

# Gehandicapten - om hoeveel mensen gaat het?

DR. IR. M. W. DE KLEIJN-DE VRANKRIJKER\*

1981 was het Jaar van de gehandicapten. Nu dit jaar ten einde loopt, zal ook een eind komen aan de ruime publiciteit over dit onderwerp. Wat blijft bestaan, is de problematiek van de gehandicapte in een maatschappij die grotendeels lijkt ingericht voor jonge, gezonde mensen. Het verheugt de redactiecommissie daarom in een korte serie artikelen aandacht te kunnen besteden aan dit bijzonder belangrijke probleem. In deze aflevering van *huisarts en wetenschap* de eerste bijdrage: om hoeveel mensen gaat het eigenlijk?

## Inleiding

Het is bepaald niet duidelijk om wie het gaat wanneer de term „gehandicapten” gebezigd wordt. Een eenduidige definiëring bestaat niet en zo kan iedereen een andere inhoud denken achter deze term. Er wordt dan ook een scala van betekenissen aangetroffen variërend van „gehandicapten zijn rolstoelers” tot „gehandicapt is iedereen die zich dat voelt”. Het is wel duidelijk dat dit een weinig stevige basis is voor statistische gegevens over gehandicapten.

## Bronnen

Vergeleken bij andere landen bestaan in ons land uitstekende statistieken op diverse terreinen. Ook op het gebied van gehandicapt-zijn kunnen verschillende bronnen voor statistische gegevens aangeboord worden. Elke bron bevat cijfers over mensen die volgens een bepaalde definitie en bepaalde criteria gehandicapt genoemd kunnen worden. Samen geven deze bronnen echter geen werkelijk inzicht in de totale omvang van het probleem. De verschillen tussen de gehanteerde definities en criteria (dat wil zeggen de verschillen tussen de maatstaven waarmee gemeten wordt) en het feit dat de bronnen elkaar gedeeltelijk overlappen dan wel lacunes vertonen, zijn daar debet aan. Voorbeelden van dergelijke bronnen zijn:

– *Statistiek Buitengewoon Onderwijs*

(het aantal kinderen dat een vorm van buitengewoon onderwijs volgt;

– *Sociale werkvoorziening, resultaten van het onderzoek naar het werknemersbestand per ultimo december* (het aantal werknemers in de sociale werkvoorziening);

– *Jaarverslag Algemeen Arbeidsongeschiktheidsfonds en Arbeidsongeschiktheidsfonds* (het aantal arbeidsongeschikten op basis van diverse wetten, waaronder AAW, WAO en ABP);

– *Jaarverslag Ziekenfondsraad* (het aantal personen dat verblijft in verpleeghuizen, inrichtingen voor blinden

en slechtzienden, doven en slechthorenden, enzovoort).

## Schatting

De hier geschetste situatie en de behoefte aan een cijfermatig inzicht in het voorkomen van verschillende vormen van lichamelijk gehandicapt-zijn waren geruime tijd geleden de reden voor het verzoek van enkele ministeries aan het Centraal Bureau voor de Statistiek een speciaal onderzoek in te stellen (*Gehandicapten wel geteld*).

Dit gehandicapten-onderzoek werd in 1971/1972 uitgevoerd via een schriftelijke en mondelinge enquête bij personen die in een uitgebreide steekproef uit de totale Nederlandse bevolking van 5 jaar en ouder vielen. In het onderzoek werd onder een lichamelijk gehandicapt verstaan: iemand die een of meer functiestoornissen in ten minste een bepaalde mate heeft. Functiestoornissen zijn stoornissen in loopfunctie, arm/handfunctie, zien, horen, spreken, uithoudingsvermogen, mictie/defecatie, evenwichtsfunctie en overige functionele mogelijkheden. Naast de ernst per functiestoornis werd ook de oorzaak c.q. de bijbehorende diagnosegroep onderscheiden.

Op basis van het onderzoek werd geschat dat 8,7 procent van de Nederlandse bevolking van 5 jaar en ouder in 1971 lichamelijk gehandicapt was. Dit komt neer op ruim 1 miljoen (1.032.900) Nederlanders (*tabellen 1 en 2*). Het aantal lichamelijk gehandicapten bleek sterk te variëren met de leeftijd van de bevol-

Tabel 1. Lichamelijk gehandicapten in Nederland in 1971, naar leeftijdscategorie en geslacht. Percentages van de onderscheiden leeftijdscategorieën.

Leeftijd in jaren	Mannen	Vrouwen	Mannen en vrouwen
5- 9	2,2	1,2	1,7
10-14	2,0	1,2	1,6
15-19	2,0	1,5	1,8
20-24	1,7	1,8	1,8
25-29	2,2	2,8	2,5
30-34	2,5	4,3	3,3
35-39	4,3	5,7	5,0
40-44	6,7	7,6	7,2
45-49	9,9	9,1	9,5
50-54	14,8	13,2	13,9
55-59	21,3	15,9	18,5
60-64	29,0	19,8	24,1
65-69	23,3	21,6	22,4
70-74	25,7	32,2	29,4
75+	31,8	38,6	35,7
Totaal	8,3	9,0	8,7

\* De auteur is werkzaam op het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Bron: *Gehandicapten wel geteld*, deel 1.

Tabel 2. Aantallen lichamelijk gehandicapten van 5 jaar en ouder in 1971, naar functiestoornis. Schattingen.

Functies	Aantallen lichamelijk gehandicapten	Percentages van de lichamelijk gehandicapten	Percentages van de gehele bevolking
Loopfunctie	436.400	42,2	3,7
Arm-, handfunctie	173.500	16,8	1,5
Zien	85.800	8,3	0,7
Horen	168.100	16,3	1,4
Spreken	42.200	4,1	0,4
Uithoudingsvermogen	467.600	45,3	3,9
Mictie/defecatie	67.000	6,5	0,6
Evenwichtsfunctie	166.200	16,1	1,2
Overige	16.200	1,6	0,1
Totaal	1.032.900	100	8,7

Bron: *Gehandicapten wel geteld*, deel 3.

Tabel 3. Belangrijke diagnosegroepen bij lichamelijk gehandicapten van 5 jaar en ouder in 1971.

Diagnosegroep	Percentages van de lichamelijk gehandicapten	Percentages van de gehele bevolking
Rheumatoïde arthritis, arthrosis, enz.	17,5	1,5
Cerebrovasculaire aandoeningen*	3,7	0,3
Perifere vaatstoornissen	6,8	0,6
Traumata extremiteiten**	9,8	0,8
Afwijkingen hart en grote vaten*	21,0	1,8
CARA	11,5	1,0
Epilepsie	2,6	0,2

\* Exclusief congenitaal. \*\* Exclusief centraal zenuwstelsel.  
Bron: *Gehandicapten wel geteld*, deel 3.

Tabel 4. Aantallen lichamelijk gehandicapten van 5 jaar en ouder in 1980 en 1990, naar functiestoornis. Schattingen.

Functies	1980		1990	
	Aantallen lichamelijk gehandicapten	Percentages van de gehele bevolking	Aantallen lichamelijk gehandicapten	Percentages van de gehele bevolking
Loopfunctie	504.500	3,8	561.800	4,2
Arm-, handfunctie	198.600	1,5	219.100	1,6
Zien	103.900	0,8	116.200	0,9
Horen	196.600	1,5	217.600	1,6
Spreken	46.900	0,4	48.900	0,4
Uithoudingsvermogen	530.600	4,0	584.400	4,3
Mictie/defecatie	76.800	0,6	85.500	0,6
Evenwichtsfunctie	191.500	1,4	210.100	1,6
Overige	18.500	0,1	20.400	0,2
Totaal	1.180.300	8,9	1.300.700	9,7

king. In tabel 1 is duidelijk te zien hoe het percentage gehandicapten toeneemt naarmate mensen ouder zijn. Ook mannen en vrouwen verschillen in deze. Bij de oorzaken van het gehandicapt-zijn spelen ongevallen en aangeboren

aandoeningen getalsmatig een kleine rol (respectievelijk 13,3 en 6,7 procent van alle lichamelijk gehandicapten). De belangrijke oorzakencategorie in deze is „ziekte/ouderdom” (86,2 procent van alle lichamelijk gehandicapten), waar-

binnen de diagnosegroepen „reumatische aandoeningen” en „hart/ vaat-ziekten” op hun beurt duidelijk naar voren komen: 17,5 procent respectievelijk 21,0 van alle lichamelijk gehandicapten c.q. 1,5 en 1,8 procent van de Nederlandse bevolking van 5 jaar en ouder in 1971 (tabel 3). Ook hierbij is een samenhang met leeftijd en geslacht sterk aanwezig.

De conclusie uit het bovenstaande is, dat het aantal gehandicapten in zeer belangrijke mate wordt beïnvloed door de leeftijdsopbouw (per geslacht) van de bevolking en in samenhang daarmee door de oorzaak „ziekte/ouderdom”. Van dit gegeven kan gebruik gemaakt worden voor een schatting van het aantal gehandicapten op een meer recent tijdstip (1980) en in de nabije toekomst (1990) (De Kleijn 1980<sup>a</sup>). De samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht is voor deze tijdstippen bekend c.q. kan worden berekend. Daarbij wordt aangenomen dat het oorzakenpatroon per leeftijdscategorie en geslacht gelijk blijft.

Het resultaat is weergegeven in tabel 4. Geschat wordt dat er in 1980 zo'n 1.180.300 Nederlanders van 5 jaar en ouder lichamelijk gehandicapt waren, hetgeen neerkomt op 8,9 procent van de totale bevolking van 5 jaar en ouder. Voor 1990 wordt deze schatting 1.300.700, dat wil zeggen 9,7 procent van de bevolking van 5 jaar en ouder.

Ook buiten Nederland bestaat de problematiek met betrekking tot het verkrijgen van statistische gegevens over gehandicapten. Wanneer we kijken naar de landen van de Europese Gemeenschap, blijkt dat in de laatste twintig jaar in vijf landen een poging is gedaan via onderzoek of volkstellingen inzicht te krijgen in het aantal gehandicapten (De Kleijn 1980<sup>b</sup>). De verschillen tussen de gehanteerde definities en de populaties waarbij de gegevens verzameld werden, zijn echter zo groot dat de resultaten volkomen onvergelijkbaar zijn.

Om toch een ruw idee te kunnen geven van het mogelijke aantal gehandicapten in de landen van de EG, werden de in Nederland gevonden percentages toegepast op de bevolkingscijfers van de afzonderlijke landen. Via deze berekening werd geschat dat in 1975 in de negen EG-landen 22,5 miljoen lichamelijk gehandicapten waren (volgens de in het Nederlandse onderzoek gehanteerde definitie). Van de totale wereldbevolking in 1980 waren naar schatting meer dan 500 miljoen mensen gehandi-

Tabel 5. Lichamelijk gehandicapten van 5 jaar en ouder en huisartsen in 1971, 1980 en 1990. (Geschatte aantallen).

	1971	1980	1990
Lichamelijk gehandicapten	1.032.900	1.180.300	1.300.700
Huisartsen	4.470	5.468	$\left\{ \begin{array}{l} 5.555 \\ 7.000 \\ 8.000 \end{array} \right.$
Lichamelijk gehandicapten per huisarts	$\pm 230$	$\pm 215$	$\left\{ \begin{array}{l} \pm 235 \\ \pm 185 \\ \pm 160 \end{array} \right.$

Bronnen: Gehandicapten wel geteld; Statistiek geneeskundigen; De kwartaire sektor; Greep.

capt (*Disability worldwide*). Dit betekent grofweg dat per land tenminste 10 procent van de bevolking lichamelijk (inclusief zintuiglijk) en/of geestelijk gehandicapt is.

### Gehandicapten in de huisartspraktijk

Uit het voorgaande blijkt wel dat het aantal lichamelijk gehandicapten bepaald niet gering is en dat eerder een stijging dan een daling te verwachten valt. Het gemiddelde aantal lichamelijk gehandicapten van 5 jaar en ouder per huisarts\* was in 1971 en in 1980 naar schatting ongeveer 230 respectievelijk 215. Omdat de schattingen van het aantal huisartsen in 1990 sterk uiteenlopen (variërend van 5.555 tot 8.000) valt over het gemiddelde aantal in 1990 weinig zinnigs te zeggen (tabel 5).

In theorie zou elke huisarts een redelijk groot aantal lichamelijk gehandicapten in zijn praktijk kunnen tegenkomen. Dit geldt te meer, omdat in het onderzoek van 1971/1972 bleek dat bijna 87 procent van de gehandicapten in het voorafgaande jaar contact had gehad met de huisarts. De diversiteit op het gebied van gehandicapt-zijn is echter enorm: in het onderzoek werden negen functiestoornissen onderscheiden, die in vele ernst-gradaties en combinaties voorkomen: bij elke functiestoornis zijn zeer vele oorzaken (diagnosen) mogelijk; daarnaast tellen andere kenmerken zwaar, zoals de leeftijd waarop men gehandicapt werd, de huidige leeftijd en levensfase, enzovoort. Een en ander betekent dat een huisarts onmogelijk ruime ervaring kan opdoen met alle genoemde factoren in hun verschillende combinaties.

\* De gegevens c.q. schattingen betreffende aantallen huisartsen in 1971, 1980 en 1990 zijn gebaseerd op Statistiek geneeskundigen, De kwartaire sektor en Greep.

### Ter overweging

Vermeld werd dat 87 procent van de lichamelijk gehandicapten contact had met een huisarts. Vergeleken bij andere dienstverleningsvormen is dit uitzonderlijk hoog. Zo bleek in het onderzoek van 1971/1972 dat slechts 13 procent van de lichamelijk gehandicapten ooit een revalidatiebehandeling had genoten of een instituut (voor doven, blinden, enzovoort) had bezocht, en dat slechts 22 procent ooit contact had gehad met een vorm van maatschappelijke dienstverlening of een organisatie van/voor gehandicapten. Dit betekent dat de huisarts een belangrijke plaats kan innemen bij de bewegwijzering binnen het land van regels, voorzieningen en hulpmiddelen voor gehandicapten.

Een tweede punt is de toegankelijkheid van de praktijkruimten van de huisartsen. Bij een inventariserend onderzoek (*Toegankelijkheid*) in een niet al te grote gemeente bleek dat geen enkele van de huisartspraktijkruimten voldeed aan de eisen ten aanzien van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid voor gehandicapten (*Geboden toegang*). Het lijkt mij billijk dat ook dit deel van onze maatschappij voor gehandicapten toegankelijk wordt gemaakt. Optimale toegankelijkheid is bovendien niet alleen een voordeel voor de gehandicapten, die dan kunnen komen, maar ook voor de huisartsen, die dan bezocht kunnen worden.

Een derde punt ter overweging betreft de aandacht voor gehandicapt-zijn als bijkomende conditie. Een sprekend voorbeeld is wellicht de situatie waarin een kankerpatiënt die bovendien doof is, behandeld en begeleid wordt. Daarbij is het zeer belangrijk de spelregels voor de communicatie met doven en slechthorenden in acht te nemen (bijvoorbeeld *Niet zo; In 't Veld*). In een dergelijk geval is het goed zich ervan te overtuigen of hetgeen gezegd werd, ook werd begrepen en of mogelijke vragen,

twijfels en angsten naar voren gebracht konden worden. Dat kost hooguit wat meer tijd en inspanning (langzaam en duidelijk spreken, herhalen, eventueel opschrijven, enzovoort).

*Samenvatting. Er zijn diverse bronnen in Nederland waaruit gegevens over gehandicapten zijn te putten. Inzicht in de totale omvang van het gehandicapt-zijn in ons land is daaruit echter niet te krijgen. Daarom is in 1971/1972 door het CBS een onderzoek uitgevoerd naar de omvang van dit probleem. Op basis van dit onderzoek werd geschat, dat 8,7 procent van de bevolking van 5 jaar en ouder lichamelijk gehandicapt was in 1971. Op grond van veranderingen in de opbouw van de bevolking naar leeftijd en geslacht wordt geschat, dat in 1980 8,9 procent van de bevolking gehandicapt was, en dat dit in 1990 9,7 procent zal zijn. Dit betekent voor 1971 ongeveer 230 gehandicapten per huisarts en voor 1980 ongeveer 215.*

*Tot slot wordt gewezen op de wegwijzerfunctie van de huisarts, op de gewenste toegankelijkheid van de praktijkruimte en op de noodzaak van extra aandacht voor gehandicapt-zijn als bijkomende conditie.*

*Summary. Handicapped – how many people are involved?*

*There are several sources from which data on handicapped in The Netherlands can be obtained, but they provide no insight into the total extent of the handicapped population in this country. This is why the Central Bureau of Statistics made an enquiry into the extent of this problem during the period 1971/1972. On the basis of this enquiry it is estimated that 8.7 percent of the population aged 5 years and over had some physical handicap in 1971. In view of changes in age and sex distribution it is estimated that 9.7 percent were handicapped in 1980, and that this percentage will be 9.7 in 1990. This implies about 230 handicapped persons per general practitioner in 1971, and approximately 215 in 1980. Mention is finally made of the general practitioner's function as a guide, the desirability of easy access to his surgery, and the necessity of special attention to handicaps as additional problems.*

geleidelijk alle positieve prikkels vanuit de omgeving ophouden en de betrokkene al zeer jong afgeleerd heeft in een dergelijke situatie zelf initiatieven te ontplooiën, neigt de situatie ertoe zichzelf in stand te houden.

Welke conclusies wil ik verbinden aan de zienswijze dat depressie voor alles een vorm van gedrag is? In de eerste plaats dat dit gedrag voor de depressieve persoon in kwestie een bepaalde betekenis heeft, een bepaalde functie vervult. Het is zijn of haar, soms ook mijn wijze van omgaan met de feitelijkheid van het bestaan. Dit gedrag op zich is geen reden tot medisch, laat staan farmaceutisch ingrijpen. Eerst dan wanneer de betrokkene of naaste verwanten om hulp vragen, omdat het dagelijks functioneren of de emotionele betrekking ernstig verstoord dreigen te geraken, is er een taak voor de huisarts weggelegd. Deze taak zal in de eerste plaats bestaan uit het doorbreken van het isolement, het opheffen van de eenzaamheid van de gedeprimeerde door een persoonlijke wijze van optreden van de kant van de huisarts. Zonder bereidheid en bedrevenheid om een werkelijk contact te maken en te onderhouden heeft de depressieve patiënt van de huisarts weinig te verwachten.

Beschikbaarheid, belangstelling en positieve beïnvloeding zijn de elementen van de grondhouding waarop de verdere hulpverlening gebaseerd moet zijn. In deze verdere hulpverlening staat en valt het resultaat met de veranderingen die tegelijkertijd in het gedrag van de personen uit de intieme levenskring optreden. De huisarts als gezinsarts is vaak op de hoogte van deze intieme betrekkingen, heeft vaak gemakkelijk toegang tot deze personen, omdat zij in vele gevallen ook tot zijn praktijk behoren, en is daardoor ook de eerst aangewezen om de daarvoor in aanmerking komende sleutelfiguren bij de hulpverlening te betrekken. Want zonder het inschakelen van de sleutelfiguren in

iemands bestaan zijn gewenste gedragsveranderingen slechts moeizaam te bereiken en doorgaans maar van korte duur.

### Slot

Samenvattend keer ik terug naar onze meerkeuzevraag aan het begin: hoe beschouw ik als huisarts bij voorkeur een depressie:

*Als een ziekte?* Neen, deze keuze stigmatiseert en isoleert en werkt een verkeerde aanpak in de hand.

*Als een psychiatrisch syndroom?* Neen, dat doet hetzelfde op een meer verfijnde wijze.

*Als een gemoedsgesteldheid?* Voor een deel, omdat ik weet mijn eigen gevoelens voor de herkenning te kunnen gebruiken.

*Als een vorm van gedrag?* Bij voorkeur, omdat ik zo geattendeerd word op de noodzakelijke functie die een depressie soms vervult; omdat zo de noodzaak onderstreept wordt van een persoonlijke betrokkenheid; omdat het belang benadrukt wordt van het inschakelen van sleutelfiguren.

### Geraadpleegde literatuur

- Beck, A. T. The development of depression: A cognitive model. In: H. J. Friedman and M. M. Katz (eds). The psychology of depression. Contemporary theory and research. *Winston, Washington*, 1974.
- Blöschl, L. Psychosoziale Aspekte der Depression. *Hans Huber, Bern*, 1978.
- Hoffmann, N. Depressives Verhalten. *Otto Müller, Salzburg*, 1976.
- Riese, W. The conception of disease, its history, its versions and its nature. *Philosophical Library, New York*, 1953.
- Sandison, R. A. Depression: illness, social disease, or natural state? (1972) *Lancet* **I**, 1227.
- Sigling, H. O. en W. van Tilburg. De depressieve patiënt. *Bunge, Utrecht*, 1981.
- Seligman, M. E. P. Depression and learned helplessness. In: H. J. Friedman and M. M. Katz (eds). The psychology of depression. Contemporary theory and research. *Winston, New York*, 1974.

### Literatuur bij: Gehandicapten – om hoeveel mensen gaat het? (pp. 466-468)

- Disability worldwide: a statistical picture. In: (1981) *Int. Rehab. Rev.* nr 1, 8.
- Geboden toegang, gegevens betreffende de aanpassing van gebouwen, woningen en recreatieve voorzieningen t.b.v. gehandicapten. Zesde druk. *Nederlandse Vereniging voor Revalidatie, Utrecht*, 1979.
- Gehandicapten wel geteld; lichamelijk gehandicapten 1971/1972. Vijf delen. *CBS, 's-Gravenhage*, 1974-1978.
- Greep, J. M. Naar een medische overbevolking. (1980) *Med. Contact* **35**, 481-484.
- Jaarverslag 1976 Algemeen Arbeidsongeschiktheidsfonds en Arbeidsongeschiktheidsfonds. *Sociale Verzekerings Raad, Zoetermeer*, 1977.
- Jaarverslag 1980. *Ziekenfondsraad, Amstelveen*, 1981.
- Kleyn-De Vrankrijker, M. W. de Gehandicapten in 1971, 1980 en 1990. (1980<sup>a</sup>) *Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid* **28**, nr 10, 57-60.
- Kleyn-De Vrankrijker, M. W. de. Epidemiological information on disability. In: J. Bray and S. Wright (eds). The use of technology in the care of the elderly and disabled; tools for living. *The Commission of the European Communities, London*, 1980<sup>b</sup>.
- Kwartaire sektor in de jaren tachtig, De. *Sociaal Cultureel Planbureau en Centraal Planbureau, 's-Gravenhage*, 1980.
- Niet zo, maar zo. *Voorlichtingscommissie Nederlandse Dovenraad, 's-Gravenhage*, 1976.
- Sociale werkvoorziening, resultaten van het onderzoek naar het werknemersbestand per ultimo december. *Ministerie van Sociale Zaken, 's-Gravenhage*, verschijnt jaarlijks.
- Statistiek buitengewoon onderwijs. *CBS, 's-Gravenhage*, verschijnt jaarlijks.
- Statistiek geneeskundigen per 1-1-1980. *Geneeskundige Hoofdinspectie, Leidschendam*, 1981.
- Toegankelijkheid voor gehandicapten in Voorschoten. *Rapport uitgebracht door een commissie ad hoc aan de gemeente, Voorschoten*, 1980.
- Veld, T. L. in 't. Slechthorende jongeren, stop ze niet in de doofpot. (1980) *Maandbl. Revalidatie* nr 2, 6-8.