



Sociaal en Cultureel Planbureau

Wat als zorg wegvalt

Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking



Wat als zorg wegvalt

Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking

Isolde Woittiez
Evelien Eggink
Debbie Verbeek-Oudijk

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2019

SCP-publicatie 2019-19

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: AVB-vertalingen, Amstelveen

Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag

Foto omslag: Patricia Rehe

ISBN 978 90 377 0933 9

NUR 740

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

SCP-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via DANS www.dans.knaw.nl.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Minder zorg in instellingen, langer zorg thuis	7
2 Data en methode	11
2.1 Data	11
2.2 Methode	17
3 Zorgpakketten en kenmerken zorggebruikers	24
3.1 Gebruik van zorgvormen	24
3.2 Gebruik van zorgpakketten	25
3.3 Kenmerken van zorggebruikers	28
3.4 Verklaringsmodel	33
4 Mogelijkheden om zelfstandig te kunnen blijven wonen	38
4.1 Wat als het zorgpakket informele hulp niet meer beschikbaar is	39
4.2 Wat als het zorgpakket zelf betaalde hulp niet meer beschikbaar is	44
4.3 Wat als het zorgpakket huishoudelijke hulp niet meer beschikbaar is	47
4.4 Wat als het zorgpakket begeleiding niet meer beschikbaar is	52
4.5 Wat als het zorgpakket wijkverpleging niet meer beschikbaar is	56
4.6 Welke ondersteuning biedt de meeste kans om zelfstandig te blijven wonen?	60
5 Gebruik van zorg en ondersteuning bij een beter psychisch welbevinden	66
5.1 Mensen met lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden zijn kwetsbaar	68
5.2 Zorg en ondersteuning voor thuiswonenden met lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden	70
5.3 Een hoger psychisch welbevinden hangt samen met minder gebruik van begeleiding	71
6 Samenvatting en beschouwing	74
6.1 Samenvatting	74
6.2 Beschouwing	82

Summary	88
Literatuur	97
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	102

Voorwoord

Voor mensen met gezondheidsbeperkingen is gewoon meedoen in de samenleving niet altijd vanzelfsprekend. Sinds in 2016 het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap in Nederland is onderschreven, streeft men naar een inclusieve samenleving waarin ook mensen met een beperking kunnen meedoen. Dat betekent dat ook ouderen wanneer hun gezondheid verslechtert zichzelf, net als ieder ander, zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving moeten kunnen redden, als ze dat willen. Dit impliceert dat er voldoende en passende zorg en ondersteuning beschikbaar moet zijn voor mensen die dat nodig hebben.

Er is daarnaast de afgelopen jaren veel veranderd in de organisatie van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Een van de doelen daarvan is de zorg dichterbij de mensen te organiseren. Zo is er het streven dat mensen langer zelfstandig in hun eigen woning kunnen blijven wonen onder het motto: thuis zo lang het kan (vws 2018). In het programma 'Langer thuis' geeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) dan ook aandacht aan de groeiende groep mensen met beperkingen, met name ouderen, die zelfstandig woont.

Het is daarom belangrijk om inzicht te hebben welke zorg en ondersteuning mensen met beperkingen nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven wonen. In dit rapport geven we dat inzicht. Dat doen we door met behulp van simulaties na te gaan welke gevolgen het wegvallen van één vorm van zorg en ondersteuning zou kunnen hebben voor de overige vormen van zorg en ondersteuning thuis en voor de kans op opname in een verpleeghuis. Daarnaast geven we ook speciale aandacht aan de relatie tussen het psychisch welbevinden van mensen met lichamelijke beperkingen en hun zorggebruik.

De cijfermatige simulaties in deze publicatie zijn gebaseerd op een statistisch verklarend model, waarbij de ontvangen zorg en ondersteuning worden gerelateerd aan kenmerken van de ontvangers, bijvoorbeeld hun gezondheid en hun leeftijd. De zorg en ondersteuning kunnen bestaan uit hulp bij het huishouden, begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp en verpleeghuiszorg. Die hulp kan geleverd worden door het sociale netwerk, door de ontvanger zelf worden betaald of vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg worden geleverd. Dit onderzoek past in een lange onderzoekstraditie naar het gebruik van zorg en ondersteuning die het Sociaal en Cultureel Planbureau in de loop der jaren heeft opgebouwd en borduurt onder andere voort op de kennis die is opgebouwd in studies naar de verklaring van het gebruik van zorg en ondersteuning.

Graag wil ik Andries de Jong (Planbureau voor de Leefomgeving), Yvonne Krabbe (vu) en Henk Nies (Vilans) bedanken voor hun waardevolle bijdragen in de leescommissie van deze publicatie.

Prof. dr. Kim Puffers
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

1 Minder zorg in instellingen, langer zorg thuis

Er is de afgelopen jaren veel veranderd in de organisatie van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. In 2015 is, met de Hervorming Langdurige Zorg, de zorg die voorheen centraal geregeld was in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) deels in een aantal andere wetten ondergebracht. De zorg die vooral in instellingen wordt gegeven (in dit onderzoek de verpleeghuiszorg) valt sinds 2015 onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en wordt nog altijd centraal georganiseerd. Deze zorg is alleen beschikbaar voor degenen met de zwaarste zorgbehoefte. De zorg en ondersteuning in de thuissituatie is ondergebracht bij de verzekeraars (Zorgverzekeringswet (Zvw)) en de gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)). Een van de doelen van de decentralisatie naar de gemeenten is de zorg dicht bij de mensen te organiseren. Zo is het streven dat mensen langer zelfstandig in hun eigen woning kunnen blijven wonen onder het motto: thuis zo lang het kan (vws 2018). In het programma 'langer thuis' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) is dan ook aandacht voor de groeiende groep mensen met beperkingen, met name ouderen, die zelfstandig woont.

Met de decentralisaties zijn ook financiële ingrepen gedaan. Zo zijn er flinke bezuinigingen geweest in de huishoudelijke hulp die via gemeenten werd geleverd (De Koster 2014) en is het aantal bedden in de geestelijke gezondheidszorg afgebouwd (Van Hoof et al. 2017).

Ook in de ouderenzorg wordt de zorg in instellingen steeds verder afgebouwd (zie bv. CBS 2018). Zo sluiten verzorgingshuizen of fuseren zij met verpleeghuizen en neemt het aantal bedden in zijn totaliteit af.

In 2016 heeft de Nederlandse overheid het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap geratificeerd, dat aangeeft dat de overheid moet zorgen dat iedereen zo veel mogelijk kan meedoen in de maatschappij (College voor de Rechten van de Mens 2019). Dat betekent onder andere dat mensen met beperkingen zichzelf net als ieder ander zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving moeten kunnen redden. Dit impliceert dat er zorg en ondersteuning beschikbaar moet zijn voor mensen die dat nodig hebben. Maar tegelijkertijd staat de eigen verantwoordelijkheid van burgers zelf en het sociale netwerk steeds meer voorop. Zo zijn gemeenten pas aan zet als de burger ook met behulp van zijn sociale netwerk niet zelfstandig kan leven (TK 2013/2014).

Zorg en ondersteuning als steunpilaar om het thuis te kunnen redden

Gezien de veranderingen in de zorg en ondersteuning is het belangrijk om na te gaan welke zorg en ondersteuning mensen met gezondheidsbeperkingen nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven wonen. In dit rapport geven we daar inzicht in. We zijn hierbij geïnteresseerd in de groep mensen met gezondheidsbeperkingen. Dit kunnen lichamelijke beperkingen betreffen, een verlaagd psychisch welbevinden of ernstige geheugenklachten (of een combinatie hiervan). Deze groep betreft voor een groot deel ouderen, maar niet uitsluitend. Er is sprake van kwetsbare mensen die soms alleen nog zelfstandig kunnen

wonen met een heel bouwwerk aan zorg en ondersteuning van de partner, het sociale netwerk, betaald via eigen middelen of publiek gefinancierde thuiszorg.

In deze studie gaan we met behulp van simulaties na welke gevolgen het wegvallen van één vorm van zorg en ondersteuning zou kunnen hebben voor de overige vormen van zorg en ondersteuning. Met welke hulp kan men het thuis (blijven) redden en wanneer lijkt een verpleeghuis onontkoombaar? En welk type zorg en ondersteuning is daarbij het belangrijkste? Zo gaan we bijvoorbeeld na welke zorg en ondersteuning een alternatief zou kunnen zijn als er geen informele zorg meer is om op terug te vallen of als hulp bij het huishouden vanuit de Wmo 2015 niet meer beschikbaar zou zijn. Bij deze simulaties realiseren we ons dat we niet weten of het aanbod voldoende is om de verschuivingen naar andere zorg en ondersteuning op te vangen. Bovendien gaan we ervan uit dat mensen zich qua zorgvraag zo blijven gedragen zoals ze dat in het huidige zorgsysteem doen. Om meer inzicht te verkrijgen in welke zorg en ondersteuning mensen met gezondheidsbeperkingen nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven wonen beantwoorden we de volgende onderzoeksvraag:

- 1 *Wat voor gevolgen zou het wegvallen van zorgvormen hebben voor het gebruik van zorg en ondersteuning thuis en voor de kans op opname in een verpleeghuis?*

Daarnaast zijn we specifiek geïnteresseerd in de groep mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden (we beschouwen dit als multiproblematiek). Van oudsher is de ouderenzorg vooral gericht op het vermijden of oplossen van een ziekte of gebrek (Boomstra 2017). Mensen met een verlaagd psychisch welbevinden (zoals mensen die eenzaamheid of depressie ervaren) zijn geneigd om daarvoor een oplossing te zoeken in het gangbare zorg-en-ondersteuningaanbod, dat vooral is gericht op verlichting van lichamelijke ongemakken/beperkingen. Actiz schreef in 2010 al dat psychisch welbevinden door velen wordt ervaren als een ongrijpbaar domein en daarom in de zorg een ondergeschoven kindje is (Hulzing et al. 2010). Daarnaast kan een verlaagd psychisch welbevinden de lichamelijke beperkingen verergeren. Meer aandacht voor welzijnsvoorzieningen zou het psychisch welbevinden van de mensen met lichamelijke beperkingen wellicht kunnen verbeteren en zo de vraag naar zorg en ondersteuning kunnen veranderen of zelfs verminderen. Welzijnsvoorzieningen bieden immers een lichtere (en goedkopere) zorgvorm dan zorg en ondersteuning bij lichamelijke beperkingen, en bovendien zou de kwaliteit van leven van deze groep mensen weleens meer gebaat kunnen zijn bij verbetering van het psychisch welbevinden dan bij meer zorg en ondersteuning van de lichamelijke beperkingen. We beantwoorden daarom de tweede onderzoeksvraag:

- 2 *In welke mate is een hoger psychisch welbevinden van mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen gerelateerd aan het gebruik van zorg en ondersteuning thuis?*

We beantwoorden beide vragen op een kwantitatieve manier, waar een statistisch verklarend model aan ten grondslag ligt. Met dit model relateren we de ontvangen zorg aan ken-

merken van de ontvangers, bijvoorbeeld hun gezondheid en hun leeftijd. We richten ons op de hulp die mensen in de thuissituatie kunnen ontvangen: hulp bij het huishouden, begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp.¹ Deze hulp kan zowel door het sociale netwerk worden geleverd, door de ontvanger zelf worden betaald of vanuit de Wmo en Zvw worden geleverd. Daarnaast komt ook de zorg die in verpleeghuizen vanuit de Wlz wordt geleverd aan bod.

Met behulp van simulaties bekijken we de situatie waarin een vorm van zorg niet beschikbaar zou zijn. We gaan daarbij na naar welke alternatieve zorgvorm mensen wellicht zouden uitwijken als een bepaalde ontvangen zorgvorm wegvalt, om hoeveel mensen het dan gaat en hoe kwetsbaar ze zijn. We wegen het belang van het wegvallen van elke vorm van zorg en ondersteuning voor het zelfstandig kunnen blijven wonen af door de resultaten van de simulaties voor het wegvallen van verschillende zorgvormen naast elkaar te plaatsen. Dit is zowel een beleidsmatig als maatschappelijk interessant vraagstuk. Maatschappelijk is het interessant, omdat het inzicht biedt in de groep die zelfstandig woont, maar mogelijk op de drempel staat van opname in een verpleeghuis. Beleidsmatig is het interessant, omdat bijvoorbeeld het beperken van een zorgvorm (bv. huishoudelijke hulp) voor een grote groep mensen wellicht nog overkomelijk is, maar voor de groep voor wie die zorg slechts één van de pilaren is in een heel bouwwerk van steunpilaren kan leiden tot opname. Bovendien biedt het inzicht in welke vorm van zorg en ondersteuning het belangrijkste is en welke je dus vanuit beleidsmatig oogpunt het meest moet ondersteunen om het moment van opname in een verpleeghuis uit te stellen.

Dit onderzoek past in een lange onderzoekstraditie naar het gebruik van zorg en ondersteuning die het Sociaal en Cultureel Planbureau in de loop der jaren heeft opgebouwd en borduurt onder meer voort op de kennis die is opgebouwd in studies naar de verklaring van het gebruik van zorg en ondersteuning (Woittiez et al. 2009a; Eggink et al. 2012; Woittiez et al. 2015), in de evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg (Kromhout et al. 2018) en in de kennissynthese Ouderenzorg (De Klerk et al. 2019).

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een inhoudelijke beschrijving van de zorg en ondersteuning die we onderzoeken, een overzicht van de gegevens die voor dit onderzoek zijn gebruikt en de methoden die zijn gehanteerd om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Ook gaan we daar in op de mogelijke verklarende factoren voor het gebruik van zorg en ondersteuning die uit de literatuur bekend zijn. Vervolgens schetsen we in hoofdstuk 3 een beeld van de huidige zorggebruikers: hoe oud zijn ze, welke gezondheidsbeperkingen hebben ze, hoe ziet hun netwerk eruit? Tevens komen de beschrijving van het statistische model en de daarmee gevonden verklarende factoren voor de ontvangen zorg en ondersteuning aan bod. In hoofdstuk 4 en 5 zullen vervolgens de resultaten van de verschillende simulaties worden beschreven. In hoofdstuk 4 wordt een beeld geschetst van wat er met de ontvan-

¹ We richten ons niet op de medische zorg zoals de huisarts en ziekenhuiszorg. Die vormen nemen we wel mee in het model als verklaring voor het gebruik van zorg en ondersteuning.

gen zorg en ondersteuning door mensen met gezondheidsbeperkingen kan gebeuren wanneer een bepaald type zorg en ondersteuning wegvalt. We richten ons daarbij op alternatieve typen zorg en ondersteuning om toch thuis te kunnen blijven wonen. Hoofdstuk 5 richt zich op de zorg voor mensen met multiproblematiek (psychische én lichamelijke problematiek). We bekijken de mogelijke gevolgen voor de zorg en ondersteuning wanneer het psychisch welbevinden hoger is onder de zelfstandig wonende bevolking. Hoofdstuk 6 vat de uitkomsten samen en plaatst ze in het perspectief van het huidige beleid.

2 Data en methode

2.1 Data

Deze studie vereist dat we dezelfde informatie hebben over zelfstandig wonende Nederlanders als over verpleeghuisbewoners. Deze informatie vinden we in twee databestanden. Allereerst de enquête Onderzoek Zorggebruik (ozg) 2014-2016 onder ongeveer 7800 18-plussers die zelfstandig wonen. Uitgebreide informatie over deze dataverzameling is te vinden in bijvoorbeeld Putman et al. (2017). De informatie uit de drie jaargangen van de ozg zijn voor deze studie samengevoegd om voldoende respondenten te treffen die verschillende combinaties van zorg en ondersteuning ontvangen. Dat betekent dat de cijfers die we hier presenteren het gemiddelde is over een periode van drie jaar (2014-2016). Dit is mogelijk omdat uit eerdere studies is gebleken dat zowel het zorggebruik als de kenmerken van de respondenten niet veranderd zijn in deze jaren (Putman et al. 2016, 2017; Verbeek-Oudijk et al. 2017). De informatie uit de ozg-onderzoeken is aangevuld met het Onderzoek Ouderen in Instellingen (oii) uit 2015/2016. Dit is een enquête die gehouden is onder ongeveer 1600 mensen van 55 jaar en ouder die permanent in een verpleeghuis verblijven.^{2,3} Uitgebreide informatie over dit bestand is te vinden in (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). In beide onderzoeken zijn dezelfde vragen gesteld over de ontvangen hulp en kenmerken van de respondenten. We hebben hiermee informatie van ruim 9000 mensen die na weging een zo goed mogelijke weerspiegeling zijn van de Nederlandse volwassen bevolking.

2.1.1 Mensen met gezondheidsbeperkingen

De meeste Nederlanders hebben geen gezondheidsbeperkingen en ontvangen ook geen zorg en ondersteuning. In dit rapport richten we ons op de groep mensen voor wie zorg en ondersteuning relevant is, namelijk de groep met een gezondheidsbeperking. Door deze selectie treffen we minder niet-gebruikers in onze onderzoekspopulatie aan. Dit betekent dat in het statistische model het niet-gebruik minder de overhand heeft en verschillen in zorggebruik – waar we in geïnteresseerd zijn – beter te verklaren zijn.⁴

-
- 2 Slechts ongeveer 3% van de verpleeghuisbewoners is jonger dan 55 jaar (CBS 2018). Hierdoor zal deze leeftijdsgrens de resultaten niet verstoren.
 - 3 Ondanks dat opname in een verpleeghuis vooral 55-plussers betreft, baseren we onze berekeningen op een model dat geschat is op een steekproef van mensen die 18 jaar en ouder zijn en een beperking hebben (zie hoofdstuk 0). Dat kan omdat de kans op opname voor jongeren in het model heel klein is.
 - 4 Modellen met alternatieve selecties, bijvoorbeeld de selectie van de populatie van 55 jaar of ouder, geven vergelijkbare resultaten. In een model dat alleen naar deze oudere bevolking kijkt, kunnen we echter het gebruik van begeleiding, dat vooral door de 65-minners wordt gebruikt, niet goed analyseren.

We spreken van gezondheidsbeperkingen als er sprake is van een lichamenlijk beperking, psychische problematiek, ernstige geheugenklachten of een combinatie hiervan.⁵ We kiezen daarbij voor een zo breed mogelijke definitie van gezondheidsbeperkingen, waarbij ook een lichte beperking al meetelt. Dit omdat in Nederland mensen ook bij een relatieve lichte beperking al hulp ontvangen (Verbeek-Oudijk et al. 2014). De aanwezigheid van lichamenlijke beperkingen stellen we vast door mensen in een enquête te vragen in hoeverre zij moeite hebben allerlei algemene dagelijkse handelingen uit te voeren, zoals zichzelf wassen, traplopen, het bed verschonen en het doen van de boodschappen. Het psychisch welbevinden inventariseren we door mensen te vragen in welke mate zij zich in de vier weken voorafgaand aan het invullen van de enquête zenuwachtig, uitgeput, somber, niet kalm en/of niet gelukkig voelden.⁶ Het hebben van geheugenklachten meten we met de vraag of mensen problemen hebben met hun geheugen en de vraag of bij hen dementie of Alzheimer is vastgesteld.⁷ Met de hiervoor genoemde vragen over lichamenlijke beperkingen en psychische en geheugenklachten achterhalen we of er objectief gezien sprake is van een gezondheidsbeperking.⁸

Ongeveer een derde van de ruim dertien miljoen 18-plussers in Nederland (bijna 4,5 miljoen volwassenen) heeft lichamenlijke beperkingen of psychische of ernstige geheugenklachten (tabel 2.1). De beperkingen zijn meestal lichamenlijk (73%). De helft van de groep met gezondheidsbeperkingen heeft te maken met een verlaagd psychisch welbevinden. Bijna een vijfde van de mensen met gezondheidsbeperkingen heeft te maken met zowel lichamenlijke als psychische problematiek. Ernstige geheugenklachten komen minder vaak voor: 6% van de 18-plussers heeft deze beperkingen.⁹ Ongeveer 40% van de mensen met gezondheidsbeperkingen heeft met twee of alle drie de typen beperkingen te maken (niet in de tabel).

5 Dit betekent dat we niet expliciet rekening houden met mensen met een verstandelijke beperking. Hierover is geen informatie opgenomen in de data.

6 Deze vragen vormen een internationale standaard om psychische klachten te achterhalen, de Mental Health Inventory-5-index (MHI-5-index). De index kent een score van 0 tot 100. Voor degenen met een score van 60 of minder zijn er aanwijzingen dat er sprake is van psychische klachten (CBS 2011). We merken op dat de MHI-5-index een screeningsinstrument is en geen diagnostisch instrument. Daarom spreken we hier voornamelijk van psychisch welbevinden in plaats van psychische problematiek.

7 Geheugenproblemen komen meestal op latere leeftijd voor (Woodford en George 2007). In het ozg (onderzoek onder thuiswonenden) is daarom alleen aan 65-plussers gevraagd of zij geheugenklachten hebben. We gaan er daarmee van uit dat thuiswonende mensen die jonger dan 65 jaar zijn geen geheugenproblemen hebben.

8 Hoewel er soms objectief gezien sprake is van een gezondheidsbeperking, hoeven mensen deze zelf niet als een probleem te ervaren.

9 Het aantal volwassenen met ernstige geheugenklachten dat we hier presenteren, is hoger dan de inschatting dat er in totaal ongeveer 200.000 mensen met dementie thuis wonen (Homan et al. 2018). Dit komt niet alleen doordat ook verpleeghuisbewoners hier zijn meegerekend, maar ook dat zelf gerapporteerde ernstige geheugenklachten bij mensen die niet de diagnose dementie hebben in dit aantal is meegenomen.

Tabel 2.1

Aantallen en aandelen van bevolking van 18 jaar en ouder met en zonder gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^{a, b}

	aantal x 1000	aandeel
mensen zonder gezondheidsbeperkingen	8900	66,7
mensen met gezondheidsbeperkingen	4400	33,3
waarvan:		
lichamelijke beperking	3200	73
verlaagd psychisch welbevinden	2200	50
ernstige geheugenklachten	300	6
lichamelijke en psychische problematiek	800	19
totaal	13.282	100

a n=9339.

b Omdat men met meer dan één beperking te maken kan hebben, tellen de verschillende beperkingen op tot meer dan 100%.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

2.1.2 Typen zorg en ondersteuning

Dit onderzoek is gericht op verschillende typen zorg en ondersteuning voor 18-plussers met gezondheidsbeperkingen, niet alleen op publiek gefinancierde zorg en ondersteuning (vanuit de Wmo 2015, Zvw en Wlz), maar ook op informele en zelf betaalde zorg en ondersteuning. Curatieve zorg van bijvoorbeeld de huisarts of het ziekenhuis is dus geen onderwerp van onderzoek.¹⁰ In dit project zijn we vooral geïnteresseerd in het *gebruik* van de zorg en ondersteuning. De invloed van het *aanbod* aan zorg vereist een heel andere aanpak en valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

We onderscheiden verschillende soorten zorg en ondersteuning (verder aangeduid met zorgvormen):

- informele hulp: hulp die wordt geboden vanuit het sociale netwerk of vrijwilligers in de zorg;
- zelf betaalde hulp: hulp die geheel door de ontvanger zelf wordt betaald;
- huishoudelijke hulp vanuit de Wmo;
- begeleiding vanuit de Wmo;
- wijkverpleging vanuit de Zvw; en
- verpleeghuiszorg vanuit de Wlz.

¹⁰ Het gebruik van deze curatieve zorg nemen we wel mee als verklaring voor gebruik van zorg en ondersteuning.

Niet-publiek gefinancierde hulp

Onder *informele zorg* verstaan we hulp van het sociale netwerk, dus van familie, vrienden, kennissen, collega's, buren en vrijwilligers.¹¹ Idealiter zouden we onderscheid willen maken tussen hulp door de partner, de inwonende kinderen, de uitwonende kinderen en overige informele hulp. Dat staan de gegevens die ons ter beschikking staan, echter niet toe.

Wel kunnen we onderscheid maken tussen informele hulp van het gezin en informele hulp van buiten het gezin. Opgemerkt wordt verder dat hulp door vrijwilligers in dit onderzoek slechts een klein onderdeel van de ontvangen hulp vormt, omdat in de enquête niet expliciet is gevraagd naar hulp bij activiteiten waarbij vrijwilligers vaak betrokken zijn, zoals helpen met klusjes, vervoer, uitstapjes of mensen gezelschap houden (De Klerk et al. 2017).

Zelf betaalde hulp is alle hulp die door de hulpbehoevende volledig zelf wordt betaald.

Dit betreft vooral hulp bij het huishouden (bv. Putman et al. 2017).¹² Mensen met een ernstigere hulpbehoefte hebben vaak minder financiële draagkracht en bovendien is de zorg die ze gezien hun hulpbehoefte vermoedelijk nodig hebben duurder. Daardoor hebben mensen met een ernstiger hulpbehoefte veelal minder mogelijkheden om zelf particuliere zorg in te kopen dan mensen met een minder ernstige hulpbehoefte (Woittiez et al. 2015). Zelf zorg inkopen is voor lang niet iedereen betaalbaar en de zorg thuis van particuliere zorgaanbieders is lang niet altijd toereikend (Plaisier en Den Draak 2019).

Publiek gefinancierde zorg thuis

Bij publiek gefinancierde zorg maken we een onderscheid naar hulptype. We kijken daarbij naar de meest voorkomende typen zorg en ondersteuning, die geleverd worden vanuit de Wmo en de Zvw.¹³ Tot slot onderscheiden we de (publiek gefinancierde) verpleeghuiszorg (vanuit de Wlz).

Hulp in het huishouden betreft alle werkzaamheden die nodig zijn om het huis schoon te maken en te houden, bijvoorbeeld stofzuigen, dweilen, ramen lappen en de badkamer schoonmaken, maar ook om boodschappen doen, maaltijden klaarmaken, de was doen, verzorging van planten en huisdieren (zie bv. De Klerk et al. 2019). Het gaat hier alleen om de hulp die mensen krijgen omdat zij het huishouden vanwege gezondheidsbeperkingen zelf niet meer kunnen bijhouden. Dit wordt geregeld via de Wmo 2015. Men kan via de gemeente een beroep doen op zorg vanuit de Wmo (Kromhout et al. 2018; vws 2019a). Na de decentralisaties in 2015 is het aantal gebruikers van huishoudelijke hulp afgenomen, met name het aandeel 65-plussers daarin (Pommer et al. 2018). Wellicht heeft dit te maken

11 Het aantal waarnemingen is hierbij te klein om ook het type hulp (zoals hulp bij het huishouden of persoonlijke verzorging) te onderscheiden.

12 Ook hier kunnen we door een te klein aantal waarnemingen geen verder onderscheid maken naar het type hulp.

13 Als de hulp gefinancierd wordt via een persoonsgebonden budget (pgb), rekenen we deze hulp tot de publiek gefinancierde hulp, ook wanneer het pgb wordt gebruikt om een familielid te compenseren voor de geleverde hulp.

met de budgetkorting waar de gemeenten mee te maken hebben. Cliënten vinden overigens wel dat de overheid een te groot beroep doet op de inzet van het eigen netwerk en die mening wordt gedeeld door de mantelzorgers (Feijten et al. 2017).

Als iemand zich niet zelf kan redden in maatschappij en niet voldoende informele of zelf betaalde hulp kan krijgen, kan hij daarvoor *begeleiding* ontvangen vanuit de Wmo (vws 2019b) (of eventueel de Wlz¹⁴). Een hulpverlener leert de zorgvrager dan om activiteiten zelf te doen, ondersteunt hem of haar bij de handelingen of houdt toezicht. De begeleiding betreft de huishoudelijke taken, dagbesteding en dagopvang, maar ook hulp bij de planning en organisatie van het huishouden of het leren omgaan met een beperking (De Klerk et al. 2019; vws 2019b). Deze zorgvormen kunnen in de thuissituatie worden ontvangen.

Als iemand een medische aandoening of een hoog risico daarop heeft, kan hij daarvoor *wijkverpleging*¹⁵ uit de Zvw (of eventueel de Wmo¹⁶) ontvangen (Kromhout et al. 2018; De Klerk et al. 2019; vws 2019c). Onder wijkverpleging valt zowel verpleegkundige zorg als persoonlijke verzorging; beide kunnen tijdelijk of permanent worden gebruikt. Bij verpleging gaat het om bijvoorbeeld wondverzorging, het klaarzetten van medicijnen en deze toedienen. Persoonlijke verzorging heeft te maken met 'Assistentie bij de Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)', zoals aan- en uitkleden of wassen en douchen. Een wijkverpleegkundige geeft, als er sprake is van een medische aandoening of een hoog risico daarop, een indicatie voor welke zorg nodig is die dan meestal vergoed wordt uit de Zvw.

Het is soms lastig begeleiding te onderscheiden van persoonlijke verzorging (onderdeel van wijkverpleging) en van huishoudelijke hulp. Bij begeleiding gaat het om het aanleren van vaardigheden of om motivering, bijvoorbeeld als iemand zich niet wil douchen of de huishoudelijke taken niet kan uitvoeren door een psychische aandoening. Hierbij worden taken niet door de hulpverlener overgenomen, maar blijft de cliënt deze zelf uitvoeren. Bij persoonlijke verzorging kan het gaan om hulp bij het douchen, bijvoorbeeld aan ouderen, of mensen met (ernstige) geheugenklachten of psychische problemen. Bij huishoudelijke hulp voert een schoonmaker de huishoudelijke taken uit, zoals stofzuigen en de badkamer schoonmaken. Bij deze twee hulpvormen worden taken wel door de hulpverlener overgenomen.

14 De Wlz is er voor mensen die levenslang intensieve zorg nodig hebben vanwege een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking of vanwege dementie.

15 We hanteren hier voor de leesbaarheid de term wijkverpleging voor het gebruik van persoonlijke verzorging en verpleging tezamen, ook al betreft het eigenlijk een zorgaanbieder in plaats van een zorgvorm.

16 Verzorging die in het verlengde ligt van begeleiding (dus geen medische component aan de zorg) kan ook uit de Wmo worden vergoed (Kromhout et al. 2018).

Publiek gefinancierde verpleeghuiszorg

Onder *verpleeghuiszorg*¹⁷ verstaan we alle zorg die in een verpleeghuis wordt geleverd.¹⁸ Het gaat daarbij om verpleging, verzorging, begeleiding, dagbesteding en hulp bij het huishouden voor erg kwetsbare mensen die 24 uur per dag zorg of toezicht nodig hebben (De Klerk et al. 2019). Deze zorg wordt geregeld via de Wlz en valt onder verantwoordelijkheid van het Rijk (vws 2019d). Een indicatie voor Wlz-zorg kan aangevraagd worden bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (ciz). In dit rapport betreft de verpleeghuiszorg alleen de mensen die permanent in een tehuis verblijven. Vormen als logeeropvang, crisiszorg en revalidatie vallen dus buiten het bestek van het onderzoek.

2.1.3 Zorgvormen en zorgpakketten

In dit rapport gaan we uit van personen, niet van de zorgvormen die zij ontvangen. Daarmee is het beter mogelijk om de alternatieve vormen van zorg in kaart te brengen en de onderzoeksvragen te beantwoorden. Men kan meerdere zorgvormen tegelijkertijd ontvangen, bijvoorbeeld zowel hulp in het huishouden als wijkverpleging. Het optellen van het aantal zorgvormen leidt daarmee tot dubbeltellingen van gebruikers.

Daarom construeren we zogenoemde zorgpakketten. Deze zorgpakketten bestaan uit combinaties van de verschillende zorgvormen. Aan iedereen wordt precies één van de zorgpakketten toegewezen.¹⁹ Hierbij maken we gebruik van een hiërarchie in de zorgvormen en is de zwaarste zorgvorm leidend bij de toewijzing. Hierbij beschouwen we ‘geen zorg’²⁰ ook als een zorgpakket die geheel onderaan de hiërarchie staat. Het uitgangspunt is dat zorgvormen die vaak zonder andere zorg worden gebruikt, relatief lichte zorgvormen zijn en daarom lager in de hiërarchie staan. Immers, hoe groter de zorgbehoefte, hoe meer zorg er zal worden ontvangen. Daarnaast staan publiek gefinancierde zorgvormen hoger in de hiërarchie dan de zelf betaalde hulp en informele hulp. De gedachte hierachter is dat bij het ontstaan van een ondersteuningsbehoefte in de regel eerst wordt gekeken of hulp vanuit het eigen netwerk kan worden verkregen of zelf kan worden ingekocht alvorens de stap

17 Het gebruik van particuliere verpleeghuizen neemt wel toe, maar is vooralsnog niet groot (Plaisier en Den Draak 2019). Daarom scharen we de verpleeghuiszorg hier geheel onder de publiek gefinancierde zorg en ondersteuning.

18 Onze databestanden bevatten geen informatie over het volledige pakket thuis en daarom kan dit niet als aparte zorgvorm in ons model opgenomen worden. De geleverde zorg zal voor eventuele gebruikers van het volledige pakket thuis (vpt) in de enquête als zorg thuis worden beschouwd.

19 Deze pakketindeling kijkt op een aantal aspecten af van eerdere versies (zie bv. Eggink et al. 2012a). Hulp vanwege tijdelijke gezondheidsproblemen wordt niet langer als apart zorgpakket opgenomen. Deze hulp blijkt lastig te onderscheiden van andere hulp, met name informele hulp, en blijkt in de praktijk ook best een paar jaar te kunnen duren. Een ander verschil in de pakketindeling is dat persoonlijke verzorging en verpleging nu samen zijn genomen tot een pakket, omdat met de komst van de wijkverpleging vanuit de Zvw het onderscheid steeds minder goed is te maken. Tot slot wordt in dit onderzoek het pakket begeleiding expliciet gemodelleerd, waar dat in de voorgaande modellen niet mogelijk was.

20 We bedoelen hier geen zorg en ondersteuning. Wel kan bijvoorbeeld medische hulp worden ontvangen.

naar formele, geïndiceerde zorg wordt gemaakt. Dit is sinds de hervormingen ook zo verankerd in de Wmo 2015. De veronderstelde hiërarchie is conform de hiërarchie die empirisch is vastgesteld in eerder scp-onderzoek (Van Campen 2011) en gehanteerd in andere studies (bv. nza 2018). De veronderstelde hiërarchie is daarmee conform de beschrijving eerder, van lichte hulp naar zware hulp:²¹

- 1 geen zorg;
- 2 informele zorg;
- 3 zelf betaalde zorg;
- 4 huishoudelijke hulp via de Wmo;
- 5 begeleiding (Wmo);
- 6 persoonlijke verzorging/verpleging (Zvw); en
- 7 verpleeghuiszorg (Wlz).

2.2 Methode

2.2.1 Verklaring ontvangen zorg en ondersteuning

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen kijken we naar alternatieve zorg voor de werkelijk ontvangen zorg en ondersteuning. Hiertoe construeren we een statistisch verklaringsmodel. Met dit model relateren we verschillende factoren aan de zorg en ondersteuning die mensen gebruiken. Het uitgangspunt zijn daarbij de persoon die zorg ontvangt en de ontvangen zorgpakketten.

Net als in eerdere publicaties (zie bv. Woittiez et al. 2015) volgen we voor het verklaren van het zorggebruik hier in grote lijnen het zeer gangbare theoretische model voor zorggebruik van Andersen en Newman (1973) en de opvolgers daarvan (Andersen 1995; Andersen en Davidson 2001; Babitsch et al. 2012; Von Lengerke et al. 2014). Volgens hen zijn er drie groepen factoren die een rol spelen in het ontvangen van zorg, namelijk (1) kenmerken van de gebruikers (individuele kenmerken), (2) omgevingsfactoren en (3) kenmerken van het zorgsysteem.

Individuele kenmerken

Onder individuele kenmerken nemen Andersen en Newman (1973) de risicofactoren en beschermende factoren samen. Het gaat dan met name om de hulpbehoefte, persoonskenmerken en hulpbronnen die mensen hebben. De *hulpbehoefte* van een persoon heeft een directe invloed op het zorggebruik en is daarmee een van de belangrijkste determinanten. We meten de hulpbehoefte aan de hand van kenmerken over de gezondheidstoestand en beperkingen. Het gebruik van zorg en ondersteuning hangt volgens de theorie ook samen met *persoonskenmerken*, bijvoorbeeld de leeftijd en het geslacht. Daarnaast spelen

21 Deze indeling gaat dus uit van de zwaarte van de hulp, niet van het moment in de levensloop waarop de zorg gebruikt wordt. Zo zijn de gebruikers van begeleiding veelal jonger dan gebruikers van huishoudelijke hulp.

hulpbronnen een rol. Deze bronnen kan men inzetten om zorg te voorkomen en kunnen gezien worden als beschermende factoren. Hieronder wordt vooral de aanwezigheid van een sociaal netwerk (waaronder partner en kinderen) verstaan, maar ook de financiële middelen en het opleidingsniveau (als indicator voor de leefstijl).

Omgevingskenmerken

Bij omgevingsfactoren valt te denken aan maatschappelijke omstandigheden, zoals demografische, economische en technologische ontwikkelingen. Veranderingen daarin werken door op het leven van individuen en op keuzes die zij maken op allerlei terreinen. In Nederland zijn de verschillen hierin onvoldoende groot om deze in een model op te nemen. Alleen de mate van stedelijkheid van de gemeenten is daarom als kenmerk gehanteerd.²²

Kenmerken van het zorgsysteem

Uit internationaal vergelijkend onderzoek weten we ook dat kenmerken van het zorgsysteem, zoals de organisatie van zorg en het beleid daaromtrent een verklarende factor is voor zorggebruik (Suanet et al. 2011; Verbeek-Oudijk et al. 2014; Hlebec en Filipovic Hrast 2016; Verbeek-Oudijk 2019). Het Nederlandse langdurige zorgsysteem is echter zodanig opgezet, dat de toegang ertoe in principe voor iedereen gelijk is.²³ Daarom worden er geen systeemkenmerken aan het model toegevoegd.

Ontbrekende kenmerken

Een aantal kenmerken die vanuit de literatuur wel bekend zijn als bepalend voor het gebruik van zorg en ondersteuning kunnen we niet opnemen in het model, omdat onze databestanden daarover geen informatie bevatten. Zo is (het gebrek aan) eigen regie en veerkracht een belangrijke determinant voor zorggebruik (Kok 2019), maar we beschikken niet voor alle respondenten over die informatie. Ook ontbreekt de informatie over het sociale netwerk van mensen buiten het gezin (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007; Weert et al. 2007; Van Campen et al. 2017a) en betaalde eigen bijdragen (zie bv. Vernhout 2004; Non 2017).

22 In eerdere varianten van het verklaringsmodel zijn enkele gemeentekenmerken opgenomen, zoals de bevolkingsgroei en het gemeentelijk Wmo-budget. De steekproef die in deze studie wordt gebruikt, blijkt echter te klein om de variatie in de gemeentekenmerken goed mee te kunnen nemen. Als alternatief daarvoor nemen we de mate van stedelijkheid van de gemeente op.

23 Met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007 en 2015 en de beleidsmogelijkheden die gemeenten hierbij kregen, kan het aanbod van ondersteuning tussen gemeenten verschillen. Er zijn dan ook verschillen in het gebruik van Wmo-zorg die niet te verklaren zijn uit de samenstelling van de bevolking (Algemene Rekenkamer 2015; Ooms et al. 2017). Er zijn echter nauwelijks gegevens over het beschikbare aanbod van gemeentelijke voorzieningen op het gebied van zorg en ondersteuning.

2.2.2 Statistisch model

In dit rapport kijken we naar de zorg en ondersteuning die men gebruikt en zijn we op zoek naar alternatieve zorg voor deze werkelijk gebruikte zorg. Het empirische model bepaalt de relaties tussen de in paragraaf 2.2.1 beschreven kenmerken van personen en hun zorggebruik. We schatten de relatie tussen kenmerken en zorggebruik door middel van een multinomiale logistische regressie. Het model berekent voor elk individu een kans op het gebruik van elk zorgpakket (zie bv. Train 2003). Gemiddeld over alle respondenten geven de voorspelde kansen precies de aandelen van de verschillende zorgpakketten weer. De groep mensen die geen gebruikmaakt van zorg, wordt daarbij ingedeeld in het zorgpakket ‘geen zorg’. Daardoor houden we expliciet rekening met de kans dat iemand geen van de onderscheiden vormen van zorg en ondersteuning ontvangt.²⁴ Sommige mensen zullen een grote kans hebben op een bepaalde zorgvorm en een kleine kans op alle andere. Voor jonge mensen zonder gezondheidsbeperkingen is bijvoorbeeld de kans op geen zorg heel groot en de kans op verpleeghuiszorg heel erg klein, voor oudere alleenstaande mensen met veel gezondheidsbeperkingen geldt juist het omgekeerde. Anderen hebben wellicht een vrij grote kans op meerdere vormen van zorg, bijvoorbeeld informele hulp en hulp bij het huishouden. Dit betekent dat beide vormen van zorg voor deze personen als alternatieven of substituten voor elkaar kunnen worden gezien. Dit model is de meest recente in een lange rij²⁵ (verklaringsmodel Verpleging en Verzorging VeVeRa, zie o.a. Woittiez et al. 2009a; Eggink et al. 2012a; Eggink et al. 2015). Voor meer gedetailleerde informatie over het model verwijzen we naar hoofdstuk 2 van Eggink et al. (2009).

Op basis van het empirische model en de berekende kansen op het gebruik van de verschillende zorgpakketten, is het mogelijk met simulaties (ex ante) in te schatten wat de effecten zijn van veranderingen in de kenmerken van de bevolking voor de ontvangen zorg, maar bijvoorbeeld ook van veranderingen in de beschikbaarheid van zorg. Het voordeel van dit soort modellen is dat niet alleen de ontvangen zorg en ondersteuning van mensen wordt gemodelleerd, maar ook de alternatieven voor de verschillende typen zorg en ondersteuning (zorgpakketten).

2.2.3 Simulaties

De geschatte relaties tussen zorggebruik en de bepalende factoren gebruiken we vervolgens om een inschatting te maken van hoe de kans op gebruik van een specifieke zorgvorm verandert als de omstandigheden veranderen.

24 We merken op dat de groep die aangemerkt wordt als ‘geen zorggebruiker’ weliswaar geen gebruikmaakt van de vormen van zorg en ondersteuning waar dit onderzoek op is gericht, maar wellicht wel gebruikmaakt van andere vormen van zorg zoals medische (ziekenhuis, huisarts) of paramedische zorg (fysiotherapeut, hulpmiddelen).

25 In eerdere modellen richtten we ons op 30-plussers in plaats van op 18-plussers met een beperking. Globaal gezien veranderen de resultaten daardoor niet sterk.

Wegvallen van zorgpakketten

In hoofdstuk 4 beantwoorden we de eerste onderzoeksvraag:

Wat voor gevolgen zou het wegvallen van zorgvormen hebben voor het gebruik van zorg en ondersteuning thuis en voor de kans op opname in een verpleeghuis?

We doen dat door te simuleren dat een van de zorgpakketten niet meer beschikbaar is en te kijken wat er dan gebeurt. Hoe groot is de kans dat de getroffen mensen gebruik zullen moeten maken van verpleeghuiszorg en welke andere zorgpakketten zouden als alternatief kunnen dienen?

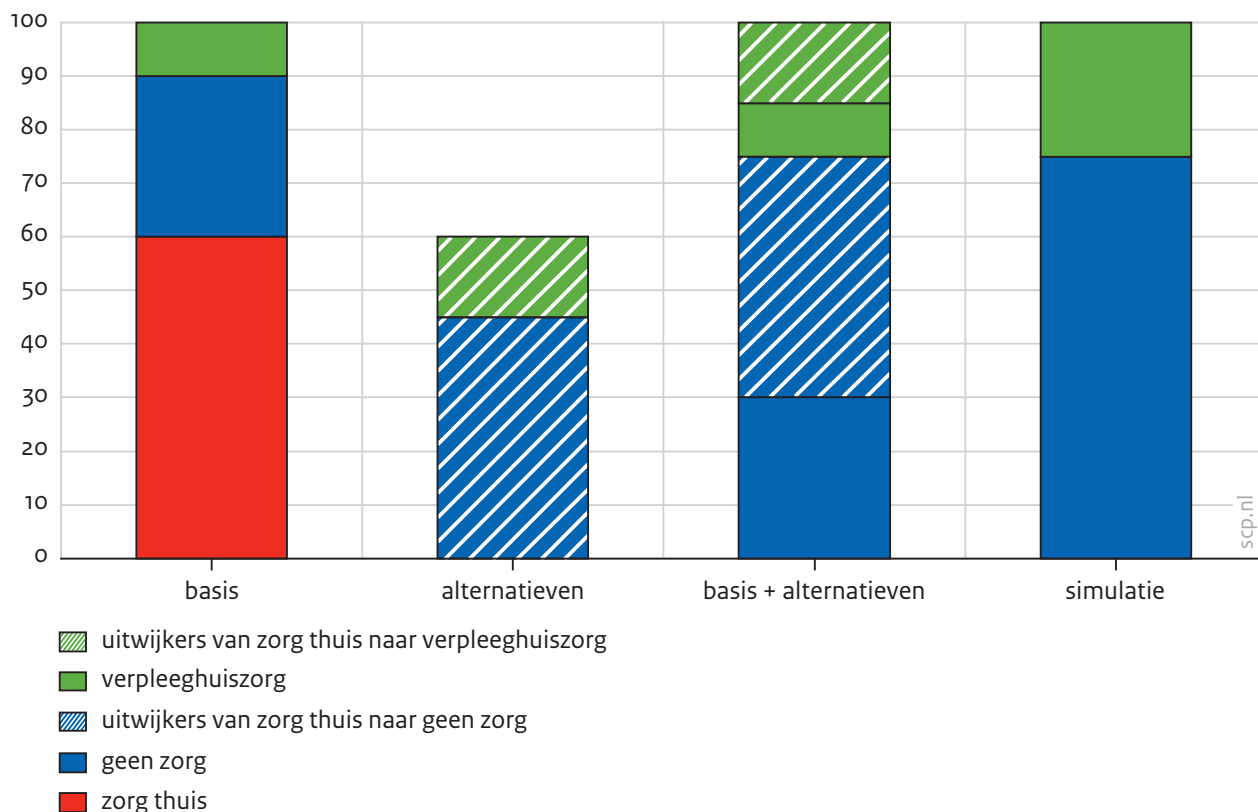
We bepalen welke alternatieve zorgvorm het meest waarschijnlijk is op basis van de uitkomsten van het verklaringsmodel. In feite kijken we naar de profielen (combinatie van kenmerken) van mensen voor wie een zorgpakket wegvalt: in hoeverre corresponderen die met de profielen van de andere zorgpakketten? Een sterke profielovereenkomst met een zorgpakket wil zeggen dat deze mensen een dusdanige combinatie van kenmerken hebben (zoals leeftijd en beperkingen), dat ze een grote kans op dat zorgpakket hebben. Zo kan de ene persoon met zelf betaalde hulp een grote kans hebben op het zorgpakket 'geen zorg', omdat hij lijkt op degenen die geen zorg en ondersteuning ontvangen. Voor hem lijkt 'geen zorg en ondersteuning' een reëel alternatief als de zelf betaalde hulp wegvalt. Het profiel van een andere persoon met zelf betaalde hulp kan dan bijvoorbeeld lijken op het profiel van iemand in een verpleeghuis. Voor deze persoon lijkt opname in een verpleeghuis een reëel alternatief.

We illustreren de simulatie met een voorbeeld (figuur 2.1). In dit voorbeeld onderscheiden voor de overzichtelijkheid drie zorgpakketten: geen zorg, zorg thuis en verpleeghuiszorg. We simuleren het wegvallen van de zorg thuis. We kijken naar een persoon die in werkelijkheid het zorgpakket zorg thuis gebruikt. Voor hem berekenen we de kansen op het gebruik van elk van de drie zorgpakketten: de basiskansen (zie de kolom 'basis' in figuur 2.1). De kans dat hij verpleeghuiszorg zal gebruiken, weerspiegelt de mate waarin hij lijkt op de respondenten die daadwerkelijk verpleeghuiszorg gebruiken, en ook zo voor de kans op geen zorg. We simuleren dat de zorg thuis niet beschikbaar is en zetten daartoe de kans op zorg thuis voor deze persoon op nul. Maar wat zijn nu de alternatieven voor deze persoon? De kans op geen zorg is voor deze persoon groter dan de kans op verpleeghuiszorg. Daarom gaan we ervan uit dat de kans dat deze persoon bij het wegvallen van het zorgpakket zorg thuis uitwijkt naar geen zorg groter is dan de kans dat hij uitwijkt naar verpleeghuiszorg. We verdelen de basiskansen op zorg thuis van de persoon (rode balk in kolom 'basis') daarom naar rato van de kansen over de beide andere zorgpakketten (kolom 'alternatieven'). Vervolgens tellen we deze kansen op bij de basiskansen (kolom 'basis + alternatieven'). Zo vinden we voor deze persoon de nieuwe kans op het gebruik van geen zorg en verpleeghuiszorg wanneer het zorgpakket zorg thuis niet meer mogelijk is (kolom

‘simulatie’). Ten slotte ijken we de kansen zo, dat de basiskans op zorg thuis gelijk is aan het totaal aantal gebruikers van dat zorgpakket.

Figuur 2.1

Illustratie simulatie wegvallen van het zorgpakket zorg thuis (kansen in procenten)



Verbetering van het psychisch welbevinden bij mensen met een lichamelijke beperking

In hoofdstuk 5 beantwoorden we de tweede onderzoeksvraag:

In welke mate is een hoger psychisch welbevinden van mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen gerelateerd aan het gebruik van zorg en ondersteuning thuis?

We meten in dit rapport het psychisch welbevinden met behulp van de zogeheten Mental Health Inventory 5-index (MHI-5-index).²⁶ Deze geeft de mate van psychisch welbevinden aan. Hoe hoger de score, hoe hoger het psychisch welbevinden. In de simulatie die we hier beschrijven, gaan we na welke gevolgen een toename in het psychisch welbevinden heeft voor het gebruik van zorg en ondersteuning voor mensen met lichamelijke beperkingen. Net als in de eerste simulatie gaan we uit van het empirische model dat de kenmerken van mensen relateert aan hun zorggebruik, ditmaal beperkt tot de thuiswonende bevolking.²⁷ Hierin is het psychisch welbevinden een van de kenmerken die bepalend zijn voor het zorg-

26 De index kent een score van 0 tot 100. Voor degenen met een score van 60 of minder zijn er aanwijzingen dat er sprake is van laag psychisch welbevinden.

gebruik. De gevolgen van een verbetering van het psychisch welbevinden van een persoon worden gesimuleerd door hem of haar een hogere MHI-5-score toe te wijzen en de kans op de verschillende zorgpakketten opnieuw te berekenen. De gedachte hierachter is dat men dan de zorg gaat gebruiken die anderen met deze hogere MHI-5-score ook gebruiken.

Veronderstellingen bij de simulaties

Er is een aantal veronderstellingen bij de hiervoor beschreven simulatiemethoden waar we rekening mee moeten houden. Bij de simulaties voor de eerste onderzoeksvraag veronderstellen we dat een bepaald zorgpakket niet meer beschikbaar is. Daarbij zijn er twee aspecten die medebepalend zijn voor de resultaten. Ten eerste berekenen we het maximale effect van de veranderingen, omdat we veronderstellen dat alle gebruikers een bepaald zorgpakket verliezen. Dat zou in werkelijkheid een ingrijpende verandering zijn.

Ten tweede volgt in onze simulaties het aanbod de vraag. We gaan er dus van uit dat voor iedereen die dat zou vragen de alternatieve zorgpakketten beschikbaar zijn. In werkelijkheid hoeft dit niet het geval te zijn en kan het aanbod van de alternatieven onvoldoende zijn. Verder kunnen we er geen uitspraak over doen of de meest waarschijnlijke verschuiving in zorgvorm ook passend is of niet. Overigens is ook in de waargenomen situatie niet duidelijk of de zorg die mensen met gezondheidsbeperkingen ontvangen toereikend of passend is. Hierover is onvoldoende informatie beschikbaar.

Bij de simulatie die inzicht geeft in de relatie tussen het zorggebruik enerzijds en een hoger psychisch welbevinden anderzijds zijn er eveneens twee kanttekeningen te plaatsen.

Ten eerste is de causale relatie tussen psychisch welbevinden en het zorggebruik niet eenduidig. Zo kan een verlaagd psychisch welbevinden ertoe leiden dat er meer zorg nodig is, maar kunnen juist de aanwezigheid van en de contacten met zorgverleners ook betekenen dat het psychisch welbevinden van de hulpbehoevende verbetert. De simulatie gaat impliciet uit van de situatie dat het psychisch welbevinden het zorggebruik beïnvloedt en niet andersom. In werkelijkheid is er waarschijnlijk wel sprake van een wisselwerking.

We spreken daarom bij de resultaten alleen van de samenhang tussen een hoger psychisch welbevinden en het zorggebruik, en niet van gevolgen van veranderingen in het psychisch welbevinden. Ten tweede is het gebruik van zorg en ondersteuning vooral gericht op de lichamelijke beperkingen van mensen en minder op de psychische problematiek. De relatie die we hier vinden tussen het psychisch welbevinden en de zorg is daardoor minder sterk dan wanneer we bijvoorbeeld ook de zorg vanuit de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hadden kunnen meenemen.

27 Het model is opnieuw geschat voor de thuiswonenden, zonder dat verpleeghuiszorg een alternatief is. Dit weerspiegelt de relevante alternatieven voor mensen met psychische beperkingen beter. Het resulterende model kent iets meer significante effecten, maar wijkt qua richting van de effecten niet af van het model in § 0. Een overzicht van de resultaten is te vinden in Bijlage C.

Bij beide simulaties kijken we niet in hoeverre het aantal uren van de verschillende vormen van zorg en ondersteuning verandert en gaan we ervan uit dat mensen zich qua zorgvraag zo blijven gedragen zoals ze dat in het huidige zorgsysteem doen. Gegeven het vorenstaande, bieden de simulaties een globaal inzicht in de mogelijke gevolgen van beleidsveranderingen voor het zorggebruik.

3 Zorgpakketten en kenmerken zorggebruikers

3.1 Gebruik van zorgvormen

Van de bijna 4,5 miljoen volwassenen met gezondheidsbeperkingen gebruikt bijna 40% ondersteuning (tabel 3.1).²⁸ Ongeveer een vijfde van de mensen met gezondheidsbeperkingen ontvangt informele zorg; een tiende ontvangt hulp in het huishouden. De overige zorgvormen komen minder vaak voor; 8% van de mensen met gezondheidsbeperkingen betaalt de zorg die zij ontvangen zelf, 6% ontvangt wijkverpleging en 5% ontvangt begeleiding. Zorg in het verpleeghuis komt het minst vaak voor (ruim 2,5%). We benadrukken nogmaals dat men meerdere vormen tegelijk kan ontvangen. Daarmee komt de som van het aantal ontvangen vormen tezamen hoger uit dan het totaal aantal mensen dat gebruikmaakt van zorg.

Tabel 3.1

Aantallen en aandelen gebruikers per zorgvorm, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^{a, b}

	aantal x 1000	aandeel
informele zorg	930	21,0
zelf betaalde zorg	338	7,6
huishoudelijke hulp	445	10,1
begeleiding	226	5,1
wijkverpleging	282	6,4
verpleeghuis	114	2,6
totaal zorggebruikers	1708	38,6
totaal bevolking 18 jaar met gezondheidsbeperkingen	4425	
totaal zorgvormen	2334	

a Mensen kunnen van meer dan één zorgvorm gebruikmaken, waardoor de aantallen en percentages optellen tot meer dan het totaal aantal gebruikers (zie de rij totaal zorggebruikers). In de hoofdstukken 3, 4 en 5 worden de zorgpakketten gepresenteerd waar met deze overlap rekening wordt gehouden.

b n = 5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

²⁸ Ruim 60% ontvangt dus geen zorg en ondersteuning. Dit zijn vooral mensen met een psychische klacht of een lichte lichamelijke beperking. Het gebruik van geestelijke gezondheidszorg van de Zvw is niet goed opgenomen in ons databestand en kunnen we daarom niet meenemen als vorm van ondersteuning.

3.2 Gebruik van zorgpakketten

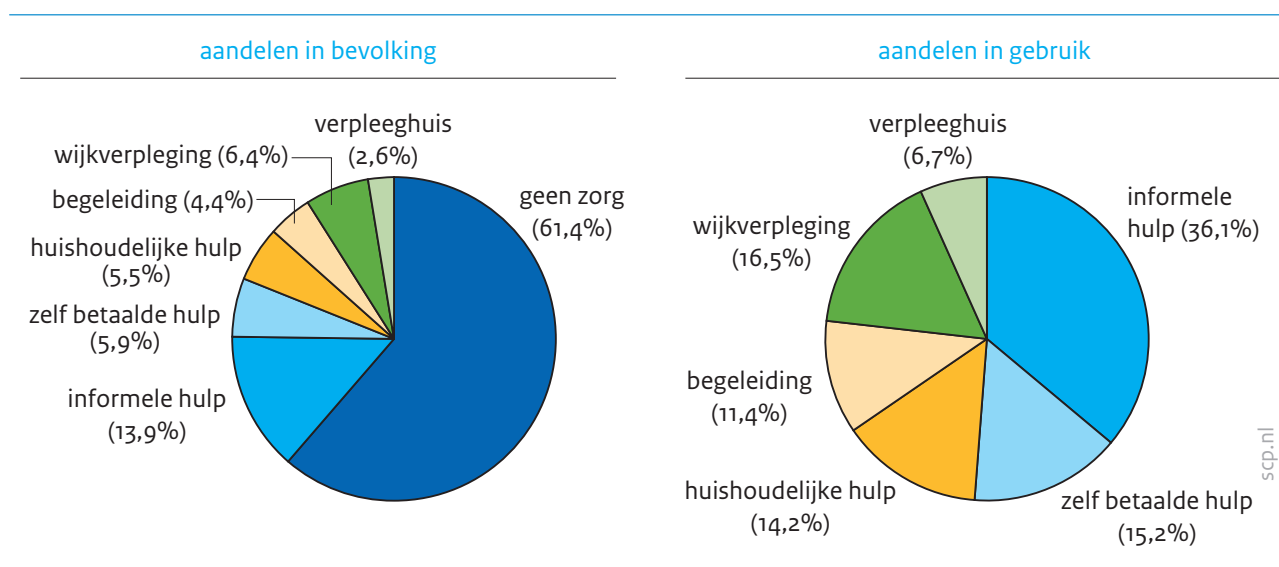
Bijna twee derde van de Nederlandse 18-plussers met gezondheidsbeperkingen ontvangt geen van de onderscheiden zorgpakketten (geen zorg 61%; figuur 3, zie linkerdiagram). Als we inzoomen op zorggebruikers (rechterdiagram), zien we dat de groep mensen die alleen de zorgvorm informele zorg ontvangen (het zorgpakket informele hulp) veruit de grootste is (ruim 36% van de zorggebruikers), op afstand gevolgd door de mensen die de zorgpakketten wijkverpleging (ruim 16%), zelf betaalde zorg (ruim 15%), huishoudelijke hulp (ruim 14%) of begeleiding (ruim 11%) ontvangen. Ruim 7% van de zorgontvangers woont in een verpleeghuis.

Bij de bepaling van de relatie tussen zorggebruik en de kenmerken gaan we uit van de zorgpakketten uit figuur 3.1. Bij de simulaties in hoofdstuk 4 maken we ook nog onderscheid tussen het enkelvoudige zorgpakket (bv. huishoudelijke hulp zonder een andere vorm van hulp) en het meervoudige zorgpakket (huishoudelijke hulp met informele dan wel zelf betaalde hulp). In verband met het aantal waarnemingen is zo'n uitsplitsing in het verklaringsmodel niet mogelijk.

Het zorgpakket informele hulp betreft alleen de zorgvorm informele hulp, omdat het de zorgvorm is die onderaan in de hiërarchie staat. Bij de simulaties maken we echter onderscheid tussen mensen die alleen hulp van hun gezin krijgen (enkelvoudige hulp) en mensen die hulp van anderen krijgen, eventueel gecombineerd met hulp van het gezin (meervoudige hulp). Bij verpleeghuiszorg kunnen we geen overlap tussen verschillende zorgvormen vaststellen, omdat we daarvoor over onvoldoende informatie beschikken. In feite gaat het daar om een all-inpakket waar alle zorgvormen onder vallen.

Figuur 3.1

Verdeling van zorgpakketten over de bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (linkerdiagram) en over de zorggebruikers met gezondheidsbeperkingen (rechterdiagram) (in gewogen procenten)^a



a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Informele hulp wordt in iets meer dan de helft van de gevallen alleen van gezinsleden ontvangen (57% van de gebruikers van alleen informele hulp, enkelvoudige hulp tabel 3.2). De andere gebruikers van informele hulp (43%) ontvangen hulp van mensen van buiten het gezin (meervoudige informele hulp). Uit de literatuur blijkt dat informele hulp van buiten het gezin vaak komt van uitwonende kinderen, meestal van de dochter (Haberkeren et al. 2015). De hulp van binnen het gezin wordt bijna altijd gecombineerd met hulp van binnen het gezin (98%, niet in de tabel). Zelf betaalde en vooral huishoudelijke hulp wordt daarentegen vaak zonder andere vormen van hulp ontvangen (enkelvoudige hulp). Zo ontvangt twee derde van de gebruikers van het zorgpakket zelf betaalde hulp en vier vijfde van de ontvangers van huishoudelijke hulp enkelvoudige hulp. Voor begeleiding en met name wijkverpleging geldt juist dat deze hulpvormen vaak met lichtere hulpvormen worden gecombineerd (resp. 58% en 98%).

Tabel 3.2

Aandelen enkelvoudige en meervoudige hulp voor de bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016^a

zorgpakket	totaal	aandeel in bevolking		aandeel in zorgpakket	
		enkelvoudig	meervoudig	enkelvoudig	meervoudig
informele hulp	13,9	8,0	5,9	57	43
zelf betaalde hulp	5,9	4,0	1,8	69	31
huishoudelijke hulp	5,5	4,4	1,1	81	19
begeleiding	4,4	1,9	2,5	42	58
wijkverpleging ^b	6,4	0,7	5,7	11	98
verpleeghuiszorg	0	2,6	0,0	0	100

- a Enkelvoudige hulp wil zeggen dat men alleen deze zorgvorm ontvangt, meervoudige hulp dat men ook één of meer lichtere zorgvormen ontvangt. Als voorbeeld: 5,9% ontvangt het pakket zelf betaalde hulp, 4% ontvangt alleen zelf betaalde hulp, 1,8% ontvangt ook informele hulp. Eerder was te zien dat 7,6% de zorgvorm zelf betaalde hulp krijgt; de overige 2,1% is terug te vinden bij de zwaardere zorgpakketten. Bij informele hulp onderscheiden we de hulp die alleen door het gezin wordt geleverd (enkelvoudige hulp) en informele hulp die door mensen van buiten het gezin wordt geleverd, eventueel in combinatie met hulp van binnen het gezin (meervoudige hulp).
- b Het aantal respondenten met enkelvoudige wijkverpleging in de beschikbare gegevens is dusdanig klein, dat het onderscheid tussen enkelvoudige en meervoudige wijkverpleging in de simulaties in hoofdstuk 4 niet kan worden gemaakt.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Het zorgpakket informele hulp betreft alleen de zorgvorm informele hulp en ook bij verpleeghuiszorg worden geen andere zorgvormen gebruikt.²⁹ Bij de andere zorgpakketten kan er wel sprake zijn van één zorgvorm (het enkelvoudige zorgpakket) of van meerdere

29 In de praktijk wordt er wel informele hulp verleend aan mensen in verpleeghuizen, maar hierover is geen informatie beschikbaar in de enquêtegegevens.

vormen van zorg en ondersteuning (het meervoudige zorgpakket). Tabel 3.3 geeft een overzicht van de onderliggende combinaties van zorgvormen binnen de zorgpakketten. Bij wijkverpleging is het vaakst sprake van een combinatie van verschillende vormen van zorg en ondersteuning; meervoudige hulp komt binnen dat zorgpakket vaak voor: 59% van de mensen die zijn ingedeeld in het zorgpakket wijkverpleging ontvangt ook de zorgvorm huishoudelijke hulp, 41% informele hulp, 19% zelf betaalde hulp en 11% begeleiding (tabel 3.3, 5de rij). Bijna een derde van de mensen met het zorgpakket zelf betaalde hulp ontvangt ook informele hulp. Opvallend is dat weinig mensen zowel huishoudelijke hulp als zelf betaalde hulp ontvangen (2%). Dit komt waarschijnlijk doordat zelf betaalde hulp meestal hulp bij de huishouding betreft (Putman et al. 2016, 2017; Verbeek-Oudijk et al. 2017). Wanneer men publiek gefinancierde huishoudelijke hulp ontvangt, is het niet nodig ook nog eens hiervoor een zelf betaalde hulp in te schakelen.

Tabel 3.3

Overlap in zorgvormen binnen de hiërarchische zorgpakketten voor de bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^{a, b}

pakket	zorgvorm					
	informele hulp	zelf betaalde hulp	huishoudelijke hulp	begeleiding	wijkverpleging	verpleeghuis
informele hulp	100	0	0	0	0	0
zelf betaalde hulp	31	100	0	0	0	0
huishoudelijke hulp	19	2	100	0	0	0
begeleiding	38	10	18	100	0	0
wijkverpleging	41	19	59	11	100	0
verpleeghuis	0	0	0	0	0	100

a De tabel moet horizontaal gelezen worden. Leesvoorbeeld: 31% van de gebruikers van het zorgpakket 'zelf betaalde hulp' ontvangt ook informele hulp. Vanzelfsprekend ontvangt 100% van de gebruikers van het zorgpakket 'zelf betaalde hulp' deze hulp. En vanwege de plaats in de hiërarchie ontvangt 0% van de gebruikers van het zorgpakket 'zelf betaalde hulp' één van de andere vormen.

b n= 5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

3.3 Kenmerken van zorggebruikers

De gebruikers van de verschillende zorgpakketten verschillen van elkaar op een aantal aspecten (zie ook bijlage A, tabel A.2). Hier lichten we een paar belangrijke kenmerken toe.

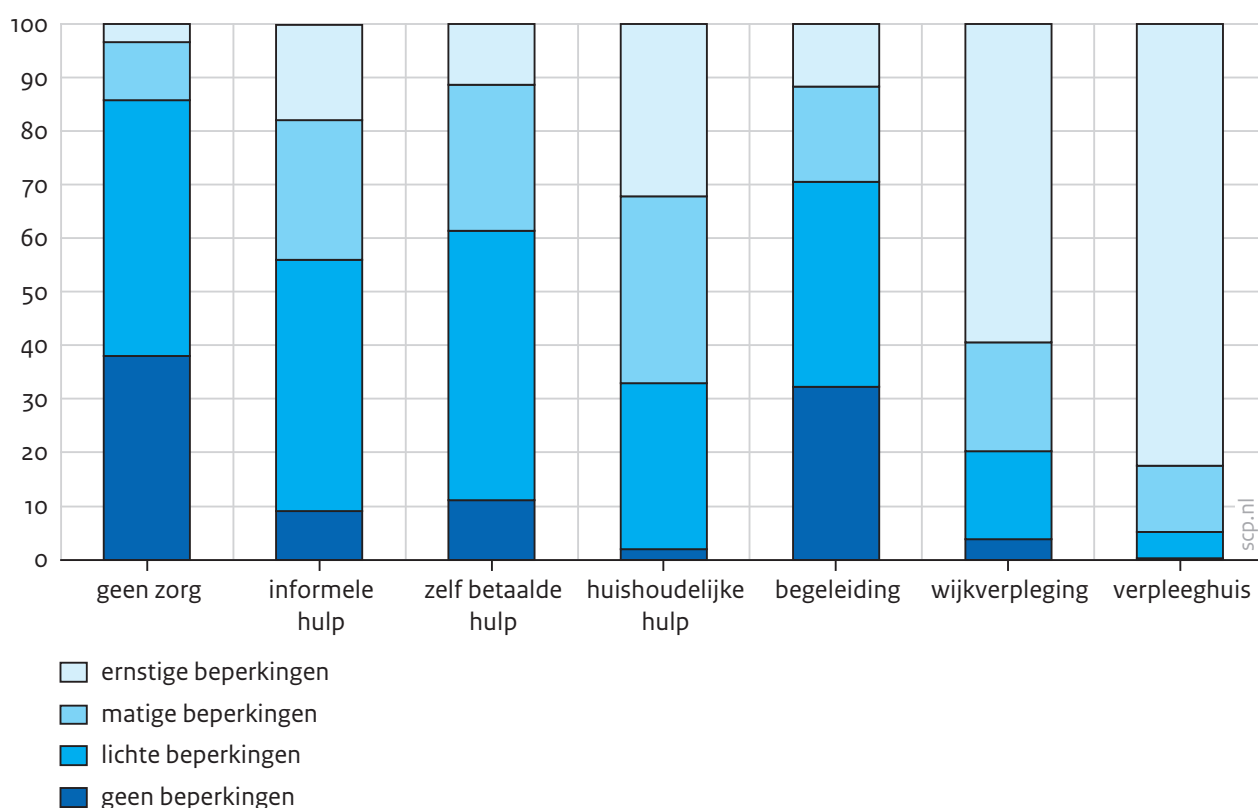
3.3.1 Hulpbehoefte

Lichamelijke beperkingen

Vanzelfsprekend is het aandeel mensen met matige en ernstige lichamelijke beperkingen groter naarmate het om zwaardere zorg(pakketten) gaat (figuur 3.2). Het aandeel ontvangers met ernstige lichamelijke beperkingen is vooral hoog in het zorgpakket wijkverpleging en onder verpleeghuisbewoners, maar ook bij het relatief 'lichte' zorgpakket huishoudelijke hulp. Ontvangers van informele zorg en zelf betaalde hulp hebben juist relatief vaak lichte beperkingen.

Figuur 3.2

Gebruikers per zorgpakket naar lichamelijke beperkingen, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in gewogen procenten)^a



a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Eerder lieten we al zien dat circa 60% van de mensen met gezondheidsbeperkingen die we hier bestuderen – dus met ofwel een lichamelijke of psychische beperking, of ernstig geheugenprobleem – geen zorg ontvangt (figuur 3.1). Opvallend is dat bij 15% van deze zogeheten niet-gebruikers wel sprake is van een matige of ernstige lichamelijke beperking. Dit zien we telkens terug in onze onderzoeken (bv. Timmermans en Woittiez 2004; Woittiez et al. 2009b; Eggink et al. 2012; Marangos 2013; Woittiez et al. 2015). Mogelijk ontvangen zij wel hulp van een naaste, bijvoorbeeld hun partner of kinderen, maar vinden ze dit zo vanzelfsprekend, dat zij het niet als informele hulp opvatten. Het gebruik van informele hulp zal in dat geval dus een onderschatting zijn. Een andere verklaring ligt in de mate waarin zij hun gezondheidsbeperkingen erkennen en ze als een probleem ervaren. Daaraan gerelateerd is de bevinding dat mensen zo lang mogelijk onafhankelijk en zelfstandig willen blijven (Marangos 2013). Iemand die geen gezondheidsproblemen ervaart, of zo lang mogelijk zijn eigen boontjes wil doppen, zal ook niet snel om hulp vragen.³⁰ Daarnaast kunnen preferenties een rol spelen. Zo zijn er ouderen die liever geen beroep doen op formele zorg, ongeacht de ernst van hun beperkingen (Den Draak en Van Campen 2012).

De ontvangers van het zorgpakket begeleiding hebben veel minder vaak (ernstige) lichamelijke beperkingen dan de gebruikers van de andere zorgpakketten. Wat dat betreft, lijken zij nog het meest op mensen die geen zorg ontvangen. Dit geeft aan dat men begeleiding niet vanwege lichamelijke problematiek ontvangt, maar juist vanwege psychische problematiek of geheugenklachten.

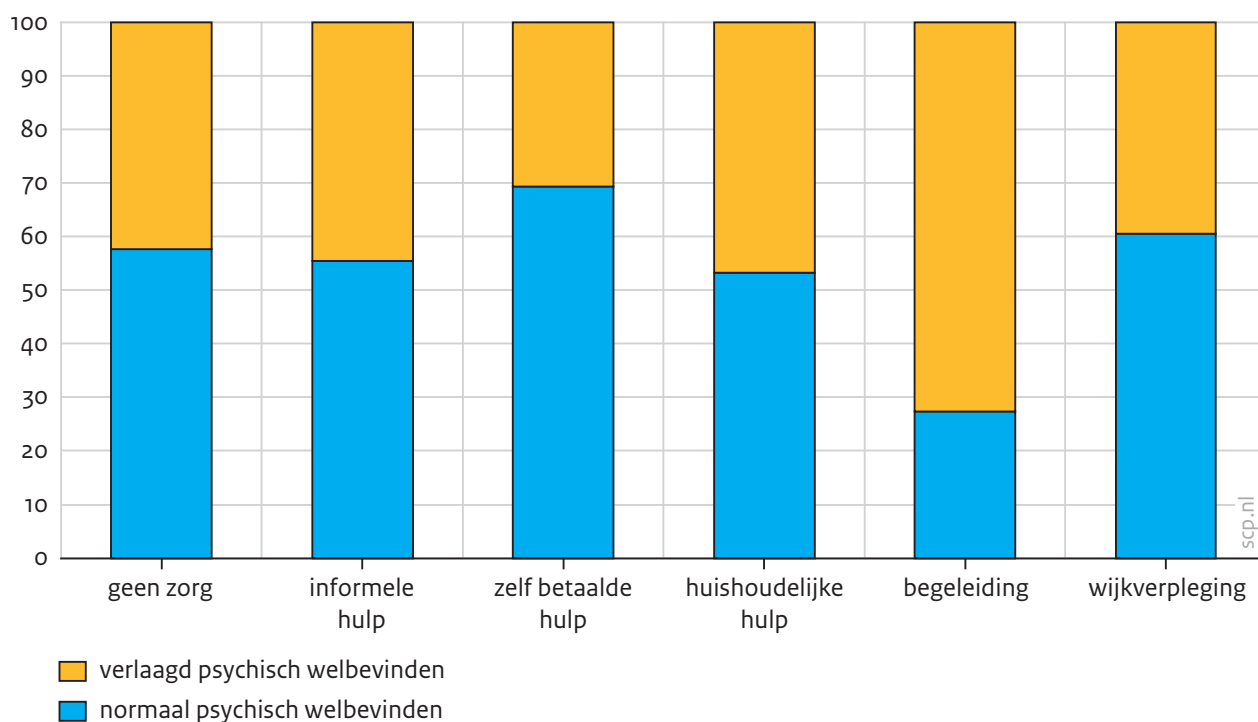
Psychische beperkingen

Figuur 3.3 laat zien dat een verlaagd psychisch welbevinden in alle zorgpakketten voorkomt, maar dat geldt in het bijzonder voor de gebruikers van het zorgpakket begeleiding: daar gaat het om driekwart van de gebruikers. Dit bevestigt de eerdere suggestie dat begeleiding minder gericht is op lichamelijke problematiek dan de andere vormen van zorg en ondersteuning. Ook de mensen die geen zorg en ondersteuning gebruiken, kennen relatief vaak een verlaagd psychisch welbevinden (bijna 55%).

30 In dit onderzoek meten we fysieke problemen aan de hand van objectieve informatie over het uitvoeren van activiteiten, en niet aan de hand van de inschatting van de respondenten of ze beperkingen hebben. Psychische problematiek en (ernstige) geheugenklachten worden wel aan de hand van inschattingen van de respondenten gemeten.

Figuur 3.3

Gebruikers per zorgpakket naar psychisch welbevinden, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^a



a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Geheugenklachten

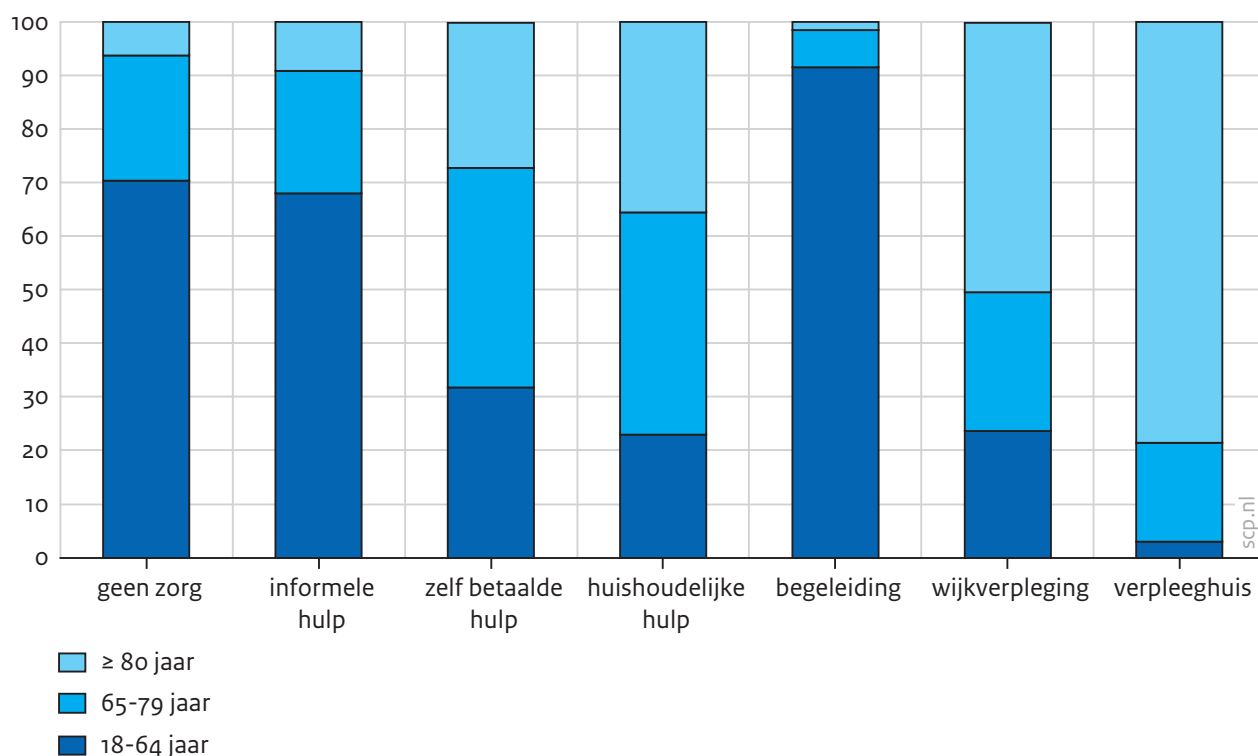
(Ernstige) geheugenklachten komen relatief vaak voor bij verpleeghuisbewoners (49%), maar ook wel bij mensen met zelf betaalde hulp, huishoudelijke hulp of wijkverpleging (10-14%). Ook het aandeel dat gebruikmaakt van hulpmiddelen is overigens verreweg het hoogst in deze groep (89%). En daarin wijkt deze groep sterk af van de mensen die andere zorgpakketten ontvangen.

3.3.2 Persoonskenmerken

Hoe hoger het zorgpakket in de hiërarchie zit, hoe hoger de leeftijd van de gebruikers (figuur 3.4). Zo is circa een op de tien ontvangers van het zorgpakket informele zorg de 80 gepasseerd, vijf op de tien ontvangers van het zorgpakket wijkverpleging en bijna acht op de tien bewoners van verpleeghuizen. De duidelijke uitzondering wordt gevormd door de ontvangers van het zorgpakket begeleiding. Deze mensen zijn veel jonger dan de andere zorggebruikers: ruim 90% is jonger dan 65 jaar. Zij zijn ook jonger dan de 18-plussers met een gezondheidsbeperking die geen zorg ontvangen. Voor alle zorgpakketten geldt dat er relatief meer vrouwen dan mannen gebruik van maken.

Figuur 3.4

Gebruikers per zorgpakket naar leeftijd, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^a



a n=5182.

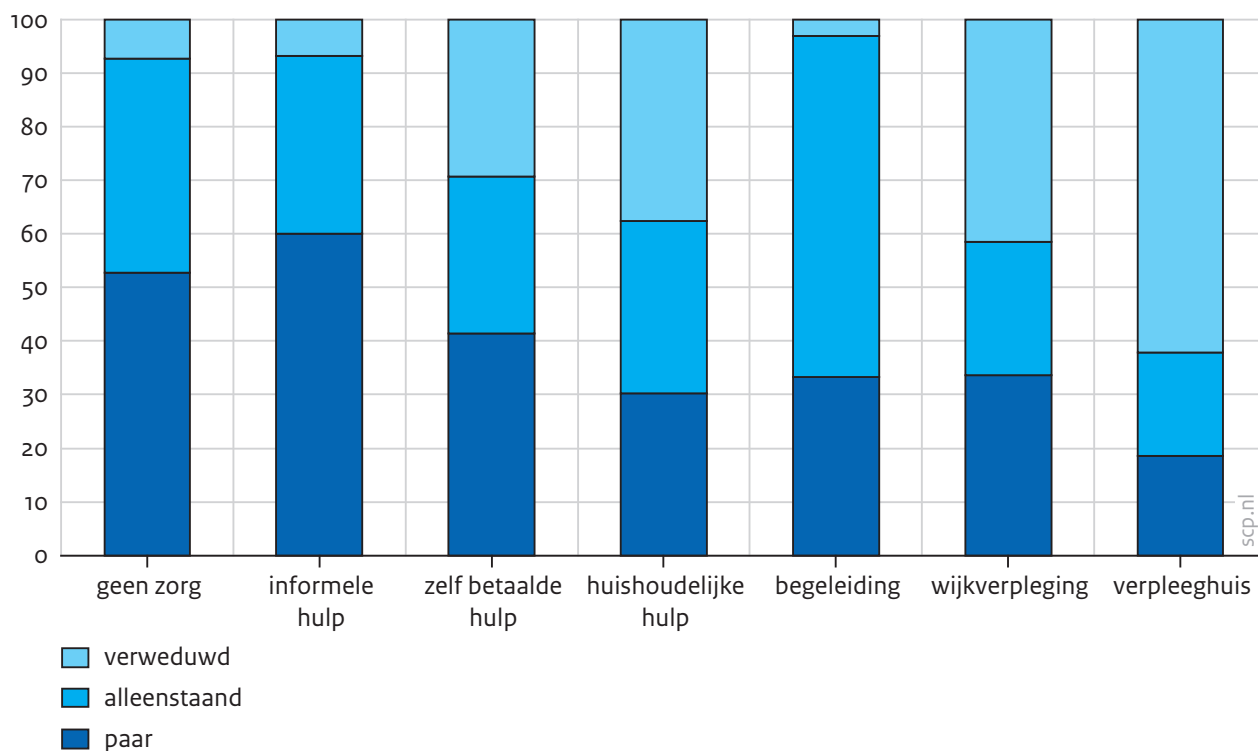
Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

3.3.3 Hulpbronnen

De eerste hulpbron die we onderscheiden, is het sociale netwerk, waarin de partner belangrijk is wanneer het gaat om zorgverlening. Er zijn duidelijke verschillen tussen de groepen zorggebruikers in de aan- of afwezigheid van een partner. Zo zien we dat de ontvangers van de lichtste zorgpakketten vaker een partner hebben (figuur 3.5). Het aandeel met partner is vooral hoog onder de groep die geen zorg ontvangt en onder de ontvangers van informele zorg. Dit laatste ligt voor de hand, omdat partners vaak hulp bieden als er sprake is van een huisgenoot met beperkingen (zie bv. De Klerk et al. 2017). In het zorgpakket begeleiding zijn er relatief veel alleenstaanden, terwijl er in het zorgpakket wijkverpleging juist vrij veel verweeduwen zijn. Dit hangt vanzelfsprekend samen met de relatief jonge leeftijd van de ontvangers van het zorgpakket begeleiding en de relatief hoge leeftijd bij het zorgpakket wijkverpleging. Ook onder verpleeghuisbewoners is het aandeel dat zijn of haar partner heeft verloren hoog; circa twee derde van de bewoners is verweerd.

Figuur 3.5

Gebruikers per zorgpakket naar huishoudtype, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^a



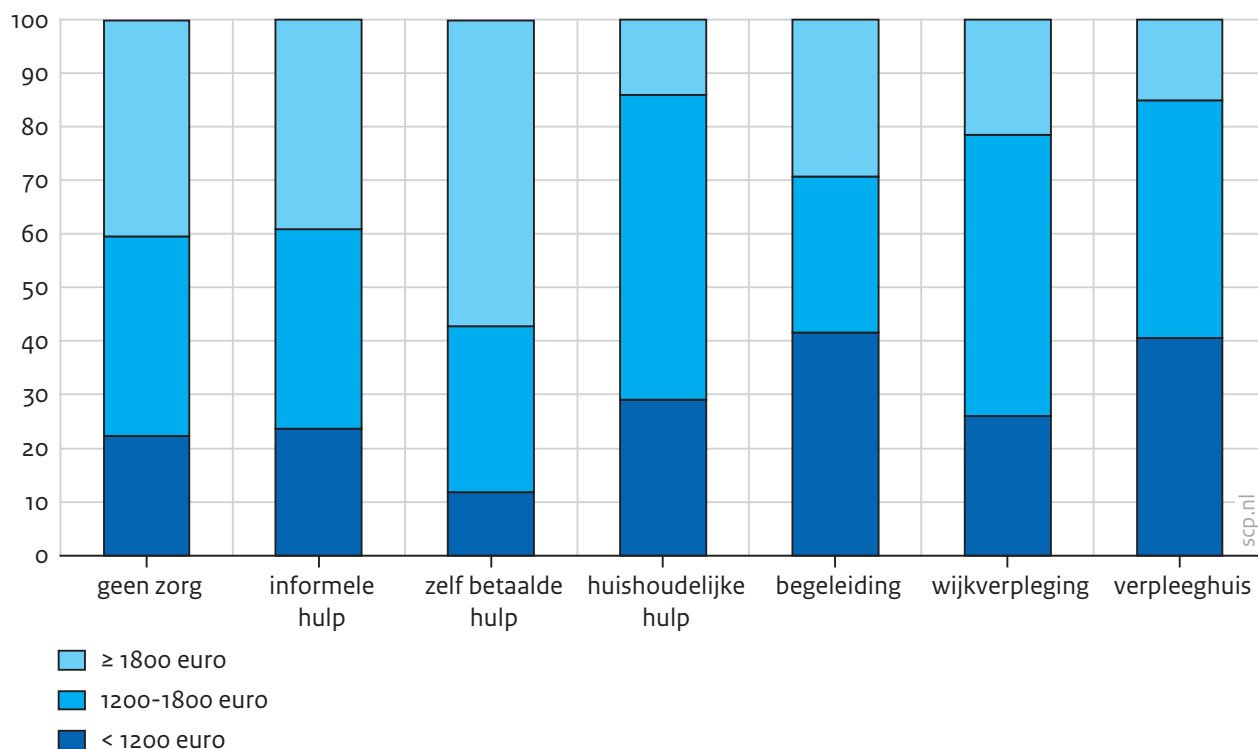
a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Ook de inkomenspositie verschilt tussen de groepen gebruikers. Zoals verwacht wordt zelf betaalde hulp het vaakst door de hoogste inkomensgroep ontvangen (figuur 3.6). Zij kunnen deze financiële last immers ook beter dragen. De gebruikers van de zorgpakketten begeleiding en verpleeghuiszorg hebben relatief vaak een laag inkomen (en opleidingsniveau). Mensen met een hoog inkomen kunnen veelal beter de weg vinden in het systeem en daardoor wellicht opname in een verpleeghuis eerder voorkomen. Ook is voor hen de eigen bijdrage hoog, waardoor zij eerder van verpleeghuiszorg zullen afzien en zelf betaalde hulp zullen regelen (Plaisier en De Klerk 2015; Da Roit en Thomése 2016). Dat ontvangers van begeleiding vaker lage inkomens hebben, heeft waarschijnlijk te maken met het hogere aandeel mensen met psychische problemen (figuur 3.3), die wellicht vaker werkloos zijn of een Wajong-, WIA- of bijstandsuitkering ontvangen en daarom minder inkomen hebben (CBS 2019).

Figuur 3.6

Gebruikers per zorgpakket naar huishoudinkomen, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^a



a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

3.4 Verklaringsmodel

We bepalen de relatie tussen het gebruik van de zorgpakketten en de kenmerken van individuen met een multinomiale logistische regressie. Tabel 3.4 geeft een globaal overzicht van de resultaten.³¹ Een plusteken betekent dat mensen met dat kenmerk een grotere kans hebben het betreffende zorgpakket te ontvangen dan vergelijkbare mensen zonder dat kenmerk. Lege cellen in de tabel geven aan dat er geen significante relatie is gevonden tussen het kenmerk en het gebruik van het desbetreffende zorgpakket. De mensen met dat kenmerk hebben eenzelfde kans om zorg en ondersteuning te ontvangen als mensen zonder dat kenmerk. Alle effecten zijn in overeenstemming met wat in de literatuur beschreven is.

Hulpbehoefte

De kenmerken die een slechtere gezondheid of grotere hulpbehoefte van individuen weerspiegelen, zijn zoals verwacht over het algemeen positief gerelateerd met het ontvangen van zorg. Zo is het hebben van een ernstige lichamelijke beperking positief gerelateerd aan

³¹ Tabel B.1 in bijlage B bevat de marginale effecten van de analyse.

de kans op informele en huishoudelijke hulp, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Zoals verwacht is het hebben van (ernstige) geheugenklachten positief gerelateerd aan verpleeghuiszorg (Toot et al. 2017). Net als blijkt uit bijvoorbeeld Van Campen et al. (2017a) is ook multimorbiditeit (de samenloop van meer dan één aandoening) positief gerelateerd met de kans op verpleeghuiszorg. Het ervaren van een verlaagd psychisch welbevinden heeft een positieve relatie met de kans op het gebruik van begeleiding. We zagen al in figuur 3.3 dat het aandeel mensen met een verlaagd psychisch welbevinden onder de gebruikers van begeleiding groot is. De behoefte aan begeleiding onder mensen met psychische problematiek is dan ook groot (Zorginstituut Nederland 2017).

In de eerdere SCP-verklaringsmodellen (bv. Woittiez et al. 2009b; Eggink et al. 2012) bleek medische hulp geen beschermende factor te zijn, maar de kans op zorg en ondersteuning juist te verhogen. Medische hulp is dus eerder een indicatie voor een slechte gezondheid en/of gezondheidsbeperkingen. Het bezoek aan een ziekenhuis of medisch specialist blijkt vooral positief samen te hangen met het ontvangen van informele hulp en wijkverpleging. Wijkverpleging betreft dan ook veelal verpleegkundige handelingen, en informele hulp wordt vaak gebruikt voor tijdelijke gezondheidsproblemen. Contact met een medisch specialist of het ziekenhuis correleert negatief met zorg in een verpleeghuis. Dit komt waarschijnlijk, doordat er ook veel curatieve zorg in verpleeghuizen zelf wordt geleverd (Busch et al. 2015). Dit wordt in de enquêtegegevens echter niet als zodanig geregistreerd. Het gebruik van loophulpmiddelen blijkt vooral positief samen te hangen met het ontvangen van wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Dat komt doordat het hier veelal mensen (vaak ouderen) betreft die slecht ter been zijn. Het bezoek aan de fysiotherapeut vertoont geen relatie met het gebruik van een bepaald zorgpakket. Dat komt, doordat het bezoek aan de fysiotherapeut redelijk gangbaar is voor de gehele bevolking.

Persoonskenmerken

De kans op het gebruik van de meeste zorgvormen ten opzichte van geen zorg is groter naarmate men ouder is (zie bv. Andersen en Davidson 2001; Geerts et al. 2012; Plaisier en De Klerk 2015).³² Uitzondering zijn de zorgpakketten informele hulp en begeleiding. De verklaring voor de negatieve relatie tussen informele zorg en leeftijd kan zijn dat naarmate men ouder wordt, het sociale netwerk kleiner is (zie bv. Van Campen 2011; Woittiez et al. 2015). De verklaring voor de negatieve relatie tussen begeleiding en leeftijd is dat het hier vaak om relatief jonge mensen gaat met psychische problemen (zie ook § 1.1).

De kans dat vrouwen niet-publiek gefinancierde zorg of huishoudelijke hulp ontvangen, is groter dan de kans dat mannen dat doen (zie ook Enroth et al. 2018; Schmidt 2018).

Dit hangt samen met de als slechter ervaren gezondheid (Boerma et al. 2016) van vrouwen.

32 In ons model nemen we leeftijd in drie categorieën op, namelijk 18-64 jaar, 65-79 jaar en 80 jaar en ouder. De eerste groep (18-64 jaar) is niet goed nader te splitsen, omdat er geen respondenten jonger dan 55 jaar in een verpleeghuis wonen.

Hulpbronnen

Zoals verwacht is de kans op informele hulp kleiner voor verweduwden dan voor anderen. De aanwezigheid van een partner draagt dan ook sterk bij aan het ontvangen van informele hulp (Suanet et al. 2012), terwijl de afwezigheid van een partner juist in sterke mate bijdraagt aan het gebruik van professionele hulp, zelfs als er informele hulp van kinderen beschikbaar is (Broese van Groenou et al. 2016). De kans op huishoudelijke hulp en verpleeghuiszorg is voor alleenstaanden en verweduwden groter dan voor samenwonenden. Dat kan verklaard worden doordat deze zorg en ondersteuning een substituut is voor de informele zorg die een partner kan bieden. Ook uit eerdere studies blijkt dat verweduwden vaker zorg nodig hebben dan mensen die altijd alleenstaand zijn geweest (zie bv. Woittiez et al. 2009a; Eggink et al. 2012; Algemene Rekenkamer 2015). Over de aanwezigheid van kinderen in het huishouden is helaas geen informatie beschikbaar. Daarnaast is de kans op zelf betaalde hulp en wijkverpleging voor verweduwden ook groter dan voor samenwonenden. Ook hier speelt de afwezigheid van een partner een rol.

Verder is een hoger inkomen of hoger opleidingsniveau negatief gerelateerd met de kans op verpleeghuiszorg (bv. Van Campen et al. 2017a).³³ Volgens Andersen en Newman (1973) vertegenwoordigt het opleidingsniveau de sociale structuur van een persoon en geeft het zo een beeld van de leefstijl en de mogelijkheid om die te veranderen (Vrooman et al. 2014). Het inkomen³⁴ dient ook als proxy voor andere relevante kenmerken zoals bekend uit de literatuur, namelijk type woning,³⁵ huizenbezit en vermogen, waarover onvoldoende informatie beschikbaar is. Zoals verwacht is een hoger inkomen juist positief gecorreleerd met de kans op het ontvangen van zelf betaalde hulp. Hiervoor is immers een voldoende hoog inkomen noodzakelijk.

33 Opleiding is gemeten in drie klassen: laag (basisonderwijs, vmbo, avo onderbouw, mbo 1), midden (mbo 2, 3 en 4, havo, vwo) of hoog (hbo of universitair).

34 We gaan uit van het gestandaardiseerde besteedbaar huishoudinkomen per maand. Dat is het maandelijkse inkomen dat een huishouden te besteden heeft, waarbij rekening is gehouden met de samenstelling van het huishouden. Een besteedbaar huishoudinkomen van 1000 euro in de maand is wellicht voldoende voor een alleenstaande om rond te komen, maar niet voor een paar. Het gaat om de volgende categorieën: minder besteedbaar dan 1200 euro, 1200-1799 euro en 1800 euro of meer. De grenzen liggen vrij laag, omdat we uitgaan van mensen met gezondheidsbeperkingen en een hoge leeftijd die relatief vaak met lage inkomens kampen. We delen het inkomen op in drie groepen van vergelijkbare omvang.

35 Voor de thuiswonenden is hierover wel enige informatie, zoals de geschiktheid van de woning. Dit zou van invloed kunnen zijn op het gebruik van zorg, bijvoorbeeld op de overgang naar een verpleeghuis (Daalhuizen et al. 2019; Diepstraten et al. 2019). Omdat deze informatie niet beschikbaar is voor de verpleeghuisbewoners, kan dit niet in het model worden opgenomen.

Tabel 3.4

Relaties tussen zorgpakketten en kenmerken op basis van een multinomiale logistische regressie, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (gewogen marginale effecten)^{a, b, c}

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
hulpbehoefte							
geen lichamelijke beperking	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
lichte lichamelijke beperking	-	+		+			+
matige lichamelijke beperking	-	+		+			+
ernstige lichamelijke beperking	-	+		+		+	+
verlaagd psychisch welbevinden (ernstige) geheugenklachten	-				+		+
meer dan één aandoening							-
loophulpmiddelen	-					+	+
fysiotherapeut							
ziekenhuis/specialist	-	+				+	-
persoonskenmerken							
18-64 jaar	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
65-79 jaar		-	+	+	-		+
80 jaar			+	+		+	+
man	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
vrouw	-	+	+				
hulpbronnen^d							
paar	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
alleenstaand	-			+			+
verweduwd		-	+	+		+	+
huishoudinkomen 1199 euro	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
huishoudinkomen 1200-1799 euro							-
huishoudinkomen 1800 euro			+	-			-
laag opgeleid	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
middelbaar opgeleid			+				-
hoog opgeleid							
stedelijk						-	

a n=5182; + = significant positief bij $p < 0,05$; - = significant negatief bij $p < 0,05$. De lege cellen betreffen effecten die niet significant van 0 verschillen.

b De pseudo- R^2 van het model is 0,25.

c Geen = geen zorg; inf = informele hulp; zelf = zelfbetaalde hulp; huish = huishoudelijke hulp; begl = begeleiding; wijkv = wijkverpleging; vph = verpleeghuis.

d Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OI'15/'16)

De meeste zorgpakketten hebben geen relatie met stedelijkheid. In stedelijke gebieden is de kans om wijkverpleging te ontvangen kleiner dan in niet-stedelijke. Dat wijkt af van het positieve verband tussen stedelijkheid en publiek gefinancierde zorg dat eerder is gevonden. Wat de exacte reden hiervoor is, is niet duidelijk. Wellicht betekent het feit dat er relatief veel jonge mensen in die gebieden wonen, dat er meer mantelzorg beschikbaar is en dus minder formele hulp nodig is (De Jong en Kooiker 2018). Mogelijk is het aanbod van maatschappelijke ondersteuning in stedelijke, vaak grotere gemeenten ruimer dan in landelijke gemeenten, waardoor de wijkverpleging later of minder vaak hoeft te worden ingezet.

4 Mogelijkheden om zelfstandig te kunnen blijven wonen

In dit hoofdstuk beantwoorden we de eerste onderzoeksvraag: Wat voor gevolgen zou het wegvallen van zorg hebben voor het gebruik van zorg en ondersteuning en voor de kans op opname in een verpleeghuis in het bijzonder? Er is een groep mensen met gezondheidsbeperkingen die het slechts met (een combinatie van) hulp nog thuis redt, vaak betreft dit ouderen (Van Campen et al. 2017b). We richten ons hier op deze thuiswonenden. We gaan na in hoeverre de verschillende vormen van zorg en ondersteuning thuis (zorgpakketten) bijdragen aan de mogelijkheden om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Dat doen we door als gedachtenexperiment na te gaan wat er kan gebeuren als een bepaalde vorm van zorg en ondersteuning die in de thuissituatie wordt ontvangen, wegvalt en de ontvangen hulp niet langer beschikbaar is. Welke alternatieve zorgvormen zijn er en wanneer lijkt opname in een verpleeghuis onontkoombaar? Hoewel dat wel de hoofdvraag is van het onderzoek, kijken we niet alleen naar de gevolgen voor de kans op opname in een verpleeghuis, maar ook naar de gevolgen voor het gebruik van andere vormen van zorg en ondersteuning thuis. Deze fungeren immers vaak als een tussenstation op weg van lichte hulp naar opname in een verpleeghuis (Van Campen et al. 2017b; nza 2018). Bovendien gaan we na welke vorm van zorg en ondersteuning het belangrijkste is en welke je dus vanuit beleidsmatig oogpunt vooral moet ondersteunen om het moment van opname in een verpleeghuis uit te stellen of te voorkomen. Er zijn verschillende invullingen van het begrip ‘belangrijk’. Een vorm van zorg en ondersteuning kan belangrijk zijn, omdat veel mensen er gebruik van maken, omdat het wegvallen ervan de kans op opname in een verpleeghuis voor de relevante groep sterkt vergroot of omdat het een groep (zeer) kwetsbare mensen treft. Deze aspecten lopen we hier per zorgpakket één voor één af.

De in paragraaf 3.2 beschreven zorgpakketten zijn ook hier het uitgangspunt, waarbij we ook nagaan of de impact van het wegvallen van enkelvoudige hulp (bv. alleen huishoudelijke hulp) anders uitpakt dan het wegvallen van meervoudige hulp (bv. huishoudelijke hulp in combinatie met informele en/of zelf betaalde hulp, zie § 3.2). We simuleren bijvoorbeeld niet alleen dat de enkelvoudige huishoudelijke hulp niet langer beschikbaar is, maar ook dat de meervoudige huishoudelijke hulp (de combinatie van huishoudelijke hulp met de lichtere informele en/of zelf betaalde hulp) wegvalt. We gaan per zorgpakket na wat er naar verwachting verandert in de ontvangen hulp als mensen met dat zorgpakket deze hulp niet langer ontvangen. Met behulp van het verklaringsmodel wordt bepaald naar welk alternatief zorgpakket dan uitgeweken wordt. Het idee is dat een zorgpakket als alternatief wordt gezien voor personen die lijken op de gebruikers van dat alternatieve zorgpakket. Het gaat hier om de hulpbehoefte, de persoonskenmerken en de hulpbronnen die in het verklaringsmodel zijn opgenomen. Voor de techniek van deze simulatie wordt verwezen naar paragraaf 2.2.3.

We zijn ons ervan bewust dat het niet realistisch is te veronderstellen dat alle mensen een bepaald zorgpakket verliezen en ook niet dat ze allemaal terechtkunnen bij alternatieve zorgpakketten. Het aanbod van die alternatieven kan immers ontoereikend zijn. Ook gaan we ervan uit dat mensen zich qua zorgvraag zo blijven gedragen zoals ze dat in het huidige zorgsysteem doen. We zien de simulaties als gedachtenexperiment om de impact van het wegvallen van ieder type zorg en ondersteuning voor al dan niet opname in een verpleeghuis in kaart te brengen. We nemen de zorgpakketten van zorg thuis achtereenvolgens onder de loep in de paragrafen 4.1 tot en met 4.5. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk (§ 4.6) zetten we de effecten van alle zorgpakketten thuis op een rijtje en wegen ze tegen elkaar af.

4.1 Wat als het zorgpakket informele hulp niet meer beschikbaar is

Informele hulp is van groot belang voor veel mensen (De Klerk et al. 2017; De Klerk et al. 2019). Die hulp komt veelal niet alleen van de partner, maar ook van de kinderen, overige familie, vrienden en burens (De Klerk et al. 2017). Vaak wordt deze hulp ontvangen naast betaalde zorg en ondersteuning (Verbeek-Oudijk et al. 2017). Er is echter ook een groep mensen (13,9% van de volwassenen met gezondheidsbeperkingen) die geheel aangewezen is op informele hulp en geen andere zorgvorm ontvangt (zie ook tabel 3.2). Dat is de groep waar we hier geïnteresseerd in zijn. Wat zou het effect op het gebruik van zorg en ondersteuning zijn van het niet beschikbaar zijn van informele hulp? En zou het effect van het wegvallen van informele hulp voor de groep met alleen hulp van binnen het gezin anders zijn dan voor de groep met (daarnaast) informele hulp van buiten het gezin?³⁶ Dat laatste geeft een idee over het belang van hulp binnen het gezin ten opzichte van hulp van anderen.

In deze paragraaf gaan we dus na in welke mate men meer zelf betaalde of publiek gefinancierde zorg en ondersteuning zou gebruiken wanneer de informele hulp niet meer beschikbaar is voor de mensen die alleen informele hulp (pakket informele hulp) ontvangen. Zou men dan geen zorg en ondersteuning meer ontvangen of vangen andere vormen van zorg en ondersteuning de weggevallen informele hulp op?

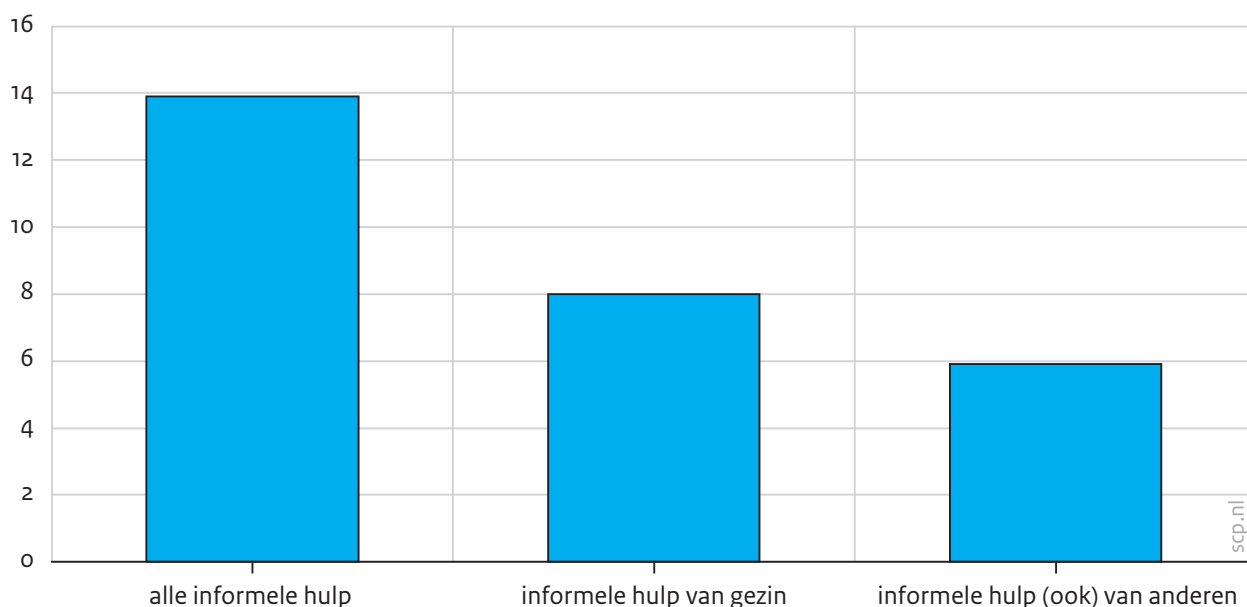
Wegvallen van het zorgpakket informele hulp zou ruim 600.000 zorgontvangers treffen

Zoals aangegeven in paragraaf 3.1 neemt het zorgpakket informele hulp de grootste plek in het gebruik van zorg en ondersteuning in (13,9% van alle 18-plussers met gezondheidsbeperkingen, figuur 3.1). Het geheel wegvallen van deze hulp zou daarmee ongeveer 625.000 mensen treffen. Het merendeel van deze mensen heeft alleen informele hulp van binnen het gezin (partner, kind, ouder): 8% van 18-plussers met gezondheidsbeperkingen. Ongeveer 6% ontvangt (ook) informele hulp van buiten het gezin (van overige familieleden, vrienden, burens, kennissen en vrijwilligers). Zie figuur 4.1 en tabel 3.2.

³⁶ De mensen die informele hulp ontvangen van zowel een gezinslid als van iemand buiten het gezin, worden hier dus ingedeeld bij de ontvangers van meervoudige informele hulp.

Figuur 4.1

Aandeel ontvangers van zorgpakket informele hulp, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^a



a n=655; n=218; n=437.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Alternatieven voor informele hulp zeer divers

Als de informele hulp niet beschikbaar meer zou zijn bij de mensen die dat als enige vorm van hulp ontvangen (pakket informele hulp), zijn er twee mogelijkheden: of zij ontvangen geen enkele vorm van hulp meer of ze gaan een andere vorm van hulp ontvangen. Meer dan twee derde van hen (68%, figuur 4.2, 1ste kolom) zou naar verwachting geen enkele vorm van zorg en ondersteuning meer ontvangen. Dit zijn zelfredzame mensen die thans meer dan tien uur per week hulp van hun netwerk ontvangen (zie tabel 4.1). Ruim 8% van de gebruikers van informele hulp zou de hulp wellicht zelf kunnen gaan betalen; zij hebben daarvoor blijkbaar de financiële middelen (zie figuur 4.1 en tabel 4.1).

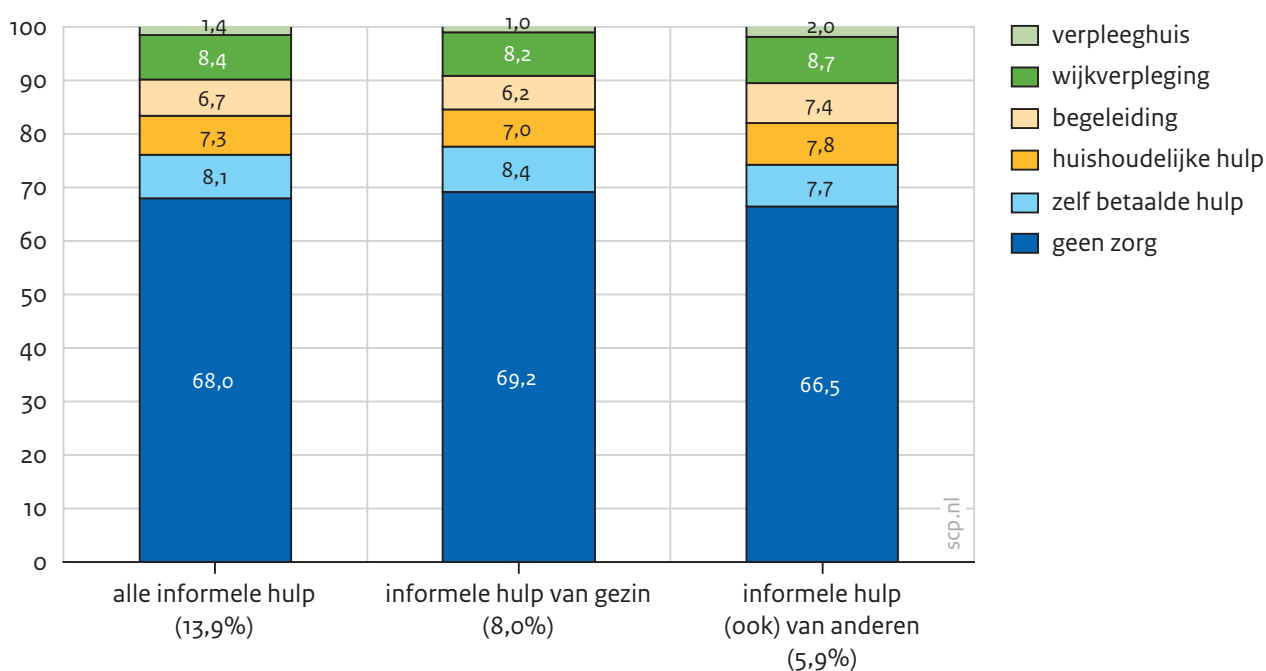
Bijna een kwart heeft dusdanige gezondheidsbeperkingen, dat publiek gefinancierde zorg en ondersteuning naar schatting een reëel alternatief zou zijn. Voor 8,4% zou de wijkverpleging een alternatief zijn en voor 1,4% zou mogelijk zelfs opname in een verpleeghuis nodig zijn. Dit zijn mensen die weliswaar alleen informele zorg ontvingen, maar waar de problematiek zo groot is, dat bij het wegvallen van de informele zorg meteen zware zorg in beeld komt. Er zijn dus mensen die van onbetaalde informele hulp naar dure wijkverpleging of verpleeghuiszorg zouden overstappen als de informele hulp wegvalt. Het gaat dan om circa 9000 mensen voor wie opname in een verpleeghuis het alternatief zou zijn en 52.000 mensen voor wie wijkverpleging een alternatief zou zijn. Het aantal gebruikers van het zorgpakket informele hulp dat zelf betaalde hulp als alternatief heeft, is ongeveer even groot als het aantal dat wijkverpleging als alternatief heeft.

Als de informele hulp van binnen het gezin (veelal de partner) zou wegvallen, is wijkverpleging of opname in een verpleeghuis minder waarschijnlijk dan als hulp van anderen (even-

tueel in combinatie met hulp van binnen het gezin) zou wegvallen (figuur 4.2, 2de en 3de kolom). Dit komt doordat als de partnerhulp wegvalt, uitwonende kinderen de informele hulp kunnen overnemen of zelf betaalde hulp kunnen regelen. Andersom, wanneer hulp van buiten het gezin wegvalt en alleen de partnerhulp overblijft, kan dit voor de partner een (te) zware belasting zijn. Dit geldt vooral voor ouderen, omdat de partner zelf vaak ook al op leeftijd is en met gezondheidsproblematiek kampt of omdat er geen partner (meer) is. Dan zal de hulp naar verwachting vooral worden overgenomen door de huishoudelijke hulp, wijkverpleging of komt opname in een verpleeghuis in zicht.

Figuur 4.2

Zorgalternatieven bij wegvallen van zorgpakket informele hulp voor mensen met deze hulp bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in procenten)^{a, b}



a Alle informele hulp (n=655); alleen informele hulp van het gezin (n=218); informele hulp van anderen (n=437).

b Leesvoorbeeld: voor 1,4% van de gebruikers van het zorgpakket informele hulp (linkerkolom) is verpleeghuiszorg een alternatief.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OI'15/'16)

Uitwijkers naar verpleeghuis zijn relatief oud en hebben grote hulpbehoefte

De problematiek van de ontvangers van alleen informele hulp onder de volwassenen is zeer divers. Zo heeft enerzijds bijna 20% een ernstige lichamelijke beperking (figuur 3.2) en is 10% ouder dan 80 jaar (figuur 3.4) en heeft anderzijds 10% geen lichamelijke beperking en is bijna 70% jonger dan 65 jaar. Deze jongere groep heeft vooral last van psychische problematiek. De diversiteit vertaalt zich naar de zorg en ondersteuning waarnaar naar verwachting uitgeweken wordt als de informele hulp niet meer beschikbaar is. Degenen voor wie opname in een verpleeghuis een alternatief is, zijn zoals verwacht het kwetsbaarst (tabel 4.1). Zij zijn gemiddeld gesproken ouder, hebben vaker ernstige lichamelijke

beperkingen (76%) en/of vaker (ernstige) geheugenklachten (28%) dan mensen die geen zorg zouden gebruiken of uitwijken naar andere vormen van zorg en ondersteuning thuis. Zij hebben ook minder andere hulpbronnen: 30% is verzuimd (4% bij uitwijkers naar geen zorg), slechts 18% zit in de hoogste inkomenscategorie (41% bij uitwijkers naar geen zorg). Daarnaast redden zij zich iets slechter in het dagelijks leven (een 6 op een schaal van 1 tot 10)³⁷ en wonen ze vaker in een woning die niet geschikt voor hen is. De groep die zou kunnen uitwijken naar wijkverpleging lijkt qua redzaamheid en ontvangen uren hulp op de uitwijkers naar verpleeghuiszorg, maar zij zijn jonger, hebben minder vaak ernstige lichamelijke beperkingen en hebben vaker een verlaagd psychisch welbevinden. Uitwijkers naar begeleiding zijn vaak jonger dan gemiddelde gebruikers van informele hulp en hebben weinig lichamelijke problemen, maar juist vaak een verlaagd psychisch welbevinden (71%). Aan de andere kant ligt de groep die een grote kans heeft geen zorg meer te ontvangen. Zij zijn relatief zelfredzaam (7,4 op de zelfredzaamheidsschaal), jong (gemiddeld 53 jaar), niet verzuimd en bevinden zich relatief vaak in de hoogste inkomenscategorie. Zij hebben vaak psychische klachten (41%).

Tabel 4.1

Enkele kenmerken van uitwijkers naar andere zorgpakketten als zorgpakket informele hulp wegvalt, 2014-2016, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in gewogen procenten en gemiddelden)^{a, b, c}

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
aandeel in uitwijkers ^d	68,0	-	8,1	7,3	6,7	8,4	1,4
hulpbehoefte							
<i>ernstige lichamelijke beperkingen</i>	9		16	33	23	62	76
<i>meer dan één aandoening</i>	51		58	68	56	67	58
<i>verlaagd psychisch welbevinden</i>	41		30	42	71	39	28
<i>(ernstige) geheugenklachten</i>	3		5	6	1	6	24
<i>hulpmiddelen</i>	13		29	30	22	64	86
<i>redzaamheid in dagelijks leven (rapportcijfer)</i>	7,4		7,2	6,7	6,8	6,4	6,2
persoonskenmerken							
<i>gemiddelde leeftijd</i>	53		61	63	46	64	78
<i>vrouw</i>	68		81	72	67	65	63

37 Hoe hoger de score, hoe redzamer. Het verschil in score met sommige andere vormen van zorg en ondersteuning is gering: 6,2 voor uitwijkers naar verpleeghuiszorg en 6,4 voor uitwijkers naar wijkverpleging. Het grootste verschil is dat met de mensen die geen zorg meer krijgen als de zelf betaalde hulp wegvalt: 7,4.

Tabel 4.1

(Vervolg)

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
hulpbronnen^e							
<i>verweduwd</i>	4		14	17	2	15	30
<i>in hoogste inkomenscategorie</i>	41		64	20	29	31	18
gemiddelde uren informele hulp van gezin	11		11	12	13	18	18
gemiddelde uren informele hulp van buiten	2		2	3	3	3	3
gemiddelde uren informele hulp	13		14	15	17	21	21
gemiddelde uren zelf betaalde hulp	0		0	0	0	0	0
gemiddelde uren publiek gefinancierde hulp	0		0	0	0	0	0
gemiddelde uren hulp totaal	13		14	15	17	21	21
ggz	17		13	16	28	14	4
maaltijdvoorziening	6		7	10	5	8	18
kan moeilijk hulp vragen	28		29	34	25	35	43
woont niet in geschikte woning	6		6	9	6	11	11
gebruikt nu informele hulp	100		100	100	100	100	100
gebruikt nu zelf betaalde hulp	0		0	0	0	0	0
gebruikt nu huishoudelijke hulp	0		0	0	0	0	0
gebruikt nu begeleiding	0		0	0	0	0	0
gebruikt nu wijkverpleging	0		0	0	0	0	0

a n=665.

b De cursief gedrukte variabelen zijn een onderdeel van het verklaringsmodel en hebben dus een directe invloed op de alternatieven die uit het model volgen.

c Geen = geen zorg; inf = informele hulp; zelf = zelfbetaalde hulp; huish = huishoudelijke hulp; begl = begeleiding; wijkv = wijkverpleging; vph = verpleeghuis.

d Uitwijkers zijn de mensen die in de basissituatie gebruikmaken van het zorgpakket informele hulp en moeten uitwijken naar een van de andere zorgpakketten (of geen zorg) wanneer dit wegvalt. Leesvoorbeeld: 68% van de gebruikers van het zorgpakket informele hulp zou bij wegvallen van dat zorgpakket uitwijken naar geen zorg.

e Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Uit nadere analyses blijkt dat de mensen die meervoudige informele hulp (van buiten het gezin) krijgen en verpleeghuiszorg als alternatief hebben ouder zijn, minder vaak een partner hebben, maar wel zelfredzamer zijn dan mensen met enkelvoudige informele hulp (alleen van het gezin) die naar verpleeghuiszorg uitwijken. Dit suggereert dat ouderen tot op hogere leeftijd zelfstandig blijven wonen wanneer er informele hulp van buiten het gezin wordt ontvangen.

4.2 Wat als het zorgpakket zelf betaalde hulp niet meer beschikbaar is

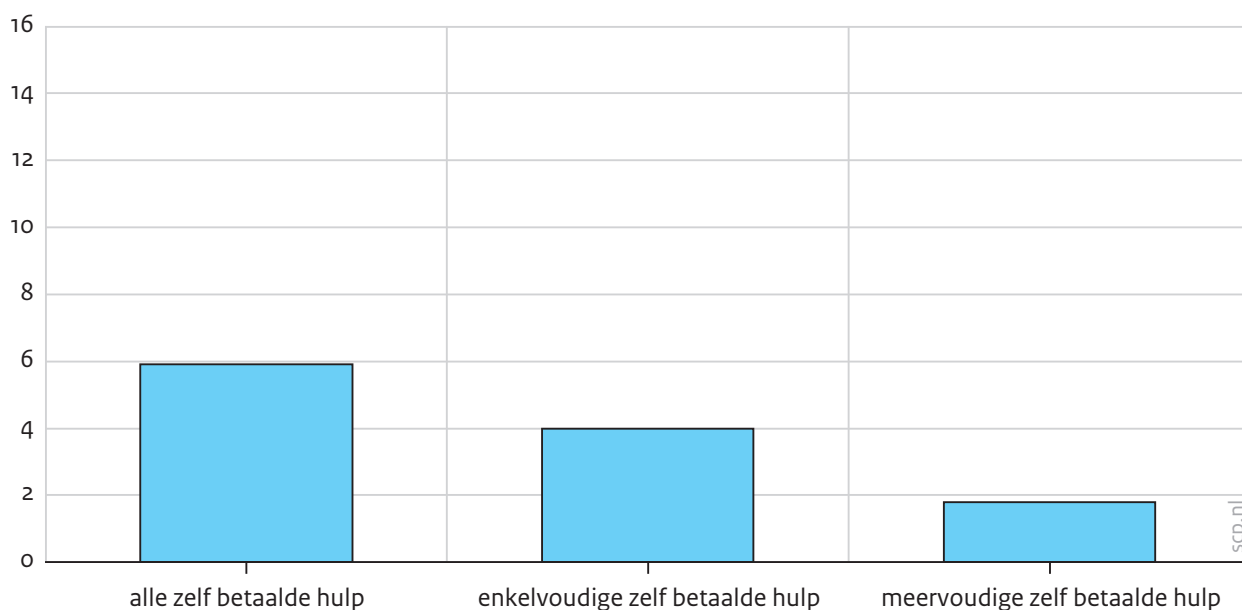
Als mensen zorg en ondersteuning nodig hebben, kunnen zij het netwerk vragen om hulp te verlenen, maar ze kunnen ook zelf betaalde hulp proberen te regelen voordat zij een beroep gaan doen op publiek gefinancierde zorg. In deze paragraaf berekenen we wat de mogelijke gevolgen zijn van het wegvallen van zelf betaalde hulp voor mensen die dergelijke hulp (eventueel gecombineerd met de lichtere informele hulp) ontvangen.³⁸

Wegvallen van zelf betaalde hulp zou ruim 250.000 mensen treffen

Bijna 6% van de 18-plussers met gezondheidsbeperkingen ontvangt zelf betaalde hulp (figuur 4.3). Het geheel wegvallen van deze hulp zou dus ruim 250.000 mensen treffen. Een derde van deze mensen ontvangt naast zelf betaalde hulp ook informele hulp (in het vervolg spreken we van meervoudige zelf betaalde hulp) en twee derde ontvangt alleen zelf betaalde hulp.

Figuur 4.3

Aandeel ontvangers van het zorgpakket zelf betaalde hulp, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^a



a n=243; n=151; n=92.

Bron: SCP/CBS (OZG '14-'16, OII '15/'16)

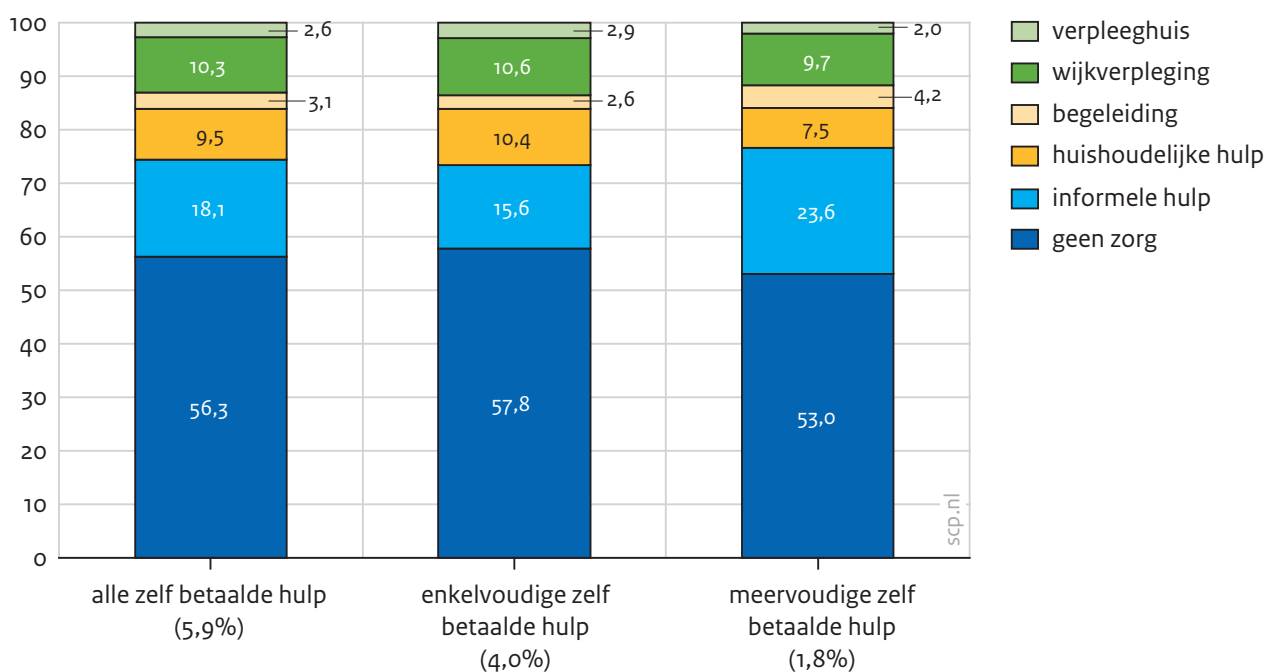
38 In modeltermen gaat het hier om het wegvallen van het pakket zelf betaalde hulp, dus met eventueel informele hulp, maar zonder huishoudelijke hulp, begeleiding, wijkverpleging of verpleeghuiszorg (zie § 2.1).

Voor een kwart van de gebruikers van het zorgpakket zelf betaalde hulp is publiek gefinancierde zorg en ondersteuning een alternatief

Als het zorgpakket zelf betaalde hulp wegvalt, zou volgens de simulatie ruim de helft van de gebruikers van dat zorgpakket (56,3%, Figuur 4.4, 1ste kolom) geen hulp meer ontvangen. Dit percentage is lager dan wat we bij het wegvallen van de informele hulp zagen (68%, figuur 4.2). Ruim vier op de tien gebruikers zouden vermoedelijk een andere vorm van hulp ontvangen als de zelf betaalde hulp wegvalt. Veel van hen zouden uitwijken naar informele hulp (18,1%). Voor mensen met zelf betaalde hulp is informele hulp vaker een alternatief dan andersom het geval is. Waarschijnlijk hebben de gebruikers van informele hulp veelal onvoldoende financiële middelen om de hulp zelf te betalen (zie ook figuur 3.6). En een derde van de gebruikers van het zorgpakket zelf betaalde hulp combineert dit met informele hulp (meervoudige zelf betaalde hulp, figuur 4.3). Zij hebben dus al een netwerk dat hun hulp geeft.

Figuur 4.4

Zorgalternatieven bij wegvallen van zelf betaalde hulp voor mensen met deze hulp, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^{a, b}



a Alle zelf betaalde hulp (n=243); enkelvoudige zelf betaalde hulp (n=151); meervoudige zelf betaalde hulp (n=92).

b Leesvoorbeeld: voor 2,6% van de gebruikers van het zorgpakket zelf betaalde hulp (linkerkolom) is verpleeghuiszorg een alternatief.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OI'15/'16)

Een kwart van de gebruikers van zelf betaalde hulp heeft dusdanige beperkingen dat publiek gefinancierde zorg en ondersteuning een reëel alternatief is; voor 2,6% komt zelfs opname in een verpleeghuis in beeld. Dit is bijna het dubbele van wat we bij het wegvallen van de informele hulp zagen. Bij het wegvallen van zelf betaalde hulp zal dus sneller één

van de zwaardere zorgpakketten (wijkverpleging of opname in een verpleeghuis) in zicht komen. Dit kan alleen als er ook voldoende aanbod beschikbaar is.

Bij het wegvallen van meervoudige zelf betaalde hulp zal er vooral worden uitgeweken naar informele hulp. Dat was ook te verwachten, aangezien deze groep die hulp ook al ontving (dat ligt immers besloten in de definitie van deze meervoudige zorgvorm). Uiteraard is het niet gezegd of deze hulp dan nog steeds toereikend is. Als er sprake is van enkelvoudige zelf betaalde hulp komt publiek gefinancierde zorg en ondersteuning meer in beeld.

Publiek gefinancierde zorg en ondersteuning komt vooral in beeld wanneer er sprake is van (ernstige) geheugenklachten en verweduwing.

De groep die vermoedelijk zal moeten uitwijken naar een verpleeghuis heeft vaak te maken met (ernstige) geheugenklachten en ernstige lichamelijke beperkingen (tabel 4.2). Zij zijn veelal zeer oud en vaak verweduwd, en hebben minder vaak een hoog inkomen dan de uitwijkers naar andere zorgpakketten (tabel 4.2). Zij zeggen ook vaak moeilijk om hulp te kunnen vragen. De uitwijkers naar geen zorg (56%) zijn relatief vaak mannen, minder oud, hebben vaker een verlaagd psychisch welbevinden, maar minder vaak (ernstige) geheugenklachten of meer dan één lichamelijke aandoening dan de andere gebruikers van zelf betaalde hulp. Zij hebben, naast de uitwijkers naar informele hulp, het vaakst een hoog inkomen. De uitwijkers die na het wegvallen van zelf betaalde hulp zouden kunnen uitwijken naar wijkverpleging lijken qua kenmerken het meest op de uitwijkers naar huishoudelijke hulp, maar zij hebben wat vaker een ernstige lichamelijke beperking, zijn vaker man en zitten vaker in de hoogste inkomenscategorie.

Tabel 4.2

Enkele kenmerken van uitwijkers naar geen zorg en verpleeghuiszorg als zorgpakket zelf betaalde hulp wegvalt, 2014-2016, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in gewogen procenten en gemiddelden)^{a, b, c}

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
<i>aandeel in uitwijkers^d</i>	56,3	18,1		9,5	3,1	10,3	2,6
hulpbehoefte							
<i>ernstige lichamelijke beperkingen</i>	5	17		13	15	28	41
<i>meer dan één aandoening</i>	51	64		70	48	65	56
<i>verlaagd psychisch welbevinden</i>	38	34		24	68	24	19
<i>(ernstige) geheugenklachten</i>	9	8		11	5	13	44
<i>hulpmiddelen</i>	16	36		35	30	66	83
<i>redzaamheid in dagelijks leven (rapportcijfer)</i>	7,7	7,3		7,5	7,1	7,1	7,4
persoonskenmerken							
<i>gemiddelde leeftijd</i>	64	66		77	51	77	82
<i>vrouw</i>	71	82		86	67	79	83

Tabel 4.2
(Vervolg)

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
hulpbronnen^e							
<i>verweduwd</i>	24	19		52	9	51	61
<i>in hoogste inkomenscategorie</i>	60	64		36	51	54	54
gemiddelde uren informele hulp van gezin	2	5		2	8	3	2
gemiddelde uren informele hulp van buiten	1	1		0	1	1	0
gemiddelde uren informele hulp	3	5		2	9	4	3
gemiddelde uren zelf betaalde hulp	3	3		3	4	3	3
gemiddelde uren publiek gefinancierde hulp	0	0		0	0	0	0
gemiddelde uren hulp totaal	6	9		5	12	7	6
ggz	17	12		4	40	8	8
maaltijdvoorziening	10	13		24	7	26	19
kan moeilijk hulp vragen	34	41		46	18	53	75
woont niet in geschikte woning	4	7		3	15	4	6
gebruikt nu informele hulp	30	41		25	42	30	24
gebruikt nu zelf betaalde hulp	100	100		100	100	100	100
gebruikt nu huishoudelijke hulp	0	0		0	0	0	0
gebruikt nu begeleiding	0	0		0	0	0	0
gebruikt nu wijkverpleging	0	0		0	0	0	0

a n=243.

b De cursief gedrukte variabelen zijn een onderdeel van het verklaringsmodel en hebben dus een directe invloed op de alternatieven die uit het model volgen.

c Geen = geen zorg; inf = informele hulp; zelf = zelfbetaalde hulp; huish = huishoudelijke hulp; begl = begeleiding; wijkv = wijkverpleging; vph = verpleeghuis.

d Uitwijkers zijn de mensen die in de basissituatie gebruikmaken van het zorgpakket zelf betaalde hulp en moeten uitwijken naar een van de andere zorgpakketten (of geen zorg) wanneer dit wegvalt. Leesvoorbeeld: 56% van de gebruikers van het zorgpakket zelf betaalde hulp zou bij wegvallen van dat zorgpakket uitwijken naar geen zorg.

e Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

4.3 Wat als het zorgpakket huishoudelijke hulp niet meer beschikbaar is

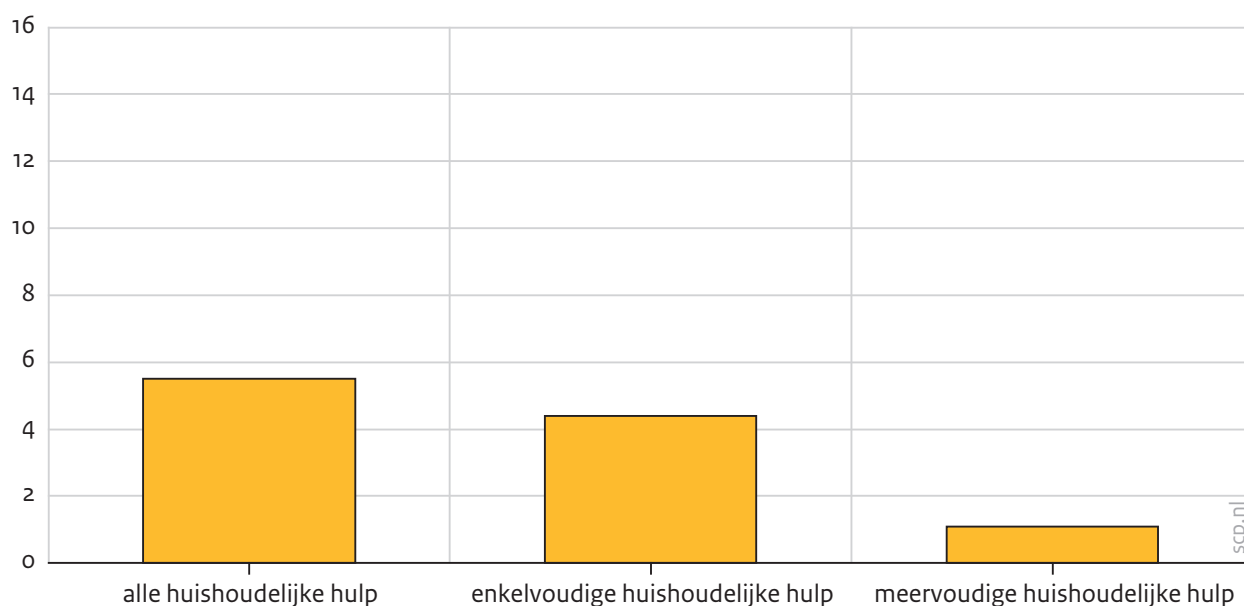
Mensen die onvoldoende hulp kunnen krijgen uit hun eigen netwerk en deze ook niet zelf kunnen inkopen, kunnen op basis van hun beperkingen huishoudelijke hulp uit de Wmo aanvragen. In deze paragraaf gaan we na welke gevolgen het wegvallen van de huishoudelijke hulp uit de Wmo heeft bij de mensen die dat als enige vorm van hulp ontvangen (enkelvoudige huishoudelijke hulp) of samen met informele en/of zelf betaalde hulp (meervoudige huishoudelijke hulp).

Wegvallen van huishoudelijke hulp zou bijna 250.000 mensen treffen

5,5% van de 18-plussers met gezondheidsbeperkingen ontvangt huishoudelijke hulp, eventueel samen met informele dan wel zelf betaalde hulp (figuur 4.5). Dit is ongeveer een zesde van degenen die zorg en ondersteuning ontvangen. Het geheel wegvallen van deze hulp zou dus iets minder dan 250.000 mensen treffen.³⁹ Een vijfde van de ontvangers van het zorgpakket huishoudelijke hulp ontvangt dat in de vorm van meervoudige hulp.

Figuur 4.5

Aandeel ontvangers van het zorgpakket huishoudelijke hulp, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^a



a n=263; n=203; n=60.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OI'15/'16)

Dat is vooral de combinatie met informele hulp, want er is bijna geen overlap tussen het zorgpakket huishoudelijke hulp uit de Wmo en zelf betaalde hulp (tabel 3.3). Dit komt waarschijnlijk doordat de zelf betaalde hulp het meest wordt ingehuurd voor huishoudelijk werk (Putman et al. 2016, 2017; Verbeek-Oudijk et al. 2017).

Bij wegvallen van huishoudelijke hulp komt voor een kwart van de gebruikers wijkverpleging of verpleeghuiszorg in beeld

Bij het wegvallen van huishoudelijke hulp uit de Wmo zouden vier van de vijf gebruikers (figuur 4.6) vermoedelijk geen enkele vorm van hulp meer ontvangen. Dit is een flink aandeel.⁴⁰ Anders dan bij het wegvallen van de meeste andere vormen van hulp zou dus meer dan de helft uitwijken naar andere vormen van zorg en ondersteuning (58,2%). De meesten

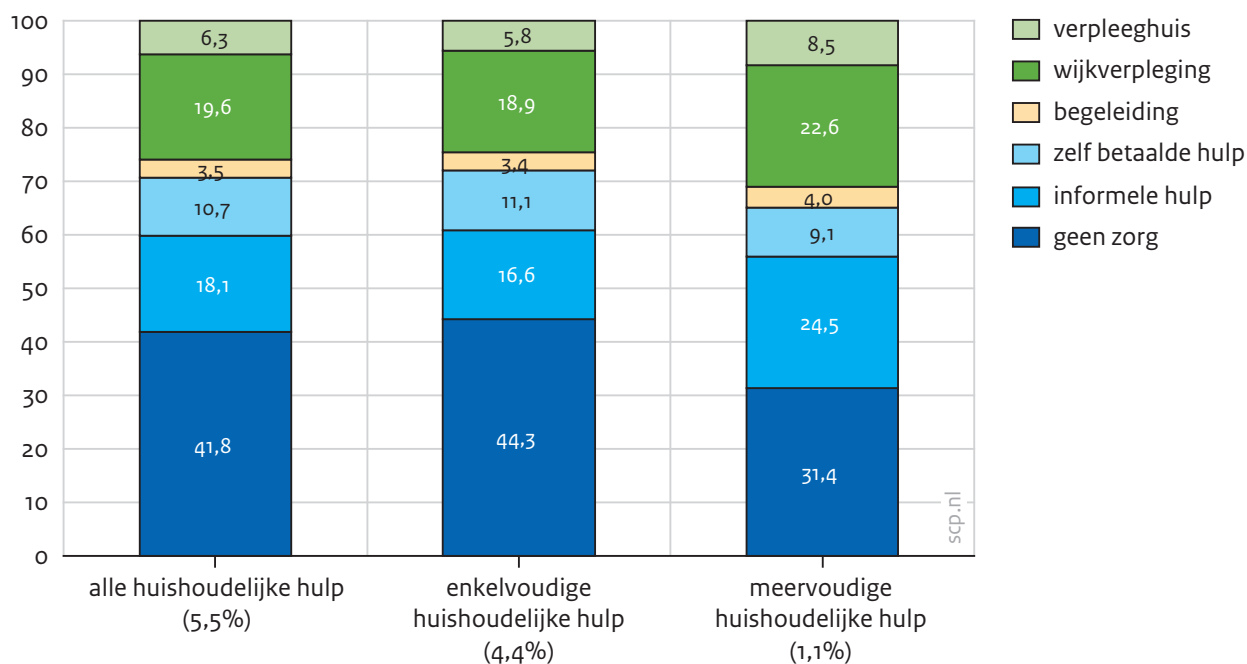
³⁹ Dit is dus minder dan de 370.000 personen (Pommer et al. 2018) die gebruikmaken van de huishoudelijke hulp uit de Wmo, want dat betreft alle mensen met huishoudelijke hulp, dus ook zij die begeleiding of wijkverpleging ontvangen.

van hen zouden vermoedelijk een beroep moeten doen op de wijkverpleging (19,6%) of de informele hulp (18,1%) en het aandeel voor wie opname in een verpleeghuis een reëel alternatief is, is aanzienlijk (6,3%; ruim 15.000 mensen). Dit is nog sterker als het meervoudige huishoudelijke hulp betreft (dus samen met informele hulp en/of zelf betaalde hulp); 22,6% zou een beroep op wijkverpleging kunnen gaan doen (circa 47.000 mensen) en 8,5% op verpleeghuiszorg. Dit geeft aan dat huishoudelijke hulp weliswaar geen ‘zware hulp’ is, maar wel vaak wordt gebruikt door mensen met een grote hulpbehoefte. Dit geeft het belang aan van het ontvangen van huishoudelijke hulp ter voorkoming van opname in een verpleeghuis (zie ook bv. De Boer et al. 2003).

Bij het wegvallen van meervoudige huishoudelijke hulp wordt het vaakst uitgeweken naar informele hulp, waarschijnlijk omdat die al beschikbaar is. Het is echter niet vanzelfsprekend dat de informele helpers de hulp in het huishouden ook daadwerkelijk kunnen en willen overnemen.

Figuur 4.6

Zorgalternatieven bij wegvallen van huishoudelijke hulp voor mensen met deze hulp, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^{a, b}



a Alle huishoudelijke hulp (n=263), enkelvoudige huishoudelijke hulp (n=203), meervoudige huishoudelijke hulp (n=60).

b Leesvoorbeeld: voor 6,3% van de gebruikers van het zorgpakket huishoudelijke hulp (linkerkolom) is verpleeghuiszorg een alternatief.

Bron: scp/cbs (ozg'14-'16, oii'15/'16)

40 Dit wordt overigens vaker gevonden in de literatuur, zie eerdere bijvoorbeeld Vernhout et al. (2004), Eggink et al. (2009, 2012) of Woittiez et al. (2015).

Uitwijkers naar duurdere vormen van publiek gefinancierde zorg zijn oud, met vaak ernstige lichamelijke beperkingen en weinig hulpbronnen

Meer dan 30% van de volwassenen met een gezondheidsbeperking die huishoudelijke hulp ontvangen, heeft een ernstige lichamelijke beperking, het aandeel mensen met (ernstige) geheugenklachten is 12% en het aandeel dat hulpmiddelen gebruikt is bijna 52% (bijlage A, tabel A.2). Die aandelen zijn veel hoger dan bij bijvoorbeeld mensen die alleen informele hulp ontvangen. Het betreft een hulpbehoevender groep die ook relatief oud is (80% is 65-plus). Degenen die naar de wijkverpleging of het verpleeghuis uitwijken als de huishoudelijke hulp niet meer beschikbaar is, zijn de meest kwetsbaren uit deze groep (tabel 4.3). Zij zijn gemiddeld gesproken ouder, redden zich slechter in het dagelijkse leven, hebben vaker ernstige lichamelijke beperkingen, een verlaagd psychisch welbevinden of (ernstige) geheugenklachten dan mensen die vermoedelijk uitwijken naar informele hulp of het zonder zorg zullen (moeten) doen. Ook hebben zij minder hulpbronnen: zij zijn vaker verweerd en zitten minder vaak in de hoogste inkomenscategorie dan de uitwijkers naar de andere zorgpakketten. De uitwijkers naar verpleeghuiszorg scoren hoog op alle verschillende indicatoren voor hulpbehoefte.

Tabel 4.3

Enkele kenmerken van uitwijkers naar andere vormen van zorg en ondersteuning als zorgpakket huishoudelijke hulp wegvalt, 2014-2016, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in gewogen procenten en gemiddelden)^{a, b, c}

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
<i>aandeel in uitwijkers^d</i>	41,8	18,1	10,7		3,5	19,6	6,3
hulpbehoefte							
<i>ernstige lichamelijke beperkingen</i>	14	38	18		42	60	71
<i>meer dan één aandoening</i>	59	72	73		75	79	67
<i>verlaagd psychisch welbevinden</i>	29	41	31		75	48	50
<i>(ernstige) geheugenklachten</i>	6	7	15		3	18	40
<i>hulpmiddelen</i>	16	37	35		43	59	73
<i>redzaamheid in dagelijks leven (rapportcijfer)</i>	7,1	6,9	7,0		6,7	6,6	6,1
persoonskenmerken							
<i>gemiddelde leeftijd</i>	70	68	77		60	77	80
<i>vrouw</i>	63	76	87		62	80	80

Tabel 4.3
(Vervolg)

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
hulpbronnen^e							
<i>verweduwd</i>	32	22	54		11	52	60
<i>in hoogste inkomenscategorie</i>	14	16	25		9	8	9
gemiddelde uren informele hulp van gezin	1	3	2		3	3	6
gemiddelde uren informele hulp van buiten	0	1	0		0	1	1
gemiddelde uren informele hulp	1	4	2		4	4	6
gemiddelde uren zelf betaalde hulp	0	0	0		0	0	1
gemiddelde uren publiek gefinancierde hulp	3	3	3		3	3	5
gemiddelde uren hulp totaal	5	7	5		6	7	12
ggz	8	11	5		27	6	2
maaltijdvoorziening	20	19	23		25	24	25
kan moeilijk hulp vragen	42	40	36		40	33	34
woont niet in geschikte woning	6	7	10		6	7	15
gebruikt nu informele hulp	13	25	16		20	22	26
gebruikt nu zelf betaalde hulp	2	2	2		2	3	5
gebruikt nu huishoudelijke hulp	100	100	100		100	100	100
gebruikt nu begeleiding	0	0	0		0	0	0
gebruikt nu wijkverpleging	0	0	0		0	0	0

a n=263.

b De cursief gedrukte variabelen zijn een onderdeel van het verklaringsmodel en hebben dus een directe invloed op de alternatieven die uit het model volgen.

c Geen = geen zorg; inf = informele hulp; zelf = zelfbetaalde hulp; huish = huishoudelijke hulp; begl = begeleiding; wijkv = wijkverpleging; vph = verpleeghuis.

d Uitwijkers zijn de mensen die in de basissituatie gebruikmaken van het zorgpakket huishoudelijke hulp en moeten uitwijken naar een van de andere zorgpakketten (of geen zorg) wanneer dit wegvalt. Leesvoorbeeld: 42% van de gebruikers van het zorgpakket huishoudelijke hulp zou bij wegvallen van dat zorgpakket uitwijken naar geen zorg.

e Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: scp/cbs (ozg'14-'16, oii'15/'16)

Zoals aangegeven zou een grote groep (bijna 42%) van de ontvangers van het zorgpakket huishoudelijke hulp bij het wegvallen daarvan wel eens geen zorg meer kunnen ontvangen. Het betreft hier relatief vaak mannen en mensen die relatief jong zijn met een lage hulpbehoefte ten opzichte van de andere uitwijkers. Toch heeft ook van hen nog 14% een ernstige lichamelijke beperking.

De uitwijkers naar informele zorg die meervoudige huishoudelijke hulp ontvangen, dus gecombineerd met (vooral) informele hulp, hebben veel vaker ernstige lichamelijke beperkingen dan de uitwijkers naar informele zorg die enkelvoudige huishoudelijke hulp ontvangen. Dit suggereert dat ze nog thuis kunnen wonen omdat er veel vaker iemand is aan wie ze hulp kunnen vragen (bv. aan uitwonende kinderen). En doordat ze gemiddeld hoger opgeleid zijn en een hoger inkomen hebben, kunnen ze vermoedelijk de zorg thuis gemakkelijker regelen.

4.4 Wat als het zorgpakket begeleiding niet meer beschikbaar is

Als iemand niet goed voor zichzelf kan zorgen of niet sociaal redzaam⁴¹ is en het niet lukt om voldoende informele of zelf betaalde hulp te krijgen, kan hij daarvoor begeleiding ontvangen vanuit de Wmo. Hulpverleners leren daarbij de zorgvrager vaardigheden aan, ondersteunen hem of haar bij de handelingen of houden toezicht. In deze paragraaf richten we ons op mensen die begeleiding ontvangen, al dan niet met huishoudelijke hulp, zelf betaalde of informele hulp. We gaan na in welke mate de kans op publiek gefinancierde zorg en ondersteuning stijgt als de begeleiding uit de Wmo wegvalt.

Het wegvallen van het zorgpakket begeleiding zou iets minder dan 200.000 mensen treffen

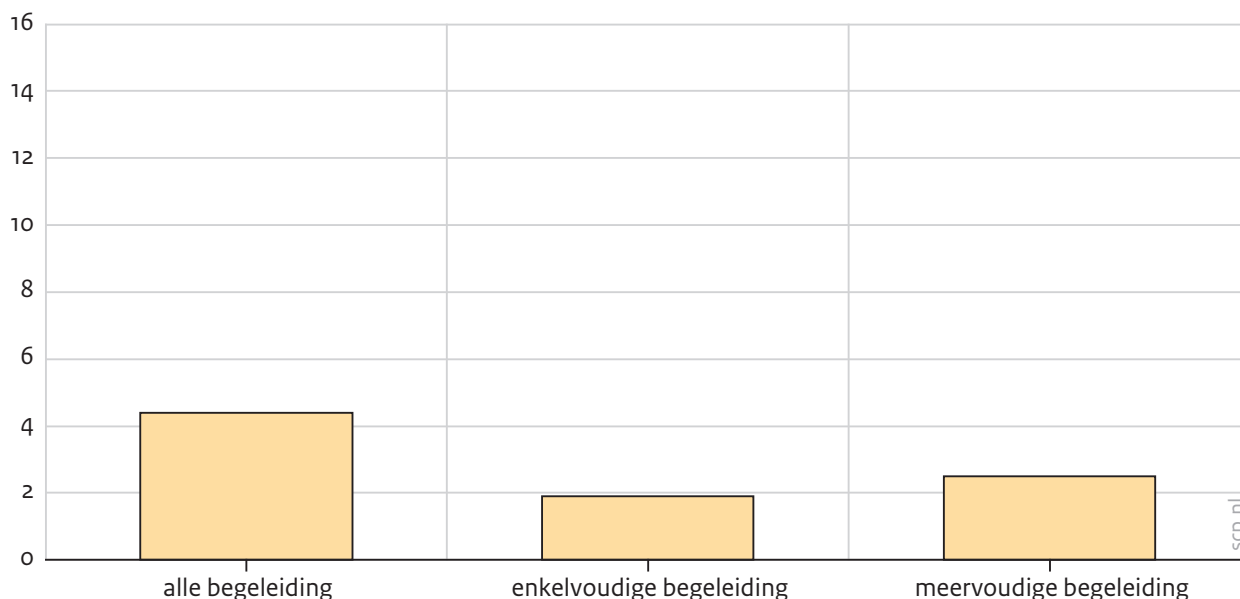
Ruim 4% van de 18-plussers met gezondheidsbeperkingen ontvangt het zorgpakket begeleiding (figuur 4.7), ofwel een kleine 200.000 mensen.⁴² Bijna twee derde van de mensen met begeleiding ontvangt daarnaast andere hulp (meervoudige begeleiding, 2,5% van de 18-plussers met gezondheidsbeperkingen). 38% ontvangt naast de begeleiding ook informele hulp, 18% ontvangt ook huishoudelijke hulp en 10% ontvangt ook zelf betaalde hulp (tabel 3.3).

41 Dat wil zeggen dat hij niet weet hoe hij zich thuis, op school, op het of werk of bij vrienden moet gedragen.

42 Bij het zorgpakket begeleiding ontvangt iemand begeleiding, al dan niet met huishoudelijke hulp, zelf betaalde of informele hulp, maar zonder wijkverpleging.

Figuur 4.7

Aandeel ontvangers begeleiding, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^a



a n=196; n=80; n=116.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Overige publiek gefinancierde zorg nauwelijks alternatief voor enkelvoudige begeleiding

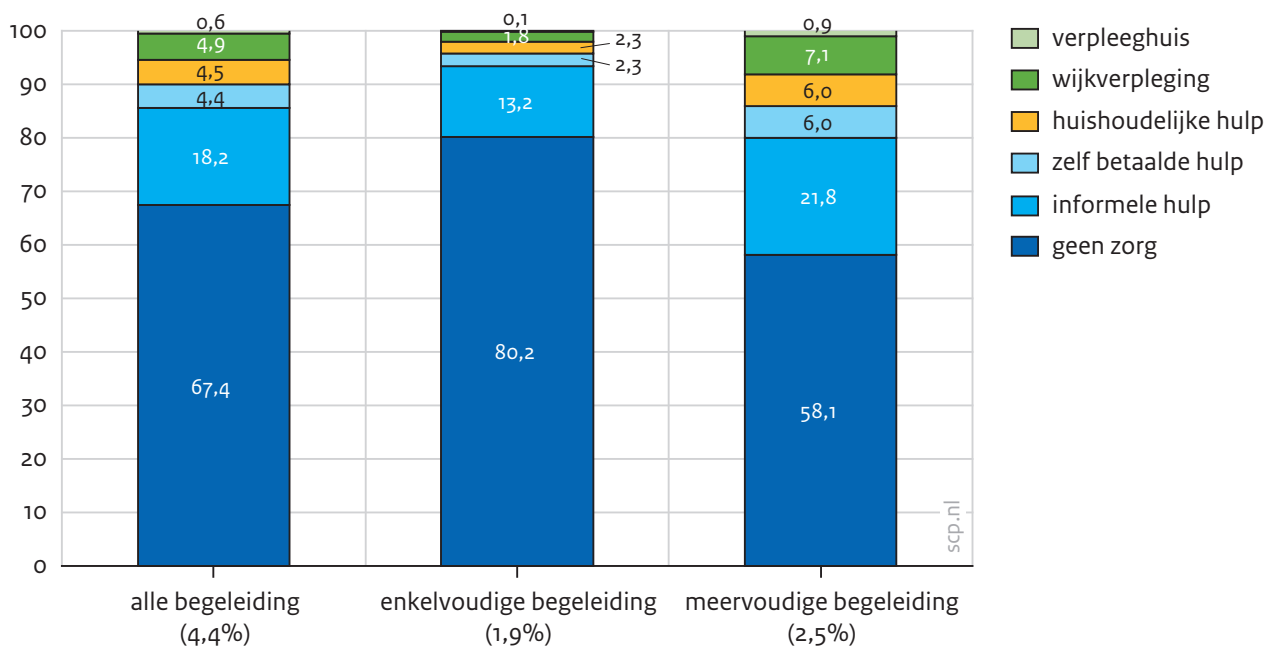
Als de begeleiding uit de Wmo zou wegvallen, zou 67,4% vermoedelijk niet kunnen terugvallen op een andere vorm van zorg en ondersteuning. Mogelijk heeft dit grote aandeel te maken met het feit dat begeleiding de enige zorgvorm is die vooral is gericht op psychische en verstandelijke problematiek en de rest vooral op lichamelijke beperkingen. Van de ontvangers van begeleiding die wel naar andere zorg en ondersteuning zouden kunnen uitwijken (de overige 32,6%), wijkt een aanzienlijk deel uit naar informele hulp (18,2%, figuur 4.8). Het is duidelijk dat er nauwelijks alternatieve vormen van publiek gefinancierde zorg en ondersteuning zijn voor de begeleiding van 18-plussers met een gezondheidsbeperking. Een zeer kleine groep komt in aanmerking voor opname in een verpleeghuis als de begeleiding wegvalt (0,9%); zij zijn veelal ouder dan andere gebruikers van begeleiding en bij hen is relatief vaak sprake van (ernstige) geheugenklachten (tabel 4.4).

Verder valt het grote verschil op in mogelijke gevolgen tussen het wegvallen van enkelvoudige en meervoudige begeleiding.⁴³ Bij het wegvallen van enkelvoudige begeleiding verwachten we dat nog maar 20% zal uitwijken naar een andere vorm van zorg. Bij het wegvallen van meervoudige begeleiding is dat twee keer zo hoog (41,9%). In beide gevallen wordt vooral naar informele hulp uitgeweken.

43 Bij meervoudige begeleiding ontvangt men naast begeleiding ook informele, zelf betaalde of huishoudelijke hulp.

Figuur 4.8

Zorgalternatieven bij wegvallen van begeleiding voor mensen met deze hulp, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^{a, b}



a Alle huishoudelijke hulp (n=196); enkelvoudige huishoudelijke hulp (n=80), meervoudige huishoudelijke hulp (n=116).

b Leesvoorbeeld: voor 0,6% van de gebruikers van het zorgpakket begeleiding (linkerkolom) is verpleeghuiszorg een alternatief.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Uitwijkers naar geen zorg zijn vaak relatief jong met een verlaagd psychisch welbevinden

We zagen al eerder dat de ontvangers van het zorgpakket begeleiding relatief jong zijn: 90% is tussen de 18 en 64 jaar (figuur 3.4). De groep die vermoedelijk uitwijkt naar publiek gefinancierde zorg lijkt vooral de oudste groep ontvangers te betreffen die relatief vaak ernstige lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden hebben en een lage redzaamheid rapporteren (tabel 4.4). Van de uitwijkers naar een verpleeghuis heeft een kwart (ernstige) geheugenklachten. De mensen die vermoedelijk geen hulp meer ontvangen als de begeleiding wegvalt, lijkt een heel andere groep. Zij zijn jonger, hebben zelden een ernstige lichamelijke beperking, maar juist vaak een verlaagd psychisch welbevinden. Degenen met psychische problematiek komen blijkbaar niet gemakkelijk voor een andere vorm van begeleiding in aanmerking als deze wegvalt. Qua kenmerken lijkt de groep die vermoedelijk kan uitwijken naar informele hulp tussen de andere groepen in te zitten: vaker ernstige lichamelijke beperkingen en minder vaak een verlaagd psychisch welbevinden dan de uitwijkers naar geen zorg en minder vaak ernstige lichamelijke beperkingen en vaker een verlaagd psychisch welbevinden dan de uitwijkers naar verpleeghuiszorg. Opvallend is dat mensen die vermoedelijk van begeleiding zullen uitwijken naar de lichtere zorgvormen thuis vaker ggz-zorg ontvangen dan de anderen. Dit is blijkbaar voor hen een belangrijke hulpbron om thuis te kunnen blijven wonen.

Tabel 4.4

Enkele kenmerken van uitwijkers naar andere vormen van zorg en ondersteuning als zorgpakket begeleiding wegvalt, 2014-2016, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in gewogen procenten en gemiddelden)^{a, b, c}

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
<i>aandeel in uitwijkers^d</i>	67,4	18,2	4,4	4,5		4,9	0,6
hulpbehoefte							
<i>ernstige lichamelijke beperkingen</i>	4	22	11	32		56	84
<i>meer dan één aandoening</i>	34	57	51	65		64	47
<i>verlaagd psychisch welbevinden</i>	83	72	59	73		58	49
<i>(ernstige) geheugenklachten</i>	0	1	4	3		5	27
<i>hulpmiddelen</i>	6	18	26	25		57	85
<i>redzaamheid in dagelijks leven (rapportcijfer)</i>	7,7	6,6	7,1	6,4		5,9	5,3
persoonskenmerken							
<i>gemiddelde leeftijd</i>	43	46	53	52		54	63
<i>vrouw</i>	52	72		69		62	42
hulpbronnen^e							
<i>verweduwd</i>	2	3	8	4		11	9
<i>in hoogste inkomenscategorie</i>	31	26	51	9		17	19
<i>gemiddelde uren informele hulp van gezin</i>	6	7	6	6		6	6
<i>gemiddelde uren informele hulp van buiten</i>	1	2	2	1		2	2
<i>gemiddelde uren informele hulp</i>	7	9	9	7		8	9
<i>gemiddelde uren zelf betaalde hulp</i>	0	1	1	1		1	1
<i>gemiddelde uren publiek gefinancierde hulp</i>	3	4	5	4		6	7
<i>gemiddelde uren hulp totaal</i>	11	13	15	12		14	16
<i>ggz</i>	90	89	82	86		74	53
<i>maaltijdvoorziening</i>	10	9	7	14		18	14
<i>kan moeilijk hulp vragen</i>	22	31	27	36		35	27
<i>woont niet in geschikte woning</i>	5	10	5	9		8	10
<i>gebruikt nu informele hulp</i>	33	47	49	45		46	49
<i>gebruikt nu zelf betaalde hulp</i>	8	10	24	19		17	15

Tabel 4.4
(Vervolg)

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
gebruikt nu huishoudelijke hulp	14	23	20	34		44	69
gebruikt nu begeleiding	100	100	100	100		100	100
gebruikt nu wijkverpleging	0	0	0	0		0	0

a n=196.

b De cursief gedrukte variabelen zijn een onderdeel van het verklaringsmodel en hebben dus een directe invloed op de alternatieven die uit het model volgen.

c Geen = geen zorg; inf = informele hulp; zelf = zelfbetaalde hulp; huish = huishoudelijke hulp; begl = begeleiding; wijkv = wijkverpleging; vph = verpleeghuis.

d Uitwijkers zijn de mensen die in de basissituatie gebruikmaken van het zorgpakket begeleiding en moeten uitwijken naar een van de andere zorgpakketten (of geen zorg) wanneer dit wegvalt. Leesvoorbeeld: 67% van de gebruikers van het zorgpakket begeleiding zou bij wegvallen van dat zorgpakket uitwijken naar geen zorg.

e Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

4.5 Wat als het zorgpakket wijkverpleging niet meer beschikbaar is

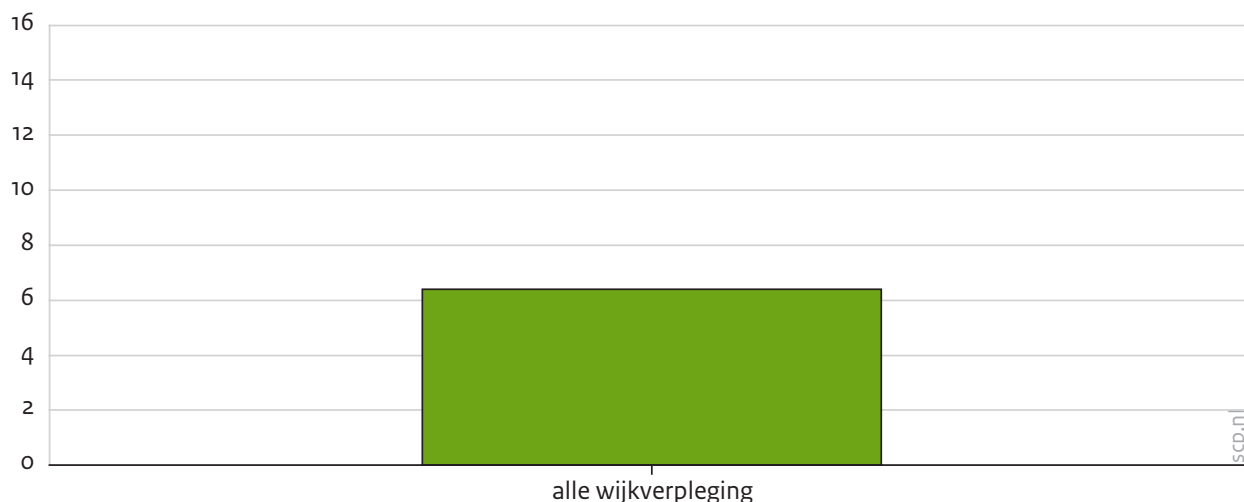
Als iemand een medische aandoening of een hoog risico daarop heeft, of zich niet meer zelfstandig kan aankleden of wassen en douchen, kan deze persoon daarvoor wijkverpleging uit de Zvw ontvangen. Het gaat om bijvoorbeeld wondverzorging, het klaarzetten van medicijnen en deze toedienen of hulp bij de persoonlijke verzorging. In deze paragraaf richten we ons op mensen die wijkverpleging ontvangen, die ze vaak samen met huishoudelijke hulp ontvangen (tabel 3.3). We gaan hier na hoeveel mensen andere vormen van zorg en ondersteuning thuis dan wel opname in een verpleeghuis als alternatief hebben wanneer men geen wijkverpleging meer kan ontvangen.

Het wegvallen van het zorgpakket wijkverpleging zou ongeveer 280.000 mensen treffen 6,4% van de 18-plussers met een beperking maakt gebruik van het zorgpakket wijkverpleging (figuur 3.1), ofwel ongeveer 280.000 mensen.⁴⁴ Veel van hen ontvangen naast de wijkverpleging ook huishoudelijke hulp (59%) en/of informele hulp (41%, tabel 3.3). Omdat enkelvoudige wijkverpleging niet veel voorkomt (tabel 3.2), maken we in de simulatie-analyse geen onderscheid tussen enkelvoudige en meervoudige hulp.

44 Het gaat hier om het ontvangen van persoonlijke verzorging en/of verpleging voor een langdurige periode. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met eerder gepubliceerde gebruikscijfers, waarbij ongeveer 300.000 van de circa 500.000 mensen die in een jaar hulp van de wijkverpleging ontvangen deze hulp drie maanden of langer krijgen (Vektis 2018).

Figuur 4.9

Aandeel ontvangers van wijkverpleging, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^a



a Alle wijkverpleging (n=375); het aantal respondenten met enkelvoudige wijkverpleging is te klein om afzonderlijk te onderzoeken.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

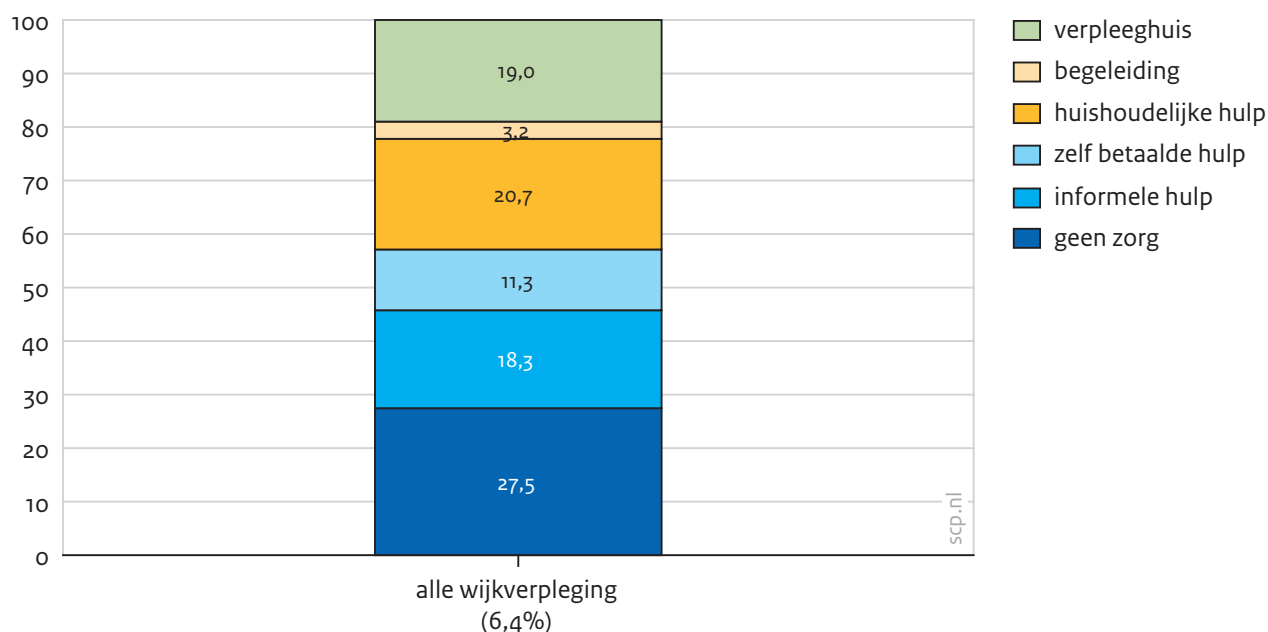
Meer dan 40% zal uitwijken naar andere publiek gefinancierde zorg, 19% naar verpleeghuiszorg

Als wijkverpleging zou wegvallen, zou naar verwachting iets meer dan een kwart van de gebruikers van wijkverpleging geen zorg meer ontvangen en dat is weliswaar veel minder dan bij andere vormen van zorg en ondersteuning, maar nog steeds veel. Hier komen we verderop op terug.

Driekwart zou dus vermoedelijk uitwijken naar een andere vorm van zorg en ondersteuning (figuur 4.10). Dat is veel meer dan bij enige andere vorm van zorg en ondersteuning. Van de overgrote meerderheid die zou kunnen uitwijken, zou een opvallend groot deel in aanmerking kunnen komen voor opname in een verpleeghuis (19,0%). Dat is in dezelfde orde van grootte als het aandeel uitwijkers naar huishoudelijke hulp (20,7%) en informele hulp (18,3%). Het is wel goed te bedenken dat het hier niet om het wegvallen van wijkverpleging alleen gaat, maar om wijkverpleging samen met de andere typen zorg en ondersteuning thuis die worden ontvangen. De zorgbehoefte van deze groep mensen is dus relatief groot.

Figuur 4.10

Zorgalternatieven bij wegvallen van wijkverpleging voor mensen met deze hulp, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^{a, b, c}



a (n=375).

b Het aantal respondenten met enkelvoudige wijkverpleging is te klein om afzonderlijk te onderzoeken.

c Leesvoorbeeld: voor 19% van de gebruikers van het zorgpakket wijkverpleging (linkerkolom) is verpleeghuiszorg een alternatief.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Meest kwetsbare groep op de rand van opname in een verpleeghuis

18-plussers met een beperking die wijkverpleging ontvangen, lijken qua hulpbehoefte, leeftijd en inkomen het meest op de huidige verpleeghuisbewoners (zie § 3.3). Wij zien dan ook dat zij vermoedelijk het vaakst (één op de vijf) naar een verpleeghuis zouden moeten verhuizen als de wijkverpleging thuis wegvalt (figuur 4.10). Zij zijn relatief oud (gemiddeld 84 jaar), vaak verweduwd, zitten niet vaak in de hoogste inkomenscategorie. Ook is er in bijna alle gevallen sprake van ernstige lichamelijke beperkingen en heeft 35% (ernstige) geheugenklachten. Deze groep ontvangt veel uren zorg en bijna de helft maakt daarnaast gebruik van een maaltijdvoorziening. Dit alles resulteert in een lage zelfgerapporteerde redzaamheid (5,9).

Als we hen vergelijken met de mensen die vermoedelijk niet langer hulp ontvangen als de wijkverpleging wegvalt, valt op dat deze laatste groep veel minder hulpbehoevend is, jonger is, zegt zich beter te kunnen redden en vaker meer hulpbronnen heeft. Het is dan ook goed mogelijk dat het hier tijdelijke wijkverpleging betrof, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval en revalidatie. Een groot deel blijkt namelijk geen of (nog) lichte lichamelijke beperkingen te hebben.

Tabel 4.5

Enkele kenmerken van uitwijkers naar geen zorg en andere vormen van zorg en ondersteuning als zorgpakket wijkverpleging wegvalt, 2014-2016, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in gewogen procenten en gemiddelden)^{a, b, c}

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
<i>aandeel in uitwijkers^d</i>	27,5	18,3	11,3	13,5	3,2		19,0
hulpbehoefte							
<i>ernstige lichamelijke beperkingen</i>	31	62	49	72	58		91
<i>meer dan één aandoening</i>	56	69	73	77	65		72
<i>verlaagd psychisch welbevinden</i>	37	42	29	40	73		39
<i>(ernstige) geheugenklachten</i>	7	8	12	9	4		35
<i>hulpmiddelen</i>	42	68	77	75	56		95
<i>redzaamheid in dagelijks leven (rapportcijfer)</i>	7,1	6,4	6,7	6,4	6,2		5,9
persoonskenmerken							
<i>gemiddelde leeftijd</i>	66	68	79	79	55		84
<i>vrouw</i>	53	68	78	78	55		72
hulpbronnen^e							
<i>verweduwd</i>	23	20	55	57	15		68
<i>in hoogste inkomenscategorie</i>	29	23	39	8	20		13
<i>gemiddelde uren informele hulp van gezin</i>	5	9	5	3	10		4
<i>gemiddelde uren informele hulp van buiten</i>	2	2	2	1	2		2
<i>gemiddelde uren informele hulp</i>	7	10	7	5	11		6
<i>gemiddelde uren zelf betaalde hulp</i>	1	1	3	1	1		1
<i>gemiddelde uren publiek gefinancierde hulp</i>	8	9	8	8	12		12
<i>gemiddelde uren hulp totaal</i>	16	21	17	14	23		20
<i>ggz</i>	20	17	8	5	31		5
<i>maaltijdvoorziening</i>	26	24	34	34	15		48
<i>kan moeilijk hulp vragen</i>	52	48	50	49	39		53
<i>woont niet in geschikte woning</i>	5	9	6	6	13		7
<i>gebruikt nu informele hulp</i>	39	43	37	37	47		45
<i>gebruikt nu zelf betaalde hulp</i>	19	20	24	15	18		21

Tabel 4.5
(Vervolg)

	geen	inf	zelf	huish	begl	wijkv	vph
gebruikt nu huishoudelijke hulp	42	55	59	71	50		78
gebruikt nu begeleiding	14	15	9	6	27		8
gebruikt nu wijkverpleging	100	100	100	100	100		100

a n=375.

b De cursief gedrukte variabelen zijn een onderdeel van het verklaringsmodel en hebben dus een directe invloed op de alternatieven die uit het model volgen.

c Geen = geen zorg; inf = informele hulp; zelf = zelfbetaalde hulp; huish = huishoudelijke hulp; begl = begeleiding; wijkv = wijkverpleging; vph = verpleeghuis.

d Uitwijkers zijn de mensen die in de basissituatie gebruikmaken van het zorgpakket wijkverpleging en moeten uitwijken naar een van de andere zorgpakketten (of geen zorg) wanneer dit wegvalt. Leesvoorbeeld: 28% van de gebruikers van het zorgpakket wijkverpleging zou bij wegvallen van dat zorgpakket uitwijken naar geen zorg.

e Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

4.6 Welke ondersteuning biedt de meeste kans om zelfstandig te blijven wonen?

We hebben in de voorgaande paragrafen bekeken wat het wegvallen van een bepaald type ondersteuning voor gevolgen heeft voor de kans op de andere vormen van zorg en ondersteuning thuis of opname in een verpleeghuis. Om zicht te krijgen op de relatie tussen het wegvallen van elk zorgpakket van zorg en ondersteuning en de kans op opname in een verpleeghuis, hebben we de resultaten uit de voorgaande paragrafen op een rijtje gezet. Achtereenvolgens bekijken we per zorgpakket hoeveel mensen het betreft, in hoeverre het wegvallen van een zorgpakket de kans op opname vergroot en hoe kwetsbaar de mensen zijn om wie het gaat.

Het wegvallen van het zorgpakket informele hulp treft de meeste mensen

Het wegvallen van het zorgpakket informele hulp (dus informele hulp zonder andere zorgvormen) treft verreweg de meeste mensen: 13,9% van de mensen met een gezondheidsbeperking (zie figuur 4.11) ofwel circa 625.000 mensen. Het wegvallen van de meervoudige huishoudelijke hulp treft de minste mensen: 1,1%, oftewel ongeveer ruim 60.000 mensen.⁴⁵ Opvallend is dat de groep die relatief zware zorg ontvangt (wijkverpleging) ook relatief groot is (met 6,4% na de informele hulp de grootste groep), het gaat dan om ruim 280.000 mensen. Het gaat hier vaak om tijdelijke gebruikers van wijkverpleging (niet in figuur).

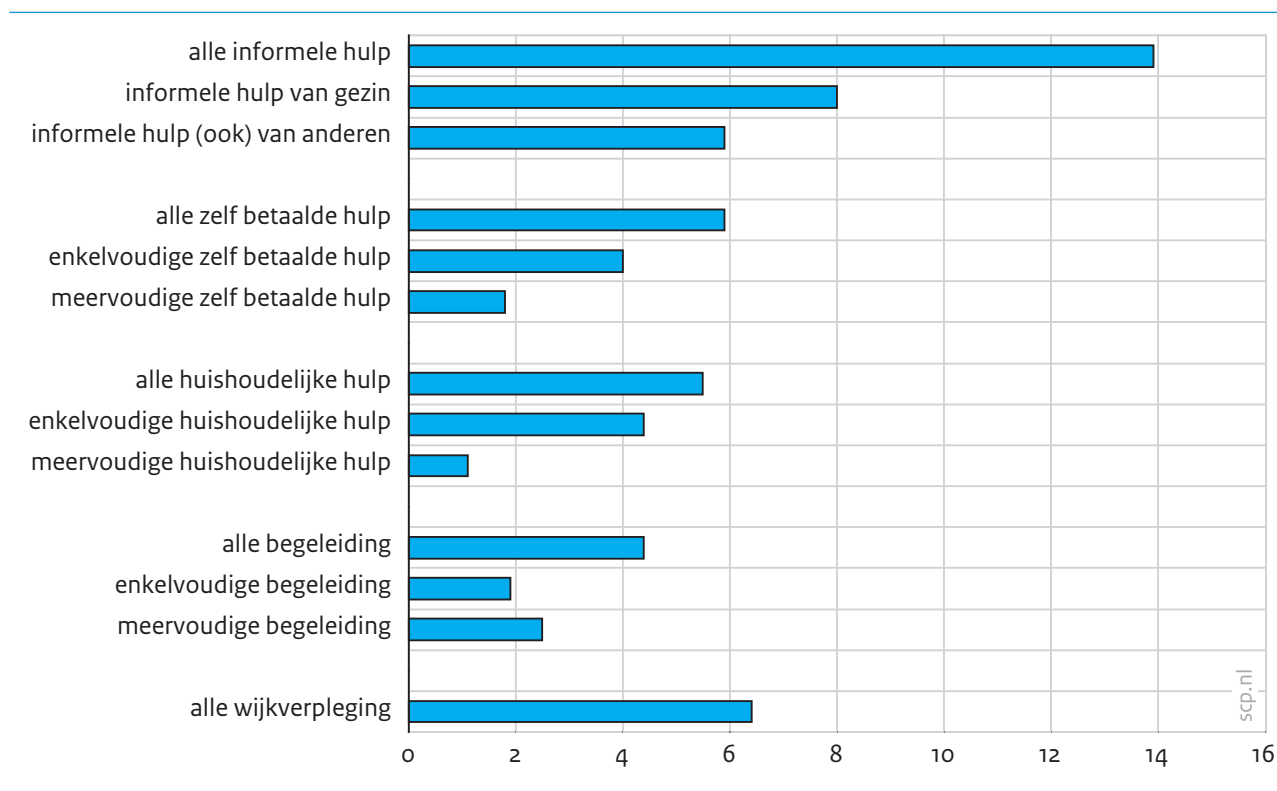
45 Alleen de groep gebruikers van enkelvoudige wijkverpleging is nog kleiner. Deze groep is echter dusdanig klein, dat er geen analyses voor kunnen worden uitgevoerd.

Verpleeghuis vooral vaak alternatief voor wijkverpleging, maar ook voor huishoudelijke hulp

De kans dat iemand naar een verpleeghuis moet, is onder meer afhankelijk van iemands gezondheidsbeperkingen, zijn leeftijd en zijn mogelijkheden om alternatieve zorg te regelen of te financieren. De aanwezige zorg en ondersteuning thuis vormt eveneens een belangrijke factor in het voorkomen van een opname in een verpleeghuis. Bij het wegvallen van elk van deze typen zorg en ondersteuning lijkt opname in een verpleeghuis telkens een reëel alternatief, alhoewel de mate waarin verpleeghuiszorg een alternatief is, verschilt per type hulp. Vooral bij het wegvallen van wijkverpleging lijkt opname in een verpleeghuis vaak een alternatief. 19% van de groep die getroffen wordt door het wegvallen van wijkverpleging zou wellicht naar een verpleeghuis moeten verhuizen. Het gaat hier dan ook om een groep die over het algemeen al een heel bouwwerk van verschillende vormen van zorg en ondersteuning ontvangt (zie de combinatie van zorgvormen in tabel 3.3). Slechts 11% van degenen met wijkverpleging ontvangt geen andere zorg en ondersteuning, de meeste anderen ontvangen wijkverpleging in combinatie met informele hulp of huishoudelijke hulp. Bovendien hebben degenen die wijkverpleging ontvangen vaker een ernstige lichamelijke beperking, zijn ze ouder en vaker verweduwd dan de andere 18-plussers met gezondheidsbeperkingen (§ 3.3). Ze krijgen gemiddeld veel uur zorg. Het lijkt erop dat deze groep nog net zelfstandig kan wonen, maar als de wijkverpleging wegvalt, stort het bouwwerk in en wordt opname in een verpleeghuis een reëel alternatief.

Figuur 4.11

Aandeel ontvangers van zorgpakket, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)

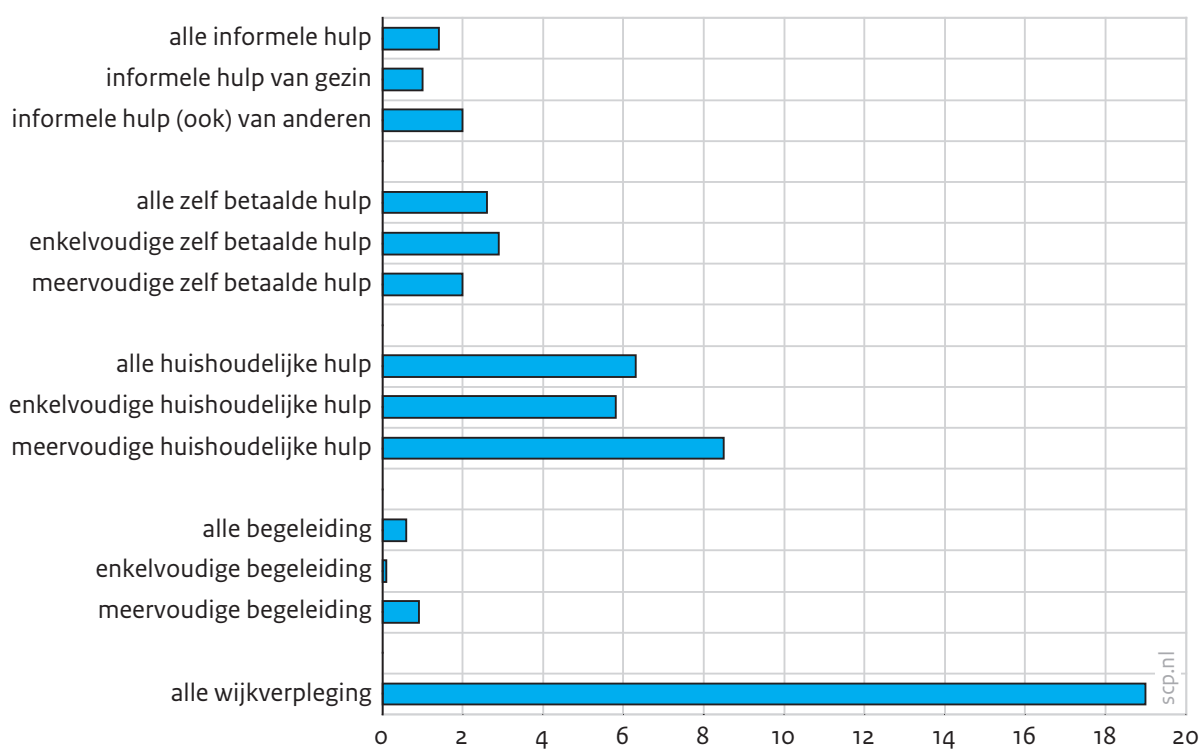


Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Hoewel de gevolgen van het wegvallen van wijkverpleging voor de betrokkenen verreweg het grootste zijn, zijn ook de consequenties van het wegvallen van huishoudelijke hulp aanzienlijk. Voor 6% van hen is verpleeghuiszorg een alternatief: minstens drie keer zo veel als van het wegvallen van de andere vormen van zorg en ondersteuning. De mensen met huishoudelijke hulp hebben dan ook vaker dan de mensen die informele of zelf betaalde hulp ontvangen, matige of ernstige beperkingen (figuur 3.2). Voor het beleid is het dus belangrijk om zich te realiseren dat het wegvallen van huishoudelijke hulp lang niet altijd kan worden opgevangen door informele of zelf betaalde hulp. Voor een groot deel van deze mensen komt juist een van de zwaardere zorgpakketten (wijkverpleging of opname in een verpleeghuis) in zicht.

Figuur 4.12

Gevolgen voor verpleeghuiszorg als andere zorg, bevolking van 18 jaar en ouder met een gezondheidsbeperking wegvalt, verandering per 100 betrokkenen, 2014-2016^{a, b}



a n = 5182.

b Leesvoorbeeld: 1,4% van alle gebruikers van het zorgpakket informele hulp zou bij wegvallen van dat zorgpakket uitwijken naar verpleeghuiszorg en 19,0% van alle gebruikers van het zorgpakket wijkverpleging.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Het wegvallen van wijkverpleging en huishoudelijke hulp kan tot forse toename verpleeghuiszorg leiden

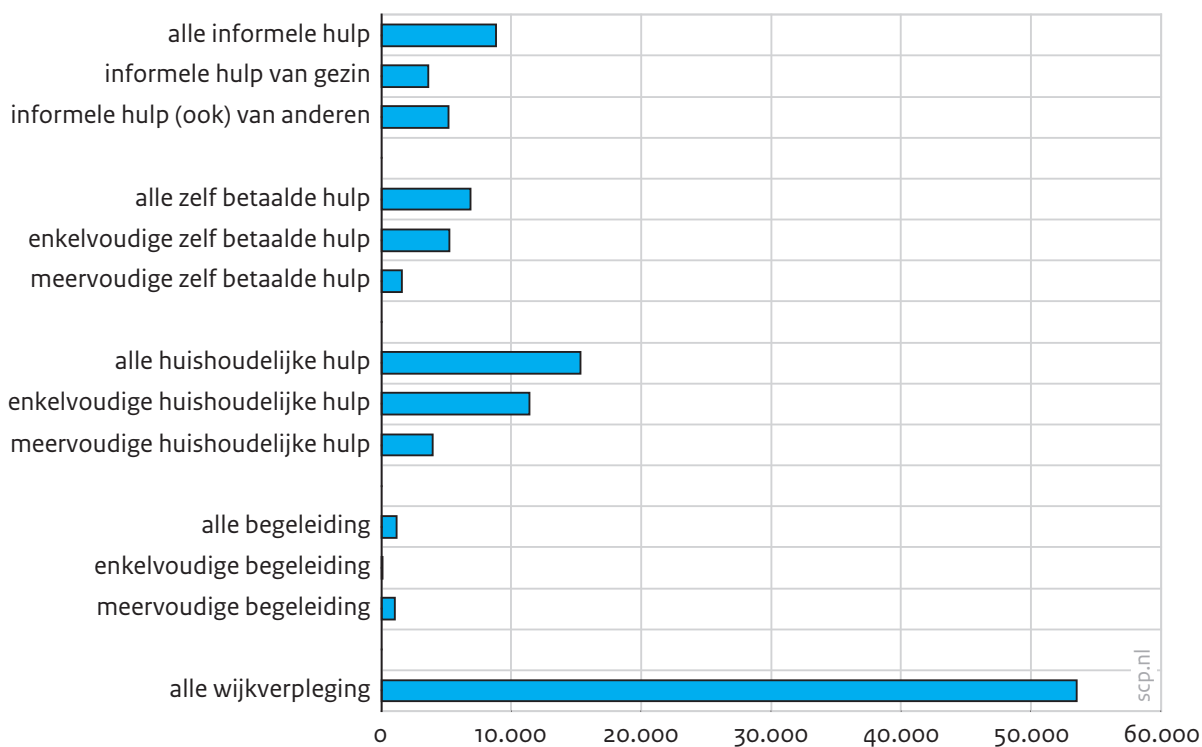
In 2015 woonden er ongeveer 114.000 mensen permanent in een verpleeghuis.⁴⁶ Als we dit aantal afmeten aan het aantal volwassen personen met een gezondheidsbeperking, gaat het om 2,6%. Het wegvallen van wijkverpleging zou kunnen leiden tot een aandeel mensen

in een verpleeghuis van 3,8% (figuur 4.13). Dat zou gebeuren als de wijkverpleging in samenhang met andere vormen van hulp en ondersteuning zou wegvallen. Het wegvallen van wijkverpleging leidt tot een mogelijke toename in het aantal verpleeghuisbewoners van ruim 50.000 mensen tot in totaal 167.000 mensen. De toename zou betekenen dat er anderhalf maal zoveel verpleeghuisbewoners zouden zijn als in de uitgangssituatie waarin er wel wijkverpleging was.

Het effect van het wegvallen van alle andere typen hulp zal voor de gehele bevolking kleiner zijn, omdat het of over minder mensen gaat of omdat de kans op opname in een verpleeghuis voor de betrokkenen niet zo groot is. Toch gaat het bij het wegvallen van de huishoudelijke hulp ook altijd nog om een toename in mogelijke verpleeghuisbewoners van ruim 15.000 en ook het beroep op de wijkverpleging zou kunnen toenemen met ruim 45.000 personen.

Figuur 4.13

Aantal mensen met verpleeghuiszorg als reëel alternatief bij wegvallen van zorg, bevolking van 18 jaar en ouder met een gezondheidsbeperking, 2014-2016^a



a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

46 Het gaat hier om 55-plussers; slechts 3% van de verpleeghuisbewoners is jonger dan 55 jaar (CBS 2018).

De ontvangers van wijkverpleging die op de rand staan van opname in het verpleeghuis zijn het kwetsbaarst

Het wegvallen van wijkverpleging zou naar verwachting ook de meest kwetsbare groep treffen. De groep die vermoedelijk naar een verpleeghuis zou moeten verhuizen, betreft de oudste groep, met het hoogste aandeel lichamelijke beperkingen en de minste hulpbronnen (tabel 4.6).

Tabel 4.6

Kenmerken van uitwijkers naar verpleeghuiszorg als zorgpakketten thuis wegvallen, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten en gemiddelden)^{a, b, c}

wegvallen van	inf	zelf	huish	begl	wijkv
<i>aandeel in uitwijkers per zorgpakket^d</i>	1,4	2,6	6,3	0,6	19,0
hulpbehoefte					
<i>ernstige lichamelijke beperkingen</i>	76	41	71	84	91
<i>meer dan één aandoening</i>	58	56	67	47	72
<i>verlaagd psychisch welbevinden</i>	28	19	50	49	39
<i>(ernstige) geheugenklachten</i>	24	44	40	27	35
<i>hulpmiddelen</i>	86	83	73	5	95
<i>redzaamheid in dagelijks leven (rapportcijfer)</i>	6,2	7,4	6,1	0,0	5,9
persoonskenmerken					
<i>gemiddelde leeftijd</i>	78	82	80	63	84
<i>vrouw</i>	63	83	80	42	72
hulpbronnen^e					
<i>verweduwd</i>	30	61	60	9	68
<i>in hoogste inkomenscategorie</i>	18	54	9	19	13
<i>gemiddelde uren informele hulp van gezin</i>	18	2	6	6	4
<i>gemiddelde uren informele hulp van buiten</i>	3	0	1	2	2
<i>gemiddelde uren informele hulp</i>	21	3	6	9	6
<i>gemiddelde uren zelf betaalde hulp</i>	0	3	1	1	1
<i>gemiddelde uren publiek gefinancierde hulp</i>	0	0	5	7	12
<i>gemiddelde uren hulp totaal</i>	21	6	12	16	20
<i>ggz</i>	4	8	2	53	5
<i>maaltijdvoorziening</i>	18	19	25	14	48
<i>kan moeilijk hulp vragen</i>	43	75	34	27	53
<i>woont niet in geschikte woning</i>	11	6	15	10	7
<i>gebruikt nu informele hulp</i>	100	24	26	49	45
<i>gebruikt nu zelf betaalde hulp</i>	0	100	5	15	21
<i>gebruikt nu huishoudelijke hulp</i>	0	0	100	69	78

Tabel 4.6

(Vervolg)

wegvallen van	inf	zelf	huish	begl	wijkv
gebruikt nu begeleiding	0	0	0	100	8
gebruikt nu wijkverpleging	0	0	0	0	100
n	655	243	263	196	375

a n=1732.

b De cursief gedrukte variabelen zijn een onderdeel van het verklaringsmodel en hebben dus een directe invloed op de alternatieven die uit het model volgen.

c Geen = geen zorg; inf = informele hulp; zelf = zelfbetaalde hulp; huish = huishoudelijke hulp; begl = begeleiding; wijkv = wijkverpleging; vph = verpleeghuis.

d Uitwijkers zijn de mensen die in de basissituatie gebruikmaken van een zorgpakket en moeten uitwijken naar een van de andere zorgpakketten (of geen zorg) wanneer dit pakket wegvalt. Leesvoorbeeld: 1% van de gebruikers van het zorgpakket informele hulp zou bij wegvallen van dat zorgpakket uitwijken naar het verpleeghuis.

e Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Maar ook de mensen met huishoudelijke hulp die qua kenmerken voor een verpleeghuis in aanmerking komen, zijn kwetsbaar. Ze hebben minder vaak (maar nog steeds vaak) een lichamelijke beperking dan mensen met wijkverpleging die naar een verpleeghuis zouden uitwijken, maar juist vaker een psychische klacht en/of (ernstige) geheugenklachten. Ze zijn ook gemiddeld oud en vaak weduwe/weduwnaar. Zij hebben behalve huishoudelijke hulp niet veel andere hulpbronnen: 26% heeft informele hulp, 5% zelf betaalde hulp. Als ze een informele helper hebben, ontvangen ze ook vrij veel uren hulp. Het is precies die groep met de combinatie van huishoudelijke hulp en veel informele hulp die nog net zelfstandig kan wonen, maar die op de rand van een verpleeghuisopname lijkt te staan. Ze lijken in veel opzichten op degenen met zelf betaalde hulp die uitwijken naar een verpleeghuis, maar ze zijn hulpbehoevender en hebben minder financiële mogelijkheden om hulp in te kopen.

5 Gebruik van zorg en ondersteuning bij een beter psychisch welbevinden

In de zorg en ondersteuning staan de lichamelijke problemen van mensen meestal centraal en is er veel minder oog voor het psychische welzijn van de persoon (Hulzing et al. 2010; Boomstra 2017). In het laatste decennium neemt het psychisch welbevinden van de Nederlandse bevolking licht af (www.Volksgezondheidszorg.info 2019; Marangos en Kooiker 2019). Met name voor mensen met een lichamelijke beperking is het psychisch welbevinden reden voor bezorgdheid, omdat er aanwijzingen zijn dat een verlaagd psychisch welbevinden de gezondheid (verder) schaadt (Bijl en Ravelli 2000). Door toenemende aandacht voor welzijnsvoorzieningen, bijvoorbeeld om sociale problematiek zoals eenzaamheid te verminderen (zie bv. TK 2017/2018), zou het psychische welbevinden van deze groep met multiproblematiek wellicht verbeteren en mogelijk gevolgen hebben voor hun zorgbehoefte. We spreken in deze studie van multiproblematiek wanneer er bij een persoon sprake is van matige of ernstige lichamelijke beperkingen én een verlaagd psychisch welbevinden. We gaan na welke gevolgen verbetering van het psychisch welbevinden van mensen met lichamelijke beperkingen heeft voor de ontvangen zorg en ondersteuning thuis (onderzoeksvraag 2).

In dit hoofdstuk zijn we dus specifiek geïnteresseerd in de relatie tussen zorggebruik en psychisch welbevinden van de groep volwassenen met lichamelijke beperkingen.

We beginnen dit hoofdstuk met het schetsen van het psychisch welbevinden en de zorg en ondersteuning voor mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking. Vervolgens bekijken we hoe het gebruik van zorg en ondersteuning is bij een verbetering van het psychisch welbevinden van deze groep. Omdat de causale relatie tussen het psychisch welbevinden en het gebruik van zorg en ondersteuning niet eenduidig is, zijn we genoodzaakt voorzichtig te zijn met de uitspraken die we hier doen.

Psychisch welbevinden

Als we het in dit rapport over psychisch welbevinden hebben, doelen we met name op de aanwezigheid van indicatoren voor psychische aandoeningen zoals depressie en angststoornissen. Deze problematiek is gemeten door de zogeheten MHI-5-index (Rumpf et al. 2001). De MHI-5-index is een internationaal screeningsinstrument om het risico op aanwezigheid van een psychische aandoening te achterhalen. Het instrument bestaat uit een vijftal vragen waarbij mensen wordt gevraagd aan te geven in welke mate zij zich in de vier weken voorafgaand aan het invullen van de enquête zenuwachtig, uitgeput, somber, niet kalm en/of niet gelukkig voelden. Personen die last hebben van psychische aandoeningen onderscheiden zich van personen die dat niet hebben, doordat hun score op de MHI-5-vragenlijst lager is dan een bepaalde grens. De index kent een score van 0 tot 100. Voor degenen met een score van 60 of minder zijn er aanwijzingen dat er sprake is van verlaagd psychisch welbevinden. Hoe lager de score hoe lager iemands psychisch welbevinden.

Hulp voor mensen met een verlaagd psychisch welbevinden

Mensen met psychische klachten zoeken lang niet altijd hulp. Sterker nog, uit onderzoek blijkt dat de helft van de mensen met een psychische klacht zelfs zorg mijdt (Oosterom en Kreulen 2017). Degenen die wel de stap naar hulp maken, zullen bij lichtere psychische klachten in eerste instantie naar de huisarts of de praktijkondersteuner gaan. Bij ernstiger klachten kan hulp geboden worden en zal de huisarts doorverwijzen naar een psycholoog, psychiater of een andere zorgverlener, of door (tijdelijke) opname in een ggz-instelling. Deze vormen van zorg vallen onder curatieve zorg en daarmee buiten het bestek van dit rapport. Wat wel binnen het kader van dit onderzoek valt, is de begeleiding bij het organiseren van het huishouden, het voeren van de eigen administratie, het structureren van de dag, het versterken van sociale vaardigheden om zo beter te kunnen deelnemen aan de samenleving of bij het leggen van contacten. Daarvoor kunnen mensen met psychische klachten voor begeleiding via de Wmo terecht bij de gemeente of voor wijkverpleging bij hun zorgverzekeraar. Zo laten Hulsbosch et al. (2018) zien dat mensen met psychische klachten onder meer gebruikmaken van wijkverpleging en dagbesteding (begeleiding), maar zij kunnen natuurlijk ook gebruikmaken van zelf betaalde of informele hulp.

Zoals gezegd is de aanleiding van de berekeningen in dit hoofdstuk de toename in het aantal mensen met psychische klachten dat zelfstandig woont. Eén van de oorzaken zijn de bezuinigingen op de ggz-zorg in de afgelopen jaren en de afbouw van het aantal bedden in de ggz (TK 2011/2012). Er zijn daardoor meer mensen met psychische klachten die zelfstandig wonen (Kuiper 2019) en die mogelijk een beroep (moeten) gaan doen op de voorzieningen voor thuiswonenden uit de zorg en ondersteuning. Een andere oorzaak van de toename in het aantal mensen met psychische klachten dat zelfstandig woont, is de toegenomen prestatiedruk in de samenleving en het gebruik van sociale media (RIVM 2018). In de huidige maatschappij moeten mensen met gezondheidsbeperkingen net als ieder ander kunnen participeren in de samenleving (College voor de Rechten van de Mens 2019) en daarnaast zichzelf zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen redden (TK 2013/2014). Dat is echter voor mensen met gezondheidsbeperkingen lang niet altijd even makkelijk. Zo blijkt uit onderzoek van het Nivel bijvoorbeeld dat deze groep minder vaak werk heeft dan de algemene bevolking (De Putter et al. 2018), en ook het doen van vrijwilligerswerk en het onderhouden van sociale contacten is voor hen lastiger (Van Hees et al. 2018). Het kan negatieve gevolgen hebben voor iemands gemoedstoestand wanneer het gevoel bestaat dat je zou moeten deelnemen aan de maatschappij, terwijl dat je niet goed lukt.

Investerings in de ambulante zorg moeten het aantal mensen met psychische klachten en de ernst daarvan beperken (TK 2011/2012). Het is daarom interessant te bezien wat het vermoedelijke effect van een verbetering van het psychisch welbevinden zal zijn op het gebruik van zorg en ondersteuning thuis. In dit rapport vertalen we een verbetering van het psychisch welbevinden naar een verhoging van de MHI-5-score die het psychisch welbevinden meet. Deze verbetering leidt niet alleen tot minder mensen met een 'verlaagd psychisch welbevinden', maar over de gehele linie tot een hoger welbevinden. Zoals

gezegd, kijken we vooral naar de gevolgen voor mensen met multiproblematiek (dus lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden), omdat deze groep de meeste zorg behoeft.

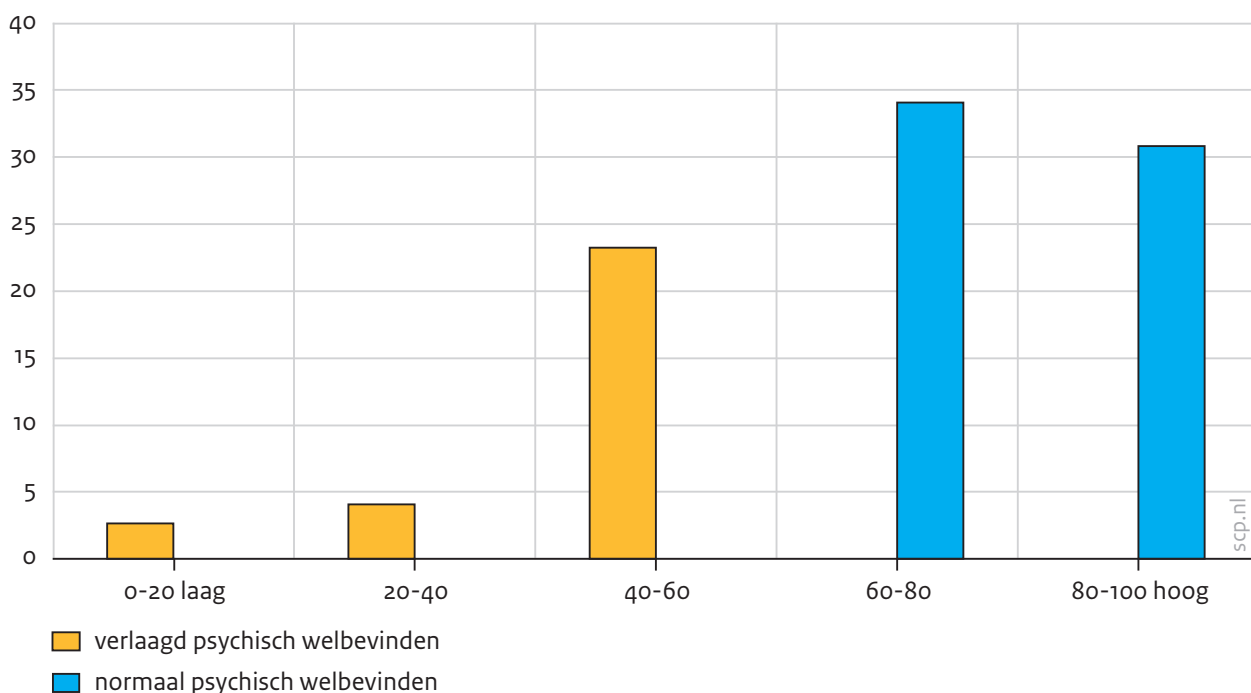
5.1 Mensen met lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden zijn kwetsbaar

Zoals aangegeven, gebruiken we de score op de MHI-5 als indicator voor iemands psychisch welbevinden. We stellen zoals gebruikelijk dat iemand een verlaagd psychisch welbevinden heeft als zijn of haar score op de MHI-5 60 of lager is, en een normaal psychisch welbevinden bij een score hoger dan 60. In dit hoofdstuk beperken we ons tot de groep thuiswonenden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen en kijken we naar het effect van het verhogen van hun psychisch welbevinden op hun zorggebruik, bijvoorbeeld door sterker in te zetten op welzijnsvoorzieningen.

Als we naar de verdeling van het psychisch welbevinden kijken, valt op dat er veel mensen rondom die grens van 60 zitten: iets minder dan 30% heeft een MHI-5-score tussen de 40 en 60 en iets meer dan een derde tussen de 60 en 80 (figuur 5.1). Slechts een heel klein aandeel (2,5%) heeft een score van 20 of lager; 15% heeft een score van 40 of lager.

Figuur 5.1

Aandelen thuiswonenden (in procenten verticaal) bij scores op MHI-5 naar klasse (horizontaal), bevolking van 18 jaar en ouder met matige of ernstige lichamelijke beperkingen, 2014-2016^{a, b}



a n=1551.

b De klassen zijn gebaseerd op de MHI-5-score. Deze loopt van 0-100.

Bron: scp/cbs (ozg'14-'16, oii'15/'16)

Allereerst beschrijven we de achtergrondkenmerken van de groep mensen met multi-problematiek (lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden) in vergelijking met mensen met alleen lichamelijke beperkingen. De mensen met multiproblematiek zijn kwetsbare mensen, omdat zij verschillende typen problemen hebben.

Tabel 5.1

Kenmerken van thuiswonende bevolking van 18 jaar en ouder met matige of ernstige lichamelijke beperkingen, naar psychisch welbevinden, 2014-2016 (in gewogen procenten en gemiddelden)^a

	verlaagd psychisch welbevinden	normaal psychisch welbevinden
hulpbehoefte		
<i>ernstige lichamelijke beperkingen</i>	44	40
<i>meer dan één aandoening (ernstige) geheugenklachten</i>	72	66
<i>hulpmiddelen</i>	9	8
<i>redzaamheid in dagelijks leven (rapportcijfer)</i>	39	47
	6,2	6,6
persoonskenmerken		
<i>gemiddelde leeftijd</i>	61	69
<i>vrouw</i>	66	65
hulpbronnen^a		
<i>verweduwd</i>	17	26
<i>in hoogste inkomenscategorie</i>	25	31
<i>gemiddelde uren informele hulp van gezin</i>	7	5
<i>gemiddelde uren informele hulp van buiten</i>	1	1
<i>gemiddelde uren informele hulp</i>	8	6
<i>gemiddelde uren zelf betaalde hulp</i>	0	1
<i>gemiddelde uren publiek gefinancierde hulp</i>	3	2
<i>gemiddelde uren hulp totaal</i>	11	9
<i>ggz</i>	25	7
<i>maaltijdvoorziening</i>	12	16
<i>kan moeilijk hulp vragen</i>	28	43
<i>woont naar eigen zeggen in ongeschikte woning</i>	13	7

a n=1551.

b Het gaat hier om de aanwezigheid van hulpbronnen (zoals het hebben van een hoog inkomen) of juist de afwezigheid daarvan (verweduwd; geen partner).

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OI'15/'16)

Mensen met een verlaagd psychisch welbevinden hebben iets vaker een ernstige lichamelijke beperking (44% van de groep met matige of ernstige beperkingen) dan de mensen met een normaal psychisch welbevinden (40%, tabel 5.1) en meer dan één aandoening. Logischerwijs is het aandeel dat de afgelopen twaalf maanden contact gehad heeft met de ggz⁴⁷ onder volwassenen met een verlaagd psychisch welbevinden veel groter dan onder de groep die op het moment dat de vragenlijst werd afgenomen een normaal psychisch welbevinden had. Mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden zijn jonger en vallen minder vaak in de hoogste inkomenscategorie. Ook zijn ze minder vaak verweduwd. Opvallend is verder dat zij meer uren hulp van binnen het gezin krijgen. Zij wonen ook vaker in een woning die niet geschikt voor hen is. Zij maken minder vaak gebruik van een maaltijdvoorziening. Dat is niet zo vreemd, omdat vooral ouderen daarvan gebruikmaken, terwijl dit juist een relatief jonge groep betreft. Het is duidelijk een kwetsbaardere groep mensen, met andere kenmerken dan de groep met een normaal psychisch welbevinden.

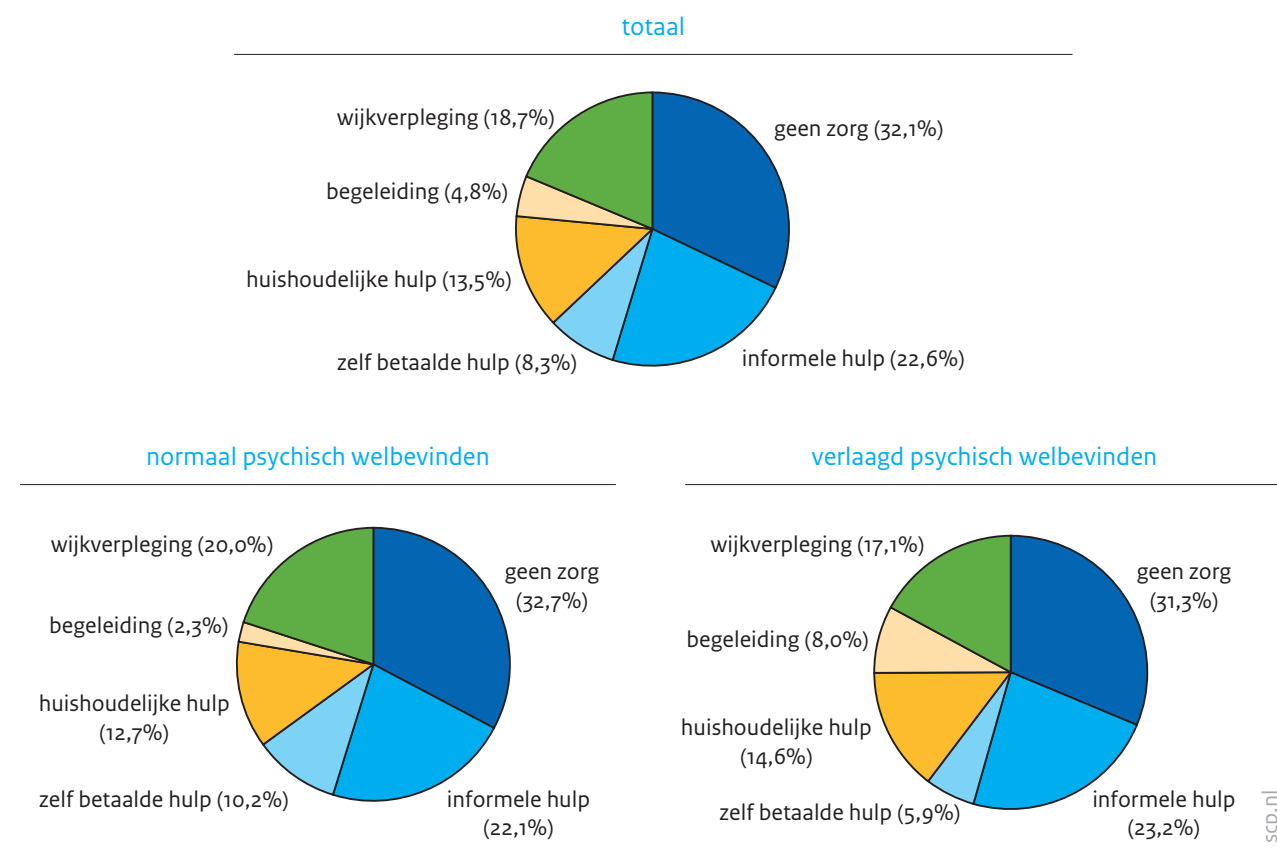
5.2 Zorg en ondersteuning voor thuiswonenden met lichamelijke beperkingen en een verlaagd psychisch welbevinden

Een derde (32,7%) van de mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen met wie het psychisch goed gaat (normaal psychisch welbevinden) ontvangt geen zorg en ondersteuning (figuur 5.2, linksonder). Wanneer zij wel zorg ontvangen, is dat vaak informele hulp (22,1%) of wijkverpleging (20,0). Begeleiding wordt slechts door een zeer beperkt deel van deze groep ontvangen (2,3%). De hulp die zij ontvangen, is dan ook vooral gericht op de lichamelijke problemen. Dit is anders bij de groep met een verlaagd psychisch welbevinden. Ook van hen ontvangt bijna een derde geen zorg en ondersteuning en krijgen velen informele hulp (23,2%; figuur 5.2, rechtsonder), maar deze groep ontvangt veel vaker begeleiding (8,0%). Het aandeel mensen met multiproblematiek dat zelf betaalde hulp of wijkverpleging ontvangt, is kleiner dan onder mensen die alleen (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen hebben.

47 Dit betreft een psycholoog, psychiater, psychotherapeut of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, zoals een ggz-instelling, RIAGG of crisiscentrum.

Figuur 5.2

Verdeling van zorgpakketten als aandeel van thuiswonende bevolking van 18 jaar en ouder met matige of ernstige lichamelijke beperkingen naar psychisch welbevinden, 2014-2016 (in gewogen procenten)^a



a n=1551.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

5.3 Een hoger psychisch welbevinden hangt samen met minder gebruik van begeleiding

Zoals aangegeven in paragraaf 5.1 bestuderen we de relatie tussen een hoger psychisch welbevinden van thuiswonenden met een matige of ernstige lichamelijke beperking en de zorg en ondersteuning. Dit simuleren we door te veronderstellen dat elke thuiswonende met lichamelijke beperkingen 10 punten⁴⁸ hoger scoort op de MHI-5-schaal. Dat betekent dat er dan meer mensen een normaal psychisch welbevinden zouden hebben.

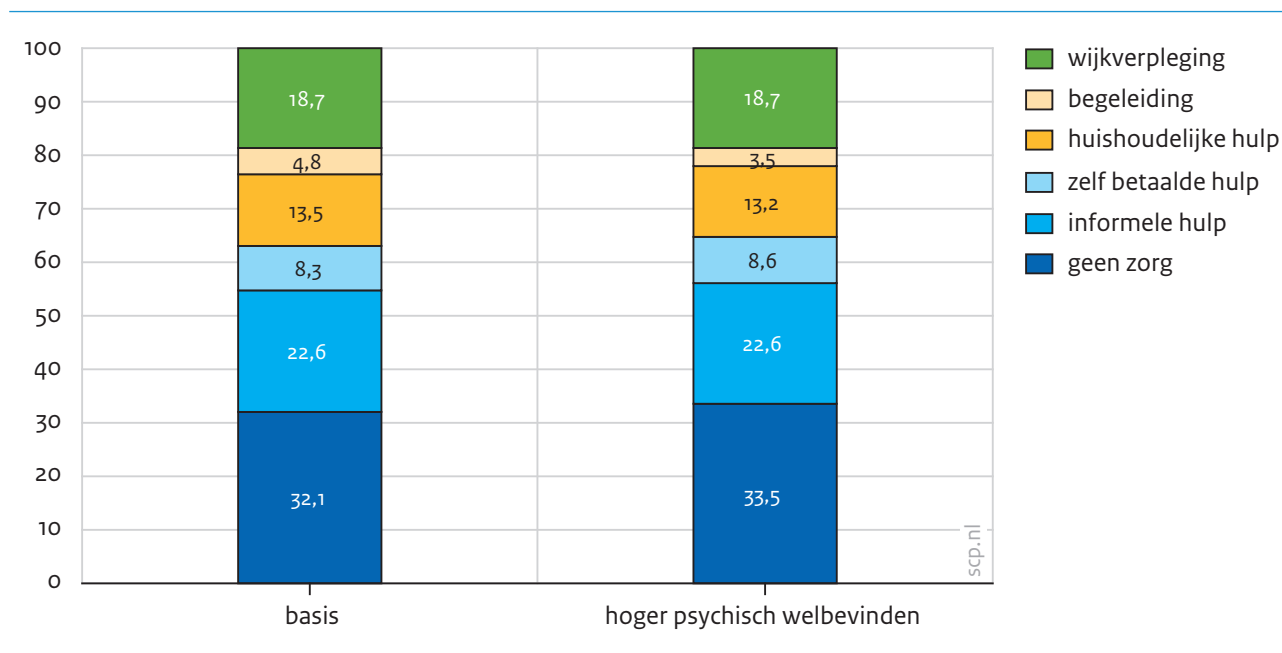
In de Ausgangssituatie ontving ongeveer een derde van de thuiswonenden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen zorg en ondersteuning, voor het grootste deel in de

48 Wanneer we kijken naar de gemiddelde score van psychisch welbevinden per zorgpakket, valt op dat de ontvangers van het pakket begeleiding lager scoren (gemiddelde score van 49; niet in tabel) in vergelijking met ontvangers van de overige zorgpakketten (gemiddelde score tussen de 60 en 70). Voor alle groepen geldt dat de variatie omtrent deze gemiddelden ongeveer 20 punten betreft. Hoewel de stijging van 10 punten een arbitraire keuze is, valt dit aantal binnen de geobserveerde variatie van het psychisch welbevinden van de verschillende groepen zorggebruikers. Dit is daarom geen onrealistische verbetering van het psychisch welbevinden.

vorm van informele hulp en begeleiding (figuur 5.2 boven, figuur 5.3 linkerkolom). Bij een hoger psychisch welbevinden zijn er meer mensen die geen van de vormen van hulp ontvangen (dat aandeel stijgt van 32,1% naar 33,5%, zie figuur 5.3). Dat komt doordat het aandeel mensen dat begeleiding ontvangt kleiner is naarmate het psychisch welbevinden hoger is (4,8% versus 3,5%). Dat lijkt een kleine verschuiving, maar het gaat om ruim 15.000 personen en betreft een afname met meer dan een kwart van de ontvangers van begeleiding. Het gebruik van de overige hulpvormen verandert weinig. Het lijkt erop dat de zorg die mensen met multiproblematiek ontvangen vooral gebaseerd is op de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen. Verbetering van het psychisch welbevinden leidt daarom niet tot grote veranderingen in hun zorggebruik. Dat neemt uiteraard niet weg dat een dergelijke verbetering in psychisch welbevinden voor de mensen zelf wel positieve gevolgen heeft.

Figuur 5.3

Gevolgen van een hoger psychisch welbevinden voor thuiswonende bevolking van 18 jaar en ouder met matige of ernstige lichamelijke beperkingen, 2014-2016 (in procenten)^a



a n=1551.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

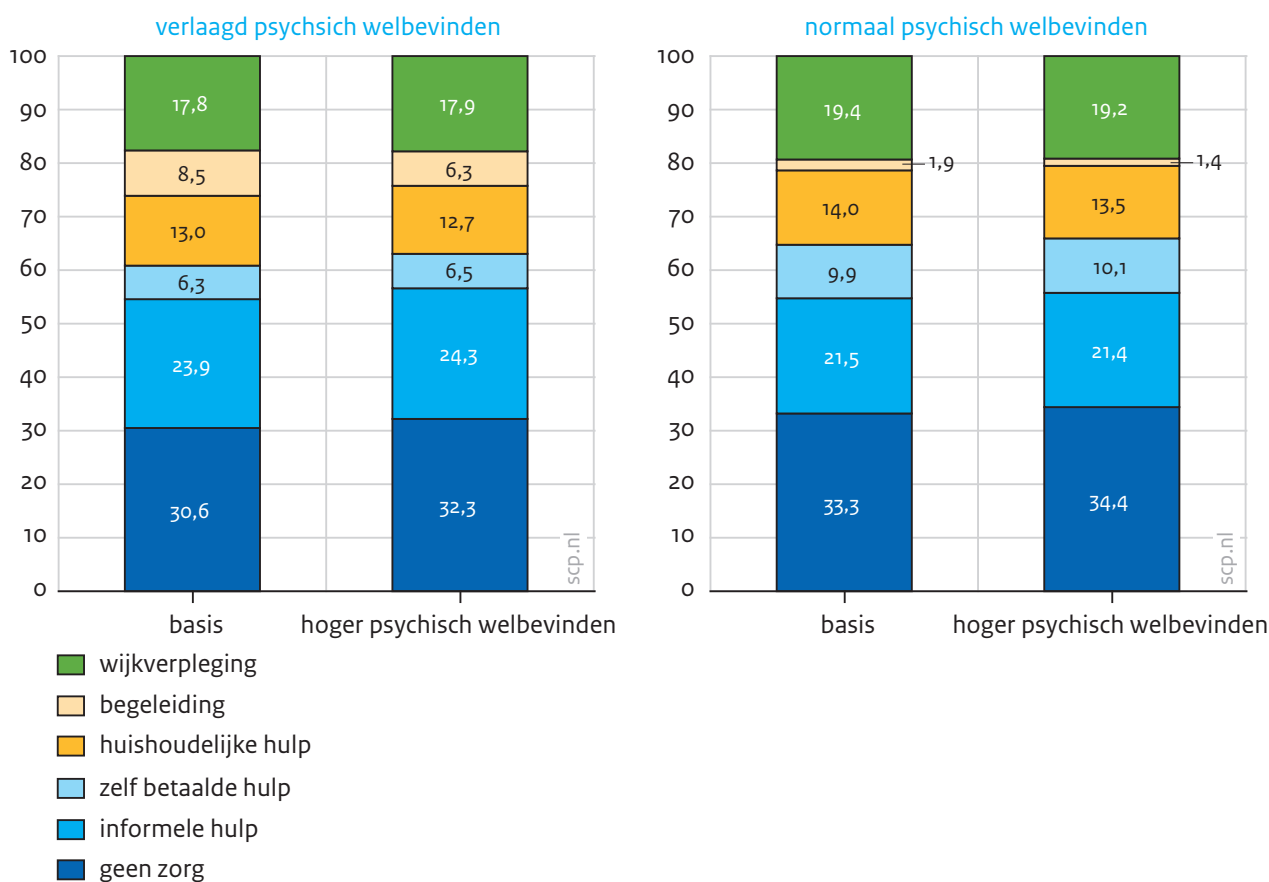
Zoals aan het begin van dit hoofdstuk al is aangekondigd, is enige nuancering van de resultaten op zijn plaats. Ten eerste is er geen eenduidige causale relatie tussen psychisch welbevinden en het zorggebruik. Enerzijds kan een verlaagd psychisch welbevinden ertoe leiden dat de behoefte aan zorg groter is. Anderzijds kunnen juist de aanwezigheid van zorg en de contacten met de zorgverleners positieve gevolgen hebben voor het psychisch welbevinden. Ten tweede vergelijken we in deze simulatie slechts het zorggebruik van mensen met lichamelijke beperkingen in de feitelijke situatie met hun zorggebruik in de situatie wanneer hun psychisch welbevinden hoger zou zijn. De zorg die zij ontvangen wordt vooral bepaald door de aard van hun lichamelijke beperkingen, terwijl het psychisch welbevinden

vooral gerelateerd is aan begeleiding. Ook weten we niet in hoeverre het aantal uren van de verschillende vormen van zorg en ondersteuning dat men ontvangt anders zou uitvallen.

Toch geeft de simulatie een mooi inzicht in de samenhang tussen een hoger psychisch welbevinden en de ontvangen zorg. Voor de groep met multiproblematiek (lichamelijke beperkingen én verlaagd psychisch welbevinden) is de relatie tussen het zorggebruik en een hoger psychisch welbevinden sterker dan voor de groep met alleen (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen. Het aantal niet-gebruikers van zorg en ondersteuning is kleiner voor mensen met een verlaagd psychisch welbevinden dan voor mensen met een normaal psychisch welbevinden. Het aantal mensen dat informele zorg of begeleiding ontvangt, is juist groter. Dat is ook niet vreemd, omdat de groep met een normaal psychisch welbevinden vooral hulp nodig had vanwege de lichamelijke beperkingen. De simulatie laat zien dat voor beide groepen het gebruik van begeleiding kleiner zou zijn wanneer het psychisch welbevinden 10 punten hoger zou zijn en dat het verschil in gebruik groter is bij de groep met een verlaagd psychisch welbevinden (figuur 5.4).

Figuur 5.4

Gevolgen van een hoger psychisch welbevinden bij thuiswonende bevolking van 18 jaar en ouder met matige of ernstige lichamelijke met verlaagd en normaal psychisch welbevinden, 2014-2016 (in procenten)^a



a n=3049.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OI'15/'16)

6 Samenvatting en beschouwing

6.1 Samenvatting

Langer thuis

Er is de afgelopen jaren veel veranderd in de organisatie van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Het streven is dat steeds meer mensen langer zelfstandig in hun eigen woning kunnen blijven wonen onder het motto: thuis zo lang het kan (zie bv. vws 2018).

We gaan in dit rapport op een kwantitatieve manier na in hoeverre de verschillende vormen van zorg en ondersteuning bijdragen aan de mogelijkheden voor mensen met een beperking om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Zo gaan we na wat er gebeurt als een bepaalde zorgvorm wegvalt en de ontvangen hulp niet meer beschikbaar zou zijn. We kijken niet alleen naar de gevolgen voor de kans op verpleeghuisopname, maar ook naar de gevolgen voor alternatieve vormen van zorg en ondersteuning thuis. Dit biedt inzicht in de groep die zelfstandig woont, maar mogelijk op de drempel staat van opname in een verpleeghuis. Vanuit beleidsmatig oogpunt biedt dit relevante kennis over welke vormen van zorg en ondersteuning vooral moeten worden ondersteund om het moment van verpleeghuisopname uit te stellen of te voorkomen.

De focus van het onderzoek ligt op de groep mensen met een gezondheidsbeperking. Vaak (maar zeker niet altijd) gaat het hier om ouderen. Aanvullend zoomen we in op de groep mensen met lichamelijke beperkingen die daarbij een verlaagd psychisch welbevinden ervaart. We spreken dan van multiproblematiek.

Concreet beantwoorden we de volgende twee onderzoeksvragen:

- 1 *Wat voor gevolgen zou het wegvallen van zorgvormen hebben voor het gebruik van zorg en ondersteuning thuis en voor de kans op opname in een verpleeghuis?*
- 2 *In welke mate is een hoger psychisch welbevinden van mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen gerelateerd aan het gebruik van zorg en ondersteuning thuis?*

We beantwoorden de onderzoeksvragen op een kwantitatieve manier, waar een statistisch verklarend model aan ten grondslag ligt (zie ook eerdere studies zoals Woittiez et al. 2009b; Eggink et al. 2012). Met dit model relateren we de ontvangen zorg en ondersteuning aan kenmerken van de zorgontvangers, bijvoorbeeld hun gezondheid en leeftijd. Vervolgens berekenen we met behulp van simulaties welke verschuivingen we in het zorggebruik verwachten wanneer een van de ontvangen zorgvormen niet meer beschikbaar zou zijn. We kijken bijvoorbeeld welke zorgontvangers van huishoudelijke hulp vanuit de Wmo vermoedelijk zouden gaan ontvangen als de huishoudelijke hulp er niet meer zou zijn. In hoeverre zou voor deze groep opname in een verpleeghuis een reëel risico zijn? We realiseren ons dat het geheel wegvallen van een bepaalde vorm van hulp niet realis-

tisch is en dat het maar de vraag is of het aanbod voldoende is om verschuivingen naar andere zorg op te vangen. En we gaan er in de simulaties van uit dat mensen zich qua zorgvraag zo blijven gedragen zoals ze dat in het huidige zorgsysteem doen. Toch geven simulaties ons wel inzicht in de invloed van het ontvangen van een bepaalde vorm van hulp op het voorkómen van opname in een verpleeghuis. Daarnaast krijgen we in een simulatie een indicatie van de zorg die mensen met een lichamelijke beperking zouden ontvangen wanneer hun psychisch welbevinden hoger was. Hierbij past de kanttekening dat het niet duidelijk is hoe de causale relatie tussen psychisch welbevinden en zorggebruik precies is.

Gegevens over zorg en ondersteuning thuis en in het verpleeghuis

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van de enquête Onderzoek Zorggebruik (ozg) dat gegevens bevat over ongeveer 7800 18-plussers die zelfstandig wonen in de periode 2014-2016 en het Onderzoek Ouderen in Instellingen (oii) uit 2015/2016, een enquête die gehouden is onder ongeveer 1600 mensen van 55 jaar en ouder die permanent in een verpleeghuis verblijven. We hebben hiermee informatie van ruim 9000 mensen die een zo goed mogelijke weerspiegeling geven van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder.

De gegevens stellen ons in staat verschillende vormen van zorg en ondersteuning te onderscheiden:

- informele hulp: hulp die wordt geboden vanuit het sociale netwerk of vrijwilligers;
- zelf betaalde hulp: hulp die door de ontvanger volledig zelf wordt betaald;
- huishoudelijke hulp vanuit de Wmo 2015;
- begeleiding vanuit de Wmo 2015;
- wijkverpleging vanuit de Zvw; en
- verpleeghuiszorg vanuit de Wlz.

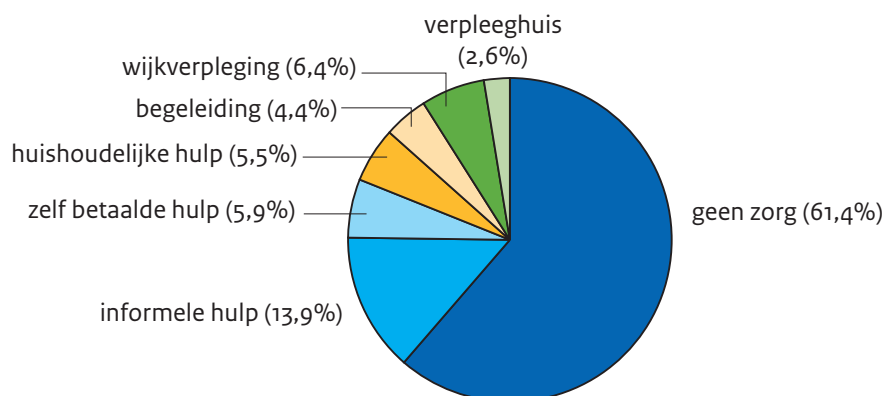
Een persoon kan verschillende zorgvormen tegelijk ontvangen. Om dubbeltellingen van ontvangers van hulp te voorkomen maken we *zorgpakketten* die hiërarchisch zijn ingedeeld. De zorgpakketten bestaan uit combinaties van zorgvormen waarbij gebruikers worden ingedeeld bij de zwaarste zorgvorm die zij ontvangen. De hiërarchie die we aanbrenge(n), volgt de gedachte dat men eerst de zorgbehoefte in eigen kring of met eigen middelen probeert op te lossen voordat er een beroep wordt gedaan op publiek gefinancierde zorg. Daarmee is het lichtste zorgpakket ‘geen zorg’ gevolgd door ‘informele hulp’, ‘zelf betaalde hulp’, ‘huishoudelijke hulp’, ‘begeleiding’, ‘wijkverpleging’ en als zwaarste zorgpakket ‘verpleeghuiszorg’. Iemand kan dus meerdere zorgvormen ontvangen, maar ontvangt in onze terminologie slechts één zorgpakket. De aangebrachte hiërarchie houdt in dat bijvoorbeeld een persoon met het zorgpakket ‘huishoudelijke hulp’ deze hulp wel in combinatie met informele hulp en zelf betaalde hulp kan ontvangen, maar niet met begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg (dan zou hij namelijk gebruikmaken van een van de drie zwaardere zorgpakketten). De veronderstelde hiërarchie is conform de hiërarchie die empirisch is vastgesteld in eerder scp-onderzoek (Van Campen et al. 2017) en ook in ander onderzoek gebruikt wordt (bv. nza 2018).

Vier op de tien mensen met een gezondheidsbeperking ontvangen zorg of ondersteuning

We hanteren een brede definitie van gezondheidsbeperkingen: hiervan is sprake als iemand kampt met een lichamelijke beperking (licht, matig of ernstig), een verlaagd psychisch welbevinden heeft of ernstige geheugenklachten kent (of een combinatie hiervan). Bijna 60% van de bijna 4,5 miljoen volwassenen met gezondheidsbeperkingen ontvangt geen van de eerder genoemde vormen van zorg en ondersteuning (figuur 6.1). Hun beperkingen zijn niet dusdanig groot, dat zij hulp nodig hebben, zij willen geen hulp of zij weten niet hoe zij hulp moeten verkrijgen. Het gaat vaak om mensen met alleen een verlaagd psychisch welbevinden of mensen met lichte lichamelijke beperkingen. 40% van de mensen met gezondheidsbeperkingen ontvangt dus wel zorg en ondersteuning. In termen van zorgpakketten (dus combinaties van zorgvormen) ontvangt ongeveer 14% van de mensen met gezondheidsbeperkingen uitsluitend informele hulp. Iets meer dan 6% ontvangt wijkverpleging vanuit de Zvw, en dat bijna altijd in combinatie met een van de andere zorgvormen (niet in figuur). De overige zorgpakketten komen minder vaak voor, waarvan zorg in het verpleeghuis het minst vaak (ruim 2,5%).

Figuur 6.1

Verdeling van zorgpakketten als aandeel van de bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in gewogen procenten)^a



scp.nl

a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Methode

Zoals gezegd beantwoorden we de onderzoeksvragen in dit rapport met behulp van een statistisch model door allereerst het gebruik van de verschillende zorgpakketten te relateren aan allerlei kenmerken van de gebruikers. De keuze voor deze kenmerken is gebaseerd op de literatuur en wordt uiteengezet in hoofdstuk 2. Het gaat om kenmerken die iets zeggen over de hulpbehoefte, de gezondheid van de respondent, de persoonskenmerken en de verschillende hulpbronnen van een individu. De geschatte relaties tussen zorggebruik en de kenmerken gebruiken we vervolgens om een inschatting te maken van wat er

gebeurt als één van de ontvangen zorgpakketten wegvalt. Hierbij is de impliciete aanname dat het aanbod van de andere zorgpakketten meebeweegt met de vraag.

In essentie is de gebruikte methode als volgt. Allereerst voorspellen we met het verklaringmodel de kansen op het gebruik van zorg. Daarbij wordt voor elk individu een kans berekend op het ontvangen van één van de zorgpakketten. Voor jonge mensen zonder gezondheidsbeperkingen is bijvoorbeeld de kans op geen zorg heel groot en de kans op verpleeghuiszorg heel erg klein; voor oudere alleenstaande mensen met veel gezondheidsbeperkingen geldt juist het omgekeerde. Vervolgens simuleren we het wegvallen van een bepaald zorgpakket. In feite kijken we naar de profielen van mensen voor wie een zorgpakket wegvalt en vergelijken we in hoeverre dat correspondeert met de profielen van de verschillende andere zorgpakketten. We delen de mensen die het wegvallende zorgpakket ontvangen in de simulatie dus in bij het zorgpakket van mensen met de meest vergelijkbare kenmerken.

Ook de tweede onderzoeksvraag beantwoorden we met een simulatie. Op vergelijkbare wijze voorspellen we voor de thuiswonenden met lichamelijke beperkingen, gegeven hun kenmerken, welk zorggebruik het meest voor de hand ligt wanneer zij een hoger psychisch welbevinden zouden hebben.

Bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk de reikwijdte van de methode goed in het achterhoofd te houden. In de simulaties voor de eerste onderzoeksvraag, waarbij we veronderstellen dat een bepaald zorgpakket niet meer beschikbaar is, zijn er twee veronderstellingen gemaakt die medebepalend zijn voor de resultaten. Ten eerste veronderstellen we dat alle gebruikers dit zorgpakket verliezen, wat betekent dat we een maximaal effect berekenen van de verandering. Ten tweede gaan we ervan uit dat het aanbod de vraag volgt en dat iedereen terecht kan komen bij alternatieve zorgpakketten. In de realiteit kan het aanbod van die alternatieven ontoereikend zijn. Op basis van de simulaties kunnen we geen uitspraak doen of de meest waarschijnlijke verschuiving in zorgvorm ook passend is of niet. Ook in de waargenomen situatie is dit niet duidelijk. Hierover is onvoldoende informatie beschikbaar in de gebruikte gegevenssets.

Bij de simulaties over het zorggebruik bij een hoger psychisch welbevinden zijn er eveneens twee kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is de causale relatie tussen psychisch welbevinden en het zorggebruik niet eenduidig, terwijl de simulatie ervan uitgaat dat het psychisch welbevinden direct van invloed is op het zorggebruik. Ten tweede is het gebruik van zorg en ondersteuning vooral gericht op de lichamelijke beperkingen van mensen en minder op de psychische problematiek.

Bij beide simulaties kijken we niet in hoeverre het aantal uren van de verschillende vormen van zorg en ondersteuning verandert en gaan we ervan uit dat mensen zich qua zorgvraag zo blijven gedragen zoals ze dat in het huidige zorgsysteem doen. Gegeven het vorenstaande, bieden de simulaties een globaal inzicht in de mogelijke gevolgen qua zorggebruik bij beleidsveranderingen.

Wegvallen van zorg

De hiervoor beschreven relaties gebruiken we om een inschatting te maken van wat er met het zorggebruik gebeurt als de zorg die iemand ontvangt niet langer een optie zou zijn. Voor alle individuen wordt er voor elk zorgpakket een kans op het gebruik ervan berekend. Zo zullen sommige mensen een grote kans hebben op een bepaald pakket en een kleine kans op alle andere. Anderen zullen juist een ongeveer even grote kans hebben op verschillende zorgpakketten en dan lijkt er een alternatief te zijn voor de zorg die ze ontvangen. Met simulaties bestuderen we op basis van de berekende kansen welke mogelijkheden mensen hebben om een alternatief pakket te gaan gebruiken.

Wegvallen zorgpakket informele hulp zou verreweg de meeste mensen treffen

Het zorgpakket informele hulp (alleen informele hulp zonder andere zorg en ondersteuning) wordt door verreweg de meeste mensen gebruikt (bijna 14% van de mensen met gezondheidsbeperkingen, zie figuur 6.1). De simulatie waarin dit zorgpakket niet meer beschikbaar zou zijn, zou dus meer mensen treffen (ca. 615.000 mensen in 2015) dan het wegvallen van één van de andere zorgpakketten. Door het relatief hoge gebruik van de zware wijkverpleging zou ook het wegvallen daarvan een grote groep mensen treffen: bijna 6%, ofwel bijna 280.000 mensen (zie figuur 6.1).

De kans op opname in een verpleeghuis neemt het meest toe bij wegvallen wijkverpleging

Wanneer een zorgpakket niet meer beschikbaar zou zijn, zouden de gebruikers van dat zorgpakket mogelijk overstappen naar alternatieve zorgpakketten. Welke zorgpakketten als alternatief zouden dienen, hangt natuurlijk af van het weggevalen zorgpakket. We kijken daarom in hoofdstuk 4 voor de gebruikers van verschillende zorgpakketten naar het percentage mensen dat een ander zorgpakket als alternatief heeft. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden beperken we ons hier tot het presenteren van het percentage mensen dat verpleeghuiszorg als alternatief heeft (figuur 6.2).

Verpleeghuiszorg blijkt voor elk van de zorgpakketten voor thuiswonenden als alternatief te dienen, maar in verschillende mate. De berekeningen laten zien dat verpleeghuiszorg vooral voor het zorgpakket wijkverpleging een alternatief is. Dat is begrijpelijk, omdat het hier om een groep gaat die over het algemeen al een heel bouwwerk van verschillende vormen van zorg en ondersteuning ontvangt. Voor 19% van de gebruikers van wijkverpleging is verpleeghuiszorg het meest voor de hand liggende alternatief. Het wegvallen van wijkverpleging zou dan leiden tot een mogelijke toename van het aantal verpleeghuisbewoners met bijna 55.000 mensen in 2015 (figuur 6.2). Wijkverpleging is dus een belangrijke beschermende factor om uit het verpleeghuis te blijven. Maar ook het gebruik van informele en huishoudelijke hulp zou fors kunnen toenemen wanneer het zorgpakket wijkverpleging niet beschikbaar is (niet in de figuur). Voor 18% van de gebruikers van het zorgpakket wijkverpleging is informele hulp het beste alternatief en voor 13% is dat het zorgpakket huishoudelijke hulp (resp. ruim 50.000 en ruim 30.000 mensen). Daarnaast zou een kwart van de betrokkenen wellicht geen hulp meer uit de zorg en ondersteuning gebruiken.

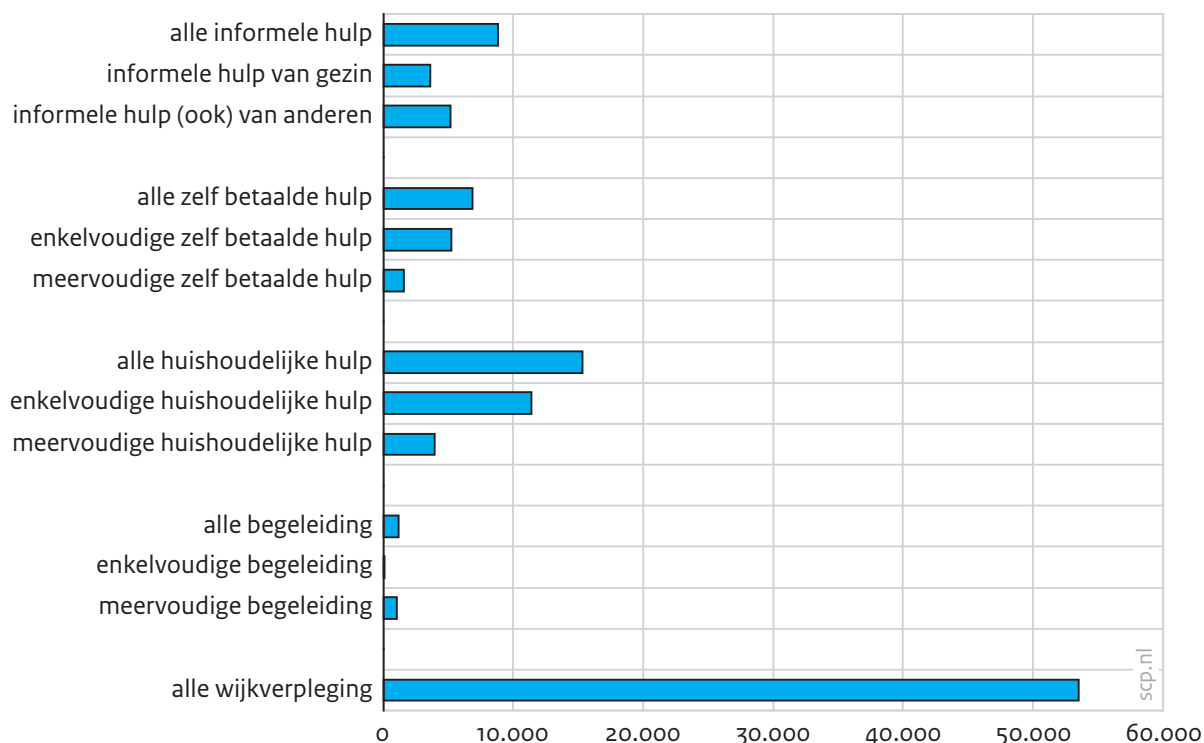
Hoewel de gevolgen van het wegvallen van het zorgpakket wijkverpleging per betrokkene voor de verpleeghuiszorg verreweg het grootste zijn, zijn ook de consequenties van het wegvallen van het zorgpakket huishoudelijke hulp aanzienlijk. Ongeveer 6% van de betrokkenen zouden verpleeghuiszorg als alternatief hebben: minstens drie keer zo veel als bij het wegvallen van de andere vormen van zorg en ondersteuning thuis (behalve wijkverpleging). Het wegvallen van het pakket huishoudelijke hulp zou kunnen betekenen dat er 15.000 verpleeghuisbewoners bij zouden komen. De rest van de gebruikers van huishoudelijke hulp zouden vermoedelijk gebruik gaan maken van informele zorg of wijkverpleging (in beide gevallen bijna 20% van de gebruikers) of zouden niet langer zorg ontvangen (40%). Voor het beleid is het belangrijk zich te realiseren dat het wegvallen van huishoudelijke hulp dus lang niet altijd kan worden opgevangen door informele of zelf betaalde hulp. Het ondersteunen door middel van huishoudelijke hulp kan dus niet alleen de kans op opname in een verpleeghuis verlagen, maar ook de kans op het gebruik van duurdere wijkverpleging.

Ook voor de lichte, niet-publieke vormen van hulp (alleen informele en/of zelf betaalde hulp) is opname in een verpleeghuis een alternatief, maar niet vaak. 1 à 2% van de gebruikers van deze zorgpakketten zou wanneer deze hulp niet meer beschikbaar is naar een verpleeghuis moeten verhuizen. Dit zou dan gaan om ongeveer 9000 extra verpleeghuisbewoners bij het wegvallen van informele hulp en 7000 extra verpleeghuisbewoners bij het wegvallen van zelf betaalde hulp. Dus ook de groep gebruikers van minder zware zorg kan soms sterk hulpbehoevend zijn (zie ook bv. De Boer et al. 2003). Bij het wegvallen van deze lichte vormen van hulp zal een grote groep vermoedelijk geen zorg meer gebruiken (68% en 56% respectievelijk bij het wegvallen van informele en zelf betaalde hulp). Voor begeleiding is opname in een verpleeghuis vrijwel geen alternatief. Wanneer het zorgpakket begeleiding niet meer beschikbaar zou zijn, zou slechts een 0,5% van de gebruikers van begeleiding verpleeghuisopname als alternatief hebben. Dit is dus een groep zorggebruikers met een heel ander profiel.

Opvallend is dat bij het wegvallen van zorg en ondersteuning volgens de analyse een fors deel van de gebruikers geen zorg meer zou gebruiken: zij lijken dan het meeste op mensen die thans geen zorg gebruiken. Dit resultaat kan twee dingen betekenen. Het kan zijn dat er een groep zorggebruikers is die het ook zonder zorg en ondersteuning kan redden. We kunnen dit echter ook omgekeerd interpreteren: dat er onder de niet-gebruikers ook mensen zijn die dusdanige gezondheidsproblemen hebben, dat zij wellicht ook in aanmerking zouden komen voor een van de vormen van zorg en ondersteuning (publiek of niet-publiek).

Figuur 6.2

Aantal mensen met verpleeghuiszorg als reëel alternatief bij wegvallen van zorg, bevolking 18 jaar en ouder met een gezondheidsbeperking, 2014-2016^a



a n=5182.

Bron: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Wegvallen wijkverpleging treft de meest kwetsbaren

De simulaties laten dus zien dat het wegvallen van het zorgpakket wijkverpleging niet alleen per gebruiker de kans op opname in verpleeghuiszorg het meest vergroot, maar ook in absolute aantallen tot de grootste toename in het aantal verpleeghuisbewoners zou leiden.

De mensen die bij het wegvallen van wijkverpleging zouden moeten uitwijken naar verpleeghuiszorg zijn kwetsbaarder dan de mensen die vanuit één van de andere zorgpakketten zouden moeten overstappen naar verpleeghuiszorg: het is de oudste groep, met het hoogste aandeel verweduwden, en de groep met veruit het hoogste percentage lichamelijke beperkingen. Deze groep ontvangt vaak al een heel bouwwerk aan hulp: 41% ontvangt naast de wijkverpleging ook informele hulp, 19% ontvangt ook zelf betaalde hulp en bijna 60% ontvangt ook huishoudelijke hulp. Ook maakt ongeveer de helft van deze groep gebruik van een maaltijdvoorziening. Het lijkt erop dat de ontvangers van wijkverpleging dus nog net zelfstandig kunnen wonen, maar als deze zorg wegvalt, stort het bouwwerk in en wordt opname in een verpleeghuis een reëel alternatief.

Maar ook de mensen met huishoudelijke hulp die qua kenmerken voor een verpleeghuis in aanmerking komen, zijn kwetsbaar vergeleken met de groepen die vanuit andere zorgpakketten zouden instromen in verpleeghuiszorg. Er is er bij deze groep vaker sprake van een verlaagd psychisch welbevinden en (ernstige) geheugenklachten dan bij de mensen

met wijkverpleging die naar verpleeghuiszorg uitwijken. Ook is de mate waarin ze zeggen zich te kunnen redden in het dagelijks leven niet veel hoger dan bij de ontvangers van wijkverpleging. Het is een groep die met de combinatie van huishoudelijke hulp en heel veel informele hulp nog net zelfstandig kan wonen, maar op de rand van een verpleeghuisopname staat.

Een hoger psychisch welbevinden hangt samen met minder gebruik van begeleiding

Voor de tweede onderzoeksvraag kijken we naar de veranderingen in zorg en ondersteuning thuis wanneer het psychisch welbevinden van mensen die zelfstandig wonen hoger zou zijn. Hiermee brengen we de mogelijke invloed van investeringen in de ggz-zorg en in welzijnsvoorzieningen met als doel het psychisch welbevinden van mensen te verbeteren op het gebruik van de overige zorg en ondersteuning in beeld. We meten het psychisch welbevinden met behulp van de MHI-5-index. Deze index meet hoe iemand zich de afgelopen vier weken voelde. Een lage score op de MHI-5 betekent dat het psychisch welbevinden verlaagd is en dat er aanwijzingen zijn dat iemand psychische problemen heeft. We beperken ons hier tot de groep die een ernstige of matige lichamelijke beperking heeft (mensen met multiproblematiek). Voor hen zal het samenspel met een verlaagd psychisch welbevinden het meeste invloed uitoefenen op het gebruik van zorg en ondersteuning.

Ongeveer de helft van de volwassenen met een matige of ernstige lichamelijke beperking heeft volgens de MHI-5-score een verlaagd psychisch welbevinden (0,5 miljoen volwassenen). Zij hebben andere kenmerken dan de volwassenen met een lichamelijke beperking met een normaal psychisch welbevinden. Zij vinden veel minder vaak dat zij in een geschikte woning wonen. Ze zijn jonger, ze hebben minder vaak een hoog inkomen dan volwassenen met een matige of ernstige lichamelijke beperking met een normaal psychisch welbevinden.

Het zorggebruik van beide groepen thuiswonenden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen (met een normaal of een verlaagd psychisch welbevinden) is redelijk vergelijkbaar. Bijna een derde van de thuiswonende mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen ontvangt geen zorg en ondersteuning. Het kan zijn dat het hen niet lukt om publiek gefinancierde, informele of zelf betaalde hulp in te schakelen, of dat niet willen vragen (vraagverlegenheid). Maar het kan ook zijn dat ze zo veel mogelijk onafhankelijk willen blijven of zich naar eigen inzicht voldoende redden zonder deze hulp.

Het gebruik van zorg en ondersteuning verschilt vooral in de zelf betaalde hulp (lager voor mensen met een verlaagd psychisch welbevinden) en begeleiding (hoger voor mensen met een verlaagd psychisch welbevinden).

In de simulatie van de situatie waarin psychisch welbevinden hoger is,⁴⁹ zouden er volgens de simulatie meer mensen zijn die geen van de vormen van hulp ontvangen (dat aandeel

49 Hierbij verhogen we de MHI-5-score, die van 0 (laag psychisch welbevinden) tot 100 (hoog psychisch welbevinden) loopt, met 10 punten.

stijgt van 32,1% naar 33,5%). Dat komt vooral doordat het aandeel mensen dat begeleiding ontvangt, kleiner is als het psychisch welbevinden hoger is (4,8% versus 3,5%). Dat lijkt een kleine verschuiving, maar het gaat (in 2015) om ruim 15.000 personen en betreft een afname van meer dan een kwart van de ontvangers van begeleiding. Het gebruik van de overige hulpvormen verandert weinig. Dat komt doordat begeleiding de zorg is die goed past bij de psychische problematiek, meer dan de andere vormen van zorg en ondersteuning die gericht zijn op lichamelijke beperkingen.

6.2 Beschouwing

In 2015 waren er ongeveer 4,5 miljoen volwassenen in Nederland die kampen met gezondheidsbeperkingen. De verwachting is dat deze groep in de toekomst in omvang zal groeien, met name omdat het aantal ouderen de komende jaren flink zal toenemen. Dat betekent eveneens dat de behoefte aan zorg en ondersteuning en de kosten die daarmee gepaard gaan, zullen stijgen. In het kader van het streven naar een inclusieve samenleving, waarin iedereen kan meedoen, is het van groot belang dat we in staat zijn om ook in de toekomst goed voor onze ouderen te zorgen op een manier die financieel houdbaar is. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat het faciliteren van zowel lichtere als zwaardere vormen van (publiek gefinancierde) zorg en ondersteuning in de thuissituatie daarbij een cruciale rol kan spelen. In deze paragraaf geven we naar aanleiding van deze resultaten een aantal bespiegelingen en aandachtspunten voor de toekomstagenda op het gebied van zorg en ondersteuning voor mensen met gezondheidsbeperkingen.

Publieke thuiszorg om instellingszorg te voorkomen

Tot 2015 was de zorg en ondersteuning voor een groot deel centraal geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In eerste instantie was deze wet alleen bedoeld voor de intramurale zorg, maar later werd deze steeds verder uitgebreid met ook lichtere, extramurale vormen van zorg en ondersteuning (Van den Ende 2011; Veldheer et al. 2012). Vanuit het toen heersende paradigma van normalisering was het idee dat met de inzet op lichtere zorgvormen de zwaardere en duurdere vormen konden worden voorkomen en dat daardoor bijvoorbeeld meer mensen thuis konden blijven wonen. De simulaties in hoofdstuk 4 in dit rapport laten dat ook zien: voldoende aanbod van verschillende vormen van thuiszorg helpt om opname in een instelling te voorkomen. Met name wanneer wijkverpleging en in mindere mate huishoudelijke of informele hulp niet beschikbaar is, is voor een deel van de gebruikers verhuizing naar een verpleeghuis een mogelijk alternatief in de zin dat ze qua beperkingen en kenmerken lijken op mensen die al in een verpleeghuis wonen. Daarnaast laten de simulaties in hoofdstuk 5 zien dat een hoger psychisch welbevinden van mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen, bijvoorbeeld door de toenemende aandacht voor welzijnsvoorzieningen in de zorg, gepaard gaat met een geringer gebruik van begeleiding.

Minder publiek gefinancierde zorg

Door de uitbreiding van de AWBZ werd de regelgeving complex en bureaucratisch en leidden de toenemende kosten tot discussies over de houdbaarheid van het zorgstelsel (Veldheer et al. 2012). De noodzaak hiertoe wordt versterkt door het sterk stijgende aantal ouderen dat de komende jaren wordt verwacht en de bijbehorende stijging van de vraag naar zorg. Daarnaast neemt de beroepsbevolking als aandeel van de totale bevolking af (CBS 2015) en zijn er dus relatief minder mensen die voor ouderen kunnen zorgen en die de kosten voor publiek gefinancierde zorg moeten opbrengen (De Klerk et al. 2019). Recent werd de reikwijdte van het stelsel daarom verkleind en de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van burgers vergroot, door de uitgebreide hervormingen in de langdurige zorg in 2015 (Kromhout et al. 2018). De simulaties in dit rapport laten zien dat beperkingen in de publieke zorg in de thuissituatie niet alleen kunnen leiden tot een toenemende vraag naar verpleeghuiszorg, maar ook tot meer vraag naar informele en zelf betaalde hulp.

Druk op mantelzorgers neemt toe

Het is de vraag of de ruimte om meer mantelzorg te bieden er ook is. De toenemende vraag naar zorg (vergrijzing) en het krimpende aanbod van (zorg)personeel (ontgroening) zorgen voor meer druk op de mantelzorg en voor een grote uitdaging in de nabije toekomst. Deze uitdaging zal het grootst zijn in de zogeheten krimpgebieden van Nederland waar het aandeel ouderen steeds groter wordt, terwijl jongeren wegtrekken (De Klerk et al. 2019; Kooiker et al. 2019).

In de komende jaren zal het aantal potentiële mantelzorgers echter afnemen (De Jong en Kooiker 2018). Een steeds groter deel van de zorg aan ouderen zal door hun leeftijdsgenoten worden geleverd (Kooiker et al. 2019 – te verschijnen), wat deze zorg kwetsbaar maakt. Een grotere inzet van het netwerk kent ook andere beperkingen. Het sociale netwerk zal en kan niet zonder meer alle taken overnemen die nu door beroepskrachten worden verricht, vooral niet waar het meer gespecialiseerde zorg betreft (De Klerk et al. 2014). Zo ligt de begeleiding door professionals vaak op een ander vlak (bv. dagbesteding) dan die door mantelzorgers (begeleiding naar huisarts of uitstapjes). Verder wil lang niet iedereen hulp van naasten ontvangen, zeker niet wanneer de zorg zwaarder is (Putman et al. 2016). Daarnaast kan de combinatie van (intensieve) mantelzorg en betaald werk gaan wringen bij mantelzorgers (De Boer et al. 2019). Het luistert dan ook nauw om mensen ertoe te bewegen (meer) mantelzorg te geven. Er is nu al een grote groep mantelzorgers die de zorg als zeer belastend ervaart (De Klerk et al. 2017). Als de druk op mantelzorgers steeds verder toeneemt, kan dat grote gevolgen hebben voor het leven en welzijn van mantelzorgers (Broese van Groenou et al. 2017).

Ons onderzoek laat zien dat de beschikbaarheid van informele hulp voor mensen die geen andere hulp ontvangen (40% van alle ontvangers van mantelzorg), een belangrijke beschermende factor is om publiek gefinancierde zorg te voorkomen of uit te stellen. Wanneer geen informele hulp meer beschikbaar zou zijn, zou twee derde van deze mensen die dit nu ontvangen wellicht niet langer zorg gebruiken. Het is echter maar de vraag of deze groep zich ook echt zonder hulp staande kan houden en of voor deze groep de stap

naar professionele zorg uiteindelijk niet sneller in beeld komt. Zo toonde eerder onderzoek aan dat mantelzorgers vaak het gevoel hebben dat ze de stap naar professionele zorg voor de hulpbehoevende uitstellen (De Klerk et al. 2017). Voor een kwart van de ontvangers van alleen informele hulp zou de overstap naar duurdere publiek gefinancierde zorg een reëel alternatief bieden wanneer er geen informele hulp beschikbaar zou zijn. Het is dus, mede in het kader van de financiële houdbaarheid, van belang om mantelzorgers zo goed mogelijk te ondersteunen.

Samenspel van verschillende wetten

Vanaf 2015 is de zorg en ondersteuning meer dan voorheen ondergebracht bij verschillende wetten. Voorheen viel alleen huishoudelijke hulp onder de Wmo 2007 en de overige zorg en ondersteuning onder de Awbz. Nu valt niet alleen huishoudelijke hulp, maar ook begeleiding onder de regie van de gemeenten (Wmo 2015), de wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de verpleeghuiszorg onder het Rijk (Wlz). Dit alles heeft niet alleen financiële gevolgen voor de gebruikers (via verschillende eigenbijdrageregelingen, zie bv. Non et al. 2015; Kromhout et al. 2018; NZa 2018), maar ook voor de verantwoordelijke organisaties. Zo komen de baten van investeringen niet altijd bij die partij terecht die ook de investeringen deed (zie bv. Non et al. 2015; Kromhout et al. 2018). Investeren in de zorg en ondersteuning van gemeenten (bv. huishoudelijke hulp) levert dan wellicht besparingen op voor de zorgverzekeraars in plaats van voor de gemeenten. Hoewel voor de totale kosten aan zorg en ondersteuning investeringen in huishoudelijke hulp kostenverlagend kunnen werken, betekent het in de praktijk in eerste instantie een kostenverhoging voor gemeenten. Het ligt dan ook niet voor de hand dat gemeenten deze keuze uit zichzelf zullen maken. Het is de vraag hoe dergelijke financiële prikkels op de langere termijn zullen uitwerken. De in dit rapport uitgevoerde simulaties laten zien dat er een zekere uitwisseling kan plaatsvinden tussen de zorgvormen uit de verschillende wetten. Zo is de wijkverpleging belangrijk bij het voorkomen van verpleeghuiszorg en kan voldoende huishoudelijke hulp leiden tot minder vraag naar wijkverpleging (hoofdstuk 4). Ook kan investeren in de geestelijke gezondheidszorg (Zvw) of welzijnsvoorzieningen (Wmo) het psychisch welbevinden van de bevolking verbeteren, en zo wellicht gepaard gaan met een verminderde vraag naar begeleiding vanuit de Wmo (hoofdstuk 5). Voor de toekomst van zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen in onze samenleving is het dan ook van belang de vraagstukken hierbij integraal te bekijken.

Kapitaalkrachtigen in het voordeel?

Lang niet iedereen is in staat zelf de kosten voor zijn of haar zorg en ondersteuning te dragen. Ook is het de vraag of deze zelf betaalde zorg bij hoogcomplexiteit toereikend is. Zo laten Plaisier en Den Draak (2019) zien dat verpleeghuiszorg voor mensen met een hoge zorgzwaarte vooral in de reguliere zorg wordt geleverd en weinig in particuliere tehuizen. Hier wringt gelijke toegang tot zorg voor iedereen met de nadruk op eigen verantwoordelijkheid. Als een deel van de ouderen met behulp van eigen geld voor zichzelf betere zorg kan inkopen, zou dit ten koste kunnen gaan van de onderlinge solidariteit (bv. Van der

Lippe 2017; Plaisier en Den Draak 2019). Ook Den Ridder et al. (2019) geven aan dat men nog steeds veel waarde hecht aan solidariteit tussen ziek en gezond en tussen hogere en lagere inkomens. Aan de andere kant bleek uit eerder onderzoek echter dat men niet afkeurig is van het idee van voorrang in de zorg en luxere zorg voor de hogere inkomens, ook mensen met een laag inkomen niet (Kooiker et al. 2012). Voorwaarde is wel dat de basiszorg voor iedereen beschikbaar is en niet lijdt onder het feit dat mensen met hoge inkomens extra zorg inkopen. Hierbij kan een rol spelen dat wanneer meer vermogende mensen zelf voor hun zorg betalen, er meer geld overblijft voor de ondersteuning van de minder vermogenden (RVZ 2012). Hogere inkomensgroepen hebben ook meer mogelijkheden om naar een passende woning te verhuizen wanneer dat gezien gezondheidsbeperkingen nodig lijkt of kunnen de huidige woning hiervoor gemakkelijker geschikt maken. Passend woonaanbod voor mensen met gezondheidsbeperkingen, voor alle inkomensgroepen, is dan ook nodig om mensen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen (Daalhuizen et al. 2019; Diepstraten et al. 2019). Het is hierbij belangrijk om te onderkennen dat het onderscheid tussen wie wel en niet zorg en ondersteuning zelf kan betalen, verder gaat dan verschillen in inkomen en vermogen. Hieronder liggen namelijk ook verschillen in bijvoorbeeld opleidingsniveau, arbeidsmarktkansen en gezondheid (Vrooman et al. 2014). Ons onderzoek laat eveneens duidelijk zien dat het vooral mensen met een hoog inkomen zijn die vaker zelf betaalde hulp inkopen. Dat komt mede doordat voor hen de eigen bijdragen van publiek gefinancierde hulp hoog zijn (Plaisier en De Klerk 2015; Da Roit en Thomése 2016). Als de druk op de publiek gefinancierde zorg, maar ook op de informele zorg verder toeneemt en de beschikbaarheid ervan afneemt, zou dat kunnen betekenen dat mensen zelf meer zorg proberen in te kopen. Onze simulatieresultaten in hoofdstuk 4 laten echter zien dat zelf betaalde zorg voor maar een klein deel van de gebruikers een reëel alternatief is voor de publiek gefinancierde zorg die men ontvangt, omdat lang niet iedereen dat kan betalen.

Ouderen kwetsbaar voor bezuinigingen

Het is bekend dat ouderen bij eenzelfde mate van gezondheidsbeperkingen vaker gebruikmaken van publiek gefinancierde zorg dan jongere mensen, zoals ook blijkt uit het verklarende model in hoofdstuk 3 van dit rapport. Gedurende de tijd verandert de samenstelling van het sociale netwerk van ouderen en hebben zij minder vaak contact met mensen uit hun netwerk dan jongeren (Schoenmakers en Suanet 2018). Verder zijn ouderen meer dan jongeren beducht om een beroep te doen op burens of vrienden ('vraagverlegenheid') (Linders 2010; Vermeij 2016). Daarnaast hebben ze lang niet allemaal veel geld te besteden, zodat zij de benodigde hulp veelal niet zelf kunnen betalen.

Complexer wordende samenleving

Met trends als individualisering, digitalisering en snelheid wordt de samenleving telkens een beetje complexer. Zo speelt technologie steeds vaker een rol in het dagelijks leven. Ook de informatievoorziening is gedigitaliseerd, waardoor steeds meer informatie alleen op internet is te vinden. Voor veel mensen maken deze ontwikkelingen het leven een stukje

makkelijker. Maar niet iedereen kan goed meekomen met deze veranderingen in de samenleving. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen met een verstandelijke beperking (Woittiez et al. 2014; Woittiez et al. 2018) en ouderen met weinig digitale vaardigheden, weinig eigen regie, een klein netwerk of een laag inkomen (De Klerk et al. 2019). Het is daarom van belang om aandacht te hebben voor dit soort groepen. Zij hebben vaak onvoldoende hulpbronnen en vaardigheden om zelf zorg en ondersteuning te organiseren, van hun netwerk te vragen of zelf in te kopen.

Achterblijvers in de zorg

Een deel van de mensen met gezondheidsbeperkingen ontvangt geen zorg en ondersteuning. Aan dit niet-gebruik kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. Het kan zijn dat het hen niet lukt om hulp in te schakelen, omdat zij geen netwerk hebben dat die hulp kan bieden, zij dat niet willen vragen (vraagverlegenheid) of omdat zij geen geld hebben om hulp zelf te betalen. Het kan ook zijn dat het hen niet lukt om (voldoende) professionele zorg en ondersteuning te krijgen (Van Campen et al. 2016), bijvoorbeeld doordat ze de weg niet weten te vinden in het complexe systeem van professionele hulp of doordat er onvoldoende professionele hulp wordt toegewezen dan wel beschikbaar is (Van Oorschot 1991; Harnas en Schout 2017; Van Klaveren et al. 2017). Maar het kan ook zijn dat ze zo veel mogelijk onafhankelijk willen blijven (Den Draak en Van Campen 2012; Marangos 2013). Of zij redden zich naar eigen inzicht voldoende zonder deze hulp (zie bv. Vernhout 2004). De rijksoverheid heeft deze groepen achterblijvers die een verhoogd risico hebben om vast te lopen in ons complexe zorgsysteem steeds beter in beeld (OPaZ 2019). Dat is ook nodig, zeker wanneer het aanbod van zowel publiek gefinancierde zorg als van mantelzorg steeds meer onder druk komt te staan, waardoor de groep achterblijvers in omvang kan gaan toenemen. Uit de simulaties in deze studie blijkt dat er een grote groep is voor wie het niet langer gebruikmaken van zorg en ondersteuning het voornaamste alternatief lijkt voor de zorg die zij ontvangen. Zoals verwacht is dit vaker het geval als de persoon relatief lichte zorg ontvangt dan wanneer hij één van de zwaardere zorgvormen ontvangt. We zien ook dat een aanzienlijk deel van de mensen met gezondheidsbeperkingen op dit moment geen zorg en ondersteuning ontvangt. Er is dus sprake van een vrij grote groep niet-gebruikers: mensen met dusdanige beperkingen, dat verwacht mag worden dat zij hulp nodig hebben, maar dit niet (meer) gebruiken. Recent opgestart SCP-onderzoek naar achterblijvers in de zorg zal het komende jaar meer inzicht hierin bieden.

Langer thuis met zorg en ondersteuning?

De wens om mensen langer thuis te laten wonen vraagt om meer zorg en ondersteuning in de thuissituatie. Maatregelen om de kosten van de zorg in de hand te houden treffen echter vaak de lichtere vormen van ondersteuning. Zo zijn er gemeenten die, vanwege de bezuinigingen op het Wmo-budget, minder hulp in het huishouden aanbieden (De Koster 2014) of slechts een beperkt aantal uren (Pommer et al. 2018). Het wegvallen van deze zorg en ondersteuning zal voor een aanzienlijk deel van de hulpbehoevenden juist betekenen dat de overstap naar duurdere vormen van zorg noodzakelijk is. Daarnaast moeten we

ervoor waken dat het langer thuis blijven wonen niet te ver doorschiet. Er is een groep kwetsbare mensen met veel gezondheidsbeperkingen die zelf het liefst in een beschermde woonomgeving wonen (Plaisier en Den Draak 2019) en/of voor wie dit volgens henzelf en/of hun familie de beste optie is, gezien de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben. Hiervoor zijn in het huidige stelsel echter weinig mogelijkheden. De simulaties in deze studie laten zien dat de publieke vormen van zorg thuis, met name de huishoudelijke hulp en de wijkverpleging, al dan niet in combinatie met informele hulp, een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van opname in een verpleeghuis. Meer algemeen lijken lichtere zorgvormen het gebruik van zwaardere zorgvormen te beperken. Uit de simulaties blijkt eveneens dat een hoger psychisch welbevinden van mensen, bijvoorbeeld te bereiken door meer inzet op welzijnsvoorzieningen, gepaard gaat met minder gebruik van begeleiding uit de Wmo. Hoewel het niet tot grote verschuivingen in het totale zorggebruik zal leiden, heeft een verhoogd psychisch welbevinden uiteraard wel positieve gevolgen voor de kwaliteit van leven van de mensen die het betreft.

Toekomstperspectief

Voor de toekomst lijkt het faciliteren van (publieke) zorg en ondersteuning in de thuissituatie dan ook van groot belang om de zorg voor de steeds groter wordende groep ouderen én de financiële houdbaarheid te waarborgen. Maatregelen om de zorgkosten in de hand te houden worden vaak gezocht in bezuinigingen op de lichtere vormen van zorg en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp. Wanneer deze hulp wegvalt, betekent dat echter voor een aanzienlijk deel van de hulpbehoevenden dat zij zijn aangewezen op duurdere vormen van zorg. Voor de toekomst blijkt juist het faciliteren van lichtere vormen van (publiek gefinancierde) zorg en ondersteuning in de thuissituatie essentieel om zowel de zorg voor deze steeds groter wordende groep mensen met een gezondheidsbeperking als de financiële houdbaarheid van deze zorg te waarborgen.

Ook mantelzorgers verdienen daarbij aandacht, omdat door de hulp die zij bieden kwetsbare ouderen (zowel qua gezondheid als qua financiën) langer in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Hierbij is een grote rol weggelegd voor de gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo 2015, in samenspraak met de andere partijen in het zorglandschap, zoals verzekeraars (wijkverpleging) en de rijksoverheid (verpleeghuiszorg). Deze groep ouderen die thuis blijft wonen, zal ook vaker bij de huisarts of in het ziekenhuis komen. Deze eerstelijns hulpverleners zullen dan ook steeds vaker met complexe, arbeidsintensieve zorgproblematiek te maken krijgen (Schers et al. 2009; De Klerk et al. 2019). Er moet dus niet alleen voldoende zorg en ondersteuning zijn, maar ook voldoende medische zorg en passende huisvesting, om de groeiende groep thuiswonende ouderen van adequate zorg te voorzien.

Summary

When care stops being available

A simulation of alternatives to care and support for people with a health impairment

Living at home for longer

A great deal has changed in recent years in the way long-term care and social support in the Netherlands is organised. The Dutch government's aim is to enable more people to live independently for longer in their own homes (see e.g. vws 2018).

In this report we present a quantitative study of how much the different forms of care and support contribute to the ability of people with a health impairment to continue living independently. We explore what would happen if a certain type of care were to be withdrawn and if the help people receive were no longer available. We look at the consequences for the probability of being admitted to a nursing home, but also for alternative forms of care and support that are provided in the recipient's home. This sheds light on the group who, though living independently, may be on the verge of admission to a nursing home. From a policy perspective, this offers relevant knowledge about which forms of care and support particularly need to be supported in order to defer or prevent admission to a nursing home.

The focus of the study is on people with a health impairment; these are often (though by no means always) older people. We also focus on people with physical disabilities combined with reduced mental well-being, which we refer to as multiple problems.

Specifically, we address the following two research questions:

1. *What consequences would the loss of forms of care have for the use of care and support at home and for the probability of admission to a nursing home?*
2. *To what extent is better mental well-being on the part of people with moderate or severe physical disabilities related to the use of care and support at home?*

We provide quantitative answers to these research questions, based on a statistical explanatory model (see also earlier studies such as Woittiez et al. 2009b; Eggink et al. 2012). We use this model to relate care and support received to characteristics of the care recipients, such as health status and age. We then use simulations to calculate what shifts we would expect in care use if one of the types of care they currently receive were no longer available. For example, we look at which care those receiving domestic help funded through the Social Support Act (Wmo) would be likely to receive if that domestic help were no longer available. How realistic would admission to a nursing home be for this group? We realise that total loss of a particular form of help is unlikely and also that it is by no means certain that the availability of other forms of care and support would be sufficient to accommodate shifts from one form of care to another. We also assume in the simula-

tions that people's care demand to remain the same as in the present care system. Despite these shortcomings, the simulations do shed light on the influence of receiving a particular form of help on preventing admission to a nursing home. Another simulation provides an indication of the care that people with a physical disability would receive if their mental well-being was better – though the caveat needs to be applied here that it is not clear precisely what the causal relationship is between mental well-being and care use.

Data on care and support at home and in a nursing home

This study draws on data from the Care Use Survey (ozG), which contains information on around 7,800 people aged over 18 living independently in the Netherlands in the period 2014-2016, and the Older People in Institutions survey (oii) from 2015/2016, which was conducted among around 1,600 people aged 55 and older who live permanently in a nursing home. All told, therefore, we have information on more than 9,000 people who are as representative as possible of the Dutch population aged 18 and older.

The data enable us to distinguish between different forms of care and support:

- informal help: help that is provided by the recipient's social network or by volunteers;
- self-paid help: help which is paid for entirely by the recipient;
- domestic help funded under the Social Support Act 2015 (Wmo);
- support funded under the Social Support Act 2015 (Wmo);
- community nursing services funded through the Health Insurance Act (Zvw); and
- nursing home care funded through the Long-term Care Act (Wlz).

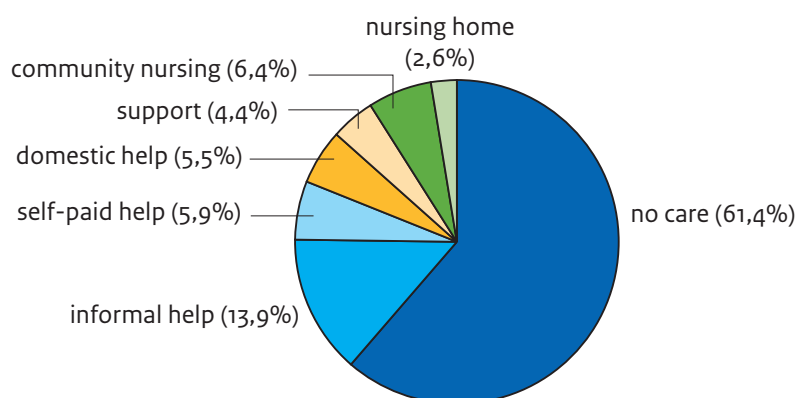
A person may receive different forms of care simultaneously. To avoid counting recipients twice, we constructed a hierarchy of *care packages*. Each care package consists of a combination of care types, with users categorised based on the most intensive type of care they receive. Our hierarchy is based on the assumption that a person first tries to resolve their care need within their own network or using their own funds before turning to publicly funded care. Following this method, the least intensive care package is 'no care', followed by 'informal help', 'self-paid help', 'domestic help', 'support', 'community nursing' and finally 'nursing home care' as the most intensive care package. Whilst someone may receive several different forms of care, therefore, in our terminology they receive only one care package. This hierarchy means that a person with the care package 'domestic help', for example, may receive this help in combination with informal help and self-paid help, but not in combination with support, community nursing and nursing home care (because in that case they would be receiving one of the three more intensive care packages). The assumed hierarchy is in line with the empirically determined hierarchy in earlier scp research (Van Campen et al. 2017) and also with the hierarchy used in other research (e.g. NZa 2018).

Four out of ten people with a health impairment are receiving care or support

We adopt a broad definition of health impairments, to include anyone who has a physical disability (slight, moderate or severe), reduced mental well-being or severe memory problems (or a combination of these). Almost 60% of the nearly 4.5 million adults with health impairments are not receiving any of the types of care and support referred to above (figure S.1). This may be because their impairments are not sufficiently severe for them to need help, they do not wish to receive help or they do not know how to obtain help. These are often people who only have reduced mental well-being or people with slight physical disabilities. This does however mean that 40% of people with health impairments do receive some form of care and support. In terms of the care packages defined above (i.e. combinations of different types of care), around 14% of people with health impairments receive only informal help; just over 6% receive community nursing funded through the Health Insurance Act (Zvw), almost always in combination with one of the other care types (not shown in figure). The other care packages are less common, with nursing home care occurring the least often (just over 2.5%).

Figure S.1

Distribution of care packages as a share of the population aged 18 years and older with health impairments, 2014-2016 (in weighted percentages)^a



scp.nl

a n=5182.

Source: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Method

As stated, in this report we answer the research questions using a statistical model, by first relating the use of the different care packages to a variety of user characteristics. The selection of these characteristics is based on the literature and is described in chapter 2 of the report. They are characteristics that say something about the need for help, the respondent's health, their personal characteristics and the different resources they have available. We then use the estimated relationships between care use and these characteristics to estimate what would happen if one of the care packages were to disappear. The implicit

assumption here is that the supply of the other care packages will flex to accommodate changing demand.

In essence, the method used is as follows. First, we use the explanatory model to predict the probability of using care, calculating the probability for each of the care packages for each individual. For young people without health impairments, for example, the probability of 'no care' is very high and the probability of nursing home care extremely low; for older people living alone with multiple health impairments, by contrast, the reverse applies. We then simulate the loss of a given care package. In practice, we look at the profiles of people who lose a care package and explore how far they correspond with the profiles of the other care packages. In the simulations, we move people whose care package disappears to the care package for people with the most comparable combination of characteristics.

We also use a simulation to answer the second research question. In a comparable way to the first question, we predict which type of care use would be most likely for people living at home with physical disabilities if their mental well-being were higher.

In interpreting the results, it is important to bear in mind the scope of the method used. In the simulations for the first research question, in which we assume that a certain care package is no longer available, we make two assumptions which influence the results. First, we assume that all users lose this care package, thus calculating the maximum effect of a change. Second, we assume that the overall supply of care adapts to accommodate this loss and that everyone is able to access alternative care packages. In reality, the supply of those alternatives may not be adequate. The simulations do not provide any insight into whether the most likely shift in care type is also the most appropriate. This is also not clear in the observed situation: the datasets used provide too little information for this.

Two caveats also need to be applied to the simulations of care use by people with better mental well-being. First, the causal relationship between mental well-being and use of care is not straightforward, while the simulation assumes that mental well-being has a direct influence on care use. Second, use of care and support is focused mainly on people's physical disabilities and less on mental health issues.

Neither simulation looks at the extent to which the number of hours received of the various types of care and support changes; we also assume that people's care demand remains the same as in the present care system. Given the foregoing, the simulations offer a broad picture of the possible consequences for care use in the event of policy changes.

Withdrawal of care

We use the relationships described above to estimate what would happen to care use if the care that someone is receiving were no longer to be an option. The probability of each care package being used is calculated for all individuals. Some people will have a high probability of receiving one particular package and a low probability of receiving all the others. By contrast, others will have a roughly equal chance of using a variety of care packages, and

they would therefore appear to have an alternative if the care they are currently receiving should be withdrawn. Based on the calculated probabilities, we use simulations to study the options open to people in terms of using an alternative care package.

Loss of informal help would affect by far the most people

The care package ‘informal help’ (i.e. only informal help, with no other forms of care and support) is used by far and away the most people (almost 14% of people with health impairments; see figure S.1). The simulation in which this care package is no longer available would thus affect more people (approx. 615,000 in 2015) than the withdrawal of one of the other care packages. The relatively extensive use of community nursing means that loss of this intensive care package would also affect a large number of people (almost 6%, or nearly 280,000 people; see figure S.1).

Loss of community nursing has the biggest impact in driving up nursing home admissions

If a care package were no longer available, the users of that package might switch to alternative care packages. Which alternative packages these would be naturally depends on which care package disappears. In chapter 4 of this report, we therefore look at the percentage of users of different care packages for whom there would be an alternative care package. In order to answer the first research question, we restrict ourselves here to presenting the percentage of people for whom nursing home care as an alternative (figure S.2).

Nursing home care is found to be an alternative for people living at home using each of the other care packages, but in differing degrees. The calculations show that community nursing is the main care package for which nursing home care is an alternative. That is understandable, because users of this package are people who are generally already receiving a whole gamut of different forms of care and support. Nursing home care is the most logical alternative for 19% of people who use community nursing services. Loss of community nursing would consequently lead to a potential increase in the number of nursing home residents of almost 55,000 in 2015 (figure S.2). Community nursing is thus an important factor in preventing admission to nursing homes. However, the use of informal and domestic help could also rise sharply if the community nursing care package were not available (not shown in figure). Informal help is the best alternative for 18% of those using the community nursing care package, while for 13% that role is fulfilled by domestic help (just over 50,000 and just over 30,000 people, respectively). Additionally, a quarter of those affected might not use any more help from the care and support system.

Although the loss of community nursing would have by far the biggest impact for those concerned in terms of the chance of admission to a nursing home, the consequences of the withdrawal of the domestic help care package would also be considerable; nursing home care would be an alternative for roughly 6% of those affected – at least three times as many as would be affected by the loss of other forms of care and support received at home (with the exception of community nursing). The loss of the domestic help care package could mean an additional 15,000 nursing home residents. The remaining users of domestic

help would probably start using informal help or community nursing services (just under 20% of users in each case) or would no longer receive any care or support at all (40%). From a policy perspective, it is important to realise that the loss of domestic help can by no means always be accommodated by more informal or self-paid help; providing support through domestic help can not only reduce the risk of admission to a nursing home, but also the chance of using more expensive community nursing services.

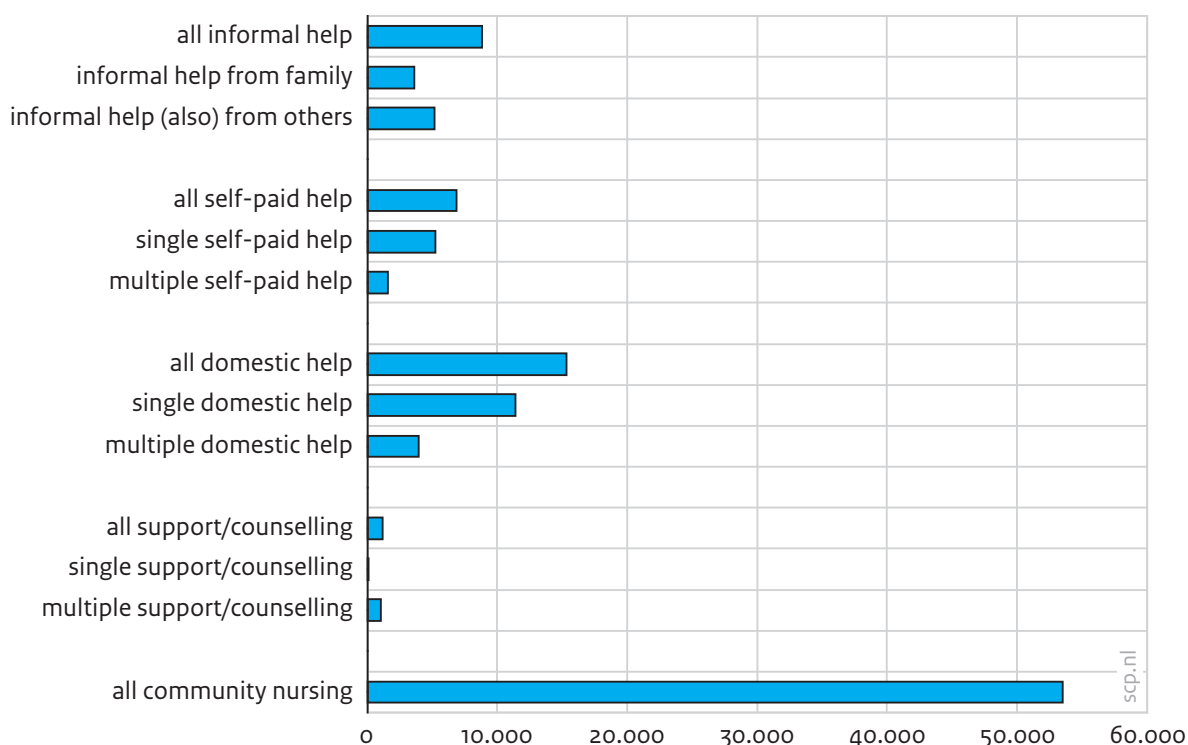
Admission to a nursing home can also be an alternative for the lighter, non-public forms of help (only informal and/or only self-paid help), though this is quite rare; between 1% and 2% of users of these care packages would have to move to a nursing home if the help was no longer available. This would mean an increase of around 9,000 nursing home residents if informal help was lost and 7,000 extra residents if self-paid help was no longer available. In other words, even those using less intensive forms of care can sometimes have a high care need (see also e.g. De Boer et al. 2003). If these lighter forms of help were to disappear, it is likely that a large group of people would no longer receive any care services at all (68% for informal help and 56% for self-paid help).

Nursing home admission is almost never an alternative for the 'support' care package; if this care package were no longer available, nursing home admission would be an alternative for only 0.5% of users. This is therefore a group of care users with a very different profile.

Interestingly, according to the analysis the loss of care and support would mean that a high proportion of current users would no longer use any form of care: they would then most closely resemble people who are currently not using care. This result could mean two things. It may be that there is a group of care users who could manage without care and support. However, the converse could also be true, namely that those not using care might include people who are so affected by health problems that they too might be eligible for a form of care and support (public or non-public).

Figure S.2

Number of people for whom nursing home care would be a realistic alternative in the event of loss of care, population aged 18 and older with a health impairment, 2014-2016^a



a n=5182.

Source: SCP/CBS (OZG'14-'16, OII'15/'16)

Loss of community nursing affects the most vulnerable

The simulations show that loss of the community nursing care package not only leads to the biggest increase in the probability of nursing home care per user, but would also cause the biggest absolute increase in the number of nursing home residents.

People who would have to rely on nursing home care if community nursing were to disappear are more vulnerable than those who switched from one of the other care packages to nursing home care: they are the oldest group, with the highest proportion of widows/widowers, and with by far the highest percentage of physical disabilities. This group are already often receiving a large amount of help: 41% receive informal help in addition to community nursing; 19% also receive self-paid help; and almost 60% also receive domestic help. Additionally, around half this group use a meals service. It thus appears that those receiving community nursing are just about able to continue living independently, but if that care were to disappear, the whole care edifice would collapse and admission to a nursing home would become a realistic alternative.

However, people who are receiving domestic help whose characteristics make them eligible for admission to a nursing home are also vulnerable compared with groups switching to nursing home care from other care packages. Members of this group more often have lower mental well-being and (sometimes severe) memory problems than people receiving community nursing who switch to nursing home care. Their own perception of their ability

to manage in day-to-day life is also not much higher than among those receiving community nursing. This is a group who are just about able to continue living independently with a combination of domestic help and a great deal of informal help, but who are on the cusp of admission to a nursing home.

Higher mental well-being associated with less use of support

For the second research question, we look at what changes would occur in care and support received at home if the mental well-being of people living independently were higher. This sheds light on the potential effect on the use of other care and support of investments in mental health care and welfare provisions aimed at improving people's mental well-being. We measure mental well-being using the MHI-5 index. This index measures how a subject has felt during the past four weeks. A low score on the MHI-5 signifies reduced mental well-being and indicates that the person concerned may have mental health problems. We restrict ourselves here to people with a severe or moderate physical disability (people with multiple problems). For these people, the combination of physical problems with reduced mental well-being will have the biggest influence on their use of care and support.

Around half of the adults with a moderate or severe physical disability have reduced mental well-being according to their MHI-5 score (0.5 million adults). Their characteristics differ from those of adults with a physical disability but normal mental well-being: they much less often feel that the home they live in is suitable for their needs, they are younger and less often have a high income than adults with a moderate or severe physical disability but normal mental well-being.

The use of care by these two groups of people living at home with moderate or severe physical disabilities (i.e. those with normal and reduced mental well-being, respectively) is reasonably comparable. Just under a third of people living at home with moderate or severe physical disabilities receive no care or support. It may be that they are unable to access publicly funded, informal or self-paid help, or that they are unwilling to ask for it. However, it is also possible that they wish to remain as independent as possible or that they see themselves as managing adequately without this help.

The main difference in the use of care and support is in the use of self-paid help (lower for people with reduced mental well-being) and support (higher for people with reduced mental well-being).

According to the simulation in which people's mental well-being is higher,⁵⁰ there would be more people not receiving any form of care (an increase from 32.1% to 33.5%). The main reason for this is that the share of people receiving support is lower among those with higher mental well-being (4.8% versus 3.5%). This may seem a small shift, but (in 2015) it

50 Indicated by raising the MHI-5 score, which ranges from 0 (low mental well-being) to 100 (high mental well-being), by 10 points.

represents 15,000 individuals and signifies a reduction of more than a quarter of those receiving support. There is little change in the use of the other types of help. That is because support is a form of care which is better suited to people with mental health issues than the other forms of care and support that are aimed at people with physical disabilities.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2015). *Regionale verschillen in de langdurige zorg. Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Andersen, R. en J.F. Newman (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, jg. 51, nr. 1, p. 95-124.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. In: *Journal of Health and Social Behavior*, jg. 36, nr. 1, p. 1-10.
- Andersen, Ronald M. en Pamela L. Davidson (2001). Improving Access to Care in America. Individual and Contextual Indicators. In: R.M. Andersen, T.H. Rice en E.F. Kominski (red.), *Changing the U.S. health care system: key issues in health services, policy and management* (p. 3-30). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Babitsch, B., D. Gohl en T. von Lengerke (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. In: *GMS Psycho-Social-Medicine*, jg. 9, nr. 11 (dx.doi.org/10.3205/psm000089).
- Bijl, R.V. en A. Ravelli (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: *Psychological Medicine*, jg. 30, nr. 3, p. 657-668 (dx.doi.org/10.1017/S0033291799001841).
- Boer, Alice de, Cretien van Campen, Edwin van Gameren, Roelof Schellingerhout, Joost Timmermans en Isolde Woittiez (2003). *Advies enkelvoudige huishoudelijke hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Alice de, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2019). *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boerma, Ties, Ahmad Reza Hosseinpor, Emese Verdes en Somnath Chatterji (2016). A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. In: *BMC Public Health*, jg. 16, nr. 1, p. 675.
- Boomstra, Rinke (2017). *Wat is welbevinden in de ouderenzorg?* Geraadpleegd 23 augustus 2019 via www.zorgvoorbeter.nl/levensvragen-ouderen/welbevinden-ouderenzorg.
- Broese van Groenou, Marjolein, Alice de Boer, Kim Putters, Kene Henkens, Henk Nies, Pearl A. Dykstra, Hanna van Solinge, Cretien van Campen en Sjoerd Kooiker (2017). Symposium De toekomst van de informele zorg. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 48, nr. 2, p. 77-88.
- Broese van Groenou, Marjolein, Marianne Jacobs, Ilse Zwart-Older en Dorly Deeg (2016). Mixed care networks of community-dwelling older adults with physical health impairments in the Netherlands. In: *Social Care in the Community*, jg. 24, nr. 1, p. 95-104.
- Broese van Groenou, Marjolein en Theo van Tilburg (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen. In: Alice de Boer (red.), *Toekomstverkenning Informele Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Busch, Martine, Miek Jong en Erik Baars (2015). *Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen. Eerste Nederlandse inventarisatie*. Utrecht: Van Praag Instituut | het Louis Bolk Instituut.
- Campen, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen. Landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van, Jurjen Iedema, Marjolein Broese van Groenou en Dorly Deeg (2017a). *Langer zelfstandig Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van, Jurjen Iedema, Marjolein Broese van Groenou en Dorly Deeg (2017b). *Langer zelfstandig: Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van, Sjoerd Kooiker en Alice de Boer (2016). Zorgen; hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen?. In: Andries van den Broek, Cretien Van Campen, Jos de Haan, Anne Roeters, Monique Turkenburg en Lotte Vermeij (red.), *De toekomst tegemoet; werken, leren, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016* (p. 108-142). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- CBS (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.
- CBS (2015). Zal vergrijzing leiden tot een tekort aan arbeidskrachten? Geraadpleegd 23 augustus 2019 via www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/20/zal-vergrijzing-leiden-tot-een-tekort-aan-arbeidskrachten.
- CBS (2018). *Personen in institutionele huishoudens; geslacht en leeftijd, 1 januari*. Geraadpleegd op 22 juli 2019 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82887NED/table?ts=1561629618875>.
- CBS (2019). Geestelijke gezondheidszorg en arbeidsmarktpositie 2016. Geraadpleegd op 29 augustus 2019 via www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2019/16/geestelijke-gezondheidszorg-en-arbeidsmarktpositie-2016.
- College voor de Rechten van de Mens (2019). *VN-Verdrag handicap*. Geraadpleegd op 5 mei 2019 via www.mensenrechten.nl/nl/vn-verdrag-handicap.
- Da Roit, Barbara en Fleur Thomése (2016). Maakt lokaler thuiszorg zorg (on)gelijker?. In: *Mens en maatschappij*, jg. 91, nr. 4, p. 381-403 (dx.doi.org/10.5117/MEM2016.4.ROIT).
- Daalhuizen, Femke, Frank van Dam, Carola de Groot, Frans Schilder en Marieke van der Staak (2019). *Zelfstandig thuis op hoge leeftijd. Verkenning van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd op 26 september 2019 via <https://themasites.pbl.nl/zelfstandig-thuis-hoge-leeftijd>.
- Diepstraten, Maaïke, Rudy Douven en Bram Wouters (2019). *Can your house keep you out of a nursing home?*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Draak, Maaïke den en Cretien van Campen (2012). Kwetsbare ouderen zonder thuiszorg. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 90, nr. 4, p. 237-244.
- Eggink, E., J. Jonker, K. Sadiraj en I. Woittiez (2009). *VeVeRa-III, Ramingen verpleging en verzorging 2005-2030, modelbeschrijving*. The Hague: Netherlands Institute for Social Research/scp.
- Eggink, E., D. Oudijk en K. Sadiraj (2012). *VeVeRa-IV, Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030*. The Hague: Netherlands Institute for Social Research/scp.
- Eggink, Evelien, Isolde Woittiez en Michiel Ras (2015). Forecasting the use of elderly care: a static micro-simulation model. In: *The European Journal of Health Economics* (dx.doi.org/10.1007/s10198-015-0714-9).
- Ende, T. van den (2011). De care: voortvarend na bedachtzaam wegen. In: J.G. Sijmons, T. van den Ende en G.R.J. de Groot (red.), *Stelsel onder stress. Preadvies 2011 van de Vereniging voor Gezondheidsrecht* (p. 91-138). Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Enroth, L., M. Aaltonen, J. Raitanen, L. Nosraty en M. Jylhä (2018). Does use of longterm care differ between occupational classes among the oldest old. In: *European Journal of Ageing*, jg. 15, nr. 2, p. 143-153 (dx.doi.org/10.1007/s10433-017-0445-0).
- Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Geerts, Joanna, Peter Willemé en Esther Mot (2012). Long-Term Care Use and Supply In Europe: Projections For Germany, The Netherlands, Spain and Poland. *Enepri Research Report No. 116*.
- Haberkern, K., T. Schmid en M. Szydlik (2015). Gender differences in intergenerational care in European welfare states. In: *Ageing and Society*, jg. 35, nr. 2, p. 298-320 (dx.doi.org/10.1017/S0144686X13000639).
- Harnas, S. en P. Schout (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Hees, Suzanne van, Marloes Oldenkamp, Iris de Putter, Lucas van der Hoek en Hennie Boeije (2018). *Participatiemonitor 2008-2016: Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen*. Utrecht: NIVEL.
- Hoof, Frank van, Aafje Knispel, Lex Hulsbosch, Aniek de Lange, Harry Michon en Hans Kroon (2017). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. 2017*. Utrecht: Trimbos.
- Hlebec, V. en M. Filipovic Hrast (2016). Influence of Contextual and Organisational Factors on Combining Informal and Formal Care for Older People. Slovenian Case. In: *Research on Ageing and Social Policy*, jg. 4, nr. 30 (dx.doi.org/10.17583/rasp.2016.1835).

- Homan, Lennart, Patrick Jansen, Eline Lubbes en Evelien Rijken (2018). *Rapportage: Onderzoek naar het gebruik, wachttijden en wachtlijsten Casemanagement Dementie 2018*. Enschede: HHM.
- Hulsbosch, Lex, Aafje Knispel, Aniek de Lange en Aniek Michon (2018). *Panel Psychisch Gezien - Leefsituatie en ontvangen zorg. Deelonderzoek 3 - Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hulzing, Wout, Thijs Tromp en Gerdienke Ubels (2010). *Werken aan mentaal welbevinden*. Bunnik: Libertas.
- Jong, Andries de en Sjoerd Kooiker (2018). *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen, 1975-1940*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.
- Klaveren, Susan van, Kees van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Caze-
mier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Den
Haag: BMC.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2014). *Hulp geboden. Een ver-
kenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbu-
reau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in
2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaike den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende
ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelin-
gen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kok, Almar A.L. (2019). *How tough times become good times. Studies on socioeconomic inequality, resilience and succes-
ful aging*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Kooiker, Sjoerd, Andries de Jong, Debbie Verbeek-Oudijk en Alice de Boer (2019). *Mantelzorg in de toekomst. PM
ondertitel*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / Planbureau voor de Leefomgeving.
- Kooiker, Sjoerd, Mirjam de Klerk, Judith ter Berg en Yolanda Schothorst (2012). *Meebetalen aan de zorg. Neder-
landers over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koster, Yolanda de (2014). Gemeenten overtreden massaal wet met schrappen 'poetshulp'. In: *Binnenlands
Bestuur*, 27 november 2014.
- Kromhout, Mariska, Nora Kornalijslijper en Mirjam (red) de Klerk (red.) (2018). *Veranderde zorg en onder-
steuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag:
Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuiper, Martin (2019). Incidenten verwarde mensen verdubbeld. In: *NRC*, 20 februari.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: Sdu
Uitgevers.
- Lippe, Tanja van der (2017). De markt van persoonlijke dienstverlening (redactioneel). In: *Tijdschrift voor
Arbeidsvraagstukken*, jg. 33, nr. 4.
- Marangos, A.M., M. Cardol en M. de Klerk (2013). Niet-gebruik van maatschappelijke ondersteuning. In: *Tijd-
schrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 91, nr. 6.
- Marangos, Anna Maria en Sjoerd Kooiker (2019). Gezondheid en Zorg. In: Annemarie Wennekers, Jeroen
Boelhouwer, Cretien van Campen en Jeanet Kullberg (red.), *Sociale Staat van Nederland 2019*. Den Haag:
Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Non, Mariëlle (2017). *Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care?*. Den Haag: Centraal Plan-
bureau (CPB Discussion paper 363).
- Non, Mariëlle, Ab van der Torre, Esther Mot, Evelien Eggink, Pieter Bakx en Rudy Douven (2015). *Keuzeruimte
in de langdurige zorg. Veranderingen van zorgparijen en cliënten*. Den Haag: Centraal Planbureau en Sociaal en
Cultureel Planbureau.
- nza (2018). *Monitor zorg voor ouderen 2018*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Ooms, Ingrid, Klarita Sadiraj en Evert Pommer (2017). *Regionale verschillen in het sociaal domein: voorzieningen-
gebruik nader verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Oorschot, Wim van (1991). Non-Take-Up of Social Security Benefits in Europe. *Journal of European Social Policy*, jg. 1, nr. 1, p. 15-30 (dx.doi.org/10.1177/095892879100100103).
- Oosterom, Rianne en Edwin Kreulen (2017). Zorg bereikt veel psychiatrische patiënten niet. In: *Trouw*, 16 januari.
- OPaZ (2019). Ondersteuning Passend Zorgaanbod (OPaZ). Geraadpleegd op 26 september 2019. (www.opaz.info).
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger en Maaïke den Draak (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pommer, Evert, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms (2018). *Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putter, Iris de, Marloes Oldenkamp, Lex Hulsbosch en Hennie Boeije (2018). *Meting indicatoren voor de monitoring van het VN Verdrag voor de rechten van mensen met een handicap. Stand van zaken 2012-2016 in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Ridder, Josje den, Pepijn van Houwelingen, Sjoerd Kooiker en Paul Dekker (2019). *Burgerperspectieven 2019|2. Kwartaalbericht van het Continu Onderzoek Burgerperspectieven*. Den Haag: Sociaal en cultureel Planbureau.
- RIVM (2018). De mentale druk op jongeren lijkt toe te nemen. vtv-2018. Geraadpleegd 10 mei 2019 via www.vtv2018.nl/druk-op-jongeren.
- Rumpf, Hans-Jürgen, Christian Meyer, Ulfert Hapke en Ulrich John (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. In: *Psychiatry Research*, jg. 105, nr. 3, p. 243-253.
- rvz (2012). *Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Schers, Henk, Raymond Koopmans en Marcel Olde Rikkert (2009). De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen. In: *Huisarts en Wetenschap*, jg. 52, nr. 13, p. 626-630.
- Schmidt, A.E. (2018). Older Persons' Views on Using Cash-for-Care Allowances at the Crossroads of Gender, Socio-economic Status and Care Needs in Vienna. In: *Social Policy & Administration*, jg. 52, nr. 3, p. 710-730 (dx.doi.org/10.1111/spol.12334).
- Schoenmakers, Eric en Bianca J. Suanet (2018). Sociale netwerken van ouderen krimpen niet, maar veranderen wel, *Geron*, jg. 20, nr. 3, p. 6-9 (dx.doi.org/10.1007/s40718-018-0168-0).
- Suanet, B., M. Broese van Groenou en T. van Tilburg (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: Can cross-national differences be explained by societal context and composition?. In: *Ageing and Society*, jg. 32, nr. 3, p. 491-515 (dx.doi.org/10.1017/S0144686X11000390).
- Suanet, Bianca, Marjolein Broese van Groenou en Theo van Tilburg (2011). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: can cross-national differences be explained by societal context and composition?. In: *Ageing & Society*, jg. 32, nr. 2, p. 492-515.
- Timmermans, J.M. en I. Woittiez (2004). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging: onderzoeksverantwoording*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2011/2012). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2011/2012, 25424, nr. 183.
- TK (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (memorie van toelichting bij de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.

- TK (2017/2018). *Actieprogramma Eén tegen eenzaamheid*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 29538, nr. 252.
- Toot, S., T. Swinson, M. Devine, D. Challis en M. Orrell (2017). Causes of nursing home placement for older people with dementia: A systematic review and meta-analysis. In: *International Psychogeriatrics*, jg. 29, nr. 2, p. 195-208 (dx.doi.org/10.1017/S1041610216001654).
- Train, K.E. (2003). *Discrete Choice Methods with Simulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vektis (5 juli 2018). *Wijkverpleging*. Geraadpleegd 5 september 2019 via www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging.
- Veldheer, Vic, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije en Cok Vrooman (2012). *Beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, D., L. Putman en M. de Klerk (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, D., I. Woittiez, E. Eggink en L. Putman (2014). *Who cares in Europe. A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*. The Hague: Netherlands Institute for Social Research/scp.
- Verbeek-Oudijk, Debbie (2019). *Receiving and providing informal care: does context matter?*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (diss. vu Amsterdam).
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Cretien van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vermeij, Lotte (2016). *Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vernhout, G., P.F. Bakker en W. Dragt (2004). *Rapportage verkennend onderzoek naar opzeggers in de thuiszorg in verband met de verhoging van de eigen bijdrage in 2004*. Enschede: NHM.
- Volksgezondheidszorg.info (2019). Psychische gezondheid. Geraadpleegd 2 augustus 2019 via www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/psychische-gezondheid.
- Von Lengerke, T., D. Gohl en B. Babitsch (2014). Re-visiting the Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: A Review on Theoretical Advances and Perspectives. In: C. Janssen, E. Swart en T. von Lengerke (red.), *Health Care Utilization in Germany*. New York: Springer.
- Vrooman, Cok, Mérove Gijsberts en Jeroen Boelhouwer (red.) (2014). *Vershil in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- vws (2018). *Programma langer thuis*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2019a). Hulp vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning. Geraadpleegd 5 juli 2019 via www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo.
- vws (2019b). Wat kan er allemaal onder begeleiding vallen?. Geraadpleegd op 5 juli 2019 via www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/begeleiding.
- vws (2019c). *Wijkverpleging vanuit de Zvw*. Geraadpleegd 5 juli 2019 via www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wijkverpleging.
- vws (2019d). *Zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz)*. Geraadpleegd 6 juni 2019 via www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wlz.
- Weert, Caroline van, Alice de Boer en Rick Kwekkeboom (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van mensen met een verstandelijke of psychische beperking. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woittiez, I., E. Eggink, J. Jonker en K. Sadiraj (2009a). *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's, 2005-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2019

- 2019-1 *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk* (2019). Alice de Boer, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0904 9 (pdf)
- 2019-2 *Opgestaan, plaats vergaan ... Uitstroom van vrouwen en mannen in leidinggevende functies* (2019). Ans Merens. ISBN 978 90 377 0907 0 (pdf)
- 2019-3 *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen* (2019). Mirjam de Klerk, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0908 7 (pdf)
- 2019-4 *Opnieuw beginnen. Achtergronden van positieverschillen tussen Syrische statushouders* (2019). Emily Miltenburg, Jaco Dagevos en Willem Huijnk (red.), Nathalie Boot en Zoë Driessen (CBS), Sanne Noyon en Mieke Maliepaard (WODC), Jaco Dagevos, Roxy Damen, Willem Huijnk en Emily Miltenburg (SCP), Ellen Uiters en Alet Wijga (RIVM). ISBN 978 90 377 0910 0 (pdf)
- 2019-5 *Informeel zorg ontvangen en verlenen: is de context van invloed?* (proefschrift) (2019). Debbie Verbeek-Oudijk. ISBN 978 90 377 0909 4 (pdf)
- 2019-6 *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB* (2019). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0905 6 (pdf)
- 2019-7 *Grenzen aan een leven lang leren* (2019). Ralf Maslowski. ISBN 978 90 377 0913 1 (pdf)
- 2019-8 *Wat willen Nederlanders van de Europese Unie? Een verkenning met enquêtes, een onlinedialoog en focusgroepen* (2019). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0914 8 (pdf)
- 2019-9 *Publiekssamenvatting Legitimiteit en pensioenhervormingen. Vignettenstudie naar voorkeuren voor het pensioenstelsel van zelfstandigen en werknemers* (2019). Martin Olsthoorn. ISBN 978 90 377 0915 5 (pdf)
- 2019-10 *Denkend aan Nederland: Een bundeling van analyses, thematische verkenningen en essays* (2019). Sjoerd Beugelsdijk (RUG), Joep de Hart, Pepijn van Houwelingen en Maroesjka Versantvoort (red.). ISBN 978 90 377 0916 2 (pdf)
- 2019-11 *Wonen met zorg* (2019). Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0919 3 (pdf)
- 2019-12 *Onder de pannen zonder gas? Woningeigenaren en hun afwegingen voor aardgasvrije alternatieven* (2019). Anja Steenbekkers en Samantha Scholte. ISBN 978 90 377 0920 9 (pdf)
- 2019-13 *Kansen op sportieve groei. Een verklarend model van sportdeelname* (2019). Annet Tiessen-Raaphorst, Isolde Woittiez, Frieke Vonk en Ine Pulles (Mulier Instituut). ISBN 978 90 377 0922 3 (pdf)
- 2019-14 *De sociale staat van Nederland* (2019). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Jeanet Kullberg en Cretien van Campen (red.). ISBN 978 90 377 0923 0 (pdf)
- 2019-15 *Mantelzorgers in het vizier. Beleidssignalement mantelzorg* (2019). Alice de Boer, Inger Plaisier, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0929 2 (pdf)

2019-16 *Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040. Een regionale toekomstverkenning voor de komende 20 jaar* (2019). Sjoerd Kooiker, Andries de Jong (PBL), Debbie Verbeek-Oudijk, Alice de Boer.
ISBN 978 90 377 0930 8 (pdf)

Digitale publicaties 2019

Trends in de ouderenzorg 2018-2030 (infographic). Mirjam de Klerk, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0911 7, publicatiedatum 17-4-2019

Een week in kaart – editie 2 (cardstack). Anne Roeters, Freek Bucx, m.m.v. Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0903 2, publicatiedatum 2-5-2019

Arbeidsmarkt in kaart: wel- en niet-werkenden – editie 1 (cardstack). Edith Josten, Wil Portegijs, Ans Merens en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0917 9, publicatiedatum 28-6-2019

Time use in the Netherlands – edition 2 (cardstack). Anne Roeters, Freek Bucx, m.m.v. Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0925 4, publicatiedatum 24-7-2019

Armoede in kaart 2019 (cardstack). Stella Hoff, Benedikt Goderis, Bart van Hulst en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0926 1, publicatiedatum 3-9-2019

De sociale staat van Nederland 2019 (infographic). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Jeanet Kullberg en Cretien van Campen (red.). ISBN 978 90 377 0924 7, publicatiedatum 10-9-2019

Arbeidsmarkt in kaart: werkgevers editie 2 (cardstack). Patricia van Echtelt, Lisa Putman, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0927 8, publicatiedatum 9-10-2019

Overige publicaties 2019

Burgerperspectieven 2019 | 1 (2019). Paul Dekker, Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0906 3

Burgerperspectieven 2019 | 2 (2019). Josje den Ridder, Pepijn van Houwelingen, Sjoerd Kooiker en Paul Dekker.
ISBN 978 90 377 0918 6

Burgerperspectieven 2019 | 3 (2019). Paul Dekker, Quita Muis, Inge Sieben en Pepijn van Houwelingen.
ISBN 978 90 377 0928 5

SCP-publicaties 2018

2018-1 *Werken aan de start. Jonge vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt* (2018). Ans Merens en Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0859 2

2018-2 *Lees:Tijd. Lezen in Nederland* (2018). Annemarie Wennekers, Frank Huysmans en Jos de Haan.
ISBN 978 90 377 0858 5

2018-3 *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (2018). Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg. M.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde. ISBN 978 90 377 0856 1

2018-4 *Jezelf zijn in het verpleeghuis* (2018). Lisette Kuiper, Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen.
ISBN 978 90 377 0855 4 (pdf)

2018-5 *Maatschappelijke ondersteuning: keuzes van cliënten en beleid van gemeenten* (2018) (handeseditie proefschrift). Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0846 2 (pdf)

2018-6 *Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving* (2018). Kim Putters.
ISBN 978 90 377 0861 5

2018-7 *The social state of the Netherlands 2017* (2018). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0862 2 (pdf)

2018-8 *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking* (2018). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0863 9

- 2018-9 *Bouwend aan een toekomst in Nederland. De leefsituatie van Poolse migranten die zich na 2004 in Nederland hebben ingeschreven* (2018). Mérove Gijsberts, Iris Andriessen, Han Nicolaas (CBS) en Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0864 6 (pdf)
- 2018-10 *Publieke voorkeuren. Een methodologische en inhoudelijke verkenning van voorkeuren voor publieke voorzieningen* (2018). Martin Olsthoorn en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0867 7 (pdf)
- 2018-11 *De religieuze beleving van moslims in Nederland. Diversiteit en verandering in beeld* (2018). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0868 4 (pdf)
- 2018-12 *Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa* (2018). Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0866 0 (pdf)
- 2018-13 *Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (2018). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0872 1
- 2018-14 *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland* (2018). Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Mieke Maliepaard (WODC) en Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0869 1
- 2018-15 *Tijdelijk werk geven. Invloed van laagconjunctuur en langdurende ziektegevallen* (2018). Edith Josten en Jan Dirk Vlasblom. ISBN 978 90 377 0870 7 (pdf)
- 2018-16 *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (2018). Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg (VU AMSTERDAM). ISBN 978 90 377 0874 5
- 2018-17 *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* (2018). Mariska Kromhout, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk (red.). ISBN 978 90 377 0875 2
- 2018-18 *An international comparison of care for people with intellectual disabilities. An exploration* (2018). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Lisa Putman en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0871 4 (pdf)
- 2018-19 *Van sociale werkvoorziening naar Participatiewet. Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* (2018). Klarita Sadiraj, Stella Hoff en Maroesjka Versantvoort. ISBN 978 90 377 0880 6 (pdf)
- 2018-20 *Lastige kwesties. Acht focusgroepen over vertegenwoordiging en stemmen* (2018). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0878 3 (pdf)
- 2018-21 *Kijk op kinderopvang. Hoe ouders denken over de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van kinderopvang* (2018). Anne Roeters en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0876 9 (pdf)
- 2018-22 *Verdeeldheid en verbinding. Terugblik op de rol van de civil society bij de komst van vluchtelingen* (2018). Wouter Mensink. ISBN 978 90 377 0882 0 (pdf)
- 2018-23 *Als werk weinig opbrengt. Werkende armen in vijf Europese landen en twintig Nederlandse gemeenten* (2018). Cok Vrooman, Edith Josten, Stella Hoff, Lisa Putman en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0881 3
- 2018-24 *Het culturele leven. Hoe 10 culturele domeinen bezien vanuit 14 kernthema's* (2018). Andries van den Broek en Yvette Gieles. ISBN 978 90 377 0890 5 (pdf)
- 2018-25 *De sociale staat van Nederland 2018. Hoofdpijnen* (2018). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Cretien van Campen en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0886 8
- 2018-26 *Eritrese statushouders in Nederland. Een kwalitatief onderzoek over de vlucht en hun leven in Nederland* (2018). Leen Sterckx, Merhawi Fessehazion, m.m.v. Bet-El Teklemariam. ISBN 978 90 377 0888 2
- 2018-27 *LHBT-monitor 2018. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland* (2018). Gabriël van Beusekom en Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0891 2 (pdf)

- 2018-28 *Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt* (2018). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0895 0
- 2018-29 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt* (2018). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Evelien Eggink, Anna Maria Marangos en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0896 7
- 2018-30 *De SCP-methode voor het meten van armoede. Herijking en revisie* (2018). Benedikt Goderis, Bart van Hulst, Jean Marie Wildeboer Schut en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0900 1 (pdf)
- 2018-31 *Rapportage sport 2018* (2018). Hugo van der Poel (Mulier Instituut), Resie Hoeijmakers (Mulier Instituut), Ine Pulles en Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0893 6
- 2018-32 *Christenen in Nederland. Kerkelijke deelname en christelijke gelovigheid* (2018). Joep de Hart en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0894 3
- 2018-33 *Ons geld. Vrouwen en mannen over het belang van inkomen en economische zelfstandigheid voor vrouwen* (2018). Wil Portegijs. ISBN 978 90 377 0889 9
- 2018-34 *Alle ballen in de lucht. Tijdsbesteding in Nederland en de samenhang met de kwaliteit van leven* (2018). Anne Roeters (red.). ISBN 978 90 377 0899 8

Digitale publicaties 2018

- Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (infographic). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0873 8, publicatiedatum 4-5-2018
- Een (on)gezonde leefstijl* (card stack). Stéfanie André (RU), Gerbert Kraaykamp (RU), Roza Meuleman (RU). ISBN 978 90 377 0879 0, publicatiedatum 10-7-2018
- De sociale staat van Nederland 2018* (card stack). Annemarie Wennekers, Jeroen Boelhouwer, Cretien van Campen en Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0885 1, publicatiedatum 11-9-2018
- (Un)healthy lifestyles. Education as a dividing line* (card stack). Stéfanie André (RU), Gerbert Kraaykamp (RU), Roza Meuleman (RU). ISBN 978 90 377 0897 4, publicatiedatum 22-10-2018
- Publiek voorzien. Ontwikkelingen in de uitgaven en dienstverlening van 27 publieke voorzieningen* (digitaal gelaagd rapport). Evelien Eggink, Ingrid Ooms, Lisa Putman, Michiel Ras, Ab van der Torre en Sytske Wierda. ISBN 978 90 377 0892 9, publicatiedatum 6-11-2018
- Armoede in kaart 2018* (cardstack). Stella Hoff, Benedikt Goderis, Bart van Hulst en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0902 5, publicatiedatum 23-11-2018
- Emancipatiemonitor 2018* (cardstack). Wil Portegijs (SCP) Marion van den Brakel (CBS) ISBN 978 90 377 0901 8, publicatiedatum 14-12-2018

Overige publicaties 2018

- Burgerperspectieven 2018 | 1* (2018). Paul Dekker, Lia van der Ham en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0865 3
- Burgerperspectieven 2018 | 2* (2018). Josje den Ridder, Evelien Boonstoppel en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0877 6
- Burgerperspectieven 2018 | 3* (2018). Josje den Ridder, Paul Dekker en Evelien Boonstoppel. ISBN 978 90 377 0883 7
- Burgerperspectieven 2018 | 4* (2018). Paul Dekker, Josje den Ridder, Pepijn van Houwelingen en Patricia van Echelt. ISBN 978 90 377 0898 1
- Verdringing op de arbeidsmarkt. Beschrijving en beleving* (2018). Wiljan van den Berge, Jan Dirk Vlasblom, Jos Ebregt, Lisa Putman, Jochem Zweerink en Marloes de Graaf-Zijl. ISBN 978 90 377 0887 5 (pdf)