

De grens van extramuralisering is nog niet bereikt

D. Verbeek-Oudijk^a, E. Eggink^a

The upper-limits of deinstitutionalization not yet reached

The government aims at decreasing the number of elderly with disabilities in institutional care, and supplying them with homecare instead. This article provides starting points to identify the elderly for whom homecare is a realistic alternative to institutionalized care. Data from two Dutch surveys are used: the Amenities and Services Utilization Survey (AVO'07) and Elderly in Institutions (OII'08). We use a regression model that explains the use of care from several characteristics, and predict the probability to use a certain type of care for each individual. One ninth to a fifth of the elderly receiving institutional care have similar characteristics to homecare users. They are generally younger than other users of institutional care, attained higher educational levels, have higher incomes and have fewer disabilities. The prevalence of dementia is noticeably lower in this group. Domestic help, often in combination with personal care and nursing, is the most likely alternative for institutional care. Personal assistance may also prove to be an alternative, but could not be included in this research. However, there will always be a group of elderly that are more suitably and more efficiently cared for in an institutional setting. It is important that institutionalized care remains an option for this group.

Keywords: Elderly care, Deinstitutionalization, Retirement- and nursing homes

Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 188-196

Samenvatting

Het kabinet is voornemens steeds minder ouderen met beperkingen naar een tehuis te laten verhuizen, maar hen thuis zorg te geven.

^a Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, The Netherlands

Correspondentie: E. Eggink, Sociaal en Cultureel Planbureau, Postbus 16164 2500 BD, Den Haag, The Netherlands, Phone: +070-3407933; Email: e.eggink@scp.nl

DOI: 10.1007/s12439-014-0078-0

Published Online: 1 July 2014

Dit artikel biedt eerste aanknopingspunten om de groep zorgbehoevenden voor wie thuiszorg een reëel alternatief is voor tehuizenzorg, te identificeren op basis van hun kenmerken. We maken gebruik van de gegevensbestanden Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek (AVO'07) en Ouderen in Instellingen (OII'08). Met behulp van een regressieanalyse wordt voor elke persoon de kans voorspeld op het gebruik van een bepaald type zorg. Een negende tot een vijfde van de tehuusbewoners

Electronic supplementary material De online versie van dit artikel (doi:10.1007/s12439-014-0078-0) bevat additioneel materiaal, beschikbaar voor geautoriseerde gebruikers.

had vergelijkbare kenmerken als mensen die thuiszorg krijgen. Deze tehuisbewoners zijn vaak jonger dan de overige tehuisbewoners, zijn hoger opgeleid, hebben een hoger inkomen en hebben lichtere beperkingen. De prevalentie van dementie is aanmerkelijk lager onder deze groep. De alternatieven voor thuiszorg moeten vooral gezocht worden in de huishoudelijke hulp, vaak in combinatie met persoonlijke verzorging en verpleging. De functie begeleiding kan eveneens een alternatief voor thuiszorg bieden, maar kon niet worden opgenomen in dit onderzoek. Er zal echter altijd een groep ouderen zijn die het beste en meest efficiënt geholpen is in een intramurale setting. Het is van belang dat verblijfszorg voor deze groep beschikbaar blijft.

Trefwoorden: Ouderen, Extramuralisering, Verzorgings- en verpleeghuizen, Thuiszorg

Inleiding: verschuiving van thuiszorg naar thuiszorg

Naarmate we ouder worden neemt onze fysieke kracht af, krijgen we moeite met lopen en bewegen en ook het geheugen laat menigeeen in de steek. Het wordt voor ouderen met gebreken moeilijker om zonder hulp voor zichzelf te zorgen. Vroeger was het heel gewoon dat ouderen naar een verzorgingshuis of verpleeghuis verhuisden, waar hulp en ondersteuning voorhanden zijn. Inmiddels is de wens van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen sterk toegenomen en gebruikt men steeds vaker thuiszorg en minder vaak tehuiszorg.¹ Deze verschuiving wordt extramuralisering genoemd. In het beleid wordt ook wel van extramuraliseren gesproken als zorg wordt geleverd in een geclusterde woonomgeving waar de cliënt zelf verantwoordelijk blijft voor het wonen. In dit artikel beperken we ons echter tot de traditionele (thuis)zorg in de thuissituatie. We proberen hier inzicht te krijgen in de mate waarin extramuralisering nog verder kan worden doorgezet. Hoe groot is de groep voor wie thuiszorg een haalbaar alternatief kan zijn voor tehuiszorg? Daarnaast bestuderen we wat deze groep tehuisbewoners kenmerkt en welke zorgvormen mogelijk als alternatief voor tehuiszorg kunnen dienen.

Extramuralisering en beleid

De komende decennia stijgt door de vergrijzing het aantal ouderen en daarmee ook

het aantal mensen met een zorgbehoefte.² Samen met de voorkeur om in het eigen huis te blijven wonen en overheidsbezuinigingen, zal dit leiden tot een stijgende vraag naar extramurale zorg. Deze trend is al enige tijd aan de gang. Er ontstaan daardoor ook steeds meer woonvormen waarin ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen, met zorg in de buurt (woon-zorgcomplexen, e.d.). Om hierop in te spelen is intussen besloten de lichte intramurale zorg voor nieuwe cliënten te ‘extramuraliseren’.³ Dit houdt in dat men niet langer geïndiceerd wordt voor lichte zorg in een tehuis, maar voor extramurale zorgfuncties zoals persoonlijke verzorging. In het regeerakkoord van het kabinet Rutte-II is de wat zwaardere intramurale zorg hieraan toegevoegd.⁴ Inmiddels is gekozen voor een benadering op basis van het nog nader in te vullen begrip ‘zorgzwaarte’ in plaats van de huidige zorgzwaartepakketten (zzp’s) die verschillende typen zorg omvatten.⁵ Daarnaast wil het kabinet de extramurale zorg grotendeels onder gemeentelijke regie brengen, zoals al geldt voor de huishoudelijke hulp (via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning WMO) of de zorgverzekeringwet. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) betreft dan alleen nog de zwaardere tehuiszorg.

Omdat extramurale zorg in de regel goedkoper is dan intramurale zorg zal extramuralisering naar verwachting ook bezuinigingen opleveren.⁷ Maar dit geldt niet voor alle cliënten. Vanuit het oogpunt van efficiëntie is het wellicht goedkoper als deze mensen in hetzelfde tehuis wonen in plaats van verspreid over de buurt. Verzorgsters en verpleegsters hoeven zich dan immers niet van huis naar huis te verplaatsen. Er lijkt dus ook een financiële grens aan de mogelijke extramuralisering te zitten.

Wat verstaan we onder intramurale en extramurale zorg?

Intramurale zorg (tehuiszorg) betreft in dit artikel de zorg in de verzorgingshuizen (alleen verzorging) en verpleeghuizen (eventueel ook verpleging). Hoewel in het beleid het onderscheid tussen verpleeg- en verzorgingshuizen niet meer wordt gemaakt, is er wel een onderscheid te maken in de zorgbehoefte van beide groepen bewoners. De tehuisbewoners hebben een indicatie voor een zogenoemd zorgzwaartepakket (zzp). De tien zzp’s beschrijven de zorg en ondersteuning die iemand nodig heeft indien een beschermde woonomgeving of permanent toezicht wenselijk is.

Extramurale zorg, ofwel thuiszorg, gaat in dit artikel om een combinatie van hulp bij het huishouden, verzorging of verpleging. Ook de informele zorg en de zelf betaalde particuliere zorg spelen een rol. Door gebrek aan voldoende informatie blijven begeleiding (hulp bij het aanleren van dagelijkse activiteit om de zelfredzaamheid en participatie te vergroten) en kortdurend verblijf (logeeropvang) buiten beschouwing. Ook andere vormen van ondersteuning zoals woningaanpassingen of vervoersvoorzieningen kunnen niet worden meegenomen. Ouderen ontvangen deze zorg echter vaak in combinatie met andere zorg waar we wel informatie over hebben. Dit geldt zeker voor mensen met dusdanig ernstige beperkingen dat tehuiszorg wordt overwogen. Er wordt dus slechts een klein deel van de zorggebruikers buiten beschouwing gelaten. In dit artikel omvat thuiszorg de zorg in de traditionele thuissituatie. De nieuwe vormen van wonen met zorg (een soort tussenvorm van intra- en extramurale zorg) leveren natuurlijk meer mogelijkheden voor cliënten om buiten de tehuiszorg te kunnen worden geholpen.

We onderscheiden acht zorgvormen die, naar oplopende zwaarte, variëren van informele en particuliere zorg via thuiszorg naar intramurale zorg. We onderscheiden kortdurende thuiszorg, informele hulp, particuliere hulp, huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg. Het is mogelijk dat een cliënt verschillende vormen van zorg ontvangt. Omdat extramuralisering betrekking heeft op het geheel van zorg per persoon, en niet op afzonderlijke functies, delen we iedere cliënt in één zorgpakket in, gebaseerd op de zwaarste ontvangen zorgfunctie. Een cliënt wordt bijvoorbeeld ingedeeld in het pakket verpleging, ook al krijgt hij/zij daarnaast één of meer lichtere zorgvormen zoals persoonlijke verzorging. Ongeveer een kwart van de thuiszorggebruikers ontvangt kortdurende zorg. Daarnaast ontvangt ruim een kwart van de gebruikers het pakket huishoudelijke hulp. Ruim een kwart ontvangt informele of particuliere zorg, en ruim een vijfde de pakketten persoonlijke verzorging of verpleging.

Methode: verklaringsmodel en scenario's

Het verklaringsmodel

Om iets te kunnen zeggen over mogelijkheden van tehuisbewoners om extramurale zorg te gebruiken in plaats van intramurale zorg moeten we, naast het

huidige zorggebruik, ook iets weten over hun zorgalternatieven. In de publicatie *VeVeRa-IV* is een model gepresenteerd dat het zorggebruik verklaart uit verschillende kenmerken.⁸ Hier gebruiken we een aangepaste versie van dat model (zie kader 1). De basis ligt in het veelgebruikte model van Andersen en Newman¹⁰ waarbij kenmerken in drie groepen worden ingedeeld: *risicofactoren*, *hulpbronnen* en *behoefte*.¹¹ De *risicofactoren* zijn persoonskenmerken, *hulpbronnen* betreffen sociaaleconomische kenmerken zoals opleiding, inkomen en het sociale netwerk, die van invloed kunnen zijn op de mogelijkheden om een bepaald type hulp in te roepen. Het is niet mogelijk om voor de thuiswonenden en de tehuisbewoners het sociale netwerk op vergelijkbare manier te meten omdat de informatie uit verschillende enquêtes is afgeleid. Stedelijkheid dient hier als zeer grove benadering, met de aanname dat het sociale netwerk minder sterk is in niet-stedelijke gebieden.⁵ Ook hulpbronnen als het gebruik van medische voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen worden meegenomen. Omdat de verklaringskracht van deze twee laatste variabelen klein is, worden deze kenmerken verder echter niet bestudeerd. Tot slot is de *behoefte* aan zorg een belangrijke factor voor het zorggebruik, zoals aandoeningen en beperkingen. Dit sluit goed aan bij de aanpak die het kabinet voorstaat om de extramuralisering in te richten via een zorgzwaarte-indicatie in plaats van een zorgvorm(zzp)-indicatie.⁶ Op basis van het verklaringsmodel genereren we voor elk individu een kans op gebruik voor ieder zorgpakket.

Kader 1: het verklaringsmodel

Het verklaringsmodel verklaart het zorggebruik uit de risicofactoren, hulpbronnen en behoefte. Omdat we hier alleen geïnteresseerd zijn in de mogelijke uitwisseling van extramurale zorg voor intramurale zorg, laten we de groep mensen zonder zorg geheel buiten beschouwing, die in het VeVeRa-model wel een rol speelt. De resultaten zijn nauwelijks anders wanneer deze groep wel wordt meegenomen. We kijken naar de bevolking van 30 jaar en ouder, omdat jongeren nauwelijks gebruik maken van dit type zorg.

We maken gebruik van twee datasets. Het Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek (AVO) uit 2007 is een enquête onder ruim 13.700 thuiswonende personen en bevat informatie over kenmerken en zorggebruik.

Het onderzoek Ouderen in Instellingen (OII) uit 2008 bevat enquête-informatie over ruim 1.500 thuisbewoners. Uit deze enquêtes zijn 2.390 thuiswonenden en thuisbewoners van 30 jaar of ouder geselecteerd die zorg gebruiken en waarvoor voldoende informatie bekend is. Deze gegevens zijn de meest recente bron voor dit type informatie. In Bijlage 1 staan de resultaten van het verklaringsmodel gepresenteerd (zie online [Bijlage](#)).⁹ Het model beschrijft de gegevens redelijk goed: de verklaarde variantie bedraagt 43%. Op basis van deze kenmerken is voor elke persoon de kans op het gebruik van een bepaald type zorg berekend. Stel dat de gegevens laten zien dat hoe ouder men is, hoe zwaarder de zorgbehoefte is. Uit het model zal dan blijken dat iemand van 80 jaar oud een hoge kans heeft op verpleeghuiszorg en een kleine kans om thuiszorg te gebruiken. Maar leeftijd is slechts één van de verklarende kenmerken. We vergelijken dus niet een 80-jarige vrouw met thuiszorg met een even oude vrouw in een thuis, maar nemen het hele spectrum aan kenmerken van de personen in acht.

Scenario's

We vergelijken de kenmerken van de thuisbewoners met die van de thuiszorggebruikers. Van thuisbewoners die in hun verzorgingsproblematiek veel overeenkomsten vertonen met thuiszorggebruikers, verwachten we dat zij met extramuraal zorg ook geholpen zouden zijn. Deze thuisbewoners hebben dan extramuraal zorg als (realistisch) alternatief.

We stellen dus dat thuisbewoners extramuraal zorg als alternatief hebben, wanneer het verklaringsmodel voor hen een grote kans op extramuraal zorg voorspelt. Maar het is moeilijk in te schatten waar de grenswaarde moet liggen. Daarom bestuderen we twee varianten, ofwel scenario's, met verschillende definities van 'hoge kans op een alternatief'. In de ruime definitie bestuderen we thuisbewoners voor wie de kans dat een extramuraal zorgpakket toereikend is, minstens 65% is. Het tweede scenario (stringente definitie) legt de grens hoger, namelijk bij 80%. Alternatieven volgens de stringente definitie zijn aannemelijker en zullen een kleinere groep thuisbewoners betreffen.

In een eerdere studie zijn soortgelijke scenario's doorgerekend voor de situatie in 2003, waarbij de afzonderlijke pakketten centraal stonden.⁷ Toen bleek al dat er thuisbewoners waren die waarschijnlijk ook met extramuraal zorg uit de voeten konden. Voor zover bij ons bekend wordt deze methode om de gevolgen van

extramuralisering in kaart te brengen verder in de internationale wetenschap niet toegepast. Ook kijkt het zorgstelsel in Nederland dusdanig af van systemen in het buitenland, dat een vergelijking op inhoudelijke gronden onhaalbaar is.^{12,13}

Resultaten: alternatieven voor thuisbewoners

Hoeveel thuisbewoners hebben een alternatief?

Volgens de ruime definitie van extramuralisering heeft een vijfde van de thuisbewoners mogelijk alternatieven (Tabel 1). Zij hebben dus kenmerken die lijken op die van de thuiszorggebruikers. Bij bewoners van verzorgingshuizen zijn de alternatieve mogelijkheden ongeveer tweemaal zo groot als bij bewoners van verpleeghuizen. Bij het hanteren van de stringente definitie heeft bijna 11% van de thuisbewoners extramuraal alternatieven.

In 2010 woonden ongeveer 90.000 mensen in een verzorgings- of verpleeghuis.¹ Op basis van de stringente definitie zou dit betekenen dat bijna 10.000 van hen wellicht ook met thuiszorg uit de voeten kunnen. Dit biedt een inschatting van het aantal mensen dat op lange termijn wellicht niet meer naar een thuis zal verhuizen. Welke mensen daadwerkelijk niet naar een thuis zullen verhuizen, terwijl zij dat bij ongewijzigd beleid wel zouden hebben gedaan, is natuurlijk afhankelijk van de invulling van de extramuraliseringsmaatregel en de aard van de hulpbehoefte.

Waarom verschillen thuisbewoners van gebruikers van thuiszorg?

Wat zorgt ervoor dat voor de ene oudere thuiszorg wel een haalbaar alternatief lijkt en voor de andere niet? Thuisbewoners zijn veelal ouder dan mensen die thuis wonen en zorg gebruiken (zie Tabel 2). In de thuiszorg wonen wel iets meer vrouwen maar het verschil is niet significant. Ook zijn de thuisbewoners vaker verweduwd of alleenstaand. Zoals verwacht hebben thuisbewoners gemiddeld meer en zwaardere beperkingen dan de thuiszorggebruikers. De gebruikers van thuiszorg zijn vaak hoger opgeleid hebben een hoger inkomen. Groepen met een hoge sociaaleconomische status hebben minder vaak te maken met beperkingen en aandoeningen en meer (financiële) mogelijkheden om hun zorg op een alternatieve manier te regelen, bijvoorbeeld door zelf particuliere hulp in te schakelen en te

Tabel 1		
Aandeel thuisbewoners met extramuraal zorgalternatief naar type thuis en scenario, 2007/2008 (gewogen, in procenten), N=1.561^a		
	Ruime definitie	Stringente definitie
Verzorgingshuisbewoners	23,5	13,4
Verpleeghuisbewoners	11,2	6,9
Tehuisbewoners	18,6	10,9

^aVolgens de ruime definitie is de kans op extramuraal zorgalternatief minstens 65%; volgens de stringente definitie is die kans minstens 80%

Bron: AVO'07/Oll'08 (SCP-bewerking)

betalen. Zo wijst een hoger opleidingsniveau van personen boven de 30 jaar op relatief betere kansen in de jeugd, op een minder belastend werkleven in hogere welvaart en op grotere affiniteit met gezond leven.¹⁴

Verschillen in risicofactoren

De thuisbewoners voor wie extramuraal zorg niet als alternatief wordt gezien, zijn vaak ouder dan de thuisbewoners met een zorgalternatief (Fig. 1). Zo is bij de stringente definitie van extramuralisering 65% van de thuisbewoners zonder alternatief 85 of ouder, terwijl dit voor de thuisbewoners met alternatief slechts 19% betreft. Desondanks zijn degenen met alternatief gemiddeld genomen een stuk ouder dan de thuiszorggebruikers.

Alle onderscheiden groepen bestaan voor ongeveer driekwart uit vrouwen. Voor het kleine aantal thuisbewoners met een partner is extramuraal zorg relatief vaker een optie. Dit is niet zo vreemd, omdat partners vaak een deel van de zorg op zich kunnen nemen. Helaas is niet bekend of deze partners zelf beperkingen hebben en daardoor geen zorg kunnen verlenen. Verweduwen hebben een minder grote kans om met extramuraal hulp geholpen te zijn dan mensen die nooit getrouwd zijn geweest. Het wegvallen van de partner is immers vaak een reden om naar een thuis te verhuizen.¹⁵

De verschillen tussen de twee scenario's (stringente en ruime variant) zijn klein. De stringente definitie van extramuralisering toont een groep thuisbewoners die iets jonger is, vaker samenwoont en minder vaak verweduwd is. Voor hen zou extramuraal zorg een alternatief kunnen zijn.

Verschillen in behoefte (gezondheid)

Zoals eerder genoemd hebben thuisbewoners vaker te maken met (matige en ernstige) beperkingen dan de thuiszorggebruikers. Dit

levert dan ook een duidelijk onderscheid op tussen de thuisbewoners met en zonder zorgalternatief (Tabel 2). Negen van de tien thuisbewoners voor wie thuiszorg geen alternatief is, hebben ernstige beperkingen. Dit geldt slechts voor vijf á zes van de tien thuisbewoners met alternatief. De thuisbewoners met een zorgalternatief zijn minder beperkt dan degenen zonder zorgalternatief, maar zijn wel beperkter dan de thuiszorggebruikers.

Een vergelijkbaar beeld zien we bij de aandoeningen (Tabel 2). De thuiszorggebruikers hebben minder te maken met aandoeningen dan de thuisbewoners. Thuisbewoners met alternatief hebben duidelijk minder aandoeningen dan de bewoners zonder alternatief. Maar ook in deze laatste groep overstijgt het aantal aandoeningen dat van de mensen met extramuraal zorg. Het verschil is vooral groot voor dementie: vier van de tien thuisbewoners heeft hiermee te maken, terwijl dit in de extramuraal zorg nauwelijks voorkomt. Het overgrote deel van de thuisbewoners met dementie heeft zoveel zorg nodig dat extramuraal zorg voor de meesten geen reële oplossing is. Datzelfde lijkt het geval te zijn voor ouderen met urogenitale problemen (veelal incontinentie) en psychische aandoeningen. Mensen in deze laatste groep hebben vaak last van depressie en zullen hoogstwaarschijnlijk snel vereenzamen als zij nog zelfstandig zouden wonen. Andersom is extramuraal zorg vaker een alternatief als er sprake is geweest van een ongeval. De verwondingen of beperkingen die de oudere aan dit ongeval heeft overgehouden, zijn vaker van tijdelijke aard, waardoor vermoedelijk de thuiszorg ook voldoende ondersteuning zou kunnen bieden.

Verschillen in hulpbronnen

Het is bekend dat mensen met lagere inkomens en/of een laag opleidingsniveau

Tabel 2 Gezondheidskenmerken van zorggebruikers met en zonder zorgalternatief en thuiszorggebruikers ^a (gewogen, in procenten) ^{b,c}						
			Ruime definitie		Stringente definitie	
	Thuiszorg-gebruikers	Tehuis-bewoners	Tehuis-bewoners met alternatief	Tehuis-bewoners zonder alternatief	Tehuis-bewoners met alternatief	Tehuis-bewoners zonder alternatief
Beperkingen						
Geen	20	1	5	0	7	0
Licht	18	2	6	1	10	1
Matig	33	11	29	7	33	9
Ernstig	29	86	60	92	51	90
Aandoeningen						
Gemiddeld aantal aandoeningen	2,0	3,0	2,4	3,1	2,3	3,0
Waarvan:						
Dementie	2	38	4	46	5	43
Ademhaling	21	14	20	12	22	13
Urogenitaal	16	51	23	57	22	54
Psychisch	9	17	10	18	11	17
Ongeval	5	6	8	5	7	5
N	829	1.651	290	1.271	176	1.385

^aDit zijn alle mensen die thuis wonen en collectieve of niet collectieve zorg gebruiken

^bVolgens de ruime definitie is de kans op extramuraal zorgalternatief minstens 65%; volgens de stringente definitie is die kans minstens 80%

^cVrijwel alle kenmerken verschillen significant ($p < 0,05$) tussen thuiszorggebruikers en tehuisbewoners en tussen tehuisbewoners met en zonder alternatief. Uitzondering is ongeval, dat niet significant verschilt tussen thuiszorggebruikers en tehuisbewoners en tussen tehuisbewoners met en zonder alternatief volgens de stringente definitie

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

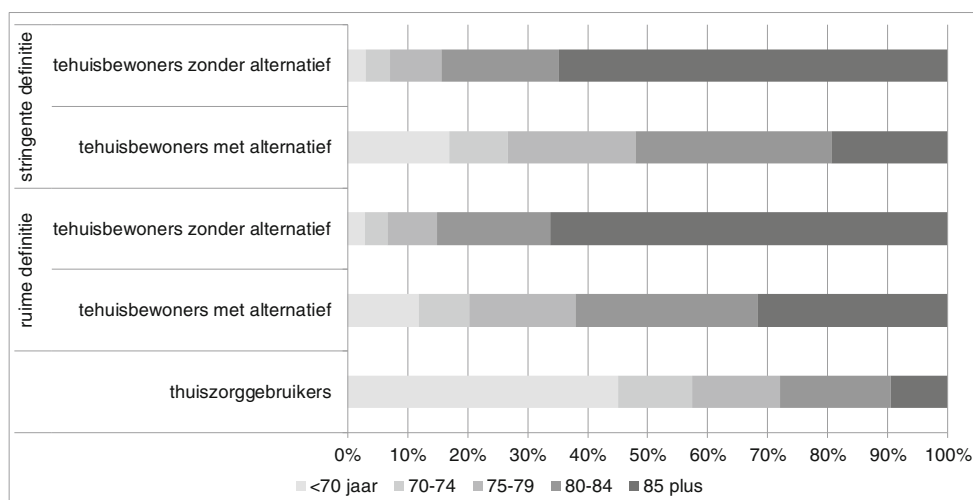
oververtegenwoordigd zijn in de tehuizen.¹⁵ De tehuisbewoners met alternatief onderscheiden zich met name op het terrein van inkomen van de tehuisbewoners zonder alternatief (Tabel 3). Toch blijven zij qua sociaaleconomische status achter bij de mensen die ook nu al extramuraal zorg ontvangen.

Vermoedelijk thuiszorggebruik voor mensen met alternatief

Een deel van de tehuisbewoners heeft dus extramuraal zorg als alternatief. Maar welk type zorg kan dan als alternatief dienen? Ook dit is ingeschat aan de hand van het verklaringsmodel. Niet onverwacht blijkt dat de informele en particuliere zorg slechts weinig voor een alternatief kunnen zorgen; de alternatieven liggen voornamelijk bij de

formele thuiszorg (Tabel 4). De kortdurende thuiszorg is slechts voor een enkele tehuisbewoner een alternatief. De meeste tehuisbewoners hebben langdurig zorg nodig. Onder de ruime definitie is voor bijna vier op de tien tehuisbewoners met een zorgalternatief huishoudelijke hulp het alternatief; voor een kwart persoonlijke verzorging en voor bijna een vijfde verpleging.

Bij de stringente definitie van extramuralisering zien we een verschuiving naar lichtere thuiszorgpakketten als alternatief. Met de stringente definitie hebben minder tehuisbewoners thuiszorg als alternatief. Zij hebben gemiddeld de 'lichtste beperkingen' van alle tehuisbewoners en lijken dus het meest op thuiszorggebruikers. De bijbehorende alternatieven zijn dan ook lichter dan bij de ruime definitie. Het is met



Figuur 1 Leeftijdsverdeling van tehuisbewoners met en zonder zorgalternatief en thuiszorggebruikers^a (gewogen, in procenten) a Dit zijn alle mensen die thuis wonen en collectieve of niet collectieve zorg gebruiken b Volgens de ruime definitie is de kans op extramuraal zorgalternatief minstens 65%; volgens de stringente definitie is die kans minstens 80%. Bron: AVO'07/OII'o8 (SCP-bewerking)

de beschikbare informatie helaas niet mogelijk om de kostengevolgen van de verschuiving naar alternatieve zorgvormen te bestuderen. Op basis van meer gedateerde gegevens (2003/2004) concluderen Kok et al. dat extramuralisering van een vergelijkbare groep tehuisbewoners als in dit artikel (matig beperkten) ruim 15.000 euro per persoon aan kosten per jaar kan besparen.¹⁶ Hierin wordt rekening gehouden met een daling van de intramurale kosten en een toename van bijvoorbeeld de kosten van extramurale zorg en welzijnsvoorzieningen.

Conclusie en beschouwing

In dit artikel is beschreven in hoeverre de reeds ingezette extramuralisering van zorg nog kan worden voortgezet. Daarbij is een inschatting gemaakt van het aandeel tehuisbewoners dat met een extramuraal zorgalternatief uit de traditionele thuiszorg uit de voeten zou kunnen. Helaas ontbreekt informatie over het gebruik van begeleiding en hulpvormen als vervoersvoorzieningen en woningaanpassing. Doordat dit soort hulp veelal in combinatie met de wel meegenomen zorgvormen wordt gebruikt, zal de onderschatting van de mogelijkheden van verdere extramuralisering niet groot zijn.

We maakten gebruik van een model dat het zorggebruik verklaart uit risicofactoren, hulpbronnen en zorgbehoefte van de bevolking. Op basis van deze kenmerken is voor elke persoon een kans berekend om gebruik te maken van een bepaald type zorg. Tehuisbewoners voor

wie een grote kans is voorspeld op thuiszorg, zijn verondersteld de thuiszorg als realistisch alternatief te hebben. Er is geen eenduidige grenswaarde die aangeeft bij welke kans er een reëel alternatief is en bij welke niet. Daarom zijn twee scenario's bestudeerd, waarbij een hoge kans is geïnterpreteerd bij de grenswaarde van 0,65 respectievelijk 0,8 en hoger. Deze scenario's zijn te zien als een ruime definitie en een stringente definitie van extramuralisering.

De grens van extramuralisering lijkt nog niet bereikt: voor een deel van de tehuisbewoners lijkt extramurale zorg een reële optie. Onder de ruime definitie van extramuralisering heeft een vijfde van de tehuisbewoners vergelijkbare kenmerken als thuiszorggebruikers, onder de stringente definitie ongeveer een negende. Bij de verzorgingshuizen zijn de alternatieve mogelijkheden ongeveer tweemaal zo groot als bij de verpleeghuizen. De tehuisbewoners voor wie thuiszorg als alternatief wordt gezien, zijn vaak jonger dan de tehuisbewoners zonder zo'n zorgalternatief. Ook zijn ze hoger opgeleid, hebben ze een hoger inkomen en veelal lichtere beperkingen. Dementie komt bij hen veel minder voor dan bij de andere tehuisbewoners. De alternatieven voor thuiszorg moeten vooral gezocht worden in huishoudelijke hulp, al dan niet gecombineerd met persoonlijke verzorging en verpleging. Hierbij kan een verminderde toegankelijkheid tot de formele huishoudelijke hulp een beperkende factor blijken.⁴

Dit betekent overigens niet dat de mensen met een alternatief vanuit hun vertrouwde

Tabel 3	Sociaaleconomische kenmerken van zorggebruikers ^a met en zonder zorgalternatief (gewogen gemiddelden, N=2.390) ^{b,c}					
				Ruime definitie		Stringente definitie
	Thuiszorg-gebruikers	Tehuisbewoners	Tehuisbewoners met alternatief	Tehuisbewoners zonder alternatief	Tehuisbewoners met alternatief	Tehuisbewoners zonder alternatief
Gemiddeld opleidingsniveau ^d	2,1	1,7	1,7	1,7	1,6	1,7
Gemiddelde inkomensklasse ^e	3,2	2,3	2,5	2,3	2,6	2,3
N	829	1.651	290	1.271	176	1.385

^aDit zijn alle mensen die thuis wonen en collectieve of niet collectieve zorg gebruiken

^bVolgens de ruime definitie is de kans op extramuraal zorgalternatief minstens 65%; volgens de stringente definitie is die kans minstens 80%

^cHet gemiddelde opleidingsniveau en de gemiddelde inkomensklasse verschillen significant ($p < 0,05$) tussen thuiszorggebruikers en tehuisbewoners en tussen tehuisbewoners met en zonder alternatief. Uitzondering is het opleidingsniveau dat niet significant verschilt tussen tehuisbewoners met en zonder alternatief volgens de stringente definitie

^dOpleidingsniveaus lopen van 1 (geen opleiding) tot 4 (hbo/universitair)

^eInkomensklassen lopen van 1 (laagste) tot 6 (hoogste)

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

omgeving weer opnieuw willen en kunnen beginnen in een eigen huis. De inschattingen in dit artikel bieden eerder inzicht in het aandeel mensen dat in de toekomst wellicht niet meer naar een tehuis zal verhuizen, maar in de eigen thuissituatie zorg zal blijven ontvangen. Bij de uitkomsten van dit artikel moet aangetekend worden dat de conclusies berusten op de mogelijkheden en flexibiliteit

van de thuiszorg van enkele jaren geleden. De nieuwste vormen van zorg kunnen een belangrijke rol spelen bij verdergaande extramuralisering. Denk bijvoorbeeld aan geclusterd wonen en wonen in woonzorgcomplexen, waarin zelfstandig wonende ouderen makkelijk aanspraak kunnen maken op zorg of aan het meer flexibel inrichten van buurtzorg. Hoewel voor de meerderheid van

Tabel 4	Zorgpakket dat voor tehuisbewoners mogelijk als alternatief kan dienen (gewogen, in procenten) ^{a,b,c}		
		Tehuisbewoners met zorgalternatief	
		Ruime definitie	Stringente definitie
Kortdurende thuiszorg		4	5
Informele zorg		8	10
Particuliere zorg		7	8
Huishoudelijke hulp		37	38
Persoonlijke verzorging		25	21
Verpleging		19	17
Totaal		100	100
N		290	176

^aVolgens de ruime definitie is de kans op extramuraal zorgalternatief minstens 65%; volgens de stringente definitie is die kans minstens 80%

^bDe functies begeleiding en kortdurend verblijf vormen geen onderdeel van dit onderzoek

^cHet gaat hier niet om het gebruik van functies, maar om zorgpakketten, zodat de alternatieve pakketten tezamen precies 100% van de tehuisbewoners met een zorgalternatief vormen

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

de tehuisbewoners thuiszorg geen alternatief blijkt te zijn, bieden zulke geclusterde woonvormen met zorg in de nabijheid wellicht wel mogelijkheden. Dit type woonvormen vormde echter geen onderdeel van dit onderzoek.

In het regeerakkoord werd beoogd meer zorg naar de thuiszorg te extramuraliseren op basis van het geïndiceerde zorgpakket.⁴ Inmiddels is een aanpak gekozen die meer gericht is op de zorgzwaarte van de cliënten.⁶ Dit zal voor een groot deel sporen met de huidige indeling in zzp's omdat deze rekening houdt met de zorgzwaarte van de cliënten. Echter, dit zal niet voldoende onderscheid kunnen maken tussen cliënten die zichzelf (met zorg) kunnen redden in een eigen woning en de cliënten die zoveel zorg en ondersteuning nodig hebben dat een intramurale setting voor hen meer voor de hand ligt. De analyses in dit artikel sluiten aan bij de aanpak via de zorgzwaarte of zorgbehoefte. Duidelijk is dat

kenmerken als leeftijd, gezondheid en beperkingen en de huishoudsituatie hierbij van groot belang zijn om te kunnen bepalen of een persoon in de thuissituatie geholpen kan worden. Er zijn nog meer aspecten die op dit vraagstuk van invloed kunnen zijn die wij niet hebben kunnen meten, waaronder de rol van begeleiding, zowel in de zorg thuis als in een instelling en de rol van het sociale netwerk of de invloed van eenzaamheid.

Er zal een groep ouderen blijven bestaan die het beste in een tehuis kunnen worden verzorgd. Het is van belang dat verblijfszorg voor deze groep een optie blijft. Wanneer de lichtste pakketten van tehuiszorg niet meer intramuraal worden aangeboden, zal de volkshuisvesting moeten voorzien in voldoende woningen waar passende zorg beschikbaar is. Ook zal extra inzet en flexibiliteit van zowel de thuiszorg als de mantelzorg nodig zijn.

Literatuur

- Garssen J, Harmsen C. Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Den Haag: CBS; 2011
- Garssen J. Demografie van de vergrijzing. Den Haag/Heerlen: CBS; 2011
- Staatscourant. Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2012, Z-3145524, houdende wijziging van de Regeling zorgaanspraken AWBZ in verband met het beperken van de aanspraak op ZZP's. Staatscourant 21 december 2012.
- Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD-PvdA, Bijlage bij Kabinetsformatie 2012, 33 410, Tweede Kamer, 2012.
- Timmermans JM. Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2001.
- Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, 30597, Tweede Kamer, 2012.
- Woittiez I, Eggink E, Jonker J-J, Sadiraj K. Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau. SCP-publicatie 2009/17.
- Eggink E, Oudijk D, Sadiraj K. VeVeRa IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2012
- Kennedy P. A guide to econometrics. sixth ed. New York: Wiley-Blackwell; 2008.
- Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society 51[1], 95-124. 1973.
- Babitsch B, Gohl D, von Lenkerke T. Revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. GMS Psycho-Social-Medicine 9[DOC 11]. 2012.
- Sadiraj K, Oudijk D, van Kempen H, Stevens J. De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2011.
- Oudijk D, Jonker JJ, Kooiker S. Health. In: Jonker JJ, editor. Countries compared on public performance. A study on public sector performance in 28 countries. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2013.
- Van den Bergh Jeths, A, Timmermans, JM, Hoeymans, N, Woittiez, IB. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.
- De Klerk M. Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2011.
- Kok L, Stevens J, Brouwer N, van Gameren E, Sadiraj K, Woittiez I. Kosten en baten van de extramuralisering. De gevolgen voor Regeling hulpmiddelen. Amsterdam/Den Haag: SEO/SCP; 2004.