



Zorg vragen of zorg dragen?



Een verkenning van de invloed van netwerken
en inkomen op het gebruik van langdurige
zorg door Nederlandse 55-plussers

Zorg vragen of zorg dragen?

Een verkenning van de invloed van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers

Isolde Woittiez
Evelien Eggink
Debbie Verbeek-Oudijk
Alice de Boer

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2015

SCP-publicatie 2015-37

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: bureau Stijlzoorg, Utrecht

ISBN 978 90 377 0765 6

NUR 740

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Rijnstraat 50

2515 XP Den Haag

(070) 340 70 00

www.scp.nl

info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting en beschouwing	6
1 Hulpbehoefte, langdurig zorggebruik en netwerken van 55-plussers	20
1.1 Langdurige zorg in een tijd van hervormingen	20
1.2 Opzet van het onderzoek	22
1.3 Van hulpbehoefte naar zorggebruik	25
2 Hulpbehoefte	28
2.1 Operationalisatie van de hulpbehoefte	28
2.2 Mate van hulpbehoefte	29
2.3 Hulpbehoefte en persoonskenmerken	32
3 Zorgpotentieel	35
3.1 Operationalisatie van het zorgpotentieel	35
3.2 Het zorgpotentieel van 55-plussers	37
3.3 Zorgpotentieel en persoonskenmerken	40
3.4 Zorgpotentieel en hulpbehoefte	42
4 Inkomen	44
4.1 Inkomen als hulpbron	44
4.2 Het inkomen van 55-plussers	45
4.3 Inkomen en persoonskenmerken	45
4.4 Inkomen en hulpbehoefte	47
5 Zorggebruik	49
5.1 Verschillende zorgvormen	49
5.2 Het zorggebruik van 55-plussers met een gezondheidsbeperking	51
5.3 Zorggebruik en hulpbehoefte	53
5.4 De invloed van zorgpotentieel en inkomen op zorggebruik	54
6 Zorgalternatieven	65
6.1 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor 55-plussers met een gezondheidsbeperking	66
6.2 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor licht hulpbehoevenden	68
6.3 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor matig hulpbehoevenden	70
6.4 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor ernstig hulpbehoevenden	71

6.5 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor ernstig hulpbehoevenden met dementie	73
Bijlagen (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)	
Bijlage A Prestaties van de groepsindelingen voor hulpbehoefte en zorgpotentieel	
Bijlage B Relatie tussen hulpbehoeftegroepen en persoonskenmerken	
Bijlage C Marginale effecten zorggebruik	
Bijlage D Zorggebruik naar zorgpotentieel-kenmerken respondenten	
Literatuur	75
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	80

Voorwoord

De zorg en ondersteuning voor mensen die dit gedurende langere tijd nodig hebben, is al enige tijd aan veranderingen onderhevig, waarbij vooral de eigen verantwoordelijkheid van cliënten en hun sociale netwerken meer dan voorheen wordt benadrukt. Deze veranderingen worden de Hervormingen Langdurige Zorg genoemd en betreffen een andere organisatie van alle zorg en ondersteuning die mensen met langdurige gezondheidsproblemen – vaak ouderen – ontvangen. Het gaat bijvoorbeeld om hulp bij het huishouden, hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleging, maar ook om dagbesteding en de zorg in ouderinstellingen. Sinds 1 januari 2015 is deze zorg, die voorheen onder de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) viel, ondergebracht in drie wetten: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

In 2013 schreven Van der Kwartel en Van der Windt (2013) een advies over de effecten van de bezuiniging op de huishoudelijke verzorging, waarbij ze zich op SCP-onderzoek baseerden (Timmermans et al. 2003). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft het SCP naar aanleiding daarvan verzocht om met een vervolg te komen op het SCP-rapport uit 2003, gebaseerd op de meest recente gegevens. Dit heeft geresulteerd in het onderhavige rapport. Helaas zijn de meest recente gegevens afkomstig uit 2007. Toch levert dit nieuwe rapport inzichten in de huidige situatie op, onder de aanname dat het sociale netwerk van burgers niet wezenlijk is veranderd sinds 2007 en dat de hulpbehoevenden van nu wat betreft persoons- en andere zorgrelevante kenmerken nog altijd grotendeels op de hulpbehoevenden in 2007 lijken. Als die aanname klopt – wat wij plausibel vinden – levert dat belangrijke inzichten voor de actuele situatie in de langdurige zorg. Een van de uitgangspunten van het nieuwe beleid is dat mensen die behoefte aan zorg en ondersteuning hebben, steeds vaker een beroep zullen doen op hun eigen sociale netwerk en hun eigen financiële middelen. In dit rapport gaat het SCP daarom in op de rol van dit netwerk en het inkomen bij het zorggebruik. Rekening houdend met de mate van gezondheidsbeperking gaan we na of 55-plussers met eenzelfde hulpbehoefte ook eenzelfde zorggebruik kennen. Dit levert een inschatting op van in hoeverre er zorgalternatieven bestaan. Daarnaast bekijkt deze studie de mogelijkheden die het sociale netwerk en inkomen bieden om langer thuis te blijven wonen. Ook wordt onderzocht welke mogelijkheden ontvangers van zorg hebben om bijvoorbeeld particuliere zorg in te kopen of via hun netwerk informele zorg te verkrijgen. Wij beschouwen dit rapport als een ontwerp voor toekomstig onderzoek naar de effecten van de hervormingen voor de ontvangers van de langdurige zorg.

Prof. dr. Kim Putters

Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting en beschouwing

S.1 Samenvatting

Beleid in de langdurige zorg

De zorg en ondersteuning voor mensen die dit gedurende langere tijd nodig hebben – vaak ouderen met gezondheidsbeperkingen – is al enige tijd aan veranderingen onderhevig. Deze veranderingen worden de Hervormingen Langdurige Zorg genoemd en betreffen het anders organiseren van alle (niet-medische) zorg en ondersteuning die mensen met langdurige gezondheidsproblemen ontvangen. Het gaat hier om bijvoorbeeld hulp bij het huishouden, hulp bij de persoonlijke verzorging en verpleging, dagbesteding en de zorg die binnen de muren van een instelling wordt verleend.

Sinds 1 januari 2015 is de zorg die voorheen onder de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) viel, ondergebracht in drie wetten: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De zorg voor mensen die de hele dag intensieve zorg en toezicht dichtbij nodig hebben, valt onder de Wlz. De persoonlijke verpleging en verzorging vallen grotendeels onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de overige ondersteuning is onderdeel van de Wmo 2015.¹

Als redenen voor deze hervorming noemt het kabinet de veranderende eisen die we aan de langdurige zorg stellen en de betaalbaarheid van het zorgstelsel (TK2012/2013a). Een van de uitgangspunten van het nieuwe beleid is dat mensen langer thuis blijven wonen en steeds vaker een beroep op hulp vanuit hun eigen netwerk en hun eigen financiële middelen zullen doen als ze behoefte aan zorg en ondersteuning hebben. Volgens de Wmo 2015 moet de gemeente wanneer algemene voorzieningen niet volstaan ‘maatwerkvoorzieningen’ bieden ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie aan ingezetenen van de gemeente die daartoe op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit hun sociale netwerk niet of onvoldoende in staat zijn’ (Rijksoverheid 2015b). En mag ‘de hoogte van de bijdrage voor de verschillende soorten van voorzieningen verschillend worden vastgesteld en kan worden bepaald dat: [...] de bijdrage voor een maatwerkvoorziening dan wel een persoonsgebonden budget [...] afhankelijk is van het inkomen en vermogen van de cliënt en zijn echtgenoot’ (Rijksoverheid 2015a). Het budget voor de hulp bij het huishouden is sinds 1 januari 2015 met 32% gekort.

Deze begrotingsmaatregel zorgt ervoor dat veel gemeenten de huishoudelijke hulp die ze leveren anders moeten inrichten. Een kwart van de gemeenten was van plan vanaf 2015 helemaal geen hulp bij het huishouden meer bieden en meer dan de helft wil minder uren gaan leveren of de hulp anders inrichten (De Koster en Salhi 2014).

1 De huishoudelijke hulp viel al onder de Wmo en dat blijft zo in de nieuwe situatie.

Relatie tussen hulpbehoefte en zorggebruik

Tot 2015 speelden beperkingen een belangrijke rol bij het stellen van indicaties voor zorg die onder de Awbz viel. Dat doen ze na 1 januari 2015 nog steeds in de Wlz: in de afweging om te besluiten of iemand al dan niet is aangewezen op Wlz-zorg, is de eerste stap van het Centrum Indicatiestelling Zorg (ciz) het 'in kaart brengen van de relevante ziekte(n), aandoening(en), stoornissen en beperkingen' (Rijksoverheid 2015a). Op basis van de vaststelling van de beperkingen, de grondslag(en) en de stoornissen wordt een zorgprofiel en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte vastgesteld. Die zorgbehoefte wordt verwoord in termen van 'cliënten hebben zeer intensieve verzorging en verpleging nodig in een beschermende woonomgeving'. Dit suggereert een relatie tussen een specifieke hulpbehoefte en een bepaald type zorg waarmee rekening moet worden gehouden.

Aanleiding voor dit onderzoek

In 2003 verscheen er een advies van het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) waarin werd onderzocht wat de mogelijke neveneffecten van de destijds voorgenomen beëindiging van de vergoeding voor huishoudelijke hulp konden zijn voor diegenen die daarnaast geen andere Awbz-zorg ontvingen (Timmermans 2003a). Hieruit bleek dat ruim de helft van de gebruikers van zogenoemde enkelvoudige huishoudelijke hulp zodanige gezondheidsproblemen had dat ze – in geval van opheffing van de voorziening – zouden kunnen overstappen naar andere (zwaardere) Awbz-voorzieningen. De auteurs stelden dat op deze wijze de gewenste bezuinigingen – op zijn minst voor een deel – teniet werden gedaan en misschien eerder kostenverhogend kunnen blijken te zijn. In 2013 schreven Van der Kwartel en Van der Windt (2013) een advies over de effecten van de toenmalige bezuiniging op de huishoudelijke verzorging, waarbij ze zich op eerder scp-onderzoek baseerden (Timmermans 2003a). Naar aanleiding van het rapport van Van der Kwartel en Van der Windt (2013) heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) het scp verzocht om met een vervolg op het scp-rapport uit 2003 te komen, nu gebaseerd op de meest recente gegevens. Dat heeft geresulteerd in het onderhavige rapport. Helaas zijn de meest recente beschikbare gegevens afkomstig uit 2007 (op de gegevens komen we later terug). Daarom is dit rapport te zien als een ontwerp voor toekomstig onderzoek om de effecten van de hervormingen voor de ontvangers van die zorg in te schatten. Ondanks de gedateerde gegevens geeft dit rapport een inschatting van de mogelijke alternatieven voor publiek gefinancierde zorg, zoals informele of zelf betaalde zorg.

Onderzoeksvragen

Nu de overheid wenst dat hulpbehoevenden een toenemend beroep op eigen hulpbronnen doen, is de verwachting dat een deel van de hulpbehoevenden niet langer publiek gefinancierde zorg² zal ontvangen en anderen langer thuis blijven wonen in plaats van naar

2 We bedoelen hier alle langdurige zorg die met overheidsmiddelen wordt gefinancierd, dus zowel de ondersteuning die vanuit de Wmo wordt geleverd als de zorg die vanuit de Wlz en de Zvw wordt geleverd. In dit rapport gebruiken we de termen 'zorg' en 'hulp' als synoniemen.

een oudereninstelling te verhuizen. Als dit zo is, betekent het dat hulpbehoevenden ruimte binnen hun inkomen hebben om zelf zorg in te kopen, of mensen in hun netwerk hebben die kunnen worden gemobiliseerd om hulp te verlenen (zorgpotentieel).

Op verzoek van het ministerie van vws heeft het scp de rol van het zorgpotentieel en het inkomen bij het zorggebruik geanalyseerd. We richten ons hierbij op de populatie van 55 jaar of ouder met minimaal een lichte lichamelijke, cognitieve of psychische beperking.³ Hiermee bestuderen we de groep met een meer of mindere mate van hulpbehoefte, die de meeste kans op het gebruik van zorg maakt, al dan niet publiek gefinancierd.⁴ Dit betreft ongeveer 60% van de 55-plussers, ofwel ruim 3 miljoen personen. Rekening houdend met de mate van gezondheidsbeperking gaan we na of 55-plussers met eenzelfde hulpbehoefte ook eenzelfde zorggebruik kennen. Dit levert een inschatting op in hoeverre er zorgalternatieven bestaan. De hulpbehoefte is in dit rapport een multidimensionaal begrip dat is gebaseerd op verschillende gezondheidsindicatoren en dat de behoefte aan hulp weergeeft. Daarnaast worden de mogelijkheden die het sociale netwerk (zorgpotentieel) en inkomen bieden om langer thuis te blijven wonen bestudeerd. En we gaan na welke mogelijkheden ontvangers van zorg hebben om bijvoorbeeld particuliere zorg in te kopen of via hun netwerk informele zorg te verkrijgen.

Concreet beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

- 1 In welke mate gebruiken 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte verschillende zorgoplossingen, en welke rol spelen het zorgpotentieel en andere relevante kenmerken hierin?
- 2 Welk inkomen en/of zorgpotentieel hebben gebruikers van zorg om op te kunnen terugvallen wanneer de publiek gefinancierde hulp zou vervallen?

Het is algemeen bekend dat de hulpbehoefte in zeer grote mate bepalend is voor het zorggebruik. Door voor wat betreft hulpbehoefte vergelijkbare groepen 55-plussers te maken, kunnen we de rol van het inkomen en het zorgpotentieel op het zorggebruik zuiverder bepalen. Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, gaan we in op de volgende deelvragen:

- 1 Welke groepen 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte zijn er te onderscheiden?
- 2 Hoe ziet het zorgpotentieel van 55-plussers eruit en wat is de relatie met hulpbehoefte?
- 3 Hoe groot is het inkomen van 55-plussers en wat is de relatie met hulpbehoefte?

3 We gebruiken het woord 'gezondheidsbeperking' indien er tenminste sprake is van een lichte lichamelijke, cognitieve of psychische beperking.

4 Jongeren en mensen zonder gezondheidsbeperkingen hebben immers vaak geen zorg nodig. Onder 65-plussers is het aandeel dat zorg ontvangt weliswaar groter dan onder jongere groepen, maar als we in de rapportage op die leeftijdsgroep zouden focussen, zou een belangrijke categorie zorgontvangers ten onrechte buiten beeld blijven. Immers, een vijfde van de 55-65-jarigen ontvangt zorg.

We zoomen in het rapport af en toe in op de huishoudelijke hulp, omdat gemeenten deze hulp nu vermoedelijk anders inrichten vanwege de korting op het budget. Ook wordt af en toe de instellingszorg er uitgelicht vanwege de nadruk in het beleid op het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen.

Doelgroep: 55-plussers met een gezondheidsbeperking

Zoals gezegd richten we ons in dit rapport op de populatie van 55 jaar of ouder met minimaal een lichte lichamelijke, cognitieve of psychische beperking. Dit zijn mensen die bijvoorbeeld problemen hebben met hun mobiliteit, mensen met dementie, of mensen die overspannen of depressief zijn.

Zij kunnen gebruikmaken van publiek gefinancierde, zelf betaalde (particuliere) en onbetaalde (informele) zorg. Publiek gefinancierde zorg kan thuiszorg zijn of zorg in een oudereninstelling (verpleeg- of verzorgingshuis). Bij publiek gefinancierde thuiszorg wordt bedoeld op persoonlijke verzorging, verpleging of huishoudelijke hulp. Ook kunnen mensen informele zorg of particuliere hulp ontvangen. Informele hulp betreft zowel hulp die mensen aan elkaar geven vanwege de onderlinge band die ze hebben (mantelzorg) als vrijwilligerswerk op het terrein van zorg en ondersteuning. Het gaat dus om alle ondersteuning vanwege gezondheidsbeperkingen, chronische lichamelijke, psychische of cognitieve problemen, die niet door beroepskrachten wordt gegeven en onbetaald is (De Klerk et al. 2014).⁵ Particuliere hulp betreft door de cliënt zelf betaalde en geregelde hulp. Het kan gaan om hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging of verpleging in verband met gezondheidsproblemen. Tot slot zijn er natuurlijk ook mensen die geen van de genoemde zorgvormen ontvangen.

Gegevens

Voor het onderzoek zijn gegevens van zelfstandig wonende 55-plussers met een gezondheidsbeperking⁶ gekoppeld aan die van 55-plussers die in zorginstellingen verblijven.⁷ Hiermee beschikken we over een representatieve steekproef van alle 55-plussers met een gezondheidsbeperking in Nederland in 2007. Hoewel deze gegevens acht jaar oud zijn, vormen ze op dit moment de meest recente informatiebron die voldoende gegevens bevat voor zowel zelfstandig wonenden als instellingbewoners. De data bieden waardevolle inzichten en aanknopingspunten voor de actuele situatie vanwege twee belangrijke aannamen. Ten eerste: het sociale netwerk van burgers is niet wezenlijk in omvang en samenstelling veranderd sinds 2007. Het aantal alleenstaanden neemt weliswaar toe, maar die toename is slechts gering (Pommer 2013). Het stijgend opleidingsniveau van 55-plussers heeft een positief effect op de omvang en samenstelling van niet-familiaire netwerken (Suanet et al. 2013), maar deze veranderingen vinden slechts langzaam plaats en zullen

5 In het vervolg van de tekst zullen we de termen informele hulp en informele zorg door elkaar gebruiken.

6 Afkomstig uit het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (Avo) uit 2007.

7 Afkomstig uit het onderzoek Ouderen in instellingen (OII) uit 2008.

daarom de resultaten van het onderzoek naar verwachting niet wezenlijk aantasten. Ten tweede: de hulpbehoevenden van nu lijken wat betreft kenmerken nog altijd grotendeels op de hulpbehoevenden in 2007. Uit eerder onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat het aantal thuiszorggebruikers wel is toegenomen tussen 2004 en 2011, maar dat deze toename is toe te schrijven aan de bevolkingsgroei van vooral ouderen van 80 jaar of ouder. Als met de bevolkingstoename en vergrijzing rekening wordt gehouden, is het aantal gebruikers van de thuiszorg constant (Plaisier en De Klerk 2015). Wel is het gemiddeld aantal uren huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging licht gestegen. Uit datzelfde onderzoek blijkt dat mensen met hoge inkomens en degenen in meerpersoonshuishoudens iets minder vaak publiek gefinancierde thuiszorg zijn gaan gebruiken. Deze effecten hangen waarschijnlijk samen met het gevoerde beleid en hiermee moet in de interpretatie van de resultaten van het onderhavige onderzoek wel rekening worden gehouden.

Theoretisch kader

In grote lijnen volgen we hier het zeer gangbare model van Andersen en Newman (1973), gecombineerd met het gedachtegoed van Verbrugge en Jette (1994) en Andersen (1995). Hiermee relateren we zorggebruik aan hulpbehoefte, persoonskenmerken en hulpbronnen zoals het zorgpotentieel en het inkomen. Niet alleen het zorggebruik, maar ook de hulpbehoefte wordt beïnvloed door persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. We houden er rekening mee dat die persoonskenmerken naast de hulpbehoefte een zelfstandig effect op het zorggebruik kunnen hebben.

Vier groepen 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte

Om de rol van het zorgpotentieel en inkomen op het zorggebruik goed te kunnen bepalen, is het belangrijk het zorggebruik te analyseren voor mensen met eenzelfde hulpbehoefte. We hebben 55-plussers met een gezondheidsbeperking gegroepeerd met behulp van de zogenoemde latente klassenanalyse, die respondenten met vergelijkbare combinaties van kenmerken in dezelfde klasse indeelt. Als indicatoren voor de hulpbehoefte nemen we niet alleen lichamelijke, maar ook psychische en cognitieve beperkingen⁸ mee, evenals het aantal aandoeningen dat iemand heeft ('multimorbiditeit').⁹ Daarnaast nemen we twee indicatoren voor de subjectieve beoordeling van gezondheid op: ervaren gezondheid en ervaren belemmering door pijn in dagelijkse bezigheden. Onder de 55-plussers met een gezondheidsbeperking zijn vier verschillende groepen te onderscheiden. De groepen verschillen van elkaar wat betreft ernst van hulpbehoefte, maar ook wat betreft type beperking (lichamelijk, psychisch of cognitief).

8 Men kan denken aan problemen met de mobiliteit, dementie, overspannenheid of depressie.

9 Het gaat om 22 aandoeningen: astma, kanker, ernstige hartaandoening, bloedvatvernauwing, beroerte, ernstige darmstoornis, nier-, gal- of leverziekte, artrose heup of knie, reuma, suikerziekte, ernstige rugaandoening, ernstige nekaandoening, ernstige pols- of handaandoening, migraine, zenuwstelselziekte, epilepsie, incontinentie, ernstige huidziekte, psychische problemen, ernstig gevolg ongeval, dementie of andere aandoening.

- Twee op de vijf heeft een *lichte hulpbehoefte*; zij hebben hoogstens last van lichte lichamelijke beperkingen, vrijwel geen chronische aandoeningen en beoordelen hun gezondheid als goed.
- Een op de drie is als *matig hulpbehoevend* aangemerkt. Ruim de helft van hen heeft matige lichamelijke beperkingen, de rest heeft lichte lichamelijke beperkingen. Bijna niemand heeft cognitieve beperkingen en weinigen hebben een psychische beperking. Zij hebben vaak meerdere aandoeningen.
- Een kwart wordt aangemerkt als *ernstig hulpbehoevend*. Driekwart van hen heeft een ernstige lichamelijke beperking en de rest een matige lichamelijke beperking. Bijna iedereen in deze groep heeft een psychische beperking, maar niemand een cognitieve. Bijna 60% beoordeelt zijn gezondheid als ‘gaat wel’, de helft ervaart veel belemmeringen door pijn in de dagelijkse bezigheden en de helft heeft vier of meer aandoeningen.
- Tot slot valt 5% in de groep met een *ernstige hulpbehoefte en dementie*. Mensen in deze groep hebben vrijwel zonder uitzondering een cognitieve beperking en ook meestal ernstige lichamelijke beperkingen. De meerderheid heeft ook een psychische beperking en ze beoordelen hun gezondheid als ‘redelijk’ of ‘slecht’.

Naarmate de hulpbehoefte ernstiger is, treffen we vaker vrouwen, oudere 55-plussers en laagopgeleiden aan.

Grote verschillen in zorgpotentieel bij 55-plussers met een gezondheidsbeperking

Vaak wordt gedacht dat een goed sociaal netwerk voldoende is voor het ontvangen van informele hulp. In de praktijk is het slechts een eerste vereiste. Om informele hulp te krijgen, is het nodig dat mensen over zorgpotentieel beschikken, dat wil zeggen over relaties met personen die dichtbij staan, in wie veel is geïnvesteerd en die ook informele hulp zouden kunnen leveren (Keating et al. 2003). De partner speelt een belangrijke rol in het zorgpotentieel en dit geldt ook voor kinderen (Swinkels 2013). Op basis van onze gegevens hebben we met een latente klassenanalyse een groepering voor het zorgpotentieel van 55-plussers gemaakt. Deze groepen zijn tot stand gekomen door te kijken naar de contactfrequentie met kinderen, familie en vrienden, de beschikbaarheid van familieleden op maximaal 30 minuten reistijd en de aanwezigheid van een (gezonde) partner.¹⁰ Of er veel in de relatie is geïnvesteerd, weten we niet en dat maakt daarom geen deel uit van de indicator voor het zorgpotentieel.

We vinden vier zeer verschillende groepen zorgpotentieel onder de 55-plussers met een gezondheidsbeperking. De groepen verschillen van elkaar wat betreft verscheidenheid aan contacten (d.w.z. de oriëntatie van het netwerk (kind, partner, vrienden) en het aantal verschillende contacten) en de frequentie met die contacten. Het is lastig een ordening aan

¹⁰ Hoewel ook de contacten met bijvoorbeeld burens van belang kunnen zijn voor het zorgpotentieel, is hierover in de onderzoeksdata onvoldoende informatie beschikbaar om dit in de groepering op te nemen.

het zorgpotentieel te geven, omdat we zoals gezegd geen volledige informatie over de sterkte van de relaties binnen het netwerk hebben. Toch hebben we groepering gemaakt. Hierna zijn de groepen weergegeven in volgorde van minst kwetsbaar naar meest kwetsbaar zorgpotentieel.

- Ongeveer een vijfde van de mensen met een hulpbehoefte heeft een *rijk zorgpotentieel*. Vier op de vijf van hen woont samen met een gezonde partner en heeft daarnaast een grote verscheidenheid aan contacten (met kinderen, familie en vrienden). 60% van deze groep is jonger dan 70 en bijna niemand is ouder dan 85. We noemen dit een *rijk zorgpotentieel*, omdat men vele en diverse contacten beschikbaar heeft die kunnen worden benaderd als dat nodig is.
- Bijna de helft van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking heeft een *kindgeoriënteerd zorgpotentieel*, met vaak wekelijks contact met (klein)kinderen. De helft van hen heeft ook wekelijks contact met vrienden en een derde heeft frequent contact met overige familie; ze zijn vaak verweduwd en zeer oud.
- Ongeveer een kwart van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking heeft een *vriendengeoriënteerd zorgpotentieel*. Vaak wonen ze alleen, slechts een vijfde heeft (klein)kinderen, maar ze hebben wel veelvuldig contact met vrienden of goede kennissen. De helft is jonger dan 70 jaar.
- 4% van de beperkte 55-plussers heeft een *kwetsbaar zorgpotentieel*, omdat ze weinig sociale contacten met familie of vrienden hebben. Bijna de helft heeft een partner; voor hen bestaat het zorgpotentieel alleen uit de partner. De andere helft is alleenstaanden; voor hen is er nauwelijks een zorgpotentieel. Een vijfde van de 55-plussers met zo'n kwetsbaar zorgpotentieel is zeer oud: 85 jaar of ouder.

Cumulatie van problemen

Van de 55-plussers met een lichte hulpbehoefte heeft iets meer dan de helft een kindgeoriënteerd zorgpotentieel en een op de vijf een rijk zorgpotentieel. Voor de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte met dementie ligt dit heel anders. Bijna niemand in die categorie heeft een rijk zorgpotentieel. Bijna driekwart heeft een kindgeoriënteerd zorgpotentieel. Meer algemeen: voor mensen met een grotere hulpbehoefte is het netwerk kwetsbaarder en kan dus minder gemakkelijk informele zorg geven. Naarmate de hulpbehoefte groter is, bestaat de groep zoals gezegd voor een steeds groter deel uit mensen op hoge leeftijd. Naarmate de leeftijd vordert, nemen de gezondheidsbeperkingen toe en tegelijkertijd dunt het netwerk uit.

Men kan het netwerk vragen om zorg te verlenen, maar ook het inkomen gebruiken om zorg in te kopen. Ongeveer 15% van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte (al dan niet met dementie) behoort tot de hoogste inkomenscategorie (d.w.z. een gestandaardiseerd besteedbaar nettohuishoudensinkomen in 2007 van 1800 euro of meer per maand)¹¹ tegenover 30% van de 55-plussers met een lichte of matige hulpbehoefte. De aanwezig-

11 Ter vergelijking: in 2007 was het netto modale persoonsinkomen 1667 euro per maand (Modaalinkomen.nl 2015).

heid van een ernstigere hulpbehoefte gaat gepaard met minder financiële draagkracht. Dit is een bekend fenomeen en hangt ook samen met de leeftijd en het opleidingsniveau van de groep met een ernstige hulpbehoefte. Zij hebben dus minder mogelijkheden om particuliere zorg in te kopen dan mensen met een minder ernstige hulpbehoefte. Bovendien is de zorg die ze gezien hun hulpbehoefte vermoedelijk nodig hebben duurder. De 55-plussers met de minste hulpbehoefte zijn op verschillende fronten beter af. Ze zijn niet alleen minder hulpbehoevend, maar ze hebben relatief vaak een rijk zorgpotentieel, behoren tot de hoogste inkomenscategorie en zijn relatief jong. De 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte hebben juist relatief vaak een kwetsbaar zorgpotentieel, zijn relatief vaak zeer oud en behoren vaak tot de laagste inkomenscategorie (minder dan 1200 euro per maand).

Vergelijkbare hulpbehoefte: verschillende zorgvormen

Binnen elke hulpbehoeftegroep verschilt het zorggebruik van geen zorg tot instellingszorg en alles daartussenin. Bij de 55-plussers met een lichte of matige hulpbehoefte ontvangt het overgrote deel (circa 70%) geen zorg. Daarentegen woont veruit de meerderheid van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte met dementie (70%) in een oudereninstelling.

De meeste diversiteit in zorggebruik is te vinden bij de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte. Een kwart van hen ontvangt helemaal geen zorg. Dit is veel, gezien het feit dat het hier om mensen met een ernstige hulpbehoefte gaat. Misschien ontvangen ze hulp die wij niet meten – zoals boodschappen doen, begeleiding bij artsenbezoek, vervoer naar het ziekenhuis – of ontvangen ze die hulp wel, maar zien ze het als vanzelfsprekendheid en niet als hulp. De niet-zorggebruikers zijn jonger, voelen zich minder belemmerd in hun dagelijkse bezigheden, hebben vaker een rijk netwerk en zijn minder vaak verweduwd in vergelijking met 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte die wel zorg ontvangen.

Bijna 10% van de ernstig hulpbehoevenden ontvangt alleen informele of particuliere zorg en 20% ontvangt alleen huishoudelijke hulp. Dus meer dan de helft van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte ontving in 2007 geen Awbz-gefinancierde zorg. Dat is veel, als het wordt afgezet tegen de ernst van de hulpbehoefte. De overige ontvingen Awbz-gefinancierde thuiszorg (30%), al dan niet gecombineerd met informele of particuliere zorg, en 13% woonde in een oudereninstelling.

Rol inkomen en zorgpotentieel verschilt per hulpbehoefte

Bij 55-plussers met een lichte of matige hulpbehoefte zien we dat mensen uit de hoogste inkomenscategorie vaker afzien van publiek gefinancierde huishoudelijke hulp dan mensen uit de laagste inkomenscategorie. Voor de ernstig hulphulpbehoevenden vermindert een hoog inkomen de kans op opname in een oudereninstelling.

Onder de 55-plussers met een lichte of matige hulpbehoefte speelt het type zorgpotentieel geen rol in welke type zorg ze ontvangen. Bij 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte (met of zonder dementie) zien we wel het belang van een sterk zorgpotentieel in relatie tot het zorggebruik. Een rijk zorgpotentieel gaat zelden samen met wonen in een ouderen-

instelling. Degenen die veel verschillende sociale contacten hebben, lijken het best in staat zelfstandig te blijven wonen. Dat is deels een leeftijdseffect (mensen met veel contacten zijn relatief jong), maar ook als we hiervoor corrigeren, houdt de relatie tussen de aanwezigheid van een rijk zorgpotentieel en zelfstandig wonen stand. Dit kan betekenen dat het aangaan en onderhouden van diverse sociale relaties een belangrijke voorwaarde is om opname uit te stellen. Door de opname in een ouderinstelling kunnen echter ook veel sociale contacten verloren gaan.

Weinig ruimte om te kunnen terugvallen op zelf betaalde huishoudelijke hulp

De ruimte om publiek gefinancierde huishoudelijke hulp te vervangen door zelf betaalde hulp lijkt gering als die wordt afgemeten aan het aandeel 55-plussers met de hoogste inkomens (gestandaardiseerd besteedbaar nettohuishoudensinkomen in 2007 bedraagt 1800 euro of meer per maand). De ontvangers van huishoudelijke hulp met een lichte en matige hulpbehoefte vallen vrijwel nooit (5%) in de hoogste inkomenscategorie en hebben daardoor dus waarschijnlijk nauwelijks tot geen mogelijkheden om de zorg volledig particulier in te kopen. Ook ontvangers van huishoudelijke hulp met een ernstige hulpbehoefte vallen niet vaak in de hoogste inkomenscategorie (13%). De ruimte voor deze groepen om publiek gefinancierde huishoudelijke hulp te vervangen door zelf betaalde hulp zal nu nog lager zijn dan in 2007, omdat blijkt dat mensen met hoge inkomens na 2007 minder vaak publiek gefinancierde thuiszorg zijn gaan gebruiken (Plaisier en De Klerk 2015).

Ruimte om te kunnen terugvallen op informele hulp is onzeker

De ruimte om publiek gefinancierde huishoudelijke hulp te vervangen door informele hulp lijkt iets groter als deze wordt afgemeten aan de aanwezigheid van een rijk zorgpotentieel dan wanneer de ruimte wordt afgemeten aan een hoog inkomen; afhankelijk van de hulpbehoefte had tussen de 7% en 18% van de ontvangers van publiek gefinancierde huishoudelijke hulp een rijk zorgpotentieel dat mogelijk ruimte biedt om de zorg te vervangen door informele of particuliere hulp. De 55-plussers met een rijk zorgpotentieel wonen bijna allemaal samen met een partner en daarnaast onderhouden ze vaak een grote verscheidenheid aan contacten met kinderen, familie en vrienden. Als ook het kindgeoriënteerd zorgpotentieel bij de afweging wordt betrokken, blijkt dat tussen de 54% en 74% (afhankelijk van de hulpbehoefte) van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking een rijk of kindgeoriënteerd netwerk heeft waarop ze mogelijk kunnen terugvallen wanneer de publiek gefinancierde huishoudelijke hulp voor hen zou wegvallen of verminderen. Het is echter niet zeker of mensen met een rijk of kindgeoriënteerd zorgpotentieel ook daadwerkelijk zorg kunnen ontvangen vanuit hun netwerk. Beter gezegd: het is niet zeker of de mensen uit het netwerk wel in staat zijn om de zorg te geven. De ruimte om publiek gefinancierde huishoudelijke hulp door informele hulp te vervangen, zal nu wel iets lager zijn dan in 2007, omdat blijkt dat degenen in meerpersoonshuishoudens iets minder vaak publiek gefinancierde thuiszorg zijn gaan gebruiken na 2007 (Plaisier en De Klerk 2015). Ook keken we naar de ruimte voor 55-plussers in een zorginstelling om terug te vallen op hun zorgpotentieel. Van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte (al dan niet met

dementie) die in een oudereninstelling wonen, heeft bijna niemand een rijk zorgpotentieel. Circa 75% van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte in een oudereninstelling heeft een kindgeoriënteerd netwerk. Dit suggereert dat de eventuele informele zorg voor instellingsbewoners toch vooral een zaak voor de kinderen is.

S.2 Beschouwing

Grenzen van het onderzoek

Sinds 1 januari 2015 zijn ingrijpende maatregelen in de langdurige zorg ingevoerd. Minder inzet van publiek gefinancierde zorg en meer inzet van eigen hulpbronnen van ouderen is het devies. In dit onderzoek is deze kwestie vanuit het perspectief van de 55-plusser met een hulpbehoefte nader gekwantificeerd. Er is meer zicht gekomen op het ingewikkelde samenspel tussen hulpbehoefte, inkomen en sociaal netwerk. Er is bij de interpretatie van de uitkomsten voorzichtigheid geboden. Waar over 'ruimte' wordt gesproken, is dat gebaseerd op subjectieve aannamen over welk inkomen en welk zorgpotentieel 'voldoende' is. Het onderzoek schetst dus meer een beeld van mogelijke zorgalternatieven voor bepaalde groepen dan dat het een kwantificering van die ruimte geeft. Met de beschikbare gegevens kunnen we geen causale verbanden boven water halen. Zo kunnen we niet zeggen of een beperkt zorgpotentieel het gevolg is van opname in een oudereninstelling of juist de oorzaak ervan, maar wel dat een beperkt zorgpotentieel en het ontvangen van zorg in een oudereninstelling vaak samengaan. Door het gebrek aan informatie in de gegevens maken contacten met bijvoorbeeld bureaus geen deel uit van het zorgpotentieel. Dat betekent dat het feitelijke zorgpotentieel groter kan zijn dan in dit rapport is beschreven. Aan de andere kant weten we ook niet in hoeverre de aanwezigheid van een zorgpotentieel voldoende is om daadwerkelijk informele hulp te ontvangen. Dat houdt in dat het aanwezige zorgpotentieel een maximum is van wat daadwerkelijk aan zorg kan worden geleverd.

Voor sommige subgroepen zijn de respondent aantallen klein en de gegevens uit 2007 gedateerd. Dat betekent dat de ontwikkelingen tussen 2007 en 2015 niet in de analyses konden worden meegenomen. Zo is bijvoorbeeld het aandeel alleenstaanden onder de 55-plussers licht toegenomen, wat inhoudt dat het zorgpotentieel in 2015 minder vaak een partner omvat dan in 2007. Dit geeft de noodzaak aan van verdere ontwikkeling van de gepresenteerde analyses. De gegevens van het 'Onderzoek Zorggebruik' (ozg) dat het scp samen met het CBS in de periode 2014-2016 uitvoert, bieden daarvoor in de toekomst een uitgelezen mogelijkheid. Zo is met behulp van die gegevens te bestuderen in hoeverre voorkeuren van 55-plussers in het zorggebruik meespelen en dus ook of sommige 55-plussers (met specifieke beperkingen en hulpbronnen) hun voorkeur kunnen realiseren en hoe het komt dat anderen dat niet kunnen. De aanpak in dit rapport biedt alvast een aanzet om de effecten van de hervormingen voor de ontvangers van die zorg van tevoren in te schatten. Het onderzoek geeft ook een inschatting in hoeverre de hervormingen tot bezuinigingen zullen leiden tot vervanging van publiek gefinancierde zorg door informele of zelf betaalde zorg.

De hervormingen in de langdurige zorg

Met de wijzigingen in de langdurige zorg zal er naar verwachting een groter beroep op het sociale netwerk en op de eigen financiële middelen van hulpbehoevenden worden gedaan. Dat betekent bijvoorbeeld dat sommigen niet langer publiek gefinancierde huishoudelijke hulp zullen ontvangen, maar dit zelf moeten gaan betalen of dat ze hiervoor een familielid of kennis om hulp moeten vragen.

Bovendien wordt ernaar gestreefd opname te voorkomen en hulpbehoevenden zo lang mogelijk thuis hulp te bieden. Dat zal alleen kunnen als de hulpbehoevenden over voldoende hulpbronnen beschikken. Ook worden er in gemeenten oplossingen gezocht in de vorm van maatwerk, wat inhoudt dat er zo veel mogelijk rekening wordt gehouden met de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten. Daarbij speelt de financiële houdbaarheid van het totale systeem een rol, zodat ook op termijn in langdurige zorg kan worden voorzien.

In het vervolg van deze beschouwing worden bespiegelingen gegeven over de volgende drie aspecten van de hervormingen: beroep op het sociale netwerk, financiële mogelijkheden en het voorkomen van opname.

Beroep op het sociale netwerk

In hoeverre is er ruimte voor een groter beroep op het sociale netwerk? Ons rapport laat zien dat een vijfde van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking over een rijk zorgpotentieel beschikt, dat wil zeggen over een netwerk van verschillende personen die dichtbij staan en met wie frequent contact wordt onderhouden. Uit De Klerk et al. (2015) blijkt dat ruim een derde van de mensen die nog geen informele hulp bieden wel kunnen en willen helpen. Voor de 65-plussers ligt dit percentage iets lager. Hier lijken dus mogelijkheden voor het verkrijgen van informele hulp te liggen. Maar juist de groep waar deze vraag vooral relevant is, de 55-plussers met publiek gefinancierde huishoudelijke hulp, had minder vaak een rijk zorgpotentieel dan ontvangers van andere typen hulp. De ruimte voor een groter beroep op het sociale netwerk lijkt hier dus beperkt.

Partners en kinderen zijn de meest voor de hand liggende potentiële mantelzorgers.

Maar partners van oudere hulpbehoevenden zijn zelf vaak oud en hulpbehoevend, dus zal een deel van deze hulpbehoeftegroep een beroep op de volwassen kinderen doen (De Boer et al. 2009). Onze resultaten laten zien dat bijna de helft van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking een kindgeoriënteerd zorgpotentieel heeft, met vaak wekelijks contact met (klein)kinderen. Het zal dus vaak op hen aankomen om zorg te verlenen, mits ouderen dat wensen en de volwassen kinderen hen willen en kunnen helpen.

10% van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking ontvangt al informele zorg.

Gezien het hoge percentage met een kindgeoriënteerd zorgpotentieel lijkt hier dus ruimte voor meer informele hulp te zijn. Want uit De Klerk et al. (2014) blijkt dat naasten die geen mantelzorger zijn, aangeven dat ze indien nodig familie met gezondheidsproblemen wel zullen helpen, maar hoeveel en waarmee precies zal afhangen van de aard van de relatie, de reistijd en of er anderen zijn die hulp kunnen bieden. Ook uit ander onderzoek (bv. Broese van Groenou en Van Tilburg 2007) blijkt dat het zorgpotentieel van kinderen in

veel gevallen wel wordt omgezet in daadwerkelijke hulp, maar dat van vrienden en burens veel minder vaak.

Een aantal opmerkingen is hier op zijn plaats. Bij de nadruk in het beleid op meer informele hulp moeten leden van het netwerk allerlei belemmeringen ‘overwinnen’ voordat ze daadwerkelijk informele hulp verlenen (zie bv. Verbeek-Oudijk et al. 2014). Denk hierbij aan kinderen die zelf gezondheidsproblemen hebben, ver weg wonen, fulltime werken of kleine kinderen hebben. Het lijkt dan ook geen twijfel dat in deze gevallen de ‘feitelijke hulp-ruimte’ die het zorgpotentieel biedt, beperkt is. Bij de kinderen van 55-plussers zal mantelzorg vaak moeten worden gecombineerd met arbeidsparticipatie, wat tot een aanzienlijke belasting kan leiden (Oudijk et al. 2010). Er wordt daarom ook wel gesproken van concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk (Josten en De Boer 2015). Bovendien is uit ander onderzoek bekend dat mantelzorg geven ook negatieve gevolgen voor de gezondheid van de mantelzorger kan hebben (Bauer en Sousa-Poza 2015; De Boer et al. 2009; Hiel 2015). Ook kan de kwaliteit van mantelzorg minder zijn dan van professionele zorg (De Klerk et al. 2014). Een professional kan misschien sneller onderkennen dat een situatie verergert en beoordelen of er meer of andere zorg nodig is. Aan de andere kant zijn er hulpbehoevenden die liever hulp van een mantelzorger ontvangen dan van een professional. In feite moet er bij de keuze tussen informele of professionele zorg een afweging worden gemaakt tussen de voorkeuren van de hulpbehoevende en de mantelzorger, de autonomie of regie van de hulpbehoevende, en de daarmee gepaard gaande grotere risico’s. Al met al ligt de ruimte om op het sociale netwerk terug te vallen bij de huidige generatie 55-plussers vooral in een groter beroep op de kinderen. Hierbij moet men bedacht zijn op de mogelijke consequenties voor de kwaliteit van de zorg, en de overbelasting en arbeidsparticipatie van de mantelzorger. Voor de toekomstige generaties 55-plussers is een sterker beroep op het sociale netwerk mogelijk als eerder in de levensloop meer sociale relaties worden aangegaan en onderhouden, zoals de publicatie van Suanet et al. (2013) signaleert. De huidige 75-85-jarigen blijven voor informele hulp vooral afhankelijk van hun kinderen. Vrienden of burens worden niet zo vaak voor hulp ingeschakeld, waarschijnlijk uit ‘vraagverlegenheid’ (Vrooman et al. 2014).

Financiële mogelijkheden

De eigen bijdrage die men voor het verkrijgen van publiek gefinancierde zorg moet betalen, is hoger voor mensen met een hoger inkomen. Hierdoor wordt het voor mensen met een hoog inkomen aantrekkelijker om af te zien van publieke zorg en dit zelf te regelen. Bovendien hebben ze daarvoor ook de financiële ruimte. Dit zien we terug in onze uitkomsten, die aangeven dat – afhankelijk van de ernst van de hulpbehoefte – het aandeel 55-plussers in de hoogste inkomenscategorie onder de ontvangers van informele of particuliere hulp drie tot zeven keer zo groot is als onder de ontvangers van publiek gefinancierde huishoudelijke hulp. Voor ontvangers van publiek gefinancierde huishoudelijke hulp is de ruimte om deze te vervangen door zelf betaalde hulp gering, als die wordt afgemeten aan het aandeel in de hoogste inkomenscategorie. Vooral mensen met lagere inkomens gebruiken publiek gefinancierde zorg en ook voor hen moet die zorg goed geregeld zijn.

Een alternatief is dat kinderen voor de huishoudelijke zorg voor een ouder betalen. Volgens De Klerk et al. (2015) wil en kan ongeveer 40% van de kinderen 150 euro per maand voor de zorg voor hun ouders betalen.

Het voorkomen van opname

Naast het accent op informele hulp en de eigen financiële mogelijkheden wordt er bij de recente hervormingen ook op ingezet dat mensen met een hulpbehoefte langer thuis blijven wonen. We zien in dit rapport dat bij ernstig hulpbehoevenden (al dan niet met dementie) een beperkt zorgpotentieel positief is gerelateerd aan het wonen in een oudereninstelling. Hoewel de relatie oorzaak en gevolg hier niet met zekerheid is af te leiden, is het goed mogelijk dat de aanwezigheid van een sterk sociaal netwerk verhuizing naar een instelling kan voorkomen. Voor de ernstiger hulpbehoevenden zal waarschijnlijk alleen informele of particuliere hulp niet volstaan, en zal ook professionele thuiszorg moeten worden ingeschakeld. Onze resultaten laten dit ook zien: van de zelfstandig wonende ernstig hulpbehoevenden (al dan niet met dementie) heeft bijna niemand alleen informele/particuliere hulp of alleen huishoudelijke hulp. De meesten hebben publiek gefinancierde verzorging en verpleging, al dan niet in combinatie met informele/particuliere hulp of huishoudelijke hulp. Uit ander onderzoek blijkt ook dat de alternatieven voor instellingszorg vooral moeten worden gezocht in de huishoudelijke hulp, vaak in combinatie met persoonlijke verzorging en verpleging (Verbeek-Oudijk en Eggink 2014). Het is ook maar zeer de vraag in hoeverre het informele netwerk over voldoende draagkracht beschikt om in de grote hulpbehoefte van instellingsbewoners te voorzien. Bovendien blijkt dat een vijfde deel van de ouderen, vooral zij die een behoefte aan bescherming en veiligheid hebben, liever net zo beschut zou willen wonen als in het voormalige bejaardenhuis (Hagen 2014).

Weinig ruimte voor zorgalternatieven

Op basis van de uitkomsten van dit rapport constateren we dat er weinig financiële ruimte is voor de ontvangers van publiek gefinancierde huishoudelijke hulp om zelf particuliere hulp in te kopen. Het ligt voor de hand vooral bij mensen met een lichte of matige hulpbehoefte op zoek te gaan naar alternatieven voor publiek gefinancierde hulp. Maar juist bij hen is er weinig financiële ruimte. En die ruimte zal tussen 2007 en 2015 door de hervormingen vermoedelijk nog kleiner zijn geworden. De ruimte om informele hulp in te roepen voor huishoudelijke taken lijkt groter, maar zal vooral op de kinderen neerkomen, die dat moeten combineren met hun werk en de verzorging van hun eigen kinderen. Een verdere vermindering van de inzet van publiek gefinancierde huishoudelijke hulp voor licht of matig hulpbehoevenden kan dan ook leiden tot een groeiende groep hulpbehoevenden zonder enige hulp. Het is de vraag is of dat wenselijk is.

Het zorgpotentieel verschilt enorm tussen de verschillende groepen hulpbehoevenden. Hoe ernstiger de hulpbehoefte, hoe vaker het zorgpotentieel kwetsbaar is of vooral uit kinderen bestaat en hoe minder vaak men een rijke hoeveelheid aan contacten heeft. Er is dus veel zorgpotentieel voor hen die dit het wat betreft zorg het minst nodig hebben. Hier ligt

een aanknopingspunt voor het beleid, dat gericht zou moeten zijn op het bevorderen van contacten voor mensen met een grote zorgbehoefte, en het stimuleren van het onderhouden van de bestaande contacten voor mensen met een lichte zorgbehoefte. Vooral omdat bekend is dat ouderen die niet sociaal participatief zijn eenzamer zijn (Croezen 2010).

1 Hulpbehoefte, langdurig zorggebruik en netwerken van 55-plussers

1.1 Langdurige zorg in een tijd van hervormingen

De zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking ondergaan momenteel grootscheepse veranderingen. Niet alleen neemt het aantal ouderen door de vergrijzing steeds meer toe, ook bereiken zij een steeds hogere leeftijd (dubbele vergrijzing). Met een toenemende leeftijd is de kans op gezondheidsbeperkingen groter en daarmee ook de kans dat men langdurige hulp en ondersteuning nodig heeft om goed te kunnen blijven functioneren in het dagelijks leven. Het gebruik van langdurige zorg zal naar verwachting dan ook toenemen. Zorg en ondersteuning worden steeds vaker in de directe omgeving van de hulpbehoevende georganiseerd. Volgens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) kan op die manier beter maatwerk worden geleverd en kunnen ouderen bovendien zo lang mogelijk in hun eigen omgeving worden verzorgd. Bovendien zal voor ondersteuning waar mogelijk vaker een beroep op het sociale netwerk van de hulpbehoevende worden gedaan. De overheid streeft ernaar dat burgers van passieve consumenten van overheidsarrangementen zullen veranderen in actieve coproducten van hulp door hun eigen hulpbronnen in te zetten (Jager-Vreugdenhil 2012). Daarnaast moeten de maatregelen leiden tot een financieel houdbaar systeem, dat ook op termijn in langdurige zorg kan blijven voorzien ondanks het verwachte toenemende beroep op deze zorg.

Hervormingen in de langdurige zorg

Er zijn de laatste jaren veel veranderingen in de regelgeving voor langdurige zorg geweest, met de Hervormingen Langdurige Zorg die 1 januari 2015 zijn ingegaan als de meest recente. Volgens het kabinet-Rutte II worden met deze hervormingen de aanspraken voor thuiswonenden en voor bewoners van intramurale zorginstellingen beperkt ‘tot degenen die het echt nodig hebben¹² en de hulp niet uit eigen middelen kunnen betalen’ (TK 2012/2013a). De zorg binnen de muren van een instelling is sinds 2015 geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz). De overige zorg en ondersteuning voor mensen met een langdurige zorgbehoefte valt sindsdien onder de verantwoordelijkheid van gemeenten (onder de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)) of de zorgverzekeringen. Ook is

12 Dat dit een complex uitgangspunt is, toont Kees Schuijt (2013) in zijn oratie aan. Hij stelt dat niemand erop tegen zal zijn dat de ‘waarlijk *needy*’ op een of andere manier moeten worden geholpen. In de praktijk van de uitvoering dient echter per geval te worden nagegaan of iemand wel of niet tot de ‘waarlijk *needy*’ behoort. Het cruciale probleem van een verzorgingsstaat is – volgens Schuijt – dat het vrijwel onmogelijk is om goed onderscheid te maken tussen de echte probleemgevallen, de net-echte probleemgevallen, de net-niet-echte gevallen, de niet-echte gevallen (oneigenlijk gebruik) en de opzettelijk niet-echte gevallen (fraude).

het budget voor hulp bij het huishouden, die al sinds 2007 onder de Wmo valt, met 32% gekort (TK 2013/2014b). Deze begrotingsmaatregel zorgt ervoor dat veel gemeenten de huishoudelijke hulp die ze leveren anders inrichten. Dat leidde tot de verwachting dat een kwart van de gemeenten vanaf 2015 helemaal geen huishoudelijke hulp meer zou bieden, en meer dan de helft minder uren zou leveren of de hulp anders zou inrichten (De Koster en Salhi 2014).¹³ Een groot deel van de mensen die huishoudelijke hulp nodig hebben, heeft dus andere zorgoplossingen moeten bedenken.

De gevolgen van de huidige hervormingen zijn nog niet duidelijk. De gevolgen van eerdere veranderingen zijn wel bestudeerd. Zo beschreven Vernhout et al. (2004) naar welke alternatieven mensen in 2004 uitweken na een aangekondigde verhoging van de eigen bijdrage voor de thuiszorg. Op basis van gegevens van thuiszorgorganisaties en interviews onder cliënten bleek dat 2% de thuiszorg volledig had opgezegd. Men had gekozen voor alternatieven zoals informele zorg (35%), zelfredzaamheid (21%) en particuliere zorg (16%). Van degenen zonder alternatief (26%) wachtte de meerderheid af tot de gevolgen precies duidelijk werden.

De overheid wil ook bereiken dat er een groter beroep op het sociale netwerk van de hulpbehoevenden wordt gedaan (TK 2012/2013a; TK 2012/2013b). Uit wie dat netwerk kan bestaan, staat in de nieuwe Wmo beschreven (Rijksoverheid 2015b). Het gaat niet alleen om personen uit de huiselijke kring, maar ook andere personen met wie mensen regelmatig contacten onderhouden, zoals burens, medeleden van een vereniging, enzovoort (TK 2013/2014a). Er staat verder expliciet in de toelichting op de Wmo genoemd dat uit deze definitie geen verplichting voor deze personen om iemand bij te staan voortvloeit.

De vraag of er mensen in het sociale netwerk zijn aan wie iemand hulp zou kunnen en mogen vragen, komt aan de orde bij het onderzoek dat de gemeente verricht wanneer iemand daar een aanvraag voor hulp indient.¹⁴

Gevolgen van de hervormingen

De hervormingen brengen zowel voor cliënten als voor de zorgleveranciers veel veranderingen met zich mee (zie bv. Non et al. 2015 voor een uitgebreide beschrijving daarvan). Met het toenemend appel op hulp uit het eigen sociale netwerk en meer inzet van eigen financiële hulpbronnen zullen minder cliënten publiek gefinancierde zorg ontvangen, maar er zullen ook nieuwe cliënten bijkomen die thuiszorg in plaats van intramurale zorg ontvangen. Om welke mensen gaat het? De hervormingen zijn nog te kort geleden van start gegaan om de feitelijke uitwerking ervan al in kaart te brengen. Om toch enig inzicht

13 In hoeverre dit daadwerkelijk is gebeurd, is medio 2015 nog niet bekend. Wel zijn er aanwijzingen dat de huishoudelijke hulp inderdaad verminderd is, als wordt gekeken naar de websites van de diverse gemeenten (zie bv. Gemeente Utrecht 2015). Maar in vervolg op een gerechtelijk besluit op het afzien van het aanbieden van huishoudelijke hulp door de gemeente Montferland, adviseert de vng gemeenten die besloten hebben dat de eerste drie uur huishoudelijke hulp voor iedere burger algemeen gebruikelijk is, hun besluit te herzien (zie vng 2015 en Montferland 2014). In hoeverre dit ook daadwerkelijk gebeurt, is onzeker (De Koster 2015).

14 Voorheen werd dit het 'keukentafelgesprek' genoemd.

te krijgen welke mensen mogelijk geen gebruik meer kunnen maken van de thuiszorg en welk type cliënten er misschien bij zullen komen, gaan we een stap terug in de tijd (2007) en delen we mensen in dat jaar in groepen met vergelijkbare hulpbehoeften in. Onder de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) was de indicatie voor langdurige zorg op de mate van beperkingen¹⁵ gebaseerd en daarmee leek de impliciete aanname te worden gemaakt dat een bepaalde beperking of hulpbehoefte een-op-een tot een bepaald type zorggebruik leidt. Is dat wel zo? Wij willen onderzoeken of mensen met een bepaalde hulpbehoefte inderdaad eenzelfde zorggebruik kennen. Hierbij bestuderen we in het bijzonder het *zorgpotentieel*: dat zijn relaties in het sociale netwerk met personen die dicht bij de hulpbehoevende staan en waarin veel is geïnvesteerd (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007; Van Weert et al. 2007). Welke achterliggende factoren verklaren het zorggebruik van mensen met een vergelijkbare hulpbehoefte? Waarom is bijvoorbeeld de ene persoon met een zware hulpbehoefte naar een verzorgingshuis verhuisd en woont de andere nog zelfstandig en ontvangt thuiszorg? Hebben thuiswonenden die huishoudelijke hulp vanuit de Wmo ontvangen minder inkomen dan thuiswonenden met particuliere zorg? Hebben thuiswonenden een groter of sterker ondersteunend netwerk en biedt dat een mogelijke verklaring waarom ze thuis kunnen blijven wonen? Een toename van de hulpbehoefte kan met verlies van sociale contacten gepaard gaan, wat de kans op hulp van het nog beschikbare netwerk verkleint. Met andere woorden: het zorgpotentieel neemt af. De vraag is of de gebruikers door de hervormingen en veranderingen in de zorg zorgpotentieel of inkomen hebben om op andere wijze(n) in hun zorgbehoefte te voorzien. Een uitkomst van dit onderzoek kan zijn dat beleidsmakers en zorgprofessionals niet alleen rekening moeten houden met differentiatie in *hulpbehoefte*, maar ook met differentiatie in *hulpbronnen*, zoals het zorgpotentieel en inkomen. En daarmee geeft dit onderzoek een indicatie of de weg die de overheid is ingeslagen met de hervormingen in de langdurige zorg een haalbare is.

1.2 Opzet van het onderzoek

Doelgroep: 55-plussers met een gezondheidsbeperking

We richten ons op de Nederlandse bevolking van 55 jaar of ouder met een gezondheidsbeperking. Het overgrote deel van de jongere bevolking heeft immers niet te maken met een langdurige gezondheidsbeperking en de zorg die hiermee gepaard gaat.¹⁶

Een gezondheidsbeperking wil zeggen minimaal een lichte lichamelijke, cognitieve of psychische beperking.¹⁷ Ongeveer 60% van de Nederlandse 55-plussers heeft een der-

15 De indicatiestelling voor de Zvw vindt nu plaats op basis van een onderzoek. In hoeverre dit gebaseerd is op de mate van beperkingen, is (nog) niet duidelijk, maar het is wel aannemelijk dat beperkingen een belangrijke rol spelen. Voor de Wlz verricht het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), net als voor de toenmalige Awbz, de indicatie op basis van beperkingen en leefsituatie.

16 Daarnaast zijn er geen gegevens beschikbaar over bewoners die jonger dan 55 jaar zijn en in ouderinstellingen wonen.

17 Men kan denken aan problemen met de mobiliteit, dementie, overspannenheid of depressie.

gelijke gezondheidsbeperking. De overige 40% heeft geen gezondheidsbeperking en heeft daardoor in principe geen langdurige zorg nodig. Deze groep laten we daarom verder buiten beschouwing. Als we het in de rest van het rapport over de 55-plussers hebben, doelen we op de populatie van 55 jaar of ouder met minstens een lichte gezondheidsbeperking.

Onderzoeksvragen

Op verzoek van het ministerie van vws heeft het scp de rol van het zorgpotentieel en het inkomen bij het zorggebruik onderzocht. Concreet beantwoorden we in dit rapport de volgende onderzoeksvragen:

- 1 In welke mate gebruiken 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte verschillende zorgoplossingen, en welke rol spelen het zorgpotentieel en andere relevante kenmerken hierin?
- 2 Welk inkomen en/of zorgpotentieel hebben gebruikers van zorg om op te kunnen terugvallen wanneer de publiek gefinancierde hulp zou vervallen?

De afzonderlijke deelvragen die bij deze onderzoeksvragen horen, luiden:

- 1 Welke groepen 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte zijn er te onderscheiden? (hoofdstuk 2)
- 2 Hoe ziet het zorgpotentieel van 55-plussers eruit en wat is de relatie met de hulpbehoefte? (hoofdstuk 3)
- 3 Hoe groot is het inkomen van 55-plussers en wat is de relatie met de hulpbehoefte? (hoofdstuk 4)

Zoals bekend is hulpbehoefte in zeer grote mate bepalend voor het zorggebruik.

Door 55-plussers in te delen in groepen die wat betreft hulpbehoefte vergelijkbaar zijn, kunnen we de invloed van het inkomen en het zorgpotentieel op het zorggebruik zuiverder bepalen. Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, wordt daarom eerst de hulpbehoefte bepaald en worden groepen met eenzelfde hulpbehoefte geconstrueerd (deelvraag 1; zie hoofdstuk 2). De hulpbehoefte is een multidimensionaal begrip dat meerdere gezondheidsindicatoren omvat. Om te weten welke rol het zorgpotentieel in het zorggebruik speelt, wordt nagegaan wat dat zorgpotentieel inhoudt en hoe de samenstelling per type zorgpotentieel is voor wat betreft persoonskenmerken zoals leeftijd, opleidingsniveau en geslacht. Bovendien wordt in kaart gebracht hoe het zorgpotentieel er per hulpbehoeftegroep uitziet (deelvraag 2; zie hoofdstuk 3). Hetzelfde wordt gedaan voor het inkomen (deelvraag 3; zie hoofdstuk 4). Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 de invloed van beide kenmerken op het zorggebruik vastgesteld (hoofdvraag 1) en wordt in hoofdstuk 6 de ruimte voor alternatieve zorgvormen bestudeerd (hoofdvraag 2).

Gegevens

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, hebben we niet alleen gegevens over het langdurige zorggebruik van thuiswonenden én instellingsbewoners nodig, maar ook informatie over hun hulpbehoefte, hun sociale netwerk en andere zorgrelevante

kenmerken. Het meest recente databestand dat al deze informatie bevat, wordt gevormd door de gecombineerde gegevens van het Aanvullend voorzieningen onderzoek (AVO) uit 2007 en het onderzoek Ouderen in instellingen uit 2008, beide uitgevoerd door het SCP. Met deze gegevens kunnen we – naast het niet-gebruik van zorg – het gebruik van informele en particuliere zorg, publiek gefinancierde thuiszorg (persoonlijke verzorging en verpleging) en zorg in instellingen onderscheiden. Hoewel deze gegevens zeven tot acht jaar oud zijn, denken we toch dat ze waardevolle inzichten en aanknopingspunten voor de actuele situatie bieden, en wel om verschillende redenen. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat het aantal thuiszorggebruikers wel is toegenomen tussen 2004 en 2011, maar dat deze toename aan de bevolkingsgroei van vooral de ouderen van 80 jaar of ouder is toe te schrijven. Als met de bevolkingstoename en vergrijzing rekening wordt gehouden, is het aantal gebruikers van de thuiszorg constant (Plaisier en De Klerk 2015). Wel is het gemiddeld aantal uren huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging licht gestegen. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat in dezelfde periode vooral de rol van inkomen en huishoudensamenstelling en in mindere mate van leeftijd en lichamelijke beperkingen als determinant voor het gebruik van extramuraal zorg is veranderd. Mensen met hoge inkomens en in meerpersoonshuishoudens zijn iets minder vaak publiek gefinancierde thuiszorg gaan gebruiken. De verschillen tussen zorggebruikers in 2007 en nu verschillen dus niet zo heel sterk.

Ook gaan we ervan uit dat het sociale netwerk van burgers sinds 2007 niet wezenlijk in omvang en samenstelling is veranderd. Het aantal alleenstaanden neemt weliswaar toe, maar zij vormen een betrekkelijk kleine groep op het totaal aantal 55-plussers. Ook het stijgend opleidingsniveau en de mate van kerkelijkheid van ouderen hebben een positief effect op de omvang en samenstelling van niet-familiaire netwerken (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007; Van Campen 2011; Suanet et al. 2013). Deze veranderingen zullen echter slechts langzaam plaatsvinden en de resultaten van het onderzoek naar verwachting niet wezenlijk aantasten. Met andere woorden: de hulpbehoevende 55-plussers van nu lijken – op de leeftijdssamenstelling van de groep na – wat betreft kenmerken nog altijd grotendeels op de hulpbehoevende 55-plussers van 2007.

In de organisatie van de verschillende zorgvormen is de laatste jaren echter (zoals eerder al vermeld) wel veel veranderd. Na invoering van de hervormingen is het goed mogelijk dat iemand met een zorgbehoefte die gelijk is aan die van iemand die in 2007 in een instelling woonde, nu niet meer in aanmerking komt voor deze zorg, maar op thuiszorg is aangewezen. Vaak zal het gaan om iemand die ernstig hulpbehoevend is. Door in ons gegevensbestand uit 2007 naar het zorgpotentieel, inkomen en andere zorgrelevante kenmerken van ernstig hulpbehoevende 55-plussers in een instelling te kijken, en deze te vergelijken met die van ernstig hulpbehoevende 55-plussers die zelfstandig wonen, kunnen we een inschatting maken in hoeverre personen die in een oudereninstelling wonen ook met thuiszorg geholpen zouden kunnen zijn. Dit geeft een indicatie van de mogelijkheden voor ernstig hulpbehoevendenden om langer thuis te blijven wonen. Dit onderzoek haalt zo enkele aandachtspunten voor het langdurigzorgbeleid boven water.

Meerwaarde van dit onderzoek

Dit onderzoek is met de insluiting van zowel informele en particuliere zorg, professionele thuiszorg als de zorg die in verzorgings- en verpleeghuizen wordt geleverd een aanvulling op eerdere onderzoeken. Eerder onderzoek richtte zich ofwel op alleen de publiek gefinancierde thuiszorg (zie bv. Plaisier en De Klerk 2015), of op de combinatie van thuiszorg en informele zorg van thuiswonenden (zie bv. Broese van Groenou et al. 2015). Intramurale zorg wordt meestal niet meegenomen in het onderzoek.

Dit onderzoek bouwt voort op de inzichten die zijn opgedaan in de reeks publicaties over toekomstige ontwikkelingen in de sector verpleging en verzorging die het scp heeft uitgebracht (zie bv. Eggink et al. 2012; Timmermans 1997), maar neemt nu de hulpbehoefte als uitgangspunt en niet het daadwerkelijke zorggebruik.

Van der Kwartel en Van der Windt (2013) hebben onderzocht welke gevolgen hervormingen in de huishoudelijke verzorging zouden kunnen hebben. Zij gaan noodgedwongen uit van scp-onderzoek dat op gegevens over het jaar 1999 is gebaseerd (Van Gameren et al. 2004). Het onderhavige onderzoek kan dan ook mede gezien worden als een update van dat scp-onderzoek op basis van recentere gegevens.

We besteden in dit rapport bijzondere aandacht aan het sociale netwerk (vooral aan het zorgpotentieel binnen dat netwerk) en aan de rol van het inkomen. Netwerken met veel zorgpotentieel omschrijven we als die relaties met personen die dichtbij staan en waarin veel is geïnvesteerd (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007; Van Weert et al. 2007). Het zijn contacten die informele hulp zouden kunnen leveren. Timmermans en Pommer (2008) beschrijven contacten met zorgpotentieel als een ‘miniverzekering’: men kan in geval van nood bij die personen aankloppen voor hulp. De veronderstelling is dat personen verschillen in het zorgpotentieel dat ze beschikbaar hebben. Immers, niet iedereen heeft zo’n sociaal netwerk en bovendien wordt de verwachte of benodigde hulp niet altijd geleverd. Om bij dezelfde terminologie te blijven: sommige personen zijn ‘goed verzekerd’ en anderen ‘slecht verzekerd’.

1.3 Van hulpbehoefte naar zorggebruik

Een veelgebruikt model om het gebruik van zorg te verklaren en te voorspellen, is door Andersen en zijn collega’s ontwikkeld (Andersen en Newman 1973; Andersen 1995).

Het model is in eerste instantie ontwikkeld voor het bestuderen van het gebruik van medische zorg,¹⁸ maar is inmiddels toegepast bij onderzoek naar het gebruik van sociale voorzieningen (Bass en Noelker 1987), informele zorg (Gaugler en Kane 2001), zorgtransities (Geerlings et al. 2005) en langdurige thuiszorg en zorg in instellingen (Larsson et al. 2006). Met het zorgmodel stellen Andersen en collega’s dat er drie groepen factoren een rol spelen in gebruik van zorg, namelijk omgevingsfactoren, kenmerken van het zorgsysteem en

18 Tot halverwege de jaren negentig keken de meeste theorieën met vooral naar de pathologische ontwikkeling van beperkingen/handicaps (Nagi 1965; 1979; 1991; WHO 1980). De medische definitie van gezondheid stond voorop.

kenmerken van de gebruikers. Voor dit onderzoek beperken we ons tot de individuele kenmerken die bepalend zijn voor het zorggebruik. De kenmerken van het langdurige zorgsysteem zijn immers voor iedereen in Nederland gelijk, en hetzelfde geldt in grote mate voor de omgevingsfactoren, zoals technologische mogelijkheden en sociale normen ten aanzien van zorggebruik. De kenmerken van de gebruikers worden door Andersen en Newman verder uitgesplitst in drie categorieën: hulpbehoefte (*illness*), persoonskenmerken (*predisposition*) en hulpbronnen (*enabling factors*). Wegens de directe invloed van de hulpbehoefte van een persoon op het zorggebruik is de hulpbehoefte een van de belangrijkste determinanten. Ook andere individuele kenmerken spelen een belangrijke rol, bijvoorbeeld de leeftijd of het geslacht van een persoon. Bovendien heeft het opleidingsniveau invloed op het zorggebruik, omdat dat volgens Andersen en Newman de sociale structuur van een persoon vertegenwoordigt en zo een beeld geeft van de leefstijl en de mogelijkheid om die te veranderen. Als laatste zijn er in het zorgmodel factoren die iets over de hulpbronnen van een individu zeggen. Hieronder worden vooral de financiële middelen verstaan, maar ook de aanwezigheid van een sociaal netwerk (waaronder partner en kinderen) valt hieronder.

In een inmiddels al ruim twintig jaar oud artikel beschrijven Verbrugge en Jette (1994) ‘het proces van gezondheidsbeperkingen’ (*disablement process*). Aan de bestaande theorieën over de pathologische ontwikkelingen van gezondheidsbeperkingen voegden zij de invloed toe van persoonskenmerken (zoals een hoge leeftijd of een lage opleiding) en omgevingsfactoren (zoals de beschikbare technieken en therapieën, maar ook de toegankelijkheid van de woning enz.); deze kunnen dit proces versnellen of vertragen. Verbrugge en Jette stellen dat de kans dat een medische aandoening zich in een (permanente) handicap of beperking ontwikkelt van zowel de risicofactoren die een persoon zelf met zich meedraagt als van de omgeving afhangt.

In grote lijnen volgen we het originele model van Andersen en Newman (1973), met twee aanpassingen. Ten eerste houden we rekening met het gedachtegoed van Verbrugge en Jette (1994) en Andersen (1995; zie ook WHO 2013), namelijk dat niet alleen zorggebruik maar ook gezondheidsbeperkingen worden beïnvloed door persoonskenmerken als leeftijd, geslacht en opleiding, en bekijken we de invloed van deze persoonskenmerken op de hulpbehoefte (zie hoofdstuk 2). We houden bovendien rekening met de mogelijkheid dat behalve hulpbehoefte ook leeftijd, geslacht en opleidingsniveau een zelfstandig effect op het zorggebruik hebben. Ten tweede maken we een onderscheid tussen het zorgpotentieel (zie hoofdstuk 3) en inkomen (zie hoofdstuk 4), beide volgens de theorie van Andersen en Newman *enabling factors* (hulpbronnen). We bestuderen de relatie van deze twee aspecten met zowel de aanwezige hulpbehoefte als met het zorggebruik. Om verschillen in zorggebruik binnen groepen met een vergelijkbare zorgbehoefte te verklaren, houden we zowel rekening met persoonskenmerken als met het zorgpotentieel en het inkomen (zie hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 bekijken we het zorgpotentieel en inkomen waarover zorggebruikers beschikken. We kijken vooral naar ontvangers van huishoudelijke hulp en

bewoners van oudereninstellingen, twee groepen die mogelijk met beperkingen van de toegang tot de zorg te maken krijgen.

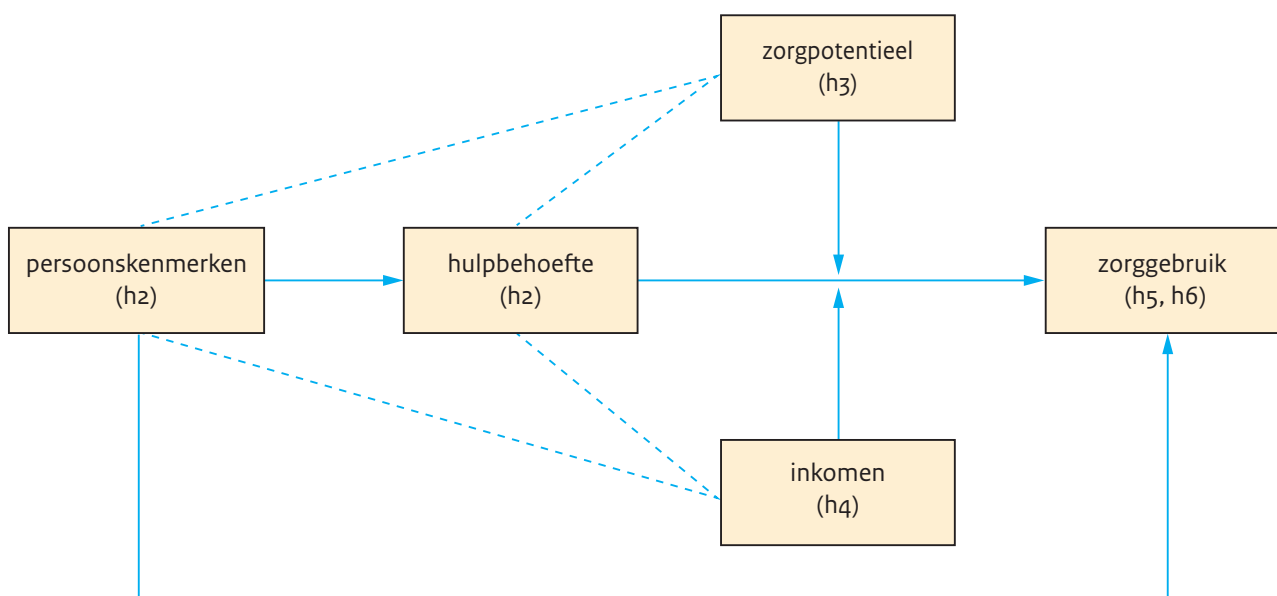
Zoals in paragraaf 1.1 is aangegeven, is de uitgangspositie van ons onderzoek de populatie van 55-plussers met enige vorm van lichamelijke, cognitieve of psychische beperkingen en met bepaalde persoonskenmerken (zie hoofdstuk 1). We gaan na of we groepen mensen kunnen identificeren die wat betreft hulpbehoefte op elkaar lijken. Om wat meer zicht op de samenstelling van de groepen hulpbehoevenden te krijgen, bekijken we de verdeling naar een aantal persoonskenmerken (zie hoofdstuk 2). Zo proberen we ook groepen met eenzelfde zorgpotentieel te identificeren. Ook van hen bekijken we de samenstelling naar persoonskenmerken. Bovendien wordt per hulpbehoeftegroep het zorgpotentieel in kaart gebracht (zie hoofdstuk 3). Datzelfde doen we voor inkomen (zie hoofdstuk 4). Vervolgens wordt per hulpbehoeftegroep de relatie tussen het zorggebruik enerzijds en de persoonskenmerken, het zorgpotentieel en het inkomen anderzijds bepaald per groepering met eenzelfde hulpbehoefte (zie hoofdstuk 5). Bij het zorggebruik kijken we alleen of iemand hulp ontvangt, maar niet naar de frequentie en de intensiteit ervan.

Ten slotte zetten we de hulpbehoeftegroep af tegen het zorggebruik, waarna we verschillen en overeenkomsten proberen te verklaren door nader in te zoomen op het steeds belangrijker wordende zorgpotentieel en het inkomen (zie hoofdstuk 6).

In figuur 1.1 staat een schematische weergave van de relaties die we bestuderen en de bijbehorende hoofdstukken.

Figuur 1.1

Schematische weergave van de relatie tussen hulpbehoefte en zorggebruik



Bron: SCP

2 Hulpbehoefte

Zoals in hoofdstuk 1 al is aangegeven, speelt de hulpbehoefte een centrale rol als determinant voor het zorggebruik. In dit hoofdstuk bestuderen we daarom de mate van hulpbehoefte van 55-plussers met een beperking. Het doel daarvan is om groepen mensen te identificeren die wat betreft hulpbehoefte op elkaar lijken. Daarmee beantwoorden we de eerste deelvraag: *Welke groepen 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte zijn er te onderscheiden?*

2.1 Operationalisatie van de hulpbehoefte

Hulpbehoefte kan het gevolg zijn van een aandoening of een beperking. Naast deze vrij objectieve factoren wordt de hulpbehoefte ook bepaald door hoe mensen hun gezondheid zelf ervaren. Klachten en aandoeningen zoals vastgesteld door een arts sluiten namelijk niet altijd een-op-een aan bij het perspectief dat mensen zelf van hun gezondheid hebben. Anders gezegd: mensen die zich ondanks hun aandoeningen gezond voelen, zullen minder beperkingen ondervinden en minder behoefte aan hulp hebben dan mensen die zich ongezond voelen (Von Faber 2002; Perenboom et al. 2012; Puts et al. 2007). Ook multimorbiditeit – tegelijkertijd verschillende aandoeningen hebben – is een belangrijke factor voor de hulpbehoefte. Multimorbiditeit kan de mate waarin men zelfstandig kan functioneren anders beïnvloeden dan afzonderlijke beperkingen (Van Campen 2011). Hieruit is te concluderen dat er behoefte is aan een brede maat voor hulpbehoefte, die recht doet aan zowel objectieve als subjectieve kanten van de gezondheid, en waarin ook rekening wordt gehouden met een mogelijke opeenstapeling van gezondheidsproblemen (multimorbiditeit). Veel meetinstrumenten richten zich op lichamelijke beperkingen, zonder rekening te houden met psychische kenmerken (De Klerk et al. 2006; De Klerk et al. 2012) of combineren lichamelijke, psychische en sociale vormen van kwetsbaarheid (Van Campen 2011; Goddens 2010). Vaak komt onvoldoende naar voren dat subjectieve aspecten van gezondheid ook belangrijk zijn en ontbreekt oog voor de mogelijke cumulatie van aandoeningen.

Op basis van ons datamateriaal construeren we een maat waarin groepen 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte worden onderscheiden. We nemen in deze maat allereerst verschillende soorten beperkingen mee. Het gaat niet alleen om lichamelijke, maar ook om psychische en cognitieve beperkingen. Verder nemen we als indicator de multimorbiditeit mee, oftewel het aantal aandoeningen waar iemand last van heeft. Tot slot nemen we twee indicatoren voor de subjectieve beoordeling van gezondheid op: ervaren gezondheid en ervaren belemmering door pijn bij dagelijkse bezigheden. De maat wordt geconstrueerd met behulp van zogenoemde latente klassenanalyse, die respondenten met vergelijkbare combinaties van hulpbehoeftekenmerken in dezelfde klasse indeelt. De methode die we

voor het maken van groepen met vergelijkbare kenmerken (latente klassenanalyse) gebruiken, is kort beschreven in kader 2.1.

Kader 2.1 Latente klassenanalyse (LCA): een methode voor het maken van groepen

De indeling in 'homogene groepen met eenzelfde hulpbehoefte' is gemaakt met behulp van de latente klassenanalyse (LCA: latent class analysis) en uitgevoerd met Mplus (Hagenaars en McCutcheon 2002; Muthén en Muthén 2010). De groepen worden afgeleid uit de gegevens en staan niet op voorhand vast. Nadat eerst twee afzonderlijke klassen worden gemaakt, wordt er telkens bezien of het onderscheiden van een extra klasse beter bij de gegevens past. Dit proces wordt herhaald totdat er een model is bereikt waarvoor dit niet langer het geval is. Wij gebruiken twee criteria om te bepalen of een extra klasse beter bij de gegevens past.

Als eerste is dat de Bayesian Information Criterion (BIC). De klassenindeling met de laagste BIC-waarde is de optimale indeling (zie Savage et al. 2013). Als tweede bekijken we de zogeheten entropie: hoe duidelijk de latente klassen van elkaar kunnen worden onderscheiden op basis van de voorspelde klassenkansen van de respondenten. Het gaat hierbij om de kans dat iemand in een bepaalde klasse terechtkomt. Hoe hoger de kans in elke klasse, hoe beter het model.

Een ander criterium is de Lo-Mendell p-waarde, die de kans weergeeft dat data zijn gegenereerd door een model met één klasse minder dan het geschatte model; als de p-waarde bij $k-1$ (bijvoorbeeld 3) groepen significant is, dan is het model met k (4) klassen beter dan met $k-1$ (3). Verder is bepalend of het aantal waarnemingen per klasse voldoende groot is en dat er niet te veel parameters op een grenswaarde worden geschat. De beslissing over het aantal latente klassen is op basis van al deze overwegingen genomen (zie o.a. Masyn 2013). In bijlage A bij dit rapport (te vinden op www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) staan de resultaten van de voor dit onderzoek uitgevoerde LCA's.

Zie ook bijvoorbeeld Chorus et al. (2014) en Vrooman et al. (2014) voor een recente toepassing van deze methode.

2.2 Mate van hulpbehoefte

Hulpbehoeftegroepen

In dit hoofdstuk zijn we op zoek naar groepen 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte op basis van verscheidene (gezondheids)kenmerken. Voordat we dit doen, geven we een indruk van het voorkomen van deze kenmerken in de 55-plusbevolking met een gezondheidsbeperking (tabel 2.1, rechter kolom). Meer dan 40% van de 55-plussers met minimaal één gezondheidsbeperking heeft een lichte lichamelijke beperking. Matige lichamelijke beperkingen komen bij 32% van deze groep voor, en ernstige lichamelijke beperkingen bij 25%. 5% heeft een cognitieve beperking, en 10% een psychische beperking. Van de 55-plussers met een cognitieve beperking heeft 80% ook een ernstige lichamelijke beperking, maar er is nauwelijks een correlatie tussen het hebben van een psychische en een lichamelijke beperking. De meeste mensen beoordelen hun gezondheid als goed of 'gaat wel' (beide 45%); weinig mensen vinden hun gezondheid ronduit slecht. Een minderheid van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking (15%) voelt zich sterk door pijn belemmerd in de dagelijkse bezigheden. Voor een klein deel (3%) van de respon-

denten is de vraag naar ervaren belemmeringen beantwoord door een ‘proxy’ (naast familielid of verzorgende), omdat de respondent zelf niet in staat was de vragen te beantwoorden. Het is in dat geval aannemelijk dat hun hulpbehoefte groot is. De gezondheid van de hulpbehoevenden is door de proxy’s in meerderheid beoordeeld als ‘slecht’ of ‘gaat wel’ (niet in de tabel). Iets meer dan een derde van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking heeft geen aandoeningen of slechts één, althans op grond van de door ons gebruikte lijst van 22 aandoeningen.¹⁹ Bij hen is er dus geen sprake van multimorbiditeit. Aan de andere kant heeft ruim een kwart van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking te maken met vier of meer aandoeningen.

Op basis van deze kenmerken voerden we een latente klassenanalyse uit, waarmee we de 55-plussers groeperen op basis van lichamelijke, cognitieve en psychische beperkingen, subjectieve gezondheid, ervaren belemmering in dagelijkse bezigheden door pijn, en multimorbiditeit. De resultaten geven aan dat er vier groepen onder de 55-plussers met een gezondheidsbeperking kunnen worden onderscheiden. Op basis van verschillende criteria is de prestatie van het model goed, wat impliceert dat het goed gelukt is om verschillende groepen in de gegevens te onderscheiden.²⁰ De groepen worden aan de hand van de onderliggende kenmerken gekarakteriseerd (zie tabel 2.1). We noemen de groepen licht, matig en ernstig hulpbehoevend, en ernstig hulpbehoevend met dementie.

De eerste groep vormt met 39% de grootste groep onder de 55-plussers met een gezondheidsbeperking. Deze groep is het lichtst beperkt, met vooral lichte lichamelijke beperkingen (77,6% van de mensen in deze groep). Een klein deel heeft cognitieve (0,5%) of psychische beperkingen (4,9%). Veruit de meerderheid van deze groep beoordeelt de eigen gezondheid als ‘goed’ en de meerderheid voelt zich ook niet door pijn belemmerd in de dagelijkse bezigheden, ook al voelt meer dan een kwart zich een beetje belemmerd. Driekwart heeft geen of maximaal één aandoening; er is nauwelijks sprake van meerdere aandoeningen (multimorbiditeit). Deze groep noemen we de *licht hulpbehoevenden*.

De tweede groep omvat een derde van de onderzoekspopulatie (55-plussers met een gezondheidsbeperking). Ruim de helft van deze groep heeft matige lichamelijke beperkingen, de rest heeft lichte lichamelijke beperkingen. Net als bij de licht hulpbehoevenden heeft vrijwel niemand van hen cognitieve beperkingen en weinigen hebben een psychische beperking. Twee derde van hen beoordeelt de eigen gezondheid als ‘matig’, de rest als ‘goed’. De overgrote meerderheid voelt zich een beetje door pijn belemmerd in de dagelijkse bezigheden. Zij hebben wel vaak meerdere aandoeningen: ruim een derde heeft vier of meer aandoeningen, ruim een derde heeft drie aandoeningen en de rest twee of minder. Deze groep noemen we *matig hulpbehoevend*.

19 Het gaat om 22 aandoeningen: astma, kanker, ernstige hartaandoening, bloedvatvernauwing, beroerte, ernstige darmstoornis, nier-, gal- of leverziekte, artrose in heup of knie, reuma, suikerziekte, ernstige rugaandoening, ernstige nekaandoening, ernstige pols- of handaandoening, migraine, zenuwstelselziekte, epilepsie, incontinentie, ernstige huidziekte, psychische problemen, ernstig gevolg ongeval, dementie of andere aandoening.

20 Voor de prestatie van het model wordt verwezen naar de tabellen A.1 en A.2 in bijlage A.

Tabel 2.1

Karakterisering van hulpbehoeftegroepen van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, 2007-2008 (verticaal gepercentageerd; n = 2993)

	licht	matig	ernstig	ernstig met dementie	totaal
lichamelijke beperkingen					
licht	77,6	39,6	1,1	6,1	43,0
matig	18,2	58,4	24,3	5,6	31,6
ernstig	4,2	2,0	74,6	88,4	25,4
cognitieve beperking	0,5	0,8	0,0	98,4	5,3
psychische beperking	4,9	10,1	88,7	66,4	10,3
subjectieve gezondheid					
goed	79,7	30,1	9,6	33,5	44,4
gaat wel	20,3	67,0	58,2	44,9	45,5
slecht	0,0	2,9	32,2	21,6	10,0
belemmeringen door pijn					
niet	68,9	14,5	19,8	19,6	37,2
beetje	28,4	82,6	30,5	12,6	45,1
veel	2,6	2,9	48,6	13,2	14,6
proxy	0,0	0,0	1,0	54,6	3,0
aantal aandoeningen					
0 of 1	74,2	7,6	17,2	0,9	35,6
2	20,4	20,1	18,3	10,5	19,3
3	5,4	34,2	14,6	16,9	17,2
≥ 4	0,0	38,1	49,9	71,7	27,9
gewogen aandeel in 55-plus populatie	39	31	25	5	100

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

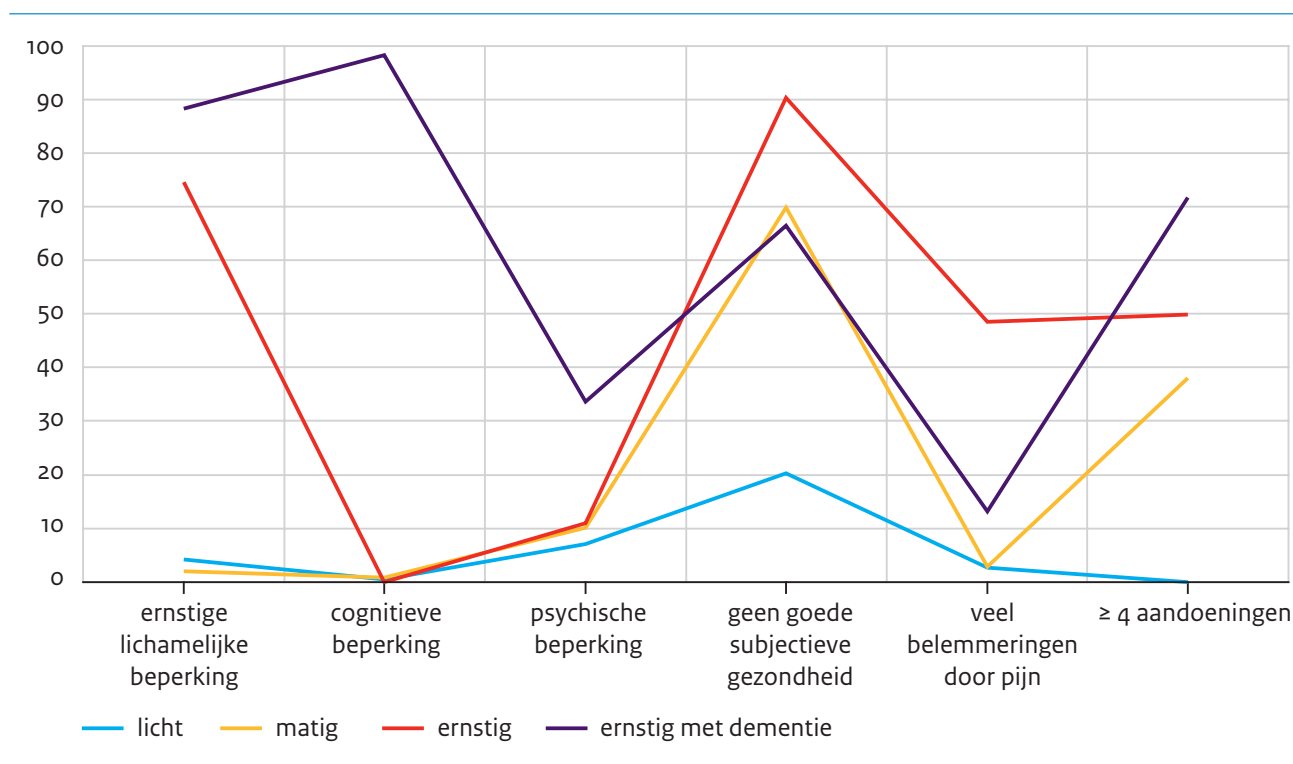
De derde groep omvat een kwart van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking. Driekwart van deze groep heeft een ernstige lichamelijke beperking en de rest een matige lichamelijke beperking. Cognitieve beperkingen komen in deze groep nauwelijks voor, maar bijna iedereen in deze groep heeft een psychische beperking. Bijna 60% beoordeelt zijn gezondheid als 'gaat wel', een derde als 'slecht'. De helft ervaart veel belemmeringen door pijn in de dagelijkse bezigheden. Deze groep labelen we als *ernstig hulpbehoevend*. De vierde groep is met slechts 5% van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking de kleinste groep. In deze categorie heeft bijna iedereen ernstige lichamelijke beperkingen, vrijwel iedereen een cognitieve beperking en twee derde heeft ook een psychische beperking. De vraag over de ervaren belemmeringen door pijn in de dagelijkse bezigheden is voor 55% door een proxy beantwoord, 20% zegt niet belemmerd te worden door pijn, de overige 25% een beetje of veel. Zij beoordelen hun gezondheid in meerderheid als 'slecht' of 'gaat wel'. Er is echter een opvallend groot aandeel dat de eigen gezondheid als 'goed' beoordeelt (33,5%). Driekwart daarvan is echter niet door de respondenten zelf

ingevuld, maar door een proxy. Deze vierde groep noemen we *ernstig hulpbehoevend met dementie*.²¹

Het verschil tussen de ernstig hulpbehoevenden met dementie en licht hulpbehoevenden is duidelijk te zien in figuur 2.1. Zo heeft 90% van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte en dementie ook ernstige lichamelijke beperkingen, maar dat aandeel is slechts een paar procent van de 55-plussers met een lichte hulpbehoefte. Vooral bij de diverse beperkingen en de subjectieve gezondheid zijn de verschillen groot.

Figuur 2.1

Karakterisering van de hulpbehoeftegroepen van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)



Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09); SCP-bewerking

2.3 Hulpbehoefte en persoonskenmerken

In navolging van Verbrugge en Jette (1994) bekijken we de relatie tussen hulpbehoefte en persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Dit zijn wat Andersen en Newman (1973) de *predisponerende kenmerken* noemen. Zo krijgen we enig inzicht in de

²¹ Van Campen (2011) gebruikt net als wij een ruime definitie van hulpbehoefte van de term 'kwetsbaarheid' en komt op een aandeel van 27% onder 65-plussers. Dat is vergelijkbaar met onze uitkomsten voor ernstig hulpbehoevenden met of zonder dementie. De resultaten die De Klerk et al. (2012) weergeven, zijn niet zonder meer te vergelijken. Het betreft in hun publicatie alleen zelfstandig wonende 65-plussers, in plaats van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking die we hier bekijken. Bovendien gaat het bij De Klerk et al. alleen om beperkingen en kijken we in dit rapport naar een ruimere definitie van hulpbehoefte.

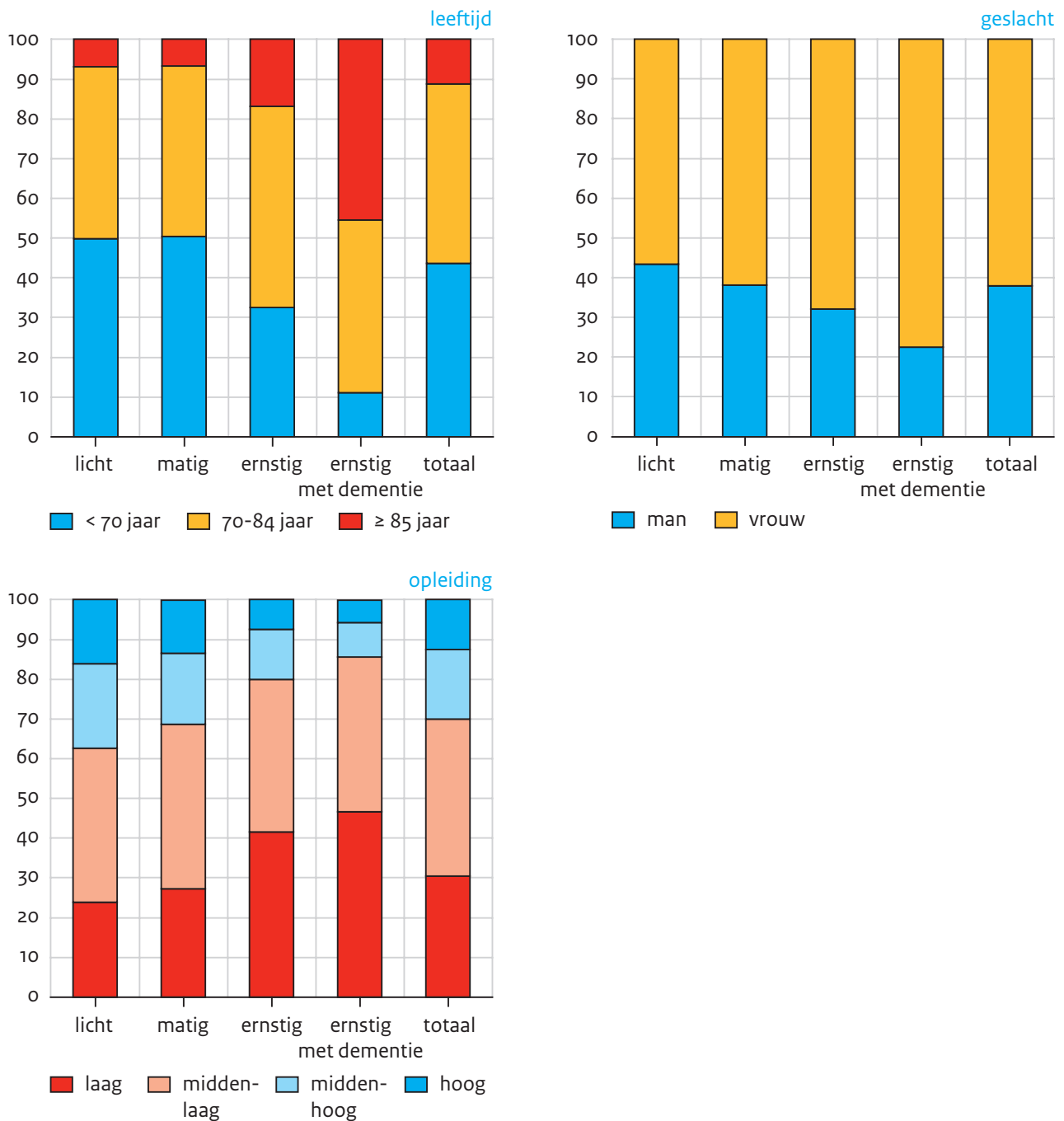
samenstelling van de verschillende hulpbehoeftegroepen. Dat het belangrijk is naar deze kenmerken te kijken, blijkt uit de literatuur. Zo blijkt dat hogeropgeleiden minder vaak met een slechte gezondheid te maken hebben dan laagopgeleiden; hun levensverwachting (ook in goede gezondheid) is dan ook hoger (Bijwaard et al. 2013; Bruggink 2012). Ook voelen hoogopgeleiden zich minder vaak ongezond dan laagopgeleiden (Savelkoul et al. 2013). Ongeveer een op de tien 55-plussers met een gezondheidsbeperking is ouder dan 85 jaar (zie tabel B.1 in bijlage B, te vinden op www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Het aandeel ouderen (85-plus) is hoger naarmate de hulpbehoefte ernstiger is; onder de ernstig hulpbehoevendenden met dementie is bijna de helft 85 jaar of ouder (zie figuur 2.2). Doordat de levensverwachting van vrouwen hoger is dan die van mannen, zijn er meer vrouwen dan mannen onder de 55-plussers. Vrouwen zijn, mede doordat ze een hogere leeftijd bereiken, nog meer oververtegenwoordigd in de groep mensen met gezondheidsbeperkingen (zie tabel B.1 in bijlage B). Naarmate de hulpbehoefte toeneemt, neemt ook het aandeel vrouwen toe. Onder de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte is dat zelfs bijna 80% (zie figuur 2.2). Tot slot is de groep die we hier bestuderen vaak relatief laagopgeleid: ruim twee derde van de 55-plussers met gezondheidsbeperkingen hebben een lage opleiding (hooguit basisonderwijs) of midden-lage opleiding (lbo, mavo of mulo). Slechts een achtste van hen heeft een hoge opleiding (hbo of universitair) (zie tabel B.1). Dat is onder andere te verklaren door het hoge aandeel vrouwen, die vaker lageropgeleid zijn dan de mannen, vooral in de oudere leeftijdsgroepen (zie ook CBS 2015). Het gemiddelde opleidingsniveau is in de groepen met een ernstige hulpbehoefte (al dan niet met dementie) veel lager dan in de groepen met een lichte of matige hulpbehoefte. Ook dit is in overeenstemming met de literatuur (zie bv. Bijwaard et al. 2013; Bruggink 2012; Savelkoul et al. 2013).

De gezamenlijke relatie tussen hulpbehoefte en de persoonskenmerken is weergegeven in tabel B.2. Daaruit blijkt dat leeftijd, geslacht en opleidingsniveau vooral zijn gerelateerd aan een ernstige hulpbehoevendheid, al dan niet met dementie, maar niet aan een lichte of matige hulpbehoevendheid.

Samenvattend onderscheiden we dus vier verschillende groepen hulpbehoevendenden onder de 55-plussers met een gezondheidsbeperking. De grootste groep is de licht hulpbehoevendenden (39%), gevolgd door de matig hulpbehoevendenden (31%). De ernstig (25%) en ernstig hulpbehoevendenden met dementie (5%) hebben vrijwel allemaal een cognitieve of psychische beperking plus ernstige lichamelijke beperkingen. De licht en matig hulpbehoevendenden hebben in overgrote meerderheid slechts lichte lichamelijke beperkingen. Naarmate de hulpbehoefte ernstiger is, is het aandeel 85-plussers, vrouwen en laagopgeleiden groter.

Figuur 2.2

Samenstelling van de hulpbehoeftegroepen, 55-plussers met een gezondheidsbeperking, naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)



a Laag = hooguit lager onderwijs, midden-laag = uitgebreid lager onderwijs (lbo, mavo, mulo), midden-hoog = middelbaar onderwijs (mbo, havo, vwo), hoog = hoger onderwijs (hbo, universiteit).

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (011'08/'09), SCP-bewerking

3 Zorgpotentieel

In hoofdstuk 2 bleek dat 30% van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking ernstig hulpbehoevend is (al dan niet met dementie). In dit hoofdstuk bekijken we hun zorgpotentieel (d.w.z. het sociale netwerk waaruit eventueel informele hulp kan voortvloeien) en dat van de 55-plussers met een minder ernstige hulpbehoefte. We gaan na hoe het zorgpotentieel samenhangt met de hulpbehoefte, en ook hoe de samenstelling van het zorgpotentieel eruitziet in relatie tot opleidingsniveau, leeftijd en geslacht van de 55-plussers. Met die informatie kan in de latere hoofdstukken de rol van het zorgpotentieel in het zorggebruik worden ingevuld. Voordat we de relatie tussen het zorgpotentieel enerzijds en hulpbehoefte en persoonskenmerken anderzijds bekijken, gaan we in op het zorgpotentieel zelf. Wat verstaan we onder het zorgpotentieel van 55-plussers? In dit hoofdstuk staat de tweede deelvraag centraal: *Hoe ziet het zorgpotentieel van 55-plussers eruit en wat is de relatie met de hulpbehoefte?*

3.1 Operationalisatie van het zorgpotentieel

Vaak wordt gedacht dat voor het ontvangen van informele hulp een goed functionerend sociaal netwerk voldoende is om op te kunnen terugvallen als er gezondheidsproblemen optreden. Mensen kennen en contacten met hen onderhouden, zou dan automatisch betekenen dat men – als dat nodig is – van die personen hulp kan verwachten. Volgens Keating et al. (2003) is zo'n netwerk slechts een eerste vereiste. Je kunt een groot netwerk hebben, maar als de relaties met de leden daarvan niet sterk genoeg zijn, dan is de kans groot dat er geen informele hulp wordt geboden. Ouderen dienen in hun netwerk dan ook over *zorgpotentieel* te beschikken, dat wil zeggen over contacten met mensen die daadwerkelijk kunnen worden gemobiliseerd om hulp te geven.

In dit rapport heeft netwerksteun alleen betrekking op sociale steun (praktische en emotionele hulp door vrienden, en niet-professionele zorg via vrijwilligers of familie) en niet op instrumentele steun (met als doel bijvoorbeeld een betere baan te realiseren door connecties met invloedrijke of kapitaalkrachtige personen, zoals omschreven in Vrooman et al. (2014)).

Netwerken met veel zorgpotentieel omvatten relaties met personen die dichtbij staan, in wie veel is geïnvesteerd en die informele hulp zouden kunnen verlenen. Het kan hier gaan om emotionele steun of kortstondige hulp, maar ook om hulp bij langdurige gezondheidsproblemen. Antonucci en Akiyama (1987) gebruiken een vergelijkbare terminologie in hun beschrijving van het netwerk van ouderen. Zij spreken van het 'konvooi van ondersteuners', waarbij contacten dienen als '*vehicles through which social support is distributed or exchanged*' (Antonucci 1985). Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen een binnen- en een buitencirkel. De binnencirkel is de beschermklaag om personen heen en bestaat meestal uit familieleden en goede vrienden. De buitencirkel wordt gevormd door mensen die meer op afstand staan, zoals collega's of leden van verenigingen. Over de rol van niet-

familieleden in de informele hulp zijn tegenstrijdige resultaten beschreven. Keating et al. (2003) stellen bijvoorbeeld dat ouderen pas steun van vrienden en burens verwachten als ze langdurige ruilrelaties met hen onderhouden. Kalwij et al. (2014) concluderen op basis van internationale SHARE-data²² dat van alle uren informele hulp 30% afkomstig is van familieleden (niet-kinderen), vrienden en burens. Nederlandse data lijken deze uitkomsten te bevestigen: niet alleen partners, kinderen en andere familieleden, maar ook sommige burens en vrienden leveren een bijdrage aan de informele hulp (De Boer et al. 2009; Timmermans 2003b). Op basis van Nederlandse gegevens uit 2005 laat Croezen (2010) bovendien zien dat frequent contact met burens positief gerelateerd is aan een goede gezondheid van ouderen.

Duidelijk is dat hoewel de partner een belangrijke rol in het zorgpotentieel speelt, ook andere personen die dicht bij de hulpbehoevende staan tot het zorgpotentieel kunnen behoren. Daarom beperken we ons bij de identificatie van iemands zorgpotentieel niet tot de partner. Op basis van onze data is een globale indicator voor het zorgpotentieel van 55-plussers te maken. We nemen hierin de contactfrequentie met een aantal relatiecategorieën mee als eerste indicator. Het gaat daarbij om relaties in het netwerk van 55-plussers, zoals kinderen, familie en vrienden, met wie frequent contact wordt onderhouden.²³

Uit eerder onderzoek bleek namelijk dat niet zozeer de omvang van het sociale netwerk, maar de contactfrequentie met leden van dat netwerk (in het bijzonder met kinderen) van invloed is op het gebruik van informele hulp (De Boer et al. 2006; Grundy en Reed 2012). We rekenen alle vormen van contact mee, dus het kan gaan om bellen, mailen, face-to-facecontacten of contact via social media.

Daarnaast nemen we de fysieke afstand tot familieleden mee in de beoordeling van het zorgpotentieel (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007). Dit doen we niet alleen omdat verwanten niet meer zo vaak als vroeger in dezelfde plaats wonen, maar ook omdat de kans dat kinderen hun hulpbehoevende ouders helpen lager dan gemiddeld is als ze meer dan 20 kilometer van elkaar vandaan wonen (Mulder en Kalmijn 2004; Mulder en Van der Meer 2009).

In het totale zorgpotentieel van sociale netwerken van mensen neemt de partner een bijzondere positie in. Partners zijn, indien aanwezig, voor velen de eerst aangewezenen om te helpen, gevolgd door eventuele kinderen (Swinkels 2013). Hoewel de huidige 75-85-jarigen een groter sociaal netwerk hebben dan hun leeftijdsgenoten vroeger, blijven ze voor informele hulp toch vooral afhankelijk van hun kinderen. Vrienden of burens worden niet zo vaak voor hulp ingeschakeld, waarschijnlijk uit 'vraagverlegenheid' (Vrooman et al. 2014). De partner en familie worden beschouwd als primaire bronnen van hulp, ongeacht de taak waarbij hulp nodig is. Partners blijken, van alle sociale relaties, in de praktijk inderdaad de

22 SHARE staat voor Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.

23 Contact met burens, collega's en leden van een vereniging zijn niet meegenomen, omdat deze informatie niet beschikbaar is voor de ouderen in zorginstellingen, alleen voor zelfstandig wonende ouderen.

meest intensieve hulp te geven en ze doen dat uit liefde en genegenheid (Hoefman 2009; Pinquart en Sörensen 2006). Ook voor de overheid vormen huisgenoten (zoals de partner) een aparte categorie. Daarom nemen we in de beoordeling van het zorgpotentieel expliciet mee of iemand een partner heeft. Deze hulp wordt door de overheid als ‘gebruikelijke hulp’ gezien; dat is de hulp die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de echtgenoot, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten (Staatsblad 2014). De gemeente mag zelf bepalen wat onder gebruikelijke hulp valt. Pas als hiervan geen sprake meer is, kan publiek gefinancierde hulp worden aangevraagd (TK 2013/2014a).

De indicatoren voor het zorgpotentieel van 55-plussers zijn dus kort gezegd: de contactfrequentie met een aantal relatiecategorieën (kinderen, overige familie en vrienden), de beschikbaarheid van familieleden op maximaal 30 minuten reistijd en de aanwezigheid van een (gezonde) partner.

3.2 Het zorgpotentieel van 55-plussers

In de inleiding van dit hoofdstuk is de verwachting uitgesproken dat 55-plussers uiteenlopende sociale netwerken hebben en dus ook verschillen in het zorgpotentieel dat daarin aanwezig is (De Boer en Schellingerhout 2004). Net zoals er in hoofdstuk 2 groepen hulpbehoevendenden zijn onderscheiden, delen we de 55-plussers nu in groepen met verschillend zorgpotentieel in. De resultaten van de latente klassenanalyse (zie kader 2.1 in hoofdstuk 2 voor meer informatie over deze methode) geven aan dat er vier groepen zorgpotentieel onder de 55-plussers met een gezondheidsbeperking kunnen worden onderscheiden. Op basis van verschillende criteria is de prestatie van het model goed, wat impliceert dat het goed gelukt is om verschillende groepen te onderscheiden in de gegevens (zie verder tabel A.4 in bijlage A, te vinden op www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). De groepen worden gekarakteriseerd aan de hand van de onderliggende kenmerken (zie tabel 3.1). We refereren naar de verschillende groepen als kwetsbaar, vrienden-, kind- en rijk georiënteerd zorgpotentieel. In deze naamgeving hebben we een mix gekozen van welke relatie belangrijk is en in hoeverre die onderscheidend is ten opzichte van de andere groepen. Met andere woorden: het netwerk van *kwetsbaar zorgpotentieel* betreft veel vaker een partner dan bij de andere groepen. Dit betekent echter niet dat alle personen binnen die groep ook daadwerkelijk een partner hebben.

De meest kwetsbare groep 55-plussers is de groep met het *kwetsbaar zorgpotentieel*. Het gaat om 4% van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking (eerste kolom van tabel 3.1, zie ook figuur 3.1). Ongeveer de helft van hen woont alleen (en is alleenstaand en al dan niet verweduwd), de andere helft heeft een partner. Als er een partner is, kan er in de meeste gevallen een beroep op hem of haar worden gedaan als er hulp nodig is, aangezien slechts een kleine 20% van deze partners zelf gezondheidsbeperkingen heeft.²⁴ De naamgeving *kwetsbaar zorgpotentieel* komt voort uit de notie dat voor zover er een zorgpotentieel

is, dit vooral uit de partner bestaat en dat kinderen, overige familie en vrienden er geen deel van uitmaken. Meer dan 60% van deze groep heeft geen (klein)kinderen (niet in tabel) en als ze wel (klein)kinderen hebben, hebben ze daar geen frequent contact mee (d.w.z. minder dan eens per twee weken). Het contact met andere familieleden en vrienden is ook minder frequent dan gemiddeld; 40% geeft aan geen contact met overige familie te hebben, en nog eens 40% heeft zelden contact (niet in tabel). Ook hebben deze 55-plussers geen familieleden die in de buurt wonen, dat wil zeggen met minder dan 30 minuten reistijd. De kwetsbaarheid van dit zorgpotentieel is gelegen in de eenzijdigheid ervan omdat het – voor zover die er zijn – vooral uit partners bestaat. Er is verder geen frequent contact met (klein)kinderen, overige familie of vrienden.

Ruim een kwart (28%) van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking wordt in de tweede groep ingedeeld: *vriendengeoriënteerd zorgpotentieel* (tweede kolom van tabel 3.1 zie ook figuur 3.1). Deze 55-plussers hebben vrijwel allemaal frequent contact met vrienden of goede bekenden (d.w.z. wekelijks of eens per twee weken). De naam is zo gekozen omdat het aantal 55-plussers in deze groep dat contact heeft met vrienden het aantal dat (ook) contact heeft met kinderen of familie veruit overstijgt. Toch heeft een kwart van deze groep ook frequent contact met (klein)kinderen en/of overige (schoon)familie. Bij de helft van de 55-plussers uit deze groep wonen kinderen en familie relatief dichtbij (minder dan 30 minuten reizen). Opvallend is dat deze groep voor meer dan de helft bestaat uit alleenstaanden die niet verweduwd zijn. Daarin onderscheidt deze groep zich van de andere zorgpotentieelgroepen. Ook dit zorgpotentieel is als kwetsbaar te typeren, omdat slechts iets meer dan een kwart samenwoont met een (gezonde of ongezonde) partner, en partners geven immers in de praktijk de meeste hulp (zie bv. Swinkels 2013). Dit zorgpotentieel is misschien minder kwetsbaar dan het kwetsbare zorgpotentieel, omdat het minder eenzijdig is door het frequente contact met (klein)kinderen en vrienden. Wel kan men zich afvragen in welke mate vrienden daadwerkelijk hulp verlenen als dat nodig is (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007).

De derde groep is de grootste groep en omvat bijna de helft (48%) van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking (derde kolom in tabel 3.1, zie ook figuur 3.1). Het overgrote deel (91%) van de mensen uit deze groep heeft frequent contact met (klein)kinderen. Velen van hen hebben ook veelvuldig contact met overige familie (een derde) en vrienden (ruim de helft). Omdat dit soort contact minder vaak voorkomt dan het frequente contact met (klein)kinderen, noemen we dit een *kindgeoriënteerd zorgpotentieel*. Veruit de meeste 55-plussers in deze groep hebben kinderen of andere familieleden die dichtbij wonen (84,4%). Bijna de helft van de 55-plussers met dit zorgpotentieel is verweduwd. Misschien speelt dit een rol in het veelvuldige contact met de (klein)kinderen. Dit zorgpotentieel is minder kwetsbaar dan het kwetsbare zorgpotentieel, omdat er even vaak een partner aanwezig is, maar er veel vaker sprake is van frequent contact met anderen. Het is ook minder kwetsbaar dan het vriendengeoriënteerd zorgpotentieel, omdat er vaker een partner aanwezig is.

24 $9,6 \times 100 / (9,6 + 40,3) = 19,2$

Tabel 3.1

Karakterisering van zorgpotentieelgroepen van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, 2007-2008 (verticaal gepercenteerd; n = 2993)

	kwetsbaar zorgpotentieel	vrienden- georiënteerd zorgpotentieel	kind- georiënteerd zorgpotentieel	rijk zorgpotentieel	totaal
frequent ^a contact (klein)kinderen	0,0	22,5	90,6	84,9	67,2
frequent ^a contact familie	0,0	25,6	33,7	100	43,9
frequent ^a contact vrienden	0,0	91,9	55,4	100	72,2
leefsituatie ^b					
samenwonend met gezonde partner	40,3	21,2	35,9	78,3	40,6
samenwonend met beperkte partner	9,6	6,0	13,4	21,7	12,9
alleenstaand	24,9	58,6	2,3	0,0	18,3
verweduwd	25,2	14,2	48,4	0,0	28,2
reistijd					
reistijd tot familie minder dan 30 minuten	0,0	48,4	84,4	89,8	71,9
n-gewogen	130	824	1432	606	2993
gewogen percentages	4,3	27,5	47,9	20,3	100

a Met 'frequent contact' wordt bedoeld vaker dan eens per twee weken.

b Onder 'samenwonend met gezonde partner' vallen ook de mensen die aangeven geen partner te hebben, maar die wel samenwonen met een of meerdere kinderen. Voor de tehuisbewoners is wel bekend of ze een partner hebben, maar niet hoe de gezondheid van die partner is. We gaan ervan uit dat de partners in dat geval beperkt zijn. Onder 'alleenstaand' verstaan we alle mensen die niet samenwonen of verweduwd zijn.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

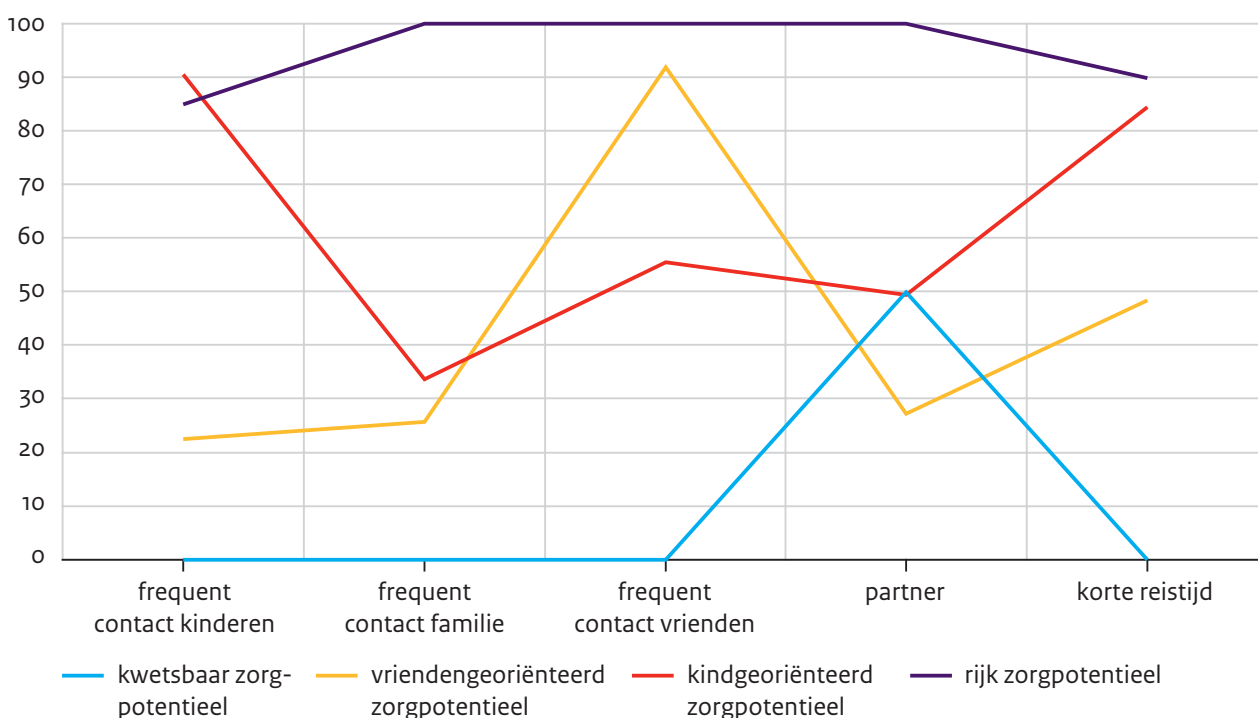
De vierde groep, 20% van de 55-plussers met gezondheidsbeperkingen, wordt gevormd door 55-plussers met veel verschillende sociale contacten (vierde kolom in tabel 3.1, zie ook figuur 3.1). We noemen ze 55-plussers met een *rijk zorgpotentieel*. De meerderheid heeft frequent contact met (klein)kinderen, overige familie en vrienden. Ze wonen, vergeleken met de andere onderscheiden groepen, het vaakst samen met een gezonde partner (meer dan driekwart) en daarnaast hebben ze veel vaker frequent contact met vrienden en overige familie. Bijna allemaal hebben ze kinderen of andere (schoon)familieleden die

dichtbij wonen (minder dan 30 minuten reizen). Kortom, hun zorgpotentieel bestaat uit mensen (partner en in mindere mate kinderen) die waarschijnlijk de zorg op zich nemen als dat nodig is. Bovendien is er ook geregeld frequent contact met overige familie en vrienden.

Het verschil tussen het kwetsbare en het rijke zorgpotentieel is duidelijk te zien (figuur 3.1). Niemand van de 55-plussers met een kwetsbaar zorgpotentieel heeft frequent contact met kinderen, overige familie of vrienden, terwijl de overgrote meerderheid van de 55-plussers met een rijk zorgpotentieel dat wel heeft.

Figuur 3.1

Karakterisering van zorgpotentieelgroepen van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)



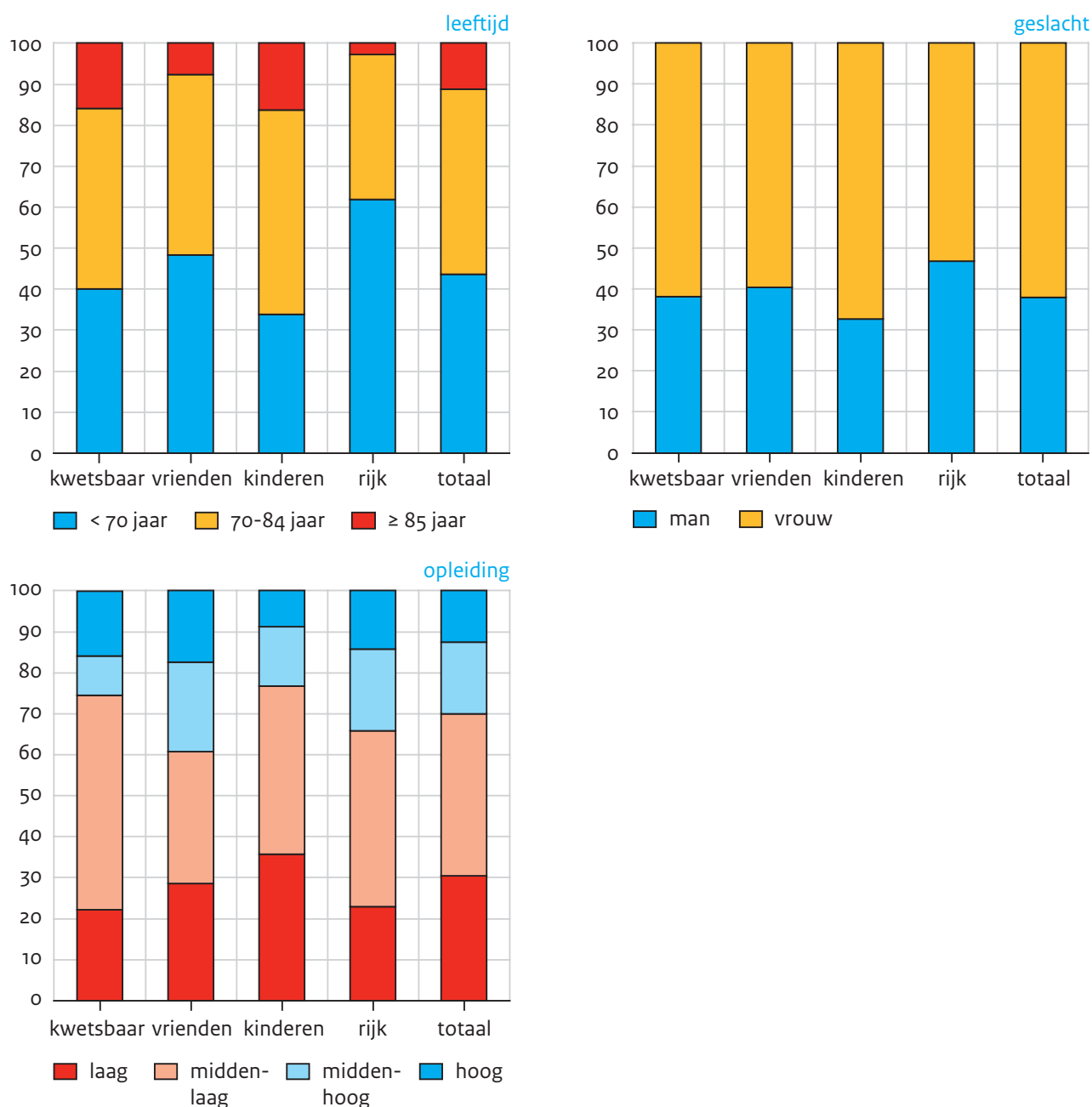
Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

3.3 Zorgpotentieel en persoonskenmerken

Om meer inzicht in de samenstelling van de verschillende zorgpotentieelgroepen te krijgen, willen we weten of het zorgpotentieel verschilt naar leeftijd, geslacht en opleiding. Zijn de 55-plussers met weinig contacten bijvoorbeeld vaak zeer oud? Deze informatie helpt ons om de resultaten in de hoofdstukken 5 en 6 te duiden, waarin naar relaties met het zorggebruik wordt gekeken.

Figuur 3.2

Samestelling van de zorgpotentieelgroepen van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, 2007-2008 (in procenten, n = 2993)



a Laag = hooguit lager onderwijs, midden-laag = uitgebreid lager onderwijs (lbo, mavo, mulo), midden-hoog = middelbaar onderwijs (mbo, havo, vwo), hoog = hoger onderwijs (hbo, universiteit).

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Onder de 55-plussers met het kwetsbare zorgpotentieel zijn relatief veel 85-plussers te vinden (zie figuur 3.2). Van hen hebben ook veel mensen (rond de 75%) een laag of midden-laag opleidingsniveau, wat inhoudt dat ze maximaal lager onderwijs hebben gevolgd. Dit betekent dat een deel van de 55-plussers met een kwetsbaar zorgpotentieel

niet alleen op het vlak van zorgpotentieel kwetsbaar is, maar ook op andere vlakken.²⁵ Ongeveer 60% van deze groep is vrouw.

Van de 55-plussers met een kwetsbaar zorgpotentieel is 40% jonger dan 70 jaar en bijna een vijfde is hoogopgeleid. Deze mensen zijn vermoedelijk beter in staat om zelf hulp te organiseren en zaken te regelen en zijn daardoor minder kwetsbaar.

Wat betreft samenstelling lijkt de groep met het kindgeoriënteerd zorgpotentieel het meest op het kwetsbaar zorgpotentieel; zij zijn ook relatief oud en laagopgeleid. Het verschil zit hem erin dat het kindgeoriënteerd zorgpotentieel iets meer laagopgeleiden en iets minder midden-laagopgeleiden bevat en wat vaker uit vrouwen bestaat.

Aan de andere kant van het spectrum vinden we ten slotte het rijke zorgpotentieel, dat voor meer dan 60% uit jonge 55-plussers bestaat en bovendien weinig laagopgeleiden kent, waardoor deze groep ook minder kwetsbaar is. Dit alles is belangrijk om in gedachten te houden als we in hoofdstuk 6 nagaan in hoeverre 55-plussers met een gezondheidsbeperking voor hulp kunnen terugvallen op hun zorgpotentieel.

Om tot een verdere inkleuring van de zorgpotentieelgroepen te komen, hebben we naar twee extra factoren gekeken die alleen voor zelfstandig wonenden van toepassing zijn. Zo blijkt dat de 55-plussers met het rijkste zorgpotentieel ook frequenter contact hebben met burens, collega's en verenigingen dan anderen. Deze uitkomst onderstreept het feit dat (thuiswonende) 55-plussers met een rijk zorgpotentieel niet alleen een sterkere binnen-cirkel hebben, maar ook meer mensen in hun buitencirkel (zie § 3.1). De 55-plussers met een rijk zorgpotentieel zijn bijna allemaal (94%) tevreden met de contacten die ze hebben, terwijl bijna een derde van de beperkte 55-plussers met een kwetsbaar zorgpotentieel daar tevreden mee is.

3.4 Zorgpotentieel en hulpbehoefte

In de vorige paragrafen zagen we dat de groep met een kwetsbaar zorgpotentieel relatief vaak uit zeer oude en laagopgeleide 55-plussers bestaat. In deze paragraaf gaan we na hoe het zorgpotentieel per hulpbehoeftegroep eruitziet. Met die informatie kan in de latere hoofdstukken de rol van het zorgpotentieel in het zorggebruik per hulpbehoeftegroep worden ingevuld.

De ernstig hulpbehoevende 55-plussers met dementie hebben naar verhouding vaak (6,6%) een kwetsbaar en zelden (4,1%) een rijk zorgpotentieel (zie tabel 3.2). De kwetsbaarste groep voor wat betreft hulpbehoefte is dus ook het kwetsbaarst in hun zorgpotentieel. Eerder in dit hoofdstuk bleek al dat de mensen met een kwetsbaar zorgpotentieel relatief oud en laagopgeleid zijn. Hierbij is wel de relativering op zijn plaats dat het maar om 7% van de ernstig hulpbehoevenden met dementie gaat. Bijna 70% van de ernstig hulpbehoevenden met dementie heeft een (minder kwetsbaar) kindgeoriënteerd zorg-

25 Vergelijkbare conclusies zijn getrokken in Van Campen (2011).

potentieel, waarbij in de helft van de gevallen een partner aanwezig is en vaker nog frequent contact met (klein)kinderen en vrienden.

Het zorgpotentieel van de licht en matig hulpbehoevende 55-plussers ziet er heel anders uit. Zij hebben naar verhouding vaak (meer dan 20%) een rijk en zelden (tussen de 3,2% en de 4,7%) een kwetsbaar zorgpotentieel (zie tabel 3.2). De minst kwetsbare groepen wat betreft hulpbehoefte hebben dus het vaakst een rijk zorgpotentieel. Ongeveer 45% van de licht en matig hulpbehoevende 55-plussers heeft een kindgeoriënteerd zorgpotentieel. Dat is minder vaak dan bij de ernstig hulpbehoevenden (al dan niet met dementie). Ongeveer een kwart heeft een vriendengeoriënteerd zorgpotentieel en dat is ook zo voor de ernstig hulpbehoevenden (al dan niet met dementie).

Tabel 3.2

Zorgpotentieel van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, naar hulpbehoefte, 2007-2008 (horizontaal gepercentageerd; n = 2993)

	kwetsbaar zorgpotentieel	vrienden- georiënteerd zorgpotentieel	kindgeoriënteerd zorgpotentieel	rijk zorg- potentieel
licht hulpbehoevend	3,2	28,8	44,4	23,7
matig hulpbehoevend	4,7	24,9	47,6	22,8
ernstig hulpbehoevend	5,3	30,1	49,8	14,9
ernstig hulpbehoevend met dementie	6,6	21,9	67,5	4,1
totaal	4,3	27,5	47,9	20,3

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Samenvattend zijn er aanzienlijke verschillen te zien in het zorgpotentieel bij 55-plussers met gezondheidsbeperkingen, variërend van een kwetsbaar zorgpotentieel – dat vooral kwetsbaar is met geen of weinig contacten met kinderen en familie – tot een rijk zorgpotentieel met een grote verscheidenheid aan frequente contacten. De 55-plussers met het rijkste zorgpotentieel zijn ook op andere fronten beter af: jonger en hogeropgeleid. Er zijn flinke verschillen in het zorgpotentieel tussen de verschillende zorgbehoeftegroepen. Hoe ernstiger de hulpbehoefte, hoe vaker het zorgpotentieel kwetsbaar en kindgeoriënteerd is en hoe minder vaak rijk. Er is dus veel zorgpotentieel voor hen die dit het wat betreft zorg het minst nodig hebben. Hier ligt een aanknopingspunt voor het beleid dat gericht zou moeten zijn op het bevorderen van contacten voor mensen met een grote zorgbehoefte.

4 Inkomen

Uit de hoofdstukken 2 en 3 bleek dat iets minder dan een derde van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking ernstig hulpbehoevend is (al dan niet met dementie) en dat ze relatief vaak over een kwetsbaar zorgpotentieel beschikken. Het inkomen dat men ter beschikking heeft, is naast hulpbehoefte en het zorgpotentieel een derde belangrijke determinant van het zorggebruik (zie hoofdstuk 1 en Andersen en Newman (1973)). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de mogelijkheden om zelf particuliere zorg in te kopen buiten de publiek gefinancierde zorg om.

In dit hoofdstuk bestuderen we het inkomen van de 55-plussers. We laten zien hoe het inkomen met opleiding, leeftijd en geslacht samenhangt en hoe de inkomensverdeling per hulpbehoeftegroep is. We beantwoorden hiermee de derde deelvraag: *Hoe groot is het inkomen van 55-plussers en wat is de relatie met de hulpbehoefte?*

4.1 Inkomen als hulpbron

Literatuur over langdurige zorg in Nederland geeft aan dat mensen minder publiek gefinancierde zorg gebruiken naarmate hun inkomen hoger is. Mensen uit lage inkomensgroepen zijn bijvoorbeeld oververtegenwoordigd in zowel de extramurale zorg als in de tehuizen (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007; Eggink et al. 2012; Galenkamp et al. 2012; De Klerk 2011; Plaisier en De Klerk 2015; Schuijt-Lucassen en Broese van Groenou 2006; Woittiez et al. 2009). Deels heeft dit te maken met de eigen bijdrage die men moet betalen.²⁶ Deze eigen bijdrage verschilt tussen de diverse zorgvormen en is hoger naarmate het inkomen hoger is. Hierdoor is het voor mensen met een hoog inkomen financieel minder aantrekkelijk om publiek gefinancierde zorg te ontvangen of bijvoorbeeld naar een tehuis te verhuizen. Geerts et al. (2012) laten zien dat in Nederland, Spanje en België mensen met hogere inkomens minder publiek gefinancierde zorg gebruiken.

Een andere mogelijke verklaring voor verschillen in gebruik van zorg biedt de *verzorgingsstaattheorie*, waarbij wordt aangenomen dat de verzorgingsstaat vooral gericht is op het bieden van ‘middenklassearrangementen’. Deze voldoen volgens deze theorie niet aan de wensen van hogeropgeleiden en mensen met een hoger inkomen (CPB/SCP 2000). Zij zullen eerder naar andere mogelijkheden zoeken om hun zorgbehoefte te vervullen en gebruikmaken van bijvoorbeeld particuliere hulp (Geerlings 2005).

Een derde verklaring kan zijn dat mensen met een hoger inkomen vaker hoogopgeleid zijn, en hogeropgeleiden hebben doorgaans een betere gezondheid en minder gezondheidsbeperkingen (Boshuizen et al. 2014).

²⁶ De invloed van eigen bijdragen op het langdurige zorggebruik is lastig empirisch vast te stellen, omdat het inkomen niet alleen van invloed is op de eigen bijdragen en daarmee indirect op het zorggebruik, maar ook direct op het zorggebruik.

Zoals uitgelegd in hoofdstuk 1 kijken we in deze studie onder andere naar de financiële hulpbronnen als verklarende factor voor het zorggebruik. Inkomen dient hier als maat voor de financiële hulpbronnen. Dit is ingegeven door zowel het feit dat inkomen een heel belangrijke determinant is als door het ontbreken van goede indicatoren voor overige financiële hulpbronnen in ons gegevensbestand.

4.2 Het inkomen van 55-plussers

Zoals in paragraaf 4.1 aangegeven, vormt inkomen de basis voor de beschikbaarheid van financiële hulpbronnen. We gaan uit van het gestandaardiseerde besteedbare nettohuishoudensinkomen; dat wil zeggen dat er rekening met de omvang en de samenstelling van het huishouden is gehouden. We verdelen het inkomen in drie klassen, gebaseerd op onder meer Eggink et al. (2012).²⁷ We hebben dus te maken met drie groepen in de 55-plusbevolking met een verschillend inkomen (zie tabel 4.1). De groep met een laag inkomen (tot 1200 euro per maand) omvat 38% van de 55-plussers met gezondheidsbeperkingen. De groep met een gemiddeld inkomen (1200-1800 euro per maand) omvat 35% van de 55-plussers, en de resterende 26% heeft een hoog inkomen (meer dan 1800 euro per maand). Ter vergelijking: in 2007 was het netto modale persoonsinkomen 1667 euro per maand (Modaal-inkomen.nl 2015) en het normbedrag voor de nettobijstandsuitkering was 1306 euro per maand (Rijksoverheid 2007). In dit rapport noemen we een inkomen 'laag' als het 100 euro per maand lager is dan de bijstandsuitkering en we noemen een inkomen 'hoog' als het 100 euro per maand hoger is dan het modaal inkomen.²⁸

Tabel 4.1

Inkomensklassen van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)

per maand	aandeel
laag (< 1200 euro)	38,0
midden (1200-1800 euro)	35,6
hoog (≥ 1800 euro)	26,5

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

4.3 Inkomen en persoonskenmerken

In deze paragraaf geven we een indruk van de samenhang tussen persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau) en het inkomen, op basis van de literatuur. Zoals verwacht is er een samenhang tussen inkomen en opleiding. Mensen met een laag

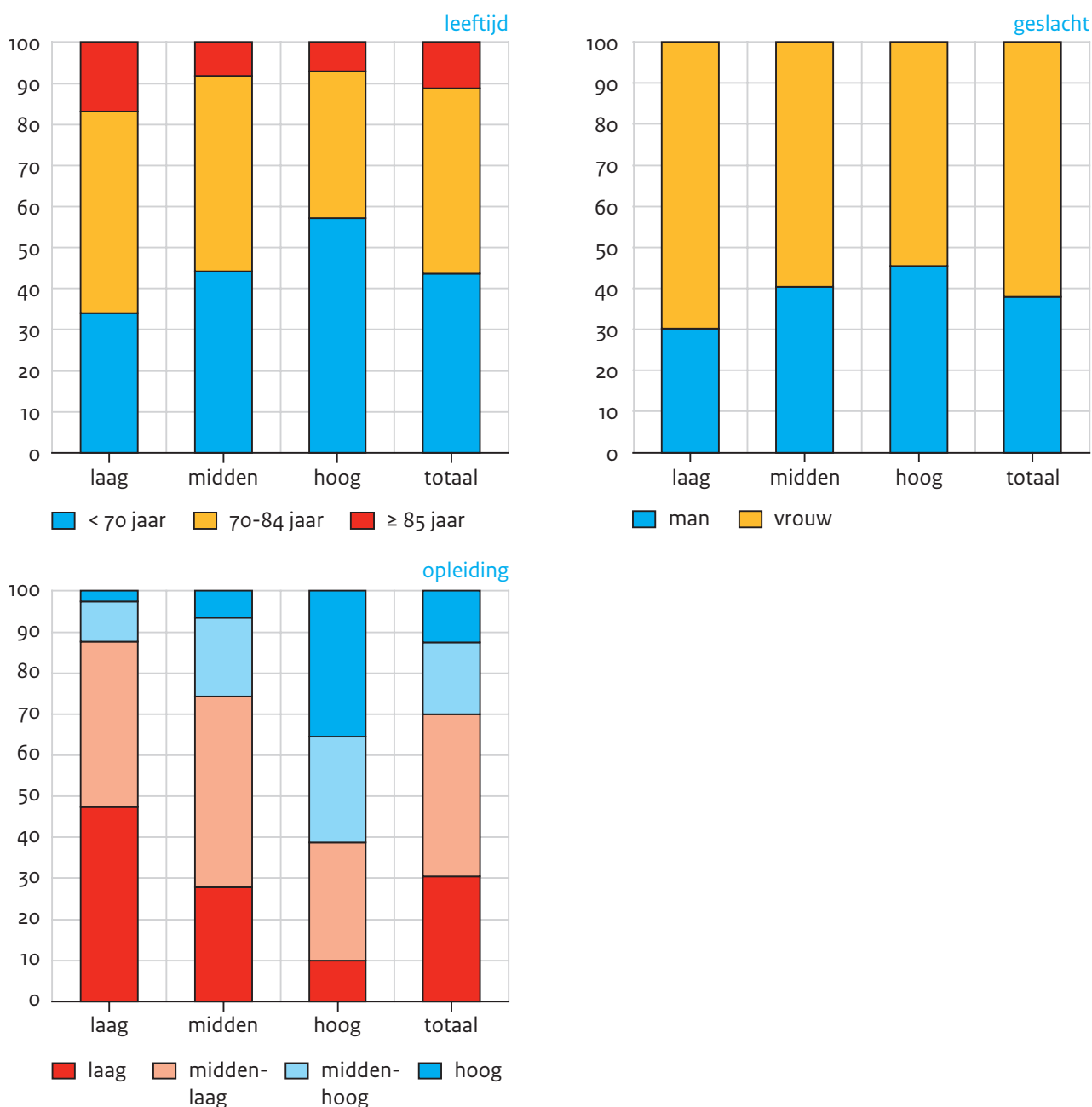
27 Die indeling in zes klassen is hier niet hanteerbaar vanwege de kleine aantallen waarnemingen; er is daarom gereduceerd tot drie klassen.

28 Een indeling die geheel met de hoogte van de bijstandsuitkering en het modaal inkomen strookt, is op grond van de beschikbare gegevens niet te maken.

inkomen zijn vaker laagopgeleid dan mensen met een hoger inkomen (zie figuur 4.1). We moeten hierbij wel in gedachten houden dat het inkomen niet het persoonlijk inkomen betreft, maar het huishoudensinkomen, gecorrigeerd voor huishoudenssamenstelling. Dus iemand met een hoog (persoonlijk) inkomen en een groot gezin kan toch in een lage inkomensklasse vallen. Omgekeerd zijn er natuurlijk ook mensen met een laag persoonlijk inkomen die toch een hoog huishoudensinkomen hebben.

Figuur 4.1

Samenstelling van de inkomensgroepen van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (in procenten; n = 2993)



a Laag = hooguit lager onderwijs, midden-laag = uitgebreid lager onderwijs (lbo, mavo, mulo), midden-hoog = middelbaar onderwijs (mbo, havo, vwo), hoog = hoger onderwijs (hbo, universiteit).

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

De mensen in de laagste inkomenscategorie zijn ook vaak ouder dan mensen met een hoger inkomen (zie figuur 4.1, zie ook CBS (2013)). Het gaat hier om 55-plussers. In die leeftijdsgroep is geen sprake van het starten op de arbeidsmarkt met de bijbehorende relatief lage inkomens. Hier speelt het dalen van het inkomen bij pensionering natuurlijk een belangrijke rol. In de laagste inkomenscategorie vinden we meer vrouwen dan mannen. Hoewel het persoonlijk inkomen van vrouwen gemiddeld lager is dan bij mannen van dezelfde leeftijd, zijn de verschillen in het huishoudensinkomen klein (CBS 2013). Het huishoudensinkomen van vrouwen is toch lager dan dat van mannen, omdat ze gemiddeld ouder zijn, met het bijbehorende lagere inkomensniveau.

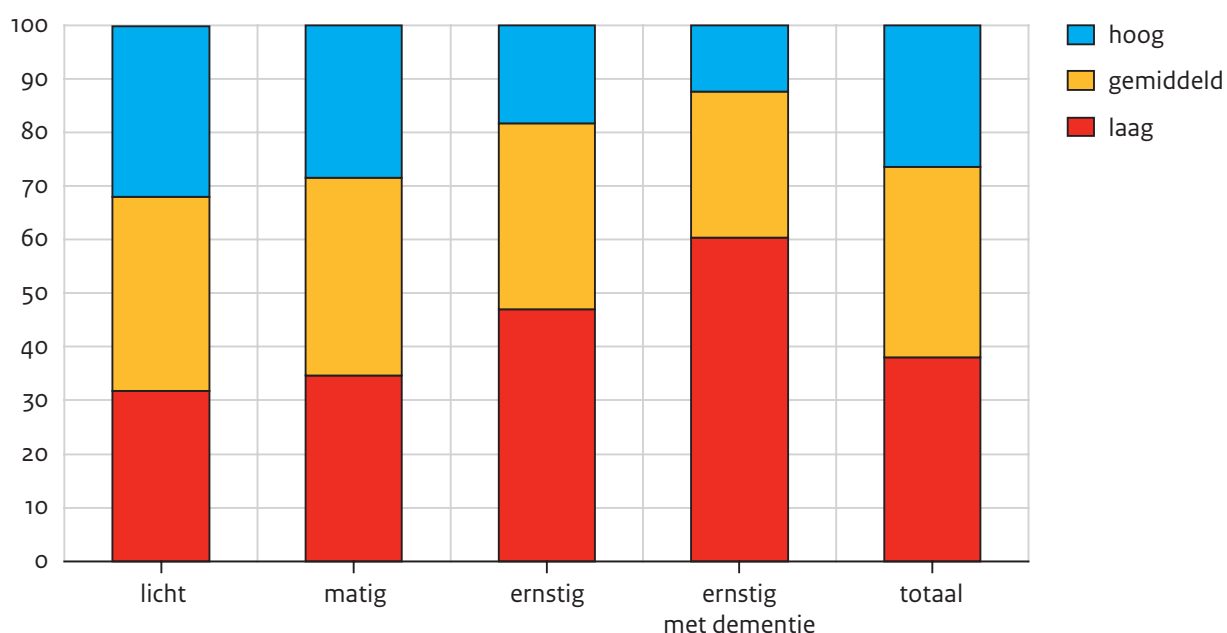
4.4 Inkomen en hulpbehoefte

We weten nu in welke mate 55-plussers met een gezondheidsbeperking een hoog inkomen hebben dat ze kunnen inzetten bij het verkrijgen van benodigde zorg. Om te bepalen of het gebruik van die hulpbronnen nodig is, is het van belang om te weten hoe deze inkomensgroepen zich tot de hulpbehoefte verhouden. Naarmate de hulpbehoefte groter is, zal men meer zorg nodig hebben, en dus misschien vaker het inkomen moeten inzetten om deze hulp te krijgen als publiek gefinancierde zorg niet mogelijk of aanwezig is.

Uit verschillende bronnen blijkt dat gezondheidsproblemen en beperkingen meer onder laagopgeleiden dan onder hoogopgeleiden voorkomen (Van Campen 2011; Savelkoul et al. 2013). Doordat het inkomen sterk met het opleidingsniveau samenhangt, is deze relatie door te trekken naar inkomensniveaus.

Figuur 4.2

Inkomensklasse, naar hulpbehoefte, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)



Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (011'08/'09), SCP-bewerking

De 55-plussers met een zware hulpbehoefte (al dan niet met dementie) hebben vaker een laag inkomen dan 55-plussers met een lichte of matige hulpbehoefte (zie figuur 4.2). Ongeveer 60% van de ernstig hulpbehoevenden met dementie heeft een laag inkomen, terwijl dat voor 30% van de licht hulpbehoevenden zo is (zie figuur 4.2). Globaal gesproken geldt: hoe ernstiger de hulpbehoefte, hoe lager het inkomen. Deze relatie tussen inkomen en hulpbehoefte ligt voor de hand, omdat een laag inkomen en een laag opleidingsniveau positief met elkaar gecorreleerd zijn, en een laag opleidingsniveau en gezondheidsbeperkingen ook. Bovendien hebben ouderen vaker een ernstiger hulpbehoefte (zie hoofdstuk 2) en ook vaker een lager inkomen (zie figuur 4.1). Deze relatie tussen een grote hulpbehoefte en weinig inkomen betekent dat het voor de ernstig hulpbehoevenden (al dan niet met dementie) moeilijk is om het inkomen in te zetten om de benodigde hulp te krijgen, als mogelijk alternatief voor publiek gefinancierde zorg, simpelweg omdat ze vaak niet over zulke financiële hulpbronnen beschikken.

Samenvattend zijn er meer 55-plussers met een gezondheidsbeperking in de laagste inkomenscategorie (minder dan 1200 euro per maand; ruim een derde van de groep) dan in de hoogste inkomenscategorie (meer dan 1800 euro; ruim een kwart van de groep) en gaat een lager inkomen samen met een ernstigere hulpbehoefte.

5 Zorggebruik

In de voorgaande hoofdstukken zagen we dat naarmate de hulpbehoefte van 55-plussers groter is, hun zorgpotentieel kwetsbaarder is en hun inkomen lager. In dit vijfde hoofdstuk gaan we in op de gezamenlijke relatie tussen deze factoren en de persoonskenmerken enerzijds, en het zorggebruik anderzijds. We onderzoeken in hoeverre 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte gebruikmaken van dezelfde zorgoplossingen, en welke rol het zorgpotentieel en het inkomen hierin spelen. Zo krijgen we inzicht in de vraag waarom de ene hulpbehoevende naar een verzorgingshuis is verhuisd terwijl een ander met eenzelfde hulpbehoefte nog zelfstandig woont en thuiszorg ontvangt. Anders dan in eerder scp-onderzoek (zie de VeVeRa-reeks, bv. Eggink et al. 2012; Timmermans en Woittiez 2004; Woittiez et al. 2009) analyseren we de relatie tussen zorggebruik en bepalende factoren per hulpbehoeftegroep. Hiermee beantwoorden we de eerste hoofdvraag: *In welke mate gebruiken 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte verschillende zorgoplossingen, en welke rol spelen het zorgpotentieel en andere relevante kenmerken hierin?*

5.1 Verschillende zorgvormen

Evenals in de eerdere scp-publicaties over het gebruik van verpleging en verzorging uit de VeVeRa-reeks (bv. Eggink et al. 2012; Woittiez et al. 2009), bestuderen we hier het gebruik van combinaties van zorgvormen. We onderscheiden verschillende zorgvormen die, naar oplopende zwaarte, variëren van *geen zorg* naar *verblijf*. De zorg kan publiek gefinancierd zijn, zelf betaald of onbetaald. Als zwaarste publiek gefinancierde vorm van zorg bestuderen we *verblijf*, de vorm die zowel de bewoners van verpleeg- als van verzorgingshuizen omvat. We gebruiken hier de termen ‘verblijf’ en ‘oudereninstelling’ door elkaar heen. Een andere vorm van publiek gefinancierde zorg is *thuiszorg*, waar we dit rapport de persoonlijke verzorging en verpleging onder rekenen (in 2007 viel dat onder de Awbz).²⁹ Inmiddels zijn deze zorgvormen (bijna helemaal) overgegaan naar de Zorgverzekeringswet. Eveneens publiek gefinancierde zorg is de *huishoudelijke hulp* die in 2007 via de toenmalige Wmo betaald werd. Ook kunnen mensen zorg buiten de publiek gefinancierde zorg om ontvangen: *informele of particuliere hulp*. Informele hulp betreft niet-betaalde hulp; particuliere hulp betreft door de cliënt zelf betaalde en geregelde hulp. Het gaat om hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging of verpleging in verband met gezondheidsproblemen. Veel cliënten ontvangen verschillende vormen van zorg tegelijkertijd. Omdat in scp-onderzoek de burger centraal staat, bestuderen we niet de afzonderlijke functies, maar het

29 In het gebruikte gegevensbestand is geen informatie over het gebruik van begeleiding opgenomen. Uit andere bronnen weten we dat slechts een klein deel (circa 1,5%) van de mensen met een indicatie voor Awbz-thuiszorg een indicatie voor alleen begeleiding had, zonder andere Awbz-zorg erbij (Eggink et al. 2012). Dat impliceert dat de onderschatting van het thuiszorggebruik klein is als begeleiding zonder andere zorgvormen niet kan worden meegenomen, zoals hier het geval is.

zorggebruik per cliënt. Daarbij delen we iedere cliënt in bij één zorgpakket, dat eventueel uit een combinatie van zorgvormen kan bestaan.³⁰ We onderzoeken alleen of iemand hulp ontvangt, maar niet de frequentie en de intensiteit ervan.

We onderscheiden op basis van de gegevens uit 2007 de volgende combinaties van zorgvormen: geen zorg, informele en/of particuliere hulp, alleen huishoudelijke hulp, alleen publiek gefinancierde thuiszorg, publiek gefinancierde thuiszorg met informele en/of particuliere hulp en verblijf. De eerste twee groepen hebben betrekking op het niet-gebruik van zorg (*geen zorg*) of het gebruik van alleen niet-publiek gefinancierde zorg (*informele of particuliere zorg*). We kunnen informele en particuliere zorg niet als aparte zorgvormen onderscheiden vanwege het lage aantal waarnemingen. De volgende vorm van zorggebruik is de huishoudelijke hulp die onder de Wmo valt. Deze wordt hier apart bestudeerd, omdat gemeenten er bij de interpretatie van de nieuwe Wmo van zullen uitgaan dat huishoudelijke hulp waar mogelijk door informele hulp moet worden vervangen.³¹ Deze zorgvorm bestaat dus niet uit een combinatie van zorgvormen, maar omvat *alleen huishoudelijke hulp*, die bovendien publiek gefinancierd is. De volgende zorgvorm, *thuiszorg*, omvat publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging eventueel aangevuld met publiek gefinancierde huishoudelijke hulp (Wmo), maar zonder informele of particuliere hulp.³² Deze zorgvorm onderscheiden we van alleen huishoudelijke hulp, omdat het hier om vormen van zorg gaat die onder de Zorgverzekeringswet vallen en inhoudelijk anders van aard zijn dan alleen huishoudelijke hulp. Vervolgens onderscheiden we een groep die zowel publiek gefinancierde thuiszorg ontvangt als niet-publiek gefinancierde zorg, te weten informele en particuliere zorg (*thuiszorg combi*). Als bij deze groep publiek gefinancierde zorg door informele zorg moet worden vervangen, betekent dat een groter beroep op dezelfde informele zorgverleners of andere zorgverleners. Dit is anders bij de zorgontvangers van alleen publiek gefinancierde thuiszorg bij wie informele zorgverleners nog geen rol spelen. Tot slot nemen we de bewoners van oudereninstituten (zorg met verblijf) als een afzonderlijke zorggebruikersgroep mee.³³ Al met al leidt dat tot de volgende zorgvormen, met tussen haakjes hoe we daar in de rest van het rapport naar zullen verwijzen:

- geen zorg (*geen zorg*)
- informele en/of particuliere hulp (*informeel of particulier*)
- alleen huishoudelijke hulp (*alleen huishoudelijke hulp*)

30 Meer uitleg hierover is bijvoorbeeld te vinden in Eggink et al. 2012. De indelingen in beide rapporten verschillen van elkaar, omdat we hier de informele en particuliere hulp apart houden van de publiek gefinancierde hulp. Door de selectie van 55-plussers met een beperking is het aantal waarnemingen voor sommige zorgvormen dusdanig klein dat deze niet apart kunnen worden meegenomen.

31 Zowel in 2007 als na de hervormingen in 2015 valt de huishoudelijke hulp onder de Wmo, en wordt deze door de gemeenten geregeld.

32 De persoonlijke verzorging en verpleging vielen in 2007 onder de Awbz en na de hervorming (bijna geheel) onder de Zorgverzekeringswet.

33 Verblijf viel in 2007 onder de Awbz en sinds 2015 onder de Wlz. Het betreft dan (voor nieuwe gevallen) alleen de zwaardere vormen van verblijf. De lichtere vormen van verblijf zijn komen te vervallen. Deze zorg wordt nu in de thuissituatie geleverd, via de Wmo en de Zorgverzekeringswet.

- alleen publiek gefinancierde thuiszorg (*thuiszorg*)
- publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele en/of particuliere hulp (*thuiszorg combi*)
- instellingszorg in een verzorgingshuis of verpleeghuis (*verblijf*)

5.2 Het zorggebruik van 55-plussers met een gezondheidsbeperking

Iets minder dan de helft van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking ontvangt in 2007 een vorm van zorg (43%, zie tabel 5.1); dat is relatief weinig.³⁴ Iets minder dan een op de tien voorziet in zijn of haar hulpbehoefte buiten de publiek gefinancierde zorg om en ontvangt alleen informele en/of particuliere zorg. De helft van hen ontvangt alleen informele zorg, de anderen ontvangen particuliere zorg of een combinatie van informele en particuliere zorg (niet in tabel). Ruim een op de tien 55-plussers met een gezondheidsbeperking ontvangt alleen huishoudelijke hulp, 13% ontvangt publiek gefinancierde thuiszorg (dus persoonlijke verzorging of verpleging), vaak in combinatie met huishoudelijke hulp. Iets minder dan de helft van de thuiszorggebruikers ontvangt deze zorg in combinatie met informele of particuliere hulp (*thuiszorg combi*). Ongeveer een op de tien van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking verbleef in een oudereninstelling (in 2007-2008).

Tabel 5.1

Ontvangen zorg van zelfstandig wonende 55-plussers met een gezondheidsbeperking en bewoners van oudereninstituten, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)^a

	aandeel	aandeel van zorggebruikers
geen zorg	57,4	
informeel of particulier	8,7	20,5
alleen huishoudelijke hulp	11,7	27,4
thuiszorg	7,5	17,6
thuiszorg combi	5,7	13,5
verblijf	9,0	21,1
totaal	100	100

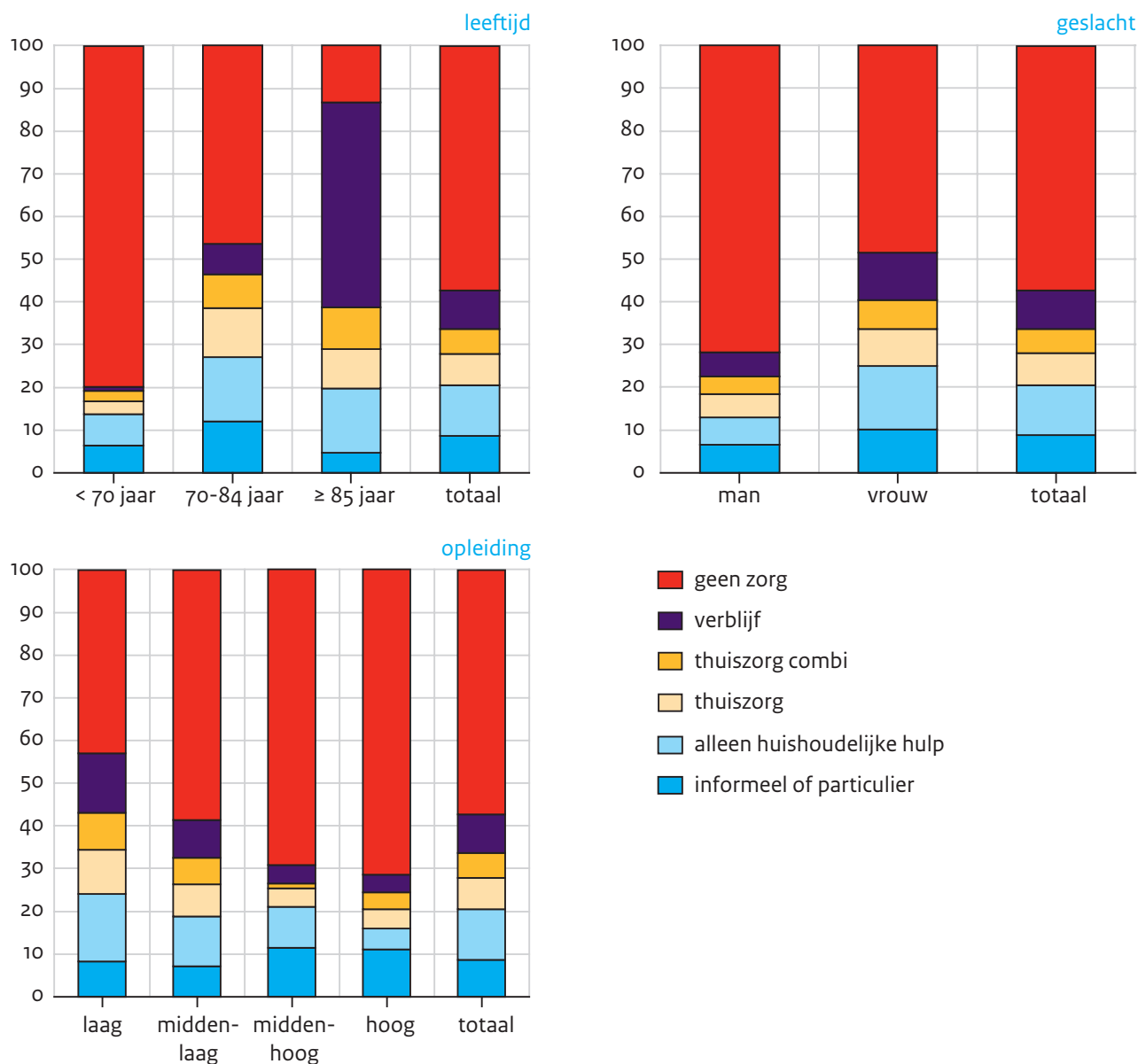
a Thuiszorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging zonder informele of particuliere hulp; thuiszorg combi omvat de publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele of particuliere hulp.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

34 Als we de leeftijdsselectie strenger hadden gemaakt (bv. 65 jaar en ouder), of de selectie op een gezondheidsbeperking strenger (bv. minimaal een matige beperking), zou het aandeel dat zorg ontvangt stijgen, maar dan zouden we ook meer mensen die zorg ontvangen (ten onrechte) uit de analyses weglaten. Zo ontvangt een vijfde van de 55-65-jarigen zorg en meer dan een kwart van de mensen met een lichte lichamelijke beperking.

Figuur 5.1

Zorggebruik van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)^{a, b}



a Thuiszorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging zonder informele of particulier hulp; thuiszorg combi omvat de publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele of particuliere hulp.

b Laag = hooguit lager onderwijs, midden-laag = uitgebreid lager onderwijs (lbo, mavo, mulo), midden-hoog = middelbaar onderwijs (mbo, havo, vwo), hoog = hoger onderwijs (hbo, universiteit).

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Zoals verwacht is het zorggebruik groter onder de oudere 55-plussers dan onder de jongere groep (zie figuur 5.1). Zo ontvangt van de 55-70-jarige hulpbehoevenden bijna 80% geen enkele vorm van zorg. Bij de 85-plussers geldt dat maar voor 13%.

De 70-minners wonen vrijwel allen zelfstandig, terwijl bijna de helft van de 85-plussers in een tehuis woont. Mannen ontvangen minder vaak zorg dan vrouwen (Eggink en Woittiez

2009), maar omdat mannen gemiddeld minder oud worden dan vrouwen, kan dit ook een leeftijdseffect zijn. Verder is het zorggebruik onder hoogopgeleide 55-plussers kleiner dan onder laagopgeleide. Dat spoort met de literatuur, waar dit fenomeen voor Nederlanders van alle leeftijden wordt gevonden – dus ook voor ouderen. Declercq et al. (2009) toonden aan dat oudere ouderen minder vaak informele hulp hebben dan jongere ouderen,³⁵ en dat oudere mannen en ouderen met een partner vaker informele hulp hebben dan oudere vrouwen en ouderen zonder partner.

5.3 Zorggebruik en hulpbehoefte

Niet iedereen met een gezondheidsbeperking heeft zorggebruik; dat hangt in belangrijke mate af van de mate van de hulpbehoefte. In deze paragraaf gaan we na in hoeverre het zorggebruik verschilt tussen 55-plussers met eenzelfde hulpbehoefte. Hiermee beantwoorden we het eerste deel van de eerste hoofdvraag: *In welke mate gebruiken 55-plussers met een vergelijkbare hulpbehoefte verschillende zorgoplossingen?* We gaan hier uit van de indeling van 55-plussers met gezondheidsbeperkingen in vier typen hulpbehoevenden zoals die in hoofdstuk 2 is beschreven.

De *licht en matig hulpbehoevenden* ontvangen overwegend geen zorg (zie figuur 5.2). Zij lijken het te redden zonder hulp van anderen, ondanks hun gezondheidsbeperkingen en hulpbehoefte. Voor zover de 55-plussers uit deze groepen wel zorg ontvangen, is dat vooral informele of particuliere zorg, of alleen huishoudelijke hulp. Toch bevinden zich in deze groepen ook ouderen die thuiszorg in combinatie met andere zorgvormen of instellingszorg ontvangen; dat betreft ongeveer 5% van de 55-plussers met een lichte of matige hulpbehoefte.

Bij de *ernstig hulpbehoevenden* is het beeld heel anders: een kwart ontvangt geen enkele vorm van zorg en driekwart ontvangt wel een of andere vorm van zorg. De zwaarte van de zorg varieert echter: sommige ernstig hulpbehoevenden wonen in een oudereninrichting (13%), anderen ontvangen alleen informele of particuliere hulp (11%). Ongeveer 30% ontvangt thuiszorg. Het kan zijn dat ze een indicatie verblijf hebben gekregen, maar bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget (pgb) de zorg in de vorm van thuiszorg ontvangen, omdat ze graag thuis willen blijven wonen (Wijlhuizen et al. 2012). De ernstig hulpbehoevenden die geen zorg ontvangen, zijn jonger, voelen zich minder belemmerd in hun dagelijkse bezigheden, hebben vaker een rijk netwerk en zijn veel minder vaak verweduwd in vergelijking met degenen die wel zorg ontvangen (niet in tabel of figuur).

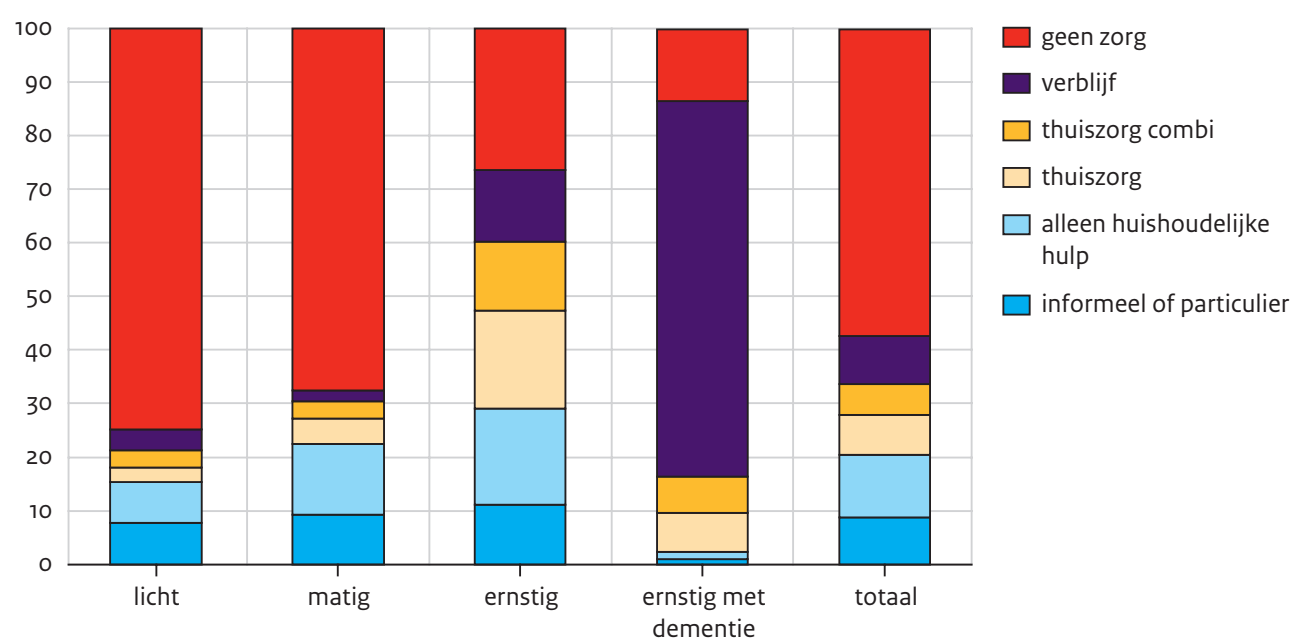
De *ernstig hulpbehoevenden met dementie* wonen in 2007 in meerderheid in een tehuis (70%). Bijna niemand van hen ontvangt een van de lichtere zorgvormen (informele of particuliere hulp, of alleen huishoudelijke hulp). Opvallend is dat 13% van de ernstig hulpbehoevenden met dementie geen zorg ontvangt. Dit zien we telkens terug in diverse onderzoeken

35 Mogelijk omdat de partner en kinderen – indien aanwezig – ook al oud of beperkt zijn en dat geldt ook voor vrienden en kennissen.

(bv. Eggink et al. 2012; Marangos 2013; Timmermans en Woittiez 2004; Woittiez et al. 2009). Mogelijk ontvangen ze wel hulp van iemand uit hun omgeving, bijvoorbeeld van hun partner of kinderen, maar vinden ze dit zo vanzelfsprekend dat ze dat niet als informele hulp opvatten. Het gebruik van informele hulp kan dus een onderschatting zijn. Een andere mogelijkheid is dat dit samenhangt met de persoonlijke voorkeur van ouderen. Zo vinden Den Draak en Van Campen (2012) dat ouderen die liever geen beroep doen op formele zorg dit ook inderdaad minder vaak doen, ongeacht de ernst van hun gezondheidsbeperkingen.

Figuur 5.2

Zorggebruik van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, naar hulpbehoefte, 2007-2008 (in procenten; n = 2993)^a



a Thuiszorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging zonder informele of particulier hulp; thuiszorg combi omvat de publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele of particuliere hulp.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (011'08/'09), SCP-bewerking

5.4 De invloed van zorgpotentieel en inkomen op zorggebruik

Paragraaf 5.3 liet zien dat het zorggebruik toeneemt naarmate de hulpbehoefte groter is, maar ook dat het zorggebruik binnen een groep met een bepaalde hulpbehoefte varieert,³⁶ vooral binnen de groep ernstig hulpbehoevenden. Dit kan behalve met verschillen in persoonlijke voorkeur ook te maken hebben met verschillen in het zorgpotentieel of de (financiële) hulpbronnen van de 55-plussers (zie figuur 1.1). Of met een verschil in beleving van

³⁶ Deze variatie zal vermoedelijk nog groter zijn als ook rekening met intensiteit en frequentie van de zorg wordt gehouden.

hulpbehoefte door de ouderen zelf en door de indicatiesteller die de toegang tot de publiek gefinancierde hulp bepaalt. Met dit laatste kunnen we in de analyses geen rekening houden, maar deze mogelijkheid moet wel in gedachten gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten. In deze paragraaf beantwoorden we de tweede helft van de eerste hoofdvraag door de rol van het zorgpotentieel en andere relevante kenmerken op het gebruik van verschillende zorgoplossingen nader te bestuderen.

Er zijn veel studies waarin het zorggebruik wordt gerelateerd aan verklarende factoren (zie bv. Andersen en Davidson 2001; Babitsch et al. 2012; Eggink et al. 2012; Woittiez et al. 2009). In deze literatuur wordt geconcludeerd dat mensen met een partner minder zorg vragen en minder (publiek gefinancierde) zorg gebruiken dan alleenstaanden (Doorten 2012; Stuifbergen et al. 2008). Ook blijkt dat mensen met grotere sociale netwerken minder gebruikmaken van publiek gefinancierde zorg (zie bv. Doorten 2012; Plaisier et al. 2011). Onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen laat zien dat het sociale netwerk zowel een verlagend als een verhogend effect op het gebruik van Awbz-zorg kan hebben (Plaisier et al. 2011). De aanwezigheid van een partner en een groter sociaal netwerk verkleinen de kans op het gebruik van Awbz-zorg door ouderen. Aan de andere kant kan informele steun ook juist samengaan met meer Awbz-zorg: hoe meer uren hulp kinderen verlenen aan hun ouders, hoe meer Awbz-zorg er is. Het netwerk kan bijvoorbeeld aandringen op en meehelpen bij het aanvragen van publiek gefinancierde zorg. Mensen die Awbz-zorg nodig hebben, krijgen ook veel andere vormen van hulp; dit duidt erop dat ze een grote zorgvraag hebben en dat daarom alle zeilen worden bijgezet.

Wij zijn in ons onderzoek vooral geïnteresseerd in de effecten van het *zorgpotentieel* (zie hoofdstuk 3) en het *inkomen* op het zorggebruik voor ouderen met eenzelfde hulpbehoefte (zie hoofdstuk 2).³⁷ Eerst gaan we na hoe die relatie eruitziet als we geen onderscheid tussen verschillende hulpbehoeftegroepen maken. In feite veronderstellen we dan dat de invloed van het inkomen en het zorgpotentieel op het zorggebruik voor 55-plussers met een lichte hulpbehoefte gelijk is aan de invloed voor 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte met dementie.

37 Wanneer we het zorggebruik relateren aan losse hulpbehoeftefactoren, leeftijd, geslacht, de aanwezigheid van een partner, kenmerken van het sociaal netwerk (zoals contactfrequenties) en inkomen, dan vinden we vergelijkbare effecten (zie tabel C.2 in bijlage C op www.scp.nl).

Tabel 5.2

Invloed van hulpbehoefte, zorgpotentieel, inkomen en persoonskenmerken op het zorggebruik van 55-plussers met een gezondheidsbeperking, 2007-2008 (marginale effecten; n = 2993)^{a, b, c}

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huis-houdelijke hulp	thuiszorg	thuiszorg combi	verblijf
hulpbehoefte						
licht	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
matig						-
ernstig	-		+	+	+	+
ernstig met dementie	-		-			+
zorgpotentieel						
kwetsbaar	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
vriendengeoriënteerd						
kindgeoriënteerd						
rijk	+					-
inkomen						
laag	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
midden	+					-
hoog	+	+	-			-
persoonskenmerken						
leeftijd						
< 70	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
70-84	-	+		+	+	+
≥ 85	-					+
geslacht						
man	-		+			
vrouw						
opleiding						
laag	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
midden-laag						
midden-hoog					-	
hoog						
R ² ongewogen	0,38					

a Marginale effecten van multinomiale logitanalyse, + = significant positief, - = significant negatief, p < 0,05.

b Thuiszorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging zonder informele of particulier hulp; thuiszorg combi omvat de publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele of particuliere hulp.

c Voor de grootte van de marginale effecten van multinomiale logitanalyse en de standaardfouten: zie tabel C.1 in bijlage C.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Voor de hulpbehoefte, het inkomen en de leeftijd zijn bepalend voor het zorggebruik, maar wel op een verschillende manier voor verschillende typen zorg (zie tabel 5.2). Tabel 5.2 kan als volgt gelezen worden: een +-teken voor de ernstige hulpbehoefte met dementie bij verblijf geeft aan dat de kans dat een 55-plusser met een ernstige hulpbehoefte met dementie in een ouderinstelling verblijft groter is dan de kans dat een 55-plusser met een lichte hulpbehoefte (referentiegroep) en hetzelfde zorgpotentieel, inkomen en overige persoonskenmerken daarin verblijft. Duidelijk is dat een ernstige hulpbehoefte met dementie vooral de kans op verblijf verhoogt. Een ernstige hulpbehoefte verhoogt de kans op de onderzochte vormen van publiek gefinancierde zorg (+-tekens in laatste vier kolommen). De invloed van het zorgpotentieel op het zorggebruik is klein voor de groep 55-plussers als geheel. De aanwezigheid van een rijk zorgpotentieel verhoogt wel de kans om geen zorg te ontvangen en verkleint de kans op verblijf. Voor 55-plussers met een midden of hoog inkomen is de kans groter dat ze geen zorg ontvangen dan voor 55-plussers met een laag inkomen. Het inkomen is vooral van invloed op de kans op verblijf in een ouderinstelling en huishoudelijke hulp (negatief) en het gebruik van informele/en particuliere zorg (positief). Dit spoort met bevindingen uit de literatuur dat mensen met een hoog inkomen ondervertegenwoordigd zijn in tehuizen en dat ze meer mogelijkheden hebben om particuliere (d.w.z. zelf betaalde) hulp in te kopen. Dit geldt waarschijnlijk vooral voor de huishoudelijke hulp. Volgens het model van Verbrugge en Jette (1994) hebben leeftijd, geslacht en opleidingsniveau invloed op de hulpbehoefte en leidt de hulpbehoefte tot een bepaald zorggebruik. Toch worden leeftijd, geslacht en opleidingsniveau vaak naast de hulpbehoefte als determinant voor het zorggebruik opgenomen (Eggink et al. 2012; Verbeek-Oudijk en Eggink 2014). Er wordt dan dus verondersteld dat er naast de hulpbehoefte sprake is van een *zelfstandige* effecten van de persoonskenmerken. Wij houden rekening met de mogelijkheid dat de persoonskenmerken niet alleen via hulpbehoefte een effect op het zorggebruik hebben (*indirect effect*) maar ook een *direct effect*. Vooral de leeftijd blijkt naast de hulpbehoefte van belang te zijn: de kans dat ouderen publiek gefinancierde zorg ontvangen, is groter dan de kans dat jongeren dat doen, ook als wordt gecorrigeerd voor de mate van hulpbehoevendheid. Geslacht en opleidingsniveau hebben geen zelfstandig effect op het zorggebruik.

De vraag is nu of de gevonden relaties tussen zorggebruik enerzijds en zorgpotentieel en inkomen anderzijds hetzelfde zijn voor de verschillende groepen 55-plussers met eenzelfde hulpbehoefte. Daarom gaan we na welke rol het zorgpotentieel en inkomen bij het zorggebruik binnen ieder van de hulpbehoeftegroepen spelen.

Licht hulpbehoevenden

Allereerst bestuderen we het effect van zorgpotentieel en inkomen op het zorggebruik van de groep licht hulpbehoevenden, terwijl we ook rekening houden met een mogelijk zelfstandig effect van persoonskenmerken. Zoals uit paragraaf 5.3 bleek, ontvingen de licht hulpbehoevenden in 2007 voor het grootste deel geen zorg (zie figuur 5.2). Het aantal licht hulpbehoevenden met thuiszorg of verblijf is – zoals ook te verwachten is – klein.³⁸

Daarom is het niet mogelijk om deze groepen afzonderlijk³⁹ te analyseren en nemen we deze zorgvormen hier bij elkaar onder de noemer 'Awbz-zorg'.

Tabel 5.3

Invloed van zorgpotentieel en inkomen op het ontvangen van zorg door licht hulpbehoevende 55-plussers, 2007-2008 (marginale effecten; n = 852)^{a, b, c}

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huis-houdelijke hulp	Awbz-zorg
zorgpotentieel				
kwetsbaar	ref.	ref.	ref.	ref.
vriendengeoriënteerd				
kindgeoriënteerd				
rijk				
inkomen				
laag	ref.	ref.	ref.	ref.
midden				
hoog			–	
persoonskenmerken				
leeftijd				
< 70	ref.	ref.	ref.	ref.
70-84	–	+		+
≥ 85	–			+
geslacht				
man	ref.	ref.	ref.	ref.
vrouw				
opleiding				
laag	ref.	ref.	ref.	ref.
midden-laag				
midden-hoog				
hoog			–	
R ² ongewogen	0,35			

- a Marginale effecten van multinomiale logitanalyse, + = significant positief, – = significant negatief, p < 0,01.
- b Thuiszorg of verblijf omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging met of zonder informele of particulier hulp, en verblijf.
- c Voor de grootte van de marginale effecten van multinomiale logitanalyse en de standaardfouten, zie tabel C.3 in bijlage C.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (011'08/'09), SCP-bewerking

38 Overigens was het in 2007 wel mogelijk dat een niet of licht hulpbehoevende in een tehuis woonde als partner van iemand met een ernstigere hulpbehoefte.

39 Ongeveer de helft van hen ontvangt thuiszorg en de andere helft verblijf.

Vooraf leeftijd blijkt een bepalende factor voor het ontvangen van verschillende vormen van zorg in de groep licht hulpbehoevenden. Zoals te verwachten is, vinden we dat hoe ouder een licht hulpbehoevende 55-plusser is, hoe vaker deze zorg ontvangt en hoe vaker dat zorg in een ouderinstelling betreft. Verder heeft het inkomen alleen invloed op het al dan niet ontvangen van huishoudelijke hulp (zie tabel 5.3). Het zorgpotentieel heeft geen invloed. Wel hebben verweduwde 55-plussers een grotere kans op het ontvangen van zorg (zie tabel C.4 in bijlage C, te vinden op www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Een hoog inkomen verlaagt de kans op het ontvangen van alleen huishoudelijke hulp (--teken in de tabel bij 'alleen huishoudelijke hulp').

Geslacht en opleiding leveren geen (of nauwelijks een) verklaring voor het zorggebruik. Alleen een hoog opleidingsniveau verkleint de kans op huishoudelijke hulp. Gegeven de correlatie tussen opleiding en inkomen versterkt dat het negatieve effect dat een hoog inkomen op het gebruik van huishoudelijke hulp heeft. Er zijn niet veel verschillen in de bepalende factoren op het zorggebruik tussen licht hulpbehoevenden en alle 55-plussers met een gezondheidsbeperking te zien. Bij de licht hulpbehoevenden vinden we iets minder significante effecten. Dat heeft vermoedelijk te maken met de kleine aantallen van licht hulpbehoevenden die Awbz-zorg ontvangen.

Matig hulpbehoevenden

In hoofdstuk 2 zagen we dat de licht en matig hulpbehoevenden wat betreft kenmerken erg op elkaar lijken. Daarom is het niet verwonderlijk dat de bepalende factoren voor het zorggebruik door matig hulpbehoevenden sterk op die van de licht hulpbehoevenden lijken. Ook van de matig hulpbehoevende 55-plussers ontving in 2007 twee derde geen van de onderscheiden zorgvormen (zie figuur 5.2). En net als bij de licht hulpbehoevenden is het aantal matig hulpbehoevende 55-plussers dat Awbz-gefinancierde thuiszorg en verblijf ontvangt te klein om ze afzonderlijk te bestuderen. Deze groepen worden verder samen genomen onder de noemer 'Awbz-zorg'. De kans dat een matig hulpbehoevende 55-plusser huishoudelijke hulp ontvangt, is kleiner naarmate het inkomen hoger is (zie tabel 5.4). Het inkomen lijkt ook hier een belangrijkere determinant te zijn voor het zorggebruik dan het zorgpotentieel; van die laatste factor vinden we geen significante effecten. Ook hier laat het afzonderlijk opnemen van de verschillende hulpbehoefte-kenmerken zien dat verweduwde 55-plussers een grotere kans hebben om Awbz-zorg te ontvangen (zie tabel C.6 in bijlage C).

Tabel 5.4

Invloed van zorgpotentieel en inkomen op het ontvangen van zorg door matig hulpbehoevende 55-plussers, 2007-2008 (marginale effecten; n = 599)^{a,b,c}

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huis-houdelijke hulp	Awbz-zorg
zorgpotentieel				
kwetsbaar	ref.	ref.	ref.	ref.
vriendengeoriënteerd				
kindgeoriënteerd				
rijk				
inkomen				
laag	ref.	ref.	ref.	ref.
midden				
hoog			-	
persoonskenmerken				
leeftijd				
< 70	ref.	ref.	ref.	ref.
70-84	-		+	+
≥ 85	-			+
geslacht				
man	ref.	ref.	ref.	ref.
vrouw	-	+	+	
opleiding				
laag	ref.	ref.	ref.	ref.
midden-laag				
midden-hoog				-
hoog				
n	599			
R ² ongewogen	0,12			

a Marginale effecten van multinomiale logitanalyse, + = significant positief, - = significant negatief, $p < 0,05$.

b Awbz-zorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging met of zonder informele of particulier hulp, en verblijf.

c Voor de grootte van de marginale effecten van multinomiale logitanalyse en de standaardfouten, zie tabel C.5 in bijlage C.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (011'08/'09), SCP-bewerking

Tabel 5.5

Invloed van zorgpotentieel en inkomen op het ontvangen van zorg door ernstig hulpbehoevende 55-plussers, 2007-2008 (marginale effecten; n = 874)^{a, b, c, d}

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huis-houdelijke hulp	thuiszorg	thuiszorg combi	verblijf
zorgpotentieel						
kwetsbaar	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
vriendengeoriënteerd	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
kindgeoriënteerd						
rijk	+					-
inkomen						
laag	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
midden		+	-			-
hoog		+	-			-
persoonskenmerken						
leeftijd						
< 70	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
70-84	-					+
≥ 85	-					+
geslacht						
man	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
vrouw	-					
opleiding						
laag	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
midden-laag						
midden-hoog						
hoog						
R ² ongewogen	0,193					

a Marginale effecten van multinomiale logitanalyse, + = significant positief, - = significant negatief, p < 0,05.

b Thuiszorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging zonder informele of particulier hulp; thuiszorg combi omvat de publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele of particuliere hulp.

c Omdat er in de groep ernstig hulpbehoevendenden geen gebruikers van informele of particuliere hulp met een kwetsbaar zorgpotentieel zijn, vormen het kwetsbaar zorgpotentieel en vriendengeoriënteerd zorgpotentieel samen de referentiegroep.

d Voor de grootte van de marginale effecten van multinomiale logitanalyse en de standaardfouten, zie tabel C.7 in bijlage C.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Ernstig hulpbehoevendenden

De ernstig hulpbehoevendenden kenden in 2007 de grootste variatie aan zorggebruik (zie figuur 5.2). Voor deze groep kunnen alle zorgvormen dan ook afzonderlijk worden bestu-

deerd. De aanwezigheid van een rijk zorgpotentieel gaat voor een ernstig hulpbehoevende 55-plusser samen met een grotere kans op het niet-ontvangen van zorg en een kleinere kans op het ontvangen van zorg in een ouderinstelling (tabel 5.5). Inkomen speelt ook in deze zorgbehoeftegroep een belangrijke rol; het verhoogt de kans dat iemand informele/particuliere zorg ontvangt en verlaagt niet alleen de kans op publiek gefinancierde huis-houdelijke hulp, maar ook op verblijf in een ouderinstelling. De aanwezigheid van een zorgpotentieel speelt bij de ernstig hulpbehoevenden een grotere rol dan bij de licht en matig hulpbehoevenden in het voorkómen van publiek gefinancierde zorg en dat geldt in mindere mate ook voor een hoog inkomen (zie ook tabel C.8 in bijlage C).

Ernstig hulpbehoevenden met dementie

In 2015 is weliswaar de toegang tot verblijf beperkt tot de hogere zorgzwaartepakketten. Dit zal naar verwachting niet veel invloed op het zorggebruik van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte en dementie hebben. Zij zullen immers vaak zwaardere zorg zoals 24 uurstoezicht of zorg in nabijheid nodig hebben, en dus ook na de hervormingen nog steeds een zorgvorm nodig hebben die vergelijkbaar is met zorg met verblijf zoals die in 2007 bestond. Doordat het grootste deel van de ernstig hulpbehoevende 55-plussers met dementie in 2007 zorg met verblijf ontving (zie figuur 5.2), is in de beschikbare gegevens het aantal waarnemingen voor de zelfstandig wonenden zo klein dat we gedwongen zijn de overige zorgvormen samen te voegen tot de groep 'geen verblijf'.

Voor het zorggebruik van ernstig hulpbehoevenden met dementie speelt inkomen – net als geslacht en opleidingsniveau – geen rol (tabel 5.6). Vooral de constatering dat een hoog inkomen de kans op zorg met verblijf niet verlaagt, is anders dan wat we bij de licht hulpbehoevenden zagen. Huisman (2011) vindt voor opname in een verzorgingshuis wel een negatief verband met inkomen. De aanwezigheid van een rijk zorgpotentieel en zorg met verblijf gaan wel samen. Het kan zijn dat een rijk zorgpotentieel de kans op zorg met verblijf verkleint, maar ook dat het wonen in een instelling tot een minder divers sociaal netwerk leidt.

Tabel 5.6

Invloed van zorgpotentieel en inkomen op het ontvangen van zorg door ernstig hulpbehoevende 55-plussers met dementie, 2007-2008 (marginale effecten; n = 635)^{a, b}

	geen verblijf	verblijf
zorgpotentieel		
kwetsbaar	ref.	ref.
vriendengeoriënteerd		
kindgeoriënteerd		
rijk	+	-
inkomen		
laag	ref.	ref.
midden		
hoog		
persoonskenmerken		
leeftijd		
< 70	ref.	ref.
70-84	-	+
≥ 85	-	+
geslacht		
man	ref.	ref.
vrouw		
opleiding		
laag	ref.	ref.
midden-laag		
midden-hoog		
hoog		
R ² ongewogen		0,247

a Marginale effecten van multinomiale logitanalyse, + = significant positief, - = significant negatief, p < 0,05.

b Voor de grootte van de marginale effecten van multinomiale logitanalyse en de standaardfouten, zie tabel C.9 in bijlage C.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Samenvattend zien we dat het effect van een hoog inkomen de kans op het ontvangen van huishoudelijke hulp verkleint voor alle hulpbehoeftegroepen waarvoor we huishoudelijke hulp apart konden analyseren (zie tabel 5.7). Ook blijkt dat een hoog inkomen de kans op opname verkleint voor de ernstig hulpbehoevenden, maar niet voor ernstig hulpbehoevenden met dementie. Een rijk zorgpotentieel heeft geen relatie met het al dan niet ontvangen van huishoudelijke hulp, maar is wel een negatief gerelateerd met verblijf in ouderinstelling. Vooral het samenwonen met een partner en het hebben van frequent contact met vrienden is negatief gerelateerd met verblijf in een ouderinstelling (zie tabel C.10 in bijlage C).

Tabel 5.7

Samenvatting van de invloed van zorgpotentieel en inkomen op het ontvangen van huishoudelijke hulp en instellingszorg door verschillende groepen hulpbehoevende 55-plussers, 2007-2008 (marginale effecten)^{a,b}

	licht hulpbehoevend	matig hulpbehoevend	ernstig hulpbehoevend	ernstig hulpbehoevend met dementie
huishoudelijke hulp				n.a.
rijk zorgpotentieel				
hoog inkomen	-	-	-	
oudereninstelling	n.a.	n.a.		
rijk zorgpotentieel			-	-
hoog inkomen			-	

a Marginale effecten van multinomiale logitanalyse, + = significant positief, - = significant negatief, $p < 0,01$.

b n.a. = niet apart geanalyseerd in verband met kleine aantallen.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

6 Zorgalternatieven

Naarmate de hulpbehoefte groter is, ontvangen meer 55-plussers met een gezondheidsbeperking zorg en is de zorgvorm zwaarder (zie hoofdstuk 5). We hebben ook gezien dat de invloed van het zorgpotentieel en inkomen op het zorggebruik verschillend uitpakt per hulpbehoeftegroep. Voor 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte (al dan niet met dementie) gaat een rijk zorgpotentieel vaak samen met zelfstandig wonen.

Voor 55-plussers met lichte of matige hulpbehoefte gaat een hoog inkomen samen met een kleine kans op publiek gefinancierde huishoudelijke hulp. Deze relaties suggereren dat het soms mogelijk is om publiek gefinancierde zorg te vervangen door informele of particuliere hulp. In dit hoofdstuk onderzoeken we in hoeverre en in welke situaties die ruimte er is. In feite zijn we op zoek naar de mate waarin 55-plussers met een gezondheidsbeperking alternatieve oplossingen voor hun zorgproblemen hebben.⁴⁰ We beantwoorden hiermee tweede hoofdvraag: *Welk inkomen en/of zorgpotentieel hebben gebruikers van zorg om op te kunnen terugvallen wanneer de publiek gefinancierde hulp zou vervallen?*

Waar mogelijk zoomen we in op de ontvangers van alleen huishoudelijke hulp en de instellingsbewoners, omdat voor deze groepen de hervormingen de grootste consequenties hebben.⁴¹ De huishoudelijke hulp valt sinds 2007 onder de Wmo. In de nieuwe situatie vanaf 2015 mogen gemeenten zelf bepalen wie er huishoudelijke hulp ontvangt en hoeveel. Er zijn geluiden dat diverse gemeenten bij sommige groepen mensen zijn gestopt met het aanbieden van huishoudelijke hulp (De Koster en Salhi 2014). In feite gaan die gemeenten ervan uit dat deze mensen hun verzorgingsprobleem kunnen oplossen met informele of zelf betaalde hulp. Er zijn nog geen gegevens beschikbaar die het mogelijk maken na te gaan in hoeverre dit daadwerkelijk gebeurt. Wel kunnen we nagaan in hoeverre 55-plussers met een gezondheidsbeperking die alleen huishoudelijke hulp ontvingen in 2007 de ruimte hadden om informele of particuliere hulp in te zetten. Vervolgens kunnen we proberen een vertaalslag te maken naar wat dit betekent voor het heden. We veronderstellen dat er ruimte is om terug te vallen op een zorgpotentieel (informele hulp) als men frequent contact met verschillende mensen heeft (rijk of kindgeoriënteerd zorgpotentieel). Overigens moeten we opmerken dat de aanwezigheid van een zorgpotentieel geen garantie is voor daadwerkelijke hulpverlening (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007). Daarnaast zouden hulpbehoevenden kunnen terugvallen op particuliere hulp als ze daarvoor voldoende financiële middelen hebben. Dergelijke hulp moeten ze dan zelf regelen en betalen. We veronderstellen dat deze ruimte er is als dat inkomen meer dan 1800 euro is: het in dit rapport hoogst onderscheiden inkomen (zie hoofdstuk 4).⁴²

40 Technisch gesproken betekent het dat we in hoofdstuk 5 kijken naar welke factoren bepalend zijn voor het zorggebruik en in dit hoofdstuk naar hoe groot het zorgpotentieel en inkomen van mensen zijn, gegeven hun zorggebruik.

41 In een aantal gevallen zijn deze groepen niet te onderscheiden wegens te kleine respondent aantallen.

Op dezelfde wijze onderzoeken we in hoeverre instellingbewoners zouden kunnen terugvallen op informele of particuliere hulp. Als dit het geval is, zou dit er namelijk op kunnen duiden dat er in 2007 ruimte was om tehuisopname te voorkomen door inzet van informele of particuliere hulp.

Door de recente hervormingen is de toekenning van huishoudelijke hulp vaak minder ruimhartig dan in 2007. Dat betekent dat – ten opzichte van acht jaar eerder – in 2015 alleen mensen met een ernstigere hulpbehoefte en een tekort aan hulpbronnen (zorgpotentieel of inkomen) in aanmerking komen voor hulp bij het huishouden. De ruimte voor alternatieve zorgoplossingen die we in 2007 vonden, is dus een bovengrens van de ruimte die er in 2015 zou zijn. Omdat ook de toelating tot tehuisopname in 2007 soepeler was dan in 2015, is de ruimte in 2007 een bovengrens van de ruimte die er nu is.

6.1 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor 55-plussers met een gezondheidsbeperking

We zijn in dit hoofdstuk vooral geïnteresseerd in de hoogte van het inkomen en de grootte en de aard van het zorgpotentieel waarover 55-plussers met een bepaalde hulpbehoefte beschikken. Eerst gaan we na hoe dit beeld eruitziet als we geen onderscheid tussen verschillende hulpbehoeftegroepen maken. We zoomen in op de situatie van de gebruikers van huishoudelijke hulp en instellingsbewoners.

In 2007 ontving iets meer dan de helft van de 55-plussers met een gezondheidsbeperking geen zorg (57,4%, zie figuur 5.2 en tabel 6.1). Bijna 12% ontving alleen huishoudelijke hulp en 9% woonde in een ouderinstelling.

Relatief vaak kwetsbaar zorgpotentieel bij ontvangers van huishoudelijke hulp en verblijf

Slechts 10% van de 55-plus ontvangers van collectief gefinancierde huishoudelijke hulp heeft een rijk zorgpotentieel (kolom 4 en 5 in tabel 6.1). Van de 55-plussers die in een zorginstelling verblijven, is dat nog veel minder: nog geen 1% (kolom 6 in tabel 6.1). Onder de groep zonder zorg of met alleen informele of particuliere zorg is dat aandeel veel groter (resp. 27% en 20%). Het zijn juist mensen met publiek gefinancierde zorg die zelden een rijk zorgpotentieel hebben. Voor een kindgeoriënteerd zorgpotentieel zien we het omgekeerde: dat hebben ontvangers van huishoudelijke hulp (53%) en verblijf (72%) juist vaker dan 55-plussers die geen zorg gebruiken of alleen informele of particuliere zorg (rond de 42%). Deze laatste groepen hebben minder vaak een kwetsbaar zorgpotentieel. We maken de veronderstelling dat er ruimte is om terug te vallen op een zorgpotentieel (informele hulp) als men frequent contact met verschillende mensen heeft (rijk of kindgeoriënteerd zorgpotentieel). Dan heeft ongeveer 65% van de gebruikers van huishoudelijke hulp een zorgpotentieel dat hiervoor een alternatieve zorgoplossing zou kunnen bieden. Voor de

42 Dat betekent een gestandaardiseerd nettohuishoudensinkomen van meer dan 1800 euro per maand in 2007.

instellingsbewoners zou het zelfs gaan om 73%. In hoeverre het netwerk daadwerkelijk hulp kan en wil bieden, is op basis van dit onderzoek niet na te gaan. Vooral voor instellingsbewoners is het de vraag of de inzet van informele hulp voldoende kan zijn om in de hulpbehoefte te voorzien.

De 55-plussers met een vorm van publiek gefinancierde zorg hebben wat vaker een kwetsbaar zorgpotentieel dan de niet-gebruikers en de gebruikers van informele of particuliere zorg.

Een vriendengeoriënteerd zorgpotentieel is vooral te vinden bij 55-plussers met informele of particuliere hulp en bij degenen die Awbz-zorg in combinatie met andere vormen van zorg ontvangen. Vooral instellingsbewoners hebben minder vaak een vriendengeoriënteerd zorgpotentieel.

Tabel 6.1

Aandeel 55-plussers met rijk zorgpotentieel en hoog inkomen, per type zorggebruik, 2007-2008 (verticaal gepercenteerd; n = 2993)^a

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huis- houdelijke hulp	thuis- zorg	thuiszorg combi	verblijf	totaal
zorgpotentieel							
kwetsbaar	3,4	2,8	6,1	6,9	5,0	6,8	4,3
vrienden- georiënteerd	26,7	35,9	29,1	27,8	31,2	20,2	27,5
kind- georiënteerd	42,6	41,4	52,9	54,5	53,0	72,3	47,9
rijk	27,2	19,9	11,9	10,8	10,8	0,8	20,3
inkomen							
laag	30,2	27,2	58,1	44,8	43,2	62,8	38,0
gemiddeld	36,5	36,2	33,9	35,1	40,1	28,9	35,6
hoog	33,4	36,6	8,0	20,1	16,7	8,3	26,5
aandeel in 55- plusbevolking	57,4	8,7	11,7	7,5	5,7	9,0	100,0

a Thuiszorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging zonder informele of particulier hulp; thuiszorg combi omvat de publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele of particuliere hulp.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Weinig 55-plussers met een hoog inkomen bij de ontvangers van huishoudelijke hulp en verblijf

De 55-plussers met een gezondheidsbeperking die alleen huishoudelijke hulp ontvangen, hebben niet vaak een hoog inkomen.⁴³ Dit gaat om slechts 8% (zie tabel 6.1). Dit betekent

43 Het betreft gestandaardiseerde nettohuishoudensinkomens van meer dan 1800 euro per maand.

dat volgens onze aanname maar weinig ontvangers van huishoudelijke hulp financiële mogelijkheden hebben om particuliere hulp te regelen wanneer de huishoudelijke hulp zou wegvallen. Zij zullen dan aangewezen zijn op hun zorgpotentieel (indien aanwezig) of op de zwaardere thuiszorg.

Ook het aandeel 55-plussers met een hoog inkomen onder de bewoners van ouderinstellingen is klein (8,3% zie tabel 6.1). Vooral de ontvangers van informele of particuliere zorg hebben relatief vaak een hoog inkomen (37%). Dit spoort met de bevindingen uit ander onderzoek dat mensen met een laag inkomen oververtegenwoordigd zijn bij de publiek gefinancierde thuiszorg (zie ook hoofdstuk 5).

Deze resultaten suggereren dat het zorgpotentieel ruimte biedt als alternatief voor huishoudelijke hulp en instellingszorg, maar of dit daadwerkelijk kan, hangt niet alleen af van de mogelijkheden en de bereidheid van de mensen uit het netwerk, maar ook van de zwaarte van de benodigde zorg. De vraag is dan ook of de gevonden ruimte hetzelfde is voor de groepen met verschillende hulpbehoefte. Daar gaan we in de volgende paragrafen op in.

6.2 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor licht hulpbehoevenden

In 2007 ontvingen de licht hulpbehoevenden overwegend geen zorg (75%, zie figuur 5.2 en tabel 6.2). In 2015 zal dit gezien de hervormingen nog steeds het geval zijn. Vanwege lage respondent aantallen is enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de uitkomsten geboden. De hier gepresenteerde uitkomsten zijn dus vooral indicatief.

Vaak kindgeoriënteerd zorgpotentieel bij ontvangers van huishoudelijke hulp

Slechts 10% van de ontvangers van collectief betaalde hulp (huishoudelijke hulp, Awbz-thuiszorg of verblijf) met een lichte hulpbehoefte (kolom 3 en 4 in tabel 6.2) heeft een rijk zorgpotentieel. Ongeveer 60% heeft een kindgeoriënteerd zorgpotentieel. Dus tezamen heeft ongeveer 70% van hen een zorgpotentieel dat een alternatieve zorgoplossing voor de publiek gefinancierde zorg zou kunnen bieden. Nog geen vijfde deel van deze groep heeft een partner en meer dan driekwart heeft frequent contact met hun kinderen (zie tabel D.1 in bijlage D, te vinden op www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Dus als er hulp wordt geboden, zal dat vooral door de kinderen worden gedaan. Toch is daarmee niet gezegd dat het netwerk daadwerkelijk hulp kan en wil bieden. Immers, we rekenen hier alle vormen van contact mee, dus het kan gaan om bellen, mailen, face-to-face contacten of contact via social media. Ook hebben we geen inzicht in de belemmeringen die de kinderen ondervinden, zoals het hebben van een (voltijds)baan of kleine kinderen. Ook weten we niet of de kinderen bereid zijn de benodigde hulp te geven en/of de ouders bereid zijn die hulp te accepteren.

Tabel 6.2

Aandeel licht hulpbehoevenden met rijk zorgpotentieel en hoog inkomen, per type zorggebruik, 2007-2008 (verticaal gepercenteerd; n = 852)^a

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huishoudelijke hulp	Awbz-zorg	totaal
zorgpotentieel					
kwetsbaar	2,8	3,3	2,9	5,8	3,1
vrienden-georiënteerd	29,3	32,9	23,2	25,4	28,8
kind-georiënteerd	39,8	46,4	67,2	59,5	44,3
rijk	28,0	17,4	6,7	9,3	23,7
inkomen					
laag	26,5	23,1	61,6	55,9	31,8
gemiddeld	37,5	43,2	33,1	23,7	36,2
hoog	36,0	33,8	5,2	20,4	31,9
aandeel licht hulpbehoevenden in 55-plusbevolking	74,8	7,7	7,7	9,7	100,0

a Awbz-zorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging met of zonder informele of particulier hulp en verblijf.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Het is opvallend dat de licht hulpbehoevende 55-plussers met huishoudelijke hulp vaker een kindgeoriënteerd of rijk zorgpotentieel hebben dan de 55-plussers met informele of particuliere hulp.⁴⁴ De licht hulpbehoevende 55-plussers met informele of particuliere hulp wonen vaker samen met een partner die mogelijk hulp kan bieden. En zoals we uit de literatuur weten, is de eventuele partner de eerst aangewezen hulpbron (zie bv. Hoefman 2009; Pinguart en Sörensen 2006; Swinkels 2013). Dat duidt erop dat het overlijden van de partner een belangrijke reden is om huishoudelijke hulp in te schakelen. En dit betekent dat het niet vanzelfsprekend is dat er voldoende zorgpotentieel is om de huishoudelijke hulp te vervangen als die niet meer via de Wmo wordt geleverd, omdat dit door vooral de kinderen moet worden geleverd in plaats van door de partner.

Weinig 55-plussers met een hoog inkomen bij de ontvangers van huishoudelijke hulp

De 55-plussers met een lichte hulpbehoefte die alleen huishoudelijke hulp ontvangen, hebben niet vaak een hoog inkomen. Dit gaat maar om 5% (zie tabel 6.2). Dit betekent dat volgens onze aanname maar weinig licht hulpbehoevende ontvangers van huishoudelijke

44 Ook als we alleen naar gebruikers van informele hulp kijken, is dit verschil er, terwijl deze groep juist een beroep op het zorgpotentieel lijkt te doen. Vanwege de kleine aantallen moeten we hier echter voorzichtig mee zijn.

hulp financiële mogelijkheden hebben om particuliere hulp te regelen, wanneer de huishoudelijke hulp zou wegvallen. Zij zullen dan aangewezen zijn op hun zorgpotentieel (indien aanwezig) of op de zwaardere thuiszorg.

Het aandeel 55-plussers met een hoog inkomen is onder de ontvangers van Awbz-thuiszorg of verblijf met een lichte hulpbehoefte veel groter (20%, zie tabel 6.2), maar niet zo groot als voor de ontvangers van informele of particuliere zorg (voornamelijk huishoudelijke hulp; 34%). In tegenstelling tot de gebruikers van alleen huishoudelijke hulp zou een deel van de ontvangers (10%) van Awbz-zorg (persoonlijke verzorging en verpleging) misschien wel voldoende inkomen hebben om particuliere hulp in te kopen als alternatief voor de publiek gefinancierde zorg. Daarbij moet in gedachten worden gehouden dat persoonlijke verzorging en verpleging duurder zijn dan huishoudelijke hulp; de financiële ruimte voor deze groep is dus minder groot.

6.3 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor matig hulpbehoevenden

Niet alleen kindgeoriënteerd zorgpotentieel bij ontvangers van huishoudelijke hulp

Ook de matig hulpbehoevende 55-plussers ontvingen in 2007 in overgrote meerderheid geen zorg (zie figuur 5.2 en tabel 6.3). 55-plussers met een matige hulpbehoefte met alleen huishoudelijke hulp hebben vaker een rijk zorgpotentieel (18%) dan de licht hulpbehoevende ontvangers van huishoudelijke hulp. Door de kleine aantallen waarnemingen zijn deze uitkomsten slechts indicatief. Daar staat tegenover dat deze groep minder vaak dan de licht hulpbehoevende 55-plussers (maar nog steeds ruim 50%) een kindgeoriënteerd zorgpotentieel heeft. Dus als er een beroep op het netwerk moet worden gedaan voor hulp, zal dat niet alleen een beroep op de kinderen betekenen, maar kunnen dat ook overige familie en vrienden zijn. Wederom is niet aan te geven of dit zorgpotentieel voldoende sterk is om als het nodig is de huishoudelijke hulp te kunnen en willen overnemen. Maar weinig matig hulpbehoevende 55-plussers met publiek gefinancierde Awbz-zorg of -verblijf hebben een rijk zorgpotentieel (bijna 7%) en vaak hebben ze een kindgeoriënteerd zorgpotentieel (65%). Dat komt vermoedelijk doordat ze ouder zijn en vaker verweduwd, waardoor ze vaker wekelijks contact hebben met hun kinderen (zie tabel D.2 in bijlage D). Dus hier zal bij terugtrekkende publiek gefinancierde zorg het zorgalternatief vooral door de kinderen moeten worden geboden.

Tabel 6.3

Aandeel matig hulpbehoevenden met rijk zorgpotentieel en hoog inkomen, per type zorggebruik, 2007-2008 (verticaal gepercenteerd; n = 631)^a

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huis- houdelijke hulp	Awbz-zorg	totaal
zorgpotentieel					
kwetsbaar	3,9	3,4	8,3	7,2	4,7
vrienden- georiënteerd	23,9	40,4	21,8	20,8	24,9
kind- georiënteerd	45,0	41,7	51,9	65,2	47,6
rijk	27,2	14,5	18,0	6,8	22,8
inkomen					
laag	30,5	31,5	58,4	35,5	34,7
gemiddeld	35,8	33,3	36,9	46,8	36,8
hoog	33,7	35,1	4,8	17,5	28,5
Aandeel matig hulp- behoevenden in 55- plusbevolking)	67,6	9,3	13,1	10,0	100,0

a Awbz-zorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging met of zonder informele of particulier hulp en verblijf.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Weinig 55-plussers met een hoog inkomen bij ontvangers van huishoudelijke hulp

Een op de drie matig hulpbehoevende 55-plussers met informele of particuliere hulp en ongeveer een op de vijf ontvangers van thuiszorg of instellingsbewoners heeft een hoog inkomen, tegenover slechts een op de twintig van de ontvangers van huishoudelijke hulp. Deze laatste groep heeft dus weinig financiële mogelijkheden om particuliere hulp te regelen. Zij zullen dan aangewezen zijn op hun zorgpotentieel of op de zwaardere thuiszorg als de huishoudelijke hulp wegvalt. Onder de matig hulpbehoevende 55-plussers die Awbz-zorg ontvingen, is mogelijk wel een deel dat de financiële mogelijkheden heeft om zelf zorg in te kopen, alhoewel bedacht moet worden dat deze zorg over het algemeen duurder is dan huishoudelijke hulp.

6.4 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor ernstig hulpbehoevenden

Divers zorgpotentieel bij ontvangers van informele of particuliere hulp

We zagen al eerder dat het zorggebruik van de ernstig hulpbehoevenden zeer gevarieerd is (zie figuur 5.2). Ongeveer 10% van de 55-plussers met een ernstige hulpbehoefte die huishoudelijke hulp ontvangen, heeft een rijk zorgpotentieel en ruim 40% heeft een kindgeoriënteerd zorgpotentieel waarop ze mogelijk een beroep kunnen doen (tabel 6.4). De ontvangers van huishoudelijke hulp hebben echter niet vaak frequent contact met hun kin-

deren en hun familie woont vaak ver weg (zie tabel D3 in bijlage D). Dat verkleint voor hen de mogelijkheden om huishoudelijke hulp te vervangen door informele hulp.

De ernstig hulpbehoevenden die informele/particuliere hulp ontvangen, hebben veel vaker een rijk zorgpotentieel. Zij hebben hun rijke zorgpotentieel benut door informele/particuliere zorg te ontvangen. Slechts een enkele instellingsbewoner heeft een rijk zorgpotentieel. Dit maakt het voor veel instellingsbewoners moeilijk een beroep op het netwerk te doen. Wel zien we onder de tehuisbewoners vaak een kindgeoriënteerd netwerk.

Tabel 6.4

Aandeel ernstig hulpbehoevenden met rijk zorgpotentieel en hoog inkomen, per type zorggebruik, 2007-2008 (verticaal gepercenteerd; n = 754)^a

	geen zorg	informeel of particulier	alleen huis- houdelijke hulp	thuis- zorg	thuiszorg combi	verblijf	totaal
zorgpotentieel							
kwetsbaar	5,1	0,0	6,4	7,9	5,4	4,6	5,3
vrienden- georiënteerd	23,0	35,0	39,9	33,1	32,3	20,3	30,1
kind- georiënteerd	46,5	36,4	43,6	48,4	53,2	74,3	49,8
rijk	25,4	28,6	10,1	10,5	9,2	0,7	14,9
inkomen							
laag	42,1	27,6	56,3	48,5	42,4	63,0	47,0
gemiddeld	35,3	30,7	30,7	37,4	43,7	29,7	34,7
hoog	22,6	41,7	13,0	14,1	13,9	7,3	18,3
aandeel ernstig hulpbehoe- venden in 55- plusbevolking (%)	26,4	11,1	18,0	18,3	12,9	13,3	100,0

a Thuiszorg omvat de publiek gefinancierde persoonlijke verzorging en verpleging zonder informele of particuliere hulp; thuiszorg combi omvat de publiek gefinancierde thuiszorg gecombineerd met informele of particuliere hulp.

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Weinig 55-plussers met een hoog inkomen onder bewoners van ouderinstellingen

Bijna de helft van de ernstig hulpbehoevende 55-plussers heeft een laag inkomen (zie tabel 6.4). Dat is veel meer dan bij de licht en matig hulpbehoevenden; daar heeft een derde een laag inkomen. Vooral onder de bewoners van ouderinstellingen zien we veel mensen met een laag inkomen en weinig met een hoog inkomen (7,3%). Dat impliceert dat er voor hen weinig financiële armslag is om zelf particuliere zorg als zorgalternatief in te kopen. Ook de ontvangers van huishoudelijke hulp en/of thuiszorg hebben niet vaak een hoog inkomen (iets meer dan 13%) voor zelf betaalde hulp. Onder de ernstig hulp-

behoevende 55-plussers die particuliere of informele zorg ontvangen, komt een hoog inkomen veel vaker voor (42%). Zij hebben die financiële armslag dus wel, en gebruiken deze ook. Dit zal ook met het opleidingsniveau, competenties en attitudes van mensen met een hoog inkomen te maken hebben, die vermoedelijk anders zijn dan die van mensen met een laag inkomen.

6.5 Ruimte voor alternatieve zorgoplossingen voor ernstig hulpbehoevenden met dementie

Geen rijk zorgpotentieel bij bewoners van ouderinstellingen

De hervormingen van de langdurige zorg hebben weinig gevolgen voor de toegang tot zorg in een ouderinstelling voor mensen met een ernstige hulpbehoefte en dementie. Het bekijken van het zorgpotentieel van deze groep geeft dus een indruk van de mogelijke gevolgen wanneer deze toegang wel verder wordt verscherpt. De ernstig hulpbehoevenden met dementie die in een ouderinstelling wonen, hebben bijna nooit een rijk netwerk (zie tabel 6.5). Uit tabel 5.6 bleek ook al dat een rijk netwerk de kans op verblijf in een ouderinstelling verkleint, ook als er voor leeftijd wordt gecorrigeerd. We weten dat dit onder andere te maken heeft met de aanwezigheid van een partner. De meeste instellingsbewoners hebben vooral contact met hun kinderen. Zo heeft 70% een kindgeoriënteerd zorgpotentieel en heeft 66% wekelijks contact met de kinderen (zie tabel D.4 in bijlage D). Het is echter – zeker bij deze groep ernstig hulpbehoevenden met dementie – zeer de vraag of de kinderen de vaak zware hulp zouden kunnen en willen overnemen wanneer verblijf niet meer toegankelijk zou zijn.

Kleine inkomensverschillen tussen tehuisbewoners en zelfstandig wonenden

In hoofdstuk 5 vonden we dat inkomen het zorggebruik van ernstig hulpbehoevenden met dementie niet beïnvloedt. Dit is opvallend, omdat andere studies laten zien dat het hebben van hulpbronnen zoals een hoge opleiding of een hoog inkomen tot een kleinere kans op verblijf leidt (zie bv. Woittiez et al. 2009). Het effect van inkomen op zorggebruik loopt vermoedelijk via de mate van de hulpbehoefte (ernstige hulpbehoefte gaat samen met een laag inkomen). Blijkbaar is voor deze ernstig hulpbehoevenden met dementie de benodigde hulp dusdanig zwaar dat verblijf de meest voor de hand liggende oplossing is, onafhankelijk van de (financiële) mogelijkheden. De verschillen in inkomen tussen de tehuisbewoners en de andere ernstig hulpbehoevenden met dementie zijn dan ook zeer klein (zie tabel 6.5). Aangezien het inkomen voor de meeste mensen in deze ernstig hulpbehoevende groep met dementie laag is, suggereert dit dat de ruimte voor het inkopen van particuliere hulp hier klein is. Dit neemt niet weg dat alternatieve zorg in de thuissituatie, zoals bijvoorbeeld gefinancierde thuiszorg eventueel in combinatie met particulier of publiek gefinancierde huishoudelijke hulp, misschien wel mogelijk is. Daaraan besteden we hier echter geen aandacht.

Tabel 6.5

Aandeel ernstig hulpbehoevenden met dementie met rijk zorgpotentieel en hoog inkomen, per type zorggebruik, 2007-2008 (verticaal gepercenteerd; n = 147)

	geen verblijf	verblijf	totaal
zorgpotentieel			
kwetsbaar	3,2	8,0	6,6
vriendengeoriënteerd	23,2	21,3	21,8
kindgeoriënteerd	60,4	70,5	67,5
rijk	13,2	0,2	4,1
inkomen			
laag	60,8	60,1	60,3
gemiddeld	23,2	28,9	27,2
hoog	16,0	11,0	12,5
aandeel ernstig hulpbehoevenden met dementie in 55-plusbevolking	29,8	70,2	100,0

Bron: SCP/CBS (AVO'07); SCP (OII'08/'09), SCP-bewerking

Samenvattend, zien we dat de ruimte om publiek gefinancierde huishoudelijke hulp te vervangen door zelf betaalde hulp gering is, als die wordt afgemeten aan het aandeel 55-plussers met een hoog inkomen. Die varieert tussen de 5% voor de licht en matig hulpbehoevenden tot 13% bij de ernstig hulpbehoevenden. De ruimte om de hulp door informele hulp te vervangen is ook gering als dit wordt afgemeten aan het aandeel 55-plussers met een rijkgeoriënteerd zorgpotentieel (circa 7% van de licht hulpbehoevenden, 18% van de matig hulpbehoevenden, met 10% van de ernstig hulpbehoevenden daartussenin). Hoewel het aannemelijk is dat huishoudelijke hulp eerder is over te nemen door het netwerk als er sprake is van een lichte hulpbehoefte dan bij een matige hulpbehoefte, is juist voor die eerste groep de ruimte kleiner. Als de ruimte wordt afgemeten aan de aanwezigheid van een rijk of kindgeoriënteerd zorgpotentieel, ligt die tussen de 54% van de ernstig hulpbehoevenden en 74% van de licht hulpbehoevenden. Dan geldt: hoe lichter de hulpbehoefte, hoe groter de ruimte om publiek gefinancierde huishoudelijke hulp te vervangen door informele hulp.

Tussen de 7% en 10% van de ernstig hulpbehoevende 55-plussers (al dan niet met dementie) heeft een dusdanig inkomen dat er mogelijk ruimte is om zelfstandig te wonen in plaats van in een ouderinstelling. Zij zullen vermoedelijk niet alleen van huishoudelijke hulp gebruik moeten maken, maar ook van duurdere persoonlijke verzorging en verpleging. Er zijn nauwelijks ernstige hulpbehoevenden (al dan niet met dementie) met een rijk netwerk in een ouderinstelling, maar ongeveer driekwart van hen heeft wel een kindgeoriënteerd netwerk. Het is echter de vraag of kinderen deze zware hulp op zich kunnen nemen. Het is overigens ook niet te verwachten dat dit nodig is, omdat de hervormingen verblijf voor de zwaardere zorg immers ongemoeid laten.

Literatuur

- 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, 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, 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.
- Antonucci, T.C. (1985). Social Support: Theoretical Advances, Recent Findings and Pressing Issues. In: Irwin G. Sarason en Barbara R. Sarason (red.), *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht/Boston/Lancaster: Martinus Nijhoff Publishers.
- Antonucci, T.C. en H. Akiyama (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. In: *Journal of Gerontology*, jg. 42, nr. 5, p. 519-527.
- Babitsch, B., D. Gohl en T. von Lenkerke (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, p. 1-15.
- Bass, D.M. en L.S. Noelker (1987). The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: An expanded conceptual framework. In: *Journal of Health and Social Behaviour*, jg. 28, nr. 2, p. 184-192.
- Bauer, J. en A. Sousa-Poza (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. In: *Population Ageing*, jg. 8, p. 113-145.
- Bijwaard, Govert, Hans van Kippersluis en Justus Veenman (2013). De invloed van opleiding en intelligentie op gezondheid. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 98, nr. 4659, p. 280-283.
- Boer, A. de, en R. Schellingerhout (2004). Sociaal netwerk en verwachte steun. In: R. Schellingerhout (red.), *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Alice de, Mirjam de Klerk, Mieke Cardol en Gert Westert (2006). Social networks and receiving informal care. In: G.P. Westert, L. Jabaaij en F.G. Schellevis (red.), *Morbidity, performance and quality in primary care; Dutch general practice on stage*. Oxford/Seattle: Radcliffe Publishing.
- Boer, A. de, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (2009). *Mantelzorg; een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boshuizen, H.C., W.N. Nusselder, F. Peters en A. Verweij (2014). *Index SES-verschillen in (gezonde) levensverwachting*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM Ed. 2014-0034).
- Broese van Groenou, M. en T. van Tilburg (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning Informele Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broese van Groenou, Marjolein, Marianne Jacobs, Ilse Zwart-Older en Dorly J.H. Deeg (2015). Mixed care networks of community-dwelling older adults with physical health impairments in the Netherlands. In: *Health & Social Care in the Community* (doi 10.1111/hsc.12199) p. 1-10.
- Bruggink, Jan-Willem (2012). *Kloof in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden blijft even groot*. Geraadpleegd op 2 april 2015 via <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-feb07-glv-opleiding-art.htm>.
- Campen, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS (2013). *Door de huisarts geregistreerde contacten; inkomen*. Geraadpleegd op 13 maart 2015 via statline.cbs.nl.
- CBS (2015). *Bevolking; hoogst behaald onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en herkomst*. Geraadpleegd op 13 maart 2015 via statline.cbs.nl.
- Chorus, A.M.J., R.J.M. Perenboom, H.H. Hofstetter en M.C. Stadlander (2014). *Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen*. Friesland. Leiden: TNO.
- CPB/SCP (2000). *Trends, dilemma's en beleid; essays over ontwikkelingen op langere termijn*. Den Haag: Centraal Planbureau.

- Croezen, S. (2010). *Social relationships and healthy ageing. Epidemiological evidence for the development of a local intervention programme*. Wageningen: Wageningen University.
- Declercq, A., M. Demaerschalk, L. Vanden Boer, J. Bronselaer, N. de Witte, D. Verté en G. Molenberghs (2009). De invloed van individuele en gemeentelijke kenmerken op het formele en informele zorggebruik van Vlaamse ouderen. In: L. Vanderleyden, M. Callens en J. Noppe (red.), *De sociale staat van Vlaanderen 2009* (p. 381-399). Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Doorten, Ingrid (2012). *De sociale dimensie van ouder worden. Achtergrondstudie*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Draak, Maaike den, en Cretien van Campen (2012). Kwetsbare ouderen zonder thuiszorg. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 90, nr. 4, p. 237-244.
- Eggink, E. en I. Woittiez (2009). Waarom ontvangen veel meer vrouwen dan mannen zorg? In: P. Schabel (red.), *Nieuwjaarsuitgave SCP*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, E., D. Oudijk en K. Sadiraj (2012). *VeVeRa iv. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Faber, M. von (2002). *Maten van succes bij ouderen. Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Galenkamp, H., I. Plaisier, M. Huisman, A.W. Braam en D.J.H. Deeg (2012). *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg*. Amsterdam: vu/vu Medisch Centrum.
- Gameren, E. van, C. van Campen, J.M. Timmermans en I.B. Woittiez (2004). Verwachte bezuiniging AWBZ kan tegenvallen. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 89, nr. 4430, p. 158-161.
- Gaugler, J.E. en R.A. Kane (2001). Informal help in the assisted living setting: A 1-year analysis. In: *Family Relations*, jg. 50, nr. 4, p. 335-347.
- Geerlings, Sandra W., Anne Margriet Pot, Jos W.R. Twisk en Dorly J.H. Deeg (2005). Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. In: *Ageing & Society*, jg. 25, nr 1, p. 111-130.
- Geerts, Joanna, Peter Willemé, Esther Mot (red.) (2012). *Long-Term Care Use and Supply on Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain and Poland*. Geraadpleegd op 1 juni 2015 via <http://www.ancien-longterm-care.eu/>.
- Gemeente Utrecht (2015). *Wmo in Utrecht. Vragen*. Geraadpleegd op 3 augustus 2015 via <http://www.utrecht.nl/wmo-in-utrecht/vragen/#faqid-1>.
- Goddens, Robbert (2010). *Frail elderly: towards an integral approach*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Grundy, E. en S. Reed (2012). Social contacts and receipt of help among older people in England; are there benefits of having more children? In: *Journals of Gerontology Series B*, jg. 67, nr. 6, p. 742-754.
- Hagen, G.J. (2014). *De marktpositie van het All-inclusive pension. Leefstijl en interesses van de senior*. Den Haag: Platform31.
- Hagenaars, J.A. en A.L. McCutcheon (red.) (2002). *Applied latent class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hiel, L., M.A. Beenackers, C. Renders, S. Robroek, A. Burdorf en S. Croezen (2015). Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? In: *Preventive Medicine*, jg. 70 p. 64-68.
- Hoefman, Renske (2009). Aanbieders van mantelzorg. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.), *Mantelzorg; een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huisman, Martijn (2011). Sociaal economische status. In: Cretien van Campen (red.). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

- Josten, Edith en Alice de Boer (2015). *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kalwij, Adriaan, Giacomo Pasini en Wu Mingqin (2014). Home care for the elderly: the role of relatives friends and neighbors. In: *Review of Economics of the Household*, jg. 12, nr. 2, p. 379-404.
- Keating, N., P. Otfinowski, C. Wenger, J. Fast en L. Derksen (2003). Understanding the caring capacity of informal networks of frail seniors: A case for care networks. In: *Ageing and Society*, jg. 23, nr. 1, p. 115-127.
- Klerk, M. de (2011). *Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, J. Iedema en C. van Campen (2006). *scp-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, H. Fernee, I. Woittiez en M. Ras (2012). *Factsheet mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2014). *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns en S. Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koster, Y. de (2015). *Gemeenten lappen verplichtingen Wmo aan de laars*. Geraadpleegd op 1 juni 2015 via <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/gemeenten-lappen-verplichtingen-wmo-aan-de-laars.9479847.lynkx>.
- Koster, Y. de, en J. Salhi (2014). *Kwart gemeenten kapt met huishoudelijke hulp*. Geraadpleegd op 3 mei 2015 via <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/kwart-gemeenten-kapt-met-huishoudelijke-hulp.9453004.lynkx>.
- Kwartel, A. van der, en W. van der Windt (2013). *Mogelijke effecten van bezuinigingen op de huishoudelijke verzorging. Eerste impressies*. Utrecht: Kiwa Prismant.
- Larsson, K., M. Thorslund en I. Kåreholt (2006). Are public care and services for older people targeted according to need? Applying the Behavioural Model on longitudinal data of a Swedish urban older population. In: *European Journal of Ageing*, jg. 3, nr. 1, p. 22-33.
- Marangos, A.M., M. Cardol en M. de Klerk (2013). Niet-gebruik van maatschappelijke ondersteuning. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 91, nr. 6, p. 324-331.
- Masyn, K. (2013). *Applied Latent Class Analysis: A Workshop*. Texas Tech University. Lubbock: Texas Tech University.
- Modaal-inkomen.nl (2015). *Modaal inkomen. Informatie over Modaal Inkomen in Nederland*. Geraadpleegd op 22 september 2015 via <http://modaal-inkomen.nl/modaal-inkomen>.
- Montferland (2014). *Beëindiging 'Hulp bij het Huishouden'*. Gemeente Montferland: Montferland.
- Mulder, C.M. en M. Kalmijn (2004). Even bij oma langs. Nkps laat zien hoe ver familieleden van elkaar wonen. In: *Demos*, jg. 20, nr. 10, p. 78-80.
- Mulder, Clara H. en Marieke van der Meer (2009). Geographical Distances and Support from Family Members. In: *Population, Space and Place*, jg. 15, nr. 4, p. 281-399.
- Muthén, L.K. en B.O. Muthén (2010). *Mplus User's Guide. Sixth Edition*. Los Angeles, CA Muthén & Muthén.
- Nagi, S.Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: M.B. Sussman (red.), *Sociology and Rehabilitation* (p. 100-113). Washington, D.C.: American Sociological Association.
- Nagi, S.Z. (1979). The concept and measurement of disability. In: E.D. Berkowitz (red.), *Disability Policies and Government Programs* (p. 100-113). New York: Praeger.
- Nagi, S.Z. (1991). Disability concepts revisited: implications for prevention. In: A.M. Pope en A.R. Tarlov (red.), *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention* (p. 309-327). Washington D.C.: National Academy Press.

- Non, Mariëlle, Ab van der Torre, Esther Mot, Evelien Eggink, Pieter Bakx en Rudy Douven (2015). *Motivaties en ruimte voor keuzes in de langdurige zorg. Nieuw samenspel van cliënten en zorgpartijen*. Den Haag: Centraal Planbureau/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Oudijk, Debbie, Alice de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans en Mirjam de Klerk (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Perenboom, R.J.M., G.J. Wijlhuizen, F.G. Garre, Y.F. Heerkens en N.L.U. van Meeteren (2012). An empirical exploration of the relations between the health components of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In: *Disability & Rehabilitation*, jg. 34, nr. 18, p. 1556-1561.
- Pinquart, M. en S. Sörensen (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health; an updated meta-analysis. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, jg. 618, nr. 1, p. 33-45.
- 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, I., T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg (2011). *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van zelfstandig wonende ouderen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Pommer, E. en A. van der Torre (2013). Bevolking, economie en tijd: het maatschappelijk speelveld nader afgebakend. In: R. Bijl, J. Boelhouwer, E. Pommer en N. Sonck (red.), *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Puts, M.T., N. Shekary en D.J.H. Deeg (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? In: *Quality of Life Research*, jg. 16, nr. 2, p. 263-277.
- Rijksoverheid (2007). *Bijstandsuitkeringen, IOAW, IOAZ en wwik per 1 juli 2007*. Geraadpleegd op 22 september 2015 via <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2007/06/06/bijstandsuitkeringen-ioaw-ioaz-en-wwik-per-1-juli-2007>.
- Rijksoverheid (2015a). *Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015*. Geraadpleegd op 3 augustus 2015 via http://wetten.overheid.nl/BWBR0036073/geldigheidsdatum_21-07-2015#Bijlage2.
- Rijksoverheid (2015b). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Geraadpleegd op 3 augustus 2015 via http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/geldigheidsdatum_21-07-2015#Hoofdstuk2.
- Savage, M., F. Devine, N. Cunningham, M. Taylor, Y. Li, J. Hjellbrekke, B. le Roux, S. Friedman en A. Miles (2013). A new model of social class? Findings from the BBC's great British class survey experiment. In: *Sociology*, jg. 47, nr. 2, p. 219-250.
- Savelkoul, M., E. Uiters en A. Verweij (2013). *Gezondheid. Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Geraadpleegd op 2 februari 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ervaren-gezondheid/verschillen-sociaaleconomisch/>.
- Schuijt, Kees (2013). *Noden en wensen; de verzorgingsstaat gezien als een historisch fenomeen* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Schuijt-Lucassen, N.Y. en M.I. Broese van Groenou (2006). Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg.84, nr. 1, p. 4-11.
- Staatsblad (2014). Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 280.
- Stuifbergen, Maria C., Johannes J.M. van Delden en Pearl A. Dykstra (2008). The implications of today's family structures for support giving to older parents. In: *Ageing and Society*, jg. 28, nr. 3, p. 413-434.
- Suanet, B., Th.G. van Tilburg en M.I. Broese van Groenou (2013). Nonkin in older adults' personal networks: More important among later cohorts? In: *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, jg. 68, nr. 4, p. 633-643.
- Swinkels, J. (2013). *Developments in the informal and formal home care use of older adults in the Netherlands between 1992 and 2008*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Timmermans, J.M. (red.) (1997). *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. Den Haag: VUGA (SCP-cahier 145).

- Timmermans, J.M. (red.) (2003a). *Advies enkelvoudige huishoudelijke hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. (red.) (2003b). *Mantelzorg; over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. en I. Woittiez (2004). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging: onderzoeksverantwoording*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en E. Pommer (2008). Familiezorg. In: P. Schabel, R. Bijl en J. de Hart (red.), *Betrekkelijke betrokkenheid* (p. 137-172). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2012/2013a). *Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 april 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- TK (2012/2013b). *Mantelzorg, toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 juli 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30169/30597, nr. 28.
- TK (2013/2014a). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 3.
- TK (2013/2014b). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van antwoord. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. G.
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Evelien Eggink (2014). De grens van de extramuralisatie is nog niet bereikt. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 45, nr. 4, p. 188-196.
- Verbeek-Oudijk, Debbie, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman (2014). *Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbrugge, Lois M. en Alan M. Jette (1994). The Disablement Process. In: *Social Science & Medicine*, jg. 38, nr. 1, p. 1-14.
- 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.
- VNG (2015). *Uitspraken Wmo-huishoudelijke hulp: gevolgen voor gemeenten*. Geraadpleegd op 3 augustus 2015 via <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/uitspraken-wmo-huishoudelijke-hulp-gevolgen-voor-gemeenten>
- Vrooman, Cok, Mérove Gijsberts en Jeroen Boelhouwer (2014). *Verskil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Weert, Caroline van, Alice de Boer en Rick Kwekkeboom (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van mensen met een verstandelijke of psychische beperking. In: Alice de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg* (p. 65-85). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- WHO (1980). *International Classifications of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Genève: World Health Organisation.
- WHO (2013). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genève: World Health Organisation.
- Wijlhuizen, G.J., D.M. van der Klauw, Y.J.F.M. Jansen, R. Mooij en N.L.U. van Meeteren (2012). *AWBZ en de indicatie verblijf: een exploratief onderzoek naar de overwegingen rondom aanvraag en invulling*. Leiden: TNO (TNO/LS 2012.005).
- Woittiez, Isolde, Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Klarita Sadiraj (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zorghulpatlas (2015). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Geraadpleegd op 3 augustus 2015 via www.zorghulpatlas.nl/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo-

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het scp: www.scp.nl.

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 2014

- 2014-1 *Kansen voor vakmanschap in het mbo. Een verkenning* (2014). Monique Turkenburg m.m.v. Lenie van den Bulk (CED-groep) en Ria Vogels (SCP). ISBN 978 90 377 0637 6
- 2014-2 *Jaarrapport integratie 2013. Participatie van migranten op de arbeidsmarkt* (2014). Willem Huijnk, Mérove Gijsberts, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0697 0
- 2014-3 *Ervaren discriminatie in Nederland* (2013). Iris Andriessen, Henk Fernee en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0672 7 (elektronische publicatie)
- 2014-4 *Samenvatting en conclusies van Sterke steden, gemengde wijken* (2014). Jeanet Kullberg, Matthieu Permentier, m.m.v. Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0696 3 (elektronische publicatie)
- 2014-5 *Perceived discrimination in the Netherlands* (2014). Iris Andriessen, Henk Fernee en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0699 4 (elektronische publicatie)
- 2014-6 *De Wmo-uitgaven van gemeenten in 2010* (2014). Barbara Wapstra, Lieke Salomé en Nelleke Koppelman. ISBN 978 90 377 0698 7 (elektronische publicatie)
- 2014-7 *Burgermacht op eigen kracht? Een brede verkenning van ontwikkelingen in burgerparticipatie* (2014). Pepijn van Houwelingen, Anita Boele, Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0635 2
- 2014-8 *Uitstappers en doorzetters. De persoonlijke en sociale context van sportdeelname en tijdsbesteding aan sport* (2014). Annet Tiessen-Raaphorst (red.), Remko van den Dool en Ria Vogels. ISBN 978 90 377 0700 7
- 2014-9 *Who cares in Europe. A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries* (2014). Debbie Verbeek-Oudijk, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0681 9 (elektronische publicatie)
- 2014-10 *Geloven binnen en buiten verband. Godsdienstige ontwikkelingen in Nederland* (2014). Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0636 9
- 2014-11 *Replicatie van het meetinstrument voor sociale uitsluiting* (2014). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0674 1 (elektronische publicatie)
- 2014-12 *Vraag naar arbeid 2013* (2014). Patricia van Echtelt, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0707 6

- 2014-13 *De Wmo in beweging; Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012* (2014). Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak, Alice de Boer, m.m.v. Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0706 9
- 2014-14 *Anders in de klas. Evaluatie van de pilot Sociale veiligheid LHBT-jongeren op school* (2014). Freek Bucx en Femke van der Sman, m.m.v. Charlotte Jalvingh. ISBN 978 90 377 0703 8
- 2014-15 *Leven met intersekse/DSD. Een verkennend onderzoek naar de leefsituatie van personen met intersekse/DSD* (2014). Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0705 2 (elektronische publicatie)
- 2014-16 *Leergeld. Veranderingen in de financiële positie van het voortgezet onderwijs en verschillen tussen besturen* (2014). Lex Herweijer, Evelien Eggink, Evert Pommer, Jedid-Jah Jonker, m.m.v. Ingrid Ooms en Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0708 3
- 2014-17 *Verdelen op niveaus. Een multiniveaumodel voor de verdeling van het inkomensdeel van de Participatiewet over gemeenten* (2014). Arjan Soede en Maroesjka Versantvoort ISBN 978 90 377 0711 3 (elektronische publicatie)
- 2014-18 *De Wmo in beweging. Beknopte samenvatting. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012* (2014). Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak, Alice de Boer, m.m.v. Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0712 0
- 2014-19 *Anders in de klas. Journalistieke samenvatting. Evaluatie van de pilot Sociale veiligheid LHBT-jongeren op school* (2014). Karolien Bais, Freek Bucx, Femke van der Sman, m.m.v. Charlotte Jalvingh. ISBN 978 90 377 0713 7 (elektronische publicatie)
- 2014-20 *Rijk geschakeerd. Op weg naar de participatiesamenleving* (2014). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0715 1
- 2014-21 *Ouderenmishandeling. Advies over onderzoek naar aard en omvang van misbruik en geweld tegen ouderen in afhankelijkheidsrelaties* (2014). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0716 8 (elektronische publicatie)
- 2014-22 *Huwelijksmigratie in Nederland. Achtergronden en leefsituatie van huwelijksmigranten* (2014). Leen Sterckx, Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0702 1
- 2014-23 *Living with intersexe/DSD. An exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD* (2014). Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0717 5.
- 2014-24 *Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland. Een verkenning van hun leefsituatie* (2014). Ria Vogels, Mérove Gijsberts en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0719 9 (elektronische publicatie)
- 2014-25 *Krimp in de kinderopvang. Ouders over kinderopvang en werk* (2014). Wil Portegijs, Mariëlle Cloïn en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0718 2.
- 2014-26 *Op zoek naar bewijs II. Evaluatieontwerpen onderwijs- en cultuurmaatregelen* (2014). Monique Turkenburg, Lex Herweijer, Andries van den Broek, Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0720 5 (elektronische publicatie)

- 2014-27 *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp* (2014). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier, Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0721 2
- 2014-28 *Dichtbij huis. Lokale binding en inzet van dorpsbewoners* (2015). Lotte Vermeij, m.m.v. Anja Steenbekkers. ISBN 978 90 377 0722 9
- 2014-29 *Burn-out : verbanden tussen emotionele uitputting, arbeidsmarktpositie en Het Nieuwe Werken* (2014). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0723 6 (elektronische publicatie)
- 2014-30 *Bevrijd of beklemd? Werk, inhuur, inkomen en welbevinden van zzp'ers.* (2014). Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0710 6 (elektronische publicatie)
- 2014-31 *Natuur en Cultuur. Een vergelijkende verkenning van betrokkenheid en beleid* (2014). Anja Steenbekkers en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0726 7 (elektronische publicatie)
- 2014-32 *De acceptatie van homoseksualiteit door etnische en religieuze groepen in Nederland* (2014). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0704 5
- 2014-33 *Verskil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (2014). Cok Vrooman, Mérove Gijsberts, Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0724 3
- 2014-34 *Verenigd in verandering. Grote maatschappelijke organisaties en ontwikkelingen in de Nederlandse civil society* (2014). Hanneke Posthumus, Josje den Ridder en Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0725 0
- 2014-35 *Jongeren en seksuele oriëntatie. Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren* (2015). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0727 4
- 2014-36 *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (2014). Isolde Woittiez, Lisa Putman, Evelien Eggink en Michiel Ras. ISBN 978 90 377 0729 8
- 2014-37 *Emancipatiemonitor 2014* (2014). Ans Merens (scp), Marion van den Brakel (cbs) (red.). ISBN 978 90 377 0728 1
- 2014-38 *Aan het werk vanuit een bijstands- of werkloosheidsuitkering* (2014). Karin Wittebrood en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0733 5 (elektronische publicatie)
- 2014-39 *Armoedesignalement 2014* (2014). ISBN 978 90 377 0730 4
- 2014-40 *Kostenverschillen in de jeugdzorg. Een verklaring van verschillen in kosten tussen gemeenten* (2014). Michiel Ras, Evert Pommer, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0554 6 (elektronische publicatie)
- 2014-41 *De hoofdzaken van het Sociaal en Cultureel Rapport 2014* (2014). Cok Vrooman, Mérove Gijsberts en Jeroen Boelhouwer. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais. ISBN 978 90 377 0692 5
- 2014-43 *Culturele activiteiten in 2012: bezoek, beoefening en steun (Het culturele draagvlak, deel 13)* (2014). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0736 6 (elektronische publicatie)

SCP-publicaties 2015

- 2015-1 *Rapportage sport 2014* (2015). Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0731 1
- 2015-2 *Media:Tijd in beeld. Dagelijkse tijdsbesteding aan media en communicatie* (Het culturele draagvlak, deel 14) (2015). Nathalie Sonck, Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0732 8
- 2015-3 *Aanbod van arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid.* (2015). Jan Dirk Vlasblom, Patricia van Echtelt, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0595 9
- 2015-4 *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011* (2015). Inger Plaisier, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0641 3
- 2015-5 *Surveying ethnic minorities. The impact of survey design on data quality* (2015). Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0545 4
- 2015-6 *Maten voor gemeenten. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2007-2012* (2015). Evert Pommer, Ingrid Ooms, Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0738 0
- 2015-7 *Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk* (2015). Edith Josten, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0550 8
- 2015-8 *Langer in Nederland. Ontwikkelingen in de leefsituatie van migranten uit Polen en Bulgarije in de eerste jaren na migratie* (2015). Mérove Gijsberts (SCP), Marcel Lubbers (Radboud Universiteit). ISBN 978 90 377 0571 3
- 2015-9 *Gisteren vandaag. Erfgoedbelangstelling en erfgoedbeoefening* (Het culturele draagvlak, deel 15) (2015). Andries van den Broek, Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0665 9
- 2015-10 *Vrouwen, mannen en de hulp aan (schoon)ouders* (2015). Alice de Boer, Mirjam de Klerk, Ans Merens. ISBN 978 90 377 0745 8 (elektronische publicatie)
- 2015-11 *Jeugdzorg: verschil tussen budget en contract. Een voorbeeld uit de regio* (2015). Evert Pommer, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0737 3 (elektronische publicatie)
- 2015-12 *Wel trouwen, niet zoenen. De houding van de Nederlandse bevolking tegenover lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen 2015* (2015). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0742 7
- 2015-13 *Migranten uit Midden- en Oost-Europese landen in Nederland door de tijd gevolgd. Een vergelijking tussen twee panelonderzoeken* (2015). Mérove Gijsberts (SCP), Marcel Lubbers (RU), Jaco Dagevos (SCP/EUR), Joost Jansen (EUR), Godfried Engbersen (EUR), Erik Snel (EUR). ISBN 978 90 377 0744 1 (elektronische publicatie)
- 2015-14 *Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling* (2015). Inger Plaisier, Mirjam de Klerk (red.) ISBN 978 90 377 0748 9
- 2015-15 *De onderkant van de arbeidsmarkt in 2025* (2015). Marloes de Graaf-Zijl, Edith Josten, Stefan Boeters, Evelien Eggink, Jonneke Bolhaar, Ingrid Ooms, Adri den Ouden, Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0742 7 (elektronische publicatie)

- 2015-16 *Op afkomst afgewezen. Onderzoek naar discriminatie op de Haagse arbeidsmarkt* (2015). Iris Andriessen, Barbara van der Ent, Manu van der Linden, Guido Dekker. ISBN 978 90 377 0746 5
- 2015-17 *Co-wonen in context. Samenwonende generaties, mantelzorg en de kostendelersnorm in de AOW* (2015). Cok Vrooman, Alice de Boer, Jean Marie Wildeboer Schut, Isolde Woittiez, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0750 2 (elektronische publicatie)
- 2015-18 *Niet van de straat. De lokale samenleving in globaliserende, groeiende steden* (2015). Lotte Vermeij, Jeanet Kullberg. ISBN 978 90 377 0753 3 (elektronische publicatie)
- 2015-19 *Wmo- en AWBZ-voorzieningen 2009-2012; Een nulmeting* (2015). Ab van der Torre, Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0539 3
- 2015-20 *Vraag naar arbeid 2015* (2015). Patricia van Echtelt, Roelof Schellingerhout, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0754 0
- 2015-21 *Nederland in Europees perspectief. Tevredenheid, vertrouwen en opinies* (2015). Jeroen Boelhouwer, Gerbert Kraaykamp, Ineke Stoop.(red.). ISBN 978 90 377 0756 4
- 2015-22 *Opvoeden in niet-westerse migrantengezinnen. Een terugblik en verkenning* (2015). Freek Bucx, Simone de Roos (red.). ISBN 978 90 377 0673 4
- 2015-23 *Vijf jaar Caribisch Nederland. Gevolgen voor de bevolking* (2015). Evert Pommer, Rob Bijl (red.). ISBN 978 90 377 0755 7
- 2015-24 *Meer democratie, minder politiek? Een studie van de publieke opinie in Nederland* (2015). Josje den Ridder, Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0757 1
- 2015-25 *Pensioenen: solidariteit en keuzevrijheid. Opvattingen van werkenden over aanvullende pensioenen* (2015). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0758 8 (elektronische publicatie)
- 2015-26 *Vijf jaar Caribisch Nederland | Journalistieke samenvatting. Gevolgen voor de bevolking* (2015). Evert Pommer, Rob Bijl (ed.); samengevat door Karolien Bais. ISBN 978 90 377 760 1 (elektronische publicatie)
- 2015-27 *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2011. Een vergelijking van de langdurige zorg van 50-plussers in zestien Europese landen* (2015). Debbie Verbeek-Oudijk, Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0761 8 (elektronische publicatie)
- 2015-28 *Roemeense migranten. De leefsituatie in Nederland kort na migratie* (2015). Mérove Gijsberts (SCP), Marcel Lubbers (RU) ISBN 978 90 377 0763 2
- 2015-29 *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten.* (2015). Mariëlle Non (CPB), Ab van der Torre (SCP), Esther Mot (CPB), Evelien Eggink (SCP), Pieter Bakx (EUR), Rudy Douven (CPB). ISBN 978 90 377 0762 5 (elektronische publicatie)
- 2015-30 *55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 55-plussers.* (2015). Jantine van Lisdonk, Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0766 3
- 2015-31 *Werelden van verschil. Over de sociaal-culturele afstand en positie van migrantengroepen in Nederland.* (2015). Redactie: Willem Huijnk, Jaco Dagevos, Mérove Gijsberts, Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0767 0
- 2015-32 *Pensions: solidarity and choice. Opinions of working people on supplementary pensions.* (2015). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0771 7 (elektronische publicatie)

- 2015-34 *De sociale staat van Nederland 2015* (2015). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer, Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0768 7
- 2015-35 *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*(2015). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns, Sjoerd Kooiker. ISBN 978 90 377 0769 4
- 2015-36 *Betrokken wijken. Ervaringen van bewoners en professionals met wijkverbetering in vier (voormalige) aandachtswijken* (2015). Jeanet Kullberg, Lonneke van Noije, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Malika Igalla, m.m.v. Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0764 9
- 2015-37 *Zorg vragen of zorg dragen? Een verkenning van de invloed van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers.* (2015). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Debbie Verbeek-Oudijk, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0765 6 (elektronische publicatie)

Overige publicaties

- Burgerperspectieven 2014 | 1* (2014). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0701 4
- Burgerperspectieven 2014 | 2* (2014). Lonneke van Noije, Josje den Ridder, Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0714 4
- Burgerperspectieven 2014 | 3* (2014). Paul Dekker en Josje den Ridder, m.m.v. René Gude. ISBN 978 90 377 0653 6
- Burgerperspectieven 2014 | 4* (2014). Josje den Ridder, Maaïke den Draak, Pepijn van Houwelingen en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0735 9
- Burgerperspectieven 2015 | 1* (2015). Paul Dekker, Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0740 3
- Burgerperspectieven 2015 | 2* (2015). Josje den Ridder, Paul Dekker, Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0751 9
- Burgerperspectieven 2015 | 3* (2015). Paul Dekker, Pepijn van Houwelingen, Tom van der Meer. ISBN 978 90 377 0759 5

Gescheiden werelden? (2014). Mark Bovens, Paul Dekker en Will Tiemeijer (red.). ISBN 978 90 377 0734 2. Gezamenlijke uitgave van het SCP en de WRR.