

Literatuur

- Averdijk, M. & Elffers, H. (2012). The discrepancy between survey-based victim account and police reports revisited. *International Review of Victimology*, 18, 91-107.
- Boutellier, H. (1993). *Solidariteit en slachtofferschap. De morele betekenis van criminaliteit in een postmoderne cultuur*. Nijmegen: Sun.
- Cops D. & Pleysier S. (2016). Over jongeren als dader, slachtoffer en de link tussen beiden. *Justice & Sécurité / Justitie & Veiligheid*, 6, 1-13.
- Cops D. & Pleysier S. (2014). Usual suspects, ideal victims and vice versa: The relationship between youth offending and victimization and the mediating influence of risky lifestyles. *European Journal of Criminology*, 11, 361-378.
- Maguire, M. & Pointing, J. (Eds.) (1988). *Victims of Crime. A New Deal?* Milton Keynes: Open University Press.
- Pleysier S. (2010). 'Angst voor criminaliteit' onderzocht. *De brede schemerzone tussen alledaagse realiteit en irrationeel fantoom*. Het Groene Gras, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Pleysier S. & Pauwels L. (2011). Als 'meten' niet noodzakelijk 'weten' is, hoe kunnen we dan beter 'meten' om meer te 'weten'? Methodologische kanttekeningen bij het meten van criminaliteit en onveiligheid. In: Aertsen I., Daems T., Haaren A., Hutsebaut F., Maesschalck J. (Eds.), *Deviantie Wetenschap. Het domein van de criminologie*, 115-124. Leuven: Acco.
- Van Kerckvoorde, J. (1995). *Een maat voor het kwaad?* Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Young, J. (1986). The Failure of Criminology. In: Matthews, R. & Young, J. (Eds.). *Confronting Crime*, 4-30. London: Sage.

Van Campen, C., J. Iedema, M. Broese van Groenou en D. Deeg (2017), *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 978 90 377 0817 2

De boodschap van de overheid over de hervorming van de langdurige zorg is duidelijk: mensen moeten langer thuis blijven wonen, zodat opname in een zorginstelling zo lang mogelijk uitgesteld of zelfs helemaal voorkomen kan worden. In het algemeen volgt dit uitgangspunt van de overheid de wens van het merendeel van de bevolking: mensen blijven graag zelfstandig wonen. Maar hoe doen ze dat dan? Het doel van het rapport is inzicht te verkrijgen in de manieren waarop ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Het rapport is opgedeeld in twee delen. Het eerste deel geeft antwoord op twee beschrijvende vragen. (1) Welke zorg en ondersteuning hebben verschillende bevolkingsgroepen van 65-plussers bij het ouder worden? (2) Zijn er verschillen tussen groepen 65-plussers in het langer zelfstandig wonen? In het tweede deel wordt een *ex ante*-beleidsevaluatie uitgevoerd. Op basis van een voorspellend model worden de consequenties van relevante beleidswijzigingen doorgerekend voor het gebruik van verzorgings- of verpleeghuizen. De vragen die gesteld worden, luiden: (3) hoe zouden de zorgtrajecten verlopen na beleidsinterventies? En (4): hoeveel ouderen zouden door deze interventies langer zelfstandig blijven wonen?

Voor de informatieve beschrijving van het ondersteuningsgebruik van Nederlandse ouderen wordt een breed palet van ondersteuningsvormen in beschouwing genomen en geordend volgens een hiërarchie, 'zorgtreden' genaamd. Iedere opeenvolgende trede staat voor het gebruik van een zwaarder type ondersteuning, lopend van geen zorggebruik of enkel een bezoek aan de huisarts (trede 1) tot aan residentiële opname in verzorgings- of verpleeghuis (trede 8). Een 65-plusser wordt ingedeeld in de trede van zijn of haar zwaarste zorggebruik, ongeacht of deze al dan niet van de minder zware vormen gebruik heeft gemaakt. De keuze voor een hiërarchie is relevant vanuit beleidsoogpunt, omdat de zwaarte van de ondersteuningsvorm samengaat met de (financiële en personele) inspanningen van de zorgsector. Tegelijkertijd betekent deze keuze dat veel variatie binnen zorgtreden genegeerd wordt: een zelfstandig wonende 65-plusser die zich prima kan redden met alleen een paar uur huishoudelijke hulp van professionele thuiszorg (trede 6) wordt niet onderscheiden van een persoon die vele uren thuiszorg ontvangt en daarnaast dagelijks wordt bijgestaan door een mantelzorger, reeds aanpassingen heeft gedaan in de woning en regelmatig gebruik maakt van een maaltijdvoorziening (allemaal elementen uit lagere zorgtreden). De indeling in zorgtreden geeft daarom geen inzicht in het totale zorggebruik, hetgeen vanuit beleidsoogpunt eveneens relevant zou zijn.

Er wordt gebruik gemaakt van longitudinale data, afkomstig van het Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)-panel. Hierbij wordt een representatieve groep van 65-plussers in 1998 ($N = 1.768$) 14 jaar gevolgd. Voor ieder meetmoment wordt het zorggebruik (gemeten middels de 'zorgtreden-hiërarchie') van een individu vastgesteld. Een negende trede wordt hierbij gebruikt om aan te geven dat de respondent is overleden; zo blijft de omvang van de steekproef op ieder meetmoment gelijk (op kleine reducties door paneluitval na). Ondanks de panelopzet van de data analyseren de onderzoekers geen individuele zorgtrajecten, maar aggregeren ze de individuele gegevens om zo de verdeling over de zorgtreden in beeld te brengen van dezelfde groep ouderen op vijf meetmomenten.

Uit de beschrijvende patronen (vraag 1 en 2) maken de onderzoekers op dat bij aanvang van het onderzoek de grootste groep was in te delen in de trede 'algemene gemeentelijke voorzieningen' (trede 5); 6 procent was woonachtig in een verzorgings- of verpleeghuis (trede 8). De onderzoekers concluderen dat de 65-plussers gedurende de 14 jaar dat zij gevolgd werden, gemiddeld genomen zwaardere vormen van zorg zijn gaan gebruiken. Zo nam het aandeel dat geen of alleen huisartsenzorg nodig had af, en steeg het percentage in verzorgings- of verpleeghuizen licht tot 7 procent. Er blijken substantiële verschillen te bestaan tussen groepen (vraag 2), waarbij vooral gezondheid en hulpbronnen belangrijke determinanten zijn. Van de 65-plussers met chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen of met cognitieve beperkingen woonde na 14 jaar een

aanzienlijk kleiner deel nog thuis dan van hen die minder klachten hadden. Van de 65-plussers met een laag inkomen, weinig ervaren regie over het eigen leven en een klein sociaal netwerk woonde een substantieel lager percentage na 14 jaar nog zelfstandig dan zij die beschikten over meer materiële, mentale en sociale hulpbronnen.

Als lezer moest ik me goed bewust blijven van het feit dat de beschrijvende resultaten niet te interpreteren zijn in termen van (verschillen in) kansen op wel versus niet langer zelfstandig blijven wonen. Zelfstandig wonen wordt gedefinieerd als trede 1-7 en niet-zelfstandig wonen als trede 8 (verzorgings- of verpleegtehuis), maar deze twee groepen tellen niet op tot 100 procent in de latere *waves*, omdat er mensen overlijden. De gegevens zeggen daarom alleen iets over de omvang van de groep die op een bepaald meetmoment (bijvoorbeeld) in een zorginstelling verblijft, ten opzichte van het totale startcohort 65-plussers.

In het tweede deel van de studie (vraag 3 en 4) voeren de onderzoekers *ex ante*-evaluaties uit met behulp van een model dat de zorgtrede van ouderen voorspelt op basis van de zorgtrede en persoonskenmerken van drie jaar eerder. Ten eerste zijn de effecten doorgerekend van veranderingen aan de vraagzijde. Onder de veronderstelling dat bepaalde interventies erin zouden slagen de gezondheid van 65-plussers te verbeteren, zodat de multimorbiditeit gemiddeld met één chronische ziekte en één functiebeperking afneemt, zouden er drie jaar later 3 procent meer 65-plussers zelfstandig blijven wonen. Als het aandeel 65-plussers met cognitieve beperkingen met 10 procentpunten zou afnemen, of als de ervaren regie over het eigen leven met 10 procentpunten zou toenemen, zouden er 3 jaar later 10 procent minder 65-plussers in verzorgings- of verpleeghuizen wonen. Ten tweede hebben de onderzoekers scenario's doorgerekend waarin ze veronderstellen dat bepaalde (lichtere) vormen van zorggebruik gestimuleerd worden door de overheid, waardoor 65-plussers naar verwachting minder snel zullen doorstromen naar zorginstellingen. Als de omvang van de groep 65-plussers die medisch-specialistische zorg (trede 2) ontvangt met 10 procentpunten wordt opgehoogd, zouden volgens het model na 3 jaar 6 procent minder 65-plussers gebruik maken van verzorgings- of verpleegtehuizen. Als de omvang van de groep ontvangers van informele en particuliere hulp (trede 3) met 10 procentpunten zou toenemen, laat het model een relatief geringe afname van 2 procent na 3 jaar zien in het aandeel 65-plussers in verzorgings- of verpleegtehuizen. Interessant is dat als het gebruik van gemeentelijke voorzieningen (trede 5) met 10 procentpunten zou toenemen, er geen sprake zou zijn van een daling van 65-plussers in zorginstellingen.

De scenario's die gekozen zijn sluiten goed aan bij de huidige beleidscontext en kunnen beleidsmakers handvatten geven in de prioritering van beleidsinterventies. Om twee redenen moeten de resultaten naar mijn idee echter met voorzichtigheid

worden geïnterpreteerd. Ten eerste hebben deze scenario's vaak ook tot gevolg dat er minder mensen overlijden. Dit kan uiteraard als winst gezien worden, maar de conclusie dat een bepaald scenario minder residentiële zorg tot gevolg zou hebben, is alleen houdbaar als deze niet-overleden personen niet in verzorgings- of verpleeghuizen terecht zouden zijn gekomen. Ten tweede komen de resultaten voort uit de assumptie dat de parameters in het model (de effecten op zorggebruik) constant zijn en niet beïnvloed worden door de interventie. De houdbaarheid van deze assumptie vind ik twijfelachtig. Bijvoorbeeld: als er ruimhartiger wordt omgesprongen met de toewijzing van algemene gemeentelijke voorzieningen, zullen ook 65-plussers met minder zware fysieke gezondheidsproblemen daarvoor in aanmerking komen, waardoor het verband tussen fysieke gezondheid en deze vorm van zorggebruik zwakker zal worden.

Kortom: deze SCP-studie sluit erg mooi aan bij de huidige beleidscontext en gaat in op vragen die daadwerkelijk leven onder beleidsmakers en betrokken partijen: hoe kunnen we mensen langer zelfstandig laten wonen? Door gebruik te maken van rijke, longitudinale data en een originele aanpak, laten de onderzoekers zien dat zorgtrajecten afhangen van gezondheid en hulpbronnen, en dat er ruimte is om zorgtrajecten van groepen bij te sturen door succesvolle interventies. Mijn advies is echter om voorzichtig te zijn met de interpretatie van de concrete procentuele winst wat betreft de opnamen in zorginstellingen die het model voorspelt in verschillende scenario's.

Ellen Verbakel, Sectie Sociologie, Radboud Universiteit