

SOCIAAL-ECONOMISCHE ONGELIJKHEID IN DE LANGDURIGE ZORG

Verslag werkbijeenkomst met maatschappelijke stakeholders
20 januari 2020

in het kader van het IN-CARE project 'How are varying care systems associated with
inequalities in care and wellbeing in later life?'
(NWO-ORA 464.18.106)

STATUS

VERSIE:

AUTEUR Marjolein Broese van Groenou, Ellen Verbakel, Alice de Boer, Jens Abbing, Maura Gardeniers

OPDRACHTGEVER

DATUM 29.04.2020

VERSPREIDING

VERSIE HISTORIE	VERSIENUMMER	DATUM	AUTEUR	OPMERKING
	1	29.04.2020		

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	4
1. Het IN-CARE PROJECT	5
2. Ontwikkelingen in zorggebruik.....	6
2.1. Zorggebruik door 65-85 jarigen in 1992-2015.....	6
2.2. Macro indicatoren	7
2.3. Eerste Discussieronde.....	8
2.3.1. Vanuit de mantelzorger.....	8
2.3.2. Vanuit de zorgbehoevende	9
3. Sociaal-economische ongelijkheid in zorggebruik.....	10
3.1. Resultaten onderzoek	10
3.2. Tweede Discussieronde.....	13
3.2.1. Vanuit de mantelzorger.....	13
3.2.2. Vanuit de zorgbehoevende	14
4. Conclusies	15
5. Bijlage: lijst van aanwezigen	Fehler! Textmarke nicht definiert.

VOORWOORD

Dit document bevat een korte samenvatting van de werkbijeenkomst '*Sociaaleconomische ongelijkheid in de langdurige zorg*' die 20 januari 2020 plaatsvond bij de Vrije Universiteit Amsterdam, in het kader van het NWO-ORA project 'How are varying care systems associated with inequalities in care and wellbeing in later life?' (IN-CARE, 2019-2022, : <http://in-care.fk12.tu-dortmund.de/>) Deze bijeenkomst had als doel om belangrijke eerste uitkomsten van onderzoek van het IN-CARE project te delen met beleidsmakers, kennisinstututen en praktijkmedewerkers in de langdurige zorg in Nederland. In de bijlage is een lijst met aanwezigen opgenomen. Daarnaast werden constructieve discussies gevoerd om ideeën te verzamelen die relevant zijn voor zowel wetenschappelijk onderzoek als voor lokaal en nationaal beleid.

De bijeenkomst had twee delen die elk gevolgd werden door een discussie. Na een korte introductie van het IN-CARE team (hoofdstuk 1) werden in het eerste deel nieuwe inzichten in de ontwikkeling van zorggebruik binnen Nederland besproken en gepresenteerd (hoofdstuk 2.1). Een belangrijke bijdrage van het IN-CARE project hierbij ligt in het samenstellen van macro-indicatoren voor zorggebruik, die meer inzicht geven in de samenhang tussen beleidsmaatregelen in de langdurige zorg en deze ontwikkelingen (hoofdstuk 2.2). Deze presentatie werd gevolgd door een discussie over hoe maatregelen in de Nederlandse beleidscontext bijdragen aan het krijgen of geven van langdurige zorg (hoofdstuk 2.3). Het tweede deel bestond uit een presentatie van de resultaten van het IN-CARE onderzoek over veranderingen in de sociaaleconomische ongelijkheid in het gebruik van langdurige zorg (hoofdstuk 3.1). In de hierop volgende discussie werd besproken welke beleidsmaatregelen deze ongelijkheid kunnen beïnvloeden (hoofdstuk 3.2).

1. HET IN-CARE PROJECT

De toenemende vraag naar langdurige zorg en de steeds belangrijkere rol van mantelzorg hierbij roepen de volgende vragen op:

- Welke impact hebben beleidsmaatregelen op het gebruik van zorg?
- Welke implicaties hebben deze ontwikkelingen op de ongelijkheid in het krijgen en geven van langdurige zorg?
- Hoe beïnvloeden deze ontwikkelingen het welbevinden van zorgontvanger en mantelzorger?

Het IN-CARE project is ontworpen om antwoorden op deze vragen te kunnen geven. Onderzoeksteams van vier Universiteiten uit Nederland, Engeland, Duitsland en Japan zijn bij dit project betrokken (zie tabel 1). Het team van de Vrije Universiteit van Amsterdam en Radboud Universiteit Nijmegen is gericht op de Nederlandse context en doet onderzoek naar ongelijkheid in zorggebruik door de jaren heen, en de consequenties voor het welbevinden van zorgontvangers. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA is een langdurige studie gericht op het fysieke, emotionele, cognitieve en sociale functioneren van ouderen in Nederland (zie www.lasa-vu.nl voor meer informatie) en ontvangt al sinds 1992 subsidie van het ministerie van VWS voor de dataverzameling. Deze studie bevat onder andere informatie over het gebruik van zorg, welbevinden en de sociaaleconomische status van ouderen in Nederland sinds 1992.

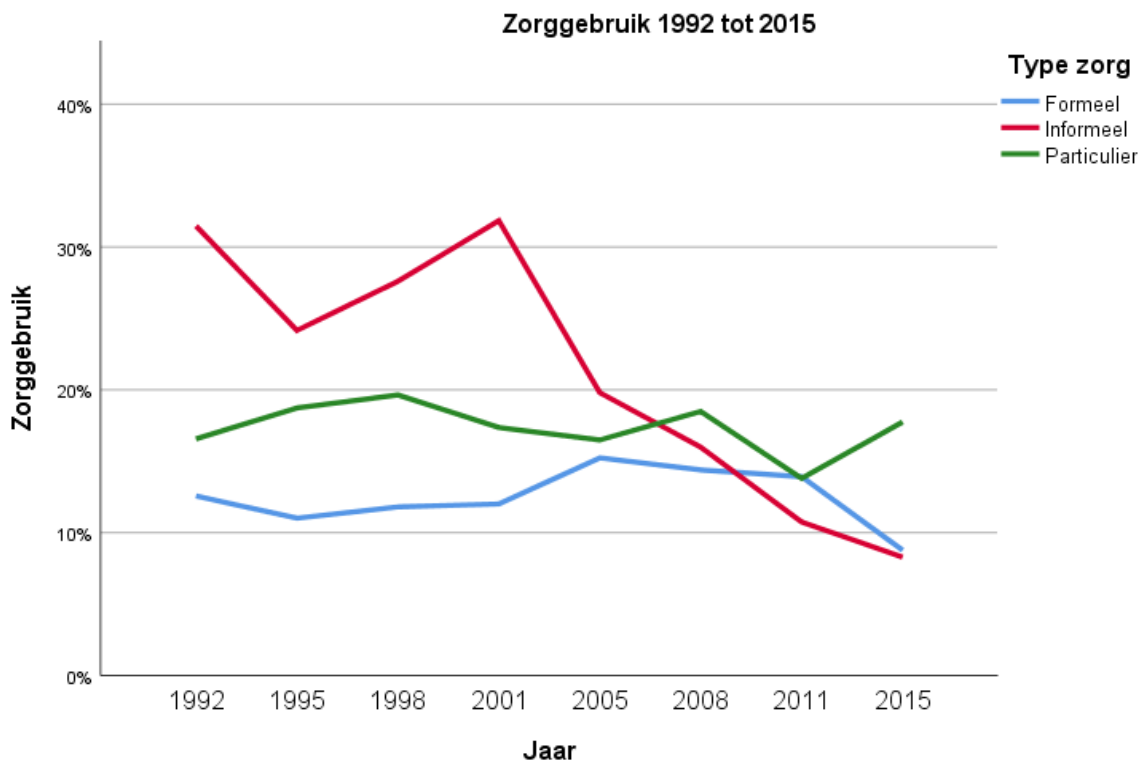
Tabel 1. De teams van IN-CARE

<p>Nederland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VU Amsterdam • Radboud Nijmegen 	<p>PI en Co-PI: Marjolein Broese van Groenou en Ellen Verbakel</p> <p>Ontwikkelingen in zorggebruik en welbevinden in Nederland. Samenstellen van macro-indicatoren voor zorggebruik</p>
<p>Engeland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • King's College London 	<p>PI: Karen Glaser</p> <p>Cross-nationale vergelijkingen van zorggebruik en welbevinden van ouderen in Europa.</p>
<p>Duitsland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TU Dortmund 	<p>PI: Martina Brandt</p> <p>Cross-nationale vergelijkingen van zorggebruik en welbevinden van ouderen in Europa.</p>
<p>Japan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tokyo University 	<p>PI: Yoko Ibuka</p> <p>Invloed van beleid op zorggebruik in Japan en Europa.</p>

2. ONTWIKKELINGEN IN ZORGGEBRUIK

2.1. ZORGGEBRUIK DOOR 65-85 JARIGEN IN 1992-2015

De analyses van het gebruik van langdurige zorg aan huis, bij 65- tot 85-jarigen binnen het LASA onderzoek (zie tabel 2), laten zien dat er een duidelijke afname is in het gebruik van mantelzorg door ouderen (rode lijn). In 2015 gebruikten slechts 9.1% van de deelnemers mantelzorg, in vergelijking tot 31.5% in 1992. Deze daling is onder andere te verklaren door het steeds kleinere aantal potentiële zorgverleners. Door de vergrijzing zijn er relatief gezien steeds minder mensen in de werkzame leeftijd tot 65. Dit leidt tot een tekort aan alle soorten zorgverleners: Publiek gefinancierde zorg (formele zorg), mantelzorg (informele zorg) en particulier betaalde zorg. Deze trends zijn vergelijkbaar met andere landen in Europa en naar verwachting zal het gebruik van langdurige zorg ook in de toekomst verder afnemen.



(Bron: LASA 1992-2015)

2.2. MACRO INDICATOREN

Een vernieuwend element in het IN-CARE project is om theoretische ideeën over de gevolgen van verschillende vormen beleid ten aanzien van langdurige zorg empirisch te toetsen middels landenvergelijkend, longitudinaal onderzoek. Het centrale theoretische punt van IN-CARE is dat het *type* langdurige zorgvoorzieningen – en niet simpelweg de *generositeit* van langdurige zorgvoorzieningen - bepalend is voor de sociaal-economische ongelijkheid in zorggebruik en mantelzorg-verlening. Voor het onderscheiden van deze typen ondersteuning hebben we ons laten inspireren door Saraceno. Onderliggend is een continuüm waarbij aan het ene uiterste beleid vooral geïnspireerd wordt vanuit het standpunt dat verantwoordelijkheid voor zorg in eerste plaats bij de familie ligt, en aan het andere uiterste vanuit het standpunt dat de overheid primair verantwoordelijk is voor zorg. Ondersteunende maatregelen vanuit het familie-perspectief zijn maatregelen voor mantelzorgers die direct gericht zijn op het kunnen opnemen en volhouden van de mantelzorgtaak, naast hun andere bezigheden.

Ondersteunende maatregelen vanuit het perspectief dat de overheid verantwoordelijk is voor zorg zijn gericht op de zorgvrager: deze moet in deze visie, onafhankelijk van familie, zijn of haar eigen zorg kunnen regelen. Overheden kunnen daarvoor het pad van de markt kiezen en de zorgvrager financiële ondersteuning bieden of het pad van de publieke voorzieningen kiezen; daarbij biedt de overheid zorg in natura aan. Het onderscheiden van deze drie typen ondersteunend beleid is relevant, omdat er tegengestelde effecten op de ongelijkheid van kunnen uitgaan, terwijl beleidsinstrumenten van meerdere typen tegelijk van kracht kunnen zijn. Essentieel is daarom dat in onderzoek landen niet worden ingedeeld in één specifiek type langdurige zorgsysteem, maar dat afzonderlijke maatregelen in elk van de drie typen in ogeschouw genomen worden. Metingen voor afzonderlijke maatregelen in veel landen en op veel tijdpunten zijn nog niet voor handen. Een van de doelen van het IN-CARE project is daarom het creëren van een database met indicatoren voor langdurige zorgvoorzieningen in verschillende landen op meerdere tijdpunten. Het voorlopige resultaat van deze inspanning staat samengevat in onderstaande dia.



3 typen ondersteuning

Gericht op het bevorderen van het geven van informele zorg	Gericht op het afnemen van zorg in de markt	Gericht op het gebruik van publiek gefinancierde zorgvoorzieningen
mantelzorger	zorgontvanger	zorgontvanger
In-cash benefits (ja/nee)	In-cash benefits (ja/nee)	Bedden (per 100.000 inwoners) in langdurige zorgvoorzieningen
In-cash benefits (index)	In-cash benefits (index)	LTC-personeel (per 100 65+ bevolking)
<ul style="list-style-type: none"> • Criteria? • Minimum bedrag • Maximum bedrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Criteria? • Minimum bedrag • Maximum bedrag 	
Mantelzorg-ondersteuning (index) <ul style="list-style-type: none"> • Advies • Informatie • Training • Respijt • Zorgverlof • Financiële toelagen • Pensioenpunten 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflectie op onze aanpak en keuze indicatoren • Aanvullingen met belangrijke beleidsinstrumenten in de praktijk (landelijk of regionaal) 	

2.3. EERSTE DISCUSSIERONDE

In de eerste ronde stond de volgende vraag centraal: *Welke maatregelen en andere factoren hebben impact op het geven en krijgen van mantelzorg?* Er zijn twee parallelle discussies gevoerd, de eerste vanuit het perspectief van de mantelzorger, de tweede vanuit het perspectief van de zorgbehoevende. De belangrijkste genoemde punten zijn hieronder samengevat.

2.3.1. VANUIT DE MANTELZORGER

Wat kan mantelzorgers helpen om hun taken te kunnen uitvoeren:

1. Het aanbieden van **huishoudelijke hulp** aan mantelzorgers: Dit kan helpen om ze te ontlasten.
2. Het bieden van meer **flexibiliteit** in wanneer en hoe vaak ze zorg verlenen: Voorbeelden van mantelzorgbevorderend beleid over de grens zijn de pensioencredits in de UK, en een puntenruilsysteem in Japan waarbij mantelzorg voor een oudere in jouw buurt resulteert in punten voor jouw mantelzorgbehoevende in een andere regio.
3. De mogelijkheid om een zorgbehoevende **in huis** te nemen: Dit voorkomt dat reistijd een obstakel wordt voor mantelzorgers.

Wat maakt het verrichten van mantelzorg lastiger/zwaarder?

4. **Autonome ontwikkelingen:** bijvoorbeeld de economie die obstakels dan wel kansen geeft om te mantelzorgen. Als voorbeeld werd genoemd dat er veel meer mantelzorg verleend wordt in Spanje ten tijde van de economische crisis, omdat men toen de tijd had om dit te doen.
5. **Afstanden** zijn groter geworden: mensen moeten langer reizen van en naar werk, én wonen vaak verder van een zorgbehoevende af.
6. **Gebrek aan tijd:** de arbeidsparticipatie van mantelzorgers; dat mensen tijdens de mantelzorgleeftijd vaak werken is een belemmerende factor.
7. Onbetaald **zorgverlof:** De inkomstendelving die volgt uit het feit dat zorgverlof vaak onbetaald is, zorgt ervoor dat men vaak geen zorgverlof opneemt.
8. **Gebrek aan kennis** over welke zorg er beschikbaar is: Door het overhevelen van verantwoordelijkheden voor zorgverlening naar gemeentes (Wmo) is het lastig geworden om uit te zoeken welke zorg er beschikbaar is, en welke gemeente er bijvoorbeeld verantwoordelijk is voor de mantelzorg als de zorgbehoevende en de zorggever in een andere gemeente wonen.
9. Het gebrek aan een **perspectief:** Het blijkt bijvoorbeeld dat de belofte om een zorgbehoevende op te nemen in een verpleeghuis zodra dat echt nodig is (dat is nu vaak niet het geval, nu gaat het via wachtlijsten), ertoe leidt dat de zorgbehoevende minder snel naar een instelling gaat. Met een perspectief is mantelzorgen mogelijk langer vol te houden.
10. **Gendernormen:** zo wordt het nog steeds normaler gevonden dat de vrouw de zorgtaak op zich neemt.
11. **Twijfels** van de mantelzorger: Zoals zorgen dat dat een tehuis niet goed is voor de zorgbehoevende en dat de zorg in een verpleeghuis niet als positief wordt ervaren.

2.3.2. VANUIT DE ZORGBEHOEVENDE

Welke factoren kunnen tot een stijging van het gebruik van mantelzorg leiden?

1. Afname in **aanbod en/of kwaliteit** van verzorgings- en verpleeghuizen: Er is minder verzorging aan huis beschikbaar voor individuele zorgontvangers.
2. **Kosten** van verzorgings- en verpleeghuizen of andere woonzorg-voorzieningen: Die zijn vaak aanzienlijk hoger dan de vaste lasten die zorgbehoevenden nu betalen voor het zelfstandig wonen.
3. **Eigen bijdrage**: De Wlz-indicatie wordt vaak zo lang mogelijk uitgesteld. Hierdoor krijgen zorgbehoevenden vaak niet de (formele) zorg aan huis die zij nodig hebben.

Welke factoren kunnen tot een daling van het gebruik van mantelzorg leiden?

4. Veranderingen in **artspraktijken**: Huisartsen werken meer in gezamenlijke praktijken en kennen patiënten niet altijd persoonlijk. Zij weten nog altijd weinig over mantelzorg, zowel in termen van het herkennen van mantelzorg, het bieden van ondersteuning, en het doorverwijzen naar relevante steunpunten.
5. **Hogere kosten**: Een verandering van de zorgsituatie brengt vaak grote financiële nadelen met zich mee (bijvoorbeeld verhuizen naar een mantelzorger).
6. **Geslachtsverschillen** in mortaliteit: Vrouwen leven langer dan mannen en zullen vaak alleenstaand blijven na wegvallen partner.
7. Meer **eigen regie**: Ouderen worden meer zelfredzaam en hebben hierdoor minder ondersteuning nodig.

3. SOCIAAL-ECONOMISCHE ONGELIJKHEID IN ZORGGEBRUIK

3.1. RESULTATEN ONDERZOEK

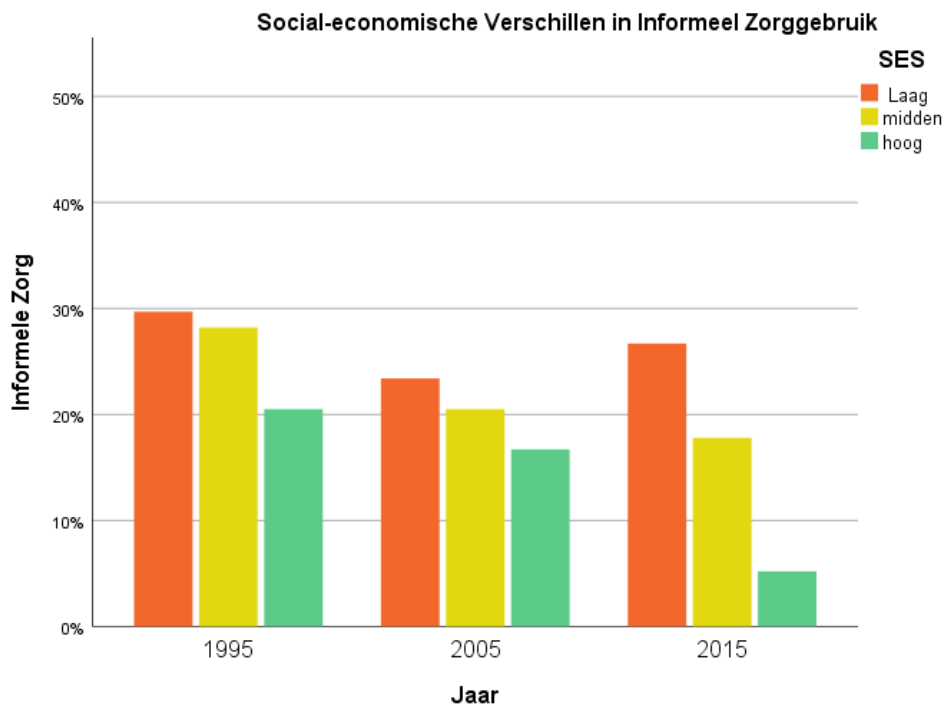
Sociaaleconomische status (SES) wordt in de wetenschap vaak gemeten door naar het opleidings- of inkomensniveau te kijken. Tot nu toe is er nog weinig onderzoek verricht naar sociaaleconomische ongelijkheid in het gebruik van langdurige zorg. Het onderzoek dat wel gedaan is, laat zien dat er duidelijke verschillen zijn in het gebruik van zorg. Mensen met een lage SES maken meer gebruik van zowel publiek gefinancierde zorg (of formele zorg) als van mantelzorg (informele zorg) dan mensen met een hoge SES. Mogelijke factoren die deze ongelijkheden kunnen verklaren zijn samengevat in onderstaande dia. Hier onderscheiden wij sociale en individuele factoren. De laatste zijn verder nog ingedeeld in zorgbehoeftes (is zorg nodig?), sociale netwerken (is er iemand die zorg kan verlenen?), en opvattingen (zijn mensen bereid om zorg te geven of te ontvangen?). Het overzicht laat zien dat lage SES groepen vaker formele en informele zorg gebruiken omdat ze ook vaker gezondheidsproblemen hebben en dus zorg nodig hebben. Daarnaast gebruiken lage SES groepen vaker mantelzorg omdat hun kinderen vaker bij hen in de buurt wonen, maar ook omdat ze hogere verwachtingen hebben jegens mantelzorg door partner en kinderen. Hoge SES-groepen hebben dan wel vaker een partner van wie ze zorg kunnen ontvangen, maar ze hebben ook vaker de opvatting dat ze niet hun partner of kinderen met zorgtaken willen belasten. Dus de slechte gezondheid, de beschikbaarheid van potentiële mantelzorgers, en ook de verwachtingen jegens deze potentiële mantelzorgers zijn een goede verklaring van waarom lage SES ouderen meer formele zorg en mantelzorg ontvangen dan hoge SES-ouderen.

De belangrijke vraag is dan hoe de hervorming van de langdurige zorg ingrijpt op die bestaande ongelijkheid in het zorggebruik. Twee aspecten van de hervorming zouden hier een rol kunnen spelen. Ten eerste is er het toegenomen beroep op zelfredzaamheid en eigen regie in het organiseren van de zorg. Dit zou juist de meest kwetsbaren, zoals degenen met chronische problemen, een klein netwerk en weinig capaciteiten om zorg te organiseren, het meest kunnen treffen. Dat impliceert dat de juist de lage SES groepen, waar zich relatief veel kwetsbaren bevinden, meer verstoken blijven van formele zorg, hetgeen de ongelijkheid in het zorggebruik zou doen afnemen. Anderzijds is er de decentralisatie, waardoor gemeenten beter in staat zijn de zorg te verlenen aan degenen die dit het meest nodig hebben. Een verhoging van de eigen bijdragen in de zorg zou vooral de hoge SES groepen ertoe kunnen brengen minder formele zorg te gebruiken. Hierdoor zou de SES-ongelijkheid mogelijk juist toenemen.

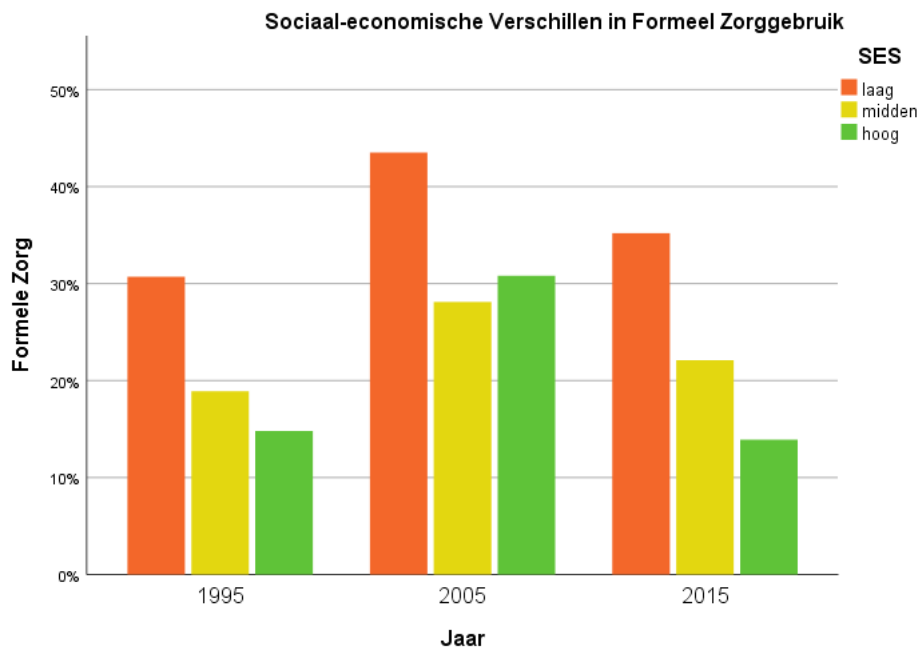


Dit model vormt ook de basis voor het door ons uitgevoerde onderzoek waar wij hebben gekeken naar trends in de SES-verschillen in het gebruik van langdurige zorg aan huis. Wij hebben hierbij gebruik gemaakt van LASA data in 3 perioden in de tijd (1995, 2005 en 2015), met in totaal 1810 deelnemers. Een statistisch significante toename in ongelijkheid hebben wij alleen bij mantelzorg gevonden, waarbij SES is geïndiceerd door het opleidingsniveau: De SES-ongelijkheid is hier duidelijk toegenomen, wat vooral komt door het zeer lage gebruik van mantelzorg bij hoogopgeleiden in 2015 (zie figuur 2). De figuur maakt ook zichtbaar dat de percentages ouderen met een lage SES die mantelzorg gebruiken vrijwel gelijk blijven in de drie perioden. Bij degenen met een middenniveau SES neemt het gebruik van mantelzorg ook wat af, maar niet zo sterk als bij de hoge SES groep. Er was dus geen verandering in het SES-verschil in het gebruik van formele zorg (figuur 2) en particulier betaalde zorg (figuur 3), dat verschil (lage SES gebruikt meer formele zorg en veel minder particulier betaalde zorg) bleef ongeveer even groot in de drie perioden, ook al was er overall een afname in het gebruik van zorg.

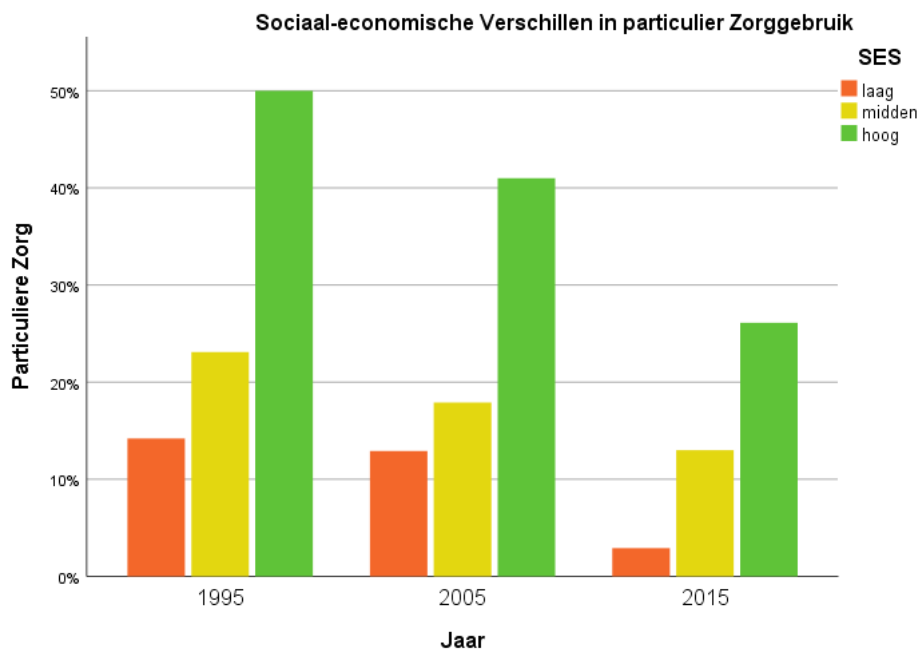
Belangrijk om te noemen is dat de percentages in deze grafiek de percentages binnen het LASA-sample zijn, en dus kunnen afwijken van percentages in de bevolking. In de analyses hebben wij ook andere factoren (zoals verschillen in geslacht en leeftijd) van de drie perioden meegenomen, omdat deze ook van invloed kunnen zijn op de verschillen. De figuur kan dus als illustratie van de trend worden gezien, niet als absolute weergave van de bevolkingspercentages. Dezelfde analyses zijn ook nog opnieuw gedaan waarbij de fysieke gezondheid en de partnerstatus als mogelijke verklaringen zijn meegenomen. Uit deze analyses blijkt dat de trend van grotere ongelijkheid ook blijft bestaan wanneer zorgontvangers met vergelijkbare gezondheid en partnerstatus worden bekeken. De SES-verschillen liggen dus niet aan deze individuele kenmerken, hetgeen suggereert dat externe factoren, zoals de verandering in het langdurig zorgbeleid, hier een rol bij spelen. De hoge SES-groep is mogelijk meer zelfredzaam en weet andere zorgaanbieders te vinden buiten de informele zorg en publiek gefinancierde zorg om.



Figuur 2. Sociaal-economische verschillen in het gebruik van mantelzorg in 1995, 2005 en 2015 (LASA)



Figuur 3. Sociaal-economische verschillen in het gebruik van formele zorg aan huis in 1995, 2005 en 2015 (LASA)



Figuur 4. Sociaal-economische verschillen in het gebruik van particulier betaalde zorg in 1995, 2005 en 2015 (LASA)

3.2. TWEDE DISCUSSIERONDE

De centrale vraag van de tweede discussieronde was: *Welke factoren en welke maatregelen zouden invloed kunnen hebben op het verschil tussen hoog- en laagopgeleiden in het gebruik van informele zorg?* Er zijn twee parallelle discussies gevoerd, de eerste vanuit het perspectief van de mantelzorg, de tweede vanuit het perspectief van de zorgbehoevende. De belangrijkste genoemde punten zijn hieronder samengevat.

3.2.1. VANUIT DE MANTELZORGER

Welke factoren kunnen invloed hebben op sociaal-economische ongelijkheid in het geven van informele zorg?

1. **Kosten** van zorgbevorderende maatregelen: Bijvoorbeeld mantelzorgwoningen waardoor je je ouder in je tuin kan laten komen wonen. Dit is wel duur en vereist ook het bezit van een grote tuin. Ook zijn er talloze zorgvoorzieningen in gemeenten waarvoor een eigen bijdrage wordt gevraagd die gebruik ervan ontmoedigen. Woningaanpassingen zijn moeilijker te organiseren voor mantelzorgers met een lage SES, omdat ze niet goed weten waar ze terecht kunnen.
2. Hoge **arbeidsparticipatie** van mantelzorgers: Vooral hoge SES-groepen hebben werk dat het verrichten van mantelzorg lastig maakt. Tevens omdat hoge SES groepen vaak op afstand van de zorgbehoevende wonen.
3. Verschil in **Ondersteuning** die mantelzorgers nodig hebben: Zo hebben hoge SES-groepen meer behoefte aan info en advies, en lage SES aan meer financiële ondersteuning. Veel soorten hulp die nu vanuit de gemeente worden aangeboden vereisen een hoog cognitief en emotioneel niveau om er gebruik van te kunnen maken.
4. **Gezondheidsverschillen**: Mantelzorgers in lage SES-groepen hebben vaker ook zelf gezondheidsproblemen waardoor zij moeilijker zorg kunnen verlenen.
5. Verschil in **vaardigheden**: Lage SES blijken vaak te weinig digitale vaardigheden te bezitten, waardoor informatie en/ of hulp soms onvindbaar zijn. Ook in termen van taal en plaats (bijvoorbeeld dat je bij de gemeente i.p.v. de huisarts moet zoeken naar hulp) is het nu nog te vaak onduidelijk, waar de lage SES het hardst door wordt getroffen.
6. **Cultuurverschillen in zorgnormen**: Lage SES zijn meer familie georiënteerd dan hoge SES, ze hebben vaak meer zorgnormen (daarnaast wonen ze vaak dichterbij, en hebben vaak meer kinderen). Ook regionaal zijn er cultuurverschillen; mensen in het zuiden blijken de meeste informele zorg te verlenen.
7. **Normen** rondom hulpverlening: mantelzorgers met hoge SES lijken bewuster stil te staan bij hoeveel zorg ze willen geven, en hoe ze het moeten begrenzen. Zij kunnen waarschijnlijk eerder stoppen als het teveel wordt, terwijl er voor lage SES weinig alternatieven bestaan. Rijkere mantelzorgers kopen bijvoorbeeld zorg in zodat ze kunnen blijven werken.
8. **Regionale verschillen**: er is meer aanbod van particuliere hulp in steden (waar meer hoge SES-groepen wonen).

3.2.2. VANUIT DE ZORGBEHOEVENDE

Welke factoren kunnen invloed hebben op sociaal-economische ongelijkheid in het gebruik van informele zorg?

1. **Technologie** zal een grotere rol gaan spelen, door middel van internet, zorgrobots, en dergelijken. Hier zullen hoge SES ouderen een duidelijk voordeel van kunnen hebben, omdat ze meer digitale capaciteiten hebben. Volgens sommige aanwezigen zijn de verwachtingen van technologie echter te hoog.
2. **Eigen bijdrage**: Hoge SES groepen kunnen de eigen bijdrage vaker makkelijk betalen. Lage SES groepen zullen zich hierdoor vaker tot mantelzorg beperken.
3. Langer **ziekenhuisverblijf**: Veel ziekenhuisbedden blijven bezet omdat lage SES ouderen langer in ziekenhuizen moeten blijven. Dit maakt het moeilijker om thuiszorg te regelen en verhoogt de afhankelijkheid van mantelzorg.
4. Mogelijke **kwaliteitsverschillen**. Bij een beperkt aanbod kan mogelijk de beste zorg beperkt zijn tot particuliere zorg die alleen toegankelijk is voor hoge SES-groepen.
5. Minder **Zelfzorgvaardigheden**: Hoge SES-groepen hebben duidelijk betere vaardigheden om zelfredzaam te blijven.
6. Verschillen in **Leefstijl**: Deze leiden tot een slechtere gezondheid en hogere zorgvraag bij lage SES.
7. Minder **vertrouwen** in zorg: Vooral lage SES hebben een kritische houding m.b.t. de kwaliteit van de zorg. Hierdoor zullen zij minder geneigd zijn om hulp buiten hun eigen sociaal netwerk te accepteren.

4. CONCLUSIES

De werkbijeenkomst bracht betrokkenen in de langdurige zorg bijeen om, ten eerste, met elkaar te bespreken welke mogelijke effecten de hervormingen in de langdurige zorg kunnen hebben op het gebruik en geven van informele zorg. In het eerste deel is besproken dat met de hervorming tal van maatregelen zijn genomen die sterk verschillen in de impact die ze kunnen hebben op 1) het geven/krijgen van mantelzorg, 2) gebruik van publieke voorzieningen, en 3) gebruik van voorzieningen uit de markt. Bij de implementatie van maatregelen is het nuttig te bezien met welk doel ze zijn genomen, en welk effect op het gebruik en geven van zorg beoogd wordt. Dit deel van de bijeenkomst bracht vooral een bewustwording teweeg bij de aanwezigen, dat veel maatregelen in de praktijk niet op hun effectiviteit worden bezien. In de eerste discussieronde is veel gesproken over de factoren die geven en gebruik van mantelzorg kunnen beïnvloeden. Daarbij werden veelal individuele kenmerken (bijv. zorgnormen, tijd, afstand, sociaal netwerk) benoemd, maar werd ook duidelijk dat er een sterk verband gezien wordt tussen (het gebrek aan) zorgvoorzieningen en het krijgen van mantelzorg. Concrete beleidsmaatregelen die genoemd zijn betroffen onder meer het terugbrengen van voorzieningen, verhogen van kosten en eigen bijdragen, hetgeen gebruik van voorzieningen bemoeilijkt en de druk op mantelzorg doet toenemen. In Saraceno's termen betekent dit dat beleid vooral gericht is op publieke voorzieningen, en niet zozeer gericht is op het ondersteunen van mantelzorgers of het bevorderen van zorg uit de markt. In ieder geval zijn voorbeelden van beleidsmaatregelen die mantelzorgondersteuning of zorg uit de private sector beogen niet of nauwelijks genoemd.

In het tweede deel ging het over of en in hoeverre de hervormingen in de langdurige zorg de sociaal-economische ongelijkheid in het zorggebruik door ouderen vergroten. De onderzoeksresultaten wezen uit dat vooral de SES ongelijkheid in het gebruik van mantelzorg is toegenomen. SES-verschillen in formeel zorggebruik fluctueerde wat over de tijd maar zijn in 2015 feitelijk vergelijkbaar met de situatie in 1995. SES-verschillen in particulier betaalde zorg zijn in de drie perioden groot gebleven. De toename in ongelijkheid in mantelzorg is met name omdat de ouderen met een hoge SES een sterke afname in het gebruik van mantelzorg laten zien, waar de ouderen met een lage SES nog steeds relatief vaak mantelzorg gebruiken. De verklaringen aangedragen in de discussie richten zich deels op individuele verklaringen (leefstijl, opvattingen) en deels op het feit dat sommige beleidsmaatregelen vooral gunstig uitpakken voor de hoge SES groepen (beroep op zelfredzaamheid, verhogen eigen bijdragen, aanbod aan mantelzorgondersteuning).

Tot slot, ook in 2020 gaat het onderzoek naar de factoren achter sociaal-economische ongelijkheid in zorggebruik door, en gaan we in kaart brengen of die ongelijkheid in zorggebruik ook bijdraagt aan SES-verschillen in kwaliteit van zorg en leven in verschillende beleidsperiodes. In het voorjaar 2021 zal er weer een werkbijeenkomst georganiseerd worden om de resultaten met relevante stakeholders te bespreken. We hopen dan weer op een grote opkomst.

Marjolein Broese van Groenou, Ellen Verbakel, Alice de Boer, Jens Abbing en Maura Gardeniers

