



Gezondheid en zorg

Hoofdstuk 7 van *De sociale staat van Nederland 2019*, ISBN 978 90 377 0923 0

7 Gezondheid en zorg

Anna Maria Marangos en Sjoerd Kooiker

- De levensverwachting steeg bij vrouwen minder snel dan bij mannen. Vrouwen gingen van 82,3 jaar in 2008 naar 83,3 jaar in 2018, mannen van 78,3 jaar in 2008 naar 80,2 jaar in 2018. In Europees perspectief onderscheiden de mannen in Nederland zich gunstig. Sinds 2014 is de groei van de levensverwachting vooralsnog gestagneerd.
 - Chronische aandoeningen komen nu vaker voor, maar de prevalentie van lichamelijke beperkingen is in 2018 niet hoger dan in 2008.
 - Voor de subjectieve gezondheidsmaten 'ervaren gezondheid' en 'psychisch welbevinden' is in de Nederlandse bevolking een ongunstig verschil zichtbaar tussen 2008 en 2018. Bij meerdere bevolkingsgroepen vinden we in 2018 een lager percentage met een als (zeer) goed ervaren gezondheid. Ook is bij meerdere bevolkingsgroepen het aandeel met een laag psychisch welbevinden in 2018 hoger dan in 2008. In welke mate hierbij een andere samenstelling van de bevolking een rol speelt, is onbekend.
 - 65-plussers onderscheiden zich in gunstige zin: ten opzichte van 2008 was het aandeel dat in 2018 een (zeer) goede gezondheid rapporteerde hoger en het aandeel met lichamelijke beperkingen lager. Ook was onder hen het aandeel met een laag psychisch welbevinden in 2018 niet hoger dan in 2008.
 - Het aandeel 65-plussers dat thuiszorg ontvangt, nam af van 21% in 2014 tot 17% in 2018 en het aandeel mantelzorgontvangers bleef vrij stabiel tussen 2016 en 2018. Het aandeel van de bevolking dat jaarlijks contact heeft met een medisch hulpverlener of psycholoog is vrij constant tussen 2008 en 2018. Bij de contacten met fysiotherapeuten en oefentherapeuten is een stijging waarneembaar van 20% naar 28% van mensen die minimaal één contact hadden.
 - Ruim 60% van alle mensen met een aandoening of beperking ervoer in 2018 toch een (zeer) goede gezondheid. Als we kijken naar specifieke bevolkingsgroepen, dan blijkt dat percentage een stuk lager voor mensen met een aandoening of beperking uit de laagste inkomensgroep en degenen met een laag opleidingsniveau, namelijk 48% respectievelijk 53%.
-

7.1 Anders kijken naar gezondheid en zorg in een veranderend Nederland

De maatschappelijke veranderingen waar Nederland mee te maken heeft, hebben direct of indirect gevolgen voor de gezondheid van de bevolking, in zowel positieve als negatieve zin. Zo dragen technologische en medische vooruitgang bij aan een toename in levensverwachting, doordat mensen vaker van ziektes genezen of er beter (en langer) mee kunnen leven. Nieuwe technologie brengt ook nieuwe sociale ongelijkheden met zich mee, door verschillen in toegankelijkheid en toepasbaarheid (bv. vanwege verschillen in digitale vaardigheden en (zelf)redzaamheid). Effecten van technische vooruitgang zijn niet uitsluitend positief. Zo zijn er zorgen omtrent privacy en aspecten die in potentie kunnen leiden tot stressgerelateerde klachten (zie o.a. de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018).

Denk hierbij bijvoorbeeld aan het altijd bereikbaar en beschikbaar kunnen (en/of moeten) zijn, de continue prikkels die gepaard gaan met het gebruik van sociale media, slaapverstoring door schermgebruik in de avonduren, en informatiestress.

Demografische veranderingen zijn eveneens van grote invloed. De bevolking groeit, er komen meer ouderen, minder jongeren, meer etnisch-culturele diversiteit en meer alleenstaanden. Met name door het toenemende aantal ouderen en doordat meer mensen (gemiddeld steeds langer) met een of meerdere chronische aandoeningen leven, nemen de zorguitgaven al lange tijd toe.

De landelijke overheid reageert op een aantal van de maatschappelijke veranderingen en de hiermee gepaard gaande druk op de gezondheidszorg, door verantwoordelijkheden meer bij burgers neer te leggen en beleid vooral aan de lokale overheden en de markt over te laten. Denk hierbij voor gezondheid vooral aan de marktgerichte Zorgverzekeringswet en aan de decentralisaties (de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet). De hervorming van de langdurige zorg betekende een inperking van de mogelijkheden voor opname in een zorginstelling. Sinds 2015, toen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) plaats maakte voor de Wet langdurige zorg (Wlz), is opname in een Wlz-instelling beperkt tot mensen die 24-uurszorg nodig hebben of 24-uurstoezicht in de nabijheid.

De maatschappelijke ontwikkelingen in een veranderende verzorgingsstaat brachten in Nederland en in andere landen een beweging op gang om gezondheid anders te zien dan de definitie van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO). Die definieerde zeventig jaar geleden gezondheid als 'de toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.' De kritiek op deze definitie is dat langs deze meetlat bezien vrijwel niemand gezond is.¹ Ook zou deze definitie onvoldoende recht doen aan de huidige moderne samenleving met al haar uitdagingen (bv. 'leren leven met je ziekte') en verantwoordelijkheden (Haverkamp et al. 2017). In 2009 is in Nederland een brede omschrijving van gezondheid geïntroduceerd, die ook bekend staat als 'positieve gezondheid'. Deze omschrijving vat gezondheid niet meer op als een toestand, maar als 'het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven' (Huber et al. 2011). De breedheid van de omschrijving is later uitgewerkt in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie, en dagelijks functioneren.

Naast lof is er ook kritiek gekomen op dit concept.² De nadruk die het model legt op eigen regie, eigen kracht en zelfmanagement kan betekenen dat het vooral van toepassing is op mensen die deze eigenschappen al hebben of zich eigen kunnen maken. Dat gaat lang niet voor iedereen op. Zo zijn er tal van mensen die niet zelf hun hulpvraag kunnen aangeven en dit ook niet kunnen leren. Gevreesd wordt dat deze kwetsbare mensen 'het zelf moeten uitzoeken.' Ook het woord 'positieve' in de nieuwe gezondheidsomschrijving stuit op weerstand. Vooral als er sprake is van levensbedreigende aandoeningen wordt dat als niet

passend gezien. En het zou de vraag oproepen of ziekte of gebrek als negatieve gezondheid te zien zijn (Van Staa et al. 2017).

In 2019 geldt internationaal de WHO-definitie nog steeds, maar in Nederland wordt het concept 'positieve gezondheid' wel vaak in onderzoek, beleid en praktijk toegepast (o.a. door professionals van zorginstellingen, huisartsen en gemeenten). Omdat positieve gezondheid ook domeinen beslaat buiten de gezondheidszorg, wordt het gezien als een verbindende factor voor een integrale gezondheidsaanpak. Verwacht wordt dat een brede kijk op gezondheid de samenwerking tussen zorg en het sociaal domein versterkt.³

De WHO-definitie en positieve gezondheid sluiten beide aan bij het huidige zorg- en ondersteuningsbeleid in Nederland, waarin het om meer gaat dan het genezen of compenseren van de feitelijke beperking of aandoening. Doelen van de decentralisaties zijn, naast zorg op maat, bijvoorbeeld ook meer zelfredzaamheid en meer zorgen voor elkaar, meer inzet op preventie, meer integraal werken. Ook in het Nationaal Programma Preventie (gestart in 2014) gaat het om een integrale aanpak. Dit programma heeft als doel gezondheidsverschillen tegen te gaan. Het stuurt aan op het in samenhang aanpakken van problemen, bijvoorbeeld rondom wonen, werken, schulden, leren, integreren en veiligheid. Bij acties en maatregelen die voortvloeien uit het in 2018 getekende Nationaal Preventieakkoord, zal moeten worden ingezet op een integrale benadering en op de achterliggende problematiek van een ongezonde leefstijl (Haker et al. 2019). Een integrale aanpak wordt ook omschreven als 'een benadering die aandacht besteedt aan zowel de persoonlijke als sociale omstandigheden, en aan een goede en toegankelijke gezondheidszorg' en is effectief gebleken om gezondheidsachterstanden te verminderen (Van den Muijsenbergh 2018).

7.2 Wel of niet gezond zijn: van objectief naar subjectief

Niet alleen voor gezondheid maar ook voor ongezondheid doen verschillende begrippen en definities de ronde. Een klassiek voorbeeld is het onderscheid tussen een ziekte hebben en je ziek voelen. In het Engels worden hiervoor de woorden *disease* en *illness* gebruikt. *Disease* verwijst naar een gestoorde werking van een of meer organen, naar een afwijking in de structuur en/of het functioneren van het lichaam als biologisch organisme (Schepers en Nievaard 1995). *Illness* omvat de ervaring van de persoon zelf, het ziektegevoel. Analooft hieraan kunnen we spreken van de gezondheidsbeleving, de ervaren gezondheid. *Disease* kent een meer objectief perspectief en *illness* is vooral subjectief. Het onderscheid is niet altijd heel scherp te maken. Vooral als het gaat om psychische aandoeningen worden diagnoses (mede) gesteld op de beleving van de persoon zelf. Volgens Haverkamp et al. (2017) is objectivisme versus subjectivisme een graduele kwestie. Het gaat volgens hen om hoe zwaar de ervaring van de persoon zelf moet wegen bij de beoordeling van diens gezondheid. En om de vraag wie we als gezondheidsexpert beschouwen: de arts, beleidsmaker, de verzorger of de burger zelf.

In deze paragrafen staan we stil bij enkele meer objectieve en enkele meer subjectieve gezondheidsmaten. We scharen de levensverwachting, het hebben (en zelf rapporteren) van een of meer chronische aandoeningen en het hebben (en zelf rapporteren) van een of meer lichamelijke beperkingen onder de categorie ‘objectieve’ gezondheidsmaten.⁴ De ervaren gezondheid en psychisch welbevinden refereren vooral aan de beleving van gezondheid en scharen we hier onder de ‘subjectieve’ gezondheidsmaten. Op levensverwachting na hebben de cijfers betrekking op personen van 18 jaar en ouder (particuliere huishoudens). Daar waar we percentages van meerdere jaren laten zien, zijn we nagegaan of die van het eerste en laatste jaar (meestal 2008 en 2018) statistisch van elkaar verschillen.⁵

We hebben gekozen voor ongestandaardiseerde cijfers die representatief zijn voor de bevolking van Nederland per jaar. Als er rekening wordt gehouden met veranderingen in de omvang en leeftijdsverdeling van de bevolking (gestandaardiseerde cijfers), kan het beeld iets anders zijn. Over een langere periode blijkt daar sprake van bij de gezondheidsmaten ‘ervaren gezondheid’ en ‘beperkingen’ (zie volksgezondheidszorg.info).

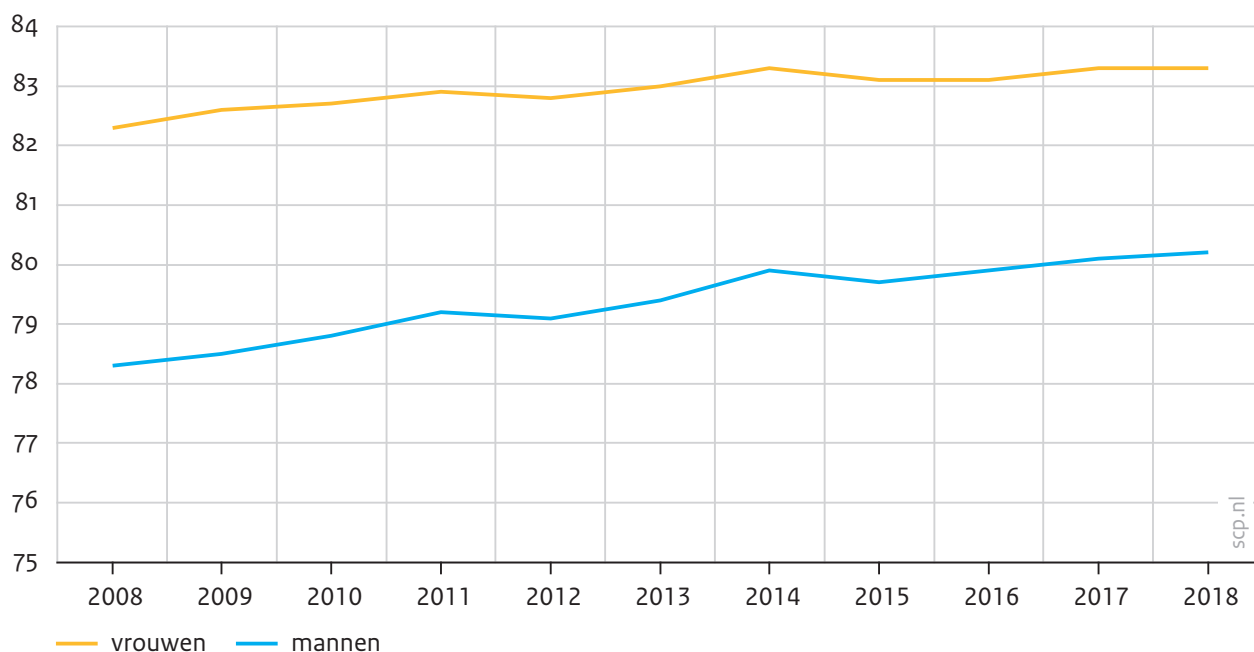
Voor vrouwen stijgt de levensverwachting minder snel

Een van de meest objectieve gezondheidsmaten die ons ter beschikking staan, is de levensverwachting. De levensverwachting zoals die meestal wordt weergegeven, is vooral een maat voor de sterfte⁶ (Stoeldraijer en Harmsen 2017). In Nederland (en Europa) wordt de levensverwachting meestal naar geslacht weergegeven; dat doen we hier ook. In de periode 2008-2018 is de levensverwachting voor mannen sterker gestegen dan voor vrouwen (figuur 7.1). Bij vrouwen steeg de levensverwachting van 82,3 jaar in 2008 naar 83,3 jaar in 2018. Bij mannen steeg deze van 78,3 jaar in 2008 naar 80,2 jaar in 2018. Die stijging bereikte in 2014 een eerste top, waarna een kleine daling inzette, voor mannen van 0,2 jaar en voor vrouwen van 0,3 jaar (Raleigh 2019). Op de analyse van de daling komen we terug wanneer we de levensverwachting in Europees perspectief bespreken. In de periode 2016-2018 steeg de levensverwachting minder snel dan eerder geraamd. Vooral onder ouderen was de sterfte in de wintermaanden 2017-2018 verhoogd. Deze verhoogde sterfte viel samen met de griep epidemie van 2017-2018, zo schrijft het RIVM.⁷ De oversterfte wordt geschat op 9444 personen tijdens de achttien weken durende griep-epidemie.

Figuur 7.1

Voor mannen stijgt de levensverwachting sterker dan voor vrouwen

Ontwikkeling van de levensverwachting vanaf de geboorte, naar geslacht, 2008-2018 (in levensjaren)



Bron: CBS (StatLine)

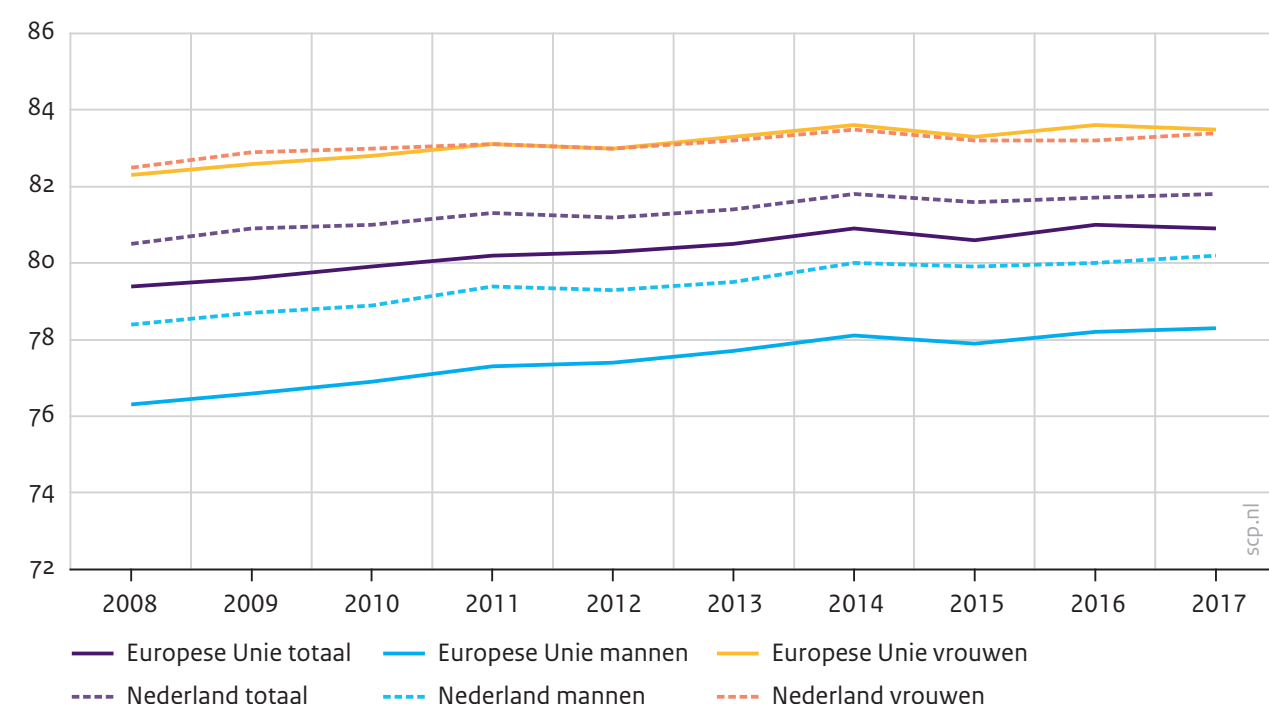
De ontwikkeling van de levensverwachting volgt in grote lijnen die van de Europese Unie (EU). Voor Nederlandse vrouwen is de levensverwachting bij de geboorte ongeveer gelijk aan het EU-gemiddelde. De levensverwachting bij de geboorte voor Nederlandse mannen is ongeveer twee jaar hoger dan het EU-gemiddelde en is daarmee een van de hoogste in de EU. Waarschijnlijk komt dit (gedeeltelijk) door de sterkere afname van het aandeel rokende mannen in Nederland ten opzichte van andere Europese landen.⁸

In veel EU-landen daalde de levensverwachting in de periode 2014-2015 (figuur 7.2). Bij de mannen trad deze daling op in 16 landen en bij de vrouwen in 23 landen (Raleigh 2019). Een analyse van de verandering van de levensverwachting in 18 OESO-landen voor de jaren 2014-2015 leert dat deze gelijktijdige daling in zoveel landen een uitzonderlijke gebeurtenis is (Ho en Hendi 2018). Voor de meeste landen, behalve de VS, trad de daling op door sterfte van ouderen, waarbij de ziekten van het ademhalingsstelsel (waaronder griep en longontsteking) in belangrijke mate ertoe bijdroegen (in Nederland voor 71% onder de mannen en voor 82% onder de vrouwen). Het lijkt erop dat de griepepidemie van 2017-2018, die in meerdere landen langdurig was en met hogere sterfte gepaard ging, opnieuw tot een daling van de levensverwachting zal leiden (Raleigh 2019). In Nederland verschilde de levensverwachting van 2018 nauwelijks van die van 2017. Meestal blijkt achteraf dat periodes van relatieve stagnatie of versnelde stijging tijdelijk zijn, zo schrijven Stoeldraijer en Harmsen (2017).

Figuur 7.2

De levensverwachting van mannen in Nederland onderscheidt zich gunstig in Europees perspectief

Ontwikkeling van de levensverwachting vanaf de geboorte, Nederland en de Europese Unie, naar geslacht, 2008-2017 (in levensjaren)



Bron: EC (Eurostat)

Meer chronische aandoeningen, maar niet meer lichamelijke beperkingen

Zowel het Nivel als het CBS rapporteert met enige regelmaat dat het aandeel mensen met een of meer chronische aandoeningen stijgt. Bij chronische aandoeningen gaat het bijvoorbeeld om hart- en vaatziekten, diabetes, kanker, ademhalingsproblemen en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Er zijn geen overzichtelijke tijdreeksen van 2008-2018, maar de laatste stand van zaken van het Nivel is dat 52% van de bevolking een of meer chronische aandoeningen had in 2016. Het CBS kwam uit op 30% in 2016 en 31% in 2018. Deze verschillende percentages worden verklaard door het gebruik van verschillende methoden. Het Nivel maakt berekeningen op basis van registraties van huisartsen en het CBS doet dat op basis van de Gezondheidsenquête (GE), waarin mensen zelf aangeven of ze een chronische aandoening hebben. Ook verschillen CBS en Nivel in de aandoeningen die ze meenemen in hun berekeningen. Onder vrouwen komen langdurige aandoeningen in het algemeen iets vaker voor dan onder mannen, aldus beide kennisinstituten. Dit komt mede doordat zij ouder worden dan mannen en de kans op het hebben van een chronische aandoening toeneemt met de leeftijd. De bevolkingsgroei en vergrijzing zijn bekende verklaringen voor de stijging van het aandeel mensen met een of meer chronische aandoeningen. Ook vroegere diagnoses en betere behandelingen (waardoor mensen langer leven) zijn belangrijke oorzaken van de stijging, want hierdoor worden meer chronische aandoeningen gemeten.⁹

Tabel 7.1

Vrij constante verschillen in lichamelijke beperkingen tussen groepen, maar een wisselend patroon in de tijd

De prevalentie van minimaal één lichamelijke beperking, personen van 18 jaar en ouder, naar achtergrondkenmerken, 2008-2018 (in procenten)^{a, b}

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ ^c
allen	12	13	13	13	13	13	13	13	12	12	12	0
vrouw	15	15	15	15	15	15	16	16	15	15	15	0
man	10	10	12	11	10	11	9	9	9	8	9	-1
18-34 jaar	3	3	3	4	5	5	3	4	4	4	3	0
35-64 jaar	11	12	14	13	13	13	12	12	12	11	12	1
≥ 65 jaar	32	30	28	26	25	24	31	31	28	27	26	-6
lager opgeleid	25	25	26	23	22	26	28	28	25	27	27	+2
middelbaar opgeleid	10	10	10	11	13	13	11	11	12	10	12	+2
hoger opgeleid	5	6	6	6	7	6	5	5	5	5	6	+1
inkomensklasse												
onderste 20%	21	16	19	18	19	20	20	23	21	19	22	+1
middelste 60%	13	15	15	14	14	14	13	13	13	13	13	0
bovenste 20%	7	7	9	9	8	7	7	5	6	5	5	-2
autochtone Nederlander	13	12	14	13	12	12	12	12	12	11	12	-1
westerse migrant	11	13	15	15	15	15	14	15	11	12	12	+1
niet-westerse migrant	12	19	14	16	17	15	16	15	16	15	16	+4

a Verschildtoets 2018-2008 met two-sample test (er is getoetst indien 2018 meer dan 3 procentpunten afwijkt van 2008). Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn vet weergegeven.

b De cijfers voor opleiding wijken af, omdat hiervoor een selectie is gemaakt van personen van 25 jaar en ouder. Vanaf die leeftijd is de kans groter dat een opleiding voltooid is.

c Verschild 2008-2018 in procentpunten.

Bron: CBS (GE'08-'18 maatwerktabel)

Voor het aandeel personen met een of meer lichamelijke beperkingen bestaan er trendcijfers over de periode 2008-2018, op basis van de Gezondheidsenquête (tabel 7.1).¹⁰ Om te meten of mensen een of meer lichamelijke beperkingen hebben, is door het CBS de OESO-indicator gebruikt. Deze is gebaseerd op zeven vragen over vaardigheden die mensen normaal kunnen verrichten, zo nodig met hulpmiddelen als een bril of hoortoestel.¹¹ In 2018 had 12% van de bevolking een of meer lichamelijke beperkingen volgens de OESO-indicator. Tussen bevolkingsgroepen bestaan duidelijke verschillen. Aan tabel 7.1 valt op dat onder 65-plussers, mensen met een laag inkomen en lageropgeleiden, het hebben van een lichamelijke beperking relatief vaak voorkomt. In 2018 komt het hebben van een lichamelijke aandoening onder 65-plussers minder vaak voor dan in 2008. Het hogere percentage onder niet-westerse migranten (16%) in 2018 verschilt niet significant van dat van 2008 (12%).¹² Wanneer we op zoek gaan naar patronen in de tijd, laat de tabel zien dat het patroon vaak wisselend is. Hiervoor zijn geen voor de hand liggende oorzaken aanwijsbaar.

Een goed ervaren gezondheid?

De hiervoor besproken levensverwachting, chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen beschouwen we als objectieve gezondheidsmaten. Hoe mensen hun gezondheid beleven, zien we als een subjectieve gezondheidsmaat (zie § 7.2). Van de inwoners in Nederland beoordeelt ruim driekwart (78%) de eigen gezondheid als goed of zeer goed (tabel 7.2). In 2008 was dat aandeel nog 81%. Groepen die een goede gezondheid het meest rapporteren, zijn – niet geheel onverwacht – jongeren, mensen met een hoog inkomen en hogeropgeleiden. Waarom dat zo is, bespreken we later in dit hoofdstuk. Als we kijken naar de verschillende bevolkingsgroepen, zien we dat 35-64 jarigen, alle opleidingsgroepen, mensen met een laag inkomen en westerse migranten in 2018 hun gezondheid als minder goed ervaren dan in 2008. Onder 65-plussers zien we in 2018 juist een hoger aandeel dat de eigen gezondheid als goed of zeer goed ervaart. Dat sluit aan bij de bevinding eerder in dit hoofdstuk dat onder 65-plussers lichamelijke beperkingen minder vaak voorkomen.

Tabel 7.2

Voor meerdere bevolkingsgroepen een lager aandeel met een goede of zeer goed ervaren gezondheid in 2018; alleen onder ouderen een hoger aandeel Een goede of zeer goede ervaren gezondheid, personen van 18 jaar en ouder, naar achtergrondkenmerken, 2008-2018 (in procenten)^{a, b}

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ ^c
allen	81	81	80	80	80	80	80	80	79	79	78	-3
vrouw	78	79	78	78	77	78	78	77	77	77	76	-2
man	83	84	83	82	83	82	83	82	82	82	81	-2
18-34 jaar	88	89	88	89	89	88	88	86	87	88	85	-3
35-64 jaar	78	79	77	76	77	77	77	76	74	74	74	-4
≥ 65 jaar	59	60	59	58	58	61	60	63	63	64	63	+4
lager opgeleid	63	64	64	63	64	60	64	61	62	62	58	-5
middelbaar opgeleid	82	81	82	81	79	78	77	78	77	76	74	-8
hoger opgeleid	88	89	87	86	86	87	87	86	85	85	84	-4
inkomensklasse												
onderste 20%	72	76	72	69	69	71	73	68	68	69	67	-5
middelste 60%	80	80	79	80	80	79	80	79	79	79	78	-2
bovenste 20%	87	88	87	87	87	88	88	89	88	88	87	0
autochtone Nederlander	81	82	81	81	81	81	81	81	80	81	79	-2
westerse migrant	81	80	78	76	78	78	77	77	79	76	77	-4
niet-westerse migrant	74	79	78	76	76	76	79	73	74	74	73	-1

a Verschildtoets 2018-2008 met two-sample test (er is getoetst indien 2018 meer dan 3 procentpunten afwijkt van 2008). Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn vet weergegeven.

b De cijfers voor opleiding wijken af, omdat hiervoor een selectie is gemaakt van personen van 25 jaar en ouder. Vanaf die leeftijd is de kans groter dat een opleiding voltooid is.

c Verschild 2008-2018 in procentpunten.

Bron: CBS (GE'08-'18 maatwerktabel)

Een lager psychisch welbevinden

Net als ervaren gezondheid, beschouwen we psychisch welbevinden als een subjectieve gezondheidsmaat. Om (veranderingen in) de prevalentie van (een laag) psychisch welbevinden in de algemene bevolking in kaart te brengen, gebruiken we gegevens van het CBS over zelfgerapporteerde psychische (on)gezondheid. Met de Mental Health Inventory 5 (MHI-5), bestaande uit vijf vragen die betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen vier weken voelde (zenuwachtig, in de put, kalm/rustig, neerslachtig/somber of gelukkig),¹³ kunnen geen afzonderlijke stoornissen worden bepaald; wel is de MHI-5 bij uitstek geschikt om verschillen tussen bevolkingsgroepen en verschillen in de tijd te achterhalen (Driessen 2011). Omdat de vragen naar ons idee meer zeggen over psychisch welbevinden dan over psychische gezondheid, houden wij hier de term ‘psychisch welbevinden’ aan.

Hoe is het gesteld met het psychisch welbevinden in Nederland? Ongeveer 12% van de volwassenen rapporteerde in 2018 een laag psychisch welbevinden (tabel 7.3); in 2008 werd dat door 9% gerapporteerd. Net als in ander onderzoek (Haker et al. 2019) vallen drie groepen op met hoge prevalentiecijfers van een laag psychisch welbevinden in 2018: lager-opgeleiden (18%), mensen met een laag inkomen (23%) en niet-westerse migranten (19%). Daarnaast zien we dat onder vrouwen vaker een laag psychisch welbevinden voorkomt dan onder mannen.

In tabel 7.3 valt verder op dat onder alle bestudeerde groepen het psychisch welbevinden in 2018 lager was dan in 2008, op 65-plussers na. Wanneer de percentages van 2018 en 2008 meer dan 3 procentpunten van elkaar afweken, vond een statistische toetsing plaats. Daaruit blijkt dat onder meerdere groepen in 2018 een lager psychisch welbevinden voorkomt dan in 2008. Deze groepen zijn mannen, 18-34-jarigen, 35-64-jarigen, lager-opgeleiden, middelbaar opgeleiden en mensen met het laagste inkomen.¹⁴

In 2018 werd in het land verontrust gereageerd op de door het CBS gerapporteerde lichte stijging van psychische ongezondheid in de groep van 12-25 jaar ten opzichte van tien jaar daarvoor. Op basis van een recente secundaire analyse blijkt dat er in grote delen van de levensloop sprake is van deze lichte stijging (Schoemaker et al. 2019). Tabel 7.3 laat zien dat er niet alleen voor jongeren reden is tot zorg, maar ook voor andere groepen.

Tabel 7.3

Onder meerdere bevolkingsgroepen een lager psychisch welbevinden in 2018

Laag psychisch welbevinden, personen van 18 jaar en ouder, naar achtergrondkenmerken, 2008-2018 (in procenten)^{a,b}

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ ^c
allen	9	10	11	11	11	11	11	11	12	11	12	+3
vrouw	11	12	12	12	13	12	13	13	14	13	14	+3
man	6	8	8	9	8	9	8	9	9	9	10	+4
18-34 jaar	7	9	10	10	12	11	11	11	12	12	13	+5
35-64 jaar	9	11	10	11	11	11	12	12	12	12	13	+4
≥ 65 jaar	11	11	11	10	10	10	10	9	11	10	11	0
lager opgeleid	13	15	14	13	14	15	15	15	17	15	18	+5
middelbaar opgeleid	7	9	10	10	10	11	10	10	11	11	11	+4
hoger opgeleid	7	7	7	9	9	7	9	9	9	9	9	+2
inkomensklasse												
onderste 20%	16	18	17	21	20	19	20	22	24	20	23	+5
middelste 60%	9	10	11	10	10	11	10	9	10	10	11	+2
bovenste 20%	5	6	6	8	6	6	6	7	7	6	6	+1
autochtone Nederlander	8	9	9	10	9	10	9	10	10	10	11	+3
westerse migrant	10	12	13	14	12	15	14	12	13	12	12	+2
niet-westerse migrant	17	20	19	18	19	14	19	18	20	18	19	+2

a Verschildtoets 2018-2008 met two-sample test (er is getoetst indien 2018 meer dan 3 procentpunten afwijkt van 2008). Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn vet weergegeven.

b De cijfers voor opleiding wijken af, omdat hiervoor een selectie is gemaakt van personen van 25 jaar en ouder. Vanaf die leeftijd is de kans groter dat een opleiding voltooid is.

c Verschild 2008-2018 in procentpunten.

Bron: CBS (GE'08-'18 maatwerktabel)

Andere bevindingen wanneer rekening wordt gehouden met sociaal-demografische kenmerken

Op welke wijze hangen geslacht, herkomst, inkomen, leeftijd en opleiding samen met de drie genoemde aspecten van gezondheid? Hiervoor zijn SLI-gegevens uit 2018 gebruikt. In de statistische analyses¹⁵ zijn deze sociaal-demografische kenmerken tegelijkertijd in beschouwing genomen, waardoor rekening wordt gehouden met de manier waarop deze kenmerken elkaar deels overlappen in de samenhang met een gezondheidsindicator. Het beeld dat daaruit naar voren komt, is dat het hebben van een aandoening, beperking of een minder dan goede ervaren gezondheid, duidelijk samenhangt met zowel leeftijd, inkomen als opleiding, waarbij leeftijd de belangrijkste factor is. Ten opzichte van jongeren (18-34 jaar) hebben mensen van 35-64 jaar en, met name, ouderen (65+ jaar) een grotere kans op het hebben van een aandoening of een minder dan goede gezondheid. Ten opzichte van lageropgeleiden hebben zowel mensen met een middelbare als mensen met een hogere opleiding een lagere kans op een aandoening of beperking en een hogere kans op een goede ervaren gezondheid.

Hetzelfde patroon zien we voor inkomensverschillen: ten opzichte van de 20% laagste inkomens hebben mensen met een middeninkomen (breed opgevat als 20%-80%) en een hoog inkomen (bovenste 20%) een hogere kans op een goede ervaren gezondheid en een lagere kans op een aandoening of beperking. Voor beide kenmerken geldt dat de hoogste inkomens- en opleidingsgroepen de meeste kans hebben op een goede gezondheid. Opvallend is dat de kenmerken geslacht en herkomst geen significante rol spelen als inkomen, leeftijd en opleiding ook in de analyses meegenomen worden.

Voor laag psychisch welbevinden is het beeld enigszins anders: geslachtsverschillen zijn nu wel van belang, met een grotere kans op een laag psychisch welbevinden onder vrouwen. Leeftijdverschillen dragen echter niet significant bij. Voor opleidings- en inkomensverschillen is het beeld vergelijkbaar met de andere gezondheidsmaten. Met name onder mensen met een hoog inkomen is er een veel kleinere kans op een laag psychisch welbevinden. Opnieuw doet iemands herkomst er minder toe (niet significant) als de andere sociale en demografische kenmerken meegenomen zijn.

7.3 Gebruik van formele en informele zorg

Als mensen zorg nodig hebben, kunnen zij een beroep doen op veel verschillende soorten zorgverleners. Dat kunnen professionals zijn, zoals (para)medici, en voor langdurige zorg kan het ook gaan om bijvoorbeeld huishoudelijke hulpen, verzorgenden of verpleegkundigen. Als deze zorg door professionals wordt geleverd, spreken we van formele zorg. Als zorg wordt verleend door familie, vrienden of kennissen, hebben we het vaak over mantelzorg, een vorm van informele zorg.¹⁶

Formele zorg

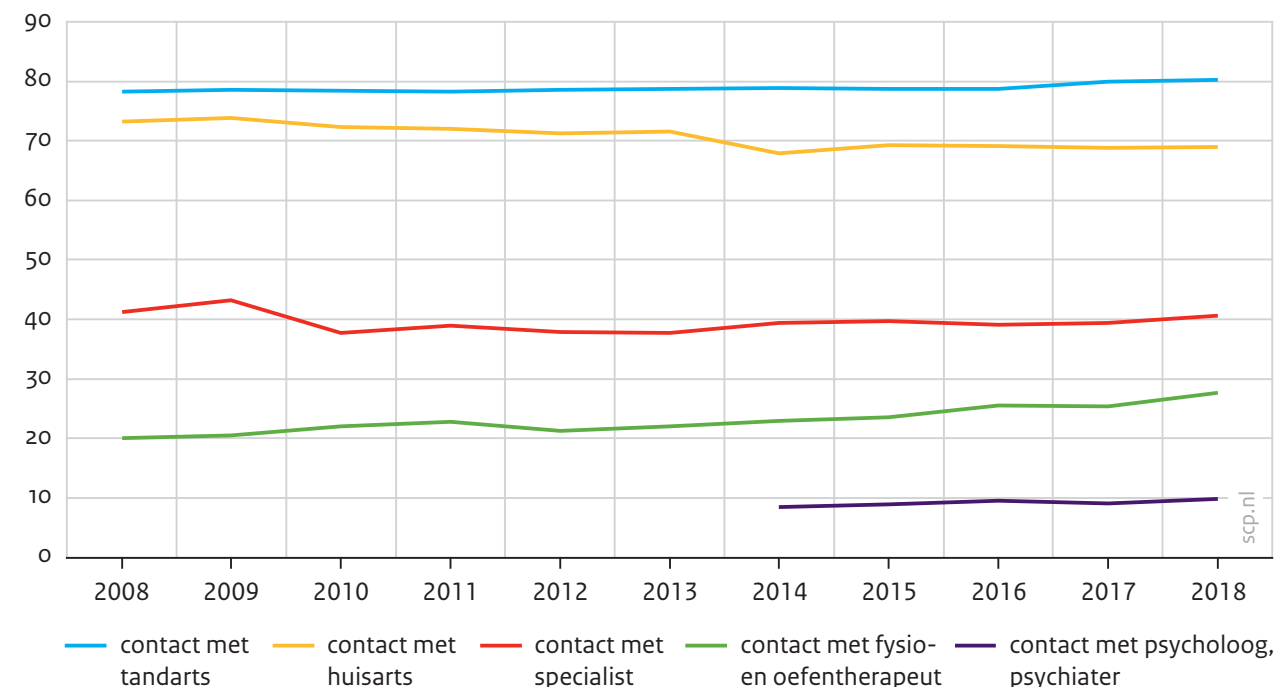
Met zorgverleners als de huisarts en de tandarts heeft een groot deel van de bevolking jaarlijks contact, met andere hulpverleners is dat veel minder (figuur 7.3). Door de jaren

heen is het jaarlijkse contact met de huisarts, specialist, psycholoog/psychiater en tandarts tamelijk stabiel gebleven. Het contact met de fysiotherapeut/oefentherapeut kwam wel vaker voor in 2018 (28%) dan in 2008 (20%). Figuur 7.3 is gebaseerd op de periodieke Gezondheidsenquête van het CBS. Gegevens uit registraties en enquêtes leiden soms tot iets andere resultaten. Voor de zorg van de huisarts houdt het Nivel een registratie bij.¹⁷ Het beeld dat daaruit naar voren komt, is dat ongeveer driekwart van de patiënten die staan ingeschreven bij een huisarts, in een jaar contact heeft met de huisartsenpraktijk. Onder ouderen is het percentage hoger en onder jongeren lager. Bij het aantal contacten is eenzelfde beeld zichtbaar.¹⁸ In 2017 hadden patiënten gemiddeld 4,4 keer contact met de huisartsenpraktijk, maar patiënten van 85 jaar en ouder hadden in dat jaar veel vaker contact (gemiddeld 13 keer). In het algemeen is het zorggebruik van patiënten in de periode 2011-2017 nauwelijks veranderd, zo schrijft het Nivel. Wel is er over de jaren 2011-2017 een toename van het aantal lange consulten. Dat kan te maken hebben met de toename van het aantal ggz-praktijkondersteuners in de huisartspraktijk. De invoering van de basis-ggz in Nederland, op 1 januari 2014, betekent dat patiënten met lichte psychische of sociale problematiek geholpen dienen te worden binnen de huisartsenzorg. Het is plausibel dat de langere consulten in de huisartspraktijk daar een gevolg van zijn.

Figuur 7.3

De contacten met (para)medici zijn vrij stabiel over de jaren

Ontwikkeling in minimaal één contact met (para)medici, personen van alle leeftijden,^a 2008-2018 (in procenten)



a uitgezonderd: contact met de tandarts vanaf 1 jaar en contact met de psycholoog of psychiater vanaf 4 jaar. Voor kinderen jonger dan 12 jaar werden deze vragen beantwoord door de ouder/verzorger.

Bron: CBS (GE'08-'18; StatLine)

Sinds 2014 onderzoekt het CBS welke mensen thuiszorg ontvangen. Het gaat daarbij om betaalde hulp thuis vanwege gezondheidsproblemen. Dat kan gaan om hulp in het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging, kraamzorg of een maaltijdservice zoals tafeltje-dek-je, aldus de omschrijving van het CBS. Het zijn vooral ouderen die van de thuiszorg gebruik maken (tabel 7.4). Onder 65-plussers is een dalende trend zichtbaar in het gebruik van thuiszorg. Ook in ander onderzoek is een dalende ontwikkeling gevonden in het ontvangen van hulp bij het huishouden en andere ondersteuning thuis, bijvoorbeeld in de landelijke evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg (Kromhout et al. 2018) en de Overall rapportage sociaal domein (Pommer et al. 2018).

Tabel 7.4

Met name ouderen gebruiken thuiszorg, maar gebruiken die in 2018 minder dan in 2014

Jaarlijks thuiszorg ontvangen, personen van 18 jaar en ouder, naar achtergrondkenmerken, 2014-2018 (in procenten)^{a, b}

	2014	2015	2016	2017	2018	Δ ^c
allen	6	6	6	6	6	0
vrouw	8	8	8	8	8	0
man	4	4	4	4	4	0
18-34 jaar	4	4	4	4	4	0
35-64 jaar	3	3	3	4	4	+1
≥ 65 jaar	21	20	18	18	17	-4
lager opgeleid	13	13	12	13	13	0
middelbaar opgeleid	7	6	5	6	6	-1
hoger opgeleid	4	5	4	4	4	0
inkomensklasse						
onderste 20%	7	6	8	8	9	+2
middelste 60%	7	7	6	6	6	-1
bovenste 20%	4	3	3	4	4	0
autochtone Nederlander	6	6	6	6	6	0
westerse migrant	7	5	6	6	6	-1
niet-westerse migrant	4	4	4	4	4	0

a Verschiltoets 2014-2008 met two-sample test (er is getoetst indien 2018 meer dan 3 procentpunten afwijkt van 2014). Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn vet weergegeven.

b De cijfers voor opleiding wijken af, omdat hiervoor een selectie is gemaakt van personen van 25 jaar en ouder. Vanaf die leeftijd is de kans groter dat een opleiding voltooid is.

c Verschil 2014-2018 in procentpunten.

Bron: CBS (GE'14-'18 maatwerktabel)

Het beeld van het ontvangen van mantelzorg lijkt in veel opzichten op het beeld dat we hebben van het ontvangen van thuiszorg. Het CBS heeft gegevens beschikbaar over de periode 2016-2018.¹⁹ Mantelzorgontvangers vinden we met name onder ouderen, vrouwen en mensen met een lager opleidingsniveau (tabel 7.5). Slechts een gering aantal mensen met een hoog inkomen behoort tot de ontvangers van mantelzorg. Huishoudensvorm doet er ook toe, hoewel dit niet in de tabel staat: samenwonenden ontvangen natuurlijk vaker mantelzorg dan alleenwonenden; vaak is immers de partner degene die helpt.

Tabel 7.5

Met name ouderen en mensen met een laag opleidingsniveau ontvangen mantelzorg

Ontvangers van mantelzorg, personen van 18 jaar en ouder, naar achtergrondkenmerken, 2016-2018 (in procenten)^{a, b}

	2016	2017	2018	Δ ^c
allen				
vrouw	8	7	7	-1
man	4	4	4	0
18-34 jaar	3	3	2	-1
35-64 jaar	4	4	4	0
≥ 65 jaar	14	13	14	0
lager opgeleid	12	12	12	0
middelbaar opgeleid	5	5	5	0
hoger opgeleid	2	3	3	+1
inkomensklasse				
onderste 20%	8	9	8	0
middelste 60%	6	6	6	0
bovenste 20%	2	3	2	0
autochtone Nederlander	6	5	6	0
westerse migrant	4	5	6	+2
niet-westerse migrant	7	7	5	-2

a Er zijn geen statistische toetsingen gedaan, omdat de percentages in 2018 niet meer dan 3 procentpunten afwijken van die in 2016.

b De cijfers voor opleiding wijken af, omdat hiervoor een selectie is gemaakt van personen van 25 jaar en ouder. Vanaf die leeftijd is de kans groter dat een opleiding voltooid is.

c Verschil 2016-2018 in procentpunten.

Bron: CBS (GE'16-'18 maatwerktabel)

Er is geen sprake van een duidelijke toe- of afname in het ontvangen van mantelzorg in de periode 2016-2018. Ook in de periode 2014-2016 was dit het geval, laat SCP-onderzoek

zien.²⁰ Het lijkt er daarom niet op dat de afname van het gebruik van thuiszorg onder ouderen in het tijdvak 2014-2018 gecompenseerd wordt door meer mantelzorg.²¹

Een statistische multivariate analyse van zorggebruik in 2018, waarin zorg breed is opgevat als huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging (formeel en informeel), bevestigt het beeld dat met name vrouwen, alleenstaanden en ouderen zorg gebruiken en dat het zorggebruik lager is onder middelbaar en hogeropgeleiden en onder mensen in de hoogste inkomenscategorie.²²

Een andere vorm van zorg aan huis is de wijkverpleging. Met de veranderingen van de langdurige zorg in 2015 is de wijkverpleging gaan vallen onder de Zorgverzekeringswet. Betaling daarvoor geschiedt via de basisverzekering en er geldt geen eigen risico voor. De gemiddelde leeftijd van de gebruikers van wijkverpleging is 75 jaar (bron: Vektis). Het aantal gebruikers van wijkverpleging is toegenomen van 512.000 in 2015 tot 557.000 in 2017.

7.4 Samenhang tussen objectieve en subjectieve gezondheid en zorggebruik

Voor het weergeven van iemands gezondheidstoestand (of van de gezondheidstoestand van een bevolking) gebruiken we objectieve en subjectieve indicatoren. Maar wat is de relatie tussen het hebben van een ziekte of beperking en de ervaren gezondheid? Het is lang niet altijd zo dat mensen met een ziekte ook een slechte ervaren gezondheid hebben, integendeel. Dat blijkt onder andere uit de scp Leefsituatie-index (SLI), met daarin gegevens over 2018. Als we kijken naar de vraag ‘Heeft u last van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps?’ dan heeft 38% van de respondenten hierop bevestigend geantwoord, 60% ontkennend en 2% gaf aan niet te weten of er sprake was van ‘langdurig’. Wordt gevraagd naar het oordeel over de eigen gezondheid, dan ontstaat een positiever beeld: 13% van alle ondervraagden vond zijn of haar gezondheid uitstekend, 22% zeer goed, 48 % goed, 14% matig en 3% slecht. Er moet dus een aanzienlijke groep zijn die ondanks het hebben van een of meerdere ziekten, aandoeningen of handicaps toch een goede, zeer goede of uitstekende gezondheid ervaart.

Een kruistabel laat zien dat het om 61% van de mensen met een aandoening gaat. Dit relatief hoge percentage betekent dat de subjectieve ervaren gezondheid breder wordt opgevat dan de afwezigheid van ziekte of lichamelijke gebreken, of dat een deel van de mensen wellicht een (verstandelijke) beperking of een aandoening zoals dyslexie heeft, maar dat niet als een gezondheidsprobleem ziet. Een andere mogelijkheid is dat men zich bij de vraag naar subjectieve gezondheid, bewust of onbewust, vergelijkt met bijvoorbeeld leeftijdsgenoten. Van ouderen is bekend dat zij zich vaak vergelijken met leeftijdsgenoten met een slechtere gezondheid (Henchoz et al. 2008).

Wie zijn degenen die ondanks het hebben van een ziekte, aandoening of beperking toch een goede, zeer goede of uitstekende gezondheid ervaren? Een nadere analyse van de dataverzameling SLI laat zien dat in 2018 mensen tussen de 18 en 34 jaar, mensen met de

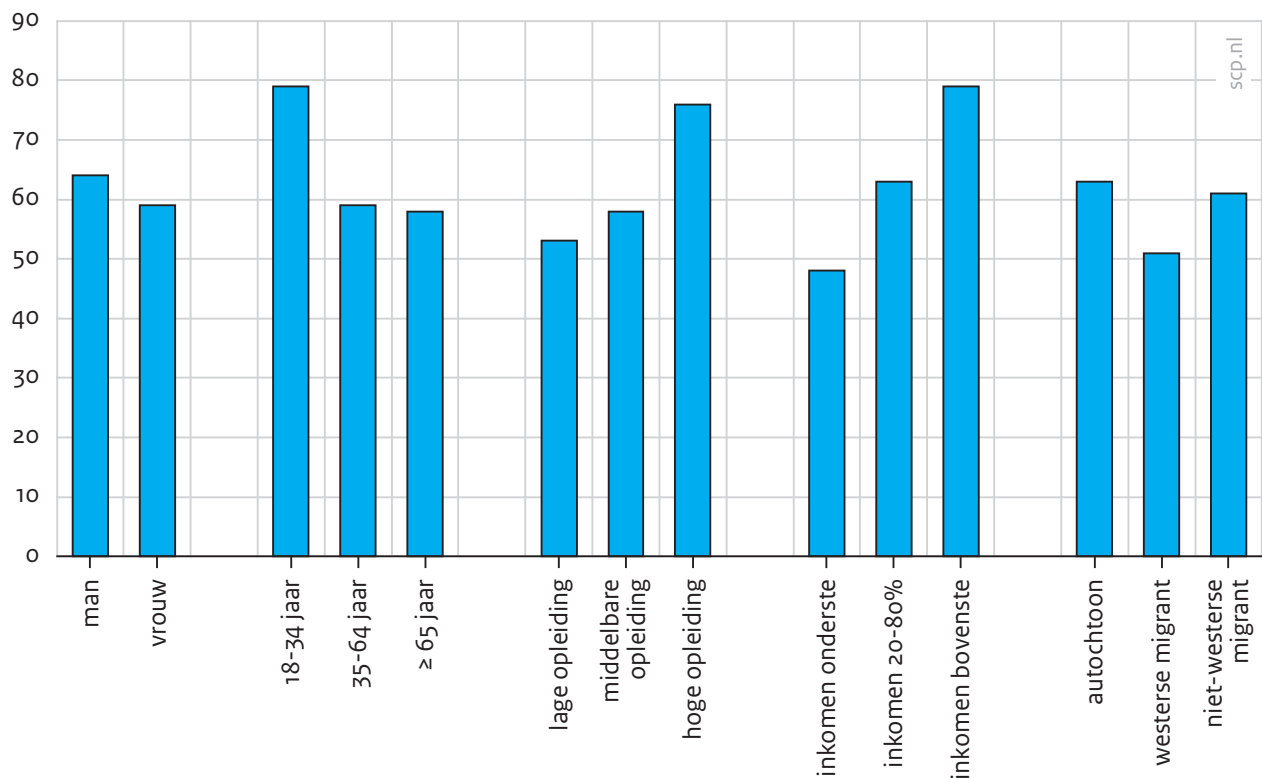
hoogste inkomens en hogeropgeleiden veel gunstiger oordelen over hun gezondheid dan 35-plussers, de onderste inkomensgroep en mensen met een lagere opleiding (figuur 7.4).²³ Een voorbeeld: van de mensen (met een aandoening of beperking) met de hoogste inkomens ervaart 79% een goede tot uitstekende gezondheid, terwijl dat onder degenen met de laagste inkomens slechts 48% is.

Het is opmerkelijk dat migranten geen slechtere gezondheid ervaren dan autochtone Nederlanders. Eerder in dit hoofdstuk zagen we ook dat herkomst niet van invloed is op het hebben van beperkingen, de ervaren gezondheid en het psychisch welbevinden zodra er tegelijkertijd andere achtergrondkenmerken in de analyse opgenomen worden.

Figuur 7.4

Jongeren, mensen met een hoger inkomen en hoger opgeleiden met een aandoening ervaren relatief vaak een goede gezondheid

Het hebben van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of beperkingen en toch een goede ervaren gezondheid rapporteren, personen van 18 jaar en ouder, naar achtergrondkenmerken, 2018 (in procenten)



Bron: SCP/CBS (CV/SLI'17/'18)

Waarom zijn de verschillen in ervaren gezondheid zo groot tussen mensen met een hoog versus laag inkomen, een hogere versus lagere opleiding en degenen onder en boven de 35 jaar die een aandoening hebben? Mogelijke verklaringen hiervoor gaan we in deze paragraaf verkennen op basis van de volgende vragen.

- Hebben mensen met een lagere opleiding en 35-plussers *meer* langdurige aandoeningen of beperkingen dan mensen met een hogere opleiding en jongeren?
- Hebben mensen met een lagere opleiding, mensen met een laag inkomen en 35-plussers *andere* langdurige aandoeningen of beperkingen – namelijk met meer ziektelast – dan mensen met een hogere opleiding, hoog inkomen en jongeren?
- Wordt het begrip ‘gezondheid’ door deze groepen anders opgevat?

Meerdere langdurige aandoeningen of beperkingen per persoon spelen een rol

Als mensen beperkingen hebben, gaat het gemiddeld om 1,9 beperkingen, zo leert de Gezondheidsenquête van 2018 (via StatLine te raadplegen). Die zijn niet evenredig verdeeld over de bevolking. Zo rapporteren mensen met een lagere opleiding 2,3 beperkingen, evenals ouderen. Naast beperkingen varieert het aantal chronische ziekten per persoon naar bevolkingsgroep. Uit de Nivel Zorgregistraties eerste lijn (over 2016) blijkt een sterke variatie naar leeftijd: van alle mensen heeft 25% één chronische ziekte, 13% heeft twee chronische ziekten en 14% heeft drie of meer chronische ziekten. Van de ouderen heeft bijna twee derde drie of meer chronische ziekten.²⁴

Vaker hebben van aandoeningen met een hoge ziektelast speelt een rol

Het RIVM presenteert op de website volksgezondheidszorg.info een ranglijst met aandoeningen met de meeste ziektelast. Van zeven van deze aandoeningen, namelijk beroerte, hartaandoening, kanker, COPD, rugaandoening, gewrichtsslijtage en depressie, is de prevalentie te vinden in CBS StatLine (op basis van de Gezondheidsenquête). De prevalentiecijfers van mensen met het laagste opleidingsniveau zijn voor al deze aandoeningen veel hoger dan die van mensen met het hoogste opleidingsniveau. Zo komt gewrichtsslijtage voor onder 32% van de laagst opgeleiden versus 8% van de hoogst opgeleiden. Voor depressie gaat het om 15% versus 5%. Overigens komen allergieën vaker voor onder hogeropgeleiden. Meestal gaan deze niet met een hoge ziektelast gepaard. Het ligt voor de hand dat een aandoening met een hoge ziektelast samengaat met belemmeringen door pijn en/of slaapproblemen. Pijn en slaapproblemen zijn ongemakken die de hele dag voelbaar kunnen zijn en dat zal zeker uitmaken voor de manier waarop men zijn of haar gezondheid ervaart. Tabel 7.6 laat zien dat belemmeringen door pijn vooral voorkomen onder 65-plussers, mensen met een laag inkomen en lageropgeleiden, en slaapproblemen vooral onder mensen met een laag inkomen en lageropgeleiden.

Tabel 7.6

Pijn en slaapproblemen komen relatief vaak voor onder ouderen, lageropgeleiden en de laagste inkomensgroep

Pijn of slaapproblemen, personen van 18 jaar en ouder, naar achtergrondkenmerken, 2018 (in procenten)^a

	pijn	slaapproblemen
18-34 jaar	8	20
35-64 jaar	16	24
≥ 65 jaar	18	24
lager opgeleid	23	29
middelbaar opgeleid	15	24
hoger opgeleid	9	19
inkomensklasse		
onderste 20%	21	30
middelste 60%	14	22
bovenste 20%	7	17

a De cijfers voor opleiding wijken af, omdat hiervoor een selectie is gemaakt van personen van 25 jaar en ouder. Vanaf die leeftijd is de kans groter dat een opleiding voltooid is.

Bron: CBS (GE'18 maatwerktabel)

Gezondheid wordt verschillend opgevat

Wat iemand onder gezondheid verstaat, verschilt naar tijd, plaats, cultuur en de sociale groep waar men toe behoort (Schepers en Nievaard 1995). Gekeken naar opleidingsgroepen, blijkt bijvoorbeeld dat mensen die lager zijn opgeleid meer geneigd zijn om gezondheid te definiëren in negatieve termen (Stronks et al. 2018).

Op de website volkgezondheidszorg.info²⁵ verzamelt het RIVM factoren die gerelateerd zijn aan ervaren gezondheid. Het oordeel over de gezondheid blijkt, naast de aanwezigheid van ziekten, ook gebaseerd op allerlei leefstijl- en psychosociale factoren. Zo vinden jongeren vooral fitheid en leefstijl van belang om zich gezond te voelen, ligt bij mensen van middelbare leeftijd de focus op lichamelijke en psychische klachten en bij ouderen op chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen en zorggebruik.

Uiteraard zijn er meer verklaringen mogelijk voor de gevonden verschillen dan de hier genoemde. Belangrijk zijn bijvoorbeeld ook leefstijl, de leefomgeving en het hebben van gezondheidsvaardigheden. Het is geen nieuwe informatie dat onder mensen met een lagere opleiding of een laag inkomen een ongezonde leefstijl vaker voorkomt dan onder mensen met een hogere opleiding of een hoog inkomen. Gevolgen hiervan zijn bijvoorbeeld een slechte conditie (snel buiten adem zijn) en overgewicht. Dit zijn verschijnselen die de hele dag voelbaar zijn en daardoor niet alleen op de objectieve gezondheid van invloed zijn, maar ook op de ervaren gezondheid. Bekend is ook dat mensen met een lagere opleiding of een laag inkomen vaker wonen in huizen met een slechter binnen- en

buitenklimaat, in minder groene wijken en in buurten waar mensen zich vaker onveilig voelen (RIVM 2018). Eveneens weten we dat, gemiddeld gezien, ouderen en mensen met een lagere opleiding minder goede gezondheidsvaardigheden hebben (Rademakers 2016). Mogelijk kunnen ze hierdoor niet goed hun hulpvraag duidelijk maken, niet goed de weg vinden naar de juiste hulpverleners en ook niet zo goed onderhandelen met artsen of andere verstrekkers van zorg of hulpmiddelen.

Het hebben van een aandoening betekent zeker niet altijd dat men langdurige zorg gebruikt. Zo heeft slechts een derde van de mensen met een aandoening in het afgelopen jaar langdurige zorg (huishoudelijke hulp, verzorging en/of verpleging) ontvangen. Het maakt daarbij duidelijk een verschil of men de eigen gezondheid als goed beoordeelt of als minder dan goed. Van de mensen met een aandoening die de eigen gezondheid als minder dan goed beoordelen, heeft de helft (52%) zorg ontvangen. Onder diegenen die, ondanks een aandoening, naar hun mening toch een goede gezondheid hebben, is dit aandeel veel lager, namelijk 21%.

7.5 Tot slot

In deze editie van De sociale staat van Nederland volgen we gezondheid en zorg in de Nederlandse samenleving voor de periode 2008-2018. Terugblikkend op de bevindingen die hiervoor aan de orde kwamen, is de conclusie dat het beeld veel minder gunstig is dan twee jaar geleden. In 2017 konden we vooral berichten over de gezondheidswinst die er in de periode van 25 jaar tussen 1990-2015 geboekt was. We schreven over de stijging van de levensverwachting, de verbetering van de fysieke mobiliteit en de verbetering van de levensverwachting in goede gezondheid en de levensverwachting zonder fysieke beperkingen. Goed nieuws, waar de toename van het aantal mensen met chronische ziekten niet veel aan af leek te doen. Inmiddels moeten we concluderen dat de gezondheidswinst die er aan het begin van deze eeuw nog geboekt is (en gemeten aan het harde criterium levensverwachting), in de periode die we nu bekijken (in ieder geval tijdelijk) nagenoeg tot stilstand gekomen is. In deze eeuw steeg de levensverwachting eerst sterk met wel 2,1 jaar voor mannen tussen 2003 en 2008 en met 1,6 jaar tussen 2002-2007 voor vrouwen.²⁶ In het tijdvak dat we nu bekijken (2008-2018) is deze groei vertraagd en was er tussen 2014 en 2015 zelfs een daling van de levensverwachting in Nederland en veel andere EU-landen. Ook in de meest recente jaren (2017, 2018) is de stagnatie nog niet voorbij. Bij ons bleef de levensverwachting ongeveer gelijk, maar in het Verenigd Koninkrijk trad een daling op.²⁷ Naar de oorzaken van deze verslechtering is het nog gissen en deze zullen niet in elk land hetzelfde zijn. Voor ons land lijkt vooral het hoge aantal overledenen aan griep van belang, maar in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk wordt daarnaast verwezen naar de gevolgen van bezuinigingen op gezondheidszorg en welzijn (Marmot 2019).

Naast de harde objectieve gezondheidsindicator levensverwachting, zijn in dit hoofdstuk ook cijfers gepresenteerd over iets minder harde indicatoren, zoals de prevalentie van lichamelijke beperkingen. Voor lichamelijke beperkingen was het beeld enigszins wisselend

in de tijd. We leggen de nadruk op de verschillen tussen de jaren 2008 en 2018. Zo hebben in 2018 minder 65-plussers lichamelijke beperkingen dan in 2008. Voor de indicator die het eigen oordeel over de gezondheid weergeeft, is door de bank genomen sprake van een lager percentage in 2018 van mensen in goede ervaren gezondheid, met één uitzondering: ouderen van 65 jaar en ouder. Alleen onder hen is er sprake van een duidelijk hoger percentage personen in goede gezondheid in 2018; een positieve uitzondering, en dat ondanks de vergrijzing, waarvoor in deze gegevens niet gecorrigeerd is.

Het meest in het oog springend, ten slotte, is de vergelijking van de cijfers over het psychisch welbevinden. Dat is in 2018 over bijna de hele linie verslechterd vergeleken met 2008. Het valt op dat 65-plussers hier opnieuw relatief gunstig afsteken: onder hen was er geen verslechtering te zien in het psychisch welbevinden. Een conclusie is dan ook dat, in afwijking van andere bevolkingsgroepen, de 65-plussers van 2018 zich wel in een betere gezondheid mogen verheugen dan die van 2008.

In dit hoofdstuk hebben we een relatie gelegd tussen objectieve en subjectieve gezondheid, door na te gaan hoe mensen met een aandoening (een meer objectieve gezondheidsmaat), oordelen over hun gezondheid (een meer subjectieve gezondheidsmaat). Hebben ze daar een negatief oordeel over omdat ze een aandoening hebben? Dat bleek alleszins mee te vallen: 61% van alle mensen met een langdurige aandoening, ziekte of beperking, blijkt desondanks de eigen ervaren gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend te beoordelen. Mensen met een aandoening uit de laagste inkomenscategorieën of met een lager opleidingsniveau zijn echter een stuk minder positief. Van hen vindt nog niet de helft (48% onder mensen met een laag inkomen) of iets meer dan de helft (53% onder lageropgeleiden) de eigen gezondheid goed of heel goed. Gedeeltelijk komt dat door de zwaardere ziektelast van de aandoeningen onder deze groepen en door de aanwezigheid van meerdere aandoeningen tegelijkertijd.

Anders dan in eerdere edities van De sociale staat van Nederland is het contact met zorgverleners hier niet uitgebreid behandeld. Voor een deel heeft dat te maken met de geringe veranderingen in de indicatoren voor (para)medische zorg die we voor deze rapportages gebruiken en voor een deel ook met het ontbreken van trendgegevens over een langere periode voor de langdurige zorg. Wat die langdurige zorg betreft, is het wel het vermelden waard dat in de korte periode waarover we hier kunnen berichten (2014-2018) het ontvangen van thuiszorg met name onder 65-plussers een dalende trend laat zien. Uit registratiegegevens weten we dat het gebruik van wijkverpleging tussen 2015-2017 is toegenomen. We vinden echter niet dat onder ouderen in de periode 2016-2018 het aantal gebruikers van mantelzorg toegenomen is.

Noten

- 1 Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/positieve-gezondheid/nieuwe-definitie-van-gezondheid-nodig/>.
- 2 Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/positieve-gezondheid/reacties>.

- 3 Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/gezonde-wijk-en-omgeving/positieve-gezondheid/>.
- 4 Dat is enigszins arbitrair, omdat het bij de laatste twee gaat om zelfrapportage en niet om diagnoses door artsen. Desondanks zien we ze als meer objectief dan wanneer het gaat om gezondheidsbeleving.
- 5 Deze statistische toetsing vond plaats indien de percentages meer dan 3 procentpunten van elkaar afweken. Deze 3 procentpunten zijn arbitrair. We verwachten hiermee toevalligheden zoveel mogelijk uit te sluiten.
- 6 De gezondheidsindicator die gemakshalve ‘de levensverwachting bij de geboorte’ wordt genoemd, komt neer op een ingenieuze optelsom van sterftecijfers voor alle leeftijden van jong tot oud over een bepaalde korte periode, meestal een jaar (vandaar de officiële benaming periode-levensverwachting). Het te verwachten aantal jaren dat iemand vanaf de geboorte te leven heeft, is een getal dat aangeeft hoeveel jaren een pasgeborene te leven heeft als het sterftepatroon in de toekomst gelijk zou blijven aan de sterfte van het gemeten jaar. Omdat dat naar verwachting niet het geval zal zijn, is de levensverwachting een fictief getal, dat vooral gebruikt wordt om de sterfte uit te drukken in één getal. Daarmee kunnen vergelijkingen tussen landen en in de tijd gemaakt worden, doordat deze indicator niet afhankelijk is van de specifieke bevolkingsopbouw van een land of in een bepaalde periode.
- 7 Zie: <https://www.rivm.nl/monitoring-sterftcijfers-nederland>.
- 8 Zie: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/regionaal-internationaal/internationaal#node-internationale-vergelijking-trend-rokers-onder-mannen>.
- 9 Zie: <https://www.rivm.nl/nieuws/aantal-chronisch-zieken-neemt-toe>.
- 10 Deze CBS-cijfers over de prevalentie van lichamelijke beperkingen wijken iets af van de uitgebreidere data die het SCP hier zelf over verzamelt. De laatste SCP-dataverzameling betreft het jaar 2016 (OZG). Omdat de cijfers van het CBS nu het meest recent zijn (en we een globaal overzicht geven), worden deze hier gebruikt.
- 11 Het gaat om de volgende vaardigheden:
- 1 een gesprek volgen in een groep van drie of meer personen (zo nodig met hoorapparaat);
 - 2 met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat);
 - 3 kleine letters in de krant lezen (zo nodig met bril of contactlenzen);
 - 4 op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen);
 - 5 een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen;
 - 6 vanuit rechtop staan kunnen bukken en iets van de grond oppakken;
 - 7 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok).
- Antwoordcategorieën op deze vragen zijn: zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite, kan niet. Deze vragen zijn gesteld aan personen van 12 jaar of ouder.
- 12 Een oorzaak hiervan kan liggen in het feit dat het aantal migranten in de steekproef relatief klein is.
- 13 Iedere vraag heeft de volgende zes antwoordcategorieën: voortdurend, meestal, vaak, soms, zelden, nooit. Bij de positief geformuleerde vragen van de MHI-vragenlijst (vraag 3 en 5) zijn voor de antwoordcategorieën in volgorde de waarden 5, 4, 3, 2, 1, en 0 toegekend. Bij de negatief geformuleerde vragen (vraag 1, 2 en 4) zijn precies de omgekeerde waarden toegekend. Vervolgens zijn per persoon de somscores berekend en zijn deze vermenigvuldigd met 4, zodat de minimale somscore van een persoon 0 (zeer ongezond) en de maximale score 100 (perfect gezond) kan bedragen. Bij een score van 60 of meer is een respondent gekwalificeerd als psychisch gezond en bij een score van minder dan 60 als psychisch ongezond. De term ‘psychisch (on)gezond’ gebruiken wij hier niet. Hier spreken we van psychisch welbevinden.
- 14 Omdat het kan voorkomen dat er sprake is van statistische toevalligheden, zijn ook de percentages van 2009 vergeleken met die van 2018. De verschillen blijven significant, behalve voor middelbaar

opgeleiden (onder hen is er geen sprake van een lager psychisch welbevinden in 2018 ten opzichte van 2009).

- 15 De statistische analyses betreffen logistische-regressieanalyses.
- 16 Of er sprake is van mantelzorg kan afhangen van de periode en de intensiteit van de zorg. Zorg door huisgenoten wordt gebruikelijke zorg genoemd, vooral wanneer het gaat om huishoudelijke hulp. Het was niet mogelijk om particuliere hulp te belichten in dit hoofdstuk.
- 17 Uitkomsten hiervan zijn vergelijkbaar met de enquêtécijfers van het CBS.
- 18 Zie: <https://www.nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/contacten-huisartsenpraktijk>.
- 19 Deze CBS-cijfers over het ontvangen van mantelzorg wijken iets af van de uitgebreidere data die het SCP hier zelf over verzamelt. De laatste SCP-dataverzameling betreft het jaar 2016 (OZG). Omdat de cijfers van het CBS nu het meest recent zijn (en we een globaal overzicht geven), worden deze hier gebruikt.
- 20 Zie bladzijde 19 van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Zorg_en_ondersteuning_in_Nederland_kerncijfers_2016.
- 21 De nadruk ligt hier op de periode 2014-2018, omdat vanaf 2015 de decentralisaties in het sociale domein plaatsvonden. Ontwikkelingen in de voorafgaande periode 2008-2013 zijn naar verhouding van minder belang en cijfers over die periode zijn moeilijk te achterhalen.
- 22 Bij deze analyse is gecorrigeerd voor de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, huishoudensvorm en herkomst. Op deze wijze is gekeken naar de 'netto'-bijdrage van elk van de onderzochte kenmerken aan het verklaren van het zorggebruik.
- 23 Ten opzichte van 35-plussers, mensen die niet in de hoogste inkomensklasse vallen en lageropgeleiden zijn de verschillen significant, zowel in bivariate analyses (de kruistabellen) als in een multivariate analyse (waarbij gecontroleerd is voor de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, inkomen, opleiding en herkomst).
- 24 Zie: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-multimorbiditeit-naar-aantal-chronische-ziekten>.
- 25 Geraadpleegd in juni 2019.
- 26 Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/36/levensverwachting-stijgt-minder-hard-in-nederland-en-eu>.
- 27 Zie: <https://www.theguardian.com/world/series/observer-special-report>.

Literatuur

- Driessen, M. (2011). *Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Een beschrijving van de MHI-5 in de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek Leefsituatie*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Haker, F., K. Hosper en T. van Loenen (2019). *Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken*. Utrecht: Pharos.
- Haverkamp, B., M. Verweij en K. Stronks (2017). 'Gezondheid': voor iedere context een passend begrip? In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 95, nr. 6, p. 258-263.
- Henchoz, K., S. Cavalli en M. Girardin (2008). Health perception and health status in advanced old age. A paradox of association. In: *Journal of Aging Studies*, jg. 22, nr. 3, p. 282-290.
- Ho, J.Y. en A.S. Hendi (2018). Recent trends in life expectancy across high income countries. Retrospective observational study, In: *British Medical Journal* (<https://doi.org/10.1136/bmj.k2562>).
- Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.J. Jadad et al. (2011). How should we define health? In: *British Medical Journal* (<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>).
- Kromhout, M., N. Kornalijslijper en M. de Klerk (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Marmot, M. (2019). A health crisis is a social crisis. In: *British Medical Journal* (<https://doi.org/10.1136/bmj.l2278>).

- Muijsenbergh, M. van den (2018). *Vershil moet er zijn!* (oratie). Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Pommer, E., J. Boelhouwer, E. Eggink, A.M. Marangos en I. Ooms (2018). *Wisselend bewolkt. Overall rapportage sociaal domein 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rademakers, J. (2016). *De actieve patiënt als utopie* (oratie). Maastricht: Maastricht University.
- Raleigh, V.S. (2019). Trends in life expectancy in EU and other OECD countries. Why are improvements slowing? Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Health Working Papers No. 108).
- RIVM (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. Synthese*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Schepers R.M.J. en A.C. Nievaard. (1995). *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Houten: Stenfert Kroese.
- Schoemaker C., M. Kleinjan, W. van der Borg, M. Busch, M. Muntinga et al. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*. Bilthoven: RIVM / Trimbos-instituut / Amsterdam UMC.
- Staa, A. van, M. Cardol en A. van Dam (2017). Positieve gezondheid kritisch beschouwd. In: *Tijdschrift Positieve Psychologie*, jg. 33, nr. 4.
- Stoeldraijer, L. en C. Harmsen (2017). *De levensverwachting meet de sterfte*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Stronks K., N. Hoeymans, B. Haverkamp, F.R.J. den Hertog et al. (2018). Do conceptualisations of health differ across social strata? A concept mapping study among lay people. In: *BMJ OPEN* (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020210>).