

Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007

Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007

Jedid-Jah Jonker
Klarita Sadiraj
Isolde Woittiez
Michiel Ras
Meike Morren

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, november 2007

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 Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn 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 Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2007

SCP-publicatie 2007/31

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

Omslagillustratie: Ien van Laanen, Amsterdam

ISBN 13 978-90-377-0334-4

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.

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

Parnassusplein 5

2511 vx Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Vraagstelling	13
1.1 Centrale vraagstelling	13
1.2 Centrale begrippen	14
1.3 Data	17
1.4 Opzet van het rapport	18
2 Oplossingen voor verzorgingsproblemen	19
2.1 Inleiding	19
2.2 De zorgpakketten van de manifeste vraag	19
2.3 De zorgpakketten van het gebruik	23
2.4 Combinaties van gebruikte zorgproducten	24
2.5 Samenvatting	25
3 Constructie van de determinanten	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Gezondheidskenmerken	27
3.2.1 Beperkingen	27
3.2.2 (Chronische) aandoening/medische diagnose	29
3.3 Demografische kenmerken	30
3.4 Sociaaleconomische variabelen	32
3.5 Vormen van ondersteuning	34
3.6 Samenvatting	37
4 Verklaringsmodel potentiële vraag en gebruik	38
4.1 Inleiding	38
4.2 Verklaringsmodel	38
4.3 De potentiële vraag	39
4.3.1 Definitie van de potentiële vraag	39
4.3.2 Determinanten van de potentiële vraag	42
4.3.3 Determinanten van de manifeste vraag	48
4.3.4 Toekenning van de vraag naar zorg	52
4.4 Model van het gebruik van verpleging en verzorging	53
4.5 Samenvatting	59

5	Trends in determinanten van vraag en gebruik	60
5.1	Inleiding	60
5.2	Trends in demografische kenmerken	61
5.3	Trends in aandoeningen en in beperkingen	65
5.4	Trends in sociaaleconomische kenmerken	67
5.5	Verschillen met trends in vorige rapportage	68
5.6	Samenvatting	70
6	Raming verpleging en verzorging	71
6.1	Inleiding	71
6.2	Raming van de potentiële vraag naar verpleging en verzorging	71
6.3	Raming van het gebruik van verpleging en verzorging	76
6.4	Vergelijking met oude ramingen	81
6.5	Conclusie en discussie	83
	Summary	86
	Bijlagen	
	Bijlage A Invloed en ontwikkeling van determinanten	90
	Bijlage B Ramingen exogenen	94
	Literatuur	101
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	102

Voorwoord

Hoewel genoegzaam bekend is dat de bevolking de komende jaren zal gaan vergrijzen, is er minder duidelijkheid over de gevolgen hiervan voor verschillende voorzieningen. Zo zal de vraag naar en het gebruik van zorg naar algemene verwachting toenemen, maar is op voorhand niet duidelijk op welke zorgvoorzieningen de ouderen van morgen een beroep zullen gaan doen. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het SCP in 2004 een verklaringsmodel voor de sector verpleging en verzorging ontwikkeld. Het model geeft inzicht in de relatie tussen persoonlijke kenmerken en de zorgvoorzieningen die ouderen kunnen kiezen. In het onderhavige onderzoek is dit verklaringsmodel, wederom op verzoek van het ministerie, geactualiseerd. Hierbij is gebruik gemaakt van de meest recente beschikbare gegevens. De uitkomsten van dit onderzoek laten zien hoe de vraag naar en het gebruik van de verschillende voorzieningen zich de komende jaren zullen ontwikkelen. De ramingshorizon is voor het onderhavige rapport verbreed van 2020 tot 2030, omdat dan de naoorlogse geboortegolf de vergrijzing tot een hoogtepunt stuwt.

Dit onderzoek maakt onderdeel uit van een traject waarin het verklaringsmodel verder zal worden ontwikkeld. Zo zal in de loop van volgend jaar een model worden gepresenteerd, dat de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging niet meer in personen maar in uren raamt.

Onze dank gaat uit naar drs. René Poos en dr. Nancy Hoeymans van het RIVM voor het opstellen van trendgegevens over chronische aandoeningen en naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor het beschikbaar stellen van hun gegevensbestand met indicatiebesluiten over zorgaanvragen.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Door de vergrijzing zal de vraag naar en het gebruik van zorg de komende jaren naar verwachting sterk toenemen. Ouderen maken met name veel gebruik van thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, samen ‘verpleging en verzorging’ genoemd. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) is daarom geïnteresseerd in de ontwikkeling van verpleging en verzorging in de komende decennia. In dit onderzoek worden ramingen van de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging tot aan de piek van de vergrijzing (2030) gepresenteerd. Het betreft een update van ramingen die in 2004 werden gepresenteerd (zie Timmermans en Woittiez 2004a en b). In de onderhavige studie zijn nieuwe gegevens gebruikt en enkele daaruit voortvloeiende wijzigingen ten aanzien van het model doorgevoerd. Dit rapport geeft een beschrijving van de gebruikte gegevens, het model en de ramingen.

Potentiële vraag en gebruik

De centrale vraag die in dit onderzoek wordt beantwoord, is: ‘Hoe ontwikkelen de vraag en het gebruik van verpleging en verzorging zich van 2006 tot 2030?’ Er moet wel direct worden opgemerkt dat vraag en gebruik twee verschillende grootheden zijn. Zo is een gebruiker wel een vrager, maar hoeft een vrager geen gebruiker te zijn. De vraag kan op verschillende manieren worden gedefinieerd (zie Schellingerhout 2007). In dit onderzoek wordt uitgegaan van de zogeheten potentiële vraag: mensen die, gezien hun beperkingen, in theorie in aanmerking komen voor publiek gefinancierde zorg.

De verschillende zorgproducten die vallen onder verpleging en verzorging kunnen in drie groepen worden verdeeld: zelf georganiseerde zorg (informele zorg, particuliere hulp), publiek gefinancierde zorg betaald uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (wmo) (huishoudelijke verzorging) en publiek gefinancierde zorg betaald uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten AWBZ (zorg thuis of verblijf). Zorg thuis en verblijf zijn elk ook weer uit te splitsen in een aantal zorgproducten. De belangrijkste zorg-thuisproducten zijn persoonlijke verzorging en verpleging. Bij verblijf wordt in dit onderzoek met name onderscheid gemaakt tussen verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg.¹ Mensen gebruiken of vragen vaak combinaties van zorgproducten: de pluspakketten. Bij deze pakketten is het ‘zwaarste’ zorgproduct naamgevend. De indeling in zwaarte loopt van informele zorg (lichtst) tot verpleeghuiszorg (zwaarst).

1 Dit heeft te maken met het feit dat de gegevens over verblijf gebaseerd zijn op enquêtes onder bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Daarom praten we hier niet over verblijf zonder behandeling (vooral geleverd door verzorgingshuizen) en verblijf met behandeling (vooral geleverd door verpleeghuizen) maar over verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg.

Data

Er zijn drie bestanden gebruikt voor het onderzoek: een bevolkingsonderzoek onder zelfstandig wonenden (Aanvullend voorzieningen onderzoek (AVO 2003)), een bevolkingsonderzoek onder bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen (Ouderen in instellingen (OII 2004)) en dossiers van de Centrum indicatiestelling zorg (CIZ-)indicatieorganen. Omdat in deze bestanden gegevens over cognitieve beperkingen ontbreken, richten we ons in het onderzoek vooral op fysieke beperkingen. De databestanden hebben betrekking op 2003/2004 en zijn niet geïjkt voor het jaar 2006 aan de hand van externe bronnen, aangezien in dit onderzoek geen absolute aantallen worden gepresenteerd.²

We concentreren ons in dit onderzoek op de tien miljoen Nederlanders van 30 jaar en ouder. Verreweg de meesten hiervan (90%) maken geen gebruik van zorg. Van de rest maakt 6% gebruik van publiek gefinancierde zorg en 4% alleen van informele zorg of particuliere zorg. Een verdere uitsplitsing van de publieke zorg laat zien dat ruim 3% alleen gebruikmaakt van huishoudelijke verzorging (een WMO-verstrekking), dat ongeveer 1,5% overige (AWBZ gefinancierde) vormen van zorg thuis, zoals verzorging of verpleging ontvangt, en de overige 1,5% gebruikmaakt van intramurale zorg.

Zorg wordt vaak in combinaties ontvangen. Zo ontvangt een kwart van de mensen met huishoudelijke verzorging dit in combinatie met informele zorg. De helft van de mensen die AWBZ-zorg ontvangt, maakt ook gebruik van huishoudelijke verzorging.

De potentiële vraag naar publiek gefinancierde zorg is met 17% een stuk groter dan het gebruik (6%). Ongeveer 11% heeft behoefte aan zorg thuis en 6% naar intramurale zorg.

Modellen

Er worden twee modellen gebruikt: één voor de potentiële vraag en één voor het gebruik. In beide gevallen wordt gebruikgemaakt van een multinomiale logit-analyse. De potentiële vraag wordt in twee stappen geanalyseerd. In de eerste stap wordt gekeken of iemand een potentiële vrager is. In de tweede stap wordt de keuze geanalyseerd die potentiële vragers maken tussen verschillende zorgpakketten. Deze twee stappen zijn nodig, omdat de informatie over de potentiële vraag uit twee bestanden komt. Voor het gebruik kan volstaan worden met één stap, omdat de informatie over het gebruik in één bestand zit.

Determinanten

De determinanten ‘verklaren’ waarom iemand behoefte heeft aan of gebruikmaakt van een bepaald zorgproduct. De determinanten kunnen worden ingedeeld in vier groepen: gezondheidskenmerken, demografische kenmerken, sociaaleconomische

² In het volgende rapport, waarin een volumeraming wordt gepresenteerd, zullen de gegevens wel geïjkt worden.

kenmerken en vormen van ondersteuning. De relatie tussen de potentiële vraag naar en het gebruik van zorg en de determinanten bepaalt samen met de trends in de determinanten de trends in de potentiële vraag en het gebruik.

Bij het gebruik van zorgpakketten spelen gezondheid en demografische kenmerken een belangrijke rol. De rol van stedelijkheidsgraad en opleiding wisselt, en aan- doeningen en inkomen hebben relatief weinig effect op het gebruik. Niet verrassend vinden we dat een slechte gezondheid de kans op de potentiële vraag naar en het gebruik van zorg verhoogt. Potentiële vragers en gebruikers zijn vaker alleenstaand. Een hoog inkomen of opleidingsniveau verhoogt de kans op de potentiële vraag naar zorg. Een hoog inkomen verhoogt ook de kans op het gebruik van informele zorg, maar verlaagt de kans op verblijf.

Trends in determinanten

Het aantal 30-plussers groeit tot 2030 met 8%. De bevolking gaat vergrijzen en tot 2030 valt vooral een (relatief) sterke toename te verwachten voor de 65- tot 84-jarigen.³ Daarnaast zal het aandeel alleenstaanden onder ouderen flink toenemen. Bij de gezondheidskenmerken wordt de sterkste stijging verwacht bij diabetes (+73%). Ook kanker, hartaandoeningen en zenuwaandoeningen laten een forse toename zien (+25%). Tevens zien we dat ouderen steeds hoger opgeleid zijn. Ook onder de rest van de bevolking zien we het opleidingsniveau toenemen, maar deze groei is minder groot.

Ramingen

Potentiële vraag

De potentiële vraag naar alle zorgproducten samen zal in 2030 30% hoger zijn dan in 2006. De groei van het aantal potentiële vragers is dus veel groter dan de bevolkings- toename (8%), en dat heeft te maken met de vergrijzing. De vergrijzing veroorzaakt ook dat de potentiële vraag naar verblijf iets sterker groeit dan de potentiële vraag naar zorg thuis: de grootste groei wordt verwacht bij opname verpleging (+45%). De vraag naar zorg thuis neemt voor bijna alle voorzieningen toe met ongeveer 30%. Alleen de vraag naar behandeling en activerende begeleiding blijft achter (+15%). Dit komt omdat dit voornamelijk een voorziening voor jongeren is.

Gebruik

De groei van het gebruik van zorg blijft iets achter bij die van de potentiële vraag en zal naar verwachting in 2030 26% hoger liggen dan in 2006. Bij de zorg thuis zien we dat de groei van informele zorg en huishoudelijke verzorging achterblijven.

De raming van het gebruik van zorg ligt door de vergrijzing dus veel hoger dan de bevolkingsgroei (8%). Er wordt door de vergrijzing met name een forse toename ver-

3 Op basis van CBS-prognoses.

wacht van het gebruik van verblijf (32%). Toch verwachten we ook bij zorg thuis een flinke groei (25%). De door de wmo gefinancierde huishoudelijke verzorging groeit wat gematigder met 22%. Waarschijnlijk komt dit omdat ouderen in de toekomst vaker kiezen voor particuliere zorg (+58%). Dit komt vooral door de veronderstelde stijging in het opleidingsniveau met de bijbehorende stijging in inkomen.

Vergelijking met vorige ramingen

De ramingen wijken iets af van de ramingen uit Timmermans en Woittiez (2004a en b). De potentiële vraag is voor alle pakketten iets lager, het gebruik van zorg thuis is iets hoger en het gebruik van intramurale zorg iets lager. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat de gebruikte bevolkingsprognose 4% lager is dan vorige keer en doordat de ontwikkelingen in aandoeningen fors lager zijn dan de vorige keer.

Vervolgonderzoek

Op verzoek van vws wordt dit model in de toekomst verder ontwikkeld. Zo zal naar de noodzaak van een andere definitie van de potentiële vrager worden gekeken. De invloed van de eigen bijdrage wordt expliciet in het model opgenomen en er worden ramingen gemaakt van het aantal uren zorg in plaats van het aantal personen. Dit laatste biedt de mogelijkheid om naast een raming van het aantal personen dat een beroep gaat doen op de AWBZ en de wmo ook inzicht te krijgen in de kostenontwikkeling, aangezien personen die minder uren zorg (willen) gebruiken minder kosten dan personen die veel uren zorg ontvangen.

1 Vraagstelling

1.1 Centrale vraagstelling

In 2004 werd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een raming gepresenteerd van de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging tot 2020 (Timmermans en Woittiez 2004a en b). Hierbij bestaan verpleging en verzorging uit ‘diensten, ondersteuning en zorg aan ouderen die thuis, in een woonzorgcombinatie, in het verzorgingshuis of in het verpleeghuis wonen’ (vws 2005). Tegenwoordig zijn verpleging en verzorging niet meer expliciet alleen voor ouderen bedoeld. In de praktijk zijn echter vrijwel alle gebruikers van verpleging en verzorging ouderen. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) worden in het onderhavige onderzoek de eerdere ramingen geactualiseerd. Met behulp van nieuwe gegevens, maar met dezelfde methodiek, worden ramingen gepresenteerd tot 2030. De recentere gegevens (uit 2004 in plaats van 1999) geven inzicht in de veranderde patronen in de vraag naar en het gebruik van zorg tussen 1999 en 2004. In deze periode stonden extramuralisering, verzelfstandiging van ouderen en vraaggestuurd werken centraal op de beleidsagenda. De verder weg liggende ramingshorizon zorgt ervoor dat er inzicht wordt verkregen in de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging tot aan de piek van de vergrijzing (2030).

Centraal in dit onderzoek staat de volgende algemene vraag:
‘Hoe ontwikkelen de vraag en het gebruik van verpleging en verzorging zich tot 2030?’

Om deze vraag te beantwoorden, moeten we vaststellen wie er (mogelijk) een beroep gaat doen op verpleging en verzorging. Hierbij wordt gekeken naar de zorgbehoefte: de mate waarin iemand wegens gezondheidsproblemen zorg nodig heeft. Vervolgens moet het proces in kaart worden gebracht dat mensen doorlopen die mogelijk een beroep willen doen op verpleging en verzorging. Onderdeel hiervan is vaststellen welke vormen van verpleging en verzorging gekozen kunnen worden.

1.2 Centrale begrippen

Hoewel we in dit onderzoek geïnteresseerd zijn in alle vormen van verpleging en verzorging die mensen kunnen vragen, ligt de nadruk op zorg die uit publieke middelen wordt betaald. Het gaat hierbij om de WMO- (Wet maatschappelijk ondersteuning) en AWBZ-zorg (Algemene wet bijzondere ziektekosten). WMO-zorg bestaat uit enkelvoudige huishoudelijke verzorging en AWBZ-zorg omvat alle andere vormen van zorg thuis en intramurale zorg (zorg in een instelling). In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de verschillende zorgproducten die kunnen worden onderscheiden. De nadruk die wordt gelegd op publiek gefinancierde zorg blijkt uit het feit dat

begrippen als ‘manifeste vraag’ en ‘potentiële vraag’ expliciet op deze vormen van zorg gericht zijn. Hoewel die publiek gefinancierde vormen van zorg centraal staan, komen de andere vormen van zorg (informele zorg, particuliere hulp) uiteraard ook aan bod in dit onderzoek. De definities die we hierna weergeven komen overeen met de definities uit het vorige rapport.

Niet iedereen is een potentiële vrager van verpleging en verzorging. Iemand zal pas behoefte hebben aan zorg als hij door bepaalde beperkingen of aandoeningen wordt belemmerd in het dagelijks functioneren. Hierbij gaat het meestal om duidelijke, objectief vast te stellen zaken zoals fysieke beperkingen, psychische stoornissen of hartproblemen.¹ Iemand die te maken heeft met dit soort beperkingen of aandoeningen heeft volgens onze definitie een ‘objectieve behoefte’. Het is hiermee nog niet gezegd dat deze persoon ook daadwerkelijk om hulp gaat vragen. Veel mensen die te maken hebben met (lichte) fysieke beperkingen of aandoeningen lossen dit op zonder hulp van anderen (‘zelfoplossend’). Deze mensen maken dus geen gebruik van zorg en worden in dit onderzoek dan ook niet gerekend tot de potentiële vragers. Dit is een tamelijk strenge definitie van het begrip potentiële vrager, maar deze is mede gebaseerd op de verwachting dat iemand die geen zorg gebruikt, niet meteen zal vragen om publiek gefinancierde zorg als zij/hij wel zorg nodig heeft. Deze afbakening sluit aan bij de aanpak die in het vorige rapport is gevolgd.

Iemand met een zorgbehoefte die wel hulp ontvangt maar voor de hulp niet altijd een beroep doet op publieke voorzieningen, noemen we ‘potentiële vrager’. Dit betekent dat we veronderstellen dat deze persoon potentieel een beroep doet op publiek gefinancierde zorg.² Het idee is dat iemand met een objectieve zorgbehoefte die een niet-publiek gefinancierde vorm van zorg gebruikt, ook had kunnen kiezen voor publiek gefinancierde zorg. Maar ook hier is niet gezegd dat elke potentiële vrager daadwerkelijk zal vragen om publiek gefinancierde zorg. Velen maken bijvoorbeeld alleen gebruik van informele zorg.

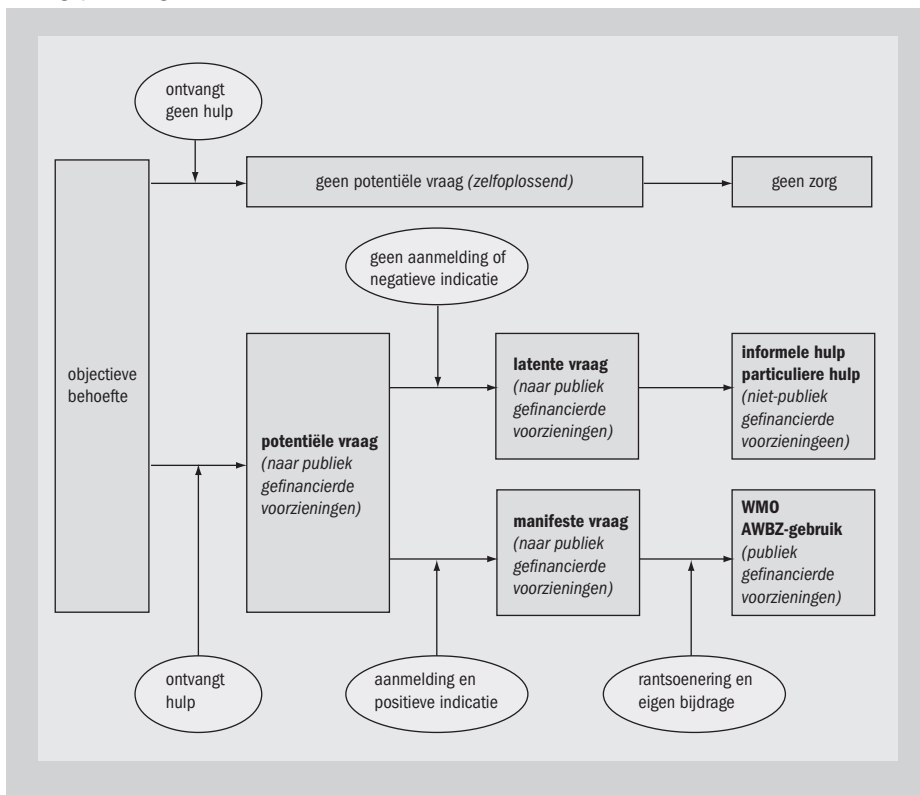
- 1 Ook meer subjectieve zaken, waarvoor geen medische diagnose is vast te stellen, kunnen een rol spelen. Hierover zijn in onze databestanden echter geen gegevens beschikbaar en door de aard van de problemen zullen deze toch al moeilijk meetbaar zijn. Deze mensen zullen ook niet in aanmerking komen voor AWBZ of WMO gefinancierde zorg, aangezien hiervoor strenge criteria bestaan op basis van diagnoseerbare beperkingen of aandoeningen. Deze subjectieve zaken worden dan ook niet meegenomen in dit onderzoek.
- 2 Onder publiek gefinancierde zorg verstaan we zorg die (grotendeels) wordt betaald uit publieke middelen: de WMO-zorg en de AWBZ-zorg.

Als een potentiële vrager zich meldt bij een indicatieorgaan om een beroep te doen op publiek gefinancierde zorg en deze aanvraag wordt gehonoreerd, dan wordt hij/zij een 'manifeste vrager' genoemd. Hierbij duidt 'manifest' erop dat de persoon ook daadwerkelijk de vraag heeft gesteld naar publiek gefinancierde zorg (en toegewezen heeft gekregen). Deze persoon maakt dus gebruik van publiek gefinancierde zorg of staat (afhankelijk van de mate van beschikbaarheid) op de wachtlijst.

Als de aanvraag wordt afgewezen door het indicatieorgaan of er wordt helemaal geen aanvraag ingediend, dan wordt iemand een 'latente vrager' genoemd. Dit zijn dus mensen die zorg gebruiken, maar geen publiek gefinancierde zorg. Deze mensen maken bijvoorbeeld gebruik van informele zorg of particuliere hulp.

Dit hele proces wordt in figuur 1.1 schematisch weergegeven.

Figuur 1.1
Belangrijkste begrippen



1.3 Data

Uitgaande van het schema dat hiervoor is besproken, bevat het ideale bestand voor dit onderzoek persoonsgegevens over objectieve behoefte, potentiële vraag, manifeste vraag, wachttijden tot en gebruik van zorgvoorzieningen. Voor zover ons bekend is er geen landelijk representatief bestand beschikbaar dat al deze informatie bevat. Daarom is er gebruikgemaakt van drie verschillende bestanden: het AVO 2003 (Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 2003), het OII 2004 (Onderzoek ouderen in instellingen 2004) en het CIZ 2004 (Centrum indicatiestelling zorg 2004). Het AVO 2003, een representatief bevolkingsonderzoek onder alle thuiswonenden, bevat gegevens over het gebruik van extramurale zorg (informele zorg, particuliere hulp, zorg thuis) en over de objectieve behoefte (aandoeningen, mate van beperkingen enz.). Het OII 2004, een representatief bestand met betrekking tot alle ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen, bevat gegevens over het gebruik van intramurale zorg (verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg) en over de objectieve behoefte. Ten slotte bevat het CIZ 2004 informatie over de manifeste vraag van zowel extramurale als intramurale zorg. Het CIZ 2004 bevat indicatiegegevens van de periode 1 oktober 2003 tot en met 1 oktober 2005.

Deze bestanden hebben echter een aantal beperkingen. In het AVO 2003 en het OII 2004 is gevraagd naar de zorg die de respondent gebruikt. In deze bestanden is echter niet bekend wie er een aanvraag voor zorg heeft ingediend.³ Het CIZ 2004 bevat gegevens over aanvragers. Bij het CIZ vindt een 'selectie aan de poort' plaats, waardoor de aanvraag van mensen die niet in aanmerking komen voor publiek gefinancierde zorg al in een vroeg stadium wordt afgewezen. Hierdoor is er geen directe informatie beschikbaar over de latente vraag naar publiek gefinancierde zorg. We weten ook niet of de aanvragers van zorg deze zorg ook daadwerkelijk hebben gekregen. Ze kunnen immers nog op de wachtlijst staan. Daarnaast ontbreken in dit bestand personen die geen publiek gefinancierde zorg hebben aangevraagd, maar bijvoorbeeld alleen gebruikmaken van informele of particuliere zorg. Ten slotte bevat het bestand met gegevens over de vraag (CIZ 2004) andere personen dan de bestanden met gegevens over het gebruik (AVO 2003, OII 2004), waardoor deze niet zonder meer aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Het nadeel is dus dat we niet beschikken over één bestand waarin staat aangegeven wie welke zorg heeft aangevraagd, of die aanvraag is goedgekeurd en welke zorg de aanvrager heeft ontvangen. Daarom worden er in dit onderzoek twee modellen bekeken: een voor de vraag naar publiek gefinancierde zorg en een voor het gebruik van (niet-)publiek gefinancierde zorg.⁴

3 In het AVO 2003 is dit wel bekend, maar dat zijn er in dit bestand heel erg weinig.

4 Een bijkomende beperking in de data is dat er te weinig informatie beschikbaar is over de ontvangst van een persoonsgebonden budget (PGB). Wij kunnen daarom geen uitspraken doen over de besteding van het PGB naar type zorg.

Er wordt alleen gekeken naar de bevolking van 30 jaar en ouder. Deze leeftijdsgrens is gekozen, omdat de vraag naar en het gebruik van zorg in de leeftijdsgroep daaronder gering is. Bovendien, voor de jongere bevolking kon geen trend in bijvoorbeeld de inkomenspositie of het opleidingsniveau worden vastgesteld. Ze zijn in meerderheid nog bezig de basis voor die niveaus te leggen. De genoemde trends zijn noodzakelijk voor het maken van de ramingen. Aangezien er zo goed als geen verpleging en verzorging wordt gebruikt door personen jonger dan 30 jaar, heeft deze selectie geen grote gevolgen voor de ramingen in hoofdstuk 6.

In de bestanden is alleen informatie beschikbaar over fysieke beperkingen. Over cognitieve beperkingen zoals dementie, zijn helaas geen gegevens bekend. Dit betekent niet dat het effect van cognitieve beperkingen helemaal niet wordt meegenomen: vaak hebben personen met dementie ook last van fysieke beperkingen. Desondanks zal het ontbreken van informatie over cognitieve beperkingen waarschijnlijk leiden tot een onderschatting van de vraag naar en het gebruik van zorg.

Tot slot moet worden opgemerkt dat in dit onderzoek alleen ramingen worden gemaakt van het aantal personen dat zorg vraagt. In een vervolgpriject zal worden gekeken naar het aantal uren zorg dat personen vragen of gebruiken, waardoor een echte volumeraming kan worden gemaakt.

1.4 Opzet van het rapport

Mensen met een verzorgingsprobleem die gebruik willen maken van zorg, kunnen kiezen uit een aantal verschillende vormen. In hoofdstuk 2 worden deze op een rijtje gezet en wordt aangegeven hoe vaak er voor elke vorm wordt gekozen. De uiteindelijke keuze voor een bepaalde vorm van zorg blijkt te worden beïnvloed door een aantal persoonskenmerken (of determinanten), zoals leeftijd, huishoudensamenstelling, de mate van beperking en/of soort aandoening die men heeft, opleiding, geslacht. In hoofdstuk 3 worden de in dit onderzoek gebruikte determinanten besproken. De relatie tussen de determinanten en de keuze voor een bepaald zorgproduct komt in hoofdstuk 4 aan bod. Voor het maken van ramingen van de vraag naar en het gebruik van zorg, moeten er ramingen van de determinanten beschikbaar zijn. Deze worden in hoofdstuk 5 besproken. De ramingen van de vraag en het gebruik zelf worden ten slotte behandeld in hoofdstuk 6.

2 Oplossingen voor verzorgingsproblemen

2.1 Inleiding

Mensen kunnen verzorgingsproblemen op verschillende manieren oplossen. Sommige mensen zijn in staat om de problemen zelf op te lossen, dus zonder de hulp in te roepen van anderen. Een alternatief kan zijn dat er aan de partner of de kinderen wordt gevraagd om hulp te bieden. Dit wordt wel informele hulp genoemd. Ook het inhuren van particuliere hulp kan een oplossing zijn. De overheid biedt ook een aantal zorgproducten aan, gefinancierd via de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) (publiek gefinancierde zorg). Het gaat hier globaal om een aantal vormen van zorg thuis en intramurale zorg.¹

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de oplossingen die mensen kiezen voor hun verzorgingsproblemen. Paragraaf 2.2 geeft een overzicht van de vraag naar publiek gefinancierde zorg, afgeleid uit de gegevens in het CIZ 2004-bestand (Centrum indicatiestelling zorg). Hier gaat het om mensen die een positieve indicatie van het CIZ hebben gehad. Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven, noemen we deze mensen manifeste vragers. Een overzicht van het gebruik van publiek en privaat gefinancierde zorgoplossingen is te vinden in paragraaf 2.3. Aangezien mensen vaak gebruikmaken van verschillende zorgoplossingen tegelijk, wordt in paragraaf 2.4 aangegeven hoe groot deze ‘overlap’ is. Een korte samenvatting is te vinden in paragraaf 2.5.

2.2 De zorgpakketten van de manifeste vraag

Mensen die een beroep willen doen op de met publiek geld gefinancierde zorg moeten een aanvraag indienen bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ).² Het CIZ is een onafhankelijke instantie die aan de hand van een onderzoek naar gezondheidskenmerken en beperkingen van de aanvrager, vaststelt voor welke publiek gefinancierde zorg iemand in aanmerking komt. Men kon (voor de periode waarop de data betrekking hebben³) bij het CIZ een indicatie krijgen voor zeven verschillende functies:

- 1 Overigens is de WMO pas ingevoerd in januari 2007. Dit betekent dat het onderscheid WMO/AWBZ nog niet actueel was toen de data verzameld werden. In hoofdstuk 6 worden aparte ramingen gepresenteerd van WMO- en AWBZ-zorg.
- 2 Bij een aanvraag voor huishoudelijke verzorging kunnen gemeenten per 1 januari 2007 er ook voor kiezen om de indicaties door een andere instantie te laten uitvoeren.
- 3 De indeling van de functies is daarna iets veranderd.

- huishoudelijke verzorging;
- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- activerende begeleiding (eventueel met dagopvang);
- ondersteunende begeleiding (eventueel met dagopvang);
- behandeling (eventueel met verblijf);
- verblijf (kort of lang).

Huishoudelijke verzorging biedt hulp bij huishoudelijke verrichtingen, zoals het zorgen voor eten en drinken en schoonmaken. Het toedienen van medicijnen valt onder persoonlijke verzorging. Verpleging omvat zwaardere vormen van zorgverlening. Activerende begeleiding richt zich op het aanleren van bepaalde taken en heeft in principe een tijdelijk karakter. Ondersteunende begeleiding bestaat onder andere uit hulp bij het regelen van dagelijkse bezigheden, zoals plannen en uitvoeren van taken en het regelen van beheerszaken. Behandeling is gericht op het herstel of voorkomen van verergering van bepaalde handicaps of aandoeningen. Opname in een instelling, al dan niet permanent of tijdelijk, valt onder de functie verblijf.

In deze indeling wordt geen onderscheid gemaakt tussen verblijf lang in een verzorgingshuis en verblijf lang in een verpleeghuis, omdat de indeling niet uitgaat van het aanbod van zorg (verpleeghuis, verzorgingshuis) maar van de behoefte van de aanvrager. In de praktijk is dit onderscheid in verzorgings- en verpleeghuis echter vaak nog wel te maken. Belangrijker is echter dat het derde gegevensbestand dat we gebruiken, de enquête Ouderen in instellingen (OII 2004), expliciet bestaat uit een vragenlijst aan verzorgingshuisbewoners en verpleeghuisbewoners. Omdat we dit onderscheid van belang achten, en omdat de data het toelaten, hebben we ervoor gekozen om dit onderzoek verblijf lang uit te splitsen in verblijf lang verzorging en verblijf lang verpleging. Een indicatie voor verblijf lang in combinatie met een indicatie voor behandeling wordt gezien als een indicatie voor verpleeghuiszorg. De overige indicaties voor verblijf lang worden beschouwd als verzorgingshuiszorg.

Een indicatie bij het CIZ bestaat meestal uit verschillende functies: gemiddeld 2,03 per indicatiebesluit (232.623/114.352, zie tabel 2.1). Omdat wij niet geïnteresseerd zijn in het aantal indicaties, maar in het aantal personen dat een aanvraag indient, zetten we de indicatiebesluiten om naar zogenoemde pluspakketten: combinaties van de pakketten. Hierbij komt de naam van het pluspakket overeen met het zwaarste zorgproduct dat is geïndiceerd. De hiërarchie loopt op van huishoudelijke verzorging (lichtste pakket) tot verblijf lang verpleging (zwaarste pakket), zie tabel 2.1. Iemand met een indicatie voor verpleging en persoonlijke verzorging heeft dus het pluspakket verpleging, omdat verpleging ‘hoger’ in de hiërarchie zit dan persoonlijke verzorging. Iemand kan dus meerdere indicaties hebben, maar slechts één pluspakket. Het aantal pluspakketten komt dan ook overeen met het aantal personen in het bestand. In tabel 2.1 staat een overzicht van het aantal indicaties en het aantal geïndiceerde

pluspakketten. De indicaties in het CIZ-bestand hebben betrekking op de periode oktober 2003 tot oktober 2005. Als iemand in die periode verschillende indicaties heeft gekregen, wordt alleen naar de eerste indicatie gekeken. Personen komen dus maar één keer voor in het bestand.

Tabel 2.1

Verdeling van verschillende indicaties naar pluspakketten, steekproefcijfers, 2003-2005^a

	absolute aantallen indicatie	pluspakketten	aantal indicaties	aandeel pluspakket- ten binnen indicatie- categorie (in %)
huishoudelijke verzorging (hh)	75.060	hh pluspakket	37.408	50
		hh indicaties in:		
		pv pluspakket	9.551	13
		vp pluspakket	10.248	14
		act. of onderst. pluspakket	6.403	9
		verblijf kort pluspak	5.627	7
		vzh pluspakket	4.035	5
		vph pluspakket	1.788	2
persoonlijke verzorging (pv)	55.736	pv pluspakket	17.298	31
		pv indicaties in:		
		vp pluspakket	11.857	21
		act. of onderst. pluspakket	4.979	9
		verblijf kort pluspak	10.096	18
		vzh pluspakket	6.873	12
		vph pluspakket	4.633	8
verpleging (vp)	48.272	vp pluspakket	26.234	54
		vp indicaties in:		
		act. of onderst. pluspakket	3.566	7
		verblijf kort pluspak	8.517	18
		vzh pluspakket	5.508	11
		vph pluspakket	4.447	9
activerende begeleiding (act.)	5.790	activerend pluspak	1.189	21
		activerende indicaties in:		
		ondersteun pluspak	1.555	27
		verblijf kort pluspak	2.195	38
		vzh pluspakket	84	1
		vph pluspakket	767	13

Tabel 2.1 (vervolg)

	absolute aantallen indicatie	pluspakketten	aantal indicaties	aandeel pluspakket- ten binnen indicatie- categorie (in %)
ondersteunende begeleiding (onderst.)	25.070	ondersteun pluspak	9.704	39
		ondersteunende indicaties in:		
		verblijf kort pluspak	4.765	19
		vzh pluspakket	6.394	26
		vph pluspakket	4.207	17
verblijf kort	10.696	verblijf kort pluspakket	10.520	98
		verblijf kort indicaties in		
		vzh pluspakket	71	1
		vph pluspakket	105	1
verblijf lang verzorging (vzh)	7.328	vzh indicatie in vzh pluspakket	7.328	100
verblijf lang verpleging (vph)	4.671	vph indicatie in vph pluspakket	4.671	100
aantal waarnemingen	232.623		114.352 pluspakketten	

a De data hebben betrekking op de periode 1 oktober 2003 tot en met 1 oktober 2005.

Bron: CIZ (CIZ'04) SCP-bewerking

In totaal zijn er dus 114.352 personen die 232.623 zorgproducten kregen geïndiceerd in de periode 2003-2005. Ruim 75.000 personen krijgen een indicatie voor huishoudelijke verzorging,⁴ al dan niet in combinatie met een ander zorgproduct. In totaal krijgt een derde (37.408 personen) alleen een indicatie voor huishoudelijke verzorging. Het aantal indicaties bij de eerste vijf zorgproducten is veel hoger dan het aantal pluspakketten. Meestal worden deze zorgproducten dus geïndiceerd in combinatie met een zwaarder zorgproduct. Vooral bij persoonlijke verzorging, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding ligt het aantal pluspakketten veel lager dan het aantal indicaties.

Zowel in termen van aantal indicaties als in aantal pluspakketten komt huishoudelijke verzorging het meeste voor (32% van het aantal pluspakketten). Bij de pluspakketten is verpleging daarna met 23% het grootst, gevolgd door persoonlijke

4 Sinds 1 januari 2007 is dit pakket overgeheveld van de AWBZ naar de WMO. Als in dit rapport wordt gesproken over WMO-zorg, wordt hiermee alleen huishoudelijke verzorging bedoeld. De andere voorzieningen die onder de WMO vallen, zoals de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

verzorging (15%). De overige pakketten worden aanzienlijk minder vaak geïndiceerd. Vooral activerende begeleiding komt als pluspakket zeer weinig voor.

2.3 De zorgpakketten van het gebruik

Zoals eerder is aangegeven, bevat het AVO 2003-bestand informatie over het zorggebruik van de zelfstandig wonenden. Het OII 2004 bevat informatie over het zorggebruik van mensen die in een instelling wonen. We combineren deze twee databestanden om een totaalbeeld te geven van het gebruik van de verschillende pluspakketten. In dit gecombineerde AVO 2003-/OII 2004-bestand (hierna AVO/OII genoemd) kunnen niet alle pluspakketten uit tabel 2.1 worden onderscheiden. Er ontbreekt informatie over de pakketten activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding en verblijf kort. Wel bevat het AVO/OII informatie over het gebruik van informele zorg en particuliere zorg. In tabel 2.2 wordt het gebruik van alle zorgpakketten weergegeven, zoals dat is gemeten in het AVO/OII. Net als hiervoor wordt ook hier uitgegaan van zowel het totaal aantal geïndiceerde pakketten als de pluspakketten. Personen die bijvoorbeeld het pluspakket huishoudelijke verzorging gebruiken, kunnen dus ook gebruikmaken van informele zorg of particuliere zorg.

Tabel 2.2

Zorgpakketten, naar het aantal gebruikers, 2004, absolute aantallen (x 1000) en percentages (verticaal gepercentageerd)^c

	absolute aantal pakketten	absolute aantal pluspakketten	pluspakketten (in %)	pluspakketten (in %) van mensen in zorg ^b
informele zorg	384	256	2,6	24,8
particuliere zorg ^a	145	119	1,2	11,4
huishoudelijke verzorging	428	347	3,5	33,3
persoonlijke verzorging	132	98	1,0	9,5
verpleging	71	71	0,7	6,7
verblijf lang verzorging	100	100	1,0	9,5
verblijf lang verpleging	48	48	0,5	4,8
subtotaal in zorg	1.308	1.039	10,4	100
geen zorg	8.971	8.971	89,6	
totaal aantal waarnemingen	10.279	10.010	100	100

a Particuliere zorg is alleen mogelijk voor thuiswonenden.

b Alleen voor mensen die zorg gebruiken.

c Gewogen aantallen, representatief voor Nederlandse bevolking (x 1000).

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

De meeste personen in het AVO/OII maken geen gebruik van zorg. Dit is niet verrassend, aangezien het AVO/OII een representatieve enquête is onder de Nederlandse bevolking van 30 jaar en ouder.⁵ Onder de ruim één miljoen personen die wel gebruikmaken van zorg, zijn de twee meest gebruikte zorgpakketten huishoudelijke verzorging (428.000 gebruikers) en informele zorg (384.000 gebruikers), waarbij kan worden nagegaan dat er sprake is van overlap tussen deze twee groepen. Ook onder de elkaar wel uitsluitende pluspakketten wordt het meest gebruikgemaakt van huishoudelijke verzorging (347.000) en informele zorg (256.000). Het gebruik van de overige pluspakketten ligt op een veel lager niveau.

2.4 Combinaties van gebruikte zorgproducten

Zoals aangegeven bestaan pluspakketten uit verschillende zorgproducten, waarbij het zwaarste product bepalend is. Maar hoe zien de pluspakketten eruit? Welke combinaties van zorgproducten komen vaak voor? In tabel 2.3 is een globaal overzicht van de combinaties weergegeven voor het gebruik (AVO/OII). In totaal zijn er ruim één miljoen personen die gebruikmaken van zorg. Hiervan gebruiken er 742.000 één zorgproduct. In de meeste gevallen is dit informele zorg (256.000 keer), huishoudelijke verzorging (285.000 keer) of particuliere zorg (91.000 keer). Slechts 297.000 personen gebruiken twee of meer zorgproducten.

Verder valt op dat mensen in verzorgings- of verpleeghuizen in ongeveer 60% van de gevallen ook informele zorg krijgen. Ook zien we dat particuliere zorg vrijwel niet wordt gebruikt in combinatie met formele zorg. Informele zorg lijkt vooral gebruikt te worden als men een pakket heeft waar ook huishoudelijke verzorging in zit. Ook bij de combinaties van formele zorg zijn een paar opvallende uitkomsten waar te nemen. Persoonlijke verzorging wordt in de helft van de gevallen met en in de helft van de gevallen zonder huishoudelijke verzorging gebruikt. Verpleging wordt vaak of alleen gebruikt, of in combinatie met zowel huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging.

5 Het AVO bestaat ook uit personen jonger dan 30 jaar, maar deze zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2.3

Omvang van zorgpakketten, uitgesplitst naar gebruik van informele en particuliere zorg (percentages, absolute aantallen x 1000)^a

	'alleen'	met informele zorg	met particuliere zorg	met informele en particuliere zorg	totaal (absoluut)
informeel	100	.	.	.	256
particulier	76	24	.	.	119
huishoudelijke verzorging	82	15	1	1	347
persoonlijke verzorging	71	16	12	0	49
+ huishoudelijke verzorging	61	27	8	4	49
verpleging	83	8	8	0	24
+ huishoudelijke verzorging	69	15	8	0	13
+ persoonlijke verzorging	55	36	9	0	11
+ huishoudelijke verzorging					
+ persoonlijke verzorging	57	39	0	4	23
verzorgingshuiszorg	39	61	0	0	100
verpleeghuiszorg	35	65	0	0	48
totaal	77	20	2	1	1039

a Punt in tabel geeft aan dat deze combinatie niet voor kan komen.

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de vraag naar en het gebruik van de zorgproducten die in dit onderzoek worden bekeken. De vraag naar zorg bestaat uit acht zorgproducten die allemaal gefinancierd worden uit publieke middelen (en een eigen bijdrage). Bij het gebruik van zorg kunnen wegens een gebrek aan gegevens slechts vijf publiek gefinancierde zorgproducten worden onderscheiden. Maar bij het gebruik is er wel informatie beschikbaar over twee andere hulpbronnen, die bij de vraag niet kunnen worden onderscheiden: informele zorg en particuliere hulp.

Omdat mensen vaak combinaties van zorgproducten vragen of gebruiken, zijn we in dit onderzoek uitgegaan van pluspakketten. Bij de pluspakketten is het 'zwaarste' zorgproduct naamgevend. Hierbij loopt de hiërarchie van huishoudelijke verzorging (lichtste pakket) tot verpleeghuiszorg (zwaarste pakket).

Bij de vraag naar zorg overheersen de drie vormen van thuiszorg (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging). Gemeten in pluspakketten krijgt 71% van de vragers een indicatie voor één van deze drie pakketten. Een pluspak-

ket bestaat gemiddeld uit twee geïndiceerde zorgproducten. Bij de meting van het gebruik ligt dit lager: gemiddeld maakt een ontvanger van zorg gebruik van 1,3 zorgproducten. In 52% van de gevallen maakt iemand alleen gebruik van informele zorg of huishoudelijke verzorging.

In aantallen uitgedrukt, betekent dit dat er in Nederland ruim één miljoen personen gebruikmaken van zorg. Ruim een kwart van hen maakt alleen gebruik van informele zorg; 300.000 personen maken alleen gebruik van huishoudelijke verzorging.

3 Constructie van de determinanten

3.1 Inleiding

Aangezien de huidige analyse een replicatie is van de zorgramingen uit Timmermans en Woittiez (2004b), is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van dezelfde variabelen. De determinanten zijn gekozen op basis van de literatuuranalyse die in dat rapport is uitgevoerd. Waar het niet mogelijk was om dezelfde variabelen te gebruiken, is gezocht naar de beste oplossing. De wijzigingen worden kort beschreven in dit hoofdstuk.

Net als in het vorige rapport, ontbreekt een aantal mogelijk relevante variabelen in één of meer van de gebruikte databestanden. Van de vragers naar hulp (CIZ 2004) zijn bijvoorbeeld geen sociaaleconomische kenmerken (inkomen of opleiding) bekend. Dit betekent dat sommige variabelen die mogelijk wel van invloed zijn, niet kunnen worden meegenomen in de modellen.

Hierna wordt aangegeven welke determinanten op welke wijze in de modellen zijn betrokken. Daarbij wordt telkens aangegeven of het hier om determinanten van de vraag dan wel het gebruik gaat. In paragraaf 3.2 wordt gekeken naar de gezondheidskenmerken, in paragraaf 3.3 naar de demografische kenmerken, in paragraaf 3.4 naar de sociaaleconomische kenmerken en in paragraaf 3.5 naar vormen van ondersteuning, zoals particuliere hulp, informele hulp en medische zorg. Aan het eind wordt een overzicht gegeven van de variabelen die in de verschillende bestanden beschikbaar zijn en die uiteindelijk worden meegenomen in de modellering.

3.2 Gezondheidskenmerken

De gezondheidskenmerken bestaan uit beperkingen (§ 3.2.1) en aandoeningen/diagnose (§ 3.2.2). Beperkingen geven aan in welke mate iemand wordt gehinderd in het dagelijks functioneren door fysieke of psychische stoornissen. Aandoeningen hebben betrekking op zaken die diagnosticeerbaar zijn, bijvoorbeeld astma, hartaandoeningen of migraine. Vaak hebben mensen met aandoeningen ook beperkingen en omgekeerd, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn.

3.2.1 Beperkingen

Voor het meten van beperkingen werd in het vorige rapport gebruikgemaakt van vijf beperkingenmaten. In dit onderzoek zijn we overgestapt op een Mokkenschaal, waarin de informatie van de verschillende beperkingenmaten wordt gecombineerd tot één score. Dit is gebeurd omdat er nu op een andere manier, afgesteld op de Mokkenschaal, naar beperkingen wordt gevraagd in het AVO 2003/OII 2004.

De Mokka-schaal wordt gezien als een betere maat voor de beperkingen dan de afzonderlijke beperkingenschaal (De Klerk et al. 2006). De Mokka-schaal is samengesteld voor zowel het gecombineerde AVO 2003-/OII 2004-bestand als voor het CIZ 2004-bestand. De vragen over beperkingen waren echter niet hetzelfde in deze twee bestanden. De keuzes die zijn gemaakt om de resulterende beperkingenschaal op elkaar af te stemmen zijn verantwoord in Van Campen (2007). De resulterende variabele is opgedeeld in vier categorieën (niet, licht, matig en ernstig beperkt). De frequentieverdeling van deze variant staat in tabel 3.1.

Tabel 3.1

Verdeling van de beperkingenschaal (verticaal gepercentageerd) onder de bevolking van 30 jaar en ouder, 2004

beperkingen	gebruikers van publiek gefinancierde zorg			
	bevolking ^a	(manifeste) vragers ^b	zelfstandig wonenden ^c	tehuisbewoners ^d
niet	68	49	14	2
licht	16	16	14	2
matig	10	26	37	16
ernstig	5	9	35	81
(n) ^e	10.010	114.352	516	148

a Hele bevolking 30-plus op basis van AVO'03/OII'04.
b Op basis van CIZ 2004. Relatief veel vragers hebben geen beperkingen. Driekwart van deze mensen heeft aandoeningen van hart, bewegingsapparaat of vallen in de restcategorie 'overige aandoeningen'. Het lijkt erop dat bij deze mensen alleen de vragen met betrekking tot aandoeningen zijn ingevuld.
c Op basis van AVO 2003.
d Op basis van OII 2004.
e Gewogen aantallen, landelijk representatief (x 1000), behalve manifeste vragers. Hier betreft het de steekproefomvang.

Bron: SCP (AVO'03 en OII'04); CIZ (CIZ'04) SCP-bewerking

Zoals kan worden opgemaakt uit tabel 3.1, hebben mensen die gebruikmaken van zorg meer beperkingen dan niet-gebruikers. Vooral tehuisbewoners zijn vrijwel allemaal (82%) ernstig beperkt. Van de zelfstandig wonenden heeft 14% geen beperkingen. Het gaat hier vrijwel geheel om personen die in het afgelopen jaar tijdelijk zorg hebben ontvangen en op het moment van ondervragen geen beperkingen (meer) hebben.

Net als in het vorige rapport ontbreken twee belangrijke typen beperkingen: cognitieve en psychische. De informatie over cognitieve beperkingen is door gebrekkige meting zo onvolledig dat hiervoor geen indicator kan worden opgenomen in het model. Een nadelig gevolg hiervan is dat de invloed van dementie, een aandoening die de cognitieve vermogens aantast, op gebruik van zorg en opname in tehuis niet

apart kan worden gemeten.¹ Ook de meetinstrumenten voor psychische beperkingen zijn moeilijk uit te werken in de bestanden. Verondersteld is dat thuiswonenden psychische beperkingen hebben als de persoon het afgelopen jaar een instelling bezocht heeft voor geestelijke gezondheidszorg. Net als in 2000 zijn angstige en sombere gevoelens buiten de definitie van psychische beperkingen gelaten. In de modellen is een variabele van psychische aandoeningen opgenomen (zie tabel 3.2).

3.2.2 (Chronische) aandoening/medische diagnose

Gegevens over aandoeningen zijn zowel bij de indicatiestelling als in het beschikbare bevolkingsonderzoek geregistreerd. Om de aandoeningen in AVO 2003/OII 2004 en CIZ 2004 op één lijn te brengen worden ze ingedikt tot twaalf categorieën. Aandoeningen van de bloedvaten of het hart zijn nu in één categorie ondergebracht; aandoeningen van nek, pols of rug en gewrichtsslijtage en -ontsteking zijn samengevoegd tot 'aandoeningen van het bewegingsapparaat'; en migraine, epilepsie en ziekten van het zenuwstelsel zijn in één categorie ondergebracht. Voornamelijk in de laatste categorie zijn tegenstrijdige effecten aanwezig: migraine hing in het vorige rapport vaak negatief samen met zorggebruik, terwijl epilepsie en ziekten van het zenuwstelsel positief samenhangen met zorggebruik. Aangezien het hier niet gaat om significante effecten, de aandoeningen een zeer klein deel van de verklaring voor hun rekening nemen en de aandoeningen in het CIZ 2004 niet verder opgesplitst aanwezig zijn, is toch gekozen voor deze indeling in twaalf categorieën.

Uit tabel 3.2 kan worden opgemaakt dat de meeste aandoeningen, zoals te verwachten was, vaker voorkomen onder mensen in zorg dan in de bevolking. De verschillen tussen thuiswonende zorggebruikers en tehuisbewoners zijn meestal niet groot. Ook weinig verrassend is dat de vragers van zorg wat betreft aandoeningen duidelijk meer lijken op de gebruikers van zorg dan op de Nederlandse bevolking.

1 De invloed van dementie zit nu alleen indirect in het model, bijvoorbeeld in leeftijd: de kans op dementie neemt sterk toe bij oude ouderen.

Tabel 3.2

Verdeling van (chronische) aandoeningen onder de bevolking van 30 jaar en ouder, 2004

	gebruikers van publiek gefinancierde zorg			
	bevolking ^a	vraag ^b	zelfstandig wonenden ^c	tehuisbewoners ^d
astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA	9	12	20	18
kanker of kwaadaardige aandoening	2	13	7	6
hartaandoening, vernauwing bloedvaten of beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	8	39	30	43
darmstoornissen	3	8	11	10
suikerziekte of ziekten van nieren, gal, lever of schildklieren	8	14	20	27
gewrichtsslijtage, -ontsteking, aandoening van rug, nek, schouder, elleboog, pols of hand	30	41	60	55
aandoening van zenuwstelsel, migraine of epilepsie	10	8	13	14
onvrijwillig urineverlies	7	7	18	48
huidziekte	5	4	8	5
psychische problemen	7	11	11	16
ongeval	3	7	8	5
overige ziekten of aandoeningen	7	20	16	19
(n) ^e	10.010	114.352	516	148

a Hele bevolking 30-plus op basis van AVO 2003/OII 2004.
b Op basis van CIZ 2004.
c Op basis van AVO 2003.
d Op basis van OII 2004.
e Gewogen aantallen, landelijk representatief (x 1000), behalve de vraag. Hier betreft het de steekproefomvang.

Bron: SCP (AVO'03 en OII'04); CIZ (CIZ'04) SCP-bewerking

3.3 Demografische kenmerken

De demografische kenmerken zijn dezelfde als in het vorige rapport. De variabele leeftijd is weer opgenomen in klassen van vijf jaar, met uitzondering van de laagste klasse van 30-69 jaar. Voor deze brede klasse is gekozen, omdat onder de bevolking jonger dan 70 jaar relatief weinig gebruikers van verpleging en verzorging worden aangetroffen.

De variabelen burgerlijke staat en samenstelling van het huishouden zijn net als de vorige keer voor de modellering gecombineerd tot één variabele, waarin onderscheid is gemaakt in drie categorieën: 1) samenwonend, al dan niet gehuwd, 2) alleenstaand wegens overlijden van de partner, en 3) alleenstaand andere reden. Daarnaast is ook de stedelijkheidsgraad opgenomen in tabel 3.3, in de vorm van een schaal die loopt van zeer sterk stedelijk tot niet stedelijk. In tegenstelling tot de

vorige analyse, zijn nu wel gegevens beschikbaar over de stedelijkheid van de vragers uit CIZ 2004.

Tabel 3.3

Verdeling van demografische variabelen (verticaal gepercenteerd), 2004

	bevolking ^a	vraag ^b	gebruikers van publiek gefinancierde zorg	
			zelfstandig wonenden ^c	tehuisbewoners ^d
leeftijd				
30-69 jaar	84	29	39	5
70-74 jaar	6	13	14	6
75-79 jaar	4	18	16	12
80-84 jaar	4	20	21	26
≥ 85 jaar	2	21	11	52
geslacht				
vrouw	52	71	73	75
samenstelling/ burgerlijke staat				
samenwonend	80	55	42	9
alleenstaand, verweerd	8	30	40	67
alleenstaand, anders	12	16	19	24
stedelijkheidsgraad				
zeer sterk stedelijk	17	20	18	19
sterk stedelijk	26	22	29	26
matig stedelijk	21	18	20	30
weinig stedelijk	22	17	21	14
niet stedelijk	14	23	12	11
(n) ^e	10.010	114.352	516	148

a Hele bevolking 30-plus op basis van AVO 2003 en OII 2004.

b Op basis van CIZ 2004.

c Op basis van AVO 2003.

d Op basis van OII 2004.

e Gewogen aantallen, landelijk representatief (x 1000), behalve de vraag. Hier betreft het de steekproefomvang.

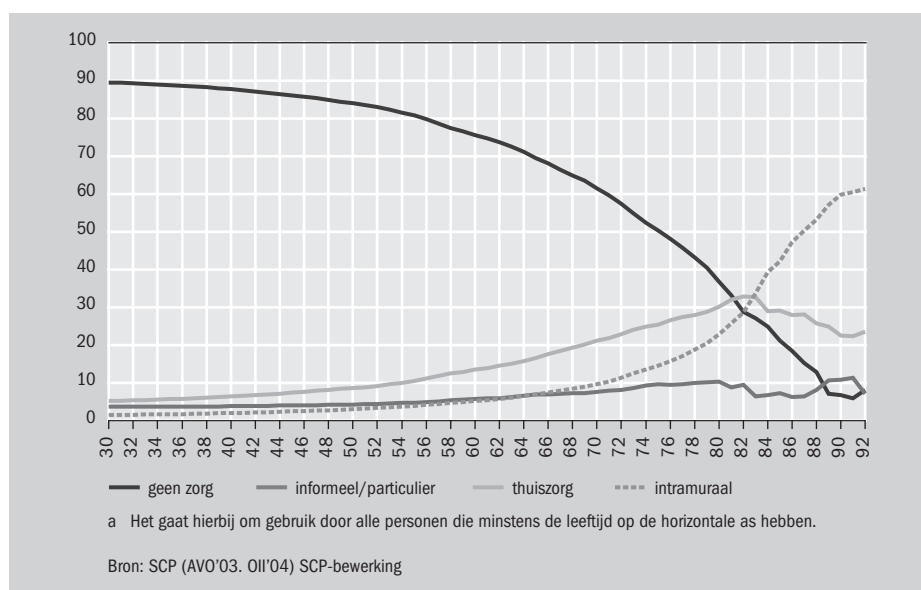
Bron: SCP (AVO'03 en OII'04); CIZ (CIZ'04) SCP-bewerking

In de verhoudingen tussen de vragers en gebruikers, en tussen de gebruikers onderling, is vergeleken met het vorige rapport weinig veranderd. De thuiswonende gebruikers van de zorg zijn nog steeds veel jonger dan tehuisbewoners. Wel is het verschil tussen de bevolking en de thuiswonende gebruikers van zorg kleiner geworden. Nog steeds is driekwart van de vragers en van de gebruikers vrouw. Thuiswonenden en personen in instellingen verschillen op dit punt niet veel van elkaar. Ongeveer een vijfde deel van de Nederlanders woont alleen, onder de vragers naar zorg is dat bijna de helft en onder de gebruikers van zorg is dat zelfs twee derde tot 90%.

Het percentage zorggebruikers is in de stedelijke gebieden wat hoger dan in de niet-stedelijke gebieden. Ten opzichte van de zorggebruikers en de bevolking blijken vragers eerder in niet-stedelijke gebieden te wonen.

Zorggebruik neemt sterk toe met leeftijd. In figuur 3.1 blijkt dat van alle personen van 30 jaar en ouder, 90% geen gebruikmaakt van zorg. Voor alle personen van 75 jaar en ouder is dit 50%. Ook is duidelijk te zien dat eerst vooral het gebruik van thuiszorg toeneemt, en vanaf latere leeftijd intramurale zorg. Het gebruik van alleen informele of particuliere zorg ligt voor alle leeftijdsklassen nooit boven de 10%. Informele zorg is dus in veel gevallen geen substituut voor andere zorg, maar wordt complementair gebruikt.

Figuur 3.1
Gebruik van zorg voor bepaalde leeftijd en ouder,^a 2004



3.4 Sociaaleconomische variabelen

Het opleidingsniveau is bepaald aan de hand van de hoogst voltooide opleiding. Er is een vierdeling gemaakt in laag, lager uitgebreid, midden en hoog opleidingsniveau; de samenstelling ervan staat in tabel 3.4 aangegeven. Het nettohuishoudinkomen is verdeeld in negen klassen. De klassen zijn hetzelfde als die zijn gebruikt in OII2004. De verdeling staat in tabel 3.4. Zowel inkomen als opleidingsniveau zijn alleen bekend uit de bevolkingsonderzoeken AVO 2003 en OII 2004 en niet uit de CIZ 2004. Daarom zijn de vragers niet apart opgenomen in tabel 3.4.

Tabel 3.4

Verdeling van de sociaaleconomische positie, 2004

	gebruikers van publiek gefinancierde zorg		
	bevolking ^a	zelfstandig wonenden ^b	tehuisbewoners ^c
opleidingsniveau			
laag (hooguit lager onderwijs)	16	42	58
lager uitgebreid (lbo+(m)ulo+mavo)	33	28	28
midden (mbo, mavo, havo, vwo, mms, hbs)	28	18	8
hoog (hbo en universiteit)	23	12	5
nettohuishoudinkomen			
< 900 euro	3	5	20
900-1100	7	34	35
1100-1300	13	15	15
1300-1500	6	8	8
1500-1700	6	7	5
1700-1910	6	7	2
1910-2200	8	5	2
2200-3270	23	9	2
> 3270 euro	22	5	2
missing	6	5	9
(n) ^d	10.010	516	148

a Hele bevolking 30-plus op basis van AV0 2003 en OII 2004.

b Op basis van AV0 2003.

c Op basis van OII 2004.

d Gewogen aantallen, landelijk representatief (x 1000).

Bron: SCP (AV0'03 en OII'04) SCP-bewerking

Aan de sociaaleconomische positie is weinig veranderd ten opzichte van het vorige rapport, net zoals de demografische gegevens grotendeels hetzelfde gebleven zijn. De lager opgeleiden en personen met een lager inkomen zijn nog altijd sterk oververtegenwoordigd onder de zorggebruikers en dan vooral onder de instellingsbewoners. Binnen de totale bevolking heeft 16% niet meer dan lager onderwijs voltooid. Onder de gebruikers van zorg thuis is dat met 42% meer dan het dubbele en onder de tehuisbewoners zelfs 58%. We hebben hier te maken met een leeftijdscohortefect: mensen in instellingen zijn vaak zeer oud en deze generatie is gemiddeld lager opgeleid dan de daaropvolgende generaties. Het feit dat instellingsbewoners zeer laagopgeleid zijn, zal dus in de komende jaren naar verwachting gaan afnemen.

De verdeling naar inkomen is nog schever dan opleiding. Terwijl 10% van de totale bevolking van hooguit 1100 euro per maand moet rondkomen, is dat onder de gebruikers van zorg aan huis bijna 40% en onder de tehuisbewoners 55%. De laagste

inkomensgroep is kleiner geworden en maakt minder gebruik van zorg dan in het vorige rapport. Dit is waarschijnlijk een gevolg van de verruiming van de ouderenaf-trek. De zorg is geconcentreerd in de een na laagste inkomensgroep: een derde van de zorggebruikers en instellingsbewoners heeft een inkomen tussen de 900 en 1100 euro per maand. In het vorige rapport was de zorg geconcentreerd in de eerste twee groepen (tot 935 euro per maand: indeling was toen nog in gulden). Waarschijnlijk is het merendeel van de mensen die leven op AOW-niveau in de tussenliggende jaren verschoven naar de één na laagste inkomensgroep. Geconcludeerd kan worden uit tabel 3.4 dat enerzijds het gebruik van zorg geconcentreerder is geworden in de lagere inkomensgroepen, en anderzijds de inkomensverdeling is verschoven naar de hogere inkomens. Dit beeld wordt bevestigd in De Boer (2006).

We hebben ervoor gekozen om in het model de inkomensklassen in te dikken tot drie categorieën: minder dan 900 euro, 900 tot 2200 euro en meer dan 2200 euro per maand. Hier is voor gekozen omdat onder de personen die geen zorg gebruiken, relatief weinig mensen zitten met een laag inkomen en bij de personen die wel zorg gebruiken, relatief weinig mensen zitten met een hoog inkomen. Aangezien de mid-dengroepen relatief weinig waarnemingen bevatten, zijn deze bij elkaar genomen.

3.5 Vormen van ondersteuning

Aanwezige zorg anders dan thuiszorg, verzorgings- of verpleeghuiszorg

Personen kunnen uiteraard ook gebruikmaken van andere vormen van zorg dan thuiszorg, verzorgings- of verpleeghuiszorg. De volgende categorieën zijn overge-nomen uit de analyse in het vorige rapport: 1) particuliere hulp, 2) informele hulp en 3) medische zorg, bestaande uit medisch specialistische hulp, ziekenhuisopname, paramedische zorg en gebruik van geestelijke gezondheidszorg en 4) zorg door de huisarts of verpleeghuisarts. De verdeling is weergegeven in tabel 3.5.

Verpleeghuisbewoners vallen onder de zorg van een verpleeghuisarts en het is de vraag of deze zorg gelijkgesteld mag worden aan die van de huisarts. De verpleeg-huisarts treedt als huisarts voor de bewoners op, maar is tevens in zekere zin een medisch specialist. Bovendien is de verpleeghuisarts dagelijks aanwezig in het tehuis en daardoor veel beter bereikbaar. Daarom wordt de variabele 'huisarts' niet in het model gebruikt.

In het OII2004 is niet naar particuliere hulp gevraagd. Particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen komen weinig voor en in de AWBZ-gefinancierde tehuizen wordt geen particuliere hulp verstrekt. Informele zorg en particuliere zorg zijn in het model meegenomen als aparte zorgcategorie (endogenen), omdat ze een alterna-tief kunnen vormen voor thuiszorg (en in buitengewone gevallen voor verpleeg- of verzorgingshuiszorg).

Tabel 3.5

Verdeling van de aanwezige zorg, 2004

	gebruikers van publiek gefinancierde zorg		
	bevolking ^a	zelfstandig wonenden ^b	tehuisbewoners ^{c, e}
particuliere zorg	2	5	.
informele zorg	5	20	63
medische zorg (excl. huisarts)	47	71	60
huisarts/ verpleeghuisarts	62	82	62
(n) ^d	10.010	516	148

a Totale bevolking 30-plus op basis van AVO 2003 en OII 2004.

b Op basis van AVO 2003.

c Op basis van OII 2004.

d Gewogen aantallen, landelijk representatief (x 1000).

e Een punt in de tabel geeft aan dat deze combinatie niet voor kan komen.

Bron: SCP (AVO'03 en OII'04)

Aangepaste woningen en hulpmiddelen

Het gebruik van hulpmiddelen en/of een aangepaste woning geeft enerzijds een indruk van de benodigde aanvullende zorg en anderzijds van de ernst van de problematiek. In dit onderzoek kijken we naar hulpmiddelen om de mobiliteit te bevorderen (verplaatsingshulpmiddelen zoals rolstoelen en loophulpmiddelen zoals krukken en rollators). In tegenstelling tot het vorige rapport, is er in de huidige bestanden geen informatie beschikbaar over hulpmiddelen die algemene dagelijkse levensverrichtingen moeten vergemakkelijken, zoals een aangepast bed of hulpmiddelen op het toilet en voor bad/ douche. In tabel 3.6 staat de frequentieverdeling van de aanwezige variabelen. Evenals over de overige vormen van zorg, is in CIZ 2004 onvoldoende bekend over de aanwezige hulpmiddelen. Een vergelijking van het gebruik van hulpmiddelen tussen de vragers en gebruikers is nu dus niet mogelijk.

Het aandeel van instellingsbewoners dat hulpmiddelen gebruikt bij mobiliteit is gestegen, maar het aantal mensen buiten de instelling (met of zonder zorg) dat gebruikmaakt van hulpmiddelen is gedaald ten opzichte van het vorige rapport. Dit kan komen doordat de mensen zonder zorg nu vaker geen beperkingen hebben en daardoor geen hulpmiddelen nodig hebben. Daarentegen wonen zelfstandig wonende zorggebruikers vaker in een ouderenwoning dan in het vorige rapport (60% tegenover 43%). Dit is waarschijnlijk een gevolg van de extramuralisering, waarbij ouderen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Aangezien een deel van deze informatie ook in de endogene variabelen in de modellen zit, kan deze informatie niet als exogene variabele worden meegenomen in de modellen.

Tabel 3.6

Verdeling van de aanwezige hulpmiddelen, 2004

	bevolking ^a	gebruikers van publiek gefinancierde zorg, ^d	
		zelfstandig wonenden ^b	tehuisbewoners ^c
hulpmiddelen mobiliteit	6	32	85
normale woning	80	40	.
ouderewoning	19	60	.
intramuraal	2	.	100
(n)	10.010	516	148

a Totale bevolking 30-plus op basis van AVO 2003 en OII 2004.

b Op basis van AVO 2003.

c Op basis van OII 2004.

d Een punt in de tabel geeft aan dat deze combinatie niet voor kan komen.

Bron: SCP (AVO'03 en OII'04) SCP-bewerking

Schematisch overzicht determinanten

In tabel 3.7 staat aangegeven welke van de variabelen uiteindelijk in het model betrokken worden. Tevens staat de reden van uitval aangegeven.

Tabel 3.7

Variabelen die in het verklaringsmodel betrokken worden

determinanten	niet beschikbaar	beperkt beschikbaar ^a	variabelen in het model	endogenen in het model
gezondheidskenmerken				
fysieke beperkingen			X	
cognitieve beperkingen	X			
psychische beperkingen			X	
chronische aandoeningen			X	
demografische kenmerken				
leeftijd			X	
geslacht			X	
samenstelling huishouden			X	
stedelijkheidsgraad			X	
sociaaleconomische kenmerken				
huishoudeninkomen			X	
opleidingsniveau			X	
ondersteuning				
informele hulp				X

Tabel 3.7 (vervolg)

determinanten	niet beschikbaar	beperkt beschikbaar ^a	variabelen in het model	endogenen in het model
particuliere hulp		X		X
hulpmiddel mobiliteit			X	
hulpmiddel ADL	X			
soort woning		X		
huisarts		X		
overige medische hulp			X	

a Wel voor gebruik en niet voor vraag beschikbaar, of andersom.

Een aantal variabelen wordt wel meegenomen in het model, maar niet als exogenen. Het gaat hierbij om informele hulp en particuliere hulp. Zoals al eerder is aangegeven, is dat gedaan omdat deze vormen van zorg een alternatief kunnen zijn voor publiek gefinancierde vormen van zorg.

3.6 Samenvatting

In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen de vraag naar of het gebruik van zorg en een aantal determinanten. De keuze voor de determinanten die in dit onderzoek worden gebruikt, is gebaseerd op het literatuuronderzoek dat door Timmermans en Woittiez (2004b) is uitgevoerd. De determinanten kunnen worden ingedeeld in vier groepen: gezondheidskenmerken, demografische kenmerken, sociaaleconomische kenmerken en vormen van ondersteuning.

De gezondheidskenmerken meten de aanwezigheid van (fysieke) beperkingen en aandoeningen. Niet verrassend ondervinden mensen die zorg vragen of gebruiken meer beperkingen en aandoeningen dan een gemiddelde Nederlander. Ook zijn de vragers en gebruikers ouder en vaker alleenstaand. Een ander demografisch kenmerk is de stedelijkheidsgraad. Hierbij zien we minder sterke afwijkingen. De twee sociaaleconomische kenmerken zijn inkomen en opleiding. Gebruikers van zorg zijn vaak lager opgeleid en hebben een lager inkomen dan gemiddeld. Ten slotte zijn er nog de vormen van ondersteuning. Het gaat hierbij om andere vormen van zorg dan thuiszorg en instellingszorg, zoals informele zorg, particuliere hulp, medische zorg en de huisarts. Wederom niet onverwacht maken vragers naar en gebruikers van zorg hiervan meer gebruik dan gemiddeld.

4 Verklaringsmodel potentiële vraag en gebruik

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het verklaringsmodel verpleging en verzorging beschreven. Met behulp van dit model geven we antwoord op de vraag hoeveel mensen met een verzorgingsprobleem om welke redenen bepaalde hulpbronnen en bepaalde typen hulp vragen of gebruiken. De details van het model, dat het uitgangspunt van de ramingen vormt, zijn in het vorige rapport (Timmermans en Woittiez 2004a en b) besproken.

In hoofdstuk 3 is een overzicht gegeven van de determinanten van de potentiële vraag en het gebruik. In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen deze determinanten en de potentiële vraag en het gebruik onderzocht.

4.2 Verklaringsmodel

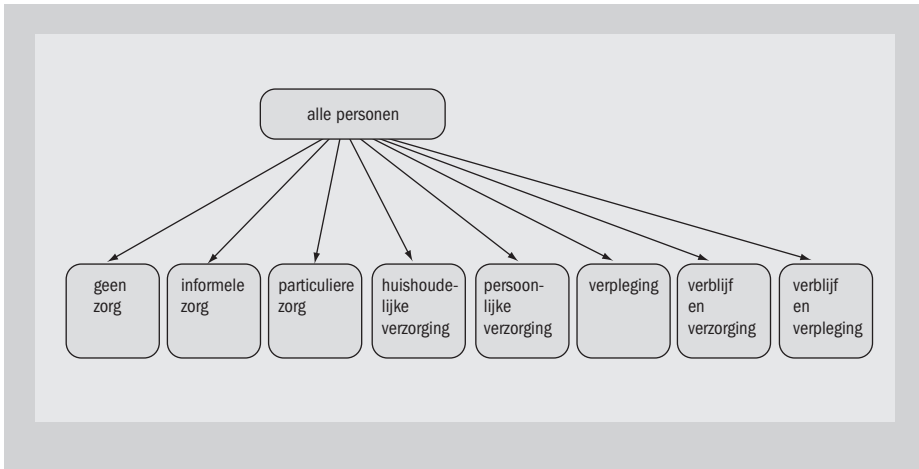
Waarom 'kiezen' mensen met een verzorgingsprobleem voor een bepaalde oplossing? Op deze vraag moet het verklaringsmodel een antwoord geven. Hierbij moet worden aangetekend dat het woord 'keuze' waarschijnlijk meer vrijheid impliceert dan in werkelijkheid het geval is. Zo is voor veel mensen met een ernstig verzorgingsprobleem de keuze 'geen zorg' geen optie. Daarnaast valt er weinig te kiezen als iemand een aanvraag indient bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ): het CIZ bepaalt welke zorg je krijgt geïndiceerd. Dat er toch wordt gesproken over keuzes, heeft te maken met het feit dat de statistische modellen voor dit soort problemen in de wetenschappelijke literatuur meestal 'keuzemodellen' worden genoemd.

De keuze tussen verschillende zorgpakketten kan worden gemodelleerd met behulp van een 'multinomiaal logit-model'. In figuur 4.1 wordt het model geïllustreerd voor de gebruikspakketten.¹ Er wordt verondersteld dat het keuzeproces wordt beïnvloed door een aantal determinanten. Deze determinanten zijn in hoofdstuk 3 besproken. De uitkomst van het model is een inschatting van de kans dat iemand een bepaald pakket kiest. De uitkomsten dienen als basis voor de ramingen in hoofdstuk 6. Een goede uitleg van het multinomiale logit-model is te vinden in Train (2003).

¹ Voor de vraagpakketten geldt een vergelijkbare opzet, zij het dat er dan meer pakketten worden onderscheiden.

Figuur 4.1

Het gebruik van zorgpakketten in een multinomiaal logit-model



4.3 De potentiële vraag

Voordat een model voor de potentiële vraag kan worden opgesteld, moet eerst worden vastgesteld wat in dit onderzoek precies onder potentiële vraag wordt verstaan (§ 4.3.1). Vanwege datatechnische redenen moet de potentiële vraag in twee stappen worden geanalyseerd. In de eerste stap wordt er gekeken naar de kans dat iemand wel of geen potentiële vrager is (§ 4.3.2) en in de tweede stap wordt onderzocht welke type zorg iemand vraagt, gegeven dat diegene een potentiële vrager is (§ 4.3.3). In het AVO 2003/OII 2004 ontbreekt de informatie over deze tweede stap. Daarom moeten gegevens over de potentiële vraag worden toegekend aan personen in het AVO 2003-/OII 2004-bestand (§ 4.3.4).

4.3.1 Definitie van de potentiële vraag

Potentiële vragers naar zorg zijn mensen met een dusdanige beperking of aandoening dat ze hulp van iemand anders ontvangen.² In theorie zouden zij recht kunnen doen gelden op de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of op verstrekkingen in het kader van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). De potentiële vraag geeft dan ook het maximaal mogelijke beroep op zulke verstrekkingen weer. Potentiële vragers kunnen de benodigde hulp bijvoorbeeld in de vorm van huishoudelijke hulp vragen. Zij kunnen ook vraag uitoefenen naar persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of zelfs verblijf. Wij operationaliseren de potentiële vraag als het aantal mensen met een matige of ernstige beperking of chronische aandoening,

² Hier bedoelen we met hulp die soorten hulp die geleverd kunnen worden door AWBZ of WMO. Curatieve zorg of hulpmiddelen worden hier niet bekeken.

dat zorg van iemand anders ontvangt. De ontvangen zorg kan zorg zijn die op grond van de AWBZ of WMO wordt verstrekt, maar dat hoeft niet. Het kan ook particuliere zorg zijn (dat wil zeggen zelf betaald en niet (deels) collectief gefinancierd) of informele zorg (dat wil zeggen zorg door familie, vrienden, kennissen of burens). Daarmee onderschatten we wellicht de potentiële vraag, omdat mensen met een matige of ernstige beperking dan wel chronische aandoening die van niemand hulp ontvangen, volgens deze definitie geen potentiële vragers zijn.

Overigens zullen niet alle potentiële vragers WMO- of AWBZ-hulp vragen; velen van hen hebben weliswaar een verzorgingsprobleem en daardoor behoefte aan hulp, maar kiezen voor informele of particuliere hulp. In Schellingerhout (2007) wordt uitgebreid onderzocht wat de consequenties zijn van verschillende operationalisaties van het begrip potentiële vraag.

In hoofdstuk 1 is al opgemerkt dat de beschikbare databestanden geen informatie bevatten over wie een potentiële vrager is en wie niet. Het bestand van indicatiedossiers bevat die informatie per definitie niet. Het betreft immers personen die zich bij een CIZ-kantoor hebben aangemeld met een zorgvraag; volgens de definities in hoofdstuk 1 zijn zij daarmee manifeste vragers.

Ook het beschikbare bevolkingsonderzoek ontbeert die informatie en daarom hebben we ervoor gekozen om de potentiële zorgvrager te bepalen aan de hand van de volgende definitie. Iemand wordt verondersteld een potentiële zorgvraag te hebben als iemand een verzorgingsprobleem heeft en daarvoor enige vorm van hulp ontvangt.³ Iemand heeft een verzorgingsprobleem als hij of zij fysieke of psychische beperkingen heeft of een chronische ziekte. Tot enige vorm van hulp zijn gerekend: informele hulp, particuliere hulp, thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg of een combinatie daarvan.

Volgens de gekozen definitie worden mensen met een verzorgingsprobleem die geen hulp ontvangen, maar ook gebruikers die geen verzorgingsprobleem hebben niet als potentiële vrager gezien. Wie helemaal geen hulp ontvangt, kan het verzorgingsprobleem kennelijk zelf oplossen; deze mensen zullen zich niet snel melden bij de gemeente of een CIZ-kantoor met een vraag om WMO of AWBZ-gefinancierde hulp, zolang hun omstandigheden niet veranderen. Het valt daarom te verdedigen dat ze niet tot de potentiële vragers worden gerekend. Bij de gebruikers zonder verzorgingsprobleem is dat anders: zij zijn al vragers en zouden door de gekozen omschrijving van potentiële vraag ten onrechte buiten beeld worden gelaten. Daarom is, voordat de determinanten van de potentiële vraag aan bod komen, gekeken naar de omvang en aard van beide hiervoor genoemde groepen (zie tabel 4.1).

3 Schellingerhout (2007) onderzoekt verschillende definities van de potentiële vraag en laat zien hoe het aantal potentiële vragers varieert met de gekozen definitie.

Tabel 4.1

Verzorgingsproblemen van en gebruik van zorg door bevolking van 30 jaar en ouder, 2004
(x 1000)^a

	geen zorg	wel zorg	totaal
geen verzorgingsprobleem	4358	135	4.493
wel verzorgingsprobleem	4612	904	5.517
totaal	8971	1.039	10.010

a Gewogen aantallen, representatief voor de hele bevolking ouder dan 30 jaar.

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Allereerst zijn er de personen die een verzorgingsprobleem hebben, maar geen gebruikmaken van zorg. Zij worden dus niet tot de potentiële vragers gerekend. Van de personen met een verzorgingsprobleem maakt 84% geen gebruik van zorg. Dit is meer dan de 71% in 2000. Dit maakt de groep potentiële vragers relatief kleiner dan de vorige keer, omdat mensen met verzorgingsproblemen nu beter in staat lijken te zijn deze zelf op te lossen. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de betaalde werkster toen onder particuliere hulp werd gerekend. Dat zoveel mensen met een verzorgingsprobleem geen hulp nodig hebben, lijkt op het eerste gezicht nogal verbazingwekkend. Hierbij moet worden opgemerkt dat we veronderstellen dat iedereen die een aandoening of beperking heeft, een verzorgingsprobleem heeft. De meesten onder hen hebben echter slechts last van een aandoening, bijvoorbeeld diabetes of astma. Deze mensen zullen meestal geen zorg nodig hebben.

Vervolgens kijken we naar de gebruikers van zorg die geen verzorgingsproblemen hebben. Ook zij worden niet tot de potentiële vragers gerekend. Van de gebruikers van zorg heeft 13% geen verzorgingsproblemen. Bij de personen die gebruikmaken van publiek gefinancierde zorg, gaat het om 10% (niet in tabel). In 2000 was dit nog respectievelijk 31% en 7%. Het hoge percentage voor gebruikers van zorg zonder verzorgingsproblemen in 2000 komt doordat de particuliere hulp toen ook nog de werkster bevatte. Nu wordt particuliere hulp alleen meegenomen als deze wordt gebruikt wegens gezondheidsproblemen.⁴ Mensen die publiek gefinancierde zorg ontvangen, maar geen verzorgingsprobleem hebben, zijn mensen die gebruikmaken van tijdelijke zorg.⁵ We kunnen dus concluderen dat het gebruik van tijdelijke zorg in de afgelopen jaren relatief iets is toegenomen.

4 Er wordt in de AVO 2003-enquête expliciet gevraagd of mensen hulp in de huishouding hebben wegens gezondheidsproblemen. In AVO 1999 werd alleen gevraagd of mensen hulp in de huishouding hadden.

5 Dit heeft te maken met de vraagstelling in de enquête: het verzorgingsprobleem heeft betrekking op de huidige situatie, het zorggebruik op het afgelopen jaar.

De huidige definitie van potentiële vragers omvat circa 900.000 personen (zie tabel 4.1). Buiten deze groep vallen dus 4,6 miljoen personen die wel een verzorgingsprobleem hebben, maar geen hulp gebruiken en 135.000 personen die wel hulp gebruiken, maar geen verzorgingsproblemen hebben. Onder die 135.000 zijn er 65.000 die publiek gefinancierde zorg gebruiken (niet in tabel). Hoe komt dit? Vermoedelijk betreft het hier een administratief effect, waarbij de indicaties niet volledig zijn ingevuld. Naar verwachting gaat het dan om herindicaties voor mensen die al geruime tijd zorg ontvangen. De procedures zijn recentelijk aangescherpt, waardoor het waarschijnlijk gaat om indicaties aan het begin van de waarnemingsperiode. Op basis van de huidige gegevens is het niet mogelijk om hier meer concrete antwoorden op te geven, maar dit is wel een interessant onderwerp voor nader onderzoek.

Een richting voor dat nadere onderzoek wordt geboden door uitkomsten uit Schellingerhout (2007). In dit onderzoek is gekeken naar de operationalisatie van de potentiële vraag waarbij alleen wordt uitgegaan van AWBZ-zorg en WMO-zorg dus buiten beschouwing wordt gelaten. Dan blijkt dat de groep die niet tot de potentiële vraag wordt gerekend en wel hulp ontvangt, bijna geheel verdwenen is. De mensen die gebruikmaken van zorg, zonder dat er sprake is van een (geregistreerd) verzorgingsprobleem, maken dus vooral gebruik van huishoudelijke verzorging.

4.3.2 *Determinanten van de potentiële vraag*

In deze paragraaf wordt beschreven welke kenmerken de kans bepalen of iemand een potentiële vrager is of niet. Daartoe is een zogenoemde logistische regressie-analyse (ook wel logit-analyse genoemd) uitgevoerd op het bevolkingsonderzoek (AVO 2003/OII 2004), die op basis van de achtergrondkenmerken, de aandoeningen en beperkingen de kans voorspelt of iemand wel of niet een potentiële vrager is. Tabel 4.2 geeft de resultaten. Bij de dichotome kenmerken (een kenmerk is wel of niet aanwezig) vormen degenen zonder dat kenmerk de referentiegroep, bij kenmerken met meer dan twee klassen wordt vergeleken met de onderste klasse. In deze tabel en ook de volgende in dit hoofdstuk staan alleen significante marginale effecten vermeld. Het aantal asterisken zegt iets over het significantieniveau: bij drie asterisken is de betrouwbaarheid van het effect 99%, bij twee 95% en bij één 90%. Een leesvoorbeeld: 0,017 met twee asterisken in de cel 'kanker' betekent dat wie deze aandoening heeft, een 1,7% grotere kans heeft ten opzichte van mensen die deze aandoening niet hebben om een potentiële vrager van zorg te zijn. Dit effect heeft een betrouwbaarheid van 95%.

Een aantal aandoeningen verhoogt de kans op de potentiële vraag significant, maar de effecten zijn relatief klein. Dat gaat op voor kanker, aandoeningen van het

spijsverteringsstelsel, en overige aandoeningen.⁶ Ook beperkingen verhogen de kans op de potentiële vraag. Licht, matig en ernstig beperkten hebben meer kans op zorg dan degenen zonder beperkingen. De marginale effecten bij matige en ernstige beperkingen zijn relatief groot, wat erop duidt dat zij erg belangrijk zijn voor de kans dat iemand een potentiële vrager is. De hulpmiddelen voor mobiliteit hebben een positief effect op de potentiële vraag. We vinden dus, net als de vorige keer, geen remmende werking van hulpmiddelen op de potentiële vraag naar zorg. Blijkbaar is het gebruiken van hulpmiddelen bij mobiliteit wederom meer een (extra) indicator van de beperking dan een indicator van de verlichting ten aanzien van de benodigde zorg, die het gebruik van hulpmiddelen tot gevolg heeft.⁷

Alleenstaanden en verweduwde personen maken meer kans potentiële vrager te zijn. Ook deze determinanten zijn vrij belangrijk, aangezien de marginale effecten relatief groot zijn. Vrouwen hebben meer kans een potentiële vrager te zijn dan mannen. Ook de oude ouderen hebben duidelijk meer kans. Uit tabel 4.2 kan ook opgemaakt worden dat bewoners van minder stedelijke gebieden meer kans hebben potentiële vrager te zijn dan bewoners van zeer stedelijke gebieden, al geldt het effect niet voor mensen die in niet-stedelijke gebieden wonen. Opleiding heeft geen invloed, maar een hoger inkomen vergroot de kans wel.

Deze resultaten komen grotendeels overeen met de resultaten uit het vorige rapport; toen hadden bewoners van minder stedelijke gebieden, ouderen, hoger opgeleiden en alleenstaanden ook een hogere kans potentiële vrager te zijn. Een verschil met het vorige rapport is dat vrouwen toen niet meer kans hadden potentiële vrager te zijn dan mannen en dat opleiding toen wel invloed had. Mogelijk dat door de indikking van de inkomens ten opzichte van de vorige keer, het effect van opleiding gedeeltelijk wordt opgepakt door inkomen.

6 In tegenstelling tot in het vorige rapport, zijn de zenuwziekten, de hartaandoeningen en diabetes en nierziekten niet afzonderlijk opgenomen in het model. Na analyse bleek dat dit geen grote vertekeningen oplevert in dit model. Deze samenvoeging van verschillende aandoeningen geeft de mogelijkheid de aandoeningen te vergelijken met het bestand met informatie over manifeste vragers (CIZ 2004), omdat er in dat bestand over deze aandoeningen ook geen aparte informatie beschikbaar is.

7 Dit beeld wordt bevestigd door het feit dat maar 1% van de mensen zonder beperkingen gebruikmaakt van een hulpmiddel.

Tabel 4.2

Significante determinanten van de potentiële vraag naar zorg (marginale effecten van logit-schatting), 2004, n = 10.010^{a, b, c}

	vragers		vragers
aandoeningen		leeftijdsklasse	
kanker	0,017 *	< 70 jaar (ref.)	
diabetes		70-74 jaar	
psychische aandoeningen		75-79 jaar	0,015 **
ziekten zenuwstelsel of migraine		80-84 jaar	0,040 ***
hart en vaatstelsel		≥ 85 jaar	0,045 ***
luchtwegaandoening			
spijsverteringsstelsel	0,013 *	geslacht	
urogenitaal stelsel		man (ref.)	
huidziekte		vrouw	0,015 ***
bewegingsapparaat			
gevolgen ongeval		Samenstelling huishouden	
overige aandoeningen	0,017 ***	samenwonend (ref.)	
		weduwstaat	0,086 ***
beperkingen		overig alleenstaand	0,058 ***
licht	0,038 ***		
matig	0,161 ***	stedelijkheidsgraad	
ernstig	0,303 ***	zeer sterk stedelijk (ref.)	
		sterk stedelijk	
gebruik voorzieningen		matig stedelijk	0,008 *
hulpmiddel mobiliteit	0,047 ***	weinig stedelijk	0,010 **
gebruik medisch specialist en/of ziekenhuis	0,019 ***	niet stedelijk	
		niveau voltooide opleiding	
		hooguit lager onderwijs	
		lager beroepsonderwijs	
		middelbaar onderwijs	
		hbo of universitair	
		nettohuishoudinkomen	
		< 900 euro per maand (ref.)	
		900-2200 euro per maand	0,010 **
		> 2200 euro per maand	0,012 **
		missing	
McFadden pseudo-R ²			0,66

a De referentiegroep wordt gevormd door mensen zonder enige zorg.

b Marginale effecten geven de verandering in de kans op een zorgpakket weer als gevolg van een kleine verandering in de determinant.

c Leeg: niet significant bij p > 0,1; *: licht significant bij p < 0,1; **: significant bij p < 0,05; ***: sterk significant bij p < 0,01.

Bron: SCP(AV0'03; OII'04) SCP-bewerking

De vraag is nu hoe goed het hiervoor gepresenteerde logit-model verklaart. De pseudo- R^2 van het model in tabel 4.2 bedraagt 0,66 en dat wijst op een goede voorspelkracht van het model.⁸ Het is ook interessant om te bekijken hoe goed het model in staat is potentiële vragers goed te voorspellen. Dit wordt weergegeven in tabel 4.3.

Het model berekent voor iedereen een kans dat hij/zij een potentiële vrager naar zorg is. Deze kansen worden vervolgens afgerond naar nullen en enen.⁹ Van de potentiële vragers wordt (712/904 =) 79% goed voorspeld en van de niet-vragers (8360/9106 =) 92%. Van de voorspelde potentiële vraag is (712/1458 =) 49% een werkelijke vrager en van de voorspelde niet-vragers is (8360/8552 =) 98% een werkelijke niet-vrager. Het totaal aantal potentiële vragers wordt dus weliswaar te hoog voorspeld, maar het model is wel in staat vrijwel alle werkelijke potentiële vragers goed te voorspellen.

Tabel 4.3
Voorspelde en werkelijke potentiële vraag, 2004^a

	voorspelde potentiële vraag		totaal
	geen	wel	
werkelijke potentiële vraag			
geen	8.360	746	9.106
wel	192	712	904
totaal	8.552	1.458	10.010

a Gewogen aantallen, representatief voor de hele bevolking ouder dan 30 jaar.

Bron: SCP (AV0'03; OII'04) SCP-bewerking

- 8 Om de verklaringkracht van het model als geheel te kunnen evalueren is de pseudo- R^2 berekend (Judge et al., 1985) die een functie is van de geschatte kansen op een geobserveerd potentiële zorgvraag. De waarde van de pseudo- R^2 varieert in theorie van 0 (in welk geval de determinanten helemaal niets verklaren) tot 1 (als het model de afhankelijke variabele perfect verklaart). Het geeft aan in hoeverre het opnemen van onafhankelijke variabelen de verklaringsgraad van het model verbetert. De pseudo- R^2 van het model in tabel 4.2 bedraagt 0,66 en dat wijst op een sterke relatie tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat de verdeling van de afhankelijke variabele zeer scheef is: in het bestand is slechts 9% een potentiële vrager. De 'fit' (hoe goed 'past' het model op de data) van het model is daardoor al snel groot, omdat het model 91% van alle waarnemingen goed voorspelt als het allemaal nullen voorspelt (Greene 2000).
- 9 Een voorspelde kans wordt afgerond naar 1 als de kans groter of gelijk is aan (904/10.010). De som van de kansen is gelijk aan de frequentie enen in het bestand. Vaak wordt 0,5 gekozen als afkappunt, maar dit leidt bij een bestand met relatief weinig enen tot een sterke onderschatting van het aantal enen.

De gemiddelde geschatte individuele kans dat iemand een potentiële vrager is, is volgens het model ($1458/10.010 \Rightarrow$) 15%. De geschatte individuele kansen dienen als basis voor de ramingen die in hoofdstuk 6 gepresenteerd worden.

4.3.3 Determinanten van de manifeste vraag

In de vorige paragraaf is onderzocht welke factoren bepalen of iemand een potentiële vrager is. Het bevolkingsonderzoek waarop deze analyse is gebaseerd bevat echter geen informatie over de verschillende zorgpakketten die potentiële vragers verlangen. Deze informatie wordt gehaald uit het bestand met gegevens over manifeste vragers (CIZ 2004). Met manifeste vraag doelen we op de door een indicatieorgaan erkende vraag. Manifeste vragers zijn dus mensen die een indicatie hebben ontvangen. Dit bestand bevat een steekproef van indicatiegegevens van personen die zich tussen 2003 en 2005 hebben gemeld bij het CIZ. Net als in het vorige rapport zijn de determinanten zo gekozen dat ze zo goed mogelijk aansluiten bij de determinanten die beschikbaar zijn in het bevolkingsonderzoek. Er wordt gebruikgemaakt van het in paragraaf 4.2 beschreven multinomiale model.

In vergelijking met de vorige keer worden er minder zorgpakketten onderscheiden. Toen waren er zeventien pakketten, maar die zijn nu teruggebracht tot acht.¹⁰ Dit is gebeurd om meer aan te sluiten bij de pakketten die worden gehanteerd bij het gebruik uit het bevolkingsonderzoek. Extra pakketten die worden onderscheiden ten opzichte van het gebruik, zijn 'behandeling en activerende begeleiding plus' en 'ondersteunende begeleiding plus'. In vergelijking met het vorige rapport is een aantal determinanten vervallen, omdat hierover in het CIZ 2004 geen informatie meer beschikbaar is. Het gaat hier om hulpmiddelen en aanwezige zorg.

De fit van het model is met een pseudo- R^2 van 0,14 matig.¹¹ In het vorige rapport was de pseudo- R^2 0,22. De uitkomsten van het model worden in tabel 4.4 en 4.5 gepresenteerd. De onderste rij in de tabellen (N) geeft aan hoeveel mensen een bepaald pakket geïndiceerd hebben gekregen in onze steekproef. Duidelijk is dat de meeste mensen een indicatie voor huishoudelijke verzorging hebben gekregen.

10 Er zijn vooral minder combinaties onderscheiden.

11 De verdeling over de categorieën is minder extreem scheef dan in tabel 4.2 en de tabellen 4.7 en 4.8: er is niet één categorie die de andere duidelijk overheerst. Hierdoor is de pseudo- R^2 voor dit model lager.

Tabel 4.4

Significante determinanten van manifeste vraag (marginale effecten voor aandoeningen en beperkingen, multinomiale schatting), 2004 (n = 5043) ^{a, b}

	huish. verz.	pers. verz. plus	verpl. plus	beh. en act. beg. plus	onderst. beg. plus	verbl. tijd. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verpl. plus
aandoeningen								
kanker	-0,071***	-0,038 **	0,163 ***	-0,006 **	-0,035***			-0,011 *
diabetes		-0,066 ***	0,089 ***					
psychische aandoeningen	-0,126***	-0,071 ***	-0,045 *	0,006 ***	0,135***		0,050 ***	0,043 ***
ziekten zenuwstelsel of migraine	0,060**		-0,194 ***	0,002 *	0,041***	0,035 ***	0,012 *	0,020 ***
hart en vaatstelsel	0,028*		-0,033 **					-0,006 *
luchtwegaandoening	0,061***	0,029 *	-0,049 **		-0,040***			
spijsverteringsstelsel								-0,014 **
urogenitaal stelsel								
huidziekte	-0,171***		0,249 ***			-0,043 *		
bewegingsapparaat	0,158***	0,045 ***	-0,131 ***	-0,002 *	-0,033***		-0,009 **	-0,013 ***
gevolgen ongeval		0,090 ***	-0,046 *		-0,071***	0,069 ***	-0,050 ***	
overige aandoeningen	0,066***	-0,036 **		0,003 **		-0,039 ***		-0,007 *
beperkingen								
licht								
matig	-0,149***	0,061 **		-0,005 ***		0,053 **		
ernstig	-0,172***		-0,048 **	-0,003 ***		0,066 ***	0,088 ***	0,029 **
N	1685	731	1179	59	410	470	308	201
McFadden pseudo-R ²								0,14

a Licht significant aangeduid met * bij $p < 0,1$; significant, aangeduid met ** bij $p < 0,05$; sterk significant, aangeduid met *** bij $p < 0,01$. Niet-significante uitkomsten ($p > 0,10$) zijn niet opgenomen.

b Huish. verz. = huishoudelijke verzorging, pers. verz. plus = persoonlijke verzorging plus, verpl. plus = verpleging plus, beh. en act. beg. plus = behandeling en activerende begeleiding plus, onderst. beg. plus = ondersteunende begeleiding plus, verbl. tijd plus = verblijf tijdelijk plus, verbl. lang verz. plus = verblijf lang met verzorging plus, verbl. lang verpl. plus = verblijf lang met verpleging plus.

Bron: CIZ (CIZ'04) SCP-bewerking

Aandoeningen en beperkingen hebben een wisselend effect op de manifeste vraag (zie tabel 4.4). Zo vinden wij dat de aanwezigheid van ernstige beperkingen de kans op manifeste vraag naar zorg thuis verkleint en de kans op manifeste vraag naar de verschillende vormen van verblijf vergroot. Dit is conform de verwachting dat hoe ernstiger de beperking, hoe groter de kans dat iemand een indicatie voor verblijf krijgt. Psychische aandoeningen vergroten de kans op manifeste vraag naar verschil-

lende vormen van begeleiding of verblijf lang. Dit komt overeen met de typering die Van Campen (2007) vindt voor deze pakketten: 'jongeren met psychosociale hulp' (behandeling en activerende begeleiding plus), 'dementerende ouderen die nog thuis wonen met dagopvang' (ondersteunende begeleiding plus), 'hoogbejaarde demente ouderen met complexe zorg' (verblijf lang verpleging). Personen met kanker, diabetes of een huidziekte hebben meer kans op een manifeste vraag naar verpleging thuis. Deze mensen vallen volgens Van Campen onder het profiel 'chronisch zieken met verpleegkundige hulp' (verpleging plus), wat eveneens spoort met onze uitkomsten.

Leeftijd heeft vooral een positief effect op de kans op manifeste vraag naar persoonlijke verzorging en de verschillende vormen van verblijf en een sterk negatief effect op de manifeste vraag naar huishoudelijke verzorging (tabel 4.5). Wij zien terug in de typering van Van Campen (2007) dat de manifeste vragers naar huishoudelijke verzorging vooral jongere vrouwen met hulp in de huishouding zijn. Van Campen typeert de manifeste vragers naar verblijf als 'revaliderende ouderen' (verblijf tijdelijk plus), 'hoogbejaarden met complexe zorg' (verblijf langdurig plus) en 'hoogbejaarde demente ouderen met complexe zorg' (verblijf lang verpleging). En de vragers naar persoonlijke verzorging worden getypeerd als 'zelfstandig wonende ouderen met hulp bij de zelfverzorging' (persoonlijke verzorging plus).

Tabel 4.5

Significante determinanten van manifeste vraag (marginale effecten van multinomiale schatting), 2004 (n = 5043)^{a, b}

	huis. verz.	pers. verz. plus	verpl. plus	beh. en act. beg. plus	onderst. beg. plus	verbl. tijd. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verpl. plus
leeftijdsklasse								
< 70 jaar (ref.)								
70-74 jaar	-0,149 ***	0,061**		-0,005 ***		0,053 **		
75-79 jaar	-0,172 ***		-0,048 **	-0,003 ***		0,066 ***	0,088***	0,029 **
80-84 jaar	-0,246 ***	0,043**	-0,062 ***	-0,005 ***		0,082 ***	0,141***	0,052 ***
≥ 85 jaar	-0,347 ***		-0,084 ***	-0,006 ***		0,061 ***	0,245***	0,103 ***
geslacht								
man (ref.)								
vrouw	0,147 ***		-0,087 ***		-0,036***	-0,039***		
samenstelling huishouden								
samenwonend (ref.)								
weduwstaat			0,029 *			-0,015*		
overig alleenstaand								
stedelijkheidsgraad								
zeer sterk stedelijk (ref.)								
sterk stedelijk						-0,030***		
matig stedelijk				-0,002 *	-0,022**	-0,049***	0,016**	
weinig stedelijk					-0,032***	-0,039***		
niet-stedelijk				-0,002 *	-0,035***	-0,035***		-0,007 *
N	1685	731	1179	59	410	470	308	201
McFadden pseudo-R ²								0,14

a Licht significant aangeduid met * bij $p < 0,1$; significant, aangeduid met ** bij $p < 0,05$; sterk significant, aangeduid met *** bij $p < 0,01$. Niet-significante uitkomsten ($p \geq 0,10$) zijn niet opgenomen.

b Huish. verz. = huishoudelijke verzorging, pers. verz. plus = persoonlijke verzorging plus, verpl. plus = verpleging plus, beh. en act. beg. plus = behandeling en activerende begeleiding plus, onderst. beg. plus = ondersteunende begeleiding plus, verbl. tijd plus = verblijf tijdelijk plus, verbl. lang verz. plus = verblijf lang met verzorging plus, verbl. lang verpl. plus = verblijf lang met verpleging plus.

Bron: CIZ (CIZ'04) SCP-bewerking

Alleenstaanden hebben vrijwel evenveel kans op manifeste vraag naar de verschillende zorgpakketten als samenwonenden. Dit is in eerste instantie verrassend, omdat we verwachtten dat alleenstaanden eerder zorg nodig hebben dan samenwonenden die zorg van hun partner kunnen ontvangen. Maar hier zien we het effect

dat samenwonenden zich pas melden bij een indicatieorgaan als het echt niet anders kan.

De uitkomsten zijn niet zonder meer te vergelijken met de uitkomsten uit het vorige rapport, omdat er andere verklarende variabelen zijn gebruikt en omdat er in het vorige rapport meer pakketten waren. Het globale beeld is echter wel ongeveer vergelijkbaar, hoewel bijvoorbeeld de samenstelling van het huishouden nu minder invloed heeft dan de vorige keer.

4.3.4 Toekenning van de vraag naar zorg

In het bevolkingsonderzoek (AVO 2003/OII 2004) is wel informatie bekend over het gebruik van, maar niet over de vraag naar zorgpakketten. Aangezien we geïnteresseerd zijn in een raming van zowel de (potentiële) vraag als het gebruik, wordt het bevolkingsonderzoek aangevuld met gegevens uit het bestand met manifeste vragers (CIZ 2004). Met behulp van de analyse in paragraaf 4.3.2 kunnen we voor iedereen in het bevolkingsonderzoek de kans berekenen of iemand een potentiële vrager van zorg is. Daarmee weten we echter nog niet welk pakket deze potentiële vragers wensen. De kans op de vraag naar een specifiek zorgpakket wordt berekend met behulp van coëfficiënten uit de analyse in paragraaf 4.3.3. De methode waarmee dit precies gebeurt, is uitgebreid beschreven in Timmermans en Woittiez (2004a: 55 e.v.). In feite is de kans per bevolkingsgroep (dat wil zeggen per groep met bepaalde kenmerken) op een pakket binnen de potentiële vraag gelijk verondersteld aan de kans op dat pakket binnen de potentiële vraag. In tabel 4.6 staan de voorstellingen van de potentiële vraag in het AVO 2003-/OII 2004-bestand weergegeven. Binnen onze steekproef voorspellen we dat 83% geen potentiële vrager is en 17% wel. De meeste potentiële vragers zouden een indicatie voor een van de thuiszorgpakketten huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging ontvangen.

Er is een belangrijk verschil tussen de manifeste vraagpakketten uit paragraaf 4.3.3 en de potentiële vraagpakketten in tabel 4.6. De manifeste vraagpakketten hebben alleen betrekking op publiek gefinancierde zorg. Dit is echter niet het geval voor de potentiële vraagpakketten: deze hebben betrekking op zowel private als publiek gefinancierde zorg. Feitelijk is bij de potentiële vraag alleen bekend welke vorm van zorg gevraagd wordt, en niet hoe deze zorg geleverd zou moeten worden. De potentiële vraag vormt een bovengrens voor het beroep dat wordt gedaan op publiek gefinancierde zorg, namelijk wanneer alle mensen die zorg nodig hebben allemaal een beroep zouden doen op publiek gefinancierde zorg.

Tabel 4.6

Voorspelde potentiële vraag in AVO 2003/OII 2004

zorgpakket	voorspelde potentiële vraag	%
geen zorg	8.323	83,1
huishoudelijke verzorging plus	405	4,0
persoonlijke verzorging plus	247	2,5
verpleging plus	282	2,8
behandeling en activerende begeleiding plus	27	0,3
ondersteunende begeleiding plus	158	1,6
verblijf tijdelijk plus	194	1,9
verblijf lang verzorging plus	256	2,5
verblijf lang verpleging plus	118	1,2
totaal	10.010	100

Bron: CIZ (CIZ'04); SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

4.4 Model van het gebruik van verpleging en verzorging

In tabel 4.7 en 4.8 staan de schattingsresultaten van de multinomiale regressie-analyse waarin het gebruik van een zorgpakket gerelateerd is aan een aantal kenmerken. Om de leesbaarheid te vergroten, worden de uitkomsten in twee tabellen gepresenteerd. De eerste kolom gaat over het niet-gebruik van zorg. De tweede en derde kolom in de tabel hebben betrekking op informele en particuliere zorg, de drie kolommen daarna op een van de onderscheiden publiek gefinancierde thuiszorgproducten en de laatste twee kolommen op de AWBZ-gefinancierde intramurale zorgproducten. De pseudo- R^2 (Judge et al., 1985) van het model in tabel 4.7 en 4.8 bedraagt 0,51.¹²

Het effect van aandoeningen op het gebruik van zorg is niet erg uitgesproken en minder sterk dan bij de manifeste vraag. Daar staat tegenover dat het effect van beperkingen op het gebruik meer uitgesproken is, met name voor de pakketten voor zorg thuis. Dat komt waarschijnlijk ook doordat bij het gebruik ook de afweging tussen publieke en niet- of zelf gefinancierde zorg een rol speelt, terwijl dat bij de manifeste vraag niet zo is.

12 Dit model bevat een categorie waarin het grootste deel van de waarnemingen valt: de categorie 'geen zorg' bevat 90% van alle waarnemingen. Het model bereikt dus al snel een goede fit door alle waarnemingen toe te wijzen aan de categorie 'geen zorg'. Vandaar dat de R^2 van dit model veel groter is dan van het model in paragraaf 4.3.3.

Tabel 4.7

Significante determinanten van gebruik (marginale effecten van aandoeningen en beperkingen van multinomiale schatting), 2004 (n = 10.010)^a

	geen zorg	infor- mele zorg	particu- liere hulp	huus. verz.	pers. verz. plus	verpl. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verpl. plus
aandoeningen								
kanker	-0,109 **							
diabetes			0,024 *				0,002 *	
psychische aandoeningen								0,000 *
ziekten zenuwstelsel of migraine							0,005 ***	
hart en vaatstelsel								
luchtwegaandoening			-0,022 **					-0,000 **
spijsverteringsstelsel	-0,121 ***			0,064 *	0,043 *			
urogenitaal stelsel		-0,021 *						0,000 **
huidziekte					-0,017 **		-0,002 ***	
bewegingsapparaat	0,039 *					-0,014 *	-0,001 **	-0,000 ***
gevolgen ongeval	-0,079 *				0,047 *			
overige aandoeningen	-0,076 **	0,048 ***						0,000 *
beperkingen								
licht	-0,223 ***		0,088 ***	0,080 **	0,044 *			
matig	-0,481 ***	0,035 **	0,083 ***	0,315 ***	0,032 *			
ernstig	-0,587 ***		0,086 ***	0,360 ***	0,056 **	0,043 **	0,006 **	0,008 *
N =	8971	256	119	347	98	71	100	48
McFadden pseudo-R ²								0,51

a Niet-significant, aangeduid met 0 bij p > 0,1; licht significant aangeduid met * bij p < 0,1; significant, aangeduid met ** bij p < 0,05; sterk significant, aangeduid met *** bij p < 0,01.

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Aangezien alle beperkingen worden gecombineerd tot één schaal,¹³ zijn de uitkomsten niet eenvoudig te vergelijken met die uit het vorige rapport. Globaal gezien hadden de beperkingen in het vorige rapport een positief of een niet-significant effect. Aangezien ze nu over het algemeen een positief effect hebben, kan worden gesteld dat het effect van beperkingen is toegenomen.

¹³ In het vorige rapport waren er afzonderlijke schalen voor beperkingen op het gebied van mobiliteit, ADL, zitten en staan en HDL.

Tabel 4.8

Significante determinanten van gebruik (marginale effecten van multinomiale schatting), 2004
(n = 10.010) ^{a,b}

	geen zorg	infor- mele zorg	particu- liere hulp	huis. verz.	pers. verz. plus	verp. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verpl. plus
leeftijdsklasse								
< 70 jaar (ref.)								
70-74 jaar	-0,098 **	-0,031 **	-0,020 *	0,055 *			0,060 ***	0,002 **
75-79 jaar	-0,180 ***						0,085 ***	0,002 **
80-84 jaar	-0,330 ***		0,039 *	0,116 ***			0,138 ***	0,002 **
≥ 85 jaar	-0,433 ***	-0,045 ***					0,389 ***	0,005 **
geslacht								
man (ref.)								
vrouw	-0,096 ***		0,017 **	0,093 ***	-0,017 *		-0,003 **	-0,000 **
samenstelling huishouden								
samenwonend (ref.)								
weduwstaat	-0,353 ***		0,073 ***	0,165 ***	0,047 ***	0,026 **	0,014 ***	0,004 ***
overig alleenstaand	-0,289 ***		0,035 *	0,082 **		0,076 ***	0,027 ***	0,027 ***
stedelijkheidsgraad								
zeer sterk stedelijk (ref.)								
sterk stedelijk	-0,069 **				0,039 *			
matig stedelijk	-0,100 ***						0,004 **	
weinig stedelijk	-0,127 ***	0,034 *			0,062 **			
niet-stedelijk	-0,082 **							
opleiding								
hooguit lager onderwijs (ref.)								
lager beroepsonderwijs			0,041 **	-0,044 **	0,021 *			
middelbaar onderwijs			0,053 **	-0,055 ***	0,029 *		-0,002 ***	-0,000 *
hbo of universitair		-0,022 *	0,075 **			-0,021 ***	-0,003 ***	-0,000 **
inkomen								
< 900 euro per maand (ref.)								
900-2200 euro per maand	-0,078 *	0,037 *					-0,010 ***	-0,000 **

Tabel 4.8 (vervolg)

	geen zorg	infor- mele zorg	particu- liere hulp	huis. verz.	pers. verz. plus	verp. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verz. plus
> 2200 euro per maand	-0,115 **	0,067 *					-0,003 ***	-0,000 *
missing	-0,128 *						0,009 **	0,000 *
gebruik voorzieningen								
hulpmiddelen mobiliteit	-0,261 ***		0,037 **	0,071 **	0,092 ***	0,024 **	0,021 ***	0,000 ***
medisch specialist en/of ziekenhuis	-0,112 ***	0,024 ***	0,020 **	0,051 ***		0,016 ***		
N =	8971	256	119	347	98	71	100	48
McFadden pseudo-R ²								0,51

a Licht significant aangeduid met * bij $p < 0,1$; significant, aangeduid met ** bij $p < 0,05$; sterk significant, aangeduid met *** bij $p < 0,01$.

b Uitkomsten van gewogen schatting.

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Hoe ouder mensen zijn, hoe groter de kans dat ze hulp krijgen (zie tabel 4.8). Dit effect komt ook duidelijk naar voren bij de intramurale zorg (laatste twee kolommen van tabel 4.8). In het vorige rapport hadden oudere mensen nog een grotere kans op informele hulp, nu is dat een kleinere kans geworden. Mogelijk wordt het effect van leeftijd nu gedeeltelijk weggenomen door het wel of niet alleenstaand zijn. Bij particuliere hulp is het effect van leeftijd afgenomen ten opzichte van het vorige rapport. Dit komt waarschijnlijk doordat particuliere hulp nu anders wordt gemeten.

Weduwen, weduwnaars en alleenstaanden hebben een grotere kans op het gebruik van bijna alle vormen van zorg dan de samenwonenden. Alleen bij informele zorg ontbreekt dit effect. Vrouwen maken niet meer gebruik van informele zorg dan mannen. De kans op opname is kleiner voor vrouwen dan mannen. Dat vrouwen desondanks oververtegenwoordigd zijn in verzorgingshuizen heeft te maken met het feit dat vrouwen gemiddeld gesproken ouder worden dan mannen en hoge leeftijd een belangrijke determinant is voor het wonen in verzorgingshuizen. Vrouwen lossen hun behoefte aan hulp vaker thuis op door particuliere hulp dan door huishoudelijke verzorging. Vrouwen hebben daarentegen minder kans op persoonlijke verzorging. In het vorige rapport maakten vrouwen minder gebruik van informele hulp dan mannen, en was er geen verschil tussen vrouwen en mannen in het gebruik van huishoudelijke hulp.

Naarmate de opleiding hoger is, wordt de kans dat men wordt opgenomen in een tehuis kleiner. Dit effect geldt in iets sterkere mate voor het verzorgingstehuis, waarvoor gemakkelijker substituten (aanleunwoningen en serviceflats) kunnen worden gevonden. De kans op particuliere zorg en persoonlijke verzorging aan huis wordt groter naarmate de opleiding hoger is. Voor hoogopgeleiden is de kans op informele zorg en verpleging echter kleiner.

De hoogte van het inkomen heeft een negatief effect op verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis. Inkomen verhoogt daarentegen de kans op informele zorg. Dit lijkt in tegenstelling met het positieve effect van opleiding op de kans op informele zorg. Inkomen meet echter alleen het monetaire effect, terwijl het effect van opleiding wijst op andere preferenties. De mensen die hun inkomen niet hebben ingevuld, hebben meer kans op verblijf dan de laagste inkomens. Deze missings lijken dus niet willekeurig te zijn, maar een specifieke groep. Inkomen heeft geen effect op het gebruik van (publiek gefinancierde) zorg thuis. Het meest opvallende verschil met de resultaten uit het vorige rapport is dat de hoogte van het inkomen niet meer positief samenhangt met het gebruik van particuliere zorg. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de andere meetmethode, waardoor mensen die voor het gemak een hulp in de huishouding hebben, niet worden meegenomen.

Dat we geen positief effect van inkomen op de particuliere zorg meer vinden kan ook een gevolg zijn van het toegenomen belang van het persoonsgebonden budget (pgb) bij het gebruik van particuliere zorg. Deze regeling stelt mensen in staat om particuliere hulp aan te nemen, en om familieleden of bekenden in te huren als particuliere hulp waar zij voorheen gebruikmaakten van formele hulp. Wat wij in de enquête meten als particuliere zorg, zou gefinancierd kunnen zijn met een pgb en daarmee in feite publiek gefinancierde zorg zijn. Een andere aanwijzing hiervoor vormt het sterke, positieve effect van opleiding op het gebruik van particuliere hulp. Het kan zijn dat mensen met een hogere opleiding de formulieren die nodig zijn voor een pgb minder als een obstakel zien dan de mensen met een lagere opleiding, en daarom meer gebruikmaken van een pgb. Uit analyses blijkt dat deze redenering wordt ondersteund door het feit dat opleiding het effect van de hoogste inkomensklasse wegneemt.

Het gebruik van medische zorg verhoogt de kans op het gebruik van de meeste typen hulp, behalve die van opname en persoonlijke verzorging thuis. Net als in het vorige rapport is het effect van hulpmiddelen op vrijwel alle vormen van zorg positief. Alleen voor informele zorg wordt geen significant positief effect gevonden. We verwachten dat het effect negatief zou zijn, aangezien het gebruik van hulpmiddelen de zorgbehoefte verlaagt. Toch stroken de resultaten met het in de literatuur gevonden positieve verband (Hooimeijer et al. 1997; De Klerk 1997). Personen die hulpmiddelen nodig hebben, blijken vaak niet meer zonder zorg te kunnen.

Feitelijk en voorspeld gebruik

In tabel 4.9 wordt de voorspelde kans gelegd naast het werkelijke gebruik van de verschillende zorgpakketten. De tabel geeft inzicht in de 'fit' van het model (hoe goed is het model in staat om de goede zorg toe te wijzen), maar de tabel geeft ook aan hoe het zorggebruik afwijkt van wat er op basis van de persoonskenmerken verwacht mag worden (zie ook De Klerk 2004; Kok et al. 2004). Uit de tabel valt op te maken dat van 93,7% van de personen die geen zorg gebruiken ook wordt voorspeld dat ze geen zorg gebruiken. Van zorg thuis wordt in de helft van de gevallen voorspeld dat mensen geen zorg gebruiken. Kennelijk wijken deze personen relatief weinig af van personen die geen zorg gebruiken. Daarbij dient aangetekend te worden dat 89,7% van de personen geen zorg gebruikt, zodat het voor het model ook relatief moeilijk is om onderscheidende kenmerken vast te stellen. De overige categorieën zijn door de grote omvang van de groep die geen zorg ontvangt relatief erg klein, waardoor het moeilijk is om een 'onderscheidend profiel' voor elk van deze categorieën te vinden. Bij verblijf wordt 'geen hulp' veel minder vaak voorspeld. In 40% van de gevallen wordt opname verzorging voorspeld bij opname verzorging en in 13% van de gevallen opname verpleging. Die 13% zijn de verzorgingshuisbewoners die verpleeghuis-behoefstig zijn. In 37% van de gevallen wordt opname verpleging voorspeld en in 29% opname verzorging bij de verpleeghuisbewoners. Dat geeft aan dat verpleeghuizen en verzorgingshuizen wat populatie betreft vrij veel op elkaar lijken. Deze uitkomsten komen grotendeels overeen met de vorige keer.

Tabel 4.9

Gemiddelde kans in procenten op het voorspelde gebruik van een type dienst, uitgesplitst naar het feitelijke gebruik, horizontaal geperceenteerd (n = 10.010)^a

feitelijk	voorspeld								
	geen zorg	informele hulp	part. hulp	huish. verz.	pers. verz.	verple- ging	verblijf verz.	verblijf verpl.	totaal
geen hulp	93,7	2,2	0,8	2,1	0,5	0,4	0,1	0,0	89,7
informele hulp	80,1	5,1	2,7	8,2	2,0	1,2	0,8	0,4	2,6
particuliere hulp	60,5	5,0	8,4	15,1	4,2	2,5	3,4	1,7	1,2
huishoudelijke verzorging	52,7	6,1	4,9	22,2	4,6	3,5	4,3	1,7	3,5
persoonlijke verzorging	50,5	5,2	5,2	16,4	9,3	4,1	7,2	2,1	1,0
verpleging	52,1	5,6	4,2	15,5	5,6	7,0	5,6	2,8	0,7
opname verzorging	14,0	2,0	5,0	14,0	7,0	5,0	40,0	13,0	1,0
opname verpleging	4,2	2,1	4,2	8,3	8,3	6,3	29,2	37,5	0,5
totaal (horizontaal %)	89,6	2,6	1,2	3,5	1,0	0,7	1,0	0,5	100

a De vetgedrukte diagonale as geeft aan hoe goed het model het juiste zorgpakket voorspelt.

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Het is voor de ramingen vooral belangrijk dat de totale verdeling van de verschillende pakketten goed wordt voorspeld.

4.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn modellen besproken die de potentiële vraag naar en het gebruik van verschillende vormen van zorg kunnen verklaren en voorspellen. Hierbij is gekeken naar de relatie tussen deze verschillende zorgpakketten en een aantal verklarende variabelen.

De potentiële vraag is in twee stappen bekeken, omdat de gegevens hiervoor niet in een bestand beschikbaar zijn. In de eerste stap is er gekeken naar het al dan niet zijn van een potentiële vrager. De kans hierop wordt vooral beïnvloed door beperkingen, demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, samenstelling huishouden) en het gebruik van voorzieningen, zoals hulpmiddelen of een medisch specialist. Het plaatje is ingewikkelder voor de keuze die potentiële vragers maken tussen verschillende zorgpakketten. Hier spelen gezondheidskenmerken een belangrijke rol (beperkingen en aandoeningen), naast leeftijd en geslacht. Samenstelling van het huishouden en stedelijkheidsgraad hebben hier veel minder invloed. Het effect van sociaaleconomische kenmerken (opleiding, inkomen) kon niet worden onderzocht, omdat de gegevens hiervoor ontbraken.

Ook bij het gebruik van zorgpakketten spelen beperkingen, demografische kenmerken en het gebruik van voorzieningen een belangrijke rol. De rol van stedelijkheidsgraad en opleiding wisselt, en aandoeningen en inkomen hebben vaak relatief weinig effect op het gebruik.

5 Trends in determinanten van vraag en gebruik

5.1 Inleiding

In het model, beschreven in hoofdstuk 4, zijn de potentiële vraag en het gebruik in verband gebracht met de belangrijkste kenmerken die van invloed zijn op de keuzen tussen oplossingen voor verzorgingsproblemen, zoals fysieke beperkingen of een hoge leeftijd. De statistische relaties tussen die kenmerken enerzijds en de potentiële vraag en het gebruik anderzijds, vormen het model.

De gedachte achter het verklaringsmodel is dat veranderingen in de potentiële vraag naar en in het gebruik van verpleging en verzorging het gevolg zijn van veranderingen in kenmerken van de bevolking. Het is dus de veranderende samenstelling van de bevolking die de ramingsuitkomsten van het model bepaalt. Om ramingen van de vraag en het gebruik te maken, moet dus worden vastgesteld welk trends zich in die samenstelling voordoen.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat een flink aantal bevolkingskenmerken die in de onderzoeksbestanden beschikbaar zijn, significant van invloed zijn op de vraag naar en het gebruik van één of meer van de onderscheiden pakketten verpleging en verzorging. Het betreft:

- gezondheidskenmerken: beperkingen, chronische aandoeningen;
- demografische kenmerken: leeftijd, geslacht, samenstelling huishouden/ burgerlijke staat,
- stedelijkheidsgraad;
- sociaaleconomische kenmerken: opleidingsniveau, nettohuishoudinkomen;
- hulp en hulpmiddelen: hulpmiddelen, medische hulp.

Bij een aantal van deze determinanten kon geen autonome trend worden vastgesteld of waargenomen. Met het begrip autonoom is hier bedoeld dat de vastgestelde trend niet is veroorzaakt door andere determinanten dan leeftijd en geslacht. Autonome trends konden alleen worden vastgesteld van leeftijd, geslacht, huishoudensamenstelling in combinatie met burgerlijke staat, opleidingsniveau, nettohuishoudinkomen en chronische aandoeningen. Van de andere kenmerken zijn met behulp van een zogenoemde micromodelbevolking eveneens trends te zien, maar deze hangen samen met trends in vijf van de zes genoemde kenmerken (nettohuishoudinkomen wordt niet meegenomen). De verandering in alle kenmerken zorgt voor de veranderingen in potentiële vraag en gebruik. De autonome ontwikkeling in het inkomen wordt niet meegenomen, omdat er onzekerheid bestaat over de inkomensraming. Een ander probleem met inkomen is dat het in zeer brede klassen is gemeten en het inkomen in het AVO 2003 zeer moeilijk aan dat in het OII 2004 te koppelen was. Hier-

door bleek het effect van inkomen niet goed in kaart te brengen. Daarom is ervoor gekozen in de raming ervan uit te gaan dat inkomen geen autonome trend kent.

Het is jammer dat de trend in fysieke beperkingen ontbreekt, niet alleen omdat het een belangrijke determinant betreft, maar ook omdat verwacht wordt dat de toekomstige bevolking minder aan beperkingen zal lijden dan die van nu (Van den Berg Jeths et al. 2004). Deze tekortkoming is net als in het vorige rapport (zie Timmermans en Woittiez 2004b) deels gecompenseerd door de trend in het opleidingsniveau in de berekeningen te betrekken. In het vorige rapport is vastgesteld dat er een verband is tussen opleiding en beperkingen: als er wordt gecontroleerd voor de andere kenmerken blijkt dat hoger opgeleiden minder beperkingen hebben dan lager opgeleiden. Door de autonome stijging in het opleidingsniveau mee te nemen, wordt ook een (relatief grote) niet-autonome daling in fysieke beperkingen meegenomen.

De trends in de determinanten worden hierna besproken. De ontwikkelingen die worden gepresenteerd zijn gebaseerd op de gecombineerde ontwikkeling van de vijf exogenen leeftijd, geslacht, huishoudensamenstelling in combinatie met burgerlijke staat, opleidingsniveau en chronische aandoeningen. Hierbij is gebruikgemaakt van een zogenoemde micromodelbevolking. De ramingsperiode loopt feitelijk van 2004 tot 2030. We hebben ervoor gekozen de ramingen te presenteren vanaf 2006, omdat de eerste twee jaren al zijn gepasseerd.

5.2 Trends in demografische kenmerken

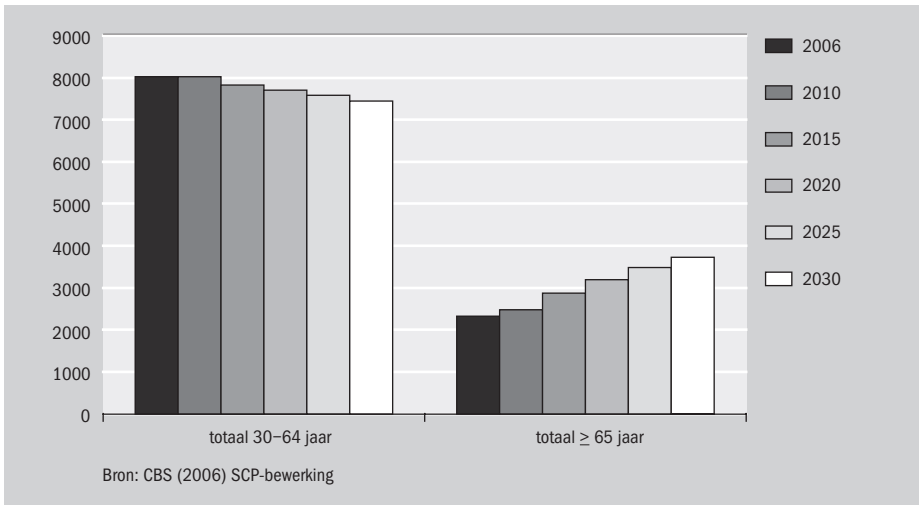
Een van de meest drijvende krachten achter veranderingen in de vraag naar en het gebruik van zorg is de vergrijzing. In figuur 5.1 is de stijging van de bevolkingsomvang van de 65-plussers en de 65-minners weergegeven. De omvang van de totale bevolking van 30 jaar en ouder stijgt licht van ongeveer tien miljoen mensen in 2006 naar ruim elf miljoen mensen in 2030: een groei van ongeveer 8%. De omvang van de bevolking groeit dus, maar de groei neemt wel af. Dat is de resultante van een daling in de immigratie, een stijging in de emigratie, de lichte daling in het aantal levendgeborenen en het constant blijven van het aantal overledenen (CBS 2006).

Leeftijd

De oudere bevolking (65-plus) groeit met 60% veel harder in omvang. Het aantal ouderen neemt toe van 2,3 miljoen in 2006 naar 3,3 miljoen in 2030. Dat betekent een stijging in het aandeel 65-plussers in de populatie van 30-plussers van 22% naar 33%. Voor de hele bevolking betekent dit een toename van 14% naar 19%. Deze groei is voornamelijk het gevolg van de ouder wordende naoorlogse geboortegolf, nog versterkt door de stijging in de levensverwachting.

Figuur 5.1

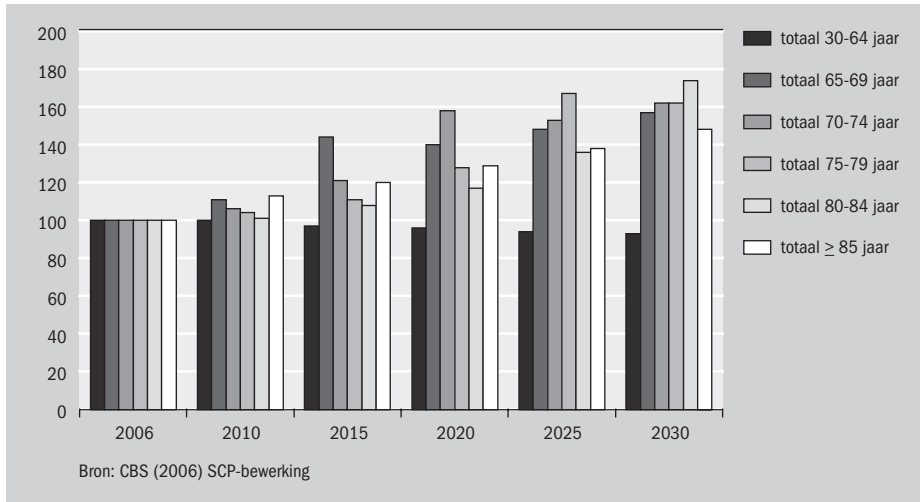
Aantal 65-plussers en 65-minners in de bevolking, 2006-2030 (absolute aantallen x 1000)



In figuur 5.2 is de verandering in de bevolkingsopbouw naar leeftijd meer in detail weergegeven. De figuur laat indices per leeftijdsklasse zien. In 2006 zijn alle indices 100. De omvang van de bevolking van 30-64 jaar daalt tussen 2006 en 2030 met 7%; de omvang van alle andere leeftijdsgroepen neemt toe. De groep 80-84-jarigen kent met 74% de grootste aanwas, op de voet gevolgd door de twee leeftijdsgroepen daaronder. Dit heeft te maken met de kop van de geboortegolf. Figuur 5.2 laat duidelijk zien hoe die gedurende de komende jaren door de leeftijdsverdeling 'heen trekt'. In 2010 is het grootste deel van de kop van de geboortegolf nog net geen 65. In 2015 is de kop van de geboortegolf tussen de 65 en 69 jaar, vandaar dat in dat jaar de piek bij de 65-69-jarigen ligt. In 2020 is de kop van de geboortegolf tussen de 70 en 74 jaar, en is de piek verschoven naar die leeftijdscategorie. De oudste groep, de 85-plussers, kent een veel lagere groei van 48%, maar na 2030 zal ook daar de geboortegolf merkbaar zijn. Vanaf 2030 zou er dan ook weer sprake kunnen zijn van dubbele vergrijzing. Dat houdt in dat de hoogbejaarde bevolking (80 jaar en ouder) sneller in omvang toeneemt dan de totale oudere bevolking (65-plus). Maar dat is niet het geval, omdat de geboortegolf nogal lang is; ook in 1965 waren er nog hoge geboortecijfers. De vergrijzing zal waarschijnlijk leiden tot een stijging in de vraag naar en het gebruik van zorg.

Figuur 5.2

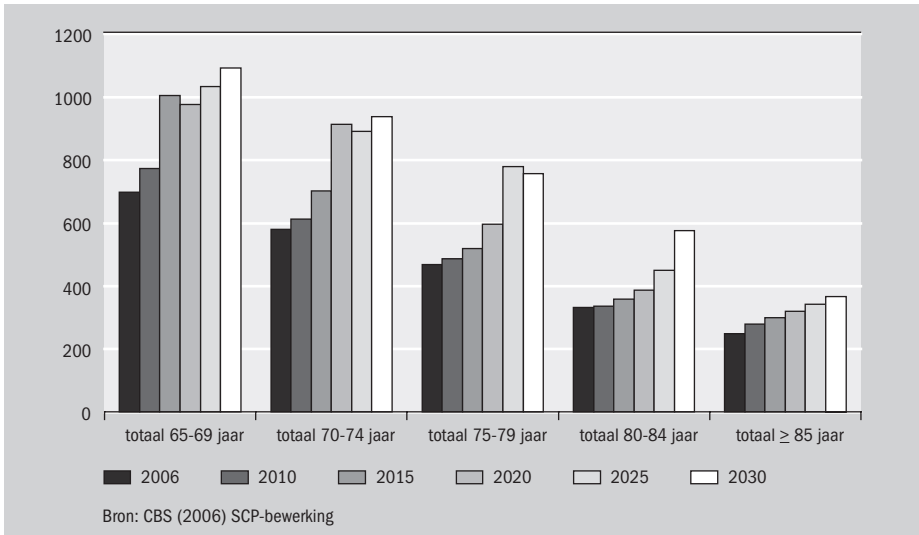
Samenstelling van de bevolking naar leeftijdsklasse, 30-plus, 2006-2030 (index per leeftijdsklasse)



De sterke stijging in de oudste leeftijdscategorieën die in figuur 5.2 te zien is, moet wel wat worden genuanceerd. De sterke stijging ontstaat namelijk doordat figuur 5.2 de groei laat zien binnen een bepaalde categorie ten opzichte van 2006. Te zien is bijvoorbeeld dat het aantal 80-84-jarigen in 2030 aanzienlijk groter is dan in 2006: ruim 350.000 tegenover bijna 250.000. Maar ook in 2030 valt het aantal 80-84-jarigen nog vrijwel in het niet ten opzichte van het aantal 30-64-jarigen (bijna 7,5 miljoen), zoals te zien is in figuur 5.1 en 5.3. Toch is de groei van deze relatief kleine groep interessant, omdat hun zorggebruik relatief hoog is.

Figuur 5.3

Samenstelling van oudere bevolking naar leeftijdsklasse, 65-plus, 2006-2030 (absolute aantallen x 1000)



Samenstelling huishouden

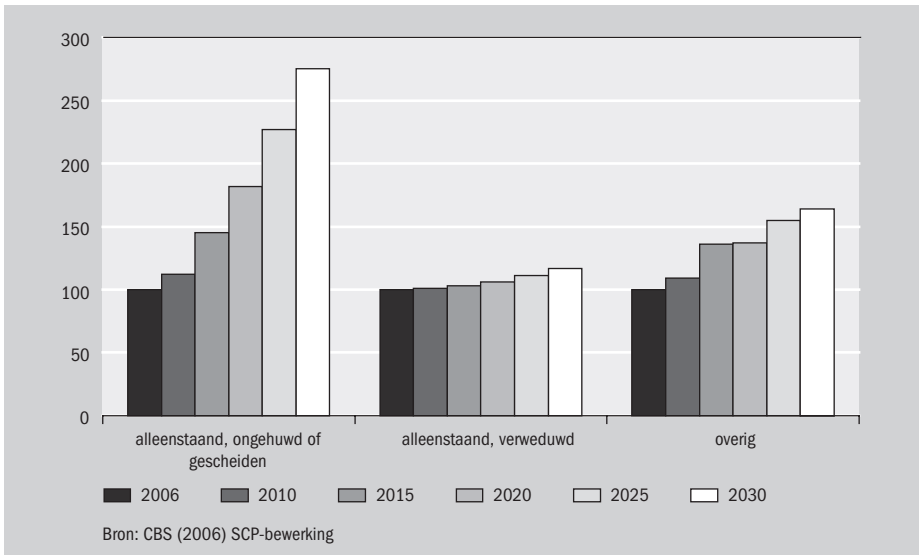
De komende tijd zullen we een lichte toename in het aantal alleenstaanden zien (van 20% in 2006 naar 25% in 2030). De ontwikkeling in samenstelling van het huishouden is de resultante van ontwikkelingen in gedrag en leeftijd. De gedragsontwikkeling is dat steeds meer mensen alleen blijven en dat samenwonenden in toenemende mate uit elkaar gaan en alleen gaan wonen. De leeftijdsontwikkeling is dat door de vergrijzing een groot deel van de 65-plussers verzuimd raakt. Voor de 30-plusbevolking is de gedragsontwikkeling belangrijker dan de leeftijdsontwikkeling, waardoor we alleen een toename zien van het aantal 30-plussers dat alleenstaand is gebleven of dat gescheiden is.

Uit figuur 5.4 blijkt dat ook onder de oudere bevolking met name de gedragstrend overheerst: er is bijna een verdriedubbeling te verwachten van het aandeel ouderen dat gescheiden is of nooit heeft samengewoond. En omdat het aantal 65-plussers dat verzuimd raakt veel minder hard groeit dan het totaal aantal 65-plussers, wordt het totaal aandeel verzuimden steeds kleiner. Dat heeft te maken met het naar elkaar toegroeien van de levensverwachting van mannen en vrouwen waardoor partners steeds vaker samen oud worden.

Het percentage mannen in de 30-plusbevolking blijft vrijwel stabiel; het daalt van 49% in 2006 naar 48% in 2030. Onder 65-plussers zijn er duidelijk meer vrouwen dan mannen (58%), maar in 2030 is dit verschil behoorlijk afgenomen (52%).

Figuur 5.4

Samenstelling van de bevolking naar huishoudensamenstelling, 65-plus, 2006-2030 (index per categorie)



5.3 Trends in aandoeningen en in beperkingen

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft ten behoeve van deze studie trends berekend in de aandoeningen die in de databestanden van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) voorkomen. Die trends houden naast autonome groei door gedragsverandering rekening met de groei en de vergrijzing van de bevolking. Er blijken negen aandoeningen te zijn waarbij een duidelijke trend te zien valt (figuur 5.5). Vaak wordt de verandering veroorzaakt door een samenspel van verbeterde opsporing en veranderde leefwijze, zonder dat deze precies tot elk van zulke factoren valt terug te voeren. Hierna zal op basis van RIVM-onderzoek (RIVM 2007) getracht worden een aantal trends te duiden.

De ziekten van het ademhalingsstelsel vormen de enige groep waarvan de prevalentie (per hoofd van de bevolking) naar verwachting zal dalen. De prevalentie van alle overige aandoeningen stijgt. Het aantal mensen met diabetes stijgt met 73% tussen 2006 en 2030 het hardst. Daarna volgt het aantal mensen met kanker, hartaandoeningen en zenuwaandoeningen: hun aantal stijgt met ongeveer 25%. Ziekten van het bewegingsapparaat blijven de meest voorkomende aandoeningen, ondanks de relatief geringe stijging in de prevalentie.

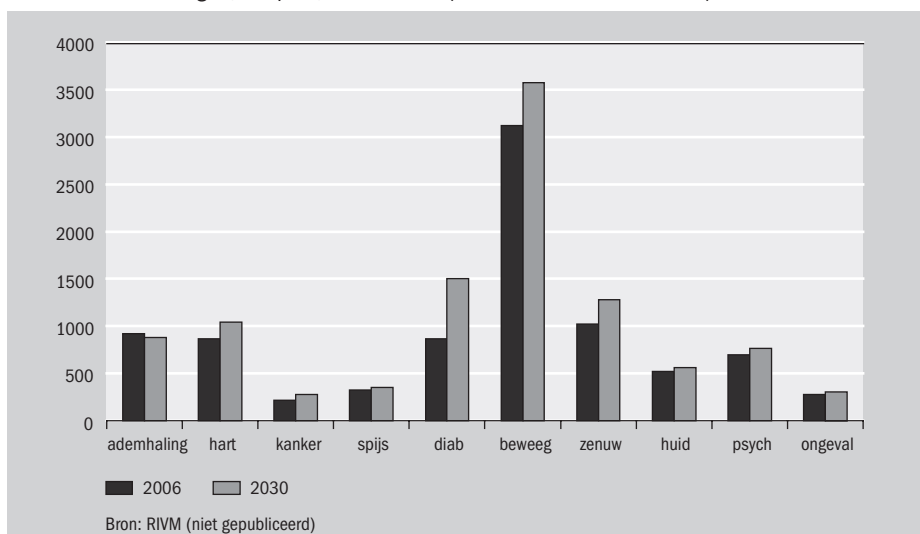
Voor de trends zijn de volgende verklaringen te geven. Het aantal patiënten met diabetes zal verder toenemen doordat het aantal mensen met overgewicht stijgt. De trend in het aantal mensen met kanker komt voort uit verschillende trends voor

verschillende vormen van kanker. De stijging in het aantal vrouwelijke rokers is een van de verklaringen voor de stijgende trend. Overmatig alcoholgebruik, overgewicht, en blootstelling aan UV-straling zijn andere verklaringen. Daarnaast kan betere opsporing, zoals bevolkingsonderzoek op borstkanker, een stijging in de trend veroorzaken. De daling van het aantal mannelijke rokers is een factor die een daling in de trend veroorzaakt. Het eten van groente en fruit verlaagt ook de kans op kanker, maar voedingscampagnes zullen pas op langere termijn effect hebben. Al met al is de verwachting dat het aantal mensen met kanker de komende jaren nog verder zal stijgen. De stijgende trend in het aantal mensen met hartaandoeningen is te wijten aan verkeerde voeding, roken en te weinig bewegen.

Het aantal mensen met zenuwaandoeningen zal in de toekomst nog verder stijgen. Dat zal vooral te merken zijn aan het aantal mensen met de ziekte van Parkinson. Dat is de resultante van twee tegenstrijdige trends: een stijgende door betere overlevingskansen na een beroerte of hartinfarct en een dalende door de betere behandeling van hoge bloeddruk. Het aantal mensen met epilepsie zal vrijwel constant blijven.

De meest voorkomende aandoening is die van het bewegingsstelsel. Er is een lichte toename van het percentage mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat te zien van ruim 30 naar 32. Ook het aantal mensen dat een aandoening heeft ten gevolge van een ongeval neemt licht toe.

Figuur 5.5
Trends in aandoeningen, 30-plus, 2006-2030 (absolute aantallen x 1000)



5.4 Trends in sociaaleconomische kenmerken

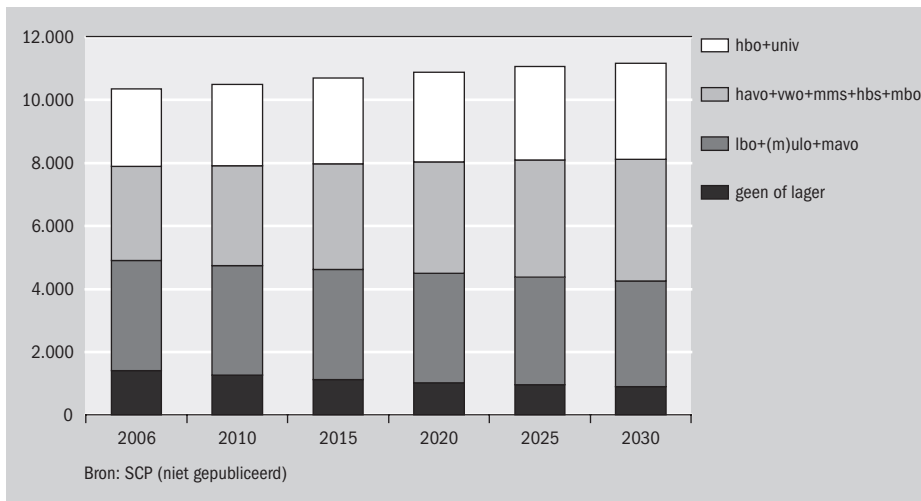
Opleidingsniveau

Het gemiddelde opleidingsniveau van de bevolking stijgt voortdurend; dat wordt ook voor de toekomst verwacht, zoals blijkt uit figuur 5.6. Het aantal personen van 30 jaar en ouder dat hooguit lager onderwijs heeft voltooid daalt van ruim 1,4 miljoen in het jaar 2006 tot minder dan 1 miljoen in 2030: een daling van 36%. Ook op het niveau daarboven is een, weliswaar zeer bescheiden, afname te zien. Zowel het aantal mensen dat een middelbare opleiding heeft voltooid als het aantal dat hoger beroeps- onderwijs dan wel wetenschappelijk onderwijs heeft genoten zal zich snel ontwikkelen. De toename van de omvang van beide groepen is in de orde van grootte van 25%.

De verschuivingen onder ouderen zijn veel sterker. Het opleidingsniveau van ouderen¹ is trouwens de laatste decennia al sterk gestegen. Had in 1971 driekwart van de 65-plussers niet meer dan lager onderwijs voltooid, zo'n dertig jaar later is het aandeel van die groep bijna gehalveerd (De Boer 2006)

Figuur 5.6

Trend in opleidingsniveau, 2006-2030, 30-plus (absolute aantallen x 1000)



- 1 Bij de gegevens over het opleidingsniveau van ouderen komt de vraag op of de registratie van het voltooide onderwijs hun niveau wel goed weergeeft. Vooral onder de 'oude ouderen' van nu zouden velen die de school jong hebben verlaten, in hun werk kunnen zijn geschoold. Uit Timmermans en Woittiez (2004b: 85) blijkt dat het beroepsniveau van ouderen nauwelijks meer dan bij niet-ouderen van het opleidingsniveau afwijkt. Dat betekent dat er geen aanwijzingen zijn dat de wijze van registratie het opleidingsniveau van de huidige ouderen onderschat.

De komende twintig jaar neemt het aandeel van de laagst opgeleide groep nog verder af. Er wordt zelfs een daling van het absolute aantal voorzien (van bijna 900.000 tot ruim 600.000). Aan de andere kant verdubbelt het aandeel van de ouderen dat ten minste een middelbare opleiding heeft voltooid. Die ontwikkeling komt voor het grootste deel voor rekening van vrouwen, die daarmee hun achterstand op oudere mannen enigszins inlopen (Herweijer 2001).

5.5 Verschillen met trends in vorige rapportage

De ramingen in het vorige rapport hadden als basisjaar 2001. Voor het huidige model zijn updates gebruikt van de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de opleidingsraming van het SCP en de aandoeningenramingen van het RIVM. Dat betekent dat het zeer wel mogelijk is dat er verschillen zitten in de ramingen van de kenmerken. Om dat na te gaan vergelijken we de ramingen van de kenmerken van de vorige keer met de huidige ramingen voor eenzelfde periode: 2006-2020 (zie tabel 5.1).

Het grootste verschil met de ramingen uit het vorige rapport is dat de bevolkingsraming door het CBS bijna 4% naar beneden is bijgesteld. Ook wordt er meer stijging van het aantal alleenstaanden verwacht. Dat zit vooral in de stijging van het aantal niet-verweduwde alleenstaanden. Ten opzichte van de vorige raming is de stijging in het percentage hoger opgeleiden iets afgenomen. Ook de raming van een aantal aandoeningen verschilt behoorlijk. Zo is nu de verwachting dat het aantal mensen met aandoeningen van de luchtwegen licht daalt, terwijl vier jaar geleden de verwachting was dat dat aantal flink zou gaan stijgen. Ook het aantal mensen met aandoeningen van het hart en vaatstelsel, kanker, diabetes en aandoeningen van het bewegingsapparaat stijgt minder hard dan vorige keer. De verwachting is nu dat het aantal mensen met aandoeningen van het zenuwstelsel licht zal stijgen, terwijl de vorige keer nog een zeer lichte daling werd voorzien. Er wordt nu slechts een lichte groei voorzien van het aantal mensen met psychische aandoeningen of aandoeningen ten gevolge van een ongeval, terwijl vier jaar geleden een grotere stijging werd voorzien. In bijlage B wordt nader ingegaan op de verschillen in de ramingen van de aandoeningen.

Bij de overige kenmerken is er nauwelijks of geen verschil met de ramingen in het vorige rapport. In beide ramingen blijft de man/vrouwverhouding ongeveer gelijk. Ook de leeftijdsverdeling verschilt nauwelijks tussen beide ramingen. Alleen de groei van het aantal 85-plussers ligt een stuk lager dan de vorige keer.

Tabel 5.1

Verskil in verwachte toekomstige trends voor de periode 2006-2020 tussen oude raming en nieuwe raming, 30-plus (indexcijfers voor 2006-2020, 2006 = 100)^a

	'nieuwe' raming	'oude' raming	verschil (in procentpunten)
bevolking 30-plus	105	109	-4
leeftijd			
30-64 jaar	96	99	-3
65-69 jaar	140	146	-6
70-74 jaar	158	158	0
75-79 jaar	128	130	-2
80-84 jaar	117	116	1
≥ 85 jaar	129	138	-9
geslacht			
man	105	108	-3
vrouw	106	109	-3
samenstelling huishouden			
ongetrouwd of gescheiden	136	135	1
verweduwd	103	104	-1
samenwonend	100	105	-5
opleiding			
geen of lager opleidingsniveau	72	73	-1
lager beroepsonderwijs	100	105	-5
middelbaar onderwijs	118	124	-6
hbo of universitair	117	122	-5
aandoeningen			
luchtwegaandoening	98	154	-56
hart en vaatstelsel	113	159	-46
kanker	118	126	-8
diabetes	143	180	-37
bewegingsapparaat	109	123	-14
ziekten zenuwstelsel	115	89	26
psychische aandoeningen	106	114	-8
gevolgen ongeval	105	143	-38

a De oude raming is afkomstig uit Timmermans en Woittiez (2004a en b).

Bron: CBS, CPB, RIVM (SCP-bewerking)

5.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de trends in determinanten beschreven. Deze trends vormen de input van de ramingen. De determinanten zijn onderverdeeld in demografische kenmerken, gezondheidskenmerken, sociaaleconomische kenmerken en hulp en hulpmiddelen. Bij een aantal determinanten kon wegens gebrek aan gegevens geen autonome trend worden vastgesteld. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de beperkingen, maar ook bij hulpmiddelen.

De demografische kenmerken laten zien dat de bevolking gaat vergrijzen en dat tot 2030 vooral een (relatief) sterke toename valt te verwachten van het aantal 65-84-jarigen. Daarnaast zal het aandeel alleenstaanden licht toenemen. Bij de gezondheidskenmerken zien we een toenemende prevalentie bij acht aandoeningen en een afnemende bij één aandoening. De sterkste stijging wordt verwacht bij diabetes. Ook kanker, hartaandoeningen en zenuwaandoeningen laten een forse toename zien. Bij aandoeningen van het ademhalingsstelsel wordt een lichte daling verwacht. Ouderen worden steeds hoger opgeleid. Ook onder de totale bevolking zien we het opleidingsniveau toenemen, maar deze groei is minder groot.

6 Raming verpleging en verzorging

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ramingen van de vraag naar en het gebruik van zorg gepresenteerd. De ramingen zijn gebaseerd op het verklaringsmodel uit hoofdstuk 4. Daarin zijn de determinanten van de potentiële vraag naar en het gebruik van zorg bepaald. In hoofdstuk 5 is de trend in een aantal van die determinanten beschreven. De trends in determinanten bepalen samen met de relatie tussen die determinanten en de potentiële vraag naar en het gebruik van zorg de ramingen. In dit rapport wordt de ontwikkeling van de potentiële vraag naar en het gebruik van zorg beschreven en niet het niveau (de absolute aantallen). Zo komt het verschil in groei tussen de vormen van zorg duidelijk naar voren, waaruit bijvoorbeeld een verandering in preferenties ten aanzien van zorg kan worden afgeleid.

Zoals in hoofdstuk 2 al is aangegeven, verstaan we onder potentiële vragers de mensen van wie in theorie verwacht mag worden dat ze een beroep kunnen doen op publiek gefinancierde zorg.¹

6.2 Raming van de potentiële vraag naar verpleging en verzorging

De potentiële vraag bestaat in principe uit alle vormen van zorg. Alleen kan voor de potentiële vraag geen nader onderscheid worden gemaakt naar informele zorg, particuliere hulp en (publiek betaalde) thuiszorg. Zo wordt er een voorspelling gegeven van de potentiële vraag naar huishoudelijke hulp, maar het kan hierbij gaan om informele hulp, particuliere hulp of zorg thuis.

In tabel 6.1 staat de raming van de potentiële vraag weergegeven. Deze tabel laat zien dat de potentiële vraag naar zorg in de periode 2006-2030 naar verwachting met 34% stijgt, terwijl de bevolking in diezelfde periode slechts met 8% in omvang toeneemt. Aan de andere kant is de stijging van de potentiële vraag minder groot dan de toename van de bevolking van 65 jaar en ouder (+63%). De stijging van de potentiële vraag komt neer op een jaarlijkse groei van ongeveer 1,2%. Uit tabel 6.1 blijkt dat de potentiële vraag naar zorg gefinancierd op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en die op basis van de Algemene wet bijzondere ziektekosten

1 Een deel van de financiering van de ramingen voor de AWBZ gefinancierde zorg (verpleging en verzorging thuis) wordt vanaf 2007 gefinancierd door de gemeenten. Als een cliënt een indicatie heeft waar huishoudelijke verzorging deel van uitmaakt, dan wordt dat deel door de gemeente bekostigd. Het eventueel overige deel valt onder de AWBZ.

(AWBZ) ongeveer even snel groeien. Dit komt omdat mensen met een AWBZ-indicatie vaak ook een indicatie voor WMO-zorg hebben (zie tabel 2.1).

Tabel 6.1

Ramingen van de potentiële vraag van personen van 30 jaar en ouder, naar plaats van hulp, 2006-2030 (index)

jaar	bevolking ≥ 30 jaar	bevolking ≥ 65 jaar	totale poten- tiële vraag	zorg thuis	verblijf	WMO	AWBZ
2006	100	100	100	100	100	100	100
2007	100	101	101	101	101	101	101
2008	101	103	102	102	103	102	102
2009	101	105	103	103	104	103	103
2010	102	107	104	103	105	104	104
2015	103	124	109	109	110	109	109
2020	105	137	116	116	117	116	116
2025	107	150	124	124	127	124	124
2030	108	163	134	132	140	133	135

Bron: SCP (AVO'03; OII'04); (CIZ'04) SCP-bewerking

Om de ramingen beter te kunnen duiden, worden de invloed en ontwikkeling van de determinanten in tabel 6.2 in beeld gebracht. Anders gezegd, we splitsen het effect van de determinanten op de ramingen in het effect van de coëfficiënten en de trendmatige ontwikkeling van de determinanten. Uit hoofdstuk 4 kennen we de invloed van de determinanten op de kans dat iemand een potentiële vrager is en de kans dat iemand een bepaald zorgpakket kiest. Hoofdstuk 5 geeft de trendmatige ontwikkeling van de determinanten. Deze informatie wordt verkort weergegeven in tabel 6.2 (de hele tabel is te vinden in bijlage A). Alleen de variabelen waarvoor trends beschikbaar zijn en die in het model voor de potentiële vraag zijn opgenomen, zijn weergegeven in de tabel.

Dat de potentiële vraag naar zorg zoveel harder stijgt dan de bevolkingsomvang heeft te maken met de vergrijzing en de toename van het aantal mensen met aandoeningen (zie tabel 6.2). Daarnaast blijkt uit tabel 6.1 dat de potentiële vraag naar verblijf harder stijgt dan de potentiële vraag naar zorg thuis. Dit komt doordat de vergrijzing (de leeftijdsopbouw van de ouderen) een groter effect heeft op de kans op potentiële vraag naar verblijf dan op de kans op potentiële vraag naar zorg thuis.

Tabel 6.2

Invloed en autonome trend van determinanten op de potentiële vraag naar zorg^a

	eerste stap ^b				tweede stap ^c					trend
	wel/geen vrager	huish. verz.	pers. verz. plus	verpl. plus	beh. en act. beg. plus	onderst. beg. plus	verbl. tijd. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verpl. plus	
aandoeningen										
kanker	+	-	-	+	-	-			-	+
diabetes			-	+						+
psychische aandoeningen		-	-	-	+	+		+	+	+
ziekten zenuwstelsel	+	+		-	+	+	+	+	+	+
hart en vaatstelsel		+		-					-	+
luchtwegaandoening		+	+	-		-				-
bewegingsapparaat		+	+	-	-	-		-	-	+
gevolgen ongeval			+	-		-	+	-		+
leeftijdsklasse										
30-69 jaar (ref.)										-
70-74 jaar		-	+		-		+			+
75-79 jaar	+	-		-	-		+	+	+	+
80-84 jaar	+	-	+	-	-		+	+	+	+
≥ 85 jaar	+	-		-	-		+	+	+	+
samenstelling huishouden										
samenwonend (referentie)										-
weduwstaat	+			+			-			-
overig alleenstaand	+									+

a Alleen de belangrijkste significante determinanten worden weergegeven.
b De eerste stap is de kans dat iemand wel of geen potentiële vrager is.
c De tweede stap is de kans dat iemand een bepaald pakket kiest.

Bron: hoofdstuk 4, hoofdstuk 5

Hulp aan huis

Uit tabel 6.3 komt naar voren dat de potentiële vraag naar huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding alle ongeveer met 30% groeien. Hier liggen verschillende oorzaken aan ten grondslag. De groei bij huishoudelijke verzorging wordt in hoofdzaak veroorzaakt door de toename van aandoeningen van het zenuwstelsel, het hart en vaatstelsel en het bewegingsapparaat (zie tabel 6.2). Deze trends compenseren de daling van de potentiële vraag naar huishoudelijke verzorging door de vergrijzing, de afname van het aantal mensen met een luchtwegaandoening en het negatieve effect van psychische aandoeningen en kanker. Die daling wordt veroorzaakt doordat deze mensen verpleging vragen

(al dan niet met huishoudelijke verzorging) of intramurale zorg. Dat verklaart dan ook de toename bij verpleging (en verblijf). Uit een onderzoek naar de profielen van de vragers naar zorg door Van Campen (2007) blijkt dat het bij verpleging vooral om chronisch zieken met verpleegkundige hulp gaat.

Bij persoonlijke verzorging wordt de groei voornamelijk veroorzaakt door de vergrijzing en de groei van het aantal mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat en met aandoeningen ten gevolge van een ongeval. Volgens Van Campen (2007) betreft het bij persoonlijke verzorging vooral zelfstandig wonende ouderen.

De toename bij ondersteunende begeleiding wordt gedreven door de groei van psychische aandoeningen en aandoeningen van het zenuwstelsel. Bij ondersteunende begeleiding gaat het vooral om dementerende ouderen (Van Campen 2007).

Voor de potentiële vraag naar behandeling en activerende begeleiding wordt een veel minder grote groei geraamd (+13%). De tegengestelde effecten heffen elkaar in dit geval dus grotendeels op. De potentiële vraag naar behandeling neemt toe door toename van het aantal mensen met psychische aandoeningen of aandoeningen van het zenuwstelsel. Daarentegen leiden de vergrijzing en de toename van het aantal mensen met kanker of aandoeningen van het bewegingsapparaat tot een lagere potentiële vraag naar behandeling en activerende begeleiding, omdat zij vooral verpleging vragen of geen zorg nodig hebben. Het gaat bij de groep mensen met een vraag naar behandeling en activerende begeleiding om jongeren met psychosociale hulp.

Hoewel de genoemde factoren zeker van belang zijn voor het verklaren van de groei van begeleiding en behandeling, zijn er mogelijk ook andere factoren, die we niet gemeten hebben, belangrijk. Dat valt op te maken uit de stijgingspercentages van 60 tot 70 die het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ 2006) voor deze functies noemt. Wel moet bedacht worden dat het CIZ het heeft over de stijging in het aantal indicaties voor begeleiding en dat het in ons rapport gaat over het pluspakket begeleiding. We weten uit hoofdstuk 2 dat begeleiding meestal geïndiceerd wordt met andere functies, zoals lang of kort verblijf.

Tabel 6.3

Basisraming van de potentiële vraag van personen van 30 jaar en ouder, naar type hulp, 2006-2030 (index)

jaar	bevolking ≥ 30 jaar	bevolking ≥ 65 jaar	totale potentiële vraag	geen zorg	huishou- delijke verzorging	persoon- lijke ver- zorging	ver- pleging	behandeling en activerende begeleiding	onder- steunende begeleiding
2006	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2007	100	101	101	100	101	101	101	101	101
2008	101	103	102	101	102	101	102	101	102
2009	101	105	103	101	103	102	103	102	103
2010	102	107	104	101	104	102	104	103	104
2015	103	124	109	102	110	106	109	108	110
2020	105	137	116	103	117	113	116	110	118
2025	107	150	124	104	124	120	125	112	127
2030	108	163	134	104	131	131	134	113	136

Bron: SCP (AVO'03; OII'04); (CIZ'04) SCP-bewerking

Hulp met verblijf

Bij de potentiële vraag is verblijf met verpleging de grootste stijger met ongeveer 46%. Ook de twee andere vormen van verblijf laten een behoorlijke groei zien: verblijf tijdelijk neemt toe met 41% (zie tabel 6.4) en verblijf met verzorging met 36%. De groei van de verschillende vormen van verblijf komt vooral door de vergrijzing. Daarnaast speelt de toename van aandoeningen van het zenuwstelsel en van psychische aandoeningen een rol (zie tabel 6.2). Bij tijdelijk verblijf heeft de toename van gevolgen ongeval ook een positief effect op de vraag. Bij tijdelijk verblijf betreft het volgens Van Campen (2007) revaliderende ouderen, bij verblijf verzorging hoogbejaarden met complexe zorg en bij verblijf verpleging hoogbejaarde demente ouderen met complexe zorg.

Tabel 6.4

Basisraming van de potentiële vraag van personen van 30 jaar en ouder, naar type hulp, 2006-2030 (index)

jaar	bevolking ≥ 30 jaar	bevolking ≥ 65 jaar	totale poten- tiële vraag	geen zorg	verblijf tijdelijk	verblijf verzorging	verblijf verpleging
2006	100	100	100	100	100	100	100
2007	100	101	101	100	101	102	102
2008	101	103	102	101	102	103	104
2009	101	105	103	101	103	104	105
2010	102	107	104	101	103	105	107
2015	103	124	108	102	109	109	114
2020	105	137	114	103	118	113	122
2025	107	150	121	104	129	122	132
2030	108	163	130	104	141	136	146

Bron: SCP (AVO'03; OII'04); (CIZ'04) SCP-bewerking

Conclusie

Voorals potentiële vraag naar voorzieningen die gericht zijn op ouderen laten een sterke groei zien. Dat is niet verwonderlijk, aangezien de bevolking in de betreffende periode sterk aan het vergrijzen is. De groei van de potentiële vraag wordt naast de vergrijzing ook sterk gestuurd door een toenemende prevalentie van aandoeningen.

6.3 Raming van het gebruik van verpleging en verzorging

In tabel 6.5 staan de uitkomsten van de gebruiksraming. Deze tabel laat zien dat het gebruik van publieke zorg naar verwachting met 26% stijgt in de periode 2006-2030, terwijl de omvang van de bevolking in diezelfde periode met slechts 8% stijgt. Maar ook hier is de groei van het gebruik duidelijk minder groot dan de groei van de bevolking van 65 jaar en ouder. In de vorige paragraaf zagen we dat de potentiële vraag in dezelfde periode toeneemt met 30%. De groei van het gebruik blijft dus iets achter bij de groei van de potentiële vraag en dat geldt zowel voor zorg thuis als voor verblijf (respectievelijk +25% versus +28% voor zorg thuis en +32% versus +37% voor verblijf). Onder zorg thuis vallen zowel de publiek gefinancierde als de niet-publiek gefinancierde vormen van zorg.

Ook in de tabel opgenomen is de uitsplitsing naar WMO en AWBZ gefinancierde zorg. Hier is sprake van overlap, omdat personen tegelijkertijd gebruik kunnen maken van AWBZ-zorg en WMO. De verwachting is dat AWBZ-zorg sneller zal stijgen dan WMO-zorg. De groei van informele en particuliere zorg zit tussen deze twee in.

Tabel 6.5

Raming van het gebruik door personen van 30 jaar en ouder, naar plaats van hulp, 2006-2030 (index)

jaar	bevolking ≥ 30 jaar	bevolking ≥ 65 jaar	gebruik	zorg thuis	verblijf	informeel/ particulier	WMO ^a	AWBZ
2006	100	100	100	100	100	100	100	100
2007	100	101	101	101	102	101	100	102
2008	101	103	102	101	103	102	101	103
2009	101	105	102	101	105	103	101	104
2010	102	107	103	102	106	104	101	105
2015	103	124	107	105	109	110	103	110
2020	105	137	112	110	113	115	108	116
2025	107	150	118	117	120	121	115	124
2030	108	163	126	125	132	128	122	134

a WMO bestaat uit huishoudelijke verzorging, 46,2% van persoonlijke verzorging en 47,7% van verpleging. Dit vanwege de overlap tussen pluspakketten.

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Net als in de vorige paragraaf splitsen we het effect van de determinanten uit naar het effect van de coëfficiënten en de trendmatige ontwikkeling van de determinanten, zie tabel 6.6.

Bij het gebruik van zowel zorg thuis als verblijf speelt de toename van het aantal niet-verweduwde alleenstaanden een belangrijke rol. De toename van het gebruik van verblijf wordt verder gestuurd door het toenemend aantal ouderen. Het stijgende opleidingsniveau heeft juist een remmend effect op het gebruik van verblijf. Vergrijzing speelt ook bij een aantal zorg-thuisvoorzieningen een rol, net als het stijgende opleidingsniveau en de toename van een aantal aandoeningen. Over het algemeen spelen aandoeningen in minder gevallen een rol dan bij de potentiële vraag. Ook de sterkere groei van AWBZ-zorg wordt voornamelijk verklaard door de vergrijzing.

Tabel 6.6

Invloed en autonome trend van determinanten op het gebruik van zorg^a

	geen zorg	infor- mele zorg	parti- culiere zorg	huishou- delijke verzorging	persoon- lijke verzorging	ver- ple- ging	verblijf verzor- ging	verblijf verple- ging	trend
aandoeningen									
kanker	-								+
diabetes			+				+		+
psychische aandoeningen								+	+
ziekten zenuwstelsel							+		+
hart en vaatstelsel									+
luchtwegaandoening			-					-	-
bewegingsapparaat	+					-	-	-	+
gevolgen ongeval	-				+				+
leeftijdsklasse									
30-69 jaar (ref.)									-
70-74 jaar	-	-	-	+			+	+	+
75-79 jaar	-						+	+	+
80-84 jaar	-		+	+			+	+	+
≥ 85 jaar	-	-					+	+	+
samenstelling huishouden									
samenwonend (ref.)									-
weduwstaat	-		+	+	+	+	+	+	-
overig alleenstaand	-		+	+		+	+	+	+
voltooide opleiding									
hooguit lager onderwijs (ref.)									-
lager beroepsonderwijs			+	-	+				+
middelbaar onderwijs			+	-	+		-	-	+
hbo of universitair		-	+				-	-	+

a Alleen significante trends worden weergegeven.

Bron: hoofdstuk 4, hoofdstuk 5.

Hulp aan huis

Persoonlijke verzorging en verpleging groeien met respectievelijk 36% en 39% harder dan huishoudelijke verzorging (+18%, zie tabel 6.7). De groei van persoonlijke verzorging wordt gestuurd door de toename van het aantal personen met aandoeningen ten gevolge van een ongeval.

Omdat alleenstaanden een grotere kans hebben op verpleging, wordt de groei van het gebruik van verpleging gestuurd door de toename van het aantal niet-verweduwdde alleenstaanden. Dat alleenstaanden meer kans hebben op verpleging, komt waarschijnlijk omdat samenwonenden elkaar zullen helpen voordat er een beroep kan worden gedaan op thuiszorg. Aan de andere kant wordt de groei verminderd door de groei van het aantal mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat. Zij maken vaker geen gebruik van zorg.

Bij huishoudelijke verzorging spelen de toename van het aantal ouderen en de toename van het aantal niet-verweduwdde alleenstaanden een rol. De groei in huishoudelijke verzorging wordt geremd door het stijgende opleidingsniveau. Hoger opgeleiden zullen sneller kiezen voor particuliere zorg.

Particuliere hulp laat de sterkste groei zien. Dit komt vooral door het effect van opleidingsniveau, niet-verweduwdde alleenstaanden, diabetes en de groei van het aantal 80-84-jarigen. Ook de afname van het aantal mensen met een luchtwegaandoening leidt tot een hoger gebruik van particuliere hulp. De groei wordt geremd door de toename van het aantal 70-74-jarigen, die vaker huishoudelijk verzorging gebruiken, en de afname van het aantal verweduwdde alleenstaanden.

Informele zorg groeit van alle onderscheiden typen zorg het minst hard. Dat komt doordat leeftijd en huishoudensamenstelling een negatief en geen effect hebben op de kans dat iemand informele hulp ontvangt. Ook maakt iemand met een hoge opleiding minder gebruik van informele zorg.

Tabel 6.7

Basisraming van het gebruik door zelfstandig wonende personen van 30 jaar en ouder, naar type hulp, 2006-2030 (index)

jaar	bevolking		informele			par-	huishou-	persoon-	ver-
	≥ 30 jaar	≥ 65 jaar	gebruik	geen zorg	zorg	ticuliere zorg	delijke verzorging	lijke verzorging	
2006	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2007	100	101	101	100	100	102	100	101	101
2008	101	103	102	101	102	106	100	103	102
2009	101	105	102	101	101	106	100	104	103
2010	102	107	103	101	102	109	100	105	104
2015	103	124	107	103	105	121	102	111	110
2020	105	137	112	106	107	133	106	119	120
2025	107	150	118	107	110	147	112	128	130
2030	108	163	126	106	112	158	118	136	139

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Hulp met verblijf

Van alle gebruik van publieke zorg is verblijf met verpleging de grootste stijger met ongeveer 44% (zie tabel 6.8). Verblijf met verzorging groeit met 25% minder hard dan verblijf met verpleging. De groei van verblijf wordt vooral veroorzaakt door de vergrijzing en het aantal niet-verweduwde alleenstaanden. De groei wordt enigszins afgeremd doordat ouderen steeds beter opgeleid zijn en hoger opgeleiden er eerder voor kiezen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Bij verblijf verzorging speelt daarnaast de groei van het vóórkomen van diabetes en ziekten van het zenuwstelsel een rol. De toename van het aantal psychische aandoeningen leidt tot een hoger gebruik van verblijf verpleging.

Tabel 6.8

Gebruik door personen van 30 jaar en ouder, naar type hulp, 2006-2030 (index)

jaar	bevolking ≥ 30 jaar	bevolking ≥ 65 jaar	gebruik	geen zorg	verblijf verzorging	verblijf verpleging
2006	100	100	100	100	100	100
2007	100	101	101	100	102	102
2008	101	103	102	101	103	103
2009	101	105	102	101	105	105
2010	102	107	103	101	106	107
2015	103	124	107	104	107	113
2020	105	137	112	105	107	122
2025	107	150	118	105	113	130
2030	108	163	126	106	125	144

Bron: SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Conclusie

Abstraherend kunnen we stellen dat ouderen in de toekomst vaker gebruik maken van zorg. Dit komt vooral omdat ouderen steeds vaker alleenstaand zijn. Omdat ouderen steeds beter opgeleid zijn, kiezen ze vaker voor particuliere zorg en persoonlijke verzorging. Dit lijkt in het bijzonder ten koste te gaan van huishoudelijke verzorging. Door de vergrijzing groeit verblijf harder dan zorg thuis. Deze ontwikkeling wordt enigszins afgeremd door het stijgende opleidingsniveau van ouderen, die daardoor vaker voor zorg thuis kiezen.

6.4 Vergelijking met oude ramingen

We kunnen deze ramingen voor de periode 2006-2020 vergelijken met de ramingen uit het vorige rapport.² Dan valt allereerst op dat het CBS de bevolkingsprognose voor deze periode met 4% naar beneden heeft bijgesteld (zie tabel 5.1). Dus zullen ook de ramingen ongeveer 4% lager uitvallen. In tabel 6.9 en 6.10 staan de ramingen uit het vorige rapport en de nieuwe ramingen voor het jaar 2020 weergegeven. Tabel 6.9 gaat over de potentiële vraag en 6.10 over het gebruik. In deze tabellen is ook een versie van de oude raming opgenomen waarin de 4% lagere bevolkingsprognose is verdisconteerd. Dit geeft een indruk van de verschillen tussen de ramingen die door andere effecten worden veroorzaakt dan de lagere bevolkingsraming. Deze verschillen staan ook apart weergegeven in de tabellen.

De ramingen voor de potentiële vraag zijn lager dan in het vorige rapport. Dit geldt voor zowel zorg thuis als voor verblijf. Bij de afzonderlijke voorzieningen is het verschil het grootst bij persoonlijke verzorging en verblijf met verzorging. De lagere raming van persoonlijke verzorging wordt vooral veroorzaakt door het lagere aantal personen met luchtwegaandoeningen (zie § 5.4). In het vorige rapport werd verwacht dat het aantal mensen met luchtwegaandoeningen met ruim 50% zou toenemen, terwijl nu wordt verwacht dat het aantal mensen licht zal afnemen. Dit leidt tot een aanzienlijk lagere raming voor persoonlijke verzorging. De lagere raming van verpleging wordt veroorzaakt door een lagere groei van het aantal mensen met diabetes (+43% in plaats van +80%). De lagere raming van verblijf wordt veroorzaakt door de lagere trend in ziekten van het zenuwstelsel en psychische aandoeningen. Aangezien andere ontwikkelingen bij de aandoeningen deze trend deels compenseren, valt er een sterkere daling waar te nemen bij verblijf verzorging dan bij verblijf verpleging.

Tabel 6.9

Oude en nieuwe raming van de potentiële vraag voor 2020 (index, 2006 = 100)

model	jaar	vraag	zorg thuis	huishoudelijke verblijf verzorging	persoonlijke verzorging	verple- ging	verblijf tijdelijk	verblijf verzorging	verblijf verpleging	
oud	2020	123	122	126	121	124	124	122	125	129
oud -4%	2020	119	118	122	117	120	120	118	121	125
nieuw	2020	116	116	117	117	113	116	118	113	122
verschil		-3	-2	-5	0	-7	-4	0	-8	-3

Bron: Timmermans en Woittiez (2004b); SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

2 De ramingen in het vorige rapport liepen van 2003 tot 2020 en werden om de vijf jaar gerapporteerd. De raming voor 2005 is omgezet naar beginpunt (100) en daarmee gelijkgesteld aan het beginpunt van de onderhavige raming (2006).

Bij gebruik liggen de verschillen iets anders. Vergeleken met het vorige rapport wordt een hoger gebruik van zorg thuis verwacht en een lager gebruik van verblijf. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat de ramingen van de aandoeningen veel lager uitpakken dan in het vorige rapport (zie tabel 5.1). Ook de relatieve leeftijdsopbouw is wat verschoven, wat de ramingen ook heeft beïnvloed.

Gecorrigeerd voor de lagere populatieraming, zien we dat de huidige raming hoger uitpakt voor verpleging, huishoudelijke verzorging en informele zorg. Een lagere raming is er voor verblijf verzorging en particuliere hulp. Voor de overige voorzieningen (persoonlijke verzorging en verblijf verpleging) is de afwijking minimaal.

De hogere raming voor verpleging komt doordat er minder mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat worden verwacht dan in het vorige rapport (+9% in plaats van +23%). Mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat hebben namelijk minder kans op het gebruik van verpleging; in plaats daarvan hebben ze een grotere kans om geen zorg te gebruiken. Bij huishoudelijke verzorging komt de stijging vooral doordat er meer 70-74-jarigen en 80-84-jarigen zijn dan bij de vorige raming. De raming voor het aantal 85-plussers ligt daarentegen lager dan in het vorige rapport. Hierdoor neemt de vraag naar informele zorg juist toe, doordat 85-plussers minder gebruikmaken van informele zorg.

Het aanzienlijk lagere aantal mensen met diabetes dan in het vorige rapport veroorzaakt een lagere raming van verblijf verzorging. Het effect van diabetes is hiermee sterker dan het positieve effect van ziekten van het zenuwstelsel en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De lagere raming van particuliere hulp wordt ook voornamelijk gestuurd door de minder sterke groei van het aantal mensen met diabetes. Ook het grotere aantal mensen tussen 70 en 74 jaar heeft een drukkend effect op het gebruik van particuliere hulp. De lagere raming van de particuliere zorg komt ook omdat particuliere hulp nu alleen hulp betreft die mensen vanwege hun gezondheidsprobleem ontvangen. In de vorige versie van de ramingen omvatte particuliere hulp alle hulp, dus ook die van de 'werkster'. En de stijging in het inkomen zorgde toen voor een stijging in het aantal met mensen met een 'werkster', toentertijd gemeten als een stijging in de particuliere hulp.

Tabel 6.10

Oude en nieuwe raming van het gebruik voor 2020 (index, 2006 = 100)

model	jaar	publieke zorg			infor- meel	par- ticulier	huishou- delijke verzorging	persoon- lijke ver- zorging	verple- ging	verblijf verzor- ging	verblijf verple- ging
		gebruik	thuis	verblijf							
oud	2020	113	108	121	107	142	104	122	113	119	125
oud -4%	2020	109	104	117	103	138	100	118	109	115	121
nieuw	2020	112	110	113	107	133	106	119	120	107	122
verschil		+3	+6	-4	+4	-5	+6	+1	+11	-8	+1

Bron: Timmermans en Woittiez (2004b); SCP (AVO'03; OII'04) SCP-bewerking

Op een aantal punten wijkt de huidige raming dus af van de raming uit het vorige rapport. De potentiële vraag is over de hele linie lager. Bij gebruik is zorg thuis over het algemeen hoger en verblijf lager dan de vorige keer. Deze verschillen komen vooral doordat de bevolkingsprognose 4% lager is en doordat de ontwikkelingen in de aandoeningen soms fors afwijken van de vorige keer. Ook de verschoven leeftijdsopbouw leidt tot veranderingen in de ramingen.

Daarnaast kan er sprake zijn van gewijzigde preferenties. Het feit dat mensen liever zo lang mogelijk zorg thuis ontvangen, kan ook verklaren waarom het gebruik van verblijf verzorging minder snel groeit dan de vorige keer. De huizen van ouderen bieden meer comfort en daardoor meer mogelijkheden om thuis te blijven wonen. Het voert echter voor dit onderzoek te ver om het effect van veranderde preferenties precies in kaart te brengen.

6.5 Conclusie en discussie

De potentiële vraag naar publiek gefinancierde zorg zal in 2030 32% hoger zijn dan in 2006. Hierbij zal de potentiële vraag naar verblijf iets sterker groeien dan de potentiële vraag naar zorg thuis. De groei van het gebruik van zorg blijft iets achter bij de groei van de potentiële vraag en zal naar verwachting in 2030 26% hoger liggen dan in 2006.

Bij de potentiële vraag wordt de grootste groei verwacht bij verblijf met verpleging (+46%). Ook de andere twee vormen van verblijf groeien aanzienlijk. Deze groei van verblijf komt met name doordat het aantal ouderen in die periode sterk toeneemt. Bij zorg thuis zien we dat vooral de voorzieningen gericht op ouderen een sterke groei laten zien. Gezien de vergrijzing is dit niet erg verrassend. Maar het blijkt dat de stijgende prevalentie van aandoeningen naast de vergrijzing een belangrijke rol speelt.

Bij het gebruik van zorg wordt de grootste groei verwacht bij particuliere zorg (+58%). Dit komt vooral door het stijgende opleidingsniveau. Net als bij de potentiële vraag wordt er een forse toename verwacht van het gebruik van verblijf met verpleging. Net als bij de potentiële vraag hangt dat samen met leeftijd, maar ook met aandoeningen. Bij de zorg thuis zien we dat de groei van informele zorg en huishoudelijke verzorging achterblijven. Waarschijnlijk komt dit doordat ouderen in de toekomst vanwege hun hogere opleidingsniveau vaker kiezen voor particuliere zorg.

De ramingen wijken op een aantal punten wat af van de ramingen die een paar jaar geleden zijn gemaakt (Timmermans en Woittiez 2004a en b). Dit komt voornamelijk doordat de bevolkingsprognose 4% naar beneden is aangepast (CBS 2006) en doordat de verwachte prevalentie van een aantal aandoeningen fors is veranderd (RIVM 2007). Daarnaast kunnen veranderende voorkeuren een rol spelen.

Bij de constructie van de ramingen kon een aantal variabelen niet worden meegenomen, waardoor de ramingen waarschijnlijk een onderschatting geven van de werkelijke vraag naar respectievelijk gebruik van verpleging en verzorging. In de eerste plaats konden alleen fysieke beperkingen worden meegenomen: over cognitieve beperkingen (dementie, ziekte van Alzheimer) waren geen gegevens bekend. Dementie is een aandoening waarmee veel oude ouderen te maken krijgen: onder vrouwen van 80 jaar en ouder gaat het om 20% en bij mannen om 14% (RIVM 2007). In totaal zijn er ongeveer 179.000 mensen die leiden aan dementie (RIVM 2007). Aangezien cognitieve beperkingen ertoe leiden dat personen intensieve zorg nodig hebben, leidt het niet kunnen meenemen hiervan tot een lagere inschatting van het gebruik van/vraag naar zorg. Hierbij dient echter wel een nuancerende noot geplaatst te worden. Veel ouderen met dementie hebben namelijk ook fysieke beperkingen. Dat betekent dat dementie indirect wel in het model wordt meegenomen, wat de ernst van de omissie enigszins reduceert. Behalve dementie kan de invloed van obesitas slechts indirect worden meegenomen, bijvoorbeeld door het feit dat iemand met obesitas vaak ook fysieke beperkingen zal hebben. Ook gaat obesitas dikwijls gepaard met suikerziekte, een aandoening die wel in het model zit. Daarnaast is er een aantal ontwikkelingen te voorzien die er waarschijnlijk toe zullen leiden dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Hierbij valt te denken aan ontwikkelingen in domotica en robotica. Ook deze konden in dit onderzoek niet worden meegenomen, omdat nog niet bekend is welke invloed ze precies zullen hebben op de vraag naar zorg.

Het zorggebruik onder allochtonen is een ander vraagstuk waaraan in dit rapport geen aandacht wordt besteed. Uit Schellingerhout (2004, *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*) is bekend dat met name Turken en Marokkanen relatief weinig gebruikmaken van thuiszorg. Allochtonen maken ook zeer weinig gebruik van verzorgingshuis- of verpleeghuiszorg (Schellingerhout 2004). Dit heeft onder andere te maken met een grote behoefte aan zelfredzaamheid, waarbij een hulpbehoeftige verwacht dat de eigen familie de zorgtaken vervult. Toekomstig zorggebruik is voor

deze groep moeilijk te voorspellen, omdat er nog relatief weinig allochtone ouderen zijn. In 2003 is bijvoorbeeld nog slechts 3% van de ouderen (55-plussers) allochtoon, terwijl dit in 2020 is toegenomen tot 6%. Omdat het zorggebruik pas echt toeneemt vanaf 75-plus (zie hoofdstuk 3), zal het nog wel enige tijd duren voordat allochtonen substantieel gebruik gaan maken van AWBZ-voorzieningen.

De ramingen in dit onderzoek zijn gebaseerd op de zorgvraag en het zorggebruik zoals die zijn gemeten op een tijdstip. Idealiter zouden we de ontwikkeling in gezondheid en zorggebruik van personen moeten volgen in de tijd, waardoor het hele traject van zorgbehoefte tot zorggebruik in kaart kan worden gebracht en ook kan worden gevolgd naarmate men ouder wordt. Hiermee kan inzicht worden verkregen in veranderingen in de gezondheid of levenssituatie die aanleiding geven tot verandering in zorggebruik. Ook kan onderzocht worden welke voorwaarden ervoor kunnen zorgen dat personen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Zo'n levensloopmodel stelt echter hoge eisen aan de data. Er zijn nog geen data beschikbaar die vraag en gebruik voor dezelfde personen meten, laat staan een bestand dat deze gegevens voor meerdere perioden bevat. Er zal dus nog een flinke investerings-slag moeten worden gemaakt om een levensloopmodel in de toekomst mogelijk te maken.

Explanatory model for nursing and care 2007

Summary

Population ageing is expected to lead to a marked increase in the demand for and take-up of care services in the coming years. Older persons mainly make use of home care services, nursing homes and residential care homes, collectively referred to here as ‘nursing and care’. The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (vws) is consequently interested in the trend in nursing and care in the coming decades. This study presents forecasts of the demand for and use of nursing and care services up to and including the peak in the ageing process (2030). It is an update of forecasts presented in 2004 (see Timmermans & Woittiez 2004a and b). The present study incorporates new data, and a number of changes resulting from this have been incorporated in the model. This report describes the data used, the model and the estimates.

Potential demand and take-up

The central question addressed in this study is: ‘How will the demand for and take-up of nursing and care develop between 2006 and 2030?’ It should be stated immediately here that demand and take-up are two different variables. Take-up by definition means there is demand, but the existence of demand does not necessarily lead to take-up. Demand can be defined in various ways (see Schellingerhout 2007). This study takes ‘potential demand’ as a starting point: people who, because of their impairments, are in theory eligible for publicly funded care.

The different care products that fall within nursing and care can be divided into three groups: self-organised care (informal care, private help); publicly funded care paid for pursuant to the Social Support Act (wmo) (household assistance); and publicly funded care paid for under the Exceptional Medical Expenses Act (awbz) (home-based care or residential care). Home-based care and residential care can in turn each be subdivided into a number of care products. The most important home-based care products are personal care and nursing care. The main distinction drawn in this study for residential care is that between rest home care and nursing home

care.¹ People often use or demand combinations of care products: ‘plus packages’. The naming of these packages is based on the ‘intensity’ of the care, ranging from informal care (the lightest form) to nursing home care (the most intense).

Data

Three datasets were used for the study: a survey of people living independently (Amenities and Services Utilisation Survey, AVO2003), a survey of residents of residential care homes and nursing homes (Elderly People in Institutions Survey, OII2004) and files from the CIZ care needs assessment centres. Since these databases contain no information on cognitive impairments, our study focuses mainly on physical impairments. The databases cover the period 2003/2004 and were not calibrated for the year 2006 using external sources, since no absolute figures are presented in this study.²

We concentrate in this study on the 10 million people in the Netherlands aged 30 years and older. The vast majority of this group (90%) make no use of care provisions. Of the remainder, 6% use publicly funded care and 4% use only informal care or private help. Breaking down publicly funded care further reveals that more than 3% use only household assistance (provided under the WMO), that around 1.5% receive other forms of care at home (funded pursuant to the AWBZ), such as nursing or other care, and that the remaining 1.5% receive inpatient care.

Care is often received in combinations. For example, a quarter of those receiving household assistance also receive informal care. Similarly, half the people receiving AWBZ-funded care also receive household assistance.

The potential demand for publicly funded care is considerably greater than the actual use (17% and 6%, respectively). Roughly 11% of this group have a need for care at home, while 6% require inpatient care.

Models

Two models are used, one for the potential demand for care and one for the take-up. Multinomial logit analysis is used in both cases. The potential demand is analysed in two stages. The first step involves looking at whether someone has a potential demand, while the second step analyses the choice made by those with a potential demand between different care packages. These two steps are necessary, because

- 1 This is because the data on residential care are based on surveys of residents of care and nursing homes. For this reason, we make no distinction in this study between care without treatment (delivered mainly by residential care homes) and care with treatment and bracket delivered mainly by nursing homes), but instead refer to rest home care and nursing home care.
- 2 In the next report, which will present a volume estimate, the data will be calibrated.

the information on potential demand comes from two data sources. Only one step is needed to analyse the take-up, because this information is contained in a single database.

Determinants

The determinants 'explain' why someone has a need for or uses a particular care product. The determinants can be divided into four groups: health characteristics, demographic characteristics, socioeconomic characteristics and forms of support. The relationship between the potential demand for and take-up of care on the one hand and the determinants on the other together shape the trends in the determinants, in the potential demand and in the take-up.

Health and demographic characteristics play an important role in the use of care packages. The role played by degree of urbanisation and education level is variable, while presence of diseases and income have relatively little effect on care use. Not surprisingly, we find that poor health increases the likelihood of potential demand for and use of care. Potential demanders and users more often live alone. A high income or education level increases the probability of a potential demand for care. Having a high income increases the likelihood of the use of informal care, but reduces the probability of residential care.

Trends in determinants

The number of people aged over 30 is forecast to grow by 8% up to the year 2030. Population ageing will continue, and up to 2030 there is likely to be a (relatively) strong increase in the number of 65-84 year-olds in particular.³ The proportion of single persons in the elderly population will also increase markedly. As regards health characteristics, the prevalence of diabetes is expected to show the strongest increase (+73%), while the number of cases of cancer, heart disease and nervous disorders will also rise sharply (+25%). The education level of older persons is also rising steadily; the same is also true of the rest of the population, though the rise is less marked.

Forecasts

Potential demand

The potential demand for all care products will be 30% higher in 2030 than in 2006. The growth in the number of potential demanders will thus be much greater than the increase in the population size (8%); this is due to population ageing. The ageing process also means that potential demand for residential care will grow slightly more strongly than the potential demand for home-based care: the biggest growth

3 Based on projections by Statistics Netherlands (CBS).

is expected in admissions to nursing homes (+45%). Demand for care at home will increase by around 30% for almost all provisions, with only demand for treatment and rehabilitation support lagging behind (+15%), primarily because this is chiefly a provision for young people.

Take-up

The growth in the take-up of care will lag slightly behind the rise in potential demand and is expected to be 26% higher in 2030 than in 2006. In home-based care, the growth in the use of informal care and household assistance will be somewhat slower.

The forecasted increase in the take-up of care is much higher than the growth in the population (8%). This is due to population ageing, which is also likely to drive up take-up of residential care sharply (+32%) – though we also expect to see a steep increase in home-based care (+25%). Household assistance funded under the WMO is projected to rise more modestly, by 22%, probably because older persons in the future will more often opt for private care (+58%), chiefly as a result of the increase in education level and the associated rise in income.

Comparison with earlier forecasts

These forecasts differ somewhat from those presented in Timmermans & Woittiez (2004a and b). The potential demand for all care packages is slightly lower; the take-up of home-based care is slightly higher and the use of inpatient care slightly lower. This is due mainly to the fact that the population forecast used is 4% lower than last time and that the trends in diseases are much lower.

Further research

At the request of vws, this model will be developed further in the future. Consideration will be given to the need for a different definition of potential demand. The influence of the patient contribution will also be explicitly incorporated in the model and estimates will be made of the number of hours of care rather than the number of persons. This will make it possible, in addition to a forecast of the number of persons who will use care funded under the AWBZ and the WMO, to gain an insight into the trend in costs, since persons who (choose to) use fewer hours of care will cost less than persons who receive many hours of care.

Bijlage A Invloed en ontwikkeling van determinanten

Tabel A.1

Invloed en autonome trend van determinanten op de potentiële vraag naar zorg^a

	eerste stap		tweede stap							trend
	wel/geen vrager	huish. verz.	pers. verz. plus	verpl. plus	beh. en act. beg. plus	onderst. beg. plus	verbl. tijd. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verpl. plus	
aandoeningen										
kanker	+	-	-	+	-	-			-	+
diabetes			-	+						+
psychische aandoeningen		-	-	-	+	+		+	+	+
ziekten zenuwstelsel	+	+		-	+	+	+	+	+	+
hart en vaatstelsel		+		-					-	+
luchtwegaandoening		+	+	-		-				-
spijsverteringsstelsel	+									-
urogenitaal stelsel										
huidziekte		-		+				-		
bewegingsapparaat		+	+	-	-	-		-	-	+
gevolgen ongeval			+	-		-	+	-		+
overige aandoeningen	+	+	-		+		-		-	
beperkingen										
licht	+	+	-	-		-	-	-	-	
matig	+			-	-		+	+		
ernstig	+	-		-	+	+	+	+	+	
leeftijdsklasse										
30-69 jaar (ref.)										-
70-74 jaar		-	+		-		+			+
75-79 jaar	+	-		-	-		+	+	+	+
80-84 jaar	+	-	+	-	-		+	+	+	+
≥ 85 jaar	+	-		-	-		+	+	+	+
geslacht										
man (ref.)										
vrouw	+	+		-		-	-			

Tabel A.1 (vervolg)

	tweede stap									trend
	eerste stap wel/geen vrager	pers. huish. verz.	pers. verz. plus	pers. verpl. plus	beh. en act. beg. plus	onderst. beg. plus	verbl. tijd. plus	verbl. lang verz. plus	verbl. lang verpl. plus	
samenstelling huishouden										
samenwonend (ref.)										-
weduwstaat	+			+				-		-
overig alleenstaand	+									+
stedelijkheidsgraad										
zeer sterk stedelijk (ref.)										
sterk stedelijk								-		
matig stedelijk	+				-	-	-	+		
weinig stedelijk	+						-	-		
niet stedelijk					-	-	-			-
niveau voltooide opleiding										
hooguit lager onderwijs										-
lager beroepsonderwijs										+
middelbaar onderwijs										+
hbo of universitair										+
nettohuishoudinkomen										
< 900 euro per maand (ref.)										
900-2200 euro per maand	+									
> 2200 euro per maand	+									
missing										
gebruik voorzieningen										
hulpmiddel mobiliteit	+									
gebruik medisch specialist en/of ziekenhuis	+									

a Alleen significante determinanten worden weergegeven.

Bron: hoofdstuk 4, hoofdstuk 5

Tabel A.2

Invloed en autonome trend van determinanten op het gebruik van zorg^a

	infor- geen zorg	mele zorg	parti- culiere zorg	huishou- delijke verzorging	persoon- lijke verz. plus	verple- ging	verblijf verzor- ging	verblijf verple- ging	trend
aandoeningen									
kanker	-								+
diabetes			+				+		+
psychische aandoeningen								+	+
ziekten zenuwstelsel							+		+
hart en vaatstelsel									+
luchtwegaandoening			-					-	-
spijsverteringsstelsel	-			+	+				
urogenitaal stelsel		-							+
huidziekte					-		-		
bewegingsapparaat	+						-	-	-
gevolgen ongeval	-				+				+
overige aandoeningen	-	+							+
beperkingen									
geen (ref.)									
licht	-		+	+	+				
matig	-	+	+	+	+				
ernstig	-		+	+	+	+	+	+	+
leeftijdsklasse									
30-69 jaar (ref.)									
70-74 jaar	-	-	-	+			+	+	+
75-79 jaar	-						+	+	+
80-84 jaar	-		+	+			+	+	+
≥ 85 jaar	-	-					+	+	+
geslacht									
man (ref.)									
vrouw	-		+	+	-		-	-	
samenstelling huishouden									
samenwonend (ref.)									
weduwstaat	-		+	+	+	+	+	+	-
overig alleenstaand	-		+	+		+	+	+	+

Tabel A.2 (vervolg)

	infor- geen zorg	mele zorg	parti- culiere zorg	huishou- delijke verzorging	persoon- lijke verz. plus	verblijf verple- ging	verblijf verzor- ging	verblijf verple- ging	trend
stedelijkheidsgraad									
zeer sterk stedelijk (ref.)									
sterk stedelijk	-				+				
matig stedelijk	-						+		
weinig stedelijk	-	+			+				
niet stedelijk	-								
voltooide opleiding									
hooguit lager onderwijs (ref.)									-
lager beroepsonderwijs			+	-	+				+
middelbaar onderwijs			+	-	+		-	-	+
hbo of universitair		-	+				-	-	+
netto huishoudeninkomen									
< 900 euro per maand (ref.)									
900-2200 euro per maand	-	+					-	-	
> 2200 euro per maand	-	+					-	-	
missing	-						+	+	
gebruik voorzieningen									
hulpmiddel mobiliteit	-		+	+	+	+	+	+	
medisch specialist en/of ziekenhuis	-	+	+	+		+			

a Alleen significante determinanten worden weergegeven.

Bron: hoofdstuk 4, hoofdstuk 5

Bijlage B Ramingen exogenen

In dit onderzoek worden ramingen van het gebruik van en de vraag naar verpleging en verzorging opgesteld met behulp van ramingen van de exogene variabelen. De trends in de exogene variabelen worden in hoofdstuk 5 beschreven. Uit tabel 5.1 kwam naar voren dat de ramingen van met name de aandoeningen die in het vorige onderzoek (Timmermans en Woittiez 2004a en b) zijn gebruikt op een aantal punten duidelijk afwijken van de huidige ramingen. De uitkomsten uit deze tabel die betrekking hebben op de aandoeningen, staan weergegeven in tabel B.1. De 'autonome trends' van de ramingen van de aandoeningen zijn afkomstig van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM 2007). Deze autonome trends geven de verwachte trend in de aandoeningen, los van de bevolkingsgroei en de vergrijzing. De ramingen die in tabel B.1 staan, geven de verwachte ontwikkeling in de aandoeningen aan, inclusief het effect van deze overige variabelen. Deze trends wijken soms bijna 60% af van de trends die in het vorige rapport werden gebruikt.

Tabel B.1

Vershil in verwachte toekomstige trends voor aandoeningen voor de periode 2006-2020 tussen oude raming en nieuwe raming, 30-plus (indexcijfers voor 2006-2020, 2006 = 100)^a

aandoeningen	'nieuwe' raming	'oude' raming	verschil (in procentpunten)
luchtwegaandoening	98	154	-56
hart en vaatstelsel	113	159	-46
kanker	118	126	-8
diabetes	143	180	-37
bewegingsapparaat	109	123	-14
ziekten zenuwstelsel	115	89	26
psychische aandoeningen	106	114	-8
gevolgen ongeval	105	143	-38

a De oude raming is afkomstig uit Timmermans en Woittiez (2004a en b).

Bron: RIVM (SCP-bewerking)

Er is een aantal oorzaken aan te wijzen waarom de ramingen afwijken:

- 1 De ramingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn met 4% naar beneden aangepast (zie hoofdstuk 5).
- 2 De definities van een aantal variabelen in de AVO-vragenlijst is gewijzigd.
- 3 De aandoeningen waarvoor ramingen beschikbaar zijn, zijn veranderd.
- 4 De 'autonome trends' in de aandoeningen zoals aangeleverd door het RIVM, zijn veranderd. Dit komt doordat er in een aantal gevallen gebruik is gemaakt van andere gegevens.

Deze vier oorzaken worden hierna nader besproken.

Ad 1 Aanpassingen in CBS-ramingen

De CBS-bevolkingsraming die in dit onderzoek wordt gebruikt, is 4% lager dan de raming in het vorige onderzoek. Dit duidt er dus op dat de vergrijzing minder snel gaat dan vier jaar geleden werd verwacht. Hierdoor zal ook het verwachte aantal personen met aandoeningen lager liggen, omdat veel aandoeningen vaker voorkomen bij ouderen.

Ad 2 Gewijzigde definities

Ook definitieverschillen bieden een verklaring waarom de ramingen afwijken. Tabel B.2 laat zien dat de vraagstelling in het AVO-OII-bestand is veranderd. Ging het in AVO-OII 1999 om de vraag of iemand op dit moment een ziekte of aandoening heeft of de afgelopen twaalf maanden heeft gehad, in AVO-OII 2003 ging het om de vraag of iemand op dit moment last heeft van een ziekte of aandoening heeft of er de afgelopen twaalf maanden minstens zes maanden last van heeft gehad. Bij een overigens gelijke definitie verwachten we door de vraagstelling lagere absolute aantallen in de 2003-enquête dan in de 1999-enquête.

Tabel B.2

Overeenkomsten in definities van aandoeningen tussen AVO/OII 1999 en 2003

naam geconstrueerde variabele	AVO/OII-naam 2003	AVO-OII -inhoud 2003	AVO-OII-inhoud 1999, hoe meegenomen
luchtweegaandoening	n0130101	astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA	idem
kanker	n0130102	kanker of kwadaardige aandoening	idem
hart- en vaatziekten	n0130103	ernstige hartaandoening (<i>zoals hartfalen, angina pectoris of (de gevolgen van) een hartaanval</i>)	idem (hart1)
	n0130104	vernauwing van de bloedvaten in de buik of benen (<i>geen spataderen</i>)	niet meegenomen
	n0130105	(gevolgen van) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	idem (hart2)
ziekten spijsverteringsstelsel	n0130106	ernstige darmstoornissen, langer dan zes maanden	ernstige darmstoornissen langer dan drie maanden, zat in overig
diabetes	n0130107	ernstige ziekten van nieren, gal of lever of schildklierziekte (<i>incl. gal- en nierstenen</i>)	niet meegenomen
	n0130110	suikerziekte	idem
bewegingsapparaat	n0130108	gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën	idem
	n0130109	chronische gewrichtsontsteking (<i>chronische reuma, reumatoïde artritis</i>)	idem
	n0130112	ernstige hardnekkige aandoening van de nek of schouder	idem
	n0130113	ernstige hardnekkige aandoening van de elleboog, pols of hand	idem
	n0130111	ernstige hardnekkige aandoening van de rug (<i>incl. hernia</i>)	idem
ziekten zenuwstelsel	n0130114	migraine	niet meegenomen
	n0130115	ziekten van het zenuwstelsel (<i>zoals MS, Parkinson</i>)	idem
	n0130116	epilepsie	idem
huid	n0130118	ernstige huidziekte (<i>zoals psoriasis of chronisch eczeem</i>)	zat in overig
psychische aandoeningen	n0130119	langdurige psychische problemen (<i>zoals overspannenheid, depressie</i>)	idem
gevolgen ongeval	n0130120	ernstige gevolgen van een ongeval	idem
incontinentie	n0130117	onvrijwillig urineverlies (<i>incontinentie</i>)	zat in overig
overige aandoeningen	n0130121	overige chronische ziekten of langdurige aandoeningen	ernstige darmstoornissen langer dan drie maanden, onvrijwillig urineverlies ernstige huidziekte

Ad 3 Gewijzigde aandoeningen waarvoor ramingen beschikbaar zijn

In 1999 waren er ramingen voor negen aandoeningen beschikbaar, in 2003 ging het om tien aandoeningen. Het verschil is dat in 2003 wel een raming van huidaandoeningen en één van ziekten van het spijsverteringsstelsel is gemaakt, terwijl die in 1999 in 'overige aandoeningen' zaten. Maar in 1999 zijn hart- en vaatziekten uitgesplitst in een raming van de gevolgen van een hartaanval en één van beroerte. Dat is in 2003 niet het geval. Los van de vraagstelling zijn de volgende definities veranderd:

hart- en vaatziekten:	in 1999 is 'vernaauwing van de bloedvaten in buik of benen' niet meegenomen
spijsverteringsstelsel:	in 1999 niet meegenomen (zat in overig)
diabetes:	in 1999 ziekten van nieren, gal enz. niet meegenomen
huid:	in 1999 niet meegenomen (zat in overig)
psychische aandoeningen:	in 1999 was de vraagstelling psychische problemen, in 2003 <i>langdurige</i> psychische problemen

De overige definities (luchtwegaandoening, kanker, gevolgen van een ongeval) zijn hetzelfde gebleven. De absolute aantallen van beide ramingen zijn voor deze aandoeningen dan ook met elkaar in overeenstemming. Voor hart- en vaatziekten leidt het meenemen van 'vernaauwing van de bloedvaten in buik of benen' in de 2003-raming niet tot een hogere schatting, zelfs tot een iets lagere. Dat kan komen doordat in vier jaar tijd de prevalentie is afgenomen. Het wel meenemen van ziekten van nieren, gal enzovoort in de 2003-raming bij 'diabetes' verhoogt het aantal mensen dat onder diabetes valt. Het aantal mensen met een aandoening van het bewegingsapparaat is in de 2003-raming hoger dan in de 1999-raming. Dit komt met name doordat er in het AVO-OII-2003 meer personen zitten die last hebben van het bewegingsapparaat dan in het AVO-OII-1999. Het aantal mensen met psychische aandoeningen is in de 2003-raming veel lager dan in de 1999-raming, doordat er in de 2003-raming sprake moet zijn van *langdurige* aandoeningen.

Concluderend kunnen we stellen dat de verschillen in absolute aantallen klein of te duiden zijn.

Tabel B.3

Verschillen in ramingen van 1999 en 2003 van aantallen mensen met een aandoening (x 1000), 2005 en 2020

	1999-raming van 2005	2003-raming van 2005
luchtwegaandoening	1032	922
kanker	230	211
hart- en vaatziekten	877	857
diabetes	534	841
bewegingsapparaat	2813	3105
ziekten zenuwstelsel	182	172
psychische aandoeningen	994	695
gevolgen ongeval	251	278

Bron: Timmermans en Woittiez (2004b); SCP (AVO'03, OII'04) SCP-bewerking

Ad 4 Gewijzigde autonome trends in aandoeningen.

De door het RIVM aangeleverde ramingen van de prevalentie per 1000 personen wijken nogal fors af van de vorige keer (zie kolom 2 en 4 van tabel B.4).

Tabel B.4

Verschillen in 1999- en 2003-RIVM-ramingen van aantallen mensen met een aandoening, indices, 2005-2020, 2005 = 100

	1999-raming van 2020 (exclusief bevolkings-groei en vergrijzing)	1999-raming van 2020 (inclusief bevolkings-groei en vergrijzing)	2003-raming van 2020 (exclusief bevolkings-groei en vergrijzing)	2003-raming van 2020 (inclusief bevolkings-groei en vergrijzing)	verschil 1999-2003-raming t.g.v. prevalentie-verschillen	verschil 1999-2003-raming t.g.v. verandering bevolking
luchtwegaandoening	144	154	93	98	-51	-5
kanker	117	126	113	118	-4	-4
hart- en vaatziekten	149	159	107	113	-42	-4
diabetes	161	180	140	143	-21	-16
bewegingsapparaat	114	123	104	109	-10	-4
ziekten zenuwstelsel	83	189	110	115	+27	-1
psychische aandoeningen	107	114	101	106	-6	-2
gevolgen ongeval	135	143	100	105	-35	-3

Bron: RIVM; SCP (AVO'03, OII'04) SCP-bewerking

Dat heeft voor een deel te maken met andere demografische ontwikkelingen, omdat de prognose in 1999 een stuk hoger was dan nu. Het zou ook te maken kunnen hebben met definitieverschillen zoals het RIVM die hanteert, maar het kan ook een

gevolg zijn van andere trends. In tabel B.5 wordt nog eens naast elkaar gezet van welke ziekteclusters het RIVM ramingen heeft gemaakt.

Tabel B.5

Overeenkomsten in definities van aandoeningen tussen AVO/OII 1999 en 2003

	RIVM 2003	RIVM 1999
luchtwegaandoening	astma, COPD	idem
kanker	alle vormen van kanker	idem
hart- en vaatziekten	coronaire hartziekten, hartfalen, beroerte	idem
ziekten spijsverteringsstelsel	maagzweer, zweer twaalfvingerige darm, inflammatoire darmziekten	
diabetes	diabetes mellitus	idem
bewegingsapparaat	artrose, nek- en rugklachten, reumatoïde artritis	idem
ziekten zenuwstelsel	epilepsie, ziekte van Parkinson, MS	idem
huid	constitueel eczeem, contacteczeem	
psychische aandoeningen	angststoornis, depressie, schizofrenie	idem
gevolgen ongeval	privéongevallen en verkeersongevallen	heupfracturen

Tabel B.5 laat zien dat er op het eerste gezicht nauwelijks verschil zit in de definitie van 2003 en 1999 (alleen voor ongevallen is er een verschil). Wel zijn andere gegevens gebruikt om de trends te bepalen. In 2003 zijn de trends voor alle aandoeningen behalve voor die van kanker en ongevallen gebaseerd op huisartsenregistraties: de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (CMR-Nijmegen). Voor de trend in ongevallen is gebruikgemaakt van de Landelijke Morbiditeits Registratie (LMR). Eén verklaring voor het verschil in trends is dat andere basisgegevens zijn gebruikt. In 2003 zijn de trends voor alle aandoeningen behalve voor die van kanker en ongevallen gebaseerd op huisartsenregistraties: de CMR-Nijmegen) en het RNH-Limburg. In het verleden zijn alleen de huisartsenregistraties van CMR-Nijmegen gebruikt.

Hierna wordt een verklaring gegeven voor een aantal gevonden verschillen.

Het verschil in luchtwegaandoeningen heeft te maken met astma. Het aantal mensen met astma was in de eerste analyse over de periode 1990-2000 sterk gestegen en leidde daarom tot een sterke toename van luchtwegaandoeningen. In de tweede analyse over de periode 1993-2003 is verondersteld dat de trend in astma nul is, omdat enerzijds de trend inderdaad is gaan dalen de laatste jaren en anderzijds astma vooral bij jongeren voorkomt en dus weinig invloed zal hebben op het aantal personen dat verpleegd of verzorgd moet worden.

Het verschil in hart- en vaatziekten wordt verklaard doordat het RNH een veel kleinere stijging laat zien bij beroerte dan de CMR-Nijmegen.

Ook het verschil in diabetes heeft daarmee te maken. De stijging is nu veel kleiner, omdat de trend in het RNH minder hard stijgt dan de trend in de CMR-Nijmegen. Het verschil in stijging is gedeeltelijk te verklaren doordat de CMR-Nijmegen eind jaren negentig een betere screening had op diabetes en dus meer patiënten detecteerde.

Het verschil in ziekten van het zenuwstelsel is waarschijnlijk te verklaren doordat de vorige keer geen trends over MS kon worden meegenomen (heeft met CMR-bestand te maken), terwijl daar nu op basis van het RNH een lichte stijging te zien is.

Voor de psychische aandoeningen is verondersteld dat er geen trend is voor depressie en angststoornissen, dus de trend is alleen op schizofrenie gebaseerd, vandaar een kleine stijging.

Voor ongevallen is de trend nu op nul gesteld, omdat geen significante trend werd gevonden in het aantal ziekenhuisopnamen bij verkeersongevallen en bij privé-ongevallen. De vorige keer was dat gebaseerd op heupfracturen.

Conclusie

Samenvattend kunnen we stellen dat de verschillen tussen de ramingen van de aandoeningen vooral worden verklaard door een gewijzigde prevalentie. Naast een daadwerkelijke verandering in de prevalentie, wordt dit mede veroorzaakt doordat het RIVM gebruik heeft gemaakt van andere databestanden. Ook de gewijzigde bevolkingsraming van het CBS is van invloed op de in de regel lagere raming van de aandoeningen. Ten slotte speelt ook de wijziging van de vraagstelling in het onderzoeksbestand AVO-OII een rol.

Literatuur

- Berg Jeths, A. van den, J. Timmermans, N. Hoeymans, en I. Woittiez (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Boer, Alice H. de (red.) (2006). *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van (2007). *Profielen van vragers naar verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2006). *Bevolkingstrends. Statistisch kwartaalblad over de demografie in Nederland*, jg. 54, 4^e kwartaalbericht.
- CIZ (2006). *Toename indicatiebesluiten 2006. Een nadere analyse*. Driebergen: Centrum indicatiestelling zorg.
- Greene, Willam H. (2000). *Econometric analysis*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Herweijer, L. (2001). *Onderwijs en opleiding*. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie* (p. 13-38). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Hooimeijer, P., F. Bonnerman, A. de Boer en J. Klaus (1997). *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu/DGVH.
- Judge, G.C., W.E. Griffiths, R. Carter Hill, H. Lütkepohl en T.-C. Lee (1985). *The Theory and Practice of Econometrics*. New York: John Wiley and Sons.
- Klerk, M.M.Y. de (1997). *Het gebruik van ADL-hulpmiddelen door ouderen* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Klerk, M.M.Y. de (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M.M.Y., J. Iedema en C. van Campen (2006). *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kok, L., J. Stevens, N. Brouwer, E. van Gameren, K. Sadiraj en I. Woittiez (2004). *Kosten en baten van extramuralisering. De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Stichting voor Economisch Onderzoek (SCP-werkdocument 109/SEO-rapport 738).
- RIVM (2007). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM (<http://www.nationaalkompas.nl>).
- Schellingerhout, R. (red.) (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R. (2007). *Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004a). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004b). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging. Onderzoeksverantwoording*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Train, K.E. (2003). *Discrete Choice Methods with Simulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- vws (2005). *Brancherapporten vws*. Den Haag: ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (<http://www.brancherapporten.minvws.nl>. De vws-sectoren\Care\Verpleging en Verzorging\, 13 mei 2005).

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast.

De tekst van het lopende programma (2006-2007) is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau.

ISBN 90-377-0267-8

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel

Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel. Een complete lijst is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2

Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. ISBN 90-377-0106-x

In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004. ISBN 90-377-0159-0

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062-4
(English edition 2001)

The Quality of the Public Sector (Summary). Social and Cultural Report 2002. ISBN 90-377-0118-3

Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4

SCP-publicaties 2006

2006/1 Thuis op het platteland (2006). Anja Steenbekkers, Carola Simon en Vic Veldheer (red.). ISBN 90-377-0229-5

2006/2 Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving (2006). M.H. Kwekkeboom (red.). ISBN 90-377-0246-5

2006/3 Uitgerekend wonen (2006). Michiel Ras et al. ISBN 90-377-0250-3

2006/4 Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006 (2006). Sjoerd Kooiker (red.). ISBN 90-377-0200-7

2006/5 Hoe het werkt met kinderen (2006). Wil Portegijs et al. ISBN 90-377-0238-4

2006/6a Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). Saskia Keuzenkamp en Ans Merens (red.). ISBN 90-377-0269-4

2006/6b De balans opgemaakt. De slotbeschouwing van de sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). Saskia Keuzenkamp. ISBN 90-377-0251-1

2006/7 Slachtoffers van criminaliteit: feiten en achtergronden (2006). Karin Wittebrood. ISBN 90-377-0232-5

2006/8 Voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven: gebruik, bereik en draagvlak (2006). C.J. Maas-de Waal. ISBN 90-377-0270-8

2006/9 Op weg in de vrije tijd (2006). Lucas Harms. ISBN 90-377-0273-2

- 2006/10 *Rapportage sport 2006* (2006). Koen Breedveld en Annet Tiessen-Raaphorst (red.). ISBN 90-377-0252-x
- 2006/11 *Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn* (2006). Mirjam de Klerk en Roelof Schellingerhout. ISBN 90-377-0260-0
- 2006/12 *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop* (2006). Alice H. de Boer (red.). ISBN 90-377-0256-2
- 2006/13 *Duaal als ideaal? Leren en werken in het beroeps- en hoger onderwijs* (2006). Ria Bronneman-Helmers. ISBN 90-377-0208-2
- 2006/14 *Uniform uit de kast. Homoseksualiteit binnen de krijgsmacht* (2006). Anna Adolfsen en Saskia Keuzenkamp, m.m.v. Linda Mans. ISBN 90-377-0255-4
- 2006/15 *Gewoon doen. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2006). Saskia Keuzenkamp, David Bos, Jan Willem Duyvendak, Gert Hekma (red.). ISBN 90-377-0257-0
- 2006/16 *Report on the Elderly 2006* (2006). Alice de Boer (red.). ISBN 90-377-0271-6
- 2006/17 *Publieke productie en persoonlijk profijt* (2006). Bob Kuhry en Evert Pommer, m.m.v. Jedid-Jah Jonker en John Stevens. ISBN 90-377-0231-7
- 2006/18 *Angstige burgers? De determinanten van gevoelens van onveiligheid onderzocht* (2006). Janneke Oppelaar en Karin Wittebrood. ISBN 90-377-0231-7
- 2006/19 *Wie werken er in het onderwijs? Op zoek naar het 'eigene' van de onderwijsprofessional* (2006). Ria Vogels en Ria Bronneman-Helmers. ISBN 90-377-0291-0
- 2006/20 *Maten voor gemeenten 2006* (2006). Bob Kuhry en Jedid-Jah Jonker, m.m.v. Bureau Zenc. ISBN 90-377-0253-8
- 2006/22 *Emancipatiemonitor 2006* (2006). Wil Portegijs, Brigitte Hermans en Vinodh Lalta. ISBN 90-377-0286-4
- 2006/23 *Turken in Nederland en Duitsland. De arbeidsmarktpositie vergeleken* (2006). Jaco Dagevos, Rob Euwals, Mérove Gijsberts en Hans Roodenburg. ISBN 90-377-230-9

SCP-publicaties 2007

- 2007/1 *Publieke prestaties in perspectief. Memorandum quartaire sector 2006-2011* (2007). ISBN 978-90-377-0298-9
- 2007/2 *Nieuwe links in het gezin* (2007). Marion Duimel en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0287-3
- 2007/3 *Robuuste meningen? Het effect van responsverhogende strategieën bij het onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland* (2007). Josine Verhagen. ISBN 978-90-377-0300-9
- 2007/4 *Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering* (2007). ISBN 978-90-377-0280-4.
- 2007/5 *Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen* (2007). Evert Pommer, Edwin van Gameren, John Stevens, Isolde Woittiez. ISBN 978-90-377-0258-3
- 2007/6 *Prestaties van de rechtspraak: productiviteit in perspectief* (2007). Ab van der Torre, Jedid-Jah Jonker, Frank van Tulder, Theresa Steeman, Gerard Paulides. ISBN 978-90-377-0294-1
- 2007/7 *Türken in Deutschland und den Niederlanden. Die Arbeitsmarktposition im Vergleich* (2007). Jaco Dagevos, Rob Euwals, Mérove Gijsberts en Hans Roodenburg. ISBN 978-90-377-0308-5
- 2007/8 *Een gele kaart voor de sport. Een quick-scan naar wenselijke en onwenselijke praktijken in en rondom de breedtesport* (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0307-8
- 2007/9 *Kosten in kaart. Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten* (2007). Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Michel Ras. ISBN 978 90 377 0143 2

- 2007/10 *Sport in the Netherlands* (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0302-3
- 2007/11 *Geld op de plank. Niet-gebruik van inkomensvoorzieningen* (2007). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978-90-377-0207-1
- 2007/12 *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015* (2007). Paul Dekker, Joep de Hart en Laila Faulk. ISBN 978-90-377-0311-5
- 2007/13 *Aandacht voor de wijk. Effecten van herstructurering op de leefbaarheid en veiligheid* (2007). Karin Wittebrood en Tom van Dijk. ISBN 978-90-377-0309-2
- 2007/14 *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007* (2007). Mirjam de Klerk (red.). ISBN 978-90-377-0310-8
- 2007/15 *Interventies voor integratie. Het tegengaan van etnische concentratie en bevorderen van interetnisch contact* (2007). Mérove Gijsberts en Jaco Dagevos. ISBN 978-90-377-0312-2
- 2007/16 *Blijvend in balans. Een toekomstverkenning van informele zorg* (2007). Alice de Boer en Joost Timmermans. ISBN 978-90-377-0313-9
- 2007/17 *Vertrouwen in de rechtspraak nader onderzocht* (2007). Paul Dekker en Tom van der Meer. ISBN 978-90-377-0318-4
- 2007/18 *Verbinding maken. Senioren en internet* (2007). Marion Duimel. ISBN 978-90-377-0317-7.
- 2007/19 *Moeders, werk en kinderopvang in model. Analyse van arbeidsparticipatie- en kinderopvangbeslissingen van moeders met jonge kinderen* (2007). Ingrid Ooms, Evelien Eggink en Edwin van Gameren. ISBN 978-90-377-0314-6
- 2007/20 *De sociale staat van Nederland 2007* (2007). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Evert Pommer (red.). ISBN 978-90-377-0321-4
- 2007/21 *Toekomstverkenning informele zorg* (2007). Alice de Boer (red.). ISBN 978-90-377-0319-1
- 2007/22 *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (2007). Gerda Jehoel-Gijsbers (red.). ISBN 978-90-377-0327-6
- 2007/23 *Out in the Netherlands. Acceptance of homosexuality in the Netherlands* (2007). Saskia Keuzenkamp en David Bos. ISBN 978-90-377-0324-5
- 2007/24 *Achterstand en afstand. Digitale vaardigheden van lager opgeleiden, ouderen, allochtonen en inactieven* (2007). Eric van Ingen, Jos de Haan en Marion Duimel. ISBN 978-90-377-0316-0
- 2007/25 *Het beste van twee werelden. Plattelanders over hun leven op het platteland* (2007). Carola Simon, Lotte Vermeij en Anja Steenbekkers. ISBN 978-90-377-0320-7
- 2007/26 *Maten voor gemeenten 2007. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2007). B. Kuhry, J.J.J. Jonker, m.m.v. M. Ras. ISBN 978-90-377-0323-8
- 2007/27 *Jaarrapport integratie 2007* (2007). Jaco Dagevos en Mérove Gijsberts. ISBN 978-90-377-0330-6
- 2007/28 *Discriminatiemonitor niet-westerse allochtonen op de arbeidsmarkt 2007* (2007). Iris Andriessen, Jaco Dagevos, Eline Nievers en Igor Boog. ISBN 978-90-377-0331-3
- 2007/29 *Het bereik van het verleden. Ontwikkelingen in de belangstelling voor cultureel erfgoed. Het cultureel draagvlak deel 7* (2007). Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0284-2
- 2007/31 *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007* (2007). Jedid-Jah Jonker, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez, Michiel Ras en Meike Morren. ISBN 978-90-377-0334-4
- 2007/32 *Comparing Care. The care of the elderly in ten EU-countries* (2007). Evert Pommer, Isolde Woittiez en John Stevens. ISBN 978-90-377-303-0

SCP-essays

- 1 Voorbeelden en nabebelden (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 De stem des volks (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 De tekentafel neemt de wijk (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 Leven zonder drukte (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978-90-5260-260-8

Werkdocumenten

- 121 SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003 (2006). Mirjam de Klerk, Jurjen Iedema en Crétien van Campen. ISBN 90-377-0268-6
- 122 Gezond en wel met een beperking (2006). Crétien van Campen (red.). ISBN 90-377-0254-6
- 123 De onbereikte minima (2006). ISBN 90-377-0275-9
- 124 Snuffelen en graven. Over doelgroepen van digitaal toegankelijke archieven (2006). Henrieke Wubs en Frank Huysmans. ISBN 90-377-0276-7
- 125 Liever thuis dan uit. De indicatiestelling in de awbz voor zorg op afroep en verblijf (2006). Edwin van Gameren, Jedid-Jah Jonker en Tessa Marx. ISBN 90-377-0278-3
- 126 Naar een nieuwe armoedegrens? (2006). Arjan Soede. ISBN 90-377-0241-4
- 127 Klik naar het verleden. Een onderzoek naar gebruikers van digitaal erfgoed: hun profielen en zoekstrategieën (2006). Henrieke Wubs en Frank Huysmans. ISBN 90-377-0279-1
- 128 Godsdienstige veranderingen in Nederland. Verschuivingen in de binding met de kerken en de christelijke traditie (2006). Jos Becker en Joep de Hart. ISBN 90-377-0259-7
- 129 Juist beschermd. De determinanten van de woonsituatie van volwassen verstandelijk gehandicapten (2006). Isolde Woittiez en Michiel Ras. ISBN 90-377-0288-0
- 130 De lange weg naar Brussel. De Europese betrokkenheid van Nederlandse maatschappelijke organisaties en hun leden (2006). Esther van den Berg. ISBN 90-377-0264-3
- 131 Bezoek onze site (2006). Jos de Haan, Renée Mast, Marleen Varekamp en Susanne Janssen. ISBN 90-377-0290-2
- 133 Liefst zoals thuis. Ouders en kinderen over buitenschoolse opvang (2007). Rob Gilsing. ISBN 978-90-377-0297-2
- 134 De houding ten opzichte van homoseksualiteit. Een beschrijvende literatuurstudie (2006). Lisette Kuyper en Floor Bakker. ISBN 978-90-377-0299-6

Overige publicaties

- ? Altijd een antwoord. Nieuwjaarsuitgave 2006 (2006). Paul Schnabel, Paul Dekker en Vic Veldheer (red.). ISBN 90-377-0263-5
- Hoge (jeugd)werkloosheid onder etnische minderheden (2006). Jaco Dagevos. ISBN 90-377-0266-x
- Niet-westerse allochtonen met een stabiele arbeidsmarktpositie: aantallen en ontwikkelingen (2006). Jaco Dagevos en Maurice Gesthuizen. ISBN 90-377-0249-x
- Werken op de grens van wetenschap en beleid (2006). Kees Schuyt, Jan-Willem Duyvendak en Theo Roes. ISBN 90-377-0272-4
- At Home in the Countryside. A comparison of rural and urban life. Summary (2006). Anja Steenbekkers, Carola Simon en Vic Veldheer. ISBN 90-377-0292-9
- De tijd als spiegel. Hoe Nederlanders hun tijd besteden (2006). Koen Breedveld, Andries van den Broek, Jos de Haan, Lucas Harms, Frank Huysmans en Erik van Ingen. ISBN 90-377-0283-x
- Anders onderweg. De mobiliteit van allochtonen en autochtonen vergeleken (2006). Lucas Harms. ISBN 90-377-0281-3
- Summary of Report on the Elderly 2006 (2006). Alice de Boer (red.). ISBN 90-377-0293-7

Visit our site (2006). Jos de Haan, Renée Mast, Marleen Varekamp en Susanne Janssen. ISBN 90-377-0296-1

Veel geluk in 2007. Nieuwjaarsuitgave (2007). Paul Schnabel (red.). ISBN 978-90-377-0295-8

Marktplaats Europa. Vijftig jaar publieke opinie en marktintegratie in de Europese Unie (2007). Paul Dekker, Albert van der Horst, Henk Kox, Arjan Lejour, Bas Straathof, Peter Tammes en Charlotte Wennekers. ISBN 978-90-377-0305-4

Samenloop van regelingen (2007). Mirjam de Klerk, Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978-90-377-0315-3

Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg (2007). Roelof Schellingerhout. ISBN 978-90-377-0341-2 ISBN 978-90-377-0295-8

Marktplaats Europa. Vijftig jaar publieke opinie en marktintegratie in de Europese Unie (2007). Paul Dekker, Albert van der Horst, Henk Kox, Arjan Lejour, Bas Straathof, Peter Tammes en Charlotte Wennekers. ISBN 978-90-377-0305-4

Samenloop van regelingen (2007). Mirjam de Klerk, Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978-90-377-0315-3

Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg (2007). Roelof Schellingerhout. ISBN 978-90-377-0341-2