ‘de opvoed- en opgroeiomstandigheden veel minder gunstig (zijn) voor kinderen uit de lage opleidingsniveaus en kinderen afkomstig uit onvolledige gezinnen’. Kinderen die opgroeien in een eenoudergezin hebben bijvoorbeeld vaker te maken met armoede en werkloosheid van die ene ouder.

Uit de verschillende onderzoeken komt ook als opvallend kenmerk naar voren dat er aanwijzingen voor kindermishandeling zijn. In het Amsterdamse onderzoek zijn die er bij 24% van de multiprobleemgezinnen, tegen 0,4% van de andere gezinnen.

De aard van de problematiek kan ook worden afgeleid uit het gebruik dat deze gezinnen maken van de zorg. Het advies van de RVZ gaat weliswaar juist ook over de groep die geen of verkeerde hulp of zorg krijgt, maar om een indicatie te krijgen van het aantal gezinnen met meervoudige problematiek is het goed om naar gebruikscijfers te kijken. Het Onderzoek Jeugd en opgroeien (OJO) waarover het SCP dit jaar nog zal rapporteren, belooft hiervoor mooi materiaal te leveren. Op dit moment moeten wij volstaan met de publicatie van Pommer et al. (2011). Daaruit blijkt dat het gebruik van jeugdzorg relatief het sterkst samenhangt met ouder- en gezinskenmerken, namelijk het ontvangen van een uitkering, in aanraking zijn geweest met de politie en de gezinsvorm. Daarnaast speelt het geslacht van de jeugdige een relatief grote rol bij 5-12-jarigen en de leeftijd bij 0-4-jarigen. De buurt speelt (bijna) geen rol in de verklaring van jeugdzorggebruik. Uit het onderzoek van Pommer et al. blijkt opvallend genoeg ook dat er geen sprake is van een cumulatie-effect van risicofactoren op het gebruik van jeugdzorg. Met andere woorden: bij een combinatie van risicofactoren is er niet zonder meer een grotere kans op het gebruik van jeugdzorg dan bij een optelsom van de individuele risicofactoren.

De onderzoekers van het SCP schrijven dat de conclusie kan zijn dat kenmerken slechts een klein deel verklaren van het al of niet gebruik maken van jeugdzorg. Een bepaald kenmerk wil immers niet zeggen dat er ook altijd een probleem zal ontstaan in een gezin. Het zou nog veel informatiever zijn om informatie over de (cumulatie van) problemen in gezinnen af te zetten tegen het jeugdzorggebruik. Deze gegevens worden momenteel verzameld in het kader van een grootschalig survey-onderzoek van het SCP en CBS, Onderzoek Jeugd en Opgroeien (OJO'11). Aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek zal men veel meer kunnen krijgen in de aard en omvang van gezinnen met meervoudige problemen. Daarbij past de kanttekening dat cijfers over het gebruik van jeugdzorg niet direct vertaald kunnen worden naar het aantal gezinnen met meervoudige problemen, waaronder opvoed- en opgroei problemen.

Behalve over prevalentie zijn er ook geen onderzoeksresultaten bekend over de ernst en urgentie van meervoudige problematiek

in zijn algemeenheid. Zoals al eerder opgemerkt: gezinnen met meervoudige problematiek vormen geen homogene groep. Het gaat om gezinnen met soms heel verschillende combinaties van problemen en aangezien er geen goede cijfers zijn over de prevalentie daarvan, is het ook niet mogelijk om de ernst en urgentie te bepalen. Wat we wel weten met betrekking tot de ernst en urgentie van meervoudige problematiek is dat er bij veel van de problemen waar deze gezinnen mee kampen, sprake is van intergenerationele overdracht. Dit betekent dat als er niet voldoende aan de problemen wordt gedaan, veel van de kinderen in deze gezinnen later ook problemen zullen hebben in hun eigen gezin. Hierdoor zal er dus in de toekomst een groter beroep worden gedaan op de zorg. Bovendien mag men er wel van uitgaan dat de ernst toeneemt wanneer er meer problemen in een gezin spelen, of problemen op meer leefgebieden. De tabel op p. 5 (uit SCP AVO '07) betreft risicofactoren. Een dergelijke tabel met problemen zou wenselijk zijn.

5.4 Samenvatting

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft een specifieke achtergrondstudie verricht naar gezinnen met meervoudige problemen, waaronder opvoed- en opgroeioproblemen. De conclusie moet zijn dat op grond van beschikbare gegevens niet bekend is hoeveel gezinnen met meervoudige problematiek te maken hebben. Aanwijzingen voor het bestaan van meervoudige problemen kunnen worden afgeleid uit de aanwezigheid van risicofactoren. In 15% van de gezinnen in Nederland is er sprake van vier of meer risicofactoren; dat zijn de 'kwetsbare gezinnen' (Van den Broek et al. 2012). Van alle gezinnen heeft 4% zelfs te maken met zes of meer risicofactoren. Vertaald naar aantallen betekent dit dat er (op basis van cijfers over 2011) ongeveer 350.000 gezinnen zijn die een substantiële kans lopen op (en waarbij soms ook sprake is van) problemen; bij circa 93.000 van hen (4%) is dit risico nog groter¹²⁹.

Op basis van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om te berekenen welk deel van de kwetsbare gezinnen ook daadwerkelijk meervoudige problemen heeft. Maar uit de hier besproken onderzoeken komen wel percentages naar voren die sterke overeenkomsten vertonen. De Peiling Jeugd en Gezondheid (Zeijl et al. 2005) laat zien dat 85% van de gezinnen weinig of geen problemen heeft, terwijl 15% wel met problemen kampt. En 5%

¹²⁹ CBS Jeugdmonitor, april 2012.

heeft te maken met meervoudige en zware problemen waarvoor hoe dan ook hulp en zorg nodig is. De verhouding 85 - 10 - 5 komt min of meer overeen met de verdeling in percentages zoals de Jeugdmonitoren uit Rotterdam en Amsterdam die rapporteren. De groep met zware, meervoudige problemen wordt in Rotterdam op 4% geschat en in Amsterdam op 3% (maar volgens de onderzoekers betreft het hier een onderschatting vanwege selectieve non-respons). En zelfs het onderzoek naar risicofactoren (SCP AVO '07) laat een vergelijkbare verdeling zien. De verhouding 85 - 10 - 5 werd ruim 20 jaar geleden al vastgesteld in het grote leefwereldonderzoek van Van der Linden en Dijkman¹³⁰ en die lijkt nu te worden bevestigd in deze onderzoeken. Op basis van deze korte verkenning voor de RVZ kan het percentage gezinnen met meervoudige problematiek geschat worden op 3 tot 5% van alle gezinnen in Nederland. Op basis van het aantal gezinnen in Nederland in 2011 (CBS Jeugdmonitor, april 2012), schatten we het aantal gezinnen met meervoudige problematiek ongeveer tussen de 70.000 en 116.000.

In hoeveel van de gezinnen met meervoudige problemen gaat het om multiprobleemgezinnen? Dat wil zeggen: bij hoeveel gezinnen is er naast die meervoudige problemen ook sprake van problemen met de zorg- of hulpverlening? Dat is alleen al lastig in te schatten doordat er verschillende definities van kwetsbare gezinnen, gezinnen met meervoudige problematiek en multiprobleemgezinnen in omloop zijn. Voor een inschatting van het aantal multiprobleemgezinnen kan een onderzoek in de stad Amsterdam dienst doen. Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer 3% van de gezinnen met minstens één kind in de leeftijd van 0 tot 4 jaar als multiprobleemgezin kan worden aangemerkt. Bij gebrek aan landelijke gegevens kunnen we het aantal multiprobleemgezinnen in Nederland het beste inschatten door dit percentage, ondanks alle statistische bezwaren, te extrapoleren naar heel Nederland. In totaal waren er in 2011 2.328.000 gezinnen met ten minste één kind tot 25 jaar (CBS Jeugdmonitor, april 2012). Als 3% daarvan een multiprobleemgezin is, dan zijn er, globaal geschat, ongeveer 70.000 multiprobleemgezinnen in Nederland.

¹³⁰ Linden, F.J. van der, en T.A. Dijkman. Jong zijn en volwassen worden in Nederland. Een onderzoek naar het psychosociaal functioneren in alledaagse situaties van de Nederlandse jongeren tussen 12 en 21 jaar. Nijmegen: Hoogveld Instituut, 1989.

6 Meervoudige problematiek bij werknemers

Maroesjka Versantvoort (SCP) en Lando Koppes (TNO)

6.1 Inleiding

Werknemers met meervoudige problematiek staan centraal in dit hoofdstuk. Uitgangspunt is de definitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) voor meervoudige problematiek: ‘problemen op meerdere levensgebieden, zoals een combinatie van fysieke en psychische problemen en een combinatie van gezondheidsproblemen en problemen op het terrein van bijvoorbeeld sociale contacten, opvoeding en ontwikkeling, inkomen, arbeid of wonen’. In dit hoofdstuk richten we ons specifiek op de combinatie van gezondheidsproblemen en problemen op de arbeidsmarkt. De combinatie van gezondheidsproblemen en andersoortige problemen blijft buiten beschouwing. We beogen inzichtelijk te maken in welke mate het hebben van meervoudige gezondheidsproblemen bij werknemers samen gaat met ziekteverzuim, en in welke mate dit ziekteverzuim werkgerelateerd is. Daarnaast beogen we aan te geven in hoeverre sprake is van contact met zorgverleners bij verzuim van werknemers met chronische fysieke en/of psychische aandoeningen. Wanneer sprake is van een combinatie van fysieke en psychische problemen spreken we in het vervolg van het hoofdstuk over ‘meervoudige gezondheidsproblemen’.

Databronnen

Om deze inzichten te kunnen schetsen, gebruiken we data uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) uit 2010. De NEA is een landelijk representatief onderzoek onder werknemers van 15 tot 65 jaar in Nederland. De NEA wordt uitgevoerd door TNO en het CBS met steun van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. In 2010 hebben ruim 23.000 werknemers een vragenlijst ingevuld. De NEA bevat net als het AVO geen medische diagnoses. Op basis van zelfgerapporteerde chronische aandoeningen en ziekten¹³¹ is wel aan te geven hoe-

¹³¹ Het gaat om de volgende langdurige fysieke ziekten, aandoeningen of handicaps: problemen met armen of handen (ook artritis, reuma, rsi), problemen met benen of voeten (ook artritis, reuma), problemen met rug en nek (ook artritis, reuma, rsi), migraine of ernstige hoofdpijn, hart- of vaatziekten, astma, bronchitis, emfyseem, maag- of darmstoornissen, suikerziekte, ernstige huidziekten, gehoorproblemen, epilepsie, levensbedreigende ziekten (bijv. kanker, aids), problemen met zien, anders. Voor psy-

veel werknemers kampen met fysieke dan wel psychische gezondheidsproblemen.

Ook bevat de NEA gegevens omtrent ziekteverzuim, percepties van werknemers van de mate waarin het ziekteverzuim werkgerelateerd is, en het contact van werknemers met zorgverleners in geval van ziekteverzuim.

Opbouw hoofdstuk

We laten op de eerste plaats – in paragraaf 6.2 – zien wat het ziekteverzuim van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen is en in hoeverre dat verschilt van werknemers zonder gezondheidsproblematiek. Daarbij maken we ook onderscheid naar individuele achtergrondkenmerken van werknemers als geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Vervolgens gaan we in paragraaf 6.3 in op het zorggebruik van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen: in welke mate is sprake van contact met een huisarts of specialist bij ziekteverzuim en in hoeverre wordt door de zorgverlener nagegaan of het verzuim werkgerelateerd is. Paragraaf 6.4 ten slotte zoomt in op sectorale verschillen in ziekteverzuim en werkgerelateerdheid van dat verzuim voor werknemers met en zonder meervoudige gezondheidsproblemen. In paragraaf 6.5 volgt een samenvatting.

6.2 Ziekteverzuim van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen

Werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen (dus met zowel psychische als meerdere fysieke problemen) maken 0,7% van het totale werknemersbestand uit (zie tabel 6.1). Meer dan 13% van de werknemers heeft te maken met psychische of meerdere fysieke gezondheidsproblemen en bijna 59% heeft geen chronische gezondheidsproblemen.

In 2010 is het gemiddelde ziekteverzuimpercentage (i.e. het percentage verzuimdagen wegens ziekte op het totaal aan werkdagen van een werknemer) in Nederland 4,2%. Dit percentage is sinds 2007 nagenoeg stabiel.¹³² Hoe verhoudt dit percentage zich nu tot het verzuim van werknemers met (meervoudige) gezondheidsproblemen? Werknemers zonder chronische aandoening hebben een ziekteverzuimpercentage dat beduidend onder het gemiddelde ligt (2,3%) – zie tabel 6.1. Voor werkne-

chische gezondheidsproblemen is slechts één categorie onderscheiden: psychische klachten/ aandoeningen.

¹³² Klein Hesselink, J. et al. Ziekteverzuim in Nederland in 2010, Hoofddorp, TNO, 2012.

mers met een gezondheidsprobleem ligt, niet onverwacht, het ziekteverzuim boven het gemiddelde. Zeker wanneer sprake is van een psychische aandoening, ziekte of handicap is het ziekteverzuim hoog (15%). Is naast de psychische aandoening ook sprake van meerdere chronische fysieke aandoeningen, dan is het ziekteverzuimpercentage zelfs 19%. Met andere woorden: het hebben van meervoudige gezondheidsproblemen, een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen gaat samen met een relatief hoog ziekteverzuimpercentage.

Tabel 6.1 Ziekteverzuim van werknemers met en zonder (meervoudige) chronische gezondheidsproblemen in 2010 (in procenten)

aandoening	ziekteverzuimpercentage	aandeel	(n)
fysieke aandoening - minimaal 2	9,1	11,1	(2644)
psychische aandoening	14,9	2,8	(676)
fysieke ^a én psychische aandoening	18,9	0,7	(176)
fysieke ^a en/of psychische aandoening	9,8	13,2	(3144)
geen chronische aandoening	2,3	58,8	(13995)
overall gemiddelde	4,2	100,0	(23788)

a Het gaat hierbij om minimaal 2 fysieke aandoeningen.

b De groep met 1 fysieke aandoening (28%) is in deze tabel buiten beschouwing gelaten

Bron: NEA (2010), bewerking SCP/TNO.

Wordt uitgesplitst naar individuele achtergrondkenmerken zoals geslacht, leeftijd en opleiding, dan zien we dat oudere werknemers met meervoudige of psychische gezondheidsproblemen beduidend meer verzuimen dan jongere werknemers met meervoudige of psychische gezondheidsproblemen (zie tabel 6.2). Hierbij is niet uit te sluiten dat ouderen geconfronteerd worden met andersoortige en meer werkbeperkende gezondheidsproblemen en ziekten dan jongeren. Bij werknemers zonder chronische aandoening verschilt het ziekteverzuimpercentage van ouderen nauwelijks van dat van jongeren.

Tabel 6.2 Ziekteverzuim van werknemers met en zonder (meervoudige) gezondheidsproblemen in 2010, naar achtergrondkenmerken (in procenten)

	geen chronische aandoening	fysieke aandoening ^a	psychische aandoening	fysieke en psychische aandoening	fysieke en/of psychische aandoening
totaal	2,3	9,1	14,9	18,9	9,8
leeftijdsklasse					
18-44 jaar	2,3	8,2	13,1	17,7	9,0
45-64 jaar	2,2	9,8	17,8	20,2	10,5
geslacht					
man	1,8	9,1	14,0	18,7	9,6
vrouw	2,8	9,1	15,9	19,1	9,9
opleiding					
laag	2,1	10,1	12,6	17,4	10,2
middelbaar	2,6	9,0	16,0	19,7	9,9
hoog	1,9	7,8	15,7	(20,6) ^b	9,1
(n)	(13995)	(2644)	(676)	(176)	(3144)

a Minimaal 2 chronische fysieke aandoeningen.

b Gebaseerd op minder dan 50 waarnemingen.

Bron: NEA (2010), bewerking SCP/TNO.

Richten we ons op de verschillen tussen mannen en vrouwen, dan zien we dat bij werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen het ziekteverzuim van mannen en vrouwen nauwelijks van elkaar afwijkt. Wel zijn er verschillen in ziekteverzuim bij werknemers zonder chronische aandoeningen, al is deze bij beide groepen laag; voor mannen is het verzuim in deze subgroep bijna 3% en voor vrouwen bijna 2%. Ook bij psychische gezondheidsproblemen is het ziekteverzuim van vrouwelijke werknemers hoger dan dat van mannen (bijna 2 procentpunten). Verklaringen voor het hogere ziekteverzuim van vrouwen zijn van verschillende aard en niet eenduidig te geven. Arbeidsomstandigheden en het feit dat mannen en vrouwen verschillen in de arbeidsrisico's waaraan ze blootstaan verklaren een deel van de verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen. Verschillen in gezondheid en lichamelijke gesteldheid spelen eveneens een rol, evenals de omstandigheid dat werkende vrouwen anders worden beoordeeld, benaderd en behandeld door hun werkgever, collega's of bedrijfsarts dan hun mannelijke collega's. Verzuim gerelateerd aan zwangerschap en bevalling speelt in Nederland nau-

welijks een rol in de verzuimcijfers, omdat deze vorm van afwezigheid collectief gefinancierd wordt via de Ziektewet. Echter, belasting door het werk gedurende de zwangerschapsperiode leidt wel tot meer, maar ook vermijdbaar, verzuim als niet tijdig de werklust wordt verminderd. Daarbij gaat het vooral om fysieke werkbelasting, psychosociale werkbelasting (hoge taakeisen, weinig regelmogelijkheden, gebrekkige sociale steun), ploegendienst en avond- of nachtarbeid.¹³³

Bij mensen met meervoudige gezondheidsproblemen lijkt het ziekteverzuim hoger bij de hoog- en middelbaar opgeleiden dan bij de laagopgeleiden. Deze bevinding wijkt af van de algemene bevinding in de literatuur dat werknemers met weinig opleiding meer en vaker verzuimen dan werknemers met een hoge opleiding.¹³⁴ Een reden zou kunnen zijn dat bij meervoudige gezondheidsproblemen ook sprake is van psychische problematiek. Deze problematiek vormt met name voor werkzaamheden die hoger opgeleiden relatief vaak uitvoeren – analytisch en bestuurlijk werk – een beperking. Bij de mensen met lichamelijke problemen daarentegen is het ziekteverzuim het hoogst bij de laagopgeleiden. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de eisen die gesteld worden aan werkzaamheden die geen hoge opleiding vereisen, ook met name fysiek van aard zijn (tillen, staan, wasen, etc.), waardoor fysieke gezondheidsproblemen eerder een belemmering vormen om te werken.

6.3 Zorggebruik van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen

Wanneer werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen verzuimen, hebben zij tweemaal zo vaak contact met een zorgverlener als werknemers zonder gezondheidsproblemen die verzuimen (zie tabel 6.3). Wanneer sprake is van zowel fysieke als psychische problemen, heeft meer dan 70% van de werknemers contact met een zorgverlener in geval van ziekteverzuim, terwijl werknemers zonder gezondheidsproblemen slechts in 31% van de ziekteverzuimgevallen contact hebben met een zorgverlener.

¹³³ Houtman et al. Zwangerschaps- en bevallingsgerelateerd verzuim in de Ziektewet. Hoofddorp, TNO, 2007.

¹³⁴ Klein Hesselink, J. et al., Trends in ziekteverzuim, in: Versantvoort, M.C. en P. van Echtelt (red.), Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie arbeidsgehandicapten 2012. Den Haag, SCP, binnenkort te verschijnen.

Bij werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen wordt verhoudingsgewijs ook vaak gevraagd naar de werkgerelateerdheid van het ziekteverzuim door de zorgverlener.¹³⁵ In bijna 56% van de situaties waarbij werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen contact hebben met een zorgverlener naar aanleiding van hun ziekteverzuim vraagt de zorgverlener naar de werkgerelateerdheid van het verzuim. Bij werknemers zonder chronische aandoening wordt daar veel minder naar gevraagd (29%), bij werknemers met psychische aandoeningen het meest (60%).

Tabel 6.3 Prevalentie van contact met zorgverlener bij ziekteverzuim van werknemers met (meervoudige) chronische gezondheidsproblemen en van navraag werkgerelateerdheid verzuim, 2010 (in procenten)

aandoening	contact met huisarts of specialist tijdens laatste verzuim	huisarts of specialist vroeg naar werkgerelateerdheid van het verzuim	(n)
fysieke aandoening - minimaal 2	60,1	38,8	(2.644)
psychische aandoening	62,7	60,0	(676)
fysieke én psychische aandoening	71,0	55,5	(176)
fysieke en/ of psychische aandoening	60,1	42,4	(3.144)
geen chronische aandoening	31,4	28,7	(13.995)

Bron: NEA (2010), bewerking SCP/TNO.

Werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen schatten zelf ook de werkgerelateerdheid van het verzuim relatief hoog in (zie tabel 6.4). 22% van de werknemers met zowel fysieke als psychische gezondheidsproblemen geeft aan dat volgens hen de klachten die ten grondslag liggen aan het laatste ziekteverzuim hoofdzakelijk verband houden met het werk. Bij werknemers zonder chronische aandoeningen is dat slechts 5%.

¹³⁵ De werknemers in NEA is dit als volgt gevraagd: “Vroeg de huisarts of specialist of uw verzuim misschien te maken had met uw werk?”

Tabel 6.4 Perceptie van werknemers met en zonder (meervoudige) gezondheidsproblemen over werkgerelateerdheid van hun klachten bij ziekteverzuim, 2010 (in procenten)

aandoening	perceptie klachten hoofdzakelijk werkgerelateerd	perceptie klachten gedeeltelijk werkgerelateerd	perceptie klachten niet werkgerelateerd	weet niet	(n)
fysieke aandoening – minimaal 2	12,7	19,1	54,7	13,5	(2.644)
psychische aandoening	15,0	28,0	45,7	11,3	(676)
fysieke én psychische aandoening	22,0	31,6	36,6	9,8	(176)
fysieke en/of psychische aandoening	12,7	20,4	53,8	13,1	(3.144)
geen chronische aandoening	5,0	8,6	61,7	24,7	(13.995)

Bron: NEA (2010), bewerking SCP/TNO.

Wanneer volgens werknemers sprake is van werkgerelateerd ziekteverzuim, wordt dit bij werknemers met een fysieke aandoening relatief vaak (42%) veroorzaakt door ‘fysieke’ omstandigheden: de lichamelijke belasting is te hoog of het werk is te moeilijk (zie tabel 6.5). Bij werknemers zonder chronische aandoening worden de klachten in ongeveer gelijke mate toegeschreven aan de fysieke en psychische belasting van het werk (beide ruim 30%).

Bij werknemers met psychische aandoeningen of zowel fysieke als psychische aandoeningen spelen werkdruk, stress of de emotionele belasting van het werk een grotere rol: bijna 45% van de werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen geeft aan dat de gezondheidsklachten hierdoor veroorzaakt worden. Problemen met leidinggevenden, collega’s of klanten zijn met 18% van de gevallen van werkgerelateerd verzuim ook een voorname onderliggende factor voor deze groep.

Tabel 6.6 Ziekteverzuim van werknemers met en zonder (meervoudige gezondheidsproblemen en perceptie van de werkgerelateerdheid van het ziekteverzuim in 2010, naar sector (in procenten)

sector*	aandoening	aandeel op totaal werknemers	ziekteverzuim	percentage werkgerelateerdheid verzuim (% ja)	(n)
publiek	geen	56,4	2,8	14,7	(4.279)
	fysiek-minimaal 2	12,6	9,6	27,5	(953)
	psychisch	3,3	18,0	41,6	(251)
	fysiek en psychisch	0,8	21,0	49,9	(61)
	fysiek en/of psychisch	15,1	10,9	29,4	(1.144)
privaat	geen	61,2	2,0	13,0	(9.588)
	fysiek-minimaal 2	10,9	8,6	33,9	(1.704)
	psychisch	2,8	13,3	44,1	(440)
	fysiek en psychisch	0,8	17,9	55,6	(125)
	fysiek en/of psychisch	12,9	9,1	34,8	(2.020)

a Publieke sectoren: onderwijs, gezondheidszorg en welzijn, openbaar bestuur, overheid, private sector, overige sectoren.

Bron: NEA (2010), bewerking SCP/TNO.

6.4 Sectorale verschillen in meervoudige problematiek van werknemers

In de publieke en private sector is het aandeel werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen gelijk: 0,8 procent van het totaal aantal werknemers in die sectoren (zie tabel 6.6). Het aandeel werknemers zonder chronische aandoening is evenwel hoger in de private sector (61% versus 56%). Voor werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen lijkt het ziekteverzuim in de publieke sector wel iets hoger te zijn dan dat in de private sector (21% respectievelijk 18%). Ditzelfde geldt overigens voor werknemers zonder chronische aandoening (2,8% versus 2,0%).

Bij werknemers zonder chronische aandoeningen is ongeveer 13 tot 15% van mening dat de klachten die ten grondslag liggen aan het ziekteverzuim werkgerelateerd zijn. Voor werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen lijken de verschillen tussen de private en publieke sector groter wat betreft de perceptie van

de werkgerelateerdheid van het ziekteverzuim. In de publieke sector is 50% van de werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen van mening dat de gezondheidsklachten die ten grondslag liggen aan het ziekteverzuim werkgerelateerd zijn, in de private sector 56%.

Tabel 6.6 Ziekteverzuim van werknemers met en zonder (meervoudige) gezondheidsproblemen en perceptie van de werkgerelateerdheid van het ziekteverzuim in 2010, naar sector (in procenten)

sector ^a	aandoening	aandeel op totaal werknemers	ziekteverzuim	perceptie werkgerelateerdheid verzuim (% ja)	(n)
publiek	geen	56,4	2,8	14,7	(4.279)
	fysiek – minimaal 2	12,6	9,6	27,5	(953)
	psychisch	3,3	18,0	41,6	(251)
	fysiek én psychisch	0,8	21,0	49,9	(61)
	fysiek en/of psychisch	15,1	10,9	29,4	(1.144)
privaat	geen	61,2	2,0	13,0	(9.588)
	fysiek – minimaal 2	10,9	8,6	33,9	(1.704)
	psychisch	2,8	13,3	44,1	(440)
	fysiek én psychisch	0,8	17,9	55,6	(125)
	fysiek en/of psychisch	12,9	9,1	34,8	(2.020)

a Publieke sectoren: onderwijs, gezondheidszorg en welzijn, openbaar bestuur, overheid; private sector: overige sectoren.

Bron: NEA (2010), bewerking SCP/TNO.

Deze bevindingen zullen deels verklaard worden door de samenstelling van de groep werknemers in de verschillende sectoren (zie tabel 6.7). Zo wordt de publieke sector gekenmerkt door een relatief groot aandeel vrouwelijke werknemers, die zoals we in de voorgaande paragrafen zagen een relatief hoog ziekteverzuim kennen. Ook wordt de publieke sector onevenredig sterk geconfronteerd met vergrijzing. Voor mensen met meervoudige gezondheidsproblemen is het verzuim bij oudere werknemers hoger dan bij jongere werknemers. Het ligt dan ook voor de hand dat een deel van de sectorale verschillen in ziekteverzuim van werknemers met (meervoudige) gezondheidsproblemen veroorzaakt wordt door verschillen in leeftijdsopbouw en aandeel vrouwelijke werknemers. In lijn met de inzichten uit tabel 6.2 zien we dat de aandelen vrouwen en ouderen bij werknemers met (meervoudige) gezondheidsproblemen groter zijn dan gemiddeld in zowel de publieke als de private sector.

Tabel 6.7 Aandeel vrouwelijke en oudere werknemers met en zonder (meervoudige) gezondheidsproblemen in verschillende sectoren (in procenten), 2010

sector ^a	aandoening	aandeel vrouwen	aandeel ouderen (45-64 jaar)	(n)
publiek	geen	66,6	41,6	(4.279)
	fysiek – minimaal 2	70,9	62,9	(953)
	psychisch	68,9	45,0	(251)
	fysiek én psychisch	70,0	56,7	(61)
	fysiek en/of psychisch	70,5	59,3	(1.144)
	†Totaal	68,0	47,2	(7.590)
privaat	geen	35,2	28,8	(9.588)
	fysiek – minimaal 2	41,5	56,1	(1.704)
	psychisch	41,8	36,8	(440)
	fysiek én psychisch	40,8	45,6	(125)
	fysiek en/of psychisch	41,5	52,6	(2.020)
	totaal	36,5	35,0	(15.676)

a Publieke sectoren: onderwijs, gezondheidszorg en welzijn, openbaar bestuur, overheid; private sector: overige sectoren.

Bron: NEA (2010), bewerking SCP/TNO.

6.5 Samenvatting

De doelstelling van dit hoofdstuk was drieledig. Het beoogde inzicht te geven in de mate waarin het hebben van chronische fysieke en/of psychische aandoeningen bij werknemers samen gaat met ziekteverzuim. Daarbij poogde het aan te geven in welke mate ziekteverzuim bij mensen met meervoudige gezondheidsproblemen werkgerelateerd is. Ten slotte beoogde het inzicht te geven in het zorggebruik van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen.

Meervoudige gezondheidsproblemen en ziekteverzuim

Niet onverwacht blijkt het ziekteverzuim van werknemers hoger te zijn naarmate ze met meer gezondheidsproblemen kampen. Het gemiddelde ziekteverzuim in Nederland bedraagt 4,2%. Voor werknemers zonder chronische aandoening ligt dit beduidend onder het gemiddelde: 2,3%. Voor werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen bij wie ook sprake is van een psychische aandoening loopt het verzuim op tot 19%. Zeker voor de mensen met meervoudige gezondheidsproblemen geldt dat het verzuimpercentage bij oudere werknemers (45-64-

jarigen) hoger is dan bij de jongere werknemers (18-44-jarigen). De verschillen naar geslacht en naar opleidingsniveau zijn maar klein, maar hoogopgeleiden met meervoudige gezondheidsproblemen lijken iets meer te verzuimen dan laagopgeleiden met meervoudige gezondheidsproblemen. Voor werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen lijkt het ziekteverzuim in de publieke sector ook iets hoger te zijn dan dat in de private sector (21% respectievelijk 18%), wat mogelijk (deels) kan worden verklaard door verschillen in leeftijdsopbouw en het aandeel vrouwelijke werknemers tussen deze sectoren.

Werkgerelateerdheid ziekteverzuim

Werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen schatten in 33% van de verzuimgevallen in dat klachten die ten grondslag liggen aan het ziekteverzuim werkgerelateerd zijn. Bij werknemers zonder chronische aandoeningen geeft slechts een kleine 14% van deze werknemers over het meest recente ziekteverzuim aan dat de gezondheidsklachten hoofdzakelijk (5%) of gedeeltelijk (9%) te maken hebben met het werk.

Zorggebruik werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen

Wanneer werknemers met meervoudige gezondheidsklachten verzuimen, vindt in meer dan 70% van de gevallen contact plaats met een zorgverlener – huisarts of specialist. Bij werknemers zonder chronische gezondheidsproblemen geldt dit slechts voor 31% van de ziekteverzuimgevallen.

7 Zorggebruik van kwetsbare ouderen

Cretien van Campen (SCP)

7.1 Inleiding

Op basis van gegevens uit de SCP-studie *Kwetsbare ouderen*¹³⁶ geeft dit hoofdstuk inzicht in de vraag hoeveel ouderen (65-plussers) kwetsbaar zijn (een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen) en onder welke groepen kwetsbaarheid relatief vaak voorkomt. Tevens wordt op basis van de eerdergenoemde studie een overzicht gegeven van welke welzijns- en zorgvoorzieningen (verzorging en verpleging, Wmo-ondersteuning, medische zorg) kwetsbare ouderen gebruik maken. Alvorens de twee hoofdvragen naar de omvang van de doelgroep en hun zorggebruik te beantwoorden, bespreek ik de gebruikte definities en operationaliseringen. Dit hoofdstuk gaat over alle personen van 65 jaar en jaar in Nederland, zowel de zelfstandig wonenden als de bewoners van instellingen. Als databronnen zijn het Aanvullend Voorzieningen Onderzoek (AVO) en het Onderzoek Ouderen in Instellingen (OII) van het Sociaal en Cultureel Planbureau gebruikt en de Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA) van de Vrije Universiteit.¹³⁷

7.2 Definiëring en operationalisering

Bij ouderen wordt complexe problematiek vaak omschreven in termen van ‘kwetsbaarheid’ (fragiliteit). Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Een verschil met het begrip ‘meervoudige problematiek’ bij ouderen (zoals omschreven in hoofdstuk 2) is dat kwetsbaarheid niet een toestand maar een risico aangeeft op negatieve gezondheidsuitkomsten. Kwetsbaarheid wordt daarom niet als een toestand maar als een proces (van achteruitgang) beschouwd. Het begrip ‘multimorbiditeit’ (ook wel comorbiditeit genoemd), het hebben van meer dan een aan-

¹³⁶ Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011.

¹³⁷ Zie hoofdstuk 2 voor een verantwoording van het AVO, Den Draak 2010 voor een beschrijving het OII en de website <http://www.lasa-vu.nl/index.htm> voor die van LASA.

doening, verschilt hiervan omdat ook naar sociale aspecten gekeken wordt. In de wetenschappelijke literatuur wordt het begrip 'kwetsbaarheid' vaak afgebakend tot het lichamelijke domein.¹³⁸ Er kwam kritiek op deze smalle definitie van kwetsbaarheid en onderzoekers zijn bredere definities gaan hanteren, inclusief psychische en sociale domeinen.¹³⁹ De breedte van de definitie van kwetsbaarheid, ofwel het aantal domeinen van het menselijk functioneren dat in die definitie ter sprake komt, is vanzelfsprekend van invloed op de afbakening van de groep kwetsbare ouderen. Momenteel zijn er verschillende multidimensionale instrumenten waarmee kwetsbaarheid bij ouderen kan worden vastgesteld, zoals de Edmonton Frail Scale, de Frailty Index en de Groningen Frailty Indicator (GFI).¹⁴⁰ Van consensus over wat het beste meetinstrument is, is nog geen sprake.

De cijfers in deze studie zijn gebaseerd op metingen met (bepalingen van) de Tilburg Frailty Indicator (TFI).¹⁴¹ Met behulp van de TFI kan worden bepaald of iemand kwetsbaar is en in welke mate.

De TFI bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat vragen over determinanten van kwetsbaarheid. Het tweede deel bevat vijftien vragen over drie domeinen van kwetsbaarheid. Aan de hand van deel B van de TFI (zie schema 7.1) wordt bepaald of iemand kwetsbaar is en in welk opzicht. De totaalscore voor kwetsbaarheid wordt bepaald door de scores per vraag op te tellen. De maximale score is vijftien en geeft het hoogste niveau van kwetsbaarheid weer. Ouderen worden kwetsbaar genoemd bij een score van ten minste vijf.¹⁴²

¹³⁸ Fried, L.P. et al. (2001). Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. In: *J Gerontol med sci*, jg. 56, p. 146-156.

¹³⁹ Gobbens, R.J.J. et al. (2010). In search of an integral conceptual definition of frailty. Opinions of experts. In: *J Am Med Dir Assoc*, jg. 11, nr. 5, p. 338-343.

¹⁴⁰ De meetinstrumenten GFI, ISAR, Easycare en Trazag worden in verschillende NPO-projecten gebruikt, soms in combinatie.

¹⁴¹ Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011.

¹⁴² Bij deze score bleek de TFI naar psychometrische maatstaven voldoende 'specifiek' en ruim voldoende 'sensitief' om negatieve gezondheidsuitkomsten te kunnen voorspellen.

Schema 7.1 De Tilburg Frailty Indicator

Tilburg Frailty Indicator- domeinen van fragiliteit	
<i>Lichamelijk domein</i>	
1. Kunt u voldoende lichamelijk actief zijn?	(ja = 0, nee = 1)
2. Bent u de afgelopen periode veel gevallen zonder dit zelf te willen? (veel is: 6 kg of meer in de afgelopen zes maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand)	(nee = 0, ja = 1)
Hebt u problemen in het dagelijks leven door	
3.slecht lopen?	(nee = 0, ja = 1)
4.het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht?	(nee = 0, ja = 1)
5.slecht horen?	(nee = 0, ja = 1)
6.slecht zien?	(nee = 0, ja = 1)
7.weinig kracht in uw handen?	(nee = 0, ja = 1)
8.lichamelijke moeheid?	(nee = 0, ja = 1)
<i>Psychische domein</i>	
9. Hebt u klachten over uw geheugen?	(nee/soms = 0, ja = 1)
10. Hebt u zich de afgelopen maand somber gevoeld?	(nee = 0, ja/soms = 1)
11. Hebt u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld?	(nee = 0, ja/soms = 1)
12. Kunt u goed omgaan met problemen?	(ja = 0, nee = 1)
<i>Sociale domein</i>	
13. Woont u alleen?	(nee = 0, ja = 1)
14. Mist u weleens mensen om u heen?	(nee = 0, ja/soms = 1)
15. Ontvangt u voldoende steun van andere mensen?	(ja = 0, nee = 1)

De Gezondheidsraad heeft aandacht gevraagd voor het verband tussen kwetsbaarheid bij ouderen en multimorbiditeit en langdurige beperkingen bij deze groep (Gezondheidsraad 2008, 2009; zie ook Kempen 2009). In hoeverre komt de groep kwetsbare ouderen overeen met de bestaande doelgroepen van beleid? Overlappen deze groepen elkaar grotendeels en gaat het dus eigenlijk om één groep ouderen of hebben we te maken met verschillende groepen?

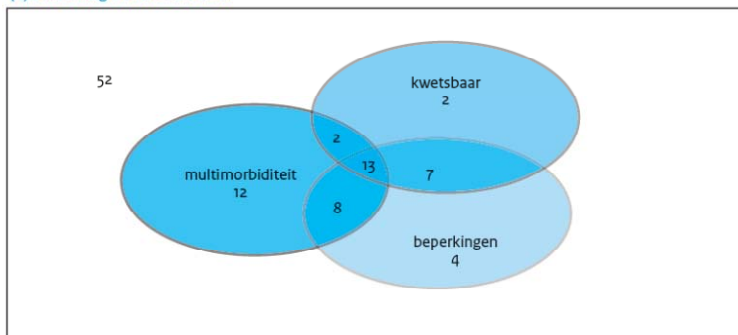
In het rapport Kwetsbare ouderen¹⁴³ is de overlap tussen kwetsbare ouderen, ouderen met multimorbiditeit en ouderen met matige tot ernstige lichamelijke beperkingen bepaald in de Nederlandse populatie van zelfstandig wonende 65-plussers en in de populatie van verzorgings- en verpleeghuisbewoners van 65 jaar en ouder (figuur 7.1).¹⁴⁴

¹⁴³ Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011

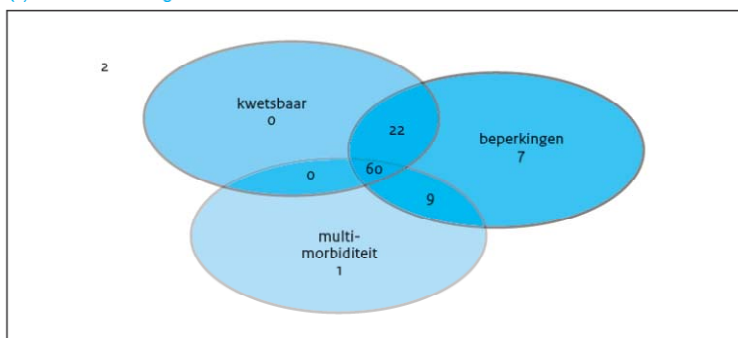
¹⁴⁴ Ouderen met multimorbiditeit zijn geoperationaliseerd als personen met twee of meer chronische aandoeningen uit de onderstaande lijst (zie Den Draak en van Campen 2011): psychische of cognitieve problemen, (gevolgen van) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct, aandoening van zenuwstelsel of epilepsie, ernstige darmstoornissen, ernstige ziekten aan nieren, gal of lever of schildklierziekte, chronische gewrichtsontsteking, ernstige

Figuur 7.1 Overlap tussen 65-plussers met multimorbiditeit, (matige tot ernstige) beperkingen en een hoge kwetsbaarheid onder zelfstandig wonenden (A) in 2007 en bewoners van instellingen (B) in 2008 (in procenten; n = 1810 (A) en n = 1526 (B))^a

(A) Zelfstandig wonende ouderen



(B) Ouderen in instellingen



Noot: a Kwetsbare ouderen zijn ouderen met een tfr-score van 5 of hoger (zie § 7.1); welke ouderen beperkingen hebben, is vastgesteld met de scp-maat voor lichamelijke beperkingen, en ouderen met multimorbiditeit zijn gedefinieerd als personen met twee of meer chronische aandoeningen (vgl. de lijst van aandoeningen in noot 143).

Bron: SCP (AVO'07, OIP'08)

hardnekkige aandoening van rug, nek of schouder, ernstige hartaandoening, gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën, astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara, ernstige huidziekte, kanker of kwaadaardige aandoening, suikerziekte.

Functiebeperkingen zijn in deze studie vastgesteld met de SCP-maat voor lichamelijke beperkingen (Klerk, M. de et al. (2006). SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van avo 2003. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau).

De Venndiagrammen tonen dat de overlap onder ouderen in instellingen veel groter is dan onder zelfstandig wonenden (figuur 7.1). Ouderen in instellingen hebben vanzelfsprekend te maken met multiproblematiek. Verder blijkt de populatie van kwetsbare ouderen zowel onder zelfstandig wonenden als onder ouderen in instellingen meer overlap te vertonen met de populatie ouderen met een beperking dan met de populatie ouderen met multimorbiditeit.

7.3 Omvang kwetsbaarheid onder ouderen

Ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland is kwetsbaar (tabel 7.1). In verzorgingshuizen is bijna driekwart van de 65-plussers kwetsbaar en in somatische en psychiatrische (afdelingen van) verpleeghuizen is bijna iedere bewoner kwetsbaar (niet in tabel). In totaal is 27% van de 65-plussers kwetsbaar, naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 personen in 2007/2008.

Tabel 7.1 Prevalentie van kwetsbaarheid in de bevolking van 65 jaar en ouder naar woonvorm, 2007/2008 (in procenten en absolute aantallen x 1000)

	%	aantal	95%- betrouwbaarheidsinterval
zelfstandig wonend	24	520	473 -567
in instelling wonend	81	92	90-95
totaal (gewogen)	27	613	564-661

Bron: SCP (AVO'07, OIP'08).

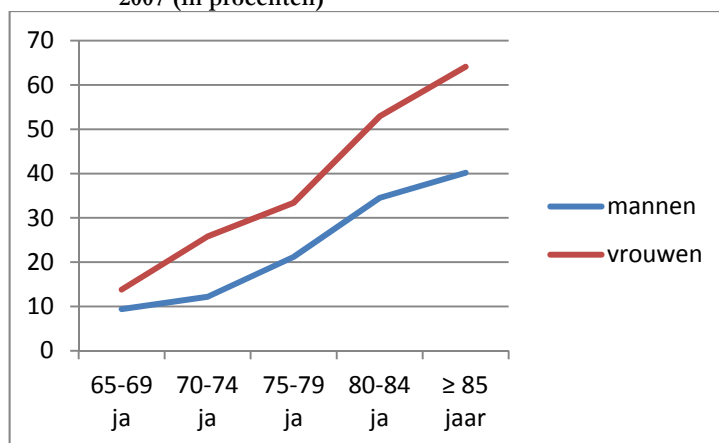
In hoofdstuk 2 zagen we dat circa 15% van de 65-plussers te maken heeft met meervoudige problematiek. Dat de groep kwetsbare 65-plussers groter is komt onder meer doordat er ook gekeken is naar sociale problematiek.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Circa 80% van de ouderen wordt bij beide indicatoren op dezelfde manier ingedeeld. Een klein deel van de mensen heeft wel meervoudige problemen, maar is niet kwetsbaar (6%) en een deel is wel kwetsbaar maar heeft geen multiproblematiek (14%). De eerste groep heeft mogelijk te maken met sociaal-economische problemen, die bij kwetsbaarheid als risicofactor wordt gezien en niet als onderdeel van kwetsbaarheid en de laatste groep heeft bijvoorbeeld te maken met zintuiglijke beperkingen of is alleenstaand, een aspect dat bij de multiproblematiek buiten beschouwing is gelaten.

De determinanten leeftijd, geslacht, huishoudensvorm (alleen wonen) en sociaaleconomische status hebben een bepalende invloed op het proces van kwetsbaar worden.

Net als bij ouderen met meervoudige problematiek (zie hoofdstuk 2) is het percentage kwetsbaren onder zelfstandig wonenden hoger naarmate men de leeftijdsgrens hoger legt: onder 75-plussers is het 38% en onder 80-plussers 50%. Deze percentages liggen in de orde van regionale studies¹⁴⁶ en komen overeen met de toepassingen van de TFI in een andere landelijk representatieve steekproef van 65-plussers, de LASA-studie.¹⁴⁷ Ook uit eerder besproken onderzoek is gebleken dat kwetsbaarheid stijgt met leeftijd. Boven de 65 jaar zijn vrouwen vaker kwetsbaar dan mannen. Maar ook de relatie tussen kwetsbaarheid en leeftijd ligt bij mannen en vrouwen anders, zoals figuur 7.2 laat zien. De snelle toename van het aantal kwetsbare mannen begint gemiddeld zo'n vijf jaar later dan bij vrouwen.

Figuur 7.2 Aandeel kwetsbaren naar geslacht en leeftijdsgroep, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'07).

In de internationale studies naar *frailty* is niet veel informatie te vinden over de sociale achtergronden van kwetsbare ouderen. Hebben kwetsbare ouderen bijvoorbeeld vaker een lagere sociaaleconomische status of zijn ze vaker alleenstaand?

¹⁴⁶ Cf. Schuurmans, H. et al. (2004). Old or frail: what tells us more? In: Journal of Gerontology: Medical Sciences 59(9): M962-M965

¹⁴⁷ Huisman, M.A. en D.J.H. Deeg. Het beloop van kwetsbaarheid. In: Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011

Vier van de tien verduwde of gescheiden alleenwonenden zijn kwetsbaar, maar bij andere alleenwonenden, die bijvoorbeeld nooit zijn gehuwd, is dit aantal lager: drie op de tien. Van de samenwonende ouderen is een à twee op de tien kwetsbaar.¹⁴⁸ Kwetsbare ouderen hebben vaker een lage sociaaleconomische status. Tabel 7.2 laat zien dat onder ouderen met een netto maandinkomen onder 1400 euro het aandeel kwetsbaren ongeveer driemaal zo hoog is als onder personen met een maandinkomen vanaf 1800 euro.

Tabel 7.2 Inkomen en opleidingsniveau naar kwetsbaarheid, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (horizontaal gepercenteerd)^a

	kwetsbaar	niet- kwetsbaar	(n)
netto besteedbaar huishoudensinkomen per maand			sign.***
≤ 1000 euro	41	59	111
1001-1200 euro	48	52	207
1201-1400 euro	37	63	254
1401-1800 euro	24	76	398
1800-2200 euro	15	85	344
> 2200 euro	14	86	579
totaal	24	76	1894
opleidingsniveau			sign.***
hooguit lager onderwijs	37	63	481
lbo, mulo	21	79	635
mms, hbs, mbo, hbo, universiteit	15	85	571
Totaal	24	77	1687

a Significantie: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; n.s. = niet significant.

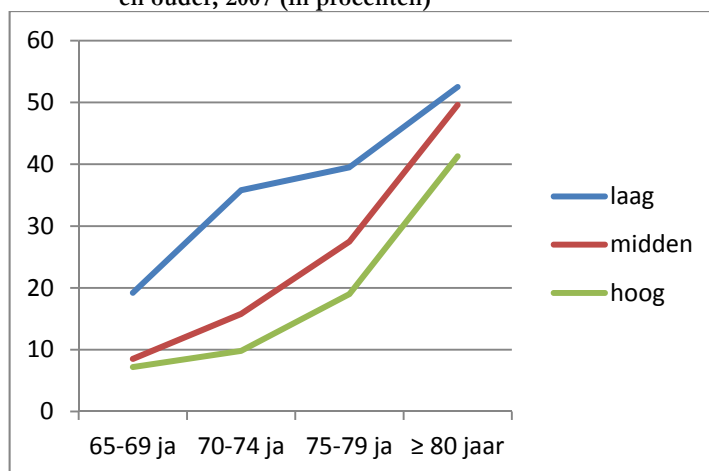
Bron: SCP (AVO'07).

Ook opleidingsniveau speelt een rol. Een derde van de ouderen met hooguit lager onderwijs is kwetsbaar, terwijl onder ouderen met een hoge opleiding slechts een op de zeven kwetsbaar is. Opmerkelijk is dat de sociaaleconomische verschillen in kwetsbaarheid verschillen per leeftijd. Figuur 7.3 laat zien dat in de

¹⁴⁸ Campen, C. van. Kwetsbaar alleen. De toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011.

leeftijdsgroep 65-74-jarigen de kwetsbaarheid onder laagopgeleiden meer toeneemt dan onder ouderen met een ander opleidingsniveau en dat boven de 75 jaar de verschillen weer kleiner zijn. Dat lijkt erop te duiden dat personen met een lage sociaaleconomische status gemiddeld eerder kwetsbaar worden. Dit zou kunnen verklaren waarom deze personen gemiddeld eerder overlijden dan personen met een hogere sociaaleconomische status. Een hoge sociaaleconomische status lijkt kwetsbaarheid uit te stellen.

Figuur 7.3 Aandeel kwetsbaren naar opleidingsniveau en leeftijdsgroep, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'07).

Voor een deel overlappen de determinanten elkaar. Vrouwen zijn bijvoorbeeld gemiddeld ouder en daardoor vaker kwetsbaar. Daarom is onderzocht welke persoonskenmerken na correctie voor overlap hun invloed behouden op de mate van kwetsbaarheid. Omdat de literatuur aangeeft dat multimorbiditeit en beperkingen van ouderen belangrijke determinanten van kwetsbaarheid zijn, zijn deze kenmerken ook in het analysemodel meegenomen.¹⁴⁹

Demografische en sociaaleconomische kenmerken van zelfstandig wonende ouderen verklaren 29% van de verschillen in kwetsbaarheid. Alle kenmerken behalve inkomen zijn significant. Met name samenwonen met een partner of anderen en een ho-

¹⁴⁹ Draak, M. den en Campen, C. van. Kwetsbare ouderen in Nederland. In: Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011.

ger opleidingsniveau zijn van belang omdat deze kenmerken de kwetsbaarheid blijken te verlagen. Samenwonen en een hoog opleidingsniveau beschermt ouderen tegen kwetsbaarheid.

Door de toevoeging van het kenmerk ‘multimorbiditeit’ verklaart het model een groter deel van de verschillen in kwetsbaarheid, namelijk 39%. Personen met multimorbiditeit (twee of meer aandoeningen) hebben een grotere kans op kwetsbaarheid. Opvallend is dat geslacht geen significante invloed meer heeft op kwetsbaarheid. Dat betekent dat vrouwen vaker kwetsbaar zijn omdat zij vaker meerdere chronische aandoeningen hebben. Uitbreiding van het model met het kenmerk ‘lichamelijke beperkingen’ verhoogt de verklaarde variantie naar 64%. Naast geslacht is ook leeftijd nu niet meer significant. Dit betekent dat de verschillen in kwetsbaarheid naar leeftijd verklaard worden door de mate waarin mensen lichamelijke beperkingen hebben. Kwetsbaarheid blijkt niet specifiek een ‘ouderdomsziekte’. Kwetsbaarheid is een proces en geen toestand van een oudere. Het is daarom van belang om naar het beloop van kwetsbaarheid te kijken. Daartoe is het beloop van kwetsbaarheid in de oudere bevolking onderzocht in de Longitudinal Aging Study Amsterdam.¹⁵⁰

Het aandeel kwetsbare ouderen in een populatie van personen van 65 jaar en ouder nam gedurende een periode van zeven jaar (ze zijn dan een populatie van 72-plussers geworden) van 22% naar 28% (tabel 7.3). De steekproeven uit de oudere bevolking zijn op de drie meetmomenten niet helemaal gelijk aan elkaar door uitval en sterfte. Een beter beeld van de toename in kwetsbaarheid krijgt men bij de groep ouderen die op de drie meetmomenten heeft deelgenomen aan het onderzoek. In deze selecte groep ouderen neemt de kwetsbaarheid in zeven jaar toe van 18% naar 33% (zie ‘longitudinale groep’ in tabel 7.3).

¹⁵⁰ Huisman en Deeg (2011) Het beloop van kwetsbaarheid. In: Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011

Tabel 7.3 Beloop van kwetsbaarheid bij ouderen (in procenten en leeftijden)

	kwetsbaar 1998/1999	kwetsbaar 2001/2002	kwetsbaar 2005/2006
gehele steekproef (n) ^a	1042	867	674
gemiddelde leeftijd	73,4	75,6	78,7
% kwetsbaar	22,0	28,1	27,9
longitudinale groep (n)	703	703	703
gemiddelde leeftijd	72,8	75,8	79,8
% kwetsbaar	18,2	23,5	33,1

a (n) is de ongewogen steekproefomvang; de percentages in de tabellen zijn gewogen om ze representatief te maken voor de gehele oudere bevolking van respectievelijk 65 jaar en ouder in 1998/1999, 67 jaar en ouder in 2001/2002 en 72 jaar en ouder in 2005/2006.

Bron: VU (LASA'98-'06).

7.4 Gebruik van zorg en welzijn door kwetsbare ouderen

Kwetsbare ouderen maken vaak gebruik van verschillende diensten en voorzieningen. Hier belichten we het gebruik door kwetsbare ouderen van gemeentelijke Wmo-voorzieningen, AWBZ-gefinancierde verpleging en verzorging en medische dienstverlening.

Gemeentelijke ondersteuning

Bijna de helft van de kwetsbare ouderen heeft geen ondersteuning en geeft tevens aan geen ondersteuning nodig te hebben, versus driekwart van de niet-kwetsbare ouderen. Van de kwetsbare ouderen heeft 44% (voldoende) ondersteuning; van de niet-kwetsbare ouderen 21% (tabel 7.4).¹⁵¹

Tabel 7.4 Gebruik en noodzaak van ondersteuning

¹⁵¹ Marangos, A.M. en Klerk, M. de. Gemeentelijke ondersteuning. In: Campen, C. van. Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011.

vanuit de Wmo, zelfstandig wonende 65-plussers met een lichamelijke beperking, naar kwetsbaarheid, 2009 (in procenten; n = 641)

	niet-kwetsbaar	kwetsbaar	totaal
geen Wmo-ondersteuning nodig, geen gebruik	74	47	56
voldoende Wmo-ondersteuning	21	44	36
wel (of meer) Wmo-ondersteuning nodig	5	9	8

Bron: NIVEL (NPCG'09) SCP-bewerking.

Kwetsbare ouderen met een ernstiger lichamelijke beperking maken, zoals verwacht, vaker dan mensen met een lichtere beperking gebruik van Wmo-ondersteuning (tabel 7.5). Hulp bij het huishouden is de meest gebruikte ondersteuningsvorm: 12% maakt alleen van deze voorziening gebruik en 26% gebruikt hulp bij het huishouden in combinatie met een voormalige Wvg-voorziening. Voormalige Wvg-voorzieningen die het meest gebruikt worden zijn vervoerskostenvergoedingen/beltaxi (29%), woonvoorzieningen zoals woningaanpassingen (17%) en vervoermiddelen (13%). Kwetsbare ouderen met een lichte lichamelijke beperking maken vooral gebruik van hulp bij het huishouden.

Tabel 7.5 Gebruik van ondersteuning vanuit de Wmo, kwetsbare 65-plussers met een lichamelijke beperking, naar ernst van de lichamelijke beperking en naar soort ondersteuning, 2009 (in procenten; n = 428)

	lichte lichamelijke beperking	matige lichamelijke beperking	ernstige lichamelijke beperking	totaal
geen ondersteuning	82	44	17	49
alleen hulp bij het huishouden	9	15	11	12
alleen voormalige Wvg ^a	2	15	22	13
hulp bij het huishouden en voormalige Wvg ^a	7	26	50	26

a Voormalige Wvg: woonvoorziening, vervoerskostenvergoeding/beltaxi, vervoermiddel of rolstoel.

Bron: NIVEL (NPCG'09).

Verpleging en verzorging

Zes van de tien kwetsbare ouderen hebben in de laatste twaalf maanden verpleging en verzorging ontvangen vanuit de Wmo (gemeente) of de AWBZ (CIZ) (tabel 7.6). Het gaat bij benadering om 415.000 personen. De meeste kwetsbare ouderen (ca. 230.000) ontvangen zorg van de gemeente. Zo'n 160.000 kwetsbare ouderen ontvangen thuiszorg op grond van een AWBZ-indicatie van het CIZ. Ongeveer 130.000 kwetsbare ouderen ontvangen AWBZ-zorg in een verzorgings- of verpleeghuis.

Tabel 7.6 Gebruik van verpleging en verzorging door kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder (inclusief intramurale bevolking), 2007 (in procenten en aantallen x 1000)^a

	%	geschat aantal	betrouwbaarheidsinterval
Wmo-thuiszorg (huishoudelijke hulp)	34	231	195-267
AWBZ-thuiszorg (persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp)	24	160	130-191
totaal thuiszorg ^b	42	283	244-322
AWBZ- instellingszorg ^c	20	132	128-136
totaal verpleging en verzorging	62	415	378-452

a Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

b Totaal: huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp vanuit de Wmo of AWBZ.

c Verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg

Bron: SCP (AVO'07, OIP'08).

Welke verpleging en verzorging gebruiken kwetsbare ouderen? Omdat bewoners van instellingen een totaalpakket aan zorg ontvangen, beschouwen we hier alleen de zelfstandig wonenden. Vier van de tien kwetsbare ouderen ontvangen huishoudelijke verzorging via de gemeente. Een kwart van de kwetsbare ouderen ontvangt hulp bij de persoonlijke verzorging en een op de acht krijgt verpleegkundige hulp thuis (tabel 7.7). Vanzelfsprekend ontvangen kwetsbare ouderen vaker dan niet-kwetsbare ouderen thuiszorg. Opmerkelijk is dat een op de tien de niet-kwetsbare ouderen thuiszorg ontvangt. Het kan zijn dat deze personen tijdelijk thuiszorg ontvingen in het afgelopen jaar en nu niet meer hulpbehoevend zijn.

Tabel 7.7 Kwetsbaarheid naar ontvangen thuiszorg vanuit de Wmo of de AWBZ,^a zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (verticaal geperceenteerd)^b

	kwetsbaar	niet- kwetsbaar	totaal	
huishoudelijke hulp (Wmo)	42	9	17	sign.***
persoonlijke verzorging (AWBZ)	25	3	8	sign.***
verpleegkundige hulp (AWBZ)	13	2	5	sign.***
totaal ^c	51	11	21	sign.***
(n)	463	1430	1894	

a Hulp die in het jaar voorafgaand aan het onderzoek is gegeven door een zorginstelling, een woonvoorziening of een ander type hulpverlener en betaald uit een persoonsgebonden budget.

b Significantie: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.s. = niet significant.

c Totaal: huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en/of verpleegkundige hulp vanuit de Wmo of AWBZ. De percentages in de drie kolommen tellen op tot meer dan de totaalpercentages, omdat personen meer vormen van zorg kunnen ontvangen.

Bron: SCP (AVO'07).

Medische zorg

Acht van de tien zelfstandig wonende kwetsbare ouderen hebben in de afgelopen drie maanden de huisarts geraadpleegd en zes van de tien hebben contact gehad met een medisch specialist (tabel 7.8). Een kwart van de groep is in het laatste jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis of kliniek. De helft van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen heeft in de laatste twaalf maanden zorg ontvangen vanuit de Wmo (gemeente) of de AWBZ (Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)) (zie tabel 7.8). De meeste mensen in deze groep ontvangen huishoudelijke verzorging van de gemeente. Deze cijfers laten zien dat de huisarts de meeste kwetsbare ouderen ziet en dat ongeveer de helft bekend is bij de gemeente en het CIZ.

Tabel 7.8 Kwetsbaarheid naar gebruik van medisch-curatieve voorzieningen, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouder, 2007 (verticaal gepercenteerd)^a

	kwetsbaar	niet- kwetsbaar	totaal	
huisarts geraadpleegd ^b	81	72	75	sign.***
contact medisch specialist ^b	64	44	49	sign.***
opgenomen geweest in ziekenhuis of kliniek ^c	25	14	17	sign.***
gebruikgemaakt van fysiotherapie ^c	37	26	29	sign.***
gebruikgemaakt van ggz-instelling ^c	6	2	3	sign.***
(n)	463	1430	1894	

a Significantie: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; n.s. = niet significant.

b In de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek.

c In de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek.

Bron: SCP (AVO'07).

7.5 Samenvatting

Dit hoofdstuk beschrijft de omvang van de populatie kwetsbare ouderen in de totale bevolking van zelfstandig en in instellingen wonende personen van 65 jaar en ouder. Kwetsbaarheid is gemeten met een benadering van Tilburg Frailty Indicator. Fragiliteit of kwetsbaarheid bij ouderen is gedefinieerd als een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland is kwetsbaar. In verzorgingshuizen is bijna driekwart van de 65-plussers kwetsbaar en in somatische en psychiatrische (afdelingen van) verpleeghuizen is bijna iedere bewoner kwetsbaar. In totaal is 27% van de 65-plussers kwetsbaar, naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 personen in 2007/2008. Kwetsbaarheid komt vaker voor naarmate mensen ouder zijn, vaker bij vrouwen dan bij mannen, vaker bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden en vaker bij alleenwonenden dan bij samenwonenden. Kwetsbare ouderen maken vaak gebruik van verschillende diensten en voorzieningen. Ongeveer de helft van de zelfstandig wonenden ontvangt ondersteuning van de gemeente. De helft van deze groep ontvangt verpleging en verzorging in een jaar. Acht van de tien personen in deze groep heeft in de afgelopen drie maanden de huisarts geraadpleegd en zes van de tien hebben contact gehad met een medisch specia-

list. Een kwart van de groep is in het laatste jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis of kliniek.

8 Conclusies en nabeschuiving

Mirjam de Klerk (SCP), Peter Verhaak (NIVEL), Marijn Prins (NIVEL), Gert van den Berg (NJI)

8.1 Aanleiding van dit onderzoek

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het NIVEL en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd om een achtergrondstudie te verrichten in het kader van een advies dat de RVZ wil uitbrengen met als werktitel *De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap*. De RVZ heeft het vermoeden dat een deel van de problemen waarmee mensen bij een hulpverlener terecht komen niet alleen een lichamelijke maar ook een psychische of een sociale component heeft. Een deel van de zorgvragen is diffuus en wordt pas in gesprekken met hulpverleners verhelderd. Het is de vraag of hulpverleners altijd voldoende oog hebben voor dergelijke klachten. De RVZ heeft de drie instituten gevraagd om, op basis van bestaande gegevens die redelijk makkelijk te ontsluiten waren, inzicht te geven in de vraag in hoeverre meervoudige problemen voorkomen en in hoeverre deze mensen bij de hulpverlening terecht komen en daar herkend worden. Meervoudige problematiek is hierbij door de RVZ gedefinieerd als ‘problemen op meerdere levensgebieden, zoals (a) een combinatie van lichamelijke en psychische problemen en (b) een combinatie van gezondheidsproblemen en problemen op het terrein van bijvoorbeeld sociale contacten, opvoeding en ontwikkeling, financiën, arbeid of wonen.’

Uniek aan deze studie is dat zowel gebruik gemaakt is van bevolkingsonderzoek, als van registraties van hulpverleners. Dit heeft wel als gevolg dat meervoudige problematiek in de verschillende hoofdstukken soms op een andere manier is geoperationaliseerd. Dit is in de afzonderlijke hoofdstukken toegelicht.

In dit hoofdstuk wordt eerst een aantal conclusies getrokken. Hierbij worden de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 1 beantwoord, waarbij ook aandacht geschonken wordt aan enkele methodologische aspecten (paragraaf 8.2). In paragraaf 8.3 volgt een slotbeschuiving.

8.2 Conclusies

Hoe groot is het fenomeen van clustering van verschillende probleemgebieden en zijn hierin verschillen tussen subgroepen (vraag 1)?

Op basis van grootschalig onderzoek onder de algemene bevolking (het AVO) is, op basis van beschikbare en soms globale indicatoren, een schatting gemaakt van het aantal Nederlanders dat te maken heeft met meervoudige (gezondheids)problemen (zie hoofdstuk 2). Van alle volwassenen heeft 7,4% te maken met een combinatie van lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen en 13,3% met een combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen (zij hadden bijvoorbeeld meer contacten willen hebben, hebben te maken met verslavingsproblemen in het gezin, zijn werkloos of arbeidsongeschikt of hebben moeite om financieel rond te komen). Er wordt bewust gesproken van mogelijke problemen. Niet iedereen die meer sociale contacten wil, zal dit ook echt als een probleem ervaren.

Het gaat hier nadrukkelijk om een zo goed mogelijke schatting. Enerzijds geldt dat soms moest worden volstaan met globale indicatoren. Zo is wel bekend in hoeverre mensen sociale contacten hebben en graag meer sociale contacten wilden hebben, maar niet of deze mensen zich zo eenzaam voelen dat zij hiervoor hulp nodig hebben. Er is wel bekend of mensen financieel kunnen rondkomen, maar niet of zij een inkomen beneden de armoedegrens hebben. Mogelijk worden hierdoor sommige problemen overschat. Anderzijds is slechts een beperkt aantal probleemgebieden in ogenschouw genomen. Zo bevat het AVO geen gegevens over cognitieve problemen (dementie), problemen met de woonsituatie, criminaliteit, huiselijk geweld/mishandeling en taalproblemen. Deze problemen zijn dus niet onderzocht, hetgeen tot een mogelijke onderschatting van het aandeel mensen met meervoudige problematiek leidt. Deze kanttekeningen in acht nemend, kunnen we het volgende stellen: meervoudige problematiek komt vooral voor bij ouderen (19% van de 75-plussers heeft te maken met meervoudige problematiek), vrouwen (16%), alleenstaanden (22%), laagopgeleiden (19%), niet-westerse migranten (26%) en mensen die in een sociaal-economisch ongunstige buurt wonen (21%).

Kijken we op gezinsniveau (zie ook hoofdstuk 5) dan is er in 15% van de gezinnen sprake van vier of meer risicofactoren; de

'kwetsbare gezinnen'.¹⁵² Het gaat dan (op basis van cijfers over 2011) om ongeveer 350.000 gezinnen die een substantiële kans lopen op (en waarbij soms ook sprake is van) problemen.¹⁵³ Op basis van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om te berekenen welk deel van de kwetsbare gezinnen ook daadwerkelijk meervoudige problemen heeft. Maar uit besproken onderzoeken komen wel percentages naar voren die sterke overeenkomsten vertonen. Het lijkt dat 85% van de gezinnen weinig of geen problemen heeft, dat 15% wel met problemen kampt en dat 3 tot 5% te maken heeft met meervoudige en zware problemen waarvoor hoe dan ook hulp en zorg nodig is. In Nederland zijn er in 2010 ruim 2,5 miljoen gezinnen met thuiswonende kinderen tot 25 jaar.¹⁵⁴ Ervan uitgaande dat 3 tot 5% daarvan gezinnen met meervoudige problematiek betreft, dan gaat het – ruw geschat – om een aantal tussen de 75.000 en 125.000.

Van alle werkkenden, heeft ongeveer 1% te maken met meervoudige gezondheidsproblemen en ongeveer 13% met lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen (zie hoofdstuk 6)¹⁵⁵. Het ziekteverzuim van werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen is aanzienlijk hoger (ca 19%) dan bij werknemers zonder chronische aandoening of ziekte (2,3%). Bij werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen is het ziekteverzuim - in tegenstelling tot de algemene constatering dat ziekteverzuim relatief hoog is bij laagopgeleiden - hoger bij de hoog- en middelbaar opgeleiden dan bij de laagopgeleiden. De verschillen in ziekteverzuim tussen ouderen en jongeren en tussen mannen en vrouwen zijn voor werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen gering. Werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen schatten de werkgerelateerdheid van de klachten die ten grondslag liggen aan het ziekteverzuim relatief hoog in. Meer dan 50% is van mening dat deze gezondheidsklachten werkgerelateerd zijn.

Ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland is kwetsbaar (een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten als gevolg van een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen). In verzorgingshuizen is bijna

¹⁵² Broek, A. van den et al. Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: RMO, *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012.

¹⁵³ Volgens de CBS Jeugdmonitor (april 2012) waren er in 2011 in Nederland 2,3 miljoen gezinnen met thuiswonende kinderen tot 25 jaar.

¹⁵⁴ CBS Statline Bevolkingsstatistiek, 27-02 2012.

¹⁵⁵ Hierbij is de 28% met één fysieke aandoening buiten beschouwing gelaten (zie hoofdstuk 6).

driekwart van de 65-plussers kwetsbaar en in verpleeghuizen is bijna iedere bewoner kwetsbaar. In totaal is 27% van de 65-plussers kwetsbaar, naar schatting tussen de 600.000 en 700.000 personen in 2007/2008.

Vooraf met de leeftijd neemt het aandeel kwetsbare ouderen snel toe, zo blijkt ook uit hoofdstuk 7. Deze snelle toename begint bij mannen gemiddeld zo'n vijf jaar later (80-84 jaar) dan bij vrouwen (75-79 jaar). Kwetsbaarheid komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, vaker bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden en vaker bij alleenwonenden dan bij samenwonenden.

In welke mate maken mensen met meervoudige problemen gebruik van zorg (vraag 2)?

Van de mensen met een lichamelijk of psychisch gezondheidsprobleem heeft gemiddeld 86% contact met een hulpverlener, meestal de huisarts in een periode van een aantal maanden. In het algemeen raadplegen mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische problemen iets vaker een hulpverlener dan mensen die alleen lichamelijke problemen hebben. Ook mensen met een combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijk andere problemen hebben vaker contact met medisch-curatieve hulpverleners zoals de huisarts, een specialist of de ggz dan mensen die alleen gezondheidsproblemen hebben.

Overigens is het op basis van het hier gebruikte bevolkingsonderzoek niet mogelijk een rechtstreeks verband te leggen tussen de problemen die mensen mogelijk ervaren en het zorggebruik. Het is wel bekend of mensen die meervoudige problemen hebben bij een hulpverlener zijn geweest, maar er is niet geregistreerd wat de aanleiding vormde voor het contact met de hulpverlener en welke problemen tijdens het consult aan de orde zijn geweest.

Bij de (langdurige) hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging of de verpleging zijn er geen verschillen te zien tussen mensen die alleen gezondheidsproblemen hebben en mensen die meervoudige problemen (naast de gezondheid ook andere problemen) hebben. Blijkbaar leidt het hebben van bijkomende problemen niet tot extra hulp.

Uiteraard hebben mensen met ernstigere gezondheidsklachten vaker contact met hulpverleners dan mensen met lichtere klachten. Oudere mensen, vrouwen en alleenstaanden hebben relatief vaak contact met hulpverleners. Hierop bestaat een uitzondering: jongeren hebben vaker contact met de ggz dan ouderen.

Laagopgeleiden maken iets vaker dan hoogopgeleiden gebruik van de ondersteuning op basis van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), terwijl zij juist minder vaak contact hebben met de bedrijfsgeneeskundige zorg.

Ongeveer zeven op de tien werknemers met meervoudige gezondheidsklachten die verzuimen, leggen contact met een huisarts of specialist, terwijl bij werknemers zonder gezondheidsproblemen dit in slechts 31% van de ziekteverzuimgevallen gebeurt. Wanneer bij verzuim contact is met zorgverleners vragen zij bij werknemers met meervoudige gezondheidsproblemen ook relatief vaak naar de mogelijke werkgerelateerdheid van de klachten (56% versus 29% bij werknemers zonder chronische aandoeningen).

In welke mate registreren verschillende zorgverleners clustering van verschillende probleemgebieden (vraag 3)?

Uit registratiegegevens van huisartsen (zie hoofdstuk 4) komt naar voren dat van alle mensen die in een jaar *de huisarts* hebben bezocht (de ‘consulerende populatie’) 11% naast een lichamelijke ziekte ook een psychisch probleem in de vorm van psychische symptomen of een stoornis had. Slechts 0,8% van de ‘consulerende populatie’ had een probleem op zowel het lichamelijke, psychische als sociale vlak en bij 3,7% bleek er sprake van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Dit zijn patiënten die regelmatig de huisarts bezoeken in verband met lichamelijke klachten of symptomen zonder dat er een oorzaak voor gevonden wordt in de vorm van een ziektediagnose. Omdat deze SOLK-groep regelmatig een beroep doet op de huisarts (minimaal 4 contacten in een jaar) en er vanuit de literatuur bekend is dat deze patiënten vaak ook andere bijkomende problemen ervaren¹⁵⁶, wordt deze groep patiënten ook meegenomen in de beschrijving van groepen met meervoudige problemen.

De eerstelijnspsychologen-data laten zien dat bijna alle cliënten die hulp hebben gezocht (bij een eerstelijnspsycholoog) last hebben van problemen op meerdere gebieden. Zo’n 80% had zowel een probleem op het psychische als het sociale vlak; bij 18% waren er psychische en lichamelijke problemen en bij 14% waren er problemen op alle drie de gebieden.

¹⁵⁶ Verhaak, PFM et al. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam. Pract.* August, 23, 2006 (414-420)

Bij cliënten van vrijgevestigde *diëtisten* lijkt er in 13% van de gevallen sprake van een probleem op meerdere gebieden: deze cliënten hebben naast een lichamelijke aandoening, waarvoor ze onder behandeling zijn van de diëtist, ook een probleem op het gebied van de communicatie of een psychische of verstandelijke beperking.

Op basis van de NIVEL zorgregistraties eerste lijn kan geconcludeerd worden dat mensen waarvan meervoudige problematiek (op lichamenlijk, psychisch, sociaal vlak) bij de huisarts aan de orde komt vaker vrouw zijn, gemiddeld ouder en lager opgeleid zijn dan mensen met enkelvoudige problemen die hulp zoeken. Cliënten van diëtisten bij wie een bijkomend (communicatie-, psychisch- of verstandelijk-) probleem is vastgesteld door de diëtist waren niet zozeer ouder dan cliënten zonder deze problemen, maar waren wel vaker vrouw, laag opgeleid, hadden vaker meer dan één lichamenlijk probleem (vaker gewichtsverlies/ ondervoeding) en hadden ook vaker hun behandeldoel niet bereikt. Mensen waarbij de eerstelijnspsycholoog meervoudige problematiek constateert, zijn er ernstiger aan toe: ze worden vaker weer verder doorverwezen nadat zij hun behandeling wél hadden afgemaakt, ze hebben meer sessies nodig en zij hebben uiteindelijk een minder goed resultaat.

Bij het gebruik van zorgregistraties gaat het om het daadwerkelijke zorggebruik dat de zorgverlener heeft geregistreerd. Er is sprake van een gestandaardiseerde gegevensverzameling: van alle consulten wordt vastgelegd welke klachten zijn besproken. Dit betekent dat alleen de door de cliënt/patiënt gerapporteerde problemen in de zorgregistraties terechtkomen. Er moeten hiervoor twee filters (van het model van Goldberg en Huxley, zie hoofdstuk 1) worden doorlopen, die van 'hulp zoeken' en 'herkenning', waardoor er altijd sprake is van onderrapportage van problemen. Hierbij dient gerealiseerd te worden dat huisartsen sommige problemen wel herkennen en bespreken, maar deze niet altijd zullen opnemen als de (symptoom)diagnose in de zorgregistratie. Verder is men bij het gebruik van zorgregistraties afhankelijk van het registratiesysteem waarin wordt gerapporteerd (ICPC voor huisartsen, DSM-IV voor eerstelijnspsychologen) waardoor bepaalde zaken niet worden vastgelegd. Problemen met politie of overlast door vernieling of (emotionele) mishandeling vallen bijvoorbeeld niet binnen de ICPC-codering voor huisartsen.

Zorgregistratiegegevens vanuit het algemeen maatschappelijk werk waren niet geschikt voor onze vraagstelling omdat deze gegevens op instellingsniveau geaggregeerd zijn. Dat betekent

dat wel bekend is welk percentage cliëntsystemen bekend is met een relationeel probleem, een gezondheidsprobleem, een materieel probleem of een psychisch probleem, maar niet hoe vaak combinaties van deze problemen voorkomen. Tot in 1999 registreerde de Madimonitor nog de categorie ‘multiprobleem-gezin’ (was toen 2% van alle cliëntsystemen in behandeling bij een amw-instelling), maar die categorie is sindsdien geschrapt.¹⁵⁷

Zijn er aanwijzingen dat bij bepaalde zorgverleners sommige componenten uit het oog worden verloren ('nauwe blik')(vraag 4)?

Wanneer we de bevindingen op basis van de registraties (hoofdstuk 4) vergelijken met bevindingen uit bevolkingsonderzoek valt het volgende op.

De combinatie van (zelf gerapporteerde) gezondheidsproblemen en andere (sociale) problemen onder zelfstandig wonende volwassenen komt bij 13,3% van de bevolking voor (tabel 2.8), terwijl uit de huisartsregistraties een veel kleinere groep (2,3% van de ‘consulterende populatie’ (de mensen die daadwerkelijk de huisarts raadplegen), respectievelijk 1,7% van alle ingeschreven patiënten) naar voren komt van patiënten met zowel een sociaal probleem als een lichamelijke ziekte (zie groep D, tabel 4.2.1).

Voor dit verschil zijn diverse verklaringen mogelijk. De eerste is dat een grote groep mensen geen hulp voor hun sociale problemen zoekt. Het kan zijn dat mensen hun problemen niet ernstig genoeg vinden om hiervoor hulp te zoeken. Een andere verklaring is dat mensen wel hulp nodig hebben, maar niet weten waar ze deze hulp kunnen krijgen. Een derde verklaring is dat zij naar andere hulpverleners gaan dan die niet in dit onderzoek konden worden betrokken, zoals de welzijnsstichting, het Wmo-loket of instanties die bemiddelen op de arbeidsmarkt. Over dit soort instanties waren in dit onderzoek geen zorgregistraties beschikbaar en gegevens van verschillende hulpverleners kunnen niet gekoppeld worden. Een vierde mogelijkheid is dat mensen met meervoudige problemen wel bij een hulpverlener terecht komen, maar dat deze die problemen niet in hun samenhang opmerkt, het niet binnen het eigen domein van handelen vindt passen of niet goed in staat is mensen door te verwijzen.

¹⁵⁷ Emmen M.J., en P.F.M. Verhaak. Rapport Monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ, Utrecht, NIVEL 2006.

Overigens zijn ‘sociale problemen’ in de diverse onderzoeken op een andere manier geoperationaliseerd. Bij het bevolkingsonderzoek is dit type problemen vooral opgevat als problemen met de sociale contacten en sociaaleconomische problemen, terwijl bij de huisarts en de eerstelijnspsycholoog hulpvragen in de relatie-sfeer en op het werk onder deze noemer worden geschaard. Ook dit soort verschillen kunnen leiden tot verschillen tussen de beide typen onderzoek.

Wel valt het op dat sociale problematiek relatief weinig aandacht krijgt bij de mensen die de huisarts bezoeken. De multiproblematiek zoals die zich in 15% van de gezinnen manifesteert zal bij de huisarts vooral de lichamelijke zorg vragen. Het lijkt plausibel dat de huisarts wel een zekere notie heeft van andere problemen, maar blijkens zijn registratie van sociale problemen voert de huisarts hier meestal geen actief beleid op. Psychosociale problemen krijgen ruim aandacht bij mensen die eerstelijns psychologische hulp zoeken, maar hierbij geldt de aantekening dat in de context van de eerstelijnspsycholoog dit veelal problemen in de interpersoonlijke problematiek of het werk betreffen en niet zozeer de sociale achterstandsproblematiek die bijvoorbeeld de multi-probleemgezinnen kenschetst. Overigens zijn cliënten van de eerstelijnspsycholoog met meervoudige problematiek relatief wat lager opgeleid dan cliënten met eenvoudiger problemen.

Hoewel we op basis van de zorgregistraties geen sterke uitspraken kunnen doen over de vraag of hulpverleners sommige aspecten niet uit het oog verliezen, lijkt het dat huisartsen weinig mensen met onverklaarde lichamelijke klachten naar een eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werker verwijzen. Het is onduidelijk wat hierin het aandeel is van de huisarts en wat van de patiënt. Minstens zo belangrijk is echter dat de huisarts in zijn communicatie met de patiënt probeert tot een herinterpretatie van de klachten te komen¹⁵⁸. Deze relatief oude (SOLK) patiënten zijn, net als de patiënten met meervoudige problematiek (lichamelijk, psychisch en sociaal) interessant omdat ze erg veel

¹⁵⁸ Olde Hartman TC. Persistent medically unexplained symptoms in primary care. Thesis Nijmegen, 2011;

Ring A. et al. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005; 61(7):1505-1515.

Salmon P. et al. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005; 59:255

contacten met de huisartsenpraktijk hadden, meer dan twee keer zoveel als de gemiddelde patiënt, en omdat ze vaak naar paramedici en medisch specialisten worden verwezen. Dit laatste zou met name door betere arts-patiëntcommunicatie kunnen worden tegengegaan.

Er waren voor dit onderzoek geen gegevens beschikbaar over hoe mensen met meervoudige problemen zelf het contact met een hulpverlener ervaren en of zij vinden dat er genoeg aandacht was voor hun meervoudige problemen. Uit eerder onderzoek onder aanvragers van individuele Wmo-voorzieningen blijkt wel dat een vijfde van de Wmo-aanvragers (een groep die ruimer gedefinieerd is dan de groep mensen met meervoudige problemen waar dit rapport over gaat) zegt moeite te hebben met het aangaan en onderhouden van sociale contacten (zie hoofdstuk 3). Van hen vindt ruim de helft (54%) dat de gemeente tijdens de aanvraagprocedure onvoldoende rekening hield met mogelijkheden om andere mensen te ontmoeten of aan activiteiten deel te nemen. Het is niet bekend of aanvragers deze problemen altijd zelf hebben ingebracht tijdens de aanvraagprocedure.¹⁵⁹

Een aanwijzing dat mensen niet alle zorg krijgen die ze nodig hebben komt naar voren in de Wmo-evaluatie. Van de mensen met een lichamelijke beperking zegt 8% meer Wmo-ondersteuning (zoals hulp bij het huishouden, een rolstoel, woon- of vervoersvoorziening) nodig te hebben en heeft 21% voldoende ondersteuning. De overige 71% zegt geen professionele ondersteuning nodig te hebben. Zij redden zich bijvoorbeeld met informele of particuliere zorg. Vooral jongere mensen en mensen met een lichte beperking geven relatief vaak aan nog niet de juiste ondersteuning te hebben.

Nu bezoeken huisartsen, praktijkondersteuners en gemeentelijke indicatiestellers voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kwetsbare ouderen al thuis voor een 'gesprek', maar dat is nog niet de regel of gewoonte.¹⁶⁰ De praktijk verschilt van huisarts tot huisarts en van gemeente tot gemeente. Een deel van de huisartsen neemt tijdens een consult de tijd voor een

¹⁵⁹ Klerk, M. de, et al. De ondersteuning van Wmo-aanvragers; een onderzoek onder aanvragers en hun mantelzorgers (derde tussenrapportage). Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.

¹⁶⁰ KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG-standpunt. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst., 2010; VNG. Kantelen in de Wmo; Handreiking voor visieontwikkeling en organisatieverandering. Den Haag, VNG, 2009.

‘integrale probleemverheldering’, een ander deel behandelt klachtgericht. Iets vergelijkbaars ziet men bij gemeenten. Een deel van de gemeentelijke indicatiestellers gaat op huisbezoek voor een integrale probleemverheldering, een ander deel indiceert ‘claimgericht’ en behandelt iedere aanvraag voor een individuele voorziening apart.¹⁶¹

Ouderenorganisaties geven aan dat ouderen klagen dat gesprekken met de dokter vooral gaan over medische onderwerpen en dat er weinig aandacht is voor problemen zoals eenzaamheid en sociale uitsluiting.¹⁶²

Vallen er bepaalde risicogroepen buiten het aandachtsveld van de zorg (vraag 5)?

Bij een vergelijking van de gegevens op basis van registraties en bevolkingsenquêtes, blijkt dat zowel de combinatie van lichamelijke en psychische problemen als de combinatie van gezondheidsproblemen en mogelijke andere problemen volgens bevolkingsenquêtes vooral voorkomen bij mensen in de oudste leeftijdscategorie (75-plussers; zie hoofdstuk 2), terwijl uit de registraties van diverse typen hulpverleners blijkt dat meervoudige problematiek vooral in de middelste leeftijdscategorieën (18 t/m 44 jaar en 45 t/m 64 jaar) voorkomt (hoofdstuk 4). Dit is des te opvallender omdat ouderen wel veel contact hebben met hulpverleners (zie hoofdstuk 7).

Deze gegevens lijken erop te duiden dat ouderen hun (psychische) problemen minder goed verwoorden waardoor ze door de zorgverlener minder snel of minder compleet worden opgemerkt en geregistreerd. Overigens is het risico op kwetsbaarheid (en daarmee op meervoudige problematiek) het grootst bij mensen in verzorgings- en verpleegtehuizen, waar de mogelijkheid voor integrale aandacht ook het grootst is.

Kenmerkend voor gezinnen met meervoudige problematiek is dat er een grote hoeveelheid instanties bij betrokken is. Behalve hulpverlenings- en zorginstellingen houden ook woningcorporaties, maatschappelijk werk, politie en justitie, sociale dienst en arbeidstoeleiding zich met deze gezinnen bezig. De samenwerking tussen deze hulpverleners verloopt niet altijd even soepel.

¹⁶¹ Klerk, M. de et al. Op weg met de Wmo. den haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010; Boekholdt, M. en J. Coolen. Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg. Den Haag, ZonMw, 2010.

¹⁶² Slager, M. en W. van Minnen. Werken aan betere ouderenzorg. Zorg voor en door ouderen. Utrecht, CSO, 2010.

Vaak zijn de gezinnen niet alleen de regie over hun eigen leven kwijt, maar ook de regie over de inzet van de verschillende hulpverleners. Onduidelijk is wie precies wat doet en waar verantwoordelijk voor is en bij wie ze met een specifieke vraag moeten aankloppen.¹⁶³

8.3 Nabeschouwing

De gegevens die we in dit rapport verzameld hebben, laten zich duidelijk ordenen binnen het 'Ijsbergmodel' dat we in de inleiding introduceerden. Dit model komt er kort samengevat op neer dat maar een select deel van de problemen die voorkomen in de bevolking bij de hulpverlening terechtkomt. Clustering van meerdere problemen treffen we in grotere getale aan wanneer we daarover willekeurige mensen in de bevolking ondervragen, dan wanneer we ons richten op de categorie die daarvoor hulp zoekt, en dat zijn er weer meer dan van wie meervoudige problematiek door een hulpverlener in kwestie wordt geregistreerd¹⁶⁴.

Zoals we in de inleiding en ook op verschillende plaatsen in dit laatste hoofdstuk hebben opgemerkt geldt voor veel meervoudige problematiek die in de bevolking voorkomt, dat die niet tot verder hulp zoeken leidt. In veel gevallen is dat een natuurlijke zaak, bij voorbeeld omdat problemen eigenlijk nog geen problemen zijn maar een risico op eventuele problemen, een risico dat in veel gevallen niet bewaarheid wordt. Of omdat problemen niet als zo problematisch ervaren worden dat men er hulp voor zoekt. Een deel van de mensen zal hun problemen zelf oplossen of hierover praten met vrienden of bekenden. Deze nadruk op de eigen kracht van mensen is bijvoorbeeld terug te zien bij de Wmo: mensen worden geacht eerst steun te zoeken in hun eigen netwerk, en pas als die hulp niet voorhanden is, kan men een beroep doen op de gemeente.

Er zijn echter ook gevallen waarin het verschil tussen geobserveerde meervoudige problematiek in de bevolking en de relatief geringe registratie daarvan door hulpverleners wel zorgwekkend is. Het kan dan ook gaan om mensen die niet zozeer opvallen doordat ze niet in het hulpverleningscircuit doordringen, maar

¹⁶³ Steege, M. van der (2009). Multiprobleemgezinnen. In: Handboek Kinderen & Adolescenten. F160, p. 1-18.

¹⁶⁴ Het model is gebruikt als een ordeningskader. Bij het in beeld brengen van de verschillende niveaus werd van verschillende bronnen en operationalisaties uitgegaan, die niet altijd helemaal vergelijkbaar waren (bijvoorbeeld doordat verschillende definities van problemen werden gebruikt).

doordat ze niet op een gecoördineerde manier tegemoet getreden worden.

Te denken valt bijvoorbeeld aan de (oude) ouderen die relatief veel met meervoudige problematiek te maken hebben. In het algemeen is dit een groep die te maken heeft met een reeks aan zorgverleners, uiteenlopend van de huisarts, de apotheker, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, geriaters en specialisten in het ziekenhuis tot het welzijnswerk, vervoers- en woonvoorzieningen van de gemeente, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en daarnaast informele hulp van mantelzorgers en vrijwilligers. Die stemmen hun hulp niet altijd even goed op elkaar af, zo blijkt in de praktijk. Er is dan ook veel behoefte aan multidisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg.¹⁶⁵ Veel hulpverleners vinden ook dat een integrale signalering duidelijker maakt welke hulpverleners betrokken dienen te worden in de behandeling en ondersteuning. Kwetsbare ouderen met meervoudige problematiek lijken gebaat bij integrale zorg (dat wil zeggen onderling afgestemde zorg) met één aanspreekpunt voor de oudere zijn familie. De praktijkondersteuner van de huisarts vervult in de huidige situatie vaak deze functie.

Multidisciplinaire samenwerking in zorg en welzijn komt echter moeilijk van de grond.¹⁶⁶ In de jaren zeventig en tachtig werden al samenwerkingsexperimenten uitgevoerd in gezondheidscentra¹⁶⁷ en in het lopende Nationaal Programma Ouderenzorg zijn wederom experimenten gestart die de multidisciplinaire samenwerking willen bevorderen.¹⁶⁸

Voor gezinnen die problemen ondervinden, onder meer met hun kinderen, is de zorg in principe goed georganiseerd. De huisarts speelt hierin een belangrijke rol als potentiële coördinator. Maar wanneer er meer problemen tegelijk spelen die onderling verweven zijn, dan kan het gebeuren dat zo'n gezin te maken krijgt met verschillende vormen van hulpverlening die niet goed op elkaar afgestemd zijn. De aanwezigheid van meerdere problemen tegelijk kan ontregeling van het eigen bestaan tot gevolg hebben. Mensen die dat overkomt, hebben het gevoel de greep te verlie-

¹⁶⁵ Mootz, M. Visiedocument Nationaal Programma Ouderenbeleid. Den Haag, ZonMw (lezing), 2009; Boekholdt, M. en J. Coolen. Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg. Den Haag, ZonMw, 2010.

¹⁶⁶ Timmermans, J. Rapportage ouderen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1994; Klerk, M. de (red.) Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.

¹⁶⁷ Sixma, H. New land, new town, new health care system. Maastricht: Universiteit Maastricht, (proefschrift), 1997.

¹⁶⁸ www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl.

zen op wat er gebeurt.¹⁶⁹ Versnipperde en verkokerde hulp vormt dan een extra probleem in plaats van de oplossing.

Op basis van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om uit te rekenen wat de gezinnen met meervoudige problemen de samenleving kosten. Maar gebrek aan coördinatie leidt vermoedelijk tot hoge kosten.¹⁷⁰

De vraag of mensen met meervoudige problemen door de bomen het bos nog zien, is op basis van beschikbare data niet te beantwoorden. De aanwezigheid van uiteenlopende, met elkaar samenhangende problemen maakt het voor de betrokken personen moeilijker om de juiste hulp te krijgen en voor hulpverleners is het lastig om deze mensen adequaat en goed te helpen. Hoe dan ook blijkt dat ongeveer één op de acht mensen te maken heeft met risicofactoren en/of problemen en ongeveer één op de twintig met meervoudige problematiek. Voor die mensen is het van belang dat als zij professionele zorg nodig hebben, zij deze kunnen krijgen.

¹⁶⁹ Hermans, J. (2012). Voorwoord. In: Schamhart, R., en J. Colijn. Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

¹⁷⁰ In een recent onderzoek in Woerden hebben Horstik en Veuger een raming gemaakt van de (gemeentelijke) kosten van gezinnen die langdurig kampen met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen, waarin naast problemen met de kinderen ook andere problemen spelen waarvoor hulp nodig is. Zij komen op een bedrag van 40.000 euro per jaar gemiddeld per gezin. Het betreft een beperkt onderzoek dat gebaseerd is op informatie over tien gezinnen. De kosten voor zo'n gezin lopen hoger op wanneer het geen adequate hulpverlening krijgt en er, bijvoorbeeld, een of meer kinderen uit huis geplaatst worden (Horstik, I., en A. Veuger. Rapportage kwetsbare gezinnen in Woerden. Utrecht, Stade Advies B.V. 2012).