

Mantelzorg mantra ontmanteld

Mantelzorg is een van de kernpunten van de overheid. Zorg voor elkaar is een belangrijke troef bij het beteugelen van de toenemende zorgkosten door vergrijzing. Maar zijn de verwachtingen realistisch? De Eerstelijns analyseert.

Mantelzorg komt meestal voor rekening van familieleden. Vrijwilligers, burens en vrienden hebben een bescheiden, ondersteunende rol. Er zijn diverse onderzoeken naar mantelzorg uitgevoerd. In dit artikel beschrijven we de conclusies op hoofdlijnen.

Van 2002 tot 2014 is onderzoek naar mantelzorg gedaan en recent is de uitslag gepresenteerd. 40% van de familiebanden zijn niet geschikt om mantelzorg adequaat aan te gaan. De onderzoeker van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (Hogerbrugge 2014) heeft de verschillende familie-relaties in 6 categorieën onderverdeeld: harmonieus, plichtmatig, ambivalent, conflictueus, affectief en afstandelijk.

De uitkomsten komen tot uitdrukking in onderstaande tabel (N = 8000):

Gebleken is dat een ambivalente relatie voor mantelzorg niet werkt en een negatief effect heeft op het welzijn en welbevinden van betrokkenen. De conclusie dat de mogelijkheden van mantelzorg door familie door de overheid overschat worden, wordt gedeeld door een andere deskundige. Van Tilburg (VU): 'De meeste families maken geen goede afspraken over wie wat doet als papa of mama gebrekkig wordt, meestal is het één familielid die alles doet, tot die erbij neervalt'. Het kennisinstituut voor mantelzorg Mezzo geeft aan dat 45 procent van de 1 tot 1,5 miljoen mantelzorgers zwaarbelast of overbelast wordt. Het instituut heeft zelfs risicoprofielen opgesteld voor deze groep: mantelzorgers die het alleen doen, 75-plussers die voor de partner zorgen, familie van mensen met psychiatrische aandoeningen, werken-

de mantelzorgers van chronisch zieken of mensen met dementie, jonge mantelzorgers en allochtone mantelzorgers. Mezzo geeft adviezen om overbelasting te voorkomen.

Bereidheid

Marketingbureau USP heeft Nederlanders gevraagd (2015, N = 1000) waarom kinderen geen mantelzorg aan hun ouders zouden kunnen bieden in de toekomst. Ruim 45 procent geeft aan dit niet te kunnen met als redenen in volgorde van belangrijkheid: de reisafstand is te groot, de eigen baan/banen slokt/slokken te veel tijd op, het eigen gezin krijgt voorrang, men wil niet. Als dezelfde vraag aan mantelzorgvragers wordt voorgelegd, dan denkt één op de vijf ouderen dat er mensen in de omgeving zijn die te zijner tijd kunnen helpen. 50 procent zegt niemand te hebben.

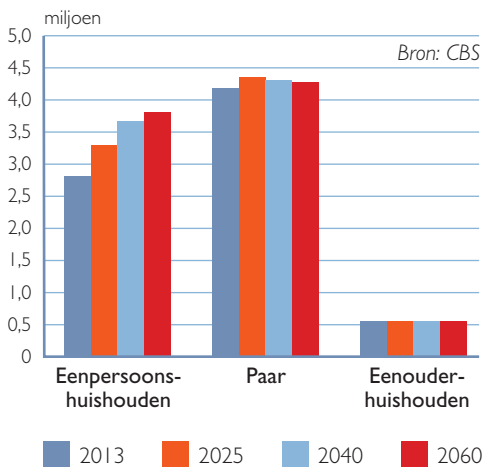
Meer alleenstaanden

Het Centraal Planbureau brengt in kaart hoe de gezinssituatie van de Nederlanders nu en in de toekomst is. Dit komt tot uitdrukking in onderstaande grafiek. De belangrijkste reden voor het stijgend aantal eenpersoonshuishoudens is de toename van het aantal ouderen. Maar ook scheidingen leveren hieraan een bijdrage.

TYPE	KENMERKEN	ouder/kind perc.	broer/zus perc.
harmonieus	> 1 x per maand face-2-face contact en regelmatige onderlinge hulp	57%	33%
plichtmatig	> 1 x per kwartaal face-2-face contact en nauwelijks onderlinge hulp	17%	12%
ambivalent	grote kans op conflict, maar wel frequent contact	10%	5%
conflictueus	grote kans op conflict en weinig of geen contact	8%	22%
affectief	goede relatie met slechts telefonisch of schriftelijk contact	8%	
afstandelijk	goede relatie, maar nauwelijks contact		28%

“De meeste families maken geen goede afspraken over wie wat doet als papa of mama gebrekkig wordt”

Gezinssituatie in Nederland, nu en in de toekomst



Overbelaste professionals

In de huidige situatie krijgt slechts 25 procent van de patiënten die mantelzorg ontvangen professionele hulp. Dit zal door de beweging 'langer thuis' en de vergrijzing toenemen. Zorgmedia waarschuwen al vaker voor overbelasting van huisartsen en wijkverpleegkundigen die professionele hulp verlenen aan patiënten waar ook mantelzorgers actief zijn (Medisch contact nov. 2012; MOVIR 2012; De Eerstelijns 2014-1 en 2015-10). Door de overbelasting van de eerstelijnskerndisciplines huisarts en wijkverpleegkundige komt de ondersteuning van en afstemming met mantelzorgers onder druk te staan. Gemeenten die in het kader van de Wmo in 2015 de taak hebben gekregen om mantelzorgers actief te ondersteunen, zitten nog middenin de transitie. Tegelijk blijkt uit bovenstaande onderzoeken dat er een ernstige overschatting is van de rol en inzet van mantelzorgers binnen de familie.

Consequenties voor beleid

Wat betekenen deze uitkomsten voor het beleid? Ten eerste vanuit de politiek-maatschappelijke benadering van zorg als primair goed; een noodzakelijke

voorwaarde om volwaardig deel te nemen aan de samenleving (Rawls, 2001). Of anders: zorg moet verleend worden met als doel burgers weer gezond te laten participeren. Die gezondheid is nodig om ervoor te zorgen dat iedere burger een *'fair equality of opportunity'* heeft. Omdat zorg een primair goed

is, moeten liberale staten (waar Nederland er een van is) zorg verlenen aan hun burgers. Behoeften van burgers zijn niet louter gericht op het gezond participeren aan de samenleving, maar ook op elementen van care. Die elementen geven de allermeeftsten in de samenleving namelijk een menswaardig bestaan





(Daniels, 1981). Overheden moeten zich dus verantwoordelijk voelen voor zowel cure als care. In de huidige samenleving staan beide typen van zorgverlening onder druk. In toenemende mate wordt van burgers niet vrijblijvend verlangd om voor hun zieke naasten te zorgen.

De veranderingen in de care pakken voor mantelzorgers dramatischer uit dan die in de cure. Veel patiënten in de care doen namelijk veel langer een beroep op hun mantelzorger. Deze mantelzorgers zorgen gemiddeld vijf tot tien jaar voor een ziek familielid (Beneken genaamd Kolmer, 2007) en hun voornaamste motieven om voor een ziek familielid te zorgen zijn: 'omdat ik me verantwoordelijk voel voor mijn zieke naaste' en 'omdat ik een relatie deel met mijn zieke naaste en die relatie belangrijk is in mijn leven'. Zorgverantwoordelijkheid en sterke relationele banden zorgen er dus voor dat mantelzorgers al eeuwenlang voor hun naasten zorgen.

Taak voor beleidsmakers

Als we het in onze samenleving belangrijk vinden dat familieleden voor elkaar blijven zorgen, dan moet het zorgbeleid zo worden ingericht dat burgers de kans krijgen om sterke relaties op te bouwen. Ze moeten van de overheid en werkgevers de ruimte krijgen om zorgverant-

woordelijkheid te dragen. Kortom: een zorgbeleid moet eraan bijdragen dat familieleden voor elkaar *willen* zorgen en *kunnen* zorgen.

Aan de ene kant is de overheid verplicht om zorg te verlenen en aan de andere kant lijkt het erop dat burgers in toenemende mate verplicht worden om zorg te verlenen aan hun zieke naasten. Maar waar houdt de zorgverantwoordelijkheid van de overheid op en begint de zorgverantwoordelijkheid van burgers zelf? Het is die grens waar onze huidige samenleving nog geen antwoord op heeft. Niemand spreekt zich uit over de exacte grenzen van individuele zorgverantwoordelijkheid tussen familieleden. Zorgbeleid zou zich moeten richten op het vaststellen van die grens.

Ruimte voor professionals

Wellicht eindigt burgerlijke zorgverantwoordelijkheid daar waar die verantwoordelijkheid het tegenovergestelde met zich meebrengt van wat ze eigenlijk wil bereiken. Immers: dan loopt de mantelzorger risico op overbelasting en ontstaan er risico's voor de patiënt (bijvoorbeeld ontspoorde zorg). Met als gevolg dat professionals, zoals huisartsen of wijkverpleegkundigen, in een te laat stadium kunnen interveniëren. Zorgbeleid moet professionals die au-

fond gezinsgericht kunnen denken en werken, de ruimte geven om op tijd de zorg te verlenen die zij nodig achten. Huisartsen en wijkverpleegkundigen moeten meer gelegenheid krijgen om hun gezinsgerichte wijze van zorg verlenen nieuw leven in te blazen. Via die weg is er meer kans op evenwicht in de zorg tussen zorgvragers, mantelzorgers en professionals – ook wel *Care Justitia* genoemd (Beneken genaamd Kolmer, 2011). Dit vraagt een heroriëntatie op de verdeling van middelen in de cure en de care. De medische oriëntatie en daarmee gepaard gaande middelen en infrastructuur staan in schril contrast met de afbraak van ondersteuningsfuncties als huishoudelijke hulp en beperkte budgetten voor de eerstelijnszorg om de beweging 'langer thuis' te faciliteren.

Individu versus collectief

Ten tweede zal een maatschappelijk-ethische discussie op gang moeten komen over de individualisering in de collectief gefinancierde zorg. De individuele keuzevrijheid staat soms in schril contrast met een efficiënt, kwalitatief, dekkend en samenhangend zorgaanbod met beperkte keuzevrijheid en beschikbare, goede zorg voor iedereen. Met een collectief afgestemd, samenhangend zorgaanbod kan verspilling worden voorkomen. Extra keuze is dan alleen beschikbaar tegen extra betaling, zodat een collectief hoogwaardig zorgaanbod betaalbaar en toegankelijk kan worden gehouden voor iedereen. Door herordening van zorgaanbieders in wijken, buurten en regio's kan een dekkend, efficiënt netwerk ontstaan, dat door een concessie systematiek tot prestaties wordt gedwongen.

Andere mogelijkheden

Een derde optie is immigranten te omarmen als waardevolle aanvulling op het beschikbare arbeidspotentieel in de Nederlandse samenleving en door in-

Praktijkteam van overheidsambtenaren?!



Het praktijkteam Zorg op de juiste plek is in februari geruisloos van start gegaan. Een team van rijksambtenaren dat gaat ondersteunen bij problemen om mensen op de juiste plek te krijgen. Rijksambtenaren en praktijk... Dat klinkt als een contradictie in terminus. Het team verleent zelf geen zorg, maar adviseert en brengt mensen met elkaar in gesprek, staat in de brief aan de Kamer. Of dat nu gaat helpen? Ik waag het te betwijfelen. De overheid heeft eerst de wet- en regelgeving op de schop genomen, wil nu dat mensen op de juiste plek terecht komen en stuurt daarom naar verluidt maximaal 2 FTE het veld in. Of is het ondersteuning op afstand? Ze komen niet alleen steun verlenen, maar ook best practices halen en verspreiden. Ik ben benieuwd of ze die kunnen vinden.

Symboolpolitiek

In ziekenhuizen zou het team nog wel wat werk kunnen verrichten. Daar zitten nog steeds behoorlijk wat mensen op de verkeerde plek. Omdat ze net zo goed en veel goedkoper in de eerstelijnszorg behandeld kunnen worden. Maar dat past niet in het verdienmodel van het ziekenhuis. Zorgverzekeraars redden het niet om deze mensen op de goede plek te krijgen. Wellicht dat de 2 FTE vanuit de rijksoverheid het verschil kan maken. U begrijpt het al, ik vind het helemaal niets. Symboolpolitiek. Misschien moeten we na zes maanden eens vragen hoe vaak ze gebeld zijn.

Megaprobleem

Is er dan niets goeds te bedenken? Jawel! Dat de ambtenaren vanuit het veld horen en begrijpen dat het een megaprobleem is dat mensen op de verkeerde plek in de zorg terecht komen. Zowel voor die mensen zelf, als voor de betrokken organisaties, gepassioneerde zorgaanbieders zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen, en vooral voor mantelzorgers. Dat het wellicht meer zin heeft om de subsidieregeling eerstelijnsverblijf afdoende te financieren vanaf 2017, zodat die een oplossing kan bieden voor probleemgevallen. Volgens mij zijn ambtenaren daar veel beter in.

Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl

burgering en integratie de multiculturele samenleving te versterken.

Een vierde optie is ICT en eHealth tot state of the art verheffen, waardoor ineffectieve methoden eerder kunnen worden afgebouwd en worden vervangen door *blended care* en domotica. Maar ook de inzet van online platforms, WhatsApp-groepen en andere social media om de aanwezige bereidheid tot informele zorg te versterken en ontginnen.

Via die weg kunnen zorgvragers, mantelzorgers, professionals en beleidsmakers op zoek naar een rechtvaardig evenwicht in de zorg. Een zorgvuldige beleidskeuze houdt rekening met zowel cure als care en zoekt naar die mogelijkheden die passen in onze gezamenlijke toekomst. <<

Tekst:

Deirdre Beneken genaamd Kolmer,
Lector Mantelzorg Haagse Hogeschool
Jan Erik de Wildt, Directeur de Eerstelijns
Foto's: Thinkstock

Er zal een maatschappelijk-ethische discussie op gang moeten komen over de individualisering in de collectief gefinancierde zorg

Literatuur

- Beneken genaamd Kolmer, D.M. (2007). *Family care and care responsibility: the art of meeting each other*. Delft: Eburon. (proefschrift).
- Beneken genaamd Kolmer, D.M. (2011). *Mantelzorg: wikken en wegen. Op weg naar een Care Justitia*. Delft: Eburon.
- Daniels, N. (1981). *Health-care needs and distributive justice. Philosophy and Public Affairs*, 10, 146-179.
- Rawls, J. (2001). *Justice as fairness*. Cambridge, London: The Belknap Press of Harvard University Press.