



**Toekomstvisie langdurige zorg
en ondersteuning vanuit
burgerperspectief**



**Toekomstvisie langdurige zorg
en ondersteuning vanuit
burgerperspectief**

Toekomstvisie langdurige zorg en ondersteuning vanuit burgerperspectief

Anna Nieboer¹, Elly Stolk², Xander Koolman¹

Maart 2006

Institute for Medical Technology Assessment

Rapport nr. 06.79

¹ instituut Beleid en Management gezondheidszorg, ErasmusMC, Rotterdam

² instituut for Medical Technology Assessment, ErasmusMC, Rotterdam

Correspondentie

Anna Nieboer, instituut Beleid en Management gezondheidszorg, ErasmusMC
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, nieboer@bmq.eur.nl, 010-4082804

Of

Elly Stolk, institute for Medical Technology Assessment, ErasmusMC, Postbus 1738,
3000 DR Rotterdam, e.a.stolk@erasmusmc.nl, 010-4088654

Citeren als: A.P. Nieboer, E.A. Stolk, A.H.E. Koolman. Toekomstvisie langdurige zorg en ondersteuning vanuit burgerperspectief. Institute for Medical Technology Assessment, Rapport nr. 06.79, Rotterdam, 2006

Copyright. Niets van deze publicatie mag uitgegeven worden zonder schriftelijke toestemming van het iMTA.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1. Introductie.....	5
1.1 Duurzame ontwikkelingen in langdurige zorg.....	5
1.2 Vraagstelling.....	7
1.3 Plan van aanpak.....	7
1.4 Opbouw van het rapport.....	8
2. Theoretisch Kader.....	11
2.1 Dimensies van welzijn.....	11
2.2 (Beperkte) mogelijkheden voor substitutie.....	11
2.3 Multifunctionaliteit.....	13
2.4 Het belang van controle.....	13
2.5 Het vermijden van verlies.....	13
2.6 Effecten van functionele beperkingen.....	13
2.6 Relevante zorgdimensies.....	14
2.7 Verschillen tussen zorggebruikers.....	17
3. Methode.....	21
3.1 Discrete choice experiment.....	21
3.2 De vragenlijst.....	21
3.3 Attributen en levels.....	23
3.4 Experimenteel design.....	24
3.5 Beschrijving onderzoekspopulatie.....	24
3.6 Analyse.....	25
4. Resultaten.....	27
4.1 Preferenties voor langdurige zorg.....	27
4.3 Betalingsbereidheid naar inkomen.....	30
4.4 Welzijn.....	30
5. Discussie.....	33
5.1 Robuustheid van conclusies omtrent het belang van specifieke voorzieningen.....	33
5.2 Generaliseerbaarheid van bevindingen.....	34
5.3 Betalingsbereidheid als maat voor preferenties.....	34
6. Conclusies.....	37
6.1 Algemeen.....	37
6.2 Cliëntensubgroepen en hun behoeften.....	37
6.3 Verhouding tussen preferenties en beleid.....	39
6.4 Slotconclusie.....	40
Referenties.....	43
Bijlage 1 Achtergrond keuzemodel.....	47
Bijlage 2 Analyse van de dataset - alle patiëntgroepen samen.....	49
Bijlage 3 Analyse per cliëntengroep.....	50

Samenvatting

Dit rapport 'Toekomstvisie langdurige zorg en ondersteuning vanuit burgerperspectief' is tot stand gekomen naar aanleiding van een vraag van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) om te onderzoeken wat de preferenties van burgers zijn als het gaat om de afstemming van vraag en aanbod van langdurige zorg en ondersteuning. Het BMG/IMTA van het ErasmusMC in Rotterdam heeft ter beantwoording van deze vraag een onderzoek uitgevoerd onder 1082 respondenten. In dit onderzoek wordt bepaald hoeveel voorzieningen en diensten bijdragen aan het *algehele welzijn van individuen*. Op die manier kon het relatieve belang van voorzieningen voor het welzijn worden vergeleken. Tevens maakte deze strategie het mogelijk om na te gaan hoeveel baat verschillende individuen hebben bij een bepaalde voorziening.

De uitwerking van deze vraag is gebaseerd op Lindenberg's sociale produktiefunctie theorie. Deze theorie veronderstelt dat mensen dezelfde algemene doelen nastreven en dezelfde behoeften hebben, namelijk fysiek en sociaal welzijn. Echter, door verschillen in individuele situaties hebben zij niet dezelfde mogelijkheden om welzijn te realiseren. Zij kunnen hun welzijn binnen bepaalde randvoorwaarden wel op allerlei manieren verbeteren. Fysiek welzijn wordt bijvoorbeeld bereikt door fysieke stimulatie en lichamelijk comfort. Sociaal welzijn wordt bereikt door sociale participatie waaruit mensen status, gedragsbevestiging en affectie putten. Hulpbronnen, zoals een sociaal netwerk of inkomen, helpen bij het realiseren van doelen. Voor het algehele welzijn zijn verder zogenaamde metadoelen van belang, die iets zeggen over de wijze waarop mensen welzijn kunnen realiseren. Het gaat dan bijvoorbeeld over de mate van controle die zij hebben, het vermijden van verlies, de aanwezigheid van activiteiten die aangrijpen op welzijn in meerdere domeinen, en hulpbronnen. Omdat niet alle gebruikers van langdurige zorg dezelfde functionele beperkingen hebben of beschikken over dezelfde hulpbronnen, is hun welzijn in andere zin bedreigd en verschilt de behoefte aan zorg. Daarom werd in deze studie getracht een gedetailleerd en gedifferentieerd beeld te schetsen van de variatie in de behoefte aan zorg, zodat concrete aanbevelingen gedaan kunnen worden over de uitgangspunten die in acht genomen moeten worden bij de inrichting van langdurige zorg. Op basis van de bovenstaande theorie zijn preferenties bestudeerd voor vier cliëntensubgroepen die relevant van elkaar verschillen in fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid: er werd onderscheid gemaakt tussen de beperkingen die het gevolg zijn van dementie of fysieke problemen, en verschillen tussen mensen die met of zonder partner wonen. Preferenties zijn in kaart gebracht voor een scala aan zorgvoorzieningen en diensten. Sommige elementen van een zorgpakket waren gericht op fysiek welbevinden, terwijl andere elementen van het zorgaanbod zoals de leveringsvoorwaarden rekening houden met het gegeven dat mensen ook controle willen hebben over de manier waarop zorg verleend wordt. Uiteindelijk werd zo bepaald bij welke zorgvoorzieningen specifieke cliënten het meeste baat hebben.

De resultaten laten zien dat er waarde gehecht wordt aan allerlei verschillende zorgvoorzieningen, zij het door verschillende gebruikers. In het algemeen wordt het meeste waarde gehecht aan de vervoersvoorziening, of er vaste hulpverleners zijn en of de zorg goed op elkaar afgestemd is. De waarde die burgers toekennen aan langdurige zorg en ondersteuning varieert tussen verschillende voorzieningen, maar ook tussen verschillende cliëntenprofielen, hetgeen bevestigt dat de fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid van mensen mede bepaalt hoeveel baat zij hebben bij een voorziening. Voor alleenstaanden werd zorg bijvoorbeeld over het algemeen hoger gewaardeerd dan voor mensen die samenleven met een partner. Verder bleek dat dementerende ouderen en mensen met fysieke problemen andere preferenties hebben met betrekking tot langdurige zorg. De bedreiging van het welzijn door de combinatie van fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid is bij deze groep duidelijk het grootst. Alleen de vervoersvoorziening blijkt van groter belang voor de fragiele ouderen.

Dat individuen in verschillende mate baat hebben bij bepaalde voorzieningen, compliceert het afbakenen van de collectieve verantwoordelijkheid in de zorg. Immers, het zal hierdoor vrijwel nooit mogelijk zijn om aan een specifieke voorziening een hoge of lage prioriteit toe te kennen, en op die manier te sturen via vaststelling van het pakket aan diensten en voorzieningen. Een betere manier om prioriteiten te stellen in langdurige zorg is er een waarbij patiënten die het meeste baat hebben bij bepaalde zorg ook daadwerkelijk toegang krijgen tot die voorziening. Dit vereist dat rekening gehouden worden met (1) individuele verschillen in de mate waarin er sprake is van een bedreiging van het fysiek én sociaal welzijn, (2) of de zorgvoorziening multifunctionele activiteiten mogelijk maakt (die zowel voor het fysiek als sociaal welzijn van belang zijn), (3) in hoeverre mensen zelf controle houden over hun leven, (4) of het hen in staat stelt (verdere) verliezen te vermijden, en (5) wat de zorg uiteindelijk oplevert voor het algehele welzijn van patiënten én mantelzorgers.

Een meerwaarde van het onderzoek is dat het relatieve belang van verschillende voorzieningen gemeten is en vergeleken tussen individuen. Het verband dat vervolgens gelegd kan worden tussen het gebruik van middelen, de kosten van de voorzieningen, en het welzijn van de gebruikers, maakt het mogelijk dat de doelmatigheid van het systeem voor langdurige zorg geanalyseerd wordt. Dit is van belang in het licht van het algemene streven om op expliciete en transparante wijze te beslissen over het collectief gefinancierde zorgpakket. De kwantificering van preferenties maakt het mogelijk helder te zijn over de motieven voor afbakening van collectieve verantwoordelijkheden in de langdurige zorg en toedeling van voorzieningen aan individuen. Het maakt inzichtelijk hoe beleid bijdraagt aan de realisatie van publiek geformuleerde doelstellingen ten aanzien van langdurige zorg en het welzijn dat dit oplevert voor cliënten. Het vernieuwende van de huidige studie is hiermee dat het de mogelijkheid biedt normen te ontwikkelen op basis waarvan het beleid aangescherpt kan worden en effectiever zal zijn.

1. Introductie

1.1 Duurzame ontwikkelingen in langdurige zorg

De beleidsontwikkeling op het gebied van langdurige zorg spitst zich in 2005 toe op de houdbaarheid van het Nederlandse stelsel voor de voorziening van langdurige zorg. Aanname is dat het beroep op langdurige zorg sterk zal toenemen als gevolg van vergrijzing en stijgende prevalentie van chronische aandoeningen. Bij gelijkblijvende aanspraken en aanbod zal dit leiden tot een evenredig beslag op collectieve middelen, is daarbij de redenering. Cliënten van AWBZ-zorg geven echter te kennen dat het zorgaanbod niet aansluit bij hun behoeften. Langdurige zorg gaat niet alleen om verzorging en verpleging, maar ook om kwaliteit van leven, ondersteuning in het zelfstandig functioneren en maatschappelijk participeren. Het gaat om de mate waarin burgers bereid en in staat zijn om zelf –mee– te betalen aan langdurige zorg en op grond waarvan burgers van mening zijn dat er een collectief vangnet voor langdurige zorg moet zijn. De vraag is dan ook niet of het minder moet, maar of het anders moet en of de bestaande middelen dusdanig kunnen worden ingezet dat het rendement hoger wordt.

Het beoogde effect van de Nederlandse zorg is het verbeteren van de kwaliteit van leven (ofwel het welzijn); dit geldt zowel voor de cure als de care sector. Toch zijn er belangrijke verschillen. Kenmerkend voor langdurige zorg is dat kwaliteit van leven niet alleen bepaald wordt door de hoeveelheid geleverde zorg. De mate waarin mensen grip hebben op hun eigen leven heeft eveneens veel invloed op hun welzijn. Op het terrein van langdurige zorg is voor deze controle niet alleen de inhoud van zorg van belang, maar ook de manier waarop de hulpverlening georganiseerd is voor de betreffende patiënt. Immers, veel van de voorzieningen die zich richten op langdurige zorg en ondersteuning lossen niet zozeer de functiestoornis of lichamelijke beperking op, maar verbeteren de kwaliteit van leven van patiënten bijvoorbeeld door maatschappelijke participatie mogelijk te maken. Praktische zaken zoals de locatie waar de hulp verleend wordt, en flexibiliteit in de planning ervan, zijn voor behoud van zelfstandig functioneren en herstel van maatschappelijke participatie van groot belang.

Een ander kenmerk van langdurige zorg is dat de welzijnseffecten in hoge mate individueel zijn bepaald. Het aantal zorgfuncties is relatief klein vergeleken met de curatieve sector, maar de populatie gebruikers is heterogeen. De vraag naar zorg en ondersteuning varieert uiteraard met de onderliggende gezondheidsproblemen, maar er is geen één op één relatie tussen gezondheidstoestand en zorgvraag. Er zijn immers systematische verschillen tussen individuen in de manieren waarop zij welzijn realiseren. Enerzijds komt dat omdat individuen in verschillende mate over hulpbronnen beschikken zoals inkomen en mantelzorg waardoor er andere beperkingen voortvloeien uit de individuele situaties. Anderzijds bepalen individuele omstandigheden wat voor wensen iemand heeft met betrekking tot maatschappelijke participatie en welke problemen hij of zij ervaart. Bijvoorbeeld: dit hangt af van de levensfase of de gezinssituatie. Het uitgangspunt bij de inrichting van langdurige zorg is dat zorg en

ondersteuning zodanig worden ingericht dat aangesloten wordt bij de preferenties van individuele gebruikers. Aansluiten bij de wensen van gebruikers vereist dus maatwerk.

Om zorg op maat te kunnen bieden is er een breed aanbod van langdurige zorg. Het aantal geleverde functies in de AWBZ is op zichzelf beperkt: buiten de diensten die worden aangeboden onder de huidige welzijnswet en de WVG (bijvoorbeeld vervoer) vallen er zeven functies onder de reikwijdte van de AWBZ (CVZ, 2003); dit worden er zes met ingang van 1 januari 2007 als de WMO door de Eerste Kamer wordt aangenomen. Er zijn echter veel aanbodsvarianten in de organisatie van zorg. Zorg kan bijvoorbeeld thuis verleend worden of in een instelling, op geleide van de patiënt of van de aanbieder, of zij kan bekostigd worden uit een PGB of via een natura systeem. Het is daarom niet voldoende wanneer men zich afvraagt of alle zorgfuncties die een patiënt nodig heeft in voldoende mate aangeboden worden; men moet zich ook afvragen of de leveringswijze aansluit bij de behoeftes van een specifieke patiënt. Juist die afstemming is cruciaal voor het welzijn dat een voorziening genereert voor een cliënt en maakt een optimale inrichting van langdurige zorg en ondersteuning mogelijk.

Als door schaarste niet meer volledig aan de zorgbehoefte van alle patiënten kan worden voldaan, moet bepaald worden wat het relatieve belang is van verschillende voorzieningen en van manieren om deze aan te bieden aan specifieke cliënten. We hebben een vrij goed beeld van de kosten van langdurige zorg voor ouderen. Bijvoorbeeld, de kosten van institutionele zorg, thuiszorg, en extra klinische zorg zijn berekend (Oostenbrink et al., 2004; Van Petersen et al., 2004). Ook is grofweg bekend wat de verschillen in kosten zijn tussen de intramurale, semimurale, of extramurale zorg, zodat we kunnen doorrekenen op welke lokatie het goedkoopst in de zorgvraag van een patiënt voorzien kan worden. Minder duidelijk is wat precies de opbrengsten van de zorg zijn. Studies die de waarde van verschillende voorzieningen meten, zijn schaars, of beperkt in die zin dat ze slechts waarderingen meten voor een specifiek deel van de voorzieningen. Vooral onderzoek naar de waarde die wordt toegevoegd wanneer bepaalde zorgvoorzieningen beschikbaar gemaakt worden in een specifieke setting (bijvoorbeeld extramuraal, of semimuraal) ontbreekt. Dit is een probleem omdat het lastig is om te sturen op basis van financiële gegevens zonder dat bekend is wat de opbrengsten van bepaalde budget allocaties zijn. Als hulpmiddel bij het ontwikkelen van een visie op de richtingen die Nederland in zou kunnen slaan met betrekking tot langdurige zorg, moeten de maatschappelijke preferenties voor verschillende zorgvoorzieningen in het licht van einddoelen (verhoging van het welzijn) worden gespecificeerd. Dit onderzoek beoogt hieraan een bijdrage te leveren.

1.2 Vraagstelling

De overheid zal waarborgen moeten bieden dat een toereikend niveau van basiszorg ook op langere termijn voor iedereen gegarandeerd blijft. Het is evenwel niet bekend wat hieronder verstaan moet worden. Om bij te dragen aan de beantwoording van deze vraag wil de NPCF onderzoek laten doen naar wat de burger verwacht van langdurige zorg. De NPCF heeft daarom de volgende vraag aan het iBMG voorgelegd:

Wat zijn de preferenties van burgers als het gaat om de afstemming van vraag en aanbod van langdurige zorg en ondersteuning?

De groep mensen die gebruik maken van langdurige zorg is heel divers. Zij maken om uiteenlopende redenen gebruik van hulp. De aard en ernst van de klachten kan tussen individuen verschillen, maar ook de thuissituatie weegt mee in de behoefte voor langdurige zorg. Voor sommige personen is regelmatig contact van een verzorger al genoeg, terwijl in andere gevallen langdurige opname nodig is. In dit onderzoek naar de preferenties voor langdurige zorg wordt dan ook verondersteld dat preferenties variëren tussen verschillende doelgroepen. Hoe die precies variëren wordt onderzocht door de preferenties te meten voor langdurige zorg voor vier verschillende doelgroepen: fragiele en demente ouderen, die alleen wonen of samen met een partner. Deze groepen zijn gekozen omdat dementie en lichamelijke beperkingen zoals bij fragiele ouderen veelvoorkomende redenen zijn om een beroep te doen op langdurige zorg. Een ander onderscheid is aangebracht tussen alleenstaanden en mensen die samenwonen, omdat de leefsituatie sterk de vraag naar zorg beïnvloedt.

De doelstelling van het onderzoek is om een uitspraak te kunnen doen over de mate waarin verschillende voorzieningen bijdragen aan het welzijn van verschillende cliënten. Deze informatie kan behulpzaam zijn bij het vormen van beleid over de inrichting van de langdurige zorg. Het wordt steeds duidelijker dat middelen ontoereikend zijn om volledig in de vraag naar zorg te voorzien die cliënten of hun families zouden wensen. Informatie over het relatieve nut dat verschillende cliënten onttelen uit beschikbare voorzieningen, kan beleidsprioriteringen onderbouwen.

1.3 Plan van aanpak

Voor het ontwikkelen van een toekomstvisie voor langdurige zorg moet inzicht verkregen worden in de afwegingen tussen zorgfuncties en leveringsvoorwaarden binnen én tussen patiëntengroepen. Daarbij gaat het om het relatieve belang van verschillende kenmerken van zorg, zoals de aard en omvang ervan, maar ook aspecten zoals kwaliteit, keuzevrijheid en zeggenschap kunnen mee wegen in de besluitvorming. Het bestuderen van deze preferenties vereist dat van speciale meetmethodes gebruik gemaakt wordt. Preferenties voor langdurige zorg zijn in het dagelijks leven namelijk niet goed te bestuderen. Dat komt omdat de preferenties latent zijn, dat wil zeggen: niet observeerbaar. We zien de preferenties alleen

indirect terug in de keuzes die mensen maken, maar zelfs daarin niet volledig. Enerzijds komt dit doordat aanbod schaarste impliceert dat mensen weinig te kiezen hebben; anderzijds speelt ook een rol dat mensen maar een klein deel van de zorgkosten zelf betalen, waardoor respondenten nauwelijks gedwongen worden een afweging te maken tussen prijs en nut van de aangeboden voorzieningen. Hierdoor blijft de intensiteit van preferenties verborgen. Preferenties kunnen dan niet bestudeerd worden op basis van 'revealed preference' data, i.e. observaties van het gedrag van mensen in werkelijkheid. In plaats daarvan wordt gebruik gemaakt van een zogenaamde 'stated preference' methode: dit is een methode die onderzoekt hoe mensen zich zouden gedragen in hypothetische situaties.

Er zijn verschillende 'stated preference' technieken beschikbaar voor onderzoek naar voorkeuren en preferenties van individuen. In dit onderzoek worden de preferenties onderzocht met behulp van een discrete choice experiment. Bij deze onderzoeksmethode wordt expliciet gelet op het relatieve belang (nut) dat consumenten hechten aan verschillende kenmerken van het object waarvoor de waardering wordt onderzocht. In deze studie is dat van belang, omdat we geïnteresseerd zijn in het relatieve belang van verschillende voorzieningen die vallen onder de langdurige zorg (bijvoorbeeld vervoersvoorziening, persoonlijke verzorging of sociale begeleiding), én in de waardering voor verschillende manieren om die zorg te leveren. Het gaat dus om een complexe afweging tussen meerdere attributen.

Een nadeel van stated preference methoden is dat preferenties in denkbeeldige situaties geuit worden, waarbij een bias op kan treden omdat het niet vanzelfsprekend is dat de verkregen informatie de preferenties in werkelijke situaties goed weerspiegelt. Om de invloed van deze bias zo klein mogelijk te maken, dienen de denkbeeldige situaties zo realistisch mogelijk te zijn. Om die scenario's te kunnen creëren moet men dus een goed idee hebben van het soort afweging dat mensen in de werkelijkheid maken. In de context van deze studie wordt daarvoor gebruik gemaakt van een theorie over preferenties (sociale productiefunctie theorie) en inzichten uit eerder onderzoek. In een eerdere studie is het relatieve belang van verschillende functies van langdurige zorg en de intensiteit van verzorging onderzocht. Dit was een studie naar de doelmatigheid van AWBZ zorg voor patiënten in verschillende stadia van de ziekte van Alzheimer (Van Beekun et al., 2005). Nieuw aan de onderhavige studie is dat ook rekening gehouden wordt met verschillende manieren om de zorg aan te bieden (proces van zorg, i.e. leveringsvoorwaarden). Andere studies die de afweging tussen inhoud en proces van zorg in kaart brengen voor een generieke populatie ouderen zijn ons niet bekend.

1.4 Opbouw van het rapport

Het rapport behandelt de theorie, de onderzoeksmethode en de inhoudelijke vragen en antwoorden in het onderzoek. De hoofdstukken staan elk op zichzelf en kunnen onafhankelijk van elkaar gelezen worden. Zo vindt elke lezer snel iets van zijn gading.

Om in de experimentele context een zo realistisch mogelijk beeld te kunnen geven van de keuzes waarmee ouderen geconfronteerd kunnen worden binnen de langdurige zorg, wordt in hoofdstuk 2 van dit rapport geschetst op welke wijze voorzieningen in de langdurige zorg een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven, of wel het welzijn, van de cliënt. In dit hoofdstuk wordt geïdentificeerd wat essentiële kenmerken zijn van langdurige zorg, zowel inhoudelijk als in termen van leveringsvoorwaarden. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 deze theorie benut om het discrete choice experiment zo scherp mogelijk vorm te geven. Hier wordt ook uitgelegd wat een discrete choice experiment precies is, wat voor soort data het genereert, en welk experimenteel design in deze studie gebruikt is om de preferenties voor langdurige zorg te onderzoeken. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het experiment geanalyseerd. Hoofdstuk 5 en 6 bevatten de conclusie en discussie.

2. Theoretisch Kader

Mensen proberen op allerlei manieren om hun levensomstandigheden te verbeteren. Fysiek en sociaal welbevinden zijn hierbij algemene doelen waar alle mensen naar streven. Bij beperkingen in het functioneren kunnen mensen aangewezen zijn op langdurige zorg. Door zorg te verlenen proberen we als samenleving het welzijn van mensen te beschermen. Hoe de zorg het best ingericht kan worden, hangt af van de wijze waarop het een bijdrage kan leveren aan het welzijn van mensen.

Hiervoor is het noodzakelijk vast te stellen wat het welzijn van mensen bepaalt en hoe dit verbeterd kan worden. In de volgende paragraaf worden op basis van de sociale produktiefunctie theorie van Lindenberg (1996) eerst de verschillende dimensies van welzijn beschreven en op welke wijze deze dimensies door ziekte of functionele beperkingen van mensen beïnvloed worden. Vervolgens wordt beschreven welke rol langdurige zorg kan spelen om een achteruitgang in welzijn als gevolg van functionele beperkingen te voorkomen.

2.1 *Dimensies van welzijn*

Fysiek welzijn wordt enerzijds bereikt door de juiste hoeveelheid stimulatie, bijvoorbeeld door fysieke inspanning of geestelijke en zintuigelijke prikkeling. Anderzijds wordt fysiek welbevinden bereikt door optimaal comfort. Comfort is een somatische en emotionele toestand gebaseerd op het ontbreken van fysiologische behoeften (geen pijn, honger en dorst) en het hebben van een plezierige en veilige omgeving.

Sociaal welzijn wordt bereikt door het behalen van drie doelen namelijk status, gedragsbevestiging en affectie. Status duidt op iemands positie in sociale rangordes, zoals bijvoorbeeld beroep, levensstijl of een bepaald talent. Met gedragsbevestiging wordt bedoeld dat iemand leeft volgens de eigen of door relevante anderen gehanteerde normen. Affectie gaat over liefde, vriendschap, intimiteit en emotionele ondersteuning die men bijvoorbeeld krijgt van de partner of andere dichtbij mensen (Lindenberg, 1996; Ormel et al. 1997; Nieboer et al. 2005).

Fysiek en sociaal welzijn zijn algemene doelen in een hiërarchie van doelen met subjectief welzijn als ultiem doel, oftewel een optimale kwaliteit van leven of psychisch welbevinden (Ormel et al. 1997; Nispen et al., 2005; Gezondheidsraad, 2005). Door verschillende niveaus van doelen te onderscheiden en door te onderkennen dat doelen van lagere orde nodig zijn om doelen van hogere orde te bereiken, wordt het mogelijk de gevolgen van ziekte of functionele beperkingen voor het welzijn van mensen te traceren en daarmee te bepalen aan welk type zorg men behoefte heeft.

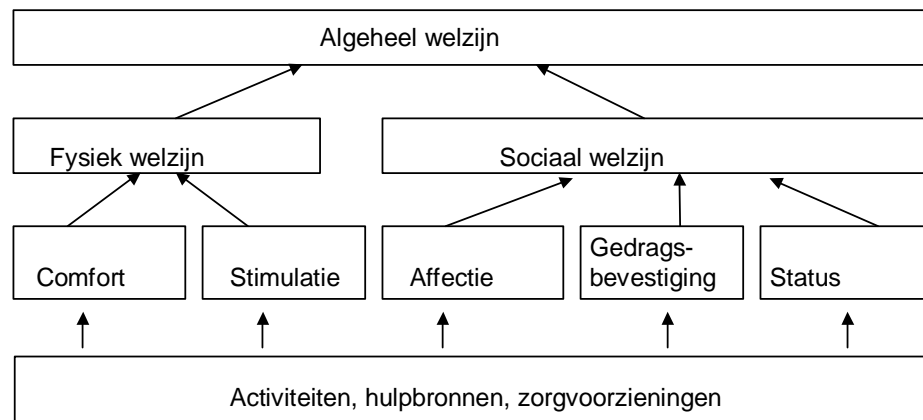
2.2 *(Beperkte) mogelijkheden voor substitutie*

Naast de nadruk op fysiek welbevinden is het voor het welzijn van ouderen noodzakelijk dat zorgverleners ook voldoende nadruk leggen op sociale aspecten (Nispen et al., 2005). Fysiek en sociaal welbevinden kunnen elkaar slechts in beperkte mate substitueren in de realisatie

van algeheel welbevinden: een zeker niveau van zowel fysiek als sociaal welbevinden is altijd noodzakelijk voor algeheel subjectief welbevinden (Van Bruggen, 2001). Dit geldt eveneens voor de verschillende aspecten van sociaal en fysiek welbevinden. Zonder een minimale hoeveelheid affectie (of status of gedragsbevestiging) kan er geen sprake zijn van sociaal welbevinden. En zonder een minimaal niveau aan comfort (of stimulatie) kan er geen sprake zijn van fysiek welbevinden. Op een lager niveau in de hiërarchie als het gaat om activiteiten en hulpbronnen, zijn doelen over het algemeen wel onbepaald substitueerbaar. Substitutie vindt plaats op basis van de relatieve kosten van alternatieve doelen. Wanneer de mogelijkheden voor het realiseren van status (bijvoorbeeld via werk) afnemen, zal een individu zich meer toelagen op affectie en gedragsbevestiging bijvoorbeeld door sociale contacten te intensiveren (zie Nieboer & Lindenberg, 2002).

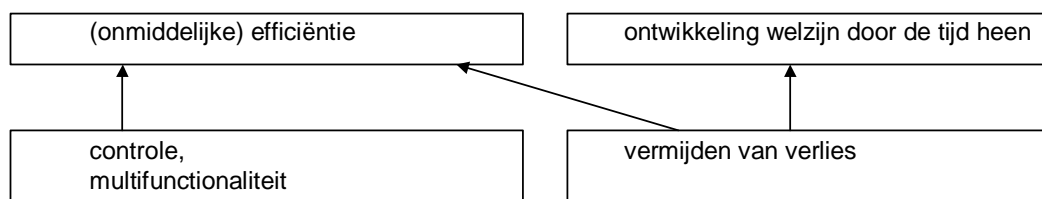
In figuur 1 worden de verschillende aspecten van welzijn weergegeven.

Figuur 1 Hiërarchische niveaus van welzijn.



Voor het algehele welzijn zijn ook zogenaamde metadoelen van belang, die iets zeggen over de wijze waarop mensen welzijn realiseren. Het gaat dan over de mate van controle die zij hebben, de aanwezigheid van multifunctionele activiteiten en hulpbronnen en het vermijden van verlies zoals weergegeven in figuur 2.

Figuur 2 Hiërarchische niveaus van metadoelen.



Voor het welzijn van mensen is het van belang dat de zorg die geleverd wordt zowel op korte termijn efficiënt is als bijdraagt aan het welzijn na verloop van tijd. Efficiëntie op korte termijn kan verbeterd worden door mensen controle te geven over (“de productie van”) hun eigen welzijn en door zorg te leveren die multifunctioneel is, dat wil zeggen die bijdraagt aan meerdere aspecten van welzijn. Het vermijden van verlies is zowel efficiëntieverhogend op korte termijn als van belang voor de ontwikkeling van het welzijn door de tijd heen (Lindenberg, 1996; Van Bruggen, 2001). Deze begrippen worden in de volgende paragrafen verder uitgewerkt.

2.3 Multifunctionaliteit

De meest efficiënte activiteiten (en hulpbronnen) zijn die welke multifunctioneel zijn: dat wil zeggen activiteiten en hulpbronnen welke meerdere hogere orde doelen dienen of die zowel op korte als op langere termijn een bijdrage leveren aan het welzijn (denk aan gezondheidsgedrag). Mensen hebben over het algemeen voorkeur voor multifunctionaliteit. Het meest simpele voorbeeld is een beschrijving van een ‘ideale’ partner: iemand die stimulerend is, comfort biedt, statusverhogend is voor de ander, zijn of haar gedrag en meningen bevestigt en emotioneel betrokken is.

2.4 Het belang van controle

Het gevoel hebben dat je controle hebt over wat je doet is van groot belang voor het algehele welzijn van mensen (Campbell, 1981). In de literatuur over preferenties van zorggebruikers zien we dit duidelijk terug in het belang dat mensen hechten aan zeggenschap.

2.5 Het vermijden van verlies

Ook het vermijden van verlies is een belangrijke drijfveer voor mensen (Kahneman & Tversky, 1979; Van Bruggen, 2001). Het gaat hierbij om het beperken van kwetsbaarheid. Variatie in hulpbronnen is een manier om kwetsbaarheid te verminderen.

2.6 Effecten van functionele beperkingen

Het welzijn van mensen wordt niet voor iedereen op dezelfde wijze aangetast door ziekte of functionele beperkingen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat hulpbronnen van mensen zoals hun lichamelijke conditie, sociale relaties en inkomen hun welzijn beïnvloeden ook als zij ziek worden. De aanwezigheid van een partner en andere sociale contacten hebben bijvoorbeeld een belangrijke bufferfunctie (Cohen & Will, 1985; House et al. 1988; Nieboer & Lindenberg 2002).

Sociale relaties en andere hulpbronnen stellen mensen onder meer in staat om deel te nemen aan activiteiten. Verstoring van belangrijke activiteiten vormt een bedreiging voor de mogelijkheden van mensen om fysiek en sociaal welbevinden te realiseren. Aangezien sommige activiteiten tot meer welzijn leiden dan andere activiteiten, bijvoorbeeld omdat zij multifunctioneel zijn in de zin dat zij meer dan één doel van hogere orde dienen, zal het

verlies aan welzijn in deze gevallen nog groter zijn. Zo kunnen mensen om in goede conditie te blijven bijvoorbeeld aan lichaamsbeweging doen (fysiek welzijn) en als dit samen met anderen gebeurt bijvoorbeeld in verenigingsverband verhoogt het ook het sociale welbevinden.

Functionele beperkingen die er toe leiden dat mensen belangrijke activiteiten opgeven hebben verregaande consequenties voor het welzijn, tenzij mensen de mogelijkheid hebben te substitueren voor verliezen. Als mensen in staat gesteld worden hun belangrijke activiteiten te blijven ondernemen hoeven functionele beperkingen niet of slechts in geringe mate te leiden tot een lager niveau van welzijn. Zorg en ondersteuning kunnen hierin een cruciale rol vervullen.

2.6 Relevante zorgdimensies

Uit het hiervoor geschetste theoretisch kader blijkt dat het een complexe taak is om preferenties voor langdurige zorg te bestuderen. Dat komt omdat elke zorgactiviteit of zorgvoorziening een andere bijdrage heeft aan het algehele welzijn van een patiënt. Bovendien kan deze bijdrage aan het welzijn afhangen van de leveringsvoorwaarden. Om na te gaan hoe langdurige zorg het beste ingericht kan worden, moeten we nagaan hoe zorgvoorzieningen de verschillende doelen (oftewel behoeften) van mensen bevorderen. De behoeften worden hieronder gerelateerd aan de verschillende zorgdimensies.

Fysiek welzijn: comfort

De leefsituatie van mensen is bepalend voor de mate van comfort die zij ervaren. In deze studie worden vier woonvormen onderscheiden waar mensen zorg kunnen krijgen. Het is mogelijk thuis te blijven wonen (eventueel met aanpassingen). Men kan naar een instelling verhuizen zoals een verpleeg- of verzorgingshuis waar mensen geheel verzorgd wonen. Het is ook mogelijk in een aanleunwoning te wonen waar mensen gebruik kunnen maken van de voorzieningen van een instelling. En tenslotte huisvesting zoals een appartementencomplex waar mensen zelfstandig wonen, maar in nabijheid van zorg en met mensen met vergelijkbare behoeften.

Gegeven de woonsituatie is met name het tegemoetkomen aan lichamelijke zorgbehoeften van belang voor comfort. Het gaat dan om het leveren van zorg en ondersteuning die het mogelijk maken dat mensen ondanks hun ziekte of functionele beperkingen toch enigszins comfortabel kunnen leven, bijvoorbeeld door hulp bij de persoonlijke verzorging, verpleging of huishoudelijke hulp. Het leveren van zorg kan dus zowel binnen een instelling als thuis. De invulling van zorg, dat wil zeggen of deze in overleg tot stand komt en aansluit bij de wensen van mensen kan ook bijdragen aan het comfort. Een optimaal niveau van comfort betekent dat mensen geen pijn, honger of dorst hebben en in een plezierige en veilige omgeving leven. Veiligheid is een belangrijk aspect van comfort.

Fysiek welzijn: stimulatie

Mensen hebben behoefte aan geestelijk stimulerende activiteiten en fysieke inspanning. Het zijn vooral de (sociale) activiteiten die fysieke inspanning vereisen die een belangrijke bijdrage leveren aan het fysiek welbevinden.

Sociaal welzijn: affectie

Steuerink en Lindenberg (2006) laten zien dat de sociale behoeften affectie, gedragsbevestiging en status belangrijk zijn voor mensen ook als zij ouder worden. Sociale activiteiten dragen bij aan het sociaal welzijn van mensen. Het niveau van affectie wordt enerzijds bepaald door de mogelijkheden die mensen hebben om contacten met dierbaren te onderhouden (vervoersvoorziening), anderzijds kan het ook gaan om nieuwe contacten die zij hebben zoals tijdens de dagbesteding of door de relatie die zij opbouwen met vaste hulpverleners.

Sociaal welzijn: gedragsbevestiging

Begeleiding van sociale activiteiten en een vervoersvoorziening creëren ook mogelijkheden voor het realiseren van gedragsbevestiging. Bij gedragsbevestiging gaat het met name om situaties waarin mensen het gevoel hebben dat zij goede dingen doen en nuttig bezig zijn. Hulpverleners kunnen hier ook een belangrijke rol in spelen (waardering voor inzet).

Sociaal welzijn: status

Status is in Nederland een beladen woord. Mensen geven niet makkelijk toe dat het een belangrijke bijdrage levert aan hun algehele welzijn. Toch hebben wij mensen van nature de behoefte om ons te onderscheiden van anderen. En er zijn goede voorbeelden hoe dit zelfs bij bewoners van verpleeghuizen gefaciliteerd kan worden (Gerritsen et al. 2004). Binnen de langdurige zorg wordt echter geen of nauwelijks aandacht geschonken aan status terwijl dit wel degelijk een rol speelt, ook binnen de hulpverlener-patiënt relatie.

Zo blijkt onder meer de afstemming van diensten van belang voor status. Als mensen veel zelf moeten regelen voelen zij zich vaak niet serieus genomen. Er worden immers dingen op hen afgeschoven die eigenlijk door anderen geregeld hadden moeten worden.¹ Bovendien is de eigen onzekerheid over de beste wijze waarop dit moet gebeuren vaak zo groot dat men het juist liever aan experts overlaat. Mensen hebben vaak te weinig informatie om optimale beslissingen te nemen. Als het toch aan hen overgelaten wordt wekt dit de indruk dat het teveel moeite is om de zorg goed voor hen te regelen.

Controle

Welke zorg verleend wordt en de wijze waarop is belangrijk voor het gevoel van controle dat mensen hebben. Een vervoersvoorziening (zoals de huidige WVG) draagt bij aan de controle

¹ Denk aan de vergelijking met een hotel waar alles voor klanten geregeld wordt, en waar tegelijkertijd rekening wordt gehouden met individuele wensen.

die mensen hebben over hun eigen bestaan. Als je niet in staat bent zelf de straat op te gaan, ben je ook niet vrij om zelf weg te gaan als je dat wilt. Dit terwijl mensen bij voorkeur niet afhankelijk willen zijn van anderen (hoe goedwillend die ook zijn), maar liever zelf over voldoende hulpbronnen beschikken om de dingen te doen die zij willen. Er niet zelf op uit kunnen gaan is een ernstige beperking van de autonomie die het welzijn van mensen verlaagt.

De woonsituatie heeft eveneens gevolgen voor de autonomie van mensen. Thuis blijven wonen of naar een verzorgings- of verpleeghuis verhuizen kunnen gezien worden als uitersten, voor het behoud van zelfstandigheid of juist een verlies aan autonomie. De andere twee woonvormen zijn tussenvormen waarbij mensen eveneens autonomie opgeven maar in mindere mate dan in het verzorgings- of verpleeghuis.

Verder kan bij de zorgverlening meer of minder rekening gehouden worden met de wensen van gebruikers. Soms is zorg gestandaardiseerd en bepaalt de zorgverlener wat er wanneer gebeurt. In andere gevallen wordt zorg in overleg ingericht en hebben mensen meer controle over de wijze waarop dit gebeurt. Een betere aansluiting bij de wensen van cliënten kan het welzijn verhogen.

Dit geldt ook voor de wachttijd. De tijd die cliënten moeten wachten op hulpverleners varieert sterk. Een korte en betrouwbare wachttijd vergemakkelijkt het beheer van de eigen agenda en biedt mensen meer mogelijkheden om andere activiteiten te ondernemen die belangrijk zijn voor hun welzijn. Zolang mensen zitten te wachten hebben zij niet echt de mogelijkheid andere dingen te doen, hetgeen hen controle over hun leven ontnemt.

Multifunctionaliteit

Sociale activiteiten zijn niet alleen van belang voor het sociaal welzijn, maar ook voor het fysiek welbevinden. Mensen proberen vaak activiteiten te kiezen die zowel stimulerend (fysiek) als gezellig (sociaal) zijn. Participatie in multifunctionele activiteiten mogelijk maken als dit gezien de gezondheidstoestand van mensen nodig is, verhoogt het algehele welzijn. Professionele hulp zou zich hierbij vooral moeten richten op het in staat stellen van mensen om hun eigen belangrijke activiteiten te blijven doen en nieuwe activiteiten te ontwikkelen die zowel het fysiek als sociaal welzijn bevorderen.

Of zorg verleend wordt door vaste of wisselende hulpverleners is ook een belangrijke voorwaarde voor multifunctionaliteit. Over het algemeen geven mensen de voorkeur aan vaste verzorgers omdat het de mogelijkheid geeft een relatie op te bouwen met de verzorger(s). Dit kan zowel voor het sociaal als fysiek welbevinden van belang zijn. Sociaal omdat verzorgers een belangrijke bron voor genegenheid en waardering kunnen zijn. Fysiek omdat de mate van comfort bepaald wordt door de wijze waarop de zorg verleend wordt. Als een verzorger al langer over de vloer komt weet zij beter wat er verwacht wordt en zal de communicatie over het algemeen makkelijker verlopen. Als er sprake is van intensieve (persoonlijke) verzorging kan dit zelfs het verschil zijn tussen veel of weinig pijn als mensen geholpen worden.

Vermijden van verlies

Over het algemeen geven mensen er de voorkeur aan om thuis blijven wonen. De wens zo lang mogelijk zelfstandig te blijven maakt dat veel mensen opzien tegen een verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis. De balans kan echter doorslaan naar een beschermde woonvorm als men in de eigen situatie niet langer in staat is een minimumniveau aan fysiek en sociaal welzijn te realiseren (en dan met name comfort en affectie, zie Steverink, 1996; 2001).

Er wordt steeds meer waarde gehecht aan het op elkaar afstemmen van diensten en het coördineren van zorg (Finkenflügel et al. 2006). Hierdoor hoeven mensen minder zelf te regelen. Bovendien kan er snel gereageerd worden als de gezondheid slechter wordt en er aanvullende zorg nodig is. Mensen zijn hierdoor minder kwetsbaar om (verder) achteruit te gaan in met name het fysiek welzijn (comfort).

In hoeverre op een wachtlijst staan gevolgen heeft voor het welzijn is sterk afhankelijk van de situatie waarin men verkeert. Als er nog steeds sprake is van een minimum niveau van de verschillende aspecten van sociaal en fysiek welzijn, heeft wachten minder ingrijpende gevolgen dan wanneer er sprake is van een onacceptabele situatie omdat iemand niet voor zichzelf kan zorgen. Of een wachtlijst acceptabel is of niet hangt daarmee af van het mogelijke verlies aan welzijn dat dit met zich meebrengt. Als het wachten gepaard gaat met een ernstig verlies aan comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status (decorum) is directe zorg nodig.

Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillende doelen (ofwel behoeften van mensen) en de relevante zorgdimensies.

Tabel 1. Overzicht van doelen en relevante zorgdimensies

Code	comfort	stimulatie	affectie	gedrags- bevestiging	status	controle	verlies	multi- functionaliteit
Aantal uren zorg per week	x							
Begeleiding sociale activiteiten		x	x	x				x
Vervoersvoorziening		x	x	x		x		x
Soort woning	x					x	x	
Wie de verzorging doet	x		x	x				x
Invulling van zorg	x							
Afstemming van diensten	x				x		x	
Op afgesproken tijdstip						x		
Wachtlijst in maanden	x	x	x	x	x			
Eigen betaling per week	x							

De eigen betaling is opgenomen als een aspect dat vooral de mate van comfort beïnvloedt. Geld is immers een belangrijke hulpbron om 'comfort' te kopen. Door meer uit geven aan een eigen bijdrage, kan het geld niet op andere, alternatieve wijze besteed worden.

2.7 Verschillen tussen zorggebruikers

De hulp die momenteel geboden wordt aan mensen met functionele beperkingen varieert sterk. Indicatieorganen bepalen op basis van functiegerichte aanspraken welke zorg geleverd wordt. Dat betekent dat mensen met ernstiger stoornissen meer zorg krijgen en dat afhankelijk van het soort beperking zowel voorzieningen voor het sociaal als fysiek welzijn

worden ingezet. Hieruit spreekt het idee dat de verschillende voorzieningen een andere waarde vertegenwoordigen voor verschillende potentiële gebruikers. Als je wilt weten hoe je de zorg het beste in kunt richten (en verdelen) zodat deze zoveel mogelijk welzijn oplevert voor zoveel mogelijk mensen, zul je moeten analyseren waaraan mensen het meeste waarde hechten, en welke factoren de waardering van de zorg beïnvloeden.

Cliënten kunnen aanzienlijk verschillen wat betreft het relatieve belang dat zij hechten aan verschillende aspecten van zorg. Er zijn namelijk systematische verschillen in de wijze waarop individuen welzijn kunnen realiseren. Deze verschillen weerspiegelen de verschillen in de hulpbronnen waarover zij beschikken en in de restricties die voortvloeien uit de individuele situaties. Zo is de vraag naar zorg door een hulpbehoevende cliënt die alleen woont veelal nog urgenter dan door een cliënt die samen woont met een partner. De partner vervult over het algemeen immers een belangrijke rol voor het welzijn van de cliënt zowel als het gaat om sociale als fysieke ondersteuning.

Voor het huidige onderzoek is het met name interessant om de preferenties van zorg te bestuderen als zowel het sociaal als fysiek welzijn bedreigd worden. De ernst waarin kan dan enigszins verschillen. Als we kijken naar nieuwe zorggebruikers dan gaat het in de meeste gevallen om fragiele ouderen die door allerlei functionele beperkingen zichzelf niet goed meer kunnen redden. Vaak zijn het ouderen die zich in een kritieke fase bevinden (Steeverink, 1996; 2001) waarin zij ofwel naar een verzorgingshuis gaan of thuis hulp nodig hebben. In de loop der tijd is het voor hen vaak steeds moeilijker geworden om activiteiten te blijven ondernemen die belangrijk zijn voor het sociaal en fysiek welzijn. Zolang het gaat om een achteruitgang in stimulatie, gedragsbevestiging en status heeft dit in de meeste gevallen nog geen onoverkomelijk gevolg voor het algehele welzijn. Als ook het niveau van comfort en affectie worden aangetast dan is de achteruitgang in welzijn vaak zo groot dat zorg noodzakelijk is.

Bij de afweging wie voor welke zorg in aanmerking komt is het nog maar de vraag of preferenties stabiel zijn bij cliënten die op zich vergelijkbare functionele beperkingen hebben maar verschillen in gezondheidstoestand en sociale omstandigheden. Vanuit de theorie geredeneerd bepalen de mogelijkheden die er zijn om verschillende aspecten van sociaal en fysiek welzijn te verbeteren, de toegevoegde waarde voor cliënten.

Om na te gaan of preferenties afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand en sociale omstandigheden worden vier cliëntenprofielen onderscheiden: fragiele ouderen en dementerende cliënten, beiden met en zonder partner (zie pagina 22 voor een beschrijving). Naast fysieke kwetsbaarheid die zich uit in functionele beperkingen zoals problemen bij het lopen, wordt onderscheid gemaakt naar sociale en mentale kwetsbaarheid. Bij sociale kwetsbaarheid gaat het om mensen die geen partner hebben. Bij mentale kwetsbaarheid om mensen met cognitieve beperkingen als gevolg van dementie. Aangezien het aantal cliëntenprofielen dat voorgelegd kon worden aan de respondenten beperkt is, was het niet mogelijk ook nog de ernst in fysieke (en sociale en mentale) kwetsbaarheid te variëren.

De verschillende aspecten van zorg worden alle relevant geacht, maar het gewicht dat mensen toekennen aan deze aspecten zal naar alle waarschijnlijkheid verschillen tussen de

vier cliëntenprofielen. Het is te verwachten dat er een sterker gevoel van urgentie heerst bij de dementerende cliënten. Dit mede omdat er in deze situatie vaak behoefte bestaat aan toezicht. Bij de alleenstaande cliënten zal naar alle waarschijnlijkheid meer belang worden gehecht aan sociale activering (begeleiding sociale activiteiten, vervoersvoorziening) dan bij cliënten met een partner.

3. Methode

3.1 Discrete choice experiment

In dit onderzoek worden preferenties voor langdurige zorg gemeten in een discrete choice experiment (Louviere et al., 2000). De techniek vraagt van de respondenten om een serie keuzes te maken tussen alternatieve, hypothetische (maar wel realistische) scenario's. De scenario's in deze studie beschrijven elk een denkbeeldig zorgaanbod voor de patiënt. Dit zorgaanbod is beschreven in termen van 10 attributen (i.e. karakteristieken van zorg), die elk 2 of 4 levels hadden. Van alle mogelijke combinaties van attributen en levels wordt een aantal scenario's geselecteerd en gepaard op basis van statische criteria. Elke respondent wordt geconfronteerd met een aantal keuzen tussen telkens twee scenario's, en draagt zo uiteindelijk meerdere observaties bij aan de dataset.

3.2 De vragenlijst

De vragenlijst bestond in totaal uit 3 delen. In het eerste deel van de vragenlijst kregen de respondenten informatie over het doel van het onderzoek, en over de inhoud van langdurige zorg, en de manier waarop deze zorg het leven en het welzijn van een patiënt beïnvloedt. In het volgende deel werd een cliëntenprofiel gepresenteerd. Er waren vier varianten van cliëntenprofielen; deze gaven een beschrijving van een fragiele of demente oudere, met of zonder partner. Tekstbox 1 geeft de beschrijvingen van de hulpbehoevende ouderen die aan de respondenten werden aangeboden (mede gebaseerd op de Groningen Frailty Indicator, Steverink et al. 2001). In het laatste deel werden de respondenten geconfronteerd met een serie keuzes tussen telkens twee zorgpakketten die beschikbaar gesteld waren voor de denkbeeldige patiënt. De vraag was of ze wilden aangeven welk van die twee pakketten zij zouden kiezen voor de denkbeeldige patiënt.

In dit onderzoek is ervoor gekozen om preferenties te meten van mensen die mogelijk in de toekomst gebruik zullen maken van voorzieningen voor langdurige zorg. Het gaat immers niet om de voorkeuren van huidige gebruikers, maar om de voorkeuren van mensen die in de toekomst gebruik zullen maken van zorg. Een probleem is dat nu nog niet bekend is welke personen wel of niet hulpbehoevend worden. Het is dan ook niet mogelijk om de voorkeuren voor de inrichting van langdurige zorg in toekomstige gebruikers te meten. Een eerste alternatieve strategie is dan om mensen te vragen zich voor te stellen dat ze zelf hulpbehoevend zijn en te laten aangeven welke zorg ze dan zouden willen hebben. Een tweede mogelijkheid is om mensen te vragen om zich in te leven in de situatie dat ze een beslissing zouden moeten nemen over het zorgpakket dat zou worden aangeboden aan een ander, een hulpbehoevende oudere. In dit onderzoek is gekozen voor de tweede strategie, ook omdat in de praktijk juist naasten een grote rol spelen wanneer beslissingen worden genomen over zorg voor oudere patiënten. De ouderen hebben vaak de regie over dit soort beslissingen niet meer zelf in handen, zeker wanneer er sprake is van dementie.

Omdat mensen nog niet zelf in de situatie verkeren dat ze hulpbehoevend zijn, is het maar de vraag in hoeverre mensen zich een realistisch beeld kunnen vormen van de zorg die ze wensen. Om die reden werden alleen respondenten gerekruteerd in de leeftijdsgroep van 50 tot 65 jaar. De veronderstelling daarbij is dat preferenties verder ontwikkeld zijn in mensen die indirect met de problematiek geconfronteerd zijn, bijvoorbeeld doordat familieleden (ouders of grootouders) te maken hebben gehad met langdurige zorg of hier in de (nabije) toekomst mogelijk zelf gebruik van zullen maken.

Textbox 1: De patiënten profielen (vignetten)

4 patiëntenprofielen

Stelt u zich voor dat u te maken heeft met een ouder iemand met allerlei fysieke problemen. De oudere kan niet meer alleen buitenshuis rondlopen (ook niet met hulpmiddelen), en is al een paar keer gevallen. Voor allerlei kwalen worden medicijnen geslikt. Het lukt de oudere wel om zichzelf aan te kleden, maar dat kost veel tijd en energie. Deze oudere woont alleen en heeft nog maar met weinig mensen contact. Het is niet mogelijk om zelf nog dingen te ondernemen. De oudere wil graag bezig blijven en nog iets voor mensen betekenen. Om deze persoon te helpen wordt professionele hulp gezocht.

Stelt u zich voor dat u te maken heeft met een ouder iemand met allerlei fysieke problemen. De oudere kan niet meer alleen buitenshuis rondlopen (ook niet met hulpmiddelen), en is al een paar keer gevallen. Voor allerlei kwalen worden medicijnen geslikt. Het lukt de oudere wel om zichzelf aan te kleden, maar dat kost veel tijd en energie. Deze oudere is gehuwd, maar heeft verder nog maar met weinig mensen contact. Het is niet mogelijk om zelf nog dingen te ondernemen. De oudere wil graag bezig blijven en nog iets voor mensen betekenen. Om beide mensen te helpen wordt professionele hulp gezocht.

Stelt u zich voor dat u te maken heeft met iemand die lijdt aan dementie. Deze persoon woont alleen. Dingen die net gebeurd zijn, worden vaak vergeten. Dat er gebeld is bijvoorbeeld of dat er s'ochtends iemand langs is geweest. Alledaagse dingen zoals koffie zetten en afwassen lukken nog wel. Maar langzamerhand wordt de afhankelijkheid van anderen voor de dagelijkse verzorging groter. Buren en kennissen verzorgen de dementerende zo goed mogelijk, maar dit is een zware opgave ook omdat voortdurend toezicht nodig is. De dementerende persoon is neerslachtig en reageert vaak kortaf en boos. Om deze dementerende persoon te helpen wordt een beroep gedaan op professionele hulp.

Stelt u zich voor dat u te maken heeft met iemand die lijdt aan dementie. Deze persoon is gehuwd. Dingen die net gebeurd zijn worden vaak vergeten. Dat er gebeld is bijvoorbeeld of dat er s'ochtends iemand langs is geweest. Alledaagse dingen zoals koffie zetten en afwassen lukken nog wel. Maar langzamerhand wordt de afhankelijkheid van anderen voor de dagelijkse verzorging groter. De partner verzorgt de dementerende persoon zo goed mogelijk, maar dit is een zware opgave ook omdat voortdurend toezicht nodig is. De dementerende persoon is neerslachtig en reageert vaak kortaf en boos. Om beide mensen te helpen wordt een beroep gedaan op professionele hulp.

3.3 Attributen en levels

De initiële selectie van attributen kwam tot stand op basis van literatuur (zie hoofdstuk 2), en consultatie van experts. Deze experts waren mensen die beroepsmatig geregeld geconfronteerd worden met de wensen van mensen met betrekking tot langdurige zorg (o.a. vertegenwoordigers van patiënten, iemand van de Alzheimerstichting, zorgverleners, en zorgverzekeraars). Een veronderstelling bij de keuze van attributen was dat bepaalde algemene attitudes de preferenties beïnvloeden, maar ook dat de karakteristieken van een bepaalde patiëntengroep invloed kunnen hebben. Bijvoorbeeld patiënten met overwegend fysieke problemen kunnen andere waardering hebben voor bepaalde kenmerken van zorg dan patiënten met overwegend mentale problemen of cognitieve beperkingen. Daarom werd de set van attributen uitgebreid met kenmerken van zorg die voor bepaalde groepen relevant kunnen zijn.

De attribuutlevels werden zo gekozen dat ze realistisch zijn in de context van de Nederlandse gezondheidszorg. Bij het aantal zorguren dat als attribuut werd opgenomen, gaf de set van levels de zorgintensiteit aan, variërend tussen 4 uren (minimale intensiteit) en 16 uren zorgverlening (persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp). Een uitzondering is de eigen betaling. In de Nederlandse zorg wordt niet veel met eigen betalingen gewerkt. De levels voor dit attribuut zijn daarom op basis van experimentele gegevens gekozen. In eerder onderzoek bleek dat mensen hun keuzes niet lieten hangen van een verschil in eigen bijdrage van 100 of 200 euro per maand (Gorissen, 2005). Om die reden is de range in dit onderzoek uitgebreid van 0 tot 150 euro per week.

In een pilotstudie onder 10 proefpersonen (een gelegenheidssample) werd getest of de vragenlijst niet te moeilijk was en of de gekozen levels voldoende variatie veroorzaakten, of dat de level range zou moeten worden uitgebreid. Naar aanleiding van deze pilot zijn twee attributen gecombineerd en is de formulering van enkele attribuut levels aangepast. De uiteindelijke set van attributen en levels wordt gepresenteerd in tabel 2.

Tabel 2. Attributen en levels

Attribuut	Levels			
	0	1	2	3
Code	0	1	2	3
Aantal uren zorg per week	4 uur	8 uur	12 uur	16 uur
Begeleiding sociale activiteiten	Afwezig	1 dagdeel per week	2 dagdelen per week	3 dagdelen per week
Vervoersvoorziening	Aanwezig	Afwezig		
Soort woning	Normaal	Appartementen-complex met hulppost	Aanleunwoning	Verzorgings- of verpleeghuis
Wie de verzorging doet	Vaste verzorger	Wisselend		
Invulling van zorg	Gestandaardiseerd	Vrij		
Afstemming van diensten	Weinig zelf regelen	Veel zelf regelen		
Op afgesproken tijdstip	Max. 15 min. wachten	Max. 1 uur wachten	Max. 2 uur wachten	Max. 3 uur wachten
Wachtlijst in maanden	Direct beschikbaar	4 maanden	8 maanden	12 maanden
Eigen betaling per week	Geen eigen betaling	50 euro	100 euro	150 euro

3.4 Experimenteel design

De uiteindelijke vragenlijst bestond uit 256 paren van zorgprofielen. Dit is maar een klein deel van het totaal aantal mogelijke paren. Immers, 6 attributen op 4 levels en 4 attributen op 2 levels kunnen samen $4^6 \cdot 2^4 = 65536$ verschillende combinaties vormen. De 256 paren waren zorgvuldig gekozen. Op de eerste plaats werd erop gelet dat de set zo samengesteld werd dat het mogelijk was om de unieke bijdrage van elk attribuut aan de waardering van een zorgpakket te meten, en om mogelijke interacties tussen twee attributen te identificeren. Op de tweede plaats werd er bij het samenstellen van de paren op gelet dat uit elke keuze de maximale hoeveelheid informatie onttrokken zou worden. Hiertoe werd elk scenario gepaard met een contrasterend scenario. Dit gebeurde door ervoor te zorgen dat elke keuze bestond uit twee zorgpakketten die op elk attribuut van elkaar verschilde.

Om te voorkomen dat de respondenten zouden afhaken of onzorgvuldige keuzes maakten, was ervoor gekozen elke respondent 8 keuzes voor te leggen, en niet alle 256. Dit betekent wel dat een groot aantal respondenten nodig was om deel te nemen aan het onderzoek. Dit aantal is als volgt bepaald. Eerst werden de 256 paren van zorgpakketten in 32 blokken van 8 verdeeld. Elk blok van 8 vragen werd aan 8 respondenten voorgelegd. Omdat alle blokken werden voorgelegd in combinatie met alle 4 de cliëntenprofielen, moesten ten minste 1024 (4 cliëntenprofielen * 32 blokken * 8 waarnemingen) respondenten gerekruteerd worden om mee te doen aan dit onderzoek. Vervolgens werd door middel van een gerandomiseerde procedure bepaald welk blok met vragen aan welke respondent werd voorgelegd. Bij elke respondent die aan het onderzoek begon werd eerst random één van de 4 cliëntenprofielen gekozen, vervolgens werd één van de 32 blokken met vragen toegewezen. Randomisatie vond plaats binnen gespecificeerde marges, om ervoor te zorgen dat alle 32 blokken ongeveer even vaak zouden voorkomen.

3.5 Beschrijving onderzoekspopulatie

De vragenlijst is uitgezet door Bloomerco uit Rotterdam onder Nederlandse respondenten van 50 tot en met 64 jaar die aangemeld waren bij hun internetpanel. De rekruteringsprocedure was gestratificeerd naar leeftijd (3 groepen), geslacht (2 groepen) en opleiding (3 groepen). De rekrutering werd in een aantal ronden uitgevoerd, zodat ingespeeld kon worden op mogelijk selectieve non-respons. De beloning van de respondenten gebeurde op de bij Bloomerco gebruikelijke manier: alle respondenten namen deel in een verloting van enkele geldbedragen variërend van 50 tot 100 euro). Bovendien werd voor elke respondent een bijdrage van 2,50 euro gestort op rekening van een door elke respondent vooraf gekozen goed doel.

In totaal hebben 3870 mensen een uitnodiging ontvangen om aan het onderzoek mee te doen; 2011 (52%) personen zijn niet op de uitnodiging ingegaan, en 777 (20%) mensen zijn uitgevallen. Zij waren wel begonnen met het invullen van de vragenlijst maar hebben deze niet afgemaakt. Een compleet ingevulde vragenlijst werd geretourneerd door 1082 respondenten (28%). Dit is een normale respons voor het gebruikte internetpanel. Het

percentage uitvallers was iets hoger dan normaal voor dit panel, maar dit werd gecompenseerd doordat relatief veel mensen op de uitnodiging om aan het onderzoek mee te doen zijn ingegaan.

De uiteindelijke steekproef van personen die de gehele vragenlijst compleet ingevuld hebben was ruim de helft vrouw (51%). De verdeling naar leeftijd en opleidingsniveau komt ook goed overeen met de verdeling in de algemene bevolking. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 56,5 jaar (standaard deviatie 4,2). Een fulltime of parttime baan hebben 43% van de respondenten. Verder is 72% getrouwd of samenwonend en heeft 56% een bruto inkomen tot 40.000 euro.

Slechts een kleine minderheid van de respondenten maakt op dit moment zelf gebruik van langdurige zorg (5%). Veertig procent van de respondenten heeft in de directe omgeving wel te maken met mensen die gebruik maken van langdurige zorg. Hoe men de eigen gezondheid ervaart blijkt te variëren; 29% geeft aan een slechte tot redelijke gezondheid te hebben, 38% een goede gezondheid en 33% een erg goede of uitstekende gezondheid. Het welzijn van mensen is in kaart gebracht door een vraag te stellen over hoe tevreden men is over het leven in het algemeen. Het gemiddelde rapportcijfer dat men gaf was een 7,3 (standaarddeviatie 1,7).

3.6 Analyse

De responsdata geven per keus weer welk alternatief wel of niet verkozen was. Uit een serie van zulke keuzes kan men afleiden of een bepaald attribuut positief of negatief bijdraagt aan de kans dat een zorgpakket gekozen wordt. Het belang van elk attribuut in de keuzes kan worden gekwantificeerd door een zogenaamd keuzemodel te schatten. In een dergelijk model worden de attributen van het zorgpakket als verklarende variabelen opgenomen om te voorspellen welk alternatief verkozen wordt. Hoe de attributen de keuzes precies beïnvloeden, blijkt uit de parameters die het model schat. Deze parameters geven aan of een bepaald attribuut (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een vervoersvoorziening) een positief of negatief effect heeft op de keuze voor een bepaald zorgpakket. Ook kan eruit worden afgeleid wat het relatieve belang is van elk attribuut voor de keuze tussen twee scenario's.

Om de voorkeuren van mensen weer te geven, wordt een eenheid gebruikt die makkelijk te interpreteren is als maat van de voorkeuren en die goed vergelijkbaar is over verschillende groepen patiënten: de betalingsbereidheid. Om een voorbeeld te geven: mensen betalen niet graag een eigen bijdrage maar maken wél graag gebruik van een vervoersvoorziening. Maar het is ook logisch dat het niet mogelijk is om de zorgvoorziening gratis aan te bieden. Hoeveel zijn mensen dan toch bereid om te betalen voor de vervoersvoorziening? Dit kan berekend worden met hulp van de parameters uit het logit model. Immers de parameters geven het relatieve belang van beide attributen weer. Uit de verhouding tussen deze twee parameters kunnen we afleiden in hoeverre de twee variabelen elkaar compenseren. Zo kunnen we uitrekenen hoeveel de eigen bijdrage omhoog kan indien we een vervoersvoorziening introduceren, zonder dat de kans op de keuze voor een scenario verandert.

De keuze om de preferenties van mensen uit te drukken in termen van betalingsbereidheid heeft voordelen. Op de eerste plaats is betalingsbereidheid een herkenbare proxy voor het nut (ofwel het welzijn) dat mensen ontlene aan een bepaalde zorgvoorziening. Immers, hoe hoger het nut, hoe meer mensen bereid zullen zijn te betalen. Een bijkomend voordeel is dat de betalingsbereidheid makkelijk vergeleken kan worden tussen verschillende doelgroepen. Dit onderzoek gaat er vanuit dat verschillende cliënten (demente ouderen of fragiele ouderen, met of zonder partner) een andere hoeveelheid nut ontlene aan bepaalde voorzieningen. Hoe groot die verschillen zijn, kan in kaart gebracht worden door de betalingsbereidheid.

4. Resultaten

4.1 *Preferenties voor langdurige zorg*

Wanneer mensen een beroep doen op langdurige zorg, blijken zij met alle verschillende kenmerken van zorg rekening te houden voordat zij een keuze maken uit het aanbod. Uit het onderzoek bleek dat in de keuze uit het zorgaanbod sociale aspecten van doorslaggevend belang kunnen zijn. Voor veel mensen komt de aanwezigheid van een vervoersvoorziening op de eerste plaats. Op de tweede plaats wordt veel belang gehecht aan zorgverlening door vaste verzorgers. Minder belang werd gehecht aan de intensiteit van zorg. Het uitbreiden van de tijd die beschikbaar is voor persoonlijke verzorging met 4 uur wanneer al een basisniveau gegarandeerd is weegt minder zwaar mee. Liever ziet men dan dat de zorg om zorg verlicht wordt, bijvoorbeeld in de zin dat mensen weinig zelf hoeven te regelen.

De verschillen in preferenties van zorg voor alleenstaanden en mensen met een partner zijn groot. Voor alleenstaanden wordt wat meer gekeken naar de inhoud van zorg – de intensiteit ervan en de geleverde functies – dan voor mensen met een partner. Dit blijkt uit het feit dat een viertal kenmerken van zorg (hoeveelheid zorg, dagdelen sociale begeleiding, aanwezigheid van een vervoersvoorziening en de lengte van de wachtlijst) voor alleenstaanden een groter gewicht kreeg dan voor mensen met een partner. Minder scherp was het onderscheid naar het ziektebeeld wat de reden vormde dat mensen een beroep doen op zorg. Het belang van veel voorzieningen wordt voor demente en fragiele ouderen min of meer gelijk geacht. Uitzonderingen zijn dat het voor demente ouderen van groter belang wordt geacht dat zorg telkens door dezelfde verzorgers geleverd wordt, en dat de zorg ook op het afgesproken tijdstip gebeurt zodat mensen niet hoeven te wachten en/of kunnen wennen aan bepaalde regelmaat.

Er is één groep cliënten voor wie het belang van langdurige zorg zeer uitgesproken is, en dat vertaalt zich in de preferenties voor voorzieningen, namelijk cliënten die alleenstaand zijn en een beroep doen op langdurige zorg in verband met dementie. Deze groep is op veel fronten kwetsbaar en dat uit zich in een sterke preferentie voor een goed geregelde woonsituatie (ofwel in een verzorgingshuis of verpleeghuis, ofwel in een appartementencomplex of vergelijkbare omgeving waarbinnen voor de groep bewoners zorg georganiseerd is en ruim voor handen). Maar feitelijk worden alle voorzieningen en diensten voor deze groep hoger gewaardeerd dan voor de andere groepen patiënten. Op deze bevinding zijn maar twee uitzonderingen; voor demente alleenstaanden wordt de aanwezigheid van een vervoersvoorziening, en het regelen van zorg in overleg van wat minder belang geacht dan voor fragiele alleenstaande ouderen.

In de volgende sectie worden de gegevens gepresenteerd waaruit de hierboven gepresenteerde preferenties blijken. Verdergaand op de waargenomen preferenties, werd in het onderzoek namelijk bekeken welk relatieve gewicht verschillende voorzieningen hadden voor verschillende doelgroepen. Hiervoor is onderzocht binnen welke bandbreedte de consumentenprijs (met andere woorden: de hoogte van een eigen bijdrage) voor een

voorziening moest vallen om aantrekkelijk te zijn voor cliënten (zie bijlage 1 voor de methodiek van deze berekeningen). Deze betalingsbereidheid geeft het relatieve nut aan dat cliënten aan een voorziening ontlenuen. Uit deze betalingsbereidheid kan bijvoorbeeld worden afgeleid hoe voorzieningen tegen elkaar afgeruild worden omdat ze elkaar bijvoorbeeld aanvullen en zo gedeeltelijk voor de afwezigheid van andere voorzieningen kunnen compenseren. Bij interpretatie van deze gegevens moet wel opgemerkt worden dat het beleid omtrent eigen betalingen voor langdurige zorg aan verandering onderhevig is, en dat cliënten zich nog in moeten stellen op deze ontwikkeling. De genoemde bedragen zijn dan ook zeker geen minimum of maximum prijzen; ze geven enkel een indicatie van het relatieve belang van verschillende voorzieningen en diensten die in de langdurige zorg aangeboden worden.

4.2 Algemene preferenties versus individuele voorkeuren

De onderstaande tabel geeft voor de verschillende cliëntengroepen en voor alle groepen samen de betalingsbereidheid weer voor verschillende voorzieningen en diensten. Op deze tabel zijn de bovenstaande uitspraken gebaseerd. Uit de tabel kan bijvoorbeeld worden afgelezen welke cliëntengroepen een hogere betalingsbereidheid hebben dan gemiddeld (zie kolom 'preferentie hangt met name af van'). Ook kan voor elke cliëntengroep bepaald worden welke voorziening zij het meest van belang achten (zonder partner, fragiel of dementerend; met partner fragiel of dementerend). Alle onderzochte kenmerken van zorg zijn van belang in het keuzeproses, maar in enkele gevallen verschilt de betalingsbereidheid nauwelijks tussen cliëntengroepen.

Tabel 3. Betalingsbereidheid voor een gespecificeerde verandering in de hoeveelheid zorg of proceskenmerken van verschillende zorgvoorzieningen (in euro's).

	Zonder partner		Met partner		Alle groepen samen	Preferentie hangt met name af van
	Fragiel	Dement	Fragiel	Dement		
4 uur extra zorg per week	33	41	22	27	29	met of zonder partner
1 dd extra begeleide soc.act.	59	80	41	26	47	met of zonder partner
vervoersvoorziening	200	150	129	94	139	met of zonder partner
appartementencomplex ¹	12	255	2	15	45	beide
aanleunwoning ¹	59	108	20	16	41	met of zonder partner
verzorgingshuis/verpleeghuis ¹	-27	286	-68	-22	7	beide
vaste verzorgers	63	261	82	148	122	dement of fragiel
zorg in overleg	49	45	38	37	41	met of zonder partner
weinig zelf regelen	60	258	27	66	80	beide
op afgesproken tijdstip	25	43	17	30	26	dement of fragiel
4 mnd korter op wachtlijst	53	104	34	38	50	met of zonder partner

¹ Dit is wat men over heeft voor deze woonvorm relatief ten opzichte van thuis wonen (referentie waarde).

Het blijkt van belang om doelgroepen van zorg te onderscheiden met verschillende behoeften. Cliënten verschillen immers in kwetsbaarheid. Er kan onderscheid gemaakt worden naar fysieke, sociale en mentale kwetsbaarheid als het gaat om mensen die een beroep doen op langdurige zorg. Fysieke kwetsbaarheid die zich uit in functionele

beperkingen brengt andere problemen met zich mee dan mentale kwetsbaarheid als gevolg van cognitieve beperkingen, of sociale kwetsbaarheid als gevolg van de afwezigheid van mantelzorg. Er worden dan ook duidelijke verschillen gevonden in de betalingsbereidheid voor verschillende voorzieningen tussen de onderzochte doelgroepen.

Wat opvalt is dat voor *alleenstaande cliënten met dementie* de betalingsbereidheid voor zorg verreweg het grootst is en dat langdurige zorg kennelijk in deze groep het meeste nut genereert. In het algemeen wordt zorg voor alleenstaanden van groter belang geacht dan voor mensen die samenwonen met een partner. Verder blijkt het relatieve belang van de aanwezigheid van zorgvoorzieningen in het algemeen groter te zijn voor demente ouderen dan voor fragiele ouderen. Maar het valt vooral op hoe die twee factoren elkaar versterken. Voor sommige attributen geldt namelijk dat de betalingsbereidheid voor demente ouderen zonder partner aanmerkelijk groter is dan de betalingsbereidheid voor fragiele ouderen in het algemeen en voor demente ouderen mét een partner. Het gaat dan om het soort woning, hulpverlening door vaste verzorgers, hoeveel de cliënt zelf moet regelen en de wachtlijst. Blijkbaar hangt het belang van deze zorg zowel af van de thuissituatie als van het onderliggende ziektebeeld. Dat is consistent met het idee dat het hier gaat om een combinatie van fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid. Zeker als er niemand is om op terug te vallen in de thuissituatie, is het nut dat ontleend wordt aan voorzieningen van langdurige zorg groot voor deze groep.

Een demente patiënt met een partner is wat betreft de meeste zorgaspecten redelijk vergelijkbaar met een fragiele oudere met partner. Er wordt bij demente cliënten echter wel meer waarde gehecht aan vaste verzorgers en men vindt dat er weinig zelf geregeld zou moeten worden door de cliënt. Bij de fragiele ouderen met partner zijn mensen van mening dat zij zelfstandig thuis moeten kunnen blijven wonen. Zij hebben er zelfs geld voor over om hen niet naar het verzorgings- of verpleeghuis te laten verhuizen. Het enige attribuut dat voor alle dementerende ouderen van minder belang lijkt te zijn dan voor fragiele ouderen is de aanwezigheid van een vervoersvoorziening. Dit wordt juist van groter belang geacht voor fragiele ouderen dan voor demente ouderen. Voor fragiele ouderen bepaalt de thuissituatie de waardering van vervoersvoorzieningen: deze vertegenwoordigt een groter nut voor alleenstaande fragiele ouderen dan voor fragiele ouderen met een partner. Een mogelijke verklaring is dat fragiele ouderen meer mogelijkheden hebben om welzijn te realiseren in activiteiten buitenhuis.

Slechts voor een drietal voorzieningen of diensten verschilt de betalingsbereidheid nauwelijks tussen de vier subgroepen, te weten de hoeveelheid zorg, of zorgafspraken in overleg gemaakt worden, en of zorg geleverd wordt op het afgesproken tijdstip. De betalingsbereidheid voor deze diensten is in alle vier de groepen relatief laag. Het verschil in betalingsbereidheid tussen de groepen naar ziektebeeld of thuissituatie is navenant klein.

4.3 Betalingsbereidheid naar inkomen

Wanneer de voorkeuren van mensen geanalyseerd worden in termen van betalingsbereidheid, dient gecontroleerd te worden voor het gegeven dat de betalingsbereidheid voor zorgvoorzieningen kunnen samenhangen met het inkomen. Mensen met een hoger inkomen (dat wil zeggen meer dan 40.000 euro bruto per jaar) zijn beter in staat en ook bereid meer te betalen dan mensen met een lager inkomen (Pavlova et al., 2004). Voor de interpretatie van de gegevens heeft dit gevolgen wanneer het inkomen invloed heeft op het relatieve belang dat mensen hechten aan de verschillende aspecten van zorg. Immers, bij het afstemmen van vraag en aanbod wordt het dan van belang om na te gaan of specifieke voorzieningen vooral van nut zijn voor de hoge sociaal economische klassen, of juist voor de lage, want het draagvlak om vanuit een solidariteitsgedachte te voorzien in de behoeftes van de laatst genoemde groep is dan groter.

Tabel 4. Verschillen in bereidheid te betalen tussen inkomensgroepen

	Laag inkomen	Hoog inkomen ²	Ratio
Aantal uren zorg per week	24	36	0.66
Begeleiding sociale activiteiten	38	61	0.63
Vervoersvoorziening	113	183	0.62
Appartementencomplex ¹	61	17	3.56
Aanleunwoning ¹	47	28	1.67
Verzorgingshuis/verpleeghuis ¹	42	55-	-0.76
Wie de verzorging doet	101	158	0.64
Invulling van zorg	30	61	0.49
Afstemming van diensten	71	92	0.78
Op afgesproken tijdstip	22	34	0.64
WachtlIJst in maanden	42	62	0.67

¹ Dit is wat men over heeft voor deze woonvorm relatief ten opzichte van thuis wonen (referentie waarde).

² Van een hoog inkomen is sprake als het inkomen meer is dan €40.000 bruto per jaar.

Tabel 4 laat de verschillen in bereidheid te betalen tussen lage en hoge inkomens zien. De hogere inkomens zijn inderdaad bereid meer te betalen voor verschillende aspecten van zorg. In de meeste gevallen gaat het om ruim 30% extra. Er zijn echter twee uitzonderingen. In de eerste plaats, mensen met een hoger inkomen hebben andere voorkeuren als het gaat om hun woonvorm. Zij hebben een sterke aversie tegen het verzorgings- of verpleeghuis (zijn bereid 55 euro toe te leggen om hier niet naar toe te hoeven). Bovendien vinden zij het belangrijk dat zorg in overleg geleverd wordt, en niet standaard is. De lage inkomens vinden het zelfstandig thuis blijven wonen juist minder aantrekkelijk en verhuizen liever naar een appartementencomplex met hulppost.

4.4 Welzijn

Vanuit de theorie in hoofdstuk 2 zijn verwachtingen geformuleerd over het belang van de verschillende aspecten van zorg voor het welzijn. In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre deze verwachtingen overeenstemmen met de resultaten.

Aantal uren zorg per week

Het is voor het fysiek welzijn van mensen met functionele beperkingen belangrijk dat zij zorg ontvangen. De gerapporteerde gegevens onderbouwen het belang dat gehecht wordt aan voldoende zorg voor fragiele ouderen en demente patiënten. Aangezien mensen een minimum aantal zorguren krijgen, dragen extra uren zorg echter relatief minder bij aan het welzijn (afnemende meeropbrengsten). Het gewicht van het aantal uren zorg zou nog groter geweest zijn als het vergeleken werd met helemaal geen zorg.

Begeleiding sociale activiteiten

Een extra dagdeel begeleiding bij sociale activiteiten levert meer welzijn op dan meer uren zorg per week. Dit suggereert dat mensen – mits een basaal niveau van fysiek welzijn gegarandeerd is, liever zien dat geïnvesteerd wordt in voorzieningen die het sociale welzijn bevorderen, dan dat meer geïnvesteerd wordt in fysiek welbevinden door meer zorguren te leveren.

Vervoersvoorziening

Mensen vinden – bij een minimum aantal zorguren – de aanwezigheid van een vervoersvoorziening ook van groter belang dan uitbreiding van het aantal zorguren. De vervoersvoorziening weegt bovendien zwaarder mee in de besluitvorming over het zorgpakket dan het aantal dagdelen begeleiding bij sociale activiteiten. Of er sprake is van een vervoersvoorziening is van belang omdat het mensen in staat stelt activiteiten te ondernemen zoals op bezoek gaan bij familie en vrienden. Het is dan als het ware een randvoorwaarde (hulpbron) voor sociale activering. Vanuit de theorie wordt het belang van een vervoersvoorziening echter niet alleen onderstreept omdat het een belangrijke hulpbron is voor het realiseren van fysiek en sociaal welzijn (multifunctionaliteit) maar ook omdat het mensen controle geeft over hun eigen leven (gaan en staan waar men wil).

Soort woning

Wat mensen een geschikte woonvorm vinden hangt zowel af van de leefsituatie van de cliënt (alleenstaand, dementerend) als van de inkomenspositie van de respondent. Het verzorgings- of verpleeghuis wordt vooral geschikt geacht voor alleenstaande dementerende patiënten. Zoals verwacht bepaalt de ernst van de situatie dat wil zeggen de fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid of het welzijn beter beschermd kan worden in het verzorgings- of verpleeghuis, en of dit opweegt tegen het verlies van autonomie (controle). Dit is duidelijk het geval als toezicht nodig is, zoals bij de beschrijving van de alleenstaande, dementerende patiënt.

Mensen met hogere inkomens zijn bereid geld te betalen om vooral niet naar een verzorgings- of verpleeghuis te hoeven. Zij hebben duidelijk meer te verliezen als zij verhuizen zowel wat betreft wooncomfort als autonomie.

Wie de verzorging doet

Er wordt veel waarde gehecht aan vaste verzorgers. Dit is opnieuw het sterkst het geval bij dementerende patiënten. Het opbouwen van een relatie en continuïteit in de zorgverlening zijn juist bij deze groep van cruciaal belang. Het multifunctionele aspect, dat het zowel voor het lichamelijk als sociaal welzijn van belang is, lijkt hierin mee te wegen.

Invulling van zorg

Er wordt relatief minder waarde gehecht aan het in overleg vaststellen hoe de zorg geleverd wordt (alleen de hogere inkomens tillen hier wat zwaarder aan). Het belang dat hieraan gehecht wordt, kan verklaard worden door het extra comfort dat het oplevert om zorg te ontvangen die goed aansluit bij de wensen van cliënten. Verder geeft het mensen meer controle over de situatie, hetgeen ook belangrijk is voor het welzijn.

Afstemming van diensten

Zorg die goed op elkaar afgestemd is draagt bij aan het comfort van mensen. Bovendien biedt het een stuk veiligheid omdat ook aanvullende zorg snel geregeld kan worden waardoor een verdere achteruitgang in comfort deels voorkomen kan worden. Het statuuseffect gaat vooral over het gevoel niet serieus genomen te worden als men alles zelf moet regelen.

Op afgesproken tijdstip

Als hulpverleners vaak te laat komen beperkt dit de autonomie van de cliënt. Immers, de dag wordt volledig bepaald door de momenten waarop de zorg (eindelijk) komt. Toch is dit een aspect van zorg dat niet zwaar heeft meegewogen in de besluitvorming van de respondenten. Wellicht omdat het niet direct grote consequenties heeft voor het sociaal en fysiek welzijn. Het is echter de vraag in hoeverre respondenten zich werkelijk hebben kunnen verplaatsen in een situatie waarin mensen uren moeten wachten en of zij begrijpen hoe dit ingrijpt op hun leven.

WachtlIJst in maanden

Het belang van de wachtlIJst wordt bepaald door de ernst van de situatie. Opnieuw is het de alleenstaande dementerende cliënt waar de respondenten het zwaarste gewicht aan toekennen en die volgens hen direct geholpen moet worden. In hoeverre wachten een achteruitgang in welzijn tot gevolg heeft is hierin de bepalende factor.

5. Discussie

Deze studie naar preferenties van burgers voor langdurige zorg laat zien hoe belangrijk verschillende voorzieningen en diensten van langdurige zorg zijn voor het welzijn van de gebruikers. Uit de resultaten kunnen twee conclusies getrokken worden. Ten eerste blijkt dat burgers voorzieningen die gericht zijn op het bevorderen van sociaal welbevinden vaak ten minste zo belangrijk vinden als voorzieningen die gericht zijn op het bevorderen van het fysieke welbevinden. Ten tweede blijkt dat tussen specifieke cliëntengroepen er grote verschillen bestaan in het nut dat ze ontleen aan een bepaalde voorziening of dienst. Een en ander uit zich in meetbare verschillen in betalingsbereidheid tussen cliëntengroepen voor verschillende voorzieningen en diensten. In dit hoofdstuk wordt de robuustheid en validiteit van de uitkomsten bediscussieerd. Hoofdstuk 6 concludeert en bespreekt de implicaties.

5.1 Robuustheid van conclusies omtrent het belang van specifieke voorzieningen

Voor alle vier onderzochte cliëntengroepen wordt een groot belang gehecht aan de aanwezigheid van een vervoersvoorziening. Hierbij kan worden opgemerkt dat de vragenlijst niet aangaf om wat voor voorziening het ging en hoe vaak mensen daarvan gebruik zouden kunnen maken. Het kan zijn dat mensen hieromtrent zeer positieve verwachtingen hebben gehad, en dat daaruit volgde dat er een groot belang is toegekend aan de vervoersvoorziening. Het meest voor de hand ligt de vergelijking met de huidige WVG hetgeen een collectieve vervoersvoorziening betreft, maar het is ook mogelijk dat gedacht werd aan individueel vervoer bijvoorbeeld met taxi's. Omdat we niet weten hoe mensen dit geïnterpreteerd hebben, dient voorzichtigheid betracht te worden bij het interpreteren van de uitkomsten met betrekking tot dit attribuut.

Het valt ook op dat mensen niet veel belang hebben toegekend aan persoonlijke verzorging. Zou men alle verschillende voorzieningen en diensten rang ordenen naar betalingsbereidheid, dan komt de zorgintensiteit op de één na laatste plaats. Hieruit kan evenwel niet geconcludeerd worden dat fysieke verzorging geen belangrijk onderdeel is van langdurige zorg. Dat komt omdat in alle keuzesituaties die waren voorgelegd een minimum aantal uren verzorging al gegarandeerd was. Bij dit attribuut gaat het dan ook vooral om de vraag hoe belangrijk intensieve persoonlijke verzorging is ten opzichte van minimale verzorging. De resultaten suggereren dat intensivering van persoonlijke verzorging niet per definitie het meest bijdraagt aan het welzijn van bewoners. Een nuancering die aangebracht kan worden is dat de resultaten geanalyseerd zijn met een lineair model. Het aantal uren persoonlijke verzorging kon zijn 4, 8, 12, of 16. Een lineair model veronderstelt dat de overgang van 4 naar 8 uur zorg van even groot belang is als de overgang van 12 naar 16 uur zorg. Als er sprake is van afnemende meerwaarde van zorguren, is de overgang van 4 naar 8 uur zorg belangrijker dan de overgang van 12 naar 16 uur zorg. In dat geval is de toegevoegde waarde van een overgang van 4 naar 8 uur onderschat.

5.2 Generaliseerbaarheid van bevindingen

Dit onderzoek is uitgevoerd om uitspraken te kunnen doen over de wensen van burgers voor de inrichting van langdurige zorg. De vraag is in welke groep mensen preferenties voor de inrichting van langdurige zorg het beste onderzocht kunnen worden. Huidige gebruikers van zorg of toekomstige gebruikers? Een reden om geen gebruik te maken van preferenties van huidige gebruikers van langdurige zorg is dat zij zich wellicht minder gemakkelijk een voorstelling kunnen maken van de mogelijkheden om langdurige zorg anders in te richten. Hun preferenties zouden daarom vertekend kunnen worden door een zogenaamde 'status-quo' bias. Situaties die nu niet mogelijk zijn lijken onwaarschijnlijk, en daardoor zijn preferenties voor aangepaste situaties moeilijk betrouwbaar te meten.

Een tweede reden om preferenties van toekomstige gebruikers te willen meten is dat beleidswijzigingen ook vooral hen aangaan. In dat verband is het van belang dat keuzevrijheid in de zorg met name aan het begin van behandeltrajecten van belang wordt geacht (Raad voor de volksgezondheid en Zorg, 2003). Naarmate de gezondheidstoestand verder verslechterd wordt een sterkere convergentie van preferenties van mensen voor zorg steeds waarschijnlijker. Het gaat om de eerste fase in het zorgtraject, wanneer de cliënt of iemand die dicht bij deze persoon staat een probleem ervaart en onderzoekt hoe langdurige zorg kan bijdragen aan een mogelijke oplossing ervan. In die eerste fase zijn preferenties het scherpst in beeld en dragen ze veel bij aan beslissingen. Ook dit ondersteunt het idee dat het voor een debat over de inrichting van langdurige zorg vooral van belang is preferenties van toekomstige gebruikers te kennen en niet die van huidige gebruikers.

Een nadeel van de keuze om preferenties van toekomstige gebruikers te meten is dat zij niet ervaringsdeskundig zijn en hun behoeftes aan zorg wanneer ze fysiek of mentaal kwetsbaarder worden misschien niet goed in kunnen schatten. Ook deze factor kan bias introduceren. Omdat we de preferenties niet kennen, valt niet na te gaan in hoeverre deze bias een rol heeft gespeeld. Zoals verwacht bleek maar een klein deel van de respondenten (5%) gebruik te maken van langdurige zorg. Veertig procent heeft indirect echter wel ervaring ermee doordat zij mensen in de directe omgeving hebben die gebruik maken van langdurige zorg. Aangezien het respondenten uit de leeftijdsgroep van 50 tot 65 jaar betreft is het aannemelijk dat hun preferenties verder ontwikkeld zijn omdat zij hier in de (nabije) toekomst mogelijk zelf gebruik van zullen maken. Het merendeel van de mensen zal zich de keuze uit de verschillende mogelijkheden voor inrichting van zorg wel voor kunnen stellen. Bovendien wordt de validiteit en generaliseerbaarheid van de bevindingen ondersteund door de goede aansluiting bij de theorie over hoe het sociaal en fysiek welzijn van individuen verbeterd kan worden.

5.3 Betalingsbereidheid als maat voor preferenties

In dit onderzoek werd het relatieve belang dat verschillende cliëntengroepen hechten aan zorg gemeten aan de hand van de betalingsbereidheid. Het is bekend dat als burgers keuzes moeten maken, zij daarbij gevoelig zijn voor financiële voor- en nadelen. In die zin ligt het

voor de hand aan te nemen dat betalingsbereidheid gerelateerd is aan het nut dat ontleend wordt aan voorzieningen of diensten en de individuele preferenties. Deze voorkeuren zelf zijn niet direct waar te nemen. Immers, het nut dat ontleend wordt aan zorg is een latent construct; een waardering. Deze voorkeuren zijn dan ook alleen indirect te analyseren, namelijk aan de hand van uitkomstmaten die logischerwijs gerelateerd zijn aan de voorkeuren van mensen zoals betalingsbereidheid. Het was echter evengoed mogelijk geweest om de preferenties uit te drukken in een andere maat, zoals hoe lang mensen bereid zouden zijn om te wachten op het beschikbaar komen van een bepaalde zorgvoorziening. Het blijft zoeken naar een maat die mensen als gemeenschappelijk referentiekader kunnen gebruiken voor welzijn (Nieboer & Lindenberg, 2002; Nieboer et al. 2005).

Van belang is verder dat we niet geïnteresseerd zijn in de betalingsbereidheid per sé, en dat uit deze studie ook niet afgeleid kan worden wat de eigen bijdrage zou kunnen zijn voor de onderzochte voorzieningen. De geobserveerde acceptabele bandbreedtes voor eigen bijdrages voor voorzieningen en diensten van langdurige zorg is gedeeltelijk een resultaat van de gekozen niveaus van de eigen bijdrage waarvan in het onderzoek gebruik is gemaakt (0 tot 200 euro per week). Deze range is vrij ruim gekozen om te garanderen dat er een meetbaar negatief effect van de eigen bijdrage zou uitgaan op het nut van voorzieningen dat tegenwicht biedt voor de positieve bijdragen van de individuele voorzieningen en diensten. Echter, met een andere range, waren andere resultaten tot stand gekomen. Bovendien werd in de studie niet in detail aangegeven welk deel van de totale kosten nog op andere manieren verrekend zou worden met patiënten (wordt er bijvoorbeeld nog een huurprijs gerekend voor het wonen in een instelling? Wordt er nog iets via belasting verrekend?). Hieromtrent zijn geen expliciete veronderstellingen gedaan en in die zin kan dan ook geen betrouwbaar beeld geschetst worden van de betalingsbereidheid. Als het achterhalen daarvan het doel van het onderzoek was geweest, was voor een andere opzet gekozen. Het gaat hier echter niet zozeer om de absolute bijdrage die men wil betalen maar vooral om de relatieve hoogte van de eigen bijdrage die geaccepteerd wordt voor verschillende voorzieningen.

6. Conclusies

6.1 Algemeen

Uit het gedetailleerde en gedifferentieerde beeld dat dit rapport schetst over de behoefte aan zorg, blijkt dat partijen bij de concrete invulling van zorg twee uitgangspunten in acht moeten nemen. Door de nauwe relatie tussen het welzijn dat een voorziening oplevert en het domeinspecifieke functioneren van een cliënt vereist optimalisering van het zorgaanbod dat zorg op maat verstrekt wordt. In de langdurige zorg wordt immers niet gestreefd naar genezing of herstel, maar is het doel te voorzien in de zorgbehoeften van individuen om druk van beperkingen te verminderen en hen naar hun mogelijkheden van het leven te laten genieten. Zelfs al hebben mensen dezelfde algemene behoeften (sociaal en fysiek welzijn), de wijze waarop hier invulling aan gegeven wordt verschilt van mens tot mens. Aansluiting van zorg bij de behoeften van mensen vergt dan ook maatwerk. Voorts geven mensen aan dat het van belang is dat zorg niet alleen bijdraagt aan het fysiek welzijn maar ook aan het sociale welbevinden van mensen. Als cliënten zorg evalueren kijken ze daarom naar de balans tussen de aanwezigheid van voorzieningen die fysiek en sociaal welbevinden bevorderen. Er is geen duidelijke hiërarchie van voorzieningen. Bij afbakening van zorg gaat het dan om het definiëren van de juiste mix van de verschillende voorzieningen en ondersteunende diensten zodat zij samen tot een zo hoog mogelijk niveau van welzijn leiden. Hoeveel baat mensen hebben bij een bepaalde voorziening kan verschillen tussen individuen. Dit gegeven compliceert het afbakenen van de collectieve verantwoordelijkheid in de zorg. Immers, het zal vrijwel nooit mogelijk zijn om aan een specifieke voorziening een hoge of lage prioriteit toe te kennen, en op die manier te sturen via vaststelling van het pakket aan diensten en voorzieningen. Een betere manier om prioriteiten te stellen in langdurige zorg is er een waarbij patiënten die het meeste baat hebben bij bepaalde zorg ook toegang krijgen tot die voorziening. Dit vereist dat rekening gehouden wordt met (1) individuele verschillen in de mate waarin er sprake is van een bedreiging van het fysiek én sociaal welzijn, (2) of de zorgvoorziening multifunctionele activiteiten mogelijk maakt die zowel voor het fysiek als sociaal welzijn van belang zijn, (3) in hoeverre mensen zelf controle houden over hun leven, (4) of het hen in staat stelt (verdere) verliezen te vermijden, en (5) wat de zorg uiteindelijk oplevert voor het algehele welzijn van patiënten én mantelzorgers.

6.2 Cliëntensubgroepen en hun behoeften

Met behulp van de gegevens in dit rapport kan voor 4 cliëntensubgroepen bepaald worden hoeveel baat zij hebben bij verschillende voorzieningen. Dit soort gegevens is bruikbaar om vast te stellen hoe voorzieningen het best toegedeeld kunnen worden aan verschillende individuen. Voor een individu kan vastgesteld worden wat voor ordening van voorzieningen het beste aansluit bij de problemen van die patiënt. Op basis hiervan kunnen de contouren geschetst worden van een systeem waarin prioritering geschiedt door optimale toewijzing van

voorzieningen, en niet simpelweg beschouwd wordt als een keuze tussen voorzieningen of tussen cliënten. Dit kan de basis vormen voor beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg.

Het matchen van vraag en aanbod in de ouderenzorg is in hoge mate een kwestie van vooruitzien. Wanneer het streven is om preferenties van de doelgroep leidend te maken in het aanbod van zorgvoorzieningen en ondersteunende diensten, betekent dat niet dat automatisch aan alle wensen voldaan kan worden. Immers, op landelijk niveau moet afgesproken worden welke budgetten voor langdurige zorg beschikbaar zijn, en dat budget is niet per definitie toereikend om alle zorg te leveren die cliënten of hun families wensen. Het budget moet dan op zodanige wijze ingezet worden dat de best mogelijke match tussen vraag en aanbod ontstaat. Uitgangspunt hiervoor is een schatting van de zorgvraag in een bepaald regio (bijvoorbeeld op basis van demografische prognoses en prevalentiecijfers voor zover die inzicht geven in de fysieke, sociale en mentale kwetsbaarheid van mensen). Vervolgens kan dan worden bepaald hoe goed het aanwezige zorgaanbod aan de verwachte zorgvraag tegemoet komt. Als er tekorten zijn, kan op basis van de bestudeerde preferenties daaraan een gewicht worden toegekend, dat bijvoorbeeld aangeeft welke procentuele daling van het welzijn een gevolg is van het ontbreken van een specifieke voorziening. Planners kunnen aangeven wat het kost om extra voorzieningen te realiseren. Gecombineerd met de gegevens over hoe voorzieningen bijdragen aan het welzijn kan dan vervolgens gezocht worden naar die combinatie van voorzieningen en diensten die het best past bij de vraag en wordt op groepsniveau welzijn optimaal verdeeld.

In deze optiek wordt de indicatiestelling dus belangrijker. Uit deze indicatiestelling zou moeten blijken hoeveel mensen gebruik zullen willen maken van bepaalde voorzieningen. Uit andere bronnen weten we hoeveel baat men heeft bij die voorziening en wat de kosten zijn. Deze elementen kunnen samen de basis vormen voor aanbodplanning en individuele toedeling van zorg. Om toedeling van zorg op deze manier in te richten is wel een nadere specificatie nodig van cliëntenprofielen binnen de doelgroepen van langdurige zorg. In dit rapport is een gedifferentieerd beeld van de zorgbehoeften binnen een doelgroep bekeken: ouderen met (chronisch) somatische en (psycho-)geriatrie aandoeningen. De vier cliëntenprofielen die binnen de huidige studie zijn onderscheiden (fragiele ouderen en dementerende cliënten, beiden met en zonder partner) geven inzicht in het belang van fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid. Er zijn echter ook andere groepen te onderscheiden met weer andere behoeften aan zorg, bijvoorbeeld mensen met een psychische of psychiatrische aandoening; chronisch zieken, met aandoeningspecifieke vraagstukken (bijvoorbeeld CVA, hartfalen, COPD, diabetes, en vele andere); en mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke handicap, veelal aangeboren en meer of minder grote beperkingen met zich meebrengend. Ook voor deze groepen zou moeten worden vastgesteld wat hun preferenties zijn en welk integrale arrangement voor zorg en ondersteuning welzijn het meest bevordert.

Het leggen van een verband tussen verschillen in de preferenties voor voorzieningen en diensten en de kosten ervan gebeurt uiteindelijk om redenen van doelmatigheid. Zo levert afstemming van diensten door brede zorg- en ondersteuningsarrangementen bijvoorbeeld

veel welzijn op. Hierin schuilt een belangrijke bijdrage van het uitgevoerde onderzoek aan beleid. Immers, de inhoudelijke conclusies van het rapport zijn mogelijk niet zo verrassend (i.e. met betrekking tot het belang van aandacht voor sociaal welbevinden en de verschillen in preferenties tussen doelgroepen). Echter, het feit dat de relatieve sterkte van preferenties voor verschillende vormen van zorg en ondersteuning gemeten zijn, maakt sturing op basis van deze kennis mogelijk. Het verband tussen het gebruik van middelen, de kosten van de voorzieningen, en het welzijn van de gebruikers, maken het immers mogelijk dat de doelmatigheid van het systeem voor langdurige zorg geanalyseerd wordt. Een eerste toepassing van een dergelijk allocatiemodel is reeds ontwikkeld door TNO op het terrein van Alzheimerzorg (Van Beekum, 2005). Naar verwachting zullen vergelijkbare initiatieven in de langdurige zorg volgen. Dit sluit aan bij ontwikkelingen in de curatieve sector en bij het algemene streven om op expliciete en transparante wijze te beslissen over het collectief gefinancierde zorgpakket.

6.3 Verhouding tussen preferenties en beleid

Op deze plaats is het tot slot nuttig om een reflectie te geven op recente beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg, bijvoorbeeld in verband met de invoering van de WMO, het kwaliteitsbeleid, of regels omtrent indicatiestelling. Voor het ontwikkelen van een zorgaanbod dat aansluit bij behoeften van mensen maakt het a priori niet uit of dit op lokaal of op nationaal niveau ontwikkeld wordt. Het vereist wél een goed en gedifferentieerd beeld van de spreiding van cliëntensubgroepen en hun behoeftes. Omdat deze informatie op nationaal niveau vaak ontbreekt, biedt de huidige trend om zorg steeds meer lokaal te organiseren kansen. Op lokaal niveau is het mogelijk nieuwe initiatieven te ontwikkelen waarbij de afstemming van diensten centraal staat en beter aangesloten kan worden bij hetgeen mensen met functionele beperkingen binnen gemeentes nodig hebben. Dit gaat ook gepaard met risico's. In de care sector bestond lang een traditie van indicatiestelling als basis voor een *recht* op zorg. Wanneer diensten onder het beleid van de WMO lokaal georganiseerd worden verandert dit recht in een aanspraak, en krijgen de gemeentelijke overheden de plicht zo goed mogelijk in de behoeften van hun burgers te voorzien. Dit gebeurt tegen de achtergrond van stijgende uitgaven aan langdurige zorg en een steeds grotere budgetdruk, waardoor de kans stijgt dat door budgetbeperkingen het niet mogelijk is om aan alle wensen van de burgers te voldoen. Wanneer hiervoor op lokaal niveau een oplossing gevonden moet worden, kan praktijkvariatie ontstaan. Door een zwakkere rechtspositie kan de cliënt hier weinig aan doen. De vraag is of de maatschappij op die manier voldoende voorziet in haar collectieve verantwoordelijkheid voor verzorging. Beter is het om *expliciet* de vraag te beantwoorden hoe budgetten eerlijk toegedeeld en efficiënt gebruikt kunnen worden, waarvoor hierboven reeds een aanzet is gegeven.

De resultaten hebben ook betekenis voor het huidige kwaliteitsbeleid. Het verstrekken van kwalitatief goede zorg wordt vaak vertaald naar het streven om een zo goed mogelijke verhouding tussen de gezondheidsvoordelen en de kosten van de producten en

behandelingen te waarborgen. Middels de ontwikkeling van kwaliteitsnormen wordt getracht een basisniveau van kwaliteit te garanderen en grote verschillen tegen te gaan. De vraag is evenwel of bij de formulering van dergelijke normen het algehele welzijn van cliënten voldoende centraal heeft gestaan. Fysiek en sociaal welbevinden zijn beide noodzakelijk voor het algehele welbevinden van mensen. In de huidige normen lijkt echter veel nadruk gelegd te worden op eenvoudig te operationaliseren indicatoren van fysiek welbevinden, zoals het aantal malen dat een cliënt per week kan douchen (Luyendijk, 2006). In het rapport “Op weg naar normen voor verantwoorde zorg” dat Arcares (2005) uitbracht in samenwerking met andere organisaties worden meer dan twintig elementen van zorg benoemd die bijdragen aan fysiek welbevinden (bijvoorbeeld passend gebruik van incontinentiemateriaal of een adequate voedselvoorziening), terwijl instellingen het op het punt van maatschappelijke participatie met 2 globale stellingen moeten doen. De vrees is dat dit leidt tot afkalving van de kwaliteit van zorg, omdat te weinig rekening gehouden wordt met het sociaal welbevinden van de cliënt. Onze studie bekrachtigt de validiteit van deze redenering, en bevestigt bovendien dat het voorbeeld goed gekozen is. Immers, vergeleken met het belang van sociale ondersteuning was het belang van 4 uur extra persoonlijke verzorging opvallend laag. In dat verband pleiten we voor herziening van de kwaliteitsnormen.

Tot slot kan worden opgemerkt dat een pleidooi om de behoeften van cliëntensubgroepen een rol te laten spelen bij de planning van zorgaanbod een omslag vereist in het denken over indicatiestelling. Algemeen kan gesteld worden dat richtlijnen en protocollen voor indicatiestelling in de langdurige zorg niet zo ver zijn ontwikkeld als in de curatieve zorg (WRR, 1997). Een voorbeeld is dat nu indicatieorganen zoveel mogelijk uitgaan van de fysieke stoornis en niet zozeer van de sociale situatie. Het onderzoek laat zien dat mensen zonder partner aanmerkelijk meer baat hebben bij zorg dan mensen met een partner. Hoewel aangetekend moet worden dat hierbij nog geen rekening gehouden is met de gevolgen van (een eventueel gebrek aan) zorg voor mantelzorgers, zou ook de wijze van indicatiestelling opnieuw bekeken moeten worden in het licht van de bijdrage die specifieke zorgvoorzieningen leveren aan de behoeften van mensen, zowel patiënten als mantelzorgers.

6.4 Slotconclusie

In dit hoofdstuk is bestudeerd hoe preferenties voor langdurige zorg geïnterpreteerd kunnen worden om een toekomstvisie voor langdurige zorg te schetsen. Het gaat dan om de definiëring van specifieke doelstellingen voor de inhoud van zorg, maar ook om een politieke doelstelling met betrekking tot het beheersbaar maken van de uitgaven aan langdurige zorg. In dit hoofdstuk is uitgebreid aan bod gekomen wat er aan zorg geboden zou moeten worden en hoe keuzes in het aanbod of de toedeling ervan gemaakt moeten worden binnen een bepaald budget. De bijdrage van dit onderzoek schuilt erin dat door kwantificering van preferenties het denkbaar wordt dat er meer transparantie ontstaat wat betreft de maatschappelijke bijdrage die langdurige zorg levert aan het welzijn van haar burgers en de gevolgen die dit heeft voor de afbakening van collectieve verantwoordelijkheden en toedeling

van voorzieningen. Het maakt expliciet hoe beleid en keuzes het realiseren van publiek geformuleerde doelstellingen ten aanzien van langdurige zorg mogelijk maken.

Referenties

Arcares. Op weg naar normen voor verantwoorde zorg. Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders en beroepsgroepen. Arcares, AVVV, LOC, NVAA, en Sting; en in afstemming met IGZ, VWS en ZN, 2005

Campbell, A, The sense of well-being in America. New York: McGraw-Hill, 1981.

Cohen, S, Wills, TA. Stress, socila support , and the buffering hypothesis, Psychological Bulletin, 1985;98(2):310-357.

CVZ. Functiegerichte aanspraken. Een gids voor uitleg in de praktijk. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2003.

CVZ. Uitwerking toekomst AWBZ. Diemen: College voor Zorgverzekeringen 2005.

Finkenflügel, H, Buys Ballot B, Jong, PG de, Kamerling, M, Fabbriotti IN, Huijsman, R. Kwaliteits- en doelmatigheidswinst door zorginhoudelijke samenhang, Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg: Rotterdam, 2006.

Gerritsen, DL, Steverink, N, Ooms, ME, Ribbe, MW. Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. Quality of Life Research, 2004;13:611-624.

Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publikatie nr 2005/06.

Gorissen, R. Een discrete choice experiment om voorkeuren voor zorgconcepten te meten bij studenten. Bachelorscriptie, Faculteit der Gezondheidswetenschappen. Rotterdam, Erasmus Universiteit. 2005

Groot, W, Maassen van den Brink, H. Kosten per gewonnen levensjaren. Een essay voor de RVZ. 2005.

House, JS, Umberson, D, Landis, KR. Structures and processes of social support. Annual Review of Sociology 1988; 14: 293-318.

Kahneman, D, Tversky, A. Prospect theory. An analysis of decision under risk. Econometrica 1979;47:263-291.

Lindenberg, SM. Continuities in the theory of social production functions. In: S.M. Lindenberg & H.B.G. Ganzaboom (Eds.), Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler, pp. 169-184. Amsterdam: Thesis Publishers, 1996.

Louviere, JJ, Hensher, DA, Swait, JD. Stated choice methods. Analysis and application. Cambridge, Cambridge University Press, 2000

Luyendijk, W. 'Warm eten belangrijker dan douchen'. NRC Handelsblad. Rotterdam.2006: 3

Nieboer, A, Lindenberg, S. (2002) Substitution, buffers and subjective well-being: A hierarchical approach. In: E Gullone & RA Cummins (Eds.) The Universality of Subjective Well-Being Indicators. Pp.175-189. Dordrecht, NL: Kluwer Academic Publishers.

Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A. & Van Bruggen, A.C. (2005) Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL scale. *Social Indicators Research*. vol. 73, 313-353.

Nispen, RMA van, Beek, APA van, Wagner, C. Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek. Utrecht: NIVEL, 2005.

NIZW. Ouder worden we allemaal. Utrecht: NIZW Uitgeverij, 2004.

Oostenbrink, JB, Bouwmans, CAM, Koopmanschap, MA, Rutten, FFH. Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. College voor Zorgverzekeringen, Diemen, 2004

Ormel, J, Lindenberg, SM, Steverink, N, VonKorff, M. Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Social Science and Medicine*, 1997;45:1051-1063.

Pavlova, M, Groot, W, Van Merode, G. et al., Willingness and ability of Bulgarian consumers to pay for improved public health care services. *Applied Economics*, 2004; 36 (10):1117.

RVZ. Uw stem in de WMO. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005

RVZ. The preferences of healthcare customers in Europe. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004

SER Advies nr. 05/02: Van alle leeftijden. Een toekomstgericht ouderenbeleid op het terrein van werk, inkomen, pensioen en zorg, 21 januari 2005.

Steverink, N. & Lindenberg, S. Which social needs are important for subjective well-being and what happens to them with ageing? *Psychology and aging*, in press.

Steverink, N, When and why frail elderly people give up independent living: the Netherlands as an example. *Ageing and Society*, 2001;21:45-69.

Steverink, N. Zo lang mogelijk zelfstandig. Naar een verklaring van verschillen in oriëntatie ten aanzien van het verzorgingshuis onder fysiek kwetsbare ouderen. Ph.D-thesis University of Groningen. Amsterdam: Thesis Publishers, 1996.

Steuerink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., Lis, M. van (2001). [Abstract] Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *The Gerontologist* (41, special issue 1) pp. 236-237.

Street, D, Burgess, L, Louviere, JJ. Quick and easy choice sets: Constructing optimal and nearly optimal stated choice experiments. *International Journal of Research in Marketing* 2005;22:459-70.

Van Beekun, T, Vogelaar, H, Verlaan, M. ZSMAD II: Simulatiemodel voor planning op regionaal niveau van zorg aan dementerenden. TNO, Leiden, 2005.

Van Bruggen, AC. Individual production of social well-being: an exploratory study. Ph.D-thesis University of Groningen. Amsterdam, NL: Thela Thesis, 2004.

Van Petersen, A, Van Vree, F, Janssens, L. Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ. Effecten op zorginhoudelijk en financieel-technisch vlak. *Research voor Beleid*, Leiden, 2004.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Volksgezondheidszorg*. Den Haag, Sdu Uitgevers, 1997

Bijlage 1 Achtergrond keuzemodel

In een discrete choice experiment geven de responsdata per keus weer welk alternatief wel of niet verkozen was. Random utility theorie ligt ten grondslag aan de analyse van de resultaten van discrete choice experimenten. Deze theorie veronderstelt dat respondenten het alternatief kiezen dat het meeste nut genereert. Om het nut te analyseren, worden de responsen gebruikt om een model te schatten dat aangeeft welke invloed de verschillende attributen uitoefenen op de te maken keus. Het geschatte model geeft vervolgens aan welke attributen meewegen in het keuzeproces, hoe belangrijk ze zijn, welke ratio gebruikt wordt in een afruil tussen attributen, en uiteindelijk het algemene nut dat aan een scenario ontleend wordt.

1. $U_{ij} = V_{ij} + e_{ij} \quad (1)$
2. $U_{ij} = v_i + \beta_1(\text{uren zorg}) + \beta_2(\text{uren begeleiding sociale activiteiten}) + \beta_3(\text{vervoersvoorziening}) + \beta_4(\text{soort woning}) + \beta_5(\text{wie de verzorging doet}) + \beta_6(\text{invulling van zorg}) + \beta_7(\text{afstemming van diensten}) + \beta_8(\text{op afgesproken tijdstip}) + \beta_9(\text{wachttijdstip}) + \beta_{10}(\text{eigen betaling}) + \varepsilon$

Het random utility model neemt de bovenstaande formule als uitgangspunt bij het modelleren van het keuzegedrag. In deze formule staat U voor een continue maat van het nut (utiliteit) dat een scenario oplevert. V is een systematische component, die gedefinieerd wordt over alle attributen en identificeerbare interactietermen, en e is een error term die gedefinieerd wordt op basis van toevallige fouten (random error), en variatie die veroorzaakt wordt door niet-observeerbare variabelen die wel een systematisch effect hebben op het keuzegedrag. Op basis van de observeerbare en niet observeerbare component kan het keuzegedrag gemodelleerd worden. Hierbij worden bepaalde veronderstellingen gehanteerd over de distributie van de error term. Standaard wordt verondersteld dat de variatie in de error normaal verdeeld is. Analoog hieraan worden de resultaten geanalyseerd met een logit of probit model. Om rekening te houden met het feit dat het nut dat individuen ontleen aan attributen kan variëren, kunnen random coëfficiënten aan het basismodel worden toegevoegd voor optimale statistische efficiency. Vergelijking 1 wordt dan uitgebreid met een individu specifieke random intercept, bijvoorbeeld v_i , dat corrigeert voor het feit dat elke respondent meerdere observaties bijdraagt aan de dataset. Model 2 werkt dit model met voor de gegeven attributen.

Een nadeel van logit en probit modellen is dat de coëfficiënten lastig te interpreteren zijn. Dat komt omdat het nut dat een individu ontleend aan een bepaalde keuze niet exact bepaald kan worden. Het is immers onbekend hoe groot de invloed is van toevallige of systematische (maar niet observeerbare) componenten in de error term. Het is dan ook de kans dat een alternatief gekozen is die in de logit analyse gemodelleerd wordt, en niet het nut. Dit betekent dat niet de parameters uit formule 1 geschat worden, maar de parameters van kansmodel 3 geschat.

$$3. P_i = \frac{1}{\sum_{j=1}^J \exp-(V_i - V_j)}$$

De uitkomsten van de logit analyse hebben betrekking op kansmodel 3. Omdat de coëfficiënten in het kansmodel evenwel niet lineair gerelateerd zijn aan het nut dat ontleend wordt aan een alternatief, zijn de coëfficiënten lastig te interpreteren. Omdat dit de interpretatie van de coëfficiënten bemoeilijkt, worden meestal de marginale effecten weergegeven in plaats van coëfficiënten. Het marginale effect geeft aan met hoeveel de kans toeneemt dat een bepaald alternatief verkozen wordt wanneer er een verandering optreedt in de levels van een attribuut (en alle andere attributen blijven gelijk). Deze maat is wél lineair gerelateerd aan de waardering van alternatieven. Deze marginale effecten geven de beta's in het nutsmodel (functie 1 en 2).

Een andere manier om de uitkomsten beter interpreteerbaar te maken is middels de berekening van afruilratio's tussen de coëfficiënten (i.e. elasticiteiten). De afruilratio drukt dan het relatieve belang van elke parameter in het model uit in de termen van de parameter waarmee de afruil bestudeerd wordt. Vaak is dat een kwantitatieve variabele met een interpretatie die wel over de groepen heen vergelijkbaar is en relevant is voor de context, bijvoorbeeld een variabele die gekwantificeerd is in monetaire termen. Op die wijze wordt dan in feite de betalingsbereidheid gemeten voor een verandering in een attribuut. In dit onderzoek worden de voorkeuren van mensen uitgedrukt in betalingsbereidheid, omdat deze maat beleidsrelevant is. De betalingsbereidheid reflecteert een afruilratio. Deze wordt gemeten door de coëfficiënten van elke variabele te delen door de (negatieve) coëfficiënt van de variabele 'eigen bijdrage'. De afruilratio's zijn berekend volgens de volgende formule: Coëfficiënt X / - coëfficiënt eigen bijdrage. Omdat de eigen bijdrage in het experiment was uitgedrukt in eenheden (levelsprongen) van 50 euro, kan de afruilratio vertaald worden in betalingsbereidheid door deze te vermenigvuldigen met 50.

Een voordeel van het meten en kwantificeren van deze afruilratio is dat deze maat eenvoudig gebruikt kan worden om vergelijkingen te maken tussen groepen. In dit rapport zijn verschillende modellen geschat om het belang van de zorgvoorzieningen en -diensten te bepalen voor vier patiëntengroepen. Omdat de coëfficiënten van de verschillende modellen geen absolute betekenis hebben, kunnen ze niet rechtstreeks worden vergeleken. Dit kan wel wanneer de coëfficiënten vertaald zijn naar de betalingsbereidheid. Preferentieverschillen tussen de twee groepen en verschillen in het gewicht van de attributen worden dan bijvoorbeeld zichtbaar als een verschil in de betalingsbereidheid. Daarmee kan vervolgens worden onderzocht of langdurige zorg voor de verschillende groepen hetzelfde belang heeft, en of de groepen ook een ander gewicht hangen aan de verschillende zorgvoorzieningen. Overigens is het wel nodig rekening te houden met onzekerheid omtrent de schattingen. Om die reden is een bootstrap analyse uitgevoerd om het betrouwbaarheidsinterval rondom de eigen bijdrage te schatten.

Bijlage 2 Analyse van de dataset - alle patiëntgroepen samen

Uitkomsten Logit model

		Coef.	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.153	0.015	10.51	0.000	0.125	0.182
	Begeleiding sociale activiteiten	0.252	0.015	17.19	0.000	0.223	0.281
	Vervoersvoorziening	-0.750	0.033	-22.94	0.000	-0.814	-0.686
	dumhsw2	0.242	0.046	5.25	0.000	0.152	0.332
	dumhsw3	0.220	0.046	4.77	0.000	0.130	0.310
Proces attributen	dumhsw4	0.038	0.046	0.82	0.412	-0.052	0.128
	Wie de verzorging doet	-0.656	0.033	-20.07	0.000	-0.720	-0.592
	Invulling van zorg	0.221	0.033	6.79	0.000	0.157	0.285
	Afstemming van diensten	-0.428	0.033	-13.13	0.000	-0.492	-0.364
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.142	0.015	-9.71	0.000	-0.170	-0.113
	Wachttijst in maanden	-0.266	0.015	-18.17	0.000	-0.295	-0.238
	Eigen bijdrage	-0.269	0.015	-18.33	0.000	-0.298	-0.240
Intercept		1.088	0.068	16.04	0.000	0.955	1.221

Log likelihood = -10847.184 Pseudo R2 = 0.0961

Marginal effecten na logit

y = Pr(pref) (predict), 0.49985652

		dy/dx	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.038	0.004	10.51	0.000	0.031	0.046
	Begeleiding sociale activiteiten	0.063	0.004	17.19	0.000	0.056	0.070
	Vervoersvoorziening	-0.185	0.008	-23.48	0.000	-0.201	-0.170
	dumhsw2	0.060	0.011	5.28	0.000	0.038	0.083
	dumhsw3	0.055	0.011	4.79	0.000	0.032	0.077
Proces attributen	dumhsw4	0.009	0.012	0.82	0.412	-0.013	0.032
	Wie de verzorging doet	-0.162	0.008	-20.43	0.000	-0.178	-0.147
	Invulling van zorg	0.055	0.008	6.8	0.000	0.039	0.071
Waarderingsmaten	Afstemming van diensten	-0.107	0.008	-13.23	0.000	-0.122	-0.091
	Op afgesproken tijdstip	-0.035	0.004	-9.71	0.000	-0.043	-0.028
	Wachttijst in maanden	-0.067	0.004	-18.17	0.000	-0.074	-0.059
	Eigen bijdrage	-0.067	0.004	-18.33	0.000	-0.074	-0.060

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Betalingsbereidheid

Variable	Afruilratio	Euro	Bias	Std. Err.	95% Conf. Interv.	
4 uur extra zorg per week	0.57	29	0.00	0.06	23	35
1 dagdeel extra begeleiding sociale activiteiten	0.94	47	0.00	0.07	41	55
vervoersvoorziening	-2.79	-139	-0.01	0.20	-161	-121
appartementencomplex	0.90	45	-0.01	0.18	27	64
Aanleunwoning	0.82	41	0.00	0.18	24	59
verzorgingshuis/verpleeghuis	0.14	7	-0.01	0.17	-10	23
vaste verzorgers	-2.44	-122	-0.01	0.18	-141	-106
zorg in overleg	0.82	41	0.00	0.13	29	55
weinig zelf regelen	-1.59	-80	-0.01	0.15	-95	-66
op afgesproken tijdstip	-0.53	-26	0.00	0.06	-33	-21
4 maanden korter op wachtlijst	-0.99	-50	-0.01	0.08	-58	-43

Bijlage 3 Analyse per cliëntengroep

Fragiel zonder partner

Uitkomsten logit

		Coef.	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.178	0.029	6.040	0.000	0.120	0.236
	Begeleiding sociale activiteiten	0.321	0.030	10.800	0.000	0.263	0.379
	Vervoersvoorziening	-1.085	0.066	-16.380	0.000	-1.215	-0.956
	dumhsw2	0.066	0.093	0.710	0.478	-0.116	0.247
	dumhsw3	0.319	0.093	3.430	0.001	0.137	0.501
Proces attributen	dumhsw4	-0.145	0.093	-1.560	0.119	-0.326	0.037
	Wie de verzorging doet	-0.341	0.066	-5.180	0.000	-0.469	-0.212
	Invulling van zorg	0.267	0.066	4.070	0.000	0.139	0.396
	Afstemming van diensten	-0.324	0.066	-4.940	0.000	-0.453	-0.195
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.137	0.029	-4.660	0.000	-0.195	-0.080
	Wachtlijst in maanden	-0.287	0.030	-9.680	0.000	-0.345	-0.229
	Eigen bijdrage	-0.271	0.030	-9.180	0.000	-0.329	-0.214
Intercept		0.976	0.136	7.180	0.000	0.710	1.243

Log likelihood = -2687.8834 Pseudo R2 = 0.1155

Marginal effecten na logit

y = Pr(pref) (predict), 0.49985652

		dy/dx	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.044	0.007	6.040	0.000	0.030	0.059
	Begeleiding sociale activiteiten	0.080	0.007	10.800	0.000	0.066	0.095
	Vervoersvoorziening	-0.265	0.015	-17.200	0.000	-0.295	-0.235
	dumhsw2	0.016	0.023	0.710	0.478	-0.029	0.062
	dumhsw3	0.079	0.023	3.460	0.001	0.034	0.124
Proces attributen	dumhsw4	-0.036	0.023	-1.560	0.118	-0.081	0.009
	Wie de verzorging doet	-0.085	0.016	-5.210	0.000	-0.117	-0.053
	Invulling van zorg	0.067	0.016	4.090	0.000	0.035	0.099
Waarderingsmaten	Afstemming van diensten	-0.081	0.016	-4.960	0.000	-0.113	-0.049
	Op afgesproken tijdstip	-0.034	0.007	-4.660	0.000	-0.049	-0.020
	Wachtlijst in maanden	-0.072	0.007	-9.680	0.000	-0.086	-0.057
	Eigen bijdrage	-0.068	0.007	-9.180	0.000	-0.082	-0.053

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Betalingsbereidheid

Variable	Afruilaratio	Euro	Bias	Std. Err.	95% Conf. Interv.	
4 uur extra zorg per week	0.655	33	0.011	0.137	21	47
1 dagdeel extra begeleiding sociale activiteiten	1.182	59	0.014	0.175	45	80
vervoersvoorziening	-3.998	-200	-0.042	0.521	-262	-159
appartementencomplex	0.242	12	0.014	0.349	-21	48
Aanleunwoning	1.174	59	0.018	0.374	27	101
verzorgingshuis/verpleeghuis	-0.533	-27	0.008	0.346	-62	7
vaste verzorgers	-1.255	-63	-0.021	0.296	-99	-37
zorg in overleg	0.985	49	0.014	0.264	25	77
weinig zelf regelen	-1.194	-60	-0.021	0.293	-91	-34
op afgesproken tijdstip	-0.505	-25	-0.006	0.124	-38	-14
4 maanden korter op wachtlijst	-1.057	-53	-0.016	0.168	-72	-40

Fragiel met partner

		Coef.	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.150	0.029	5.130	0.000	0.093	0.208
	Begeleiding sociale activiteiten	0.281	0.029	9.520	0.000	0.223	0.338
	Vervoersvoorziening	-0.879	0.066	-13.360	0.000	-1.007	-0.750
	dumhsw2	0.014	0.092	0.160	0.876	-0.166	0.195
	dumhsw3	0.138	0.092	1.500	0.134	-0.042	0.319
Proces attributen	dumhsw4	-0.464	0.093	-5.000	0.000	-0.646	-0.282
	Wie de verzorging doet	-0.561	0.066	-8.550	0.000	-0.689	-0.432
	Invulling van zorg	0.256	0.065	3.910	0.000	0.128	0.384
	Afstemming van diensten	-0.182	0.065	-2.790	0.005	-0.310	-0.054
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.118	0.029	-4.040	0.000	-0.176	-0.061
	Wachtlijst in maanden	-0.232	0.029	-7.870	0.000	-0.289	-0.174
	Eigen bijdrage	-0.341	0.030	-11.510	0.000	-0.399	-0.283
Intercept		1.149	0.136	8.420	0.000	0.881	1.416

Log likelihood = -2699.6734 Pseudo R2 = 0.1051

Marginal effecten na logit

$y = \text{Pr}(\text{pref})$ (predict), 0.49985652

		dy/dx	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.038	0.007	5.130	0.000	0.023	0.052
	Begeleiding sociale activiteiten	0.070	0.007	9.520	0.000	0.056	0.085
	Vervoersvoorziening	-0.216	0.016	-13.800	0.000	-0.247	-0.185
	dumhsw2	0.004	0.023	0.160	0.876	-0.041	0.049
	dumhsw3	0.035	0.023	1.500	0.133	-0.011	0.080
Proces attributen	dumhsw4	-0.115	0.023	-5.080	0.000	-0.159	-0.071
	Wie de verzorging doet	-0.139	0.016	-8.660	0.000	-0.171	-0.108
	Invulling van zorg	0.064	0.016	3.930	0.000	0.032	0.096
	Afstemming van diensten	-0.045	0.016	-2.790	0.005	-0.077	-0.014
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.030	0.007	-4.040	0.000	-0.044	-0.015
	Wachtlijst in maanden	-0.058	0.007	-7.870	0.000	-0.072	-0.043
	Eigen bijdrage	-0.085	0.007	-11.510	0.000	-0.100	-0.071

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Betalingsbereidheid

Variable	Observed		Bias	Std.Err.	95% Conf. Interv.	
4 uur extra zorg per week	0.441	22	-0.002	0.093	13	32
1 dagdeel extra begeleiding sociale activiteiten	0.823	41	0.006	0.110	31	53
vervoersvoorziening	-2.577	-129	-0.015	0.281	-161	-105
appartementencomplex	0.042	2	0.005	0.275	-24	31
Aanleunwoning	0.405	20	0.009	0.281	-8	48
verzorgingshuis/verpleeghuis	-1.360	-68	-0.008	0.300	-99	-40
vaste verzorgers	-1.644	-82	-0.014	0.241	-107	-61
zorg in overleg	0.750	38	0.014	0.200	19	59
weinig zelf regelen	-0.534	-27	-0.001	0.199	-47	-8
op afgesproken tijdstip	-0.347	-17	-0.002	0.089	-26	-9
4 maanden korter op wachtlijst	-0.679	-34	-0.001	0.111	-46	-24

Dement zonder partner

		Coef.	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.130	0.030	4.38	0.000	0.072	0.189
	Begeleiding sociale activiteiten	0.257	0.030	8.58	0.000	0.198	0.316
	Vervoersvoorziening	-0.482	0.067	-7.23	0.000	-0.612	-0.351
	dumhsw2	0.816	0.095	8.61	0.000	0.630	1.002
	dumhsw3	0.346	0.094	3.68	0.000	0.162	0.531
Proces attributen	dumhsw4	0.916	0.095	9.64	0.000	0.730	1.103
	Wie de verzorging doet	-0.836	0.067	-12.50	0.000	-0.967	-0.705
	Invulling van zorg	0.145	0.066	2.18	0.030	0.014	0.275
	Afstemming van diensten	-0.826	0.067	-12.36	0.000	-0.957	-0.695
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.137	0.030	-4.61	0.000	-0.196	-0.079
	Wachtlijst in maanden	-0.332	0.030	-11.04	0.000	-0.391	-0.273
	Eigen bijdrage	-0.160	0.030	-5.38	0.000	-0.218	-0.102
Intercept		0.842	0.138	6.12	0.000	0.573	1.112

Log likelihood = -2627.9156 Pseudo R2 = 0.1224

Marginal effecten na logit

$y = \text{Pr}(\text{pref})$ (predict), 0.49985652

		dy/dx	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.033	0.007	4.380	0.000	0.018	0.047
	Begeleiding sociale activiteiten	0.064	0.007	8.580	0.000	0.050	0.079
	Vervoersvoorziening	-0.120	0.016	-7.300	0.000	-0.152	-0.088
	dumhsw2	0.199	0.022	9.020	0.000	0.156	0.242
	dumhsw3	0.086	0.023	3.720	0.000	0.041	0.132
Proces attributen	dumhsw4	0.222	0.022	10.220	0.000	0.180	0.265
	Wie de verzorging doet	-0.206	0.016	-12.870	0.000	-0.237	-0.175
	Invulling van zorg	0.036	0.017	2.180	0.029	0.004	0.069
	Afstemming van diensten	-0.204	0.016	-12.720	0.000	-0.235	-0.172
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.034	0.007	-4.610	0.000	-0.049	-0.020
	Wachtlijst in maanden	-0.083	0.008	-11.040	0.000	-0.098	-0.068
	Eigen bijdrage	-0.040	0.007	-5.380	0.000	-0.055	-0.025

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Betalingsbereidheid

Variable	Observed	WTP	Bias	Std.Err.	95% Conf. Interv.	
4 uur extra zorg per week	0.813	41	0.026	0.269	20	73
1 dagdeel extra begeleiding sociale activiteiten	1.605	80	0.063	0.402	53	133
vervoersvoorziening	-3.008	-150	-0.128	0.835	-260	-94
appartementencomplex	5.096	255	0.209	1.319	169	431
Aanleunwoning	2.163	108	0.078	0.818	45	200
verzorgingshuis/verpleeghuis	5.722	286	0.228	1.456	191	473
vaste verzorgers	-5.218	-261	-0.212	1.274	-421	-182
zorg in overleg	0.903	45	0.033	0.501	2	99
weinig zelf regelen	-5.159	-258	-0.213	1.254	-421	-178
op afgesproken tijdstip	-0.857	-43	-0.033	0.274	-76	-23
4 maanden korter op wachtlijst	-2.071	-104	-0.093	0.500	-169	-72

Dement met partner

		Coef.	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.170	0.030	5.740	0.000	0.112	0.228
	Begeleiding sociale activiteiten	0.168	0.030	5.660	0.000	0.110	0.226
	Vervoersvoorziening	-0.598	0.066	-9.030	0.000	-0.728	-0.468
	dumhsw2	0.097	0.093	1.040	0.298	-0.086	0.280
	dumhsw3	0.100	0.093	1.070	0.284	-0.083	0.283
Proces attributen	dumhsw4	-0.138	0.093	-1.480	0.138	-0.321	0.045
	Wie de verzorging doet	-0.942	0.067	-14.150	0.000	-1.072	-0.811
	Invulling van zorg	0.237	0.066	3.580	0.000	0.107	0.366
	Afstemming van diensten	-0.424	0.066	-6.410	0.000	-0.553	-0.294
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.190	0.030	-6.400	0.000	-0.248	-0.132
	Wachtlijst in maanden	-0.241	0.030	-8.100	0.000	-0.299	-0.182
	Eigen bijdrage	-0.319	0.030	-10.670	0.000	-0.378	-0.260
Intercept		1.466	0.140	10.490	0.000	1.192	1.739

Log likelihood = -2643.0933 Pseudo R2 = 0.1040

Marginal effecten na logit

$y = \text{Pr}(\text{pref})$ (predict), 0.49985652

		dy/dx	Std.Err.	z	P> z	95% Conf. Interv.	
Inhoud & intensiteit	Aantal uren zorg per week	0.043	0.007	5.74	0.000	0.028	0.057
	Begeleiding sociale activiteiten	0.042	0.007	5.66	0.000	0.027	0.056
	Vervoersvoorziening	-0.148	0.016	-9.16	0.000	-0.180	-0.117
	dumhsw2	0.024	0.023	1.04	0.298	-0.021	0.070
	dumhsw3	0.025	0.023	1.07	0.283	-0.021	0.071
Proces attributen	dumhsw4	-0.035	0.023	-1.48	0.138	-0.080	0.011
	Wie de verzorging doet	-0.231	0.016	-14.68	0.000	-0.262	-0.200
	Invulling van zorg	0.059	0.016	3.59	0.000	0.027	0.091
	Afstemming van diensten	-0.106	0.016	-6.46	0.000	-0.138	-0.074
Waarderingsmaten	Op afgesproken tijdstip	-0.047	0.007	-6.40	0.000	-0.062	-0.033
	Wachtlijst in maanden	-0.060	0.007	-8.10	0.000	-0.075	-0.046
	Eigen bijdrage	-0.080	0.007	-10.67	0.000	-0.094	-0.065

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Betalingsbereidheid

Variable	Observed	WTP	Bias	Std.Err.	95% Conf. Interv.	
4 uur extra zorg per week	0.534	27	0.004	0.107	17	38
1 dagdeel extra begeleiding sociale activiteiten	0.526	26	0.004	0.102	17	36
vervoersvoorziening	-1.874	-94	-0.009	0.273	-123	-68
appartementencomplex	0.304	15	-0.001	0.289	-13	45
Aanleunwoning	0.313	16	0.010	0.294	-11	46
verzorgingshuis/verpleeghuis	-0.434	-22	0.002	0.294	-52	6
vaste verzorgers	-2.952	-148	-0.030	0.344	-185	-117
zorg in overleg	0.742	37	0.006	0.210	17	59
weinig zelf regelen	-1.328	-66	-0.019	0.246	-93	-45
op afgesproken tijdstip	-0.595	-30	-0.002	0.109	-41	-20
4 maanden korter op wachtlijst	-0.754	-38	-0.008	0.124	-51	-27