Verandering in de vraag en het gebruik van ouderenzorg in Nederland

RIVM-rapport 2026-0082

Colofon

© RIVM 2026
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2026-0082

F.M. Kroese (auteur), RIVM
A. Wong (auteur), RIVM
M.L. van Houwelingen (auteur), RIVM
R. Otte (auteur), RIVM
A. Wester (auteur), RIVM
S. Mehra (auteur), RIVM
M.A. Nicolaie (auteur), RIVM
R. Wuyts (auteur), RIVM
B. van de Loo (auteur), AUMC
P. Bakx (auteur), EUR
M. Bär (auteur), EUR
F. Tallgren (auteur), EUR
M.S. Lambooij (auteur), RIVM

Contact:
Mattijs Lambooij
Gedrag & Gezondheid
mattijs.lambooij@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van de onderzoeksopdracht ‘Onderzoek naar vraaguitval ouderenzorg’ (V/060038/01).

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Verandering in de vraag en het gebruik van ouderenzorg in Nederland

Ouderen in Nederland die elke dag zorg of begeleiding nodig hebben, kunnen een beroep doen op verzorging, verpleging, of thuiszorgvoorzieningen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan wijkverpleging of zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), die thuis of in een verpleeghuis wordt geleverd. Zorgorganisaties voor ouderen hebben de indruk dat niet alle beschikbare plekken voor cliënten worden gebruikt. De vraag is of dat betekent dat minder ouderen zorg nodig hebben dan eerder werd verwacht.

Het RIVM ziet tussen 2018 en 2024 geen aanwijzingen daarvoor op landelijk niveau over de gehele ouderenzorg. Wel is de soort zorg veranderd. Minder ouderen (65+ers) kregen wijkverpleging in 2018 dan in 2024. Er kregen meer ouderen zorg vanuit de Wet langdurige zorg in 2024 dan in 2018. Dat komt onder andere doordat er steeds meer ouderen zijn in Nederland. Binnen de Wlz-zorg kregen minder ouderen lichtere zorg, en kregen meer ouderen intensievere zorg. Daarnaast wonen ouderen langer zelfstandig. Ze lijken op hogere leeftijd naar het verpleeghuis te verhuizen en hebben dan zwaardere zorg nodig.

Bovendien is er een verschuiving van zorg voor ouderen in verpleeghuizen naar langdurige zorg thuis. Het kan zijn dat ze hierbij blijven wonen in hetzelfde woonhuis, maar kan ook betekenen dat ze gaan wonen in bijvoorbeeld een woonzorgcomplex of aanleunwoning. In de periode 2018-2024 groeide het aantal ouderen dat zorg thuis ontvangt sneller (34.000 in 2018 en 78.000 in 2024) dan het aantal mensen dat zorg in een verpleeghuis ontvangt (112.000 in 2018 en 127.000 in 2024).

Ouderen geven zelf aan dat ze vanwege hun zelfstandigheid, de vertrouwde omgeving en hun sociale contacten zo lang mogelijk thuis willen wonen. De verschuiving naar meer zorg thuis is ook in lijn met het beleid van de overheid. Dat stimuleert ouderen om langer thuis te wonen. De mening van ouderen over de kwaliteit van verpleeghuizen is niet slechter geworden de afgelopen jaren. Ouderen vinden het ook goed dat er verpleeghuizen zijn. Zelf willen ze er liever niet komen te wonen.

Nog steeds wordt de meeste zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) aan ouderen in verpleeghuizen gegeven. Wel verblijven mensen er gemiddeld korter dan jaren geleden. Dat komt waarschijnlijk doordat zij pas later in een verpleeghuis gaan wonen.

Door de verschuivingen is er in verpleeghuizen meer intensieve zorg nodig. Bestuurders van zorgorganisaties geven aan dat het niet voor alle verpleeghuizen makkelijk is om zich daarop aan te passen. Bij een deel van de verpleeghuizen is het aantal bewoners verminderd in de periode

tussen 2018 en 2024. Sommige verpleeghuizen kregen minder cliënten die relatief lichte zorg vragen, en minder cliënten die intensievere zorg vragen. Vraag en aanbod in de zorg sluiten daar niet meer goed op elkaar aan. Vervolgonderzoek over twee jaar is nodig om inzicht te krijgen in de dynamiek van vraag en aanbod over de jaren na 2024.

Kernwoorden: ouderenzorg, Wlz, ontwikkeling in vraag, verandering zorggebruik, VVT, Zvw

Synopsis

Changes in demand for and use of elderly care in the Netherlands

Older adults in the Netherlands who need daily care or support can rely on nursing, personal care or home-care services. This includes long-term care provided at home or in a nursing home. Organisations providing care for older adults have the impression that not all places in their facilities are being used. The question is whether this means that fewer older adults need care than was previously expected.

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) saw no indications of reduced demand in elderly care on a national level between 2018 and 2024. However, the type of care provided has changed. Fewer older adults (65+) received home care financed through the Health Insurance Act in 2018 than in 2024. More older adults received long-term care financed through the Long-Term Care Act (*Wet langdurige zorg* (Wlz)) in 2024 than in 2018. One reason for this is that the number of older adults in the Netherlands is increasing. Fewer older adults received less intensive care, whereas more received more intensive care. Also, older adults are living independently for longer. They move to nursing homes later in life, but once they do, they need more intensive care sooner.

In addition, care for older adults is shifting from nursing homes to long-term care at home. This can mean older adults keep living in the same home, but it can also mean assisted living or in sheltered housing. Between 2018 and 2024, the number of people receiving care at home grew faster (34,000 in 2018 and 78,000 in 2024) than the number of people receiving care in nursing homes (112,000 in 2018 and 127,000 in 2024).

Older adults report that, because of their independence, familiar surroundings and social contacts, they want to live at home for as long as possible. The shift towards more care at home also aligns with government policy. This encourages older adults to live at home for longer. Opinions of older adults about the quality of nursing homes have not worsened in recent years. They also consider it a good thing that there are nursing homes. But they prefer not to live there themselves.

Most care for older adults under the Long-Term Care Act is still provided in nursing homes. However, lengths of stay have decreased. This is probably because they move into nursing homes later.

Given these shifts, nursing homes increasingly need to provide more intensive care. Directors of care institutions report that not all nursing homes find it easy to adapt. In some nursing homes, the number of residents decreased between 2018 and 2024. Some of these nursing homes had fewer clients requiring less intensive care as well as fewer clients requiring more intensive care. At these nursing homes, supply

and demand are no longer well matched. A follow-up study will be required in two years to gain insight into the dynamics of supply and demand in the coming years.

Keywords: elderly care, Long-Term Care Act (Wlz), trends in demand, changes in the use of care services, nursing homes, residential care and home care (VVT) sector, Health Insurance Act (Zvw)

Voorwoord

Het ministerie van VWS en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) krijgen sinds medio 2024 signalen over lokale en regionale overcapaciteit van voorzieningen voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Ook VVT-aanbieders melden onbenutte verpleeghuisbedden en een afname in het gebruik van wijkverpleging. Het RIVM onderzocht in opdracht van VWS of er aanwijzingen zijn voor veranderingen in het gebruik van ouderenzorg die wijzen op vraaguitval en signalen van onbenutte capaciteit kunnen verklaren. De onderzoeksresultaten staan in dit rapport.

Leeswijzer

Dit rapport begint met een beschrijving van de achtergrond, onderzoeksvragen (hoofdstuk 1) en onderzoeksmethoden (hoofdstuk 2). Vervolgens beschrijft het aan de hand van drie deelvragen resultaten over de ontwikkelingen binnen de ouderenzorg. Hoofdstuk 3 beschrijft resultaten over ontwikkelingen op landelijk niveau, met aandacht voor zorggebruik, verblijfsduur en instroom. Hoofdstuk 4 zoomt in op ontwikkelingen in verpleeghuizen, waaronder bezettingsverschillen tussen verpleeghuizen. In hoofdstuk 5 staan behoeften en kenmerken van zorggebruikers in relatie tot ontwikkelingen binnen de ouderenzorg centraal. Het rapport sluit af met een bredere interpretatie van de resultaten, samen met implicaties voor beleid en praktijk (hoofdstuk 6) en een algemene conclusie (hoofdstuk 7).

Het rapport gebruikt verschillende begrippen die binnen de langdurige zorg een specifieke betekenis hebben. Om de leesbaarheid te vergroten, lichten we hieronder de belangrijkste begrippen kort toe. Een uitgebreide beschrijving van de begrippen staat in de verklarende woordenlijst achterin.

Ouderenzorg
De term ouderenzorg wordt in dit rapport gebruikt als overkoepelende term voor Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging (zie hieronder) voor mensen van 65 jaar en ouder.

Wlz-zorg
Deze term omvat in dit rapport langdurige zorg voor ouderen met een Wlz-indicatie en een zorgprofiel voor verpleging en verzorging (VV). Wlz-zorg bestaat uit Wlz-verpleeghuiszorg (intramuraal) en Wlz-zorg thuis. Cliënten kunnen meerdere leveringsvormen tegelijk ontvangen, bijvoorbeeld twee verschillende vormen van Wlz-zorg thuis (zie hieronder). Let op: alle uitkomsten zijn gebaseerd op registerdata. Dit betekent dat we weten welke aanspraak cliënten hebben gemaakt op zorg en welke leveringsvorm zij hebben ontvangen. We weten echter niet welke zorg en hoeveel zorg cliënten daadwerkelijk hebben ontvangen.

Wlz-verpleeghuiszorg
Hier verstaan we zorg met verblijf in een instelling onder aan ouderen die met een Wlz-indicatie en een zorgprofiel VV in een verpleeghuis wonen en daar de geïndiceerde zorg ontvangen. Dit wordt ook wel intramurale zorg genoemd.

Wlz-zorg thuis
De term Wlz-zorg thuis gebruiken we voor Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en Persoonsgebonden budget (PGB) samen. Dat zijn de zorgvormen die niet in een verpleeghuis, maar in een thuissituatie worden gegeven. Dit kan naast een standaard woonhuis ook gaan over andere woonvormen, zoals geclusterd wonen of woonzorgcomplexen. Cliënten kunnen meer dan een zorgvorm tegelijk ontvangen, bijvoorbeeld MPT en PGB.

Zvw-wijkverpleging
Wijkverpleging die vanuit de zorgverzekeringswet wordt geleverd. In dit rapport gaat het om wijkverpleging voor mensen van 65 jaar of ouder.

Wlz-zorgprofielen
Het zorgprofiel beschrijft de aard en zwaarte van de zorg die een cliënt met Wlz-indicatie nodig heeft en vormt de basis voor de bekostiging van de zorg. Dit rapport onderscheidt de zorgprofielen voor Wlz-zorg naar de geldende Regeling langdurige zorg. De in dit rapport meest voorkomende zorgprofielen zijn:

4VV	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging.
5VV	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg.
6VV	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging.
7VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding.
8VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging.

Voor de leesbaarheid gebruiken we in het rapport de term lichtere zorg voor een 4VV zorgprofiel en intensievere zorg voor zorgprofielen 5VV en hoger.

Wlz-leveringsvormen
Wlz-zorg kan op verschillende manieren worden geleverd. Dit worden leveringsvormen genoemd. Leveringsvormen kunnen ook in een combinatie worden toegepast, zoals de combinatie van MPT en PGB. Er zijn vier leveringsvormen[1]:

Verpleeghuiszorg (zorg met verblijf in een intstelling)	De cliënt woont in een verpleeghuis en ontvangt daar de geïndiceerde Wlz-zorg.
Volledig pakket thuis (VPT)	De cliënt woont thuis, maar ontvangt vrijwel hetzelfde volledige zorgpakket als in een verpleeghuis, geleverd door één gecontracteerde zorgaanbieder.
Modulair pakket thuis (MPT)	De cliënt woont thuis en ontvangt alleen die onderdelen van het zorgpakket die nodig zijn. Deze zorg kan door één of meerdere gecontracteerde aanbieders worden geleverd.
Persoonsgebonden budget (PGB)	De cliënt organiseert zelf de zorg en koopt deze in met een budget dat het zorgkantoor beschikbaar stelt.

[1] Zie ook Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz) | Zorginstituut Nederland

Inhoudsopgave

Samenvatting — 13

1 Aanleiding en achtergrond — 19
1.1 Aanleiding: signalen uit het veld — 19
1.2 Context — 19
1.3 Onderzoeksvragen — 21
1.4 Afbakening — 23

2 Onderzoeksaanpak — 25
2.1 Onderzoeksmethoden en data — 25
2.1.1 Kwantitatieve beschrijving ontwikkelingen landelijk niveau — 25
2.1.2 Kwantitatieve analyse verpleeghuizen — 27
2.1.3 Kwantitatieve analyse kenmerken van zorgvragers — 29
2.1.4 Kwalitatief onderzoek — 30
2.2 Methoden verdiepende analyses — 31
2.2.1 Bezettingsgraad verpleeghuizen — 31
2.2.2 Variatie tussen verpleeghuizen in bezetting — 32
2.2.3 Wachtlijsten per verpleeghuis — 33
2.2.4 De relatie tussen kenmerken van de zorgvragers en zorggebruik — 34
2.2.5 Ontwikkeling over tijd van zorgbehoefte van ouderen — 34
2.2.6 Ontwikkeling over tijd van attitudes ten aanzien van verpleeghuizen — 35

3 Ontwikkelingen op landelijk niveau — 37
3.1 Indicatoren van zorggebruik op landelijk niveau — 38
3.2 Aantal mensen dat gebruikmaakt van ouderenzorg 2018-2024 — 39
3.2.1 Totaal zorggebruik Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging — 39
3.2.2 Vergelijking met eerdere projecties — 42
3.3 Verschillen tussen Wlz-zorg leveringsvormen en zorgprofielen — 45
3.3.1 Leveringsvormen in de Wlz-zorg — 45
3.3.2 Zorgprofielen in de Wlz-zorg — 47
3.4 Verblijfsduur in Wlz-verpleeghuisinstellingen — 50
3.5 Instroom in de Wlz-verpleeghuiszorg — 54
3.5.1 Wachtlijsten voor Wlz-verpleeghuiszorg — 54
3.5.2 Indicatiestellingen — 57
3.6 Regionale ontwikkelingen van Wlz-zorggebruik 2018-2024 — 59
3.7 Bevindingen uit interviews met professionals — 60

4 Ontwikkelingen in verpleeghuizen in Nederland — 65
4.1 Ontwikkelingen in de bezetting van verpleeghuizen — 65
4.1.1 Gemiddelde bezettingsgraad van grotere verpleeghuizen — 66
4.1.2 Aantal cliënten in verpleeghuizen, uitgesplitst naar zorgprofiel — 68
4.1.3 Variatie tussen verpleeghuizen in de ontwikkeling van de bezetting — 69
4.1.4 Relatie tussen totale bezetting en 4VV bezetting — 70
4.2 Ontwikkelingen in de wachtlijsten van grotere verpleeghuizen — 72
4.2.1 Relatie tussen bezetting en wachtlijsten van verpleeghuizen — 74
4.3 Inzichten van experts en professionals in de ouderenzorg — 75
4.3.1 Visie van zorgprofessionals op variatie tussen verpleeghuizen — 76
4.3.2 Commerciële aanbieders — 77
4.3.3 Invloed organisatiegrootte — 78
4.3.4 Anticiperend en flexibel organisatiebeleid — 79

5 Ontwikkelingen in behoeften en kenmerken van ouderen — 81
5.1 De relatie tussen individuele kenmerken en instroom in de Wlz — 81
5.1.1 Veranderingen in de instroom naar Wlz-zorg in 2017-2018 versus 2023-2024 — 81
5.1.2 Individuele kenmerken die samenhangen met het gebruik van Wlz-zorg — 82
5.2 Behoeften en voorkeuren van ouderen — 84
5.2.1 Zorgbehoefte van ouderen in Nederland — 84
5.2.2 Attitudes van ouderen over verpleeghuiszorg — 85
5.3 Kwalitatieve inzichten in woon- en zorgvoorkeuren van ouderen — 85
5.3.1 Keuzes rondom wonen, zorg, en ondersteuning — 86
5.3.2 Verschillen tussen ouderen — 89

6 Discussie — 91
6.1 Interpretatie van de resultaten — 91
6.2 Limitaties van dit onderzoek — 94
6.3 Aanbevelingen voor beleid, praktijk en verder onderzoek — 95

7 Conclusie — 99

Dankbetuiging — 101

Literatuur — 103

Verklarende woordenlijst — 105

Afkortingenlijst — 109

Bijlage 1 Verantwoording analyses ‘Veranderingen in cliëntstromen’ (bij sectie 5.1) — 111

Bijlage 2 Verantwoording bij analyses ontwikkelingen over tijd bezetting en bezettingsgraad van verpleeghuizen (in English) — 127

Bijlage 3 Verantwoording analyses veranderingen in wachtlijsten voor verpleeghuizen (in English) — 141

Bijlage 4 Verantwoording bij analyses verandering zorgbehoefte met cohorten van LASA — 152

Samenvatting

Kernboodschap

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport krijgt signalen dat plekken in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) voor ouderen onbenut blijven. Dit roept de vraag op of er sprake is van vraaguitval voor deze vormen van ouderenzorg. Om inzicht te krijgen in mogelijke veranderingen in de zorgvraag kijkt het RIVM in dit rapport naar registratiedata van de ouderenzorg in de periode 2018-2024. Dit combineren we met interviews met zorgprofessionals (bestuurders van zorgorganisaties, zorgbemiddelaars, en experts) en ouderen zelf.

Uit het onderzoek blijken op landelijk niveau over de gehele ouderenzorg geen aanwijzingen voor vraaguitval. In de Wlz-zorg nam het aantal cliënten tussen 2018 en 2024 zowel absoluut met 65.000 ouderen toe als relatief ten opzichte van de Nederlandse bevolking. De absolute stijging komt grotendeels door het groeiende aantal ouderen in Nederland. De meeste cliënten zijn 85 jaar of ouder. Het percentage 85+ers dat gebruikmaakt van Wlz-zorg steeg van 22 procent naar 26 procent. De zorgvraag verschoof daarbij naar intensievere zorg. Er zijn steeds meer ouderen in de Wlz met zorgprofiel 5VV en hoger. Het aantal ouderen dat een beroep doet op zorg met een lichte zorgvraag (4VV) is gedaald. Het aantal ouderen dat Zvw-wijkverpleging gebruikt is met 17.000 afgenomen tussen 2018 en 2024.

Daarnaast is er een beweging naar meer Wlz-zorg die thuis wordt geleverd. Dat is volgens beleid, zoals het programma WOZO dat inzet op ‘zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan’. De ontwikkeling naar meer zorg thuis sluit ook aan bij de voorkeuren van ouderen zelf. Uit de interviews blijkt dat zij vooral het behoud van contact met de sociale omgeving belangrijk vinden, naast het comfort en de vertrouwdheid van de eigen woning. Ondanks de beweging naar meer zorg thuis, blijft de bezetting van verpleeghuizen gemiddeld genomen in de onderzochte periode gelijk. Dat komt door de toename van het absolute aantal ouderen.

Er zijn wel grote verschillen tussen verpleeghuizen. Voor ongeveer de helft van de onderzochte verpleeghuizen stijgt de bezetting. Wanneer deze verpleeghuizen een afname van cliënten met een lichtere zorgvraag (4VV) zien, hebben zij een sterkere stijging van het aantal cliënten met een intensievere zorgvraag (5VV en hoger). Bij één op de vijf verpleeghuizen is er echter een duidelijke daling in het aantal cliënten. Bij deze verpleeghuizen is er vaak een afname van het aantal cliënten met een lichtere zorgvraag (4VV) en is er geen toename in cliënten met een intensievere zorgvraag. Daarvoor zijn verschillende mogelijke redenen. Bestuurders van zorgorganisaties noemen bijvoorbeeld dat in regio’s met veel welvarende ouderen een deel van de zorgvraag door particulier aanbod wordt ingevuld. Ook noemen zij dat sommige organisaties minder wendbaar zijn dan andere organisaties.

Over de periode van 2018 tot 2024 volgde de groei van de zorgvraag de groei in het aantal ouderen. Gezien de verwachte groei van het aantal ouderen in Nederland de komende jaren, is het van belang te blijven volgen of de veranderingen in de zorgvraag na 2024 doorzetten, of dat de dynamiek in zorgvraag verder gaat veranderen.

Aanleiding en vraagstelling

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) krijgen sinds medio 2024 signalen over lokale en regionale onbenutte capaciteit in de voorzieningen voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) voor ouderen. Dit betreft Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging. De signalen zijn opvallend, gegeven de sterke groei van het aantal ouderen in Nederland de laatste decennia (1). Het is niet duidelijk of en in welke mate het gebruik van ouderenzorg is veranderd. Het RIVM is gevraagd te onderzoeken of eventuele lege plekken een gevolg zijn van een structurele afname van de hoeveelheid vraag naar ouderenzorg (zogenoemd *vraaguitval*).

De hoofdvraag die dit rapport beantwoordt, is: *Zijn er aanwijzingen voor veranderingen in het gebruik van ouderenzorg die wijzen op vraaguitval, en daarmee de signalen over onbenutte capaciteit in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) kunnen verklaren?*

De belangrijkste conclusie van deze studie is dat er per saldo op landelijk niveau geen ontwikkelingen zichtbaar zijn in de periode 2018-2024 die op vraaguitval van ouderenzorg duiden. Er zijn wel aanwijzingen dat de vraag naar ouderenzorg verandert. Er zijn meer ouderen die intensievere Wlz-zorg ontvangen en steeds meer ouderen ontvangen deze zorg buiten het verpleeghuis.

Het zwaartepunt van dit rapport ligt bij de zorg voor ouderen die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). In een totaaloverzicht worden ook ontwikkelingen in Zvw-wijkverpleging beschreven. Deze zorgvorm komt niet in de verdiepende analyses terug.

Aanpak

Dit onderzoek brengt in beeld of er aanwijzingen zijn voor vraaguitval of andere veranderingen in het zorggebruik die onbenutte capaciteit kunnen verklaren. Naast vraaguitval zijn er ook andere verklaringen mogelijk voor onbenutte capaciteit in de VVT. Bijvoorbeeld dat het zorgaanbod sterker is toegenomen dan de vraag. Of er kan sprake zijn van vraagverschuiving, waarbij de zorgvraag inhoudelijk niet meer aansluit op het zorgaanbod.

Om hierin inzicht te krijgen, beschrijft het rapport cijfermatige ontwikkelingen in het aantal mensen dat ouderenzorg gebruikt in de periode 2018-2024 en ontwikkelingen die professionals uit de zorg en ouderen zelf rapporteren. Het onderzoek richt zich op aanwijzingen voor veranderingen in het aantal mensen dat ouderenzorg gebruikt op landelijk en regionaal niveau. Daarnaast zijn aanwijzingen voor veranderingen op basis van de behoeften en kenmerken van

zorggebruikers in kaart gebracht. Landelijk is gekeken naar het totaal aantal ouderen (65+) dat Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging gebruikt, met uitsplitsingen naar verschillende leveringsvormen van Wlz-zorg (thuis en in een verpleeghuis) en verschillende zorgprofielen. Voor Wlz-verpleeghuiszorg is ook gekeken naar verblijfsduur, wachtlijsten, en de bezetting op instellingsniveau. Op regionaal niveau is gekeken naar verschillen in ontwikkeling van het aantal mensen dat Wlz-zorg gebruikt.

Voor de cijfermatige analyses is gebruikgemaakt van (register)data van Zorginstituut Nederland (ZIN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Centraal Bureau voor de statistiek (CBS). Er is gebruik gemaakt van registerdata, welke niet primair voor het doen van onderzoek zijn verzameld. Het kan zijn dat er dubbeltellingen in voorkomen of andere afwijkingen. Op basis van deze data is gekeken naar bewegingen in zorgvraag en zorgaanbod.

Met aanvullende data is gekeken naar mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte van ouderen in relatie tot hun gezondheid. Daarnaast is kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder zorgbestuurders en -professionals, experts en thuiswonende ouderen. Dit geeft aanvullende inzichten en duiding van de cijfers.

Kernbevindingen

Het onderzoek vindt geen aanwijzingen voor vraaguitval in het totale gebruik van ouderenzorg. Er lijkt eerder sprake van een mismatch tussen vraag en aanbod. Dit blijkt uit de volgende kernbevindingen:

- Het totaal aantal ouderen dat Wlz-zorg ontvangt, steeg in de periode 2018-2024.
  - Het aantal ouderen dat Wlz-zorg ontvangt, steeg van 145.000 in 2018 tot 205.000 in 2024 (+65.000). In diezelfde periode daalde het aantal ouderen dat Zvw-wijkverpleging ontvangt van 257.000 tot 240.000 (-17.000).
  - Deze stijging in de Wlz-zorg vindt plaats in de zwaardere zorgprofielen 5VV[2] (dementiezorg) en hoger.
  - De lichtere zorgvraag vanuit zorgprofiel 4VV en de wijkverpleging vanuit de Zvw neemt af. Dit is voor 4VV in lijn met beleid. De verminderde inzet op lichtere zorgvragen (4VV en Zvw-wijkverpleging) sluit eveneens aan bij bewegingen van 'steeds meer zelf doen als het kan'.
  - In relatieve aantallen steeg het percentage 85+ers dat Wlz-zorg ontvangt in de periode 2018-2024 van 22 procent naar 26 procent. Voor 75-84-jarigen bleef het percentage gelijk (rond de 5%).
- Er is een structurele verschuiving naar meer zorg thuis. Zorg in verpleeghuizen wordt relatief zwaarder.
  - Zowel voor Wlz-zorg thuis als Wlz-verpleeghuiszorg stijgt het aantal cliënten. Er is een stijging in Wlz-zorg thuis van 44.000 cliënten. In 2018 ontvingen 34.000 cliënten van 65 jaar of ouder Wlz-zorg thuis, en in 2024 waren dit er 78.000. Tegelijkertijd is er een stijging van 15.000 cliënten die Wlz-verpleeghuiszorg ontvangen. Waar in 2018 er 112.000 cliënten Wlz-verpleeghuiszorg ontvingen, steeg dat in 2024

[2] Een omschrijving van de verschillende zorgprofielen staat in de leeswijzer op pagina 7.

naar 127.000 cliënten. Voor Wlz-zorg thuis is de stijging groter dan voor Wlz-verpleeghuiszorg. Maar het absoluut aantal cliënten is nog steeds groter in de Wlz-verpleeghuiszorg.
  - Het percentage van cliënten met een 'lichter' zorgprofiel 4VV nam sterk af binnen de Wlz-verpleeghuiszorg: van 23.000 in 2018 naar 12.000 cliënten in 2024 (-11.000). Daartegenover stonden sterke toenames in zorgprofiel 5VV: van 55.000 in 2018 naar 64.000 in 2024 (+9.000), en zorgprofiel 6VV (sterk lichamelijke beperkingen) van 24.000 naar 35.000 in dezelfde periode (+11.000). De afname in 4VV-cliënten is ook zichtbaar in het aantal toegekende indicaties en op de wachtlijsten.
  - Het aantal ouderen dat langer dan vijf jaar in een verpleeghuis verblijft, neemt af. En het aantal ouderen dat korter dan drie maanden verblijft, neemt toe. Hierdoor wordt de gemiddelde verblijfsduur korter. Dat betekent dat er vaker een nieuwe bewoner komt, wat meer inzet vraagt van verpleeghuismedewerkers.
  - Zorgprofessionals ervaren dat ouderen steeds mondiger zijn en hogere eisen stellen aan wonen en zorg: ze willen en kunnen over het algemeen langer en zelfstandiger thuis wonen en kiezen bewust voor zelfredzaam zijn en eigen regie. De verschuiving van 'meer zorg thuis' is in lijn met de gerapporteerde voorkeur van ouderen zelf om zo lang mogelijk thuis te blijven. Het behoud van de vertrouwde omgeving is voor hen daarbij belangrijk.
- Bij de meeste verpleeghuizen[3] nam het aantal cliënten toe tussen 2018 en 2024, of bleef dit gelijk. Tegelijkertijd was er bij 1 op de 5 onderzochte instellingen een (sterke) afname in het aantal cliënten.
  - De gemiddelde maandelijkse bezettingsgraad van verpleeghuizen was stabiel (schatting: 95%) in de onderzochte periode.
  - Bij de verpleeghuizen waar het aantal cliënten afnam, hing dit vaak samen met een terugloop in geleverde zorg voor zorgprofiel 4VV. Deze verpleeghuizen hebben dus mogelijk deze terugloop niet kunnen compenseren met zorg voor cliënten met zwaardere zorgprofielen.
  - Zorgbestuurders geven aan dat het voor sommige verpleeghuizen moeilijker is om mee te bewegen met een veranderende zorgvraag dan voor andere. Een factor van invloed is volgens hen bijvoorbeeld regionale variatie in de sociaaleconomische positie van ouderen. Welvarende ouderen hebben meer mogelijkheden om zorg via particulier aanbod te organiseren. Ook organisatiegrootte en anticiperend beleid worden genoemd. Grotere organisaties zijn flexibeler, omdat ze vaak al meer soorten aanbod in huis hebben en meer ruimte hebben om investeringen te doen. Sommige organisaties hebben volgens bestuurders al vroeg

[3] NB: het gaat hier om verpleeghuizen waarvoor data beschikbaar waren over de gehele periode 2018-2024. Verpleeghuizen die in deze periode gestopt, gestart, gefuseerd, of administratief gewijzigd zijn, zijn niet meegenomen (zie toelichting in sectie 2.2 van het rapport).

geanticipeerd op de huidige ontwikkelingen, waardoor zij nu minder problemen ervaren.

Vooruitblik en aanbevelingen voor beleid

De meeste mensen in verpleeghuizen zijn op dit moment 85 jaar of ouder. De bevolkingspiramide van Nederland van 2026 heeft een piek van rond de 55 jaar. Een deel van deze mensen is over 30 jaar ongeveer 85 jaar. Het is daarom van belang te blijven volgen of de veranderingen in de zorgvraag na 2024 doorzetten, of dat de dynamiek in zorgvraag verder gaat veranderen. Wanneer bijvoorbeeld de gemiddelde verblijfsduur blijft afnemen, heeft dit gevolgen voor de invulling van de bezetting en capaciteit in verpleeghuizen. Tot 2024 zien we echter niet dat de verkorting in ligduur zich vertaalt naar minder benodigde capaciteit in verpleeghuizen. Bij de ontwikkeling van toekomstig zorgaanbod volgen uit dit rapport de volgende aanbevelingen voor beleid:

1. *Doe verdiepend onderzoek naar verschillen tussen verpleeghuizen in de ontwikkeling van vraag en aanbod.* Het leveren van intensievere zorg met een kortere verblijfsduur van cliënten vraagt om aanpassingen in de bedrijfsvoering van verpleeghuizen. Vervolgonderzoek kan inzicht geven in verschillen tussen verpleeghuizen die de bezetting wel en niet rondkrijgen, en hoe de omgeving daarbij een rol speelt.
2. *Bewaak de duurzame inzetbaarheid van personeel in de ouderenzorg.* Verschuivingen in de zorgvraag hebben mogelijk ook impact op de benodigde vaardigheden en de belasting van zorgprofessionals. Het is belangrijk om zicht te houden op ervaren knelpunten en deze te adresseren, zodat mensen duurzaam inzetbaar blijven.
3. *Geef zorgorganisaties ruimte om lokaal te kunnen anticiperen op de ontwikkeling van de zorgvraag.* Ouderen geven een voorkeur aan voor zorg in de buurt en zo lang mogelijk thuis. Zo kunnen ze contact houden met hun sociale netwerk. Er zijn ook verschillen in behoeftes tussen groepen ouderen. Bijvoorbeeld tussen ouderen die alleen of samenwonen en ouderen die wel of geen koopwoning hebben. Het is dus van belang dat vanuit beleid ruimte wordt gegeven aan zorgorganisaties om te kunnen anticiperen op ontwikkelingen in de regio.
4. *Verzamel capaciteits- en wachtlijstgegevens per aanbieder van ouderenzorg.* Er zijn geen (landelijke) cijfers over de beschikbare capaciteit in de ouderenzorg. Daarom is in dit onderzoek de capaciteit op een indirecte manier berekend. Dat deden we op basis van het maximale aantal cliënten dat een organisatie in een jaar had. Als het wenselijk is om de aansluiting tussen vraag en aanbod verder te volgen over tijd, kan beleid inzetten op de verzameling van capaciteit- en wachtlijstgegevens op het niveau van aanbieders, binnen en buiten de Wlz, om de aansluiting nauwkeurig te monitoren.
5. *Voer vervolgonderzoek uit over twee jaar.* De onderzoeksperiode van deze studie beslaat de periode 2018-2024. De signalen die door het veld werden geduid als ‘vraaguitval’ zijn voor een deel van na medio 2024.

Vervolgonderzoek over twee jaar is nodig om inzicht te krijgen in de dynamiek en mogelijke veranderingen van vraag en aanbod in de jaren na 2024.

Conclusie

De ontwikkelingen tussen 2018 en 2024 laten zien dat er sprake is van vraagverschuiving in de ouderenzorg. De zorgvraag neemt toe, zoals ook het aantal ouderen toeneemt. Daarbij wordt er meer zorg thuis geleverd. Het aantal cliënten met lichtere Wlz-zorgprofielen en in de Zvw-wijkverpleging neemt af. Voor verpleeghuizen betekent dit dat cliënten zwaardere zorg nodig hebben en korter verblijven dan voorheen. Deze ontwikkelingen zijn in lijn met de beleidsdoelen van WOZO: Zelf als het kan, Thuis als het kan, Digitaal als het kan. Bovendien is het in lijn met voorkeuren van ouderen. De signalen van onbenutte capaciteit zijn op basis van de data in dit rapport het beste te verklaren door een allocatieprobleem, en niet door vraaguitval. Gezien de signalen vanuit betrokken partijen vanaf medio 2024, is het van belang dat er over twee jaar opnieuw gekeken wordt naar de dynamiek en mogelijke veranderingen van vraag en aanbod in de jaren na 2024.

1 Aanleiding en achtergrond

Het ministerie van VWS en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) krijgen recent signalen over ervaren lokale en regionale overcapaciteit in voorzieningen voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Specifiek wordt leegstand in verpleeghuizen gemeld. Dit is opvallend, gezien de demografische trend van een ouder wordende populatie.

Het RIVM heeft in opdracht van VWS onderzocht of er aanwijzingen zijn voor veranderingen in het gebruik van ouderenzorg die wijzen op vraaguitval en signalen van onbenutte capaciteit kunnen verklaren.

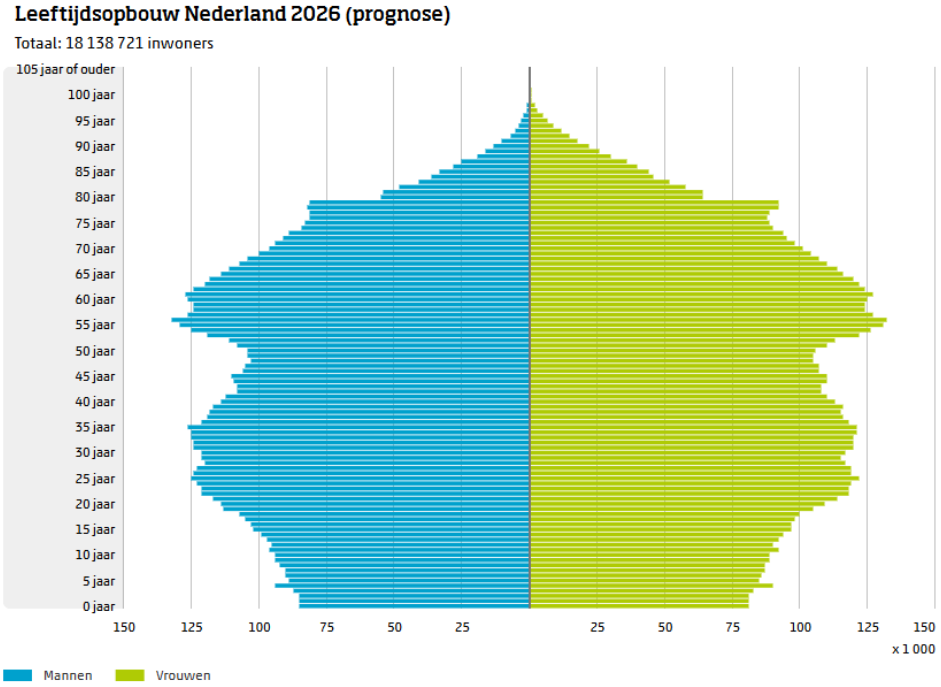
1.1 Aanleiding: signalen uit het veld

De bevolking in Nederland vergrijst. Prognoses over het gebruik van ouderenzorg – bijvoorbeeld van TNO uit 2019 en van het RIVM uit 2023 - gaan daarom uit van een stijgende zorgvraag (2, 3). Het ministerie van VWS en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) krijgen echter signalen over lokale en regionale overcapaciteit van voorzieningen voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). VVT-aanbieders melden vraaguitval voor zowel verpleegzorg die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz), als wijkverpleging die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zo melden zorgaanbieders dat niet alle beschikbare verpleeghuisbedden worden benut. Dit gebeurde vaker in 2025 dan in 2024 (4, 5). Ook wordt afname in van de Zvw-wijkverpleging waargenomen (6). Tegelijkertijd zijn er ook nog steeds wachtlijsten voor Wlz-zorg (7). Daarnaast geven Wlz-zorgaanbieders aan dat er tussen en binnen regio's verschillen lijken te zijn in de ontwikkeling van Wlz-ouderenzorggebruik.
Het is niet duidelijk of er sprake is van een structurele ontwikkeling waarbij het gebruik van ouderenzorg (Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging) is veranderd, en zo ja, wat de verklaringen daarvoor zijn. VWS heeft het RIVM gevraagd de omvang, aard, en context van mogelijke vraaguitval in de ouderenzorg te onderzoeken en te verkennen wat dit betekent voor verschillende stakeholders. Hierbij gaat het om Wlz-zorg (intra- en extramuraal) en Zvw-wijkverpleging voor ouderen.

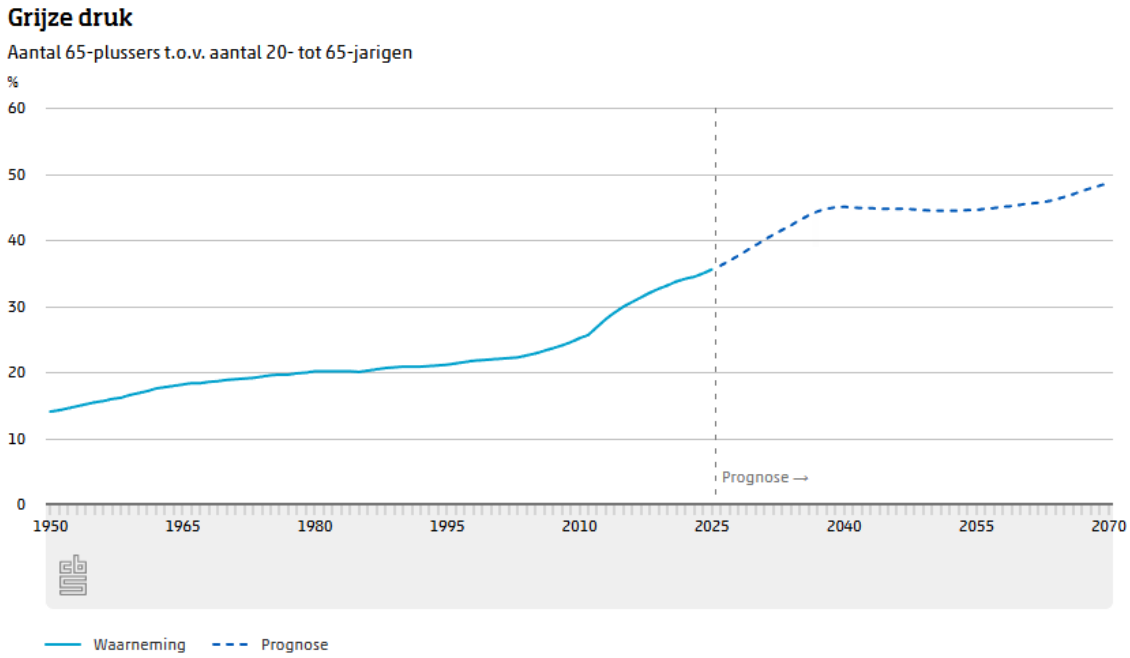
1.2 Context

De bevolking van Nederland vergrijst. De verwachting is dat het aantal ouderen in de komende jaren toeneemt, en dat mensen ouder worden dan voorheen (7). Figuur 1.1 toont de bevolkingspiramide van 2026. Er is een piek bij 55 jaar. Daaronder neemt het aantal mensen per leeftijdsgroep af. Door deze opbouw verandert de komende decennia de verhouding van het aantal mensen ouder dan 65 jaar ten opzichte van mensen tussen 20 en 65. Daarbij stijgt het aandeel mensen dat ouder is dan 65 jaar. Waar in de vorige eeuw nog ongeveer één op de vijf mensen 65 jaar of ouder was, loopt dit naar verwachting in 2070 op tot bijna de helft van de bevolking (Figuur 1.2). Ook is bekend dat mensen op hogere leeftijd meer zorg gebruiken (8). Het is daarom te verwachten dat de vraag naar zorg in het algemeen, en zo ook de vraag naar ouderenzorg, stijgt.

Figuur 1.1 Bevolkingspiramide van Nederland in 2026 (Bron: CBS (9)).



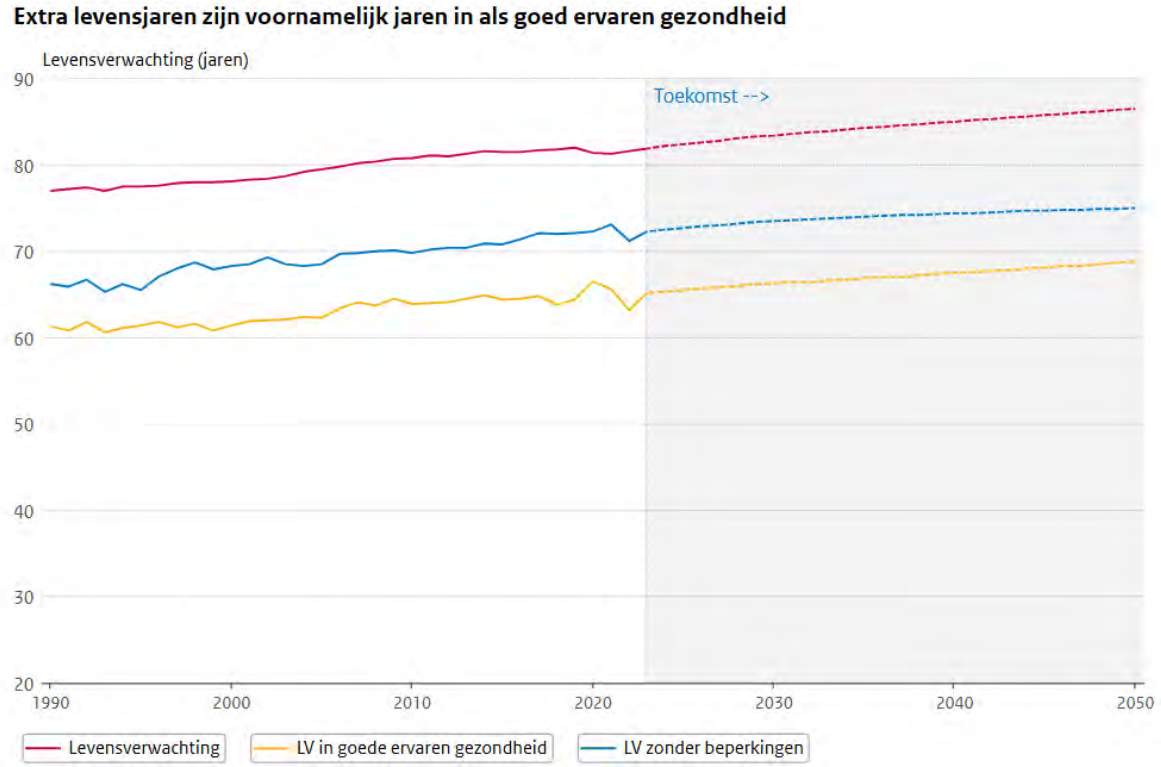
Figuur 1.2 Verhouding totaal aantal 65+ers ten opzichte van 20-65-jarigen (Bron: CBS (10)).



Het is mogelijk dat de samenhang tussen leeftijd en zorggebruik minder sterk is dan eerder gedacht, en verandert over de tijd. Een oudere bevolking hoeft zich niet per definitie in een grotere zorgvraag te vertalen. Recente studies laten zien dat het aantal levensjaren met een goede ervaren gezondheid (en daarmee een lagere zorgbehoefte) toeneemt in de Nederlandse bevolking (Figuur 1.3; (11)). Bovendien

werd in eerder onderzoek duidelijk dat gemiddeld gesproken, de zorgkosten het hoogst zijn in de laatste levensjaren (12). In dat geval zijn de beperkingen en kwetsbaarheid die mensen ervaren in de laatste levensjaren het meest bepalend voor de zorgkosten, in plaats van de daadwerkelijke leeftijd die zij bereiken (13). Naast leeftijd en gezondheid zijn er andere factoren die invloed hebben op de zorgbehoefte en het zorggebruik. Als ouderen een sociaal netwerk hebben waarop ze beroep kunnen doen, neemt bijvoorbeeld ook de zorgbehoefte af. Ook maatschappelijke factoren, zoals beleid, organisatie, en financiering van de langdurige zorg, kunnen een rol spelen. Doordat zoveel verschillende factoren van invloed zijn op het gebruik van ouderenzorg, zorgt een gemiddeld oudere bevolking niet per definitie voor een evenredige stijging van het gebruik van ouderenzorg. Door regelmatig te bekijken of te monitoren hoe het gebruik van ouderenzorg zich over de tijd heen ontwikkelt, kunnen veranderingen in zorgbehoefte tijdig gesignaleerd worden.

Figuur 1.3 Projectie van levensverwachting, in goede ervaren gezondheid en zonder chronische beperkingen (Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (RIVM) (14, 15)).



1.3 Onderzoeksvragen

We komen op basis van de in dit hoofdstuk geschetste aanleiding en context tot de volgende onderzoeksvraag:

Zijn er aanwijzingen voor veranderingen in het gebruik van ouderenzorg die wijzen op vraaguitval, en daarmee de signalen over onbenutte capaciteit in voorzieningen voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) kunnen verklaren?

Het gebruik van ouderenzorg wordt bepaald door vraag, aanbod, en beleid. Deze drie pijlers zijn wederzijds afhankelijk van elkaar en daarom niet altijd goed te onderscheiden. Veranderende behoeften van ouderen kunnen bijvoorbeeld aanleiding zijn om beleid aan te passen. Vice versa kan gewijzigd beleid aanleiding zijn voor mensen om hun verwachtingen of voorkeuren aan te passen. Ook beleid heeft invloed op het gebruik van ouderenzorg. Zo is in 2023 het maximaal aantal verpleeghuisplekken verhoogd met 5.800 plekken[4] naar 130.000[5]. Maatschappelijke en individuele factoren bepalen dus in samenspel hoeveel zorg mensen gebruiken (zie ook De Meijer et al., 2013) (13). Dit rapport gaat in op ontwikkelingen op landelijk en regionaal niveau om zo mogelijke veranderingen in het gebruik van ouderenzorg in beeld te brengen en te kunnen verklaren. Daarnaast beschrijft het rapport behoeften en kenmerken van de zorgvragers. Dat leidt tot de volgende drie deelvragen:

1. Zijn er op *landelijk niveau* aanwijzingen voor structurele veranderingen in het gebruik van ouderenzorg?
2. Zijn er *ontwikkelingen in verpleeghuizen* die duiden op structurele veranderingen in het gebruik van ouderenzorg?
3. Zijn er in de *behoeften en kenmerken van de zorgvragers* aanwijzingen voor structurele veranderingen in het gebruik van ouderenzorg?

Op landelijk niveau beschrijft het rapport de ontwikkelingen tussen 2018 en 2024 in het aantal ouderen dat Wlz-zorg (Verpleging en Verzorging (VV)) of Zvw-wijkverpleging ontvangt, het aantal ouderen dat op de wachtlijst staat voor Wlz-verpleeghuiszorg, en het aantal ouderen dat een indicatie voor Wlz-zorg heeft aangevraagd bij het CIZ. Bovendien kijken we hierbij naar verschillende leveringsvormen van Wlz-zorg. Dit laat zien of het totale aantal zorggebruikers verandert en/of er verschuivingen plaatsvinden tussen de verschillende Wlz-leveringsvormen. Ook gaat het rapport in op verschillen tussen zorgorganisatie in het aantal mensen dat Wlz-zorg gebruikt.

Ten tweede beschrijft het rapport voor de periode 2018-2024 of er tussen verpleeghuizen verschillen zijn in de ontwikkeling van zorggebruik. Daarnaast kijken we naar de rol van zorgorganisaties voor VVT: (hoe) zien zorgprofessionals en bestuurders uit het veld ontwikkelingen in de zorgvraag? En (hoe) veranderen zorgorganisaties hun aanbod? Dit geeft inzicht in de rol van zorgorganisaties voor VVT in mogelijke veranderingen in het zorggebruik.

Ten derde beschrijft het rapport relaties tussen kenmerken van individuen en zorggebruik. Ten eerste kijken we naar transities die mensen maken tussen verschillende vormen van zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een overgang van Wlz-zorg thuis naar Wlz-verpleeghuiszorg. Door data uit verschillende jaren in de tijdsperiode 2018-2024 te vergelijken, zien we of specifieke transities meer of minder vaak voorkomen in recentere jaren. Vervolgens kijken we of veranderingen in het aantal mensen dat ouderenzorg gebruikt, zijn te verklaren door veranderingen in demografische en

[4] https://open.overheid.nl/documenten/3a49d447-e8ab-41ca-af9a-483adc50af53/file
[5] Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) | Rijksoverheid.nl

gezondheidskenmerken van zorgvragers. Daarbij valt te onderscheiden of een verandering in het aantal mensen dat ouderenzorg gebruikt komt doordat de kenmerken van zorgvragers zijn veranderd. (Bijvoorbeeld als ouderen steeds minder beperkingen ervaren.) Of dat dit komt doordat de relatie tussen de kenmerken van zorgvragers en het gebruik van zorg is veranderd. (Bijvoorbeeld als mensen met dezelfde mate van beperkingen in recentere jaren minder zorg (hoeven te) gebruiken dan in eerdere jaren.) Tot slot kijken we naar voorkeuren van thuiswonende ouderen. Hoe denken zij bijvoorbeeld over zorg thuis of in een instelling en zijn er aanwijzingen dat voorkeuren over de tijd zijn veranderd?

De databronnen die zijn gebruikt voor elke deelvraag staan beschreven in hoofdstuk 2.

1.4 Afbakening

Dit rapport gaat met name over verpleegzorg voor ouderen (65+ers) die gefinancierd wordt vanuit de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Bij het landelijk beeld van ouderenzorg (hoofdstuk 3) is ook wijkverpleging, vallend onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), meegenomen. Alleen waar van toepassing nemen we bij verdiepende analyses naar transities tussen verschillende zorgvormen ook ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) mee (hoofdstuk 5).

Toelichting: Financiering ouderenzorg
De ouderenzorg in Nederland wordt gefinancierd vanuit drie wetten; de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (Wmo), de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de ZorgverzekeringsWet (Zvw). Volgens de Wmo zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het vergoeden van persoonlijke verzorging, huishoudelijke ondersteuning en begeleiding. Dit zijn diensten die niet medisch van aard zijn, maar wel nodig zijn om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Wijkverpleging wordt vergoed vanuit de Zvw. Die bevat zorg die verpleegkundigen geven in de eigen woonomgeving van cliënten (Zvw-wijkverpleging). Wijkverpleging omvat bijvoorbeeld ondersteunende verzorging en verpleging bij ouderen, of kortdurende palliatieve zorg. De Wlz omvat zorg voor mensen die blijvend permanent toezicht nodig hebben, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben (Wlz-zorg). De zorg kan thuis worden geleverd (Wlz-zorg thuis), met een Modulair Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket Thuis (VPT). Een Persoonsgebonden budget (PGB) is in te zetten voor zowel zorg thuis of in een instelling. Tenslotte kan de Wlz-zorg in een zorginstelling met verblijf (intramuraal) worden geleverd (Wlz-verpleeghuiszorg).

2 Onderzoeksaanpak

2.1 Onderzoeksmethoden en data

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende methoden die voor dit onderzoek zijn gebruikt. Voor iedere deelvraag zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt.

2.1.1 Kwantitatieve beschrijving ontwikkelingen landelijk niveau

Om landelijke ontwikkelingen tussen 2018 en 2024 in het aantal mensen dat ouderenzorg gebruikt door ouderen in kaart te brengen, hebben we data van verschillende indicatoren gebruikt. Specifiek kijken we hierbij naar:

- verschillende leveringsvormen van Wlz-zorg;
- Zvw-wijkverpleging;
- verblijfsduur in verpleeghuizen (naar zorgprofielen);
- wachtlijsten voor Wlz-verpleeghuiszorg;
- indicatiestellingen voor Wlz-zorg.

De zorggebruikcijfers geven inzicht in absolute en relatieve veranderingen over de tijd. Bijvoorbeeld of en hoe de verhoudingen tussen verschillende leveringsvormen van zorg zijn veranderd over de tijd. Dit geeft inzicht in mogelijke veranderingen en verschuivingen in het zorggebruik van ouderen.

We vergelijken de cijfers over het aantal gebruikers van ouderenzorg ook met projecties over ouderenzorg die eerder door verschillende partijen zijn gemaakt (hoofdstuk 3). Door die vergelijking te maken, wordt duidelijk in hoeverre, en op welke punten, de werkelijke situatie na 2018 afwijkt van eerdere voorspellingen over de groei in zorgvraag.

Naast landelijke ontwikkelingen hebben we bestudeerd of er tussen de 31 zorgkantoorregio’s in Nederland verschillen in ontwikkelingen van zorggebruik waren. Het gebruik van zorg is binnen iedere regio het resultaat van kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd) en wensen van ouderen, en de wijze waarop ieder zorgkantoor ouderen kan plaatsen bij een aanbieder. Wanneer de ontwikkelingen tussen regio’s verschillen, kan dit informatie geven over oorzaken van het veranderend aantal mensen dat ouderenzorg gebruikt.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de gebruikte databronnen.

Tabel 2.1 Lijst van geaggregeerde databronnen voor inzichten in landelijke en regionale ontwikkelingen van Wlz- en Zvw-zorggebruik.

Categorie indicator	Bron	Periode	Beschrijving data
Wlz-ouderenzorg	NZa	2018-2024	Het aantal Wlz-zorggebruikers en het bijbehorende aantal zorgdagen. Data zijn geaggregeerd en uitgesplitst naar maand, leeftijd, leveringsvorm (VPT, MPT, PGB[1], verpleeghuiszorg), zorgzwaarte en regio.
Zvw-wijkverpleging	NZa	2016-2024	Het aantal mensen dat wijkverpleging ontvangt en het bijbehorende aantal zorguren. Data zijn geaggregeerd en uitgesplitst naar maand, leeftijd, geslacht en regio.
Wlz-wachtlijsten	ZIN	2019-2025	Het aantal wachtenden in de Wlz-ouderenzorg. Data zijn geaggregeerd en uitgesplitst naar maand, leeftijdscategorie, geslacht, zorgzwaarte, leveringsvorm en wachtstatus, en regio.
Wlz-indicaties	CIZ	2016-2024	Het aantal indicatieaanvragen voor Wlz-ouderenzorg. Data zijn geaggregeerd en uitgesplitst naar maand, leeftijdscategorie, soort aanvraag, uitkomst en regio.
Wlz-verblijfsduur	CBS	2016-2024	Het aantal Wlz-cliënten per gegeven categorie in verblijfsduur in verpleeghuizen, met verdere uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en zorgzwaarte.
Bevolkingsontwikkeling	CBS	2016-2024	Het aantal inwoners van Nederland, uitgesplitst naar maand en leeftijdscategorie.

[1] In een klein aantal gevallen kunnen cliënten meerdere leveringsvormen tegelijk ontvangen, bijvoorbeeld een combinatie van zowel MPT als PGB. Hier kon op basis van de NZa data in de analyses niet voor worden gecorrigeerd, waardoor er mogelijk dubbeltellingen zitten in het aantal mensen dat Wlz-zorg thuis ontvangt. Uit de monitor langdurige zorg blijkt dat dit slechts om een relatief klein aantal cliënten gaat[6].

[6] Zie Gebruik Wlz-zorg naar leveringsvorm | Monitor Langdurige Zorg

2.1.2 *Kwantitatieve analyse verpleeghuizen*

Om aanwijzingen voor veranderingen in zorggebruik over de periode 2018 tot 2024 binnen verpleeghuizen te identificeren, kijken we naar ontwikkelingen in het aantal bezette plekken.

Behalve naar landelijke gemiddelden kijken we ook naar data op verpleeghuisniveau. Het kan zo zijn dat de bezetting zich anders ontwikkelt in verschillende groepen van verpleeghuizen. Zo zijn er bijvoorbeeld lokale aanbod-gerelateerde factoren die de bezetting van verpleeghuizen kunnen beïnvloeden. Te denken valt bijvoorbeeld aan de opschorting voor de bouw van nieuwe verpleeghuizen. Maar ook aan de mogelijkheden om verouderde faciliteiten te renoveren en daarmee aan de nieuwe zorgvraag te voldoen. Een ander voorbeeld is de krapte in de arbeidsmarkt. Die zorgt mogelijk ervoor dat niet alle beschikbare plekken in verpleeghuis zijn in te zetten. Het is daarom zinvol om met data op verpleeghuisniveau ontwikkelingen over tijd te bestuderen die mogelijk kunnen wijzen op eventuele vraaguitval, dan wel onbenutte capaciteit.

De CBS-microdataomgeving is gebruikt om de verpleeghuizen te analyseren. Elke verpleeghuisorganisatie heeft als zorgorganisatie een eigen zogeheten AGB-code, die binnen het zorgveld als identificerende sleutel gebruikt wordt voor administratieve processen. In de praktijk hoeft één AGB-code niet tot één verpleeghuis te horen: een verpleeghuisorganisatie kan meerdere verpleeghuislocaties hebben, maar haar administratie combineren en afhandelen vanuit één AGB code. De AGB-codes van verpleeghuizen zijn door het CBS gepseudonimiseerd door hen te versleutelen, waardoor de verpleeghuisorganisaties niet langer herleidbaar (maar nog steeds volgbaar) zijn binnen de CBS-microdataomgeving. Voor de eenvoud wordt in de rest van het rapport gesproken over “verpleeghuizen” in plaats van “verpleeghuisorganisaties”. Tabel 2.2 omschrijft de belangrijkste databronnen die het mogelijk maken verpleeghuizen door de tijd te volgen.

Tabel 2.2 Lijst van gepseudonimiseerde databronnen binnen de CBS-microdataomgeving. Deze zijn gekoppeld om inzichten te verkrijgen in ontwikkelingen van Wlz- en Zvw-zorggebruik op het niveau van verpleeghuizen.

Naam Dataset(s)	Periode	Beschrijving data: een registratie van…	Doel gebruik
GBAPERSOONSTAB, GBAOVERLIJDENTAB, DOODOORZ	2016-2024	individuen, individuen die zijn overleden, en de doodsoorzaken van overledenen.	Het volgen van individuen tot het laatste jaar van de periode, of tot aan de sterfte van het individu.
GEBWLZTAB, aanvullende maatwerkbestanden	2016-2024	verpleeghuizen, welke individuen zij als cliënt hebben of op de wachtlijst hebben staan.	Inzicht in het dagelijks aantal individuen dat zorg gebruikt of op de wachtlijst staat per verpleeghuis
GBAADRESOBJECTBUS, VSLGWBTAB, GEBIEDENINNEDERLAND	2016-2024	versleutelde adressen van individuen, met bijbehorende regio’s waartoe de adressen behoren.	Het onderverdelen van verpleeghuizen naar regio’s of mate van stedelijkheid.

2.1.3 *Kwantitatieve analyse kenmerken van zorgvragers*

Met een kwantitatieve analyse kijken we naar het zorggebruik in relatie tot kenmerken van de zorgvrager.

Ten eerste kijken we naar zogeheten cliëntstromen. Cliëntstromen gaan over de transities die mensen maken van 'geen zorg' naar verschillende vormen van Wlz-zorg. Inzicht in deze clientstromen laten zien in welke overgangen veranderingen zichtbaar zijn over de tijd. Bijvoorbeeld van geen naar relatief lichte zorg, of van relatief lichte naar zwaardere zorg. Door deze data op het niveau van de zorgvrager te bekijken, zijn deze transities ook te koppelen aan individuele kenmerken, zoals gezondheid. Dat geeft inzicht in de mate waarin een verandering wordt verklaard doordat de kenmerken van ouderen of de relatie tussen de kenmerken van ouderen en het gebruik van zorg zijn veranderd. De analyses van cliëntstromen en de invloed van veranderingen in individuele kenmerken daarop zijn uitgevoerd met data van de Gezondheidsmonitor uit 2016 en 2022[7]. Deze zijn gekoppeld aan CBS-gegevens over zorggebruik in de daaropvolgende jaren (2017-2018 en 2023-2024).

Ten tweede beschrijft dit rapport gegevens over de zorgbehoefte van ouderen. Mensen in Nederland worden gemiddeld steeds ouder. Dat wil echter niet per definitie zeggen dat ze langer gebruikmaken van Wlz-ouderenzorg. Als mensen langer zelfstandig blijven en pas op latere leeftijd gebruikmaken van langdurige zorg, heeft dat invloed op de vraag naar Wlz-ouderenzorg. We gebruiken hiervoor gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam. Door data uit verschillende jaren te vergelijken, wordt zichtbaar of de zorgbehoefte van ouderen structureel is veranderd.

Tot slot kijken we, ook op basis van data uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam, naar percepties van ouderen over Wlz-verpleeghuiszorg in 2021 vergeleken met 2018. Dit gaat bijvoorbeeld over hoe zij denken over de kwaliteit van verpleeghuizen, en in hoeverre zij menen dat bewoners van verpleeghuizen privacy hebben.

[7] Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016, GGD'en, CBS en RIVM; Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022, GGD'en, CBS en RIVM

Tabel 2.3 Databronnen voor kwantitatieve analyses over individuele kenmerken

Bron	Periode	Data over	Doel gebruik
Gezondheidsmonitor, gekoppeld aan CBS-data over individuele kenmerken en zorggebruik	2016, 2022	Demografische kenmerken, medicijngebruik voor chronische aandoeningen, zelf-gerapporteerde gezondheid, huishoudelijke context, sociaaleconomische en regionale kenmerken (voor specificatie zie Appendix)	Toetsen van relaties tussen individuele kenmerken en zorggebruik, en of deze relaties anders zijn in 2022 dan in 2016.
Longitudinal Aging Study Amsterdam	2018/19, 2021/22	Zorgbehoefte; Attitudes verpleeghuizen	Analyse van verandering tussen twee tijdspunten.

2.1.4 *Kwalitatief onderzoek*

We onderzochten met interviews of er aanwijzingen zijn voor veranderingen in zorggebruik vanuit de ervaringen van experts en zorgprofessionals (landelijk en regionaal niveau). We vroegen onder andere naar signalen van vraagverandering, eventuele leegstand binnen zorgorganisaties en veranderingen in het zorgaanbod. Daarnaast gingen we in de interviews in op welke verklaringen experts en zorgprofessionals hiervoor zien en hoe zij in de praktijk hiermee omgaan.

Ook voerden we focusgroepen uit met thuiswonende ouderen (zorgvragers). Daarin vroegen we naar hun voorkeuren en verwachtingen ten aanzien van verschillende vormen van zorg en ondersteuning bij het ouder worden. Ook verkenden we hun toekomstperspectief op wonen en zorg, waarbij we specifiek aandacht besteedden aan hun visie op het verpleeghuis.

Data

- *Interviews met professionals.* We hebben 29 semigestructureerde interviews afgenomen met in totaal 38 experts en zorgprofessionals uit de verschillende delen van het land. Het gaat hierbij om bestuurders van zorgorganisaties, betrokkenen van zorgkantoren. En om klantbemiddelaars binnen zorgorganisaties (medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de bemiddeling naar passende zorg, waaronder zorgtoewijzing, wachtlijstbeheer en plaatsing). Ook ging het om onderzoekers, een programmanager, meerdere zorgverzekeraars en wetenschappers op het gebied van ouderenzorg. De gespreksleidraad is opgesteld op basis van de onderzoeksvragen, literatuuronderzoek en verkennende gesprekken met experts.
  Bij de selectie van interviewkandidaten vanuit zorgorganisaties is rekening gehouden met variatie in onder meer organisatiegrootte en de ligging in stedelijke of meer landelijke gebieden. Daarnaast

is vanuit iedere provincie minimaal één bestuurder geïnterviewd. Dit deden we om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van perspectieven vanuit zorgorganisaties in het hele land. Uit sommige provincies is slechts één bestuurder gesproken. De bevindingen geven daardoor inzicht in verschillende perspectieven uit het land, maar bieden geen volledig beeld van alle ervaringen en opvattingen binnen afzonderlijke provincies. De interviews duurden gemiddeld ongeveer 60 minuten. De interviewtranscripten zijn geanalyseerd door meerdere onderzoekers aan de hand van terugkerende thema's en patronen in de gesprekken.

- *Focusgroepen met ouderen.* Er zijn zes focusgroepen uitgevoerd met thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder (leeftijd varieerde van 75 tot 91 jaar). In totaal namen 42 respondenten deel. Om een regionale spreiding te waarborgen, vonden de focusgroepen plaats in Amsterdam, Den Bosch en Groningen. Daarbij zijn ook deelnemers uit omringende gemeenten geworven. Bij de samenstelling van de groepen is rekening gehouden met verschillen in sociaaleconomische positie (SEP). Daarbij is de woonsituatie (koopwoning versus sociale of particuliere huur) gebruikt om variatie in SEP te waarborgen. Vijf focusgroepen waren duidelijk gescheiden naar woningbezit: drie groepen bestonden uit woningeigenaren en twee groepen uit huurders (sociale en particuliere huur). Daarnaast is er één gemengde groep samengesteld met zowel huurders als woningeigenaren. Tijdens de focusgroepen bespraken we hoe ouderen kijken naar verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Ook bespraken we welke voorkeuren en verwachtingen zij daarbij hebben en hoe zij naar hun toekomstige woon- en zorgsituatie kijken. De focusgroepen zijn uitgevoerd in samenwerking met onderzoeksbureau Motivaction.

2.2 Methoden verdiepende analyses

Een deel van het rapport is beschrijvend van aard: het toont de cijfermatige gegevens, zoals genoemd onder 2.1, uit verschillende jaren. Deze beschrijvende data geven inzicht in het verloop van verschillende indicatoren van het gebruik van ouderenzorg over tijd. Er is ook een aantal verdiepende analyses uitgevoerd. Die lichten we hieronder toe.

2.2.1 Bezettingsgraad verpleeghuizen

In samenwerking met de Erasmus Universiteit Rotterdam is er gekeken naar ontwikkelingen in de bezetting van verpleeghuizen op basis van microdatagegevens binnen de CBS Remote Access-omgeving. De hiervoor gebruikte data zijn gebaseerd op een koppeling tussen microdata van het CAK over leveringsvormen en zorgprofielen in de Wlz, ZIN-data over wachtlijsten en de Basisregistratie Personen. Gezamenlijk maken zij het mogelijk individuele gepseudonomiseerde verpleeghuizen te volgen in termen van het dagelijkse aantal Wlz-cliënten dat in het desbetreffende verpleeghuis verblijft.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het totaal aantal *beschikbare* plekken per verpleeghuis[8]. Daardoor is het niet mogelijk om directe en nauwkeurige schattingen te geven van de bezettingsgraad van verpleeghuizen. Wel is deze bezettingsgraad ruwweg te benaderen door vooronderstellingen te doen. De bezettingsgraad voor een verpleeghuis op een bepaald moment wordt hier gedefinieerd als het aantal cliënten binnen een verpleeghuis, gedeeld door het geobserveerde *maximum* aantal cliënten binnen datzelfde verpleeghuis op enig moment in de voorafgaande twaalf maanden. De vooronderstelling die hier wordt gedaan, is dus dat een verpleeghuis in een periode van twaalf maanden op ten minste één moment (bijna) volledig bezet is, ongeacht de bezetting gedurende de rest van dat jaar. Dit hoeft natuurlijk niet altijd het geval te zijn. Een verpleeghuis kan bijvoorbeeld gedurende die hele periode sterk onderbezet zijn, waardoor het maximum dan onder de werkelijke capaciteit ligt. Deze benadering voor bezettingsgraad moet daarom niet in *absolute* zin worden geïnterpreteerd (*'de bezettingsgraad is 90%'*). Ze is wel te gebruiken om grote verschuivingen in de werkelijke (en niet-beschikbare) bezettingsgraad te detecteren. Een afname van de gemiddelde (benadering voor) bezettingsgraad kan betekenen dat er relatief steeds *meer* verpleeghuizen onder hun eerdere maximum zitten. Of dat verpleeghuizen steeds *verder* onder het maximum zitten. Daarmee kan de ontwikkeling van deze benadering over tijd dus een aanwijzing geven voor een afname in bezettingsgraad of mogelijke vraaguitval.
Deze benadering is gevoelig voor de omvang van de verpleeghuizen (een daling van twee binnen een verpleeghuis waar tien cliënten kunnen verblijven, zou bijvoorbeeld overeenkomen met een ogenschijnlijk grote daling van 20%). Daarom kozen we ervoor om de bezettingsgraad te berekenen voor een selectie van verpleeghuizen die minimaal twintig cliënten hadden op ten minste één dag gedurende de periode 2016-2024. Dit leidde tot een selectie van 849 verpleeghuizen.

2.2.2 Variatie tussen verpleeghuizen in bezetting

Naast de gemiddelde ontwikkeling van de bezettingsgraad in verpleeghuizen (2.2.1), is ook de variatie tussen verpleeghuizen in de ontwikkeling van de bezettingsgraad relevant. Er kan landelijk gemiddeld een stijging zijn, terwijl er bij een deel van de verpleeghuizen juist een daling in bezetting is; of vice versa. Daarvoor is een analyse gedaan van de variatie tussen verpleeghuizen in ontwikkelingen van het totaal aantal bezette bedden over de tijd. Om gevoel te krijgen voor ontwikkelingen in absolute zin is ervoor gekozen om naar het absolute aantal bezette bedden te kijken, in plaats van naar de bezettingsgraad. Om de variatie zo goed mogelijk te beschouwen, kozen we ervoor om zoveel mogelijk verpleeghuizen mee te nemen (dit keer ook de kleinere verpleeghuizen met minder dan twintig cliënten). Dit leidde tot een selectie van 1.282 verpleeghuizen, die gedurende 2016-2024 te volgen waren. Met als additionele voorwaarde dat het verpleeghuis gedurende die periode zorg leverde voor 4VV én ten minste één van de andere zorgprofielen (1VV t/m 10VV, uitgezonderd 4VV). Voor elk verpleeghuis is gedurende de periodes 2017-2020 en 2021-2024 afzonderlijk het verloop van het gemiddelde dagelijkse aantal cliënten (gebruikte

[8] De maximalisering van het totaal aantal verpleeghuisplekken op 130.000 zoals genoemd in 1.3, is niet per definitie gelijk aan het aantal gerealiseerde plekken.

bedden) binnen een kalenderjaar geschat met een lineaire regressie, en de trend in de vorm van de regressiecoëfficiënt voor een jaar opgeslagen. De regressiecoëfficiënt geeft aan of de ontwikkeling van de bezetting positief (toename) of negatief (afname) was, en hoe sterk die was. Vervolgens is een indeling gemaakt van verschillende categorieën van de ontwikkeling van de bezetting: van sterke afname tot sterke toename. Het tellen van het aantal verpleeghuizen in de verschillende categorieën geeft inzicht in de variatie tussen verpleeghuizen in de ontwikkeling van de bezetting. De variatie wordt daarnaast vergeleken tussen de twee (even lange) perioden om te kijken of de variatie veranderd is. De keuze van de perioden is daarbij gebaseerd op de landelijke ontwikkelingen voor 4VV, die met name vanaf 2021 zichtbaar was (zie sectie 3.3.2).

Als verdere verdieping is er gekeken of de afname in totale bezetting te verklaren is door een afname in 4VV-plekken die niet door cliënten met zwaardere zorgprofielen zijn ingevuld. Daarvoor zijn de aantallen in de verschillende categorieën voor de ontwikkeling van de totale bezetting – van sterke afname tot sterke toename - gestratificeerd naar categorieën voor de ontwikkeling van de bezetting van alleen 4VV. Deze aantallen zijn verkregen door eerst ook de ontwikkeling voor bezetting van 4VV te modelleren met lineaire regressie voor elk verpleeghuis, zoals hierboven beschreven. Vervolgens is het aantal verpleeghuizen geteld voor elke combinatie van de categorie voor ontwikkeling in 4VV en in totale bezetting. In het bijzonder is de omvang van de groep verpleeghuizen met een sterke afname in 4VV-bezetting én totale bezetting relevant. Deze groep kan geïnterpreteerd worden als de groep waarbij (door interne of externe oorzaken) de 4VV-afname (grotendeels) niet is ingevuld met cliënten met andere zorgprofielen.

2.2.3 Wachtlijsten per verpleeghuis

In samenwerking met de Erasmus Universiteit Rotterdam is gekeken naar de wachtlijsten per verpleeghuis. Voor deze analyse zijn alle beschikbare data van verpleeghuizen per kalenderjaar gebruikt. Om te corrigeren voor de grootte van een verpleeghuis (en mogelijk de snelheid waarmee plekken vrijkomen), is het aantal mensen op de wachtlijst gedeeld door de capaciteit (bij benadering) van het verpleeghuis. In de analyses worden cliënten die ‘uit voorzorg’ wachten niet meegenomen, omdat zij nog niet opgenomen willen worden. Dit is in lijn met de kwartaalrapportages wachtlijsten van Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland[9].

Het aantal personen op de wachtlijst voor een verpleeghuis is gebaseerd op de voorkeursaanbieder die bij het Zorgkantoor is geregistreerd. De cliënt geeft deze voorkeursaanbieder op bij het CIZ of het Zorgkantoor. Zorgkantoren registreren één voorkeursaanbieder per cliënt. In werkelijkheid kunnen cliënten echter bij meerdere verpleeghuizen op de wachtlijst staan. De wachtlijsten per verpleeghuis vormen daardoor geen accurate reflectie van het werkelijke aantal personen dat bij een verpleeghuis op de wachtlijst staat. Ze geven echter wel een indicatie van de vraag naar zorg bij het desbetreffende verpleeghuis. Variatie in

[9] https://www.zn.nl/zorgkantoren/over-zorgkantoren/wachtlijsten-langdurige-zorg/

de wachtlijsten tussen verpleeghuizen laat daarmee zien of de vraag naar sommige verpleeghuizen groter is dan naar andere verpleeghuizen.

2.2.4 *De relatie tussen kenmerken van de zorgvragers en zorggebruik*

Om inzicht te krijgen in de relatie tussen gezondheidskenmerken van ouderen en Wlz-zorggebruik is een verdiepende analyse uitgevoerd met een zogeheten decompositiemethode. De analyse laat zien of verschillen in zorggebruik over tijd het gevolg zijn van veranderingen in de verdeling van de individuele kenmerken (bijvoorbeeld: mensen worden gezonder en gebruiken daardoor minder Wlz-zorg), of van veranderingen in de relatie tussen de kenmerken en zorggebruik. Bijvoorbeeld, mensen met licht tot matige gezondheidsproblemen worden steeds zelfredzamer en doen daardoor minder snel beroep op Wlz-zorg.

Deze analyse is gebaseerd op data van de Gezondheidsmonitor-enquêtes van 2016 en 2022. Deze bevatten een diverse set aan gezondheidskenmerken van ouderen die mogelijk samenhangen met Wlz-zorggebruik. De Gezondheidsmonitor is gekoppeld aan administratieve data over Wlz- en Wmo-zorggebruik, zoals beschikbaar bij Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De analyse richt zich op personen van 75 jaar en ouder die deelnamen aan de Gezondheidsmonitor in 2016 en 2022. Dit is vanwege het relatief zeldzame gebruik van Wlz-verpleeghuiszorg op jongere leeftijden (bijvoorbeeld <1% onder 65-75-jarigen; CBS, z.d.). Daarnaast selecteren we personen die in het jaar van de enquête geen Wlz-zorg ontvingen om de transitie naar Wlz-zorg te kunnen onderzoeken.

De decompositiemethode is gebruikt om te schatten in hoeverre en welke van de individuele kenmerken de verschillen in transities naar Wmo- en Wlz-gefinancierde zorg tussen 2017-2018 en 2023-2024 verklaren.

Deze analyses zijn uitgevoerd door onderzoekers van de Erasmus School of Health Policy and Management. Een uitgebreidere beschrijving van de methode en de resultaten staat in Bijlage 1.

2.2.5 *Ontwikkeling over tijd van zorgbehoefte van ouderen*

Onderzoekers van het Amsterdam UMC hebben voor dit rapport analyses gedaan op twee geboortecohorten uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)[10]. Dit om inzicht te krijgen in mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte van ouderen in Nederland.

Mensen in Nederland worden gemiddeld steeds ouder. Dat wil echter niet per definitie zeggen dat ze langer gebruikmaken van ouderenzorg. Als mensen langer zelfstandig blijven en pas op latere leeftijd gebruikmaken van langdurige zorg, heeft dat invloed op het moment dat de vraag naar ouderenzorg ontstaat.

De LASA-studie volgt ouderen in Nederland over tijd sinds 1992. In de studie worden data verzameld voor onderzoek naar veroudering. Bijvoorbeeld over de fysieke, mentale, en sociale gezondheid van

[10] Home - Longitudinal Aging Study Amsterdam

ouderen. Elke drie jaar worden steeds dezelfde personen onderzocht. De deelnemers komen uit regio Amsterdam, regio Zwolle, en regio Oss.

Voor dit rapport hebben onderzoekers van het Amsterdam UMC analyses gedaan om twee groepen te vergelijken: 'babyboomers' (geboren tussen 1946 en 1957; n = 1257) en 'pre-babyboomers' (geboren tussen 1934 en 1945; n = 1140). Hierbij is onderzocht of er een verschil is tussen deze groepen wat betreft de tijd tot het eerste gebruik van langdurige zorg. Daarbij is gekeken naar het eerste gebruik van professionele huishoudelijke hulp; professionele hulp met persoonlijke verzorging thuis en/of zorg met tijdelijk verblijf; en een residentiële opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Het gaat dus om steeds intensievere vormen van zorg. In de data wordt geen expliciet onderscheid gemaakt tussen ondersteuning vanuit de Wmo, Zvw-, of Wlz-zorg. Een uitgebreide rapportage van de analyses staat in Bijlage 4.

2.2.6 Ontwikkeling over tijd van attitudes ten aanzien van verpleeghuizen

Hoe positief of negatief mensen denken over verpleeghuizen kan invloed hebben op het gebruik van verpleeghuiszorg. Daarom is gekeken of er aanwijzingen zijn dat de attitudes van mensen over verpleeghuizen zijn veranderd over tijd. Met data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam zijn attitudes gemeten in 2018-2019 (n = 1.701) vergeleken met die gemeten in 2021-2022 (n = 1.393) onder dezelfde groep deelnemers. Deze analyses zijn uitgevoerd door onderzoekers van het Amsterdam UMC.

3 Ontwikkelingen op landelijk niveau

Deelvraag: Zien we op landelijk niveau aanwijzingen voor structurele veranderingen in het gebruik van ouderenzorg?

Per saldo zijn er in de periode 2018-2024 geen aanwijzingen die op vraaguitval van ouderenzorg duiden. Er zijn meer ouderen die Wlz-zorg ontvangen. Er zijn wel aanwijzingen dat de vraag naar ouderenzorg verandert. De toename in Wlz-zorg zit in de hogere zorgprofielen (vanaf 5VV) en steeds meer ouderen ontvangen Wlz-zorg thuis. Lichtere zorg (4VV) en wijkverpleging nemen af. Dit blijkt uit de volgende kernbevindingen:

- Het totaal aantal ouderen (65+) dat Wlz-zorg ontvangt, is gestegen in de periode 2018-2024.
  - Het aantal 65+ers dat Wlz-zorg ontvangt, steeg van 145.000 in 2018 naar 205.000 in 2024 (+60.000)
  - Het aantal 65+ers dat Zvw-wijkverpleging ontvangt, daalde van 257.000 in 2018 naar 240.000 in 2024 (-17.000)
  - Deze stijging vindt plaats in de zwaardere zorgprofielen 5VV (dementiezorg) en hoger.
  - De lichtere zorgvraag vanuit zorgprofiel 4VV en de wijkverpleging vanuit de Zvw neemt af.
  - Er zijn verschillen in het aantal mensen dat zorg gebruikt tussen leeftijdsgroepen. In relatieve aantallen steeg het percentage 85+ers dat Wlz-zorg ontvangt in de periode 2018-2024 van 22 procent naar 26 procent. Voor 75-84-jarigen is het percentage gelijk gebleven (rond de 5%).
  - Er zijn geen aanwijzingen voor structurele verschillen in de ontwikkeling van het gebruik van Wlz-zorg tussen zorgkantoorregio’s. In sommige regio’s wordt meer Wlz-zorg gebruikt dan in andere, maar de ontwikkeling over tijd is voor de meeste regio’s vergelijkbaar.
- Er is een structurele verschuiving naar meer zorg thuis. Zorg in verpleeghuizen wordt relatief zwaarder.
  - Zowel voor Wlz-zorg thuis als Wlz-verpleeghuiszorg stijgt het aantal cliënten. Er is een stijging in Wlz-zorg thuis van 34.000 cliënten in 2018 naar 78.000 in 2024 (+44.000). Tegelijkertijd is er een stijging in Wlz-verpleeghuiszorg van 112.000 cliënten in 2018 naar 127.000 cliënten in 2024 (+15.000). Voor Wlz-zorg thuis is de stijging groter dan voor Wlz-verpleeghuiszorg. Maar het absoluut aantal cliënten is nog steeds groter voor de Wlz-verpleeghuiszorg.
  - Het aantal cliënten met een ‘lichter’ zorgprofiel 4VV neemt sterk af binnen de Wlz-verpleeghuiszorg: van 23.000 in 2018 naar 12.000 cliënten in 2024.
  - Daartegenover is er een sterke toename in het aantal cliënten met zorgprofiel 5VV: van 55.000 in 2018 naar 64.000 in 2024 (+9.000), en zorgprofiel 6VV (sterk lichamelijke beperkingen) van 24.000 naar 35.000 in dezelfde periode (+11.000). De afname in 4VV-cliënten is ook zichtbaar in het aantal aangevraagde indicaties en op de wachtlijsten.

- Het aantal ouderen dat langer dan vijf jaar in een verpleeghuis verblijft neemt relatief af, en het aantal ouderen dat korter dan drie maanden verblijft neemt relatief toe. De gemiddelde verblijfsduur per client wordt dus korter. Door de toename van het aantal cliënten neemt het totaal aantal verblijfsdagen in verpleeghuizen echter toe.
- Zorgprofessionals zien de beweging naar meer zorg thuis als een structurele verandering die voortkomt uit beleid en veranderende voorkeuren van ouderen.

3.1 Indicatoren van zorggebruik op landelijk niveau

Dit hoofdstuk beschrijft ontwikkelingen van het aantal mensen dat ouderenzorg gebruikt op landelijk niveau. Dat gebeurt aan de hand van verschillende indicatoren – signalen die informatie geven over de ontwikkeling van zorggebruik over tijd. Het hoofdstuk is gestructureerd volgens het zorgtraject dat een oudere kan doorlopen in omgekeerde volgorde, dus van zorggebruik tot eerste indicatie-aanvraag. Het begint met de belangrijkste indicatoren van ouderenzorg, namelijk gegevens die informatie geven over het aantal cliënten dat ouderenzorg gebruikt. Vervolgens komen indicatoren voor wachtlijsten voor zorg, zorg-aanvragen en indicatie-aanvragen aan bod.
Door deze volgorde start het hoofdstuk met een overkoepelend landelijk beeld van de ontwikkeling in het gebruik van de ouderenzorg (Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging). In de paragrafen daarna volgen verschillende uitsplitsingen naar zorgtypen en zorgvormen. Hierdoor wordt meer detaillering duidelijk. Daarnaast wordt helder welke veranderingen in de periode 2018-2024 tot het totaalbeeld leiden.

Zie Tabel 3.1 voor een overzicht van alle indicatoren. Deze combinatie van informatie geeft een beeld van de ontwikkeling van de vraag naar én het aantal cliënten dat gebruikmaakt van ouderenzorg. De paragrafen 3.2 t/m 3.6 geven een kwantitatieve beschrijving van het aantal mensen dat gebruikmaakt van ouderenzorg over tijd. Dat gaat bijvoorbeeld over het aantal cliënten dat Wlz-zorg ontvangt. Sectie 3.7 vult deze kwantitatieve informatie aan met inzichten van experts en zorgprofessionals over ontwikkelingen in de ouderenzorg.

Toelichting: van indicatie naar zorggebruik
Om aanspraak te maken op Wlz-zorg, moet de zorgbehoevende een indicatieaanvraag indienen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Een CIZ-medewerker beoordeelt of de zorgbehoevende voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz en zo ja, welk zorgprofiel voor de cliënt het best passend is. Vervolgens kiest de zorgvrager, eventueel met hulp van het zorgkantoor, de passende leveringsvorm (verblijf in instelling, Volledig Pakket Thuis, Modulair Pakket Thuis of Persoonsgebonden Budget). Vervolgens benadert het zorgkantoor of de cliënt de voorkeursaanbieder met de vraag of er capaciteit is. Als er nog geen beschikbare capaciteit is bij de zorgaanbieder van voorkeur, of de zorgvrager nog niet op korte termijn zorg wenst te ontvangen, wordt de zorgvrager op een wachtlijst geplaatst. Zodra er capaciteit beschikbaar komt en de zorgvrager zorg wil ontvangen, kan de zorgvrager zorg afnemen. Als de zorg nog niet op de plaats van voorkeur of in de

leveringsvorm van voorkeur geleverd kan worden, moet het Zorgkantoor overbruggingszorg regelen.

Tabel 3.1 Overzicht van gebruikte indicatoren van zorggebruik

Fase zorgproces	Type zorg	Indicator
Gebruik van ouderenzorg	Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging	Aantal cliënten dat Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging ontvangt: a) opgeteld; b) uitgesplitst voor Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging; c) uitgesplitst naar leveringsvorm[1] van Wlz-zorg
	Wlz-zorg alle leveringsvormen	Aantal cliënten uitgesplitst naar zorgprofielen
Verblijfsduur	Wlz-verpleeghuiszorg	Aantal mensen naar verblijfsduur
Wachtlijsten	Wlz-verpleeghuiszorg	Aantal ouderen op wachtlijsten
Instroom	Wlz-verpleeghuiszorg	Toegekende indicaties van nieuwe aanvragen

[1] In een aantal gevallen kunnen cliënten meerdere leveringsvormen tegelijk ontvangen, bijvoorbeeld een combinatie van zowel MPT als PGB. Hier kon op basis van de NZa data in de analyses niet voor worden gecorrigeerd, waardoor er mogelijk dubbeltellingen zitten in het aantal mensen dat Wlz-zorg thuis ontvangt. Uit de monitor langdurige zorg blijkt dat dit slechts om een relatief klein aantal cliënten gaat[11].

3.2 Aantal mensen dat gebruikmaakt van ouderenzorg 2018-2024

Kernbevindingen:

- Het totaal aantal ouderen (65+) dat ouderenzorg (Wlz-zorg of Zvw-wijkverpleging) ontvangt, steeg in de periode 2018-2024.
  - Deze stijging vindt plaats in de Wlz. Het aantal ouderen dat Zvw-wijkverpleging ontvangt, neemt af.
    - Het aantal 65+ers dat Wlz-zorg ontvangt, steeg van 145.000 in 2018 naar 205.000 in 2024 (+60.000)
    - Het aantal 65+ers dat Zvw-wijkverpleging ontvangt, daalde van 257.000 in 2018 naar 240.000 in 2024 (-17.000)
  - In relatieve aantallen steeg het percentage 85+ers dat Wlz-zorg ontvangt in de periode 2018-2024 van 22 procent naar 26 procent. Voor 75-84-jarigen bleef het percentage gelijk (rond de 5%).

3.2.1 Totaal zorggebruik Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging

In Tabel 3.2 staat hoeveel mensen in 2018 en 2024 gebruikmaakten van Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging. Dit geeft een beeld van het totaal aantal mensen dat gebruikmaakt van deze typen zorg. Ook maakt het op hoofdlijnen een aantal verschuivingen duidelijk in het aantal mensen

[11] Zie Gebruik Wlz-zorg naar leveringsvorm | Monitor Langdurige Zorg

dat ouderenzorg gebruikt. Per type zorg, worden als eerste de gegevens voor de totale groep van 65 jaar of ouder gepresenteerd. Daarna volgt een uitsplitsing in drie leeftijdsgroepen, namelijk 65-74 jaar, 75-84 jaar en 85 jaar of ouder.

Tabel 3.2 Absolute aantallen, percentages en ratio's van aantal mensen in Nederland van 65-74 jaar, 75-84 jaar en 85 jaar en ouder en van aantal ouderen in Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging in 2018 en 2024 (Bron data: CBS-statline en NZa, bewerking RIVM).

	2018		2024		Ratio 2024/2018
	(x1.000)	%[1]	(x1.000)	%[1]	
Wlz-zorg					
65+ jaar	145	4,48	205	5,46	1,41
65-74 jaar	15	0,79	21	1,05	1,42
75-84 jaar	49	4,95	74	5,55	1,51
85+ jaar	81	21,80	110	25,70	1,35
Zvw-wijkverpleging					
65+ jaar	257	7,92	240	6,40	0,94
65-74 jaar	51	2,75	44	2,21	0,86
75-84 jaar	101	10,18	102	7,61	1,00
85+ jaar	104	27,90	91	21,26	0,88
Totaal aantal mensen in NL					
65+ jaar	3.241		3.679		1,14
65-74 jaar	1.871		1.991		1,06
75-84 jaar	997		1.338		1,34
85+ jaar	372		428		1,15

[1] Percentage van het aantal mensen in Nederland in dezelfde leeftijdsgroep.

Een uitsplitsing van Zvw-wijkverpleging en Wlz-zorg toont een duidelijk verschil in de ontwikkeling over tijd tussen de typen zorg. Het aantal mensen van 65 jaar of ouder dat Wlz-zorg ontvangt, nam toe. Het aantal mensen van 65 jaar of ouder dat Zvw-wijkverpleging ontvangt, is gedaald. In alle leeftijdsgroepen is het aantal mensen dat gebruikmaakt van Wlz-zorg gestegen, het sterkst in de groep 75-84-jarigen, van 49.000 naar 74.000 (+51%). In diezelfde periode is deze groep in Nederland ook het sterkst gegroeid, van 997.000 naar 1.338.000, dus 34 procent. Dat houdt in dat een groter deel van de mensen in deze leeftijdsgroep Wlz-zorg ging gebruiken.

In absolute aantallen daalde het aantal mensen dat Zvw-wijkverpleging ontving van 257.000 in 2018 naar 240.000 in 2024. Het aantal mensen dat een vorm van Wlz-zorg ontving, steeg van 145.000 in 2018 naar 205.000 in 2024.

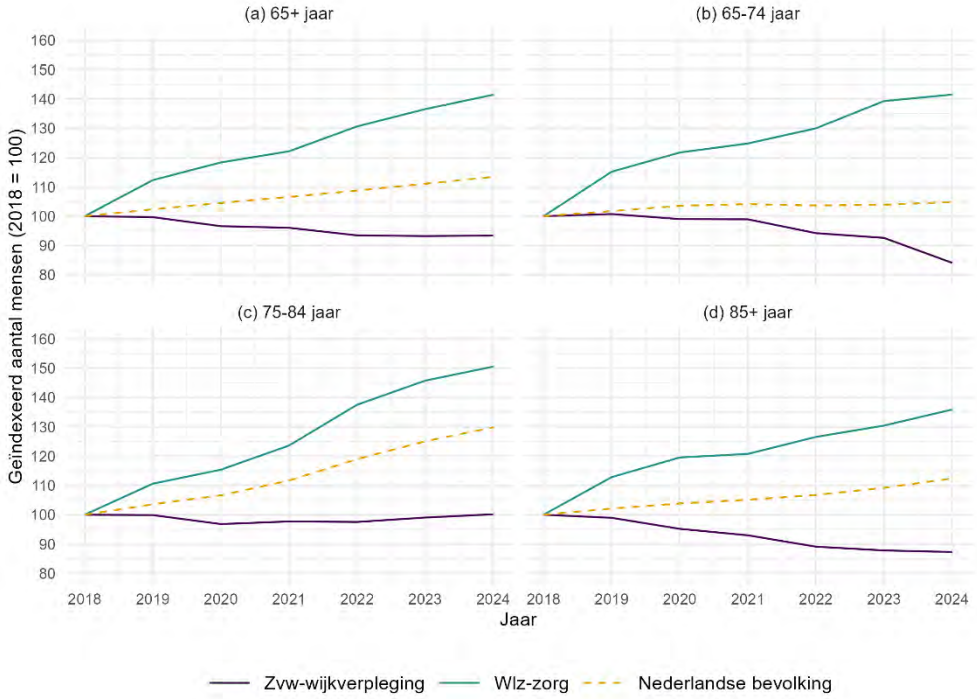
Figuur 3.1 toont voor verschillende leeftijdsgroepen het verloop over tijd van het aantal ouderen dat Zvw-wijkverpleging of een van de vormen van Wlz-zorg ontvangt ten opzichte van de groei van de bevolking. De aantallen zijn geïndexeerd. Dat betekent dat het aantal mensen dat gebruikmaakt van zorg in 2018 als ijkpunt met waarde 100 is weergegeven. Waardes boven de 100 wijzen op een toename ten

opzichte van 2018. Bijvoorbeeld, een waarde van 200 wijst op een twee keer zo hoog aantal als in 2018. Waardes onder de 100 staan voor een afname.

Figuur 3.1a laat zien dat onder de totale groep mensen die 65 jaar en ouder zijn het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Zvw-wijkverpleging sinds 2018 is afgenomen, terwijl het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg is toegenomen. De toename van Wlz-zorg is sterker dan de bevolkingsgroei. Dat betekent dat er ook relatief gezien in 2024 meer mensen van 65 jaar en ouder gebruikmaakten van Wlz-zorg dan in 2018. Voor Zvw-wijkverpleging zien we juist een relatieve daling. De toename in Wlz-zorg ging het snelst in de periode 2018 tot 2020. In 2020 zit een tijdelijke dip ten tijde van de coronapandemie.

De figuren 3.1b-d laten een vergelijkbaar beeld zien voor de leeftijdsgroepen 65-74 jaar, 75-84 jaar en 85 jaar en ouder. Daarbij is de relatieve toename van Wlz-zorg het sterkste in de groepen 65-74 jaar en 85 jaar en ouder. In de groep van 75-84 jaar bleef het absolute aantal mensen dat gebruikmaakt van Zvw-wijkverpleging stabiel over de tijd. Door de sterke groei van het aantal Nederlanders in deze leeftijdsgroep is er echter wel een duidelijke relatieve afname van het aantal mensen dat gebruikmaakt van dit type zorg.

Figuur 3.1 Geïndexeerde ontwikkeling van mensen in Nederland in Zvw-wijkverpleging of Wlz-zorg in de periode 2018-2024, in vier verschillende leeftijdsgroepen (2018=100). a) Totale groep 65 jaar of ouder; b) 65-74 jaar; c) 75-84 jaar; d) 85 jaar of ouder (Bron data: CBS-statline en NZa, bewerking RIVM).

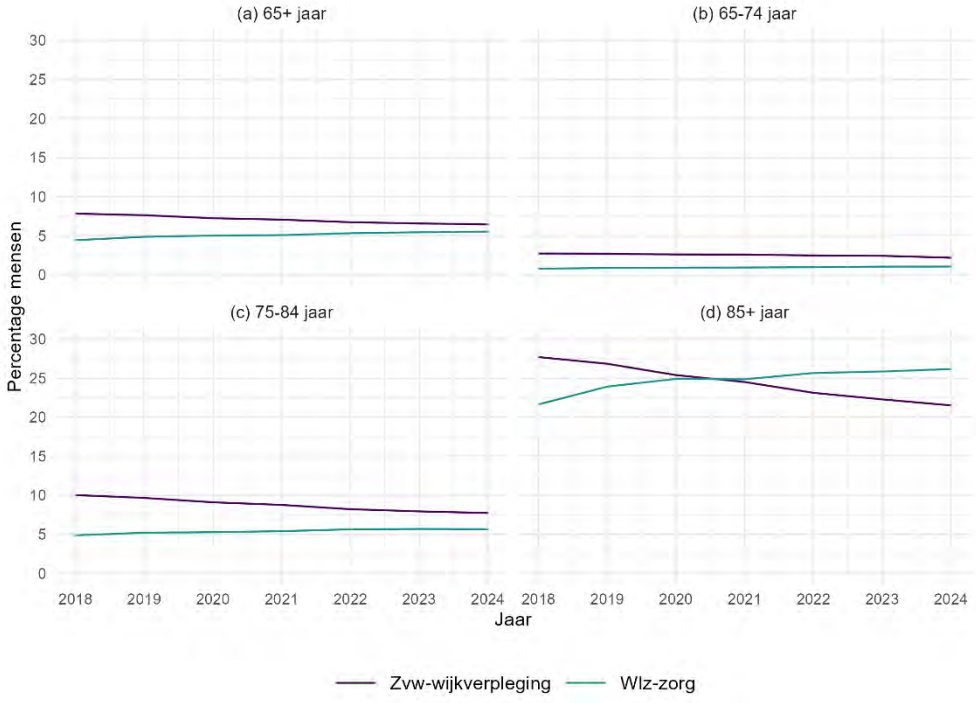


Deze relatieve toename van de Wlz-zorg en relatieve afname van de Zvw-wijkverpleging is ook duidelijk te zien in Figuur 3.2. In die figuur

staat voor dezelfde vier leeftijdsgroepen het percentage mensen in Nederland dat Wlz-zorg of Zvw-wijkverpleging ontvangt.
Deze ontwikkeling over het tijd is het sterkst aanwezig in de groep ouderen van 85 jaar of ouder. Daar nam het percentage mensen dat Wlz-zorg ontvangt toe van 22 procent in 2018 tot 26 procent in 2024. Het percentage mensen dat Zvw-wijkverpleging ontving, nam in dezelfde periode af van 28 procent naar 21 procent van alle mensen van 85 jaar of ouder.

Bij de duiding van deze ontwikkeling is het belangrijk om te weten dat de gemiddelde leeftijd van de groep 65+ ieder jaar omlaaggaat, omdat er meer mensen 65 worden (en dus instromen in deze leeftijdsgroep) dan dat er mensen op hogere leeftijd sterven. Dit komt door de vergrijzing, zoals te zien is in de opbouw van de bevolkingspiramide in Nederland (zie Figuur 1.1). Van de mensen die 85 of ouder zijn, gebruikt ongeveer 25 procent Wlz-zorg, tegenover ongeveer 5 procent van de mensen tussen 74 en 85 jaar. Het vergelijken van dezelfde leeftijdsgroep in verschillende jaren geeft dus enige onderschatting van het zorggebruik. Omdat ieder jaar de groep gemiddeld jonger wordt, en omdat jongere mensen minder zorg gebruiken, gebruikt de groep als geheel minder zorg dan wanneer de leeftijd gemiddeld hetzelfde zou blijven.

Figuur 3.2 Ontwikkeling van het percentage mensen in Nederland dat Wlz-zorg of Zvw-wijkverpleging krijgt, in vier verschillende leeftijdsgroepen. a) Totale groep 65 jaar of ouder; b) 65-74 jaar; c) 75-84 jaar; d) 85 jaar of ouder (Bron data: CBS statline en NZa, bewerking RIVM).



3.2.2 *Vergelijking met eerdere projecties*

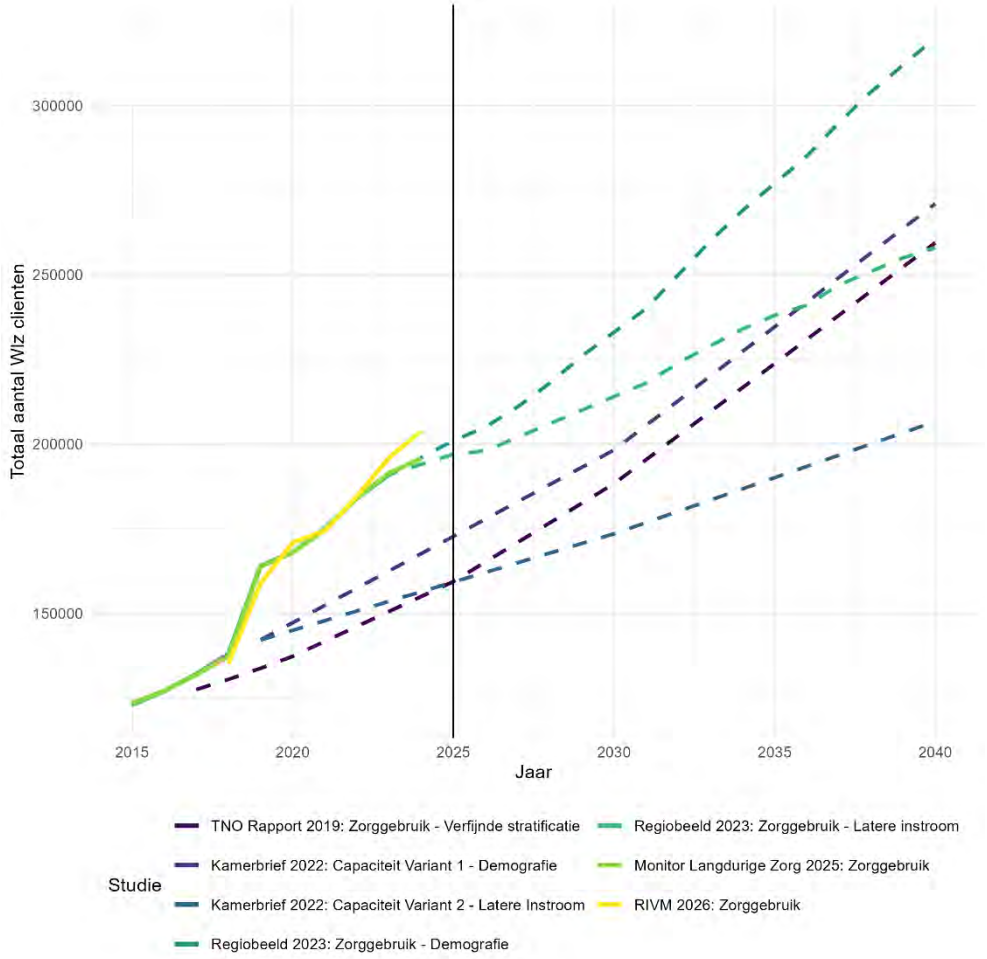
Tot nu toe zijn in dit hoofdstuk cijfers gepresenteerd van het aantal mensen dat zorg gebruikte in de periode 2018-2024. In eerder onderzoek zijn projecties gedaan voor de toekomstige ontwikkeling van

zorggebruik. In dit hoofdstuk vergelijken we het werkelijk waargenomen zorggebruik met die projecties. Het gaat daarbij om de projecties zoals beschreven in een TNO-rapport uit 2019[12], Tweede Kamerbrief uit 2022[13], Regiobeeld uit 2023[14], en Monitor Langdurige Zorg uit 2025[15].

De doorgetrokken lijnen in Figuur 3.4 tonen het waargenomen aantal mensen dat Wlz-zorg gebruikte tussen 2015 en 2024. De stippellijnen tonen een aantal projecties uit eerdere studies.
Het werkelijk aantal mensen dat Wlz-zorg gebruikte in de periode 2018-2024 zoals beschreven in dit rapport (Figuur 3.3; gele lijn) ligt hoger dan de projecties in het TNO-rapport en de Tweede Kamerbrief. Dat verschil is voor een groot deel te verklaren door de sterke toename in het aantal Wlz-zorg cliënten tussen 2018 en 2020. De auteurs van het TNO-rapport en de Tweede Kamerbrief hadden destijds nog geen data over deze periode tot hun beschikking. Mogelijk betrof 2018-2020 een bijzondere periode met een incidentele groei. Dit lijkt aannemelijk als er ook gekeken wordt naar de zwakkere groei in aangrenzende perioden (2021-2024, zoals in dit rapport beschreven, en 2015-2017 zoals in Regiobeeld beschreven[16]).

[12] https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e7569fab-4e43-42aa-b29a-948ae34cd87d/pdf
[13] Informatie over Kamerstuk 29389, nr. 155 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen
[14] Verpleegzorgraming | Regiobeeld
[15] https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40055NED/table?dl=D7A19
[16] Verpleegzorgraming | Regiobeeld

Figuur 3.3 Vergelijking van de ontwikkeling zoals waargenomen in deze studie (gele lijn) met studies uit het verleden (andere kleuren). Doorgetrokken lijnen betreffen schattingen uit de desbetreffende studie, terwijl stippellijnen projecties van bepaalde scenario's weergeven, op basis van de data die tot het moment van de studie beschikbaar waren.



Belangrijk bij het maken van deze vergelijking is dat elke studie eigen aannames hanteerde voor het maken van projecties. Zo zijn bijvoorbeeld voor zowel de Tweede Kamerbrief als Regiobeeld twee verschillende aannames gebruikt. De eerste variant gaat ervan uit dat de kans op Wlz-zorg per inwoner gelijk blijft en de groei in Wlz-zorg volledig samenhangt met veranderingen in het aantal ouderen. De tweede variant gaat ervan uit dat de kans op Wlz-zorg afneemt. Dit onder de aanname dat de toename in levensverwachting puur uit gezonde levensjaren bestaat. Duidelijk is dat het verschil in projecties tussen deze twee aannames groot is. Daarnaast kunnen er ook verschillen optreden tussen projecties door (subtiele) verschillen in definities, populatieafbakening, databronnen en methoden.

De in dit rapport waargenomen groei voor 2018-2024 komt sterker overeen met de projecties die aannemen dat de groei puur samenhangt met veranderingen in demografie, dan de projecties die aannemen dat er sprake is van uitstel van langdurige zorg door de toename in

levensverwachting. Dit betekent niet zonder meer dat de groei volledig verklaard kan worden door veranderingen in demografie. In hoofdstuk 5 staat een zogeheten 'decompositie'-analyse. Daaruit blijkt dat een deel van de stijging in het gebruik van ouderenzorg wordt verklaard door andere factoren dan leeftijd.

3.3 Verschillen tussen Wlz-zorg leveringsvormen en zorgprofielen

Kernbevindingen:

- Er is een structurele verschuiving naar meer zorg thuis.
  - Zowel voor Wlz-zorg thuis als Wlz-verpleeghuiszorg stijgt het aantal cliënten. Er is een stijging in Wlz-zorg thuis van 34.000 cliënten in 2018 naar 78.000 in 2024 (+44.000). Tegelijkertijd is er een stijging in Wlz-verpleeghuiszorg van 112.000 cliënten in 2018 naar 127.000 cliënten in 2024 (+ 15.000). Voor Wlz-zorg thuis is de stijging groter dan voor Wlz-verpleeghuiszorg. Maar het absoluut aantal cliënten is nog steeds groter voor de Wlz-verpleeghuiszorg.
- Zorg in verpleeghuizen wordt relatief zwaarder.
  - Het aantal cliënten met een 'lichter' zorgprofiel 4VV neemt sterk af binnen de Wlz-verpleeghuiszorg: van 23.000 in 2018 naar 12.000 cliënten in 2024. Daartegenover staan sterke toenames in zorgprofiel 5VV: van 55.000 in 2018 naar 64.000 in 2024 (+9.000), en zorgprofiel 6VV (sterk lichamelijke beperkingen) van 24.000 naar 35.000 in dezelfde periode (+11.000).

Het algemene beeld voor de ontwikkeling van het aantal Wlz-zorg gebruikers – een toename tussen 2018 en 2024 – geldt niet voor elke Wlz-leveringsvorm of voor elk zorgprofiel. In dit hoofdstuk kijken we daarom naar verschillen in zorggebruik tussen Wlz-leveringsvormen en zorgprofielen.

3.3.1 Leveringsvormen in de Wlz-zorg

De groei in Wlz-zorggebruikers zit vooral in zorg die thuis wordt geleverd. Het aantal cliënten dat VPT of MPT ontvangt, is in verhouding het sterkst toegenomen, gevolgd door PGB. De toename in het aantal cliënten dat Wlz-verpleeghuiszorg (verblijf in instelling) ontvangt, is relatief veel kleiner en vlakt in recente jaren af. In absolute aantallen is de groep cliënten die zorg in een instelling krijgt nog wel veruit het grootst.

Toelichting: leveringsvormen

Wlz-zorg kan op verschillend manieren worden geleverd. Dat kan intramuraal (Wlz-verpleeghuiszorg) of extramuraal (Wlz-zorg thuis). Bij de Wlz-verpleeghuiszorg woont de cliënt in een verpleeghuis en ontvangt daar de geïndiceerde Wlz-zorg. Binnen de Wlz-zorg thuis worden drie verschillende pakketten onderscheiden.

- Volledig pakket thuis (VPT): de cliënt woont thuis, maar ontvangt vrijwel hetzelfde volledige zorgpakket als in een verpleeghuis, onder verantwoordelijkheid van één gecontracteerde zorgaanbieder (die zelf de zorg levert of dit doet via onderaannemers).

- Modulair pakket thuis (MPT): de cliënt woont thuis en ontvangt alleen die onderdelen van het zorgpakket die nodig zijn. Deze zorg kan door één of meerdere gecontracteerde aanbieders worden geleverd.
- Persoonsgebonden budget (PGB): de cliënt organiseert zelf de zorg en koopt deze in met een budget dat het zorgkantoor beschikbaar stelt.

In de praktijk kunnen cliënten ook tegelijkertijd MPT en PGB afnemen. Op basis van voor dit onderzoek gebruikte gegevens is niet af te leiden om hoeveel cliënten het gaat. Uit de monitor langdurige zorg blijkt dat dit slechts om een relatief klein aantal cliënten gaat[17].
Daarnaast zijn voor dit rapport telkens aantallen cliënten geteld die *recht* hebben op Wlz-zorg. Mogelijk kan de exacte levering afwijken van de geïndiceerde zorg.

In Tabel 3.3 staan de absolute aantallen cliënten per leveringsvorm en de ratio's van de aantallen in 2024 vergeleken met 2018: hoeveel keer meer cliënten waren er per leveringsvorm in 2024 vergeleken met 2018. Ter vergelijking staan in de tabel ook de aantallen mensen in Nederland vanaf 65 jaar. In de tabel is te zien dat het aantal cliënten voor alle leveringsvormen van Wlz-zorg toeneemt. In verhouding tot het aantal mensen van 65 jaar of ouder in Nederland, is het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-verpleeghuiszorg gelijk gebleven. Zowel in 2018 als 2024 gebruikte 3,45 procent van de 65+ers deze vorm van ouderenzorg. Het aantal cliënten voor leveringsvormen thuis nam in verhouding sterk toe. Het percentage 65+ers dat Wlz-zorg thuis ontvang steeg van 1 procent in 2018 naar 2 procent in 2024.

Tabel 3.3 Absolute aantallen (x 1.000) van cliënten van 65+ in Wlz-leveringsvormen, aantal mensen 65+ in Nederland, en de ratio van het verschil tussen 1 januari 2024 en 1 januari 2018. Cijfers zijn van toepassing op 1 januari in het desbetreffende kalenderjaar (Bron data: CBS-statline en NZa, bewerking RIVM).

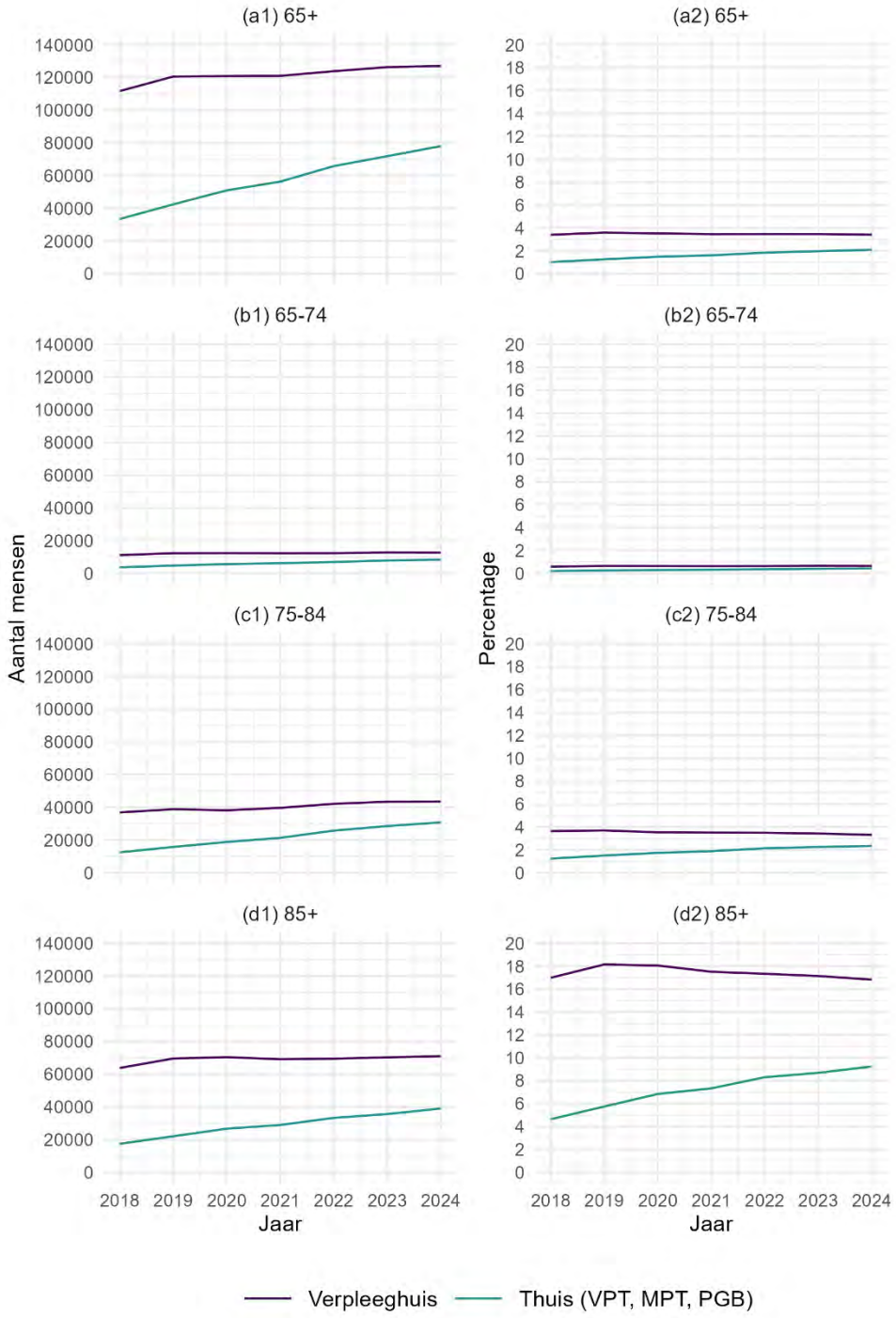
	2018		2024		Ratio 2024/2018
	(x 1.000)	%[1]	(x 1.000)	%[1]	
Verpleeghuiszorg 65+	112	3,45	127	3,45	1,14
Leveringsvormen thuis 65+	34	1,03	78	2,12	2,33
Waarvan VPT	*7*	*0,23*	*22*	*0,59*	2,92
Waarvan MPT	*18*	*0,55*	*41*	*1,11*	2,32
Waarvan PGB	*8*	*0,26*	*16*	*0,42*	1,84
Aantal mensen 65+ in NL	3.241		3.679		1,14

[1] Percentage van het aantal mensen in Nederland in dezelfde leeftijdsgroep.

In Figuur 3.4 staat de ontwikkeling van het aantal cliënten en percentage van de bevolking voor Wlz-zorg thuis en Wlz-verpleeghuiszorg per leeftijdsgroep. In alle leeftijdsgroepen is de stijging in Wlz-zorg thuis te zien. Die stijging is het sterkst in de groepen vanaf 75 jaar.

[17] Zie Gebruik Wlz-zorg naar leveringsvorm | Monitor Langdurige Zorg

Figuur 3.4 Aantal cliënten (links) en percentage cliënten (rechts) met Wlz-zorg thuis of Wlz-verpleeghuiszorg in leeftijdsgroepen 65+ (a), 65-74 (b), 75-84 (c) en 85+ (d) (Bron data: NZa, bewerking RIVM).



3.3.2 *Zorgprofielen in de Wlz-zorg*

Naast de ontwikkeling van de Wlz-zorg in verschillende leveringsvormen, kijken we in deze sectie naar de ontwikkeling voor verschillende zorgprofielen. Er is een duidelijk verschil zichtbaar tussen

de ontwikkeling in het aantal cliënten dat Wlz-zorg ontvangt met een lichter en zwaarder zorgprofiel. Terwijl het aantal cliënten met een lichter zorgprofiel afneemt, zien we juist een toename in cliënten met zwaardere zorgprofielen. Het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg thuis nam voor alle zorgprofielen (4VV t/m 8VV) toe.

Toelichting: zorgprofielen
Binnen de Wlz-zorg worden verschillende zorgprofielen onderscheiden, van 4VV t/m 8VV. 4VV is daarbij de minst intensieve zorg, en 8VV de meest intensieve zorg. 5VV komt het meest voor en betreft zorg voor mensen met dementie. De zorg voor zorgprofielen 7VV en 8VV is in de praktijk dusdanig zwaar, dat het bijna niet thuis wordt gegeven, zeker niet bij ouderen.
Daarnaast bestaat ook 9VV, herstelgerichte zorg (bijvoorbeeld revalidatie na een operatie). Deze wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

Het absolute aantal cliënten met de verschillende zorgprofielen staat in Tabel 3.4, uitgesplitst naar Wlz-verpleeghuiszorg en Wlz-zorg thuis. Voor Wlz-verpleeghuiszorg zien we het grootste aantal cliënten in 5VV, het kleinste aantal in 7VV en 8VV. In 2018 ontvingen 55.000 cliënten van 65 jaar of ouder met een 5VV-zorgprofiel verpleeghuiszorg, tegenover 64.000 cliënten in 2024. Dat is een toename van 17 procent. We zien ook een toename in het aantal cliënten met een 6VV-zorgprofiel dat Wlz-verpleeghuiszorg ontvangt, namelijk van 24.000 in 2018 naar 35.000 in 2024 (toename 43%). Er is echter een daling in het aantal cliënten met het lichtste zorgprofiel (4VV) dat gebruikmaakt van Wlz-verpleeghuiszorg. Waar in 2018 nog 23.000 cliënten dit type zorg ontvingen, waren dat in 2024 nog slechts 12.000 cliënten. Dit is een afname van bijna 50 procent.

Ook voor Wlz-zorg thuis (VPT, MPT en PGB opgeteld[18]) zien we dat het grootste aantal cliënten van 65 jaar of ouder een 5VV zorgprofiel heeft, gevolgd door 4VV en 6VV. De zorgprofielen 7VV en 8VV komen in dit type zorg (bijna) niet voor. Het aantal cliënten met zorgprofiel 5VV of 6VV dat gebruikmaakt van Wlz-zorg thuis, is harder gestegen dan het aantal cliënten met deze zorgprofielen dat gebruikmaakt van verpleeghuiszorg. Waar bijvoorbeeld in 2018 17.000 cliënten met een 5VV zorgprofiel Wlz-zorg thuis ontvingen, waren dat er in 2024 al 46.000. Het aantal cliënten met een 6VV-zorgprofiel dat Wlz-zorg thuis ontvangt, is tussen 2018 en 2024 bijna verdrievoudigd. Van 5.000 naar 14.000 mensen.

[18] In onze data was niet duidelijk hoeveel mensen een combinatie van leveringsvormen ontvangen, zoals MPT en PGB. De genoemde getallen kunnen dus dubbeltellingen bevatten. De verwachting is wel dat het om een kleine groep gaat, en dat de cijfers een goed beeld geven.

Tabel 3.4 Aantal mensen van 65+ in Wlz-verpleeghuiszorg en Wlz-zorg thuis naar zorgprofiel in 2018 en 2024 (x 1.000) (Bron data: CBS-statline en NZa, bewerking RIVM).

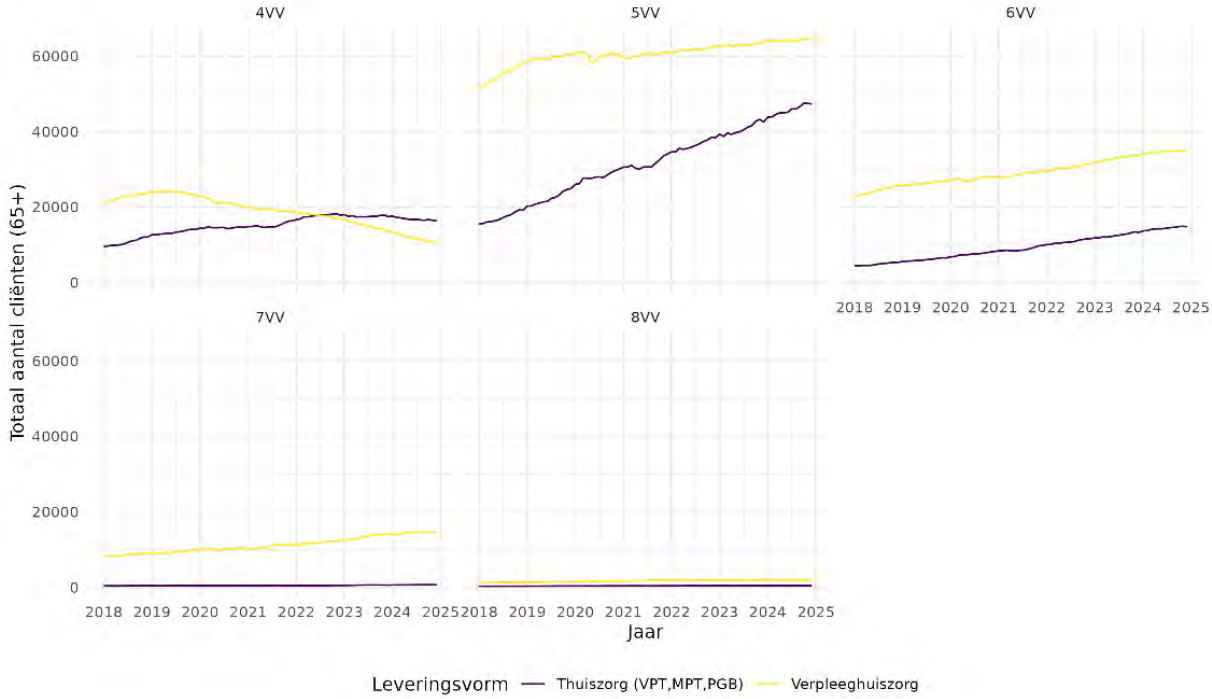
	2018 (x 1.000)	2024 (x1.000)	Verschil (x1.000)	Ratio 2024/2018
Wlz-verpleeghuiszorg				
4VV	23	12	-11	0,52
5VV	55	64	9	1,17
6VV	24	35	10	1,43
7VV	9	14	6	1,68
8VV	1	2	1	1,45
Wlz-zorg thuis				
4VV	11	17	6	1,58
5VV	17	46	28	2,65
6VV	5	14	10	2,95
7VV	0*	1	0	1,52
8VV	0*	0*	0	1,55
Aantal inwoners 65+ in NL	3241	3679	438	1,14

*De waarde 0 in deze tabel betekent dat minder dan 500 cliënten dat jaar dat zorgprofiel hadden. De ratio's zijn berekend met de niet-afgeronde aantallen.

Figuur 3.5 toont de ontwikkeling in cliëntaantallen voor Wlz-zorg thuis en Wlz-verpleeghuiszorg tussen 2018 en 2024. Naast dat de Wlz-zorg thuis voor alle zorgprofielen toeneemt, blijkt uit deze figuren duidelijk dat de toename het grootste is voor cliënten met een 5VV-zorgprofiel[19]. Binnen dit zorgprofiel zijn er dus steeds meer cliënten die zorg thuis ontvangen. Bovendien is de toename in cliënten met een 5VV-zorgprofiel die thuiszorg ontvangen, aanzienlijk groter dan de toename in cliënten met eenzelfde zorgprofiel die Wlz-verpleeghuiszorg ontvangen. Die beperkte toename voor Wlz-verpleeghuiszorg (ten opzichte van Wlz-zorg thuis) is voor een deel te verklaren doordat het aantal beschikbare verpleeghuisplekken beperkt is. Als deze ontwikkeling zich doorzet, is de verwachting dat er op termijn meer cliënten met een 5VV-zorgprofiel Wlz-zorg thuis ontvangen dan Wlz-verpleeghuiszorg.
Voor 4VV-zorgprofielen zien we een duidelijke afname van het aantal cliënten dat Wlz-verpleeghuiszorg ontvangt en een stabilisatie in het aantal cliënten dat Wlz-zorg thuis ontvangt. Deze ontwikkelingen zijn in lijn met het 'thuis tenzij'- beleid, waarbij plekken voor cliënten met zorgprofiel 4VV bij verpleeghuizen worden uitgefaseerd.
Bij 7VV- en 8VV-zorgprofielen zien we het tegenovergestelde. Daar is de toename bij Wlz-verpleeghuiszorg groter dan bij Wlz-zorg thuis. Bij 6VV-zorgprofielen gaat de ontwikkeling in Wlz-zorg thuis vrijwel gelijk op met die voor Wlz-verpleeghuiszorg.

[19] De toename is niet goed zichtbaar in de figuren voor 7VV en 8VV, vanwege het geringe aantal cliënten dat zorg thuis ontvangt bij die zorgprofielen (minder dan 700 cliënten per maand).

Figuur 3.5 Maandelijkse cliëntaantallen onder 65-plussers voor Wlz-zorg thuis en Wlz-verpleeghuiszorg, met uitsplitsing naar zorgprofielen (Bron data: NZa, bewerking RIVM).



3.4 Verblijfsduur in Wlz-verpleeghuisinstellingen

Kernbevinding: Het aantal mensen dat korter dan drie maanden in een verpleeghuis verblijft, nam toe. Het aantal mensen dat langer dan 60 maanden in een zorginstelling verblijft, nam af.

Het grootste deel van de ouderen die Wlz-zorg ontvangen verblijft in een verpleeghuis (zie sectie 3.2). De meerderheid van de clienten verblijft korter dan 24 maanden in een verpleeghuis. Uit het huidige onderzoek blijkt dat de gemiddelde verblijfsduur in een verpleeghuis afneemt.

In Figuur 3.6 (linkerpaneel) staat de ontwikkeling van het aantal cliënten ingedeeld naar verblijfsduur over de periode 2016 tot 2024. De aantallen zijn geindexeerd: het referentiepunt is het jaar 2016 met waarde 100. De verblijfsduur is per kalenderjaar als volgt vastgesteld. Voor uitstromende cliënten – in de regel bij overlijden[20] – wordt bekeken hoeveel dagen zijn verstreken tussen de eerste dag van verpleeghuisopname en de datum van uitstroom. Van personen die niet uitstromen in dat kalenderjaar wordt de verblijfsduur berekend op basis van de eerste dag van opname en de laatste dag van het kalenderjaar (31 december). Dit betekent dat in elk kalenderjaar voor een deel van de cliënten de volledige verblijfsduur nog niet bekend is. Het is daarom niet mogelijk om een gemiddelde verblijfsduur te berekenen. Wel

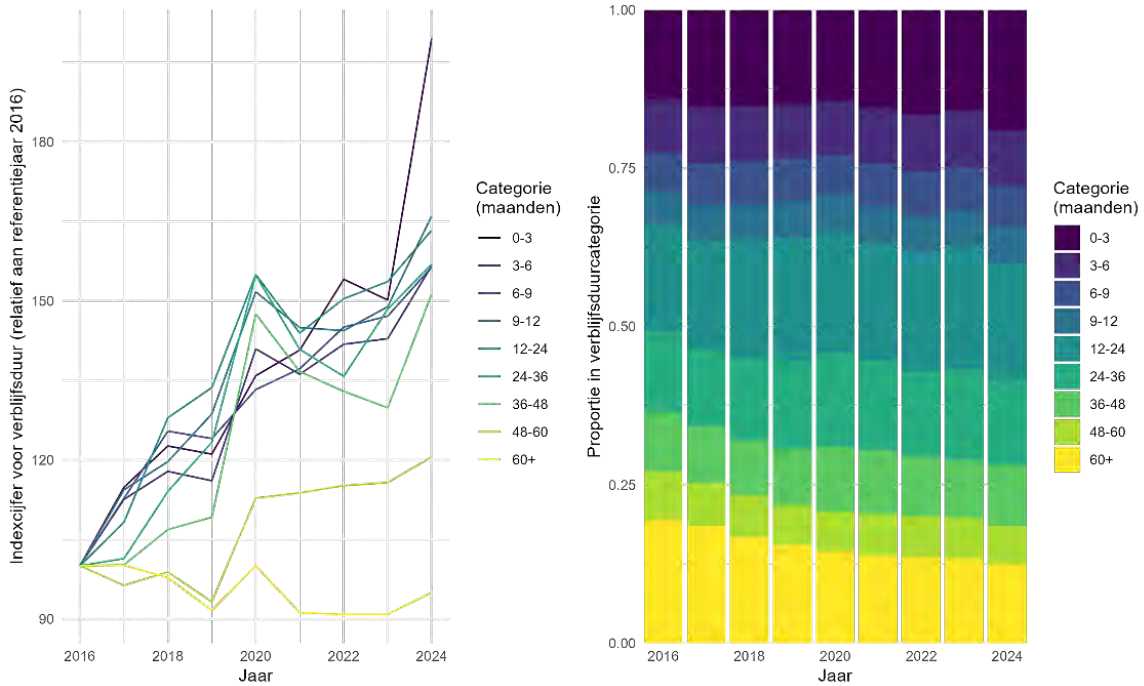
[20] Een zeer klein aantal –minder dan 35 mensen– stroomt volgens CBS om andere redenen uit, maar deze redenen zijn niet bekend bij de auteurs.

kunnen we met de data goed zien of er een ontwikkeling is over tijd in het aantal mensen met verschillende verblijfsduren.

Opvallend hier is de stijging in het aantal ouderen dat tussen 0 en 3 maanden in een verpleeghuis is verbleven, met name vanaf 2023. Daartegenover nam het aantal ouderen dat langer dan zestig maanden in een verpleeghuis verbleef, tussen 2016 en 2024 af. Het aantal mensen dat tussen 48 en 60 maanden in een verpleeghuis verbleef, steeg vanaf 2020 minder snel dan daarvoor. Het komt dus steeds vaker voor dat mensen korter in een verpleeghuis verblijven.

Het rechterpaneel van de figuur toont de verhouding van het aantal cliënten met verschillende verblijfsduren binnen de gehele cliëntenpopulatie in verpleeghuizen. Over de tijd zijn er relatief minder mensen die langer dan zestig maanden verblijven, en relatief meer mensen die korter verblijven. In 2024 was de groep cliënten die minder dan drie maanden verblijven groter dan de groep cliënten die meer dan zestig maanden verblijven. Meer dan de helft van de cliënten verblijft twee jaar of korter.

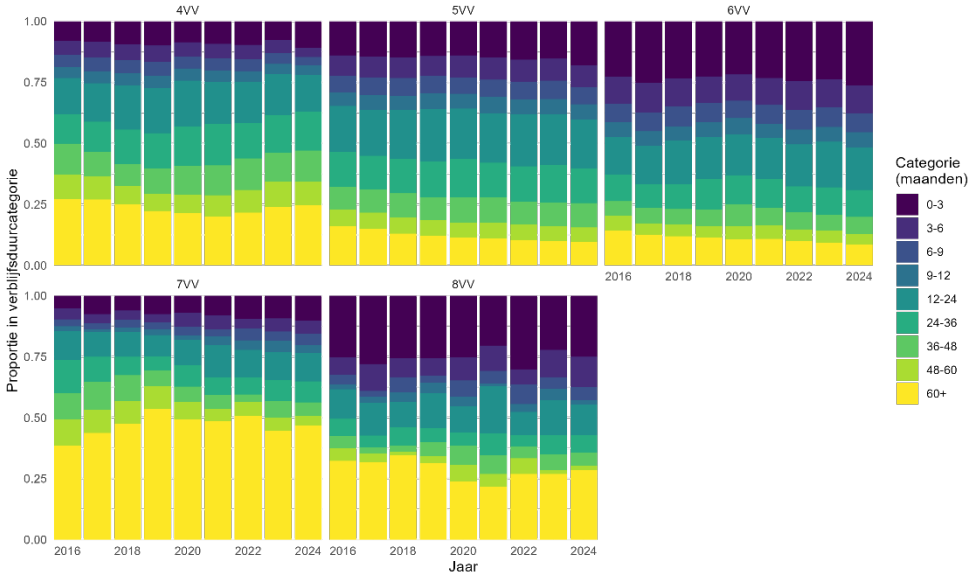
Figuur 3.6 Ontwikkeling van verschillende categorieën van verblijfsduren in verpleeghuizen tussen 2016 en 2024. Links: geïndexeerd; Rechts: verhoudingen binnen de populatie cliënten in verpleeghuizen (Bron data: CBS-statline, bewerking RIVM).



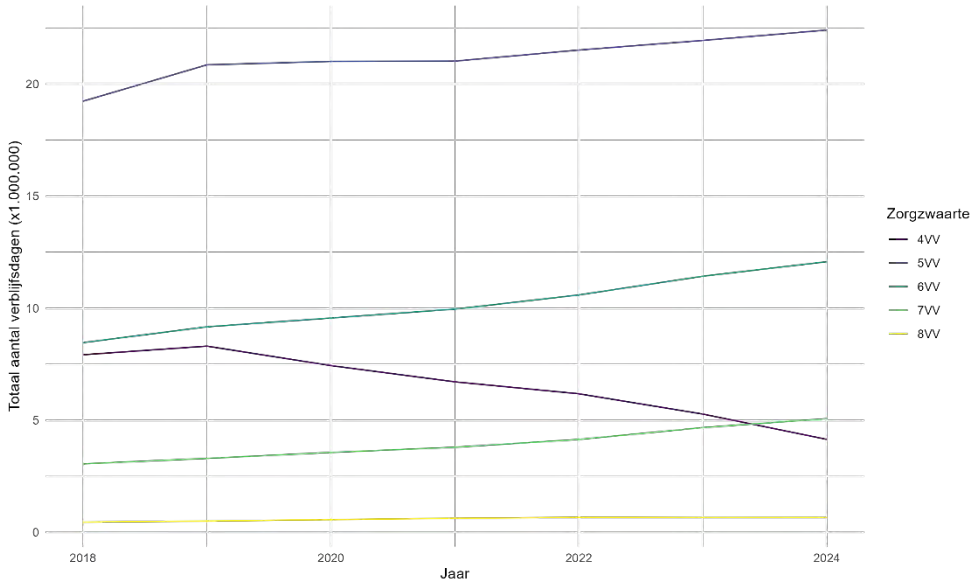
In Figuur 3.7 is de ontwikkeling van verblijfsduren afgebeeld voor elk zorgprofiel. Voor zorgprofielen 5VV en 6VV is de afname in cliënten die langer dan zestig maanden verblijven ook goed zichtbaar. Voor de andere zorgprofielen zijn de patronen grilliger en is de trend minder duidelijk, waarschijnlijk vanwege de kleinere aantallen cliënten (zie Tabel 3.4).

De daling in gemiddelde verblijfsduur per client heeft echter een beperkte impact op het totale aantal verblijfsdagen van cliënten in verpleeghuizen. Figuur 3.8 toont de ontwikkeling in totaal aantal verblijfsdagen per zorgprofiel. Dit aantal neemt toe voor elk zorgprofiel, met uitzondering van zorgprofiel 4VV. Het totaal aantal verblijfsdagen blijkt namelijk nog steeds zeer sterk samen te hangen met het aantal cliënten. Figuur 3.9 vergelijkt het geïndexeerde groeicijfer (het referentiejaar 2018 is 100) voor het aantal verblijfsdagen met het aantal cliënten, en laat zien dat deze groeicijfers nauwelijks van elkaar verschillen. Het grootste verschil is te vinden bij zorgprofiel 7VV: het indexcijfer in 2025 bedroeg 167.6 voor het aantal cliënten en voor het aantal verblijfsdagen 166.1. Dit betekent dat het aantal cliënten met 67.6 procent is gegroeid over de periode 2018-2024, en het aantal verblijfsdagen met 66.1 procent over diezelfde periode. Het verschil (-1.5%) kan worden geïnterpreteerd als het effect van de daling in verblijfsduur op het totale zorggebruik. Dit effect is dus beperkt wanneer de gehele groei in verblijfsdagen (66.1%) wordt beschouwd.

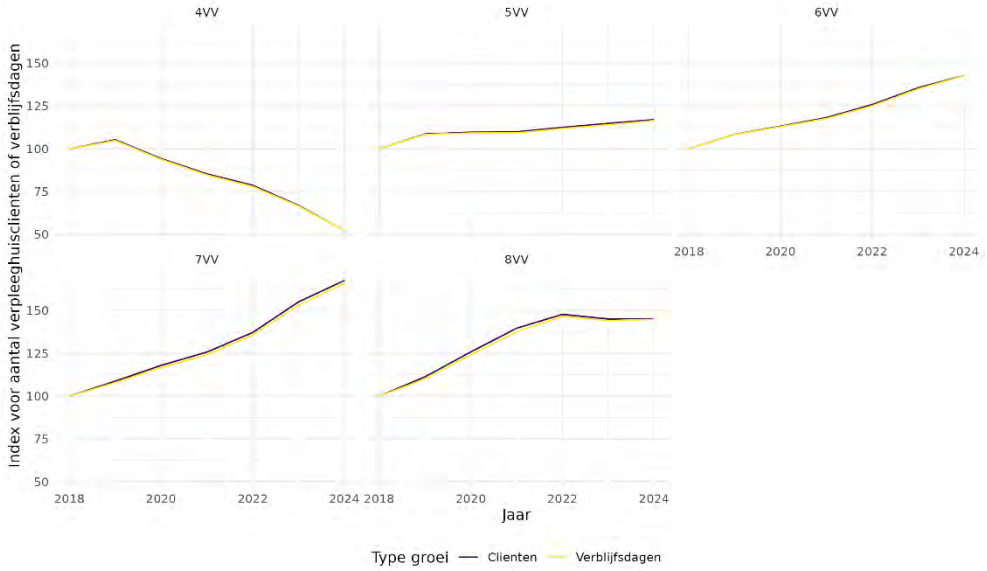
Figuur 3.7 Ontwikkeling van verschillende categorieën van verblijfsduren in verpleeghuizen tussen 2016 en 2024, met uitsplitsing naar zorgprofielen verpleeghuizen (Bron data: CBS-Statline, bewerking RIVM).



Figuur 3.8 Ontwikkeling van totaal aan verblijfsdagen tussen 2018 en 2024, met uitsplitsing naar zorgprofielen verpleeghuizen (Bron data: NZa, bewerking RIVM).



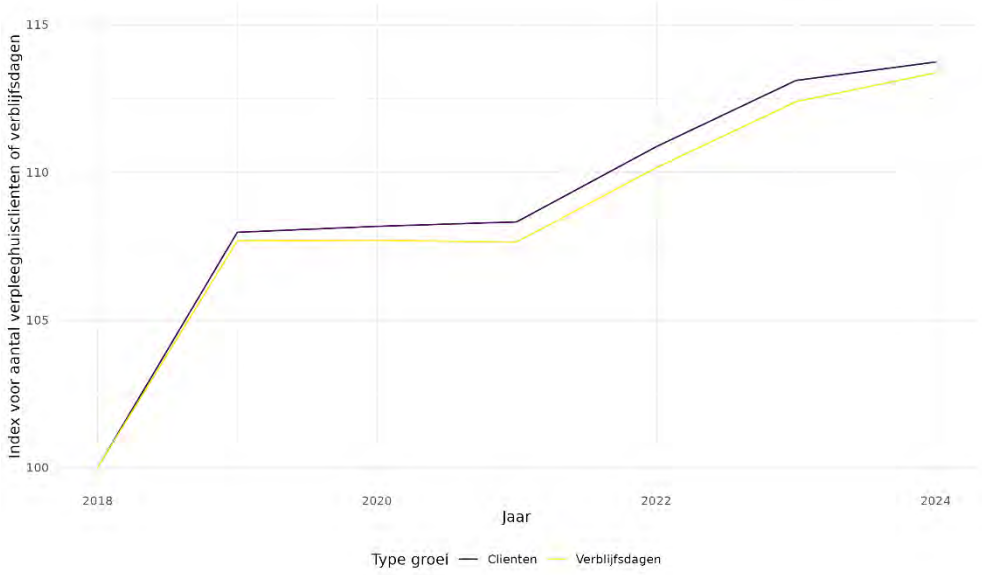
Figuur 3.9 Ontwikkeling aantal cliënten in verpleeghuizen (4VV t/m 8VV) en hun verblijfsdagen tussen 2018 en 2024, met uitsplitsing naar zorgprofielen verpleeghuizen (Bron data: NZa, bewerking RIVM).



Figuur 3.10 is de ontwikkeling afgebeeld van de indexcijfers van het aantal cliënten en het aantal verblijfsdagen in verpleeghuizen in Nederland. De waarden van 2018 zijn op 100 gezet. In 2018 was het aantal cliënten 112.000, en het aantal verblijfsdagen 39,1 miljoen.
Het aantal cliënten groeit na 2018 iets sneller naar 127.000 in 2024 dan het aantal verblijfsdagen dat groeit naar 44,4 miljoen. Dat impliceert dat een deel van de verpleeghuisplekken die in 2018 bezet waren de jaren erna in mindere mate bezet zijn. Gedurende een periode in het jaar neemt het gemiddelde gebruik per plek af. De afname in gebruik van

een verpleeghuisplek komt bijvoorbeeld doordat een cliënt overlijdt, en het een aantal dagen duurt voordat de volgende cliënt de plek kan gebruiken. Het verschil in ontwikkeling is echter klein. De toename in het aantal cliënten dat wordt verzorgd in verpleeghuizen door een kortere ligduur is dus beperkt.

Figuur 3.10 Ontwikkeling aantal cliënten in verpleeghuizen en hun verblijfsdagen tussen 2018 en 2024, met uitsplitsing naar zorgprofielen verpleeghuizen (Bron data: NZa, bewerking RIVM).



3.5 Instroom in de Wlz-verpleeghuiszorg

Kernbevindingen: Het aantal mensen dat wacht op een voorkeursplek voor zorg in een verpleeghuis is sinds 2023 gedaald van 17.000 naar 15.000 eind 2024. Deze daling wordt verklaard door een afgenomen vraag naar 4VV-zorg. Het aantal mensen dat op de wachtlijst staat om actief geplaatst te worden – met name voor 5VV-zorg - steeg tussen 2020 en 2023. Sindsdien lijkt het gestabiliseerd. De meeste mensen wachten totdat er een plek vrijkomt in een verpleeghuis waarvoor ze een voorkeur hebben.

Tussen 2018 en 2025 nam het aantal indicatiestellingen voor Wlz-zorg met zorgprofiel 5VV en hoger toe. Voor zorgprofiel 4VV nam het aantal nieuwe indicaties af. Het percentage 65+ers dat een indicatie voor Wlz-zorg toegekend krijgt, is stabiel gebleven. Binnen de groep 85+ers was er een toename van 12 procent in 2018 naar 14 procent in 2022. In 2024 daalde het percentage weer iets naar 13 procent.

3.5.1 Wachtlijsten voor Wlz-verpleeghuiszorg

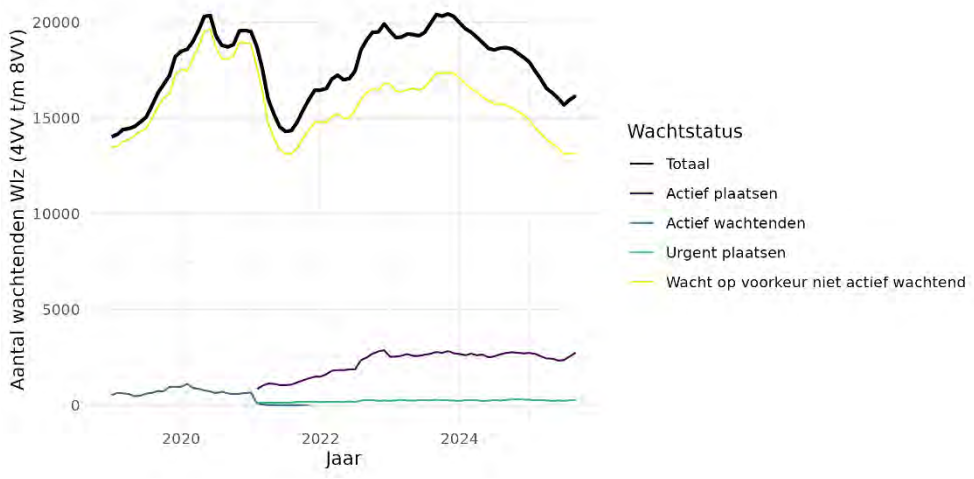
Wanneer ouderen een indicatie voor Wlz-verpleeghuiszorg ontvangen, is er niet altijd direct plek in een verpleeghuis. In dat geval komen mensen op de wachtlijst (zie toelichting). In deze sectie staan wachtlijstdata centraal. We geven een overzicht van het aantal ouderen dat wacht op wlz-verpleeghuiszorg, met aandacht voor verschillende zorgprofielen en wachtstatus. Het aantal ouderen dat op de wachtlijst staat om actief

geplaatst te worden, nam toe, met name voor mensen met een 5VV-zorgprofiel. In lijn met de daling van het aantal cliënten met zorgprofiel 4VV in verpleeghuizen, nam het aantal ouderen met een 4VV-zorgprofiel dat wacht op een plek bij een verpleeghuis in de periode 2019-2024 af.

Toelichting: wachtstatus[21]
Het komt voor dat er geen plek is in een verpleeghuis voor ouderen die wel aanspraak maken op Wlz-verpleeghuiszorg. Als er nog geen plek is bij het verpleeghuis (van voorkeur), dan worden ouderen op de wachtlijst geplaatst. Zij krijgen dan overbruggingszorg. Binnen de wachtlijsten zijn verschillende categorieën. Ouderen die 'wachten op voorkeur' hebben geen urgente behoefte aan zorg met verblijf, maar staan op de wachtlijst voor een specifiek voorkeursverpleeghuis. 'Actief plaatsen' wil zeggen dat ouderen op korte termijn (binnen een half jaar) zorg in een verpleeghuis nodig hebben. Voor 2021 werd dit 'Actief wachten' genoemd. 'Urgent plaatsen' is de categorie van ouderen die zo snel mogelijk opgenomen moet worden in een verpleeghuis[22]. In deze laatste twee categorieën worden ouderen niet altijd in het verpleeghuis van hun voorkeur geplaatst.

Figuur 3.11 toont de ontwikkelingen in het aantal wachtende ouderen op Wlz-verpleeghuiszorg in Nederland tussen 2019 en 2025. De ontwikkeling van het totaal aantal ouderen op wachtlijsten toont een duidelijke dip in 2021, in de coronapandemie. Daarna is er weer een stijging tot in 2023, waarna het aantal wachtenden weer daalt. In 2025 wachtten in totaal 18.000 ouderen op Wlz-verpleeghuiszorg. Het grootste deel van de wachtende populatie bestond uit mensen die wachten op een voorkeursplek (15.000 in 2025). Het aantal mensen dat wachtte op Actieve plaatsing (minder dan 1.000 in 2018; iets minder dan 3.000 in 2025). Het aantal mensen met Urgente plaatsing is constant minder dan 500.

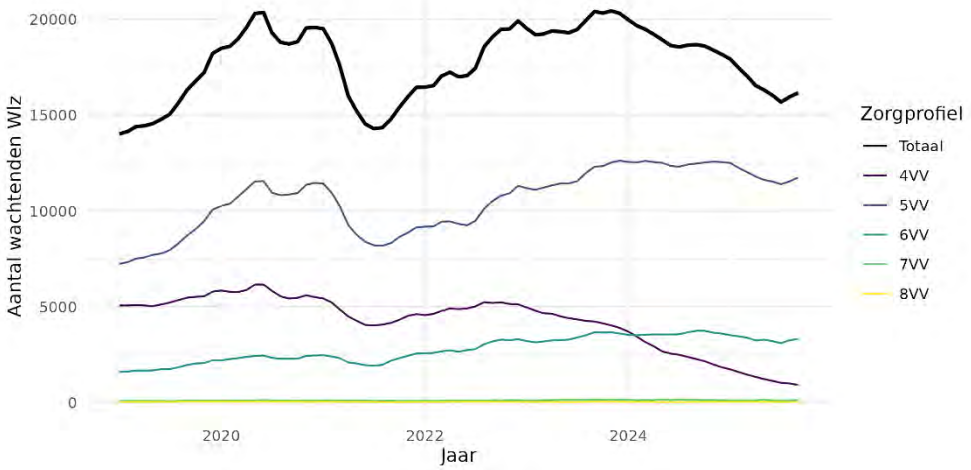
Figuur 3.11 Aantal mensen per maand op wachtlijst voor Wlz-verpleeghuiszorg, naar wachtstatus (Bron data: Zorginstituut Nederland, databewerking RIVM).



[21] Zie ook: Welke betekenis hebben de wachtstatussen? | Zorgcijfersdatabank.nl
[22] In 2021 is de definitie aangepast. Actief wachtend is sindsdien onderverdeeld in Actief plaatsen en Urgent plaatsen.

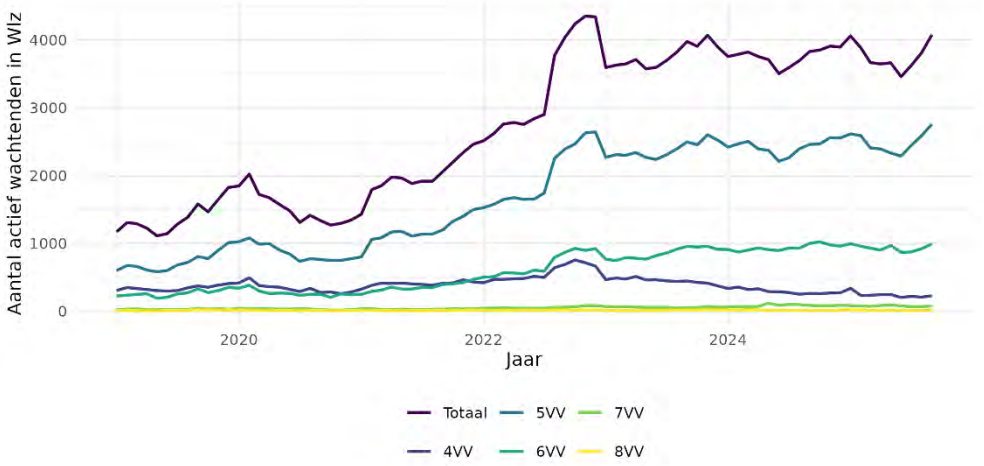
Figuur 3.12 toont de ontwikkeling van het aantal wachtende ouderen, uitgesplitst naar het toegewezen zorgprofiel. Hier zien we dat de grootste groep wachtenden bestaat uit ouderen met een 5VV-indicatie. In lijn met het uitfaseren van 4VV-zorgprofielen, neemt het aantal wachtende ouderen met een 4VV-zorgprofiel af, vooral sinds 2023. Het aantal cliënten met een 5VV-zorgprofiel dat wacht, neemt sinds 2022 toe. Vanaf 2024 vlakt het aantal cliënten met een 5VV-zorgprofiel dat op de wachtlijst staat weer af.

Figuur 3.12 Aantal wachtenden (alle wachtstatussen) per maand op Wlz-verpleeghuiszorg, in totaal en naar zorgprofiel (Bron data: Zorginstituut Nederland, databewerking RIVM).



In Figuur 3.13 staan dezelfde gegevens voor de groep Actief wachtenden (vanaf 2021 is dit door een aangepaste definitie de som van ‘Actief plaatsen’ en ‘Urgent plaatsen’). Hier valt de stijging op in het aantal cliënten met een 5VV- zorgprofiel en in iets minder mate met 6VV-zorgprofiel dat actief wacht. Sinds 2023 lijkt een stabilisatie op te treden in het aantal cliënten dat wacht op actieve plaatsing in een verpleeghuis.

Figuur 3.13 Aantal actief wachtenden per maand op Wlz-verpleeghuiszorg, naar zorgprofiel. Vanaf 2021 is dit door een aangepaste definitie de som van 'Actief plaatsen' en 'Urgent plaatsen' (Bron data: Zorginstituut Nederland, databewerking RIVM).



3.5.2 *Indicatiestellingen*

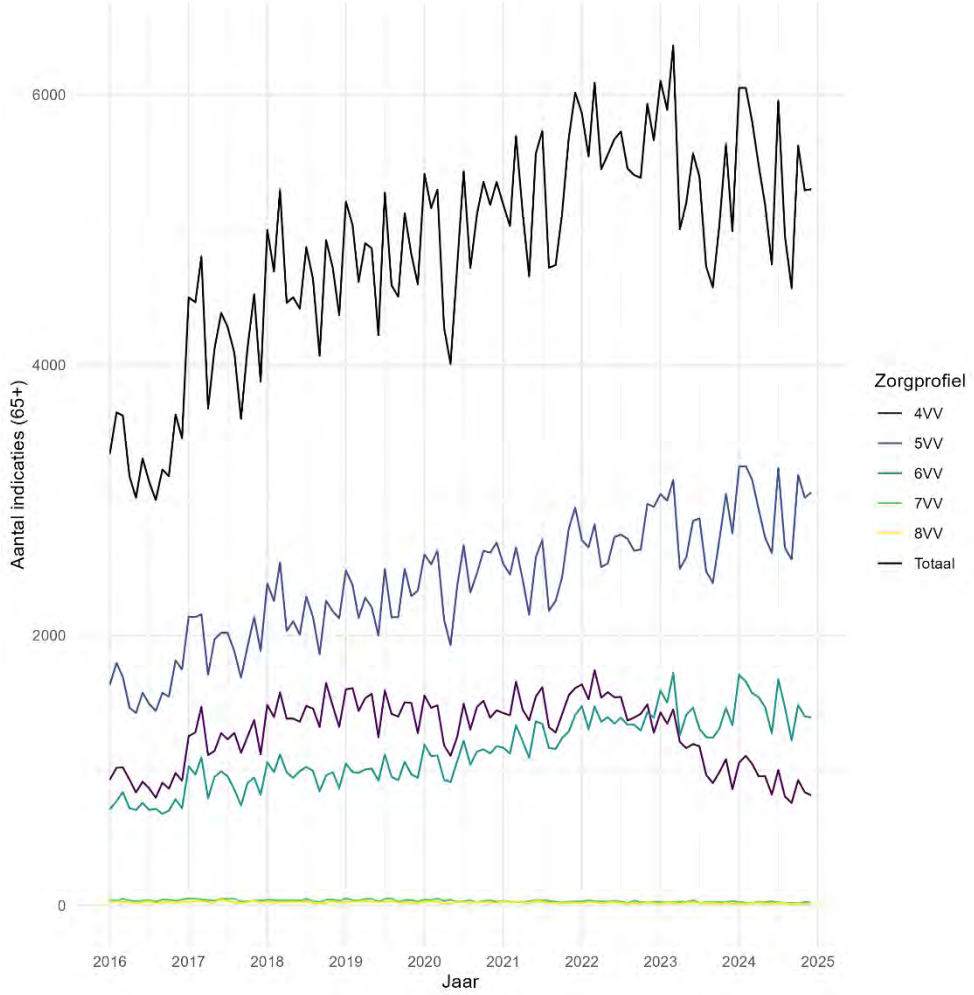
Om aanspraak te maken op Wlz-zorg, moet een zorgbehoevende een indicatieaanvraag indienen bij het CIZ. Het CIZ stelt vervolgens vast of de zorgvrager recht heeft op Wlz-zorg, de indicatiestelling. Zo ja, dan wordt de indicatieaanvraag toegekend. Om een beeld te schetsen van de ontwikkeling in het aantal ouderen dat zorg toegekend krijgt, beschrijft deze sectie de ontwikkelingen over tijd in het aantal indicatiestellingen van cliënten die voorheen nog geen Wlz-zorg hadden. Tussen 2018 en 2025 nam het aantal indicaties voor zorgprofiel 5VV en hoger toe.

In het aantal toegekende indicaties voor Wlz-zorg is voor zorgprofiel 4VV een daling te zien tussen 2016 en 2025. Het aantal indicaties voor 5VV en 6VV is gestegen. 7VV en 8VV zijn beperkt in omvang.

In Figuur 3.14 staat de ontwikkeling van het absoluut aantal ouderen dat een nieuwe Wlz-indicatie heeft ontvangen per maand. Tussen 2016 en 2022 nam het aantal gehonoreerde aanvragen ieder jaar toe. In 2016 waren er ongeveer 3.000 nieuwe Wlz-indicaties per maand, tegenover 5.000 in 2023. Het aantal nieuwe toegekende indicaties stabiliseert in de jaren daarna.

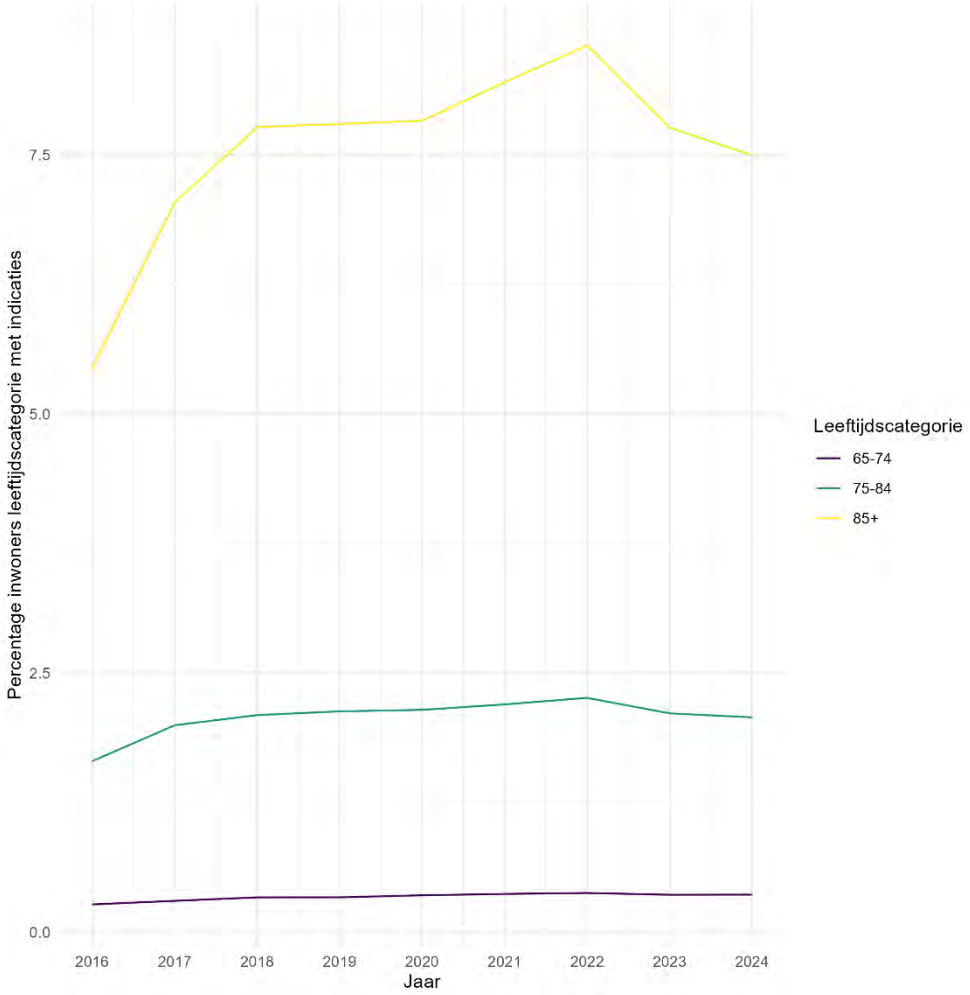
Gedurende de hele periode 2018-2025 zijn de meeste nieuwe Wlz-indicatiebesluiten voor een zorgprofiel 5VV. Tot 2022 is het aantal ouderen dat zorgprofiel 4VV of 6VV krijgt ongeveer gelijk. In lijn met de uitfasering van het zorgprofiel 4VV, nam na 2022 het aantal zorgprofiel 4VV indicaties af. Bij de andere zorgprofielen bleven de aantallen op hetzelfde niveau in die periode.

Figuur 3.14 Aantal nieuwe gehonoreerde indicatiestellingen per maand voor Wlz-verpleegzorg, totaal en naar zorgprofiel (2016-2025) (Bron data: CIZ, databewerking RIVM).



Figuur 3.15 toont het percentage ouderen in Nederland per leeftijdsgroep dat een Wlz-indicatie heeft ontvangen. Per jaar is het aantal mensen in die leeftijdsgroep dat een indicatie heeft ontvangen, gedeeld door het aantal mensen in Nederland in dat jaar. Van de mensen die tussen de 65 en 74 jaar oud zijn, ontvangt ieder jaar minder dan een half procent een indicatie voor Wlz-zorg. Daarin zit een lichte stijging (van 0,27% in 2016 naar 0,36% in 2024). Dat kwam overeen met ongeveer 4.700 ouderen in 2016 en 7.100 ouderen in 2024. Voor de leeftijd tussen 75 en 85 jaar stijgt het percentage ouderen dat jaarlijks een indicatie ontvangt ook licht, van 1,65 procent naar 2,07 procent. Dit gaat respectievelijk gepaard met ongeveer 16.000 mensen in 2016 en 27.000 mensen in 2024. Bij de groep mensen van 85 jaar en ouder is er een lichte stijging in het aantal ontvangen indicaties tot en met 2022; van 5,4 procent naar 8,6 procent Na 2022 neemt het aantal nieuwe indicaties weer af tot 7,5 procent in 2024. Dat zijn in totaal 31.000 ouderen in 2024.

Figuur 3.15 Percentage mensen per jaar per leeftijdsgroep (65-74 jaar, 75-84 jaar, 85+) met een nieuwe en gehonoreerde indicatieaanvraag voor Wlz-zorg (Bron data: CIZ, databewerking RIVM).



3.6 Regionale ontwikkelingen van Wlz-zorggebruik 2018-2024

Kernbevinding: Er zijn geen duidelijke verschillen gevonden tussen regio's in de ontwikkeling van het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg. Regio's verschillen wel in het aantal cliënten van Wlz-zorg per inwoner – te verklaren door kenmerken van de populaties – maar de ontwikkeling over tijd is in grote lijnen gelijk.

Om te onderzoeken of er structurele verschillen bestaan in de ontwikkeling van het aantal mensen dat Wlz-zorg gebruikt tussen regio's of delen van Nederland, zijn verschillende analyses uitgevoerd. We hebben gekeken of er verschillen zijn in de ontwikkeling van het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg tussen zorgkantoorregio's in noord-, zuid-, west-, oost-, en midden-Nederland. Deze analyses hebben geen duidelijke patronen opgeleverd die duiden op regionale verschillen in de ontwikkeling van het aantal mensen dat zorg gebruikt.

Er zijn wel verschillen tussen regio's in het aantal zorggebruikers. De verschillen in aantallen zorggebruikers zijn te verwachten door variatie

in kenmerken van de populaties binnen de regio's (bijvoorbeeld relatief veel of weinig ouderen en de regio-omvang). De ontwikkelingen over tijd gaan echter overal min of meer gelijk op. We vonden geen aanwijzingen dat sommige regio's sterk afwijken van het landelijke beeld, zoals beschreven in dit hoofdstuk.

3.7 Bevindingen uit interviews met professionals

Kernbevinding: Vrijwel alle geïnterviewde professionals herkennen signalen van veranderende vraag in de ouderenzorg. Zij zien dat de zorg van mensen met lichtere indicaties vaker thuis plaatsvindt. In veel gevallen vertaalt dit zich volgens hen in kortere wachtlijsten of zelfs periodieke leegstand. In toenemende mate verblijven cliënten minder dan drie maanden. Dat betekent dat iedere kamer per jaar een groter aantal bewoners heeft. Iedere keer dat een nieuwe bewoner komt, betekent dat extra werk voor verpleeghuismedewerkers. De meeste professionals beschouwen de vraagverandering niet als een tijdelijke fluctuatie, maar als een structurele ontwikkeling.

De geïnterviewden zien twee duidelijke, nauw met elkaar verweven verklaringen voor deze ontwikkeling: 1) de effecten van beleid dat gericht is op langer thuis wonen; en 2) de veranderingen in de behoeften en verwachtingen vanuit ouderen. Deze ontwikkelingen vragen aanpassingen van verpleeghuizen, met name van verpleeghuizen die voorheen gericht waren op het leveren van lichtere zorg (zorgprofiel 4VV).

Algemeen beeld

Om een beeld te krijgen van hoe ontwikkelingen in de ouderenzorg in de praktijk worden ervaren, zijn interviews gehouden met experts en zorgprofessionals uit het veld. Deze gesprekken geven inzicht in welke veranderingen zij signaleren in het zorggebruik, welke verklaringen zij hiervoor zien en hoe zij in de praktijk hiermee omgaan.

Vrijwel alle geïnterviewden – bestuurders van zorgorganisaties, wetenschappelijke experts, klantbemiddelaars - herkennen signalen van veranderende vraag in de ouderenzorg. Hoewel sommigen deze ontwikkelingen minder sterk herkennen, onderschrijft de overgrote meerderheid van de geïnterviewden dat zij ervaren dat dit in toenemende mate leidt tot kortere wachtlijsten en zelfs (periodieke) leegstand binnen de reguliere verpleeghuiszorg. Leegstand ervaren zij als een probleem. Uit de gesprekken maken we op dat de impact van vraagveranderingen lijkt te verschillen per organisatie en dat er duidelijke regionale verschillen zichtbaar zijn, waarop we in hoofdstuk 4 uitgebreider ingaan. De meeste geïnterviewden beschouwen vraagverandering niet als een tijdelijke fluctuatie, maar als een structurele ontwikkeling.

In het landelijke beeld komen uit gesprekken met de geïnterviewden twee duidelijke, nauw met elkaar verweven ontwikkelingen naar voren: de effecten van beleidsmatige veranderingen enerzijds, en veranderingen in de zorgvraag en voorkeuren vanuit ouderen anderzijds. Beide thema's keren in vrijwel alle gesprekken terug. Ze

worden door de geïnterviewden gezien als belangrijke verklaringen voor de huidige ontwikkelingen in de ouderenzorg.

Beleid gericht op langer thuis wonen

De geïnterviewde bestuurders signaleren dat de samenstelling van de bewonerspopulatie verandert. Als gevolg van beleidsontwikkelingen rondom de toegang tot verpleeghuiszorg, waaronder de afbouw van intramurale opname voor cliënten met een 4VV-zorgprofiel en de stimulering van zorg via het Volledig Pakket Thuis (VPT), worden cliënten met een 4VV-zorgprofiel vaker langer thuis ondersteund en verhuizen zij minder vaak naar het verpleeghuis.

De geïnterviewden geven aan dat nieuwe bewoners daardoor cliënten zijn met een zwaarder zorgprofiel, vanaf 5VV of hoger. Deze cliënten hebben meestal een kortere verblijfsduur in het verpleeghuis, waardoor het verloop onder bewoners toeneemt.

“Maar wat wel een echte gamechanger kan zijn, is de verblijfsduur. Als die korter wordt, kun je met hetzelfde aantal plekken veel meer mensen helpen. Dat zou de capaciteit in feite kunnen verdubbelen.” (Bestuurder regio Nijmegen)

In organisaties die van origine verzorgingshuizen zijn, waren processen, organisatiestructuren en financiële modellen volgens hen nog ingericht op een relatief lange verblijfsduur van bewoners. Door de instroom van bewoners met zwaardere zorgvragen en een kortere verblijfsduur komt dit model volgens de geïnterviewden onder druk te staan. Dat gaat volgens hen niet alleen over het businessmodel, bijvoorbeeld rondom bedbezetting, doorstroom en planning, maar ook over de organisatie van zorg en personeelsinzet.

“We hadden pas drie vrije bedden in één weekend. Dat heb ik in vijftien jaar nog nooit meegemaakt. Of je één kamer per week moet vullen of drie per week, dat kost allemaal tijd en werk.” (Klantbemiddelaar regio Zuid-Holland)

“De doorloop is zo snel dat het bijna niet te volgen is met het plaatsen van nieuwe bewoners. De gemiddelde verblijfsduur is net iets langer dan vijf maanden. Er zijn mensen die al jaren bij ons wonen, maar nieuwe bewoners blijven meestal tussen de één en twee maanden. Dus een appartement krijgt vijf of zes keer per jaar nieuwe bewoners. We worden steeds meer een verblijfsorganisatie dan een woonorganisatie, een soort palliatieve instelling.” (Bestuurder regio Drenthe)

De geïnterviewden geven daarnaast aan dat personeelstekorten in sommige situaties ook bijdragen aan leegstaande bedden, doordat organisaties onvoldoende capaciteit hebben om de benodigde zorg te leveren en bedden daarom leeg blijven. Hoewel dit in de interviews minder prominent naar voren komt dan andere verklaringen, wordt het door meerdere geïnterviewden wel genoemd als relevante factor. Daarbij geven verschillende deelnemers aan de interviews aan dat deze problematiek sterker lijkt te spelen in specifieke regio’s, waar we in hoofdstuk 4 uitgebreider op ingaan.

Gezondere ouderen & veranderende voorkeuren

In de interviews komt een beeld naar voren van de 'veranderende ouderen'. Geïnterviewden aan de kant van zorgorganisaties beschrijven dat ouderen andere verwachtingen van en voorkeuren voor wonen en zorg hebben dan voorheen. In hoofdstuk 5 gaan we uitgebreider in op hoe ouderen zelf deze ontwikkelingen ervaren, op basis van de focusgroepen die voor dit onderzoek zijn gevoerd. Geïnterviewden benadrukken dat de huidige veranderingen in de zorgvraag niet uitsluitend zijn te verklaren vanuit beleid rondom langer thuis wonen. Volgens veel geïnterviewden sluit het beleid aan op een bredere maatschappelijke ontwikkeling waarin ouderen andere voorkeuren hebben voor wonen en zorg.

"Beleid rondom langer thuis wonen sluit niet zozeer vooroplopend, maar eerder achterlopend aan bij wat ouderen zelf willen: beschut wonen, in kleinschalige verbanden, zoals knarrenhofjes. Veel daarvan ontstaat ook spontaan, zonder beleid." (Wetenschappelijk expert ouderenzorg)

Ouderen zijn volgens hen mondiger en stellen hogere eisen aan wonen en zorg: ze willen en kunnen over het algemeen langer en zelfstandiger thuis wonen, denken actief na over hun toekomst, en kiezen bewust voor reablement – het versterken van eigen zelfredzaamheid[23] - en eigen regie.(16)

"De generatie vóór hen, de stille generatie genoemd, accepteerde vaker de gegeven situatie: "niet klagen maar dragen." Babyboomers zijn anders opgevoed, beter opgeleid, mondiger en hebben andere verwachtingen en mogelijkheden. Beperkingen worden anders beleefd en anders georganiseerd." (Wetenschappelijk expert ouderenzorg)

Niet alleen ouderen zelf, maar ook mantelzorgers en andere naasten stellen volgens de geïnterviewde bestuurders en klantbemiddelaars steeds vaker specifieke eisen aan woonzorgvoorzieningen. Klantbemiddelaars geven bijvoorbeeld aan dat locaties met gedeeld sanitair vaker te maken hebben met leegstand. Volgens verschillende bestuurders hangt dit ook samen met het feit dat er meer alternatieven beschikbaar zijn, waaronder commerciële of particuliere zorgaanbieders, waardoor ouderen en hun omgeving kritischer kunnen kiezen welke voorziening het beste aansluit bij hun wensen en verwachtingen.

"De cliënt zelf heeft het soms niet eens door, maar familie zegt: dat wil ik niet, een gedeeld toilet met de buurvrouw. Als mensen honderd meter verderop een appartement met eigen sanitair kunnen krijgen, dan kiezen ze daar natuurlijk voor." (Klantbemiddelaar regio Gelderland)

Samenvatting

Vrijwel alle geïnterviewde professionals herkennen signalen van veranderende vraag in de ouderenzorg. Zij zien dat de zorg van mensen met lichtere indicaties vaker thuis plaatsvindt. De geïnterviewden zien

[23] Reablement is een benadering binnen de ouderenzorg die zich richt op het behouden, herstellen of versterken van de zelfredzaamheid van cliënten. Daarbij staat centraal wat mensen nog wél zelfstandig kunnen en hoe zij ondersteund kunnen worden om dagelijkse activiteiten zoveel mogelijk zelf te blijven uitvoeren, in plaats van zorgtaken volledig over te nemen. Het doel van reablement is om de eigen regie, zelfstandigheid en kwaliteit van leven van cliënten te bevorderen.

twee duidelijke, nauw met elkaar verweven verklaringen voor deze ontwikkeling: 1) de effecten van beleid dat zich richt op langer thuis wonen; en 2) de veranderingen in de behoeften en verwachtingen vanuit ouderen.

4 Ontwikkelingen in verpleeghuizen in Nederland

Deelvraag: Zijn er ontwikkelingen in verpleeghuizen die duiden op structurele veranderingen in het gebruik van ouderenzorg?

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat de gemiddelde bezettingsgraad van verpleeghuizen is veranderd tussen 2018 en 2024. Niet over alle verpleeghuizen zijn over de gehele periode data beschikbaar.

- De ontwikkeling in bezetting varieert tussen verpleeghuizen. Voor ongeveer één op de vijf onderzochte instellingen is er een daling in het totale aantal bezette plekken.
  - Bij de verpleeghuizen met een dalende bezetting heeft drie op de vijf een afname van meer dan drie bezette plekken per jaar.
  - Bij de helft van de verpleeghuizen met een dalende bezetting zien we ook een daling in cliënten met zorgprofiel 4VV. Daarnaast hebben deze verpleeghuizen kortere wachtlijsten voor cliënten met zorgprofielen 5VV t/m 8VV. De terugloop in cliënten met een zorgprofiel 4VV lijkt niet (volledig) te worden opgevuld met cliënten met zwaardere zorgprofielen.
- Geïnterviewde zorgbestuurders herkennen dat lokale leegstand voorkomt. Zij geven aan dat het voor sommige verpleeghuizen moeilijker is om mee te bewegen met een veranderende zorgvraag dan voor anderen. Een factor van invloed is volgens hen bijvoorbeeld regionale variatie in de sociaaleconomische positie van ouderen. Welvarende ouderen hebben meer mogelijkheden om zorg via particulier aanbod te organiseren. Ook organisatiegrootte en anticiperend beleid worden genoemd. Grotere organisaties zijn flexibeler omdat ze vaak al meer soorten aanbod in huis hebben en meer ruimte hebben om investeringen te doen. Sommige organisaties hebben al vroeg geanticipeerd op de huidige ontwikkelingen waardoor zij volgens bestuurders nu minder problemen ervaren.

4.1 Ontwikkelingen in de bezetting van verpleeghuizen

Kernbevinding: De gemiddelde bezettingsgraad van de grotere verpleeghuizen was stabiel tussen 2016 en 2024. Dit gaat om een selectie van verpleeghuizen waar minimaal 20 cliënten kunnen verblijven. Zowel het aantal beschikbare plaatsen in verpleeghuizen, als de bezetting namen toe in absolute zin. Er is echter wel variatie tussen verpleeghuizen. In recente jaren (2021-2024) zien we bijvoorbeeld:

- Ongeveer de helft (47%) van de onderzochte verpleeghuizen heeft een toename in het aantal bezette plekken.
  - Over het algemeen hebben zij een toename in bezette plekken door cliënten met zwaardere zorgprofielen (5VV en zwaarder).
- Bij ongeveer één op de vijf (23%) verpleeghuizen is er een dalende bezetting. Drie van de vijf verpleeghuizen met dalende bezetting (14% van het totaal aantal verpleeghuizen in deze analyse) heeft in 2024 ten minste negen plekken minder bezet dan in 2021.

- o Voor meer dan de helft van deze verpleeghuizen wordt de afname in 4VV-bezetting niet, of slechts deels gecompenseerd door een toename in bezetting voor overige zorgprofielen.
- Voor drie op de tien (30%) verpleeghuizen blijft de bezetting nagenoeg gelijk in de periode 2021-2024.

In hoofdstuk 3 bleek dat het aantal cliënten in verpleeghuizen tussen 2018 en 2024 steeg van 112.000 naar 127.000. Tegelijkertijd melden zorgaanbieders dat zij leegstand hebben, zoals beschreven in de aanleiding (sectie 1.1). Daarom kijken we in deze sectie naar de ontwikkeling van de bezettingsgraad van verpleeghuizen in Nederland.

Voor deze analyses zijn op basis van de CBS-microdata verpleeghuizen geselecteerd waarvan gedurende de periode 2016-2024 volledige data beschikbaar waren. Het is mogelijk dat een deel van de verpleeghuizen waarvoor geen volledige data beschikbaar waren, juist verpleeghuizen waren die hebben moeten stoppen, zijn gefuseerd door een te sterke terugloop in de bezetting of hun bestaande zorgovereenkomst niet hebben kunnen verlengen[24]. Het is daarom niet uit te sluiten dat het aantal verpleeghuizen met een sterke terugloop in bezetting in Nederland groter is dan in deze analyses.

Voor dit onderzoek hadden we geen data over de capaciteit van verpleeghuizen[25]. Er is gekozen voor een aanpak die de maximale capaciteit van verpleeghuizen schat op basis van gemeten zorggebruik. Een piek in het aantal bezette plekken is gebruikt als benadering voor maximale capaciteit. Deze benadering heeft weliswaar enige onzekerheid in zich, maar is, gelet op de beschikbare gegevens, de best mogelijke schatting. De cijfers voor capaciteit moeten in absolute zin met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De cijfers geven wel een redelijk beeld van het verloop in (geschatte) capaciteit over tijd.

4.1.1 *Gemiddelde bezettingsgraad van grotere verpleeghuizen*

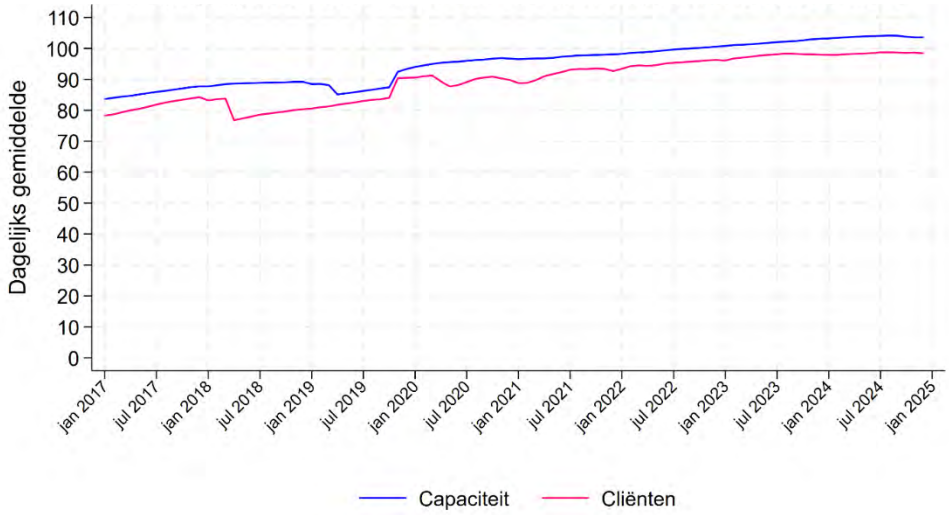
Als eerst kijken we naar de gemiddelde bezettingsgraad van verpleeghuizen. Daarvoor zijn op basis van de CBS-microdata 849[26] verpleeghuizen geselecteerd waarvan gedurende de periode 2016-2024 volledige data beschikbaar waren, en die minimaal twintig cliënten hadden op ten minste één dag gedurende die periode. Er is gekozen voor de grotere verpleeghuizen met minimaal twintig cliënten, omdat bij kleinere verpleeghuizen een verschil van een of twee cliënten leidt tot relatief grote verschillen in de bezettingsgraad. Voor een landelijk beeld kan dat een vertekening geven. In de praktijk kunnen kleine fluctuaties in bezetting echter juist bij kleine verpleeghuizen wel voor problemen zorgen in de bedrijfsvoering. Het is belangrijk hiermee rekening te houden bij de interpretatie van de resultaten in deze sectie. De kleine verpleeghuizen worden wel in sectie 4.1.3 beschouwd.

[24] Mogelijk zijn er nog andere redenen waarom verpleeghuizen niet volgbaar zijn gedurende de gehele periode en daarom buiten de selectie vallen. In de (gepseudonimiseerde) microdata van het CBS is niet duidelijk om welke specifieke reden een verpleeghuis niet meer volgbaar is.
[25] De maximalisering van het totaal aantal verpleeghuisplekken op 130.000 zoals genoemd in 1.3, is niet per definitie gelijk aan het aantal gerealiseerde plekken.
[26] Volgens de CBS-microdata zijn er 2.610 verpleeghuizen over de periode 2016-2024. Als van dit aantal wordt uitgegaan, betreft de gebruikte selectie ongeveer 32.5 procent van alle verpleeghuizen en ongeveer 68.6 procent van alle verblijfsdagen in die periode.

De bezettingsgraad wordt berekend door het aantal cliënten te delen door een schatting van het aantal beschikbare plekken, de capaciteit. Voor de berekening van capaciteit zijn drie groepen gemaakt, namelijk plekken voor cliënten met zorgprofiel 4VV, plekken voor cliënten met zorgprofiel 5VV en plekken voor cliënten met zorgprofiel 6VV t/m 8VV.

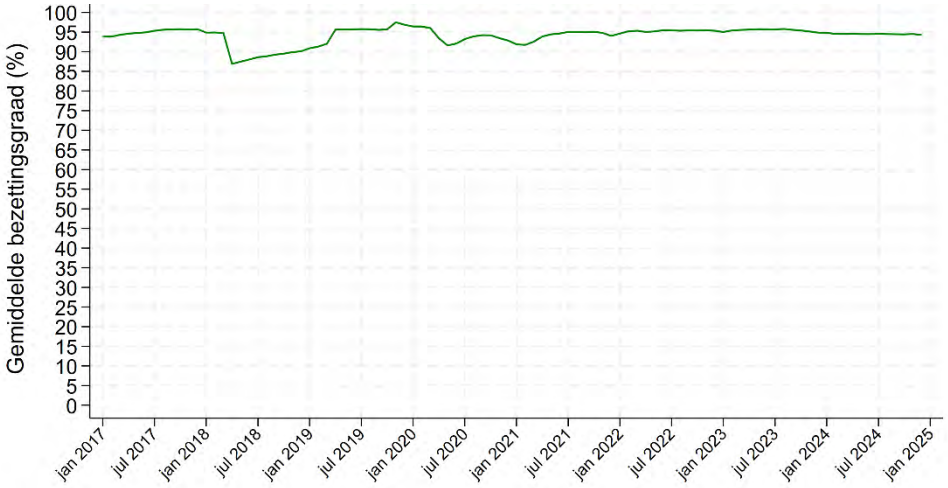
De gemiddelde bezettingsgraad van verpleeghuizen is stabiel in de periode 2016-2024. In Figuur 4.1 staat het gemiddeld aantal cliënten per dag en een benadering van de capaciteit[27] van de verpleeghuizen. De figuur toont een stijging voor zowel het gemiddeld aantal dagelijkse cliënten, als de capaciteit. Dat komt overeen met de bevinding in hoofdstuk 3 dat het aantal mensen met een Wlz-indicatie dat in een verpleeghuis verblijft, is toegenomen. Aangezien de groei van de capaciteit gelijkloopt met de groei van het aantal cliënten, is de bezettingsgraad ongeveer gelijk gebleven. Dat blijkt uit Figuur 4.2. De bezettingsgraad blijft sinds 2021 rond de 95 procent. Dat betekent dat we hierin geen aanwijzingen zien voor vraaguitval.

Figuur 4.1 Dagelijks gemiddelde aantal cliënten (zorgprofielen 4VV t/m 8VV) en capaciteit bij benadering per verpleeghuis over 2017-2024 (n=849 verpleeghuizen. NB: Van deze grafiek kan dus niet het totaal aan capaciteit en cliënten in Nederland worden afgeleid, omdat niet alle verpleeghuizen meegenomen zijn).



[27] Zie sectie 2.2.1 voor een toelichting op de benadering van de capaciteit.

Figuur 4.2 Dagelijks gemiddelde bezettingsgraad bij benadering per verpleeghuis over 2017-2024 (n=849).

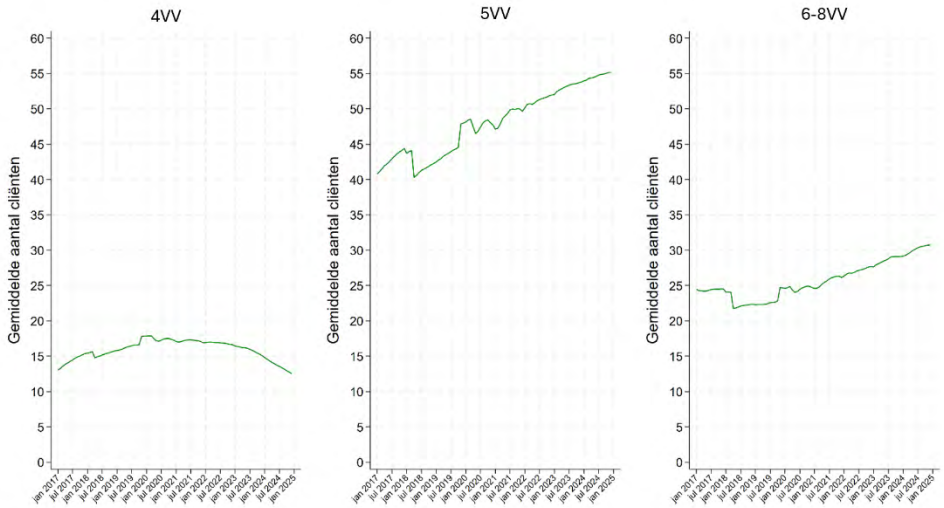


4.1.2 *Aantal cliënten in verpleeghuizen, uitgesplitst naar zorgprofiel*

Het totaal aantal cliënten dat in een verpleeghuis verblijft, nam tussen 2016 en 2024 toe. Dat blijkt zowel op landelijk niveau (zie hoofdstuk 3), als binnen de selectie van grotere verpleeghuizen (zie 4.1.1). In hoofdstuk 3 bleek ook dat deze ontwikkeling niet voor alle zorgprofielen gelijk is. Het aantal cliënten met zorgprofiel 4VV nam af en de hogere zorgprofielen namen toe. In deze sectie laten we zien wat dat betekent voor het gemiddeld aantal cliënten met verschillende zorgprofielen per verpleeghuis.

Figuur 4.3 toont het gemiddeld aantal dagelijkse cliënten in een verpleeghuis per zorgprofiel. Overeenkomstig de bevindingen uit hoofdstuk 3 hangt de stijging van het aantal dagelijkse cliënten vooral samen met de forse stijging van cliënten met zorgprofiel 5VV, en in minder mate met de stijging van cliënten met zorgprofiel 6VV t/m 8VV. De recente daling (vanaf 2021; in lijn met het beleid) in cliënten met een zorgprofiel 4VV is ook zichtbaar in de data op verpleeghuisniveau. Deze daling wordt gemiddeld genomen in deze verpleeghuizen ruimschoots gecompenseerd door de stijging in 5VV en 6VV t/m 8VV.

Figuur 4.3 Gemiddelde aantal cliënten per aanbieder over de periode 2017-2024, met uitsplitsing naar 4VV, 5VV, en 6VV t/m 8VV (n=849 verpleeghuizen).



4.1.3 *Variatie tussen verpleeghuizen in de ontwikkeling van de bezetting*

Hoewel de gemiddelde bezetting van verpleeghuizen tussen 2016 en 2024 steeg (4.1.1), is de ontwikkeling niet hetzelfde voor alle verpleeghuizen. In deze sectie kijken we naar verschillen tussen verpleeghuizen. In deze analyses was het mogelijk om 1.282 van de meer dan 2.000 verpleeghuizen te betrekken. Dit zijn verpleeghuizen waarvoor volledige data beschikbaar waren voor de onderzochte periode, en bevat dit keer ook de kleinere verpleeghuizen (met minder dan 20 cliënten). In Tabel 4.1 is te zien dat in de periode 2017-2020 in totaal 231 verpleeghuizen (18%) een afname in bezetting hadden van tenminste één plek per jaar of meer. In de periode 2021-2024 gold dat voor 294 verpleeghuizen (22.9%). Aan de andere kant zijn er aanzienlijk meer verpleeghuizen met een toenemende bezetting, namelijk 722 verpleeghuizen (56%) in de periode 2017-2020 en 609 verpleeghuizen (47.5%) in de periode 2021-2024. Dit ligt in lijn met de eerdere bevinding dat gemiddeld gesproken de bezetting toeneemt.

Van de verpleeghuizen met een afname in bezetting hadden tussen 2017 en 2020 83 verpleeghuizen (6.7%) een afname van drie tot tien minder bezette plekken per jaar. Over de totale periode van drie jaar betekent dit een totale afname tussen de negen en dertig plekken per verpleeghuis. Tussen 2021 en 2024 was dit het geval voor 143 verpleeghuizen (11.2%). Daarnaast is er in beide tijdsperioden een kleinere groep (33 verpleeghuizen, 2.6%) die een nog sterkere afname zagen van ten minste tien minder bezette plekken per jaar. Deze groep zag dus over een periode van drie jaar tijd de bezetting afnemen met minimaal dertig plekken.

Een vergelijking tussen 2017-2020 en 2021-2024 maakt duidelijk dat het aantal verpleeghuizen met een afname in bezette plekken groter is geworden in recente jaren. Het grootste verschil zit in de groep verpleeghuizen met een afname in de bezetting van drie tot tien plekken per jaar. In de periode 2017-2020 vielen 86 (6.7%) van de onderzochte

verpleeghuizen in deze groep. In 2021-2024 waren dat 143 verpleeghuizen (11.2%); een verschil van +57 verpleeghuizen (+4.5%). Daarbij is het aantal verpleeghuizen dat een toenemende bezetting heeft (tussen de één en tien plekken erbij per jaar) juist kleiner geworden in recente jaren. Waar in totaal tussen 2017 en 2020 nog 665 verpleeghuizen (52%) een jaarlijkse gemiddelde toename in de bezetting zagen van één tot tien plekken, waren dat in de periode 2021-2024 nog slechts 531 verpleeghuizen (41%). Ondanks dat er meer verpleeghuizen zijn met een toenemende bezetting dan met een afnemende bezetting, nam het aandeel verpleeghuizen met een toenemende bezetting in recente jaren wel af.

Door de selectie van verpleeghuizen op basis van beschikbare data is niet uit te sluiten dat het aantal verpleeghuizen met een sterke terugloop in bezetting in Nederland groter is dan in deze analyses.

Tabel 4.1 Tellingen van het aantal verpleeghuizen voor elke categorie in de gemiddelde jaarlijkse verandering in totale bezetting van plekken over 2017-2020 en 2021-2024 (n=1282).

Gemiddelde jaarlijkse verandering in totale bezetting van plekken	2017-2020		2021-2024	
	Aantal	%	Aantal	%
Sterkste afname: meer dan 10 plekken minder per jaar[1]	33	(2.6%)	33	(2.6%)
Sterkere afname: tussen -10 en -3 plekken per jaar	86	(6.7%)	143	(11.2%)
Afname: tussen -3 en -1 plekken per jaar	112	(8.7%)	118	(9.2%)
Vrijwel stabiel: tussen -1 en 1 plek per jaar	329	(25.7%)	379	(29.6%)
Toename: tussen 1 en 3 plekken meer per jaar	352	(27.5%)	284	(22.2%)
Sterkere toename: tussen 3 en 10 plekken meer per jaar	313	(24.4%)	247	(19.3%)
Sterkste toename: 10 of meer plekken erbij per jaar	57	(4.4%)	78	(6.1%)
Totaal van selectie van verpleeghuizen	1282	(100%)	1282	(100%)

[1] Dat betekent totaal dertig of meer plekken minder over de hele periode van drie jaar.

4.1.4 *Relatie tussen totale bezetting en 4VV bezetting*

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat de enige daling in het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg is te zien voor cliënten met zorgprofiel 4VV. Daarom kijken we in deze sectie in hoeverre de afname van het totale aantal cliënten in een deel van de grotere verpleeghuizen (zie 4.1.3) samengaat met een afname van cliënten met zorgprofiel 4VV.

Onder de verpleeghuizen die een afname in totale bezetting hebben, blijkt inderdaad ook relatief vaak een afname in de bezetting van 4VV plekken voor te komen. Tabel 4.2 toont gegevens over de periode 2021-2024. Dit is de periode waarin een afname in bezetting van 4VV-plekken in verpleeghuizen het meest voorkwam (zie Figuur 4.3). In de voorafgaande periode 2017-2020, hadden slechts 136 (10.6%)

verpleeghuizen een afname in 4VV-bezetting (niet vermeld in de tabel). In 2021-2024 was dit toegenomen naar 532 (242+290) verpleeghuizen (41,5%). Dat past bij de ingezette beleidslijn in die periode om lichtere zorg zoveel mogelijk thuis te geven. In 2021-2024 hingen afnames in totale bezetting daarnaast vaker samen met afnames in 4VV-bezetting, dan in de periode 2017-2020 (niet afgebeeld). Daarbij is nog wel op te merken dat meer dan de helft van de onderzochte verpleeghuizen (58,5%) geen afname in 4VV-bezetting had. Mogelijk is dit een teken voor een onevenredige verdeling van de vraag naar 4VV-zorg over alle verpleeghuizen. Nieuwe cliënten voor 4VV zouden dan bijvoorbeeld verhoudingsgewijs vaker bij de genoemde 58,5 procent terechtkomen. Sectie 4.2.1 verkent de instroom van nieuwe cliënten verder.

Van de 1.282 geselecteerde verpleeghuizen (zoals beschreven in 4.1.3) zijn er in totaal 242 verpleeghuizen die specifiek voor 4VV een afname van drie of meer bezette plekken per jaar hadden. Meer dan de helft daarvan (42,1 + 9,1 = 51%) had in dezelfde periode ook een afname in totale bezetting. Daarnaast hadden 290 verpleeghuizen voor 4VV een afname tussen één en drie bezette plekken per jaar. Van deze groep had een derde ook een afname in totale bezetting (13,8 + 17,6 = 31,4%). Bij verpleeghuizen die geen afname in 4VV-bezetting hadden, komt maar bij 10 procent een afname in totale bezetting voor. Bij deze verpleeghuizen gaat afname in 4VV-bezetting gaat dus gepaard met een afname in totale bezetting.

Een andere manier om hiernaar te kijken, is vanuit de afname in totale bezetting. Van de 294 verpleeghuizen die een afname in totale bezetting hadden (de som van de eerste twee kolommen), had de meerderheid (215 verpleeghuizen, of 73% van 294) ook een afname van 4VV-bezetting. Dit suggereert dat voor driekwart van de verpleeghuizen waar sprake is van een afname in totale bezetting, deze afname sterk wordt bepaald door de afname in het aantal bezette plekken voor cliënten met zorgprofiel 4VV. De groep van verpleeghuizen met een afname in totale bezetting wijkt dus af van het gemiddelde patroon over alle verpleeghuizen waar de totale bezetting stabiel blijft (zie 4.1.1.).

Uit Tabel 4.2 blijkt ook dat bij 317 verpleeghuizen die een afname in 4VV-bezetting hebben (van de 532; 60%), de totale bezetting stabiel blijft of toeneemt. De afname in 4VV wordt in de meeste verpleeghuizen dus gecompenseerd met toenames voor andere zorgprofielen, zoals 5VV en 6VV.

Tabel 4.2 Een kruistabel van het aantal verpleeghuizen voor elke categorie in de gemiddelde jaarlijkse verandering in totale bezetting van plekken over 2021-2024 (kolom), uitgezet tegen elke categorie in de gemiddelde jaarlijkse verandering in bezetting van 4VV-plekken over diezelfde periode (n=1282).

	Aantal verpleeghuizen (%) met een gegeven gemiddelde jaarlijkse verandering in totale bezetting (2021-2024).					
Gemiddelde jaarlijkse verandering in bezetting van 4VV plekken (2021-2024)	Sterkere afname: t/m -3 plekken	Afname: tussen -3 en -1 plekken	Vrijwel stabiel: tussen -1 en -1 plekken	Toename: tussen 1 en 3 plekken	Sterkere toename: 3 of meer plekken	Totaal
Sterke afname: 3 of meer plekken minder	102 (42,1%)	22 (9,1%)	44 (18,2%)	35 (14,5%)	39 (16,1%)	242 (100%)
Afname: Tussen 1 en 3 plekken minder	40 (13,8%)	51 (17,6%)	99 (34,1%)	57 (19,7%)	43 (14,8%)	290 (100%)
Stabiel of toename: tussen 1 plek minder tot plekken erbij	34 (4,5%)	45 (6,0%)	236 (31,5%)	192 (25,6%)	243 (32,4%)	750 (100%)

4.2 Ontwikkelingen in de wachtlijsten van grotere verpleeghuizen

Kernbevinding: Het percentage van verpleeghuizen met geen of relatief korte wachtlijsten nam sinds 2023 licht toe, van 10 procent naar 13 procent. Het percentage van verpleeghuizen dat helemaal geen wachtlijsten heeft, nam met 1,5 procentpunt toe van ongeveer 8 procent in 2019-2024 naar 9,5 procent in 2025.

De groep verpleeghuizen waar een afname van 4VV-bezetting samenging met een afname van totale bezetting, heeft gemiddeld veel kortere wachtlijsten voor 5VV t/m 8VV dan gemiddeld in andere verpleeghuizen. Voor die eerste groep verpleeghuizen lijkt de vraag minder groot dan voor andere verpleeghuizen, ook los van de daling in cliënten met zorgprofiel 4VV.

De wachtlijstomvang van verpleeghuizen geeft informatie over de vraag naar Wlz-verpleeghuiszorg. Als wachtlijsten afnemen is dat, bij gelijkblijvende capaciteit, een signaal van een dalende vraag.

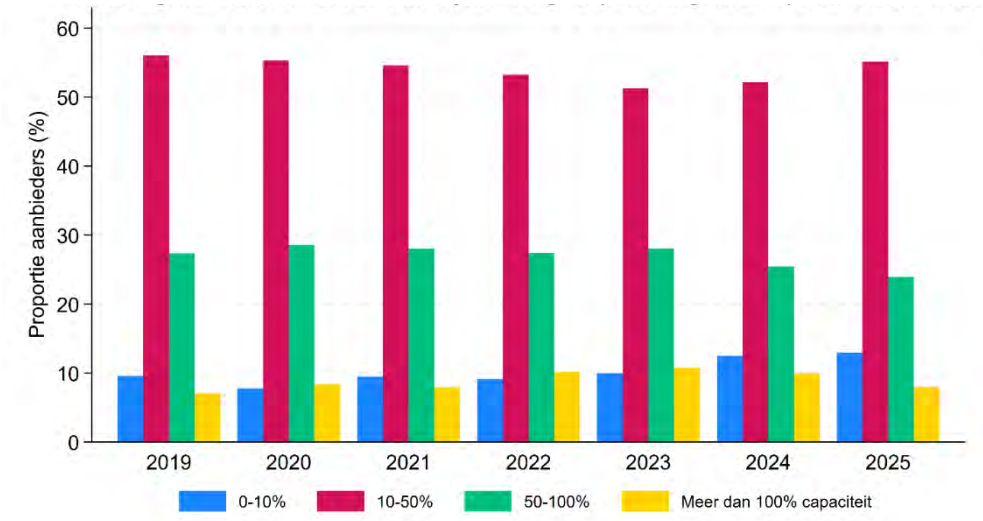
De verdeling van verpleeghuizen naar wachtlijstomvang is niet sterk veranderd in de periode 2019-2025 (Figuur 4.4). De wachtlijstomvang is gebaseerd op alle wachtstatussen, behalve ‘wacht uit voorzorg’. Daarbij is de omvang van de wachtlijst weergegeven als percentage van capaciteit en opgedeeld in vier categorieën:

1. 0-10 procent - Geen of korte wachtlijst: De wachtlijst is afwezig of er staat in totaal gedurende het jaar maximaal één wachtende per tien verpleeghuisplekken op de wachtlijst.
2. 10-50 procent - Middellange wachtlijst: De lengte van de wachtlijst ligt tussen de één tot maximaal vijf wachtenden in totaal gedurende het jaar per tien plekken.

3. 50-100 procent - Lange wachtlijst: De lengte van de wachtlijst ligt tussen de vijf tot maximaal tien wachtenden in totaal gedurende het jaar per tien plekken.
4. Meer dan 100 procent - Zeer lange wachtlijst: De wachtlijst bestaat in totaal gedurende het jaar uit meer wachtenden dan het totaal aantal plekken.

Uit Figuur 4.4 is de verdeling van deze categorieën van wachtlijstomvang afgebeeld voor 2019-2025. Deze verdeling is gebaseerd op een selectie van verpleeghuizen met ten minste 20 cliënten, waarvoor wachtlijstgegevens beschikbaar waren. Omdat er nu niet beperkt wordt tot verpleeghuizen die gedurende de hele periode volgbaar zijn, is de selectie nu groter (n=1604 in 2019 en n=1546 in 2025) dan in de vorige secties. De verdeling is redelijk stabiel over de hele periode, maar kent wel kleine verschuivingen. De grootste groep in de hele periode bestaat uit de verpleeghuizen die een middellange wachtlijst hebben met 10-50 procent van hun capaciteit. 56 procent van de verpleeghuizen in 2019 viel in deze groep, en in 2025 was dat ongeveer gelijk met 55 procent. Het aantal verpleeghuizen met een lange wachtlijst van 50 tot 100 procent van hun capaciteit nam iets af, van 28 procent in 2019 tot 24 procent in 2025. Het percentage verpleeghuizen met een afwezige of korte wachtlijst van 0 tot 10 procent van hun capaciteit is gedurende 2023-2025 iets toegenomen, van 10 procent naar 13 procent. Er zijn dus in de onderzochte periode kleine verschuivingen in de verhouding van verpleeghuizen naar wachtlijstomvang, maar geen grote veranderingen.

Figuur 4.4 Verdeling van zorgaanbieders naar wachtlijstomvang als percentage van capaciteit (bij benadering), voor 2019-2025 (n=1604 in 2019 en n=1546 in 2025).

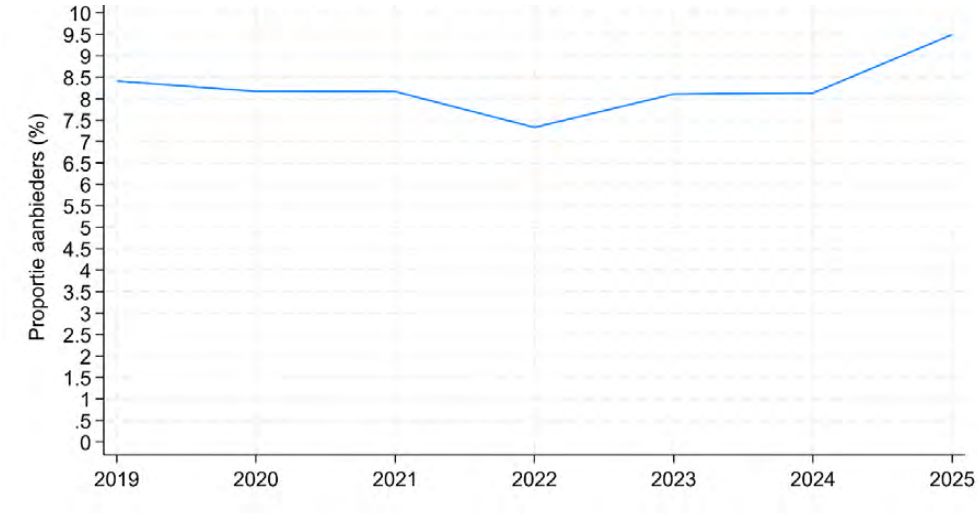


In Figuur 4.5 is ingezoomd op de verpleeghuizen die helemaal geen wachtlijst hebben gedurende een kalenderjaar[28]. Daarin is de proportie verpleeghuizen die helemaal geen wachtlijst hebben geschat op basis van verpleeghuizen met wachtlijstgegevens (n=2.461 in 2019 en

[28] Gepeild op elke eerste dag van de maand

n=2.391 in 2025). Deze proportie is redelijk stabiel en schommelt rond de 8 procent. In 2025 nam deze proportie wel met 1.5 procentpunt toe naar 9.5 procent. Dit betekent dat in 2025 ongeveer 227 van de 2.391 verpleeghuizen op geen enkel moment een wachtlijst had.

Figuur 4.5 Proportie verpleeghuiszorgaanbieders dat helemaal geen wachtlijst heeft, in 2019-2025 (n=2.461 in 2019 en n=2.391 in 2025).



4.2.1 *Relatie tussen bezetting en wachtlijsten van verpleeghuizen*

Bij één op de vijf verpleeghuizen gaat de afname in 4VV-bezetting gepaard met een afname in totale bezetting (sectie 4.1.3.). De afname in cliënten met zorgprofiel 4VV wordt daar dus niet gecompenseerd door een toename in cliënten met hogere zorgprofielen. Dat suggereert dat de totale vraag naar zorg bij deze verpleeghuizen terugloopt, dat het verpleeghuis het aanbod heeft verminderd, of dat het aanbod niet past bij de vraag. In deze sectie kijken we hoe de wachtlijsten voor cliënten met zorgprofielen 5VV en hoger zich ontwikkelen bij verpleeghuizen die een verschillende ontwikkeling van totale en 4VV-bezetting lieten zien. Dat geeft verder zicht op de relatie tussen de bezetting van verpleeghuizen en de vraag naar zorg.

We definiëren voor deze analyse drie groepen verpleeghuizen: verpleeghuizen met een afname in 4VV-bezetting en afname in totale bezetting; verpleeghuizen met een afname in 4VV-bezetting waar de totale bezetting stabiel blijft of toeneemt; en verpleeghuizen die geen afname hebben in 4VV-bezetting. Voor elk van deze groepen is onderzocht bij hoeveel verpleeghuizen binnen die groep de wachtlijstomvang voor 5VV t/m 8VV stabiel blijft (maximaal één persoon per jaar erbij of eraf), toeneemt (meer dan één persoon per jaar op de wachtlijst erbij) en afneemt (meer dan één persoon per jaar minder op de wachtlijst).

Tabel 4.3 toont de relatie tussen ontwikkelingen in totale en 4VV- bezetting van verpleeghuizen en wachtlijstomvang voor 5VV-8VV van diezelfde verpleeghuizen voor de periode 2021-2024. Hiervoor is de selectie van 1.282 verpleeghuizen uit sectie 4.2.4 als vertrekpunt genomen. Niet voor al deze verpleeghuizen was een koppeling te maken met data over wachtlijsten. Daardoor bleven voor deze analyse 1.222 verpleeghuizen over.

De groep verpleeghuizen met een afname in 4VV en een afname in totale bezetting had meestal (in 77,8%) geen verandering in hun wachtlijstomvang. Van de andere twee groepen verpleeghuizen - die een afname in 4VV hadden, maar geen afname in totale bezetting, of die geen afname in 4VV hadden - kreeg 30 procent langere wachtlijsten. Bij verpleeghuizen waar de afname in 4VV samenging met een afname van totale bezetting was dat maar bij 13.8 procent het geval. Daarnaast hadden de andere twee groepen verpleeghuizen ook een gemiddeld langere wachtlijst (afgerond dertien en negen personen, in vergelijking met vijf personen). Wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in omvang van het verpleeghuis[29], verandert het beeld niet. Voor de verpleeghuizen waar de afname van 4VV-bezetting samenging met een afname in totale bezetting, lijkt de vraag naar zorg dus minder groot dan voor andere verpleeghuizen. Ook los van de daling in cliënten met zorgprofiel 4VV.

Tabel 4.3 De relatie tussen ontwikkeling in 4VV-bezetting van verpleeghuizen en omvang van/ontwikkeling in wachtlijsten. De gemiddelden en trends betreffen de periode 2021-2024 (n=1222).

	Aantal verpleeghuizen (proportie) met gegeven trend in wachtlijstenomvang voor 5VV t/m 8VV				Gemiddelde omvang van wachtlijst 5VV t/m 8VV	
Groep op basis van trend	Stabiel	Toename	Afname	Totaal	Absoluut aantal personen	Relatief (omvang wachtlijst/ bezetting)
Afname in 4VV, afname totale bezetting	158 (77,8%)	28 (13,8%)	17 (8,4%)	203 (100%)	4	0,125
Afname in 4VV, stabiele/ toename totale bezetting	156 (51,3%)	119 (39,1%)	29 (9,5%)	304 (100%)	13	0,165
Geen afname in 4VV	446 (62,4%)	216 (30,2%)	53 (7,4%)	715 (100%)	9	0,135

4.3 Inzichten van experts en professionals in de ouderenzorg

Kernbevinding: Bestuurders en professionals geven aan dat beleid gericht op langer thuis wonen en veranderende voorkeuren van ouderen niet automatisch altijd leidt tot leegstand binnen zorgorganisaties. De mate waarin sprake is van incidentele of langdurige leegstand hangt volgens hen ook samen met regionale factoren, zoals demografie, sociaaleconomische kenmerken, waaronder verschillen in koopkracht, woningmarkt en mantelzorgcapaciteit, en concurrentie van particuliere en andere reguliere aanbieders. Daarnaast spelen organisatiefactoren, waaronder de grootte van de organisatie, anticiperend beleid en het vermogen om in te spelen op regionale ontwikkelingen, een belangrijke rol.

[29] De omvang van de wachtlijst hangt mogelijk samen met de omvang van het verpleeghuis. Om hiervoor te corrigeren, is de omvang van de wachtlijst gedeeld door de bezetting van het verpleeghuis.

De geïnterviewde bestuurders van zorgorganisaties en experts reflecteerden desgevraagd op mogelijke verschillen tussen regio's en instellingen. Volgens hen is het bij de duiding van ontwikkelingen in de ouderenzorg belangrijk te kijken naar a) regionale variatie in populaties; b) commerciële aanbieders; c) organisatiegrootte en d) organisatiebeleid. Deze factoren lichten we hieronder toe.

4.3.1 *Visie van zorgprofessionals op variatie tussen verpleeghuizen*

Waar zorgbestuurders uit stedelijke gebieden signalen van leegstand in verpleeghuizen zien, zien bestuurders uit een aantal perifere regio's een ander beeld. Daar rapporteren zorgorganisaties structureel een hoge bezetting en blijven wachtlijsten bestaan. Bestuurders die wij spraken uit Groningen, Zeeland en Friesland gaven aan dat locaties vaak vol zijn, en ouderen op wachtlijsten staan om geplaatst te worden. De oorzaken die zij noemen zijn divers: vergrijzing in de regio, lage sociaaleconomische status, een zwakker sociaal netwerk, en beperkte alternatieven voor zelfstandig wonen, maken dat ouderen sneller in instellingen worden opgenomen.

"In ons gebied komt leegstand niet voor. We hebben te maken met de twee snelst vergrijzende gemeenten in de provincie, met een hoge intramurale zorgvraag. Er is geen leegstand en we hebben nog steeds wachtlijsten." (Bestuurder, Groningen)

"Binnen de organisatie wordt op dit moment geen grote problematiek ervaren rondom leegstand of sterk teruglopende wachtlijsten op de verpleeghuislocaties. De bezettingsgraad is nog steeds stabiel en over het algemeen voldoende. Wel zijn er verschillen ten opzichte van eerdere jaren: waar locaties vroeger altijd volledig gevuld waren, zijn er nu soms wisselingen en is het niet overal meer vanzelfsprekend dat alles vol zit. Toch is er geen sprake van grote leegstand." (Bestuurder, Friesland)

De sociaaleconomische context speelt volgens bestuurders een grote rol: mensen blijven zo lang mogelijk in hun eigen omgeving. En als hun sociale vangnet wegvalt, is intramurale zorg vaak de enige optie. Daarnaast is het aanbod van commerciële aanbieders in een aantal regio's beperkt. Bestuurders noemen tot slot dat de samenstelling van de bewonerspopulatie in de verpleeghuizen vooral verandert door beleid en demografische ontwikkelingen.

De reacties van de bestuurders uit deze regio's lijken daarmee een uitzondering te vormen op het landelijke beeld van leegstand en afnemende vraag. Door de aanhoudend hoge vraag naar intramurale zorg, het beperkte aanbod van commerciële alternatieven en de invloed van lokale sociaaleconomische factoren, speelt leegstand hier een minder prominente rol. In plaats daarvan vragen andere uitdagingen meer aandacht, zoals personeelstekorten.

Tot slot signaleren klantbemiddelaars een groeiende trend waarbij ouderen vaker naar de regio van hun mantelzorger worden gehaald. Wanneer bijvoorbeeld de mantelzorger – vaak een kind – in een ander deel van het land woont, wordt daar voor de oudere een plek gezocht in het verpleeghuis. Hierdoor verblijven ouderen soms niet meer in hun

oorspronkelijke regio. Dat kan volgens de klantbemiddelaars invloed hebben op de regionale bezettingsgraad. Bestuurders die wij hierover spraken, geven echter aan dit fenomeen niet direct te herkennen.

4.3.2 *Commerciële aanbieders*

Geïnterviewde bestuurders en professionals herkennen de verschuiving naar meer zorg die thuis wordt geleverd. Zij geven ook aan dat de mate waarin organisaties op deze toekomst voorbereid zijn verschilt, zowel bij kleine als grote zorgaanbieders. Een belangrijke factor die door meerdere professionals wordt genoemd als oorzaak van leegstand, is de opkomst van nieuwe aanbieders van Wlz-zorg via bijvoorbeeld VPT of MPT en andere particuliere woonzorginitiatieven. In de interviews worden deze initiatieven vaak aangeduid als 'commerciële aanbieders'. Met deze term bedoelen geïnterviewden vooral nieuwe vormen van zorgaanbod die zij als 'meer marktgericht' zien dan reguliere zorgaanbieders. Volgens de geïnterviewden kunnen deze initiatieven concurreren om dezelfde doelgroep als reguliere zorgaanbieders. De invloed hiervan op de bezetting van reguliere zorgaanbieders lijkt echter niet eenduidig.

Sommige bestuurders geven aan dat cliënten die voor een commerciële aanbieder kiezen, in een later stadium alsnog bij reguliere aanbieders instromen wanneer de zorgvraag zwaarder wordt. Bovendien wordt genoemd dat commerciële partijen vooral lichtere cliënten aantrekken. Hierdoor leveren reguliere aanbieders steeds vaker alleen de meest complexe zorg.

De geïnterviewden geven in de gesprekken aan dat de impact van commerciële partijen sterk varieert per regio. In kapitaalkrachtige regio's zijn deze partijen volgens hen actiever en is er meer concurrentie om cliënten. In regio's met een relatief lage gemiddelde sociaaleconomische status is de invloed van commerciële partijen volgens de geïnterviewden beperkter.

"In de afgelopen vijf jaar is er enorm veel kleinschalige particuliere capaciteit bijgebouwd, vaak in de coronatijd. Er is hier een concurrent die een franchiseformule heeft opgezet en dat is heel succesvol. Daardoor is de intramurale capaciteit in deze regio in vijf jaar tijd met zo'n 500 à 600 bedden uitgebreid. Het aanbod van aantal bedden, en dus de concurrentie, is enorm toegenomen." (Bestuurder regio Noord/Midden-Limburg)

"*De SES hier is laag, gecombineerd met aardbevingsproblematiek en een lage gezondheidservaring. Dit speelt in de provincie en zeker in de dorpen een grote rol*." (Bestuurder regio Groningen)

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat de opkomst van commerciële aanbieders bij hen leidt tot zorgen over het tempo en de afstemming van nieuwe initiatieven. De geïnterviewden signaleren dat er regelmatig woonzorgprojecten 'uit de grond worden gestampt' met woningen die ogenschijnlijk niet altijd nodig zijn. Ook noemen zij dat hierbij aan de voorkant niet altijd voldoende afstemming plaatsvindt met bestaande aanbieders. In dergelijke gevallen gebeurt het volgens hen dat een projectontwikkelaar een woonzorginitiatief start en verwacht dat een

reguliere zorgaanbieder daar VPT-zorg gaat leveren. Sommige geïnterviewden geven aan te weigeren hieraan mee te werken, omdat er al genoeg VPT- of intramuraal zorgaanbod in de regio is.

Uit de gesprekken maken we daarnaast op dat de opkomst van commerciële aanbieders in verschillende regio's door lijkt te werken op de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel. Meerdere geïnterviewden merken op dat commerciële partijen – vooral in stedelijke en kapitaalkrachtige gebieden – aantrekkelijk zijn voor medewerkers vanwege gunstigere werktijden, lagere werkdruk en soms hogere salarissen. Dit leidt volgens sommige geïnterviewden tot een uitstroom van personeel van reguliere naar commerciële aanbieders, wat het bestaande personeelstekort bij reguliere aanbieders vergroot.

"Mijn dochter werkt nu bij een commercieel initiatief, krijgt meer betaald en de werkdruk is lager. […] Ik snap goed dat personeel voor zulke plekken kiest, zeker jonge mensen die nog een huis willen kopen."
(Bestuurder regio Noord/Midden-Limburg)

Tegelijkertijd benadrukken andere geïnterviewden dat commerciële en reguliere aanbieders prima naast elkaar kunnen bestaan, vooral wanneer ze verschillende doelgroepen bedienen. In deze richten commerciële partijen zich op vermogende ouderen, terwijl reguliere aanbieders een bredere populatie bedienen. Sommige geïnterviewden zien commerciële partijen daarbij vooral als een aanvulling op het bestaande aanbod, of zelfs als aanjager van innovatie waarvan reguliere partijen kunnen leren.

"Private partijen doen vaak mooie dingen en kunnen zich snel aanpassen; reguliere organisaties kunnen daar eigenlijk van leren."
(Bestuurder regio Brabant)

4.3.3 Invloed organisatiegrootte

Naast regionale verschillen zien we ook verschillen tussen organisaties. Grotere organisaties zijn volgens de geïnterviewden vaak beter in staat om met fluctuaties in de vraag om te gaan, dan kleinere. Zij hebben meer 'knoppen om aan te draaien'. Ze voorzien vaak ook zorg in voorliggende velden, zoals wijkverpleging, en hebben daardoor beter zicht op veranderingen in de zorgvraag. Daarnaast beschikken grotere organisaties volgens de bestuurders over meer (financiële) buffer, waardoor zij meer risico kunnen nemen en een breder portfolio kunnen aanbieden.

"*Als je meer omzet hebt, heb je over het algemeen ook iets meer* (...) *vet op de botten om een niet goed uitpakkende keuze op te vangen. Je hebt dan vaak een breder portfolio en kunt bijvoorbeeld sturen op revalidatiezorg of dichter naar het ziekenhuis bewegen met een revalidatieafdeling als extra inkomstenbron. Die mogelijkheid heb ik niet; ik heb een specifieke doelgroep die ik graag vast wil houden en een bedbezetting die ik kan behalen. Daarom denk ik niet aan substitutie van intramurale Wlz naar VPT, daar ben ik gewoon te klein voor."*
(Bestuurder regio Zuid-Holland)

4.3.4 *Anticiperend en flexibel organisatiebeleid*

Sommige bestuurders die wij interviewden, ervaren momenteel geen leegstand, maar geven aan dat dit het resultaat is van keuzes die zij in het verleden hebben gemaakt om te anticiperen op de veranderende vraag. Zo wordt er bewust gekeken naar ontwikkelingen in andere delen van het land, om tijdig te kunnen inspelen op trends die mogelijk ook de eigen regio zullen beïnvloeden.

"*Daarnaast kijken wij ook altijd, zeg maar vanuit het Oosten, goed naar die delen van het land die vaak een beetje op ons vooruitlopen. Als je kijkt naar vraagstukken… heel vaak zie je dat wat er in de grote steden gebeurt, met enige vertraging ook de rest van het land bereikt. Dus in die zin, we hebben ons niet laten overvallen.*" (Bestuurder regio Overijssel)

Door vroegtijdig te schakelen – bijvoorbeeld door te stoppen met het opnemen van cliënten met een laag zorgprofiel (4VV), of door de hele keten (van wijkverpleging tot verpleeghuiszorg) in huis te hebben – kunnen deze organisaties volgens de geïnterviewde bestuurders cliënten langer aan zich binden en beter inspelen op veranderende instroom en uitstroom.

Sommige organisaties zoeken actief naar flexibele oplossingen om met leegstand of wisselende bezetting om te gaan. Denk aan het tijdelijk verhuren van kamers aan bijvoorbeeld studenten, het ombouwen van afdelingen voor andere doelgroepen, of het inzetten op geclusterd wonen en nieuwe woonvormen. Ook wordt geïnvesteerd in vastgoed dat eenvoudig is aan te passen aan veranderende eisen of wensen van cliënten, zoals grotere appartementen of meer eigen sanitair. Randvoorwaarde hiervoor is wel dat deze flexibiliteit ook daadwerkelijk wordt ondersteund door wet- en regelgeving, financiering en samenwerking met andere partijen. In meerdere gesprekken geven bestuurders aan dat bestaande regels en contracten het soms lastig maken om bijvoorbeeld kamers tijdelijk anders te gebruiken, of om snel te schakelen naar een andere doelgroep.

Daarnaast noemen geïnterviewden dat in sommige regio's regionale samenwerkingen en overlegstructuren zijn opgezet, zoals gezamenlijke wachtlijst- en capaciteitsoverleggen. Hierdoor kunnen organisaties volgens geïnterviewde bestuurders samen sneller knelpunten signaleren en bijvoorbeeld cliënten overplaatsen als er regionaal verschillen in bezetting zijn. Bestuurders geven aan dat het actief volgen van landelijke en regionale trends, en het leren van koplopers in andere regio's, helpt om tijdig te anticiperen op veranderingen. Hierdoor wordt men niet 'overvallen' door plotselinge leegstand of capaciteitsproblemen.

Tot slot noemen bestuurders als succesfactor dat een heldere langetermijnvisie en het nemen van soms impopulaire, maar noodzakelijke besluiten (zoals het afbouwen van klassieke verzorgingshuizen, of het investeren in digitalisering) essentieel zijn om als organisatie wendbaar en toekomstbestendig te blijven. Bij veel bestuurders leeft dan ook de zorg dat generieke landelijke maatregelen, zoals het verplicht afbouwen van intramurale capaciteit, ook organisaties kunnen raken die juist proactief beleid hebben gevoerd.

Samenvatting
Uit de interviews komt naar voren dat de ontwikkeling richting langer thuis wonen en veranderende voorkeuren van ouderen niet overal op dezelfde manier doorwerken in de bezetting van zorgorganisaties. Bestuurders en professionals noemen verschillende regionale factoren die hierin een rol spelen, zoals demografie, sociaaleconomische kenmerken, de woningmarkt en de aanwezigheid van andere aanbieders. Ook tussen organisaties zien zij verschillen: de omvang van een organisatie, de financiële ruimte en de mate waarin organisaties kunnen anticiperen op veranderingen bepalen mede hoe zij met deze ontwikkelingen omgaan.

5 Ontwikkelingen in behoeften en kenmerken van ouderen

Deelvraag: Zijn er in de behoeften en kenmerken van ouderen aanwijzingen voor structurele veranderingen in het gebruik van ouderenzorg?

De ontwikkelingen die we zien in de behoeften en kenmerken van ouderen ondersteunen het beeld van vraagverschuiving, in plaats van vraaguitval. Ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Het gebruik van zorg komt gemiddeld op iets latere leeftijd, maar is niet minder. Dit blijkt uit de volgende kernbevindingen:

- Een verdiepende analyse met data op individueel niveau bevestigt het beeld in hoofdstuk 3 dat de kans dat iemand van 75 jaar of ouder Wlz-zorg gaat gebruiken, is toegenomen van 2017/2018 tot 2023/2024. Die toename zit volledig in meer Wlz-zorg thuis.
  - De relatieve afname van verpleeghuiszorg wordt gedeeltelijk verklaard door individuele kenmerken: ouderen in 2022 waren gemiddeld gezonder en hadden een betere sociaaleconomische positie dan in 2016.
  - Tussen 2017/2018 en 2023/2024 zijn ouderen die een vergelijkbare gezondheid hebben, meer zorg thuis gaan gebruiken. Dit kan komen doordat een deel van de zorg die eerder in verpleeghuizen werd gegeven, in toenemende mate thuis wordt gegeven.
- Ouderen van nu (geboren 1946-1957) zijn niet minder zorgbehoevend dan ouderen van een generatie eerder.
- Uit de focusgroepen blijkt dat ouderen een sterke voorkeur hebben om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Zij hechten aan hun zelfstandigheid en sociale omgeving. Tegelijk zijn zij blij dat verpleeghuizen er zijn als het noodzakelijk is.

5.1 De relatie tussen individuele kenmerken en instroom in de Wlz

Kernbevinding: Uit decompositie-analyses blijkt dat de relatieve daling in het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-verpleeghuiszorg voornamelijk verklaard wordt door een verandering in individuele kenmerken: ouderen in 2022 waren gezonder en hadden een verbeterde sociaaleconomische positie ten opzichte van 2016. De toename in het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg thuis wordt echter niet verklaard door veranderingen in gezondheids- of andere gemeten individuele kenmerken. Bij gelijke individuele kenmerken wordt in recentere jaren meer Wlz-zorg thuis gebruikt. Dat kan bijvoorbeeld komen door veranderingen in beleid, zelfredzaamheid, of voorkeuren van de oudere.

5.1.1 Veranderingen in de instroom naar Wlz-zorg in 2017-2018 versus 2023-2024

Om inzicht te krijgen in hoeverre veranderingen in het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg is te verklaren door veranderingen in de kenmerken van ouderen zijn aanvullende analyses gedaan op basis van data uit de Gezondheidsmonitor. Daarmee kan bijvoorbeeld worden

getoetst of ouderen steeds gezonder worden, en zo ja of en hoe dat samenhangt met hun zorggebruik.

We gebruiken voor deze analyse data uit de Gezondheidsmonitor van 2016 en 2022. De Gezondheidsmonitor is een vragenlijst over gezondheid die aan een steekproef van de Nederlandse inwoners wordt voorgelegd[30]. Deze data zijn gekoppeld aan gegevens van het CBS over Wlz-zorggebruik. We kijken naar deelnemers van 75 jaar of ouder, omdat in de jongere leeftijdsgroepen het gebruik van Wlz-zorg voor ouderen weinig voorkomt.

Overeenkomstig met de in hoofdstuk 3 beschreven data op landelijk niveau, tonen de data uit de Gezondheidsmonitor dat de kans dat een oudere Wlz-zorg krijgt, is toegenomen. Met een analysemodel is getoetst wat de kans is dat 75+ers die op het moment van de meting nog geen Wlz-zorg kregen, in de twee jaar volgend op de meting wel gebruik gingen maken van Wlz-zorg. Dus in de jaren 2017-2018 versus de jaren 2023-2024. In deze periode nam het aandeel 75+ers in de Gezondheidsmonitor dat een Wlz-indicatie heeft ontvangen toe van 6,2 procent naar 6,7 procent, oftewel van 62 naar 67 per 1.000.

Daarbij zien we ook de beweging van Wlz-verpleeghuiszorg naar Wlz-zorg thuis, zoals ook beschreven in hoofdstuk 3. Het aandeel 75+ers dat Wlz-verpleeghuiszorg ontving, nam af van 4,7 procent in 2017-2018 naar 3,9 procent in 2023-2024. Het aandeel personen dat Wlz-zorg thuis ontving, nam juist toe van 3,6 procent naar 4,9 procent. (NB: mensen kunnen in de periode van twee jaar ook beide zorgvormen hebben gehad).

De afname van Wlz-verpleeghuiszorg en de toename van Wlz-zorg thuis zijn sterker terug te zien bij de subgroep van ouderen die op het moment van de meting al ondersteuning vanuit de Wmo ontvingen, dan bij de groep die nog helemaal geen zorg of ondersteuning ontving (zie Bijlage 1).

5.1.2 *Individuele kenmerken die samenhangen met het gebruik van Wlz-zorg*

Om te kijken naar verklaringen voor de verschillen in Wlz-zorggebruik over tijd, zijn de kenmerken van de respondenten (75+ers die nog geen Wlz-zorg gebruiken) uit 2022 vergeleken met die uit 2016. De meest opmerkelijke verschillen zijn:

- De gezondheid nam in 2022 in het algemeen toe: In 2022 rapporteerden bijvoorbeeld minder respondenten ernstige beperkingen (7%) dan in 2016 (10,6%).
- Het percentage dat hbo of wo als hoogst behaalde opleidingsniveau aangaf, was in 2016 13,8 procent en in 2022 20,1 procent.
- Meer deelnemers waren eigenaar van een huis in 2022 (57,8%), dan in 2016 (49,1%).
- Minder mensen woonden alleen in 2022 (41,6%), dan in 2016 (49,1%).

[30] Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen | RIVM

Deze kenmerken kunnen elk invloed hebben op het gebruik van Wlz-zorg thuis of verpleeghuiszorg. De vraag is nu in hoeverre deze veranderingen in kenmerken de verschuivingen van Wlz-verpleeghuiszorg naar Wlz-zorg thuis kunnen verklaren. De verwachting is bijvoorbeeld dat een afname in ernstige beperkingen kan leiden tot minder verpleeghuiszorg. Tegelijkertijd kan de mate waarin deze kenmerken de kans op Wlz-zorg verhogen ook over de tijd veranderen. Te denken valt bijvoorbeeld aan een toename in zelfredzaamheid, waardoor ouderen bij slechte gezondheid minder behoefte hebben aan formele Wlz-zorg. Daarnaast zijn er nog vele andere factoren te bedenken die van invloed zijn, zoals veranderingen in beleid, of voorkeuren van de ouderen.

Met een decompositie-analyse heeft de Erasmus Universiteit gekeken of de verschuivingen in Wlz-zorggebruik verklaard worden door veranderingen in kenmerken van ouderen of door veranderingen in de relatie tussen de kenmerken en de kans op Wlz-zorg.
De relatieve afname van Wlz-verpleeghuiszorg wordt voor een groot deel verklaard door veranderingen in individuele kenmerken. Het gaat vooral om veranderingen in gezondheid (ouderen in 2022 waren gemiddeld gezonder dan in 2016) en sociaaleconomische kenmerken (ouderen in 2022 hadden gemiddeld een hogere sociaaleconomische positie dan in 2016). Voor slechts een klein deel wordt de afname in Wlz-verpleeghuiszorg verklaard door veranderingen in de *relatie* tussen de individuele kenmerken en het zorggebruik. Het blijkt dat de verandering in de relatie tussen gezondheid en het zorggebruik het grootst was. Bij gelijke gezondheid nam de kans op verpleeghuiszorg in 2022 af. Dit kan een teken zijn van verbeteringen in de zelfredzaamheid of in veranderingen in beleid of voorkeuren.

Aan de andere kant wordt de toename van Wlz-zorg thuis maar voor een klein deel verklaard door de gemeten veranderingen in individuele kenmerken in de Gezondheidsmonitor. De toename wordt beter verklaard door een veranderde *relatie* tussen individuele kenmerken en zorggebruik en/of veranderingen in niet-gemeten individuele kenmerken. Bij gelijke gezondheid neemt de kans op Wlz-zorg thuis over de tijd af. Er zijn echter gelijktijdige invloeden die maken dat het gebruik van Wlz-zorg thuis desondanks toeneemt. De toename in aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg thuis is dus vooral toe te schrijven aan een algemene trend in het ontvangen van Wlz-zorg thuis (zoals beleid dat langer thuis wonen stimuleert). Ook is het toe te schrijven aan veranderingen in niet-opgenomen kenmerken van personen (zoals voorkeuren van de ouderen), die niet samenhangen met demografie, gezondheid, enzovoort. Met deze analyse is niet vast te stellen wat deze trend heeft veroorzaakt. Of welke niet-opgenomen kenmerken de verandering verklaren en in hoeverre de toename in het aantal cliënten dat gebruikmaakt van Wlz-zorg thuis is toe te schrijven aan de algemene trend of de niet-opgenomen kenmerken.

Een terugkerend patroon in deze analyses is dat gezondheid een centrale rol speelt, zowel bij de veranderingen in kenmerken als in de veranderingen in de relatie tussen kenmerken en kans op Wlz-zorg. Dit sluit aan bij de bevindingen uit eerder onderzoek (zie sectie 1.3), waarin gezondheid als de belangrijkste determinant wordt gezien voor gebruik

van langdurige zorg. De waargenomen veranderingen in gezondheid suggereren daarnaast dat de relatie tussen leeftijd en gezondheid ook langzaam kan verschuiven. Voor projecties van het toekomstig gebruik van ouderenzorg is het daarom belangrijk om ontwikkelingen in de gezondheid van ouderen mee te nemen.

Een uitgebreide beschrijving van deze analyse staat in Bijlage 1.

5.2 Behoeften en voorkeuren van ouderen

Kernbevinding: Er zijn geen aanwijzingen dat ouderen van nu minder zorgbehoevend zijn dan ouderen uit de generatie daarvoor. Er is wel sprake van enig uitstel, maar niet van afstel.

Er zijn ook geen aanwijzingen dat ouderen negatiever zijn gaan denken over verpleeghuiszorg. Thuiswonende ouderen dachten in 2021 juist iets positiever over verpleeghuiszorg dan in 2018.

5.2.1 Zorgbehoefte van ouderen in Nederland

Als ouderen langer zelfredzaam blijven, hebben ze mogelijk minder zorg nodig. Om te onderzoeken of ouderen van nu meer zelfredzaam zijn dan de ouderen van een generatie eerder, en of dat invloed heeft op hun zorggebruik, zijn gegevens nodig op individueel niveau. Daarmee kunnen kenmerken van zorggebruikers gekoppeld worden aan hun zorggebruik. Voor dit onderzoek zijn gegevens gebruikt van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). De LASA-studie volgt Nederlandse ouderen over de tijd en verzamelt informatie over hun fysieke, mentale en sociale gezondheid. Een verslag van deze analyses staat in Bijlage 4.

Gegevens uit de LASA-studie tonen dat mensen geboren tussen 1946 en 1957 (‘babyboomers’) over het algemeen pas op latere leeftijd voor het eerst gebruikmaakten van professionele huishoudelijke hulp dan mensen van de generatie daarvoor (geboren 1934-1945). De bevindingen laten echter ook zien dat mensen geboren tussen 1946 en 1957 na een periode van vijf jaar een inhaalslag maken, waarna zij juist een intensiever gebruik van deze langdurige lichte zorgdiensten[31] laten zien. Met andere woorden: er lijkt sprake van uitstel en niet van afstel.

Verklaringen voor het uitstel van lichte zorg in het jongere cohort van mensen die geboren zijn tussen 1946 en 1957 zijn niet duidelijk vanuit de beschikbare data. Het verschil tussen de generaties wordt niet verklaard door fysieke kwetsbaarheid, of door de mate van zelfredzaamheid. Het gestegen opleidingsniveau van de het cohort van mensen die geboren zijn tussen 1946 en 1957 speelt wel een rol. Mogelijk komt dit door verbeterde gezondheidsvaardigheden en een groter vermogen om via sociale of financiële hulpbronnen de zorgvraag, in ieder geval op korte termijn, op te vangen. De inhaalslag in zorggebruik in het cohort van mensen die geboren zijn tussen 1946 en 1957 heeft mogelijk verband met de coronapandemie. Om deze

[31] In de data wordt geen expliciet onderscheid gemaakt tussen Wmo-, Zvw-, of Wlz-zorg.

mogelijke verklaringen verder te ontrafelen, is aanvullend onderzoek nodig.

5.2.2 *Attitudes van ouderen over verpleeghuiszorg*

Data van de LASA-studie tonen een licht positieve verandering in attitudes over verpleeghuiszorg onder deelnemers gemeten in 2021/2022 (hierna: 2021) ten opzichte van 2018/2019 (hierna: 2018). In 2021 waren deelnemende ouderen bijvoorbeeld gemiddeld iets positiever dan in 2018 over stellingen als:

1. In Nederland is de kwaliteit van verpleeghuiszorg zonder meer goed te noemen: in 2018 was 47 procent het daar (zeer) mee eens, en in 2021 was dat 55 procent.
2. In een verpleeghuis kun je zelf bepalen wanneer je naar het toilet gaat: van 23 procent naar 27 procent is het daar (zeer) mee eens.

Een volledig overzicht van de stellingen en de analyses die zijn gedaan om verschillen tussen de groepen te bepalen staan in Bijlage 4.

Een andere bevinding was dat deelnemers naarmate ze ouder zijn gemiddeld positiever denken over verpleeghuiszorg. Zo was in 2021 60 procent van de deelnemers die 85 of ouder zijn het eens of zeer eens met de stelling dat de kwaliteit van de verpleeghuiszorg zonder meer goed te noemen is. Dit tegenover 48 procent van de 65-70-jarige deelnemers.

Hoewel de beschikbare data voor deze analyses over een korte tijdsperiode gaan (2018 versus 2021), zien we hierin geen aanwijzingen dat attitudes over verpleeghuiszorg negatiever zijn geworden. Dit is daarmee geen signaal voor vraaguitval.

5.3 Kwalitatieve inzichten in woon- en zorgvoorkeuren van ouderen

Kernbevinding: De ouderen die wij spraken, geven aan een sterke voorkeur te hebben om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Zij hechten aan hun eigen huis en sociale omgeving. Verhuizen naar een woning met voorzieningen voor senioren wordt overwogen als er een concrete aanleiding is. Het verpleeghuis komt pas in beeld als het niet anders kan. Deze terughoudendheid komt voort uit het beeld dat sommige ouderen van het verpleeghuis hebben. Zij zien het als een plek waar zij mogelijk minder zelf kunnen bepalen hoe zij hun leven inrichten, meer afhankelijk worden van anderen. Zij associëren het verpleeghuis met de laatste fase van het leven. Verschillende groepen ervaren andere zorgen over de mogelijkheden om invulling te geven aan hun (toekomstige) zorgbehoefte. Het maakt bijvoorbeeld uit of mensen alleen wonen of niet, en of zij een huur- of koopwoning hebben.

Er zijn zes focusgroepen uitgevoerd met thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder (75-91 jaar). Alle deelnemers woonden nog zelfstandig thuis en ontvingen geen Wlz-zorg. Een deel maakte wel gebruik van Zvw-wijkverpleging en/of ondersteuning vanuit de Wmo. De focusgroepgesprekken waren bedoeld om inzicht te krijgen in hoe ouderen kijken naar hun huidige woonsituatie. En welke afwegingen zij maken rondom wonen, zorg en ondersteuning in de toekomst.

Uit de focusgroepen komt een duidelijke rode draad naar voren: ouderen (75+) willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Het nadenken over of kiezen voor een andere woonvorm dan de huidige woning gebeurt doorgaans pas wanneer daar een directe aanleiding voor is, bijvoorbeeld door gezondheidsproblemen of veranderingen in de persoonlijke situatie. Van de deelnemers aan de focusgroepen had maar een hele kleine minderheid al concrete stappen gezet voor een meer toekomstbestendige woonvorm of hiervoor bewust een keuze gemaakt.

Uit de focusgroepen kwamen daarbij vier samenhangende thema's naar voren die inzicht geven in de manier waarop ouderen keuzes maken rondom wonen, zorg en ondersteuning. Die bespreken we hieronder.

5.3.1 *Keuzes rondom wonen, zorg, en ondersteuning*

Sterke voorkeur om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen

Voor veel ouderen geldt als uitgangspunt dat zij zo lang mogelijk in hun huidige woning willen blijven wonen. Dat hangt niet alleen samen met de woning zelf, een vertrouwde plek die is ingericht naar hun eigen behoeften en waar vaak een groot deel van hun leven zich heeft afgespeeld. Het hangt ook samen met het sociale netwerk in de omgeving. Ouderen kennen hun buren, weten de weg naar voorzieningen te vinden en hebben contact met mensen in de buurt.

"Nu woon ik in een rijtjeswoning met 2 etages, 1 en 2 hoog. Na mijn revalidatie vorig jaar kon ik net de trap lopen. Dat was een eis waar ik aan moest voldoen om naar huis te mogen. Ik dacht: dit is toch een risico. Ik ben nu bijna 76, mijn omgeving en buren zijn perfect. Ik dacht: desnoods laat ik een lift inbouwen, maar ik blijf hier wonen. Voor de trap zijn wel voorzieningen." (Man, 75 jaar, huiseigenaar)

De wens om thuis te blijven wonen, is sterk verbonden met het behoud van zelfstandigheid. Zolang zelfstandig wonen mogelijk is, zien ouderen weinig aanleiding om naar een andere woonvorm te verhuizen. Een woonvorm met meer zorg en ondersteuning komt doorgaans pas in beeld wanneer gezondheidsproblemen of veranderingen in de persoonlijke situatie het zelfstandig wonen onder druk zetten.

Wanneer ouderen nadenken over de toekomst, ligt de focus daarom meestal eerst op het aanpassen van de huidige woning, in plaats van op verhuizen. Daarbij spelen ook praktische overwegingen een rol. Met name bij de overstap van een koopwoning naar een sociale huurwoning wordt genoemd dat een kleinere woning in sommige gevallen zelfs kan leiden tot hogere maandlasten.

Ouderen verwachten dat, wanneer intensieve of langdurige zorg nodig wordt, deze ondersteuning vooral vanuit professionele zorgvoorzieningen komt, meer dan vanuit kinderen of het eigen sociale netwerk. Hoewel familie en naasten belangrijk worden gevonden, geven veel ouderen aan dat zij hun kinderen niet willen belasten met intensieve zorgtaken. Verschillende deelnemers beschrijven dat dit iets is "wat je niet moet willen" en dat professionele zorg daarom de voorkeur heeft wanneer de zorgvraag groter wordt.

“De kinderen werken, hebben een eigen gezin. Daar wil je niet altijd op steunen. Maar als ik ze iets vraag, staan ze klaar. Ik wil zoveel mogelijk zelf doen.” (Vrouw, 91 jaar, huurder)

Ouderen zijn bekend met verschillende woonvormen voor later, zoals seniorenwoningen, hofjes of appartementen met voorzieningen. Deze woonvormen worden echter niet altijd gezien als een vanzelfsprekend of aantrekkelijk alternatief voor de huidige woning.

Verhuizen komt meestal pas in beeld bij een concrete aanleiding

Nadenken over toekomstige woonvormen wordt vaak uitgesteld. Hoewel ouderen zich ervan bewust zijn dat hun woonsituatie in de toekomst kan veranderen, blijft het onderwerp vaak abstract. Uit de gesprekken komt naar voren dat veel mensen pas daadwerkelijk (willen) gaan nadenken over verhuizen of woningaanpassingen wanneer sprake is van een duidelijk omslagpunt in de gezondheid of het dagelijks functioneren. Het gaat daarbij vaak niet om geleidelijke veroudering, maar om acute of ingrijpende gebeurtenissen, zoals een beroerte, een plotseling verlies van mobiliteit, een valincident of cognitieve achteruitgang. Daarnaast speelt mee dat voor veel ouderen niet altijd duidelijk is welke woonmogelijkheden er precies zijn en waar zij terechtkunnen wanneer zij willen verhuizen.

Aan de andere kant zijn de meeste ouderen zich wel bewust dat het dan eigenlijk te laat is om een keuze te maken.

“Eigenlijk moet je het voor zijn, want je kunt geen goede keuze meer maken als je dat krijgt” (Vrouw, 75 jaar, huiseigenaar)

Slechts een klein deel van de deelnemers had al gekozen voor een meer toekomstbestendige woning. Vaak speelde daarbij naast vooruitdenken ook een concrete aanleiding mee, zoals gezondheidsproblemen, zorgen over toekomstige mobiliteit, een te grote woning of het onderhoud van een oudere woning. Vrijwel alle deelnemers die waren verhuisd, waren achteraf positief over deze keuze.

“Je zou eigenlijk proef moeten draaien. Ik dacht eerst dat ik mijn tuin nooit kon missen, maar ik heb nu een heerlijk groot balkon en zit te genieten.” (Man, 75 jaar)

Beeld van verpleeghuizen: noodzakelijk maar ongewenst

In de focusgroepen komt naar voren dat veel ouderen het verpleeghuis vooral zien als een woonvorm voor een latere levensfase, waarin zelfstandig wonen niet meer mogelijk is. Het verpleeghuis (zorg met verblijf) wordt daarmee vaak beschouwd als een laatste stap, eerder dan als een woonvorm waarop men zich actief oriënteert.

Die terughoudendheid hangt sterk samen met het beeld dat wonen in een verpleeghuis gepaard gaat met verlies van zelfstandigheid en autonomie. Ouderen verwachten dat zij daar minder regie hebben over hun dagelijks leven en vrezen dat het leven er minder persoonlijk of vertrouwd aanvoelt. Ook wordt genoemd dat sociale contacten mogelijk afnemen wanneer iemand verhuist naar een verpleeghuis. Hierdoor

houden veel ouderen het idee van een verpleeghuis liever zo lang mogelijk op afstand.

“Als ik dat [een verpleeghuis] nodig heb, dan wil ik gewoon niet meer. Niet afhankelijk zijn van zorg.” (Vrouw, 76 jaar)

“Als het echt niet anders kan. Ik ken het nog van mijn moeder. Het brood doen ze in de magnetron en het is niet te eten zo droog. Je bent zo afhankelijk en het zorgpersoneel heeft heel weinig tijd. (…) Je kan niks meer en hebt ook niks meer te vertellen.” (Man, 77 jaar)

Tegelijkertijd spreken ouderen niet uitsluitend negatief over verpleeghuizen. In verschillende focusgroepen werd juist waardering uitgesproken voor zorgmedewerkers en voor de zorg en ondersteuning die beschikbaar zijn wanneer deze echt nodig worden. Het verpleeghuis wordt daarmee wel gezien als een belangrijke voorziening voor situaties waarin zelfstandig wonen niet langer haalbaar is.

“Mijn zwager zat er vijf jaar. Er zijn dingen waarvan je denkt: moet dat nou? Maar ja, het hoort bij je levensfase. Het is schitterend dat ze er zijn. Ik heb heel veel respect en waardering voor die mensen en er is tekort aan goed personeel. Die leveren een prestatie zodat die mensen toch nog een waardig leven kunnen leiden. Ik ben trots dat we dat in Nederland hebben.” (Man, 74 jaar, huurder)

Het beeld is dus ambivalent: het verpleeghuis wordt gewaardeerd als vangnet wanneer zorg onmisbaar is. Tegelijkertijd ervaren veel ouderen een verhuizing naar een verpleeghuis als confronterend, omdat dit vaak wordt geassocieerd met verlies van zelfstandigheid en een laatste levensfase.

Daarnaast verwezen verschillende ouderen naar het vroegere bejaardentehuis. Deze woonvorm werd door veel ouderen gezien als een tussenstap tussen zelfstandig wonen en het verpleeghuis. Het verdwijnen hiervan wordt door sommigen ervaren als een gemis, omdat het een meer geleidelijke overgang bood tussen zelfstandig wonen en intensievere zorg.

Verschillende woonvormen

Een preventieve verhuizing komt pas in beeld wanneer er een aantrekkelijk alternatief beschikbaar is. Tegelijkertijd stellen ouderen daarbij duidelijke eisen aan een nieuwe woning, bijvoorbeeld op het gebied van locatie, zelfstandigheid, ruimte en voorzieningen. Juist doordat aan veel voorwaarden voldaan moet worden, blijkt het niet altijd eenvoudig om een passend alternatief te vinden.

[Waar wacht je op?] “Op iets dat aantrekkelijk genoeg is: mooi balkon, mooi uitzicht.” (Vrouw 79 jaar, huiseigenaar)

“Mijn ideaal is drie kamers met woon- en eetgedeelte, slaapkamer en een klein kamertje. Liefst hoog, met veel bomen, groen om me heen. Ik heb een dakterras met planten. Mijn huis is oud en het is lastig om bij te houden.” (Man, 78 jaar, huurder)

“Ik ken veel mensen met een te groot huis, die best weg willen, maar er is niets. Er moet iets zijn dat ook aantrekkelijk is. Ze zijn best zoekende (...) Appartement is relatief heel duur ten opzichte van een huis.”
(Vrouw 79 jaar, huiseigenaar)

“En ook bijvoorbeeld: waar zijn die woningen? Want je wilt zo lang mogelijk gebruik blijven maken van de stad, van het culturele leven”
(Vrouw, 76 jaar, huiseigenaar)

Tijdens de focusgroepen zijn verschillende woonvormen besproken, waaronder knarrenhofjes en aanleunwoningen. Over het algemeen staan ouderen hier niet negatief tegenover. Wel komen verschillende voorkeuren naar voren. Waar de ene oudere waarde hecht aan contact met leeftijdsgenoten en nabijheid van ondersteuning, hecht de ander juist meer belang aan privacy, rust en zelfstandigheid.

5.3.2 Verschillen tussen ouderen

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat ouderen geen homogene groep vormen. Leefsituatie, gezondheid en woonsituatie spelen een belangrijke rol in de manier waarop ouderen naar hun toekomstige woonsituatie en zorgbehoefte kijken.

Hoewel veel ouderen nog niet actief nadenken over een andere woonvorm, denken zij wel na over hoe ondersteuning georganiseerd kan worden wanneer zelfstandig wonen in de huidige woning moeilijker wordt. Alleenstaande ouderen maken zich daarbij vaker zorgen over wie hen kan helpen wanneer hun gezondheid achteruitgaat. Tegelijkertijd zijn zij terughoudend om langdurig afhankelijk te worden van vrienden of kennissen. Bij samenwonende ouderen speelt juist de vraag hoelang partners elkaar kunnen blijven ondersteunen wanneer de zorgbehoefte toeneemt. Zolang beide partners nog redelijk zelfstandig zijn, zien zij hun partner vaak als een belangrijk vangnet. Dat zorgt tegelijkertijd ook voor onzekerheid over wat er gebeurt wanneer een van beiden meer zorg nodig gaat hebben.

Ook gezondheid blijkt een belangrijk kantelpunt. Ouderen die gezondheidsproblemen ervaren of recent een medische ingreep hebben gehad, denken vaker concreet na over woningaanpassingen of een verhuizing naar een meer geschikte woning. Voor ouderen die zich nog vitaal voelen, blijft dit onderwerp vaak abstracter en ontbreekt een directe aanleiding om plannen te maken.

Daarnaast beïnvloedt ook de huidige woonsituatie hoe ouderen naar hun mogelijkheden kijken. Ouderen met een koopwoning ervaren vaker financiële ruimte om eventueel andere woonvormen te bekostigen, maar zien tegelijkertijd op tegen de praktische en emotionele impact van verhuizen. Ouderen in een huurwoning geven juist vaker aan minder keuzevrijheid te ervaren, bijvoorbeeld door beperkte beschikbaarheid van geschikte woningen of lange wachttijden.

Samenvatting

De focusgroepen laten zien dat keuzes rondom wonen en zorg vaak pas concreet worden wanneer de situatie daarom vraagt. Hoewel ouderen nadenken over de toekomst, is er meestal geen directe aanleiding om te

verhuizen zolang zelfstandig wonen nog goed gaat. Daarbij spelen niet alleen praktische factoren, zoals gezondheid en woningtype, maar ook persoonlijke waarden een rol: ouderen willen hun zelfstandigheid behouden en zelf invloed houden op hoe zij hun leven inrichten. De gesprekken laten daarnaast zien dat ouderen verschillende mogelijkheden hebben, afhankelijk van bijvoorbeeld hun sociale netwerk, financiële mogelijkheden en huidige woonsituatie.

6 Discussie

6.1 Interpretatie van de resultaten

Nadat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport signalen kreeg dat plekken in de voorzieningen voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) voor ouderen onbenut blijven, vroeg ze het RIVM te onderzoeken of er sprake is van vraaguitval voor deze vormen van ouderenzorg. Om inzicht te krijgen in mogelijke veranderingen in de zorgvraag kijkt het RIVM in dit rapport naar registratiedata van de ouderenzorg in de periode 2018-2024 en naar gehouden interviews met zorgprofessionals en ouderen zelf.

De resultaten tonen dat in de periode 2018-2024 alleen voor relatief lichte zorg – Wlz-zorgprofiel 4VV en Zvw-wijkverpleging - sprake is van een afname van het aantal cliënten. Voor hogere zorgprofielen in de Wlz is juist sprake van een toename, met name in Wlz-zorg die bij mensen thuis wordt geleverd. Het totale aantal cliënten dat gebruikmaakt van ouderenzorg (Wlz-zorg en Zvw-wijkverpleging gecombineerd) stijgt tussen 2018 en 2024. De belangrijkste conclusie van deze studie is dan ook dat we op het niveau van de gehele ouderenzorg geen tekenen zien van vraaguitval, maar van vraagverandering. Deze bevinding is in lijn met eerder onderzoek van CZ-zorgkantoren en Gupta[32].

In de Wlz-zorg voor ouderen is een duidelijke toename van het aantal cliënten (+60.000) te zien. Dat komt grotendeels door de toename van het aantal ouderen in Nederland. De grootste toename zit in Wlz-zorg die bij mensen thuis wordt gegeven (+44.000). Het aantal ouderen dat Wlz-zorg thuis ontvangt, is niet alleen in absolute zin toegenomen, maar ook relatief ten opzichte van het aantal ouderen. Waar in 2018 één op de honderd 65+ers Wlz-zorg thuis ontving, is dat in 2024 één op de vijftig.

De beweging naar meer zorg thuis is conform beleid. Zo zet het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)[33] van de Rijksoverheid, momenteel opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg[34], in op 'zelf als het kan, thuis als het kan, en digitaal als het kan'. De commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen heeft verkend wat ervoor nodig is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen[35]. Het huidige rapport laat zien dat in de ouderenzorg inderdaad de beweging naar langer thuisblijven is ingezet.

Ook de bevinding dat steeds minder ouderen relatief lichte (4VV) zorg gebruiken sluit aan bij beleidsmatige ontwikkelingen. Zo zijn de tarieven van de verpleeghuiszorg in 2019 herijkt, waardoor voor cliënten met zorgprofiel 4VV een lager tarief wordt vergoed. Voor cliënten met zorgprofiel 5VV is het tarief juist omhoog gegaan. De NZa heeft onderzocht wat het effect daarvan was op het aantal cliënten met de

[32] Veranderende vraag in de ouderenzorg, een tijdelijke daling van het aantal Wlz-indicaties of een trend? - CZ zorgkantoor
[33] Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) | Rijksoverheid.nl
[34] Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg | Rijksoverheid.nl
[35] Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies | Rijksoverheid.nl

verschillende zorgprofielen in verpleeghuizen. Uit het onderzoek bleek dat het aantal cliënten met zorgprofiel 4VV afnam na de tariefswijziging, en het aantal cliënten met zorgprofiel 5VV toenam. Dat zien we ook terug in het huidige rapport. De conclusie van de NZa was dat het aannemelijk was dat de herijking van de tarieven heeft bijgedragen aan het verschuiven van 4VV naar hogere zorgprofielen (17).

Hoewel relatief steeds meer zorg thuis wordt gegeven, leidde dit in absolute aantallen in de periode 2018-2024 niet tot een afname van het aantal cliënten in verpleeghuizen. Het aantal nam juist toe van 112.000 naar 127.000 (+15.000). Dat komt doordat het aantal ouderen in Nederland is gegroeid. Het percentage 65+ers dat verpleeghuiszorg ontvangt is gelijk gebleven, 3,45 procent. De bezetting van de grotere verpleeghuizen (met meer dan twintig cliënten) is landelijk gezien stabiel. Bij één op de vijf onderzochte verpleeghuizen is er echter een daling van het aantal cliënten over de jaren heen. Het aantal verpleeghuizen dat met een teruglopende bezetting te maken heeft gehad, is mogelijk groter. We hadden geen gegevens van instellingen die gestopt of gefuseerd zijn. Bij de verpleeghuizen waar het aantal cliënten is afgenomen, komt dit voor een groot deel door de afname in 4VV-zorg. Uit de gegevens is niet direct af te leiden hoe het komt dat bij deze instellingen de daling in cliënten met 4VV niet samengaat met een toename in de hogere zorgprofielen, zoals we bij de meerderheid van de verpleeghuizen wel zien. Wel zien we bij deze verpleeghuizen dat de wachtlijsten vaker kort of afwezig zijn. In deze situatie lijkt het zorgaanbod en de zorgvraag (tijdelijk) niet bij elkaar aan te sluiten.

Met de ontwikkeling dat de zorg in verpleeghuizen zwaarder wordt, zien we een lichte afname van de verblijfsduur van cliënten. Dat komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek, waarin een afname in verblijfsduur van 8 procent werd gerapporteerd (18). Belangrijk daarbij is dat in de onderzochte periode de afgenomen verblijfsduur niet heeft geleid tot een lagere gemiddelde bezetting. Dat komt doordat het aantal cliënten toenam. Het totaal aantal verblijfsdagen van cliënten met zorgprofielen 5VV of hoger in verpleeghuizen nam daardoor toe. Het gegeven dat er vaker een nieuwe cliënt in een kamer komt, zorgt echter wel voor een grotere belasting van het zorgpersoneel. Dit wordt ook bevestigd in onze interviews.

Buiten de Wlz-zorg zien we sinds 2018 een continue afname in het aantal ouderen dat Zvw-wijkverpleging ontvangt. Omdat de focus van dit rapport op Wlz-zorg ligt, is niet onderzocht wat mogelijke verklaringen voor deze afname zijn. De verdiepende analyse naar kenmerken die gerelateerd zijn aan instroom in Wlz-zorg geeft wel enig inzicht. Daaruit blijkt dat voor mensen die ondersteuning ontvangen vanuit de Wmo de kans groter is geworden dat zij in de twee jaar daarna instromen in de Wlz (zie Bijlage 1). Mogelijk wijst dit op een beweging waarbij ondersteuning vanuit de Wmo – die vaak gecombineerd wordt met Zvw-wijkverpleging – sneller wordt doorgezet naar Wlz-zorg.

Bij het interpreteren van de resultaten is het belangrijk om rekening te houden met de hieronder genoemde punten.

Zorgvraag en zorgaanbod
Dit rapport gaat over mogelijke aanwijzingen voor vraaguitval die we afleiden uit gegevens over zorggebruik. Het gebruik van zorg is het resultaat van vraag, aanbod en de aansluiting tussen die twee. De vraag naar zorg kan veranderen, omdat het aanbod verandert, of vice versa. Een vermindering in gebruik van (formele) zorg – bijvoorbeeld voor zorgprofiel 4VV - kan daarom niet gelijk worden geïnterpreteerd als veranderde vraag of behoefte. In dit onderzoek zijn er juist aanwijzingen gevonden voor een minder goede aansluiting tussen vraag en aanbod in recente jaren. Een deel van de zorgbehoefte is daarnaast ook niet terug te zien in het zorggebruik als zij niet of op andere manieren wordt ingevuld, zoals met mantelzorg. Omdat dit rapport gebruik heeft gemaakt van registerdata, is bekend welke aanspraak cliënten hebben gemaakt op zorg en welke leveringsvorm zij hebben ontvangen. Er is echter niet bekend welke zorg en hoeveel zorg cliënten daadwerkelijk ontvangen. Dit is ook beschreven in het NZa-advies 'Scheiden wonen en zorg'[36]. Langetermijnontwikkelingen in zorgbehoefte zijn daarom niet direct af te leiden uit de onderzoeksresultaten.

Uiteenlopende verwachtingen
In dit rapport is een vergelijking gemaakt tussen werkelijk zorggebruik en eerdere projecties, ofwel voorspellingen van zorggebruik. Zo konden we zien of het daadwerkelijk zorggebruik lager was dan eerder werd verwacht, bijvoorbeeld doordat ouderen meer zelfredzaam zijn geworden. Dit bleek niet zichtbaar in de data. Projecties worden gemaakt op basis van gegevens die dan beschikbaar zijn. Deze gegevens worden naar de toekomst doorgetrokken, zonder rekening te houden met (veranderend) beleid. Het is dan ook logisch dat projecties van recentere datum (2022) dichter bij het werkelijk gebruik in de periode 2018-2024 liggen, dan projecties die eerder zijn gemaakt (2019). Het huidige rapport (sectie 1.3 en 5.1) suggereert dat voor langetermijnprojecties rekening moet worden gehouden met mogelijke verschuivingen in de relatie tussen leeftijd, gezondheid, en zorgbehoeften.

In sommige toekomstscenario's van ouderenzorg wordt 'reablement' gezien als factor die leidt tot minder zorggebruik. Reablement gaat uit van het versterken van de zelfredzaamheid en eigen regie van mensen (zie bijvoorbeeld Zorginstituut Nederland, 2026) (19). Experts die aanwijzingen zien voor een beweging richting reablement in Nederland, verwachten dat mensen langer gezond blijven en dat bijvoorbeeld de kans op dementie voor een gemiddelde persoon afneemt (Reable Nederland, 2026) (20). De bevinding dat mensen op steeds hogere leeftijd instromen in de Wlz-zorg (sectie 5.2) is in lijn met een deel van deze verwachting. Op basis van de beschikbare data kunnen we echter niet vaststellen of dit samenhangt met reablement. Bovendien zien we vooralsnog geen aanwijzingen dat dit leidt tot een afname van het aantal cliënten in de Wlz-zorg.

[36] Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging

6.2 Limitaties van dit onderzoek

Het onderzoek voor dit rapport geeft een breed beeld van recente ontwikkelingen in de ouderenzorg. Het gebruik van verschillende databronnen en onderzoeksmethoden is daarvoor essentieel. Een bevinding uit een databron is beter te begrijpen in de context van bevindingen uit de andere bronnen. De interviews met zorgbestuurders en experts, en de focusgroepen met ouderen, zorgen voor verdere duiding van de cijfermatige resultaten.

Bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen van de gebruikte data. Ten eerste waren voor dit onderzoek geen exacte data beschikbaar over de beschikbare capaciteit van verpleeghuizen. Daarom zijn schattingen gemaakt op basis van gemeten zorggebruik.

De gebruikte gegevens over verpleeghuizen kenden daarnaast nog andere beperkingen. Zo waren voor meer dan de helft van de verpleeghuizen geen volledige data beschikbaar over de onderzochte periode (2018-2024). Deze verpleeghuizen konden daardoor niet in de analyses worden meegenomen. Mogelijke redenen zijn bijvoorbeeld dat zij gefuseerd zijn, niet gedurende de hele periode een zorgovereenkomst hadden afgesloten met een zorgkantoor, of dat zij bijvoorbeeld failliet zijn gegaan. Dit betekent dat de in dit rapport beschreven cijfers op verpleeghuisniveau niet landelijk dekkend zijn en mogelijk niet volledig representatief zijn. Mogelijk zijn de data voor een deel van de verpleeghuizen niet compleet juist, omdat ze een sterke daling in bezetting hebben, of omdat ze ophielden te bestaan. Dat zou inhouden dat een belangrijk deel van de terugloop in bezetting niet in deze analyses is waargenomen. Als dat zo is, geven deze resultaten een onderschatting van de daling in bezetting van verpleeghuizen. Belangrijk is dat de analyses gericht waren op het vinden van aanwijzingen voor onbenutte capaciteit en verklaringen daarvoor. Zo is duidelijk geworden dat er een groep van verpleeghuizen is waarbij de afname van cliënten met zorgprofiel 4VV niet is gecompenseerd door een toename in de zwaardere zorgprofielen. Het gebrek aan een landelijke dekking doet niets af aan deze bevinding.

Een andere beperking betreft de wachtlijstgegevens in de verpleeghuiszorg. Vanuit het beleid van zorgkantoren is de registratie van wachtlijsten beperkt tot één voorkeur per cliënt. In de praktijk kunnen cliënten echter meerdere voorkeuren hebben. Ook kan een cliënt op meerdere wachtlijsten staan (van verschillende verpleeghuizen). De resultaten over wachtlijsten moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

De landelijke cijfers over cliënten bevatten mogelijk dubbeltellingen, voortvloeiend uit een groep van cliënten die meer dan één leveringsvorm van zorg heeft afgenomen binnen een kalenderjaar. In de praktijk zal het vooral gaan om cliënten die MPT én PGB hebben afgenomen. Omdat de groep met PGB-zorg echter klein is, en de groep met PGB én MPT nog kleiner (ongeveer 5800 mensen volgens CBS[37]), zullen de dubbeltellingen beperkt zijn. De landelijke cijfers die in dit

[37] Gebruik Wlz-zorg naar leveringsvorm | Monitor Langdurige Zorg

rapport genoemd worden zullen naar verwachting dus nog steeds een goed beeld geven.
Tot slot een opmerking over de onderzoeksperiode. Voor deze studie zijn data gebruikt van 2018 tot en met 2024 (met enkele uitzonderingen). Er zijn twee beperkingen hieraan verbonden. In de eerste plaats komen de ervaren signalen over onbenutte capaciteit met name uit 2025. Dit betekent dat eventuele grote veranderingen in 2025 niet zichtbaar zijn voor dit onderzoek. Ten tweede kent de periode opvallende gebeurtenissen. De COVID-19-pandemie zorgde voor afwijkende patronen in verschillende indicatoren voor ouderenzorg in de periode 2020-2021. Er trad daarnaast een sterke en onverklaarde toename op in het aantal mensen dat Wlz-zorg gebruikt rond 2017-2019, in het bijzonder voor verpleeghuiszorg. Mogelijk is dit een gevolg van de hervormingen in de ouderenzorg in 2015.[38] Gezamenlijk met het feit dat de periode vanuit onderzoeksperspectief relatief kort is, resteert de vraag hoe representatief de beschreven ontwikkelingen zijn voor de toekomst. Het is aannemelijk dat de geobserveerde verschuivingen in zorggebruik structureel zijn, aangezien deze in lijn zijn met beleid en niet sterk afwijken van eerdere voorspellingen. Op basis van het huidige onderzoek is niet te zeggen in welke mate ze doorzetten. Gezien de vele factoren die van invloed zijn op het gebruik van ouderenzorg blijft regelmatige monitoring van ontwikkelingen in de ouderenzorg noodzakelijk. Daarnaast is ook van belang dat Wlz-aanbieders kunnen anticiperen op ontwikkelingen in de regio.

6.3 Aanbevelingen voor beleid, praktijk en verder onderzoek

Doe verdiepend onderzoek naar verschillen tussen verpleeghuizen in de ontwikkeling van vraag en aanbod
Bij 1 op de 5 verpleeghuisorganisaties is een afname in aantal cliënten te zien, waarbij vaak ook de wachtlijsten korter worden. In deze situatie lijkt het zorgaanbod en de zorgvraag (tijdelijk) niet bij elkaar aan te sluiten. Dit kan meerdere oorzaken hebben. De zorgprofessionals die zijn geïnterviewd, stellen bijvoorbeeld dat er in de regio minder behoefte kan zijn aan intensievere zorg, of dat er concurrentie kan zijn van particulier aanbod. Het is daarom voor zorgaanbieders belangrijk om lokaal in beeld te brengen hoe de zorgvraag zich ontwikkelt.

Daarnaast komt een algemeen beeld naar voren dat als de ouderen naar het verpleeghuis gaan de verblijfsduur gemiddeld korter is en ze intensievere zorg nodig hebben. Het leveren van intensievere zorg met een kortere verblijfsduur van cliënten vraagt om aanpassingen in de bedrijfsvoering van verpleeghuizen. Vervolgonderzoek kan inzicht geven in verschillen tussen verpleeghuizen die de bezetting wel en niet rondkrijgen, en hoe de omgeving daarbij een rol speelt.

[38] De auteurs hebben de oorzaak niet kunnen achterhalen. Na inventarisatie bij stakeholders zijn er mogelijke oorzaken genoemd die in brede zin impact kunnen hebben gehad op het gebruik van Wlz verpleegzorg: (1) Sinds hervormingen in 2015 wordt expliciet ingezet op langer thuis wonen (Programma Langer Thuis, VWS). (2) De uitstroom van cliënten met zorgzwaartepakketten 1VV t/m 3VV, die sinds 2015 niet langer afgegeven werden, betekent meer capaciteit voor andere zorgzwaartepakketten. (3) De verhoging van budgettair kader Langdurige Zorg als onderdeel van de introductie kwaliteitskader verpleeghuiszorg vanaf 2017 kan hebben geleid tot de creatie van meer verpleeghuiscapaciteit. (4) Herijking van de tarieven in ouderenzorg in 2018 kan hebben geleid tot additionele verschuivingen in leveringsvorm.

Bewaak de duurzame inzetbaarheid van personeel in de ouderenzorg
Voor zorggebruikers en hun naasten heeft het langer thuis wonen ook implicaties. Enerzijds sluit het aan bij de behoefte die ouderen zelf rapporteren om zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te blijven (sectie 5.3). Tegelijkertijd kan langer thuis wonen ook neveneffecten hebben die minder positief worden ervaren. Het kan bijvoorbeeld betekenen dat er meer aanpassingen in huis nodig zijn, zoals de installatie van een traplift, of maatregelen voor valpreventie. Deze worden in bepaalde gevallen bekostigd door gemeenten vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Zorggebruikers krijgen dan dus met verschillende loketten te maken om in hun volledige zorg- en ondersteuningsbehoefte te voorzien. Dit kan voor hen – en voor hun mantelzorgers – mentaal belastend zijn. Mantelzorgers kunnen ook op andere vlakken een zware belasting ervaren als mensen die aangewezen zijn op Wlz-zorg langer thuis blijven wonen. Een deel van de zorg en het organiseren daarvan komt aan op mantelzorgers (21). De verwachting is bovendien dat er in de toekomst te weinig mantelzorgers beschikbaar zullen zijn (14, 15, 21). Dat komt omdat er door de vergrijzing in verhouding steeds meer ouderen zijn, en minder mantelzorgers per oudere (12, 22). Daarbij zorgt de vergrijzing ook voor krapte in het aantal mensen dat beschikbaar is voor de arbeidsmarkt[39]. Mensen worden dus aangemoedigd om meer te gaan werken. Mensen die mantelzorg geven, werken relatief vaak in de zorg, waar al personeelskrapte is. Het zal dus vaker voorkomen dat mensen werk en mantelzorg moeten combineren (21, 23). Hoe de overgang naar meer Wlz-zorg thuis wordt ervaren door de zorggebruikers en hun mantelzorgers is voor dit rapport niet onderzocht. Duidelijk is wel dat dit aandacht behoeft om mensen duurzaam inzetbaar te kunnen houden.

Geef zorgorganisaties ruimte om lokaal te kunnen anticiperen op de ontwikkeling van de zorgvraag.
De grootste toename in gebruikte ouderenzorg zit in Wlz-zorg die thuis plaatsvindt (VPT, MPT en PGB). De verwachting is dat deze trend zich in de toekomst doorzet, hoewel onzeker is hoe lang de groei in deze omvang aanhoudt. De verschuiving naar zorg thuis vraagt aanpassingen van zorgorganisaties en van zorggebruikers en hun naasten. Bestuurders van zorgorganisaties benadrukken dat flexibiliteit en aanpassingsvermogen essentieel zijn voor een goede bedrijfsvoering. Maar de manier waarop organisaties hiermee omgaan, verschilt. Uit de interviews blijkt dat sommige zorgorganisaties actief investeren in nieuwe woonzorgconcepten en samenwerking, terwijl andere vasthouden aan bestaande werkwijzen en wachten op landelijke sturing. Belemmeringen zoals wet- en regelgeving en gemeentelijk beleid worden door zorgbestuurders vaak ervaren als ‘belemmerend’ en bemoeilijken snel schakelen. Tegelijk laat de praktijk zien dat goede regionale samenwerking het makkelijker maakt om gezamenlijke oplossingen te vinden. Dit vraagt wel om openheid en de bereidheid om over het eigen organisatiebelang heen te kijken. Behalve voor de zorgorganisaties die Wlz-zorg leveren, heeft langer thuis wonen ook gevolgen voor andere zorgaanbieders. Zo worden ouderen die thuis blijven wonen, relatief vaker opgenomen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld na een val (24, 25). En er kan meer druk komen op zorg in de eerste

[39] Impact demografische veranderingen op de arbeidsmarkt | UWV

lijn, met name op de huisarts. Deze verschuiving van de zorgvraag kan daarom gepaard gaan met een verschuiving van de zorgkosten, zowel binnen de Wlz (bijvoorbeeld tussen verschillende vormen van Wlz-zorg) als tussen de Wlz en Zvw. Gezien de verschillen in behoeftes van groepen ouderen, is het dus van belang dat vanuit beleid ruimte wordt gegeven aan zorgorganisaties om lokaal te kunnen anticiperen hoe de zorgvraag zich waarschijnlijk gaat ontwikkelen.

De ervaringen en voorkeuren van ouderen zijn ook relevant voor vraagstukken rondom nieuwe woonvormen. Om verpleegzorg thuis effectief en efficiënt te kunnen leveren, investeert de overheid in de bouw van nieuwe woonvormen voor ouderen, bijvoorbeeld in woonzorgcomplexen[40]. Daarbij is het belangrijk om mee te nemen wat voor ouderen essentieel is om een verhuizing te overwegen. In lijn met huidig beleid en voorgaande rapporten geven ouderen in dit onderzoek ook aan zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te willen blijven, waarbij het sociale netwerk in de buurt een belangrijke factor is (26). Ook hebben ouderen verschillende voorkeuren voor hun woonplek, en verschillende mogelijkheden om hun wensen te realiseren.

Verzamel capaciteits- en wachtlijstgegevens per aanbieder van ouderenzorg
Er zijn geen (landelijke) cijfers beschikbaar over de beschikbare capaciteit in de ouderenzorg. Daarom zijn schattingen gemaakt op basis van gemeten zorggebruik. Voor een exact beeld van onbenutte plekken in verpleeghuizen zijn metingen nodig van het aantal plekken per verpleeghuis (bedden met beschikbaar personeel). Om de aansluiting tussen vraag en aanbod nauwkeuriger te monitoren, kan beleid inzetten op de verzameling van capaciteit- en wachtlijstgegevens op het niveau van aanbieders, binnen en buiten de Wlz.

Voer vervolgonderzoek uit over twee jaar
Voor deze studie zijn data gebruikt van 2018 tot en met 2024 (met enkele uitzonderingen). De signalen die door het veld werden geduid als 'vraaguitval' zijn voor een deel van na medio 2024. Dit betekent dat eventuele grote veranderingen in 2025 niet zichtbaar zijn voor dit onderzoek. Daarnaast is het onzeker hoe representatief de beschreven ontwikkelingen zijn voor de toekomst. Daarom is het van belang dat er over twee jaar opnieuw gekeken wordt naar de dynamiek en mogelijke veranderingen van vraag en aanbod in de jaren na 2024.

[40] Kabinet investeert € 120 miljoen in bouw ouderenwoningen | Rijksoverheid.nl

7 Conclusie

In de periode 2018-2024 nam het aantal ouderen dat ouderenzorg krijgt (Wlz-zorg of Zvw-wijkverpleging) toe met ongeveer dezelfde snelheid als het aantal 65+ers in Nederland toenam. De toename zit in de Wlz-zorg voor cliënten met zorgprofiel 5VV of hoger. Het aantal ouderen in de Wlz-zorg met zorgprofiel 4VV en het aantal ouderen dat Zvw-wijkverpleging ontving, nam af. Daarnaast is er een beweging naar meer zorg die thuis wordt geleverd. Het percentage ouderen dat Wlz-zorg thuis ontvangt, is gestegen, terwijl het percentage ouderen dat Wlz-verpleeghuiszorg ontvangt gelijk bleef. Door de toename van het aantal ouderen in Nederland stijgt het absoluut aantal cliënten zowel voor Wlz-zorg thuis als in het verpleeghuis. Cliënten komen in het verpleeghuis met slechtere gezondheid en verblijven korter dan voorheen. Het totaal aantal cliëntdagen is desondanks gestegen, door de toename van het aantal cliënten. Voor een deel van de verpleeghuizen leidde de afname van cliënten met zorgprofiel 4VV tot een afname van de totale bezetting. Bij de meeste verpleeghuizen is de afname van cliënten met zorgprofiel 4VV echter gecompenseerd door de toename van cliënten met hogere zorgprofielen. Er zijn op landelijk niveau dan ook geen aanwijzingen voor vraaguitval in de ouderenzorg in de periode 2018-2024. De resultaten wijzen op vraagverschuiving.

De veranderingen in de zorgvraag en de signalen van onbenutte capaciteit suggereren een allocatievraagstuk, waarbij het aanbod niet optimaal aansluit op de vraag. Dit kan een tijdelijke situatie zijn die hoort bij een transitiefase. Gezien het toenemend aantal ouderen in Nederland is er geen aanleiding om te verwachten dat de vraag naar ouderenzorg kleiner wordt dan eerdere prognoses. Om de balans tussen vraag en aanbod te herstellen, zijn vooral kwalitatieve aanpassingen nodig in het aanbod van ouderenzorg.

De toename en kortere verblijfsduur van cliënten met zwaardere zorgprofielen vraagt om aanpassingen in verpleeghuizen. De geïnterviewde zorgbestuurders in dit onderzoek stellen dat die voor de ene instelling makkelijker te realiseren zijn dan de andere, afhankelijk van bijvoorbeeld ligging, grootte, en de aanwezigheid van commercieel aanbod. Belangrijk hierbij is de constatering dat ouderen zelf veel waarde hechten aan hun autonomie en het behoud van hun sociale netwerk. De geïnterviewde ouderen zijn bekend met nieuwe woon-zorgvormen. Zij vinden deze woonvormen voor henzelf niet altijd een aantrekkelijk alternatief voor hun huidige woning. Naast locatie van het aanbod, is ook de vorm van het te ontwikkelen aanbod van belang.

De toename van zorg die thuis wordt geleverd, is conform beleid en in lijn met voorkeuren van ouderen. Het is waarschijnlijk dat deze ontwikkeling zich voortzet. Sinds medio 2024 zijn er verschillende signalen vanuit betrokken partijen over verandering in de vraag naar ouderenzorg. Dit rapport gaat over de periode tot en met 2024. Daarom is het van belang om te blijven volgen of de veranderingen in de zorgvraag na 2024 doorzetten, of dat de dynamiek in zorgvraag gaat veranderen.

Dankbetuiging

Gedurende het onderzoek zijn de onderzoekers geadviseerd door de adviesgroep die bestond uit medewerkers van Actiz, Regiokracht, Sociaal en Cultureel Planbureau, Zilveren Kruis, en Zorgverzekeraars Nederland. Het onderzoeksteam bedankt de adviesgroep voor hun kritisch constructief meedenken.
Daarnaast wil het team CBS, NZa, CIZ en Zorginstituut Nederland bedanken voor het verstrekken van toegang tot hun waardevolle gegevens, en het geven van ondersteuning bij de interpretatie daarvan.

Literatuur

1. CBS. Ouderen 2026 [Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen.
2. RIVM. Verpleegzorgraming 2022 [Available from: https://www.regiobeeld.nl/verpleegzorgraming.
3. Hinkema M, Van Heumen S, Van Wissekerke NE. Prognose capaciteitsontwikkeling Verpleeghuiszorg. TNO; 2019.
4. Actiz. Hoe staat het met de wachtenden voor verpleeghuizen en Wlz-zorg thuis? : Actiz; 2025.
5. Zilveren Kruis Zorgkantoor. Onderzoek leegstand in de intramurale ouderenzorg: Inzichten in huidige ontwikkelingen en mogelijke oplossingsrichtingen voor duurzame ouderenzorg. Zilveren Kruis Zorgkantoor; 2026.
6. Pouw-Verweij. Kamerbrief over onderzoek naar oorzaken van onderschrijding van budgettair kader wijkverpleging. In: Langdurige en Maatschappelijke Zorg V, editor. 2025.
7. Zorgverzekeraars Nederland. Landelijke rapportage wachtlijsten verpleegzorg (Wlz). Zorgverzekeraars Nederland; 2026.
8. De Weerdt A.C., Gouwens S., Koopmanschap M.A., Van der Meer A., Kommer G.J. Kosten van Ziekten | Samenvatting Bilthoven: RIVM; 2022 [Available from: https://www.vzinfo.nl/kosten-van-ziekten/samenvatting.
9. CBS. Bevolkingspiramide n.d. [Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingspiramide.
10. CBS. Ouderen n.d. [Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen.
11. Van der Lucht F., Den Boer G., Buijs M., Deuning C., Hilderink H., Plasmans M., et al. Levensverwachting en sterfte | Trendscenario VTV-2024 Bilthoven: RIVM; 2024 [Available from: https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/levensverwachting.
12. Wong A., Kommer G.J., Polder J. Levensloop en zorgkosten - achtergrondrapport. Zorg voor euro's-7. RIVM; 2008.
13. De Meijer C., Wouterse B., Polder J., Koopmanschap M. The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. European journal of ageing. 2013;10(4):353–61.
14. Dekker L., Busch M., Rözer J., Janssen-van Eijndt T., Uiters E., Snijders B., et al. Zorg en sociaal domein - Themaverkenning bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. RIVM; 2024.
15. Van der Lucht F., Den Boer G., Buijs M., Deuning C., Hilderink H., Plasmans M., et al. Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 Bilthoven: RIVM; 2024 [Available from: https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/gezondheid.
16. Van Elst L. Het leven (weer) centraal bij reablement: Het leven (weer) centraal bij reablement. Zorgvisie. 2025;55(4):32–5.
17. Nederlandse Zorgautoriteit. Onderzoek (gedrags)effecten tariefherijking verpleging en verzorging. 2020.
18. Alders P., Wouterse B., Schut E. Minder verpleeghuizen nodig dan verwacht door afname verblijfsduur. 2026.

19. Zorginstituut Nederland. Reablement in de Zvw en de Wlz: Verduidelijking van de wet- en regelgeving. Zorginstituut Nederland; 2026.
20. Reable Nederland. Realistisch scenario over dementie geeft hoop. Reable Nederland; 2026.
21. De Klerk M., Eggink E., Schellingerhout R., De Boer A. Mantelzorg in beweging - Kerncijfers en trends, 2014-2024. Sociaal en Cultureel Planbureau; 2026.
22. Vos E., Proper K., Hilderink H., Van der Beek A., De Bruin S. Werkende mantelzorgers van ouderen - Verkenning van hun toekomst en ondersteuningsbehoeften. RIVM; 2021.
23. SER. Mantelzorg en werk in een zorgzame samenleving - Een integrale aanpak voor een werkende combinatie. SER; 2026 februari 2026.
24. Baâdoudi F., De Bekker A., Van der Heide J., Hendriks C., Lemmens L. Valpreventie in Beweging. Monitor Valpreventie: Stand van zaken ketenaanpak in 2024 en eerste kwartaal 2025 Bilthoven: RIVM; 2025 [Available from: https://www.rivm.nl/publicaties/valpreventie-in-beweging-monitor-valpreventie-stand-van-zaken-ketenaanpak-in-2024-en.
25. Bär M., Bakx P., Rice N., Santos R., Siciliani L., Wouterse B. Do Delayed Nursing Home Admissions Increase Hospitalisations and Costs? Available at SSRN 6293289.
26. Daalhuizen F., Van Dam F., De Groot C., Schilder F., Van der Staak M. Zelfstandig thuis op hoge leeftijd - achtergrondstudie. SCP; 2019 18 juli 2019.

Verklarende woordenlijst

Ouderenzorg

Dit rapport gebruikt ouderenzorg als overkoepelende term voor langdurige zorg voor ouderen van 65 jaar en ouder met een Wlz-indicatie (Wlz-zorg) en wijkverpleging vanuit de Zvw. Zie hieronder voor een toelichting van die twee soorten zorg.

Wlz-zorg

De term Wlz-zorg verwijst in dit rapport naar de langdurige zorg voor ouderen met een Wlz-indicatie en een zorgprofiel voor verpleging en verzorging (VV). Het rapport richt zich daarmee op cliënten die vanwege een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag-zorg in de nabijheid zijn aangewezen op zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze zorg kan zowel met verblijf in een verpleeghuis (intramuraal), als thuis worden geleverd. Dat kan bijvoorbeeld via een Volledig Pakket Thuis (VPT), een Modulair Pakket Thuis (MPT) of een Persoonsgebonden Budget (PGB), zie leveringsvormen. Cliënten kunnen meerdere leveringsvormen tegelijk ontvangen, bijvoorbeeld twee verschillende vormen van Wlz-zorg thuis (zie hieronder).
Zorg die uitsluitend wordt geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) of de eerstelijnszorg valt buiten dit type zorg. (Bron: Wlz-kompas | Zorginstituut Nederland.) Let op: alle uitkomsten in dit rapport zijn gebaseerd op registerdata. Dit betekent dat we weten welke aanspraak cliënten hebben gemaakt op zorg en welke leveringsvorm zij hebben ontvangen. We weten echter niet welke zorg en hoeveel zorg cliënten daadwerkelijk hebben ontvangen.

Wlz-verpleeghuiszorg (verblijf in een instelling)

Wlz-verpleeghuiszorg verwijst naar zorg aan ouderen die met een Wlz-indicatie en een zorgprofiel VV in een verpleeghuis wonen en daar de geïndiceerde zorg ontvangen, zie ook leveringsvormen. In beleidsdocumenten en registraties worden vaak de termen ‘verblijf in een instelling’ of ‘intramurale zorg’ gebruikt. Om de tekst toegankelijker te maken, gebruikt dit rapport de term verpleeghuiszorg. (Bron: Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz) | Zorginstituut Nederland.)

Wlz-zorg thuis

De term Wlz-zorg thuis verwijst in dit rapport naar alle Wlz-zorg aan ouderen die buiten een verpleeghuis wordt geleverd. Hieronder vallen Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en Persoonsgebonden Budget (PGB), zie ook leveringsvormen.
Dat zijn de zorgvormen die niet in een verpleeghuis, maar in een thuissituatie worden gegeven. Dit kan naast een standaard woonhuis ook gaan over andere woonvormen, zoals geclusterd wonen of woonzorgcomplexen. Cliënten kunnen meer dan een zorgvorm tegelijk ontvangen, bijvoorbeeld MPT en PGB. (Bron: Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz) | Zorginstituut Nederland.)

Zvw-wijkverpleging

Wijkverpleging vanuit de zorgverzekeringswet is zorg met een geneeskundige context voor ouderen. Het gaat hier niet om 24 uurs-zorg. Met wijkverpleging worden ouderen in hun eigen omgeving geholpen met het dagelijks leven. Die eigen omgeving kan thuis zijn, maar bijvoorbeeld ook bij de dagbesteding. Hierdoor kunnen ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. In dit rapport gaat het om wijkverpleging voor mensen van 65 jaar of ouder. (Bron: Wijkverpleging (18 jaar en ouder) | Zorginstituut Nederland.)

Ondersteuning vanuit de Wmo

Gemeenten ondersteunen mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat bijvoorbeeld om begeleiding en dagbesteding, of ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten.

Zorgprofielen

Iedere cliënt met een Wlz-indicatie krijgt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een zorgprofiel toegewezen. Het zorgprofiel beschrijft de aard en zwaarte van de zorg die iemand nodig heeft en vormt de basis voor de bekostiging van de zorg. Dit noemen we ook wel een zorgzwaartepakket. In dit rapport worden de zorgprofielen voor Wlz-verpleegzorg onderscheiden naar de geldende Regeling langdurige zorg. De in dit rapport meest voorkomende zorgprofielen zijn:

4VV	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging.
5VV	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg.
6VV	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging.
7VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding.
8VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging.

Voor de leesbaarheid gebruiken we in het rapport de term lichtere zorg voor een 4VV zorgprofiel en intensievere zorg voor zorgprofielen 5VV en hoger. De volledige omschrijving van de zorgprofielen staat in Bijlage A van de Regeling langdurige zorg. (Bron: Verpleging (Wlz) | Zorginstituut Nederland.)

Leveringsvormen

Wlz-zorg kan op verschillende manieren worden geleverd. Dit worden leveringsvormen genoemd.

- Verpleeghuiszorg (zorg met verblijf in een instelling): de cliënt woont in een verpleeghuis en ontvangt daar de geïndiceerde Wlz-zorg.
- Volledig Pakket Thuis (VPT): de cliënt woont thuis, maar ontvangt vrijwel hetzelfde volledige zorgpakket als in een verpleeghuis, geleverd door één gecontracteerde zorgaanbieder.
- Modulair Pakket Thuis (MPT): de cliënt woont thuis en ontvangt alleen die onderdelen van het zorgpakket die nodig zijn. Deze zorg kan door een of meerdere gecontracteerde aanbieders worden geleverd.

- Persoonsgebonden budget (pgb): de cliënt organiseert zelf de zorg en koopt deze in met een budget dat het zorgkantoor beschikbaar stelt.

Dit rapport maakt onderscheid tussen zorg met verblijf en zorg zonder verblijf (VPT, MPT en PGB), tenzij anders wordt vermeld. (Bron: Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz) | Zorginstituut Nederland.)

Zorggebruik

In dit onderzoek is het aantal patiënten het centrale punt van aandacht. De term Zorggebruik refereert naar het aantal cliënten dat gebruikmaakt van de betreffende zorgvorm, tenzij anders wordt vermeld.

Afkortingenlijst

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
MPT	Modulair pakket thuis
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden budget
VPT	Volledig pakket thuis
VV	Aanduiding voor zorgprofiel in Verpleging en Verzorging. 1VV-10VV.
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Heeft twee betekenissen. Zorgzwaartepakket of zorgzwaarteprofiel. De term zorgprofiel wordt gebruikt om de zwaarte van de geleverde zorg aan te duiden, samen met een getal, bijvoorbeeld ZZP 4VV, of ZZP 6VV. In de context van leveringsvormen van Wlz wordt gesproken over een zzp-prestatie en duidt het ‘verblijf in instelling’ aan.

Bijlage 1 Verantwoording analyses 'Veranderingen in cliëntstromen' (bij sectie 5.1)

Wat verklaart veranderingen in Wlz-zorggebruik?

Onderzoeksvraag en relevantie

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat het aandeel mensen dat zorg ontvangt binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) in een verpleeghuis in de afgelopen jaren is afgenomen, terwijl het gebruik Wlz zorg thuis juist is toegenomen. Hier onderzoeken we of deze verschuiving verklaard kan worden door veranderingen in persoonskenmerken van 75+ers. We maken daarbij gebruik van data op individueel niveau die gedetailleerde informatie over gezondheid en functionele beperkingen bevatten want dat zijn uiteindelijk de belangrijkste redenen voor vraag naar langdurige zorg.

Belangrijke (voorlopige) conclusies

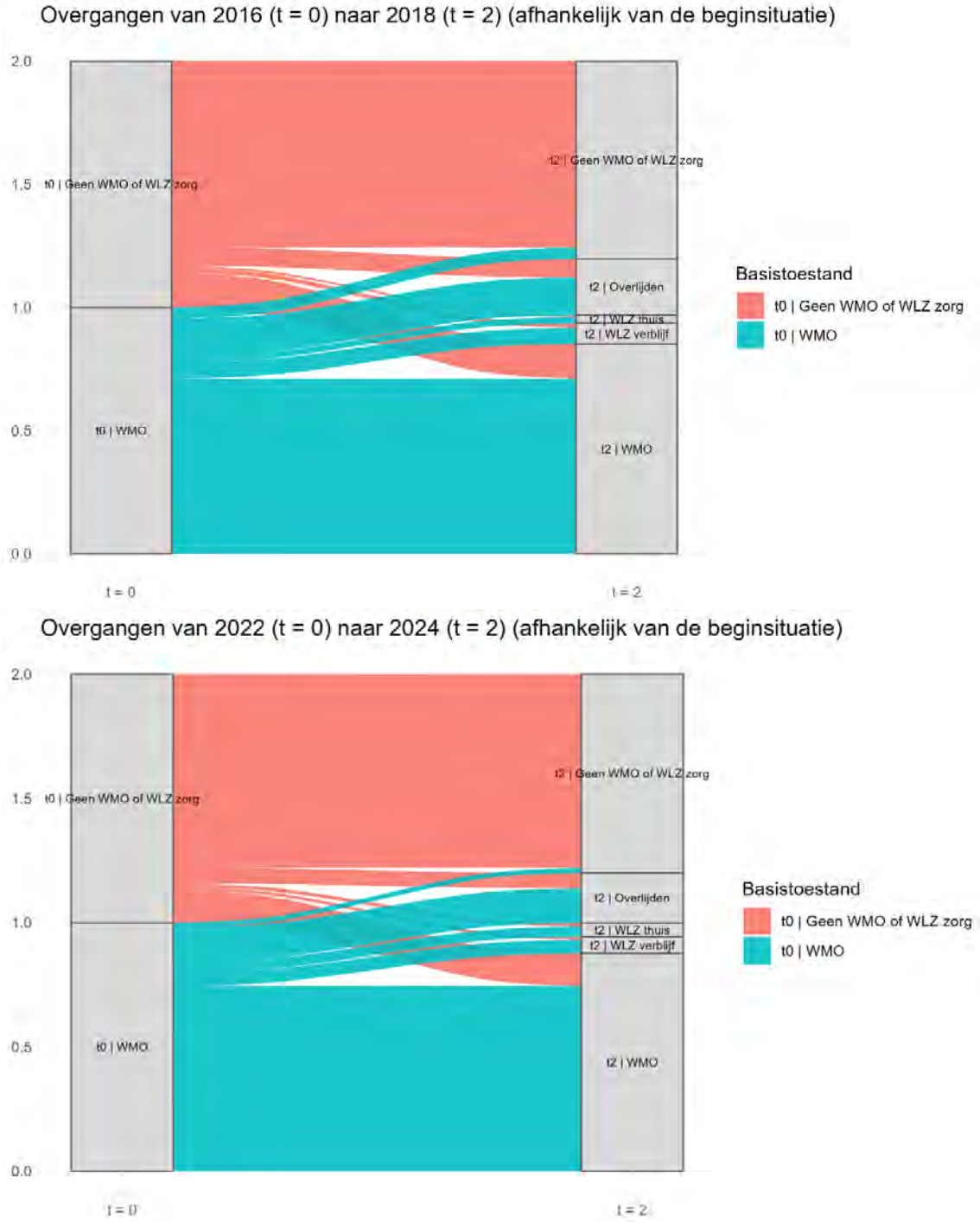
- 75-plussers in 2022 gebruikten in de twee opvolgende jaren minder Wlz-zorg met verblijf en meer Wlz-zorg thuis dan 75-plussers in 2016.
- De afname in Wlz-zorg met verblijf wordt voornamelijk verklaard door veranderingen in de kenmerken van 75-plussers, in het bijzonder gezondheidskenmerken, en niet door hoe deze samenhangen met gebruik van Wlz-zorg met verblijf.
- De toename in Wlz-zorg thuis wordt niet verklaard door de observeerbare kenmerken in dit model. Integendeel, als de gezondheid van 75-plussers en de samenhang daarvan met het gebruik van Wlz-zorg thuis gelijk waren gebleven, zou de toename in Wlz-zorg thuis groter zijn geweest.

Aanpak

Data

We gebruiken data van de Gezondheidsmonitor-enquêtes van 2016 en 2022 omdat deze een diverse set aan gezondheidskenmerken bevatten, die mogelijk Wlz-zorggebruik bepalen. We koppelen deze data aan administratieve data over Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zorggebruik beschikbaar bij Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). We richten ons op personen van 75 jaar en ouder die deelnamen aan de Gezondheidsmonitor in 2016 en 2022. Dit doen we omdat het aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-zorg met verblijf op jongere leeftijden zeer laag is (bijv. <1% onder 65-75-jarigen; CBS, z.d.). Daarnaast selecteren we personen die in het jaar van de enquête geen Wlz zorg ontvingen om de transities naar Wlz zorg te kunnen onderzoeken.

Figuur B1.1 Overgangen van geen Wmo- of Wlz-zorg en Wmo-zorg naar geen Wmo- of Wlz-zorg, Wmo-zorg, Wlz-zorg thuis, Wlz-zorg met verblijf en overlijden voor 75-plussers in 2016 (boven) en 2022 (onder).



Figuurnoot: Figuur B1.1 toont het aandeel personen dat in 2016 (boven) of 2022 (onder) geen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Wet langdurige zorg (Wlz) gefinancierde zorg ontving uitgesplitst naar of zij aan het einde van 2018 of 2024 geen zorg, Wmo zorg, Wlz zorg thuis of Wlz zorg met verblijf ontvingen of zijn overleden.

Transities
We onderzoeken transities naar het gebruik van formele langdurige zorg binnen de Wlz en de Wmo voor twee groepen: i) personen die in het jaar van het interview (2016 of 2022) geen Wmo- of Wlz-gefinancierde zorg ontvingen, en ii) personen die in dat jaar wel Wmo- maar geen Wlz-gefinancierde zorg ontvingen. We meten transities naar vijf uitkomsten zoals te zien in Figuur B1.1: i) geen Wmo of Wlz zorg; ii) Wmo zorg; iii) Wlz zorg thuis (vpt, mpt, pgb)[41]; iv) Wlz zorg met verblijf[1]; v) Overleden.[42]

In de decompositie analyse worden de uitkomsten gedefinieerd als zorggebruik in ten minste één van de twee opvolgende jaren na de enquête (voor 2016: 2017-2018; voor 2022: 2023-2024). De verschillende uitkomsten sluiten elkaar niet uit: respondenten uit 2016 kunnen bijvoorbeeld zowel Wlz-zorg thuis als Wlz-zorg met verblijf hebben ontvangen in de periode 2017–2018.

Baseline kenmerken
We onderscheiden tussen de volgende typen kenmerken waarvan wij verwachten dat zij transities naar formele langdurige zorg kunnen verklaren: demografisch, medicijngebruik voor chronische aandoeningen, zelf-gerapporteerde gezondheid, huishoudelijke context, sociaaleconomisch en regionaal. De kenmerken zijn gerapporteerd in Tabel B1.1. De kenmerken worden gemeten in het jaar van enquête (2016 of 2022).

Tabel B1.1 Steekproef omschrijving (gewogen): respondenten Gezondheidsmonitor 75+ die geen Wlz-gefinancierde zorg ontvangen in jaar van enquête

Variabelen	Gemon 2016 (n = 71.379)	Gemon 2022 (n = 52.518)
Zorggebruik binnen twee jaar		
Geen Wmo of Wlz zorg (%)	53.4	52.3
Wmo (%)	41.4	43.2
Wlz thuis (vpt, mpt, pgb) (%)	3.6	4.9
Wlz verblijf (%)	4.7	3.9
Sterfte binnen twee jaar		
Sterfte binnen twee jaar (%)	9.9	8.8
Baseline kenmerken		
Demografie		
Leeftijd (%) 75-80 80-85 85+	 54.9 30.5 14.7	 55.0 30.9 14.1
Vrouw (%)	58.3	55.8
Gezondheid		

[41] Alleen Wlz-zorg voor Zorgzwaartepakket V&V 1-8 worden in de Wlz uitkomsten meegenomen.
[42] We nemen wijkverpleging die wordt geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet niet mee, omdat de gegevens voor 2024 nog niet beschikbaar zijn.

Variabelen	Gemon 2016 (n = 71.379)	Gemon 2022 (n = 52.518)
Gebruikt antidementie-medicatie (%)	0,9	0,3
Gebruikt medicatie voor behandeling hart- en vaatziekten (%)	74,4	72,3
Gebruikt Parkinson-medicatie (%)	6,1	5,4
Aantal chronische aandoeningen op basis van medicatie-gebruik	3,0	2,9
In welke mate vanwege gezondheid beperkt in activiteiten? (%) Helemaal niet Wel, maar niet ernstig Ernstig Missing	 35.5 50.7 10.6 3.2	 39.9 48.1 7.0 5.0
Heeft een (zeer) slechte gezondheid (%)	7.5	7.1
Matig tot ernstig eenzaam (obv De Jong Gierveld schaal) (%)	49.3	52.1
Matig of hoog risico op angststoornis of depressie (obv The Kessler Psychological Distress Scale) (%)	48.8	43.0
Sociaaleconomische factoren		
Hoogst behaalde opleidingsniveau (%) HBO, WO LO, MAVO, LBO, HAVO, VWO, MBO Missing	 13.8 76.9 9.3	 20.1 77.7 2.1
Inkomensgroep (%) Laagst Lager Midden Hoger Hoogst	 22.0 21.8 19.7 18.9 17.6	 23.7 22.1 19.6 18.2 16.5
Huishouden		
Huiseigenaar (%)	49.1	57.8
Woont alleen (%)	44.5	41.6
Kinderen (%) Geen Wel in zelfde gemeente Wel in andere gemeente	 12.1 58.4 29.4	 11.8 55.0 33.2

Decompositie
We gebruiken een decompositie methode[43] om te schatten in hoeverre en welke van de baseline kenmerken de verschillen in transities naar Wmo- en Wlz-gefinancierde zorg tussen 2017-2018 en 2023-2024 verklaren. De decompositie methode geeft inzicht in of deze verschillen over tijd het gevolg zijn van veranderingen in de verdeling van de baseline kenmerken (bijvoorbeeld: mensen worden ouder) - zoals gerapporteerd in Tabel B1.1 -, of van veranderingen in de relatie tussen de kenmerken en formele langdurige zorggebruik (bijvoorbeeld: verpleeghuizen bieden in toenemende mate zorg aan mensen met ernstige gezondheidsproblemen vanwege onderliggende veranderingen in bijvoorbeeld beleid, cultuur of voorkeuren).

Resultaten

Verschillen in Wlz-zorggebruik tussen 2017-2018 en 2023-2024
Tabel B1.2 laat de verschillen in Wlz-zorggebruik zien tussen de periode 2017-2018 en de periode 2023-2024. In die periode is het aandeel 75-plussers met een Wlz-indicatie toegenomen (van 62 naar 67 per 1000 75-plussers).[44]
Tegelijkertijd vond er een verschuiving plaats van verpleeghuiszorg naar zorg thuis. Het aandeel 75-plussers dat Wlz-zorg met verblijf ontvangt nam af van 47 per 1000 personen in 2017-2018 naar 39 per 1000 personen in 2023-2024 terwijl het aandeel personen dat Wlz-zorg thuis ontvangt juist toenam van 36 naar 49 per 1000 personen.[45]
De afname in verpleeghuiszorg is in absolute zin relatief klein. Binnen de subgroep 75-plussers die in 2016 geen Wlz- of Wmo-zorg gebruikte ontvingen 26 van de 1000 personen in de twee opvolgende jaren (2017-2018) Wlz-gefinancierde zorg met verblijf. Voor de groep 75-plussers in 2022 was dat 19 van de 1000 personen, een afname van 7 per 1.000 personen. Onder de 75-plussers die geen Wlz- maar wel Wmo-zorg ontvingen nam het gebruik van Wlz-verpleeghuiszorg in de twee opvolgende jaren sterker af: met 17 per 1000 personen, van 97 per 1000 personen in 2017-2018 naar 80 per 1000 personen in 2023-2024. Het aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-zorg thuis is toegenomen met 6 per 1.000 personen voor mensen zonder Wmo-zorg op baseline en met 25 per 1.000 personen voor mensen met Wmo-zorg op baseline. De veranderingen zijn relatief groot wanneer ze worden uitgedrukt als procentueel verschil: het aandeel 75-plussers met een indicatie is bijvoorbeeld met 8 procent gestegen. Tegelijkertijd zijn deze verschillen in absolute zin vrij klein (5 extra 75-plussers met een Wlz-indicatie per 1000).

[43] We volgen Bom et al. (2023) en de Meijer et al. (2015) en maken gebruik van de Oaxaca–Blinder-decompositiemethode van Yun et al. (2004), die geschikt is voor modellen met een niet-lineaire specificatie.
[44] The number of individuals in the Dutch population aged 75+ increased from 1,309,093 in 2016 to 1,566,712 in 2022. This is an increase of 257,619 individuals (Source, Statline).
[45] De aandelen voor de twee categorieën tellen niet bij elkaar op want mensen kunnen beide typen zorg gebruiken binnen hetzelfde kalenderjaar.

Tabel B1.2 Het aantal 75-plussers dat in 2017-2018 en in 2023-2024 Wlz-gefinancierde zorg gebruikt, per 1000 75-plussers.

	Gez-mon 2016 Uitkomsten in 2017-2018	Gez-mon 2022 Uitkomsten in 2023-2024	Verschil uitkomsten 2017-2018 vs 2023-2024
Alle 75-plussers die geen Wlz-zorg ontvangen in het baseline-jaar			
Ontvangt Wlz-indicatie binnen 2 jaar	62 per 1000	67 per 1000	+5 per 1000**
Ontvangt Wlz zorg met verblijf binnen 2 jaar	47 per 1000	39 per 1000	-8 per 1000***
Ontvangt Wlz zorg thuis binnen 2 jaar	36 per 1000	49 per 1000	+14 per 1000***
Aantal observaties	71382	52523	
Subgroep: 75-plussers die geen Wlz en geen Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar			
Ontvangt Wlz zorg met verblijf binnen 2 jaar	26 per 1000	19 per 1000	-7 per 1000***
Ontvangt Wlz zorg thuis binnen 2 jaar	20 per 1000	26 per 1000	+6 per 1000***
Aantal observaties	51894	37264	
Subgroep: 75-plussers die geen Wlz maar wel Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar			
Ontvangt Wlz zorg met verblijf binnen 2 jaar	97 per 1000	80 per 1000	-17 per 1000***
Ontvangt Wlz zorg thuis binnen 2 jaar	71 per 1000	96 per 1000	+25 per 1000***
Aantal observaties	19485	15254	

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$. Noot: deze analyses betreffen het zorggebruik van de respondenten van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022 in de twee kalenderjaren na de survey.

Tabel B1.3 Verschillen in tijd tussen indicatie en zorggebruik en duur van zorggebruik tussen 2017-2018 en 2023-2024

	Gez-mon 2016 Uitkomsten in 2017-2018	Gez-mon 2022 Uitkomsten in 2023-2024	Verschil uitkomsten 2017-2018 vs 2023-2024
Subgroep: 75-plussers die geen Wlz-zorg ontvangen in het baseline-jaar en binnen twee jaar een Wlz-indicatie en Wlz-zorg thuis ontvangen			
Tijd tussen indicatie en Wlz-zorg thuis	5 dagen	3 dagen	-2 dagen***
Aantal observaties	2426	2456	
Gebruik Wlz-zorg thuis binnen 2 jaar	140 dagen	195 dagen	54 dagen***
Aantal observaties	2416	2440	
Subgroep: 75-plussers die geen Wlz-zorg ontvangen in het baseline-jaar en binnen twee jaar een Wlz-indicatie en Wlz-zorg met verblijf ontvangen			
Tijd tussen indicatie en Wlz-zorg met verbljjf	43 dagen	69 dagen	26 dagen***
Aantal observaties	3180	1844	
Gebruik Wlz-zorg met verblijf binnen 2 jaar	235 dagen	220 dagen	-14 dagen*
Aantal observaties	3175	1843	

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

Het verklaren van verschillen in Wlz-zorggebruik a.d.h.v. persoonskenmerken

Wlz-zorg thuis (geen Wlz en geen Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar)

Tabel B1.3 laat zien dat in de subgroep die geen Wlz- of Wmo-zorg gebruikte in het jaar van de Gezondheidsmonitor-enquete (baseline) het aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-gefinancierde zorg thuis toenam met 6,0 per 1000. Die stijging is het gevolg van een combinatie van twee tegengestelde veranderingen. De eerste verandering is een afname van 7,7 gebruikers van Wlz-zorg thuis per 1000 75-plussers als gevolg van veranderingen in de samenstelling van de populatie 75-plussers. De tweede verandering is een toename van het aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-zorg thuis (van 13,7 gebruikers per 1000 75-plussers) bij gelijke gezondheid en andere kenmerken. Die toename hangt samen met bijvoorbeeld veranderingen in beleid, cultuur of voorkeuren die invloed hebben op de verdeling van zorg binnen de populatie (een verandering in de relatie tussen zorggebruik en persoonskenmerken).

Wlz-zorg thuis (geen Wlz- maar wel Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar)[46]

In de subgroep die Wmo-gefinancierde zorg gebruikte in het jaar van de Gezondheidsmonitor-enquete (baseline) nam het aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-gefinancierde zorg thuis toe met 24,9 per 1000. De veranderende relatie tussen de persoonskenmerken en de kans op

[46] In een aanvullende analyse (voorlopig opgenomen in Tabel B1.4) herhalen we de analyse voor de groep die aangeeft beperkingen te ervaren. Die resultaten zijn vrijwel identiek aan de resultaten voor 75-plussers die geen Wlz maar wel Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar en worden daarom hier niet afzonderlijk in detail besproken.

gebruik van thuiszorg hangt in die periode samen met een stijging van 42,9 gebruikers van thuiszorg per 1000 75-plussers en is het gevolg van onderliggende veranderingen in bijvoorbeeld beleid, cultuur of voorkeuren die invloed hebben op de verdeling van zorg binnen de populatie. Die stijging werd deels teniet gedaan door veranderingen in de samenstelling van de populatie 75-plussers: die veranderingen in de samenstelling leidden tot een afname van 18,0 gebruikers van Wlz-zorg thuis per 1000 75-plussers.

Verpleeghuisopnames (geen Wlz- en geen Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar)
Veranderingen tussen 2016 en 2022 in persoonskenmerken die meegenomen zijn in de analyse verklaren een afname van 6,5 verpleeghuisopnames per 1000 75-plussers in periode 2022-2023 ten opzichte van de periode 2017-2018. Veranderingen in de relatie tussen de persoonskenmerken en de kans op een verpleeghuisopname spelen geen rol: het verklaarde deel van de is statistisch niet significant en relatief klein.

Verpleeghuisopnames (geen Wlz- maar wel Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar)
Veranderingen tussen 2016 en 2022 in persoonskenmerken die meegenomen zijn in de analyse verklaren een afname van 14,3 verpleeghuisopnames per 1000 75-plussers in periode 2022-2023 ten opzichte van de periode 2017-2018. Veranderingen in de relatie tussen de persoonskenmerken en de kans op een verpleeghuisopname spelen geen rol: het verklaarde deel van de is statistisch niet significant en relatief klein.

Tabel B1.4 Decompositie verandering Wlz zorg met verblijf in twee jaar na enquête tussen 75+ Gezondheidsmonitor-respondenten in 2016 en 2022.

Subgroep: 75-plussers die geen Wlz en geen Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar

	Wlz-zorg thuis	Wlz-zorg met verblijf
Totale verandering in kans op gebruik	6 per 1000***	-7,2 per 1000***
Verklaard door verandering in kenmerken	-7,7 per 1000***	-6,5 per 1000***
Verklaard door verandering in relatie kenmerken en Wlz- zorggebruik	13,7 per 1000***	-0,7 per 1000

Subgroep: 75-plussers die geen Wlz maar wel Wmo-zorg ontvangen in baseline-jaar

	Wlz-zorg thuis	Wlz-zorg met verblijf
Totale verandering in kans op gebruik	24,9 per 1000***	-16,7 per 1000***
Verklaard door verandering in kenmerken	-18 per 1000***	-14,3 per 1000***
Verklaard door verandering in relatie kenmerken en Wlz- zorggebruik	42,9 per 1000***	-2,4 per 1000

Subgroep: 75-plussers die geen Wlz-zorg ontvangen met zelf-gerapporteerde beperkingen in activiteiten

	Wlz-zorg thuis	Wlz-zorg met verblijf
Totale verandering in kans op gebruik	25,1 per 1000***	-11,7 per 1000***
Verklaard door verandering in kenmerken	-13,1 per 1000***	-10,7 per 1000***
Verklaard door verandering in relatie kenmerken en Wlz- zorggebruik	38,3 per 1000***	-1 per 1000

Noot: deze tabel geeft de resultaten van de decomposities van het verschil in Wlz-zorggebruik met verblijf weer voor personen die (i) op baseline geen Wmo- of Wlz-zorg (links) en (ii) wel Wmo- maar geen Wlz- zorg (rechts) ontvingen. De bijdragen van alle variabelen zijn bij elkaar opgeteld. De kenmerken (boven) geven het aantal procentpunten weer dat kan worden toegeschreven aan een verandering in de kenmerken van personen tussen 2016 en 2022, en de relatie (onder) aan een verandering in de relatie tussen de kenmerken en Wlz zorg met verblijf tussen 2017/2018 en 2023/2024. De subgroep met beperkingen bestaat uit respondenten die aangeven "ernstig" beperkt te zijn of "wel beperkt, maar niet ernstig". Gewogen naar ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen, functiebeperkingen, mantelzorg geven, mantelzorg ontvangen, lengte en gewicht en lichamelijke activiteit.
*** $p<0.001$.

Aanvullende analyses: gedetailleerde decompositie

Uit aanvullende analyses blijkt dat met name verbeteringen in gezondheid en sociaaleconomische factoren zorgen voor een afname van het gebruik van verpleeghuiszorg. Veranderingen in demografische en regionale factoren verklaren daarentegen slechts een zeer klein deel van de geobserveerde verschillen en deze bijdragen zijn niet significant. Dit betekent dat de bijdragen van demografische veranderingen en regionale verschillen aan veranderingen in Wlz zorggebruik verwaarloosbaar zijn. Dit resultaat is in lijn met eerder werk van onderzoekers van ESHPM en het RIVM naar de determinanten van gebruik van ouderenzorg (o.a. de Meijer et al. 2011, 2013; Slobbe et al. 2017), wanneer gecontroleerd voor beperkingen. Dit betekent dat projecties voor Wlz-zorggebruik die alleen op demografie zijn gebaseerd een het toekomstige gebruik overschatten en dat we trends in gezondheidskenmerken – en specifieker: beperkingen – moeten meenemen in deze projecties.

De toename in Wlz-zorg thuis is, volgens Tabel B1.A1-B1.A2 in de appendix, grotendeels toe te schrijven aan de constante. De constante wordt beïnvloed door twee factoren: i) hoe de kans op Wlz-zorggebruik thuis is veranderd over tijd voor een gemiddeld persoon (een algemene trend); en ii) veranderingen in persoonskenmerken die niet in het model zijn opgenomen. Voor beide factoren geldt dat deze uitsluitend trends en kenmerken omvatten die *niet* via de wel-opgenomen kenmerken het gebruik van Wlz-zorg thuis beïnvloeden, zoals beleid dat de relatie tussen gezondheid en Wlz-zorggebruik thuis verandert, of toegang tot mantelzorg die niet wordt opgevangen door het effect van alleen wonen op Wlz-zorggebruik thuis. De toename in aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-zorg thuis is dus vooral toe te schrijven aan een algemene trend in het ontvangen van thuiszorg (zoals beleid dat langer thuis wonen stimuleert) en veranderingen in niet-opgenomen kenmerken van personen (zoals voorkeuren of toegang tot mantelzorg),

die niet samenhangen met demografie, gezondheid, enzovoort. Wat deze trend heeft veroorzaakt, welke niet-opgenomen kenmerken de verandering verklaren en in hoeverre de toename in aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-zorg thuis is toe te schrijven aan de algemene trend of de niet-opgenomen kenmerken kan met deze analyse niet worden vastgesteld.

Bronnen

Bom, J., Bakx, P., Van Doorslaer, E., Gørtz, M., & Skinner, J. (2023). What explains different rates of nursing home admissions? Comparing the United States to Denmark and the Netherlands. The Journal of the Economics of Ageing, 25, 100456.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). Personen met gebruik Wlz-zorg; leveringsvorm, zorgzwaartepakket. Geraadpleegd op 24 februari 2026, van https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40065NED

de Meijer, C., Bakx, P., Van Doorslaer, E., & Koopmanschap, M. (2015). Explaining declining rates of institutional LTC use in the Netherlands: a decomposition approach. Health Economics, 24, 18-31.

de Meijer, C., Koopmanschap, M., d'Uva, T. B., & Van Doorslaer, E. (2011). Determinants of long-term care spending: age, time to death or disability?. Journal of Health Economics, 30(2), 425-438.

de Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J., & Koopmanschap, M. (2013). The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. European journal of ageing, 10(4), 353-361.

Huber, C. A., Szucs, T. D., Rapold, R., & Reich, O. (2013). Identifying patients with chronic conditions using pharmacy data in Switzerland: an updated mapping approach to the classification of medications. BMC public health, 13(1), 1030.

Slobbe, L. C., Wong, A., Verheij, R. A., van Oers, H. A., & Polder, J. J. (2017). Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: an observational record linkage study. BMC Health Services Research, 17(1), 626.

Yun, M. S. (2004). Decomposing differences in the first moment. Economics letters, 82(2), 275-280.

Appendix B1

Tabel B1.A1 Decompositie verandering Wlz zorg met verblijf in twee jaar na enquête tussen 75+ Gemon-respondenten in 2016 en 2022.

	Geen Wlz of Wmo zorg op baseline		Geen wlz, wel Wmo zorg op baseline	
Categorie	Kenmerken	Relatie	Kenmerken	Relatie
Totaal	*-6,5 per 1000****	*0,7 per 1000*	*-14,3 per 1000 ****	*-2,4 per 1000*
Demografie	-0,6 *per 1000*	-0,4 *per 1000*	0,3 *per 1000*	-3,4 *per 1000*
Gezondheid	-4,0 *per 1000*	-3,7 *per 1000*	-11,9 *per 1000*	-18,6 *per 1000*
Sociaal-economische factoren	-1,9 *per 1000*	0,4 *per 1000*	-4,3 *per 1000*	-0,9 *per 1000*
Huishouden	-0,1 *per 1000*	-0,2 *per 1000*	-0,7 *per 1000*	3,7 *per 1000*
Zorgkantoorregio	0,1 *per 1000*	-0,2 *per 1000*	2,2 *per 1000*	-0,9 *per 1000*
Constant	-	3,4 *per 1000*	-	17,7 *per 1000*

Noot: deze tabel weergeeft de resultaten van de decomposities van het verschil in Wlz-zorggebruik met verblijf voor personen die op baseline geen Wmo of Wlz zorg (links) en wel Wmo maar geen Wlz zorg (rechts) ontvingen. De bijdragen van de losse variabelen zoals gespecificeerd in Tabel B1.1 zijn per categorie bij elkaar opgeteld. De kenmerken (links) weergeven het aantal personen per 1.000 75-plussers dat kan worden toegeschreven aan een verandering in de kenmerken van personen tussen 2016 en 2022, en de relatie (rechts) aan een verandering in de relatie tussen de kenmerken en Wlz zorg met verblijf tussen 2017/2018 en 2023/2024. Gewogen. *** $p<0.001$.

Tabel B1.A2 Decompositie verandering Wlz zorg thuis in twee jaar na enquête tussen 75+ Gezondheidsmonitor-respondenten in 2016 en 2022.

	Geen Wlz of Wmo zorg op baseline		Geen wlz, wel Wmo zorg op baseline	
Categorie	Kenmerken	Relatie	Kenmerken	Relatie
Totaal	*-7,7 per 1000****	*13,7 per 1000 ****	*-18 per 1000 ****	*42,9 per persoon ****
Demografie	-1,3 *per 1000*	-0,3 *per 1000*	-0,1 *per 1000*	-5,1 *per 1000*
Gezondheid	-5,2 *per 1000*	-9,6 *per 1000*	-14,4 *per 1000*	-27,5 *per 1000*
Sociaal-economische factoren	-1,4 *per 1000*	0,6 *per 1000*	-5,9 *per 1000*	-5,2 *per 1000*
Huishouden	0,3 *per 1000*	-0,4 *per 1000*	0,6 *per 1000*	1,6 *per 1000*
Zorgkantoorregio	-0,1 *per 1000*	0,4 *per 1000*	1,8 *per 1000*	0,1 *per 1000*
Constant	-	23,0 *per 1000*	-	79.0 *per 1000*

Noot: deze tabel toont de resultaten van de decomposities van het verschil in Wlz-zorggebruik thuis voor personen die op baseline geen Wmo of Wlz zorg (links) en wel Wmo maar geen Wlz zorg (rechts) ontvingen. De bijdragen van de losse variabelen zoals gespecificeerd in Tabel B1.1 zijn per categorie bij elkaar opgeteld. De kenmerken (links) tonen het aantal personen per 1.000 75-plussers dat kan worden toegeschreven aan een verandering in de kenmerken van personen tussen 2016 en 2022, en de relatie (rechts) aan een verandering in de relatie tussen de kenmerken en Wlz zorg thuis tussen 2017/2018 en 2023/2024. Gewogen. *** $p<0.001$.

Tabel B1.A3 Variabelen definities

Variabele	Bron	Toelichting	Codering
Demografische kenmerken			
Leeftijd	GEMON 2016, 2022	Leeftijd op 1 september	Afzonderlijke dummies=1 als 75-79, 80-84 en 85+
Vrouw	GEMON 2016, 2022	Geslacht	Dummy=1 als geslacht=2
Chronische aandoeningen			
Dementie	Medicijntab 2016, 2022	Medicijnvoorschriften	Dummy=1 als ATC=N06D, =0 als niet
Parkinson	Medicijntab2016, 2022	Medicijnvoorschriften	Dummy=1 als ATC=N04, N05B, N05C, =0 als niet
Hart- en vaatziekten	Medicijntab 2016, 2022	Medicijnvoorschriften	Dummy=1 als ATC=C01, C04A, C02, C07, C08, C09, =0 als niet
Aantal aandoeningen	Medicijntab 2016, 2022	Aantal aandoeningen volgens de Huber-index	Hoeveel van de volgende aandoeningen: maagzuurgerelateerde aandoeningen, botziekten, kanker, hart- en vaatziekten, dementie, epilepsie, glaucoom, jicht, hyperurikemie, hyperlipidemie, darmontstekingsziekten, bloedarmoede, pijn, Parkinson, psychische stoornissen (slaapstoornis, depressie), psychoses, luchtwegaandoeningen (astma, COPD), reumatologische aandoeningen en schildklier-stoornissen
Zelfgerapporteerde gezondheid			
Beperkingen_ernstig	GEMON 2016	"In welke mate vanwege gezondheid beperkt in activiteiten?"	Dummy=1 als CALGB261="Ernstig beperkt" en =0 als "Wel beperkt, maar niet ernstig" of "Helemaal niet beperkt"
Beperkingen_matig	GEMON 2016	"In welke mate vanwege gezondheid beperkt in activiteiten?"	Dummy=1 als CALGB261="Wel beperkt, maar niet ernstig" en =0 als "Ernstig beperkt" of "Helemaal niet beperkt"
Beperkingen_ernstig	GEMON 2022	"Bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?"	Dummy=1 als CALGB262="Ja, ernstig beperkt" en =0 als "Ja, wel beperkt, maar niet ernstig" of "Nee, helemaal niet beperkt"
Beperkingen_matig	GEMON 2022	"Bent u vanwege problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?"	Dummy=1 als CALGB262="Ja, wel beperkt, maar niet ernstig" en =0 als "Ja, ernstig beperkt" of "Nee, helemaal niet beperkt"

Variabele	Bron	Toelichting	Codering
Slechte subjectieve gezondheid	GEMON 2016, 2022	Hoe is over het algemeen uw gezondheid?	Dummy=1 als KLGGB201="Slecht" of "Zeer slecht", =0 als "Zeer goed", "Goed", "Gaat wel"
Matige of ernstige angst en depressie	GEMON 2016, 2022	De Kessler Psychologische Distress Schaal	Dummy=1 als GGADA201 ≥2 of ≤3 (score 16-50 op de schaal), =0 als GGADA201=1 (score 10-15)
Matige of ernstige eenzaamheid	GEMON 2016, 2022	De Jong Gierveld-schaal	Dummy=1 als GGEES217=1 (Score 3-11), =0 als GGEES217=0 (Score 0-2)
Huishoudensvariabelen			
Geen huiseigenaar	Inhatab		Dummy=1 als INHEHALGR ≥2, =0 als INHEHALGR=1 (Eigen woning)
Woont alleen	Inhatab		
Geen kinderen	Familienetwerktab		
Kinderen niet in zelfde gemeente	Familienetwerktab, GBAadresobjectbus		
Kinderen in zelfde gemeente	Familienetwerktab, GBAadresobjectbus		
Sociaaleconomische status (SES)			
Laag opleidingsniveau	GEMON 2016, 2022	Hoogst behaald opleidingsniveau	Dummy=1 als opleiding_samind ≤3 =0 als opleiding_samind=4
Inkomenskwintielen	Inhatab	Besteedbaar inkomen huishouden	
Regio's			
Regio's	GebiedeninNederland	Zorgkantoorregios	Dummies voor elke code 1-31, behalve voor 6 en 13, die samen "regio_overig" vormen

Tabel B1.A4 Logistische-regressieresultaten met Wlz zorg thuis in twee jaar na enquête als uitkomst

	Geen Wlz of Wmo-zorg op baseline		Geen Wlz, wel Wmo-zorg op baseline	
Variabele	Coëfficiënt (2016)	Coëfficiënt (2022)	Coëfficiënt (2016)	Coëfficiënt (2022)
Leeftijd 80-84	0,930*** (0,092)	0,754*** (0,094)	0,561*** (0,092)	0,615*** (0,088)
Leeftijd 85+	1,600*** (0,103)	1,678*** (0,105)	1,106*** (0,094)	1,240*** (0,090)
Vrouw	0,285*** (0,083)	0,245*** (0,086)	0,095 (0,076)	-0,151** (0,075)
Dementie medicijnen	2,396*** (0,203)	3,070*** (0,363)	1,742*** (0,172)	2,818*** (0,274)
Hart- en vaatziekten medicijnen	0,125 (0,109)	0,060 (0,117)	-0,071 (0,104)	-0,066 (0,093)
Parkinson medicijnen	0,439*** (0,153)	0,553*** (0,159)	0,204* (0,108)	0,191* (0,116)
Aantal medicijnen	0,029 (0,026)	0,037 (0,030)	-0,014 (0,021)	0,024 (0,022)
Ernstig beperkingen	1,212*** (0,149)	0,990*** (0,189)	0,863*** (0,143)	0,715*** (0,130)
Matig beperkingen	0,600*** (0,107)	0,586*** (0,103)	0,214* (0,129)	0,086 (0,103)
ontbreekt beperkingen	0,302 (0,259)	0,588*** (0,222)	0,588*** (0,225)	0,083 (0,186)
Slechte subjectieve gezondheid	0,280** (0,143)	0,514*** (0,166)	0,248*** (0,093)	0,138 (0,104)
ontbreekt subjectieve gezondheid	0,385 (0,283)	0,276 (0,307)	0,321 (0,236)	0,123 (0,287)
Matige of ernstige angst en depressie	0,438*** (0,092)	0,527*** (0,100)	0,332*** (0,100)	0,324*** (0,083)
ontbreekt angst en depressie	0,380** (0,177)	0,398* (0,215)	0,084 (0,168)	0,334** (0,153)
Matige of ernstige eenzaamheid	0,222** (0,088)	0,140 (0,091)	0,319*** (0,090)	0,186** (0,081)
ontbreekt eenzaamheid	0,428*** (0,139)	0,433** (0,193)	0,511*** (0,128)	0,488*** (0,147)
Geen huiseigenaar	0,202** (0,097)	0,145 (0,105)	0,016 (0,094)	0,117 (0,086)
Woont alleen	0,060 (0,084)	0,036 (0,092)	-0,194*** (0,075)	-0,175** (0,072)
Geen kinderen	-0,094 (0,123)	0,030 (0,143)	0,059 (0,116)	-0,004 (0,116)
Kinderen niet in zelfde gemeente	0,206** (0,087)	0,203** (0,086)	0,009 (0,083)	-0,048 (0,075)
Laag opleidingsniveau	-0,054 (0,119)	0,015 (0,110)	0,285* (0,155)	0,210* (0,115)
ontbreekt opleidingsniveau	0,231 (0,162)	0,291 (0,277)	0,460** (0,182)	0,574*** (0,209)
Inkomenskwintiel 1	0,025 (0,146)	-0,155 (0,146)	-0,351** (0,161)	-0,238 (0,149)
Inkomenskwintiel 2	-0,028 (0,139)	-0,227 (0,143)	-0,123 (0,156)	-0,251* (0,142)
Inkomenskwintiel 3	-0,012 (0,121)	-0,191 (0,128)	-0,275* (0,154)	-0,064 (0,139)
Inkomenskwintiel 4	-0,078 (0,118)	-0,170 (0,118)	-0,259 (0,159)	-0,030 (0,135)
Constant	-5,816*** (0,237)	-5,440*** (0,281)	-4,011*** (0,273)	-3,729*** (0,254)
Pseudo R-kwadraat				
N	51894	37264	19484	15254

Noot: deze tabel rapporteert de coëfficiënten (log-odds) van een logistische-regressie met Wlz zorg thuis in twee jaar na enquête als uitkomst onder 75+ Gemon-respondenten, geen zorg op baseline. De coëfficiënten voor Zorgkantoorregio dummies zijn niet opgenomen in deze tabel voor leesbaarheid.

Tabel B1.A5 Logistische-regressieresultaten met Wlz zorg verblijf in twee jaar na enquête als uitkomst

	Geen Wlz of Wmo-zorg op baseline		Geen Wlz, wel Wmo-zorg op baseline	
Variabele	Coëfficiënt (2016)	Coëfficiënt (2022)	Coëfficiënt (2016)	Coëfficiënt (2022)
Leeftijd 80-84	0,787*** (0,083)	0,689*** (0,118)	0,621*** (0,080)	0,577*** (0,098)
Leeftijd 85+	1,552*** (0,092)	1,789*** (0,125)	1,347*** (0,083)	1,208*** (0,099)
Vrouw	0,127* (0,077)	-0,098 (0,104)	0,023 (0,069)	-0,323*** (0,082)
Dementie medicjinen	1,858*** (0,223)	2,547*** (0,426)	1,539*** (0,179)	2,230*** (0,265)
Hart- en vaatziekten medicjinen	0,154 (0,099)	-0,013 (0,136)	0,146 (0,092)	-0,056 (0,108)
Parkinson medicjinen	0,574*** (0,134)	0,800*** (0,180)	0,302*** (0,094)	0,261** (0,124)
Aantal medicjinen	0,033 (0,029)	0,070** (0,036)	-0,019 (0,018)	0,001 (0,025)
Ernstig beperkingen	1,398*** (0,150)	0,843*** (0,218)	0,910*** (0,126)	1,032*** (0,146)
Matig beperkingen	0,756*** (0,105)	0,380*** (0,125)	0,391*** (0,112)	0,478*** (0,120)
ontbreekt beperkingen	0,205 (0,223)	0,203 (0,269)	0,648*** (0,204)	0,186 (0,210)
Slechte subjectieve gezondheid	0,424*** (0,134)	0,692*** (0,187)	0,273*** (0,087)	0,256** (0,107)
ontbreekt subjectieve gezondheid	0,564** (0,276)	0,582 (0,375)	0,348 (0,217)	0,569* (0,291)
Matige of ernstige angst en depressie	0,317*** (0,086)	0,485*** (0,114)	0,327*** (0,081)	0,254*** (0,088)
ontbreekt angst en depressie	0,352** (0,163)	0,316 (0,237)	0,178 (0,143)	0,363** (0,167)
Matige of ernstige eenzaamheid	0,239*** (0,085)	-0,010 (0,109)	0,330*** (0,073)	0,106 (0,085)
ontbreekt eenzaamheid	0,491*** (0,126)	0,590** (0,240)	0,348*** (0,112)	0,385** (0,164)
Geen huiseigenaar	0,233*** (0,088)	0,408*** (0,125)	0,095 (0,080)	0,119 (0,094)
Woont alleen	0,195** (0,077)	0,265** (0,110)	-0,126* (0,066)	0,201** (0,080)
Geen kinderen	0,216** (0,109)	0,304* (0,158)	0,041 (0,098)	-0,083 (0,120)
Kinderen niet in zelfde gemeente	0,132 (0,085)	0,200* (0,107)	0,032 (0,070)	0,027 (0,081)
Laag opleidingsniveau	0,125 (0,119)	0,308** (0,144)	0,307** (0,134)	0,175 (0,126)
ontbreekt opleidingsniveau	0,158 (0,158)	0,266 (0,354)	0,487*** (0,159)	0,455** (0,228)
Inkomenskwintiel 1	0,256* (0,145)	-0,276 (0,201)	0,018 (0,145)	0,179 (0,168)
Inkomenskwintiel 2	0,242* (0,138)	-0,226 (0,195)	0,076 (0,142)	0,181 (0,159)
Inkomenskwintiel 3	0,284** (0,122)	-0,107 (0,176)	0,160 (0,137)	0,294* (0,153)
Inkomenskwintiel 4	0,250** (0,118)	-0,063 (0,163)	0,175 (0,140)	0,193 (0,153)
Constant	-6,047*** (0,221)	-5,799*** (0,319)	-4,360*** (0,245)	-4,079*** (0,269)
Pseudo R-kwadraat				
N	51894	37264	19484	15254

Noot: deze tabel rapporteert de coëfficiënten (log-odds) van een logistische-regressie met Wlz zorg thuis in twee jaar na enquête als uitkomst onder 75+ Gemon-respondenten, geen zorg op baseline. De coëfficiënten voor Zorgkantoorregio dummies zijn niet opgenomen in deze tabel voor leesbaarheid.

Bijlage 2 Verantwoording bij analyses ontwikkelingen over tijd bezetting en bezettingsgraad van verpleeghuizen (in English)

Link to previous parts of the report

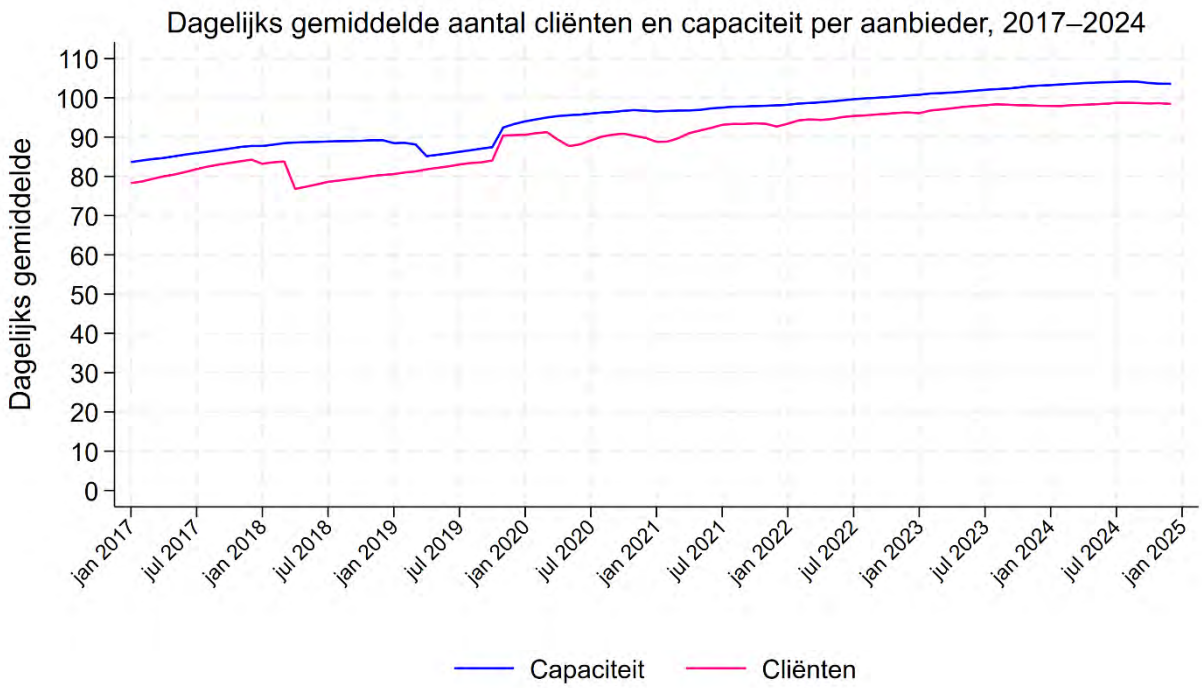
The first part of this project focused on macro-level trends in use of nursing homes in the Netherlands. It showed a declining trend in the number of nursing home care users over the past years, especially for less intensive care (ZZP 4). But there are anecdotes that the supply side matters as well: there is a moratorium on building new nursing homes, many nursing homes are becoming outdated and need to adjust to changes in preferences, and providers struggle to operate at full capacity because of labor scarcity. This part integrates the supply side by looking at occupancy, which equals nursing home use (demand) relative to nursing home capacity (supply), and examines how nursing home occupancy differs across providers, including a stratification by care profile (ZZP).
We analyze trends in nursing home occupancy at the provider-level using administrative data for the period 2016-2024. We cannot observe capacity as there is no precise and linkable data on how many beds a given nursing home care provider has at a given time. Instead, we will estimate maximum capacity by taking the maximum number of daily residents a provider has in the last 365 days. To examine trends in monthly occupancy rates, we compare the actual number of residents at a provider to this estimate of their maximum capacity for every month in 2017-2024. Subsequently, we stratify occupancy by care type. This is because of diverging aggregate-level trends for less intensive care (VV4), dementia care (VV5) and more intensive care (VV6-8) driven by ageing in place policies, among other things. We focus on 849 providers that had at least 20 clients on any given day between 2016 and 2024 as these providers are large enough for occupancy and capacity to be measured consistently and reliably over time.

Results

Main message #1: The total capacity of the 849 nursing homes in our sample has increased over the years, also after the 2022 moratorium on new nursing homes.

Figure B2.1 shows the daily average number of clients and the capacity per provider in each month over 2017-2024. Both have increased over time.

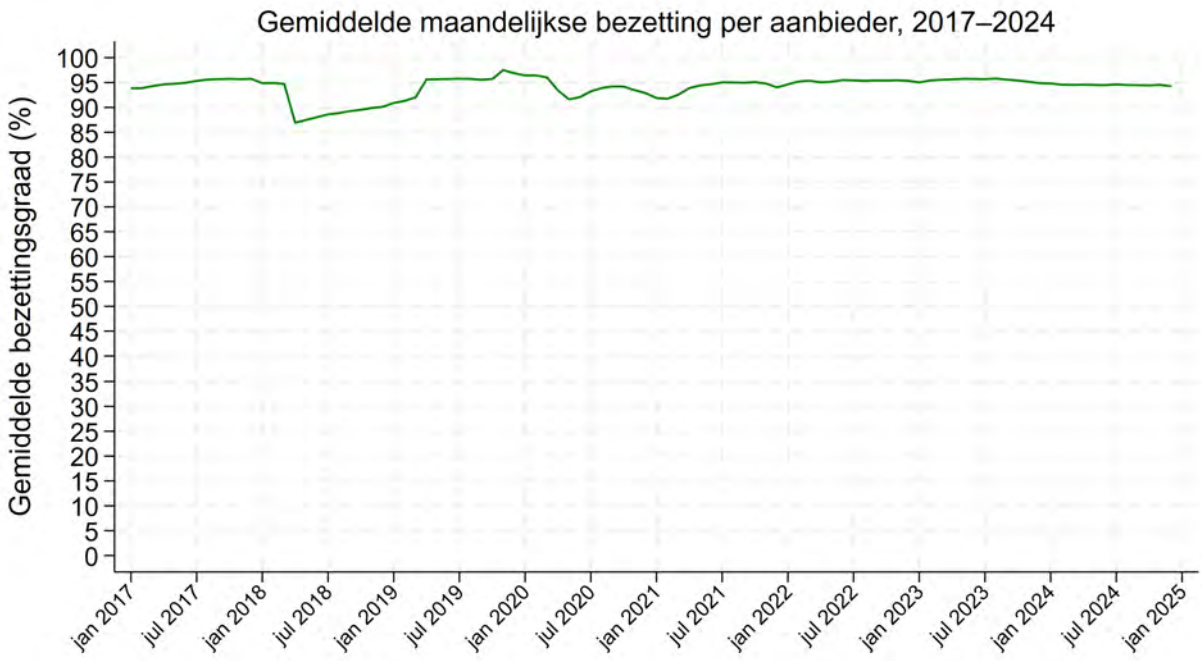
Figure B2.1 Average daily capacity and number of clients at a provider in each month over the time period 2017-2024.



Note: We use a balanced panel of 849 providers which are in the data set throughout 2016-2024. Our data set does not have information on how many beds a provider actually has. To approximate capacity, we take the maximum number of clients a provider has in the previous 12 months. The measure of capacity at the provider thus varies throughout the year. We then calculate the average daily capacity across all the 849 providers. The average daily number of clients in each month is calculated from the number of clients receiving care (VV4-VV8) at the providers on each day.

Main finding #2: The occupancy rate has been well above 90% for the large majority of the nursing homes, with the exception of the COVID years.
Figure B2.2 shows the average monthly occupancy rate over time (2017-2024). In 2018, there is a seasonal pattern over the year, with occupancy increasing over the year. The effect of the COVID waves can be seen on occupancy rates in 2020 and 2021.

Figure B2.2 Average monthly occupancy rate over time (2017-2024) across all providers.



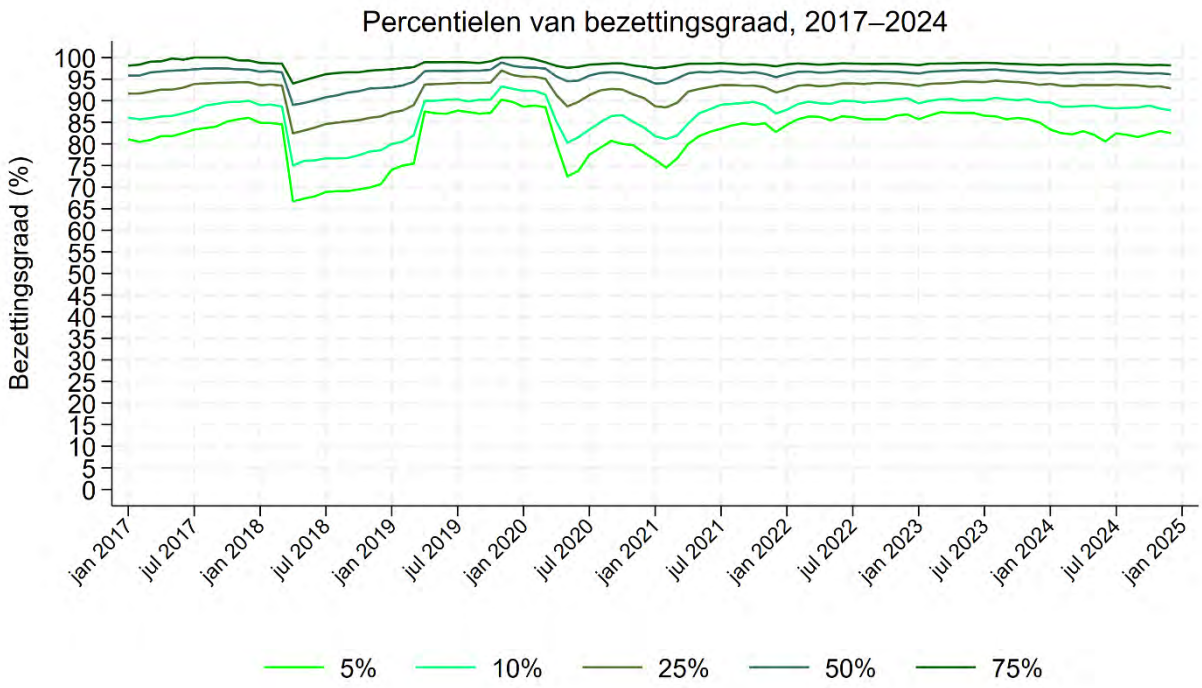
Note: We use a balanced panel of 849 providers which are in the data set throughout 2016-2024. Our data set does not have information on how many beds a provider actually has. We calculate a daily occupancy rate for each provider defined as the ratio of: number of clients at a provider *i* on day *d* divided by the capacity of the provider (Occupancy $rate_{id}$ = $Clients_{id}$ / $Capacity_{id}$). We calculate the average monthly occupancy rate by taking the average of daily occupancy across all provider-days within each month.

Figure B2.3 shows the 5th, 10th, 25th, 50th and 75th percentiles of occupancy in each month. There does not seem to be a differential pattern of occupancy between the quartiles, with two exceptions:

- During the COVID-19 lockdown times where the drop appears larger in the 25th percentile than in the 75th percentile.
- In 2024, the occupancy rate slightly declines (from 86% to 82%) among the 5% nursing homes with the lowest occupancy

Furthermore, the variation in occupancy between the 25th and the 75th percentile is very small.

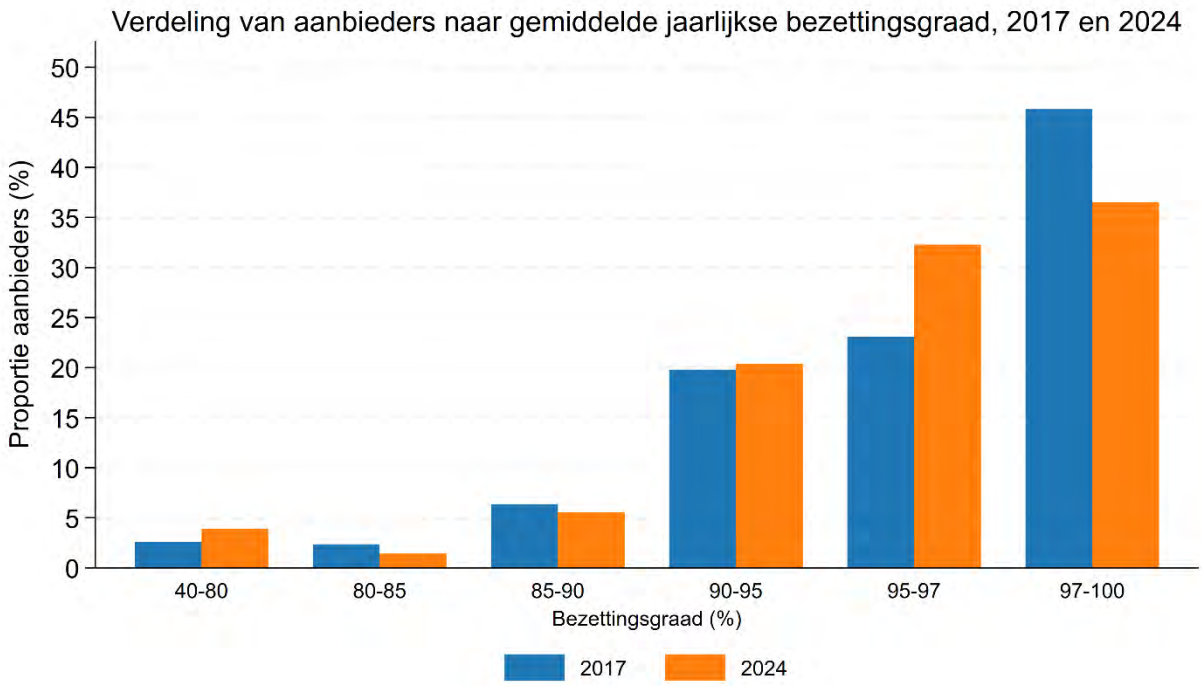
Figure B2.3 5th, 10th, 25th, 50th and 75th percentile of occupancy calculated separately each month over the years 2017-2024.



Note: we first calculate the monthly average occupancy for each provider. From these monthly averages, we calculate the percentiles of the distribution across providers for each month. The sample size of providers is 849 throughout the whole time period.

Figure B2.4 shows the distribution of average occupancy rates across all 849 providers in 2017 and 2024. Very few providers are at below 80% capacity in both years. Most providers have an occupancy of 97-100%. There seems to have been a shift of 97-100% occupancy to 95-97% occupancy between 2017 and 2024. This suggests that, on average, fewer nursing homes were (nearly) fully occupied in 2024 than in 2017, although occupancy levels remained high (>95%).

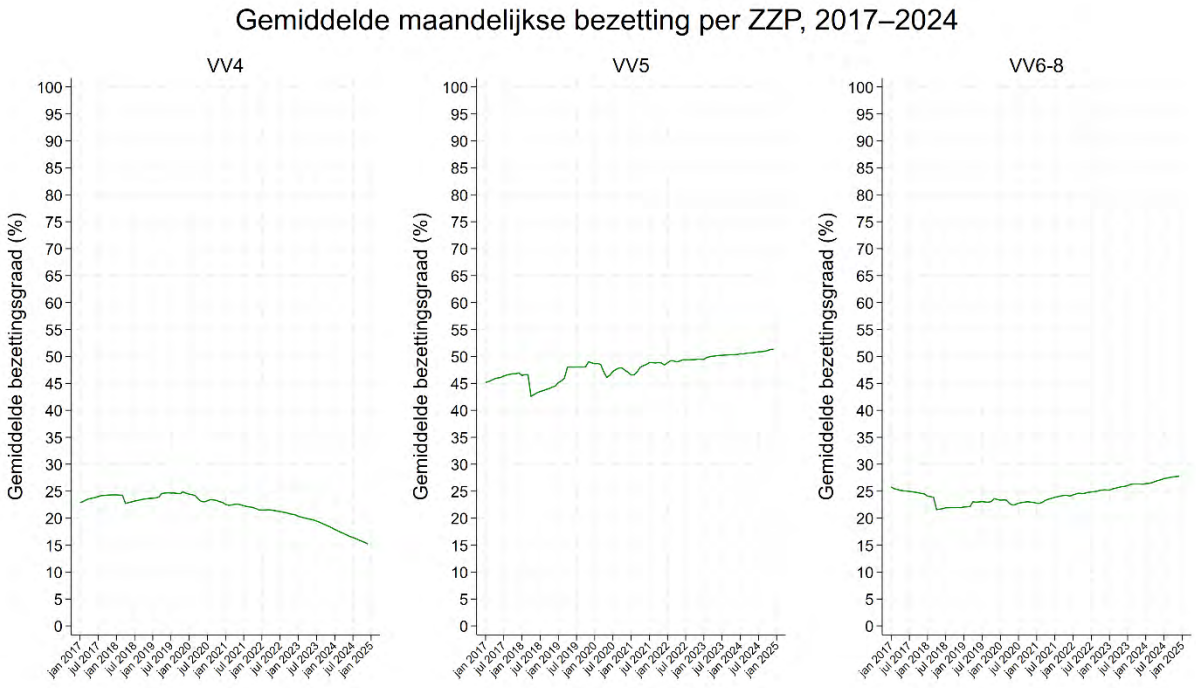
Figure B2.4 Distribution of providers by mean annual occupancy rate in 2017 and 2024.



Note: Each observation is a provider. The denominator of the proportions on the Y-axis is the total number of providers (849). The bins represent different levels of provider-level average occupancy rates. The average rates are the yearly averages based on the daily rates in that year for each provider. The bin width differs according to range of the occupancy rates included in the bin.

Main finding #3: there are fewer VV4 clients in total, which is not only reflected in fewer VV4 clients per nursing home (Figures B2.5a and B2.5b), but also by an increased number of nursing homes (2024: 1/4th of the sample) who do not provide care to any client with VV4 (Figure B2.5).
Figure B2.5a shows the average occupancy share of each care package (VV4, VV5, VV6-8) of total capacity. The sum of the occupancy rates for each package add up to the average occupancy rate in Figure 2. We can see a clear decrease in the occupancy share of VV4 since January 2020. There is an upward trend for VV5 or VV6-8, since January 2022 and January 2021, respectively.

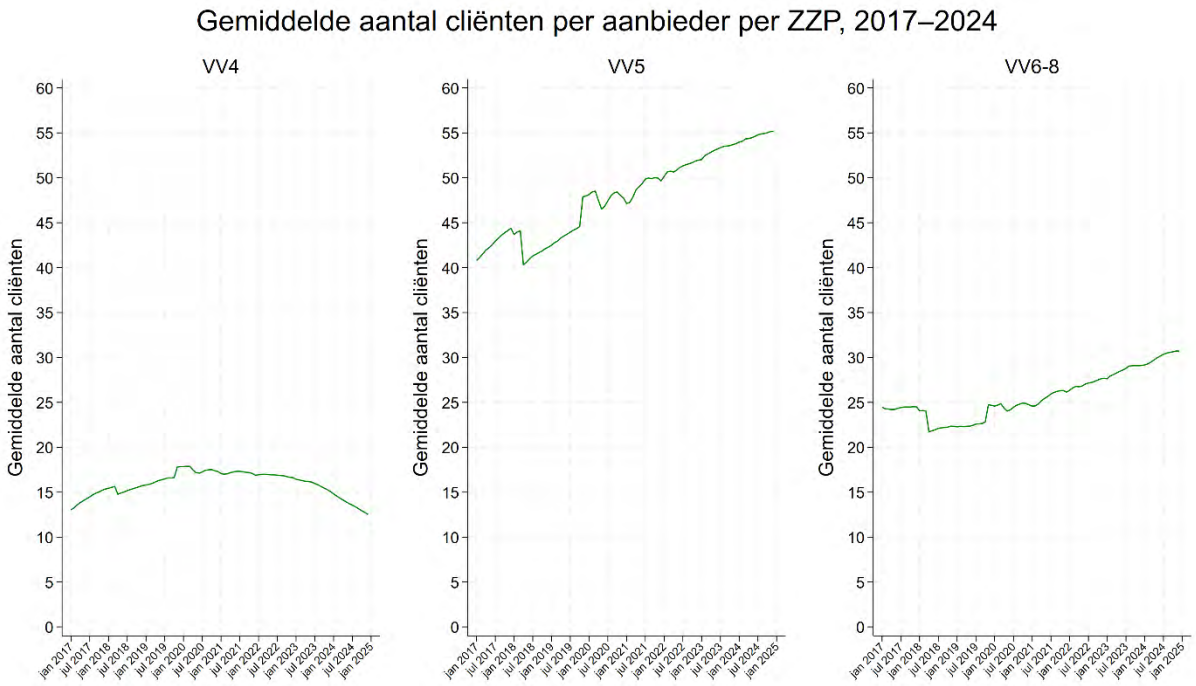
Figure B2.5a Average occupancy share of each care package (VV4, VV5, VV6-8) out of total.



Note: The average occupancy share for each package z is first calculated at a daily level for each provider defined as the ratio of: number of clients receiving care package z at a provider i on day d divided by the total capacity of the provider (Occupancy_rate_idz = Clients_idz / Capacity_id). The capacity in the denominator is not package-specific. We calculate the average monthly occupancy share for each package z on the Y-axis by taking the average of daily occupancy across all provider-days within each month. This includes providers that have zero clients receiving the specific care package z.

Figure B2.5b shows the average number of clients per day across the providers in a given month. The trends in the number of clients are stronger than in Figure B2.5a which shows the occupancy rates because the increase in total capacity attenuates the increase in occupancy (See Figure B2.1).

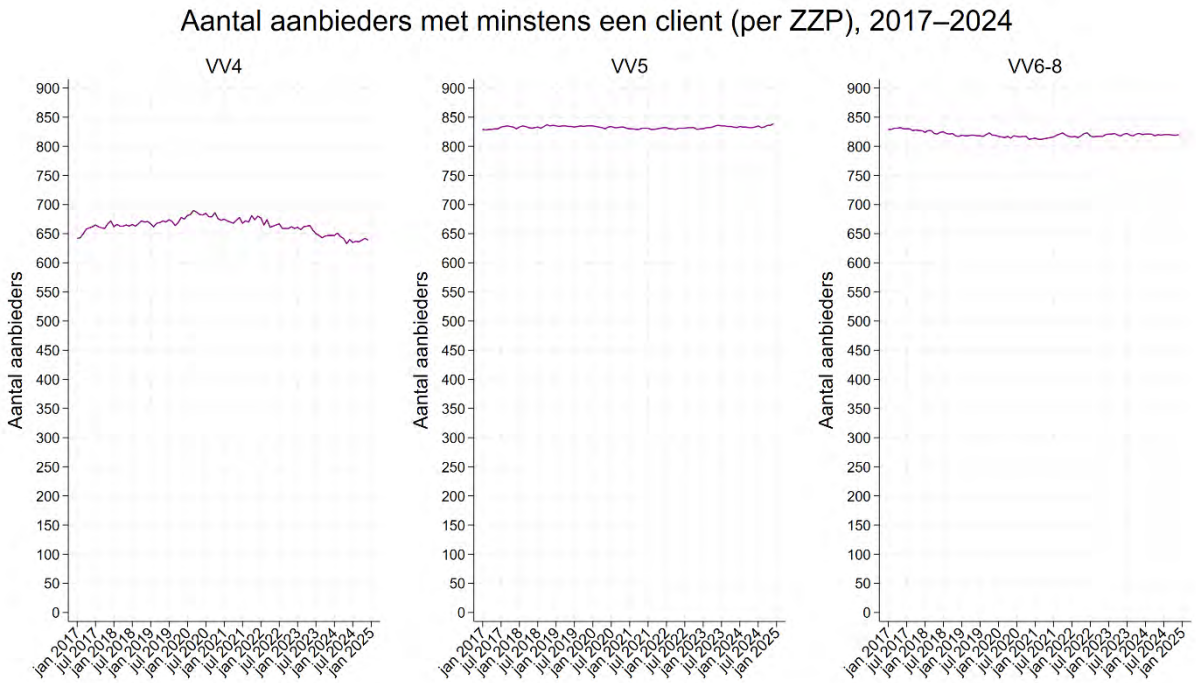
Figure B2.5b Average number of clients per package across all providers in each month over 2017-2024.



Note: The average number of clients at a provider in each month for each package z is calculated from the number of clients receiving a care package z at the providers on each day of the specific month.

While the sample is balanced over time (849 providers), the number of providers with at least one client for each care package changes over time. Figure B2.6 shows that throughout the whole time period, there are fewer providers with VV4 than with VV5-8 clients. The number of providers with at least one VV4 client has fluctuated over time. Between 2017 and 2020, the number of providers increased from 642 to 690 providers. Since 2020, the number of providers has been decreasing over time to 639 providers with at least one VV4 client in December 2024. The number of providers with VV5-8 clients seems to have remained stable over time.

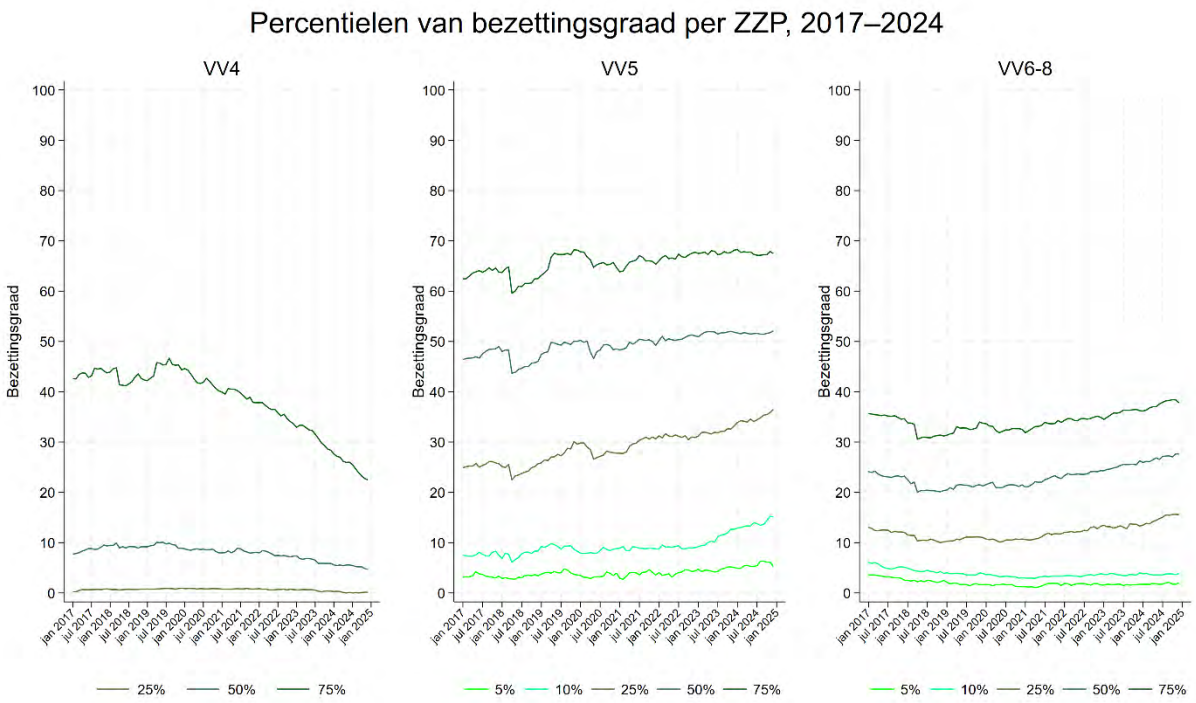
Figure B2.6 Number of providers that have at least one client respectively for each package (VV4, VV5, VV6-VV8).



Note: We calculate the number of providers who have at least one client (for each package separately) each month over the time period January 2017 – December 2024.

Main finding #4: There are considerable differences between providers in terms of the proportion of VV4, VV5 and VV6-8 clients that they have (Figure B2.8).
Figure B2.7 shows the 5th, 10th, 25th, 50th, and 75th percentile of occupancy per care package. The graph shows that there are considerable differences between providers in terms of the proportion of VV4, VV5 and VV6-8 clients that they have. At least one quarter of nursing homes do not provide care for VV4 clients. By 2024, at least half of the providers only have 20% occupancy of VV4 clients. In addition, the trends show that nursing homes with relatively many VV4 clients (75th percentile) experienced the largest reduction in VV4 occupancy between 2020-2024.

Figure B2.7 5th, 10th, 25th, 50th and 75th percentile of occupancy per care package over the years 2017-2024.



Note: The percentiles are calculated separately each month. This means that the providers in each percentile can change over time. The 5th and 10th percentiles for VV4 were dropped because they overlap with the 25th percentile.

Main finding #5: there is no difference in occupancy between urban and rural regions (Table B2.1 and Figure B2.8)
Table B2.1 shows average occupancy by five levels of urbanity over time. The rates appear to be quite similar between levels of urbanity as well as over time. At the end of 2024, the average occupancy rate of providers in very rural areas is 96%, while the average rate in urban areas is 93%.

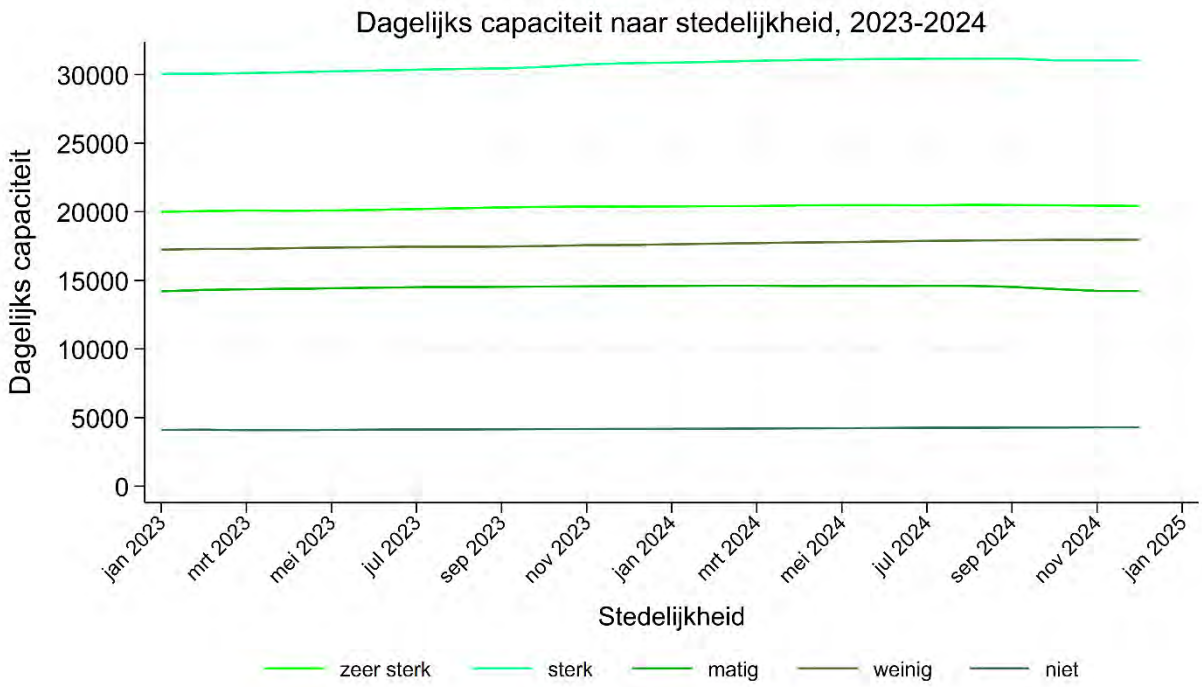
Table B2.1 Average monthly occupancy rates by five levels of urbanity over 2023-2024.

Jaar	Maand	Zeer sterk	Sterk	Matig	Weinig	Niet
2023	Januari	94	95	96	95	95
2023	Juli	95	96	96	96	95
2024	Januari	94	95	95	96	94
2024	Juli	93	95	95	96	95
2024	December	93	94	95	95	96

Note: The average occupancy rate for each month is calculated separately among the providers within each urbanity level. See Table B2.A3 for the number of providers by urbanity level. The trends over the years (at the monthly level) is very stable.

Figure B2.8 shows daily total capacity for five different levels of urbanity over the time period 2023-2024. There are clear differences in capacity between urbanity levels, but capacity seems to have remained relatively constant over time for all urbanity levels, except for a slight increase among the providers in very urban regions.

Figure B2.8 Daily total capacity levels over five levels of urbanity over 2023-2024.



Note: The total capacity for each month is calculated separately for each urbanity level. We add up the daily capacity for the whole month among all the providers within each urbanity level, and divide by the number of days in that month. See Table B2.A3 for the number of providers by urbanity level.

Conclusions

Overall, the total number of nursing home clients (and hence total capacity of providers) has been increasing between 2017 and 2023. In 2024, both capacity and the number of clients remained stable. Some providers are fully occupied (i.e. operate at 100% capacity), but this is not the case for all providers, or at all times. However, for most (90%) nursing homes, capacity remained above 88% in 2024. Nursing home occupancy of VV4 clients has decreased over time, while occupancy of VV5-8 clients has increased for nursing homes.

Appendix B2

Data

We use data from the Dutch administrative office for long-term care insurance (in Dutch: Centraal Administratie Kantoor (CAK)). The data set contains information on who receives Wlz care, when, by which provider and how the care is provided for each individual: institutional/residential care (met verblijf), a full package at home (volledig pakket thuis VPT), a modular package at home (modulair pakket thuis MPT), or in the form of a personal care budget (PGB). The original data set is at the client level, which we transform into data at the provider level using AGB-codes[47]. The data set also includes information on the care type Zorgzwaartepakket (ZZP)). Table B2.A1 in this Appendix summarizes the variables used in the analysis.

Sample

We focus on clients receiving institutional care for a ZZP care package for nursing and care (Verpleging & Verzorging): less intensive care (VV4), dementia care (VV5) and more intensive care (VV6-8). We exclude individuals for whom the information on the type of care package is missing. We include individuals of all ages.
We can transform the client level data to provider level data because we have information on the date of entry and exit of each client to a specific provider. We identify the providers using encrypted AGB codes (Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners).
Furthermore, we focus on providers who had at least 20 clients on any given day during 2016-2024. This leaves us with a sample of 849 providers.
See Table B2.A2 for an explanation of the sample selection process.

Variables

Measure of capacity

Our data set does not have information on how many beds a provider actually has. To approximate capacity, we take the maximum number of clients a provider has in the previous 12 months. For instance, we use the maximum number of nursing home residents on a given day throughout January – December 2018 to estimate capacity in January 2019. The measure of capacity at the provider thus varies throughout the year. We then calculate the average capacity, which is the total capacity in a month across all the providers divided by the number of providers. Furthermore, we divide these averages by the number of days per calendar month to fix the jumps coming from differences in the number of days per month (e.g. 30 vs 31 vs 28 in February).

Measure of occupancy

For each provider, we calculate the average occupancy rate for every month during the time period 2018-2024. For this, we link capacity to the number of people receiving care at a provider on each day to calculate a daily occupancy rate defined as the ratio of: number of people at a provider *i* on day *d* divided by the maximum capacity of the provider (Occupancy $rate_{id}$ = $Clients_{id}$ / $Capacity_{id}$).

[47] We use pseudonymized AGB codes that come from CAK. Organizations providing nursing home care may have multiple locations. For providers who use location-specific AGB codes to share data with CAK, provider-level refers to the specific location, for providers who use organization-level AGB codes it refers to. In the latter case, the occupancy rate is an average across all facilities.

From the daily occupancy we calculate the average monthly occupancy across all providers by taking the average over all days of the month across all providers. This means that we weight all providers equally (i.e. not adjusting for size). We also calculate the occupancy shares separately for three different care packages: less intensive care (VV4), dementia care (VV5) and more intensive care (VV6-8). The capacity for the occupancy share is not package specific, but is the proxied total capacity.

Measure of clients
We calculate the average daily number of clients in a month at a provider by adding up the number of clients across all days in that month, and divide the sum by the number of days in each month. We divide by the number of days due to monthly fluctuations in the number of days.

Region
The data set also does not include the detailed location of the provider. We therefore infer in which Zorgkantoor region each provider is, which is defined as the region where at least 90% of residents' addresses at the time of receiving institutional WLZ care for the corresponding AGB code.

Table B2.A1 Summary of variables used in the analyses.

Variable	Explanation	Data source
Provider	The AGB code is a Dutch identification system used across the healthcare sector to uniquely identify care providers and organisations.	From the Centraal Administratie Kantoor (CAK).
Delivery of care	Wlz (Longterm Care Act) care can be delivered through various delivery forms: residential care, a full package at home (VPT), a modular package at home (MPT), or in the form of a personal care budget (PGB).	From the Centraal Administratie Kantoor (CAK). We keep individuals in institutional care, so for which variable WLZLEVERINGSVORM =1
Care profile	A care profile (in Dutch: Zorgzwaartepakket (ZZP)) is a proxy for the intensity of nursing home care that the recipient needs according to an independent care assessor from the Care Assessment Centre (CIZ). We define three categories: residents with moderate dementia care needs (ZZP 5); with moderate somatic	Care intensity at start of nursing home admisssion from the Centraal Administratie Kantoor (CAK). We keep individuals who have values 753-757 for the variable WLZGZZP and classify VV4 as 753, VV5 as

Variable	Explanation	Data source
	care needs (ZZP 4); and with high care needs (ZZP 6-8)	754, and VV6-8 as 755-757
Health care region (Zorgkantoorregios)		GebiedeninNederland, Statistics Netherlands
Urbanity	Neighbourhood address density, measured by the average number of addresses within a radius of one square kilometre.	Neighbourhood statistics, Statistics Netherlands
Entry date	Start date of use of care under the Wlz	From the Centraal Administratie Kantoor (CAK).
Exit date	End date of use of care under the Wlz	From the Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Table B2.A2 Sample selection process.

	Providers	Client - Days
Total	2610	359498451
Dropped because low number of clients or missing from data at some point	1761	112908950
Balanced sample	849	246589501

Table B2.A3 Number of providers by urbanity level.

Stedelijkheidcode	N providers
1 = zeer sterk	199
2 = sterk	260
3 = matig	149
4 = weinig	193
5 = niet	48

Bijlage 3 Verantwoording analyses veranderingen in wachtlijsten voor verpleeghuizen (in English)

Link to previous parts of the report

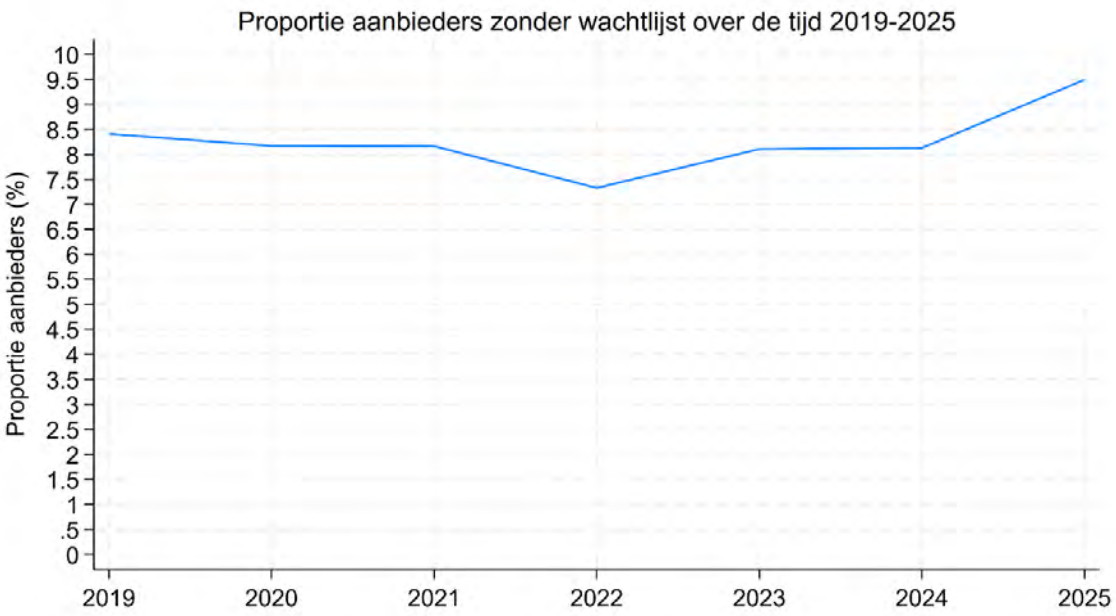
There are people on the waiting list, yet at the same time (some) nursing home providers are reporting an increasing number of empty beds. We study to which extent there is variation in waiting lists across providers, and whether this has changed over time. This helps us answer: are there simultaneously providers with no waiting lists and providers with long waiting lists?

Results

#Main finding 1. Only a small share of nursing homes (<10%) has no waiting list throughout the year. This share is relatively stable over time (Figure B3.1).

Figure B3.1 shows that the proportion of nursing homes with no waiting lists at any month of the year is relatively stable over the years and that there is a minor uptick in 2025: the share increases by 1.5 percentage points from 8% in 2024 to 9.5% in 2025.

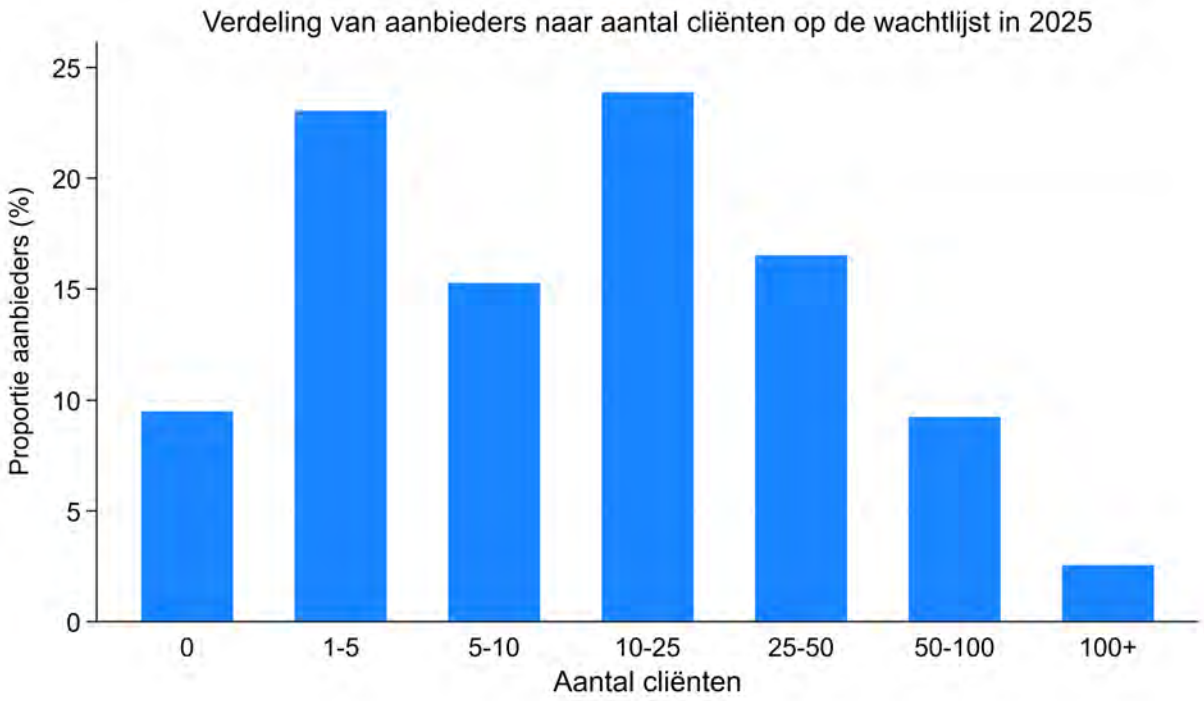
Figure B3.1 Proportion of nursing homes with no waiting lists, per year.



Note: We identify a provider as not having a waiting list in a specific year if they never have any clients on a waiting list on any of the 1st days of each month in that year. We are able to identify the providers that have no waiting list because they still show up via the clients that receive care from them in the data set. The denominator of the proportions is the total of all providers with clients at some point in the respective year. We show proportions because the number of providers changes over the years.

#Main Finding 2. Half of the providers have a waiting list of maximum 25 clients in a year (Figure B3.2)
Figure B3.2 shows the distribution of providers with a waitlist by the number of unique clients on the waiting list in 2025. Almost one quarter of providers have 1-5 clients, and almost another quarter have 10-25 clients.

Figure B3.2 Distribution of providers by the number of unique clients on their waiting list in 2025.



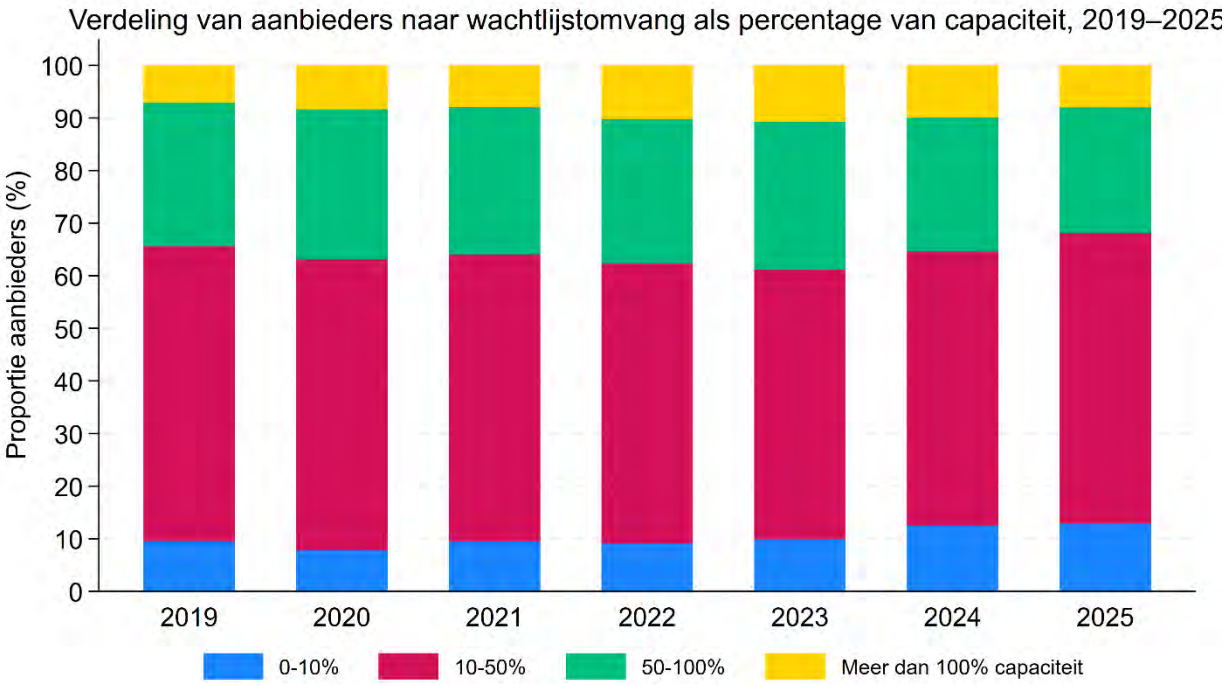
Note: Each observation is a provider. The denominator in the proportions on the y-axis is the number of providers with a waitlist in 2025 (N=2391). The number of clients is the cumulative number of unique clients who were on the waitlist at any point on the first day of each month in 2025. The clients are for all packages VV4-VV8. The bin 1–5 means ≥1 and <5, bin 5-10 means ≥5 and <10, and so forth.

#Main Finding 3. Waiting lists did not get much longer or shorter over time (Figure B3.3)

Figure B3.3 shows the distribution of providers by their waitlist-to-capacity ratio for nursing homes with a waiting list, grouped into the following four categories: 0-10%, 10-50%, 50-100%, more than 100%. The largest group throughout the whole time period is providers with a waitlist that is 10 to 50% of their capacity. Around 56% of providers were in this group in 2019. This slightly decreased over time to 51% in 2023, but increased back to 55% in 2025. Providers with a waitlist that was more than half of their capacity (50-100%) are the second largest group. In the years 2019-2023, more than a quarter (around 28%) of providers were in this group, decreasing to 24% in 2025.

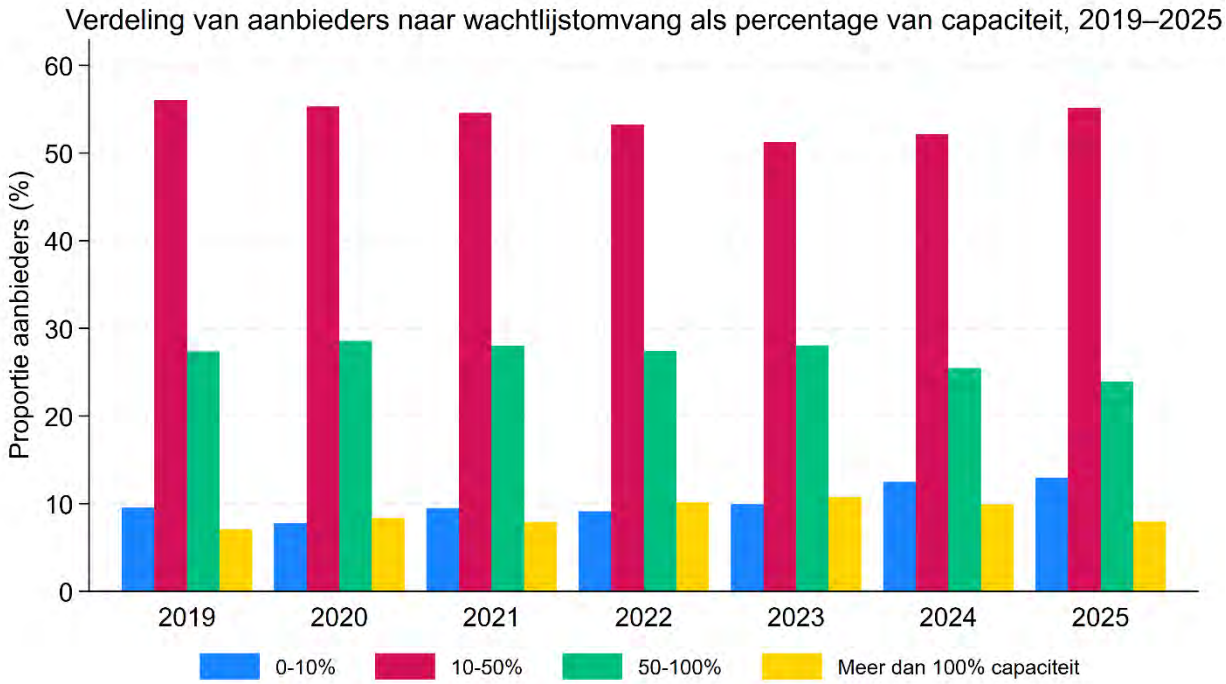
Around 10% of providers have a waitlist that is below 10% of their capacity. This proportion first decreased between 2019-2022, but has increased since 2023, from 9.9% to 12.9% in 2025. A minority of providers have a waitlist larger than their approximated capacity. In 2019, the share was around 7%. It increased to 10% in 2022-2024, but decreased to 8% in 2025.

Figure B3.3 (version 1) Distribution of the waitlist-to-capacity ratio across providers for 2019-2025.



Note: Each observation is a provider. The waitlist-to-capacity ratio is calculated using the number of unique clients divided by the approximated capacity in each respective year. We approximate capacity by taking the highest number of clients that the provider has on the 1st of each month in the respective year. We include all clients with care packages VV4-VV8. Because we do not have information on the number of clients for each provider in each year, we include fewer than the total sample of providers. Furthermore, we drop providers with a capacity smaller than 20 clients. We also only include providers with a waitlist.

Figure B3.3 (version 2) Length of waiting lists (measured by the ratio of unique clients to approximated capacity), per year.

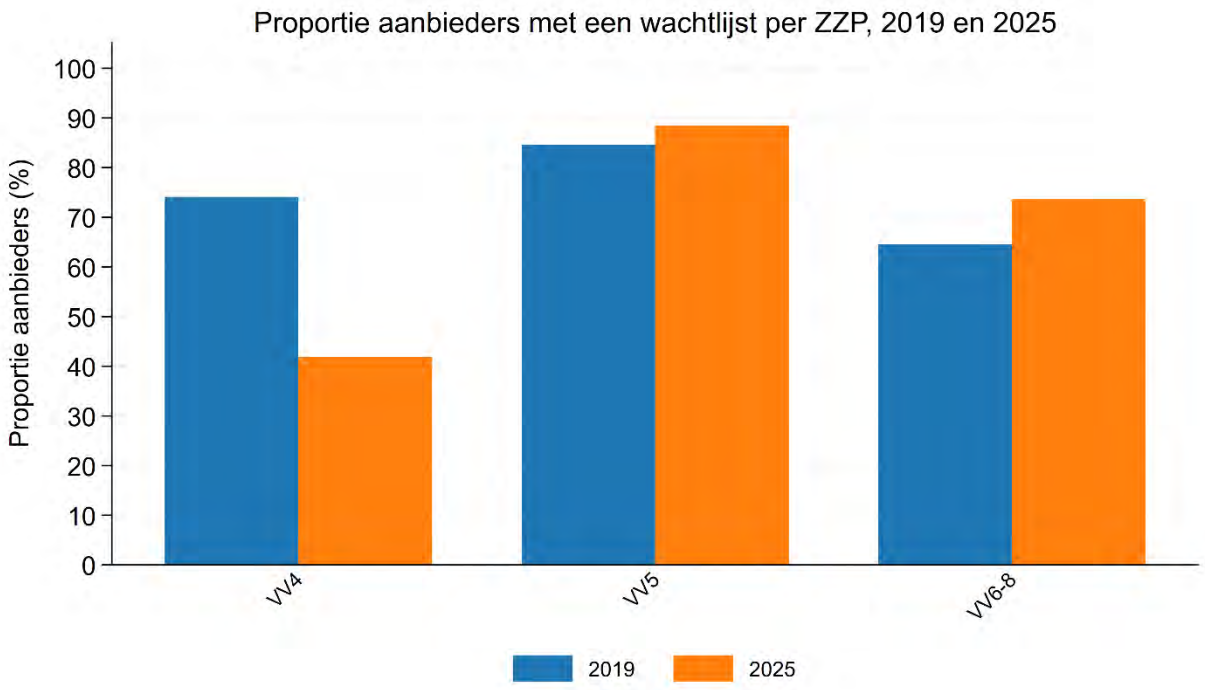


Note: Each observation is a provider. The waitlist-to-capacity ratio is calculated using the number of unique clients divided by the approximated capacity in each respective year. We approximate capacity by taking the highest number of clients that the provider has on the 1st of each month in the respective year. We include all clients with care packages VV4-VV8. Because we do not have information on the number of clients for each provider in each year, we include fewer than the total sample of providers. Furthermore, we drop providers with a capacity smaller than 20 clients. We also only include providers with a waitlist.

#Main Finding 4. The share of nursing homes that have at least one person on the waiting list for VV4 has decreased, while the share of nursing homes with at least one person on the waiting list for VV5 or VV6-8 has slightly increased between 2019 and 2025 (Figure B3.4).

Figure B3.4 shows the proportion of providers with a waiting list for care packages ZZP4, ZZP5 and ZZP6-8 in 2019 and 2025. The proportion of providers with waitlists for VV4 has decreased from 75% in 2019 to 42% 2025, possibly because of fewer nursing homes providing VV4 care packages. The proportion of providers with a waitlist for VV5 slightly increased over time from 85% to 88%, and from 65% to 74% for VV6-8.

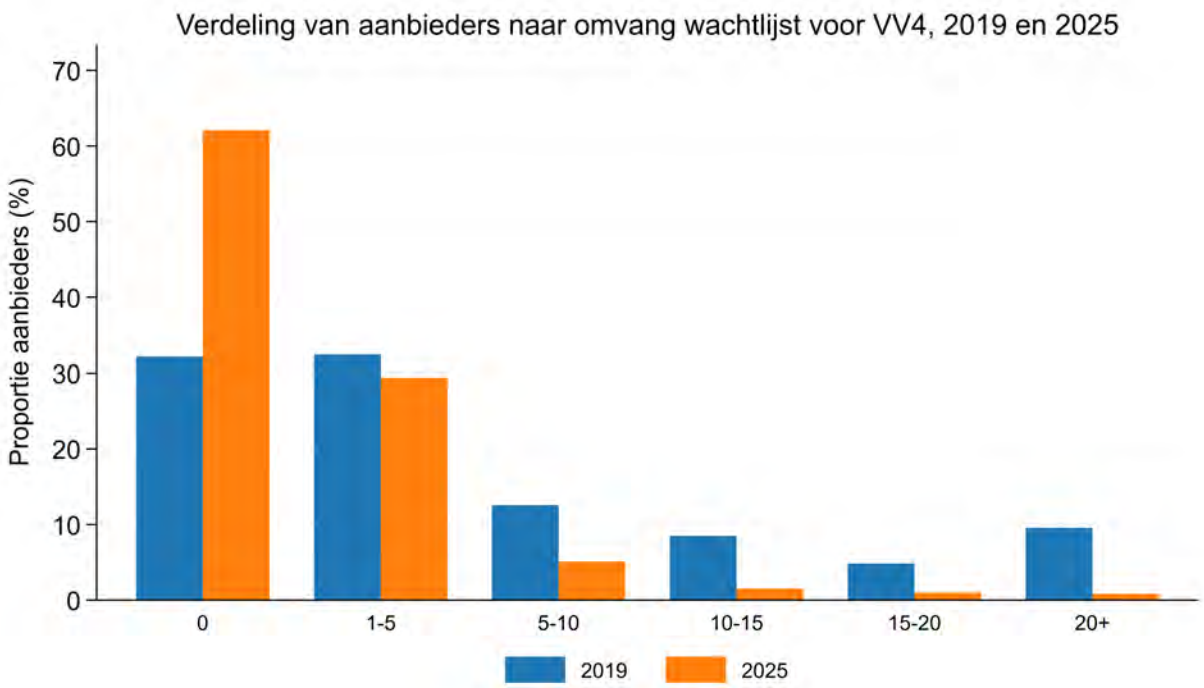
Figure B3.4 Proportion of providers with a waitlist for a specific care package type in 2019 and 2025.



Note: Each observation is a provider. The proportions across the care package types do not sum to 100% since a provider may have a waitlist for more than one care package type. The denominator in the proportions shown on the Y axis is the total number of providers with at least one client on the waitlist for any of the packages on the 1st of each month during the respective year (2254 in 2019, and 2164 in 2025), i.e. excluding those who do not have a waitlist. We compare proportions due to changes in the number of providers over time.

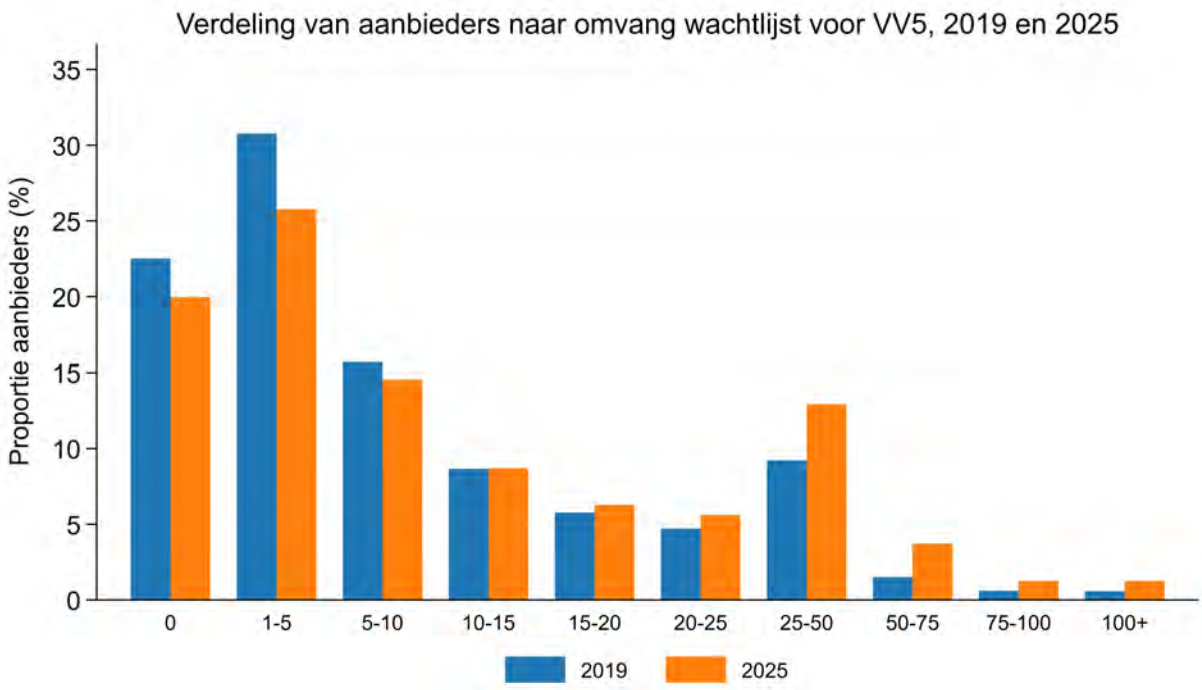
#Main Finding 5. The waiting lists for VV5-8 have become longer over time (Figures B3.5b & B3.5c), while for VV4 the shift has been from waitlists to no waitlists (Figure B3.5a).
Figures B3.5a, B3.5b, B3.5c show the distribution of waiting list length in terms of client-months for the different packages: VV4, VV5 and VV6-8. The distribution is plotted separately for the years 2019 and 2025. Figure B3.5a shows that, in 2025, a larger number of providers has no waiting list for VV4 than in 2019 (possibly because they no longer admit VV4 clients). Meanwhile, Figure B3.5b shows that there are more providers with longer waiting lists for VV5. There are also fewer providers with no waitlist for VV5. Figure B3.5c shows a similar shift to the right for VV6-8 waiting list sizes.

Figure B3.5a Histogram showing the distribution of providers with different waiting list lengths (unique number of clients) for VV4, for 2019 and 2025 separately.



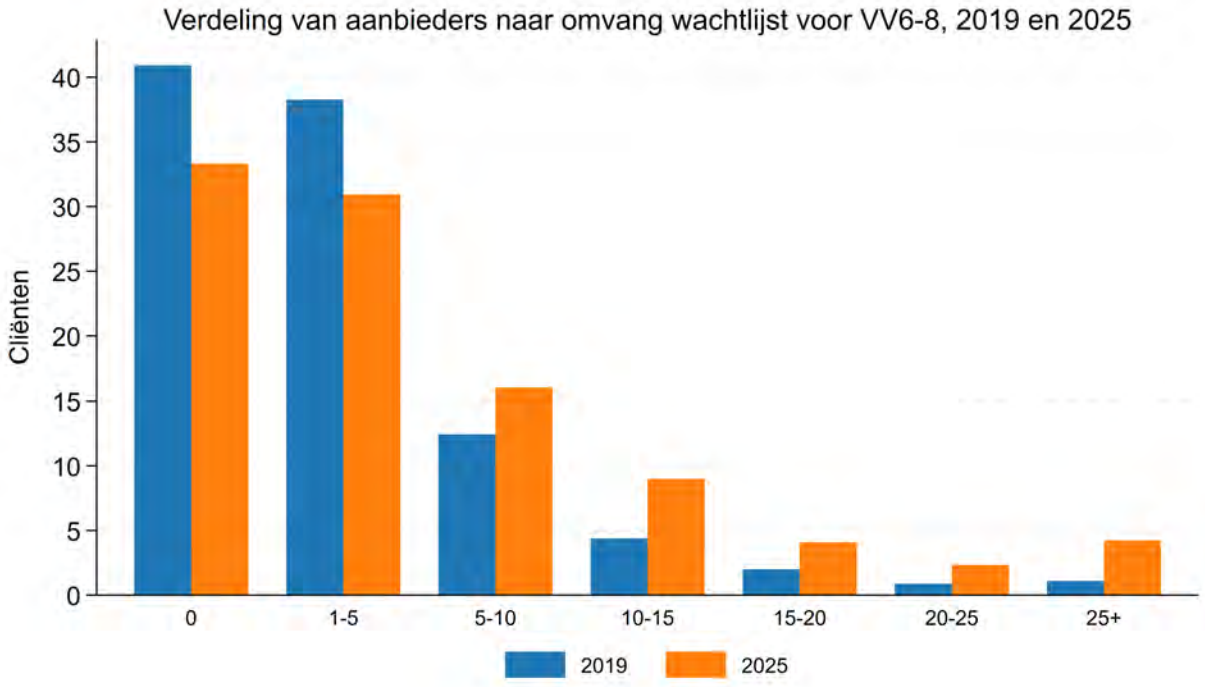
Note: Each observation is a provider (N=2461 in 2019, and N=2391 in 2025). Each bin on the x-axis is the number of people on waiting list. The size is the cumulative number of unique clients who were on the waitlist for VV4 care at any point on the first day of each month in 2025. The total number of providers includes providers with no waitlist for the care package (shown in the first bin).

Figure B3.5b Distribution of waiting list length (unique clients) for VV5, for 2019 and 2025 separately.



Note: Each observation is a provider (N=2461 in 2019, and N=2391 in 2025).The number of clients is the cumulative number of unique clients who were on the waitlist for VV5 care at any point on the first day of each month in 2025.

Figure B3.5c Distribution of waiting list length (unique clients) for VV6-VV8, for 2019 and 2025 separately.

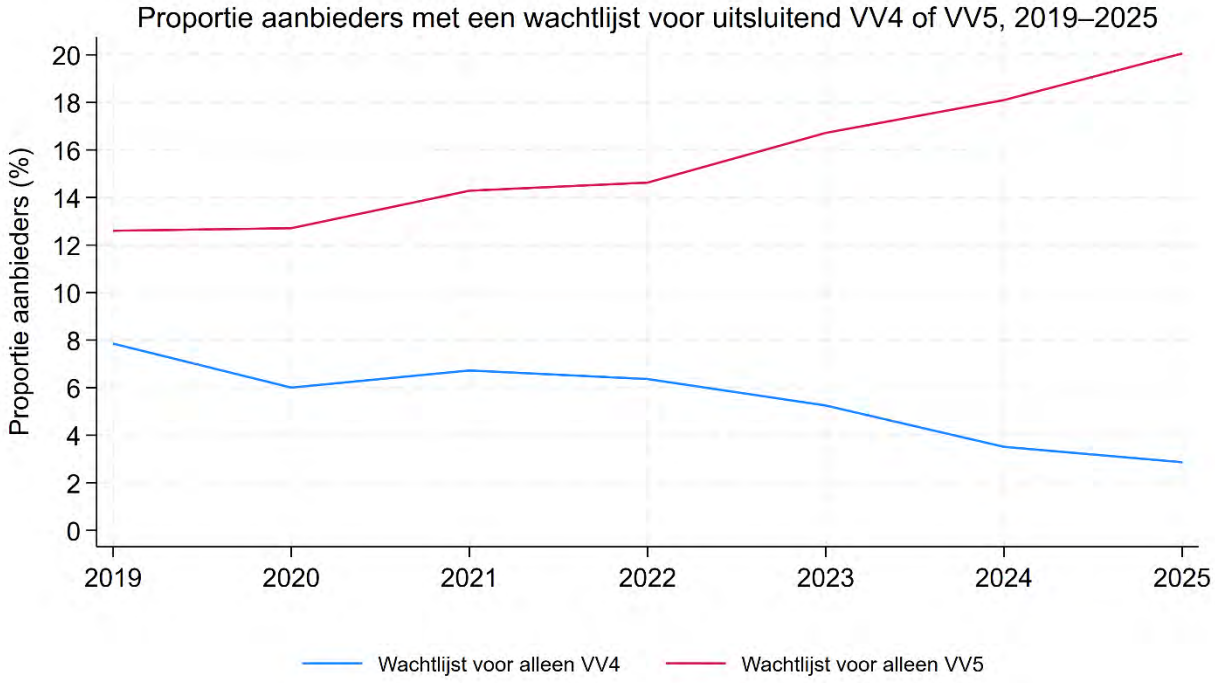


Note: Each observation is a provider (N=2461 in 2019, and N=2391 in 2025). The number of clients is the cumulative number of unique clients who were on the waitlist for VV6-8 care at any point on the first day of each month in 2025.

#Main Finding 6. There has been a decrease in nursing homes with only a waiting list for VV4 over time, and an increase in providers with waiting lists for only VV5 (Figure B3.6)

Figure B3.6a shows the proportion of nursing homes which have waiting lists for only one type of package, VV4 or VV5. There seems to have been a decrease in nursing homes with only a waiting list for VV4 over time, and an increase in providers with waiting lists for only VV5.

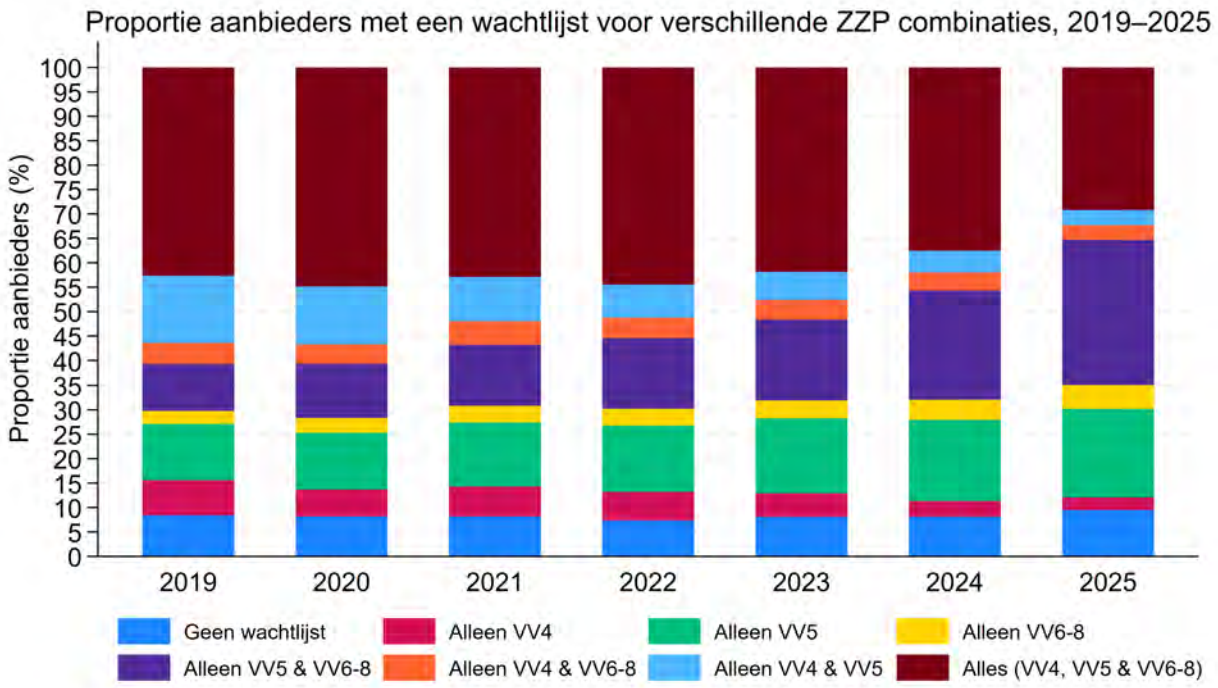
Figure B3.6a Proportion of providers over time which have waiting lists for only one type of care package.



Note: Each observation is a provider. The denominator of the proportion in the Y-axis is the total number of providers with a waitlist in each respective year. Important to note is that the number of providers with VV4 clients changes over the years. When using a balanced sample of providers (i.e. those with at least one VV4 client in each year) the trends still hold.

Figure B3.6b summarizes for each year what proportion of providers have waitlists for different packages, and in which combination. The share of providers with waiting lists for only VV5 & VV6-8 (either combined or separate) has increased between 2019 and 2025, while the share of providers with waiting lists for all care packages or any other combination which includes VV4 has declined.

Figure B3.6b Proportion of providers with a waiting list for different ZZP, 2019-2025.



Note: Each observation is a provider. The denominator of the proportion in the Y-axis is the total number of providers with a waitlist in each respective year. Important to note is that the number of providers with VV4 clients changes over the years.

Appendix B3

Data

We use a data set consisting of client-level observations and their waiting list status for the years 2019-2024 that comes from regional single payers (zorgkantoren). Each client has waiting status (actief wachtend; wacht op voorkeur; wacht uit voorzorg). We exclude people who are on the waiting list "out of precaution", following the approach from the Zorginstituut when constructing the waiting list reports. See Table A1 in the Appendix for a list of variables used in the analysis. The data is transformed into annual/monthly provider-level observations.

Client waiting times

We use two measures to identify the size of the waiting list. To calculate the size of the waiting list, we look at clients who are on a waitlist on the 1st of each month. From this information, we calculate

1. the total number of unique clients that were on a provider's waiting list in a year,
2. The number of clients adjusted for the capacity of the nursing home (total clients on the wait list/capacity), where we proxy capacity by using the largest number of clients present at a provider on the 1st of each month of the year. Because we do not have a measure of capacity for each provider, this measure includes fewer providers. In line with section 4.1, we also drop providers with a capacity smaller than 20 clients. We think it is important to look at this third measure because the sum of clients on the waiting list may be larger for larger providers than for smaller providers, even when they have equal client turnover.

Bijlage 4 Verantwoording bij analyses verandering zorgbehoefte met cohorten van LASA

Inleiding

Er zijn aanwijzingen dat er sprake is van vraaguitval in de langdurige ouderenzorg in Nederland, waarbij minder zorg wordt gebruikt dan verwacht op basis van de veranderde demografische kenmerken van de Nederlandse bevolking. Alhoewel er sterke aanwijzingen zijn voor deze vraaguitval, blijft het onduidelijk in welke mate deze vraaguitval aan de orde is.

RIVM coördineert in opdracht van VWS een onderzoek naar mogelijke verklaringen voor de vraaguitval. Een mogelijke, toetsbare verklaring voor de vraaguitval is dat ouderen van tegenwoordig langer zelfstandig blijven en pas op latere leeftijd gebruik maken van langdurige zorg. Het RIVM heeft ons gevraagd om dit te onderzoeken op basis van data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).

Onderzoeksvragen:

In dit onderzoek wilden we twee onderzoeksvragen beantwoorden:

- In hoeverre verschilt de leeftijd waarop ouderen van de huidige generatie gebruik maken van langdurige zorg ten opzichte van de eerdere generatie?
- In hoeverre verschilt de leeftijd waarop ouderen van de huidige generatie hun zelfstandigheid verliezen ten opzichte van de eerdere generatie?

Samenvatting van bevindingen

De resultaten en de methodologische verantwoording staan op de volgende pagina's omschreven. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

Vergelijking tussen cohorten en zorggebruik
In onze analyses hebben we hoofdzakelijk twee groepen vergeleken: 'babyboomers' (geboren tussen 1946 en 1957) en 'pre-babyboomers' (geboren tussen 1934 en 1945). Hierbij is onderzocht of er een verschil is tussen deze groepen wat betreft de tijd tot het eerste gebruik van langdurige zorg. Dit zorggebruik is breed gedefinieerd en omvat: professionele huishoudelijke hulp; persoonlijke verzorging thuis; kortdurend of tijdelijk verblijf; en/of een residentiële opname in een verzorgings- of verpleeghuis.
We vonden dat babyboomers over het algemeen pas op latere leeftijd voor het eerst gebruikmaakten van een van deze diensten. De bevindingen laten echter ook zien dat babyboomers na een periode van 5 jaar een inhaalslag maken, waarna zij juist een intensiever gebruik van langdurige zorgdiensten laten zien. Met andere woorden: er lijkt sprake van uitstel en niet van afstel.

Verklaring voor het uitstel van zorg
Op basis van deze analyses is het lastig om de exacte oorzaak van dit uitstel te duiden. De twee cohorten verschillen bij de nulmeting nauwelijks van elkaar wat betreft hun frailty-score (als indicator van gezondheid), het aandeel deelnemers met een partner en de huishoudgrootte. Ook wanneer we corrigeerden voor deze factoren in de statistische modellen, kon dit het uitstel van langdurige zorg niet verklaren. We hebben ook geanalyseerd hoelang babyboomers en pre-babyboomers functioneel zelfstandig blijven; ook hier vonden we geen grote verschillen. Kortom, de resultaten suggereren dat biologische gezondheid en de mate van zelfstandigheid niet de primaire drijvende krachten zijn achter het gevonden uitstel.
Wel zagen we dat het gestegen opleidingsniveau binnen de babyboomergeneratie een rol speelt: deze factor bleek een belangrijk aandeel van het generatie-effect te verklaren. Dit hangt mogelijk samen met verbeterde gezondheidsvaardigheden en een groter vermogen om via sociale of financiële hulpbronnen de zorgvraag, in ieder geval op korte termijn, op te vangen. Om dit mechanisme verder te ontrafelen is aanvullend onderzoek nodig.
Tot slot is het niet uit te sluiten dat de coronapandemie een aanjagende werking heeft gehad op het zorggebruik binnen de babyboomergeneratie. Dit vormt een belangrijke, plausibele verklaring voor de inhaalslag in zorggebruik die in de data zichtbaar is onder de babyboomers.

Methode

Deze analyses waren uitgevoerd op basis van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). In deze studie vergeleken we ouderen uit verschillende generaties door de cumulatieve incidentie van twee uitkomsten op verschillende leeftijden te analyseren. De eerste uitkomst betreft de leeftijd waarop ouderen gebruik gaan maken van langdurige zorg, vastgesteld met behulp van het zorgtredenmodel. De tweede uitkomst betreft de leeftijd waarop ouderen afhankelijk worden van anderen, bepaald aan de hand van de vierde levensfase. De tijd tot het optreden van deze uitkomsten in de verschillende generaties vergeleken we met behulp van survival-analyses. Hieronder worden de verschillende aspecten van de analyses verder toegelicht.

Gebruikte data
LASA is een doorlopende studie die gestart is in 1992 en gebaseerd is op een representatieve steekproef van 55-plussers in drie regio’s (in en rond Amsterdam, Oss en Zwolle) (Hoogendijk et al., 2025). In 2002 en 2012 werden nieuwe steekproeven van elk ongeveer duizend mensen van 55–65 jaar aan de studie toegevoegd. Gegevens over het functioneren van ouderen worden in LASA met regelmatige metingen verzameld door middel van interviews bij deelnemers thuis, lichamelijke en cognitieve testen en vragenlijsten.
De kenmerken van de volledige LASA-steekproef bij de eerste meting van de deelnemers worden getoond in appendix 1. LASA omvat gegevens van in totaal 5.132 ouderen, geboren tussen 1908 en 1957. Op het moment van schrijven beschikten we over gegevens tot en met de twaalfde meting, die in 2022 werd afgerond.

Bepalen leeftijd waarop men gebruik maakt van langdurige zorg: het zorgtredenmodel
Of deelnemers op een bepaald meetmoment gebruikmaken van zorg werd bepaald aan de hand van het zorgtredenmodel (figuur B4.1). Dit model is eerder toegepast op LASA-data om ouderen per meting in te delen naar de mate waarin zij van zorg afhankelijk zijn (van de Loo, Huisman, Iedema, & van Campen, 2025). Het model bestaat uit acht verschillende zorgtreden, waarbij het zorggebruik wordt ingedeeld van relatief lichte naar zwaardere zorg en ondersteuning, variërend van een bezoek aan de huisarts tot een opname in het verpleeghuis. Zie appendix 2 voor verdere details over de definitie en operationalisatie van de zorgtreden. De operationalisatie van de zorgtreden is vrijwel volledig consistent over alle LASA-waves.

Gebruik van langdurige zorg was in deze studie op twee manieren gedefinieerd:
1. Vanaf zorgtreden 6 of hoger; en
2. vanaf zorgtreden 7 of hoger

Op basis van deze afkappunten konden we per deelnemer bepalen op welke leeftijd hij of zij ongeveer voor het eerst gebruikmaakte van langdurige zorg.

Figuur B4.1 Zorgtredenmodel

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

Bepalen van de leeftijd waarop men afhankelijk wordt van anderen: de vierde levensfase
De leeftijd waarop deelnemers afhankelijk worden van anderen werd bepaald aan de hand van de zogenoemde vierde levensfase. De vierde levensfase begint op het moment dat een persoon langdurig afhankelijk wordt van anderen bij het verrichten van alledaagse levensverrichtingen en eindigt bij het overlijden.

De volgende beslisboom is eerder in LASA gebruikt (van de Loo et al., 2025) om te bepalen of er sprake is van een overgang naar de vierde levensfase:

a. Normale activiteiten waren licht tot zwaar gehinderd door gezondheidsproblemen
b. én dit duurde langer dan drie maanden;
c. én op de items omtrent activiteiten dagelijkse leven (ADL) was minstens één keer geantwoord dat de deelnemer dit niet kan of alleen met hulp;
d. als a), b) en c) geldt óf er was een ernstige cognitieve beperking;
e. als de deelnemer eenmaal in de vierde levensfase was en slechts drie jaar voor het overlijden, dan blijft de deelnemer in de vierde levensfase;
f. als de deelnemer tijdens vorige twee waves (meetperiodes) al in de vierde levensfase was, dan blijft de deelnemer in de vierde levensfase.

Op basis van deze criteria konden we per deelnemer bepalen op welke leeftijd hij of zij afhankelijk werd van anderen.

Statische analyse

De tijd tot de drie uitkomsten (het moment waarop men overging naar de 6e of hogere zorgtrede, het moment waarop men overging naar de 7e of hogere zorgtrede, en het moment waarop men de vierde levensfase bereikte) vergeleken we tussen de verschillende generaties met behulp van survival-analyses. Het is hierbij belangrijk om rekening te houden met vroegtijdige sterfte als competing event, omdat dit voorkomt dat een deelnemer de uitkomst kan bereiken (Schuster, Hoogendijk, Kok, Twisk, & Heymans, 2020). Survival-analysemethoden die hiermee rekening houden zijn de cumulative incidence function (CIF; het competing risk-equivalent van de Kaplan-Meier methode) en Fine-Gray modelanalyses (het competing risk-equivalent van Cox regressiemodellen) (Austin & Fine, 2017; Schuster et al., 2020). Deze methodes hebben we toegepast middels het R package survival (Therneau, 2023). Voor het schatten van de CIF hebben we gebruik gemaakt van de *survfit()* functie. De Fine-Gray modellen zijn geschat door de *finegray()* functie te combineren met de *coxph()* functie (Geskus, 2011). Om te corrigeren voor non-proportionaliteit van de hazards over tijd, hebben we de follow-up tijd opgedeeld in specifieke intervallen (0–5 jaar, 5–10 jaar, en >10 jaar) middels de *survSplit()* functie en deze geïnteracteerd met de generatievariabele.
Alle Fine-Gray-modellen werden stapsgewijs gecorrigeerd voor verschillende relevante achtergrondkenmerken. Het basismodel werd gecorrigeerd voor de demografische kenmerken leeftijd bij de eerste meting en geslacht. In de aanvullende modellen werd afzonderlijk gecontroleerd voor respectievelijk opleidingsniveau, huishoudgrootte, partnerstatus bij de eerste meting en de frailty-score bij de eerste meting. Aangezien het geboortejaar inherent onafhankelijk is van deze factoren, fungeren zij niet als confounders maar als mediatoren. Door afzonderlijk te corrigeren voor deze mediatoren, onderzochten we hoeverre de generatie-effecten verklaard konden worden door specifieke sociodemografische en gezondheidsverschillen tussen de cohorten.

Resultaten

LASA omvat gegevens van ouderen geboren tussen 1908 en 1957. We hebben een vergelijking gemaakt tussen twee geboortecohorten: de zogenoemde 'babyboomers' (geboren tussen 1946 en 1957) en wat we 'pre-babyboomers' zullen noemen, geboren tussen 1934 en 1945[48]. We hebben ook het effect van geboortejaar geanalyseerd op basis van geboortecohorten van 10 jaar vanaf 1928.

Pre-babyboomers versus babyboomers

Tabel 1 toont de karakteristieken van de pre-babyboomers (*n* = 1140) en de babyboomers (*n* = 1257). In beide geboortecohorten lag de mediane leeftijd op 59 jaar en was ongeveer 52 procent vrouw. De babyboomers lijken ten opzichte van de pre-babyboomers meer jaren opleiding te hebben gehad, wat te verklaren is door de veranderde tijdsgeest. Cijfermatig zijn er daarentegen nauwelijks verschillen tussen de twee cohorten zichtbaar wat betreft de frailty-scores, het aandeel deelnemers met een partner en de huishoudgrootte ten tijde van de eerste meting.

Tabel B4.1 Kenmerken van de babyboomers en pre-babyboomers bij hun eerste meting

	Geboortecohort 1934-1945 (pre-babyboomers)	Geboortecohort 1946-1957 (babyboomers)	Totaal
	(*n* = 1140)	(*n* = 1257)	(*n* = 2397)
LASA cohort (%)			
LASA cohort 1 (1992-93; leeftijden 55-85)	372 (32,6)	0 (0,0)	372 (15,5)
LASA cohort 2 (2002-03; leeftijden 55-65)	768 (67,4)	234 (18,6)	1002 (41,8)
LASA cohort 3 (2012-13; leeftijden 55-65)	0 (0,0)	1023 (81,4)	1023 (42,7)
Geboortejaar (mediaan [IKR])	1939 [1937-1942]	1951 [1948-1954]	1946 [1940-1951]
Leeftijd (mediaan [IKR])	59 [58-62]	59 [57-62]	59 [57-62]
Vrouw (%)	595 (52,2)	649 (51,6)	1244 (51,9)
Aantal jaren opleiding gevolgd (mediaan [IKR])	10 [9-11]	11 [9-15]	10 [9-13]
Wel partner (%)	942 (82,6)	1044 (83,1)	1986 (82,9)
Aantal mensen in huishouden (mediaan [IKR])	0 [0-0]	1 [0-1]	0 [0-1]
Frailty score 0-1 (mediaan [IKR]; hoger betekent kwetsbaarder)	0,13 [0-09-0,21]	0.14 [0,08-0,21]	0,13 [0,08-0,21]
Zorgtreden (%)			
1. Bezoek aan huisarts of helemaal geen zorggebruik	349 (30,8)	502 (39,9)	851 (35,6)
2. Bezoek aan medisch specialist en/of ziekenhuisopname	201 (17,8)	292 (23,2)	493 (20,6)

[48] Het CBS definieert babyboomers als geboren tussen 1946 en 1955 (Centraal Bureau voor de, 2012). Om de beschikbare data zo goed mogelijk te benutten, verbreden wij deze definitie tot en met 1957. Voor een goede vergelijking is het bovendien wenselijk dat de twee groepen een gelijk aantal geboortejaren omvatten. Daarom definiëren wij pre-babyboomers als geboren tussen 1934 en 1945. Bij de afronding van de twaalfde meting in 2022 waren de babyboomers maximaal 76 jaar. Voor een goede vergelijking laten we daarom metingen van pre-babyboomers op leeftijden boven de 76 jaar buiten beschouwing in dit deel van de analyse.

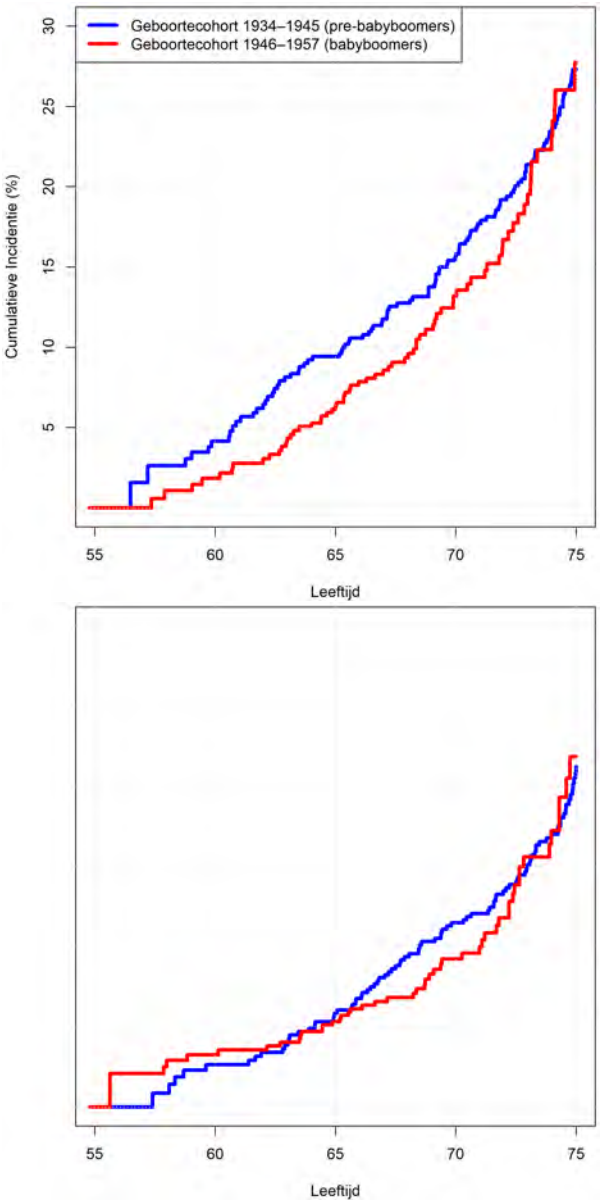
	Geboortecohort 1934-1945 (pre-babyboomers)	Geboortecohort 1946-1957 (babyboomers)	Totaal
	(*n* = 1140)	(*n* = 1257)	(*n* = 2397)
3. Informele hulp of particulier betaalde hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging	372 (32,9)	205 (16,3)	577 (24,2)
4. Aanpassingen in de woning	90 (8,0)	166 (13,2)	256 (10,7)
5. Gebruik van voorzieningen: maaltijdvoorziening, klusdienst, transport, telefonische hulpdienst, vrijwilligersorganisatie, hulpmiddel bij lopen	79 (7,0)	60 (4,8)	139 (5,8)
6. Huishoudelijke hulp van professionele thuiszorg	31 (2,7)	30 (2,4)	61 (2,6)
7. Persoonlijke verzorging van professionele thuiszorg en/of tijdelijke korte opvang in tehuis (dag, nacht, weekend, kort verblijf)	10 (0,9)	1 (0,1)	11 (0,5)
8. Residentiële opname in verzorgings- of verpleeghuis	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,0)
Vierde levensfase (%)	117 (10,3)	118 (9,4)	235 (9,8)

IKB = interkwartielbereik; LASA = Longitudinal Aging Study Amsterdam
a Frailty index score gebaseerd op 28 items.

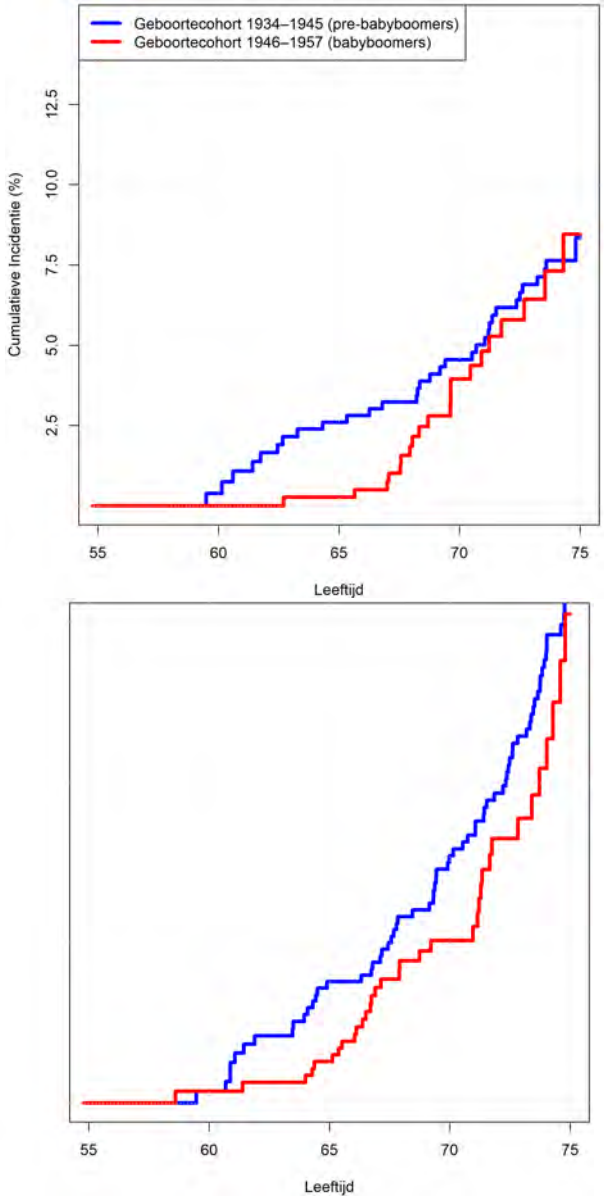
Figuren B4.2 tot en met B4.5 tonen de cumulatieve incidentie van de leeftijd waarop pre-babyboomers en babyboomers stierven, overgingen naar de 6e en 7e zorgtrede, en wanneer zij hun zelfstandigheid verloren. Cumulatieve incidentie is het totaalpercentage van de groep dat tot en met een specifieke leeftijd de gebeurtenis had meegemaakt. Het is te interpreteren als de optelsom van alle nieuwe gevallen door de jaren heen, waarbij expliciet rekening was gehouden met het feit dat sommige deelnemers overleden voordat zij de betreffende zorgtrede bereikten of voordat zij hun zelfstandigheid verloren.
Belangrijk: Hoewel deze figuren een feitelijk en descriptief beeld geven van de geobserveerde trends binnen de LASA-studie, is aanvullende modellering noodzakelijk om vast te stellen of waargenomen verschillen ook statistisch significant zijn (en dus niet berusten op toeval).
De visuele trends in de figuren suggereren dat babyboomers, ten opzichte van pre-babyboomers, op relatief latere leeftijd overleden (figuur B4.2) en later overgingen naar zorgtrede 6 (figuur B4.3). De cumulatieve incidenties van de overgang naar zorgtrede 6 wijzen op een niet-lineair verloop: rond de leeftijd van 75 jaar is een convergentie zichtbaar, waarbij het voordeel van babyboomers ten opzichte van de pre-babyboomers lijkt af te nemen. Uit figuur B4.3 (onder) kan bijvoorbeeld worden afgelezen dat op 70-jarige leeftijd 5% van de vrouwelijke babyboomers gebruikmaakte van zorgtrede 6 of hoger, terwijl dit bij de vrouwelijke pre-babyboomers al 7,5% was. Op 75-jarige leeftijd lag de cumulatieve incidentie van zorgtrede 6 of hoger onder vrouwen van beide generaties echter op ongeveer 15%. Een mogelijke verklaring voor deze ogenschijnlijk niet-lineaire verbanden is de coronapandemie, waarmee de babyboomers in de periode 2020-2022 te maken kregen. Dit heeft de tijd tot de uitkomsten mogelijk versneld, met name in de leeftijdscategorie

tussen de 70 en 75 jaar. De grafieken laten een gelijk verloop zien voor de overgang naar de zevende of hogere zorgtrede (figuur B4.4). Tussen vrouwen lijkt er geen verschil tussen de geboortecohorten wat betreft de overgang naar de vierde levensfase, maar bij mannen lijkt het erop dat de babyboomers pas later overgaan naar de vierde levensfase dan de pre-babyboomers (figuur B4.5).

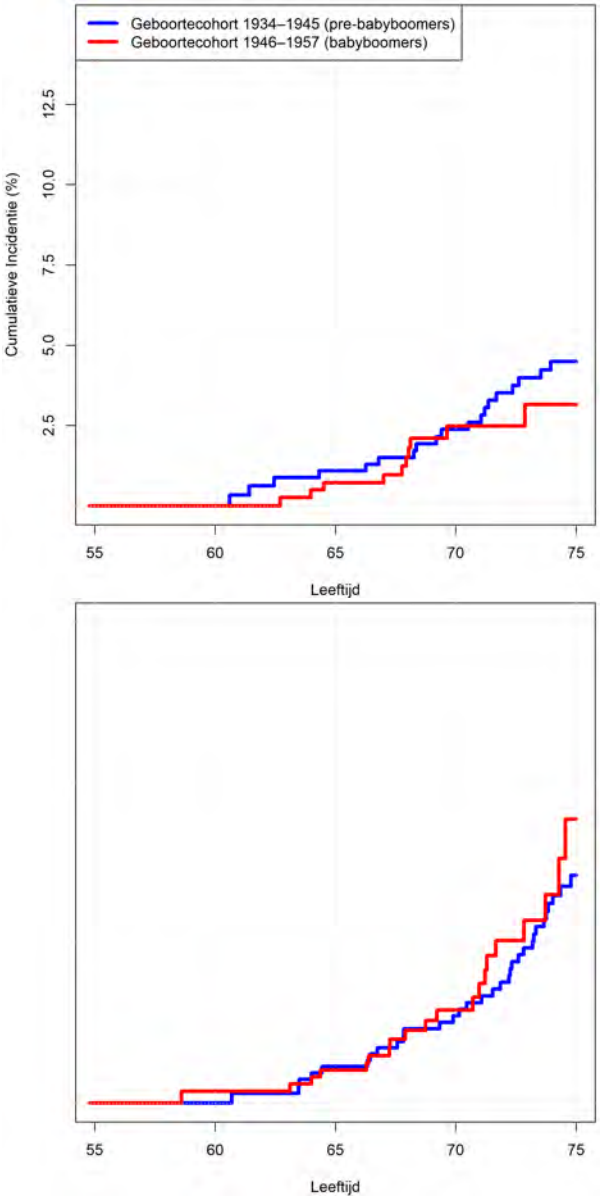
Figuur B4.2 Cumulatieve incidentie van sterfte onder mannen (boven) en vrouwen (onder), uitgesplitst naar geboortecohort



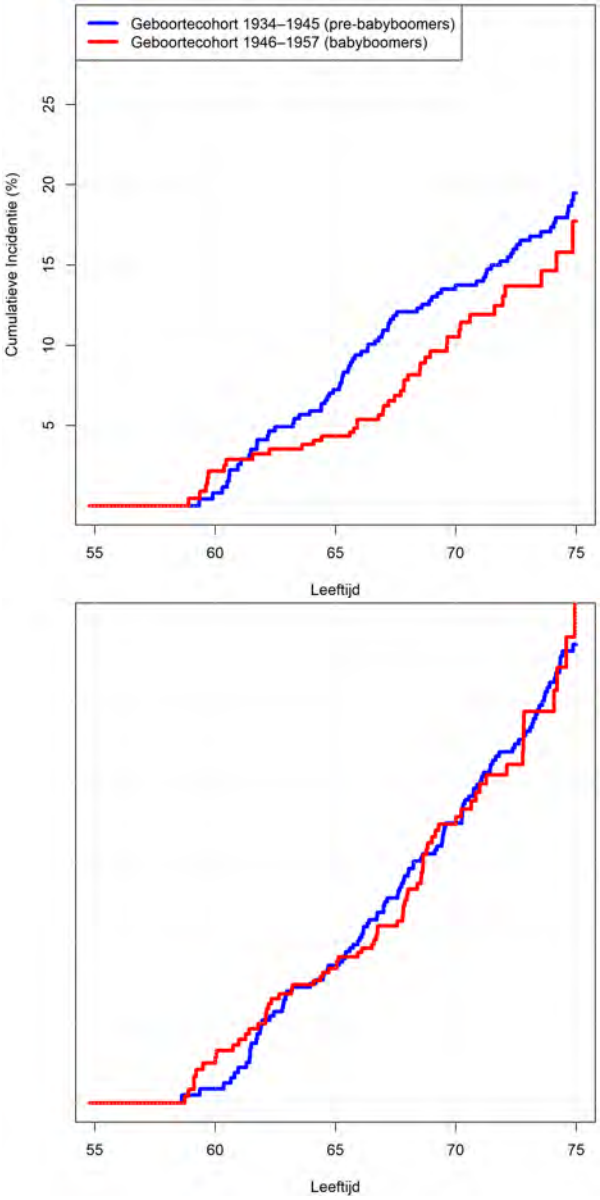
Figuur B4.3 Cumulatieve incidentie van overgang naar zorgtrede 6 of hoger onder mannen (boven) en vrouwen (onder), uitgesplitst naar geboortecohort.



Figuur B4.4 Cumulatieve incidentie van overgang naar zorgtrede 7 of hoger onder mannen (boven) en vrouwen (onder), uitgesplitst naar geboortecohort.



Figuur B4.5 Cumulatieve incidentie van overgang naar vierde levensfase onder mannen (boven) en vrouwen (onder), uitgesplitst naar geboortecohort.



Tabellen B4.2 en B4.3 tonen de resultaten van de Fine-Gray-modellen waarmee babyboomers en pre-babyboomers statistisch werden vergeleken. De weergegeven waarden waren zogenoemde subdistribution hazardratio's (sHR)[49].
De resultaten uit tabel 2 veronderstellen dat er een constant verband is over de tijd en kunnen dus worden geïnterpreteerd als gemiddeldes over de totale duur. Hier vonden we een statistisch significant effect voor de tijd tot de overgang naar zorgtrede 6 of hoger (sHR = 0,66; 95%-betrouwbaarheidsinterval [BI]: 0,48-0,89; $p < 0,01$). Dit wees erop dat het volume van babyboomers dat overging naar de 6e of een hogere

[49] De sHR is te interpreteren als de relatieve snelheid waarmee de uitkomst optrad binnen de groep die de gebeurtenis nog niet had meegemaakt, waarbij rekening werd gehouden met overlijden als concurrerend risico. Een sHR kleiner dan 1 duidde op een vertraging of lagere incidentie van de uitkomst bij het babyboomer-cohort ten opzichte van het pre-babyboomer-cohort.

zorgtrede op elk gegeven moment 34% lager lag dan bij pre-babyboomers. Dit effect verdween echter na correctie voor opleidingsniveau (model 2). Dit laat zien dat de vertraagde instroom van de babyboomers naar deze hogere zorgtrede in ieder geval gedeeltelijk gedreven wordt door het gestegen opleidingsniveau binnen deze generatie. Interessant genoeg bleef het effect daarentegen significant na correctie voor frailty-status (model 4). Dit impliceert dat een mogelijk verbeterde gezondheidstoestand of lagere kwetsbaarheid onder babyboomers, in ieder geval bij baseline, niet de primaire drijfveer is van deze uitgestelde zorgvraag.

Wat betreft de tijd tot de overgang naar zorgtrede 7 of hoger, of de tijd tot de vierde levensfase, vonden we geen verschil tussen babyboomers en pre-babyboomers in de basismodellen. Er is wel een significant effect zichtbaar wordt voor de duur tot de vierde levensfase ná correctie voor frailty-status (model 4), terwijl dit effect in het basismodel zonder deze correctie niet aanwezig is (model 1). Aangezien het hoofdeffect in de basisanalyse niet significant is, is de verschuiving mogelijk het gevolg is van zogenoemde non-collapsibiliteit of een verschuiving in statistische power. Dit resultaat is dus lastig te interpreteren en het werkelijke achterliggende verband blijft onzeker.

Hoewel de resultaten uit tabel B4.2 uitgaan van een constant verband over de tijd, suggereren de eerder gepresenteerde Figuren B4.2 tot en met B4.5 dat dit effect in werkelijkheid niet constant blijft en dat babyboomers mogelijk later een inhaalslag maken. Het is daarom waarschijnlijk dat de sHR's uit tabel B4.2 het initiële effect onderschatten omdat het effect gaandeweg verwatert.

Tabel B4.2 Subdistribution hazardratio's (95%-BI) voor het verschil tussen babyboomers en pre-babyboomers in de tijd tot de drie uitkomsten

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Uitkomst 1: Tijd tot zorgtreden 6 of hoger	(*n* = 2319)	(*n* = 2318)	(*n* = 2314)	(*n* = 2309)
Babyboomers vs. Pre-babyboomers	0,66 (0,48-0,89)**	0,73 (0,54-1,00)	0,69 (0,50-0,94)*	0,64 (0,47-0,87)**
Uitkomst 2: Tijd tot zorgtreden 7 of hoger	(*n* = 2380)	(*n* = 2379)	(*n* = 2374)	(*n* = 2368)
Babyboomers vs. Pre-babyboomers	0,77 (0,52-1,15)	0,84 (0,56-1,26)	0,81 (0,54-1,22)	0,74 (0,49-1,10)
Uitkomst 3: Tijd tot overgang naar vierde levensfase	(*n* = 2162)	(*n* = 2161)	(*n* = 2156)	(*n* = 2150)
Babyboomers vs. Pre-babyboomers	0,86 (0,68-1,09)	1,03 (0,81-1,30)	0,86 (0,68-1,10)	0,78 (0,62-0,99)*

Model 1: Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.
Model 2: Model 1 + correctie voor opleidingsniveau.
Model 3: Model 1 + correctie voor huishoudgrootte en partnerstatus.
Model 4: Model 1 + correctie voor de Frailty Index.
Notatie p-waarden: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

De resultaten uit tabel 3 modelleren de effecten aan de hand van verschillende tijdsintervallen: tussen 0 en 5 jaar follow-up; tussen 5 en 10 jaar follow-up; en na 10 jaar follow-up. Hier vonden we wederom een statistisch significant effect voor de tijd tot de overgang naar

zorgtrede 6 of hoger. In de eerste vijf jaar van de follow-up lag het volume van babyboomers dat overging naar de 6e of een hogere zorgtrede 56% lager dan bij pre-babyboomers (hoofdeffect sHR = 0,44; 95%-BI: 0,21–0,91; *p* = 0.03). In de periode van 5 tot 10 jaar lieten de geschatte effecten echter een significante omslag zien: het instroomtempo van de babyboomers nam in deze fase met een factor 3,18 toe ten opzichte van de eerste vijf jaar (sHR-interactie = 3,18; 95%-BI: 1,30–7,78; *p* = 0,01), wat de eerdere visuele inhaalslag statistisch onderbouwt (figuur B4.3). Na een periode van 10 jaar vlakt dit verschil weer af en was er geen significant effect meer meetbaar (sHR-interactie = 0,77; 95%-BI: 0,30–1,99; *p* = 0,59). Ook na het toevoegen van de tijdsinteracties werd er in geen van de intervallen een statistisch significant verschil gevonden tussen babyboomers en pre-babyboomers voor wat betreft de tijd tot zorgtrede 7 of hoger, of tot de vierde levensfase.

Tabel B4.3 Subdistribution hazardratio's (95%-BI) voor het verschil tussen babyboomers en pre-babyboomers in de tijd tot de drie uitkomsten, inclusief tijdsinteracties

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Uitkomst 1: Tijd tot zorgtreden 6 of hoger	(*n* = 2319)	(*n* = 2318)	(*n* = 2314)	(*n* = 2309)
Babyboomers vs. Pre-babyboomers (0–5 jaar; referentie)	0,44 (0,21-0,91)*	0,49 (0,23-1,04)	0,48 (0,23-1,00)	0,46 (0,22-0,96)*
Interactie: Babyboomers * 5–10 jaar	3,18 (1,30-7,78)*	3,18 (1,30-7,77)*	3,15 (1,29-7,69)*	3,03 (1,24-7,40)*
Interactie: Babyboomers * na 10 jaar	0,77 (0,30-1,99)	0,74 (0,29-1,92)	0,71 (0,27-1,83)	0,67 (0,26-1,74)
Uitkomst 2: Tijd tot zorgtreden 7 of hoger	(*n* = 2380)	(*n* = 2379)	(*n* = 2374)	(*n* = 2368)
Babyboomers vs. Pre-babyboomers (0–5 jaar; referentie)	0,81 (0,32-2,05)	0,89 (0,35-2,27)	0,90 (0,35-2,29)	0,80 (0,32-2,01)
Interactie: Babyboomers * 5–10 jaar	2,30 (0,70-7,60)	2,30 (0,70-7,59)	2,28 (0,70-7,49)	2,28 (0,70-7,46)
Interactie: Babyboomers * na 10 jaar	0,35 (0,10-1,27)	0,34 (0,10-1,25)	0,32 (0,09-1,16)	0,33 (0,09-1,19)
Uitkomst 3: Tijd tot overgang naar vierde levensfase	(*n* = 2162)	(*n* = 2161)	(*n* = 2156)	(*n* = 2150)
Babyboomers vs. Pre-babyboomers (0–5 jaar; referentie)	0,80 (0,53-1,19)	0,96 (0,64-1,43)	0,80 (0,54-1,20)	0,78 (0,52-1,15)
Interactie: Babyboomers * 5–10 jaar	1,04 (0,60-1,80)	1,05 (0,61-1,82)	1,04 (0,60-1,79)	1,02 (0,60-1,76)
Interactie: Babyboomers * na 10 jaar	1,24 (0,69-2,20)	1,21 (0,68-2,15)	1,23 (0,69-2,19)	1,00 (0,56-1,80)

Model 1: Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.
Model 2: model 1 + correctie voor opleidingsniveau.
Model 3: model 1 + correctie voor huishoudgrootte en partnerstatus.
Model 4: model 1 + correctie voor de Frailty Index.
Notatie p-waarden: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Vergelijking geboortecohorten van 10 jaar
Tabel B4.4 laat de resultaten zien van de modellen waarin de geboortecohorten zijn opgesplitst in groepen van 10 jaar. Hier vonden we een statistisch significant verband voor de tijd tot zorgtrede 6 wanneer we ouderen geboren in 1933–1937 vergeleken met de referentiegroep geboren in 1948–1957 (sHR = 1,52; 95%-BI: 1,06–2,19; p = 0,02). Dit betekent dat ouderen uit het cohort 1933–1937 sneller overgingen naar zorgtrede 6 dan de groep uit 1948–1957. Daarnaast ging dit oudste cohort (1933–1937) sneller over naar de vierde levensfase (sHR = 1,50; 95%-BI: 1,14–1,97; p < 0,01). Er werd daarentegen bij geen van de uitkomsten een significant verband gevonden wanneer we het cohort uit 1938–1947 vergeleken met de referentiegroep (1948–1957). Ook deze modellen gaan uit van een constant verband over de tijd, hoewel dit in werkelijkheid wellicht niet het geval is. Een nadere analyse van dit tijdsverloop viel buiten de scope van dit onderzoek en blijft een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Tabel B4.4 Subdistribution hazardratio's (95%-BI) voor het verschil tussen de 10-jaarse geboortecohorten in de tijd tot de uitkomsten

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Uitkomst 1: Tijd tot zorgtreden 6 of hoger	(*n* = 2915)	(*n* = 2913)	(*n* = 2909)	(*n* = 2903)
1933-37 (ten opzichte van 1948-57)	1,52 (1,06-2,19)*	1,30 (0,90-1,89)	1,45 (1,00-2,10)*	1,66 (1,16-2,37)**
1938-47 (ten opzichte van 1948-57)	1,15 (0,79-1,67)	1,05 (0,72-1,53)	1,08 (0,73-1,59)	1,11 (0,76-1,61)
Uitkomst 2: Tijd tot zorgtreden 7 of hoger	(*n* = 2991)	(*n* = 2989)	(*n* = 2984)	(*n* = 2977)
1933-37 (ten opzichte van 1948-57)	1,38 (0,85-2,22)	1,27 (0,77-2,09)	1,34 (0,83-2,19)	1,55 (0,97-2,49)
1938-42 (ten opzichte van 1948-57)	1,08 (0,66-1,78)	1,03 (0,62-1,71)	1,04 (0,62-1,74)	1,02 (0,62-1,68)
Uitkomst 3: Tijd tot overgang naar vierde levensfase	(*n* = 2732)	(*n* = 2730)	(*n* = 2725)	(*n* = 2719)
1933-37 (ten opzichte van 1948-57)	1,50 (1,14-1,97)**	1,15 (0,87-1,52)	1,50 (1,14-1,98)**	1,71 (1,29-2,27)**
1938-42 (ten opzichte van 1948-57)	1,20 (0,91-1,59)	1,05 (0,79-1,39)	1,20 (0,90-1,60)	1,29 (0,97-1,72)

Model 1: Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.
Model 2: model 1 + correctie voor opleidingsniveau.
Model 3: model 1 + correctie voor huishoudgrootte en partnerstatus.
Model 4: model 1 + correctie voor de Frailty Index.
Notatie p-waarden: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Referenties

Austin, P. C., & Fine, J. P. (2017). Practical recommendations for reporting Fine-Gray model analyses for competing risk data. *Statistics in Medicine*, *36*(27), 4391–4400. doi:https://doi.org/10.1002/sim.7501

Centraal Bureau voor de, S. (2012). *BABYBOOMERS: indrukken vanuit de statistiek*. Retrieved from Den Haag/Heerlen: https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/leren-met-het-cbs/gereedschappen/babyboomers

Geskus, R. B. (2011). Cause-specific cumulative incidence estimation and the fine and gray model under both left truncation and right censoring. *Biometrics*, *67*(1), 39–49. doi:10.1111/j.1541-0420.2010.01420.x

Hoogendijk, E. O., van Schoor, N. M., Qi, Y., Visser, M., Swinkels, J. C., Broese van Groenou, M. I., . . . Huisman, M. (2025). The Longitudinal Aging Study Amsterdam: design and cohort update 2025. *European Journal of Epidemiology*, *40*(6), 705–720. doi:10.1007/s10654-025-01238-5

Schuster, N. A., Hoogendijk, E. O., Kok, A. A. L., Twisk, J. W. R., & Heymans, M. W. (2020). Ignoring competing events in the analysis of survival data may lead to biased results: a nonmathematical illustration of competing risk analysis. *J Clin Epidemiol*, *122*, 42–48. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.03.004

Therneau, T. M. (2023). *A Package for Survival Analysis in R*. Retrieved from https://cran.r-project.org/web/packages/survival/vignettes/survival.pdf

van de Loo, B., Huisman, M., Iedema, J., & van Campen, C. (2025). *Verlenging van vitaliteit en uitstel van zware zorg in een verouderende samenleving*. Retrieved from https://lasa-vu.nl/nieuws/verlengen-vitaliteit-draagt-bij-aan-uitstel-van-zware-zorg-ouderen/

Appendix B4.1 Karakteristieken van de LASA steekproef bij hun eerste meting

	LASA cohort 1 (1992-93; leeftijden 55-85)	LASA cohort 2 (2002-03; leeftijden 55-65)	LASA cohort 3 (2012-13; leeftijden 55-65)	Totaal
	(*n* = 3107)	(*n* = 1002)	(*n* = 1023)	(*n* = 5132)
Geboortejaar (mediaan [IKR])	1922 [1914-1930]	1942 [1940-1945]	1952 [1950-1955]	1932 [1919-1945]
Leeftijd (mediaan [IKR])	71 [63-78]	60 [57-62]	60 [58-63]	64 [59-74]
Vrouw (%)	1601 (51,5)	527 (52,6)	527 (51,5)	2655 (51,7)
Aantal jaren opleiding gevolgd (mediaan [IKR])	9 [6-11]	10 [9-11]	11 [9-15]	9 [6-11]
Wel partner (%)	2099 (67,6)	839 (83,7)	830 (81,1)	3768 (73,4)
Aantal mensen in huishouden (mediaan [IKR])	0 [0-0]	0 [0-0]	1 [1-1]	0 [0-1]
Frailty score 0-1 (mediaan [IKR])[a]	0,17 [0,11-0,26]	0,13 [0,08-0,22]	0,14 [0,08-0,21]	0,16 [0,10-0,24]
Zorgtreden bij eerste meting (%)				
1. Bezoek aan huisarts of helemaal geen zorggebruik	689 (22,5)	292 (29,3)	431 (42,1)	1412 (27,8)
2. Bezoek aan medisch specialist en/of ziekenhuisopname	460 (15,0)	172 (17,2)	260 (25,4)	892 (17,6)
3. Informele hulp of particulier betaalde hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging	822 (26,9)	340 (34,1)	113 (11,0)	1275 (25,1)
4. Aanpassingen in de woning	352 (11,5)	83 (8,3)	149 (14,6)	584 (11,5)
5. Gebruik van voorzieningen: maaltijdvoorziening, klusdienst, transport, telefonische hulpdienst, vrijwilligersorganisatie, hulpmiddel bij lopen	286 (9,4)	76 (7,6)	42 (4,1)	404 (8,0)
6. Huishoudelijke hulp van professionele thuiszorg	253 (8,3)	28 (2,8)	26 (2,5)	307 (6,0)
7. Persoonlijke verzorging van professionele thuiszorg en/of tijdelijke korte opvang in tehuis (dag, nacht, weekend, kort verblijf)	90 (2,9)	7 (0,7)	1 (0,1)	98 (1,9)
8. Residentiële opname in verzorgings- of verpleeghuis	106 (3,5)	0 (0,0)	1 (0,1)	107 (2,1)
Vierde levensfase bij eerste meting (%)	669 (21,5)	113 (11,3)	98 (9,6)	880 (17,1)

IKB = interkwartielbereik; LASA = Longitudinal Aging Study Amsterdam
a Frailty index score gebaseerd op 28 items.

Appendix B4.2 Definities en operationalisatie zorgtreden

Zorgtreden waren als volgt gedefinieerd[50]:

1. Huisarts: 'Heeft u in het afgelopen half jaar contact gehad met uw huisarts?' (nee, ja)
2. Medisch specialist: 'Heeft u in het afgelopen half jaar contact gehad met een medisch specialist?" (nee, ja)
3. Ziekenhuisopname: 'Bent u in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis?' (nee, ja).
4. Informele en/of particuliere zorg: Er zijn twee vragen gesteld naar hulp: 'Krijgt u hulp bij huishoudelijke taken (hiermee wordt bedoeld activiteiten zoals het klaarmaken van maaltijden, boodschappen doen, het huis schoonmaken, de vuilnis buiten zetten of formulieren invullen), en 'Krijgt u hulp bij persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld wassen, douchen, toiletgang, aan- of uitkleden, opstaan en gaan zitten)?" Indien de vraag met 'ja' werd beantwoord, is gevraagd van wie deze hulp werd verkregen. Men kon uit een lijst met dertien helperstypen één of meerdere antwoorden aankruisen. Indien men bij minstens een van de twee vragen had aangegeven hulp te krijgen van partner, andere huisgenoot, uitwonend kind, familie, buur, vriend of een particulier betaalde hulp, dan is dit geteld als het verkrijgen van informele en/of particuliere hulp (nee, ja).
5. Woningaanpassing: De deelnemer is gevraagd of er sprake was van aanpassingen in de woning (zoals stoellift, aangepast toilet, trapleuning, hellingbaan) (1 = nee, 2 = ja).
6. Voorziening: hier zijn drie verschillende soorten van voorzieningen geteld. Ten eerste het gebruik van een loopmiddel (rollator, scootmobiel, looprek); ten tweede het gebruikmaken van voorzieningen op gebied van maaltijden, transport, belklusdienst, alarmering e.d. en ten derde, of men hulp kreeg van vrijwilligers bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging, dan wel hulp kreeg van een vrijwilliger van een organisatie als bijv. de Zonnebloem. Indien men op een van deze mogelijkheden positief antwoordde, maakte men gebruik van een voorziening (nee, ja).
7. Professionele huishoudelijke hulp: Indien men bij bovenstaande vragen naar hulp bij huishoudelijke taken had aangegeven deze hulp te krijgen van de thuiszorg (alphahulp) of hulp uit een nabijgelegen tehuis, dan is dit als hulp genoteerd (nee, ja).
8. Professionele hulp bij persoonlijke verzorging: Indien men bij bovenstaande vragen naar hulp bij persoonlijke verzorging had aangegeven deze hulp te krijgen van de thuiszorg of van hulp uit een nabijgelegen tehuis; of indien men bij vragen naar het gebruik maken van kortdurende opname in een tehuis (dag of nacht opname, kort verblijf), dan is dit als hulp genoteerd (nee, ja).
9. Tehuis: we maken een onderscheid tussen 'zelfstandig wonend' en 'woonachtig in een verzorgings of verpleegtehuis'.

[50] Uit bijlage van https://repository.scp.nl/?atabase=eyJzZWFyY2hfYWxsIjoiTWV0IHpvcmcgb3VkZXIgd29yZGVuIiwiaXRlbSI6IjllYjBjNTI0LTQzMzEtNDdhYi04NjQ5LTViNDdlMmI0ZDllZCJ9

De operationalisatie van de zorgtredes is bijna helemaal consistent over alle verschillende waves van LASA. Er gelden de volgende uitzonderingen:

1. Voor waves 1B, 2B, en 3B zijn alle metingen uitgevoerd middels face-to-face interviews. Voor de overige waves zijn missende waardes voor sommige variabelen aangevuld met gegevens uit telefonische interviews met de deelnemer of proxies.
2. Het gebruik van een loopmiddel is in bijna waves bepaald aan de hand van de volgende variabelen: walk01, walk02, walk06, adl5b, en lphya01 (zie https://lasa-vu.nl/topics/physical-performance/, https://lasa-vu.nl/topics/physical-activity/, en https://lasa-vu.nl/topics/functional-limitations/). In wave 1b is de adl5b variabel ("Kunt u buitenshuis vijf minuten aan één stuk lopen zonder stil te staan? Gebruikt u daarbij een hulpmiddel?") niet gemeten en daarom niet meegenomen in de operationalisering voor deze wave. De overige variabelen in de codering geven alsnog een goeie indicatie of iemand wel of niet gebruik maakt van een hulpmiddel (zie bijvoorbeeld walk02: "Kunt u alleen lopen, zonder op iemand te steunen? U mag een stok of looprek").
3. Contact met een medisch specialist is bepaald aan de hand van de volgende variabelen: medspec, hosp, en psych (zie https://lasa-vu.nl/topics/contact-with-services/). In wave 3B is de psych variabel ("Hebt u het afgelopen half jaar voor uzelf contact gehad met een psychiater dan wel zenuwarts.") niet gemeten en daarom niet meegenomen in de operationalisatie voor deze wave. Alhoewel dit jammer is, zijn we voor deze analyses vooral geïnteresseerd in de overgang naar de 6e zorgtrede of hoger. Het is dus niet van groot belang dat specialistische hulp (trede 2) incompleet geoperationaliseerd in wave 3B.
4. Hulp van een vrijwilliger van een organisatie is bepaald aan de hand van de volgende variabelen: rhelp07, dhelp07, lst1c18, lst1c15, en lst1c14 (zie https://lasa-vu.nl/topics/use-of-care/). Wanneer een deelnemer op een van de variabelen een waarde van "1" (antwoord ja op de bijhorende vraag) had, dan werd dat gecodeerd als het krijgen van hulp. In waves H en 3B zijn de variabelen lst1c18 ("Heeft u contact gehad met het Rode Kruis?") en lst1c15 ("Heeft u contact gehad met de Zonnebloem?") niet gemeten en dus niet meegenomen in de operationalisering. In de I, J, en K waves was alleen de variabel lst1c15 niet gemeten en niet meegenomen in de operationalisatie. In de voorgaande G wave waren er 62 deelnemers (3% van G deelnemers) die op lst1c18 en/of lst1c15 "ja" hadden geantwoord.
5. Het gebruik van voorzieningen (op gebied van maaltijden, transport, belklusdienst, alarmering e.d.) is bepaald aan de hand van de volgende variabelen: lst1c10, lst1c12, lst1c13, lst2c14, lst1c16, en lst1c17 (zie https://lasa-vu.nl/topics/contact-with-services/). Wanneer een deelnemer op een van de variabelen een waarde van "1" (antwoord ja op de bijhorende vraag) had, dan werd dat gecodeerd als gebruik van voorzieningen. In wave 3B zijn de variabelen lst1c10 ("Kunt u mij zeggen of u het afgelopen half jaar voor uzelf contact hebt gehad met: Telefonische hulpdienst"), lst2c14 ("Kunt u mij zeggen of u het afgelopen half

jaar voor uzelf contact hebt gehad met: maaltijdvoorziening"), en lst1c13 ("Kunt u mij zeggen of u het afgelopen half jaar voor uzelf contact hebt gehad met: Openeettafel") niet gemeten en niet meegenomen in de operationalisering. In de I, J, en K waves was alleen de variabel lst2c14 niet gemeten en niet meegenomen in de operationalisatie. In de H wave waren er slechts 8 deelnemers die een waarde van "1" hadden voor lst1c10, lst2c14, of lst1c13 én een waarde van "0" voor lst1c12 en lst1c13. De toegevoegde waarde van lst1c10, lst2c14 en lst1c13 lijkt daarom klein.

6. Tot de I wave is de kortdurende opname bepaald aan de hand van de volgende variabelen: lst2c07, lst2c08, lst2c09, lst2c10, lst2c11, lst2c12, en lst2c13 ("Hebt u daar het afgelopen half jaar voor uzelf gehad met: Verpleeghuis – Observatieafdeling (opname); Verpleeghuis – logeren; Verpleeghuis – dagbehandeling; Verzorgingshuis – dagverzorging; Verzorgingshuis – tijdelijke opname; Verzorgingshuis – logeren"; zie https://lasa-vu.nl/topics/contact-with-services/). Vanaf de I wave zijn deze variabelen niet meer gemeten omdat de vragen op een andere manier zijn gesteld. Voor deze waves waren de volgende variabelen gebruikt in de operationalisatie: missca en mintca ("Kunt u van de volgende voorzieningen aangeven of u er een indicatie voor heeft aangevraagd, of u deze heeft gekregen voor: Kortdurend verblijf in een zorginstelling; Nachtopvang in een zorginstelling"; zie https://lasa-vu.nl/topics/needs-assessment/). lst2c07, lst2c08, lst2c09, lst2c10, lst2c11, lst2c12, en lst2c13 zijn ook niet gemeten in 3B. Er lijken geen goede proxies te zijn voor deze variabelen in deze wave. Het is aan te nemen dat dit geen betekenisvolle bron van vertekening is. De deelnemers van 3B waren namelijk erg jong en gezond en er zullen dus maar heel weinig of geen tijdelijk opgenomen zijn rond deze periode.