

Langdurige zorg in Nederland: beleid en publieke opinie

THIJS VAN DEN BROEK

Het Nederlandse langdurige-zorgbeleid is de laatste decennia flink veranderd. Er is sprake van een verschuiving naar een zorgmodel waarin de familie een grotere verantwoordelijkheid draagt dan voorheen, terwijl de verantwoordelijkheid van de overheid juist wordt beperkt. Deze ontwikkeling lijkt echter op gespannen voet te staan met hoe de Nederlandse bevolking daarover denkt.



Foto: Topos Architecten/Flickr

Onder meer met het oog op de vergrijzing van de bevolking en daarmee samenhangend de toenemende zorgbehoefte is het Nederlandse beleid met betrekking tot langdurige zorg de laatste decennia aan grote veranderingen onderhevig geweest. Een belangrijk doel van de doorgevoerde beleidswijzigingen was het beperken van de kosten van de langdurige zorg. De twee grootste veranderingen die sinds de eeuwwisseling hebben plaatsgevonden zijn de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 en de vervanging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015.

De invoering van de Wmo had tot gevolg dat lichtere zorgdiensten, waaronder huishoudelijke hulp, niet langer tot de voorzieningen behoorden

waarop hulpbehoevende burgers recht hadden, ongeacht hun financiële middelen of familiesituatie. Gemeenten kregen de plicht om te zorgen dat hulpbehoevenden de steun ontvangen die zij nodig hebben om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen en mee te kunnen doen in de samenleving. Gemeenten hebben echter de vrijheid om een eigen invulling aan deze verantwoordelijkheid te geven. Van hen wordt verwacht dat zij nagaan wat hulpbehoevenden, hun families en hun sociale netwerken zelf kunnen doen alvorens hulp te bieden. Bij de tweede verandering werd de ene sociale verzekering voor langdurige zorg (AWBZ) vervangen door een andere (Wlz) met een smaller bereik: de Wlz omvat namelijk uitsluitend zorg voor mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben. Andere zorgdiensten die voorheen onder de AWBZ vielen zijn overgeheveld naar de door gemeenten uitgevoerde Wmo 2015 en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Hoewel voorzieningen met betrekking tot langdurige zorg in Nederland nog steeds omvangrijk zijn in vergelijking met andere landen is een duidelijke verschuiving van verantwoordelijkheden waarneembaar. Daar waar de overheid voorheen een zeer grote zorgverantwoordelijkheid nam, wordt deze verantwoordelijkheid in toenemende mate gedeeld met hulpbehoevenden zelf en hun familieleden. Dit is in lijn met het zogenaamde subsidiariteitsbeginsel: vooral bij lichtere vormen van zorg, zoals huishoudelijke hulp, worden hulpbehoevenden geacht om eerst te kijken wat zij zelf kunnen, al dan niet met hulp uit het eigen netwerk; pas daarna kan men bij de overheid aankloppen.

Zorgidealen

In hoeverre sluiten deze beleidswijzigingen nu aan bij wat door de Nederlandse bevolking wenselijk wordt geacht? Onder de Nederlandse bevolking zijn vier verschillende zorgidealen te onderscheiden: een traditioneel, een warmmodern, een koudmodern en een koudtraditioneel zorgideaal. Dit zijn vier duidelijk uiteenlopende zienswijzen op hoe langdurige zorg zou moeten worden georganiseerd.

In het *traditionele* zorgideaal neemt de familie – en hierbinnen in de eerste plaats vrouwen – het leeuwendeel van de zorgtaken op zich en wordt de zorgverantwoordelijkheid van de overheid slechts als zeer beperkt beschouwd. Mensen die

Schematische weergave van vier zorgidealen in Nederland

	Traditioneel	Warmmodern	Koudmodern	Koudtraditioneel
Verantwoordelijkheid overheid	Laag	Hoog	Hoog	Hoog
Verantwoordelijkheid familie	Hoog	Hoog	Laag	Laag
Gelijke (non-)participatie mannen en vrouwen	Nee	Ja	Ja	Nee

een *warmmodern* zorgideaal aanhangen vinden dat familie en de overheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de zorg aan hulpbehoevenden. Mensen met een *koudmodern* zorgideaal zien zorgverlening door familieleden als onwenselijk. Zij vinden dat zowel mannen als vrouwen zich moeten richten op betaald werk. Van de overheid wordt op haar beurt verwacht dat zij dit mogelijk maakt door zorgtaken grotendeels op zich te nemen. Mensen die een *koudtraditioneel* zorgideaal aanhangen geloven, tot slot, ook dat de zorgverantwoordelijkheid van de overheid groot is en die van de familie beperkt. In tegenstelling tot mensen met een koudmodern zorgideaal houden koudtraditionelen er echter conservatieve man-vrouwopvattingen op na. Betaald werk wordt door hen gezien als een taak voor mannen. De tabel laat een schematisch overzicht van de vier zorgidealen zien.

Veranderende idealen

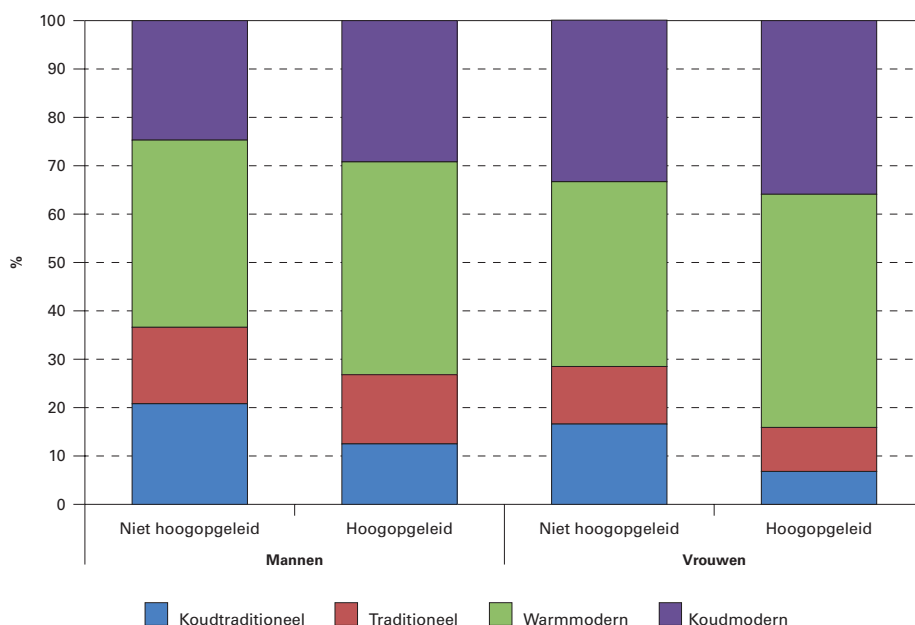
Een eerdere studie naar zorgidealen in Nederland liet zien dat er tussen de periode 2002-2004 en de periode 2010-2011 een verschuiving heeft plaatsgevonden in de publieke opinie over de verantwoordelijkheden van familie en overheid met betrekking tot langdurige zorg. Steeds meer mensen bleken een koudmodern zorgideaal aan te hangen, met een grote verantwoordelijkheid voor de overheid en beperkte verantwoordelijkheid voor de familie.

De vraag is hoe er vandaag de dag in Nederland over zorgverantwoordelijkheden wordt gedacht. De figuur verschaft een actueel beeld van de mate waarin de vier verschillende zorgidealen aanhang genieten. De geschatte aanhang van elk van de zorgidealen onder mannen en vrouwen wordt naar opleidingsniveau gepresenteerd. Deze schattingen zijn gebaseerd op de in 2014 verzamelde vierde ronde van de Netherlands Kinship Panel Study. In de figuur is duidelijk te zien dat de meeste mensen een koudmodern of een warmmodern zorgideaal aanhangen. Vooral onder vrouwen en hoogopgeleiden zijn deze zorgidealen populair. Het traditionele en het koudtraditionele zorgideaal worden relatief vaak aangehangen door mannen en lager en middelbaar opgeleide mensen.

Beleid en ideaal

Al sinds de jaren '90 zet de overheid steeds meer in op het beperken van de eigen zorgverantwoordelijkheid en het vergroten van die van de familie. De invoering van de Wmo en de recente vervanging van de AWBZ door de Wlz zijn hiervoor illustratief. In hoeverre beleidsmakers een verdere verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar de familie zullen kunnen realiseren valt echter te bezien. Een dergelijke ontwikkeling strookt niet met hoe een substantieel deel van de Nederlandse bevolking vindt dat langdurige zorg georganiseerd zou moeten worden. Behalve het warmmoderne zorgideaal, waarin overheid en familie een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor langdurige zorg, geniet ook het koudmoderne zorgideaal immers veel aanhang, vooral onder vrouwen en hoogopgeleiden. In dit laatste zorgideaal is de zorgverantwoordelijkheid

Aanhang per type zorgideaal, naar geslacht en opleidingsniveau*, 2014



Bron: Netherlands Kinship Panel Study, Wave 4, n=2,832 (gewogen).

van de familie juist beperkt en die van de overheid groot. Hiermee staat de populaire koudmoderne visie op langdurige zorg haaks op de richting waarin het Nederlandse langdurige-zorgbeleid zich ontwikkelt.

Thijs van den Broek, London School of Economics and Political Science,
e-mail: m.p.van-den-broek@lse.ac.uk

LITERATUUR:

- Da Roit, B. (2013), Long-term care reforms in the Netherlands. In C. Ranci en E. Pavolini (red.), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer, pp. 97-115.
- Van den Broek, T., P.A. Dykstra en R.J. van der Veen (2015), Care ideals in the Netherlands: Shifts between 2002 and 2011. *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 34 (3), pp. 268-281.

Foto: Bas Bogers/Flickr

