



Wat als verpleeghuiszorg niet beschikbaar is

Bijlage bij *Wat als zorg wegvalt* (ISBN 978 90 377 0933 9)

Debbie Verbeek, Isolde Woittiez, Evelien Eggink

Inhoud

Wat als verpleeghuiszorg niet beschikbaar is	1
Inhoud	2
Aanleiding.....	3
Werkwijze	4
Wat als verpleeghuiszorg niet beschikbaar is	7
Vooral het zorgpakket wijkverpleging en het pakket huishoudelijke hulp zijn belangrijk.....	7
Uitwijkers naar het zorgpakket wijkverpleging zijn het meest kwetsbaar	9
Slotbeschouwing.....	12
Literatuur.....	14

Aanleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het SCP gevraagd inzicht te bieden in wat het voor de zorg en ondersteuning thuis betekent als er een tekort aan verpleeghuiszorg is. Als oudere mensen (ernstige) lichamelijke gezondheidsproblemen of (ernstige) geheugenklachten hebben zoals dementie, en het hen niet meer lukt om zelfstandig te blijven wonen, kan een indicatie voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en verhuizing naar een verpleeghuis de beste oplossing zijn. De zorg in het verpleeghuis betreft 24-uurszorg en toezicht waarbij alle verzorging en ondersteuning die de oudere nodig heeft binnen de instelling wordt geleverd. In deze publicatie betreft de verpleeghuiszorg alleen de mensen die permanent in een tehuis verblijven.

De aanleiding voor het verzoek zijn de zorgen die bestaan over onvoldoende capaciteit en het tekort aan personeel in de zorg en ondersteuning in verpleeghuizen op dit moment, een tekort dat waarschijnlijk op zal lopen met het toenemend aantal ouderen.¹ Begin 2020 stonden er bijna 18.000 mensen op de wachtlijst voor intramurale verpleging en verzorging, ofwel verpleeghuiszorg (TK 2019/2020).² Wat betekent een wachtlijst voor verpleeghuiszorg voor de zorg en ondersteuning thuis die cliënten dan moeten krijgen? Om daar zicht op te krijgen gaan we voor cliënten in de verpleeghuizen na hoe de afwezigheid van verpleeghuiszorg doorwerkt op de verschillende zorgvormen thuis.

In het SCP-onderzoek *Wat als zorg wegvalt* (Woittiez et al. 2019) wordt inzicht gegeven in welke zorg en ondersteuning nodig is om zelfstandig te kunnen blijven wonen. In die publicatie zijn verschillende berekeningen gepresenteerd waarbij is bekeken welke mogelijke alternatieven hulpbehoevenden die zelfstandig wonen hebben voor de zorg die zij ontvangen. De focus lag daarbij op de zorg die zelfstandig wonende mensen ontvangen en welke zorg verhuizing naar een verpleeghuis het meest voorkomt dan wel uitstelt. Op verzoek van het ministerie van VWS voegen we in deze notitie de omgekeerde situatie daaraan toe. Met deze notitie bieden we een stap in de beantwoording van de volgende vraag:

Wat betekent de wachtlijst voor verpleeghuiszorg voor het gebruik van zorg en ondersteuning thuis?

We zijn in dit onderzoek geïnteresseerd in de typen zorg en ondersteuning waarop mensen die op de wachtlijst staan voor verpleeghuiszorg vermoedelijk een beroep moeten doen bij onvoldoende capaciteit van de verpleeghuizen. Ofwel; op welke schouders komt de zorg en ondersteuning vooral terecht? Het gaat daarbij niet alleen om publiek gefinancierde zorg, maar ook om informele hulp en

¹ Duidelijk is dat door het coronavirus veel kwetsbare ouderen binnen en buiten de verpleeghuizen zijn overleden. Voor zover het mensen in de verpleeghuizen betreft komen hierdoor, hoe naar ook, plekken vrij. Dit en het overlijden van thuiswonende ouderen zal de grootte van de wachtlijsten verkleinen. Hoewel er nog veel onduidelijk is, lijkt het erop dat ouderen die het coronavirus overleefd hebben, in ieder geval de eerste tijd daar ernstige gezondheidsklachten van overhouden. Dat zal mogelijk de wachtlijst vergroten. Naar verwachting zal alleen op korte termijn (1 a 2 jaar) de extra sterfte door het coronavirus zichtbaar zijn in de CBS-bevolkingsprognoses (Stoeldraijer et al. 2019). Op langere termijn zal de extra sterfte nauwelijks invloed hebben op de demografische ontwikkeling omdat er relatief weinig extra overlijdens zijn van mensen die niet kwetsbaar waren, en daarmee al een korte levensverwachting hadden. De gevolgen voor de wachtlijstproblematiek in de verpleeghuizen zijn daarmee onduidelijk.

² Bijna 1.500 van de mensen op de wachtlijst zijn zogeheten actief wachtenden, ruim 16.000 mensen zijn niet-actief wachtenden. Actief wachtenden moeten binnen zes weken in een instelling worden opgenomen. Dat kan een instelling dichtbij zijn, maar ook ver weg. Niet-actief wachtenden wachten op een voorkeursinstelling. Wanneer een actief wachtende een aangeboden plek weigert, verandert de wachtstatus in niet-actief wachtend.

zelf betaalde hulp die mogelijk wordt ontvangen. Hoewel bekend is welke publieke zorg en ondersteuning mensen die op de wachtlijst staan voor verpleeghuiszorg ontvangen, is er geen informatie over het ontvangen van informele en zelf betaalde zorg, en de combinatie daarvan met publiek gefinancierde zorg. In deze notitie maken we daarvan een inschatting. Daarvoor gebruiken we gegevens over ouderen die al woonachtig zijn in een verpleeghuis en over zelfstandig wonende mensen met een beperking. Volgens de methodiek van de publicatie *Wat als zorg wegvalt* (Woittiez et al. 2019) berekenen we een scenario waarbij de verpleeghuiszorg in zijn geheel niet beschikbaar is. Hiermee krijgen we inzicht in de mate waarin er dan mogelijk een extra beroep zal worden gedaan op de zorgvormen thuis, zowel publiek gefinancierd, informeel als zelf betaald. De verpleeghuisbewoners staan daarmee als het ware model voor de mensen die op de wachtlijst voor verpleeghuiszorg staan. De zorg en ondersteuning voor mensen in een verpleeghuis verschilt echter van die voor zelfstandig wonenden (al dan niet op de wachtlijst). Denk aan de woon- en welzijnsfunctie die voor tehuisbewoners veel sterker aanwezig is. Dat betekent dat het hier berekende scenario gezien moet worden als een *minimum schatting* van de benodigde zorg en ondersteuning thuis. We onderzoeken hier ook niet of er voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel of mantelzorgers zijn om eventuele extra vraag naar zorg thuis op te vangen en of de zorg (zowel thuis als in een verpleeghuis) passend en toereikend is. De resultaten zijn daarmee ook expliciet niet te interpreteren als argumentatie om het aantal verpleeghuisplekken te verminderen. De weg naar een verpleeghuis is immers iets heel anders dan de weg terug.

Werkwijze

Met de aanpak uit *Wat als zorg wegvalt* kunnen we niet het specifieke gevolg voor het zorggebruik in de thuissituatie van de ruim 17.000 wachtenden voor verpleeghuiszorg modelleren. Wat we wel kunnen doen is een extreem scenario doorrekenen waarbij de verpleeghuiszorg in zijn geheel niet beschikbaar is en inzichtelijk maken op welke vormen van zorg en ondersteuning thuis daardoor vermoedelijk een (extra) beroep zou moeten worden gedaan. Zoals gezegd zonder de aanname dat dit beschikbaar en passend is. We hanteren dezelfde methode als die in de publicatie *Wat als zorg wegvalt* (Woittiez et al. 2019). Een uitgebreide beschrijving van de werkwijze met bijbehorende voor- en nadelen is in die publicatie te vinden. In deze paragraaf volstaan we met een korte samenvatting van de werkwijze en gaan we in op welke conclusies we daarmee wel en niet kunnen trekken.

Gegevens

De basis van de analyses ligt in het gebruik van de gegevens uit het Onderzoek Zorggebruik (OZG) onder thuiswonenden uit de periode 2014 tot en met 2016 en het onderzoek Ouderen in Instellingen uit 2015 (OII). In deze onderzoeken is gevraagd naar onder meer persoonskenmerken en het gebruik van zorg en ondersteuning van de ondervraagde personen.

De gegevens betreffen zoals gezegd de periode 2014 tot 2016. De invoering van de Wet Langdurige zorg (Wlz) begin 2015 valt binnen deze periode en daarmee is de toegang tot verpleeghuiszorg aangescherpt. De lichtere vormen van verpleeghuiszorg (zorgzwaartepakket 1 tot en met 3) bestaan niet langer. In 2015 had circa 10% van de verpleeghuisbewoners nog een zpp 3 of lager. Dat betekent dat de zorgbehoefte van de verpleeghuisbewoners in onze gegevens iets lager was dan het nu zal zijn.

We gaan uit van de enquêtegegevens over ruim 9000 volwassenen (18-plus) die in de thuissituatie of een verpleeghuis wonen. Deze gegevens weerspiegelen de situatie voor de overeenkomstige Nederlandse 18-plus-bevolking zo goed mogelijk. In dit onderzoek heeft iemand een gezondheidsbeperking als hij/zij een lichamelijke beperking, ernstige geheugenklachten (waaronder

dementie) of een laag psychisch welbevinden³ heeft. Het gaat hier om beperkingen zoals door de respondenten zelf gerapporteerd. Een derde van de Nederlandse 18-plus-bevolking heeft volgens deze definitie een gezondheidsbeperking.

Net zoals in *Wat als zorg wegvalt* kijken we alleen naar het gebruik van zorg en ondersteuning, niet naar medische, paramedische en psychosociale zorg. Een persoon kan verschillende vormen van zorg en ondersteuning tegelijk ontvangen. Om dubbeltellingen van ontvangers van hulp te voorkomen, delen we gebruikers in bij de zwaarste zorgvorm die zij ontvangen en maken we zorgpakketten. Het uitgangspunt is dan dat zorgvormen die vaak zonder andere zorg worden gebruikt relatief lichte zorgvormen zijn. Daarnaast nemen we aan dat informele en zelf betaalde hulp over het algemeen lichtere zorgvormen betreffen. Een zorgpakket omvat dus niet alleen de zwaarste zorgvorm die wordt ontvangen, maar ook de ontvangen lichtere zorgvormen. Op deze manier komen we tot de volgende zorgpakketten: alleen zorg en ondersteuning van familie en het sociale netwerk (informele hulp), zelf betaalde hulp, publiek gefinancierde zorg vanuit de Wmo 2015 (huishoudelijke hulp of begeleiding), de Zorgverzekeringswet (Zvw; wijkverpleging) en de Wet langdurige zorg (Wlz; verpleeghuiszorg).^{4,5} Ter illustratie, mensen die het zorgpakket huishoudelijke hulp vanuit de Wmo ontvangen, kunnen ook zelf betaalde of informele hulp ontvangen, maar niet in combinatie met begeleiding of wijkverpleging. Immers, als ze die zorgvormen zouden ontvangen, zouden we ze bij een zwaarder zorgpakket hebben ingedeeld (zie Woittiez et al. 2019).

Methodie

De hier gepresenteerde uitkomsten zijn gebaseerd op kwantitatieve analyses, waar een statistisch verklarend model aan ten grondslag ligt. We bepalen de vorm van zorg en ondersteuning thuis waarop het meest waarschijnlijk een beroep zal worden gedaan als mensen geen gebruik kunnen maken van verpleeghuiszorg. Dit doen we op basis van de uitkomsten van het verklaringsmodel. In feite kijken we naar de profielen (combinaties van kenmerken) van verpleeghuisbewoners: in hoeverre corresponderen die met de profielen van de gebruikers van andere zorgpakketten? Met andere woorden, we gaan ervanuit dat mensen, als zij geen gebruik kunnen maken van verpleeghuiszorg, waarschijnlijk gebruik moeten maken van de zorgvorm die wordt ontvangen door de thuiswonenden die het meest op hen lijken. Zie Woittiez et al. 2019 voor meer informatie over de gevolgde methode.

Veronderstellingen in het model

Bij de gegevens die we tot onze beschikking hebben en de gebruikte methode hoort een aantal veronderstellingen. Ten eerste berekenen we zoals gezegd het effect van een maximaal capaciteitstekort in verpleeghuizen door te veronderstellen dat voor alle bewoners deze zorg niet beschikbaar zou zijn. Dat zou in werkelijkheid een ingrijpende en onrealistische verandering zijn. Het gaat dus niet om de wekelijkse situatie van de huidige mensen op de wachtlijst, maar om een inschatting daarvan. Ten tweede wordt verondersteld dat het aanbod de vraag tegemoet komt. We

³ Dit bepalen we aan de hand van de zogenoemde MHI5-score.

⁴ Vormen als logeeropvang, crisiszorg, revalidatie en eerstelijnsverblijf vallen dus buiten het bestek van het onderzoek. Ook bevatten onze databestanden geen informatie over het volledige pakket thuis (vpt) en modulair pakket thuis (mpt) en daarom kan dit niet als aparte zorgvorm in ons model opgenomen worden. De geleverde zorg zal voor eventuele gebruikers van vpt of mpt in de enquête als zorg thuis worden beschouwd.

⁵ Als de hulp gefinancierd wordt via een persoonsgebonden budget (pgb), rekenen we deze hulp tot de publiek gefinancierde hulp, ook wanneer het pgb wordt gebruikt om een familielid te compenseren voor de geleverde hulp.

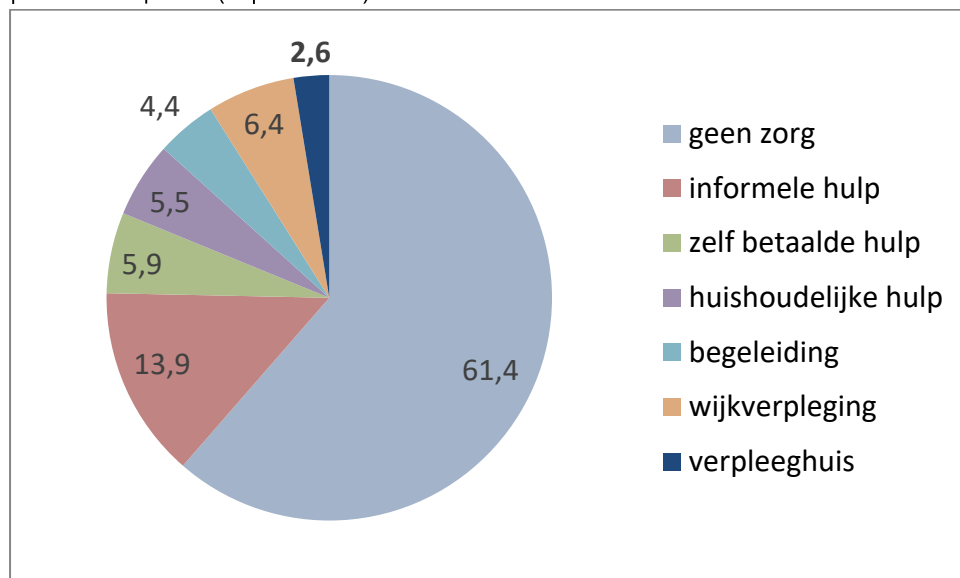
gaan er dus van uit dat voor iedereen die dat zou vragen de zorgpakketten thuis beschikbaar zijn. In werkelijkheid kan het aanbod van de zorgpakketten thuis onvoldoende zijn. Over de gevolgen voor het benodigde personeel kunnen wij, zoals aangegeven, geen uitspraken doen. Dat geldt ook voor de vraag of de meest waarschijnlijke verschuiving in zorgvorm passend is of niet. Overigens is ook in de waargenomen situatie niet duidelijk of de zorg die mensen met gezondheidsbeperkingen ontvangen toereikend of passend is. Hierover is onvoldoende informatie beschikbaar. Kortom, met deze veronderstellingen creëren we een versimpelde weergave van de werkelijke zorgsituatie van wachtenden waarbij de werkelijke verpleeghuisbewoners model staan voor mensen die op de wachtlijst staan voor deze zorg. Dit stelt ons in staat inzichtelijk te maken hoe de wachtlijst voor verpleeghuiszorg doorwerkt op de verschillende vormen van zorg en ondersteuning thuis. Omdat mensen alleen voor een verpleeghuis in aanmerking komen als zij het met zorg thuis niet redden, moet de zorg die thuiswonenden met een vergelijkbaar profiel ontvangen worden gezien als de minimale zorg die verpleeghuisbewoners zouden moeten ontvangen in de thuissituatie.

Wat als verpleeghuiszorg niet beschikbaar is

Bijna twee derde van de Nederlandse 18-plussers met (lichte of ernstige) gezondheidsbeperkingen ontvangt geen van de onderscheiden zorgpakketten (figuur 1). Ongeveer 40% van de mensen met gezondheidsbeperking ontvangt dus een of meer van deze vormen van zorg en ondersteuning, ofwel ruim 2,3 miljoen mensen. Het vaakst betreft het informele hulp (bijna 14% van de 18-plussers met een beperking), gevolgd door het zorgpakket wijkverpleging (6,4%), zelf betaalde hulp (5,9%), huishoudelijke hulp (5,5%) en begeleiding (4,4%).⁶ 2,6% van de 18-plussers met een beperking woont permanent in een verpleeghuis en ontvangt daar 24-uurszorg en -toezicht.⁷ Dat betreft ongeveer 114.000 mensen.⁸ Over deze mensen gaat deze notitie.

Figuur 1

Verdeling van zorgpakketten over de bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen in de periode 2014-2016 (in procenten)^a



a n = 5182.

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

Vooraf het zorgpakket wijkverpleging en het pakket huishoudelijke hulp zijn belangrijk

We hebben, zoals aangegeven in paragraaf 1.2, met behulp van een statistisch verklarend model berekend op welke vormen van zorg en ondersteuning tehuisbewoners minimaal een beroep zouden moeten doen als zij geen gebruik zouden kunnen maken van verpleeghuiszorg. In dat geval,

⁶ Zoals gezegd gaat het hier om de zorgpakketten.

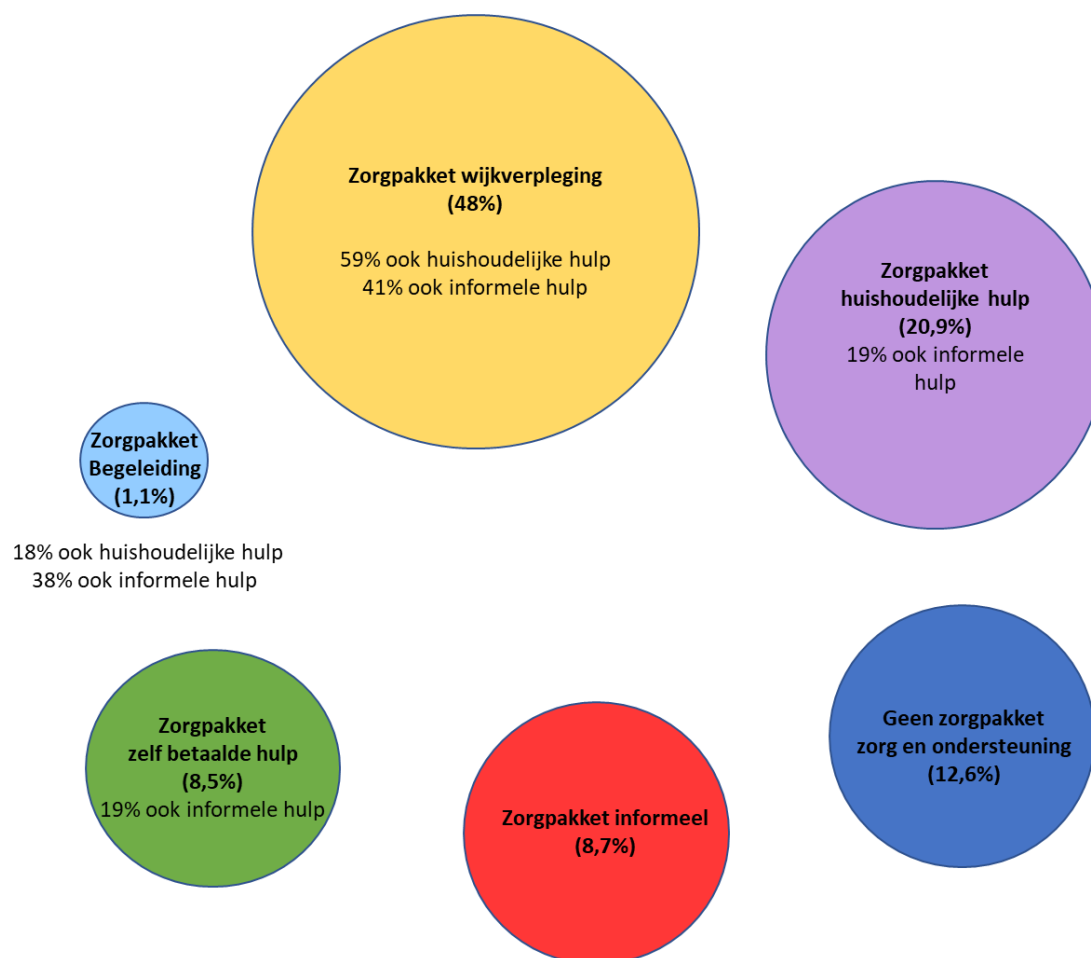
⁷ Het gaat hier om 55-plussers; slechts 3% van de verpleeghuisbewoners is jonger dan 55 jaar (CBS 2018).

⁸ Het aantal permanente verpleeghuisbewoners van 55 jaar en ouder is door het CBS vastgesteld ten behoeve van de steekproeftrekking op basis van de Zorgkaart Nederland en informatie over de AWBZ. Vrijwel alle verpleeghuisbewoners hebben volgens de definitie in dit rapport een gezondheidsbeperking. Dit aantal van 114.000 spooft overigens goed met het aantal verpleeghuisbewoners dat gerapporteerd wordt in een recent onderzoek van TNO (Hinkema et al. 2019).

zou een groot deel van de bewoners vermoedelijk minimaal een beroep moeten doen op het zorgpakket wijkverpleging (48%), ofwel op de combinatie van wijkverpleging met lichtere vormen van hulp (zie figuur 2). Dit aandeel is vergelijkbaar met dat uit eerder onderzoek waaruit bleek dat ongeveer de helft van de mensen met een indicatie voor Wlz-zorg voorafgaand aan de aanvraag wijkverpleging ontvingen (Van Klaveren et al. 2017). Dat de meesten naar het zorgpakket wijkverpleging uitwijken, is voor verpleeghuiszorg is niet verrassend. Wijkverpleging is het zwaarste zorgpakket thuis en de zorgbehoefte van de ontvangers is net als bij verpleeghuisbewoners over het algemeen groot (zie bijv. Woittiez et al. 2019). Volgens de berekeningen zal toch een deel van de verpleeghuisbewoners een beroep moeten doen op een van de andere, lichtere zorgpakketten thuis, wanneer er geen verpleeghuiszorg beschikbaar is. Deze verpleeghuisbewoners hebben dan eenzelfde profiel als de ontvangers van deze zorgpakketten. Voor ruim 20% van de verpleeghuisbewoners betreft dat het zorgpakket huishoudelijke hulp vanuit de Wmo, voor 9% informele hulp en voor eveneens 9% zelf betaalde hulp. Hoewel dit relatief lichte zorgvormen zijn, heeft een deel van de ontvangers een grote zorgbehoefte (Woittiez et al. 2019). Zelfs een dusdanig grote hulpbehoefte dat de grote zorgbehoefte van de verpleeghuisbewoners hierop lijkt. Het zal zeer waarschijnlijk intensieve zorg met relatief veel zorguren betreffen (zie ook tabel 1). Het is maar de vraag in welke mate dergelijke zware zorgsituaties langdurig vol te houden zijn in de thuissituatie. Slechts 1% van de verpleeghuisbewoners zou vermoedelijk een beroep doen op het zorgpakket begeleiding vanuit de Wmo. Dit zou ook niet voor de hand liggen omdat het zorgpakket begeleiding vaak door jongeren met een beperking wordt ontvangen die ondersteuning nodig hebben bij de organisatie van het huishouden of het leren omgaan met een beperking, of dagbesteding of dagopvang hebben. Hoewel laatstgenoemde vormen van begeleiding ook door thuiswonende ouderen worden gebruikt is dit vaak in combinatie met zwaardere zorg (wijkverpleging). De berekeningen geven verder aan dat een achtste van de verpleeghuisbewoners een profiel heeft dat lijkt op het profiel van diegenen die geen beroep op zorg doen als er geen verpleeghuiszorg beschikbaar is. Dat lijkt weliswaar opmerkelijk, maar dergelijke percentages vinden we ook in ander onderzoek terug. Zo blijkt dat ongeveer 10% van verpleeghuisbewoners voor verhuizing naar de instelling geen zorg en ondersteuning ontving (Van Klaveren et al. 2017). Voor deze bewoners was een incident, zoals een val of een beroerte, de reden voor een plotselinge, maar sterke verslechtering van de gezondheid waardoor zelfstandig wonen niet langer een optie was. Ook heeft een deel van de mensen met een grote zorgbehoefte (zoals mensen met dementie) weinig besef heeft van hun beperkingen en onderschatten deze sterk waardoor onvoldoende hulp kan worden geboden.

Figuur 2

Inschatting van het minimale beroep op zorgpakketten thuis als verpleeghuiszorg niet beschikbaar is, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen, 2014-2016 (in procenten)^{a, b}



a n=1601.

b Leesvoorbeeld: 48% van de gebruikers van het zorgpakket verpleeghuiszorg zou vermoedelijk een beroep doen op het zorgpakket wijkverpleging als verpleeghuiszorg niet beschikbaar is. 59% zal naast wijkverpleging vermoedelijk ook huishoudelijke hulp ontvangen en 41% ook informele hulp.

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

Uitwijkers naar het zorgpakket wijkverpleging zijn het meest kwetsbaar

De analyse geeft dus aan dat mensen het vaakst een beroep zouden moeten doen op het zorgpakket wijkverpleging als er geen verpleeghuiszorg beschikbaar is (figuur 2). Dat komt doordat zij qua hulpbehoefte, leeftijd en inkomen het meest lijken op de huidige 18-plussers met een beperking die het zorgpakket wijkverpleging ontvangen (of wijkverpleging in combinatie met lichtere vormen van zorg of ondersteuning) (zie figuur 2). Deze bewoners zijn relatief oud (gemiddeld 86 jaar), vaak verweduwd en zitten meestal niet in de hoogste inkomenscategorie (tabel 1). Ook is er in bijna alle gevallen sprake van ernstige lichamelijke beperkingen en gebruik van hulpmiddelen en heeft bijna de helft (ernstige) geheugenklachten.

De bewoners voor wie het zorgpakket huishoudelijke hulp vanuit de Wmo de minimale optie is, hebben iets minder vaak ernstige gezondheidsproblemen (83%) dan bewoners die naar wijkverpleging zouden moeten uitwijken (93%), maar nog altijd veel gezondheidsproblemen. Het

gaat hier dus niet om lichte zorg. Ze hebben nog vaker dan degenen die een beroep zouden moeten doen op het zorgpakket wijkverpleging, een laag inkomen en een laag opleidingsniveau. De bewoners die minimaal het zorgpakket zelf betaalde zorg zouden moeten gebruiken (8,5%), hebben zoals te verwachten vaker een inkomen in de hoogste categorie en zijn vaker hoog opgeleid. Informele hulp ontvangen zonder andere vormen van hulp lijkt vooral mogelijk voor bewoners van wie de partner nog in leven is (het aandeel verweduwden is relatief laag). Dit zou echter een groot beroep doen op de partner die dan mantelzorg zou moeten leveren. De zorgbehoefte is namelijk ook nog steeds hoog voor deze groep bewoners. Drie kwart van hen heeft een ernstige lichamelijke beperking, ruim een derde heeft psychische klachten en bijna de helft heeft ernstige geheugenklachten/dementie.

Zoals aangegeven lijkt een deel van de verpleeghuisbewoners qua kenmerken (profiel) op de mensen die ondanks enige gezondheidsbeperkingen geen zorg ontvangen. Het valt op dat deze groep bewoners veel minder hulpbehoevend is en vaker man is dan de andere groepen.⁹ Zoals gezegd is het waarschijnlijk dat deze mensen na bijvoorbeeld een val of een beroerte naar een verpleeghuis zijn verhuisd. Ook is het mogelijk dat het hier relatief gezonde bewoners betreft die in het verleden met hun hulpbehoevende partners mee zijn verhuisd. Daarnaast gaat het hier grotendeels om door de bewoners zelf gerapporteerde gezondheidsproblemen.¹⁰ Het kan zijn dat een deel van de mensen in verpleeghuizen weinig besef heeft van hun beperkingen en deze sterk onderschatten, waardoor het ten onrechte lijkt alsof ze met de groep die geen zorg ontvangt overeenkomen. Al met al lijkt het niet realistisch om aan te nemen dat deze groep bewoners helemaal geen zorg zouden ontvangen als er geen verpleeghuiszorg beschikbaar zou zijn; de weg heen naar het verpleeghuis is in dit geval immers heel iets anders dan de weg terug.

⁹ Waarom we vaker mannen in deze groep aantreffen, weten we niet. Het zou kunnen omdat mannen de hulp van een partner vaak niet als hulp zien en/of omdat ze moeilijker hulp aanvragen als ze een gezondheidsbeperking hebben.

¹⁰ Alleen wanneer er dementie is vastgesteld bij een verpleeghuisbewoners is de eerst verantwoordelijke verzorgende gevraagd naar de verschillende gezondheidsaspecten.

Tabel 1

Enkele kenmerken van uitwijkers naar de verschillende zorgpakketten als verpleeghuiszorg niet beschikbaar is, 2014-2016, bevolking van 18 jaar en ouder met gezondheidsbeperkingen (in gewogen procenten en gemiddelden)^{a,b,c}

	geen zorg	informele hulp	zelf betaalde hulp	huishoudelijke hulp	begeleiding	wijkverpleging
hulpbehoefte						
ernstige lichamelijke beperkingen	55	78	69	83	75	93
meer dan 1 aandoening	48	60	62	63	58	64
psychische klachten	30	36	29	37	59	35
dementie	43	47	53	51	51	49
hulpmiddelen						
	70	85	89	85	88	96
persoonskenmerken						
gemiddelde leeftijd	81	81	85	85	75	86
vrouw	56	67	80	78	59	77
hulpbronnen ^d						
verweduwd	42	36	63	67	28	71
in hoogste inkomenscategorie	18	18	39	7	14	13
opleidingsniveau						
laag opgeleid	76	78	64	88	76	84
middelbaar opgeleid	12	12	19	8	09	11
hoog opgeleid	12	10	17	4	14	6

a n=1601.

b Uitwijkers zijn de mensen die in de basissituatie gebruikmaken van verpleeghuiszorg. Zij zullen wanneer deze zorg niet beschikbaar zou zijn vermoedelijk een beroep moeten doen op een van de zorgpakketten thuis.

c Leesvoorbeeld: van de bewoners die vermoedelijk een beroep zullen moeten doen op het zorgpakket wijkverpleging heeft 93% ernstige lichamelijke beperkingen en heeft 64% meer dan één aandoening.

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

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

Slotbeschouwing

Het ministerie van VWS heeft het SCP gevraagd inzicht te bieden in wat de wachtlijst voor verpleeghuizen betekent voor het gebruik van de zorg en ondersteuning thuis. Het gaat daarbij zowel om publiek gefinancierde zorg als informele hulp en zelf betaalde hulp. We hebben volgens de methodiek van de publicatie *Wat als zorg wegvalt* (Woittiez et al. 2019) het extreme scenario doorgerekend waarbij de verpleeghuiszorg in zijn geheel niet beschikbaar is. De verpleeghuisbewoners staan daarbij model voor degenen die op de wachtlijst staan voor die zorg. De berekeningen bieden daarmee inzicht in de mate waarin de wachtlijst voor verpleeghuiszorg doorwerkt op de verschillende zorgvormen thuis. De resultaten zijn expliciet niet te interpreteren als argumentatie om het aantal verpleeghuisplekken te verminderen. De weg naar een verpleeghuis is immers iets heel anders dan de weg terug.

Deze notitie verschijnt te midden van de coronapandemie. Duidelijk is dat het coronavirus kwetsbare ouderen binnen en buiten de verpleeghuizen hard heeft geraakt. Er hebben relatief veel besmettingen in verpleeghuizen plaatsgevonden en van de mensen die aan het virus zijn overleden – zowel binnen de verpleeghuizen als daarbuiten – behoren verreweg de meesten tot de alleroudsten in onze samenleving. Op dit moment is het nog onduidelijk wat hiervan precies de gevolgen zijn voor de wachtlijstproblematiek binnen de verpleeghuiszorg. Bij de hier gepresenteerde resultaten konden we daar dus ook geen rekening mee houden.

Als mensen geen gebruik kunnen maken van verpleeghuiszorg, zou onze minimumschatting zijn dat de helft van de bewoners vermoedelijk een beroep moeten doen op het zorgpakket wijkverpleging, ofwel wijkverpleging vaak in combinatie met huishoudelijke en informele hulp. Dat het extra beroep op het zorgpakket wijkverpleging het grootst zou zijn is ook logisch. De zorgbehoefte en de kenmerken van de ontvangers van dit pakket is in veel gevallen vergelijkbaar met die van verpleeghuisbewoners. Bij de eerdere berekeningen zagen we ook dat vooral bij het scenario waarbij het pakket wijkverpleging niet beschikbaar zou zijn een groot deel van de ontvangers zou moeten uitwijken naar verpleeghuiszorg (Woittiez et al. 2019). De wachtlijst voor verpleeghuiszorg zal echter niet alleen doorwerken op de vraag naar het pakket wijkverpleging, maar vermoedelijk ook bij lichtere zorgpakketten van zorg en ondersteuning thuis terecht komen. Naar schatting zal circa een op de vijf (21%) een beroep doen op het zorgpakket huishoudelijke hulp vanuit de Wmo, 9% op informele hulp en eenzelfde deel op zelf betaalde hulp. Dit is waarschijnlijk de ondergrens van de werkelijk benodigde zorg: de zorg die men in het verpleeghuis krijgt omvat immers ook zaken die we hier niet meten zoals de woon en welzijnscomponent. Deze zullen in de thuissituatie ook moeten worden geleverd.

De zorgbehoefte van ouderen in een verpleeghuis is vanzelfsprekend groot. Deze ouderen hebben intensieve zorg nodig en in veel gevallen 24-uurstoezicht. Meer dan de helft van de verpleeghuispopulatie heeft immers ernstige geheugenklachten of dementie (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Daarnaast is de verblijfsduur in het verpleeghuis soms lang. Zo verblijft de helft van de cliënten meer dan anderhalf jaar in een verpleeghuis (Zorginstituut Nederland) en kan dit oplopen tot wel zes jaar (Verenso 2019). Dit betekent dat er langdurig zware ondersteuning nodig is. Ook de ouderen die op de wachtlijst staan voor opname in een verpleeghuis kennen een grote zorgbehoefte die langdurig kan zijn. Op basis van onze berekeningen verwachten we dat de zorg voor deze wachtenden vooral op de schouders van de wijkverpleging en mantelzorgers terecht komt. Het is maar de vraag in welke mate dergelijke zware zorgsituaties langdurig vol te houden zijn als de zorgbehoevende nog zelfstandig woont. Vooral voor mantelzorgers zijn dit zware zorgsituaties (De Boer et al. 2019). De zorg wordt vaak verleend door de partner van de oudere, die zelf ook op

leeftijd is en wellicht ook met gezondheidsproblemen te maken heeft, of door volwassen kinderen die lang niet altijd om de hoek wonen en de zorg moeten combineren met verantwoordelijkheden op het werk en/of in het gezin.

De wijkverpleging kampt structureel met personeelstekorten, en die tekorten worden groter (Vilans 2018). Verpleegkundigen en verzorgenden ondervinden dagelijks hinder van deze tekorten; het (plotseling) draaien van extra diensten, het werken met wisselende krachten, oproepkrachten of niet voldoende gekwalificeerde krachten en kleinere teams per dienst (Vilans 2018). Met de komst van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg – zoals opgesteld door het Zorginstituut Nederland (2017), zijn er binnen verpleeghuizen twee mensen nodig bij de verzorging op kritieke momenten. Wanneer eenzelfde kader gehanteerd zou worden voor zelfstandig wonenden met eenzelfde zorgbehoefte zou dat dus ook extra bemensing vereisen. Capaciteit die de wijkverpleging niet heeft.

Het terugdringen van de wachtlijsten en het op peil brengen van de capaciteit in de verpleeghuizen – zoals het ministerie van VWS voor ogen heeft (TK 2019/2020) – betekent volgens onze berekeningen dus niet alleen verlichting van de druk op wijkverpleging, maar biedt ook respijt voor zware en kwetsbare mantelzorgsituaties.

Literatuur

Boer, Alice de, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2019). *Mantelzorgers in het vizier. Beleidssignalement mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

CBS (2018). *Personen in institutionele huishoudens; geslacht en leeftijd, 1 januari*. Geraadpleegd op 6 april 2020 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82887NED/table?ts=1561629618875>.

Hinkema, Menno, Stefan van Heumen en Norman Egter van Wissekerke (2019). *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg*. Delft: TNO.

Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Amersfoort: BMC Advies.

Stoeldraijer, L., C. van Duin en C. Huisman (2019). *Statistische trends. Kernprognose 2019-2060: 19 miljoen inwoners in 2039*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

TK 2019/2020. *Kwaliteit van zorg*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 18 oktober 2019, vergaderjaar 2019/2019, 31 765, nr. 453.

Verbeek-Oudijk, Debbie en Crétien van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verenso (2019). *Factsheet Verblijfsduur verpleeghuispatiënten langer dan negen maanden*. Geraadpleegd op 6 mei 2020 via https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/20190130-Verenso_Factsheet-verblijfsduur.pdf.

Vilans (2018). *Wijkverpleging: uitdagingen en knelpunten*. Utrecht: Vilans.

Woittiez, Isolde, Evelien Eggink en Debbie Verbeek-Oudijk (2019). *Wat als zorg wegvalt. Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.