

# Extramurale Zorgpakketten

## Verleende zorg aan thuiswonende ouderen in onderscheidende pakketten

M.J.G. van Vliet, MSc<sup>1</sup>  
Dr. M.I. Broese van Groenou<sup>2</sup>  
Prof. dr. D.J.H. Deeg<sup>1</sup>

- <sup>1.</sup> Longitudinal Aging Study Amsterdam, EMGO-Instituut, VU Medisch Centrum
- <sup>2.</sup> Afdeling Sociologie, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit

19 mei 2010



## *SAMENVATTING*

Het ministerie van VWS heeft, in het kader van project Strategische Verkenningen, LASA gevraagd uit te zoeken hoeveel welke zinvolle onderscheidende extramurale zorgpakketten er bestaan bij thuiswonende ouderen van 70 jaar en ouder. Tevens werd gevraagd aan te geven welke kenmerken de ouderen met de verschillende pakketten hebben, hoe stabiel de zorgpakketten zijn in de tijd en in hoeverre de zorgpakketten een tehuisopname voorspellen.

Om deze vragen te beantwoorden zijn gegevens gebruikt van 890 respondenten van de 2005/2006 waarneming in LASA. In totaal zijn 17 zorgvormen gebruikt variërend van a) praktische voorzieningen (drie vormen), b) huishoudelijke hulp (vijf vormen), c) persoonlijke zorg (vier vormen) en d) eerste en tweede lijn (vijf vormen). Met behulp van een clusteranalyse zijn acht verschillende zorgpakketten vastgesteld, met een oplopende zwaarte in aantal en vormen van zorgvoorziening. De acht zorgpakketten zijn: 1) geen zorg, 2) woningaanpassing en huisarts, 3) 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg, 4) particuliere hulp, 5) informele hulp en ziekenhuisopname, 6) formele huishoudelijke hulp en ondersteunende diensten, 7) het gemengde zorgnetwerk, en 8) formele zorg en respijtzorg. De clusters bouwen op elkaar voort; elk cluster bevat een of meerdere zorgvormen van het voorgaande cluster. Cluster 8 vormt het zwaarste pakket, waarin meerdere vormen van professionele zorg ingezet worden voor zowel huishoudelijke, verzorgende en verplegende taken.

De zorgpakketten onderscheiden zich naar achtergrondkenmerken, gezondheidsproblemen en sociale context van de ouderen. Bij de pakketten 1 tot en met 3 is sprake van lichte tot matige gezondheidsproblemen die geen informele of formele hulp aan huis vereisen. Bij pakketten 4, 5 en 6 is er sprake van gezondheidsproblemen van dien aard dat of met particuliere hulp (pakket 4), informele hulp (pakket 5) of formele huishoudelijke hulp (pakket 6) kan worden volstaan. Bij pakketten 7 en 8 is sprake van complexe gezondheidsproblemen die langdurige zorg behoeven. Welk pakket nodig is, wordt mede ingegeven door de persoonlijke situatie wat betreft sekse, leeftijd en opleidingsniveau en sociale context (partnerstatus, netwerk en kinderen in de buurt). De pakketten 6, 7 en 8 worden vooral gebruikt door vrouwen op hoge leeftijd met een laag opleidingsniveau. Bij pakketten 5 en 7 is er sprake van beschikbare informele hulp, waardoor er minder professionele hulp nodig is. Bij pakketten 6 en 8 is dat niet het geval en is de afhankelijkheid van professionele hulp groot.

Er is sprake van geringe stabiliteit in de zorgpakketten, met uitzondering van de lichtste pakketten (1-3) en het zwaarste zorgpakket (8). In een periode van drie jaar tijd maakt ongeveer tweederde de overgang naar een ander zorgpakket. Opmerkelijk is dat dit zowel een lichter als een zwaarder zorgpakket kan zijn. Er lijkt geen duidelijke hiërarchie in de zorgpakketten. Van pakket 7 gaat, bijvoorbeeld, maar een klein deel van de ouderen naar pakket 8, sommigen gaan zelfs terug naar pakketten 1-3. Een toename in het aantal chronische ziekten, de verslechtering van fysieke beperkingen en het (blijvend) ontberen van een partner, zijn de belangrijkste voorspellers of de oudere een transitie naar een zwaarder zorgpakket doormaakt. Tenslotte is de kans op een tehuisopname vooral groot voor de ouderen met de pakketten 7 en 8; zij hebben (ten opzichte van ouderen met pakket 1) ongeveer 4 keer zoveel kans om binnen vier jaar tijd opgenomen te worden in een tehuis.

## 1. INLEIDING

In het kader van het VWS project 'Strategische verkenningen' heeft LASA onderzoeksvragen beantwoord van het ministerie van VWS betreffende extramurale zorgpakketten. Extramurale zorgpakketten worden voor dit onderzoek gedefinieerd als zinvolle combinaties van zorg gebruikt door thuiswonende ouderen vanaf 70 jaar. De zorgpakketten zijn zinvol te noemen wanneer ze het inzicht in het zorggebruik kunnen verruimen, de keuze voor bepaalde combinaties van zorg kunnen verklaren en het gebruik van zorg kunnen voorspellen.

Letterlijk gezien verwijst de term 'extramurale zorg' naar zorg die buiten een intramurale instelling aan een hulpbehoevende wordt gegeven. Er kunnen vele vormen van zorg gerekend worden tot extramurale zorg en deze verschillen sterk in toegankelijkheid, regulering en financiering. In dit rapport hanteren wij een brede opvatting van extramurale zorg om inzicht te krijgen in welke soorten van zorg in combinatie met elkaar voorkomen. Alle vormen van zorggebruik door een thuiswonende oudere worden door ons in beschouwing genomen, inclusief zorg van de huisarts of medisch specialist. Heel globaal kunnen de typen voorzieningen worden onderscheiden in: a) ondersteunende voorzieningen (aanpassingen in de woning, loopmiddelen of ondersteunende diensten), b) huishoudelijke hulp (door partner, inwonende of uitwonende anderen, particuliere hulp, vrijwilligers, of professional), c) persoonlijke zorg (door partner of naasten, professionele thuiszorg, verpleegkundige handelingen, respijtzorg) en d) eerste en tweede lijn (huisarts, tandarts, fysiotherapeut, medisch specialist en ziekenhuisopname). Ook de tandarts valt onder 1<sup>ste</sup> lijns zorg omdat onvoldoende mondzorg chronische ziektes kan induceren, vaak als gevolg van infectie. Een tijdelijke opname in een verzorgings- of verpleeghuis (respijtzorg) valt in feite niet onder extramurale zorg, maar kan wel beschouwd worden als een zorgvorm waarmee definitieve opname voorkomen kan worden. Om die reden wordt ook deze zorgvoorziening meegenomen.

Bij het identificeren van zorgpakketten is de algemene veronderstelling dat er een bepaalde hiërarchie aanwezig is in het gebruik van zorgvormen, en daarmee in de 'zwaarte' van het zorgpakket. Onderzoek wijst uit dat er globale trajecten in zorggebruik bestaan waarbij eerst gebruik wordt gemaakt van informele zorg, vervolgens van particuliere hulp en/of thuiszorg, en als laatste stap intramurale zorg (Geerlings e.a. 2005). De zwaarte van een zorgpakket wordt bepaald door zowel de *kwantiteit* als de *aard* van de zorgvormen. Een zorgpakket bestaande uit aanpassingen in de woning, de huisarts en specialist, kan als 'lichter' worden beschouwd dan het zorgpakket, bestaande uit huisarts, specialist, informele zorg, maaltijdvoorziening en thuiszorg. Evenzo zal informele hulp als 'lichter' worden gezien dan professionele thuiszorg, en zal hulp bij huishoudelijke taken als 'lichter' worden gezien dan hulp bij verzorgende of verpleegkundige taken. Impliciet verwijst de zwaarte van een zorgpakket dan ook naar het kostenaspect en de complexiteit van de procedure om de zorg te organiseren. Het zwaarste zorgpakket zal dan ook bestaan uit veel verschillende soorten zorgvormen waaronder tenminste een of meerdere zorgvormen die via de AWBZ (en dus via een indicatieprocedure) verkregen worden. Een eerste doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in hoeveel verschillende zinvolle zorgpakketten er bestaan en of deze inderdaad oplopen in zwaarte.

De veronderstelde hiërarchie in zwaarte van zorgpakketten wordt grotendeels ingegeven door een ontwikkeling in de gezondheidsproblemen en bijbehorende behoefte aan zorg (Vollering 1991). Bij lichte mobiliteitsproblemen, bijvoorbeeld, zal men geholpen zijn met een aanpassing in de eigen woning, eventueel aangevuld met een loopmiddel. Als er sprake is van ernstiger beperkingen, is het mogelijk dat er informele zorg en maaltijdvoorziening ingezet worden. Bij complexe zorgsituaties, is de kans op gebruik van zowel informele als formele hulpverleners groter en zal ook de kans op het gebruik van respijtoorzieningen toenemen. Het gebruik van zorg wordt daarnaast ook gestuurd door de specifieke sociale context van de hulpbehoevende. Als er geen informele zorg aanwezig is, is de kans groter dat er hulp van de thuiszorg verkregen wordt. Als men over een gering inkomen beschikt, ligt het gebruik van particuliere voorzieningen minder voor de hand. Een tweede doelstelling van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre de onderscheiden zorgpakketten gerelateerd kunnen worden aan kenmerken van het individu, in het bijzonder de aard van de gezondheidsproblemen en de sociale context.

De veronderstelde hiërarchie in zorgpakketten kan ook worden onderzocht door na te gaan of de zorgpakketten in de veronderstelde volgorde doorlopen worden. Hoeveel hulpbehoevenden gaan van een lichter zorgpakket over naar een zwaarder zorgpakket, en vice versa? Door te bezien hoe (in)stabiel het gebruik van een bepaald zorgpakket is in een tijdsspanne van vier jaar, kunnen we enig zicht krijgen op de volgorde in het gebruik van zorgpakketten. Tenslotte is een belangrijk doel van extramurale zorg het voorkomen van een tehuisopname. Derhalve wordt voor elk onderscheiden zorgpakket de kans bepaald dat men drie jaar à vier later in een tehuis is opgenomen. Uiteraard is de verwachting hierbij dat deze kans het grootste is bij de gebruikers van het zwaarste zorgpakket.

Teneinde meer inzicht te krijgen in het voorkomen van zorgpakketten, de kenmerken van de gebruikers van de zorgpakketten, de stabiliteit van de zorgpakketten en de relatieve kansen van de onderscheiden pakketten op een tehuisopname na vier jaar, worden de volgende vragen beantwoord:

1. Welke combinaties van extramurale zorg gebruiken ouderen en is er een hiërarchie aan te geven in deze zorgpakketten?
2. Welke fysieke en psychosociale gesteldheid kan in verband gebracht worden met de onderscheiden zorgpakketten?
3. Hoe stabiel zijn de onderscheiden zorgpakketten over vier jaar tijd, en is er een bepaalde tijdsvolgorde te zien in het gebruik van verschillende zorgpakketten?
4. In hoeverre voorspellen de zorgpakketten een tehuisopname in vier jaar tijd?

#### *Aanpak van de analyses*

De vragen worden beantwoord door gebruik te maken van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). De gegevens hebben betrekking op zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar en ouder in de periode 2005/2006. Bij de bepaling van de stabiliteit van zorgpakketten (vraag 3) en de kans op tehuisopname (vraag 4) is de verandering in het gebruik van een zorgpakket tussen 2001/2002 en 2005/2006 in het verslag vermeld. Bij LASA zijn ook gegevens beschikbaar voor

eerdere perioden en binnenkort voor 2008/2009. Ter informatie zijn in bijlage 1 ook de resultaten inzake het voorkomen van zorgpakketten (vraag 1) in 1995/96, 1998/99 en in 2001/02 en de stabiliteit en tehuisopnames in diverse periodes (vraag 3 en vraag 4) vermeld. Bijlage 2 bevat een verantwoording van de steekproef, de meetinstrumenten en de clusteranalyse.

### *Opbouw van het rapport*

In het volgende hoofdstuk worden de geschatte combinaties van zorg weergegeven en wordt de eerste vraag beantwoord. Welke cliënten gebruik maken van de zorgpakketten wordt in het derde hoofdstuk beschreven. Hoofdstuk vier beziet de stabiliteit van de zorgpakketten en in het vijfde hoofdstuk wordt weergegeven in hoeverre de zorgpakketten een tehuisopname kunnen voorspellen. Tenslotte wordt het rapport afgesloten met een aantal conclusies en aanbevelingen.

## **2. ACHT EXTRAMURALE ZORGZWAARTEPAKKETTEN**

Om de variatie aan zorgpakketten te onderzoeken is een clusteranalyse gedaan met het statistische programma SPSS. De clusteranalyse groepeerde personen op basis van hun frequentie in typen zorggebruik (zie bijlage 2). Voor de clusteranalyse zijn gegevens van 890 thuiswonende ouderen (70 jaar en ouder) gebruikt uit de LASA waarneming in 2005-2006. Voor de input in de analyse zijn 17 vormen van zorg gebruikt (zie tabel 1).

Er zijn acht clusters van verleende zorg gevonden (tabel 1) in 2005/06. Deze acht clusters geven aan welke combinaties van zorg vooral samen voorkomen onder de ouderen en onderscheiden zich inhoudelijk scherper dan negen clusters of zeven en minder clusters. De aantallen zorggebruikers per cluster zijn voldoende groot om praktische relevantie te bieden. De acht clusters worden in volgorde van oplopende zwaarte beschreven. De naamgeving van de clusters is gebaseerd op een van de nieuw voorkomende vormen van zorg in een cluster vergeleken bij het vorige, minder zwaardere cluster. De dikgedrukte cijfers in tabel 1 geven aan welke zorgvormen kenmerkend zijn voor een bepaald cluster. Ter afsluiting van de paragraaf worden in figuur 1 de zorgpakketten hiërarchisch weergegeven. In plaats van clusters wordt in het vervolg de term zorgpakket gebruikt.

### Het eerste zorgpakket: *Geringe zorg*

Het eerste zorgpakket treffen we vooral aan bij de ouderen die geen of in geringe mate zorg gebruiken. Nog niet de helft van de gebruikers bezocht in het laatste half jaar de huisarts en slechts rond de 10% van de ouderen heeft aanpassingen in de woning, maakt gebruik van particuliere hulp of huishoudelijke hulp van naasten. In dit pakket domineert geen enkele vorm van zorg vergeleken bij de andere pakketten. In de steekproef hebben 172 mensen (19%) dit 'pakket'.

Tabel 1, Acht pakketten verleende zorg aan thuiswonende ouderen vanaf 70 jaar, waarbij onderscheidende percentages per zorgpakket vergroot weergegeven zijn, 2005/06.

Verleende zorg in 2005/06: N = 890 (100%)	Zorgpakket							
	1 N=172	2 N=131	3 N=207	4 N=85	5 N=53	6 N=80	7 N=74	8 N=88
<b>Praktische voorzieningen</b>								
Aanpassing aan de woning (N=398)	(%) 12	<b>56</b>	21	<b>53</b>	<b>55</b>	<b>74</b>	<b>74</b>	<b>83</b>
Lopen met hulpmiddel (N=182) of niet zelfstandig kunnen lopen (N=60)	(%) 6	2	1	4	<b>62</b>	0	<b>100</b>	<b>100</b>
Welzijnzorg waaronder klusjes-, maaltijd- & vervoersdienst, telefonische voorzieningen en Stichting ouderenzorg (N=212)	(%) 5	9	7	33	13	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>69</b>
<b>Huishoudelijke hulp</b>								
Particuliere huishoudelijke hulp (N=184)	(%) 11	13	5	<b>91</b>	17	3	<b>51</b>	8
Huishoudelijke hulp door partner (N=67), inwonend kind (N=15) of andere inwonenden (N=2)	(%) 11	9	10	7	<b>25</b>	1	9	3
Huishoudelijke hulp door uitwonende naasten kind (N=152)	(%) 13	15	11	11	15	11	<b>39</b>	20
Vrijwillige hulp, hulp van Rode Kruis, Zonnebloem of UVV (N=58)	(%) 2	5	1	4	4	10	14	<b>26</b>
Huishoudelijke hulp door alfahulp (n=186) of tehuis (N= 20)	(%) 10	6	2	2	23	<b>91</b>	0	<b>100</b>
<b>Persoonlijke zorg</b>								
Persoonlijke zorg door partner (N=20) of naasten (N=7)	(%) 1	0	1	0	<b>23</b>	1	<b>14</b>	1
Persoonlijke zorg door alfahulp (N=30) of hulp uit tehuis (N=10)	(%) 1	0	0	0	2	4	<b>16</b>	<b>24</b>
Verpleegkundige handelingen (N=21)	(%) 1	0	0	0	6	4	5	<b>10</b>
Respijtzorg: dag, avond, nacht, weekend, of tijdelijke opvang in verpleeg/verzorgingshuis (N=33)	(%) 1	1	0	1	6	6	9	<b>16</b>
<b>Eerste- en tweedelijnszorg in de afgelopen zes maanden</b>								
Contact huisarts (N=733)	(%) 43	<b>92</b>	<b>87</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>91</b>
Contact tandarts (N=305)	(%) 11	<b>70</b>	<b>33</b>	<b>69</b>	<b>53</b>	16	16	15
Contact fysiotherapeut (N=206)	(%) 5	16	13	<b>52</b>	<b>75</b>	36	19	27
Contact specialist (N=484)	(%) 0	0	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>98</b>	<b>81</b>	<b>55</b>	<b>58</b>
Ziekenhuisopname (N=106)	(%) 0	0	14	7	<b>83</b>	9	11	15
	Geringe zorg	De 1 <sup>ste</sup> lijn met de woning	De 2 <sup>de</sup> lijn	Particuliere huishoudelijke hulp	Informele zorg met ziekenhuisopname	Formele huishoudelijke hulp	Formele persoonlijke zorg	Respijtzorg

Bron: LASA 2005 - 2006

Het tweede zorgpakket: *De 1<sup>ste</sup> lijn*

Het tweede pakket behoort aan 131 respondenten (15% van de steekproef). Dit is het pakket van de ouderen die in het afgelopen half jaar de huisarts (92%) en de tandarts (70%) bezochten. Tevens

heeft meer dan de helft van de mensen uit dit tweede zorgpakket een aanpassing aan de woning (56%). Hierbij moet worden opgemerkt dat niet bekend is of de woningaanpassing voor de respondent zelf is uitgevoerd, dan wel voor diens partner, een huisgenoot of een eerdere bewoner. In dit tweede zorgpakket wordt het zorggebruik dus vooral bepaald door zorg uit de 1<sup>ste</sup> lijn samen met een woningaanpassing.

Het derde zorgpakket: *De 2<sup>de</sup> lijn*

Het derde zorgpakket is het grootste cluster met 207 deelnemers, 23% van de steekproef. Nieuw in dit derde pakket is de tweedelijnszorg: iedereen bezocht het afgelopen halfjaar de specialist (100%).

Tevens domineert in dit pakket de huisarts (87%). In het derde pakket gaat het dus vooral om zorg uit de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn.

Het vierde zorgpakket: *Particuliere huishoudelijke hulp*

Het vierde pakket behoort toe aan 85 mensen, 10% van de steekproef. De mensen met dit pakket hebben in het halfjaar voorafgaand aan de meting de huisarts (91%), de tandarts (69%), de fysiotherapeut (52%) en/of de specialist (80%) bezocht en het percentage aanpassingen aan de woning is bij dit pakket even groot als in het tweede zorgpakket (53%). De zorgvorm die nieuw voorkomt in dit vierde pakket is particuliere huishoudelijke hulp: negen van de tien mensen schakelen particuliere hulp in bij het huishouden (91%).

Het vijfde zorgpakket: *Informele hulp en zorg met ziekenhuisopname*

Het vijfde zorgpakket behoort aan 53 mensen en is daarmee het kleinste cluster (6% van de steekproef). Behalve zorg uit de 1<sup>ste</sup> lijn en een bezoek aan de specialist wordt 83% van de mensen met dit zorgpakket opgenomen in het ziekenhuis. De partner wordt ingezet als hulp in het huishouden (20%) en verleent persoonlijke zorg (23%). Verder heeft de helft van de mensen in dit vijfde pakket een aanpassing aan de woning en meer dan de helft heeft een hulpmiddel bij het lopen. In dit pakket zijn dus meerdere vormen van zorg aanwezig: zorg uit de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>de</sup> lijn, waaronder ook opname in het ziekenhuis, gecombineerd met informele hulp.

Het zesde zorgpakket: *Formele huishoudelijke hulp*

Tot het zesde zorgpakket behoren 80 mensen, 9% van de steekproef. Deze mensen gaan naar de huisarts en de specialist en driekwart van hen heeft een aanpassing aan de woning. De helft van hen gebruikt welzijnszorg van bijvoorbeeld de Stichting ouderenzorg, een klusjesdienst of maaltijdvoorziening. De nieuwe vorm van zorg in dit zesde pakket is professionele huishoudelijke hulp die door bijna iedereen ingezet wordt (91%).

Het zevende zorgpakket: *Het gemengde zorgnetwerk*

Het zevende zorgpakket behoort aan 74 mensen, 8% van de steekproef. Deze ouderen ontvangen zorg van alle verschillende typen zorgverleners. Zij bezoeken de huisarts (96%) en de specialist (55%) en de persoonlijke zorg wordt door hen zowel informeel (15%) als formeel georganiseerd (16%). De



Figuur 1: Schematische weergave van de pakketten van verleende zorg, oplopend in zwaarte

huishoudelijke zorg wordt particulier (51%) en/of informeel door kinderen en andere naasten ingevuld (39%). Verder worden de drie vormen van praktische voorzieningen ingezet: welzijnszorg (50%), aanpassingen aan de woning (74%) en iedereen gebruikt of een hulpmiddel bij het lopen (81%) of kan niet zelfstandig meer zelfstandig lopen (19%). De mensen met dit zorgpakket hebben een zorgnetwerk waarin dus veel typen zorgverlening aanwezig zijn en waarbij zij ook van alle drie de vormen van ondersteunende voorzieningen gebruik maken.



Het achtste zorgpakket: *Een zorgnetwerk met respijtzorg*

Het laatste zorgpakket behoort aan 88 mensen (10% van de steekproef) en in dit pakket komt de meeste zorg aan huis voor. Behalve alle drie de praktische voorzieningen, wordt door iedereen formele hulp ingezet voor het huishouden (100%). Een kwart van de mensen zet formele persoonlijke zorg in (24%). Ook zijn bij 10% van de mensen verpleegkundige handelingen noodzakelijk en gebruikt 16% van de mensen uit dit achtste cluster respijtzorg. Het betreft hier dagopvang, sociaal, creatieve opvang en tijdelijke opname in een verzorg- of verpleeghuis. Dit laatste zorgpakket is door alle dagelijkse formele zorg het zwaarste pakket. In dit pakket ontbreekt de informele hulp.

In antwoord op de *eerste onderzoeksvraag* kunnen we concluderen dat er acht onderscheidende zorgpakketten bestaan, die oplopen in aantal en diversiteit aan zorgvormen. Binnen elk zorgpakket komen meer verschillende en/of nieuwe vormen van zorg voor dan in een vorig zorgpakket. Pas vanaf het zesde zorgpakket is er sprake van professionele hulp aan huis.

### 3. DE LICHAMELIJKE EN PSYCHOSOCIALE GESTELDHEID VAN DE MENSEN IN DE ZORGPAKKETTEN

In deze paragraaf worden de kenmerken van de personen met de acht zorgpakketten nader bekeken. Een eerste beschrijving wordt verkregen door een onderscheid naar sekse, leeftijd en opleidingsniveau te maken (Tabel 2). Bekend is dat vrouwen, de oudsten en degenen met een laag opleidingsniveau het meest frequent gebruik maken van professionele zorgvoorzieningen (Geerlings et al. 2005). Dit gegeven is terug te zien in tabel 2. Pakketten 6, 7 en 8 worden door relatief veel vrouwen (meer dan 65%) gebruikt, hun gemiddelde leeftijd ligt boven de 80 jaar en het gemiddeld opleidingsniveau is het laagst.

De hiërarchie in de zorgpakketten zou een reflectie moeten zijn van een toename in gezondheidsproblemen. Derhalve zijn de zorgpakketten vergeleken op verschillen in fysieke en mentale gezondheid (tabel 3). Uit tabel 3 wordt duidelijk dat de ouderen in pakketten 1 t/m 4 relatief minder fysieke beperkingen kennen en dat men in pakketten 7 en 8 de hoogste fysieke beperkingen kent. Pakketten 5 en 6 volgen deze hiërarchie echter niet, de ouderen met pakket 5 zijn meer beperkt dan de ouderen met pakket 6, hetgeen mogelijk een gevolg is van de ziekenhuisopname die pakket 5 kenmerkt. Wat betreft ervaren gezondheid en depressieve symptomen zien we een redelijk opgaande lijn over de acht zorgpakketten heen. Dit komt overeen met het beeld dat meer en zwaarder zorggebruik gepaard gaat met meer depressieve symptomen (Van Gool et al. 2005). Of depressie hier de aanleiding voor het zorggebruik is, dan wel het gevolg van een toenemende afhankelijkheid of verminderd fysiek of cognitief vermogen is niet duidelijk. Wat betreft cognitief functioneren zien we een niet-lineair verloop. De gemiddelde cognitieve score is lager in de pakketten 1, 5, 7 en 8, hetgeen suggereert dat een toename in zorgzwaarte niet overeen komt met een afname in cognitief functioneren. Wat betreft chronische aandoeningen zien we een opgaande lijn in het gemiddeld aantal

chronische ziekten, maar die toename stagneert bij pakket 4 rond de 2,6 en ligt alleen bij pakket 8 weer hoger op gemiddeld 3,0 chronische ziekten.

Tabel 2. Sekse, leeftijd en opleidingsniveau van de ouderen, naar zorgpakket (N =890)

Kenmerken	Zorgpakket							
	1 N=172	2 N=131	3 N=207	4 N=85	5 N=53	6 N=80	7 N=74	8 N=88
<b>Geslacht**</b>								
vrouw: N=514 (58%)	54%	63%	41%	57%	51%	68%	73%	81%
<b>Leeftijd**</b> 70,0 - 97,5 jaar								
gemiddeld 78,5	77,1	76,8	75,9	78,1	79,0	80,6	83,6	83,9
<b>Opleiding**</b> (1-8) <sup>a</sup>								
gemiddeld 3,7	3,5	3,6	3,8	5,3	4,2	3,2	3,2	3,2

\*\*  $p < 0,001$  significantie getoetst met Pearson Chi-kwadraat

++  $p < 0,001$  significantie getoetst met de F-toets

<sup>a</sup> score 1: geen of enige jaren lager onderwijs tot 8: universitair opgeleid

Bron: LASA 2005 – 2006

Tabel 3. Gemiddelde fysieke en mentale kenmerken van de ouderen, naar zorgpakket

Kenmerken	Zorgpakket								
	1 N=172	2 N=131	3 N=207	4 N=85	5 N=53	6 N=80	7 N=74	8 N=88	
<b>Lichamelijke beperking**</b> score: 0 – 12									
gemiddeld 2,7		1,4	1,6	1,6	2,3	4,5	3,3	5,7	6,3
<b>Ervaren gezondheid**</b> score 1: zeer goed tot score 5: slecht									
gemiddeld 2,5		2,1	2,2	2,5	2,6	2,8	2,7	2,8	3,0
<b>Depressieve symptomen**</b> score: 0 – 41									
gemiddeld 9,0		7,3	7,7	7,6	8,4	9,6	11,0	13,3	12,6
<b>Cognitieve functie**</b> score 0 – 30									
gemiddeld 27,0		26,5	27,5	27,6	27,8	26,7	27,3	26,2	25,6
<b>Chronische ziekten**</b> score 0 – 9									
gemiddeld 2,2		1,3	1,7	2,3	2,6	2,7	2,7	2,6	3,0

\*\*  $p < 0,001$  significantie getoetst met de F-toets

Bron: LASA 2005 – 2006

Omdat het zorggebruik ook sterk naar het type aandoening kan verschillen, wordt in tabel 4 het voorkomen van diverse typen chronische ziekten getoond. Uit deze tabel komt geen duidelijk beeld naar voren. De meeste aandoeningen zijn redelijk gespreid over de ouderen met verschillende zorgpakketten. Er is niet een aandoening die specifiek in een pakket voorkomt, hetgeen deels te wijten is aan het feit dat de ouderen in de hogere zorgpakketten meestal meer dan twee chronische aandoening hebben. Wel valt op dat een merendeel van de ouderen met pakketten 5 t/m 8 gewrichtsziekten hebben, hetgeen de mobiliteit en de mogelijkheden voor zelfzorg danig beperkt. In het algemeen moeten we echter concluderen dat de onderscheiden zorgpakketten niet specifiek aan een bepaalde aandoening zijn te relateren.

Tabel 4. Het voorkomen van chronische ziekten bij de ouderen, naar zorgpakket (N = 890)

	Zorgpakket							
	1 N=172	2 N=131	3 N=207	4 N=85	5 N=53	6 N=80	7 N=74	8 N=88
<b>Longziekte*</b>								
wel: n=126 (14%)	8%	13%	13%	18%	15%	18%	23%	18%
<b>Hartziekte**</b>								
wel: n=295 (33%)	21%	12%	44%	35%	43%	39%	41%	42%
<b>Ziekte aan slagaders**</b>								
wel: n=89 (10%)	2%	5%	9%	11%	11%	16%	26%	17%
<b>Diabetes mellitus*</b>								
wel: n=127 (14%)	8%	12%	14%	12%	26%	13%	22%	22%
<b>Cerebraal vasculair accident*</b>								
wel: n=83 (9%)	5%	6%	8%	9%	17%	7,5%	16%	18%
<b>Gewrichtsziekte**</b>								
wel: n=477 (54%)	39%	47%	46%	64%	72%	64%	60%	74%
<b>Kanker**</b>								
wel: n=158 (18%)	10%	10%	24%	19%	25%	29%	18%	15%
<b>Hypertensie*</b>								
Wel: n=351 (39%)	27%	39%	42%	47%	38%	44%	34%	53%
<b>Urine incontinentie*</b>								
Wel: n=288 (32%)	20%	30%	28%	33%	26%	43%	53%	48%

\*  $p < 0,05$  significantie getoetst met Pearson Chi-kwadraat

\*\*  $p < 0,001$  significantie getoetst met Pearson Chi-kwadraat

Bron: LASA 2005 – 2006

Zoals eerder vermeld is het gebruik van bepaalde zorgvormen sterk gerelateerd aan de sociale context (partnerstatus, kinderen in de buurt, netwerkvang, kerkbezoek) of het aanbod aan professionele hulp (verstedelijking, indicatie voor zorg, voldoende hulp). Derhalve zijn de ouderen met de acht zorgpakketten onderzocht op verschillen in dergelijke psychosociale kenmerken (tabel 5). Uit tabel 5 kan afgeleid worden dat de ouderen met de hogere zorgpakketten vaker alleenstaand zijn, vaker een indicatie voor zorg hebben, en vaker minder tevreden zijn over de verkregen hulp. Of er kinderen nabij wonen, hoe groot het netwerk is, of men regelmatig naar de kerk gaat, en of men in een stad of een dorp woont, vertoont echter geen duidelijke samenhang met de zorgpakketten. Voor de zorgpakketten geldt verder dat de LASA - regio's zo gelijkmatig verspreid zijn over alle zorgpakketten dat over de verschillen in regio's niets gezegd kan worden. Dit suggereert dat het aanbod aan zorgvoorzieningen, dat meestal per regio en urbanisatiegraad varieert (Andersen 1995), bij de bepaling van deze acht zorgpakketten van ondergeschikt belang is.

Om een beter beeld te krijgen van de achtergrondkenmerken van de ouderen met de verschillende zorgpakketten, worden hierna per zorgpakket de kenmerken van gezondheid en context omschreven (een cumulatie van tabellen 2, 3, 4 en 5).

Tabel 5. Psychosociale kenmerken van de ouderen, naar zorgpakket (N = 890)

	Zorgpakket							
	1 N=172	2 N=131	3 N=207	4 N=85	5 N=53	6 N=80	7 N=74	8 N=88
<b>Partnerstatus**</b>								
wel: N=495 (56%)	63%	62%	73%	65%	57%	44%	28%	17%
<b>Kind nabij*</b> score 0 – 9 kinderen < 15 minuten								
gemiddeld 1,5	1,7	1,5	1,4	0,9	1,8	1,6	2,0	1,6
<b>Netwerkgrootte*</b> score 0 - 58 netwerkleden								
gemiddeld 15,2	15,6	15,9	15,1	17,1	16,6	13,2	15,2	12,4
<b>Bezoek godshuis*</b>								
≥ 2 keer per maand: N=266 (33%)	41%	42%	30%	26%	25%	31%	25%	32%
<b>Verstedelijking*</b> score 1: tot 500 en score 5: ≥ 2500 adressen per km <sup>2</sup>								
gemiddeld 3,0	2,7	3,1	2,9	3,0	3,3	3,1	2,9	3,3
<b>Indicatie**</b>								
wel: N=174 (21%)	6%	9%	4%	8%	22%	60%	34%	75%
<b>Voldoende hulp**</b>								
ja: N=767 (88%)	91%	91%	93%	89%	90%	77%	85%	75%

\*  $p < 0,05$  significantie getoetst met Pearson Chi-kwadraat of Fisher's F-toets

\*\*  $p < 0,001$  significantie getoetst met Pearson Chi-kwadraat of Fisher's F-toets

Bron: LASA 2005 – 2006

#### Het eerste zorgpakket: *Geringe zorg*

Het eerste pakket wordt gebruikt door mannen en vrouwen (54%) met een relatief lage gemiddelde leeftijd (77,1 jaar) en een relatief laag opleidingsniveau: van hen heeft 65% enkel (enige jaren) lager beroepsonderwijs gevolgd. Tweederde van de mensen met dit pakket heeft een partner (63%), tenminste een kind in de buurt (1,7 gemiddeld) en een netwerk van gemiddelde grootte met 15,6 netwerkleden. In vergelijking met de gebruikers van andere pakketten wonen de meeste mensen (31%) in het minst verstedelijkt gebied, en bezoeken relatief veel mensen (41%) gemiddeld twee of meer keer per maand een religieuze, levensbeschouwende bijeenkomst. De mensen met dit pakket hebben de minste beperking in hun mobiliteit (1,3), de minste symptomen van depressie (7,3) en het laagste gemiddelde aantal chronische ziekten (1,3). Het cognitief functioneren is gemiddeld (26,5). Geen enkele ziekte komt bij dit pakket vaker dan gemiddeld voor. De ouderen in dit cluster beoordelen hun gezondheid het best van allemaal (2,1) en slechts 6% heeft een indicatie voor zorg.

*Samengevat behoort het eerste zorgpakket bij de gezondste mannen en vrouwen, woonachtig in een voornamelijk dun bevolkt gebied met een gemiddeld sociaal netwerk waaronder een partner en een kind in de buurt. Dankzij hun relatief goede gezondheid hebben zij de minste zorg nodig.*

#### Het tweede zorgpakket: *De 1<sup>ste</sup> lijn*

De ouderen met dit tweede pakket lijken vrij veel op de ouderen met het eerste pakket; ze hebben een redelijk lage gemiddelde leeftijd (76,8) en laag opleidingsniveau (62% heeft lo of lbo), vaak nog een partner (62%), een relatief groot netwerk (15,9) en tenminste een kind (1,5) in de buurt, en relatief veel mensen gaan regelmatig naar de kerk (42%). Er zijn wel meer vrouwen in dit cluster (63%) en de mensen wonen vaker in verstedelijkt gebied. Ten opzichte van de gebruikers van het eerste pakket rapporten deze ouderen wel iets vaker gezondheidsproblemen (hoewel niet statistisch significant), hetgeen het gebruik van de eerste lijn en de inzet van woning aanpassingen kan verklaren. Ze zijn

gemiddeld genomen iets meer fysiek beperkt, iets meer depressief en voelen zich iets minder gezond dan de ouderen met het eerste pakket. Men rapporteert iets vaker aandoeningen zoals hypertensie, longziekten, gewrichtsziekten en incontinentie.

*Samengevat wordt dit pakket gebruikt door meer verstedelijkte, relatief gezonde vrouwen van wie de meeste een partner en een kind in de buurt hebben in hun netwerk van gemiddelde grootte. Degenen met chronische aandoeningen kunnen volstaan met eerstelijns zorg en aanpassingen in de woning.*

Het derde zorgpakket: *De 2<sup>de</sup> lijn*

Dit zorgpakket behoort vooral aan mannen (59%) met relatief jonge leeftijd (75,9 jaar) en een gemiddeld opleidingsniveau: de helft van hen heeft enkel (enige jaren) lager onderwijs gevolgd of lager beroepsonderwijs (51%). Driekwart van hen heeft een partner (73%) wat het hoogste is in de steekproef en die partner is dus vaker een vrouw. Zij hebben een netwerk van gemiddelde grootte (15,1 leden) waaronder ruim 1 kind in de buurt. Zij wonen verspreid in de stad, het dorp en het platteland en bezoeken minder vaak dan gemiddeld een godsdienstige bijeenkomst. Ten opzichte van de gebruikers van het tweede pakket is de gezondheid redelijk vergelijkbaar wat betreft beperkingen, depressie en cognitie, maar men rapporteert gemiddeld meer chronische ziekten, met name hartaandoeningen en kanker. Voor deze aandoeningen is blijkbaar geen hulp aan huis nodig en volstaat men met bezoek aan huisarts en specialist.

*Samengevat zijn de mensen met dit pakket te omschrijven als overwegend jongere mannen met een partner en sociaal netwerk. Hun gezondheidsproblemen zijn zodanig dat zij kunnen volstaan met zorg uit de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn, en geringe behoefte hebben aan zorg aan huis of woningaanpassingen.*

Het vierde zorgpakket: *Particuliere hulp*

Het vierde zorgpakket behoort aan mannen en vrouwen (57%) met een gemiddelde leeftijd (78,1 jaar), en een hoog opleidingsniveau, slechts 11% heeft enkel lager of lager beroepsonderwijs gevolgd. Men heeft een groot netwerk (17,1 netwerkleiden), vaak een partner (65%), maar minder kinderen in de buurt (0,9). Ze wonen of in de stad of in een dorp, en bezoeken minder dan gemiddeld een godsdienstige bijeenkomst. Ten opzichte van de gebruikers van het derde pakket is er sprake van meer beperkingen (2,3) en meer chronische ziekten (2,6). Een grote meerderheid (64%) rapporteert gewrichtsziekten, en ook hypertensie (47%) komt in dit cluster vaker voor dan gemiddeld. Het gebruik van de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en woning aanpassingen volstaat voor deze klachten, al is het gebruik van de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorghoger dan bij het derde zorgpakket. Het hoge opleidingsniveau en hoge niveau van cognitief functioneren suggereert dat deze ouderen ook kapitaalkrchtig zullen zijn, en daardoor beter dan de ouderen met andere pakketten particuliere hulp kunnen inkopen.

*Samengevat wordt dit pakket gebruikt door zelfredzame, hoger opgeleide mannen en vrouwen met partner en sociaal netwerk. Ondanks dat zij meer dan gemiddeld chronisch ziek en lichamelijk beperkt zijn, lossen zij hun hulpvraag op met particuliere hulp en aanpassingen aan de woning.*

#### Het vijfde zorgpakket: *Informele hulp*

Gebruikers van het vijfde pakket zijn mannen en vrouwen (51%) van een gemiddelde leeftijd (79,0 jaar) en gemiddeld opleidingsniveau. Ze wonen vaker in een verstedelijkt gebied en bezoeken minder vaak dan gemiddeld een godsdienstige bijeenkomst. Ten opzichte van gebruikers van het vierde pakket hebben zij minder vaak een partner (57%) en een iets kleiner netwerk, wel hebben zij iets meer kinderen in de buurt wonen. Deze ouderen hebben gemiddeld evenveel chronische ziekten als de gebruikers van het vierde pakket, maar ervaren gemiddeld veel meer fysieke beperkingen (4,5), een slechtere gezondheid (2,8) en meer depressieve symptomen (9,6). 72% van deze ouderen rapporteren gewrichtsaandoeningen, maar ook hartziekte (43%), herseninfarct (17%), kanker (25%), en suikerziekte (26%) komen bij de mensen in dit pakket relatief vaak voor. Een-vijfde (22%) heeft een indicatie voor zorg, maar dit vertaalt zich niet direct in professionele zorg aan huis. Ten opzichte van pakket vier komen loopmiddelen, informele zorg en ziekenhuisopname veel vaker voor. De fysieke beperkingen zullen vooral aanleiding geven tot de woningaanpassingen en de loophulpmiddelen. De aandoeningen zijn blijkbaar van dien aard dat volstaan kan worden met informele hulp, op huishoudelijke en verzorgend gebied. Mogelijk is dit vanwege kortdurende zorgbehoefte voor en na een ziekenhuisopname.

*Samengevat bestaan gebruikers van het vijfde pakket uit mannen en vrouwen woonachtig in dichter bevolkt gebied. Hun gezondheid kenmerkt zich door beperkingen in de mobiliteit en meerdere chronische aandoeningen, waarvoor ziekenhuisopnamen nodig zijn. De ouderen met pakket vijf lijken in staat om (mogelijk kortdurende) informele zorg te organiseren omdat zij een groot netwerk hebben en vaker dan gemiddeld een kind in hun nabijheid hebben.*

#### Het zesde zorgpakket: *Formele huishoudelijke hulp*

Gebruikers van het zesde zorgpakket kenmerken zich door een relatief groot aantal vrouwen (73%) met een hogere leeftijd (80,6 jaar) en een laag opleidingsniveau. Slechts een minderheid (44%) heeft nog een partner, gemiddeld genomen is het netwerk vrij klein (13,2), maar de meesten van hen hebben een kind in de buurt wonen (1,6). Maar liefst 70% van hen heeft een indicatie voor zorg, hetgeen mogelijk samenhangt met het ontbreken van een partner. Daarenboven is ook hun gezondheid duidelijk minder goed, al is dat niet geheel te wijten aan beperkte mobiliteit. Hun beperking in mobiliteit (3,3) is lager dan die van cluster 5, maar ze hebben evenveel chronische aandoeningen (2,7) en relatief vaak depressieve symptomen. Gewrichtsziekten (64%), hypertensie (44%), incontinentie (43%) en kanker (29%) zijn de meest gerapporteerde aandoeningen. Deze oudere vrouwen maken gebruik van veel diverse zorgvormen, waaronder woningaanpassingen, ondersteunende diensten en formele huishoudelijke hulp. Ten opzichte van het vorige zorgpakket lijkt vooral de sociale context (geen partner, kleiner netwerk) verantwoordelijk voor de grotere inzet van diensten en professionele hulp. De gezondheidproblemen zijn immers redelijk vergelijkbaar, al lijkt het erop dat men met dit pakket meer langdurige zorg nodig heeft, en geen kortdurende zorg na een ziekenhuisopname. Ook dit kan verklaren waarom de inzet van kinderen uit de buurt ontoereikend is en professionele hulp nodig is.

*Samengevat hebben de (overwegend) vrouwen met dit pakket diverse chronische ziekten waarvoor zij vooral ondersteunend diensten en professionele huishoudelijke hulp ingezet wordt. In tegenstelling tot de gebruikers van pakket vijf, hebben de vrouwen met dit pakket minder (langdurige?) informele zorg beschikbaar.*

#### Het zevende zorgpakket: *Het gemengde zorgnetwerk*

Het zevende zorgpakket behoort vooral aan vrouwen (73%) van gemiddeld 83,6 jaar en een laag opleidingsniveau. Ten opzichte van gebruikers van het zesde pakket hebben deze vrouwen nog minder vaak een partner (28%), hebben ze meer kinderen in hun nabijheid wonen (2,0), een iets groter netwerk (15,2) en bezoeken minder mensen (31%) frequent een religieuze bijeenkomst. Ten opzichte van het zesde pakket is er sprake van evenveel chronische aandoeningen (2,6), maar een hogere mate van fysieke beperkingen (5,8) en depressieve symptomen (13,3). Door gebruikers van dit pakket worden aandoeningen gerapporteerd die (blijkbaar) meer beperkingen in de mobiliteit opleveren: longziekte (23%), hartziekte (41%), suikerziekte (22%), ziekte aan de slagaders (26%), gewrichtsziekte (60%) en incontinentie (53%). De beperkingen leiden ertoe dat veelvuldig gebruik gemaakt wordt van loopmiddelen en aanpassingen aan de woning. Ook is waarschijnlijk al langere tijd een behoefte aan zorg bij deze relatief oude groep, en is er een netwerk van diverse hulpverleners ontstaan. Zowel informele hulp, particuliere hulp, ondersteunende diensten en professionele persoonlijke hulp wordt ingezet om aan de zorgbehoefte te voldoen. *Samengevat behoort dit pakket aan oude, laag opgeleide vrouwen met een grote behoefte aan zorg als gevolg van meerdere langdurige en fysiek beperkende chronische ziekten. Deze vrouwen lossen hun hulpvraag op met een mix aan particuliere huishoudelijke hulp, hulp van inwonende en uitwonende naasten, ondersteunende diensten en professionele hulp. Opvallend hierbij is dat zij geen professionele huishoudelijke hulp inzetten.*

#### Het achtste zorgpakket: *Formeel zorgnetwerk met respijtzorg*

Gebruikers van het achtste pakket zijn vrouwen (81%) met een hoge gemiddelde leeftijd van 83,9 jaar en een laag opleidingsniveau. Deze groep heeft zelden een partner (17%), een relatief klein netwerk en woont overwegend in verstedelijk gebied. Van alle clusters rapporteren zij de meeste gezondheidsproblemen: de hoogste fysieke beperkingen (6,3), de slechts ervaren gezondheid (3,0), de meeste chronische ziekten (3,0) en depressieve symptomen (12,6) en hebben zij de laagste cognitieve score (25,6). Meerdere aandoeningen komen relatief vaak voor: hartaandoening (42%), gewrichtsziekte (74%), hoge bloeddruk (52%), suikerziekte (22%) en incontinentie (48%). Deze ouderen zijn dus op meerdere fronten kwetsbaar: fysiek, cognitief en sociaal. Drie-kwart heeft dan ook een indicatie voor zorg, en alle vormen van professionele zorg worden ingezet, inclusief verzorgende en verpleegkundige hulp en respijtzorg. Het gebrek aan informele hulp, met de complexe (langdurige) zorgvraag, zal hier voor een groot deel debet aan zijn.

*Samenvattend hebben de vrouwen met het achtste pakket de grootste behoefte aan zorg vanwege de complexe, langdurige gezondheidsproblemen en het ontbreken van mogelijkheden voor informele hulp.*

In antwoord op de *tweede onderzoeksvraag* (welke fysieke en persoonskenmerken hebben de ouderen met de acht zorgpakketten) kunnen we stellen dat de gebruikers van de pakketten zich vooral laten onderscheiden naar achtergrondkenmerken, gezondheidsproblemen en leefsituatie. Met het oplopen van de zorgzwaarte in de pakketten nemen de gezondheidsproblemen duidelijk toe in complexiteit en duur, en nemen de mogelijkheden voor het inzetten van particuliere of informele hulp af. Daarbij neemt het aantal vrouwen van hoge leeftijd toe en het opleidingsniveau af. Bij pakketten 1 t/m 3 lijkt het vooral de aard van de gezondheidsproblemen te zijn, die bepaalt welk zorgpakket nodig is. Bij gelijkwaardige gezondheidsproblemen, zoals bij pakketten 4, 5 en 6, is het de beschikbaarheid van inkomen (opleiding), een partner (mannen) en het type gezondheidsproblemen, dat bepaalt of men particuliere hulp (pakket 4), informele hulp (pakket 5) dan wel professionele hulp inzet (pakket 6). Bij de gebruikers van pakketten 7 en 8 is er sprake van complexe gezondheidsproblemen en is de aard van de aandoeningen (ernstig fysiek beperkend of niet) en de beschikbaarheid van informele hulp bepalend bij welk pakket men uitkomt.

#### 4. DE STABILITEIT VAN DE ACHT ONDERSCHIEDEN ZORGPAKKETTEN OP DE KORTE TERMIJN

Of er inderdaad sprake is van een hiërarchie in de zorgzwaarte van de acht pakketten kan ook worden onderzocht door na te gaan hoe stabiel het gebruik van een bepaald pakket is. Bij het ontwikkelen van (meer) gezondheidsproblemen zou men bijvoorbeeld van een lichter pakket naar een zwaarder pakket moeten overgaan. In de vorige paragraaf zagen we dat de beschikbaarheid van informele hulp ook kenmerkend is voor bepaalde pakketten. Bij het wegvallen van informele hulp zou men dus ook van, bijvoorbeeld, pakket 5 naar pakket 6 moeten overgaan, of van pakket 7 naar pakket 8. Bij het bestuderen van de transities tussen de pakketten, zullen we dus ook nagaan of de transitie naar een hoger pakket gepaard gaat met passende ontwikkelingen in de gezondheid en in de sociale context.

De stabiliteit van de acht zorgpakketten wordt onderzocht over een termijn van vier jaar. De acht clusters zoals vastgesteld bij de waarneming in 2005/06 zijn ook bepaald voor de waarneming in 2001/02 (zie bijlage 2 voor verantwoording). Hierdoor kunnen we nagaan of deelname aan een zorgpakket in 2001/02 nog steeds opgaat in 2005/06, en hoeveel mensen van zorgpakket zijn veranderd. Uiteraard moeten de respondenten daarvoor aan beide metingen in LASA hebben meegedaan. Dat betreft 612 personen. Van deze 612 mensen blijven drie van de tien mensen in hetzelfde zorgpakket (34%), bijna de helft gaat naar een hoger zorgpakket (46%) en twee van de tien mensen veranderen naar een pakket waarin minder zorg geleverd wordt (20%).

Nu worden deze percentages nogal beïnvloed door het feit dat veel transities plaatsvinden binnen de eerste drie zorgpakketten. Om de transitie in de hogere pakketten beter in beeld te krijgen, en daarmee de verandering in ondersteunende voorzieningen, huishoudelijke hulp en persoonlijke zorg aan huis, worden de eerste drie zorgpakketten samen genomen. Veranderingen binnen deze eerste



drie pakketten krijgen daarmee geen aandacht meer. Wanneer de eerste drie pakketten samengenomen zijn, is de stabiliteit veel groter. Nu blijkt 11% (n=69) van de deelnemers tussen 2001/02 en 2005/06 naar een lager pakket over te gaan, een derde (36%) maakt een transitie naar een hoger pakket mee (N=221) en het merendeel van de mensen (53%) verblijft stabiel in hetzelfde pakket (N=322). Deze transities worden weergegeven in tabel 6.

Tabel 6. Stabiliteit en verandering van zorgpakket tussen 2001/02 en 2005/06 waarbij de pakketten 1 tot en met 3 samengevoegd weergegeven zijn

		Zorgpakketten 2005/2006						
Zorgpakket op 2001/2002		1 - 3	4	5	6	7	8	Totaal
<b>1 – 3</b>		239	28	32	37	26	25	387
<b>Rijpercentage</b>		62%	7%	8%	10%	7%	7%	100%
<b>4</b>		20	26	3	8	17	1	75
<b>Rijpercentage</b>		27%	35%	4%	11%	23%	1%	100%
<b>5</b>		5	3	5	6	4	5	28
<b>Rijpercentage</b>		18%	11%	18%	21%	14%	18%	100%
<b>6</b>		17	2	2	17	4	17	59
<b>Rijpercentage</b>		29%	3%	3%	29%	7%	29%	100%
<b>7</b>		8	4	3	2	13	8	38
<b>Rijpercentage</b>		21%	11%	8%	5%	34%	21%	100%
<b>8</b>		0	0	0	2	1	22	25
<b>Rijpercentage</b>		0%	0%	0%	8%	4%	88%	100%
<b>Totaal</b>	<b>aantal</b>	289	63	45	72	65	78	612
		47%	10%	7%	12%	11%	13%	100%

Bron: LASA 2001 – 2006

In de samengevoegde pakketten 1-3 is de stabiliteit hoog, van deze pakketten gaat maar 38% over naar een hoger pakket. Opmerkelijk is dat dit zeker niet pakket 4 of 5 hoeft te zijn, en dat er ook nog bijna 17% overstapt naar pakket 6 of 7. Er is zelfs nog 7% dat overstapt naar pakket 8.

De stabiliteit in pakket vijf is het meest gering (18%). Dit is het pakket waarbij de gebruikers een recente ziekenhuisopname hebben doorgemaakt. Om stabiel in het vijfde pakket te kunnen verblijven is voorafgaand aan elke meting een recente ziekenhuisopname nodig met daarbij vooral informele zorg. De instabiliteit van het vijfde pakket wordt dus als eerste veroorzaakt doordat ziekenhuisopname de verleende zorgvorm is. Daarmee wordt ook begrijpelijk dat 29% van de ouderen met dit pakket 'teruggaat' naar pakket 1-4, waarbij hooguit sprake is van particuliere of enige informele zorg aan huis. Toch gaat nog 21% over naar pakket 6 (diensten en formele hulp) en zelfs 18% naar pakket 8 (veel professionele hulp, geen informele hulp). Dit suggereert dat het ontbreken van (langdurige) informele zorg bij deze transities een belangrijke rol speelt.

Van de gebruikers van pakket 6 behoudt 29% na drie jaar hetzelfde pakket, gaat 29% terug naar pakket 1-3 en nog eens 29% naar pakket 8. Pakket 6 kenmerkt zich door het ontbreken van informele hulp en het lijkt erop dat een verbetering van de gezondheidsproblemen de teruggang naar pakket 1-3 bepaalt, terwijl een verergering daarvan de transitie naar pakket 8 noodzaakt.

Pakket 7 (het gemengde zorgnetwerk) is relatief stabiel in gebruik, maar ook hier zien we dat 20% de gebruikers teruggaat naar pakket 1-3 terwijl een andere 20% overstapt naar pakket 8. Het achtste pakket blijkt het stabielste cluster. Bijna alle gebruikers (88%) blijven tussen beide metingen hetzelfde pakket gebruiken. Dit heeft deels te maken met het feit dat deze analyse alleen is verricht op ouderen die op beide waarnemingen zelfstandig wonen. Een logisch vervolgtraject voor pakket 8 zou een tehuisopname zijn, maar die uitkomst is in deze analyse niet mogelijk (zie daarvoor hoofdstuk 5). De resultaten onderstrepen wel dat gebruikers van pakket 8 vrijwel niet de transitie naar een lichter zorgpakket doormaken.

Meer inzicht in redenen van transitie wordt verkregen door de transitie naar een hoger of lager pakket te bezien op de samenhang met het verlies van de partner en de ontwikkeling in gezondheid (chronische ziekten en lichamelijke, emotionele en cognitieve beperking) in de periode 2001/2002 - 2005/2006. Tabel 7 geeft de resultaten van een logistische regressie waarin de verandering in partnerstatus en gezondheid wordt betrokken op de verandering naar een hoger pakket. De referentiecategorie is hier stabiliteit in een pakket. Dezelfde analyse omvatte ook de transitie naar een lager pakket (versus stabiliteit), maar voor de leesbaarheid worden de resultaten hiervan niet getoond in de tabel. Transitie naar een hoger cluster is eerst per determinant, bivaariaat onderzocht. De resultaten staan in de eerste kolom met uitkomsten. In de tweede kolom is de combinatie van determinanten bestudeerd op samenhang met de transitie naar een hoger cluster en in de derde kolom is deze combinatie gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en opleiding.

Het verliezen van een partner heeft in het bivariate model (dus zonder correctie voor andere kenmerken) een belangrijke bijdrage aan de transitie naar een hoger zorgpakket. Iemand die zijn partner verliest heeft twee keer zoveel kans ( $OR=2,07$ ) op een transitie naar een hoger zorgpakket dan iemand die zijn partner behoudt. Voor iemand zonder partner is deze relatieve kans vergelijkbaar groot ( $OR=2,16$ ). Als in het multivariate model ook rekening wordt gehouden met ontwikkelingen in gezondheidsproblemen en met achtergrondkenmerken, dan blijft het (blijvend) ontberen van de partner een belangrijke reden voor transitie naar een hoger zorgpakket ( $OR=1,68$ ).

Uit de analyse blijkt verder dat het ontwikkelen van een nieuwe chronische aandoening de kans op de transitie naar een hoger pakket sterk vergroot. Dit geldt ook voor het behoud van chronische ziekten, en voor het ontwikkelen of verergeren van fysieke beperkingen. In de multivariate modellen blijven deze relatieve kansen groot en significant. Ouderen die een nieuwe chronische ziekte ontwikkelen ( $OR = 3,41$ ) en/of een toename in de fysieke beperkingen ervaren ( $OR=2,97$ ) hebben een veel grotere kans op de transitie naar een hoger zorgpakket dan degenen wiens conditie niet verandert. Gegeven de ontwikkelingen in chronische ziekten, de fysieke beperkingen en het ontberen van een partner, zijn veranderingen in depressieve stemming en cognitief functioneren niet meer van belang bij transitie naar een hoger cluster (zie multivariaat model 1 in tabel 7). Opmerkelijk is nog dat een hogere leeftijd ( $OR=1,05$ ) en een hoger opleidingsniveau ( $OR = 1,20$ ) ook significant bijdragen tot de transitie naar een hoger zorgpakket. In dit licht moet ook gemeld worden dat een hoger opleidingsniveau ook de

transitie naar een lager zorgpakket vergroot (niet getoond in tabel). Dit suggereert dat hoger opgeleiden de overstap naar een ander zorgpakket eerder weten te maken, wellicht omdat zij meer bekend zijn met de vele verschillende zorgvoorzieningen dan ouderen met een lager opleidingsniveau.

Tabel 7. De relatieve kansen op transitie naar een hoger zorgpakket bij verandering in partnerstatus en verandering in gezondheid tussen 2001/2002 en 2005/2006 (referentie: stabiliteit in zorgpakket)<sup>1</sup>

Determinanten	Bivariaat model		Multivariaat model 1		Multivariaat model 2	
	OR	P	OR	P	OR	P
<b>Partner</b> (referentie: partnerbehoud)						
Partnerverlies	2,07	p= ,02	1,90	p= ,06	1,77	p= ,11
geen partner	2,16	p< ,01	1,95	p= ,01	1,68	p= ,02
<b>Aantal chronische ziekten</b> (referentie: stabiel een of stabiel geen ziekte hebben)						
Een nieuwe ziekte (erbij)	3,12	p< ,01	2,94	p< ,01	3,41	p< ,01
Stabiel twee of meer ziekten	2,82	p< ,01	2,46	p= ,01	2,70	p< ,01
<b>Lichamelijk functioneren</b> <sup>EN</sup> (referentie: stabiel functioneren)						
Afname lichamelijke functie	3,93	p< ,01	3,12	p< ,01	2,97	p< ,01
<b>Cognitief functioneren</b> <sup>EN</sup> (referentie: stabiel functioneren)						
Afname cognitieve functie	1,56	p= ,08	1,29	p= ,37	1,40	p= ,256
<b>Depressieve symptomen</b> <sup>EN</sup> (referentie: stabiel aantal symptomen)						
Toename aantal symptomen	2,04	p= ,00	1,41	p= ,16	1,45	p= ,15
<b>Geslacht</b> (referentie: man)						
					1,46	p= ,09
<b>Leeftijd</b> per jaar						
					1,05	p= ,01
<b>Opleiding</b> (1-9)						
					1,20	p= ,00
<b>Fitmaat: Likelihood Ratio toets</b> <sup>2</sup>			81,13	p< ,01	102,89	p< ,001

<sup>1</sup> Bepaald met multinominale logistische regressie analyse, inclusief transitie naar lager cluster; OR=Odds Ratio

<sup>2</sup> Verschil tussen het gehele model en het model met enkel intercept bepaald met Chikwadraattoets

<sup>EN</sup> Wel of geen verandering is bepaald met de methode van Edwards & Nunnally (Speer, 1992)

Bron: LASA 2001 – 2006

*De derde onderzoeksvraag* betref de stabiliteit van de zorgpakketten in drie jaar tijd. We kunnen concluderen dat de stabiliteit in zorgpakketten betrekkelijk gering is (met uitzondering van pakket 8), en dat er bij instabiliteit vaker sprake is van een transitie naar een hoger pakket dan naar een lager pakket. De transitie naar een hoger pakket heeft vooral te maken met de verergering van fysieke beperkingen, de ontwikkelingen in chronische aandoeningen, het ontberen van een partner, een hogere leeftijd en hoger opleidingsniveau. Er is vrij weinig evidentie voor een duidelijke hiërarchie in de zorgpakketten. De meeste transities betreffen of een teruggang naar pakket 1-3 of een intrede in pakket 8. Dit suggereert dat pakketten 5, 6 en 7 niet zozeer tussenstations zijn, die alle gepasseerd moeten worden op weg naar pakket 8. Juist omdat het een samenspel is van de ernst en het type gezondheidsproblemen en de tekorten in de sociale context, lijkt er in de tijd geen logische chronologische volgorde in de zorgpakketten te bestaan.

## 5. HET VOORSPELLEN VAN EEN TEHUISOPNAME

In deze laatste paragraaf onderzoeken we of een tehuisopname voorafgegaan wordt door een relatief zwaar zorgpakket. Voor elk zorgpakket in 2002/02 gaan we na hoeveel mensen in 2005/2006 in een tehuis zijn opgenomen (tabel 8). Van alle 646 ouderen die in deze analyse zijn betrokken, zijn slechts 32 personen (5%) na vier jaar opgenomen in een tehuis. Opmerkelijk genoeg zijn dat niet alleen maar ouderen met het hoogste pakket, ook 5% van de ouderen met pakket 1 komen na vier jaar in een tehuis terecht. Deze percentages zijn echter wel het grootst bij de gebruikers van de pakketten 7 en 8 (17%), iets minder bij pakket 6 (9%) en zeer gering bij de pakketten 2 t/m 5.

Met behulp van een logistische regressieanalyse kunnen we uitrekenen hoe groot de relatieve kansen op tehuisopname zijn voor de ouderen met diverse pakketten. Pakket 1 wordt hierbij als referentiecategorie genomen. Tabel 7 laat zien dat de ouderen met pakketten 7 en 8 ten opzichte van de ouderen met pakket 1 bijna 4,5 keer zo grote kans hebben om in vier jaar tijd in een tehuis te worden opgenomen. Dit resultaat bevestigt de zwaarte van deze zorgpakketten.

In antwoord op de *vierde onderzoeksvraag* kan gesteld worden dat alleen de zwaarste zorgpakketten 7 en 8 een relatief grote kans vertonen op intramurale zorg binnen vier jaar tijd.

Tabel 8. Tehuisopname in 2005/06 naar zorgpakket in 2001/02: frequenties en Odds Ratio's (N = 646)

	Frequentie	%	Odds Ratio	P
Zorgpakket 1: geringe zorg	156	7 (5%)	1,000	
Zorgpakket 2: 1 <sup>e</sup> lijn en woning	87	0 (0%)	0,000	<i>p</i> = ,997
Zorgpakket 3: 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijn	157	5 (3%)	0,700	<i>p</i> = ,550
Zorgpakket 4: particuliere hulp	76	1 (1%)	0,284	<i>p</i> = ,243
Zorgpakket 5: informeel netwerk	28	0 (0%)	0,000	<i>p</i> = ,998
Zorgpakket 6: formeel huish. hulp	66	6 (9%)	2,129	<i>p</i> = ,190
Zorgpakket 7: gemengd zorgnetwerk	46	8 (17%)	<b>4,481</b>	<b><i>p</i>= ,006</b>
Zorgpakket 8: formeel zorgnetwerk	30	5 (17%)	<b>4,257</b>	<b><i>p</i>= ,020</b>

Bron: LASA 2001 – 2006

## 6. CONCLUSIES EN IMPLICATIES VOOR BELEID

### Conclusies

Op grond van een clusteranalyse met 17 indicatoren van zorgverlening zijn acht verschillende extramurale zorgzwaartepakketten onderscheiden. De zorgpakketten onderscheiden zich door het aantal en het type zorgvorm. Elk zorgpakket bouwt voort op een eerder zorgpakket in die zin dat er sprake is van meer zorgvormen en/of van zwaardere zorgvormen. De meerderheid van de ouderen (73%) gebruikt pakket 1 t/m 5, de meer lichte pakketten waar de overheidsbemoedening zich beperkt tot praktische ondersteuning (woning aanpassingen en loophulpmiddelen). Ongeveer 27% van de ouderen gebruikt pakket 6 t/m 8, waar vooral gebruik wordt gemaakt van professionele zorg aan huis. Vanuit dat oogpunt zijn deze laatste pakketten dus de dure pakketten, waar veel organisatie bij komt kijken. Aanpassingen aan de woning komen in vrijwel elk pakket voor en zijn daarmee een

voorziening die blijkbaar zeer gewaardeerd wordt, makkelijk te verkrijgen is en mogelijk ook de inzet van hulp aan huis voorkomt.

De acht pakketten reflecteren verschillen in aard en ernst van gezondheidsproblemen, waarbij opvalt dat vooral beperkingen in de mobiliteit van groot belang zijn voor de inzet van zorg. Dit geldt natuurlijk voor loophulpmiddelen, maar lijkt ook op te gaan voor de inzet voor hulp met persoonlijke zorg aan huis, hetzij door informele helpers (pakket 5 en 7), hetzij door professionals (pakket 7 en 8). Het vóórkomen van depressieve symptomen, cognitief disfunctioneren en een lage subjectieve gezondheid blijken minder belangrijk voor het onderscheid tussen de zorgpakketten. Ook zijn de pakketten niet te classificeren aan de hand van een bepaald type chronische ziekte. Het is vooral het aantal aandoeningen dat van belang is, al is het vóórkomen van gewrichtsaandoeningen natuurlijk sterk bepalend voor een afnemende mobiliteit. Daarnaast zijn ook persoonskenmerken en de sociale context van onderscheidend belang voor de zorgpakketten. Alleenstaande vrouwen op hoge leeftijd met een laag opleidingsniveau zijn degenen met complexe gezondheidsproblemen en zij gebruiken vooral pakketten 6 t/m 8. De beschikbaarheid van informele zorg (vooral de partner) bepaalt of men pakket 7 dan wel pakket 8 gebruikt. Het sociaal netwerk, de kinderen in de buurt en de mate van verstedelijking zijn minder van belang voor de indeling in zorgpakketten, terwijl vooral het opleidingsniveau (en waarschijnlijk het inkomen) van belang is voor de inzet van particuliere hulp. Kortom, fysieke beperkingen, meerdere chronische aandoeningen (w.o. gewrichtsaandoeningen) en alleenstaand zijn, lijken de beste voorspellers voor het gebruik van een van de zwaardere zorgpakketten.

De stabiliteit in zorgpakketten over drie jaar tijd is vrij gering; er is zowel sprake van een teruggang naar lichtere pakketten 1-3 als van een transitie naar het zwaarste pakket 8. Het verergeren van fysieke beperkingen, een toenemend aantal chronische ziekten, alleenstaand zijn (of worden), een hoge leeftijd en een hoger opleidingsniveau, vormen de beste voorspellers voor de transitie naar een zwaarder zorgpakket. De gebruikers van zorgpakketten 7 en 8 hebben ook relatief veel kans op een tehuisopname in vier jaar tijd. Dit is goed te begrijpen vanuit de complexe gezondheidsproblematiek en hoge leeftijd van de gebruikers gecombineerd met een laag opleidingsniveau. De beschikbare informele zorg in pakket 7 kan blijkbaar niet voorkomen dat de oudere binnen vier jaar toch naar een tehuis zal gaan. Dit is te begrijpen vanuit het feit dat deze informele hulp bij de gebruikers van pakket 7 vooral uit kinderen en netwerkleden bestaat, en er geen partner beschikbaar is om dagelijks zorg te geven of om voldoende hulp thuis te organiseren.

#### Implicaties voor beleid

##### *Gebruik van de zorgpakketten*

De inzet van de overheid beperkt zich bij de pakketten 1 tot en met 4 tot de aanpassing aan de woning. Voor de praktische bruikbaarheid lijken daarom de pakketten 1 tot en met 4 samengenomen te kunnen worden als aanvangspakket; een relatief gezonde groep mensen die vooral gebruik maakt van aanpassingen aan de woning en 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> -lijnszorg.

De meerderheid van de ouderen gebruikt een van de lichtere zorgpakketten 1 t/m 5, slechts een kwart gebruikt de pakketten 6, 7 en 8 met professionele zorg aan huis. De laatste drie pakketten kenmerken zich door combinaties van verschillende zorgvormen. Naast professionele zorg wordt ook gebruik gemaakt van informele zorg, vrijwilligers en/of ondersteunende diensten. Vele van deze zorgvormen worden na de invoering van de WMO door gemeenten aangestuurd, hetgeen de informatievoorziening over en samenwerking tussen diensten heeft verbeterd (de Klerk, Gilsing en Timmermans, 2010). Voor vele zorgvormen en diensten moeten echter nog steeds verschillende instanties benaderd worden (bijv. het WMO-loket voor hulp bij vervoer en de CIZ voor hulp bij persoonlijke verzorging), hetgeen het gebruik niet bevordert. Juist omdat de gebruikers van deze pakketten met meerdere zorgvormen en diensten 80-plus en laag opgeleid zijn, zal men in grote mate afhankelijk zijn van naasten om ervoor te zorgen dat men de zorg krijgt die men nodig heeft. Het verdient dan ook aanbeveling dat men bij een loket terecht kan met alle vragen over diensten en zorg, en dat een casemanager de afstemming tussen de zorg bewaakt.

#### *Determinanten van de zorgpakketten*

De typologie in zorgpakketten vereist minimaal informatie over de mate van fysieke beperkingen, aantal chronische aandoeningen en de aanwezigheid van een partner. Deze informatie is makkelijk via de huisarts en de indicatieorganen te verkrijgen.

Er lijkt in de tijd geen logische chronologische volgorde in zorgpakketten te bestaan. Dit betekent dat in de praktijk steeds opnieuw de status van de belangrijkste determinanten moeten worden vastgesteld, wil duidelijk worden welk pakket nodig is voor een bepaald individu.

In het algemeen zullen meer transitieën plaatsvinden dan nu uit de analyses met een vier jaar interval blijkt. Niet alle transitieën zijn ontdekt op de meetmomenten. Er zijn ook transitieën gemist, transitieën die plaatsvonden tussen beide metingen in. Omdat het vijfde pakket zich onderscheidt als meest dynamische pakket zal vooral na een ziekenhuisopname steeds opnieuw moeten worden vastgesteld welk pakket nodig is.

#### *Ondersteunende diensten versus zorg aan huis*

De ondersteunende diensten (vrijwilligers, welzijnsorganisaties) worden in deze analyse vooral in samenhang met de professionele voorzieningen gebruikt. Er is geen zorgpakket aangetroffen waarin het gebruik van deze welzijnsvoorzieningen het gebruik van professionele thuiszorg uitsluit. Dit komt overeen met de conclusies van het onderzoek naar het gebruik van welzijns- en zorgvoorzieningen in 2007 (Broese van Groenou & Deeg, 2007), waarin werd aangetoond dat het gebruik van welzijnsvoorzieningen vooral incidenteel en in aanvulling op professionele zorg aan huis wordt gebruikt. Dit suggereert dat deze diensten of te weinig bekend zijn, dan wel niet voorzien in een structurele behoefte aan hulp, zoals dat bij huishoudelijke hulp of persoonlijke verzorging het geval is.

#### *Kans op tehuisopname*

De relatief hogere kans op opname in een tehuis voor de lager opgeleiden met zwaardere zorgpakketten kan aanleiding geven tot nog meer ondersteuning bieden aan deze groep

zorggebruikers zodat ook zij in staat gesteld worden thuis te kunnen blijven wonen. Hierbij moet wel in aanmerking genomen worden dat zeer intensieve zorg aan huis op een bepaald moment de kwaliteit van leven niet meer ten goede komt. Er lijkt een omslagpunt te zijn in de vereiste zorg aan huis, waarbij men beter af is in een intramurale instelling. Uit onderzoek blijkt dat ouderen met complexe zorgbehoefte minder depressief worden als ze in een tehuis worden opgenomen (Thomese & Broese van Groenou 2006). De coördinatie van intensieve zorg aan huis vereist steeds meer de inzet van een casemanager. Deze casemanager zou samen met de informele helpers alert moeten zijn op het moment waarop er bij intensieve thuiszorg sprake is van een te grote afname in de kwaliteit van leven van de zorgbehoevende oudere.

#### Referenties

- Andersen, R.M (1995). Revisiting the behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Broese van Groenou, M.I. en Deeg, D.J.H. (2007). *Gebruik van thuiszorg en welzijnsvoorzieningen door 55-plussers tussen 1992 en 2006*. Rapport in opdracht van het ministerie van VWS ( 29 pagina's). Amsterdam: LASA.
- Geerlings, S. W., Pot, A. M., Twisk, J. W. R., & Deeg, D. J. H. (2005). Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing & Society*, 25, 111-130.
- Gool, C.H. van, Kempen, G.I.J.M., Penninx, B.W.J.H., Deeg, D.J.H., Beekman, A.T.F. & Eijk, J.Th.M. van. (2005). Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Social Science & Medicine*, 60, 25-36.
- Klerk, M. de, Gilsing, R. en Timmermans, J. (2010). *Op weg met de WMO. Evaluatie van de Wetenschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: SCP.
- Thomese GCF, Broese van Groenou MI. (2006). Adaptive strategies after health decline in later life: increasing the person-environment fit by adjusting the social and physical environment. *European Journal of Aging*, 3, 169-177.
- Vollering, J. M. C. (1991). *Care services for the elderly in the Netherlands - the package model*. Amsterdam.