

Gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen door 55-plussers tussen 1992 en 2006

Een onderzoek naar individuele en historische ontwikkelingen



December 2007

Dr. M.I. Broese van Groenou
Prof.dr. D.J.H. Deeg
LASA, Vrije Universiteit, VU Medisch Centrum

M.m.v. drs. F. Gromme en prof.dr. T.G. van Tilburg



Samenvatting van de belangrijkste resultaten

1. Het gebruik van welzijnsvoorzieningen en professionele thuiszorg beperkt zich tot een relatief kleine groep van de 65-plussers: in 2001/02 gebruikte 21% van de ouderen (tussen de 65 en 95 jaar) een of meerdere welzijnsvoorzieningen. De meest gebruikte welzijnsvoorzieningen zijn de maaltijdvoorziening, de transportdienst, hulp van vrijwilligers van de Zonnebloem en van de Stichting Welzijn Ouderen. Het rapport verslaat de periode voor intrede van de WMO, en rekent derhalve huishoudelijke zorg nog niet tot de welzijnsvoorzieningen, maar tot de thuiszorg. In 2001/02 kreeg 17% van de 65-plussers professionele thuiszorg, dit betrof vooral hulp bij huishoudelijke taken. Van de 85-95-jarigen maakt ongeveer de helft gebruik van welzijnsvoorzieningen en/of thuiszorg.
2. De gebruikers van welzijnsvoorzieningen en thuiszorg zijn degenen die de voorzieningen ook nodig hebben, namelijk 75-plussers met gezondheidsproblemen (vooral functionele beperkingen, depressieve stemming en cognitief disfunctioneren), die sociale hulpbronnen ontberen, blijkend uit een gering aantal kinderen in de buurt en het ontberen van een partner.
3. Het gebruik van welzijnsvoorzieningen is veelal beperkt in de tijd. Ongeveer de helft van de gebruikers van welzijnsvoorzieningen maakt er drie jaar later geen gebruik meer van. Gebruik van professionele thuiszorg vertoont daarentegen een stabiel patroon; ongeveer 80% van de gebruikers rapporteert drie jaar later nog steeds hulp te krijgen van de professionele thuiszorg. Er zijn meer ouderen die eerst thuiszorg krijgen en daarna welzijnsvoorzieningen gebruiken dan andersom.
4. Gegeven het feit dat het gebruik van welzijnsvoorzieningen instabiel is en het gebruik van thuiszorg een stabiel patroon vertoont, is het aannemelijk dat thuiszorggebruikers welzijnsvoorzieningen gebruiken in aanvulling op reeds verkregen zorg. Andersom lijkt dit niet het geval; gebruikers van alleen welzijnsvoorzieningen combineren dit op de korte termijn (drie jaar later) meestal niet met thuiszorg. Er lijkt dan ook geen sprake te zijn van een overheersend patroon waarin het gebruik van welzijnsvoorzieningen het gebruik van thuiszorg uitstelt of voorkomt.
5. Op de langere termijn heeft men steeds meer kans om gebruik te maken van zowel welzijnsvoorzieningen als de thuiszorg. Ouderen die functioneel beperkt zijn, meerdere chronische ziekten hebben, en/of alleenstaand zijn hebben op de lange termijn steeds meer kans op gebruik van welzijnsvoorzieningen dan ouderen zonder deze kenmerken. Alleenstaande ouderen hebben op de lange termijn een steeds grotere kans op gebruik van thuiszorg dan ouderen met een partner.
6. Ondanks de vele veranderingen in de organisatie van de zorg in de jaren negentig, constateren we dat 70-80-jarigen in 1992/93 even vaak gebruik maken van welzijnsvoorzieningen en thuiszorg als in 2001/02. Vergelijken we korte termijn veranderingen in het gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen, - dus veranderingen in gebruik tussen 1992/93 en 1995/96 worden vergeleken met

veranderingen in gebruik tussen 2001/02 en 2005/06 -, dan vallen twee dingen op. Ten eerste gaan er in de jaren na 2000 meer ouderen gebruik maken van de thuiszorg dan in de jaren negentig het geval was. Ten tweede maken de ouderen die in de periode 2001/02-2005/06 alleenstaand zijn of hun partner verliezen vaker gebruik van thuiszorg dan vergelijkbare ouderen in 1992/93-1995/96. Dit suggereert dat alleenstaande en verweduwde ouderen in de jaren na 2000 beter de weg naar de thuiszorg weten te vinden, dan wel beter bereikt worden door de thuiszorg, dan in de jaren negentig het geval was.

1. Inleiding

Al sinds de jaren tachtig van de 20^e eeuw is de overheid erop gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het leveren van professionele thuiszorg en welzijnsvoorzieningen zijn instrumenten om de dure intramurale zorg te kunnen uitstellen en wellicht zelfs te voorkomen. Bij professionele thuiszorg gaat het vooral om hulp bij taken van persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken en medische verzorging. Het gebruik van de professionele thuiszorg door ouderen wordt door het SCP regelmatig in kaart gebracht (Timmermans 1997, De Klerk 2001, De Klerk 2004). Zo maakte in 2003 16% van de 55-plussers gebruik van professionele thuiszorg (De Boer 2006). Veel minder aandacht is er voor het gebruik van welzijnsvoorzieningen door ouderen. Welzijnsvoorzieningen zijn “alle voorzieningen en diensten die bijdragen aan het in stand houden of vergroten van de zelfstandigheid van mensen en van hun deelname aan de maatschappij” (NIZW 2007). Deze beslaan de gebieden maatschappelijke ondersteuning (bijv. ondersteuning vrijwilligerswerk en mantelzorgers, vervoersvoorzieningen, boodschappendiensten) en maatschappelijke dienstverlening (bijv. ouderenwerk, rechtshulp, advies- en steunpunten). Gerapporteerd is dat ongeveer 9% van de 55-74 jarigen en 26% van de 75-plussers gebruik maken van allerlei praktische voorzieningen en dat ongeveer 11% van de 55-plussers gebruik maakt van een ouderenadviseur of de Stichting Welzijn Ouderen (De Klerk & Schellingerhout 2006).

Het Ministerie van VWS is geïnteresseerd in de vraag of gebruik van welzijnsvoorzieningen het gebruik van zorgvoorzieningen, vooral die van professionele thuiszorg, kan uitstellen of verminderen. Om deze vraag te beantwoorden is het van belang inzicht te krijgen in zowel de ontwikkeling van voorzieningengebruik tijdens het ouder worden als de samenhang in het gebruik van welzijnsvoorzieningen en thuiszorg. Gegeven dat welzijnsvoorzieningen vooral de zelfstandigheid van ouderen moeten vergroten, is het de vraag of gebruik van welzijnsvoorzieningen leidt tot een uitstel van het gebruik van thuiszorg.

Daarnaast is het van belang te weten welke groepen ouderen geneigd zijn om welzijnsvoorzieningen, thuiszorg of helemaal geen voorzieningen te gebruiken. Bekend is dat gebruikers van professionele thuiszorg vooral te vinden zijn onder de kwetsbare ouderen, dat wil zeggen de oudsten, ouderen met gezondheidsproblemen, een lage sociaal-economische status en geringe psychosociale hulpbronnen (Geerlings et al. 2005; Kempen & van Sonderen 1996; Schuijt-Lucassen & Broese van Groenou 2006). Vooral alleenstaanden, 75-plussers en ouderen met functionele beperkingen maken gebruik van praktische welzijnsvoorzieningen (De Klerk & Schellingerhout 2006), maar over andere determinanten is weinig bekend. Dit rapport zal uitwijzen hoe deze individuele kenmerken samenhangen met het gebruik van thuiszorg en/of welzijnsvoorzieningen op de langere termijn.

Naast individuele factoren bepalen ook macro-factoren het gebruik van voorzieningen. Hierbij moet worden gedacht aan de conjunctuur, het type welvaartsstaat en de inrichting van het zorgsysteem. In de afgelopen tien jaar is de inrichting van het zorgsysteem behoorlijk veranderd, in het bijzonder is de organisatie van de thuiszorg veranderd en is intramurale zorg afgebouwd. Daarom zullen we in dit verslag aandacht besteden aan veranderingen in het gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen sinds

de jaren negentig, om zo enige indruk te krijgen van de invloed van macro-factoren op individueel gebruik van voorzieningen.

Bij lezing van dit rapport moet bedacht worden dat het gebruik van voorzieningen beschreven wordt vóór de intrede van de WMO in 2007. Na 2007 is de verlening van huishoudelijke hulp niet meer geregeld via de AWBZ maar via de lokale overheden. In dit rapport wordt verslag gedaan van het gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen in een periode dat huishoudelijke hulp nog tot de taken van de professionele thuiszorg werd gerekend.

Tegen de achtergrond van bovengenoemde overwegingen worden de volgende vragen over ontwikkeling en samenhang in gebruik van welzijnsvoorzieningen en thuiszorg geformuleerd:

1. Hoeveel ouderen maken gebruik van welzijnsvoorzieningen en van thuiszorg en wat zijn hun belangrijkste kenmerken? (deze vraag wordt beantwoord voor het jaar 2001/02).
2. Is er een tijdsvolgorde tussen het gebruik van beide typen voorzieningen waar te nemen?
3. Hoe is het beloop in het gebruik van welzijnsvoorzieningen resp. gebruik van thuiszorg op de kortere en de langere termijn in de periode 1992 – 2006?
4. Welke determinanten zijn vast te stellen voor het beloop in het gebruik van beide type voorzieningen?
5. Verschillen de ontwikkelingen in en determinanten van het gebruik van beide voorzieningen tussen ouderen in 1992/93 en ouderen in 2005/06?

Aanpak in LASA

In de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) worden sinds 1992/93 gegevens verzameld over het gebruik van welzijn- en zorgvoorzieningen bij aanvankelijk 55-85-jarigen. Er zijn vijf waarnemingen beschikbaar: 1992/93, 1995/96, 1998/99, 2001/02 en 2005/06. Om een indruk te geven van hoeveel ouderen deze voorzieningen gebruiken en wat daar de belangrijkste determinanten van zijn (vraag 1, paragraaf 2), rapporteren we het gebruik van welzijnsvoorzieningen en thuiszorg op de waarneming van 2001/02. Hierbij geven we een beschrijving van de individuele kenmerken van wel- en niet-gebruikers. Het heeft geen zin om gebruikerscijfers te laten zien van elke waarneming omdat deze niet vergelijkbaar zijn; de onderzoeksgroep heeft op elke waarneming immers een andere omvang vanwege de uitval en de gemiddelde leeftijd stijgt met elke waarneming. Het gaat bij deze vraag om een algemene indruk van het gebruik zodat we kunnen volstaan met cross-sectionele gegevens op één moment. We hebben gekozen voor de waarneming in 2001/02 omdat de onderzoeksgroep dan tussen de 65 en 95 jaar oud is, en veel voorzieningengebruik voor 65-plussers gerapporteerd wordt.

Om de vraag naar de timing van het gebruik van de voorzieningen te kunnen beantwoorden (vraag 2, paragraaf 3), gaan we na op welke waarneming men het eerst thuiszorg dan wel welzijnsvoorzieningen heeft gebruikt. Ook hierbij geven een beschrijving van de kenmerken van de ouderen die eerst thuiszorg gebruiken en daarna welzijnsvoorzieningen en andersom.

Met behulp van de gegevens van twee opeenvolgende waarnemingen geven we een beschrijving van de stabiliteit in voorzieningengebruik op de korte termijn. Met

behulp van longitudinale gegevens van alle waarnemingen kan voor de voorzieningen het gebruik op de langere termijn in kaart worden gebracht (vraag 3, paragraaf 4). Daarbij worden ook de determinanten van het beloop in het voorzieningengebruik onderzocht (vraag 4, paragraaf 4).

Tenslotte wordt in paragraaf 5 het gebruik van voorzieningen vergeleken voor ouderen in de leeftijd van 70 tot 80 jaar in 1992/93 en 2005/06 (vraag 5). Daarna worden veranderingen in het gebruik van voorzieningen in een periode van ongeveer drie jaar (1992/93-1995/96 en 2001/02-2005/06) met elkaar vergeleken. Uit de vergelijking tussen de cohorten kan worden opgemaakt of de jongere generatie ouderen een ander voorzieningengebruik laat zien dan de oudere generatie.

In de slotparagraaf 6 worden kort de belangrijkste conclusies en bevindingen nog eens op een rij gezet. In bijlage A is een verantwoording van de gebruikte onderzoeksmethoden opgenomen.

2. Het gebruik van voorzieningen voor welzijn en zorg

2.1 Het gebruik van welzijnsvoorzieningen in 2001/02

In LASA zijn op elke waarneming gegevens verzameld over het gebruik van elf voorzieningen voor welzijn. Dit betreft het gebruik van specifieke praktische voorzieningen (bijvoorbeeld maaltijdvoorziening), en contact met organisaties (vrijwilligersorganisaties en Stichting Welzijn Ouderen). Tabel 1 bevat de gebruikcijfers in 2001/02 naar leeftijdsgroep. De 1350 zelfstandig wonende ouderen zijn dan gemiddeld 75 jaar oud (sd=7,4; range=65 tot 94 jaar).

Tabel 1. Gebruik van welzijnsvoorzieningen door zelfstandig wonende 65-95-jarigen in 2001/2002, uitgesplitst naar leeftijd (N =1385)

	65-74	75-84	85-95	Totaal
N	742	457	186	1385
<i>Praktische voorzieningen</i>	%	%	%	%
Telefonische hulpdienst	0,4	1,1	2,7	0,9
Telefooncirkel	0,0	0,7	2,2	0,5
Maaltijdvoorziening	0,5	7,0	22,0	5,6
Open eettafel	0,9	1,8	3,2	1,5
Transport bus	2,4	10,3	17,7	7,1
Klussendienst	0,9	2,8	5,4	2,2
Geheugentraining	0,1	0,9	0,5	0,5
<i>Organisaties</i>				
Vrijwilliger UVV	0,0	1,1	0	0,4
Vrijwilliger Zonnebloem	1,7	7,0	9,1	4,5
Vrijwilliger Rode Kruis	0,4	0,9	1,1	1,1
Stichting Welzijn Ouderen	3,2	9,0	6,5	5,6
Gemiddeld aantal gebruikt (0-11)	0,1	0,4	0,7	0,3
% met gebruik 1+ voorziening	9	28	49	21

Duidelijk is dat er maar weinig gebruik wordt gemaakt van de onderscheiden soorten welzijnsvoorzieningen, en dat het gebruik relatief hoog is onder de 75-plussers. In de jongste leeftijdsgroep maakt slechts 9% gebruik van een of meerdere voorzieningen, in vergelijking met 28% van 75-84-jarigen. Bij de 85-95-jarigen betreft het bijna de helft (45%) van de ouderen. Deze cijfers zijn niet goed te vergelijken met de beschikbare gegevens van ander onderzoek, omdat er andere voorzieningen worden geteld, maar in elk onderzoek is de trend zichtbaar dat het gebruik van voorzieningen groter is na het 75^e levensjaar (Kwekkeboom, 1994; De Klerk en Schellingerhout, 2006).

In alle leeftijdsgroepen zijn sommige voorzieningen meer populair dan andere. Het gebruik van de transportbus ligt relatief hoog bij de 75-84-jarigen (10,3%), en de 85-95-jarigen maken vooral gebruik van de maaltijdvoorziening (22%). Andere voorzieningen die relatief vaak gebruikt worden zijn de diensten van vrijwilligers van de Zonnebloem, de Stichting Welzijn Ouderen en de klussendienst. Bij de 65-74-jarigen wordt er door een klein percentage ouderen gebruik gemaakt van de transportbus (2,4%) en de Stichting Welzijn Ouderen (3,2%), maar er wordt vrijwel geen gebruik gemaakt van de andere praktische voorzieningen en de diensten van de vrijwilligersorganisaties. Over alle elf onderscheiden voorzieningen wordt door de totale onderzoeksgroep gemiddeld genomen van 0,3 voorziening gebruik gemaakt, hetgeen het geringe gebruik nog eens benadrukt.

Voor de resterende analyses maken we gebruik van een zogenaamde totaalscore: het wel of niet gebruik maken van tenminste een van de elf welzijnsvoorzieningen. Uit het bovenstaande mag duidelijk zijn dat deze voorziening dus meestal de transportbus, de maaltijdvoorziening, de vrijwilligersdiensten van de Zonnebloem, of de Stichting Welzijn Ouderen betreft.

2.2 Gebruik van professionele zorg aan huis

Bij de LASA-ouderen is het gebruik van professionele thuiszorg gevraagd aan degenen die aangaven hulp te ontvangen bij persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke taken. Respondenten konden bij de vraag naar hulpgevers drie typen professionele hulpverleners noemen: de wijkverpleging, de alphahulp, en personeelsleden van een tehuis. Als men van minstens een van deze categorieën hulp ontvangt, is dit geteld als gebruik van professionele thuiszorg. Weer worden alleen de gebruikersgegevens van de waarneming van 2001/02 weergegeven om een indruk te geven van het gebruik van thuiszorg door zelfstandig wonende 65-plussers.

Tabel 2. Gebruik van professionele thuiszorg, informele zorg en particulier betaalde zorg door zelfstandig wonende 65-95-jarigen in 2001/02, uitgesplitst naar leeftijd (N =1390)

	65-74	75-84	85-95	Totaal
N	743	458	189	1390
	%	%	%	%
Professionele thuiszorg - totaal	6	21	51	17
Hulp bij persoonlijke verzorging	0	4	21	4
Hulp bij huishoudelijke taken	5	18	44	15

In tabel 2 valt af te lezen dat nog geen vijfde van de ouderen (17%) gebruik maakt van professionele thuiszorg in 2001/02. Net als in andere rapportages (De Klerk 2004: 43) is er echter een groot verschil tussen de leeftijdsgroepen. Slechts 6% van de 65-74-jarigen maakt gebruik van de thuiszorg. Dit percentage ligt al op een vijfde (21%) bij de 75-84-jarigen en op de helft (51%) bij de oudsten (85-95 jaar). Men krijgt vooral professionele hulp bij de uitvoering van huishoudelijke taken. Slechts 4% van de ouderen ontvangt hulp bij persoonlijke verzorging, maar bij de oudste groep betreft dit 21%.

2.3 Kenmerken van gebruikers van voorzieningen

In de vorige paragraaf hebben we de gebruikers van voorzieningen gesplitst naar leeftijd, maar om meer inzicht te krijgen in de kenmerken van gebruikers, zullen we in het volgende nagaan in hoeverre gebruik gerelateerd is aan achtergrondkenmerken (sekse, leeftijd, opleidingsniveau) en enkele belangrijke determinanten van voorzieningengebruik. Als determinanten onderscheiden we kenmerken van de gezondheid (functionele beperkingen, chronische aandoeningen, depressieve stemming en cognitief functioneren), de sociale context (partnerstatus, netwerk omvang, aantal kinderen in de buurt), en persoonlijkheidskenmerken (voorkeur voor professionele zorg, en algemene competentieverwachtingen – de mate waarin men zich in staat acht gestelde doelen daadwerkelijk te bereiken). Deze individuele kenmerken worden bekeken op het al dan niet gezamenlijk gebruik van voorzieningen voor zorg en welzijn.

De resultaten in Tabel 3 laten zien dat het merendeel van de ouderen (71%) geen van deze voorzieningen gebruikt in 2001/02. Vervolgens gebruikt 12% van de ouderen alleen welzijnsvoorzieningen, 8% alleen thuiszorg, en 9% van de ouderen gebruikt beide typen voorzieningen.

Tabel 3. Gebruik van voorzieningen in 2001/02 naar achtergrondkenmerken en determinanten van voorzieningengebruik (horizontale percentages en gemiddelden)

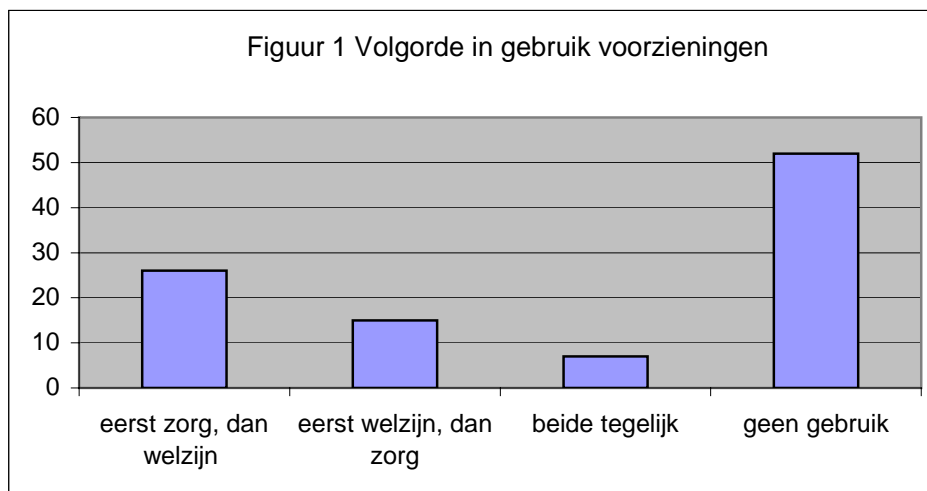
	Geen gebruik	Alleen welzijn	Alleen zorg	Beide
Totaal N	987	166	112	120
Totaal %	71	12	8	9
<i>Achtergrondkenmerken</i>				
% vrouw	50	65	66	73
Leeftijd (65-98)	73,0	78,2	80,5	83,2
Opleidingsniveau (1-9)	3,8	3,2	3,1	3,3
<i>Gezondheid</i>				
Functionele beperkingen (0-3)	0,7	1,6	1,8	2,3
Chronische aandoeningen (0-6)	1,2	1,6	1,7	1,8
Depressieve stemming (0-55)	7,6	11,1	12,0	13,5
Cognitief functioneren (2-30)	27,6	27,2	26,0	25,6
<i>Sociale context</i>				
% met partner	71	42	34	25
Netwerk omvang (0-67)	15,6	16,5	12,3	11,1
Aantal kinderen in de buurt (0-9)	1,6	1,6	1,3	1,2
<i>Persoonlijkheid</i>				
% met voorkeur professionele zorg	56	54	63	69
Competentieverwachtingen (23-60)	42,4	40,2	39,6	39,2

Er lijkt een duidelijke samenhang te bestaan tussen individuele kenmerken en gebruik van voorzieningen. De niet-gebruikers zijn vaker mannen, jongeren en hoog opgeleiden, zijn vaker gezond en beschikken vaker over een partner. Aan het andere uiterste zijn de ouderen die beide typen voorzieningen gebruiken, en deze groep omvat vooral vrouwen, de oudsten en degenen met de grootste gezondheidsproblemen (de meeste functionele beperkingen, hoogste depressieve stemming en laagste cognitief functioneren). Daarbij heeft in deze groep slechts 25% een partner, hebben zij een klein netwerk en het minste aantal kinderen in de buurt. Ook is de voorkeur voor professionele zorg het grootst en zijn de competentieverwachtingen het laagst. De tussenliggende groepen (gebruikers van alleen welzijn of van alleen zorg) zitten er op alle kenmerken tussenin, waarbij degenen die alleen welzijnsvoorzieningen gebruiken in een relatief gunstiger positie verkeren dan degenen die alleen thuiszorg gebruiken, vooral in de zin dat ze iets jonger zijn, en vaker nog een partner en een groter netwerk hebben.

Deze verschillen suggereren dat het gebruik van meer typen voorzieningen samenhangt met de toename van de zorgbehoefte, gekenmerkt door meer gezondheidsproblemen en minder sociale hulpbronnen. De iets gunstiger positie (en mogelijk iets lagere zorgbehoefte) van degenen die alleen welzijnsvoorzieningen gebruiken ten opzichte van degenen die alleen thuiszorg gebruiken, suggereert dat het gebruik van welzijnsvoorzieningen voorafgaat aan het gebruik van professionele thuiszorg. De timing in het gebruik van beide typen voorzieningen komt in de volgende paragraaf aan de orde. Hier zal blijken dat deze chronologie niet altijd gevolgd wordt.

3. Wat komt eerst: zorg of welzijn?

Van welk type voorziening maakt men tijdens het ouder worden het eerst gebruik: welzijnsvoorzieningen of thuiszorg? Nu beschikt LASA over drie-jaarlijkse waarnemingen, waarbij veranderingen in voorzieningengebruik *tussen* de waarnemingen niet in beeld worden gebracht. We kunnen alleen vaststellen op welke waarneming men voor het eerst gebruik van welzijnsvoorzieningen rapporteert en op welke waarneming men voor het eerst het gebruik van thuiszorg rapporteert. Deze analyses zijn uitgevoerd over de 905 ouderen voor wie gegevens over gebruik van zorg en welzijnsvoorzieningen op alle vijf de waarnemingen beschikbaar zijn en die in 2005/06 nog zelfstandig woonden.



De resultaten in figuur 1 laten zien dat het gebruik van thuiszorg vaker voorafgaat aan het gebruik van welzijnsvoorzieningen dan andersom. Ongeveer een kwart van alle ouderen (26%) maakt eerst gebruik van de thuiszorg en daarna pas van een of meerdere welzijnsvoorzieningen. Voor 15% geldt dat zij eerst het gebruik van welzijnsvoorzieningen rapporteren en daarna (dus op een volgende waarneming) pas het gebruik van de thuiszorg, en voor slechts 7% van de ouderen geldt dat het gebruik van beide typen voorzieningen op dezelfde waarneming wordt gerapporteerd.

We kunnen hieruit concluderen dat het gebruik van thuiszorg bij een grotere groep voorafgaat aan het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Om meer zekerheid te krijgen over het beloop van het gebruik van voorzieningen en de samenhang hiertussen, zijn longitudinale analyses vereist. Deze worden gerapporteerd in de volgende paragraaf.

4. Beloop van voorzieningengebruik

4.1 Stabiliteit op de korte termijn

Om een eerste inzicht te krijgen in het beloop van voorzieningengebruik is voor steeds twee opeenvolgende waarnemingen onderzocht of gebruikers van thuiszorg cq welzijnsvoorzieningen op de ene waarneming (bijv. 1992/93) het gebruik van dezelfde voorziening drie jaar later (dus in 1995/96) alsnog rapporteert.

Het gebruik van welzijnsvoorzieningen blijkt op de korte termijn niet erg stabiel te zijn. Van degenen die in 1992/93 een of meer welzijnsvoorzieningen gebruikten, doet maar een minderheid (42%) dit ook nog in 1995/96 en rapporteert dus 58% geen gebruik meer van welzijnsvoorzieningen. Een andere vergelijking betreft het starten met gebruik van welzijnsvoorzieningen. Van degenen die in 1992/93 geen welzijnsvoorziening gebruikten, gebruikt 13% deze drie jaar later wel. Vergelijkbare stop- en startpercentages treffen we ook aan bij de vergelijking tussen andere paren van waarnemingen. Het percentage gebruikers dat drie jaar later nog steeds de voorziening gebruikt ligt steeds rond de 43%.

Het tijdelijk gebruik van voorzieningen is voorstelbaar bij welzijnsvoorzieningen als een geheugentraining, het volgen van een cursus bij de Stichting Welzijn Ouderen, of de (kortdurende) inschakeling van een vrijwilligersorganisatie. Andere voorzieningen zouden een meer continu karakter moeten hebben, zoals maaltijdvoorzieningen en de transportdienst, die immers ertoe bijdragen dat een oudere langer zelfstandig kan blijven wonen. We hebben derhalve ook per type voorziening nagegaan hoe groot de stabiliteit was. Voorzieningen als de telefoonhulplijn, de open eettafel, de klusdienst en de geheugentraining, de vrijwilligersdiensten van de UVV en het Rode Kruis en de Stichting Welzijn Ouderen blijken dan zeer instabiel te zijn. Van de ouderen die deze typen voorzieningen in 1992/93 gebruikten, rapporteert meer dan 75% dat in 1995/96 niet meer te doen. Stabieler is het gebruik van de maaltijdvoorziening, de transportdienst, en de vrijwilligers van de Zonnebloem. Van de gebruikers in 1992/93 rapporteert ongeveer de helft deze typen voorzieningen drie jaar later ook nog te gebruiken.

De meeste ouderen rapporteren maar op een of twee waarnemingen het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Er is maar een klein aantal ouderen (N = 15) dat op alle waarnemingen gebruik maakt van een of meerdere welzijnsvoorzieningen. Deze resultaten schetsen een beperkt en een instabiel patroon in het gebruik van welzijnsvoorzieningen.

Het gebruik van thuiszorg, daarentegen, vertoont een veel stabiel patroon. Van degenen die in 1992/92 thuiszorg gebruikten, maakt 83% daar drie jaar later nog gebruik van. Dat percentage loopt op in de daaropvolgende paren van waarnemingen. Van degenen die in 2001/02 thuiszorg gebruikten, doet 89% dat in 2005/06 nog steeds. Het percentage ouderen dat start met het gebruik van thuiszorg in een opeenvolgende waarneming, ligt ongeveer tussen de 10% tot 15%. Het percentage op een volgende waarneming is gestopt met gebruik van thuiszorg ligt ook rond de 10%. Eenmaal gebruikmakend van de thuiszorg, is de kans dat men er weer mee stopt dus vrij gering.

De vraag naar uitstel van voorzieningengebruik kan beantwoord worden door na te gaan hoe het gebruik van een of beide typen voorzieningen er na drie jaar uitziet. Tabel 4 wijst uit dat ouderen die in 2001/02 van alleen welzijnsvoorzieningen gebruik maakten, dit in 2005/06 of niet meer doen (35%), of er nog steeds gebruik van maken (34%), ofwel het combineren met gebruik van thuiszorg (18%). Het inwisselen van welzijnsvoorzieningen door thuiszorg komt minder vaak voor (13%).

Deze tabel wijst ook uit dat ouderen die in 2001/02 van alleen thuiszorg gebruik maakten, dit drie jaar later of nog steeds doen (47%) of dit combineren met welzijnsvoorzieningen (37%). Slechts 7% wisselt het gebruik van thuiszorg in voor het gebruik van welzijnsvoorzieningen.

Tabel 4. Gebruik van voorzieningen in 2001/02 en 2005/06 (rijpercentages)

2001/02	2005/06			
	Geen gebruik	Alleen welzijn	Alleen zorg	Beide
Geen gebruik	77	9	7	7
Alleen welzijn	35	34	13	18
Alleen thuiszorg	10	7	47	37
Beide	5	2	38	56

De resultaten in Tabel 4 suggereren dat de typen voorzieningen niet inwisselbaar zijn, en dat men eerder beide typen voorzieningen combineert dan de ene voorziening vervangt door de ander. Opgemerkt moet worden dat gebruikers van thuiszorg dit eerder lijken aan te vullen met gebruik van welzijnsvoorzieningen, dan dat gebruikers van welzijnsvoorzieningen dit aanvullen met thuiszorg. Het is voorstelbaar dat degenen die alleen gebruik maken van welzijnsvoorzieningen op de korte termijn nog geen behoefte hebben aan professionele hulp in huis. Aangezien we een brede range van welzijnsvoorzieningen hebben onderzocht, die deels ook gebruikt kunnen worden voor sociale en ondersteunende activiteiten (bijvoorbeeld via de Stichting Welzijn Ouderen), is te begrijpen dat voor deze ouderen het gebruik van professionele (huishoudelijke) hulp van een andere orde is, waar mogelijk pas op een langere termijn behoefte aan ontstaat.

4.2 Beloop in gebruik van welzijnsvoorzieningen op de lange termijn

Om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van het gebruik van de voorzieningen over de periode van dertien jaar (1992/93-2005/06) is een multilevel logistische regressieanalyse uitgevoerd over alle vijf de waarnemingen, zodat het effect van 'individuele tijd' (oftewel ouder worden) kan worden vastgesteld. Bij een dergelijke multilevel analyse worden ook de respondenten opgenomen die op minder dan vijf waarnemingen betrokken zijn in het onderzoek. De resultaten van de multilevel logistische regressieanalyse staan in tabel 5. Aangegeven zijn de Odds Ratio's (OR) die aangeven hoe groot de relatieve kans is dat men gebruik maakt van minstens een welzijnsvoorziening.

Tabel 5. Multilevel logistische regressieanalyse: gebruik van welzijnsvoorzieningen in 1992-2005¹

	OR	p
Tijd	1.04	***
<i>Achtergrondkenmerken</i>		
Sekse	1.11	ns
Leeftijd in 1992	1.05	***
Opleidingsniveau (1-9)	1.03	ns
<i>Gezondheid</i>		
Functionele beperkingen	1.39	***
Aantal chronische ziekten	1.10	**
Depressieve stemming	1.03	***
Cognitief functioneren	1.01	ns
<i>Sociale context</i>		
Partnerstatus	0.56	***
Verlies van partner	0.95	ns
Netwerkomvang	1.02	***
Aantal kinderen in buurt	0.94	**
<i>Persoonlijkheid</i>		
Voorkeur voor informele zorg	0.90	ns
Competentieverwachtingen	1.00	ns
<i>Voorzieningengebruik</i>		
Gebruik thuiszorg	2.86	***

¹ns = niet significant, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Het gebruik van welzijnsvoorzieningen neemt significant en positief toe met de tijd. Het effect van tijd is 1,04. Dit betekent dat voor elk jaar dat verstrijkt de kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen toeneemt met 4%. Als je dat extrapoleert over alle veertien jaren van de observatieperiode, dan heeft een oudere in 2005/06 vergeleken met 1992/93 een 1,80 maal grotere kans om gebruik te maken van een of meer welzijnsvoorzieningen. Dat is geen grote kans, maar het laat in ieder geval zien dat men met het ouder worden meer gebruik zal gaan maken van welzijnsvoorzieningen. Deze analyse geeft niet aan wanneer dit gebruik zal plaatsvinden. In het voorgaande hebben we gezien dat de instabiliteit in gebruik van welzijnsvoorzieningen groot is. Het positieve effect van 'tijd' in de multilevel analyse wijst er dan ook op dat men met het ouder worden een grotere kans heeft om op tenminste een waarneming gebruik te maken van een of meerdere welzijnsvoorzieningen.

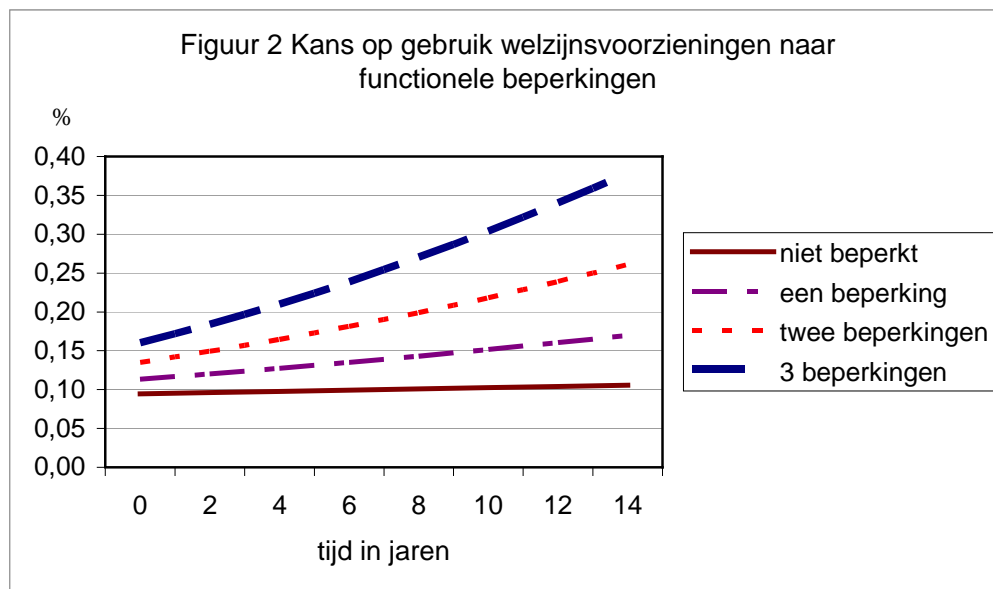
De analyse laat zien dat, naast het verstrijken van de tijd, een hogere leeftijd ook de kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen vergroot. Daarnaast zien we dat ouderen met functionele beperkingen, chronische aandoeningen en/of een depressieve stemming en degenen zonder partner, meer kans hebben op het gebruik van welzijnsvoorzieningen. De betekenis van deze 'kansen' voor de omvang van het gebruik kan worden toegelicht door middel van de populatie-attributieve fractie (PAF). Deze grootte geeft aan welk aandeel van het gebruik van welzijnsvoorzieningen is toe te schrijven aan een specifieke determinant, en is naast de in de tabel getoonde relatieve kans (OR) mede gebaseerd op het vóórkomen van de determinant in de bevolking. Bijvoorbeeld: de determinant partner status heeft een PAF van 23,8%. Dit betekent dat bijna 24% van het gebruik van welzijnsvoorzieningen te wijten is aan partnerloosheid. Dit is tamelijk veel, omdat partnerloosheid veel in de oudere bevolking voorkomt, én veel partnerlozen gebruik maken van welzijnsvoorzieningen.

Een groter netwerk, maar minder kinderen in de buurt dragen ook bij tot meer gebruik van welzijnsvoorzieningen. Persoonlijkheidskenmerken, zoals de voorkeur voor informele zorg en algemene competentieverwachtingen, spelen geen rol van betekenis in het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Opmerkelijk ook is dat het recente verlies van de partner niet leidt tot een grotere kans op gebruik van welzijnsvoorzieningen, het (langer) alleenstaand zijn draagt daar veel meer toe bij. Tenslotte is te zien dat het gebruik van thuiszorg een positief effect heeft op het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Ouderen die thuiszorg gebruiken hebben een 2,86 keer zo grote kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen als ouderen die geen thuiszorg gebruiken. Er is dus sprake van een positieve samenhang in het gebruik van voorzieningen, en niet van een substitutie van de ene voorziening door de ander. In het laatste geval hadden we een negatief effect van thuiszorggebruik op het gebruik van welzijnsvoorzieningen moeten zien. De PAF van het gebruik van thuiszorg is 25,4%, hetgeen aangeeft dat het gebruik van welzijnsvoorzieningen voor een kwart toe te schrijven aan het gebruik van thuiszorg. Ook deze fractie is tamelijk groot, maar anders dan bij partner status wordt de hoogte van dit percentage vooral bepaald doordat de relatieve kans (OR) vrij hoog is, en niet zozeer door het feit dat thuiszorggebruik veel voorkomt in de oudere bevolking.

In een volgende analyse hebben we voor elke determinant onderzocht of er een interactie-effect bestaat met de tijd. Er bleken vier interactie-effecten tussen determinanten en 'tijd'

significant: het effect van tijd met functionele beperkingen (OR=1,02), chronische ziekten (OR=1,01), partnerstatus (OR=0,96) en netwerkomvang (OR=0,99). Voor interpretatie van de interactie-effecten zijn de kansen op voorzieningengebruik voor de specifieke subgroepen (bijvoorbeeld alleenstaanden en gepartnerden) apart berekend en in een figuur grafisch weergegeven (figuren 2 t/m 5).

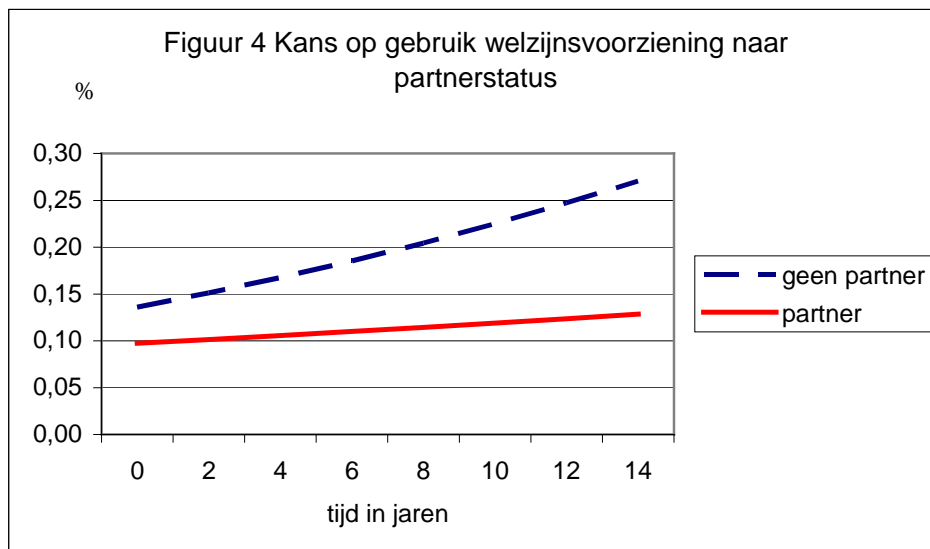
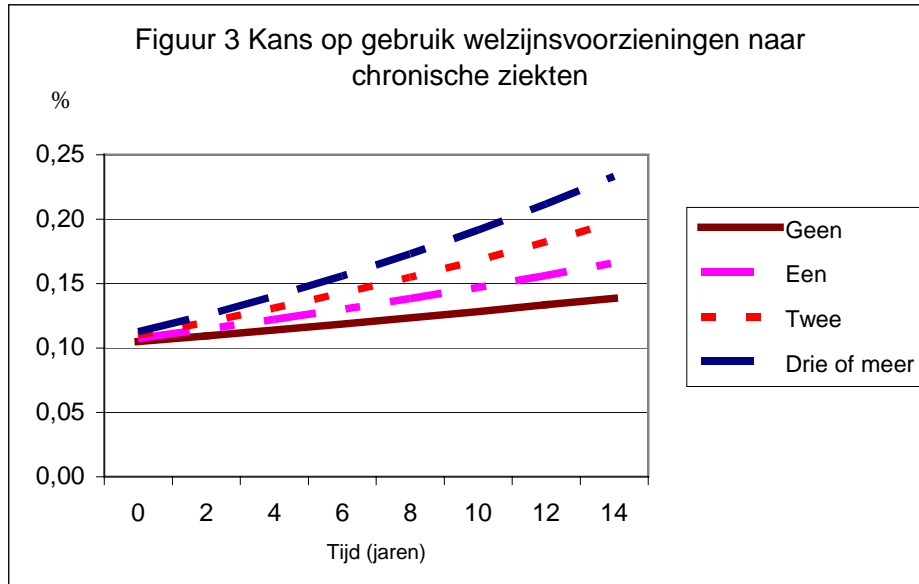
Het interactie-effect van functionele beperkingen en tijd is weergegeven in figuur 2. Hieraan is af te lezen dat voor ouderen met drie beperkingen de kans op welzijnsvoorzieningen in de tijd veel sterker toeneemt dan voor de ouderen met minder beperkingen. Bijvoorbeeld: na vier jaar tijd heeft een oudere met één functionele beperking 13% kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen en een oudere met drie functionele beperkingen 21% kans. Na acht jaar tijd zijn de kansen respectievelijk 14% en 27%, na 14 jaar tijd zijn de kansen respectievelijk 17% en 38%. Rekening houdend met alle andere kenmerken, neemt de kans op gebruik van welzijnsvoorzieningen in de tijd dus veel sterker toe voor de ouderen met twee of drie functionele beperkingen dan voor de ouderen met een of geen beperking.



Eenzelfde interactie-effect bestaat er voor 'tijd' en aantal chronische ziekten (figuur 3) en voor 'tijd' en partnerstatus (figuur 4). Uit figuur 3 valt af te lezen dat ouderen met meerdere chronische ziekten met de tijd veel meer kans maken op gebruik van welzijnsvoorzieningen dan ouderen zonder of met maar één chronische ziekte. Zo heeft een oudere met drie chronische ziekten na vier jaar tijd 14% kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen, terwijl voor een oudere zonder chronische ziekte deze kans 11% is. Na 14 jaar zijn deze kansen respectievelijk 23% en 14%.

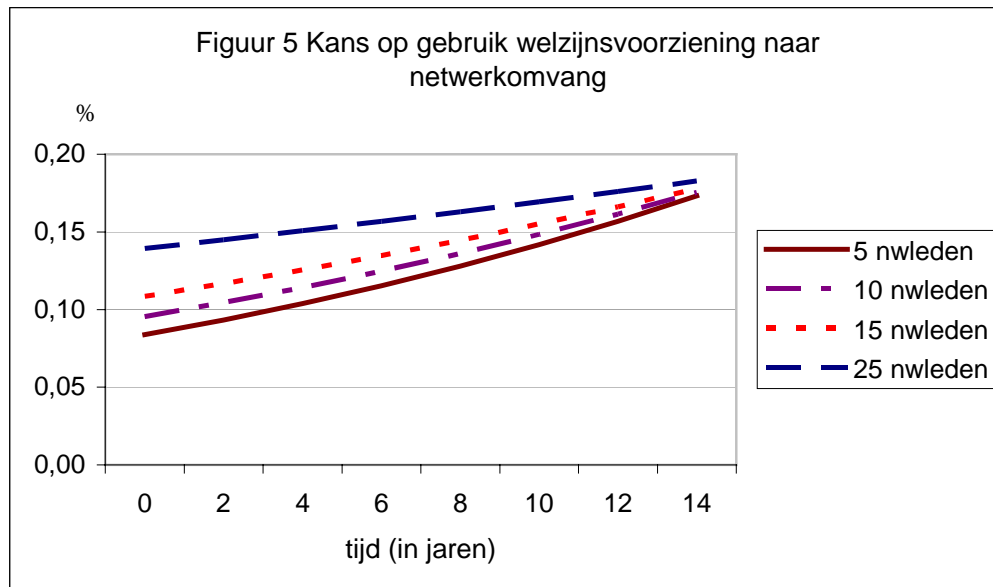
Figuur 4 laat zien dat de kans op gebruik van welzijnsvoorzieningen met de tijd veel sterker toeneemt voor een alleenstaande dan voor een oudere met een partner. Zo heeft een alleenstaande na vier jaar tijd 17% kans op gebruik van welzijnsvoorzieningen

en een oudere met een partner 10% kans. Na 14 jaar tijd zijn deze kansen respectievelijk 27% en 13%.



Het interactie-effect met netwerkvang laat een ander beloop zien (figuur 5). Ouderen met een groter netwerk hebben bij het begin van de observatieperiode een grotere kans op voorzieningengebruik dan ouderen met een kleiner netwerk, maar in de loop der tijd verdwijnt dit verschil. Na veertien jaar is er geen verschil meer tussen ouderen met een groot en een klein netwerk op het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Bijvoorbeeld: na vier jaar tijd heeft een oudere met vijf netwerkleden 10% kans op gebruik van welzijnsvoorzieningen en een oudere met 25 netwerkleden 15% kans. Na 14 jaar hebben

beide ouderen ongeveer 17% kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Voor ouderen met een klein netwerk neemt de kans op welzijnsvoorzieningen met de tijd sneller toe dan voor ouderen met een groot netwerk.



4.3 Het beloop in het gebruik van thuiszorg op lange termijn

Tabel 6 laat de resultaten van de multilevel logistische regressieanalyse zien voor het gebruik van thuiszorg. Hierbij is het effect van tijd nog belangrijker dan bij het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Met het verstrijken van een jaar tijd neemt de kans op gebruik van thuiszorg met 11% toe. Verderop wordt beschreven dat deze toename niet helemaal lineair verloopt. Geëxtrapoleerd over veertien jaar betekent dit dat een oudere in 1992/93 een kans heeft van 4,56 om in 2005/06 gebruik te maken van de thuiszorg, ongeacht alle andere kenmerken en gezondheidsproblemen.

Daarnaast is de kans op thuiszorg groter voor oudsten, mensen met een lager opleidingsniveau, functionele beperkingen, meer chronische ziekten, een depressieve stemming en slechter cognitief functioneren, geen partner, een klein netwerk, een voorkeur voor professionele zorg en hogere competentieverwachtingen. Oftewel: zowel een slechtere gezondheid en beperkte sociale hulpbronnen, als de voorkeur voor professionele zorg en een sterke persoonlijkheid vergroten de kans op het gebruik van thuiszorg. Voor de determinant partner status geven we weer de populatie-attributieve fractie (PAF): 16,4% van het gebruik van thuiszorg kan worden toegeschreven aan het ontbreken van een partner. Deze fractie is lager dan die bij het gebruik van welzijnsvoorzieningen, doordat het gebruik van thuiszorg sterker aan gezondheidsfactoren is toe te schrijven dan het gebruik van welzijnsvoorzieningen.

Ook het gebruik van welzijnsvoorzieningen versterkt de kans op het gebruik van thuiszorg. Er is dus opnieuw sprake van een samenhang in het gebruik van deze voorzieningen, en die is in positieve richting. Ouderen die welzijnsvoorzieningen gebruiken hebben een 2,52 keer zo grote kans om ook thuiszorg te gebruiken. De PAF

van het gebruik van welzijnsvoorzieningen is 24,2%, hetgeen wederom wijst op een sterke samenhang tussen het gebruik van de twee soorten voorzieningen.

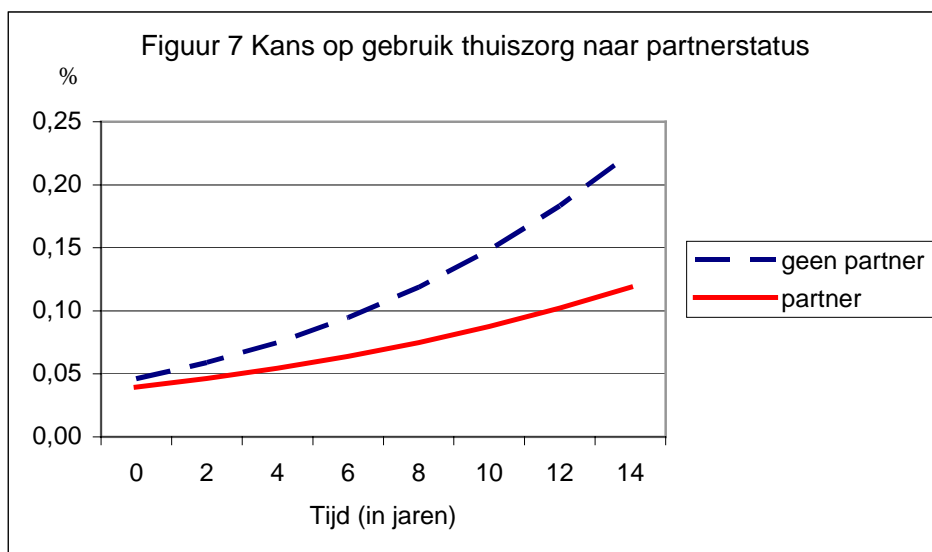
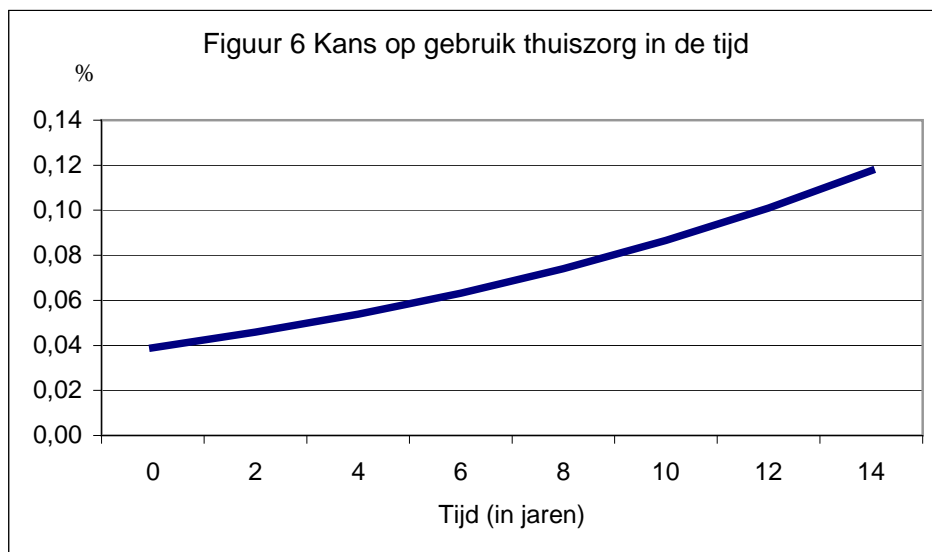
Tabel 6. Multilevel logistische regressieanalyse: gebruik van thuiszorg in 1992/93-2005/06¹

	Thuiszorg OR
Tijd	1.11 ***
<i>Achtergrondkenmerken</i>	
Sekse	0.97 ns
Leeftijd in 1992	1.09 ***
Opleidingsniveau (1-9)	0.93 *
<i>Gezondheid</i>	
Functionele beperkingen	1.57 ***
Aantal chronische ziekten	1.14 **
Depressieve stemming	1.03 ***
Cognitief functioneren	0.97 *
<i>Sociale context</i>	
Partnerstatus	0.67 ***
Verlies van partner	1.29 ns
Netwerkomvang	0.98 **
Aantal kinderen in buurt	1.02 ns
<i>Persoonlijkheid</i>	
Voorkeur voor informele zorg	0.83 +
Competentieverwachtingen	1.02 *
<i>Voorzieningengebruik</i>	
Gebruik welzijnsvoorziening	2.52 ***

¹Ns = niet significant, + p < 0.10, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Ook voor het gebruik van thuiszorg is nagegaan of de effecten van 'tijd' groter zijn voor bepaalde determinanten. Er zijn twee significante interactie-effecten gevonden (niet opgenomen in tabel 6); de eerste betreft de tijd zelf (OR=1,01), de tweede betreft tijd met partnerstatus (OR=0,96). Het eerste effect duidt op een klein niet-lineair verband met tijd. In figuur 6 is dit verband weergegeven, de lijn loopt wat krom omhoog met het verstrijken van de tijd. Het effect geeft aan dat met het verstrijken van de tijd, de kans op thuiszorg niet lineair toeneemt. Bijvoorbeeld: de kans op thuiszorg is aanvankelijk 4%, na vier jaar tijd 5% en na acht jaar tijd 7%, dus na acht jaar is de kans dubbel zo snel toegenomen als na vier jaar.

Daarnaast is er ook een interactie-effect tussen tijd en partnerstatus. Ook nu geeft het effect weer dat voor alleenstaanden de kans op thuiszorg met de tijd veel groter is dan voor ouderen met een partner (zie figuur 7). Bijvoorbeeld: na vier jaar tijd heeft een alleenstaande een kans van 7% op het gebruik van thuiszorg en een oudere met partner 5%. Na veertien jaar zijn deze kansen respectievelijk 22% en 11%.



Deze analyses leiden tot drie conclusies. Ten eerste kan geconcludeerd worden dat het gebruik van voorzieningen toeneemt met het verstrijken van de jaren, dit geldt nog meer voor het gebruik van thuiszorg dan voor het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Ongeacht gezondheid, sociale hulpbronnen en persoonlijkheid, neemt voor iedere oudere de kans op het gebruik van voorzieningen toe met het ouder worden.

Ten tweede zien we op de langere termijn een positieve samenhang tussen het gebruik van beide typen voorzieningen, er is dus geen sprake van een substitutie-effect waarbij welzijnsvoorzieningen het gebruik van thuiszorg definitief uitstelt of vice versa. Als een oudere gebruik maakt van de thuiszorg is de kans groot dat men ook gebruik zal gaan maken van welzijnsvoorzieningen in de loop van de tijd, en omgekeerd. In

paragraaf 2 hebben we gezien dat het gebruik van thuiszorg vaker voorafgaat aan het gebruik van welzijnsvoorzieningen dan andersom. Paragraaf 3 wees uit dat gebruikers van alleen welzijnsvoorzieningen dit op korte termijn meestal niet combineren met thuiszorg, in deze paragraaf zien we dat dat op de langere termijn meestal wel het geval zal zijn.

Ten derde kunnen we concluderen dat ouderen met gezondheidsproblemen en een bepaalde leefsituatie (geen partner, geen kinderen in de buurt) een relatief grote kans hebben op het gebruik van welzijnsvoorzieningen en thuiszorg. Persoonlijkheidskenmerken spelen alleen een rol van betekenis in het gebruik van thuiszorg.

Tenslotte, met het verstrijken van de tijd wordt het effect van gezondheidsproblemen en partnerstatus op voorzieningengebruik alleen maar groter. Alleenstaande ouderen met functionele beperkingen vormen de grootste afnemers van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen en de kans op gebruik van deze voorzieningen neemt voor hen sterker toe met het ouder worden dan voor ouderen met partner en minder gezondheidsproblemen het geval is.

5. Vergelijking van het gebruik van voorzieningen in 1992/93 en in 2005/06

5.1 Beleid in de jaren 1992-2006

Het verslag beziet het gebruik van voorzieningen in de jaren 1992/93-2005/06. Dit gebruik reflecteert het beleid dat vanaf eind jaren tachtig tot aan het begin van de 21^e eeuw is gevoerd ten aanzien van zorg en welzijn van ouderen. Vanaf de jaren '70 tot de jaren '90 is het overheidsbeleid gericht op een verschuiving van het zorggebruik van intramurale voorzieningen naar semi- en extramurale voorzieningen en van intensieve naar extensieve zorg (De Klerk 2001). Vanaf de jaren negentig richtte de overheid zich op de modernisering van de ouderenzorg (Koning 2001: 12-13). Het ging hierbij om de harmonisatie van eigen bijdrage, de integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging in de thuiszorg en de invoering van indicatiestelling door regionale organen. Marktwerking en deregulering gingen een grotere rol spelen in deze tijd. Met de welzijnswet in 1994 werd de verantwoordelijkheid voor het welzijnsbeleid naar de gemeenten overgedragen (Brancherapport welzijn en sport, ontwikkelingen in wet- en regelgeving, website VWS). Vanaf 1 april 2003 wordt een indicatie gegeven op basis van zorgfuncties. Zorgfuncties zijn bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging of persoonlijke verzorging. Met behulp van de indicatie kan er gekozen worden tussen een persoonsgebonden budget of hulp in natura van een gecontracteerde aanbieder.

Het CBS heeft berekend dat de groei in het gebruik van de thuiszorg in de afgelopen jaren (van 1999 tot 2004) voor 15% verklaard wordt door de extramuralisering (verzorgingshuishoudelijke verzorging vervangen door thuiszorg). De tweede verklaring die het CBS geeft voor de toename van het thuiszorggebruik is het wegwerken van de wachtlijsten van de thuiszorg. Exacte gegevens over het aantal personen op de wachtlijsten tussen 1999 en 2004 ontbreken, maar op basis van gegevens over 2000-2003 schat het CBS dat deze factor 30% van de toename van het thuiszorggebruik verklaart. Niet alle groei kan verklaard worden, men denkt aan een afname in de mantelzorg en/of een verbeterde

kwaliteit van zorgverlening en epidemiologische factoren, maar hierover zijn niet genoeg gegevens beschikbaar (CBS 2006: 103-104).

In dit onderzoek kunnen we ook niet vaststellen hoe de ontwikkelingen in het aanbod aan zorg en welzijn precies gerelateerd zijn aan individueel gebruik van voorzieningen. We beschikken immers enkel over gegevens van de ouderen zelf. Een vergelijking van ouderen in 1992/93 met ouderen in 2005/06 geeft echter wel inzicht in een andere verklaring dan onderzocht door het CBS, namelijk de veranderende kenmerken van opeenvolgende generaties ouderen. Bekend is dat de nieuwe generaties ouderen meer waarde hechten aan zelfredzaamheid, maar ook hoger opgeleid zijn en meer in staat zijn om het complexe aanbod aan zorgvoorzieningen te doorgronden. Een toename in het gebruik van voorzieningen over een langere periode kan dus zowel aan veranderingen in het aanbod als aan veranderingen in kenmerken van de gebruikers liggen. Om hier meer inzicht in te krijgen is een historische vergelijking van het gebruik van voorzieningen door dezelfde leeftijdsgroep aangewezen. Dit geeft de mogelijkheid om rekening te houden met mogelijk veranderde kenmerken van deze leeftijdsgroep, zoals een hoger opleidingsniveau bijvoorbeeld. Nog beter is om korte termijn veranderingen in gebruik van voorzieningen bij individuen te vergelijken in verschillende periodes. Zo kunnen we bepalen of de ontwikkeling van gezondheidsproblemen in de ene periode tot eenzelfde toename in zorggebruik leidt als in de andere periode. Daarmee krijgen we meer inzicht in het belang van individuele kenmerken ten opzichte van de historische context.

5.2 Onderzoeksmethode

In deze paragraaf vergelijken we de ontwikkelingen in het gebruik van voorzieningen bij twee groepen ouderen van dezelfde leeftijd (70- tot 80-jarigen) in twee verschillende periodes 1992-1995 en in 2001-2005. Het oudste cohort bestaat uit 654 ouderen in de leeftijd van 70-80 jaar in 1992 voor wie gegevens beschikbaar zijn van de eerste twee waarnemingen (1992/93 en 1995/96). Deze ouderen worden vergeleken met het jongste cohort: 473 ouderen in de leeftijd van 70-80 jaar in 2001 voor wie gegevens beschikbaar zijn op zowel de vierde als de vijfde waarneming van LASA (2001/02 en 2005/06). Eerst wordt een cross-sectionele vergelijking gemaakt tussen beide cohorten om te bezien of het gebruik van voorzieningen in 1992/93 (T1 voor het oudste cohort) vergelijkbaar is met het gebruik in 2001/02 (T1 voor het jongste cohort). Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt in de veranderingen in gebruik van voorzieningen tussen 1992/93-1995/96 en 2001/02-2005/06 (T1-T2 voor beide cohorten).

5.3 Gebruik van voorzieningen in 1992/93 en 2001/02

Het gebruik van welzijnsvoorzieningen door 70- tot 80-jarigen in 1992/93 is vergeleken met het gebruik van dezelfde leeftijdsgroep in 2001/02. Geconcludeerd kan worden dat er geen verschil bestaat tussen het gebruik in 1992 en het gebruik in 2001 (gegevens niet getoond). Het gebruik van voorzieningen is in beide perioden gering, gemiddeld genomen ligt het aantal gebruikte voorzieningen op 0,20. De voorkeur voor bepaalde diensten is vergelijkbaar. In beide perioden wordt het meest gebruik gemaakt van de maaltijdvoorziening, de transportbus, de vrijwilligers van de Zonnebloem en de Stichting Welzijn Ouderen. Zowel in 1992/93 als in 2001/02 maakt slechts 16% van de 70 tot 80-jarigen gebruik van een of meerdere van deze welzijnsvoorzieningen. We kunnen

concluderen dat er in deze periodes die tien jaar uit elkaar liggen maar weinig verschil is in het gebruik van welzijnsvoorzieningen.

Vervolgens is het gebruik van professionele thuiszorg vergeleken in beide perioden. Ook nu kan geconcludeerd worden dat het gebruik in 1992/93 niet verschilt van dat in 2001/02 (gegevens niet getoond). In beide periodes gebruikt 13% van de 70-80-jarigen professionele thuiszorg.

5.4 Longitudinale vergelijking in historisch perspectief: welzijnsvoorzieningen

We vergelijken vervolgens of ouderen die in 1992/93-1995/96 bepaalde veranderingen meemaken (zoals gezondheidsproblemen ontwikkelen of hun partner verliezen) in dezelfde mate een toename in het gebruik van voorzieningen laten zien als de ouderen die in 2001/02-2005/06 dergelijke veranderingen meemaken.

Omdat we voor beide perioden maar twee waarnemingen hebben, is het aantal typen veranderingen ook beperkt. Over twee waarnemingen bezien kan men vier groepen onderscheiden: 1) geen gebruik van voorzieningen op beide momenten, 2) geen gebruik op T1, wel op T2, 3) gebruik op T1, niet meer op T2, en 4) gebruik op beide momenten. Tabel 7 toont de omvang van de vier groepen voor zorgvoorzieningen en voor welzijnsvoorzieningen.

Tabel 7. Verandering in het gebruik van voorzieningen door 70-80-jarigen in 1992/93-1995/96 en 2001/02-2005/06

	1992/93-1995/96	2001/02-2005/06
N	654	473
Gebruik welzijnsvoorzieningen	%	%
- geen gebruik T1 en T2	70	66
- geen gebruik T1, wel T2	15	17
- gebruik T1, geen gebruik T2	8	7
- gebruik T1 en T2	7	9
Gebruik professionele thuiszorg		
- geen gebruik T1 en T2	78	70
- geen gebruik T1, wel T2	9	17
- gebruik T1, geen gebruik T2	3	2
- gebruik T1 en T2	10	10

Uit de tabel valt af te lezen dat de veranderingen in het gebruik van welzijnsvoorzieningen in 2001/02-2005/06 niet heel anders verlopen dan in 1992/93-1995/96. Het percentage dat start met het gebruik van welzijnsvoorzieningen in drie jaar tijd ligt dicht bij elkaar (15% versus 17%), evenals de percentages ouderen die stoppen met het gebruik van voorzieningen of deze altijd al gebruikten. Er is dan ook geen significant verschil tussen de beide perioden ($p = 0.35$).

De verandering in het gebruik van professionele thuiszorg verschilt wel tussen beide periodes. Tabel 7 laat zien dat er tussen 2001/02-2005/06 relatief meer ouderen gebruik zijn gaan maken van professionele thuiszorg dan in de periode 1992/93-1995/96

(17% versus 9%). Daardoor zijn er in 2005/06 relatief minder ouderen die in het geheel geen gebruik maken van de thuiszorg dan in 1995/96 (70% versus 78%). Het verschil in verandering in zorggebruik is significant ($p = 0.001$).

Hiervoor zagen we dat er geen verschillen waren gevonden in de veranderingen in het gebruik van welzijnsvoorzieningen tussen beide perioden. We zijn vervolgens in een multivariate analyse nagegaan of de verschillen nog steeds afwezig zijn als we ook rekening houden met achtergrondkenmerken en de veranderingen in de gezondheidssituatie, partnerstatus en woonsituatie. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn (gegevens niet getoond). Ongeacht verschillen in gezondheid, partnerstatus en opleidingsniveau, blijkt dat ouderen in 1992/93-1995/96 eenzelfde kans op voorzieningengebruik (zowel starten, stoppen als blijvend gebruik) hebben als in 2001/02-2005/06. Veranderingen in gebruik van welzijnsvoorzieningen hebben vooral te maken met veranderingen in functionele beperkingen en depressieve stemming, en met partnerloosheid, maar dit blijkt zowel in de jaren negentig als in de jaren na 2000 het geval te zijn.

5.5 Longitudinale vergelijking in historisch perspectief: thuiszorg

Voor de veranderingen in het gebruik van thuiszorg is eenzelfde analyse uitgevoerd, nu echter met twee trajecten. De aantallen in het traject ‘stoppen met zorggebruik’ waren te gering en leidden tot te scheve verdelingen met de determinanten. Derhalve zijn de ouderen in dit traject samengevoegd met de ouderen die vallen onder ‘blijvend zorggebruik’. Degenen die geen zorg gebruiken in deze periode vormen de referentiecategorie. De chronische aandoeningen zijn buiten de analyses gelaten, vanwege te kleine aantallen in de referentiecategorieën.

Tabel 8. Multinomiale logistische regressieanalyse op het starten cq continueren van het gebruik van thuiszorg van 70 tot 80-jarigen in drie jaar tijd¹

		Starten		Continueren	
		OR	p	OR	p
Periode (ref=1992/93-1995/96)	2001/02-2005/06	2,88	***	1,41	ns
Sekse (ref=vrouw)	Man	0,94	ns	0,94	ns
Leeftijd	70-80	1,11	**	1,17	***
Opleiding (ref=hoog)	Laag	1,52	ns	1,12	ns
	Midden	0,98	ns	0,97	ns
Lichamelijke beperkingen (ref=T1 en T2 niet)	T1 niet, T2 wel	2,20	*	1,53	ns
	T1 wel, T2 niet	0,46	ns	2,89	+
	T1 en T2 wel	3,41	***	3,92	***
Depressieve stoornis (ref=T1 en T2 niet)	T1 niet, T2 wel	1,96	*	1,79	+
	T1 wel, T2 niet	1,29	ns	1,22	ns
	T1 en T2 wel	1,37	ns	3,87	***
Cognitief disfunctioneren (ref=T1 en T2 niet)	T1 niet, T2 wel	1,80	*	1,21	ns
	T1 wel, T2 niet	1,21	ns	0,90	ns
	T1 en T2 wel	1,71	ns	0,97	ns
Partnerstatus (ref= behoud partner)	Partner verloren	2,03	*	1,99	+
	Geen partner	1,39	ns	2,11	***

¹Ns = niet significant, + $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

De resultaten in tabel 8 laten zien dat de ouderen in 2001/02-2005/06 een bijna drie keer zo grote kans (OR = 2,88) hebben om te starten met het gebruik van thuiszorg als in 1992/93-1995/96, onafhankelijk van de veranderingen in gezondheid en partnerstatus. Daarnaast zullen ouderen vooral starten met zorggebruik naarmate ze functionele beperkingen ontwikkelen dan wel behouden, depressieve symptomen ontwikkelen, en cognitief slechter gaan functioneren, dan wel hun partner verliezen. Het gebruik blijven maken van thuiszorg komt meer voor onder ouderen die functioneel beperkt blijven, maar ook onder degenen die depressief zijn en geen partner hebben. Dit geldt zowel voor de ouderen in 1992/93 als voor de ouderen in 2001/02. Uit aanvullende analyses naar interactie-effecten tussen cohort en determinanten, blijkt er één effect significant (niet getoond). Dit effect wijst uit dat ouderen die in 2001/02 hun partner verliezen of alleenstaand zijn, een grotere kans hebben om thuiszorg te gaan gebruiken of te blijven gebruiken. Dit geldt niet voor de ouderen in 1992/93.

We kunnen concluderen dat, ondanks significante verschillen in de gezondheid van de beide cohorten 70 tot 80-jarigen (met name de toename in functionele beperkingen en chronische aandoeningen), de toename in het gebruik van zorgvoorzieningen in 2001/02 niet alleen aan deze slechtere gezondheid toegeschreven kan worden. Het verliezen dan wel ontberen van een partner blijkt hiervoor belangrijker te zijn. Dit wijst erop dat alleenstaande en verweduwde ouderen beter de weg naar de thuiszorg gevonden hebben, ofwel dat de thuiszorg voor hen meer toegankelijk en beschikbaar is geworden dan in de jaren negentig het geval was. Wat hier precies aan ten grondslag ligt, blijft echter speculeren. We hebben immers alleen individuele kenmerken onderzocht en de veranderingen in het zorgsysteem in Nederland niet in de analyses betrokken.

6. Conclusies en aanbevelingen voor beleid

De eerste vraag die in dit verslag beantwoord is, betrof het gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen en de kenmerken van gebruikers van deze voorzieningen. Ten eerste is het gebruik van deze typen voorzieningen (in 2001/02) vrij gering: 21% gebruikt een of meerdere welzijnsvoorzieningen en 17% gebruikt professionele thuiszorg. De cross-sectionele resultaten bevestigen bevindingen uit eerder onderzoek (De Klerk 2001; De Klerk & Schellingerhout 2006). Ten tweede zijn gebruikers van deze voorzieningen degenen die de voorzieningen nodig hebben, namelijk degenen met een hoge leeftijd, met gezondheidsproblemen (vooral functionele beperkingen, depressieve stemming en cognitief disfunctioneren), en degenen die sociale hulpbronnen ontberen, blijkend uit minder kinderen in de buurt en het ontberen van een partner. Deze determinanten zijn van belang voor het gebruik van beide typen voorzieningen. Dit wordt extra zichtbaar gemaakt doordat de ouderen die beide typen voorzieningen gebruiken dezelfde ongunstige kenmerken (bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, alleenstaand zijn) in nog sterkere mate hebben dan de ouderen die slechts één van deze beide voorzieningen gebruiken.

De veronderstelling bij de start van dit onderzoek was, dat men bij het ingaan van een traject van gezondheidsproblemen eerst welzijnsvoorzieningen zou gebruiken en dan pas

gebruik gaat maken van thuiszorg als de gezondheidsproblemen toenemen. Dit is echter niet zo vanzelfsprekend, zo blijkt uit het antwoord op de tweede vraag naar de volgorde in het gebruik van beide typen voorzieningen gedurende de onderzoeksperiode 1992/93-2005/06. De resultaten wijzen uit dat meer ouderen eerst thuiszorg en daarna welzijnsvoorzieningen gebruiken dan andersom. Dit suggereert dat de hulpverlener van de thuiszorg mogelijk informatie levert over beschikbare welzijnsvoorzieningen. Het is ook voorstelbaar dat men bij het aanvragen van thuiszorg gewezen wordt op de mogelijke voorzieningen die beschikbaar zijn binnen de gemeente om zelfstandig te kunnen blijven wonen (maaltijdvoorziening) en mobiel te blijven (transportdienst). Beide verklaringen wijzen erop dat de bekendheid van welzijnsvoorzieningen verbeterd zou kunnen worden.

De derde vraag betrof het beloop in het gebruik van voorzieningen op de korte en lange termijn. Uit de vergelijking van twee opeenvolgende waarnemingen blijkt dat het gebruik van welzijnsvoorzieningen op de korte termijn vrij instabiel is. Bijna de helft van de ouderen die gebruik maakt van welzijnsvoorzieningen, doet dat drie jaar later al niet meer. Dit suggereert dat welzijnsvoorzieningen vooral benut worden als tijdelijke voorziening, waarvan men sporadisch en naar behoefte gebruik kan maken. Ook de maaltijdvoorziening en de transportdienst, twee van de meest gebruikte voorzieningen, worden dus niet continu gebruikt. Het gebruik van thuiszorg is, daarentegen, een zeer stabiel gegeven.

De resultaten van de analyses over de gehele duur van de 14-jarige onderzoeksperiode lieten duidelijk zien dat voor alle ouderen de kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen en thuiszorg toeneemt met de tijd. Wat betreft de welzijnsvoorzieningen, waar men niet-continu gebruik van maakt zoals we hiervoor rapporteerden, betekent dit opnieuw een bevestiging van het gegeven dat men pas op hogere leeftijd van dit soort voorzieningen gebruik gaat maken. Er bestaat een positieve samenhang tussen het gebruik van de twee typen voorzieningen. Dit bevestigt het beeld dat beide voorzieningen elkaar aanvullen en geen volledige substitutie vormen voor elkaar.

De vierde vraag betrof de determinanten van het beloop in voorzieningengebruik. De longitudinale analyses bevestigen dat ouderen met gezondheidsproblemen en gebrekkige sociale hulpbronnen een grotere kans hebben op het gebruik van beide typen voorzieningen. De rol van persoonlijkheidskenmerken bleek alleen van belang voor het gebruik van thuiszorg. Hogere competentieverwachtingen en een voorkeur voor professionele zorg vergroten de kans op gebruik van thuiszorg. Dit suggereert dat deze ouderen in staat zijn hun voorkeur voor professionele zorg inderdaad om weten te zetten in daadwerkelijk gebruik van de zorg. Dit resultaat vraagt echter vooral aandacht voor degenen die niet competent genoeg zijn om zorg te mobiliseren waar zij behoefte aan hebben. Doorgaans zijn het de meer kwetsbare groepen (zoals alleenstaanden met een laag opleidingsniveau of inkomen) die behoefte hebben aan thuiszorg, en deze kwetsbare ouderen hebben meestal lagere competentieverwachtingen en minder capaciteiten om de zorg te mobiliseren die zij zich wensen. Degenen die de thuiszorg zelf niet weten te vinden, moeten zo goed mogelijk bereikt worden. Dit betekent dat er extra maatregelen zouden moeten worden genomen om de kwetsbare ouderen zo goed mogelijk te bereiken

en zo nodig extra te begeleiden bij het formuleren van de zorgvraag (bij relevante zorgbehoefte).

Een aantal significante interactie-effecten wijst uit dat met het verstrijken van de tijd ouderen met functionele beperkingen en chronische ziekten een steeds grotere kans hadden op gebruik van welzijnsvoorzieningen dan ouderen zonder deze kenmerken. Hetzelfde geldt voor alleenstaanden die met de tijd steeds meer kans hebben op het gebruik van welzijnsvoorzieningen en van thuiszorg. Dit wijst uit dat deze voorzieningen tegemoet komen aan een behoefte die vooral bij ouderen met gezondheidsproblemen en gebrekkige sociale hulpbronnen aanwezig is.

Opmerkelijk was het interactie-effect van netwerkomvang: een groter netwerk zorgt in eerste instantie voor een grotere kans op het gebruik van welzijnsvoorzieningen, maar met het ouder worden neemt dat positieve effect af. Na verloop van tijd is er geen positief effect meer van netwerkomvang op voorzieningengebruik. Een mogelijke verklaring is dat een groter netwerk bij aanvang kan dienen als brug naar welzijnsvoorzieningen, omdat er in een groter netwerk meer informatie beschikbaar is over allerlei typen voorzieningen in de gemeente. Met het ouder worden krijgen de ouderen met een kleiner netwerk meer behoefte aan dit type voorzieningen en neemt de kans dat zij deze voorzieningen gaan gebruiken harder toe dan voor ouderen met een groot netwerk voor wie de voorzieningen mogelijk minder nodig zijn. Het resultaat is dat op de lange termijn de omvang van het netwerk geen effect meer heeft op gebruik van welzijnsvoorzieningen. Het vergroten van het persoonlijk netwerk is een bekende interventie voor ouderen met een verhoogd risico op eenzaamheid. Dit onderzoek geeft aan dat het vergroten van het persoonlijke netwerk ook kan leiden tot een toename in het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Een manier om het gebruik van welzijnsvoorzieningen te stimuleren zou dan kunnen zijn het vergroten van het sociale netwerk met soortgelijke interventies als worden toegepast in eenzaamheidsinterventieprogramma's. Overigens geldt het positieve effect van netwerkomvang niet voor gebruik van de thuiszorg, daar is sprake van een negatief effect en zorgt een groot netwerk juist voor het niet gebruiken van de thuiszorg, mogelijk vanwege het feit dat in grote netwerken veel informeel zorgpotentieel aanwezig is.

De vijfde en laatste vraag betrof de historische vergelijking van het voorzieningengebruik bij ouderen tussen de 70 en 80 jaar. Het resultaat was duidelijk: er wordt in 2001/02 niet méér gebruik gemaakt van deze voorzieningen dan in 1992/93 het geval was. Er bestaat wel een verschil in het starten met gebruik van thuiszorg: in 2001/02-2005/06 gingen meer ouderen thuiszorg gebruiken dan in 1992/93-1995/96 het geval was, en dit gold in het bijzonder degenen die een partner verloren in deze periode dan wel alleenstaand waren. Zoals beschreven was er in de periode tussen 1992/93 en 2005/06 veel gaande in het zorgbeleid. Het is mogelijk dat acties zoals het wegwerken van de wachtlijsten en het uitbreiden van het aanbod en de uren in de thuiszorg, indirect in deze cijfers worden gereflecteerd. Dit zou betekenen dat de uitbreiding en verbetering van de thuiszorg ertoe bij heeft bijgedragen dat de zorg meer dan voorheen terecht komt bij de alleenstaande ouderen. Opgemerkt moet wel worden dat deze resultaten andersom niet betekenen dat alle (alleenstaande) ouderen die thuiszorg nodig hebben die ook krijgen. Zoals hierboven gesuggereerd, zou de toegankelijkheid voor de meest kwetsbare ouderen nog vergroot kunnen worden.

Tot slot

In dit verslag konden we constateren dat welzijnsvoorzieningen en professionele thuiszorg elkaar aanvullen en in belangrijke mate gebruikt worden door ouderen boven de 75 jaar. Het ontbreken van een lange termijn uitstel-effect op het gebruik van thuiszorg suggereert dat we hier te maken hebben met twee verschillende soorten van hulpverlening die moeilijk inwisselbaar zijn, en zeker op dit moment ook niet elkaar kunnen vervangen of voorkomen. Beide typen voorzieningen blijken nodig tijdens het ouder worden en lijken verschillende behoeften van ouderen te vervullen. Nu onder de WMO de huishoudelijke hulp uit de professionele zorg overgeheveld is naar de lokale gemeenten en daarmee buiten de AWBZ valt, zal het plaatje in de nabije toekomst weer anders zijn. Een verdere specialisatie binnen de thuiszorg, die zich al richt op de meest kwetsbaren in de samenleving, noodzaakt een breed aanbod aan welzijnsvoorzieningen binnen een gemeente, en maakt dat de samenhang tussen het gebruik van beide typen voorzieningen alleen maar sterker zal moeten worden.

Referenties

CBS, Gezondheid en zorg in cijfers 2006, Voorburg: CBS, 2006, op:

<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/A5DBDC27-31C7-4F1C-B499-ADE10C83FDFC/0/2006c156pub.pdf>

De Boer, A.H., *Rapportage ouderen 2006*, Den Haag: SCP, 2006

De Klerk, M.M.Y (red.), *Rapportage ouderen 2001*, Den Haag: SCP, 2001

De Klerk, M.M.Y (red.), *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen: rapportage ouderen 2004*, Den Haag: SCP, 2004.

De Klerk, M. en Schellingerhout, R., *Ondersteuning gewenst*, Den Haag: SCP 2006, op:

<http://www.scp.nl/publicaties/boeken/9037702600.shtml>

Geerlings SW, Pot AM, Twisk JWR, Deeg DJH. Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing and Society* 25; 2005: 111-130.

Kempen GIJM, Sonderen FLP van. 'Individuele determinanten van het gebruik van professionele en informele thuiszorg'. In: Kempen GIJM, Ormel J (red). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum, 1996: 193-206.

Koning, C., *Verzorgingshuiszorg buiten de muren*, Proefschrift: VU, 2001

Kwekkeboom, H.M, *Rapportage Welzijnswerk: Deel 4*, Rijswijk: SCP, 1994

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

<http://www.nizw.nl/thesaurus/welzijnsvoorzieningen.htm>.

Geraadpleegd op 12-01-2007.

Schuijt-Lucassen, N.Y. & Broese van Groenou, M.I. (2006) Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen: De rol van gezondheid, sociale context, voorkeur en persoonlijkheid. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 84(1), 4-11.

Timmermans, J.M. et al., *Vraagverkenning zorg en wonen door ouderen*, Rijswijk: SCP, 1997.

VWS, Feiten en cijfers: thuiszorg (uit brancherapport verpleging en verzorging), 2005a, op: http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_care_thuiszorg.html

Bijlage A. Methodologische verantwoording

Steekproef

De gegevens zijn afkomstig van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). In dit onderzoek worden 3107 ouderen in de leeftijd van 55 tot 85 jaar sinds 1992 en 1002 ouderen in de leeftijd van 55 tot 65 jaar sinds 2002 gevolgd met drie-jaarlijkse waarnemingen. De steekproeven zijn getrokken uit de bevolkingsregisters van elf gemeenten, waaronder drie steden, in het westen, noordoosten en zuiden van Nederland. De steekproeven waren gestratificeerd naar sekse en geboortjaar, waarbij in de steekproef van 1992 mannen en de oudsten oververtegenwoordigd waren. Uitval gedurende het onderzoek is hoofdzakelijk veroorzaakt door overlijden en in mindere mate doordat mensen door ziekte niet in staat waren aan het interview mee te doen, of hun medewerking aan de studie stopten.

De gegevens waarop deze rapportage is gebaseerd, zijn afkomstig van verschillende waarnemingen. De beantwoording van vraag 1 is gebaseerd op de waarneming in 2001/2002 (N = 1691). De ouderen zijn dan tussen de 65 en 94 jaar oud. Alleen zelfstandig wonende ouderen zijn in de analyses betrokken (N = 1543). Voor 1385 respectievelijk 1390 van deze ouderen zijn valide gegevens over het gebruik van welzijnsvoorzieningen en professionele thuiszorg beschikbaar. Geen gegevens waren beschikbaar voor 110 ouderen met wie geen mondeling maar een telefonisch interview is gehouden, 39 ouderen voor wie alleen een interview met een vervangend persoon (meestal een familielid) is gehouden, en 9 ouderen met wie een verkort mondeling interview is gehouden. De ouderen van wie de gegevens geanalyseerd zijn, vormen een relatief gezonde selectie uit de overlevende, nog zelfstandig wonende steekproef. De leeftijd van deze 623 mannen en 762 vrouwen (N = 1385) is gemiddeld 75,2 jaar (sd = 7,4).

De beantwoording van vraag 2 is gebaseerd op ondervraagden met gegevens over gebruik van voorzieningen op alle vijf de waarnemingen (N = 951). De ouderen hebben de gehele onderzoeksperiode overleefd en zijn daardoor een relatief gezonde selectie uit de oorspronkelijke steekproef. De leeftijd van de 406 mannen en 545 vrouwen van wie de gegevens geanalyseerd zijn, varieert ten tijde van de laatste waarneming in 2005/06 tussen 68 en 97 jaar (gemiddeld 77,9; sd = 6,7). Veel ouderen (95%) wonen dan nog zelfstandig.

De beantwoording van vraag 3 is wat betreft de korte-termijn veranderingen gebaseerd op ondervraagden met twee opeenvolgende waarnemingen. Wat betreft de vergelijking in gebruik van welzijnsvoorzieningen tussen 1992/93 en 1995/96 betrof dit 2255 ondervraagden, de vergelijking tussen 1995/96 en 1998/99 behelsde 1799 ondervraagden, de vergelijking tussen 1998/99 en 2001/02 betrof 1423 ondervraagden, en de vergelijking tussen 2001/02 en 2005/06 betrof 1001 ondervraagden. Voor het gebruik van thuiszorg zijn deze aantallen respectievelijk 2501, 1865, 1580 en 1044 respondenten.

Voor de lange-termijn vergelijking en de beantwoording van vraag 4 is gebruik gemaakt van multilevel analyse. Deze analyse staat toe dat respondenten met ontbrekende waarnemingen in de analyses worden opgenomen. Deze analyses zijn uitgevoerd voor 2992 respondenten voor wie op minstens een waarneming gegevens over

voorzieningengebruik en alle determinanten beschikbaar waren. Gezamenlijk vormden zij 8902 cases, waarvoor op gemiddeld 2,5 waarneming (sd=1,5) gegevens beschikbaar waren.

De beantwoording van vraag 5 is gebaseerd op gegevens van 660 70-80-jarigen die in 1992/93 en in 1995/96 zijn ondervraagd, en 472 70-80-jarigen die in 2001/02 en in 2005/06 zijn ondervraagd. De 70-80-jarigen in 1992 maken bij overleving dus geen deel uit van de gebruikte selectie uit 2001/02. De 660 70-80-jarigen in 1992/93 bestonden uit 319 mannen en 341 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 75,4 jaar (sd = 2,7). Het merendeel van de ondervraagden is gehuwd (54%), 31% is verweduwd, 6% gescheiden en 5% nooit gehuwd. De 472 70-80-jarigen in 2001/02 bestonden uit 204 mannen en 268 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 74,5 jaar (sd = 2,8). Ook bij dit cohort is het merendeel gehuwd (57%), ongeveer een derde verweduwd (33%), 6% gescheiden en 5% nooit gehuwd. In beide cohorten woonde ongeveer 98% van de ouderen zelfstandig. Er zijn geen significante verschillen tussen de cohorten ten aanzien van sekse, partnerstatus en zelfstandig wonen. De gemiddelde leeftijd ligt iets hoger bij het cohort in 1992/93 ($p < 0,05$). Ten aanzien van de gezondheidsindicatoren (zie bij meetinstrumenten) is het jongste cohort (de 70-80-jarigen in 2001/02) op beide waarnemingen gemiddeld genomen ongezonder (zie tabel A1). Het jongste cohort rapporteert meer functionele beperkingen en chronische aandoeningen en een lager cognitief functioneren op beide waarnemingen.

Tabel A1. Gezondheidsindicatoren van 70-80-jarigen in 1992/93 en 2001/02 vergeleken op baseline (T1) en drie jaar later (T2)¹

	T1			T2		
	1992/93	2001/02	p	1995/96	2005/06	p
Functionele beperkingen	0,82	0,96	0,02	1,21	1,37	0,01
Chronische ziekten	1,10	1,31	0,00	1,43	1,62	0,01
Depressieve stemming	7,97	8,40	0,34	8,88	9,11	0,60
Cognitief functioneren	26,9	27,7	0,00	26,2	26,9	0,00

¹ De p-waarde geeft de significantie van het verschil in gemiddelde scores tussen 1992/93 en 2001/02 en tussen 1995/96 en 2005/06 aan.

Meetinstrumenten

De afhankelijke variabele ‘gebruik van welzijnsvoorzieningen’ is gebaseerd op vragen over het gebruik van elf typen voorzieningen (zie tabel 1 in het rapport). De vraagstelling was: Heeft u in het afgelopen half jaar gebruik gemaakt van (type voorziening). Antwoordmogelijkheden waren nee of ja. In het rapport is gebruik gemaakt van het gegeven of men van tenminste een van deze elf typen voorzieningen gebruik had gemaakt (0 = niet, 1 = wel).

De afhankelijke variabele ‘gebruik van professionele thuiszorg’ is gebaseerd op de vragenserie: ‘Krijgt u momenteel hulp bij uw persoonlijke verzorging? Met persoonlijke verzorging bedoelen we een van de volgende handelingen: wassen, baden of douchen, kleden, naar het toilet gaan, opstaan en gaan zitten.’ En ‘Krijgt u momenteel hulp bij huishoudelijke taken? Met huishoudelijke taken bedoelen we een van de volgende

handelingen: maaltijden bereiden, boodschappen doen, het huis schoonhouden, de vuilniszakken buiten zetten, maar ook formulieren invullen.' Vervolgens is voor verschillende relatietypen (partner, kinderen, burens, vrijwilligers, diverse professionals) gevraagd van wie de hulp verkregen werd. Het gebruik van professionele hulp omvat de hulp van wijkverpleegkundige, bejaardenhulp, en/of personeel van tehuis of ziekenhuis bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging (0 = niet, 1= wel).

Vier aspecten van de fysieke en geestelijke gezondheid van ouderen zijn vastgesteld. Respondenten hebben aangegeven in hoeverre zij nog in staat waren zes functionele activiteiten (zoals trap lopen, aan- en uitkleden) uit te voeren. Antwoordcategorieën waren: zonder moeite, met enige moeite, met veel moeite, alleen met hulp, en kan niet. De totaalscore voor functionele beperkingen varieerde van 0 (geen activiteit zonder moeite) tot 6 (alle activiteiten zonder moeite). Verder is gevraagd of de ouderen leden aan zeven verschillende typen chronische ziekten (totaalscore 0-7). Het cognitief functioneren is gemeten met de Mini Mental State Examination (MMSE). De score op de MMSE loopt van 0 tot 30, waarbij een hogere score overeenkomt met beter cognitief functioneren. De 20-itemversie van de CES-D is gebruikt om de mate van depressieve stemming in de afgelopen week aan te geven, met de totaalscore variërend van 0 tot 60.

Bij de beantwoording van vraag 5 zijn de veranderingen in de gezondheidsindicatoren bepaald tussen opeenvolgende waarnemingen. Afhankelijk van de indicator zijn vier categorieën bepaald: 1) gezond op T1 en op T2, 2) gezond op T1 en ziek op T2, 3) ziek op T1 en gezond op T2, en 4) ziek op T1 en T2. Voor functionele beperkingen geldt dat 'gezond' aangegeven wordt door geen beperkingen en 'ziek' door minstens één beperking. Voor chronische ziekten is dat de af- of aanwezigheid van tenminste één chronische ziekte. Bij de depressieve stemming is de cut-off score gehanteerd van 16 of hoger om aan te geven of men depressief was. Bij de MMSE is de cut-off score van 24 of lager gehanteerd om aan te geven of men wel of niet slecht cognitief functioneert.

De partnerstatus geeft aan of men al dan niet met een partner samenwoonde (0 = niet, 1 = wel). Voor de longitudinale waarnemingen (vraag 4 en vraag 5) is daarbij ook nog bepaald of er sprake was van het verlies van de partner door overlijden (0 = niet, 1 = wel).

Voor netwerkvang is het totaal aantal netwerkleden gebruikt (range 0 tot 77). De netwerkleden zijn geïdentificeerd met een afbakeningsmethode waarbij voor zeven typen relatiedomeinen (partner, huisgenoten, kinderen en schoonkinderen, familieleden, burens, mensen van werk en organisaties, en vrienden) is gevraagd de namen te noemen van degenen met wie regelmatig contact werd onderhouden en daarbij belangrijk waren voor de respondent.

Van de netwerkleden die tot de negen meest frequente contacten werden gerekend, is nagegaan hoe lang de reistijd was naar het netwerklid met het voor de respondent gebruikelijke vervoermiddel. In dit rapport is dit gegeven gebruikt om aan te geven hoeveel van de kinderen van de respondent in de buurt woonden, dat wil zeggen op hoogstens vijftien minuten reisafstand. Hierbij kan de code 0 aangeven dat men geen kinderen in de buurt heeft wonen, maar ook dat men geen kinderen heeft (ongeveer 13% van de ondervraagden heeft geen kinderen).

Voor de beide persoonlijkheidskenmerken is gebruik gemaakt van gegevens op de eerste waarneming, ervan uitgaande dat persoonlijkheidskenmerken in het algemeen als stabiel kunnen worden opgevat. Als indicator van voorkeur voor informele zorg is op de 1992/93-waarneming de volgende uitspraak voorgelegd: “Als ik op een bepaald moment hulp nodig heb, zou ik willen dat ... dit regelt”, waarbij de antwoordmogelijkheden waren 0 = huisarts en 1 = de kinderen. Omdat vrij veel respondenten deze vraag niet hadden beantwoord (N = 385 op baseline), is als vervanging van een missende waarde gebruik gemaakt van een vraag die in de schriftelijke vragenlijst op baseline aan de respondenten was voorgelegd: “Als je tijdelijk zorg nodig zou hebben, moet je kunnen rekenen op je kinderen, familie en bureu’. Als men het met deze uitspraak (helemaal) eens was, werd dit gezien als voorkeur voor informele zorg (0 = geen, 1 = wel voorkeur voor informele zorg). Geen voorkeur voor informele zorg werd gezien als een voorkeur voor professionele zorg. Gekozen is voor deze vervanging van missende waarden omdat de antwoorden op beide uitspraken hoog correleerden en inhoudelijk overeenkomen.

Als indicator van een sterke of zwakke persoonlijkheid is in dit onderzoek de algemene competentieverwachting betrokken. Algemene competentieverwachtingen zijn vastgesteld met de 12-item versie van de ALCOS-schaal. Een voorbeelditem is ‘Wanneer ik de indruk heb dat iets ingewikkeld is, begin ik er niet aan’ (1 = helemaal niet mee eens tot 5 = helemaal mee eens, scorebereik van 12 tot 60).