



Sociaal en Cultureel Planbureau

Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015

Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke
verzorging, verpleging en begeleiding



Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015

Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging,
verpleging en begeleiding

Debbie Verbeek-Oudijk
Lisa Putman
Mirjam de Klerk

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

Het Bureau heeft tot taak:

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

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

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

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2017

SCP-publicatie 2017-8

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Studio With, Den Haag

Omslag: Textcetera, Den Haag

Omslagillustratie: Ger Loeffen | Hollandse Hoogte

ISBN 978 90 377 0818 9

NUR 740

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

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

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

Inhoud

Voorwoord	4
Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015	5
Hervormingen in de langdurige zorg	5
Bijna 2 miljoen volwassen Nederlanders ontvangen zorg en ondersteuning	7
Volwassen Nederlanders krijgen vaak hulp van het sociale netwerk...	9
...en vooral hulp bij het huishouden	9
Het sociale netwerk biedt vaak hulp in het huishouden	10
In een op de vijf gevallen is sprake van meerdere helpers	11
Een derde van de volwassen Nederlanders heeft een gezondheidsbeperking	12
Vooral volwassenen met ernstige lichamelijke beperkingen ontvangen zorg en ondersteuning	13
75-plussers ontvangen relatief vaak zorg en ondersteuning	15
Eenpersoonshuishoudens krijgen relatief vaak zorg en ondersteuning	16
Vooral 18-plussers met een laag inkomen ontvangen zorg en ondersteuning	17
Bekendheid met het Wmo-loket is groot	18
Behoeftte aan meer zorg en ondersteuning	19
Conclusie	21
Literatuur	23

Voorwoord

Wanneer mensen met gezondheidsbeperkingen moeite hebben om bijvoorbeeld hun huishouden te doen of zichzelf te verzorgen, kunnen ze een beroep doen op zorg en ondersteuning. Deze ondersteuning kan van het eigen netwerk komen, door de overheid worden gefinancierd of particulier gefinancierde hulp betreffen. Om zicht te krijgen op (de veranderingen in) het ontvangen van zorg en ondersteuning in Nederland verzamelt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), gegevens over de hulp die mensen om gezondheidsredenen ontvangen. Met het Onderzoek Zorggebruik (OZG), dat wordt uitgevoerd op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), beschikt het SCP over een unieke dataverzameling die een landelijk overzicht biedt van de ontvangen betaalde en/of onbetaalde zorg en ondersteuning aan zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar of ouder. Deze publicatie is een update van *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014* en beschrijft voor het jaar 2015 wie zorg en ondersteuning ontvangen en welke type hulp zij krijgen.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015

Mensen met gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld lichamelijke beperkingen, kunnen zorg en ondersteuning nodig hebben bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen zoals boodschappen doen, zich wassen of bij het verzorgen van wonden. In deze publicatie geven we een overzicht van het gebruik van zorg en ondersteuning door zelfstandig wonende 18-plussers in 2015. Het is de tweede publicatie in de reeks *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers* (zie Putman et al. 2016). Onder ‘zorg en ondersteuning’ verstaan we hulp bij het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding (zie kader 1). Medische hulp valt hier dus niet onder. We bekijken wie er zorg en ondersteuning hebben gekregen en wie het heeft gegeven: iemand uit het sociale netwerk van de hulpbehoevende of een professional? Als aanvulling op de vorige editie gaan we met deze publicatie in op de vraag of zelfstandig wonende volwassenen de hulp ontvangen die ze zeggen nodig te hebben. Ook brengen we in kaart in hoeverre mensen bekend zijn met het Wmo-loket¹ en in hoeverre hiermee contact is geweest.

We hebben bekeken of de situatie in 2015 significant afwijkt van die van een jaar eerder. Op basis van de twee jaar waarover we nu informatie hebben, is het nog niet mogelijk om van trends te spreken. Daarvoor is informatie over een langere periode nodig. Bij de beschrijving van het totaal aan ontvangen hulp en ondersteuning in 2015 zullen we expliciet aangeven of de situatie significant afwijkt van het voorgaande jaar. Bij de uitsplitsingen naar kenmerken van de ontvangers melden we alleen verschillen wanneer die significant zijn.

Hervormingen in de langdurige zorg

Met ingang van 1 januari 2015 is de wetgeving ten aanzien van de zorg en ondersteuning die mensen met een beperking kunnen krijgen aanzienlijk veranderd.

- De Wmo 2015 is ingevoerd en daarmee is de Wmo uit 2007 vervallen. Sinds 1 januari 2015 vallen de begeleiding, een klein deel van de persoonlijke verzorging en het beschermd wonen onder de Wmo. Sinds 2007 vielen daar onder andere al hulp bij het huishouden, rolstoelen, woningaanpassingen en vervoersvoorzieningen onder. Met de Wmo 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet (langer) zelfredzaam zijn. Als deze mensen behoefte aan ondersteuning hebben, kunnen ze een beroep op de gemeente doen. Uitgangspunt van de Wmo 2015 is (net als van de Wmo 2007) dat de ondersteuning die gemeenten bieden aanvullend is op de hulp die mensen van hun sociale omgeving kunnen krijgen of zelf kunnen inkopen. In de Wmo 2015 wordt verondersteld dat gemeenten een groter beroep dan voorheen

1 Het contact met de gemeente over Wmo-hulp kan via verschillende routes lopen. Het Wmo-loket bij de gemeente is er daar een van, maar ook sociale wijkteams en steunpunten kunnen als aanspreekpunt dienen. In deze publicatie lichten we de bekendheid en het contact met het Wmo-loket uit.

doen op de eigen mogelijkheden van burgers, op hun sociale netwerk en op gemeentelijke voorzieningen die vrij toegankelijk zijn. Wanneer deze ontoereikend blijken, dienen gemeenten voorzieningen te bieden die op de persoonlijke situatie zijn afgestemd.

- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is vervallen. De persoonlijke verzorging en verpleging zijn grotendeels ondergebracht in de Zorgverzekeringswet.
- De zorg voor mensen die langdurig 24 uur per dag buitenshuis hulp nodig hebben (instellingszorg), valt sinds 1 januari 2015 onder de Wet langdurige zorg (WLZ); deze zorg blijft in dit rapport buiten beschouwing.

Kader 1 Wat wordt verstaan zorg en ondersteuning?

De zorg en ondersteuning waarnaar we in deze publicatie kijken, zijn hulp bij het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Dit zijn de meest voorkomende typen hulp. *Hulp in het huishouden* omvat alle bezigheden die nodig zijn om het huis schoon te maken en te houden. Het gaat om huishoudelijke hulp die mensen krijgen vanwege gezondheidsbeperkingen, niet omdat ze er zelf geen zin in of tijd voor hebben. In de enquêtevraag is expliciet opgenomen dat de hulp in de huishouding in bijvoorbeeld een huishouden waar beide partners werken niet tot ondersteuning wordt gerekend. Onder *persoonlijke verzorging* verstaan we hulp bij bijvoorbeeld douchen of aankleden. Tot *verpleging* rekenen we onder andere wonden verzorgen en injecties geven. Met *begeleiding* doelen we op ondersteuning bij het plannen en aanbrengen van structuur, zoals dagbesteding, dagopvang, de planning en organisatie van het huishouden of het leren omgaan met een beperking. Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in deze publicatie de begrippen ‘zorg en ondersteuning’ en ‘hulp’ door elkaar.

Zorg en ondersteuning kan worden gegeven door het sociale netwerk van de hulpbehoevende. De partner is vaak een belangrijke hulpbron, maar ook (volwassen) kinderen, burens, vrienden, ouders, broers of zussen verlenen hulp. Zij worden mantelzorgers genoemd. De hulp van mantelzorgers en van vrijwilligers wordt informele hulp genoemd. In het Onderzoek Zorggebruik (ozg) wordt afzonderlijk gevraagd naar de hulp die partners en gezinsleden leveren, en naar de hulp die andere familieleden, vrienden, burens en vrijwilligers bieden. Vrijwilligerswerk omvat in de onderzoeksresultaten maar een klein deel van de verleende hulp. Dit komt doordat in de enquête is gevraagd naar hulp bij het huishouden, verzorging en begeleiding, maar niet naar bijvoorbeeld vervoer, klusjes of gezelschap: taken waarbij vrijwilligers en mantelzorgers vaak hulp bieden (De Klerk et al. 2015). Als we in deze publicatie over *informele hulp* spreken, dan bedoelen we in de eerste plaats mantelzorg. Voor de volledigheid: we gebruiken in deze publicatie de begrippen informele hulp, zorg en ondersteuning door het sociale netwerk en hulp van mantelzorgers als synoniemen voor elkaar.

Naast informele hulp kunnen hulpbehoevenden zorg en ondersteuning krijgen van professionele hulpverleners die worden bekostigd door de overheid (publiek gefinancierde hulp) of uit eigen middelen van de hulpbehoevende (particulier gefinancierde hulp).

Mensen die een persoonsgebonden budget (pgb) ontvangen, kunnen daarmee professionele hulp inkopen, maar kunnen de zorg en ondersteuning ook door iemand uit de sociale omgeving laten verrichten. Aangezien pgb's publieke middelen zijn, hebben we de zorg en ondersteuning die via deze regeling wordt gekregen, ondergebracht bij de publiek gefinancierde hulp.

Bij de beschrijving van het gebruik van zorg en ondersteuning (zie kader 1) maken we onderscheid naar een aantal kenmerken waarvan bekend is dat ze van invloed zijn op het zorggebruik (zie onder meer Andersen en Newman 1973; Babitsch et al. 2012; Eggink et al. 2012; Plaisier en De Klerk 2015). Dit zijn onder andere de ernst van de gezondheidsbeperkingen, leeftijd, huishoudenssamenstelling (woont iemand samen of alleen) en de hoogte van het inkomen. We presenteren cijfers over het jaar 2015 afkomstig uit het Onderzoek Zorggebruik (ozg; zie kader 2).

Kader 2 Onderzoek Zorggebruik (ozg)

Om inzicht te krijgen in (veranderingen in) het gebruik van zorg en ondersteuning verzamelt het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) met het Onderzoek Zorggebruik (ozg) gegevens over onder meer gezondheidsbeperkingen en het gebruik van zorg en ondersteuning. Dit doet het scp in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (cbs). Het ozg is gestart in april 2014 en afgerond in december 2016.² In die periode werd voor een steekproef van ongeveer 7000 zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar of ouder geregistreerd of zij binnen een periode van een jaar gebruik hebben gemaakt van publiek gefinancierde, particulier bekostigde of informele zorg en ondersteuning. Er is bijvoorbeeld voor huishoudelijk werk, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding gevraagd of men daarbij hulp ontving, zo ja van wie, hoelang en voor hoeveel uur. Ook het gebruik van hulpmiddelen en de vaardigheden die nodig zijn om zorg en ondersteuning aan te vragen komen aan bod in het onderzoek. Verder is uitgebreid gevraagd naar het sociale netwerk van de respondenten en naar hun gezondheidssituatie. In 2015 (het jaar waarop deze publicatie betrekking heeft) hebben ruim 2800 respondenten de ozg-vragenlijst ingevuld via internet, telefonisch of in een persoonlijk interview.

Omwille van de leesbaarheid vermelden we in deze publicatie niet iedere keer dat we de ontvangen zorg en ondersteuning aan *zelfstandig wonende Nederlandse volwassenen* onderzoeken. We spreken soms over (Nederlandse) volwassenen of (Nederlandse) 18-plussers. Daarmee bedoelen we altijd degenen die niet in een instelling wonen.

Voor mensen met een ernstige beperking is het niet altijd mogelijk om deel te nemen aan een enquête. De gegevens in deze publicatie vormen daardoor misschien eerder een onderschatting dan een overschatting van de ontvangen zorg en ondersteuning.

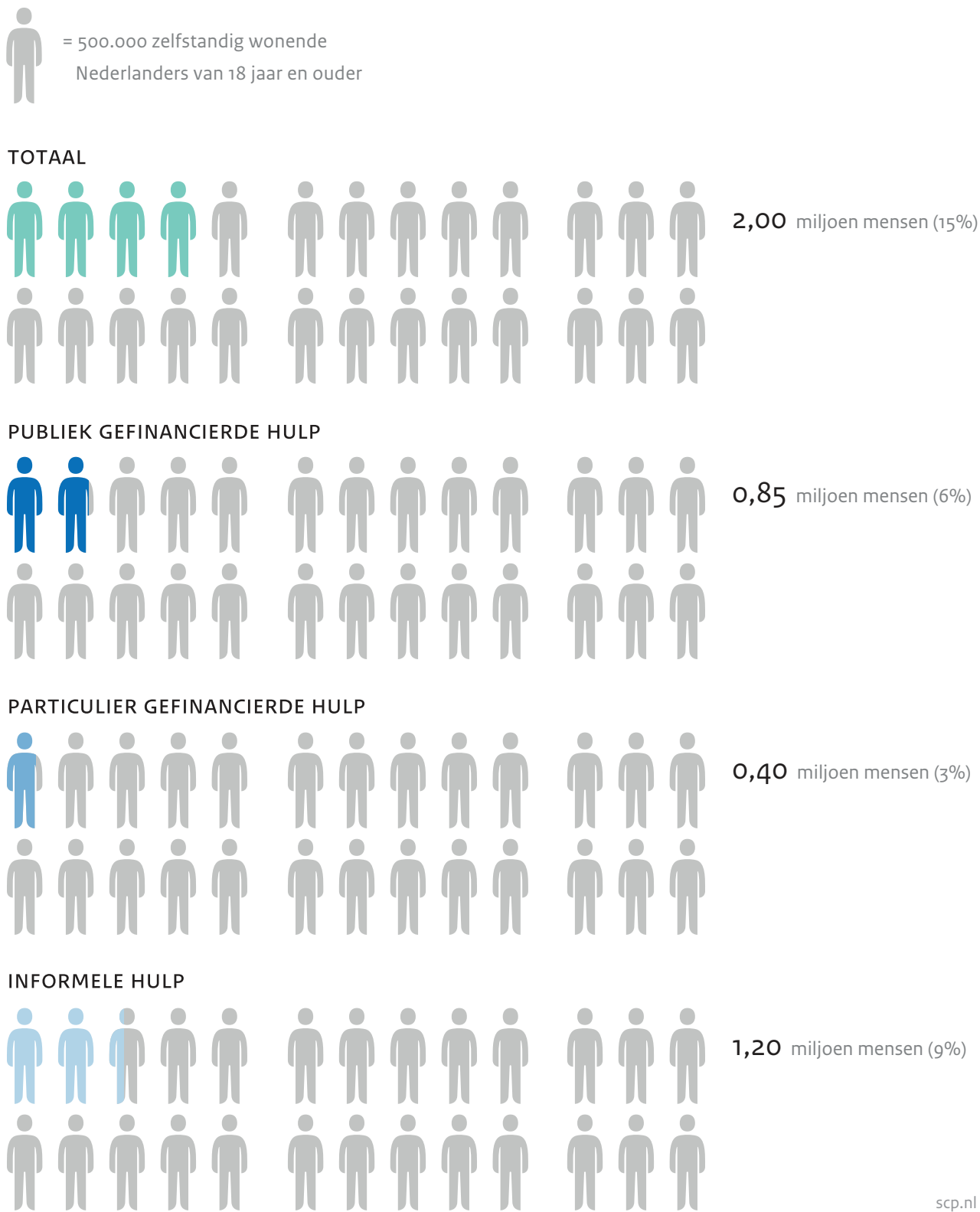
Bijna 2 miljoen volwassen Nederlanders ontvangen zorg en ondersteuning

In 2015 ontvangt ongeveer 15% van de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder een of meer van de onderzochte vormen van zorg en ondersteuning (figuur 1). Dat zijn naar schatting iets minder dan 2 miljoen personen. Dit is geen significant verschil ten opzichte van de ontvangen zorg en ondersteuning in 2014.

2 De data over 2016 komen in de loop van 2017 beschikbaar.

Figuur 1

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type helpers, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015
(in procenten en aantallen, n = 2844)^a



scp.nl

a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke helpers tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type helpers kunnen krijgen.

Bron: SCP/CBS (OZG'15)

Volwassen Nederlanders krijgen vaak hulp van het sociale netwerk...

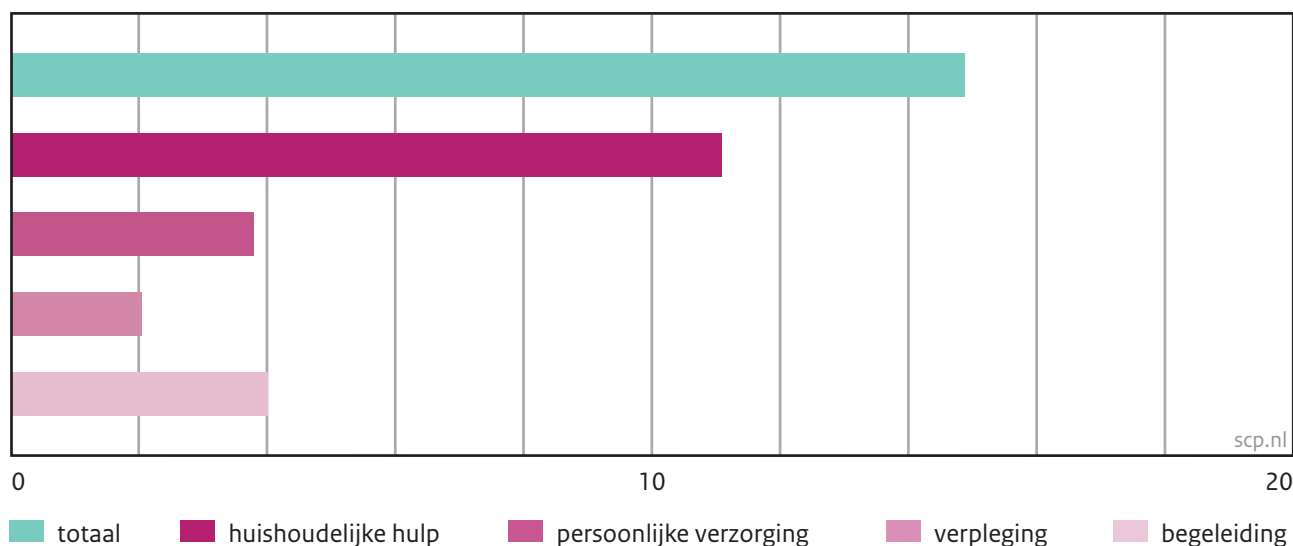
In 2015 ontvangen de meeste mensen die zorg en ondersteuning krijgen informele hulp (zie figuur 1). Dat geldt voor ongeveer 9% van de volwassen Nederlandse bevolking. Dat aandeel is in 2015 niet anders dan in 2014 (Putman et al. 2016). Ook in andere Europese landen ontvangt de bevolking vaak hulp van het sociale netwerk (Verbeek-Oudijk en Putman 2016). Tot de hulp die het netwerk geeft, behoort ook de ondersteuning die partners elkaar bieden in geval van hulpbehoevendheid, en de zorg die ouders aan een langdurig ziek inwonend kind geven; zorg die vaak als vanzelfsprekend wordt gezien. In 2015 heeft een kleiner deel van de volwassen Nederlanders publiek gefinancierde hulp (ruim 6%) en particuliere bekostigde hulp (ca. 3%) gekregen dan informele hulp. Ook deze percentages komen overeen met die van 2014.

...en vooral hulp bij het huishouden

Ongeveer 11% van de zelfstandig wonende 18-plussers ontvangt in 2015 hulp bij het huishouden (figuur 2). Deze ondersteuning kunnen publiek gefinancierde professionals geven, maar ook particuliere of informele helpers. Het aandeel van de volwassen Nederlandse bevolking dat hulp in het huishouden krijgt, is in 2015 duidelijk en significant lager dan in 2014: bijna 3 procentpunten minder.

Figuur 2

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulp, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2844)^a



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar afzonderlijke typen hulp tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen meerdere typen zorg en ondersteuning kunnen ontvangen.

Bron: SCP/CBS (OZG'15)

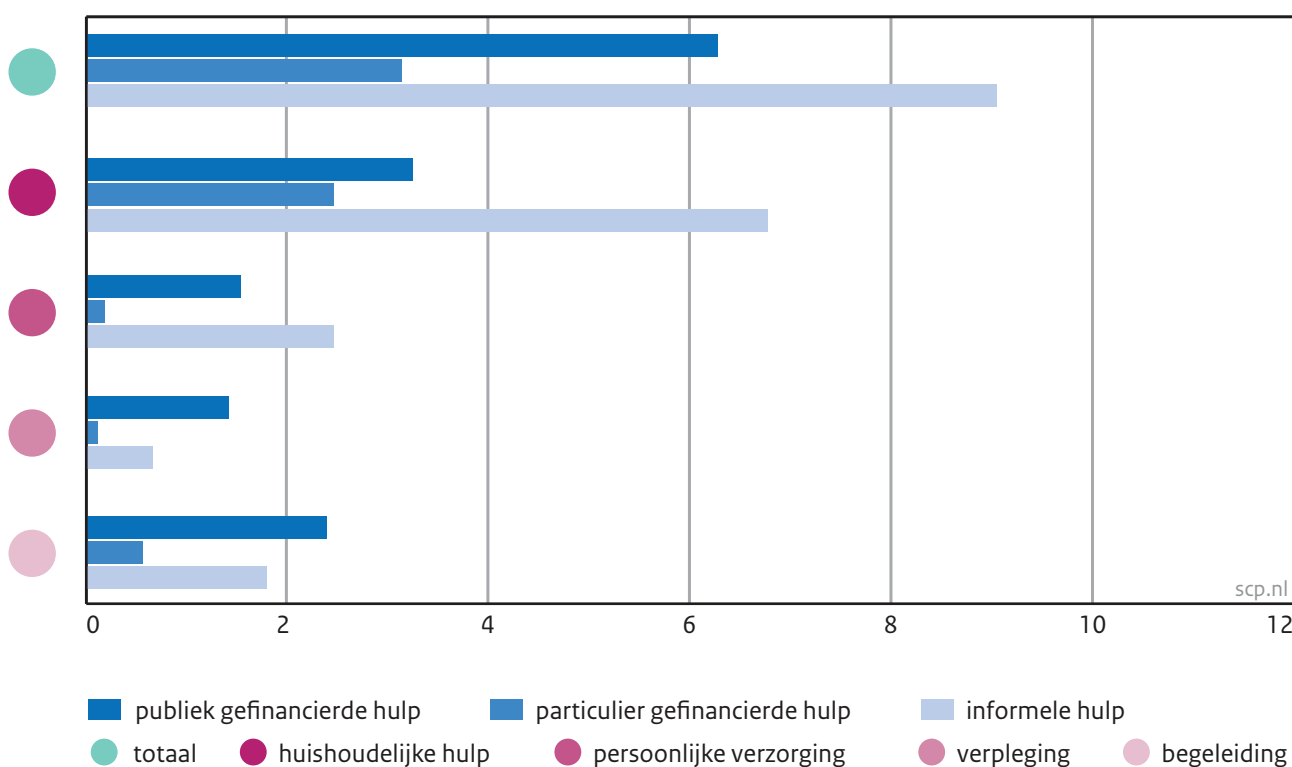
Verderop in deze publicatie wordt duidelijk dat dit vooral een verandering van de informele hulp betreft. Van de bevolking van 18 jaar en ouder krijgt 4% begeleiding, ontvangt iets minder dan 4% hulp bij persoonlijke verzorging en krijgt ongeveer 2% verpleging. Deze percentages komen overeen met 2014.

Het sociale netwerk biedt vaak hulp in het huishouden

Om meer zicht te krijgen op de daling in ontvangen huishoudelijke hulp tussen 2014 en 2015 is het van belang na te gaan door welke zorgverleners de verschillende typen hulp en ondersteuning worden geleverd. Uit het combineren van deze informatie blijkt dat informele helpers vaak huishoudelijke hulp geven (figuur 3). Dat beeld zagen we in 2014 ook. Bijna 7% van de Nederlandse volwassenen ontvangt in 2015 huishoudelijke hulp van iemand uit het sociale netwerk. Dit aandeel is significant lager dan in 2014: bijna 3 procentpunten. Waardoor dit verschil in ontvangen huishoudelijke hulp van informele helpers tussen 2014 en 2015 komt, is lastig vast te stellen.

Figuur 3

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulp en type helpers, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2844)^a



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar type helpers en type hulp tellen op tot meer dan de totale ontvangers van zorg en ondersteuning naar helpers, doordat mensen meerdere typen hulp van een bepaald type helpers kunnen krijgen.

Bron: SCP/CBS (OZG'15)

Allereerst is een tijdspanne van twee jaar te kort om verschillen te kunnen duiden: we kunnen nog niet spreken van een trend. Ten tweede werd als gevolg van de hervormingen verwacht dat de hulp die het sociale netwerk biedt juist zou toenemen.

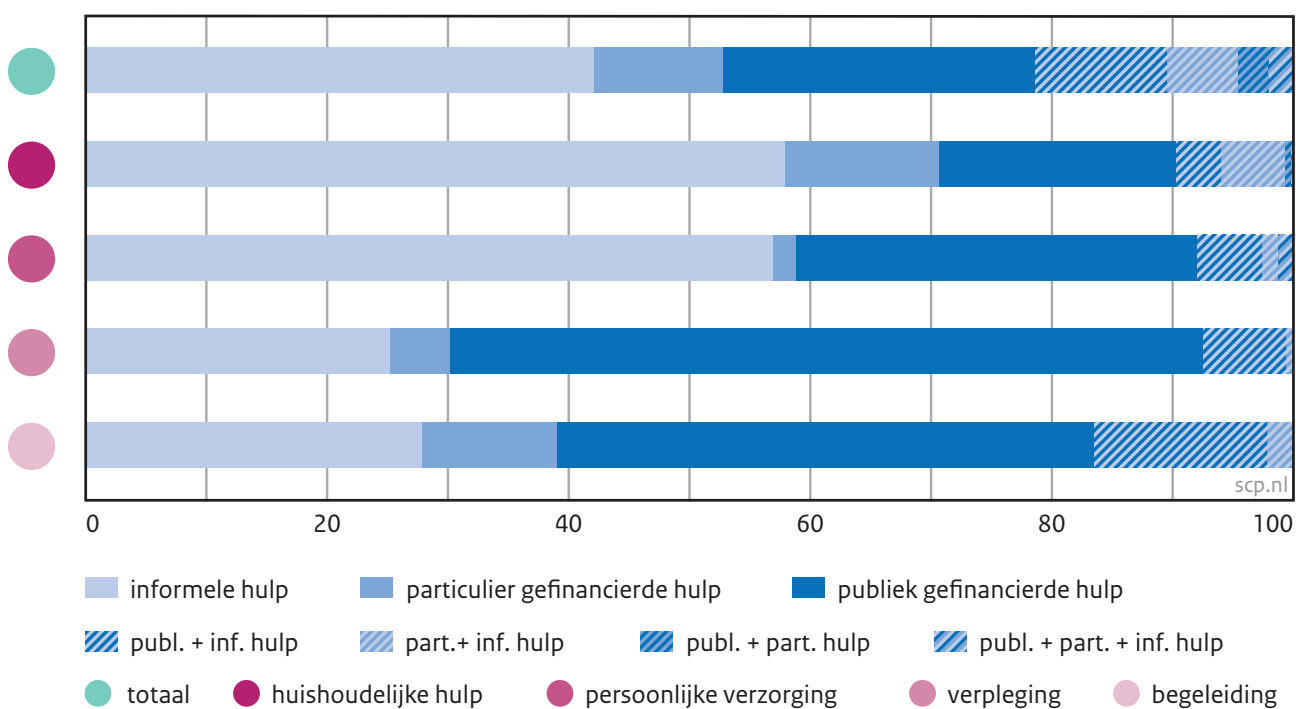
Ook de verwachte verschuiving naar meer particulier gefinancierde hulp heeft (nog) niet plaatsgevonden. Net als huishoudelijke hulp wordt ook persoonlijke verzorging relatief vaak door een mantelzorger gegeven. De zwaardere en meer gespecialiseerde hulp (verpleging en begeleiding) ontvangen mensen voornamelijk van de publiek gefinancierde professionals. Over het algemeen is gespecialiseerde hulp duur. Het is vaak niet goed mogelijk om dit type hulp langdurig uit eigen middelen te bekostigen. Particulier gefinancierde helpers bieden deze gespecialiseerde zorg dan ook nauwelijks.

In een op de vijf gevallen is sprake van meerdere helpers

Ongeveer een vijfde van de ontvangers van zorg en ondersteuning krijgt de hulp van meerdere typen helpers (figuur 4). In de meeste gevallen is dat een combinatie van hulp van het sociale netwerk en hulp van publiek gefinancierde professionals (ruim 10%; zie kolom ‘totaal’), gevolgd door de combinatie van informele en particulier gefinancierde hulp (bijna 6% van alle mensen die hulp ontvangen).

Figuur 4

Combinatie van helpers, naar type hulp onder ontvangers van zorg en ondersteuning, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten; totaal: n = 740; hh: n = 643; pv: n = 234; vp: n = 116; bg: n = 181)^a



a hh = huishoudelijke hulp; pv = persoonlijke verzorging; vp = verpleging; bg = begeleiding.

Bron: scp/cbs (OZG'15)

Als de gegevens per hulptype worden bekeken, dan is het aandeel mensen dat hulp ontvangt van meerdere helpers kleiner. Begeleiding wordt het vaakst gegeven door meer dan één helper (in bijna 17% van de gevallen). De combinatie van publiek gefinancierde hulp en informele hulp komt daarbij het vaakst voor. Verpleging wordt het minst vaak door meerdere helpers geleverd. Meestal is het een publiek gefinancierde professional die deze gespecialiseerde hulp biedt (62% van de ontvangen verpleging). Huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging worden vaak alleen door informele helpers gegeven.

Een derde van de volwassen Nederlanders heeft een gezondheidsbeperking

Gezondheidsproblemen zijn de belangrijkste reden om zorg en ondersteuning te ontvangen. In dit rapport worden drie soorten onderscheiden: lichamelijke beperkingen, psychische klachten en geheugenklachten. Over andere gezondheidsbeperkingen, zoals verstandelijke beperkingen of psychosociale problemen, bevat het ozg geen informatie. Of mensen lichamelijke beperkingen hebben, is vastgesteld door te vragen in hoeverre ze moeite hebben met het uitvoeren van algemene dagelijkse handelingen zoals zich wassen, traplopen, bed verschonen en boodschappen doen. Of mensen psychische klachten hebben, is geïnventariseerd door te vragen of ze zich in de vier weken voorafgaand aan het invullen van de enquête zenuwachtig, uitgeput, somber, niet kalm en/of niet gelukkig voelden.³ Problemen met het geheugen zijn gemeten met een simpele vraag of mensen klachten hebben met hun geheugen.⁴ Er zijn geen andere cijfers bekend waarbij lichamelijke en psychische beperkingen en geheugenproblemen op deze manier bijeen worden gebracht. Ongeveer twee derde van de totale volwassen bevolking heeft geen van deze drie typen beperkingen (zie figuur 5). Als daar wel sprake van is, zijn dit vooral lichamelijke beperkingen (ruim een vijfde van de volwassenen): 11% heeft alleen fysieke beperkingen, 6% zowel lichamelijke beperkingen als psychische klachten, 4% fysieke klachten en geheugenproblemen en 1% drie typen klachten. Voor ongeveer 15% van de Nederlanders zijn er aanwijzingen dat ze psychische klachten hebben en ruim 9% van de Nederlanders heeft geheugenproblemen.⁵ Omdat lichamelijke beperkingen relatief veel voorkomen, al dan

3 Op basis hiervan creëren we de Mental Health Inventory (MHI) 5-index, de internationale standaard om psychische klachten te achterhalen. Dit is een screeningsinstrument, geen diagnostisch instrument. De MHI-5-index kent een score van 0 tot 100, waarbij een score van minder dan 60 wordt beschouwd als psychische klacht (zie www.cbs.nl onder methoden, geestelijke gezondheid en MHI-5-index).

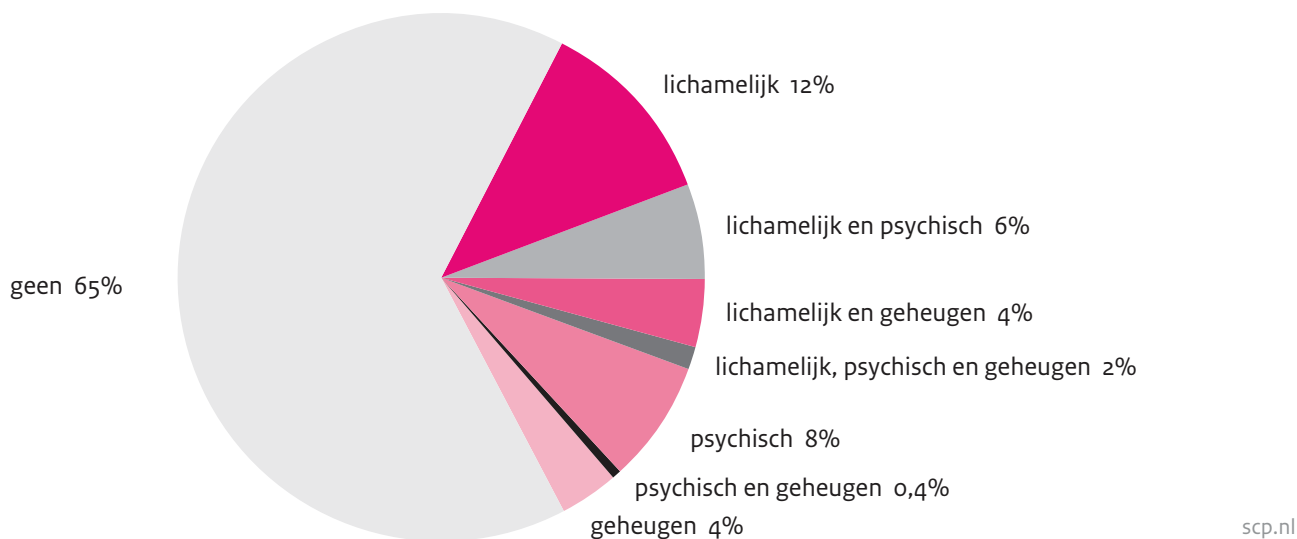
4 Omdat dit soort problemen vrijwel altijd op latere leeftijd voorkomen (zie o.a. Woodford en George 2007), is in het ozg alleen aan 65-plussers gevraagd of zij zulke klachten hebben. Daarmee veronderstellen we dat mensen jonger dan 65 jaar geen geheugenklachten hebben.

5 Bij de mensen met een psychische klacht (15%) gaat het om mensen met alleen een psychische klacht (8%), met een lichamelijke en een psychische klacht (6%), met een psychische en een geheugenklacht (0,4%) en met alle drie de typen klachten (1%). Bij de geheugenklachten (9%) gaat het om mensen met alleen geheugenklachten (4%), met geheugenklachten en lichamelijke klachten (4%), met een geheugenklacht en een psychische klacht (0,4%) en met alle drie de typen klachten (1%).

niet gecombineerd met andere beperkingen, bekijken we in de volgende paragraaf alleen de lichamelijke beperkingen.

Figuur 5

Verschillende typen beperkingen van zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2824)



Bron: SCP/CBS (OZG'15)

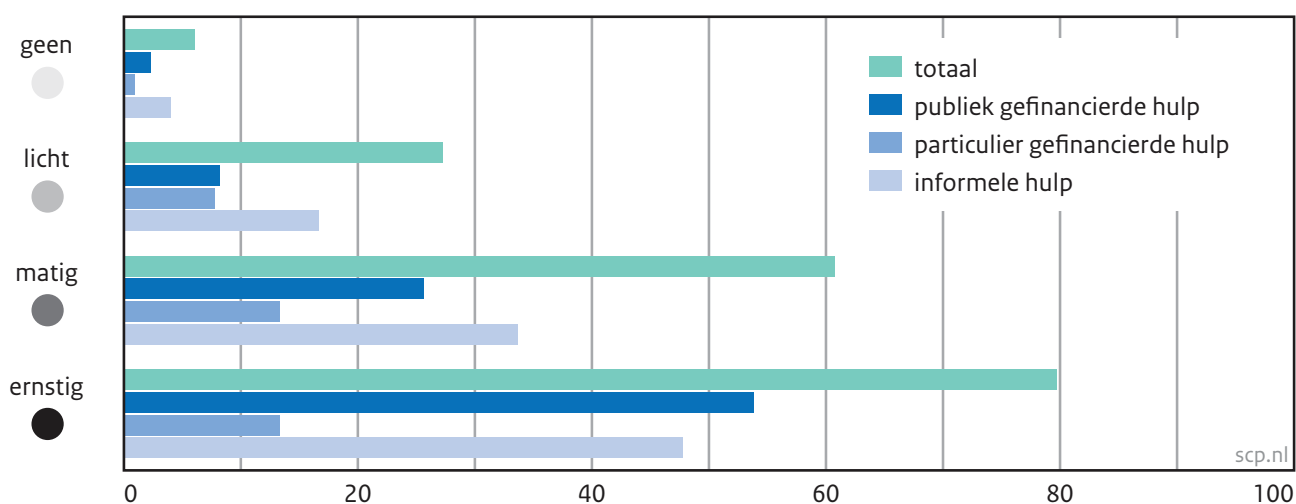
Vooraf volwassenen met ernstige lichamelijke beperkingen ontvangen zorg en ondersteuning

Mensen met lichamelijke beperkingen ontvangen (uiteeraard) vaker zorg en ondersteuning dan mensen zonder beperkingen (figuur 6). De ernst van de lichamelijke beperking speelt daarin een belangrijke rol. We onderscheiden drie categorieën lichamelijke beperkingen: licht, matig en ernstig. Mensen die een lichte lichamelijke beperking hebben, antwoorden op de meeste vragen over het uitvoeren van dagelijkse handelingen dat ze daar 'enige moeite' mee hebben, bijvoorbeeld met traplopen of dagelijkse boodschappen doen. Degenen met een matige lichamelijke beperking hebben met sommige handelingen 'grote moeite', zoals zwaardere huishoudelijke taken (bv. bed verschonen of zware boodschappen tillen). De mensen met een ernstige lichamelijke beperking geven aan met alle dagelijkse handelingen grote moeite te hebben of die helemaal niet te kunnen uitvoeren. Bij hen spelen vaak ook problemen met de persoonlijke verzorging. Vooral zelfstandig wonende volwassenen met een ernstige lichamelijke beperking ontvangen vaak zorg en ondersteuning (80%). Een vijfde van de mensen met ernstige lichamelijke beperkingen ontvangt dus géén hulp. Dat kan verschillende redenen hebben, zoals een gebrek aan kennis over mogelijke ondersteuning of moeite om deze aan te vragen, of ambivalentie ten aanzien van het al dan niet nodig hebben van hulp. Ook vervelende eerdere ervaringen met het aanvragen van voorzieningen kunnen een rol spelen en zijn er mensen die geen ondersteuning aanvragen omdat ze onafhankelijk willen blijven (Marangos et al. 2013).

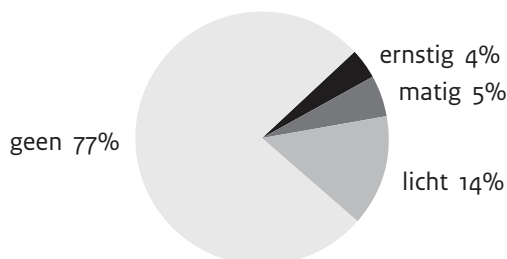
Ook de meerderheid van de 18-plussers met een matige lichamelijke beperking krijgt in 2015 hulp (ruim 61%). Bij degenen met een lichte lichamelijke beperking is dat ruim 27%. Het aandeel van de mensen met matige en ernstige lichamelijke beperkingen dat hulp krijgt, is hoog. Toch is het totale aantal mensen met deze beperkingen dat zorg en ondersteuning krijgt niet heel groot, omdat slechts een op de tien Nederlanders een matige of ernstige beperking heeft (zie figuur 6).

Figuur 6

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type helpers en ernst van lichamelijke beperkingen, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2832)^a



Aandeel van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, naar ernst van lichamelijke beperkingen



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke helpers tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type helpers kunnen krijgen.

Bron: SCP/CBS (OZG'15)

Zelfstandig wonende 18-plussers met een lichte of matige lichamelijke beperking ontvangen vaker zorg en ondersteuning van hun naasten dan van een publiek gefinancierde hulpverlener. Zelfstandig wonende volwassenen met een ernstige lichamelijke beperking krijgen juist vaker publiek gefinancierde zorg en ondersteuning (54%) dan informele hulp, hoewel velen van hen ook die vorm van hulp ontvangen (bijna 48%) (figuur 6).⁶

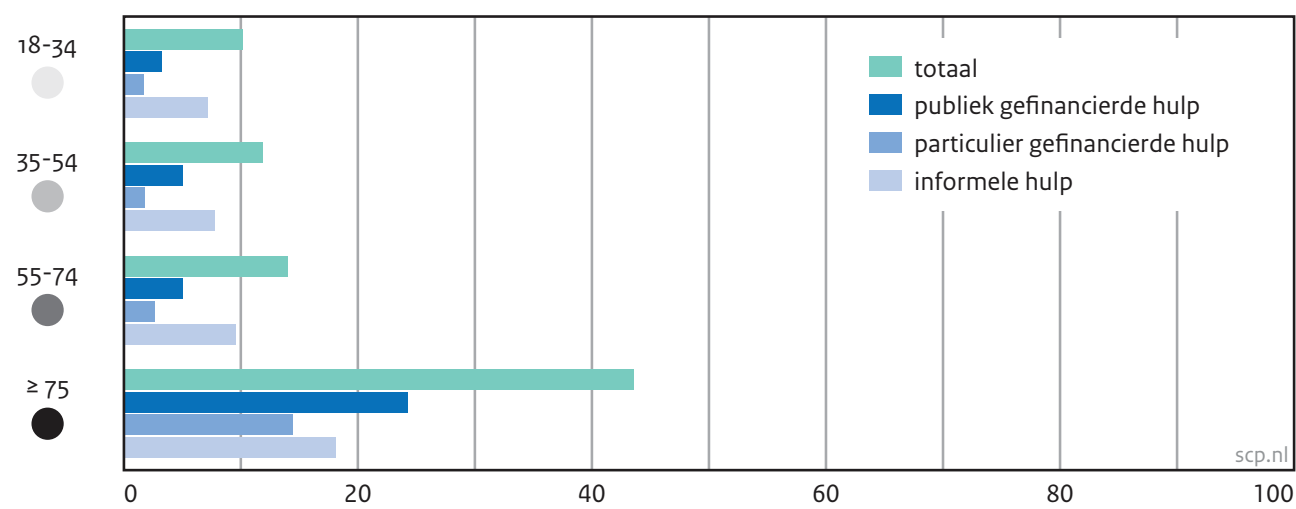
⁶ Ook mensen zonder lichamelijke beperking ontvangen soms zorg en ondersteuning (figuur 6). Een deel van hen kampt met psychische beperkingen (34%) en/of geheugenklachten (bijna 7%) waardoor zij hulp nodig hebben. Ook is het mogelijk dat mensen wel beperkingen hadden toen zij zorg en ondersteuning ontvingen, maar niet meer op het moment van invullen van de vragenlijst. Bijna 32%

75-plussers ontvangen relatief vaak zorg en ondersteuning

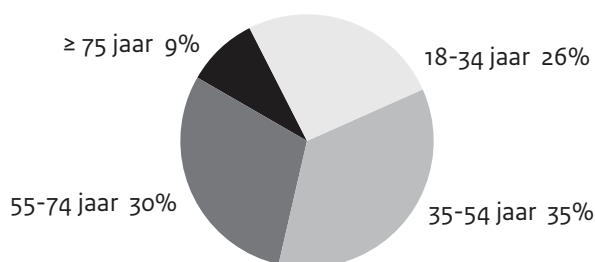
Omdat ouderen vaker met gezondheidsbeperkingen te maken hebben dan jongere mensen (Verbrugge en Jette 1994), zullen zij vaker hulp ontvangen. Bijna 10% van de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking is 75 jaar of ouder. Van hen krijgt 44% een vorm van zorg en ondersteuning (figuur 7). Dit is significant minder dan in 2014, namelijk 10 procentpunten. Per type helper zien we in 2015 geen significante verschillen ten opzichte van een jaar eerder. Bij nadere analyse blijkt de daling van het totaal aan ontvangen hulp door 75-plussers vooral een daling van de ontvangen hulp bij het huishouden te betreffen. We hebben geen duidelijke verklaring voor deze daling. Of er sprake is van een echte trend is pas met zekerheid te zeggen als er over meerdere jaren gegevens beschikbaar zijn.

Figuur 7

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type helper en leeftijd, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2844)^a



Aandeel van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, naar leeftijd



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke helpers tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type helpers kunnen krijgen.

Bron: SCP/CBS (OZG'15)

van de zorggebruikers die geen lichamelijke beperkingen hadden op het moment dat zij de vragenlijst invulden, hadden die wel in de twaalf maanden daaraan voorafgaand. Tot slot is het mogelijk dat mensen beperkingen hebben die niet in de vragenlijst zijn opgenomen, zoals psychosociale problemen of lichamelijke beperkingen die niet direct tot uiting komen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

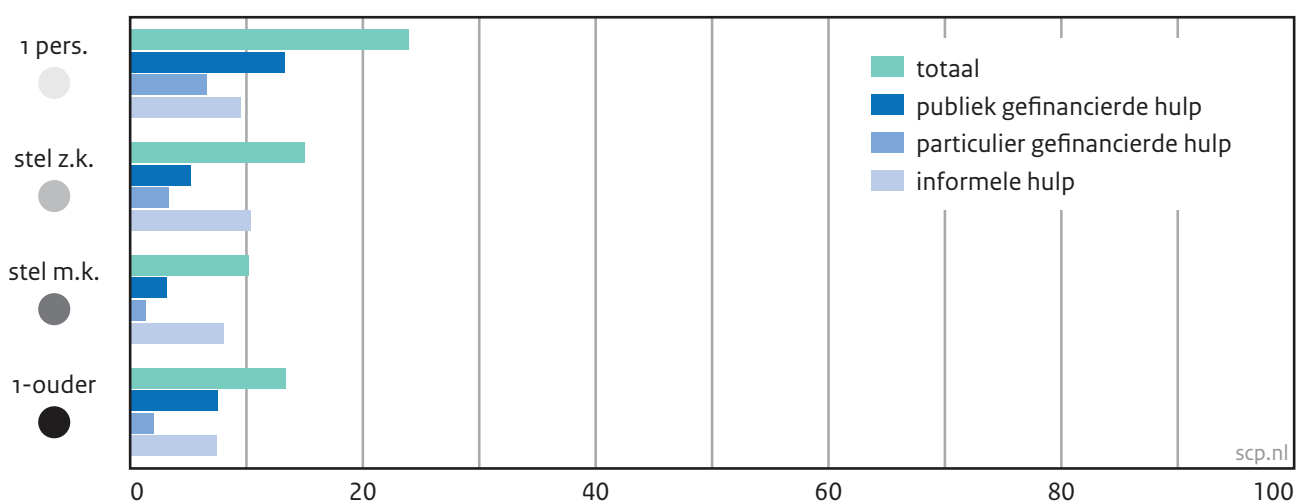
In veel gevallen (24%) ontvangen 75-plussers publiek gefinancierde hulp. Daarnaast krijgen ze vrij vaak (18%) hulp van mantelzorgers. Mensen jonger dan 75 jaar die zorg en ondersteuning ontvangen, krijgen vooral informele hulp.

Eenpersoonshuishoudens krijgen relatief vaak zorg en ondersteuning

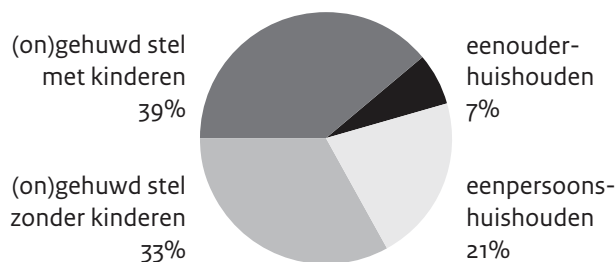
Volwassenen die alleen wonen, ontvangen vaker zorg en ondersteuning dan anderen. Ruim een op de vijf van de Nederlandse volwassenen leeft in een eenpersoonshuishouden. Ongeveer 24% van de 18-plussers krijgt in 2015 hulp (figuur 8). Alleenwonenden krijgen vooral publiek bekostigde zorg en ondersteuning (13%). Dit hangt samen met het feit dat in zulke huishoudens geen andere gezinsleden aanwezig zijn die hulp zouden kunnen verlenen. Dat wil niet zeggen dat alleenwonenden geen informele hulp ontvangen. Bijna 10% van hen ontvangt die hulp van een ander dan een partner of inwonende kinderen.

Figuur 8

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type helpers en huishoudensvorm, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2823)^a



Aandeel van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, naar huishoudvorm



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke helpers tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type helpers kunnen krijgen.

Bron: SCP/CBS (OZG'15)

Ook (on)gehuwde stellen zonder (inwonende) kinderen (33% van de Nederlandse bevolking) ontvangen relatief vaak hulp. Dit betreft vaak informele hulp (ruim 10%). Vooral gezinnen met thuiswonende kinderen (39% van de Nederlandse bevolking) krijgen relatief weinig zorg en ondersteuning. Dit komt naar alle waarschijnlijkheid doordat deze mensen nog vrij jong zijn, waardoor ze relatief weinig gezondheidsproblemen zullen hebben. Als gezinnen met kinderen wel hulp krijgen, dan is dat vooral hulp vanuit het sociale netwerk.

Vooraf 18-plussers met een laag inkomen ontvangen zorg en ondersteuning

Wanneer mensen over voldoende financiële middelen beschikken, kunnen ze ervoor kiezen een particulier gefinancierde hulp inschakelen. Dit gaat meestal om hulp in het huishouden (zie figuur 3). Voor mensen met gezondheidsproblemen die een relatief hoog inkomen hebben, kan een zelf betaalde hulp financieel gunstig zijn (Plaisier en De Klerk 2015). Deze mensen betalen namelijk vaak een hoge eigen bijdrage voor een publiek gefinancierde hulpverlener.

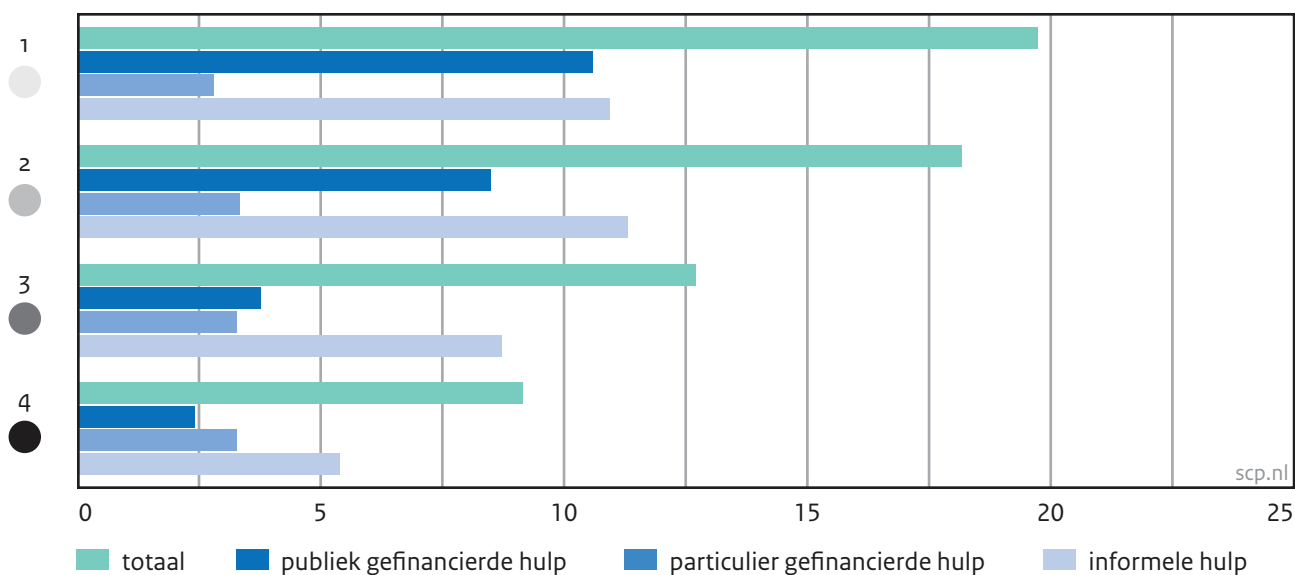
Een inschatting van de koopkracht van de volwassen en zelfstandig wonende Nederlanders maken we aan de hand van CBS-gegevens over het gestandaardiseerd jaarlijks besteedbaar huishoudensinkomen.⁷ Dat verdelen we in zogenoemde kwartielen; elke inkomensgroep vertegenwoordigt ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking. Het eerste kwartiel betreft de laagste inkomens en het vierde kwartiel de hoogste inkomens.

Mensen in de laagste twee inkomensgroepen ontvangen het vaakst zorg en ondersteuning (figuur 9): ongeveer een vijfde deel. Mensen met hogere inkomens – het derde (bijna 13%) en vierde kwartiel (ongeveer 9%) – ontvangen minder vaak zorg en ondersteuning dan mensen in de lagere inkomensgroepen. Bij alle inkomensgroepen is de ontvangen zorg en ondersteuning vooral informele hulp. De laagste twee inkomensgroepen krijgen vaker zorg en ondersteuning van publiek gefinancierde hulpverleners dan van particulier bekostigde professionals. De mensen in het hoogste kwartiel ontvangen vaker zorg en ondersteuning van een particulier gefinancierde hulpverlener dan van een publiek gefinancierde professional.

7 Het besteedbaar inkomen is het inkomen dat overblijft nadat premies en belastingen van het bruto-inkomen zijn afgehaald (zie www.cbs.nl). Door het inkomen te standaardiseren, houdt het CBS rekening met verschillen in de huishoudensamenstelling. Dat is van belang omdat meerpersoonshuishoudens financiële lasten kunnen delen die een eenpersoonshuishouden alleen moet betalen.

Figuur 9

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type helpers en kwartielen van gestandaardiseerd jaarlijks besteedbaar inkomen, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2839)^{a, b}



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke helpers tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type helpers kunnen krijgen.

b 1 = < 16.900 euro; 2 = 16.900-22.419 euro; 3 = 22.420-30.440 euro; 4 = > 30.440 euro.

Bron: SCP/CBS (OZG'15)

Bekendheid met het Wmo-loket is groot

Van de onderzochte typen zorg worden hulp bij het huishouden en begeleiding verstrekt via de Wmo 2015.⁸ Mensen kunnen met een ondersteuningsvraag bij een Wmo-loket terecht of bijvoorbeeld bij een sociaal wijkteam.⁹ In deze paragraaf belichten we alleen de bekendheid met het Wmo-loket.¹⁰

In 2015 is 62% van de volwassen zelfstandig wonende bevolking bekend met het Wmo-loket (figuur 10). Dat aandeel is niet veranderd ten opzichte van het voorgaande jaar.

Mensen met een lichamelijke beperking zijn vaker bekend met het loket dan degenen zonder beperking (resp. circa 70% en circa 60%), ouderen vaker dan jongeren en mensen uit de hogere inkomensgroepen vaker dan degenen uit de lagere inkomensgroepen. Dit betekent dus ook dat een aanzienlijke groep het Wmo-loket niet kent. Onze bevindingen over de bekendheid en het contact met het Wmo-loket zijn vergelijkbaar met recent gepubliceerd

8 Onder deze wet vallen nog talloze andere voorzieningen, zoals vervoersvoorzieningen, rolstoelen of woningaanpassingen.

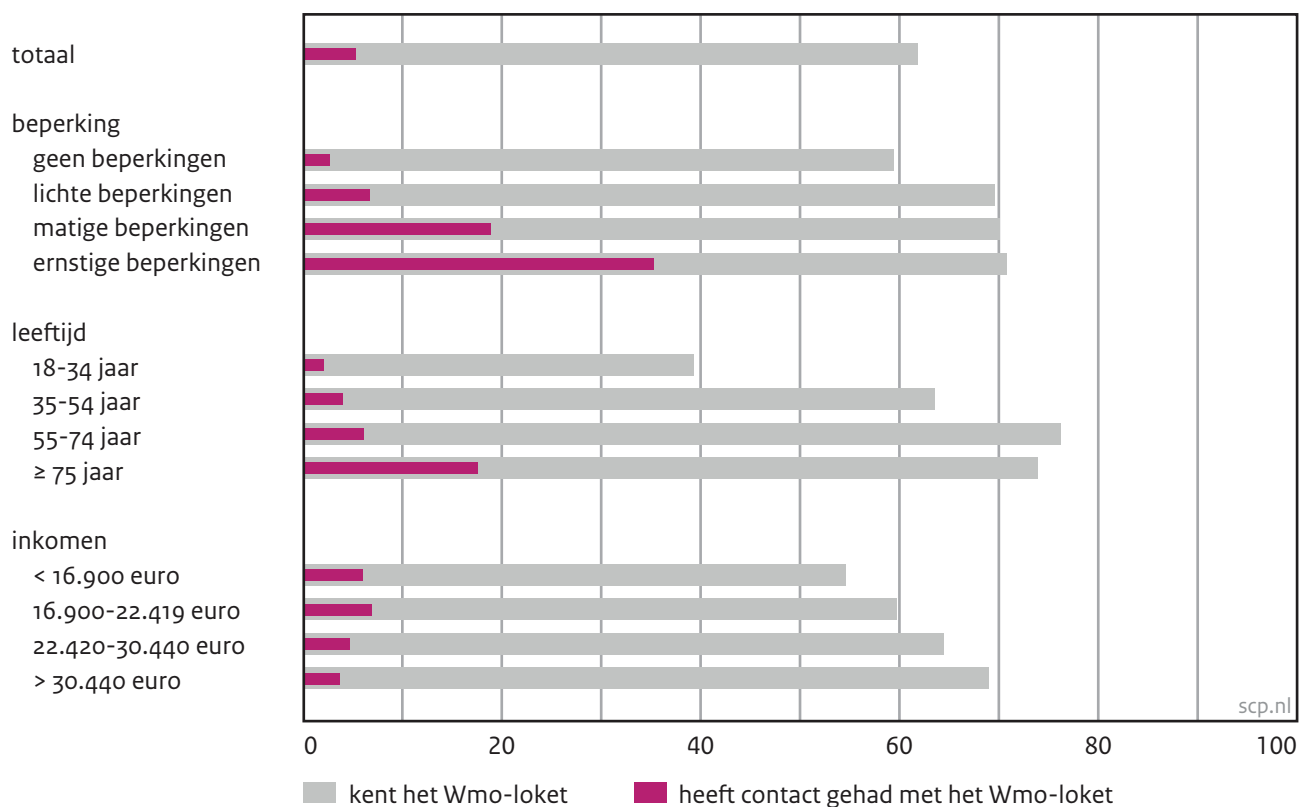
9 Zij kunnen vaak ook via een sociaal wijkteam voorzieningen aanvragen, maar daar is in de vragenlijst niet naar gevraagd vanwege de vergelijkbaarheid met eerdere jaren.

10 Omwille van de vergelijkbaarheid met eerdere jaren is in de enquête van 2015 niet gevraagd naar het sociale wijkteam.

onderzoek van het NIVEL (Waverijn en Marangos 2016), waarbij ook naar het sociaal wijkteam is gevraagd.¹¹

Figuur 10

Bekendheid en contact met Wmo-loket, naar lichamelijke beperkingen, leeftijd, en inkomen, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015 (in procenten, n = 2844)



Bron: SCP/CBS (OZG'15)

Ongeveer 5% van de zelfstandig wonende bevolking heeft in 2015 contact gehad met het Wmo-loket (zie figuur 10). Dit aandeel is niet anders dan in 2014. Contact met het Wmo-loket komt (uiteeraard) veel voor bij mensen met een ernstige lichamelijke beperking (35%) en bij ouderen. De lagere inkomensgroepen hebben iets vaker contact met het Wmo-loket dan de hogere inkomensgroepen.

Behoefte aan meer zorg en ondersteuning

Behalve de vraag naar hoeveel mensen zorg en ondersteuning ontvangen, welke hulp ze krijgen en van wie, is een belangrijke vervolgvraag of het totaal aan ontvangen hulp als toereikend wordt ervaren. Krijgen mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben dat

¹¹ Daar waar er kleine verschillen zijn, hangt dat samen met verschil in enquêtevragen. Zo vroeg het NIVEL naar bekendheid met het Wmo-loket of een sociaal (wijk)team en vroegen zij niet of anderen contact hadden met het loket namens de hulpvrager.

ook inderdaad, en zo ja: krijgen ze voldoende? Om hier een beeld van te krijgen, is in het oZG per type hulp gevraagd of die hulp wel nodig is als deze nog niet wordt ontvangen. Aan degenen die wel hulp ontvangen, is gevraagd of ze meer hulp nodig hebben. Bijna 8% van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar of ouder heeft in 2015 behoefte aan meer zorg en ondersteuning (figuur 11). Het merendeel (5%) ontvangt al een vorm van zorg en ondersteuning, maar stelt meer nodig te hebben, en bijna 3% ontvangt nog geen hulp. Het aandeel ontvangen zorg is het grootst onder mensen met gezondheidsbeperkingen en ouderen. Van de mensen met matige of ernstige beperkingen die hulp krijgen, zegt 37% meer hulp nodig te hebben. Bij mensen met zulke beperkingen die nog geen zorg en ondersteuning ontvangen, is dat aandeel 9%. De behoefte aan meer hulp is ook groter dan gemiddeld onder 75-plussers, namelijk 16% van degenen die al een vorm van hulp ontvangen, en 7% van de 75-plussers die dat niet krijgen. Omdat tussen 2014 en 2015 veel is veranderd door de hervormingen in langdurige zorg, is een logische vraag of de behoefte aan zorg en ondersteuning ook is veranderd. Dat nemen we in onze gegevens niet waar; het aandeel van de volwassen bevolking dat aangeeft meer hulp nodig te hebben, is niet anders in 2015 dan in het voorgaande jaar. Huishoudelijke hulp is het type hulp waar het meeste (extra) behoefte aan is; 5% van de zelfstandig wonende Nederlandse 18-plussers zegt hier (meer) behoefte aan te hebben. Bijna de helft van hen ontvangt geen hulp in het huishouden. 3% van de volwassen Nederlanders zegt (meer) behoefte te hebben aan begeleiding, ruim 1% aan persoonlijke verzorging en minder dan 1% aan verpleging.

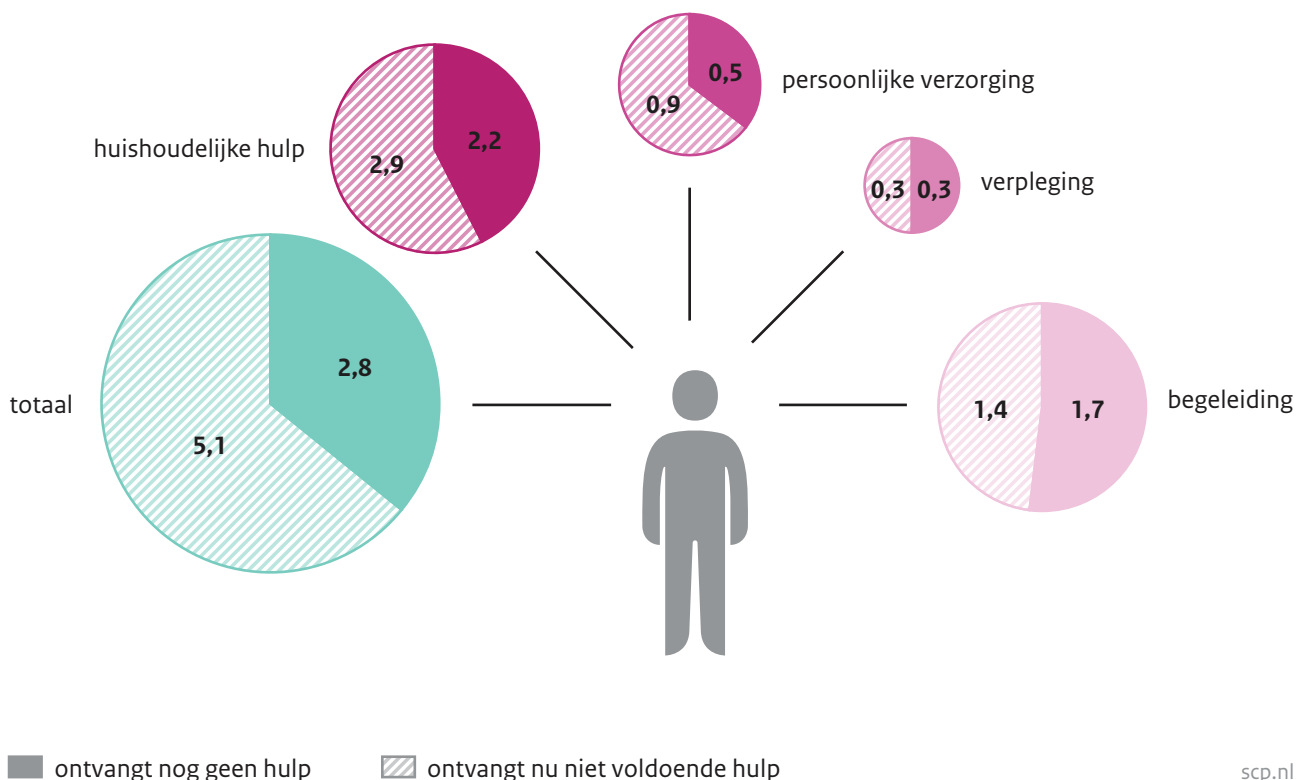
Overigens wil een behoefte aan (meer) zorg niet zeggen dat deze mensen daar ook daadwerkelijk om hebben gevraagd. Uit eerder onderzoek naar de thuiszorg bleek bijvoorbeeld dat maar een kwart van de mensen met behoefte aan thuiszorg een aanvraag indiende. Mensen kunnen allerlei redenen hebben om geen ondersteuning aan te vragen, waaronder een gebrek aan kennis, moeite met de aanvraag of vervelende eerdere ervaringen met het aanvragen van voorzieningen (zie bv. De Klerk en Schellingerhout 2007; Marangos et al. 2013).

Drie kwart van de mensen die al hulp krijgen, maar meer nodig zeggen te hebben, kampen met matige (25%) of ernstige (49%) lichamelijke beperkingen. Ook hebben relatief veel van hen geheugenklachten (26%). Verder is een vrij groot deel van deze groep 75 jaar of ouder, woont alleen, en/of heeft een laag inkomensniveau.

Van de mensen die nog geen hulp krijgen en dit wel nodig zeggen te hebben, is een opvallend groot deel (ongeveer een kwart) 65-plussers die (ernstige) geheugenklachten hebben. Ook is de hulpbehoefte vrij groot onder 65-minners. Er zijn geen significante verschillen in behoefte naar meer zorg en ondersteuning waarneembaar bij verschillende inkomensniveaus of huishoudenssamenstellingen.

Figuur 11

Behoefte aan meer zorg en ondersteuning, naar type hulp, zelfstandig wonende 18-plussers, 2015
(in procenten, n = 2844)



Bron: SCP/CBS (OZG'15)

Conclusie

Ongeveer 15% van de zelfstandig wonende Nederlandse 18-plussers ontving in 2015 zorg en ondersteuning. Dat zijn bijna 2 miljoen mensen. Net als in 2014 gaat het vaak om hulp van het sociale netwerk: 9% van de volwassenen kreeg deze ondersteuning. Daarmee verschilt het gebruik van zorg en ondersteuning in 2015 niet significant van dat in 2014. In 2015 ontving ruim 6% van de volwassen Nederlanders publiek gefinancierde hulp en bekostigde ongeveer 3% zelf hulp. Ongeveer een vijfde van de ontvangers van zorg en ondersteuning kreeg deze hulp van meerdere typen helpers. Vaak is dat een combinatie van informele helpers en publiek gefinancierde professionals (ruim 10% van de mensen die zorg en ondersteuning ontvangen) of een combinatie van informele en particulier gefinancierde hulp (bijna 6% van de mensen die enige hulp krijgen). Mensen ontvangen vooral hulp bij het huishouden: ongeveer 11% van de 18-plussers kreeg deze vorm van hulp in 2015. Persoonlijke verzorging en begeleiding (beide 4%), en verpleging (2%) kwamen beduidend minder vaak voor.

Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, ouderen, alleenwonenden en mensen met een laag inkomen ontvangen relatief vaak zorg en ondersteuning. Dit beeld is in 2015 niet anders dan in 2014. De hulp bij het huishouden ('lichte hulp') wordt vaak door informele

helpers gegeven, terwijl verpleging ('zware hulp') meestal door publiek gefinancierde professionals wordt geboden.

Voor de aanvraag van huishoudelijke hulp en begeleiding, of voor woningaanpassingen, hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen kunnen mensen onder andere terecht bij het Wmo-loket van de gemeente. Ongeveer 60% van de Nederlandse zelfstandig wonende 18-plussers is bekend met het Wmo-loket en ongeveer 5% heeft er daadwerkelijk contact mee gehad. Zowel de bekendheid van het loket als het contact ermee is vergelijkbaar met het beeld in 2014 en het grootst onder mensen met beperkingen en ouderen. Toch is er ook een aanzienlijke groep volwassenen die het Wmo-loket mogelijk wel nodig heeft, maar niet kent.

In het ozg is ook gevraagd of het totaal aan ontvangen zorg en ondersteuning als voldoende wordt ervaren. Ongeveer 8% van de Nederlandse volwassenen stelt in 2015 dat dit niet zo is. Een derde van hen ontvangt nog helemaal geen hulp maar zegt dat wel nodig te hebben. Er is vooral behoefte aan (meer) hulp bij het huishouden (5% van de Nederlanders) en begeleiding (3%). Er is tussen 2014 en 2015 veel veranderd in de organisatie van de langdurige zorg. Het aandeel van de volwassenen dat aangeeft meer hulp nodig te hebben, is echter niet anders in 2015 dan in 2014. Overigens wil een behoefte aan (meer) zorg niet zeggen dat deze mensen daar ook daadwerkelijk om hebben gevraagd.

Uit onze gegevens blijkt dat zorg en ondersteuning vooral worden ontvangen door degenen die dat het hardst nodig hebben: ouderen, mensen met ernstige gezondheidsproblemen, alleenwonenden en mensen die weinig te besteden hebben. Een deel van de zelfstandig wonende 18-plussers geeft aan behoefte aan (extra) zorg en ondersteuning te hebben.

Op basis van de gegevens in deze publicatie kunnen nog geen conclusies worden getrokken over de gevolgen die de hervormingen hebben op de ontvangen zorg en ondersteuning. De komende jaren zullen moeten uitwijzen hoe de hervormingen voor (verschillende groepen van) de volwassen Nederlandse bevolking uitpakken.

Literatuur

- Andersen, R. en J. Newman (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. In: *Milbank Fund Quarterly*, jg. 51, nr. 1, p. 95-124.
- Babitsch, B., D. Gohl en T. von Lengerke (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. In: *GMS Psycho Social Medicine*, jg. 25, nr. 9, p. 1-15.
- Eggink, Evelien, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj (2012). *VeVeRa-iv. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M.M.Y. de, en R. Schellingerhout (2007). De onvervulde behoefte aan thuiszorg onder niet-gebruikers. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 85, nr. 4, p. 214-220.
- Marangos, Anna Maria, Mieke Cardol en Mirjam de Klerk (2013). Niet-gebruik van maatschappelijke ondersteuning. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 91, nr. 6, p. 324-331.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Lisa Putman (2016). *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013. Een vergelijking van de zorg en ondersteuning van 50-plussers in veertien Europese landen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbrugge, Lois M. en Alan M. Jette (1994). The Disablement Process. In: *Social Science & Medicine*, jg. 38, nr. 1, p. 1-14.
- Waverijn, Geeke en Anna Maria Marangos (2016). *Bekendheid en ervaringen met de Wmo 2015 van mensen met een lichamelijke beperking*. Utrecht: NIVEL.
- Woittiez, Isolde, Evelien Eggink, Debbie Verbeek-Oudijk en Alice de Boer (2015). *Zorg vragen of zorg dragen? Een verkenning van de invloed van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woodford, H.J. en J. George (2007). Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. In: *QJM, An International Journal of Medicine*, jg. 100, nr. 8, p. 469-484.