



Met zorg ouder worden

Zorgtrajecten van
ouderen in tien jaar



Met zorg ouder worden

Met zorg ouder worden

Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar

Cretien van Campen
Marjolein Broese van Groenou
Dorly Deeg
Jurjen Iedema

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, september 2013

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

Het Bureau heeft tot taak:

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

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

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

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2013
SCP-publicatie 2013-21
Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Figuren: bureau StijlZorg, Utrecht
Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland
Omslagfoto: David Rozing/Hollandse Hoogte
Omslagontwerp: bureau StijlZorg, Utrecht

ISBN 978 90 377 0626 0
NUR 740

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

Sociaal en Cultureel Planbureau
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
(070) 340 70 00
www.scp.nl
info@scp.nl

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

Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Kwetsbare levenslopen	13
1.1 Veranderingen in de langdurige zorg	13
1.2 Zorgtrajecten	15
1.3 Onderzoeksliteratuur	16
1.4 Zorg- en welzijnsbeleid	19
1.5 Doel en vraagstellingen	20
Noot	21
2 Combinaties van zorg en ondersteuning geordend	22
2.1 Theoretische ordening van zorg en ondersteuning	22
2.2 Zorg en ondersteuning in zwaartepakketten (zop)	23
2.3 Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)	25
2.4 Analyse	29
Noten	34
3 Zorgtrajecten	35
3.1 Zes trajecten	35
Noot	47
4 Profielen	48
4.1 Persoonskenmerken van trajectvolgers	48
4.2 Profielen van trajectvolgers	55
4.3 Omvang van de trajectgroepen	58
Noten	60
5 Slotbeschouwing	61
Noot	64
Summary	65
Bijlagen bij H2, H3 en H4 (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)	
Literatuur	69
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	72

Voorwoord

Ouder worden hoort bij de loop van het leven. We worden gemiddeld steeds ouder en dat beïnvloedt de levensloop. De wijze waarop we ouder worden en de tijdspanne waarin dat gebeurt, veranderen door de tijd. Het gaat vaak gepaard met een oplopende behoefte aan zorg, verzorging en ondersteuning. Hoe zien deze behoeften er precies uit en welke vormen van zorg en ondersteuning brengt het ouder worden met zich mee? In dit onderzoeksrapport beantwoorden de onderzoekers deze vraag door de 'zorgtrajecten' te bestuderen die ouderen tijdens het ouder worden doorlopen. Het inzicht daarin is van grote waarde in een tijd van beperkte middelen en van hervormingen. Om de langdurende zorg en ondersteuning doelmatiger en beter te maken moeten we weten hoe ouderen feitelijk ouder worden, wat zij al zelf doen en waarbij zij ondersteuning nodig hebben. Ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een partner, een stapeling van ziektes en de uitval van lichamelijke en geestelijke functies, beïnvloeden de mate van zelfstandigheid en de aard en intensiteit van de benodigde zorg en ondersteuning. Het ontbreken van inzicht in de betekenis hiervan voor zowel de ouderen zelf als voor de hulpverlening vergroot het risico dat hervormingsbeleid tot een tekort aan of niet-passende hulpverlening leidt. Aan de vooravond van ingrijpende veranderingen in de organisatie en de financiering van de ouderenzorg moeten we daarom lering willen trekken uit de bestaande praktijk, opdat we met zorg ouder worden.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) gaf het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) opdracht een beschrijving te geven van de zorgtrajecten van ouderen. Sinds de jaren negentig rapporteert het scp regelmatig over het zorggebruik en de kwaliteit van leven van ouderen. Dit rapport past in die onderzoekslijn. Dit rapport komt voort uit een samenwerking met de Vrije Universiteit. We willen prof. dr. Marjolein Broese van Groenou en prof. dr. Dorly Deeg hartelijk danken voor hun bijdrage aan dit rapport.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

In de komende jaren gaat er veel veranderen in de langdurige zorg en ondersteuning voor ouderen. Het is op dit moment nog onduidelijk welke gevolgen de maatregelen precies zullen hebben voor hulpbehoevende en kwetsbare ouderen, omdat zij vaak van verschillende voorzieningen gebruikmaken naarmate ze ouder worden. Het streven van het kabinet is dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen met zorg en ondersteuning in de buurt en minder snel een indicatie ontvangen voor opname in een tehuis. Daarnaast verwacht de overheid dat burgers eerst zelf hulp organiseren samen met huisgenoten, familie, vrienden en vrijwilligers (informele zorg) of hulp inhuren (particuliere zorg). De overheid gaat de mogelijkheden om een beroep te doen op collectieve voorzieningen beperken. De achterliggende gedachte is dat 'zwaardere' (duurdere) zorg wordt vervangen door 'lichtere' (goedkopere) zorg en ondersteuning. Wettelijk worden lichtere, intramurale zorgzwaartepakketten en verzorging en begeleiding overgeheveld van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) naar de Wmo (Wet maatschappelijke ontwikkeling), thuisverpleging naar de Zvw (Zorgverzekeringswet) en wordt de huishoudelijke zorg voor het grootste deel uit de Wmo gehaald en voortaan beschouwd als primair informele of particuliere zorg.

Wat betekent dit op termijn voor hulpbehoevende ouderen die vanwege meerdere problemen hulp ontvangen van verschillende hulpverleners en instanties? Welke verschuiving zullen zij gaan merken in hun zorg- en ondersteuningsarrangementen? Zullen zij voortaan andere trajecten doorlopen in het weidse landschap van medische zorg, informele zorg, gemeentelijke ondersteuning, thuiszorg en zorg in instellingen?

Doel van deze studie is om aan de hand van zorgtrajecten die ouderen doorlopen patronen aan het licht te brengen in het gebruik van zorg en ondersteuning over een periode van tien jaar. Dit verschaft een basis om in vervolgfases van het onderzoek inzicht te krijgen in beïnvloedbare factoren van zorggebruik.

Naarmate mensen ouder worden, ontvangen ze vaker verschillende vormen van zorg en ondersteuning van hulpverleners, familie en vrienden; er bestaan lichtere en zwaardere vormen. In hoeverre gaan ouderen over van lichtere naar zwaardere vormen van zorg en ondersteuning, en zijn daarin patronen te ontdekken? Zijn er vaste of veelvoorkomende patronen of zelfs platgetreden trajecten te ontdekken? Niet iedere oudere volgt hetzelfde traject, maar er zijn wel groepen ouderen die vergelijkbare zorgtrajecten volgen. Wie zijn deze ouderen en hebben zij gemeenschappelijke kenmerken? Deze vragen vormden de aanleiding voor deze beschrijvende studie van zorgtrajecten waarin we ouderen gedurende tien jaar volgden. We maakten gebruik van gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een landelijk representatief panel van ouderen in Nederland. We selecteerden 1768 deelnemers van 65 jaar en ouder in het jaar 1998 en volgden deze tot en met 2008 (de deelnemers waren toen 75+). De deelnemers zijn in de genoemde periode om de drie à vier jaar uitvoerig onderzocht op een groot aantal aspecten.

Zorgzwaarte in brede zin

Het Nederlandse zorgstelsel geeft burgers trapsgewijs toegang tot voorzieningen. Het kent een hiërarchie in financieringskaders met de Zvw voor kortstondige gezondheidsproblemen (huisarts, medisch specialist) als basiszorg, de Wmo (woonaanpassing, welzijnswerk, vervoersvoorziening, hulpmiddelen, huishoudelijke verzorging) als ‘middenlaag’ voor die gevallen waarin de zorg langer duurt en als ‘toplaag’ de AWBZ (persoonlijke verzorging, verpleging, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg) voor ernstige, langdurige zorg. De achterliggende gedachte is dat ouderen met een gezondheidsprobleem beginnen met de lichtste zorgvorm – een consult bij de huisarts – en pas in aanmerking komen voor zwaardere en duurere vormen van zorg wanneer de lichtere en goedkopere vormen niet meer voldoende blijken te zijn.

Op basis van deze hiërarchie in het Nederlandse zorgstelsel konden we acht zorg- en ondersteuningspakketten (ZOP) onderscheiden:

- 1 Bezoek aan de huisarts in de afgelopen zes maanden
- 2 Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden
- 3 Informele hulp of particulier betaalde hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging
- 4 Aanpassingen in de woning (Wmo)
- 5 Gebruik van voorzieningen (Wmo); maaltijdvoorziening, klusdienst, transport, telefonische hulpdienst, vrijwilligersorganisatie, hulpmiddel bij lopen
- 6 Huishoudelijke hulp van professionele thuiszorg (Wmo)
- 7 Persoonlijke verzorging van professionele thuiszorg en/of tijdelijke of korte opvang in tehuis (dag, nacht, weekend, kort verblijf, AWBZ)
- 8 Langdurige opname in verzorgings- of verpleeghuis(AWBZ)

Daarnaast zijn er twee aanvullende categorieën in de zorgtrajecten:

- 9 Overlijden
- 10 Uitval uit de studie door ziekte of anderszins

Deze theoretische hiërarchie van zorgzwaartepakketten in brede zin (Zvw, Wmo, AWBZ en informele zorg) is met verschillende technieken empirisch getoetst in de LASA-dataset en bleek betrouwbaar en valide. Vervolgens analyseerden we de individuele veranderingen in zorggebruik gedurende tien jaar op veelvoorkomende onderscheidende patronen. Deze patronen noemen we zorgtrajecten. Daarna onderzochten we of de zorgtrajecten samenvallen met herkenbare profielen van groepen ouderen. Daartoe hebben we de groepen ouderen vergeleken naar demografische, sociaaleconomische persoonskenmerken en kenmerken met betrekking tot de gezondheid, de sociale context en de woonomgeving. We bekeken tevens de ontwikkeling van deze kenmerken in tien jaar tijd, waarbij we met name letten op ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het overlijden van de partner en verhuizing.

Trajecten en profielen

Er tekenden zich zes verschillende zorgtrajecten af. Tabel S.1 geeft een samenvatting van de belangrijkste typering van deze zes onderscheiden zorgtrajecten en de bijbehorende profielen van ouderen, plus de geschatte omvang van de groepen. De ouderen in de trajecten D en E hebben we samengenomen, omdat de ontwikkeling van deze trajecten erg op elkaar lijken.

Tabel S.1

Zorgtrajecten en profielen van 65-plussers over een periode van tien jaar, 1998-2008

	zorgtraject	profiel	%
A	stabiel laag medisch zorggebruik	vitaal, goede hulpbronnen	31
B	Wmo/AWBZ-instroom	verweduwing, verhuizing, slechter wordende gezondheid	24
C	AWBZ-instroom	verweduwing, afnemend sociaal netwerk, toenemende beperkingen	12
D/E	laag zorggebruik, hoge sterftekans	alleenstaanden, mannen, hogere sociaaleconomische positie, klein netwerk	20
F	AWBZ-zorggebruik met hoge sterftekans	zeer kwetsbare tehuusbewoners	13

Een grote groep relatief jonge, vitale ouderen ontving stabiel geringe zorg en ondersteuning gedurende de onderzochte tien jaar (traject A, 31% van de 65-plussers). Dit hing samen met hun goede hulpbronnen, zoals een hoge opleiding, een hoog inkomen, een groot en stabiel netwerk en het gevoel regie te voeren over het leven. Zodra deze hulpbronnen verminderen, kan dit leiden tot een hoger zorggebruik.

Een eveneens omvangrijke groep (traject B, 24%) kreeg in de onderzochte tien jaar tijd te maken met ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals verweduwing en verhuizing, en een slechter wordende gezondheid. Door verweduwing en verhuizing traden sterke veranderingen op in de omvang van het sociale netwerk.

Het is aan te bevelen om het sociale netwerk van ouderen die hun partner verliezen en (noodgedwongen) verhuizen in de gaten te houden en deze ouderen op andere manieren te ondersteunen, bijvoorbeeld door buurt- of welzijnswerk. Hierdoor kan de instroom van deze groep ouderen in de AWBZ worden beperkt, al dienen de precieze effecten van de ondersteuning en stimulering door het sociale netwerk hiervoor nog nader te worden bestudeerd.

Tijdens de tien onderzochte jaren stroomde een groep ouderen in de AWBZ die bij aanvang gemeentelijke ondersteuning ontving (traject C, 12%). Het betrof in veel gevallen weduwen en mensen met een krimpend sociaal netwerk, die in toenemende mate kampten met fysieke en cognitieve beperkingen en die niet of slechts in geringe mate het gevoel hadden regie te voeren over het eigen leven.

Deze groep kan worden geholpen met een versterking zowel van het sociale netwerk als van de regie over het eigen leven. Aangezien velen een lage sociaaleconomische positie hadden, is ondersteuning ook op dit terrein te overwegen. Verder kan preventieve gezondheidszorg, zoals meer bewegen, ertoe bijdragen dat de ouderen lichamelijk minder snel aftakelen, wat uiteindelijk kan leiden tot minder opnames in tehuizen.

Bij twee groepen ouderen (trajecten D en E, 13% en 7%) was hun gezondheid bij aanvang gemiddeld, maar waren de meesten drie tot zeven jaar later overleden. De groepen bevatten veel mannen, alleenstaanden, mensen met een relatief hoge sociaaleconomische positie en mensen met een klein netwerk. De doodsoorzaken zijn niet onderzocht. Meer informatie over de snelle aftakeling in de jaren voor het overlijden zou, voor zover te achterhalen, meer inzicht kunnen geven in een passende ondersteuning voor deze groep ouderen. Ze beschikten over goede sociaaleconomische hulpbronnen. Alleenstaand zijn en een klein sociaal netwerk hebben zijn echter risicofactoren.

Een andere, kleine, groep die zich liet onderscheiden, bestond voor een groot deel uit kwetsbare tehuisbewoners (traject F, 13%). Zij hadden weinig hulpbronnen, te weten: een lage opleiding, een laag inkomen en een klein sociaal netwerk en daarnaast weinig gevoel regie te voeren over het eigen leven. Bij aanvang van de studie woonden vier van de tien personen al in een tehuis. Hun gezondheid was op dat moment al slecht. Zeven jaar later was iedereen in deze groep overleden.

Met het oog op de voorgenomen hervorming van de langdurige zorg zijn de overgangen van extramurale naar intramurale AWBZ-zorg in de zorgtrajecten interessant om nader te onderzoeken.

1 Kwetsbare levenslopen

1.1 Veranderingen in de langdurige zorg

In de komende jaren gaat er veel veranderen in de langdurige zorg en ondersteuning voor ouderen (Regeerakkoord 2012, TK 2012/2013a [vws-brief 8.2.2013], TK 2012/2013a [vws-brief LZ 25/4/2013]). Zorg zoals huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging zal door andere aanbieders worden verleend en in veel gevallen door familie en vrienden. Globaal zal de staatszorg afnemen en er zal een groter beroep worden gedaan op de burger. Kader 1 bevat een samenvatting van de plannen op dit moment. Het is nog onduidelijk welke gevolgen deze maatregelen voor hulpbehoevende en kwetsbare ouderen precies zullen hebben, omdat zij vaak van verschillende voorzieningen gebruikmaken. Het kabinet heeft een aantal wensen ofwel een toekomstvisie geformuleerd met de volgende elementen: ouderen blijven langer zelfstandig wonen en ontvangen zodoende minder snel een indicatie voor opname in een tehuis (vergoed door de Algemene Wet Bijzondere Zorgkosten; de AWBZ). Dat betekent dat ouderen langer zorg en welzijnsvoorzieningen in hun buurt zullen blijven gebruiken. Enerzijds worden die verstrekt door de gemeente (vergoed door de Wet maatschappelijke ontwikkeling; Wmo) en anderzijds door de huisarts en de wijkverpleegkundige (vergoed door de Zorgverzekeringswet; de Zvw). Vervolgens ziet de overheid graag dat de burger in de toekomst eerst zelf probeert zijn hulp te organiseren door huisgenoten, familie en vrienden (informele zorg) in te schakelen of deze hulp in te huren (particuliere zorg) (De Boer en Kooiker 2012). Dat betekent dat hulpbehoevende ouderen die vanwege meerdere problemen hulp ontvangen van verschillende hulpverleners en instanties een verschuiving zullen gaan merken in hun zorg- en ondersteuningsarrangementen.

Aan deze toekomstvisie ligt de impliciete vooronderstelling ten grondslag dat de zorg en ondersteuning hiërarchisch geordend zijn naar zorgzwaarte. Het primaat ligt bij de informele en particuliere zorg die de burger zelf organiseert. Naarmate de zorgbehoefte groter wordt, komen stapsgewijs andere vormen van zorg en ondersteuning in beeld en pas wanneer deze ontoereikend zijn, komt de burger in aanmerking voor de zwaarste vorm van zorg: intramurale AWBZ-zorg in een verzorgings- of verpleeghuis. Deze vooronderstelling zien we terug in verschillende voorgenomen maatregelen die beogen 'zwaardere' (duurdere) zorg te vervangen door 'lichtere' (goedkopere) zorg en ondersteuning: door de overheveling van de lichtere zorgzwaartepakketten van de AWBZ naar de Wmo, de overheveling van de huishoudelijke zorg van de Wmo naar informele en particuliere zorg en de overheveling van verzorging en begeleiding van de AWBZ naar de Wmo en thuisverpleging naar de Zvw. Deze trend is natuurlijk al langer zichtbaar in de extramuralisering van tehuiszorg naar thuiszorg en in de transmuralisering van ziekenhuiszorg naar thuiszorg.

Tijden veranderen, ouderen veranderen en ook de zorg verandert. Het is nog te vroeg om harde uitspraken te doen over hoe de voorgenomen maatregelen precies zullen

uitpakken voor hulpbehoevende ouderen. Het is op dit moment nog niet goed te voorspellen of ouderen hun zorg anders zullen gaan organiseren en/of andere vormen van zorg en ondersteuning gaan gebruiken, deels uit vrije keuze, deels uit noodzaak. Daarvoor is kennis nodig over ten eerste hoe de hulpbehoefte van ouderen zich ontwikkelt en ten tweede uit welke alternatieven zij kunnen of moeten kiezen in verschillende stadia van hun ervaren gezondheidsproblemen. Maar het is ook weer niet helemaal onmogelijk. We hebben namelijk immers kennis over het zorggebruik door ouderen in het verleden. Net als vroeger en nu zullen er in de toekomst nog steeds personen hulp bij het huishouden of het wassen nodig hebben of gaan wonen in een beschermde woonomgeving. Door wie deze hulp geboden en betaald wordt kan veranderen, maar dát ouderen die hulp nodig hebben en van iemand zullen moeten ontvangen, staat in de meeste gevallen buiten kijf. Daarom is het interessant te kijken naar de zorgtrajecten die ouderen in het verleden aflegden in het weidse landschap van aanbieders van medische zorg, thuiszorg, gemeentelijke ondersteuning en zorg in instellingen.

Vorgenomen veranderingen in de langdurige zorg

De langdurige zorg voor ouderen is in Nederland geregeld in twee wetten: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De AWBZ vergoedt langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking. Deze zorg behelst verzorging, verpleging en verblijf in een zorginstelling. Om deze zorg te ontvangen is een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De Wmo regelt dat mensen met een beperking thuis ondersteuning kunnen krijgen. Zij krijgen bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of een rolstoel. Gemeenten voeren de Wmo uit. Daarnaast heeft op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) iedere burger verplicht een basisverzekering. Het basispakket dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. Daarnaast kan men zich aanvullend verzekeren voor kosten die niet in het basispakket zitten.

Vanaf 2015 worden zorgverzekeraars ook verantwoordelijk voor thuisverpleging en -verzorging, en langdurige geestelijke gezondheidszorg. De wijkverpleegkundige draagt zorg voor de verbinding tussen het sociale en medische domein.

Vanaf 2015 ligt de verantwoordelijkheid voor de ondersteunende zorg en begeleiding en persoonlijke verzorging aan huis bij de gemeente. Daarbij valt te denken aan bijvoorbeeld hulp bij het aan- en uitkleden. Cliënten komen alleen nog in aanmerking voor huishoudelijke hulp via de gemeente als ze een laag inkomen hebben. Er blijft hiervoor in 2015 budget beschikbaar.

De zwaardere zorg voor ouderen en gehandicapten in instellingen blijft binnen de AWBZ. Dit is de zorg waartegen mensen zichzelf niet kunnen verzekeren. De cliënten gaan wel een hogere eigen bijdrage betalen. Langer thuis wonen is niet voor iedereen met een zorgzwaartepakket 3 en 4 mogelijk. Vanaf 2015 kunnen meer mensen in een instelling verblijven.

Bron: ministerie van vws, brief TK2012/2013b

1.2 Zorgtrajecten

In beleid en onderzoek is de 65-plusser een veelgebruikt begrip, maar achter dat begrip gaat een grote variëteit schuil. Het is al vaak gezegd en geschreven: ‘de oudere bestaat niet’. Het boek *Eeuwelingen* met aangrijpende interviews met honderdjarigen door Van Oord (2002) is fraai te lezen hoe verschillend levensgeschiedenissen kunnen zijn. Iedere geïnterviewde heeft zijn eigen verhaal en behalve hun 100-plus status lijken de ouderen weinig gemeen te hebben. Dat geldt ook voor de zorgtrajecten van ouderen, het onderwerp van deze studie. Onder een zorgtraject verstaan we een beschrijving van het gebruik van langdurige zorg (care), welzijnsvoorzieningen, kortdurende medische zorg (cure), informele/particuliere zorg of in het geheel geen zorggebruik door een persoon in een bepaalde periode.

Hoewel deze studie zich richt op alle 65-plussers in Nederland, is er bijzondere aandacht voor kwetsbare ouderen, die het risico lopen meer zorg en ondersteuning nodig te hebben. Ook de aandacht van beleidsmakers, onderzoekers en hulpverleners gaat steeds meer naar hen uit. Dit heeft veel kennis voortgebracht. Over de zorgtrajecten van kwetsbare ouderen is echter nog weinig bekend. Dat is een gemis, want kwetsbaarheid toont zich juist in de loop van de tijd. Er zijn verschillende patronen van kwetsbaarheid te onderscheiden. Sommige ouderen blijven lang gezond en takelen in enkele maanden snel af, anderen krijgen door de jaren heen een steeds slechtere gezondheid, en zo zijn nog meer patronen te ontwaren. Kennis van zorgtrajecten is nodig om op het juiste moment met de juiste behandeling, zorg of sociale interventie te kunnen starten en te pogen de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen zo lang mogelijk te behouden.

Lang en breed bekeken

Zorgtrajecten lopen niet binnen specifieke professionele disciplines of financieringskaders, maar lopen dwars door verschillende disciplines en financieringskaders heen. De zorgtrajecten van ouderen zijn dan ook moeilijk te volgen vanuit het perspectief van één discipline of zorgaanbieder, omdat het dan soms lijkt of ze in beeld komen, weer verdwijnen en later weer terugkomen. Pas wanneer de episodes van verschillende zorgaanbieders worden gezien, ontstaat een vollediger beeld van een zorgtraject. Daarom beschouwen we in deze studie de zorgtrajecten van ouderen in brede zin, dat wil zeggen langdurige zorg (AWBZ-zorg), welzijn en sociale ondersteuning (Wmo), medische zorg (Zvw), informele/particuliere zorg en natuurlijk ook de buitenterreinen van geen zorg (of zelfzorg) en overlijden. We beschouwen zorgtrajecten niet alleen breed, maar vanzelfsprekend ook in de tijd. Juist door waarnemingen te doen van het zorggebruik in de tijd, krijgt men zicht op patronen die bij eenmalige waarnemingen onzichtbaar blijven. Longitudinale studies met meer waarnemingen in de tijd hebben verschillende voordelen boven cross-sectionele studies met een eenmalige waarneming. Zo bieden longitudinale studies in het algemeen meer inzicht in oorzaken en gevolgen van zorggebruik, bevatten ze meer informatie, zodat betere voorspellingen over het zorggebruik kunnen worden gedaan, en zijn ze relevant voor beleid en praktijk, omdat ze aanwijzen op welke momenten interventies zinvol kunnen zijn.

1.3 Onderzoeksliteratuur

Binnen de omvangrijke gerontologische onderzoeksliteratuur zijn relatief weinig kwantitatieve studies verschenen naar de levensloop van ouderen en hun zorggebruik. In Europa is daarom een aantal longitudinale studies onder ouderen opgezet. De langstlopende studies zijn: TAM ELSA Tampere Longitudinal Study on Ageing (Finland 1979-1989, 60-89 jaar); CALAS (Israel, 1989-, 75-94 jaar); ILSA Italian Longitudinal Study on Ageing (1992-, 65-84 jaar); Ageing In Leganés (AL; Spanje, 65+, 1993-1999); Swedish Adoption/Twin Study on Aging (SATSA) (Zweden, alle leeftijden, 1984-);¹ ELSA Engeland Longitudinal Study on Ageing (Engeland, 50+, 2002-); PAQUID (Frankrijk, 65+, 1988-); German Ageing Survey (DEAS) (Duitsland, 40+, 2008-); SHARE Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (twintig EU landen, 50+, 2004-2010). Nederlandse ouderen zijn vertegenwoordigd in SHARE, naast LASA. LASA onderscheidt zich van SHARE door een langere looptijd en een uitgebreidere meting van specifieke gezondheidsindicatoren en een gedetailleerdere meting van het gebruik van informele/particuliere zorg, curatieve zorg, langdurige zorg en welzijnsvoorzieningen.

Daarnaast zijn er enkele kortdurende longitudinale studies onder ouderen verricht, zoals de Groningen Longitudinal Aging Study (GLAS) 1992-1997 /NESTOR (Groningen), de Maastricht Aging Study (MAAS) 1992-2004, de ERGO-studie in Ommoord (sinds 1991) en de Doetinchem Studie (sinds 1987).

De internationale literatuur over veranderingen in zorggebruik door ouderen richt zich vooral op drie momenten: opname in een tehuis, opname in een ziekenhuis en de verschuivingen tussen informele/particuliere en formele thuiszorg en welzijnswerk. We bespreken de literatuur geordend naar zorgtraject van geen zorg naar kortstondige medische zorg (met name ziekenhuisopname) naar informele/particuliere zorg, welzijn en thuiszorg, en ten slotte naar langdurige opname in een instelling. We beginnen met enkele studies die grotere delen van het traject hebben onderzocht.

Langdurig zorggebruik algemeen

Het optreden van lichamelijke beperkingen is de belangrijkste voorspeller van langdurig zorggebruik (Broese van Groenou, Deeg en de Boer 2006; Timmermans en Woittiez 2004; Schellingerhout 2007; Eggink, Oudijk en Sadiraj 2012). Na het ontstaan van gezondheidsproblemen is de kans groot dat er in de loop van zes jaar cumulatief optreedt (Broese van Groenou, Deeg en de Boer 2006). Naast een sterk effect van gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en sociaaleconomische positie blijken ook de eigen bijdragen in de kosten van zorggebruik van invloed op het gebruik van langdurige zorg in Nederland in de periode 1992-1996. Verergering van fysieke beperkingen in de oudere bevolking leidde tot een hoger gebruik van informele zorg en het verouderen van de bevolking leidde tot meer gebruik van institutionele zorg (Portrait, Lindeboom en Deeg 2002).

Ziekenhuisopname

Opname in een ziekenhuis kan een keerpunt zijn in het zorgtraject van ouderen. De kans op thuiszorg voor kwetsbare ouderen bleek hoger na een ziekenhuisopname, bij de

aanwezigheid van ernstige lichamelijke beperkingen en bij ouderen met een voorkeur voor hulp door een zorginstelling (Den Draak en van Campen 2012). Na ontslag uit een ziekenhuis hebben ouderen vaak thuiszorg nodig. Als er veel verpleging nodig is, wordt men tijdelijk in een verpleeghuis opgenomen. Door de schaarste van thuiszorg wordt er vaker een beroep gedaan op de mantelzorg van huisgenoten, familie en vrienden na een ziekenhuisopname. Tussen 1992 en 2002 nam de kans op thuiszorg na ziekenhuisopname af en vond er tijdelijk een verschuiving plaats van professionele naar informele zorg (Deeg en Broese van Groenou 2007).

Ziekenhuisbezoek kan ook tot gevolg hebben dat de medische consumptie toeneemt. Zweedse 65-plussers met langdurige thuiszorg die in het eerste jaar vaker dan drie keer een ziekenhuis bezochten, bleven in de jaren daarna significant vaker een ziekenhuis bezoeken (Condelius, Hallberg en Jakobsson 2011). De gedachte dat meer eerstelijnszorg (huisarts, fysiotherapie) het gebruik van ziekenhuiszorg vermindert, blijkt niet altijd waar. In Noorwegen leidde een toename van het gebruik van langdurige eerstelijnszorg door 65-plussers niet tot een vermindering van het gebruik van tweedelijnszorg (ziekenhuiszorg, specialistische zorg; Deraas et al. 2011). Uit een analyse van tien landen in de SHARE-studie bleken verder veranderingen in het aantal huisgenoten en het type zorgverzekering van invloed te zijn op transities van geen zorg naar medische zorg (Cornaz, Spagnoli en Santos-Eggimann 2008).

Informele zorg, thuiszorg en welzijnswerk

Informele zorg, professionele thuiszorg en welzijnswerk lijken communicerende vaten. Toch is het vaak niet duidelijk of ze elkaar aanvullen of elkaar ten dele vervangen in hun zorgverlening aan ouderen. Dat wordt pas duidelijk wanneer mensen gedurende een lange periode worden gevolgd. In de onderzoeksliteratuur is er veel aandacht voor het thema substitutie, dat overigens in deze studie wel een rol speelt, maar geen onderzoeksthema is.

Op landelijk niveau zijn de volgende ontwikkelingen waargenomen: in Zweden nam het aandeel informele zorg ten opzichte van de professionele thuiszorg toe van 60% naar 70% tussen 1994 en 2000 (Sundström et al. 2002). In de Verenigde Staten kon het volume van de informele zorg niet worden voorspeld op grond van het volume van publieke zorg tussen 1999-2002 (Li 2005). Uit een vergelijking van elf Europese landen uit de SHARE-studie komt naar voren dat ouderen vaker formele en/of een combinatie van informele en formele zorg ontvangen in verzorgingsstaten, zoals Nederland en de Scandinavische landen (Suanet, Broese van Groenou en Van Tilburg 2012). Uit een analyse van transities tussen informele en formele zorg in zes landen die deelnamen aan de SHARE-studie (Denemarken, Zweden, Nederland, België, Frankrijk en Duitsland) blijken informele en formele zorg vaker complementair dan substitutair. In de Scandinavische landen en landen met indicatiestelling van staatswege, zoals in Nederland, wordt de transitie van informele naar formele zorg bepaald door het wegvallen van of het tekortschieten van de informele zorg.

Het begrip formele zorg wordt in de internationale literatuur nogal breed opgevat. Vaak valt daaronder ook het gebruik van allerlei voorzieningen, waardoor er maar weinig bekend is over de transities tussen welzijnsvoorzieningen en formele zorg aan huis. De L A S A-studie heeft meer inzicht gegeven in de transities van het gebruik van informele zorg, professionele thuiszorg en welzijnswerk door ouderen in Nederland. Het gebruik van thuiszorg door 55-plussers ging vaker vooraf aan het gebruik van welzijnsdiensten dan dat ouderen ze tegelijkertijd gebruikten. Het gebruik van welzijnsvoorzieningen bleek vaak van tijdelijke aard: na drie jaar gebruikte de meerderheid geen welzijnsdiensten meer. Het gebruik van thuiszorg bleek stabiel en langduriger: negen van de tien personen ontving nog thuiszorg na zes jaar (Plaisier, Van Tilburg en Deeg 2011). Vervanging van thuiszorg door welzijnswerk bleek zelden voor te komen (Broese van Groenou, Deeg en De Boer 2006). Het zorggebruik door ouderen bleek toe te nemen bij toenemende gezondheidsproblemen, een krimpend sociaal netwerk en wanneer mensen geen partner hadden. De aanwezigheid van mantelzorg en hulp van de partner daarentegen hadden een dempend effect op het formele zorggebruik (Plaisier, Broese van Groenou en Deeg 2012), terwijl eenzaamheidsgevoelens het formeel zorggebruik juist deden toenemen (Plaisier, Van Tilburg en Deeg 2011).

Opname in een tehuis

Longitudinale analyses van een lange periode van twintig jaar wezen uit dat de leeftijd, de burgerlijke staat en het wonen in een huurhuis de belangrijkste voorspellers waren van opname in een verpleeghuis in Engeland (Grundy en Glaser 1997). In de jaren tachtig was de kans op opname een derde tot de helft hoger dan in de jaren zeventig. Dit kwam mede omdat het aanbod van tehuizen in Engeland snel toenam in de jaren tachtig (Grundy en Glaser 1997).

In Finland hebben vrouwen, personen van hoge leeftijd, alleenstaanden en personen met een lage sociaaleconomische positie een grotere kans op opname in een tehuis. Dit is in lijn met de onderzoeksliteratuur uit andere Europese landen (Martikainen et al. 2009). Eenmaal opgenomen in een Fins tehuis bleken alleenstaanden langer te overleven. Waarschijnlijk waren zij bij opname relatief gezonder (Martikainen et al. 2009). Een meta-analyse van studies naar determinanten van opname in een verpleeghuis in de Verenigde Staten bevestigt de gevonden determinanten: hoge leeftijd, laag inkomen, fysieke en mentale beperkingen verhogen de kans op opname; aanwezigheid van een partner en mantelzorg verlagen die kans (Gaugler et al. 2007). Binnen deze groep determinanten waren de beperkingen in de activiteiten in het dagelijks leven (zogenoemde ADL-beperkingen) de sterkste voorspeller voor opname, gevolgd door cognitieve stoornissen en eerdere verpleeghuisopname (Gaugler et al. 2007).

In Nederland bleek kwetsbaarheid een belangrijke voorspeller voor opname in een verzorgings- of verpleeghuis en overlijden. De kans op opname in een instelling binnen enkele jaren was voor zelfstandig wonende kwetsbare ouderen bijna vijfmaal zo groot als voor niet-kwetsbare ouderen. Ook bleek kwetsbaarheid een voorspeller voor overlijden. Van de groep permanent kwetsbaren overleed 22% binnen drie jaar, van de groep die kwetsbaar werden 15% en van de permanent niet-kwetsbaren 6% (Huisman en Deeg 2011; zie ook Puts et al. 2005a, 2005b).

Opname in tehuizen lijkt te kunnen worden voorkomen door woonservicegebieden in te richten. Recentelijk bleek dat ouderen in Nederland langer zelfstandig blijven wonen in gebieden met een gecoördineerd aanbod van welzijn en zorg, in combinatie met woningaanpassingen. Dit werd integraal gefinancierd door de Zvw, de Wmo en de AWBZ (De Kam et al. 2012). Geschikte of aangepaste woningen bleken een belangrijke determinant voor het zelfstandig blijven wonen, naast de nabijheid van voorzieningen en ADL-beperkingen. Ouderen noemden zelf het gevoel regie te voeren over hun leven en hun mobiliteit (hulpmiddelen) als doorslaggevende factoren. Bij toenemende kwetsbaarheid van ouderen nam het welbevinden minder snel af in woonservicegebieden.

Ons literatuuronderzoek wijst uit dat er geen eerdere studies naar de verschillende soorten zorgtrajecten over een periode van tien jaar of langer bekend zijn. Deze studie is in die zin dus de eerste. Niettemin bouwt onze studie natuurlijk voort op inzichten uit literatuuronderzoek over transities tussen een kleiner aantal voorzieningen en kortere periodes. Die laten zien dat verschuivingen in de zorggebruik door ouderen worden bepaald door demografische, sociaaleconomische kenmerken, de functionele beperkingen, de multimorbiditeit, de lichamelijke en psychische gezondheid, de sociale en materiële woonomgeving en de mate van kwetsbaarheid. Aan deze persoonskenmerken zullen we in deze beschrijvende en verkennende studie aandacht besteden.

1.4 Zorg- en welzijnsbeleid

In de onderzoeksperiode 1998-2009 is een aantal majeure beleidswijzigingen doorgevoerd die mogelijk mede bepalend zijn geweest voor het gebruik van informele/particuliere zorg, medische zorg, welzijnsdiensten en langdurige zorg door ouderen in de LASA-studie. Tabel 1.1 toont een tijdas met in de linkerkolom de LASA-metperiodes en in de rechterkolom de beleidswijzigingen.

Rond het jaar 2000 waren er lange wachtlijsten in de zorg. Dit leidde tot rechtszaken, waar het recht op thuiszorg werd afgedwongen, en die leidden tot 'boter bij de vis'-beleid. De overheid investeerde rond het jaar 2001 veel om de wachtlijsten in de zorg te verkleinen. Daardoor nam het aantal gebruikers van thuiszorg aanzienlijk toe. Bovendien was er in die gehele periode extramuraliseringsbeleid, met als doel hulpbehoevenden zo lang mogelijk thuis te verzorgen en tehuizen waar mogelijk te vervangen door extramurale thuiszorg.

In 2003 werd de zogenoemde 'functionele bekostiging' ingevoerd. De Regionale Indicatieorganen (RIO) gaven geen indicaties voor een bepaald aantal uren van een bepaalde zorgaanbieder, maar vouchers voor uren of urentrajecten van functies, zoals huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging en dergelijke die bij verschillende zorgaanbieders konden worden ingewisseld. In 2003 werd tevens voor AWBZ-indicaties het protocol gebruikelijke zorg ingevoerd. Dat hield in dat de indicatiesteller eerst bekeek welke informele zorg in het huishouden aanwezig was en vervolgens een indicatie gaf voor aanvullende AWBZ-zorg. Kon de partner de hulpbehoevende wassen en aankleden, dan ontving men geen indicatie voor deze persoonlijke verzorging.

In 2006 werd de nieuwe Zorgverzekeringswet ingevoerd. De particuliere verzekeringen en de ziekenfondsverzekeringen werden vervangen door een verplichte basisverzekering met aanvullende verzekeringen voor medische kosten. De kosten voor huisartsenzorg werden volledig vergoed. Een van de doelen was de eerstelijnszorg te versterken, zodat minder vaak een beroep zou worden gedaan op tweedelijnszorg.

In 2007 werd de Wet maatschappelijke ondersteuning ingevoerd, die de bestaande Wet Gehandicapten en de Welzijnswet verving. Uitvoerders van de Wmo werden de gemeenten. De functie professionele huishoudelijke verzorging (thuiszorg) werd uit de AWBZ gehaald en naar de Wmo overgeheveld. De extramuraal functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en intramuraal verblijf bleven nog in de AWBZ. In de jaren daarna werd ook de functie begeleiding stapsgewijs overgeheveld naar de Wmo. Na 2009 zijn de aanspraken op AWBZ-voorzieningen verder ingeperkt, maar deze vallen buiten de meetperiode en hebben dus geen effect gehad op onze waarnemingen.

Tabel 1.1

Tijdas belangrijke beleidswijzingen zorggebruik door ouderen, 1998-2009

LASA-meetjaren	jaar	beleidswijziging
X	1998	
X	1999	
	2000	
X	2001	afname wachtlijsten door 'recht op zorg'
X	2002	
	2003	functionele bekostiging invoering protocol gebruikelijke zorg
	2004	
X	2005	
X	2006	invoering Zorgverzekeringswet (Zvw)
	2007	invoering Wmo (voorheen AWBZ)
X	2008	
X	2009	

1.5 Doel en vraagstellingen

Doel van deze studie is een longitudinale beschrijving te geven van zorgtrajecten die inzicht geeft in patronen van het gebruik van zorg en ondersteuning. Naarmate mensen ouder worden, ontvangen ze vaker meerdere vormen van zorg en ondersteuning van hulpverleners, familie en vrienden. Te denken valt aan hulp in het huishouden, hulp bij het wassen en aankleden, wondverzorging, steunkousen aan- en uittrekken, consulten van de huisarts en/of de medisch specialist in het ziekenhuis, een traplift, de deeltaxi, de klussendienst, alarmering, maaltijdvoorzieningen, buurtwerk, aanpassingen in de woning of een aangepaste woning et cetera. Ouderen ontvangen vaak combinaties van zorg en ondersteuning, en deze veranderen van samenstelling naarmate men

hulpbehoevender wordt. Aanvankelijk bestaat de zorg bijvoorbeeld uit een bezoek aan de huisarts gecombineerd met mantelzorg van de dochter. Later komt daar een maaltijdvoorziening van de gemeente bij, nog later een thuiszorgmedewerker om te helpen bij het aankleden en wassen. Zo veranderen de combinaties door de tijd.

Er bestaan lichtere en zwaardere combinaties van zorg en ondersteuning. Zit daar een ordening in, vergelijkbaar met bijvoorbeeld de zorgzwaartepakketten in de AWBZ-zorg? Welke overgangen maken ouderen en wanneer? Zijn er stappen of patronen naar zwaardere combinatie van zorg en ondersteuning? Zijn er vaste of veelvoorkomende patronen of zelfs platgetreden trajecten te ontdekken? Niet iedere oudere volgt hetzelfde traject, maar er zijn mogelijk wel groepen ouderen die vergelijkbare zorgtrajecten volgen. Wie zijn deze ouderen en hebben ze sociale kenmerken gemeen? Hoe groot zijn deze groepen? Deze vragen vormden de aanleiding voor deze beschrijvende studie van zorgtrajecten door ouderen over een periode van tien jaar.

De onderzoeksvragen in deze studie luiden als volgt:

- 1 Vertoont het gebruik van combinaties van AWBZ-, Wmo- en Zvw-voorzieningen door 65-plussers een ordening naar toenemende zwaarte van de ondersteuning en zorg?
- 2 Zijn er veelvoorkomende trajecten te onderscheiden in het gebruik van zorg en ondersteuning door 65-plussers over een periode van tien jaar?
- 3 Zijn herkenbare gebruiksgroepen in deze trajecten te onderscheiden?

We proberen antwoorden te vinden op deze vragen met behulp van het LASA-bestand, een landelijk representatief panel van ouderen in Nederland (zie hoofdstuk 2). We selecteerden hieruit personen van 65 jaar en ouder in het jaar 1998 en volgden hen tot en met 2008. In de periode 1998-2008 zijn vier meetmomenten per deelnemer beschikbaar.

Noot

- 1 Deze vijf longitudinale studies maken samen met de LASA-studie deel uit van het overkoepelende CLESA-project (Comparison of Longitudinal European Study on Aging).

2 Combinaties van zorg en ondersteuning geordend

2.1 Theoretische ordening van zorg en ondersteuning

Het Nederlandse zorgstelsel geeft burgers trapsgewijs toegang tot voorzieningen. Personen met een gezondheidsprobleem gaan eerst naar de huisarts, wanneer het ernstiger is verwijst de huisarts door naar de medische specialist en deze kan besluiten de persoon op te nemen in het ziekenhuis voor behandeling. Wanneer de zorgbehoefte langdurig is, zal de persoon worden verwezen naar de gemeente voor een Wmo-voorziening (woonaanpassing, welzijnswerk, vervoersvoorziening, hulpmiddelen, huishoudelijke verzorging). Is de langdurige zorgbehoefte ernstiger, dan wordt de persoon doorverwezen naar een extramurale AWBZ-voorziening (persoonlijke verzorging, verpleging) en is de zorgbehoefte zo ernstig/omvangrijk dat de persoon zich thuis niet kan redden naar een intramurale AWBZ-voorziening (verzorgingshuis, verpleeghuis).

Het Nederlandse zorgstelsel kent een hiërarchie in financieringskaders met de Zvw voor kortstondige gezondheidsproblemen als basiszorg, de Wmo als ‘middenlaag’ voor die gevallen waarin de zorg langer duurt en ten slotte als ‘toplaag’ de AWBZ voor ernstige langdurige zorg.¹ De achterliggende gedachte of impliciete beleidstheorie is dat ouderen met een gezondheidsprobleem beginnen met de lichtste zorgvorm – een consult bij de huisarts – en pas in aanmerking komen voor duurdere vormen van zorg wanneer de lichtere vormen niet meer voldoende blijken. Bij de aanvraag van langdurige zorg (Wmo en AWBZ) wordt eerst gekeken of de (lichtere) vormen van informele hulp door familie en vrienden voldoende zijn voor de persoon om zichzelf te (blijven) redden. In de hiërarchie van Zvw – Wmo – AWBZ plaatsen we informele zorg daarom na de Zvw en voor de Wmo. Twee kanttekeningen zijn hierbij te plaatsen: 1. Personen gebruiken vaak meerdere zorgvormen. Ze gaan niet over van een lichtere zorgvorm naar een zwaardere zorgvorm, maar gaan in de loop van de tijd vaak naast de lichtere zorgvorm de zwaardere zorgvorm gebruiken. 2. De hiërarchie kent eigenlijk twee verwante dimensies: ernst en duur van de gezondheidsproblemen. Omdat dit onderzoek is ingestoken vanuit de langdurige zorg, hebben we de dimensie ‘duur’ zwaarder laten wegen dan de dimensie ‘ernst’ in de plaatsing van zorgvormen in de hiërarchie.²

Binnen de drie lagen zijn zorgvormen geordend volgens de financieringsregels van toegang tot zorg, waarbij burgers beginnen bij de lichtste zorgvorm. De Zvw-vormen zijn (beleidstheoretisch) geordend naar eerste- en tweedelijnszorg. De Wmo-voorzieningen zijn (theoretisch) geordend naar permanente woningaanpassingen, relatief korte ondersteuning (vervoersvoorziening, hulpmiddelen, welzijnswerk) en thuiszorg (huishoudelijke verzorging) op basis van het stelsel dat eerst ondersteuning biedt met relatief goedkopere materiële ondersteuning en pas later met intensievere persoonlijke ondersteuning. De AWBZ is (beleidstheoretisch) geordend naar licht intensieve extramurale zorg (persoonlijke verzorging en verpleging aan huis) naar zwaardere, intramurale zorg in een verzorgings- of verpleeghuis).

Uit de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel en met eerdergenoemde assumpties leiden we de volgende theoretische hiërarchie van zorgvormen af:

- 1 bezoek aan de huisarts in de afgelopen zes maanden (Zvw);
 - 2 bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden (Zvw);
 - 3 informele hulp of particulier betaalde hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging;
 - 4 aanpassingen in de woning (Wmo);
 - 5 gebruik van welzijnsvoorzieningen (Wmo); maaltijdvoorziening, klusdienst, transport, telefonische hulpdienst, vrijwilligersorganisatie, hulpmiddel bij lopen of verplaatsen;
 - 6 huishoudelijke hulp van professionele thuiszorg (Wmo)
 - 7 persoonlijke verzorging van professionele thuiszorg en/of tijdelijke of korte opvang in tehuis (dag, nacht, weekend, kort verblijf; AWBZ);
 - 8 Langdurige opname in verzorgings- of verpleeghuis (AWBZ).
- Daarnaast zijn er twee bijzondere categorieën in de dataverzameling, die we voorlopig toevoegen als eindcategorieën:
- 9 overlijden;
 - 10 uitval uit de studie door ziekte of anderszins.

2.2 Zorg en ondersteuning in zwaartepakketten (zop)

Op basis van deze hiërarchie hebben we alle theoretisch mogelijke combinaties van zorg en ondersteuning geordend in zorg- en ondersteuningpakketten (zop). Daarbij sluiten we aan bij de huidige systematiek van zorgzwaarte(pakketten) in de AWBZ en het wetenschappelijk onderzoek dat daarvoor is verricht naar ordeningen in zorgzwaarte.

De Nederlandse AWBZ-zorg is geordend in zorgzwaartepakketten. De hulpbehoefte van aanvragers van AWBZ-zorg wordt beoordeeld door een onafhankelijke overheidsinstelling, het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ). De toegewezen zorg is geordend naar zwaarte in de zogenoemde zorgzwaartepakketten. Een indicatie voor zorgpakket 1 houdt lichte zorg in (bv. persoonlijke verzorging) en een hoog zorgzwaartepakket (5) houdt zware zorg in (langdurige intramurale zorg). De financiering van de zorg is opgehangen aan deze indeling en voor elke zorgpakket stelt het College van Zorgverzekeringen een tarief vast. Het zorgzwaartepakket bepaalt ook hoeveel geld een verblijfsinstelling krijgt voor de zorg aan de cliënt.

Zorgzwaartepakketten zijn alleen ontwikkeld voor de toewijzing van AWBZ-voorzieningen. Ouderen gebruiken daarnaast echter ook andere voorzieningen, zoals medische zorgvoorzieningen en gemeentelijke Wmo-voorzieningen. Het betreffen voorliggende voorzieningen, het geen wil zeggen dat de burger eerst is aangewezen op deze voorzieningen en pas wanneer deze ontoereikend zijn, (ook) gebruik kan maken van AWBZ-voorzieningen.

Het kabinet wil de AWBZ versoberen en grotendeels vervangen door voorliggende voorzieningen. Om zicht te krijgen op het zorggebruik is de systematiek van zorgzwaartepakketten echter te beperkt. Men kan met deze systematiek namelijk alleen de ontwikkelingen binnen de AWBZ volgen, terwijl de voorgenomen beleidsmaatregelen zich over de grenzen van AWBZ, Wmo en Zvw heen bewegen (TK 2012/2013b[brf LZ 25/4/2013]).

In enkele wetenschappelijke studies is de benadering van zorgzwaartepakketten op verkennende wijze reeds verbreed naar de terreinen van welzijn, wonen, vervoer, informele zorg, particuliere zorg en medische dienstverlening. Zo is in een reeks SCP-publicaties de zorgzwaartesystematiek van AWBZ-functies uitgebreid naar informele en particuliere zorg, en werd de volgende hiërarchie gebruikt voor ramingen van de langdurige zorg: informele zorg, particuliere zorg, huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, kort verblijf, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg (zie bv. Timmermans en Woittiez 2004; Van Campen en Van Gameren 2003; Jonker et al. 2007; Woittiez et al. 2009; Eggink Oudijk en Sadiraj 2012). Deze pakketten bestaan uit combinaties van functies, waarbij gebruikers worden ingedeeld bij de zwaarste functie die zij ontvangen. Zo worden gebruikers van een combinatie van huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging ingedeeld bij het pakket 'persoonlijke verzorging', omdat deze zorgvorm hoger in de hiërarchie staat. In dit geval wordt persoonlijke verzorging ook wel de hoofdfunctie van het pakket genoemd; de huishoudelijke hulp is een nevenfunctie. Iemand kan dus meerdere functies gebruiken, maar ontvangt in deze terminologie slechts één pakket. Het uitgangspunt van de hiërarchie is dat functies die vaak zonder andere zorgvormen worden gebruikt, relatief lichte zorgvormen zijn. In de eerdere modellen is, specifiek voor de verpleging en verzorging, de combinatie van functies uitgebreid bestudeerd (zie bv. Timmermans en Woittiez 2004; Van Campen en Van Gameren 2003; Jonker et al. 2007; Woittiez et al. 2009).

Een empirische LASA-studie naar extramurale zorgpakketten stelde een uitgebreidere hiërarchie vast (Van Vliet, Broese van Groenou en Deeg 2010). In deze studie is een breed scala aan voorzieningen geanalyseerd, inclusief zorg van de huisarts of medisch specialist, ondersteunende voorzieningen (aanpassingen in de woning, loopmiddelen of ondersteunende diensten), huishoudelijke hulp (door partner, inwonende of uitwonende anderen, particuliere hulp, vrijwilligers, of professional), persoonlijke zorg (door partner of naasten, professionele thuiszorg, verpleegkundige handelingen, respijtzorg) en eerste- en tweedelijnszorg. Er werden in totaal acht verschillende zorgpakketten vastgesteld.

De pakketten bouwen op elkaar voort. Elk pakket bevat één of meerdere zorgvormen van het voorgaande pakket. Pakket 8 is het zwaarste pakket, waarin meerdere vormen van professionele zorg worden ingezet voor zowel huishoudelijke, verzorgende en verplegende taken (Van Vliet, Broese van Groenou en Deeg 2010). De veronderstelde hiërarchie in zorgpakketten is ook in de tijd onderzocht door na te gaan of de zorgpakketten in de veronderstelde volgorde worden doorlopen.

Ouderen ontvangen zoals gezegd vaak meerdere vormen van zorg of ondersteuning. Er zijn veel combinaties mogelijk. Om het aantal zorgvormen hanteerbaar te houden voor ons onderzoek hebben we op basis van de theoretische hiërarchie respondenten ingedeeld in zorg- en ondersteuningspakketten (ZOP).

- 1 Geen zorg of hooguit bezoek aan de huisarts in de afgelopen zes maanden (Zvw)
- 2 Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden; en eventueel bezoek aan de huisarts (Zvw)
- 3 Informele hulp of particulier betaalde hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging; en eventueel eerdergenoemde zorgvormen
- 4 Aanpassingen in de woning (Wmo); en eventueel eerdergenoemde zorgvormen
- 5 Gebruik van welzijnsvoorzieningen (Wmo); maaltijdvoorziening, klusdienst, transport, telefonische hulpdienst, vrijwilligersorganisatie, hulpmiddel bij lopen of verplaatsen; en eventueel eerdergenoemde zorgvormen
- 6 Huishoudelijke hulp van professionele thuiszorg (Wmo); en eventueel eerdergenoemde zorg
- 7 Persoonlijke verzorging van professionele thuiszorg en/of tijdelijke of korte opvang in tehuis (dag, nacht, weekend, kort verblijf (AWBZ); en eventueel eerdergenoemde zorgvormen
- 8 Residentiële opname in verzorgings- of verpleeghuis (AWBZ)
- 9 Overleden
- 10 Uitval uit de studie door ziekte of anderszins

We veronderstellen dat de acht vormen van zorg hiërarchisch zijn geordend, in die zin dat gebruik van een bepaalde vorm van zorg het gebruik van hogere of zwaardere vormen van zorg uitsluit. Maakt iemand bijvoorbeeld gebruik van voorzieningen (zorg- en ondersteuningpakket 5), dan zal hij/zij geen gebruikmaken van huishoudelijke hulp, persoonlijke zorg en residentieel verblijf. Of de respondent daarnaast nog een van de minder zware vormen van zorg gebruikt, maakt voor de indeling in zorg- en ondersteuningspakketten niet uit. Personen worden in pakket 1 geplaatst als ze geen zorg nodig hebben of alleen de huisarts hebben bezocht, maar beslist geen van de andere vormen van zorg gebruiken. Personen worden in pakket 2 geplaatst als ze een medische specialist hebben bezocht en/of een ziekenhuisopname hebben meegemaakt in het laatste half jaar, maar in elk geval geen van de hogere vormen van zorg gebruiken, enzovoort. Op deze manier zijn alle respondenten in een zorg- en ondersteuningspakket geplaatst.

2.3 Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

De vraag is natuurlijk of deze ordening in zorg- ondersteuningspakketten de praktijk van zorg en ondersteuning aan ouderen weerspiegelt. Daarom hebben we de theoretische

ordering empirisch getoetst in een landelijk representatieve steekproef van 65-plussers uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).

Het doel van LASA is om trajecten en gevolgen van veroudering op individueel en op bevolkingsniveau in Nederland in kaart te brengen. Hierbij wordt een multidisciplinaire benadering gevolgd waarbij fysieke, sociale, emotionele en cognitieve veroudering wordt bestudeerd. LASA bevat een nationaal representatieve steekproef van Nederlanders van 55 tot 85 jaar (Huisman et al. 2011). Het onderzoek is in 1992/1993 gestart met een eerste meting bij in totaal 3107 ouderen die destijds 55-85 jaar waren. Een steekproef werd getrokken uit verschillende gemeenten, verspreid over drie gebieden van Nederland met verschillende cultureel-religieuze kenmerken. Hierbij is er tevens naar gestreefd om de landelijke verhouding tussen plattelandsbewoners en stadsbewoners zo goed mogelijk te weerspiegelen. Het gaat om de volgende gemeenten: Amsterdam, Wormerland en Waterland (overwegend geseculariseerd West-Nederland); Zwolle, Ommen, Genemuiden, Zwartsluis en Hasselt (overwegend protestants Noord-Nederland) en Oss, Uden en Boekel (overwegend katholiek Zuid-Nederland).

Sinds de eerste meting in 1992/1993 zijn elke drie jaar nieuwe metingen verricht.

De meest recente gegevens die ter beschikking stonden, zijn de metingen in 2008/2009. Bij elke meting werden de respondenten thuis bezocht door getrainde interviewers, waarna zij ook medisch werden onderzocht door ervaren verpleegkundigen. Bij een deel van de respondenten is een korter telefonisch of proxy- interview met een naaste afgenomen.

De onderzoeksgroep bestaat uit respondenten die ten tijde van de 1998/'99-waarneming van LASA 65 jaar of ouder waren. Het betreft 1768 personen van de in totaal 2076 personen. Alle respondenten zijn meegenomen, ook degenen die deelnamen aan de telefonische of proxy interviews (11%), of voor wie slechts een verkort interview beschikbaar was. Voor deze laatste groepen is geen informatie beschikbaar over het gebruik van Wmo-voorzieningen en over het gebruik van tijdelijke opvang in een verzorgings- of verpleeghuis, maar wel over de meeste andere vormen van zorggebruik. Van de 1768 respondenten is 56% vrouw, de gemiddelde leeftijd in 1998 is 76,7 jaar ($SD=7,4$) variërend van 65 tot 92 jaar.

De representativiteit van de LASA-onderzoeksgroep is uitvoerig en herhaaldelijk onderzocht. De respons was 62% bij de eerste meting en 85% bij de tweede meting (meer info in Huisman et al. 2011).

LASA is een panelstudie en heeft, net als elke andere panelstudie, te maken met uitval, zeker bij deze oudere populatie. De sterftcijfers van de LASA-groep zijn vergeleken met landelijke sterftcijfers in de periode 1994-2007 (Galenkamp 2012). De mortaliteit van de LASA-groep bleek iets hoger (minder dan 1%) dan in de landelijke bevolking. Alleen in de groep van 80-85-jarigen was de sterfte hoger (1,3%). Door de trends in sterfte te vergelijken kon worden vastgesteld dat er geen systematische afwijking was.

Ook andere redenen dan overlijden zijn onderzocht in de LASA. Uitval vanwege weigering (9,7%) of door gezondheidsproblemen of geen contact (6,6%) zijn minimaal, vergeleken bij de uitval door sterfte (52,0%) over een periode van 17 jaar (1992-2009; Huisman et al. 2011). De totale uitval in het onderhavige onderzoek (1998-2009) was lager (58%) door de kortere periode. Ook hier was de uitval door overlijden (47%) veel groter dan de uitval om andere redenen (11%; Huisman et al. 2011).

Uitval door sterfte hoort bij deze groep en vertekent evenmin, zoals de studie van Galenkamp (2012) liet zien. In het algemeen verliezen panelstudies door uitval aan representativiteit. Daarom gebruikten we de na 1998 volgende momenten niet als representatieve momentopnamen, maar als overgangen (1998-2001, 2001-2005, 2005-2008). De aanvangssteekproef is gewogen naar de landelijke bevolking. De groep van 1998 beschouwen we als representatief voor de Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder.

Onze studie gaat over het gebruik van zorg en ondersteuning door 65-plussers. Daarom hebben we aanvullend de representativiteit onderzocht van het gebruik van zorg en ondersteuning door deze leeftijdsgroep. Om het gebruik van zorg en ondersteuning in de steekproef te kunnen vergelijken met de bevolking is de LASA-steekproef eerst gewogen naar sekse en leeftijd van de bevolking van 65 jaar en ouder in 1998/'99. Vergelijking van de ongewogen en gewogen prevalenties van het gebruik van zorg en ondersteuning door 65-plussers laat zien dat de LASA-steekproef in het algemeen wat meer gebruikers van zwaardere zorgvormen (bv. tehuiszorg) en minder gebruikers van lichtere zorgvormen (bv. huisartsenzorg) bevat (zie tabel B2.1). Vervolgens hebben we de gewogen prevalenties van het gebruik van zorg, ondersteuning van 65-plussers van de LASA-studie vergeleken met prevalenties uit andere databronnen van het CBS en het SCP (tabel 2.1).³

Tabel 2.1

Prevalentie van zorggebruik in 1998/'99 (gewogen, in procenten)

bezoek aan huisarts in afgelopen 6 maanden	82,5
tweedelijns zorggebruik in afgelopen zes maanden	
bezoek medisch specialist	51,2
ziekenhuisopname	9,2
minstens één van de bovenstaande twee	51,6
gebruik van informele zorg en/of particuliere hulp voor huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging	
informele hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging	29,1
particuliere hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging	18,2
minstens één van de bovenstaande twee	43,2
woonaanpassingen (minstens één van zeventien soorten betreft keuken, badkamer, slaapkamer, telefoon, toegang, drempels)	33,3
Wmo-voorzieningen (gebruik voorzieningen in afgelopen jaar)	
maaltijdvoorziening, vervoersdienst, telefonische hulpdienst, klusjeshulp	15,3
hulp van vrijwilligers in de thuiszorg of via u v v, Zonnebloem, Rode Kruis	5,3
hulpmiddel bij het lopen (rolstoel, stok, looprek, rollator)	20,4
minstens één van de bovenstaande drie	30,7
professionele hulp in huishouden in thuissituatie (nu Wmo)	12,2
professionele hulp bij persoonlijke verzorging in thuissituatie en/of respijtzorg in tehuis (AWBZ)	
persoonlijke verzorging thuis	3,1
tijdelijke opvang in tehuis (dag, nacht, weekend, kort)	1,5
een van beide	4,2
langdurige zorg (verzorgings- of verpleeghuis)	
in tehuis	5,4

Bron: VU-LASA

Deze prevalenties hebben we vergeleken met prevalenties uit andere databronnen van het CBS en het SCP uit de jaren 1998/'99:

- 86,0% van 65-plussers contact met huisarts in één jaar (1998/'99; CBS/VWS 2000).⁴
In LASA 82,5% in afgelopen zes maanden;
- 58,9% van 65-plussers contact met een medisch specialist in één jaar (1998/'99; CBS/VWS 2000). In LASA 51,2% in afgelopen zes maanden;
- 13,2% van 65-plussers opgenomen in ziekenhuis in één jaar (1998/'99; CBS/VWS 2000).
In LASA 9,2% in afgelopen zes maanden.

- 11% van oudere huishoudens (55-plus) ontvangt informele hulp (huishoudelijke hulp en/of persoonlijke verzorging) in één jaar (1999; De Klerk 2001).⁵ In LASA 29%. Dit verschil is te verklaren door de verschillende leeftijdsgrenzen (hoe ouder de groep, hoe hoger het percentage dat informele hulp ontvangt) en door wie de informele hulp wordt geboden. Gaat het niet om de partner, dan is de frequentie 12% in LASA (Deeg en Broese van Groenou 2007).
- 14% van oudere huishoudens (55-plus) ontvangt thuiszorg (huishoudelijke hulp en/of persoonlijke verzorging (1999; De Klerk 2001). In LASA 12,2% van de 65-plussers huishoudelijke verzorging en 3,1% persoonlijke verzorging.
- 30% van oudere huishoudens (55-plus) heeft woningaanpassing voor gehandicapten of minder validen (1991-1999; De Klerk 2001). In LASA 33,3% woonaanpassingen (minstens één van zeventien soorten betreft keuken, badkamer, slaapkamer, telefoon, toegang, drempels).
- 5% van 65+ verblijft in verzorgingshuis en 2%-3% in een verpleeghuis (1998; De Klerk 2001). In LASA 5,4% in een tehuis (verzorgingshuis of verpleeghuis).

De vergelijking laat zien dat onze dataset bij aanvang in 1998 weliswaar een iets geringer zorggebruik laat zien dan andere bestanden, maar dat de patronen heel goed vergelijkbaar zijn. De verschillen zijn niet heel groot en deels te wijten aan een net iets andere manier van vragen stellen. Dit biedt een valide basis voor de beschrijving en classificering van zorgtrajecten van 65-plussers.

2.4 Analyse

Met behulp van een Mokka-analyse en een Homalsanalyse is de theoretische hiërarchie van zorg- en ondersteuningspakketten getoetst op de beschreven LASA-data over het gebruik van zorg en ondersteuning. Door een Mokka-analyse (Mokken 1971) is getoetst of de veronderstelde theoretische hiërarchie in zwaarte van de zorgvormen in de data over gebruik in 1998 is terug te vinden. Deze analyse toetst of elke hogere categorie een zwaarder zorgondersteuningspakket is dan de onder gelegen categorieën. In een eerste stap is de hiërarchie van de gemeten zorgvormen binnen de financieringskaders van de Zvw, de Wmo en de AWBZ getoetst. De hiërarchie binnen de Zvw (huisarts, ziekenhuiszorg) bleek sterk ($H=0,51$) en die binnen de Wmo (woonaanpassing, welzijnsvoorzieningen, huishoudelijke zorg) bleek gemiddeld ($H=0,39$; zie B2.2 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). De hiërarchie binnen de AWBZ bleek niet te bepalen met de Mokka-analyse, omdat de zorgvormen uitsluitend zijn: óf men ontvangt persoonlijke verzorging en verpleging thuis óf thuiszorg. Inhoudelijk is de hiërarchie echter al duidelijk: thuiszorg is zwaarder dan zorg thuis.

In de tweede stap zijn de Wmo en de AWBZ samengenomen (met uitzondering van thuiszorg). De sterkte van de hiërarchie bleek gemiddeld ($H=0,43$).

In de derde stap zijn ook de zorgvormen van de Zvw toegevoegd aan die van de Wmo en AWBZ. Hoewel cure (Zvw) in het Nederlandse stelsel gescheiden is van de Wmo en AWBZ,

bleek er voor de populatie van 65-plussers toch een hiërarchie aanwezig die precies aan het minimumcriterium van een zwakke schaal ($H=0,30$) voldoet.

De resultaten van de Mokka-schaalanalyse laten zien er binnen de financieringskaders van de Zvw en Wmo sterkere hiërarchieën voorkomen, waarbij het gebruik van zwaardere zorgvormen ook het gebruik van lichtere zorgvormen impliceert. Een persoon die medisch specialistische zorg ontvangt, heeft een grote kans ook huisartsenzorg te ontvangen (in de Zvw) en een persoon die huishoudelijke zorg ontvangt, heeft een redelijk grote kans ook welzijnsvoorziening en een woningvoorziening te ontvangen. Binnen de brede hiërarchie van zorgvormen van de Zvw, Wmo en AWBZ bestaat wel een ordening, maar de Mokka-schaalanalyse laat zien dat het ontvangen van een zwaardere zorgvorm niet altijd impliceert dat men ook de lichtere zorgvormen ontvangt. De niveaus van de zorgvormen zijn dus geen pluspakketten (cf. Eggink, Oudijk en Sadiraj 2012 en Van Vliet, Broese van Groenou en Deeg 2010). Dat komt ook overeen met de praktijk. Iemand die AWBZ-thuiszorg ontvangt, hoeft niet ook alle lichtere zorgvormen te ontvangen. Vaak vindt er substitutie plaats. Wanneer iemand zwaardere zorgvormen gaat ontvangen, bijvoorbeeld thuiszorg, heeft de persoon lichtere vormen zoals huisartsenzorg minder of niet meer nodig.

De Mokka-schaalanalyse brengt twee zaken naar voren: 1) ouderen zijn te ordenen naar zorgzwaarte (inclusief duur), op de veronderstelde schaal, en 2) ouderen op een bepaald zorgzwaarteniveau ontvangen niet alle lichtere zorgvormen.

De zorgvorm informele en particuliere zorg bleek buiten deze ordening te vallen en kan dus worden geïnterpreteerd als een vierde financieringskader, namelijk onbetaalde zorg. Deze categorie is op basis van eerder onderzoek (Van Vliet, Broese van Groenou en Deeg 2010) geplaatst als de lichtste vorm van langdurige ondersteuning en zorg, dat wil zeggen voor de lichte Wmo-zorgvorm: 'woonaanpassing'.

De categorieën 'uitval' en 'overleden' zijn afwezig in deze eerste meting en daarom niet gebruikt in de Mokka-schaalanalyse. Om de positie van deze categorieën te bepalen is vervolgens met behulp van de Homals-methodiek (Van den Berg 1987) een analyse uitgevoerd met vier meetmomenten, inclusief de categorieën 'uitval' en 'overleden'. Er zijn twee verschillen met de Mokka-analyse: 1) naast de eerste meting worden ook de volgende drie meetmomenten meegenomen, en 2) de categorieën 'uitval' en 'overleden' worden ook meegenomen (niet gevuld op eerste meetmoment). Opnieuw, maar nu met een andere techniek op meer data, is de ordening gecheckt.

Homals heeft een nominaal meetniveau, hetgeen betekent dat de categorieën van een variabele in principe overal op een dimensie terecht kunnen komen. Bekeken is of Homals de categorieën van de pakketvariabelen steeds op dezelfde posities neerzet op de eerste dimensie. Dit blijkt te gelden voor alle categorieën, met uitzondering van de categorie 'uitval', waarvan de plek in de ordening verschuift. Bovendien blijkt deze categorie niet goed op de eerste dimensie te passen, omdat zij als enige categorie een veel hogere lading op een aparte, tweede dimensie krijgt (zie B2.3 in de bijlage).

Op basis van de toetsingen met de Mokken- en Homalsmethodieken concluderen we dat de geconstrueerde zorg- en ondersteuningspakketvariabele een geordende schaal vormt met twee hiërarchisch geordende subschalen (Zvw, Wmo). De categorieën 'informele zorg' en 'tehuiszorg' zijn volgens Mokken hiërarchisch niet goed te ordenen. Volgens Homals hebben ze wel de juiste plaats in de ordinale schaal. Alle categorieën van de zorgwelzijnspakketvariabele vormen een ordinale schaal, met uitzondering van de categorie 'uitval'. Tabel 2.2 toont de verdeling van de variabele zorgondersteuningspakket (ZOP) bij aanvang van de studie in 1998.

Tabel 2.2

Gebruik zorg en ondersteuning in zwaartepakketten door 65-plussers in 1998/'99 (gewogen; in procenten)

pakket	1998/1999	
	abs	%
1 geen of alleen huisarts (Zvw)	288	16,3
2 medisch specialist/ziekenhuis (Zvw)	263	14,9
3 informele/particuliere zorg	351	19,9
4 woningaanpassing (Wmo)	231	13,1
5 welzijnsvoorziening (Wmo)	288	16,3
6 huishoudelijke zorg thuis (Wmo)	178	10,0
7 persoonlijke verzorging thuis (AWBZ)	74	4,2
8 tehuiszorg (AWBZ)	95	5,4
totaal	1770	100

In tabel 2.3 is een overzicht gegeven van het gebruik van de onderliggende zorgvormen binnen elk pakket (verticaal lezen). Gestuurd door de constructie van de zorgpakketten is hier te zien dat men in een bepaald pakket geen enkele zorg uit een hoger gelegen pakket gebruikt. Bijvoorbeeld van degenen die informele/particuliere zorg ontvangen, heeft 48% contact met medisch specialisten of ziekenhuis en heeft 79% de huisarts in de afgelopen maanden bezocht.

Tabel 2.3

Gebruik van zorgpakketten naar afzonderlijke zorgvormen door in de bevolking van 65 jaar en ouder in 1998/'99 (gewogen, in procenten)

zorgvorm	type zorgpakket								totaal
	1	2	3	4	5	6	7	8	
geen of alleen huisarts	69	90	79	84	87	86	89	88	83
medisch specialist/ziekenhuis		100	48	51	58	61	63	42	52
informele/particuliere zorg			100	58	59	21	55	31	43
woonaanpassing				100	47	55	64	77	33
welzijnsvoorziening					100	62	82	87	31
huishoudelijke zorg thuis						100	51	0	12
persoonlijke verzorging thuis							100	0	4
tehuiszorg								100	5

Tabel 2.4 geeft de ontwikkeling van de zorgpakketten in de tijd weer. We constateren geen vreemde uitschieters en zien een geleidelijk verloop. Het gebruik van lichtere zorgpakketten neemt af en dat van de zwaardere pakketten neemt toe in de tijd.

Tabel 2.4

Gebruik van zorgpakketten door 65-plussers op vier waarnemingen, inclusief uitval (ongewogen; n = 1768)

		1998/99	2001/02	2005/06	2008/09
1	geen of alleen huisarts	13,9	13,7	12,5	7,3
2	medisch specialist/ziekenhuis	12,7	10,6	10,1	10,5
3	informele/particuliere zorg	18,6	18,5	12,3	11,8
4	woningaanpassing	12,1	11,4	11,9	10,6
5	welzijnsvoorziening	17,2	15,4	15,1	16,3
6	huishoudelijke zorg thuis	12,2	13,6	18,6	21,1
7	persoonlijke verzorging thuis	5,7	6,8	8,6	9,7
8	tehuiszorg	7,7	10,1	11,2	12,8
	overleden op T-1, % van n T-1		16,0	24,3	20,2
	uitval op T-1, % van n T-1		4,9	4,8	5,1
	totaal	100	100	100	100

Bron: LASA; 65-plus in 1998/'99

Patronen in zorg en ondersteuning

Er is een grote variatie waarneembaar in de zorgtrajecten van ouderen: de 1768 deelnemers aan de studie tonen bijna 1700 variaties in zorgtrajecten. Dat maakt het bijzonder moeilijk om zorgtrajecten te bundelen. Daarom is geprobeerd verschillende vormen van transitie inzichtelijker te maken door een Latent Class Growth Analysis (LCGA; Vermunt 2004).

De ZOPs op de vier waarnemingen zijn de input van de analyse. Op elk van de vier waarnemingen varieert het ZOP nu van 0 = geen zorg/alleen huisarts, 1 = medisch specialist en/of ziekenhuisopname, 2 = informele/particuliere zorg, 3 = woningaanpassing, 4 = welzijnsvoorzieningen, 5 = professionele huishoudelijke hulp, 6 = professionele persoonlijke verzorging, 7 = tehuis, 8 = overleden, 9 = uitval.

Onderzocht is welke patronen zichtbaar worden in de overgangen van de ZOPs op de vier meetmomenten in tien jaar van deze 1768 65-plussers. Doel was om te komen tot een hanteerbaar aantal (vijf tot tien groepen) veelvoorkomende patronen die inhoudelijk betekenis hebben voor beleid. De Latent Class Growth Analysis wijst uit dat de beste fit bestaat bij zes trajecten (zie B2.4 in de bijlage). Deze trajecten beschrijven we in hoofdstuk 3.

Omdat 65-plussers een heterogene populatie vormen, is als extra toets gekeken of in een homogener deelpopulatie van 65-70-jarigen niet andere trajecten naar voren komen. Dat bleek niet het geval te zijn. In de deelpopulatie van 65-70-jarigen kwamen vijf trajecten naar voren met een hoge overeenstemming met vijf van de zes trajecten in de 65-pluspopulatie. Het zesde traject viel weg, omdat dit bestaat uit zeer oude tehuusbewoners wier gemiddelde leeftijd ver boven de 70 jaar ligt (zie B2.4 in de bijlage). De conclusie is dat de zes trajecten robuust blijken.

Operationalisering van profielkenmerken

Vervolgens hebben we de zes trajecten vergeleken naar demografische en sociaal-economische kenmerken van de deelnemers (leeftijd, geslacht, huishoudensvorm, opleidingsniveau, inkomen), kenmerken van de gezondheid (chronische aandoeningen, multimorbiditeit, lichamelijke functiebeperkingen, cognitieve beperkingen, depressie) en kwetsbaarheid. Daarnaast zijn kenmerken van de sociale context, en de woonomgeving meegenomen als drie typen hulpbronnen:

- 1 persoonlijk (ervaren regie/ mastery);
- 2 sociaal (omvang sociaal netwerk, kind in de buurt); en
- 3 woonomgeving (type woning, urbanisatiegraad).

Hulpbronnen onderscheiden we hier van zorg en ondersteuning. Hulpbronnen behoren tot het sociaal kapitaal van mensen, terwijl zorg en ondersteuning behoren tot de collectieve voorzieningen.

We hebben zowel gekeken naar de kenmerken op het moment van aanvang van de studie in 1998 als naar de ontwikkeling van de kenmerken tussen 1998 en 2008. Daarbij is ook gelet op drie ingrijpende levensgebeurtenissen (overlijden partner, ernstig ziek worden

van de partner, verhuizing). Informatie over de kenmerken werd verkregen tijdens het interview door mondeling afgenomen vragen (lijsten). Zie B2.5 in de bijlage voor de operationalisering van de kenmerken.

Noten

- 1 In de komende jaren zullen de extramurale zorgfuncties van de AWBZ worden ondergebracht bij de Wmo en de Zvw. De onderliggende hiërarchie van zorgfuncties zal daardoor naar verwachting niet veranderen.
- 2 Hiertegen zou men kunnen betogen dat de ernst van een ziekenhuisbehandeling een veel zwaardere ingreep kan zijn dan een verpleeghuisopname. We hebben er toch voor gekozen om verpleeghuisopname hoger in de hiërarchie te plaatsen dan ziekenhuisopname, omdat de eerste langduriger is en qua kosten zwaarder weegt dan een ziekenhuisopname. Op bevolkingsniveau van 65-plussers heeft het gemiddeld gebruik van langdurige zorg per oudere een groter aandeel in de totale zorgkosten dan de kortstondige medische zorg. Mede daarom zijn de kortstondige medische dienstverlening laag in de hiërarchie geplaatst en de langdurige zorg hoog in de hiërarchie.
- 3 Zie B2.1 in de bijlage voor de operationalisering van de verschillende vormen van ondersteuning en zorg.
- 4 Vademecum Gezondheidsstatistiek 2000. Voorburg/Heerlen/Den Haag: CBS en VWS.
- 5 De Klerk, M. (2001). *Rapportage ouderen*. Den Haag: SCP.

3 Zorgtrajecten

3.1 Zes trajecten

De zorgtrajecten van 1768 65-plussers in de periode 1998-2009 zijn geanalyseerd met de Latent Class Growth Analysis (LCGA), een methodiek die tot doel heeft om zich onderscheidende zorgtrajecten te traceren. De LCGA brengt zes trajecten van ouderen aan het licht die een onderscheiden patroon volgen in de onderzochte tien jaar.

In de volgende grafieken is het feitelijk gebruik weergegeven voor elk van de zes trajecten op de vier meetmomenten. Voor elk meetmoment is de verdeling van de zorg- en ondersteuningspakketten weergegeven. Bij een eerste globale inspectie van de gebruikspatronen van zorg en ondersteuning door 65-plussers in de periode 1998-2008 valt op dat er drie trajecten (D, E en F) zijn met hoge overlijdenspercentages op de meetmomenten 2001/2002 en 2005/2006. Deze bespreken we als laatste.

De grafieken en tabellen tonen veranderingen in het gebruik van zorg- en ondersteuningspakketten door 65-plussers. Opgemerkt moet worden dat deze pakketten zo geordend zijn dat iemand die een zwaarder pakket, bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging gebruikt, mogelijk ook als lichter geordende zorgvormen ontvangt, zoals welzijnsvoorzieningen en huisartsenzorg, maar niet per definitie. Hij gebruikt in elk geval geen zwaardere zorgvorm, zoals persoonlijke verzorging of tehuiszorg. Een nadeel van de geaggregeerde zorg- en ondersteuningspakketten is dat ze weinig meer laten zien van de onderliggende zorgvormen. Daarom hebben we in de bijlage (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) ook tabellen opgenomen met het gebruik van alle zorgvormen per traject, die we in de tekst zullen bespreken.

Traject A: Stabiel laag medisch zorggebruik

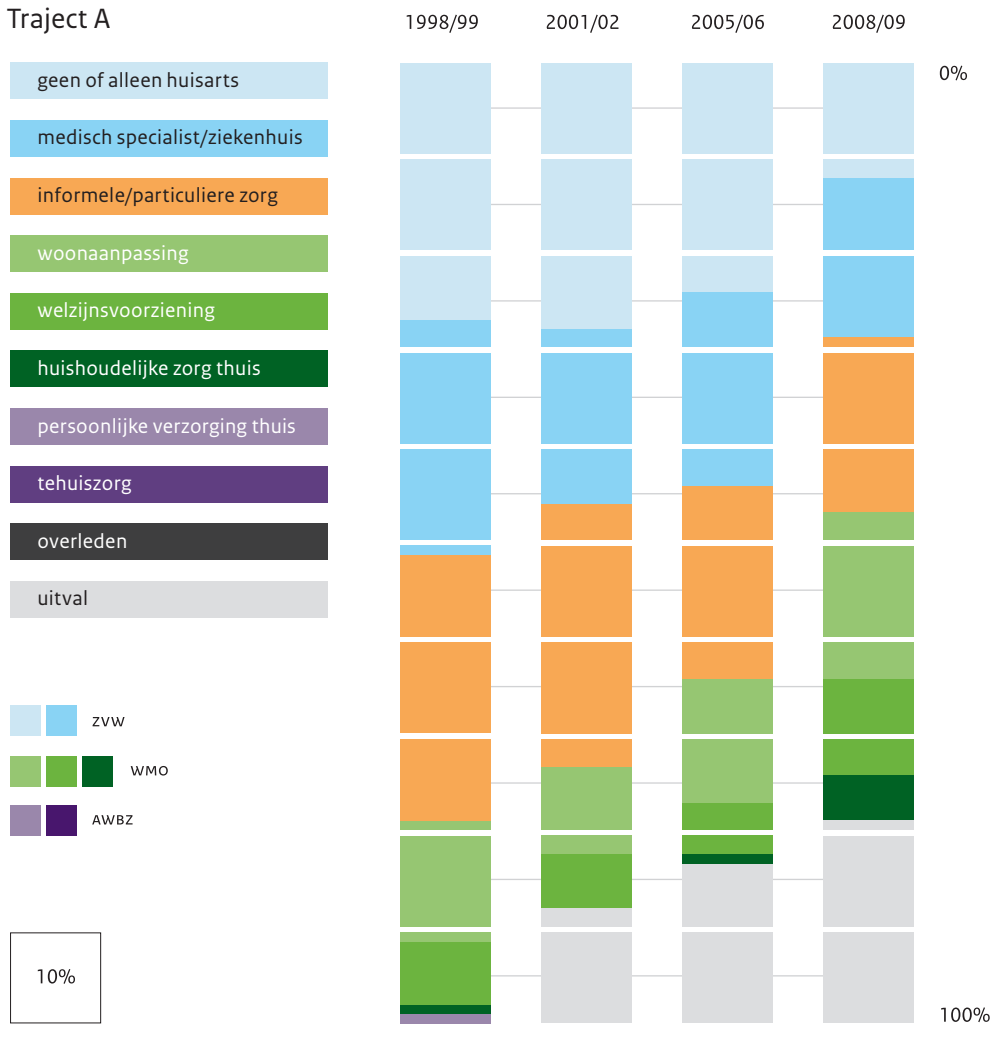
Personen in traject A (31%) hadden een stabiel laag zorggebruik. Acht van de tien begonnen in 1998 met een laag gebruik van een combinatie van medische voorzieningen (huisarts/medisch specialist/ziekenhuiszorg) en/ of informele/particuliere hulp. Zij bleven min of meer stabiel in dit zorggebruik in de volgende zeven jaren. In de laatste drie jaren gingen ook meer personen gemeentelijke ondersteuning gebruiken: het totale gebruik van de pakketten woonaanpassingen, welzijnsvoorzieningen en huishoudelijke hulp nam toe van 19% in 2005/2006 naar 31% in 2008/2009 (figuur 3.1 en B3.1 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).¹

Ontving men in de eerste zeven jaar gemiddeld nog geen twee voorzieningen, in de laatste drie jaar steeg dit gemiddeld tot meer dan twee (zie tabel B3.2 in de bijlage). Twee van de tien personen ontvingen bij aanvang al gemeentelijke ondersteuning (woningaanpassing/welzijnsvoorziening/huishoudelijke zorg thuis) en na tien jaar waren dat er drie. Vrijwel niemand in deze groep ontving AWBZ-zorg (persoonlijke verzorging thuis/tehuiszorg) in de tien jaar.

De meeste personen in dit traject zijn redelijk stabiele ontvangers van medische zorg in combinatie met informele en particuliere hulp, met de aantekening dat na tien jaar een derde ook gemeentelijke ondersteuning ontving.

Figuur 3.1

Traject A naar pakketten van ontvangen zorg en ondersteuning in de periode 1998-2009
(in procenten; n = 550)



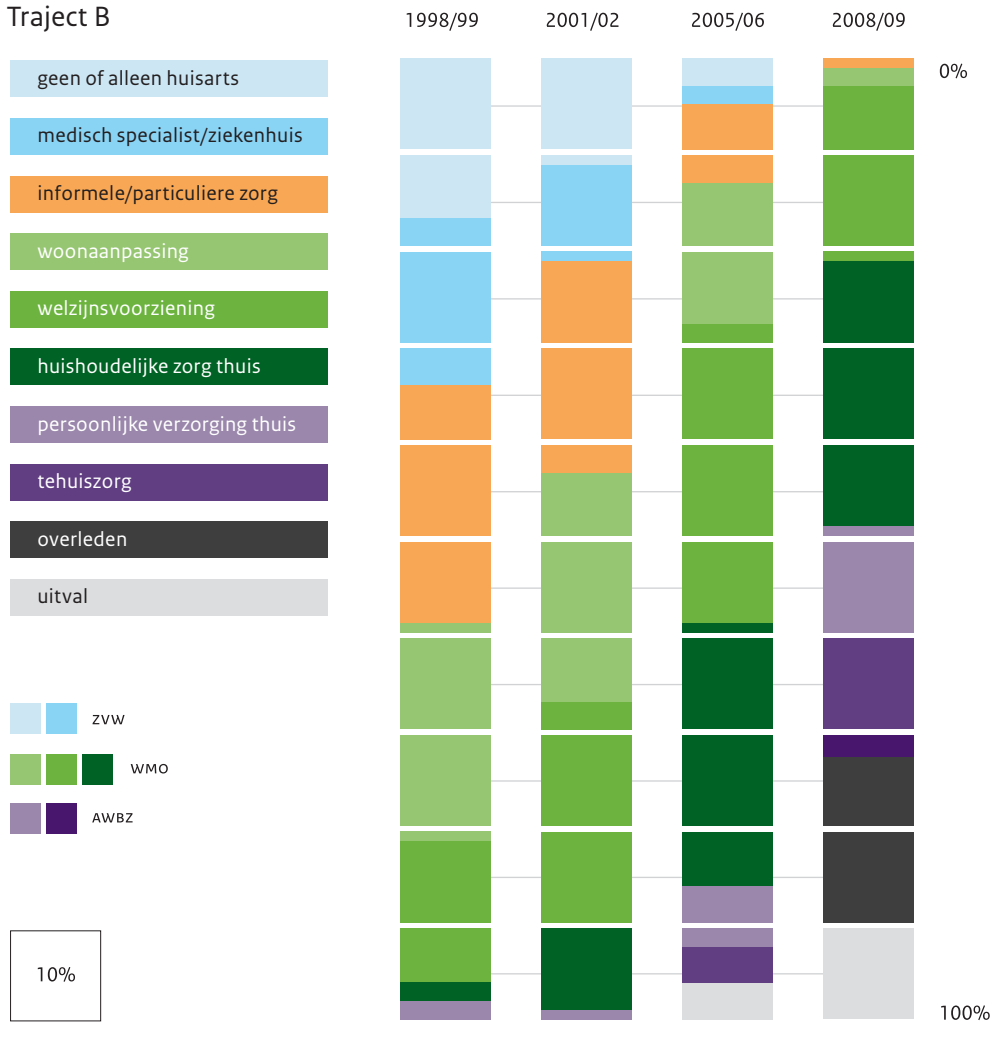
Traject B: Wmo/awbz-instroom

Personen in traject B (24%) ontvingen in de loop van tien jaar naast medische zorg (Zvw) en informele of particuliere hulp allengs ook gemeentelijke ondersteuning (Wmo) en langdurige verpleging en verzorging (AWBZ). Bij aanvang van de periode was het zorggebruik van deze personen laag, vergelijkbaar met dat van de personen in traject A. Zes van de tien personen in traject B ontving niet meer dan een combinatie van medische zorg en informele of particuliere hulp (figuur 3.2 en B3.1 in de bijlage). De andere vier ontvingen gemeentelijke ondersteuning. Tien jaar later ontving vrijwel iedereen ook Wmo- en/of AWBZ-zorg.

In de tussenliggende periode nam eerst de Wmo-ondersteuning (het gebruik van welzijnsvoorzieningen steeg van 17% naar 59%, zie tabel B3.1) toe en daarna de AWBZ-zorg (het percentage tehuwbewoners nam vanaf 0% toe tot 17%, zie tabel B3.2). In de eerste zeven jaar ontvingen drie van de tien personen naast medische Zvw-zorg allengs ook Wmo-zorg en één van de tien ook AWBZ-zorg. Na tien jaar ontving een kwart van de personen naast medische zorg en gemeentelijke ondersteuning inmiddels ook AWBZ-zorg. Dit traject toont een sterk toenemend gebruik van zorg in de onderzochte periode van tien jaar. Dit zien we ook terug in het gebruik van het aantal voorzieningen; dit nam gemiddeld toe van 2,4 naar 3,9 voorzieningen (tabel B3.2). In termen van de financieringskaders stroomden veel personen vanuit dit traject de Wmo en de AWBZ in. Daarnaast bleven zij ook Zvw-zorg ontvangen.

Figuur 3.2

Traject B naar pakketten van ontvangen zorg en ondersteuning in de periode 1998-2009
(in procenten; n = 430)



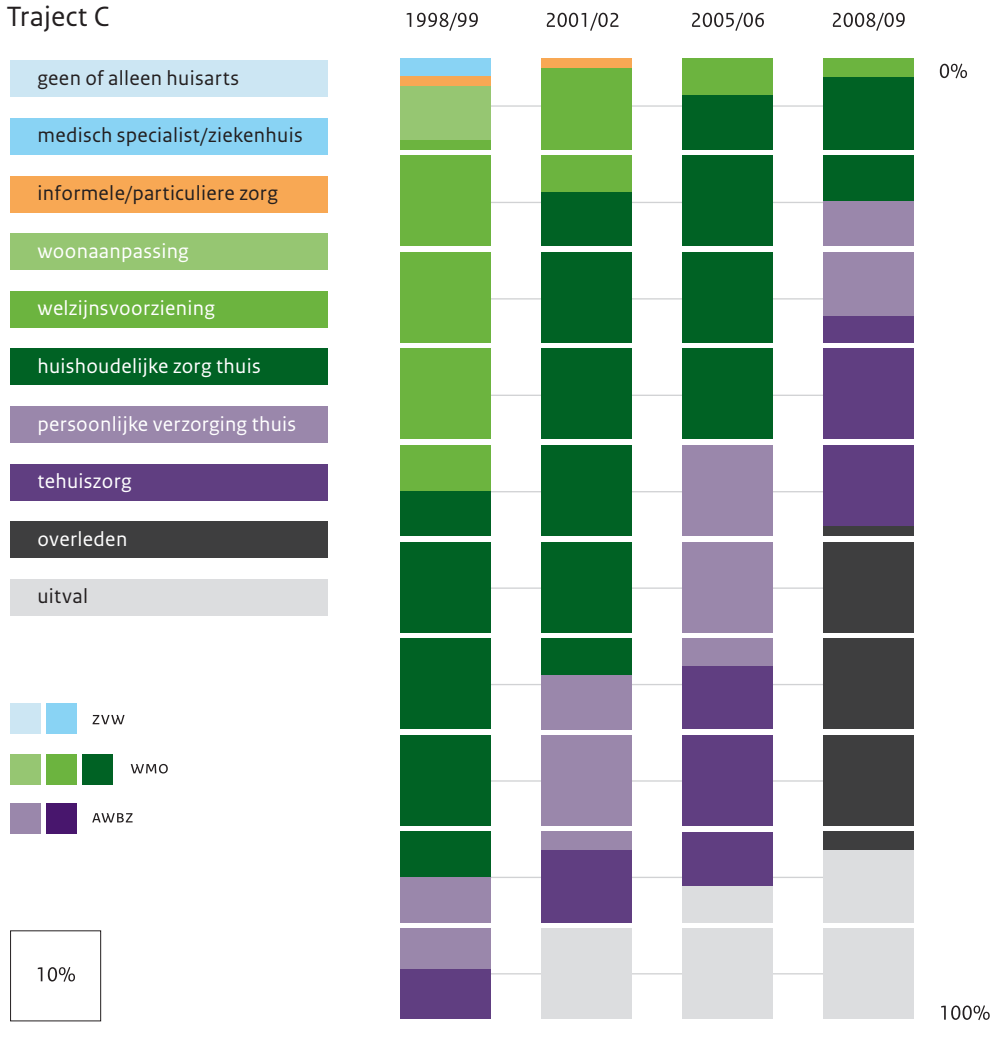
Traject C: AWBZ-instroom

Persone in traject C (12%) ontvingen in de onderzochte periode van tien jaar naast gemeentelijke ondersteuning allengs ook AWBZ-zorg. Bij aanvang ontvingen acht van de tien personen gemeentelijke ondersteuning en lichtere zorg- en ondersteuningspakketten (figuur 3.3 en B3.1 in de bijlage). Na tien jaar ontvingen zeven van de tien ook zwaardere AWBZ-zorg of waren zij inmiddels overleden.

In deze groep stroomden zeven van de acht Wmo-ontvangers in de AWBZ; een deel daarvan overleed. Het gebruik van AWBZ-thuiszorg nam in dit traject in zeven jaar toe van 9% naar 26% (tabel B3.2). Het gemiddeld aantal ontvangen voorzieningen is over de gehele periode stabiel hoger dan in de andere trajecten, rond de vier voorzieningen. Kenmerkend voor dit traject is de grote instroom in de AWBZ-zorg. De personen die zelfstandig bleven wonen, ontvingen daarnaast ook lichtere vormen van zorg en ondersteuning uit de Wmo en Zvw.

Figuur 3.3

Traject C naar pakketten van ontvangen zorg en ondersteuning in de periode 1998-2009
(in procenten; n = 211)

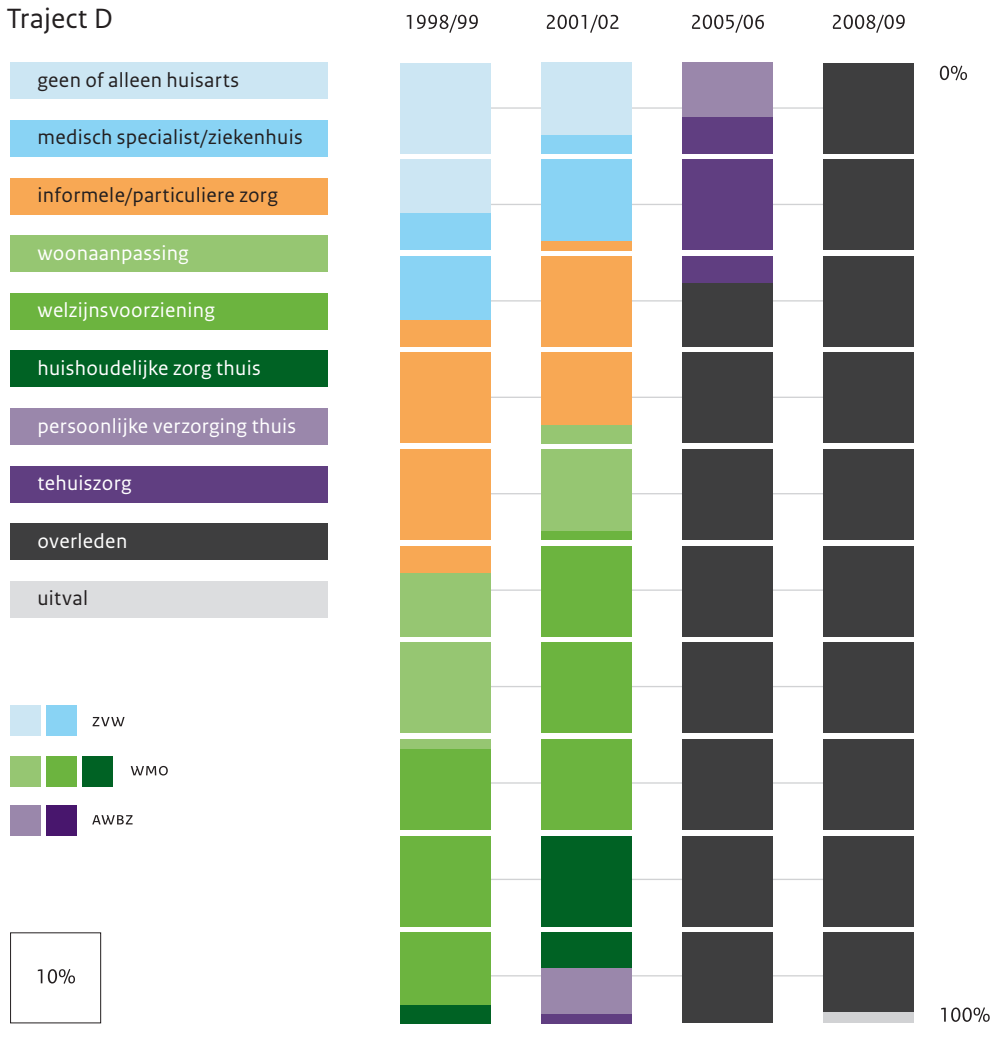


Traject D: Laag gebruik van zorg- en ondersteuning met hoge sterftekans

Over de patronen in het gebruik van zorg en ondersteuning van deze groep (13%) weten we minder dan van de eerder besproken groepen, omdat acht van de tien personen na zeven jaar overleden waren. Bij aanvang woonden alle personen in dit traject zelfstandig met een arrangement van medische zorg, informele en/of particuliere zorg en gemeentelijke ondersteuning. Zeven jaar later woonde één op de acht personen in een tehuis. Tien jaar later was iedereen overleden. Eén op de vijf personen ontving binnen zeven jaar AWBZ-zorg; de andere vier overleden. Deze groep zelfstandig wonenden met relatief lichte zorg en ondersteuning heeft een hoge sterftekans. Zie figuur 3.4 en B3.1 in de bijlage.

Figuur 3.4

Traject D naar pakketten van ontvangen zorg en ondersteuning in de periode 1998-2009
(in procenten; n = 222)

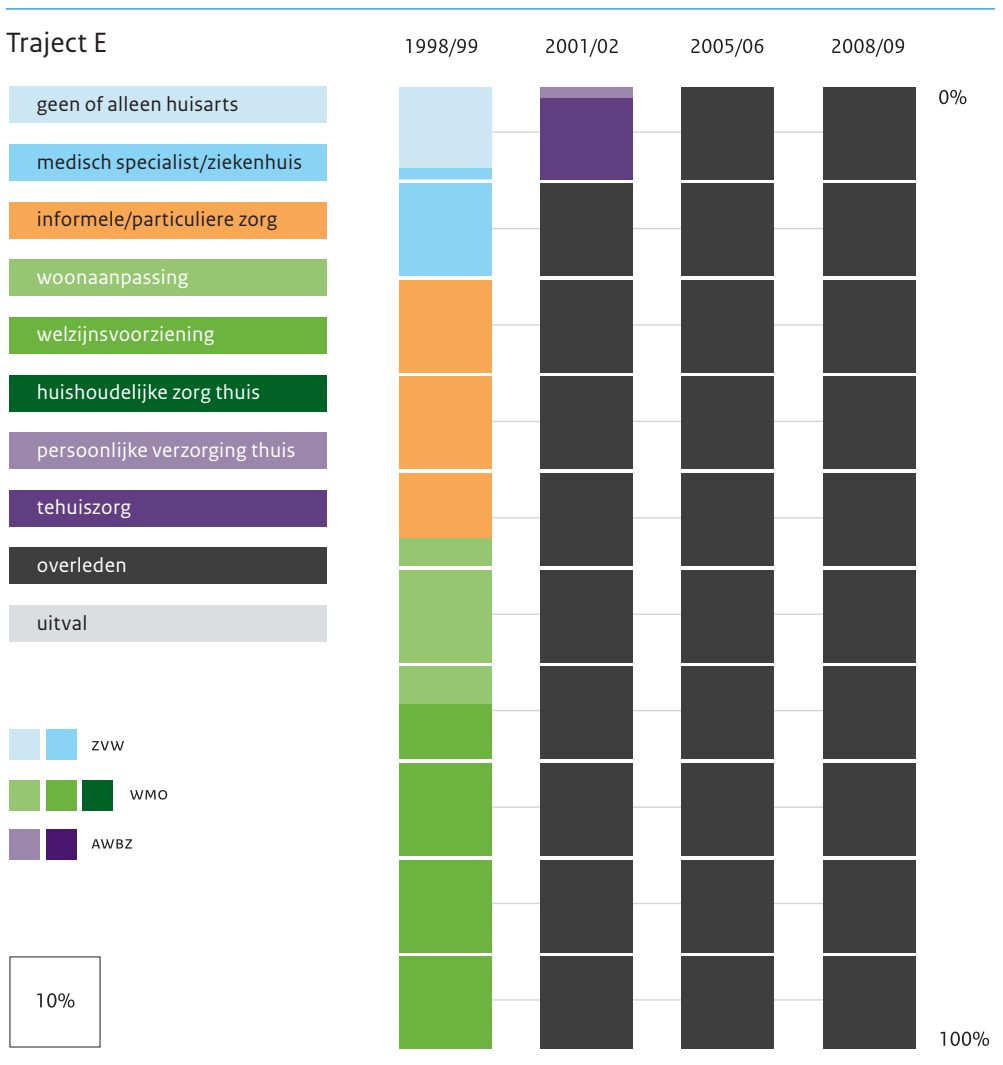


Traject E: Laag gebruik van zorg- en ondersteuning met zeer hoge sterftekans

Net als in de voorgaande traject woonden deze personen (7%) zelfstandig met lichtere vormen van zorg en ondersteuning. Drie jaar later woonde één van de tien in een tehuis; de andere negen waren overleden. Na zeven jaar was iedereen overleden. Veel kunnen we over deze groep niet zeggen. Ze lijken op traject D in een latere fase (zie figuur 3.5 en B3.1 in de bijlage).

Figuur 3.5

Traject E naar pakketten van ontvangen zorg en ondersteuning in de periode 1998-2009 (in procenten; n = 121)



Traject F: AWBZ-gebruik met hoge sterftekans

Ook over de patronen in deze groep (13%) weten we minder, omdat negen van de tien personen binnen zeven jaar waren overleden. Bij aanvang ontvingen zes van de tien personen AWBZ-zorg: vier woonden in een tehuis en twee woonden zelfstandig. Drie jaar later was de helft van deze groep overleden (of uitgevallen) en zeven jaar later vrijwel iedereen. Het gaat om een groep van overwegend AWBZ-ontvangers (naast lichtere vormen van zorg voor de zelfstandig wonenden) met een hoge sterftekans. Zie figuur 3.6 en B3.1 in de bijlage.

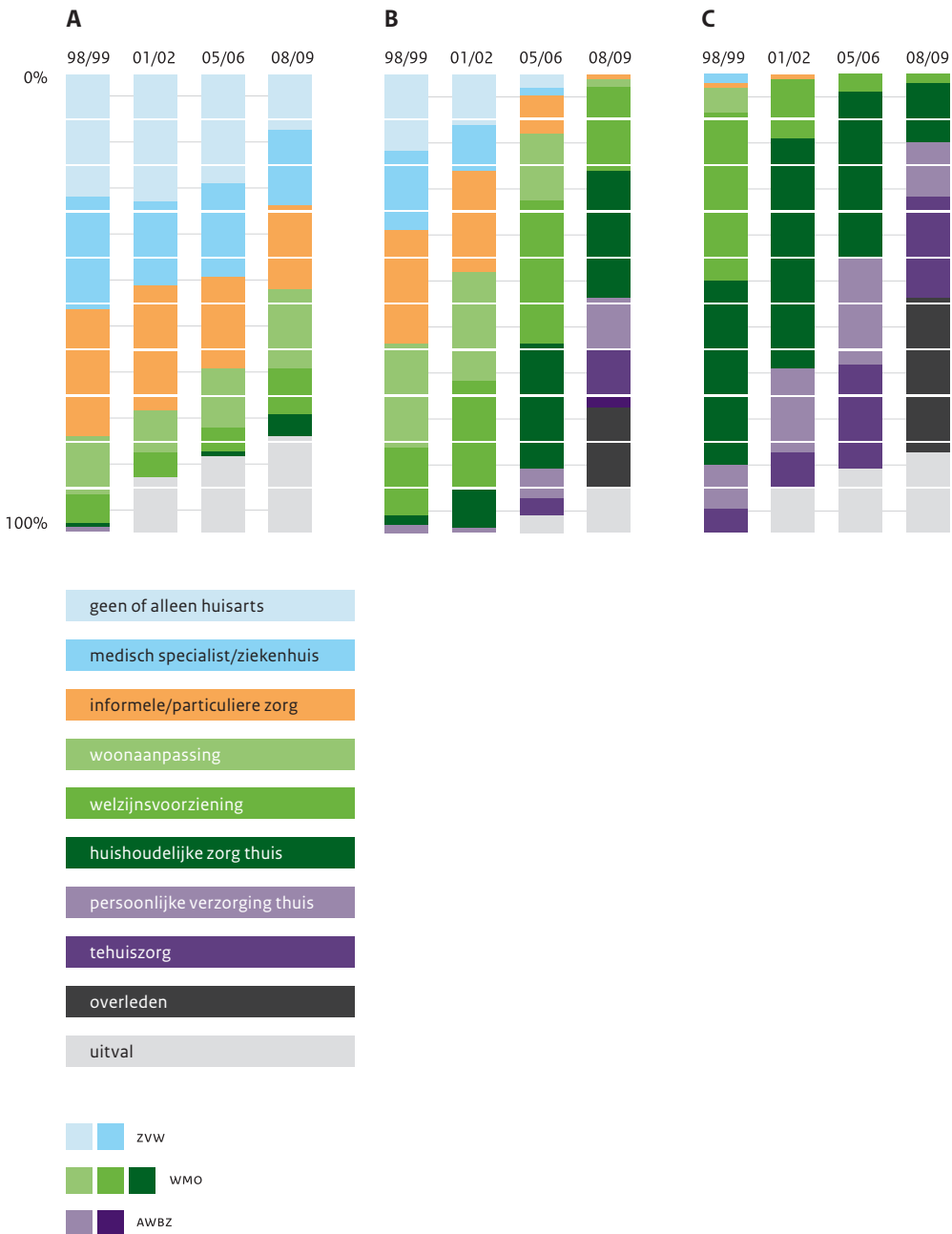
Figuur 3.6

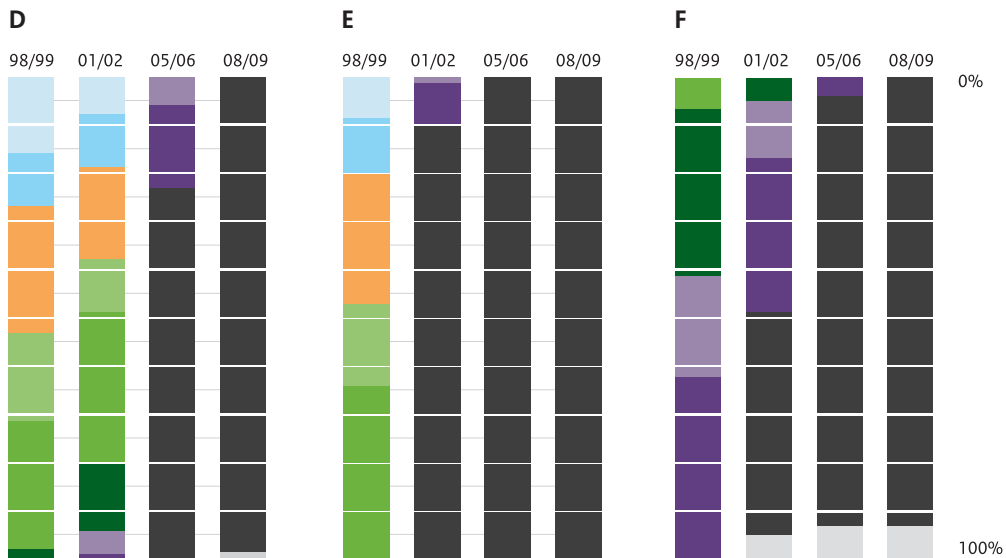
Traject F naar pakketten van ontvangen zorg en ondersteuning in de periode 1998-2009 (in procenten; n = 232)



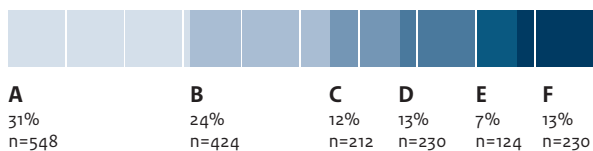
Figuur 3.7

De zes trajecten naast elkaar, 1998-2009 (n = 1768; in procenten)





Aandeel in totale onderzoeksgroep per traject (n totaal = 1768)



Noot

- De exacte percentages van de figuur zijn te vinden in bijlage 3.1, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport.

4 Profielen

4.1 Persoonskenmerken van trajectvolgers

In hoofdstuk 3 zijn zes veelvoorkomende zorgtrajecten van 65-plussers in de periode 1998-2009 onderscheiden. Wie waren de ouderen in deze trajecten? Onderscheiden ze zich van elkaar in demografisch of sociaaleconomisch opzicht, of in gezondheid of in sociale omgeving, hulpbronnen of in kwetsbaarheid? Om hierin inzicht te krijgen hebben we een groot aantal kenmerken van de leden van de trajectgroepen met elkaar vergeleken.

In hoofdstuk 4 schetsen we in drie stappen profielen van de trajecten. Allereerst beschouwen we de trajectgroepen op een aantal domeinen, zoals demografie en gezondheid, vervolgens nemen we de kenmerken samen in een multivariate analyse en tot slot proberen we te komen tot een herkenbare typering van de verschillende trajecten. De gebruikte meetinstrumenten voor deze indicatoren zijn toegelicht in hoofdstuk 2 (en de bijbehorende bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport).¹

Demografie en sociaaleconomische positie

De trajecten variëren duidelijk naar demografische en sociaaleconomische achtergrondkenmerken. Er is zichtbaar een relatie tussen leeftijd en de door ons gekozen rangorde van de trajecten: de personen van traject A waren gemiddeld het jongst (71 jaar) en die van traject F het oudst (85 jaar). De leeftijd loopt geleidelijk op met de trajecten, met een kleine uitzondering voor de trajecten C en D. Later in de multivariate analyses wordt dit verband bevestigd (zie tabel 4.6).

De trajecten van Wmo/AWBZ-instromers (B) en AWBZ-instromers (C) bevatten relatief veel vrouwen. De trajecten met AWBZ-instromers (B) en -ontvangers (F) bevatten meer personen met een lagere sociaaleconomische status en meer alleenstaanden. Het traject met laag zorg- en ondersteuningsgebruik met een hoge sterftekans (D) en het traject met laag zorg- en ondersteuningsgebruik met een zeer hoge sterftekans (E) lijken op elkaar in demografisch en sociaaleconomisch opzicht. De personen in traject E zijn gemiddeld 2,5 jaar ouder dan die in traject D.

Tabel 4.1

Trajecten naar achtergrondkenmerken, 1998/'99 (n = 1768)

	A	B	C	D	E	F		P
	stabiel medische zorg	Wmo/AWBZ- instromers	AWBZ-instromers	laag zorg- ondersteuning, hoge sterftekans	laag zorg ondersteuning, hogere sterftekans	AWBZ-zorg, hoge sterftekans	totaal	
leeftijd (gemiddeld)	71,0	74,1	78,1	77,6	80,0	84,5	76,7	0.00
% vrouw	49	65	75	45	43	58	56	0.00
% met partner in huishouden.	72	60	32	51	52	22	51	0.00
opleidingsniveau ((1 - 9)	3,7	3,6	3	3,6	3,6	3	3,4	0.00
% laag	33	37	53	41	39	56	42	0.00
% midden	55	51	40	44	49	36	47	
% hoog	12	11	8	15	11	8	11	
nettohuishoudensinkomen (gemiddeld 787-5750)	2541	2401	1969	2410	2362	1930	2295	0,00
(n)	460	383	213	235	142	335	1768	

Gezondheid

Bekijken we verschillende aspecten van de gezondheid (chronische ziekten, functiebeperkingen, cognitief disfunctioneren en depressieve stemming), dan zien we dat multimorbiditeit (het hebben van meer dan één chronische aandoening) voorkomt bij ten minste de helft van de trajecten AWBZ-instromers (C), AWBZ-ontvangers (F), maar ook bij de groep (E), die in 1998/'99 startte met een laag gebruik van zorg en ondersteuning en binnen drie jaar overleed.

Een vergelijkbaar beeld komt naar voren bij de functionele beperkingen in de activiteiten het alledaagse leven. De percentages personen met twee of meer functiebeperkingen zijn zeer hoog bij de AWBZ-instromers (B) en AWBZ-ontvangers (F), maar niet zo hoog bij de eerder genoemde groep met een laag zorg- en ondersteuningsgebruik met een hogere sterftekans (E).

Kijken we naar mentale beperkingen, dan bevestigen de cijfers het beeld dat cognitieve beperkingen (denk aan verpleeghuisbewoners met dementie) gemiddeld vaker voorkomen bij het traject AWBZ-ontvangers met een hoge sterftekans (F). Depressieve stoornissen komen vaker voor in het genoemde traject F en het traject AWBZ-instromers (C).

Tabel 4.2

Trajecten naar gezondheidskenmerken, 1998/'99 (n = 1768)

	A	B	C	D	E	F		P
	stabiel medische zorg	Wmo/AWBZ- instromers	AWBZ-instromers	laag zorg- ondersteuning, hoge sterftkans	laag zorg- ondersteuning, hogere sterftkans	AWBZ-zorg, hoge sterftkans	totaal	
chronische ziekten (gemiddelden 0-6)	1	1,3	1,7	1,4	1,7	1,9	1,4	0.00
% geen	35	23	10	21	21	13	23	0.00
% een	42	41	39	35	27	25	36	
% twee of meer	23	36	50	43	52	62	41	
functionele beperkingen (gemiddelden 0-6)	0,6	1,3	2,9	1,7	2	4,2	1,9	0.00
% geen	65	43	11	35	36	4	36	0.00
% een	19	23	18	24	17	7	18	
% twee of meer	16	34	71	41	47	89	45	
mmse (gemiddelden 2-30)	27,9	27,8	26,5	26,7	25,6	23,3	26,6	0.00
depressie (gemiddelden 0-49)	6,2	7,9	11,9	8,7	8,8	12,9	8,9	0.00
(n)	460	383	213	235	142	335	1768	

Veranderingen in gezondheid

Bij de trajecten A, B en C waarvoor drie of vier waarnemingsmomenten beschikbaar zijn, hebben we ook gekeken naar veranderingen in de gezondheid (tabellen B4.2 t/m B4.4 in de bijlage, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Het traject met personen met een stabiel laag gebruik van medische zorg (A) geeft relatief de grootste stabiliteit in gezondheid weer. In het traject met Wmo/AWBZ-instromers (B) zien we een verslechtering van verschillende gezondheidsaspecten: het gemiddeld aantal chronische aandoeningen nam licht toe van 1,3 naar 1,9 aandoeningen in tien jaar tijd, maar met name het aantal functiebeperkingen nam fors toe van 1,3 naar 3,3 in genoemde periode. Ook de gemiddelde score voor depressie nam toe van 7,9 naar 10,6 in tien jaar tijd. Het traject van AWBZ-instromers (C) toont een toename van het gemiddelde aantal chronische aandoeningen van 1,7 naar 2,1 aandoeningen en het gemiddeld aantal functiebeperkingen van 2,9 naar 4,4 in tien jaar tijd. Op het mentale vlak namen met name de cognitieve beperkingen snel toe: de gemiddelde Mini Mental State Examination-score (mmse) daalde van 26,5 naar 24,5 (verandering van één punt is klinisch relevant), terwijl de depressieve stoornissen gemiddeld weinig toenamen (11,9 naar 12,5).

Hulpbronnen

In dit onderzoek hebben we gekeken naar drie typen hulpbronnen: persoonlijke competenties (ervaren regie ofwel het gevoel hebben controle over het leven te hebben versus overgeleverd te zijn aan de omstandigheden), sociale hulpbronnen (omvang sociaal netwerk, kind in de buurt) en kenmerken van de woonomgeving (type woning, urbanisatiegraad; tabel 4.3).²

Een hogere ervaren regie zien we bij aanvang van de studie vooral in de trajecten met een stabiel laag medisch zorggebruik (A) en de Wmo/AWBZ-instromers (B). De ervaren regie is het laagst in de trajecten met AWBZ-instromers (C) en AWBZ-ontvangers (F). We zien dat de trajecten C en F gemiddeld ook een kleiner sociaal netwerk hebben en dat er minder vaak een kind in de buurt woont (ofwel de aanwezigheid van een potentiële mantelzorger). Tehuisbewoners zijn vooral te vinden in traject F, waarbij opgemerkt dient te worden dat slechts vier van de tien personen in dit traject in een tehuis woonden en dus zes personen nog zelfstandig woonden. De personen uit dit traject F woonden vaker in de stad. Personen met stabiel medische zorggebruik (A) woonden vaker buiten de steden.

Tabel 4.3

Trajecten naar sociale kenmerken, 1998/99 (n = 1768 tenzij anders vermeld)

	A	B	C	D	E	F	totaal	p
	stabiel medische zorg	Wmo/AWBZ- instromers	AWBZ-instromers	laag zorg- ondersteuning, hoge sterftkans	laag zorg- ondersteuning, hogere sterftkans	AWBZ-zorg, hoge sterftkans		
mastery (gemiddelden 5-25)	17,1	16,8	14,2	16,1	14,7	10,9	15,4	0.00
netwerk omvang (gemiddelden 0-62) (n = 1582)	15,6	15,6	12,8	13,2	13,6	11	14,2	0.00
% klein (0-5)	12	11	27	14	23	44	20	0.00
% midden (6-14)	47	43	43	54	43	37	45	
% groot (15+)	41	46	31	32	34	19	35	
kind in de buurt (% 1+) (n = 1447)	62	60	57	62	65	55	60	0,44
woonsituatie								
% in tehuis	0	0	5	0	0	38	8	0.00
kamers gelijk vloers (%) (n = 1458)	26	38	47	37	42	52	38	0.00
urbanisatiegraad (gemiddelden 1-5)	3	3,1	3,1	3,1	3,2	3,4	3,1	0,01
% in (grote) stad	40	45	44	45	49	57	46	0.00
(n)	460	383	213	235	142	335	1768	

Ingrijpende levensgebeurtenissen

Het ziek worden en het verlies van de partner door overlijden en een verhuizing zijn ingrijpende gebeurtenissen in het leven van ouderen met grote gevolgen voor hun sociale netwerk. Voor de trajecten A, B en C hebben we veranderingen in de sociale omgeving bekeken.

Het verlies van de partner komt in alle trajecten voor (tabel B4.5 in bijlage). De Wmo/AWBZ-instromers (B) en AWBZ-instromers (C) hadden vaak al geen partner meer. De Wmo/AWBZ-instromers verloren relatief vaak hun partner in de onderzochte periode van tien jaar. Het ziek worden van de partner lijkt niet duidelijk in een bepaald traject voor te komen (tabel B4.6 in bijlage). Over tien jaar gezien kwam dit nog het meest voor bij personen met een stabiel medisch zorggebruik (A), mogelijk omdat deze partners nog niet zo oud waren.

Tabel B4.7 in de bijlage laat zien dat de Wmo/AWBZ-instromers vaker verhuizen (vaak naar een tehuis): drie van de tien personen is verhuisd in de onderzochte periode van tien jaar. AWBZ-ontvangers verhuisden vooral in de eerste zes jaar van het onderzoek, mogelijk naar een tehuis. Wat betreft de gevolgen voor het sociale netwerk van ouderen zien we zowel een afname als een toename in netwerkomvang in de verschillende trajecten (tabel B4.8 in bijlage). Bij personen met stabiele medische zorg (A) was de omvang van het sociale netwerk het stabielst; bij de Wmo/AWBZ-instromers (B) wisselde dit sterker en bij de AWBZ-ontvangers (C) nam de omvang gestaag af.

Kwetsbaarheid

Ten slotte hebben we de verbanden met de kwetsbaarheid van ouderen onderzocht aan de hand van de brede integrale benadering van de Tilburg Frailty Indicator, die eerder is gebruikt in het SCP-rapport *Kwetsbare ouderen* (Van Campen 2011).

De personen met stabiel medische zorg (A) zijn het minst kwetsbaar: slechts één op de tien personen was kwetsbaar (tabel 4.4).³ Bij de Wmo/AWBZ-instromers (B) is dit aantal twee keer zo hoog en de bij de AWBZ-instromers (C) was de helft kwetsbaar bij aanvang van de studie. De meeste kwetsbare ouderen vinden we onder de AWBZ-ontvangers (F): bijna driekwart is kwetsbaar. Bij de personen met een laag gebruik van zorg en ondersteuning en een hoge sterftkans (D en E) liggen de percentages rond het gemiddelde van de totale onderzoeksgroep.

Splitsen we de totaalscores van kwetsbaarheid uit naar fysieke, psychische en sociale domeinen, dan wordt zichtbaar dat de bij aanvang gezondste trajecten (A en B, zie ook tabel 4.1) meer personen kwetsbaar zijn op het psychische en sociale vlak. De minst gezonde AWBZ-trajecten (C en F) zijn kwetsbaarder op het fysieke domein.

Tabel 4.4

Trajecten naar kwetsbaarheid, 1998/'99 (n = 511)

	A	B	C	D	E	F		P
	stabiel medische zorg	Wmo/AWBZ- instromers	AWBZ-instromers	laag zorg- ondersteuning, hoge sterftekans	laag zorg- ondersteuning, hogere sterftekans	AWBZ-zorg, hoge sterftekans	totaal	
totale kwetsbaarheid								
gemiddelden (0-1)	0,13	0,19	0,33	0,24	0,25	0,4	0,23	0.00
% kwetsbaar	10	20	51	31	38	73	32	0.00
% fysiek kwetsbaar	3	7	36	15	21	59	19	0.00
% psychisch kwetsbaar	14	18	34	25	27	43	25	0.00
% sociaal kwetsbaar	12	20	34	22	22	44	24	0.00

Veranderingen in kwetsbaarheid

Over tien jaar bezien nam de kwetsbaarheid in de trajecten A, B en C duidelijk toe: slechts weinigen in dit trajecten ervoeren een vermindering van kwetsbaarheid over deze lange periode (tabellen B4.9 t/m B4.12 in de bijlage). De sterkste toename in kwetsbaarheid zien we bij de groep Wmo/AWBZ-instromers (B). Met name hun fysieke kwetsbaarheid nam fors toe. Zij maakten dan ook een overgang door van weinig zorg naar gemeentelijke ondersteuning naar langdurige AWBZ-zorg (zie § 3.1). Ook bij de personen met stabiele medische zorg (A) nam de fysieke kwetsbaarheid, weliswaar in mindere mate en met name in de laatste drie jaar van het onderzoek, toe. Zij ontvingen allengs meer gemeentelijke ondersteuning (zie § 3.1).

Multivariate analyses

Na de voorgaande bivariate analyses zijn multinomiale logistische regressieanalyses uitgevoerd om te bezien welke kenmerken de doorslag geven bij het onderscheiden van de trajecten. Om verschillende kon een beperkt aantal kenmerken in deze analyses worden opgenomen (zie de bijlage voor de methodologische toelichting). Tabel 4.5 laat zien waarin de trajectgroepen zich onderscheiden van traject A (de referentiecategorie), de groep met het meeste lage en stabiele gebruik van zorg en ondersteuning. De andere trajecten onderscheiden zich op demografische (leeftijd en geslacht) en gezondheidskenmerken (functiebeperkingen en chronische ziekten) van de referentiecategorie A. De trajecten van AWBZ-instromers (C) en de AWBZ-ontvangers (F) onderscheiden zich daarnaast ook door meer depressieve stoornissen. Met uitzondering van traject B onderscheiden de andere trajecten zich ook door meer personen zonder partner. De sociaaleconomische en geografische kenmerken onderscheiden zich na correctie voor andere variabelen niet meer.

De demografische kenmerken tonen een relatie met de door ons gekozen rangorde van trajecten: hoe hoger het traject, hoe hoger de gemiddelde leeftijd. Bij de gezondheidskenmerken zien we een ander patroon: de AWBZ-trajecten C en F onderscheiden zich het sterkst van de referentiecategorie in het aantal chronische aandoeningen, functiebeperkingen en depressieve stoornissen. De andere trajecten onderscheiden zich minder sterk, met uitzondering van de personen in traject E, die zich het sterkst onderscheiden van de referentiecategorie in het aantal chronische ziekten.

Tabel 4.5

Multinomiale logistische regressie; achtergrondkenmerken en gezondheidstoestand bij aanvang naar trajecten, 1998/99 (referentie = traject A, n = 1723, odd ratio's)

	B	C	D	E	F
	Wmo/ AWBZ- instromers	AWBZ- instromers	laag zorg- ondersteuning, hoge sterftekans	laag zorg- ondersteuning, hogere sterftekans	AWBZ- zorg, hoge sterftekans
vrouw	1.91**	1.69*	0.63*	0.61*	0.53**
leeftijd in jaren	1.10**	1.20**	1.20**	1.27**	1.43**
geen partner (vs wel)	1,16	2.77**	1.91**	1.69*	4.43**
geen grote stad (vs wel)	0,76	1,29	1,1	1,1	0,91
opleidingsniveau (1-9)	1,05	0,96	1,02	1	0,9
functioneel beperkt (0-6)	1.26**	1.68**	1.38**	1.35**	1.99**
chronische ziekten (0-7)	1.19*	1.45**	1.30**	1.64**	1.55**
depressieve stemming (0-12) ^a	1,04	1.16**	1,08	1,09	1.16*

a Vier items van de CES-D.

* p < 0.05; ** p < 0.01

De tweede multinomiale logistische regressieanalyse in tabel 4.6 toont tevens de invloed van veranderingen in kenmerken voor de trajecten A, B en C. De verandering in kenmerken zijn teruggebracht tot twee categorieën: wel of geen verslechtering (zie toelichting in bijlage). Naast de genoemde demografische en gezondheidskenmerken zien we nu dat het verlies van de partner, verhuizing en veranderingen in het sociale netwerk verschil maken tussen de trajecten. De Wmo/AWBZ-instromers onderscheiden zich door meer verhuizingen van de referentiecategorie (A). De AWBZ-instromers (C) onderscheiden zich daarnaast ook door het verlies van de partner en een kleiner wordend sociaal netwerk.

Tabel 4.6

Multinomiale logistische regressie; achtergrondkenmerken, kenmerken in 1998 en verslechtering (nee, ja) naar trajecten (referentie = traject A, n = 935, odds ratio's)

	B Wmo/AWBZ-instromers	C AWBZ-instromers
achtergrondkenmerken		
vrouw	2.02**	1.65~
leeftijd in jaren	1.13**	1.24**
partner (vs geen)	0,74	0.24**
opleidingsniveau (1-9)	1,03	0,98
kenmerken in 1998		
aantal functionele beperkingen (0-6)	1.39**	1.91**
aantal chronische ziekten (0-7)	1.22*	1.60**
cognitief functioneren (2-30)	1,00	0,92
depressieve stemming (0-49)	1,01	1.05*
netwerk omvang (0-62)	1,01	1.03~
verslechtering in		
functionele beperkingen (0,1)	1.50*	0,9
chronische ziekten (0,1)	1.74**	2.13**
cognitief functioneren (0,1)	1,25	1,15
depressieve stemming (0,1)	0,95	0.60
netwerk omvang (0,1)	1,11	0.44**
verhuizing (0,1)	1.63**	1.83*
overlijden partner (0,1)	1,33	2.68**
ziek worden partner (0,1)	1,11	0,76

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Samengevat onderscheiden de trajectgroepen zich van elkaar zowel in hun toestand bij aanvang van de studie als in hun ontwikkeling in de tien jaar daarna op demografische kenmerken, op verschillende gezondheidskenmerken, ingrijpende levensgebeurtenissen en sociale netwerken. Er is met andere woorden niet één kenmerk zoals leeftijd aan te wijzen die het verschil maakt.

4.2 Profielen van trajectvolgers

Na de vergelijking van de trajecten op domeinen zoals gezondheid en hulpbronnen (horizontale lezing van de tabellen) kijken we nu binnen een traject welke (onderscheidende) kenmerken samengaan (verticale lezing van de tabellen). Zo proberen we profielen van de trajecten te vinden en letten daarbij vooral op de onderscheidende kenmerken.

Vitaal blijven met goede hulpbronnen

De traject A ‘stabiel laag medisch zorggebruik’ bestaat uit een groep ouderen die zeer vitaal lijken, omdat ze over een periode van tien jaar nauwelijks zorg gebruikten. Ze bezochten af en toe de huisarts, een deel bezocht de medisch specialist en/of verbleef kortstondig in het ziekenhuis. Een deel redde zich lange tijd met informele hulp uit het sociale netwerk of huurde particuliere hulp in. Pas in de laatste drie jaar ontving een deel ook gemeentelijke ondersteuning.

Kijken we naar de persoonskenmerken aan de begin van de periode en de veranderingen in de daarop volgende tien jaar, dan komt een beeld naar voren van een relatief jonge groep (gemiddeld 71 jaar) met goede hulpbronnen. Driekwart woonde samen met een partner, ze waren vaak hoogopgeleid en hadden een relatief hoog inkomen in vergelijking met andere ouderen. Ze hadden het gevoel meester te zijn over hun leven (mastery, interne locus of control) en maakten deel uit van een relatief groot en stabiel sociaal netwerk. Ze woonden vaker dan andere ouderen buiten de grote steden. Hun gezondheid was goed. Chronische aandoeningen, fysieke en cognitieve functiebeperkingen en depressieve klachten kwamen weinig voor in deze groep. Slechts één op de tien personen was kwetsbaar, al nam de kwetsbaarheid in de onderzochte tien jaar wel toe, wat ook tot uitdrukking komt in het gebruik van gemeentelijke ondersteuning in de laatste drie jaar.

Verweduwing, verhuizing, slechter wordende gezondheid

Traject B van ‘Wmo/awbz-instromers’ laat een patroon zien dat begint met een laag gebruik van medische zorg en ondersteuning, daarna een toenemend gebruik van gemeentelijke ondersteuning en nog later een toename van het gebruik van AWBZ-zorg. Na tien jaar ontvingen de meeste personen AWBZ-zorg of waren overleden.

De gemiddelde leeftijd was bij aanvang 74 jaar en dus waren de personen in de traject na tien jaar gemiddeld 84 jaar. Rond de 75 jaar begint vaak een kwetsbare fase in het leven van mensen en dat zien we bij deze groep terug in het toenemend gebruik van Wmo-ondersteuning en AWBZ-zorg.

Deze groep bevatte veel vrouwen (65%). Bij aanvang woonde men meestal nog samen, maar ze verloren relatief vaak hun partner gedurende de onderzochte tien jaar.

Bovendien verhuisden ze vaker, wat kan samenhangen met het verlies van de partner. Het sociale netwerk was groot bij aanvang, maar bleek instabiel; het wisselde vaak van omvang gedurende de onderzochte tien jaar.

Sociaaleconomisch horen ze tot een hoger traject. Ze startten dus met voldoende hulpbronnen, maar door ingrijpende levensgebeurtenissen nam de draaglast toe. Bovendien nam de gezondheid af. Bij aanvang waren deze personen redelijk gezond ondanks hun hoge gemiddelde leeftijd. Ze hadden relatief weinig chronische aandoeningen en functiebeperkingen, en geen tot weinig last van cognitieve of depressieve klachten. Gedurende de tien jaar verslechterde de gezondheid echter. Het aantal chronische aandoeningen nam toe en het aantal lichamelijke functiebeperkingen steeg fors, wat een belangrijke verklaring biedt voor de instroom in de Wmo en later de AWBZ-zorg. De cognitie bleef intact, maar het aandeel personen dat met depressies kampte, nam toe. Bij aanvang was 20% van de personen kwetsbaar en dit nam in onderzochte tien jaar toe tot bijna 35%.

Traject B is kortom een bij aanvang vitale groep met voldoende draagkracht die door verwezuwing, verhuizing en een slechter wordende fysieke en psychische gezondheid in toenemende mate collectieve zorg en ondersteuning (Wmo en AWBZ) is gaan gebruiken.

Verwezuwing, afnemend sociaal netwerk, toenemende fysieke en cognitieve beperkingen

De meeste AWBZ-instromers van traject C ontvingen bij aanvang gemeentelijke ondersteuning en ontvingen gedurende de tien jaar daarna in toenemende mate verpleging en verzorging vanuit de AWBZ; een deel was na tien jaar overleden. De gemiddelde leeftijd lag rond de 78 jaar, driekwart was vrouw en twee derde had geen partner (meer). Ze namen sociaaleconomisch gezien een lage positie in. Hun sociale netwerk was klein en nam in de daaropvolgende tien jaar verder af. De gezondheid was bij deze personen bij aanvang al slecht – verschillende aandoeningen en lichamelijke functiebeperkingen – en deze werd in de loop van de jaren nog slechter. Met name de lichamelijke functiebeperkingen namen fors toe. De cognitie was bij aanvang gemiddeld en nam daarna af, wat zou kunnen wijzen op een toename van dementie in dit traject. Men had weinig regie over het leven. Deze ontwikkelingen samen maken duidelijk waarom deze personen de AWBZ-zorg instroomden.

Van de volgende groepen beschikken we met name informatie over de situatie bij aanvang en weinig over de ontwikkeling, omdat deze personen binnen drie tot zes jaar waren overleden.

Alleenstaanden, mannen, hoge sociaaleconomische positie, klein netwerk

De personen in traject D met een ‘laag gebruik van zorg en ondersteuning en met een hoge sterftekans’ woonden bij aanvang zelfstandig met een arrangement van medische zorg, informele of particuliere hulp. Een deel ontving tevens gemeentelijke ondersteuning. Zeven jaar later woonde één op de acht personen in een tehuis, de andere zeven waren overleden. De personen in dit traject zijn dus in een periode van nog geen zeven jaar snel achteruitgegaan.

De gemiddelde leeftijd was 77 jaar, het betrof relatief veel mannen, met een goede sociaaleconomische positie. Ongeveer de helft had geen partner (meer). Ze hadden een relatief klein sociaal netwerk maar veel regie over het eigen leven. Hun gezondheid was gemiddeld, zowel fysiek als mentaal. Toch waren drie van de tien personen kwetsbaar, wat een verhoogd risico op overlijden betekent.

Traject E

De zorgtrajecten van de mensen in traject E ‘met een laag gebruik van zorg en ondersteuning en met een hogere sterftekans’ lijken sterk op die van traject D. Bij aanvang ontvingen ze medische zorg en ondersteuning, maar drie jaar later woonde één op de tien in een tehuis; de andere negen waren overleden. In vergelijking met traject D nemen we het overlijden een meetmoment (ofwel drie jaar) eerder waar. Ook in sociaal opzicht lijken de personen in traject E op de mensen in traject D, met dit verschil dat

ze gemiddeld drie jaar verder lijken in hun leven en dus ook ernstiger gezondheidsproblemen hadden en dichterbij de dood stonden.

De trajecten E en D zouden ons inziens kunnen worden beschouwd als één groep.

Zeer kwetsbare tehuusbewoners

De meerderheid van de personen in traject F 'AWBZ-gebruik met hoge sterfttekans' ontvingen bij aanvang AWBZ-zorg. Een deel woonde in een tehuis. Drie jaar later was de helft van deze groep overleden en zeven jaar later vrijwel iedereen. De gemiddelde leeftijd was bij aanvang 85 jaar en tien jaar later dus 95 jaar. Bij aanvang was acht van de tien personen alleenstaand; zes van de tien personen was vrouw. Gemiddeld had men een lagere sociaaleconomische positie, een klein sociaal netwerk en weinig regie over het leven. Tegenover de geringe draagkracht stond een grote draaglast van gezondheidsproblemen: multimorbiditeit, veel lichamelijke functiebeperkingen, cognitieve beperkingen en depressieve stoornissen. Niet verwonderlijk dat driekwart van de personen bij aanvang van de studie al kwetsbaar was. Dit traject wordt gekenmerkt door zeer kwetsbare tehuusbewoners die bij aanvang al opgenomen waren of anders in de zeven jaar daarna werden opgenomen of kwamen te overlijden.

4.3 Omvang van de trajectgroepen

De trajecten zijn bepaald op basis van gegevens uit de periode 1998/'99-2008/'09.

Tabel 4.7 bevat de omvang van de groepen in 1998. Er waren toen 2,1 miljoen 65-plussers in Nederland.

Tabel 4.7

Omvang van de trajectgroepen in de bevolking van 65 jaar en ouder in 1998 (gewogen^a, in procenten, nationale totalen, n = 1768)

		% in 1998	aantal in 1998 x 1000
A	laag stabiel medische zorg	31	656
B	Wmo/AWBZ-instromers	24	512
C	AWBZ-instromers	12	253
D/E	laag zorgondersteuning, hoge sterfttekans	20	409
F	AWBZ-zorg, hoge sterfttekans	13	276
totaal		100	2109

a Percentages gewogen op basis van leeftijd en geslacht naar 65+ bevolking op 1 januari 1998

Bron: CBS StatLine

Tabel 4.7 laat zien dat drie van de tien 65-plussers in de periode 1998-2008 weinig of geen zorg ontving. Een kwart van de 65-plussers stroomde in de Wmo en later in de AWBZ. Daarnaast stroomde nog 12% van de Wmo in de AWBZ. Samen vormen zij 36%. Dit is een substantiële groep die transities doormaakte tussen de drie financieringskaders. De resterende groepen D/E en F hadden een hoge sterftkans en maakten samen een derde uit van de 65plus-populatie. Eén op de vijf overleed binnen zes jaar na een laag gebruik van zorg en ondersteuning en 13% van de populatie overleed na zwaardere AWBZ-zorg ontvangen te hebben.

Inmiddels is het aantal 65-plussers gestegen tot 2,8 miljoen in 2013. De percentages van 1998 zijn om verschillende redenen niet zo maar te projecteren op 2013. Zo is bijvoorbeeld in de periode 1998-2013 het aantal 65-74-jarigen sterker gegroeid dan het aantal 85-plussers. Ouderen uit de periode 1998-2008 hebben verder niet dezelfde gezondheidsproblemen als de ouderen in de periode 2013-2023. Onderzoek laat zien dat de chronische aandoeningen in de oudere bevolking toenemen. De functiebeperkingen blijven na demografische correctie wel redelijk constant. Het zijn met name de functiebeperkingen die het beroep op de Wmo en AWBZ bepalen en die we op het oog hebben in deze studie. Het beroep op medische voorzieningen neemt door de gestegen prevalentie van chronische aandoeningen toe en dat zal indirect ook effect hebben op de instroom in de Wmo en AWBZ, al is daar nog moeilijk iets over te zeggen.

Het zorgaanbod verandert en ook in de ouderenzorg wijkt het aanbod van nu af van dat in 1998. Wat echter veel minder is veranderd, zijn de aangeboden zorgfuncties. Nog steeds maakt het gros van de ouderen met beperkingen in de alledaagse levensactiviteiten en het bewegen gebruik van de zorgfuncties huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging en tijdelijke opvang of verblijf. De aanbieders van deze zorgfuncties zijn veranderd sinds 1998, maar de functies zelf weinig. Er blijft dus op dezelfde domeinen hulp nodig.

In de komende jaren zal de financiering van de zorgfuncties veranderen. De scheidslijnen tussen Zvw, Wmo en AWBZ veranderen. Ook hier geldt echter dat het gebruik van zorgfuncties zelf weinig zal veranderen, maar alleen de financiering ervan. Deze aanname valt te verdedigen met de belangrijke kanttekening dat in het oog moet worden gehouden welke zorgfuncties door de trajecten van ouderen zullen worden gebruikt. De trajecten zijn voldoende inzichtelijk om te zien hoe de instroom in de AWBZ in de trajecten B en C zal veranderen wanneer bijvoorbeeld de persoonlijke verzorging en verpleging niet meer door de AWBZ wordt gefinancierd. De huidige categorie AWBZ-thuiszorgontvangers is te onderscheiden in de gepresenteerde cijfers.

Om de omvang van de groepen in 2013 te bepalen zijn aanvullende modelmatige schattingen nodig, waarover meer in de slotbeschouwing.

Noten

- 1 De trajecten hebben in principe geen rangorde. Voor de leesbaarheid hebben we een tweedeling aangebracht tussen de trajecten A, B en C met vier waarnemingen en de trajecten D, E F met minder waarnemingen door tussentijds overlijden. Verder is een rangorde aangebracht van lichter naar zwaarder gebruik van zorg en welzijn.
- 2 Deze kenmerken zijn niet beschikbaar voor de ouderen die telefonisch zijn geïnterviewd (zie hoofdstuk 2) en daarom is het aantal respondenten in de tabel lager.
- 3 Ook hier is het aantal respondenten lager, omdat deze gegevens niet voor iedereen beschikbaar zijn.

5 Slotbeschouwing

Niet alle ouderen volgen naarmate hun leeftijd vordert eenzelfde traject van ondersteuning en zorg. Deze studie laat zien dat er veel variatie bestaat in de zorgtrajecten van ouderen. Niettemin laten zich uit de analyse zes herkenbare patronen in de zorgtrajecten onderscheiden. Wanneer men ze, met de nodige voorbehouden (zie § 4.3), projecteert op de huidige bevolking van 2,8 miljoen personen van 65 jaar en ouder, geven ze het volgende toekomstbeeld: bijna een derde van de 65-plussers zal naar verwachting vitaal blijven met incidenteel medische zorg en lichte gemeentelijke ondersteuning. Bijna een kwart van de ouderen begint met vergelijkbare lichte zorg, maar zal in de komende tien jaar van hun leven eerst in de Wmo en later ook in de AWBZ stromen. Eén op de acht ontvangt nu ondersteuning van de gemeente en zou bij voortzetting van de huidige wettelijke indeling AWBZ-zorg gaan ontvangen. Daarnaast zal een derde van de huidige 65-plussers naar deze inschatting in de komende tien jaar komen te overlijden.¹

Kwetsbare groepen ondersteunen

De profielen van de zes trajecten (tabel 5.1) bieden aangrijpingspunten voor beleid om de zorgtrajecten van deze mensen te beïnvloeden.

Tabel 5.1.

Zorgtrajecten en profielen van 65-plussers in een periode van tien jaar, 1998-2008

	zorgtraject	profiel	%
A	stabiel laag medisch zorggebruik	vitaal, goede hulpbronnen	31
B	Wmo/AWBZ-instroom	verweduwing, verhuizing, slechter wordende gezondheid	24
C	AWBZ-instroom	verweduwing, afnemend sociaal netwerk, toenemende beperkingen	12
D/E	laag zorggebruik, hoge sterftkans	alleenstaanden, mannen, hoge ses, klein netwerk	20
F	AWBZ-zorggebruik met hoge sterftkans	zeer kwetsbare tehuusbewoners	13

De profielen van de grote groep vitale ouderen in traject A wijzen erop dat dit traject samenhangt met goede hulpbronnen: een hoge opleiding, een hoog inkomen, een groot en stabiel netwerk en het gevoel regie over het leven te hebben. Het strekt tot aanbeveling om deze hulpbronnen zoveel mogelijk in stand te houden. Zodra deze hulpbronnen verminderen, kan dit namelijk leiden tot zorgtrajecten met een hoger zorggebruik zoals we bij de volgende groepen zullen zien.

Door verweduwing en verhuizing varieert het sociale netwerk van de mensen van traject B sterk in omvang. Zij zijn dus gebaat bij een stabiel netwerk. Het verdient aanbeveling om het sociale netwerk van ouderen die hun partner verliezen en (noodgedwongen) verhuizen, in de gaten te houden en te ondersteunen, bijvoorbeeld door buurt- of wel-

zijns werk. Dit zal de instroom in de Wmo-ondersteuning niet helemaal voorkomen, maar zou deze wel kunnen beperken mits familie en vrienden hulp bieden bij het huishouden en praktische zaken zoals vervoer en alarmering. Aanpassingen in huis en de verstrekking van hulpmiddelen door de gemeente kan daarnaast de instroom in de AWBZ verminderen. Niet alles kan door het netwerk van familie en vrienden worden opgevangen, maar het activeren van dit netwerk kan er wel toe bijdragen dat deze groep minder snel/vaak een beroep zal doen op de collectieve voorzieningen van de Wmo en de AWBZ.

Het zorggebruik van deze groep is bij aanvang van de studie vergelijkbaar met dat van de personen in traject A, maar tien jaar later ontvangt een groot deel AWBZ-zorg. Wanneer we de profielen van traject A en B vergelijken, dan zien we dat de mensen in traject B op het eerste oog minder hulpbronnen hebben. Dit roept de vraag op of het toenemend zorggebruik van personen in traject B om te buigen is tot lager zorggebruik door versterking van het sociale netwerk. Om hierin meer inzicht te krijgen zouden zowel modelmatig als in de praktijk de effecten van ondersteuning en stimulering van het sociale netwerk kunnen worden onderzocht, om enerzijds de omvang van het effect en anderzijds de dynamiek van het effect – wat kan het netwerk opvangen en wat niet – te leren kennen.

De groep ouderen in traject C, die in tien jaar tijd in de AWBZ stromen, bestaat uit veel weduwen, personen met een afnemend sociaal netwerk, een laag gevoel van zelfregie en/of toenemende fysieke en cognitieve beperkingen. Hoewel de interactie tussen sociale en psychologische hulpbronnen en de ontwikkeling van ziekten en beperkingen ingewikkeld is, kan deze groep worden geholpen met een versterking van het sociale netwerk en hun zelfregie. Omdat cognitieve beperkingen, bijvoorbeeld de ontwikkeling van dementie, een rol spelen, zou zowel modelmatig als in de praktijk kunnen worden onderzocht met welke stimulering van de participatie het sociale netwerk beter in stand kan worden gehouden en met welke ondersteuning en begeleiding de personen meer regie over hun leven kunnen behouden. Dit is vooral toepasbaar bij ouderen zonder cognitieve beperkingen.

De lage sociaaleconomische positie van veel personen is ook een aanknopingspunt voor beleid. Ook gezondheidspreventie, zoals meer bewegen, kan ertoe bijdragen dat personen minder snel lichamelijk en geestelijk aftakelen, wat uiteindelijk kan leiden tot minder opnames in tehuizen.

Dit zijn enkele praktische ingrepen die de AWBZ-instroom van ouderen uit dit traject zouden kunnen verminderen. Als de vraag naar AWBZ-zorg vermindert, betekent dat wel dat er een alternatief aanbod moet zijn van formele en informele zorg voor ouderen met complexe problematiek. Anders zal de vraag naar AWBZ-zorg alsnog toenemen.

De trajectgroepen D en E bevatten veel mannen, alleenstaanden, personen met een relatief hoge sociaaleconomische positie en/of een klein netwerk. Hoewel hun gezondheidstoestand bij aanvang gemiddeld is, zijn de meesten drie tot zeven jaar later overleden. De doodsoorzaken hebben we niet onderzocht. Meer informatie over de snelle aftakeling in de jaren voor het overlijden zou, voor zover te achterhalen, meer inzicht

kunnen geven hoe deze groep zou kunnen worden ondersteund. Hun hulpbronnen zijn goed. Veel personen – het merendeel mannen – zijn echter alleenstaand en hebben een klein sociaal netwerk. Dit zijn mogelijke risicofactoren.

De personen in traject F hebben weinig hulpbronnen en hun gezondheidsproblemen zijn bij aanvang al groot en complex. We weten weinig van deze groep, omdat we maar één of twee meetmomenten voor het overlijden van deze personen beschikbaar hadden in de dataset. De overgang van extramurale naar intramurale AWBZ-zorg is interessant om nader te onderzoeken met het oog op de voorgenomen hervormingen van de langdurige zorg. Er zijn verschillende aangrijpingspunten op sociale en gezondheidsterreinen. Modelleren van de overgangen van extramurale zorg en ondersteuningspakketten naar intramurale tehuiszorg kan uitwijzen waar mogelijk de meeste winst te behalen is in het afremmen van de overgang van extramurale naar intramurale AWBZ-zorg. Daarnaast is het van belang te onderzoeken welke extramurale alternatieven van formele en informele hulp voor intramurale zorg het mogelijk maken dat ouderen met complexe problematiek zelfstandig kunnen blijven wonen.

Deze studie biedt een eerste kwantitatief beeld van de afgelopen periode, maar voor kwantitatieve voorspellingen, het doorrekenen van beleidsplannen en beleidssimulaties dienen vervolgstappen in het onderzoek te worden ondernomen. Ten eerste dienen de zorgtrajecten in de LASA-data te worden gemodelleerd. Dit levert een model van overgangen in zwaartepakketten van ondersteuning en zorg op waarmee effecten van door beleid beïnvloedbare kenmerken (bijvoorbeeld inkomen, woonsituatie, psychosociale hulpbronnen en functiebeperkingen) en niet-beïnvloedbare kenmerken (bv. leeftijd en geslacht) op het volume van de zorgtrajecten kunnen worden doorgerekend. Door de beïnvloedbare kenmerken te variëren in simulaties kan inzicht verkregen worden welke veranderingen in kenmerken het meeste effect sorteren om bijvoorbeeld ouderen op een stabiel lager zorggebruik te houden of de instroom in zware AWBZ-zorg te verminderen.

Gevolgen hervormingen doorrekenen

Het kabinet wil in de komende jaren de langdurige zorg grondig hervormen door met name de AWBZ af te slanken tot langdurige, intramurale zorg. Wat betekent dit voor de zorgtrajecten van ouderen? Hoeveel minder ouderen zullen in de komende drie, zeven of tien jaar in de (hervormde) AWBZ stromen, en dus met complexe gezondheidsproblemen thuis blijven wonen? Hoeveel meer ouderen zullen in de Wmo stromen en hoeveel minder zullen uitstromen naar de AWBZ? Hierbij dient ook rekening te worden gehouden met de veroudering van de populatie (bv. de aanwas van 80-plussers), de veranderingen in huishoudenssamenstellingen (bv. groei van aandeel alleenstaanden) en in de gezondheidstoestand (bv. toename van aantal chronische aandoeningen). Welke gevolgen zullen de veranderingen in de collectieve huishoudelijke verzorging hebben op de zorgtrajecten van ouderen?

Zeker is dat de overheid meer een beroep zal gaan doen op de burger. In de langdurige zorg is deze trend al zichtbaar sinds de invoering van het protocol gebruikelijke zorg in

2003. Hoe groot de groep ouderen wordt, die bij de huidige Wmo- en AWBZ-aanspraken in de komende tien jaar gebruik zouden gaan maken van voorzieningen maar door beleidswijzigingen geen of minder zorg en ondersteuning zullen ontvangen en een groter beroep zullen gaan moeten doen op hun sociale omgeving, hangt samen met de veranderingen in het beleid. Als bijvoorbeeld minder loopmiddelen, woningaanpassingen en andere voorzieningen beschikbaar zijn, zullen hulpbehoevende ouderen hiervoor een groter beroep op familie en vrienden gaan doen. Slechts enkele van deze voorzieningen (zoals maaltijden of hulp van vrijwilligers) kunnen echter door hen daadwerkelijk worden overgenomen.

Welke effecten hebben preventieve maatregelen en een gezonde leefstijl op het actief ouder worden en op de zorgtrajecten van ouderen? Het doel van het beleid is als vanzelfsprekend om het aantal vitale ouderen te vergroten die zichzelf of samen met hun partner redden met medische zorg en informele of particuliere hulp. Bij aanvang van deze studie behoorden personen in drie trajecten (A, B en E/D) tot deze categorie. In de daaropvolgende tien jaar zagen we echter dat deze groepen drie verschillende zorgtrajecten gingen volgen. Wanneer we de verschillende trajecten van deze drie groepen vergelijken, dan valt het op dat het verliezen van de partner, een verhuizing en een afnemend sociaal netwerk in combinatie met gezondheidsproblemen op één of andere manier samenhangt met een toenemend zorggebruik. Op grond van de huidige analyses van het materiaal kunnen we echter nog geen conclusies trekken of in de nabije toekomst het beroep op de informele zorg zal toenemen. Nadere analyses en modellering zijn noodzakelijk om de huidige en andere beleidsvoornemens kwantitatief te simuleren. Met een model bestaande uit determinanten of sturingsfactoren kan worden gesimuleerd hoe het volume van risicogroepen met een toenemend zorggebruik is om te buigen naar stabiel zorggebruik over een periode van tien jaar of langer. Met andere woorden, gesimuleerd kan worden hoe we het aandeel ouderen in de trajecten A en B kunnen vergroten en het aandeel ouderen in de trajecten C en F kunnen verminderen. Dit biedt belangrijke inzichten voor beleid om ouderen langer vitaal en zelfstandig in hun eigen buurt te laten wonen en leven.

Noot

- 1 Deze voorspelling gaat uit van handhaving van het huidige beleid en is gebaseerd op de kenmerken van de 65plus-bevolking in 1998.

Summary

Ageing with care

Care trajectories of older persons over a decade

A great deal is set to change in the coming years in the long-term care and support for the Dutch older population. It is unclear at the present time precisely what consequences the changes will have for frail older people with a care need, because they often receive different provisions and services as they grow older. The avowed ambition of the government is that older people should continue living independently for longer, with care and support provided in the community, and should be less quickly referred for admission to a residential facility. The government also expects citizens to organise their own help initially, with help from fellow household members, family, friends and volunteers (informal care) or by hiring in help (private care). The government plans to restrict access to collectively funded long-term care provision. The idea driving this change is that ‘more intensive’ (and more expensive) care should be replaced by ‘less intensive’ (cheaper) care and support. As regards the legislative framework, the less intensive care packages provided in residential facilities, as well as the provision of care and support, are being transferred from the Exceptional Medical Expenses Act (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*) to the Social Support Act (*Wet maatschappelijke ontwikkeling – Wmo*); home nursing will be provided through the Care Insurance Act (*Zorgverzekeringswet – Zvw*); domestic care will be largely removed from the Social Support Act and henceforth regarded as primarily something to be arranged through informal or privately funded care.

What will these changes mean in the longer term for older people who because of multiple problems receive help from different care providers and agencies? What changes will they notice in their care and support arrangements? Will they follow different care trajectories in the future through the broad landscape of medical care, informal care, social support, home care and institutional care?

The purpose of this study is to shed light on patterns in the use of care and support over a period of ten years by investigating the care trajectories followed by older persons. This will provide a basis from which subsequent phases of the study will seek to obtain an insight into the ability to influence determinants of care use.

As people grow older, they increasingly receive different forms of care and support from caregivers, family and friends. That care may take less or more intensive forms. What proportion of older persons move from less intensive to more intensive forms of care and support, and can any patterns be discerned in this transition? Can any common or frequently recurring patterns, or even universally used care trajectories, be observed? Not every older person follows the same trajectory through the care system, but there are

groups of older persons who follow comparable trajectories. Who are these older people and do they share common characteristics? These questions formed the starting point for this descriptive study of care trajectories, in which we tracked older persons over a period of ten years. We drew on data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), a national representative panel of older persons in the Netherlands. We selected 1,768 participants who were aged 65 years and older in 1998 and monitored them over the period up to and including 2008 (when they were aged 75+). During this ten-year period, the participants were surveyed in detail on a large number of aspects every three to four years.

Care intensity in a broad sense

The Dutch care system provides phased access to care provisions. It is couched within a hierarchy of funding frameworks, with basic care for short-term health problems (general practitioner, medical specialist) being provided through the Care Insurance Act, a ‘middle layer’ of longer-lasting social support (home adaptations, welfare services, transport services, mobility aids, domestic care) provided under the Social Support Act and a ‘top layer’ of serious, long-term care (personal care, nursing, residential care home care, nursing home care) being funded through the Exceptional Medical Expenses Act. The underlying idea is that older people with health problems should start with the least intensive form of care – going to see their GP – and should only be eligible for the more intensive (and more expensive) forms of care when the cheaper and less intensive forms prove no longer to be adequate.

Taking this hierarchy in the Dutch care system as a basis, we identify eight care and support packages:

- 1 Visit to the general practitioner (GP) in the past six months (Care Insurance Act - Zvw);
- 2 Visit to a medical specialist and/or hospital admission in the last six months (Zvw);
- 3 Informal help or privately paid help with household tasks and/or personal care;
- 4 Home adaptations (Social Support Act - Wmo);
- 5 Use of services/provisions (Wmo): meals on wheels, odd job services, transport, telephone helpline, voluntary organisation, mobility aid;
- 6 Household help from professional home care services (Wmo);
- 7 Personal care from professional home care services and/or temporary or short stay in institution (day, night, weekend, short stay) (Exceptional Medical Expenses Act - AWBZ);
- 8 Admission to residential care or nursing home (AWBZ).

There are also two supplementary categories in the care trajectories:

- 9 Death;
- 10 Dropout due to illness or otherwise.

This broad theoretical hierarchy of care intensity packages (Care Insurance Act (Zvw), Social Support Act (Wmo), Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) and informal care) was tested empirically in the LASA dataset using a variety of techniques and proved to be reliable and valid. We subsequently analysed the individual changes in care use over

the ten-year study period to identify frequently occurring distinctive patterns, which we call care trajectories. We then investigated whether the care trajectories coincided with recognisable profiles of groups of older persons. To do this, we compared the different groups of older persons on demographic and socioeconomic personal characteristics and characteristics relating to health, social context and residential setting. We also looked at the development of these characteristics over the period of ten years, paying particular attention to significant life events such as the death of a partner or moving home.

Trajectories and profiles Six different care trajectories emerged. Table S.1 summarises the main typologies of these six care trajectories and the associated profiles of the older persons concerned, together with the estimated size of the different groups. We have combined the older persons in trajectories D and E because the developments of those trajectories resemble each other so closely.

Table S.1

Care trajectories and profiles of people aged over 65 over a period of ten years, 1998-2008

	care trajectory	profile	%
A	stable low medical care use	vital, good resources	31
B	transfer to Wmo/AWBZ provision	being widowed, moving home, deteriorating health	24
C	transfer to AWBZ provision	being widowed, shrinking social network, increasing disabilities	12
D/E	low care use, high mortality risk	single persons, men, higher socioeconomic position, small network	20
F	AWBZ-funded care use with high mortality risk	very frail institutional residents	13

A large group of relatively young, vital older people received stable low amounts of care and support during the ten-year period studied (trajectory A, 31% of the over-65s). This was related to the fact that they had access to good resources, such as a high education level, high income, large, stable network and the feeling of having control over their lives. As soon as these resources diminish, this can lead to higher care use.

Another large group (trajectory B, 24%) experienced significant life events during the ten-year study period, such as being widowed or moving home, and deteriorating health. Being widowed and moving home led to substantial changes in the size of the social network.

It is recommended that the social network of older persons who lose their partner and who (are forced to) move home be closely monitored and that these individuals be supported in other ways, for example through community or welfare services. This could help limit the number of members of this group who become reliant on more intensive forms of care provided through the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ), though

the precise effects of support and motivation provided by the social network in this regard require further study.

During the ten-year period studied, there was a group of older persons who were initially receiving support funded by the municipality but who moved on to more intensive forms of care funded nationally through the AWBZ (trajectory C in table S.1; 12%). In many cases, these were widows and people with a shrinking social network, who were increasingly faced with physical and cognitive impairments and had little or no sense of being in control of their own lives.

Strengthening their social network and increasing their control over their own lives would be a way of helping this group. As many of them had low socioeconomic status, giving support in this area could also be considered. Preventative health care, such as taking more exercise, could also help slow down the physical deterioration of older people, possibly ultimately leading to fewer admissions to residential care and nursing homes.

There are two groups of older persons (trajectories D and E in table S.1; 13% and 7%, respectively) whose health status was average at the start of the study period, but most of whom died between three and seven years later. These groups contained a high proportion of men, singles, people with a relatively high socioeconomic position and people with small networks. The causes of death were not studied. When available, more information on the rapid deterioration in the years preceding death could provide a better understanding of the most appropriate type of support for this group of older persons. Although they had good socioeconomic resources, living alone and having a small social network are risk factors.

Another, small group which could be distinguished comprised largely of vulnerable residents of institutions (trajectory F in table S.1; 13%). They had few resources: a low education level, low income and small social network coupled with little sense of control over their own lives. At the start of the study, four out of ten members of this group were already living in an institution. Their health was already poor at that time; seven years later, everyone in this group had died.

In the light of the proposed reform of long-term care in the Netherlands, the transitions in the care trajectories from community-based to institutional care funded through the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) would be an interesting topic for further research.

Literatuur

- Berg, G. M. van den (1987). *HOMALS voor beginners*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Boer A. de en S. Kooiker (2012). Zorg. In: V. Veldheer, J.-J. Jonker, L. van Noije, C.Vrooman (red.), *Een beroep op de burger; minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid*. (p. 140-161). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broese van Groenou, M., D. Deeg en A. de Boer (2006). Veranderingen in de levensloop. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. (p. 167-193). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van, en E. van Gameren (2003). *Vragen om hulp : vraagmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS / VWS (2000). *Vademecum Gezondheidsstatistiek 2000*. Voorburg/Heerlen/Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Condellius, A., I.R. Hallberg en U. Jakobsson (2011). Hospital and outpatient clinic utilization among older people in the 3-5 years following the initiation of continuing care: a longitudinal cohort study. In: *BMC health services research*, jg. 11, nr. 1, p. 136.
- Cornaz S., J. Spagnoli, B. Santos-Eggimann (2008). Life Events and Change in Economic Resources as Predictors of Change in Health Services Utilization. In: Axel Börsch-Supan et al. (red.), *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007)* (p. 141-146). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Deeg, D.J. en M.I.B. van Groenou (2007). Zorggebruik door ouderen na opname in het ziekenhuis: ontwikkelingen in 1992-2002. In: *TSG*, jg. 85, nr. 3, p. 174-182.
- Deraas, T., G. Berntsen, T. Hasvold en O. Førde (2011). Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. In: *BMC health services research*, jg. 11, nr. 1, p. 287.
- Draak, M. den en C. van Campen (2012). Kwetsbare ouderen zonder thuiszorg. In: *TSG* jg. 90, nr. 4, p. 235-242.
- Eggink, E., D. Oudijk, K.Sadiraj(2012). *Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Galenkamp, H. (2012). 'Mortality in LASA compared to the Dutch population, ages 60-85'. Geraadpleegd 21 december 2012 via <http://www.lasa-vu.nl/data/lasa/documents/MortalityinLASAcomparedtotheDutchpopulation.pdf>
- Gaugler, J.E., S. Duval, K.A. Anderson en R.L. Kane (2007). Predicting nursing home admission in the us: a meta-analysis. In: *BMC geriatrics*, jg. 7, nr. 1, p. 13.
- Gobbens, R.J., M.A. van Assen, K.G. Luijckx, M.T. Wijnen-Sponselee en J.M. Schols (2010). The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric properties. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, jg. 11, nr. 5, p. 344-355.
- Grundy, E. en K. Glaser (1997). Trends in and transitions to, institutional residence among older people in England and Wales, 1971-91. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, jg. 51, nr. 5, p. 531-540.
- Huisman, M., J.L. Poppelaars, M.H.L. van der Horst, A.T.F. Beekman, J. Brug, T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg (2011). Cohort Profile: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *International Journal of Epidemiology*, jg. 40, p. 868-876.

- Huisman, M. en D. Deeg (2011). Het beloop van kwetsbaarheid. In: C. van Campen (red.), *Kwetsbare ouderen* (p. 85-92). In: Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jonker, J., K. Sadiraj, I. Woittiez, M. Ras en M. Morren (2007). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-publicatie 2007/31).
- Kam, G. de, D.J.M. Damoiseaux, L. Dorland, R.A.H. Pijpers, M. van Biene, E. Jansen en J.P.J. Slaets (2012). *Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Klerk, M. de (2001). *Rapportage ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Li, L.W. (2005). Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients. In: *The Gerontologist*, jg. 45, nr. 4, p. 465-473.
- Martikainen, P., H. Moustgaard, M. Murphy, E.K. Einiö, S. Koskinen, T. Martelin en A. Noro (2009). Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns. In: *The Gerontologist*, jg. 49, nr. 1, p. 34-45.
- Mokken, R.J. (1971). *A Theory and Procedure of Scale Analysis*. Den Haag/Berlijn: Mouton/De Gruyter.
- Oord, S. van (2002). *Eeuwelingen. Levensverhalen van honderdjarigen In Nederland*. Amsterdam: Atlas.
- Plaisier, I, M. Broese van Groenou en D.J.H. Deeg. (2012). *Kwetsbare ouderen, zorg of geen zorg? Wetenschap voor Beleid LASA Rapporten 2011, april 2012*. Amsterdam: LASA-Vumc.
- Plaisier, I, T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg. (2011). *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ zorg: netwerken van thuiswonende ouderen*. Wetenschap voor Beleid LASA Rapporten 2010, maart 2011. Amsterdam: LASA-Vumc.
- Portrait, F., M. Lindeboom en D. Deeg (2002). The use of long-term care services by the Dutch elderly. In: A. M. Jones. en O. O'Donnell (red.), *Econometric Analysis of Health Data*. (p. 201-216). New York: Wiley.
- Puts, M.T., P. Lips en D.J. Deeg (2005a). Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, jg. 53, nr. 1, p. 40-47.
- Puts, M.T., P. Lips, M.W. Ribbe en D.J. Deeg (2005b). The effect of frailty on residential/nursing home admission in the Netherlands independent of chronic diseases and functional limitations. In: *European Journal of Ageing*, jg. 2, nr. 4, p. 264-274.
- Schellingerhout, R. (2007) *Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Stel, V.S., J.H. Smit, S.M.F. Pluijm, M. Visser, D.J.H. Deeg en P. Lips (2004). Comparison of the LASA Physical Activity Questionnaire with a 7-day diary and pedometer. In: *Journal of clinical epidemiology*, jg. 57, nr. 3, p. 252-258.
- Suanet, B.I.A.N., M. Broese van Groenou en T. van Tilburg (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: can cross-national differences be explained by societal context and composition? In: *Ageing and Society*, jg. 32, nr. 3, p. 491.
- Sundström G, L. Johansson en L.B. Hassing (2002). The shifting balance of long-term care in Sweden. In: *Gerontologist*, jg. 42, nr. 3, p. 350-355.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2012/2013). *Bruggen slaan. Regeerakkoord vvd – PvdA van 29 oktober 2012*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013.

- TK (2012/2013a). *Van systemen naar mensen*. Brief van minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn (vws) aan de Tweede Kamer over de gezamenlijke agenda van de bewindslieden van 8 februari 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013.
- TK (2012/2013b). *Naar een waardevolle toekomst*. Brief van staatssecretaris Van Rijn (vws) aan de Tweede Kamer over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013.
- Tomassini, C., K. Glaser, D.A. Wolf, M.I.B. van Groenou en E. Grundy (2004). Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. In: *POPULATION TRENDS-LONDON*, p. 24-35.
- Vermunt, J. K. (2004). Toepassingen van latente klasse analyse in sociaal wetenschappelijk onderzoek. In: *Sociale Wetenschappen*, jg. 47, nr. 1, p. 2-14.
- Vliet, M.J.G. van, M.I. Broese van Groenou en D.J.H. Deeg (2010). *Extramurale Zorgpakketten. Verleende zorg aan zelfstandig wonende ouderen in onderscheidende pakketten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Woittiez, I. E. Eggink, J.J. Jonker en K. Sadiraj (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging: ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-publicatie 2009/17)

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

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

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het s.c.p. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

Sociaal en Cultureel Rapporten

Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008.

ISBN 978 90 377 0368-9

Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010. Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8

Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9

SCP-publicaties 2012

- 2012-1 *Niet alle dagen feest. Nieuwjaarsuitgave 2012 (2012).* Paul Schnabel (red.).
ISBN 978 90 377 0598 0
- 2012-2 *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten (2012).* Bob Kuhry en Flip de Kam (red.). ISBN 978 90 377 0596 6
- 2012-3 *Jaarrapport integratie 2011 (2012).* Mérove Gijsberts, Willem Huijnk en Jaco Dagevos (red.).
ISBN 978 90 377 0565 2
- 2012-4 *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek (2012).* Y. Wittenberg, M.H. Kwekkeboom en A.H. de Boer.
ISBN 978 90 377 0566 9
- 2012-5 *VeVeRa-1v. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030 (2012).* Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0594 2
- 2012-6 *Van Anciaux tot Zijlstra. Cultuurparticipatie en cultuurbeleid in Nederland en Vlaanderen (2012).* Quirine van der Hoeven. ISBN 978 90 377 0583 6
- 2012-7 *Vraag naar arbeid 2011 (2012).* Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink.
ISBN 978 90 377 0601 7
- 2012-8 *Measuring and monitoring immigrant integration in Europe (2012).* Rob Bijl en Arjen Verweij (red.) ISBN 978 90 377 0569 0
- 2012-9 *IQ met beperkingen. De mate van versandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht (2012).* Isolde Woittiez, Michiel Ras en Debbie Oudijk. ISBN 978 90 377 0602 4
- 2012-10 *Niet te ver uit de kast. Ervaringen van homo- en biseksuelen in Nederland (2012).* Saskia Keuzenkamp (red.), Niels Kooiman, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0603 1
- 2012-11 *The Social State of the Netherlands 2011. Summary (2012).* Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Mariëlle Cloin en Evert Pommer (red.) ISBN 978 90 377 0605 5

- 2012-13 *Sturen op geluk. Geluksbevordering door nationale overheden, gemeenten en publieke instellingen* (2012). Cretien van Campen, Ad Bergsma, Jeroen Boelhouwer, Jacqueline Boerefijn, Linda Bolier. ISBN 978 90 377 0608 6
- 2012-14 *Countries compared on public performance. A study of public sector performance in 28 countries* (2012). Jedid-Jah Jonker (red.). ISBN 978 90 377 0584 3
- 2012-15 *Versterking data-infrastructuur sport* (2012). Annet Tiessen-Raaphorst en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0613 0
- 2012-16 *De sociale staat van de gemeente. Lokaal gebruik van de scp-leefsituatie-index* (2012). Jeroen Boelhouwer (SCP), Rob Gilsing (Verwey-Jonker Instituut). ISBN 978 90 377 0612 3
- 2012-17 *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (2012). Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0616 1
- 2012-18 *Monitor Talent naar de Top 2011* (2012). Ans Merens (red.) en Commissie Monitoring Talent naar de Top. ISBN 978 90 377 0610 9
- 2012-19 *Tevreden met pensioen. Veranderende inkomens en behoeften bij ouderen* (2012). Arjan Soede. ISBN 978 90 377 0572 0
- 2012-20 *Verzorgd uit de bijstand. De rol van gedrag, uiterlijk en taal bij de re-integratie van bijstandsontvangers* (2012). Patricia van Echtelt en Maurice Guiaux. ISBN 978 90 377 0614 7
- 2012-21 *De virtuele kunstkar. Cultuurdeelname via oude en nieuwe media* (2012). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0619 2
- 2012-22 *Op zoek naar bewijs. Evaluatieontwerpen onderwijsmaatregelen* (2012). Lex Herweijer en Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0618 5
- 2012-23 *Startklaar voor vier jaar. Een verkenning van publieke prestaties voor de kabinetsformatie 2012* (2012). Evert Pommer (red.). ISBN 978 90 377 0640 6
- 2012-24 *Op afstand gezet. Een onderzoek naar de publieke opinie op verzoek van de Parlementaire Onderzoekscommissie 'Privatisering en verzelfstandiging'* (2012). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0639 0.
- 2012-25 *Moslim in Nederland 2012* (2012). Mieke Maliepaard en Mérove Gijsberts. ISBN 978 90 377 0621 5
- 2012-26 *Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010* (2012). Frans Knol. ISBN 978 90 377 0533 1
- 2012-27 *Maten voor gemeenten 2012. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2005-2010* (2012). Evert Pommer, Ingrid Ooms, Ab van der Torre, Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0624 6
- 2012-28 *Op achterstand. Discriminatie van niet-westerse migranten op de arbeidsmarkt* (2012). Iris Andriessen, Eline Nievers en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0615 4
- 2012-29 *Particuliere initiatieven in ontwikkelingssamenwerking. Een casestudy naar nieuwe verbanden in de Nederlandse civil society* (2012). Esther van den Berg m.m.v. Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0631 4
- 2012-30 *Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland* (2012). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0625 3
- 2012-31 *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012* (2012). Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9
- 2012-32 *Meebetalen aan de zorg. Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg* (2012). Sjoerd Kooiker, Mirjam de Klerk, Judith ter Berg en Yolanda Schothorst. ISBN 978 90 377 0628 4
- 2012-33 *Dichter bij elkaar. De sociaal-culturele positie van niet-westerse migranten in Nederland* (2012). Willem Huijnk en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0627 7
- 2012-34 *Armoedesignalement 2012* (2012). SCP en CBS. ISBN 978 90 377 0633 8

- 2012-35 *Emancipatiemonitor 2012* (2012). Ans Merens, Marijke Hartgers en Marion van den Brakel. ISBN 978 90 377 0630 7
- 2012-36 *Meldingen van discriminatie in Nederland* (2012). Iris Andriessen en Henk Fernee. ISBN 978 90 377 0643 7

SCP-publicaties 2013

- 2013-1 *Van pech en rampspoed. Nieuwjaarsuitgave 2013* (2013). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0611 6
- 2013-2 *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik* (2013). Sander Bot (red.), Simone de Roos, Klarita Sadiraj, Saskia Keuzenkamp, Angela van den Broek, Ellen Kleijnen. ISBN 978 90 377 0629 1
- 2013-3 *Gezinnen onderweg. Dagelijkse mobiliteit van ouders van jonge kinderen in het combineren van werk en gezin* (2013). Marjolijn van der Klis (red.) ISBN 978 90 377 0568 3
- 2013-4 *Acceptatie van homoseksuelen, biseksuelen en transgenders in Nederland 2013* (2013). Saskia Keuzenkamp en Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0648 2
- 2013-5 *Towards Tolerance. Exploring changes and explaining differences in attitudes towards homosexuality across Europe* (2013). Lisette Kuiper, Jurjen Iedema, Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0650 5
- 2013-6 *Sprekend op schrift. Een selectie uit vijftien jaar lezingen en artikelen van Paul Schnabel, 1998-2013* (2013). ISBN 978 90 377 0647 5
- 2013-7 *Acceptance of lesbian, gay, bisexual and transgender individuals in the Netherlands 2013* (2013). Saskia Keuzenkamp en Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0649 9
- 2013-8 *Gemeentelijk Wmo-beleid 2010. Een beschrijving vanuit het perspectief van gemeenten* (2013). Frieke Vonk, Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0651 2
- 2013-9 *Aanbod van arbeid 2012* (2013). Jan Dirk Vlasblom, Edith Josten, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0654 3
- 2013-10 *De dorpenmonitor* (2013). *Ontwikkelingen in de leefsituatie van dorpsbewoners*. Anja Steenbekkers en Lotte Vermeij (red.) ISBN 978 90 377 0634 5
- 2013-11 *Van Paars 2 naar Rutte II. Rede van Paul Schnabel bij zijn afscheid van het Sociaal en Cultureel Planbureau, 11 maart 2013*. ISBN 978 90 377 0660 4
- 2013-12 *Kunstminnend Nederland? Interesse en bezoek, drempels en ervaringen. Het culturele draagvlak, deel 12* (2013). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0652 9
- 2013-13 *Zwevende gelovigen. Oude religie en nieuwe spiritualiteit* (2013). Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0644 4
- 2013-14 *Nieuw in Nederland. Het leven van recent gemigreerde Bulgaren en Polen* (2013). Mérove Gijsberts (SCP) en Marcel Lubbers (RU). ISBN 978 90 377 0655 0.
- 2013-15 *Werk aan de wijk. Een quasi-experimentele evaluatie van het krachtwijkenbeleid* (2013). Matthieu Permentier, Jeanet Kullberg, Lonneke van Noije. ISBN 978 90 377 0663 5
- 2013-16 *Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld* (2013). Michiel Ras, Debbie Verbeek-Oudijk en Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0662 8.
- 2013-17 *De studie waard. Een verkenning van mogelijke gedragsreacties bij de invoering van een sociaal leenstelsel in het hoger onderwijs* (2013). Monique Turkenburg, Lex Herweijer, Jaco Dagevos, m.m.v. Iris Andriessen, Lenie van den Bulk (CED-groep). ISBN 978 90 377 0664 2
- 2013-20 *De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012* (2013). Peteke Feijten, Anna Maria Marangos, Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Frieke Vonk. ISBN 978 90 377 0667 3

- 2013-21 *Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar (2013)*. Cretien van Campen, Marjolein Broese van Groenou, Dorly Deeg, Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0626 0

SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden (2005)*. Joep de Hart. ISBN 90 377 0248-1
- 2 *De stem des volks (2006)*. Arjan van Dixhoorn. ISBN 90 3770265-1
- 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

Overige publicaties

- Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP (2010)*. Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5
- Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo (2010)*. A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9
- Op weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais (2010)*. ISBN 978 90 377 0469 3
- NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren (2010)*. Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3
- Kortdurende thuiszorg in de AWBZ. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening (2010)*. Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0471 6
- De publieke opinie over kernenergie (2010)*. Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4
- Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst (2010)*. Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2
- Oudere tehuusbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009 (2010)*. Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0499 0
- Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek (2010)*. Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3
- Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland (2010)*. Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7
- De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009 (2010)*. David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5
- Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010 (2010)*. Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4
- Europa's welvaart. De Lissabon Agenda in een breder welvaartspectief en de publieke opinie over de Europese Unie (2010)*. Harold Creusen (SCP), Paul Dekker (SCP), Irene de Goede (SCP), Henk Kox (CPB), Peggy Schijns (SCP) en Herman Stolwijk (CPB). ISBN 978 90 377 0492 1
- Maakt de buurt verschil? (2010)*. Merové Gijsberts, Miranda Vervoort, Esther Havekes en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0227 9
- Mantelzorg uit de doeken (2010)*. Debbie Oudijk, Alica de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0486 0
- Monitoring acceptance of homosexuality in the Netherlands (2010)*. Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0484 6

- Registers over wijken* (2010). Matthieu Permentier en Karin Wittebrood (SCP), Marjolijn Das en Gelske van Daalen (CBS). ISBN 978 90 377 0499 0
- Data voor scenario's en ramingen van de GGZ* (2010). Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0494 5
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 1* (2010). Paul Dekker, Josje den Ridder en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0490 7
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 2* (2010). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0507 2
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 3* (2010). Josje den Ridder, Lonneke van Noije en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0508
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 4* (2010). Josje den Ridder, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0531 7
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 1* (2011). Eefje Steenvoorden, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0549 2
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 2* (2011). Josje de Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0564 5
- Burgerperspectieven 2011 | 3* (2011). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0582 9
- Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp 2012* (2011). Ab van der Torre, Saskia Jansen en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0573 7 (webpublicatie)
- Oudere migranten. Kennis en kennislacunes* (2011). Maaïke den Draak en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0597 3 (webpublicatie)
- Armoedesignalement 2011* (2011). CBS/SCP. ISBN 978 90 357 1870 8
- Burgerperspectieven 2011 | 4* (2012). Josje den Ridder, Jeanet Kullberg en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0593 5
- Burgerperspectieven 2012 | 1* (2012). Paul Dekker, Josje den Ridder en Paul Schnabel. ISBN 978 90 377 0607 9
- Burgerperspectieven 2012 | 2* (2012). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0617 8
- Burgerperspectieven 2012 | 3* (2012). Paul Dekker, Pepijn van Houwelingen en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0622 2
- Burgerperspectieven 2012 | 4* (2012). Josje den Ridder, Paul Dekker en Mathilde van Ditmars. ISBN 978 90 377 0645 1
- Burgerperspectieven 2013 | 1* (2013). Paul Dekker en Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0656 7
- Burgerperspectieven 2013 | 2* (2013). Josje den Ridder, Hanneke Posthumus en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0658 1