

WHO CARES?

DE IMPACT VAN DE ECONOMISCHE CRISIS OP ZORG IN EUROPA

EEN LANDEVERGELIJKEND ONDERZOEK NAAR HET EFFECT
VAN OVERHEIDSBEZUINIGINGEN EN INFORMELE ZORG OP DE
ZORGBEHOEFTE VAN EUROPESE ZESTIGPLUSSERS IN TIJDEN
VAN CRISIS

Elisabeth (Ilse) Govers

Promotor: Dr. Veerle Buffel

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting Sociologie
Academiejaar: 2017 - 2018



Abstract

Objective. Since the European Union focused on austerity measures during the economic crisis, the budget for healthcare was reduced in several European countries. Informal care was simultaneously strongly encouraged by the governments. A great deal of research focuses on the wellbeing of informal carers. The effect informal care has on the fulfilling of needs receives less attention. In order to investigate if there is a crowding out-effect, this quantitative research revolves around the following question: what is the influence of austerity measures and informal care regarding the fulfilling of needs from European citizens over 60 years old?

Method. In order to test the crowding out-approach, a logistic multilevel regression analysis was carried out on the data of Share wave 6. A total of 26.075 individuals and 16 European countries were compared. Furthermore, the influence of age, gender, level of education, capacity to make ends meet, health, migration background, marital status, degree of urbanisation, GDP and unemployment rate on unmet needs are tested.

Results. People are more likely to receive informal care when the amount of hospital beds is being reduced, but people who receive informal care have a higher probability to have unmet needs. This means that the capacity of informal care does not suffice to meet with the demand for care. Especially women, people who have difficulties to make ends meet, older people and people who suffer from bad health, are likely to both receive informal care and have unmet needs.

Conclusions. A crowding out-effect was ascertained; when the availability of hospital beds and their corresponding required personnel increases, people receive less informal care. This effect cannot be generalized to other healthcare services, therefore it is a heterogeneous effect.

Keywords: austerity measures; informal care; unmet need; Europe.

1. Inleiding en probleemstelling

De vergrijzing van de Europese bevolking zorgt voor een groei in behoefte naar mantelzorg (Rhodes & Shaw, 1999; Vlachantoni et al., 2011; Yghemonos, 2016). Naarmate mensen ouder worden, neemt de kans toe dat ze niet meer voor zichzelf kunnen zorgen (Pezzin, Kemper & Reschovsky, 1996). De vergrijzing is een trend die decennia zal duren (Eurostat, 2015) en zowel de vraag naar huishoudelijke hulp als persoonlijke verzorging verhoogt (Haberkern & Szydlik, 2010). Terwijl de zorgvraag stijgt, zijn er minder jonge mensen beschikbaar om informele zorg te verlenen (Rhodes & Shaw, 1999) en om het groeiende benodigde budget voor langdurige zorg te financieren (Anderson & Hussey, 2000). Door de toename van werkende vrouwen, flexibele werktijden en onstabiele huwelijken en relaties, hebben familieleden minder vrije tijd die ze aan mantelzorg kunnen besteden (Haberkern & Szydlik, 2010). Ook wonen familieleden verder weg dan voorheen, wat het verlenen van informele zorg ook bemoeilijkt. Kortom, de zorgvraag stijgt en het aantal zorgverleners gaat niet mee in deze trend, waardoor uiteindelijk niet alle zorgbehoeften vervuld kunnen worden (Haberkern & Szydlik, 2010).

Ondanks de vergrijzing van de Europese bevolking (Eurostat, 2015) en de stijging van de zorgvraag, bezuinigden overheden op de zorgsector als gevolg van de economische crisis die in 2008 uitbrak (Vlachantoni, Shaw, Willis, Evandrou, Falkingham & Luff, 2011; Van Gool & Pearson, 2014; Thomson et al., 2014; OECD, 2015). De crisis leidde tot een stijging van de werkloosheid (Buffel, Van de Velde & Bracke, 2015), een daling van het BNP (Karanikolos et al., 2013; Thomson et al., 2014), het verdwijnen van spaarrekeningen en andere financiële problemen. Als gevolg van de recessie moest ook de zorgsector noodgedwongen veranderingen doorvoeren (Van Gool & Pearson, 2014). Nadat de economische crisis Europa trof, verslechterde de volksgezondheid (Quaglio et al., 2013; Karanikolos et al., 2013), steeg de vraag naar zorg (Thomson et al., 2014) en daalde het gebruik van gezondheidszorg (Van Gool & Pearson, 2014; Lusardi, Schneider & Tufano, 2015). De behoefte aan toegankelijke gezondheidszorg groeide in deze crisistijd (Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold & McDaid, 2013) en meer zorgbehoeften bleven onvervuld (Van Gool & Pearson, 2014). De burger heeft in crisistijd minder financiële middelen ter beschikking, wat de zorg voor een grotere groep minder betaalbaar maakt (Israël, 2016).

Om meer mensen met zorgbehoeften te helpen, zouden Europese welvaartsstaten volgens Fjaer, Stornes, Borisova, McNamara en Eikemo (2017) intensievere inspanningen moeten leveren, zodat de barrières voor het ontvangen van zorg lager worden. De bezuinigingen op zorg in crisistijd vormen een paradox. De meeste Europese en OECD-landen gaven aan ongelijkheid in gezondheid te willen reduceren en pleitten voor adequate en gelijke toegang tot gezondheidszorg (Allin & Masseria, 2009; Delooper & Lafortune, 2009; Thomson et al., 2014), terwijl verschillende onderzoekers constateerden dat de bezuinigingen op zorg resulteerden in minder toegankelijkheid en meer infectieziekten, zelfdoding (Karanikolos et al., 2013) en onvervulde zorgbehoeften (Gené-Badia, Gallo, Hernández-Quevedo & García-Armesto, 2012; Karanikolos et al., 2013; Kyriopoulos, Zavras, Skroumpelos, Mylona, Athanasakis & Kyriopoulos, 2014). De studie van Lusardi, Schneider en Tufano (2015) laat zien dat mensen die inleveren op hun welvaart meer geneigd zijn

het gebruik van routinezorg te reduceren en degenen die nog meer inleveren, gebruiken over het algemeen minder zorg. Daling van inkomen kan leiden tot afname van uitgaven aan zorg, minder gebruik van private zorgdiensten en een toename in gebruik van zorgdiensten in de publieke sector (Kondilis et al., 2013). De gevolgen van bezuinigingen tijdens een economische crisis en zwakke sociale bescherming, kunnen dus verstrekkende gevolgen hebben voor de volksgezondheid (Kondilis et al., 2013; Thomson et al., 2014) en aanleiding geven tot een sociale en gezondheids crisis (Karanikolos et al., 2013).

De organisatie van publiek gefinancierde langdurige zorg varieert erg in Europa (Geerts, 2012). De manier waarop ouderen en hun naasten omgaan met zorgbehoeften is mede hiervan afhankelijk. Door bezuinigingen op gezondheidszorg zijn zorgvragers vaak genoodzaakt een beroep te doen op hun naasten. Bovendien wordt dit ook gestimuleerd door de Europese Unie (EU) (Yghemonos, 2016). Net als formele sociale bescherming, kan ook informele sociale bescherming negatieve effecten van een recessie op gezondheid verzachten (Karanikolos et al., 2013). Informele zorg kan een substituut zijn voor bepaalde vormen van formele thuiszorg (Langa et al., 2001; Van Houtven & Norton, 2004). Toch is de kwaliteit van informele zorg niet altijd voldoende om professionele zorg te vervangen (Bonsang, 2009). Zorgbehoevenden hebben professionele zorg nodig om alle zorgbehoeften te vervullen. Informele zorgverleners worden geacht steeds meer gecompliceerde verpleegkundige zorgtaken op zich te nemen (Rhodes & Shaw, 1999), maar de doeltreffendheid daarvan is dubieus wanneer de zorg kennis en kunde vereist. (Bonsang, 2009).

Het vervangen van (in)formele zorg als gevolg van overheidsmaatregelen werd eerder in Amerika onderzocht. Diverse studies laten zien dat wanneer de overheid investeerde in formele zorg, deze toegankelijker werd, waarna het gebruik van formele zorg toenam en het gebruik van informele zorg afnam (Ettner, 1994; Stabile et al., 2006) en vice versa (Langa, Chernew, Kabeto & Katz, 2001). In Amerika is zorg anders georganiseerd dan in Europa. Door volwassen kinderen verleende informele zorg is er de meest ontvangen langdurige zorg door ouderen en wordt vaak geprefereerd boven formele zorg (Van Houtven & Norton, 2004). Binnen Europa verschillen landen in hun opvattingen over informele zorg, de zorgende rol van de overheid en de verantwoordelijkheid over zorg (Esping-Andersen, 1999; Haberkern & Szydlik, 2010; Geerts, 2012; Geerts & Van den Bosch, 2012; Di Novi, Jacobs & Migheli, 2015).

Door gebrek aan tijdige en relevante data over de gezondheidsstatus van de bevolking, blijkt het moeilijk om het effect van een economische crisis op gezondheid te kwantificeren (Thomson et al., 2014). Ondanks meer dan honderd jaar onderzoek naar de effecten van economie op gezondheid, is de relatie tussen beiden nog niet volledig begrepen (Karanikolos et al., 2013). De aanpassingen van het beleid als reactie op de crisis verschillen tussen landen, net als de gezondheidsresultaten (Karanikolos et al., 2013). Echter door verschillen in inadequate methodieken zijn de data zelden internationaal vergelijkbaar (Goddard & Smith, 2001). Beleidsveranderingen kunnen niet volledig geëvalueerd worden buiten de context in welke deze zijn geïmplementeerd. Als gevolg zijn de meeste nog niet eerder geëvalueerd (Thomson et al., 2014). Ook zijn er niet veel onderzoekers die de invloed van beleid op toegankelijkheid onderzochten en blijft de behoefte om de lange termijn-

impact van de economische crisis op zorg actief te monitoren bestaan (Van Gool & Pearson, 2014). Daarnaast zijn er over de oorzaken van ongelijkheid in toegankelijkheid van gezondheidszorg in Europa weinig onderzoeksresultaten beschikbaar (Goddard & Smith, 2001). Bovendien werd er op het Europese continent niet veel onderzoek gewijd aan onvervulde zorgbehoeften (Allin & Masseria, 2009).

In dit onderzoek wordt er nagegaan of overheidsbezuinigingen in 16 verschillende Europese landen impact hebben op het ontvangen van informele zorg en wat de uitwerking daarvan is op het vervullen van zorgbehoeften. Het crowding in/crowding out-effect (Buitter, 1977) vormt een belangrijke benadering voor dit onderzoek, omdat deze past bij de idee dat informele zorg formele zorg verdringt. Met dit onderzoek tracht de volgende vraag beantwoord te worden: *Welk effect hebben overheidsbezuinigingen en informele zorg op het vervullen van zorgbehoeften van zestigplussers in Europa?*

2. Theoretisch raamwerk

2.1 Bezuinigingsmaatregelen en onvervulde zorgbehoeften

Zorgbehoeften kunnen verschillen naargelang de plek waar iemand leeft, het advies en de diagnoses van zorgprofessionals en de eigen perceptie van gezondheid en ziekte (Goddard & Smith, 2001). Het bepalen van zorgbehoeften is complex (Andersen, 1995). In dit onderzoek zijn onvervulde zorgbehoeften zelf gerapporteerd en hebben betrekking op het uitvoeren van praktische huishoudelijke taken en persoonlijke verzorging (Share, 2017). Volgens Allin en Masseria (2009) vormen zelf gerapporteerde onvervulde zorgbehoeften een indicator van toegankelijkheid tot zorg. Toegankelijke gezondheidszorg biedt dan ook de mogelijkheid om zorgbehoeften te identificeren en om zorgbehoeften te vervullen (Levesque, Harris & Russell, 2013).

Het aandeel onvervulde zorgbehoeften door financiële tekortkomingen is het afgelopen decennium gestaag gestegen (Eurostat, 2016), in het bijzonder tijdens de recessie (Elstad, 2016). De toegankelijkheid van formele zorg veranderde door de invoering bezuinigende maatregelen op formele zorg (Ettner, 1994; Stabile, Laporte & Coyte, 2006). Ook de veranderingen in het zorgbeleid naar aanleiding van de economische crisis verslechterden de toegang tot zorg (Thomson et al., 2014; Karanikolos et al., 2013). Voor de economische crisis in 2008 uitbrak (Kondilis et al., 2013; Thomson et al., 2014), was er een sterke stijging in de zorguitgaven van overheden (OECD, 2015). In 2010 stagneerde deze groei en reduceerden overheden hun zorgbudgetten. Dit resulteerde in strenge bezuinigingsmaatregelen en gezondheidszorg hervormingen (Vlachantoni et al., 2011; Van Gool & Pearson, 2014), terwijl de gezondheid van de Europese bevolking verslechterde (Quaglio et al., 2013). De groei van de overheidsuitgaven aan zorg is sindsdien erg beperkt (OECD, 2015). Volgens Reeves, McKee en Stuckler (2014) zou de omvang van de economische crisis niet samenhangen met de overheidsuitgaven met betrekking tot zorg, hoewel in landen die het hardst getroffen werden door de crisis, de grootste dalingen van uitgaven aan gezondheidszorg geconstateerd werden (Van Gool & Pearson, 2014). Vooral zorgsystemen die financieel sterk afhankelijk zijn van de belastinginkomsten van de arbeidsmarkt, hadden een kleiner budget tijdens

de economische crisis (Thomson et al., 2014). Ook volgens Reeves en collega's (2014) is er samenhang tussen dalende belastinginkomsten en verlaagde zorguitgaven.

Niet alleen overheden veranderden hun uitgavenpatroon, ook de zorguitgaven van de burgers werden beïnvloed; door verschillende bezuinigingsmaatregelen werden de zorgkosten van de overheden naar de burgers verlegd (Karanikolos et al., 2013; Thomson et al., 2014). In landen die het hardst getroffen werden door de economische crisis, stegen de zorguitgaven van burgers, maar over het algemeen gaven inwoners van EU-landen sinds 2010 minder uit aan zorg (OECD, 2015). Als reactie op de overheidsbezuinigingen steeg het aantal afgesloten private zorgverzekeringen, een initiatief dat door sommige overheden gestimuleerd werd (Thomson et al., 2014).

Factoren die in verschillende Europese landen onderhevig waren aan overheidsbezuinigingen, waaronder wachtlijsten (Chen & Hou, 2002), verlaging van zorgkosten-dekking (Belvis et al., 2012), doorverwijs-procedures en de afstand tot zorgfaciliteiten (Gené-Badia et al., 2012; Karanikolos et al., 2013; Kyriopoulos et al., 2014; Quaglio et al., 2013), zijn bepalend voor de toegankelijkheid van zorg (Allin & Masseria, 2009). Andere voorbeelden van bezuinigingsmaatregelen in Europa zijn het bevriezen of verminderen van zorguitgaven, het verlagen van de lonen van zorgpersoneel, ontslag van zorgpersoneel, kleinere budgetten voor ziekenhuizen, minder beschikbaarheid van medische hulpmiddelen, sluiten van zorgfaciliteiten en reductie van het aantal ziekenhuisbedden (Karanikolos et al., 2013). Andersen (1995) stelt dat zorgpersoneel en -faciliteiten beschikbaar moeten zijn op de plek waar mensen wonen en werken. Bezuinigingsmaatregelen en gevolgen ervan zoals verslechterde bereikbaarheid van ziekenhuizen door fusies, een beperking op het aantal opnames en beperkte openingstijden, bemoeilijken de beschikbaarheid (Gené-Badia et al., 2012; Kyriopoulos et al., 2014) en hebben als gevolg dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben (Karanikolos et al., 2013).

Zowel op korte als op lange termijn hebben bezuinigingen negatieve effecten op gezondheid en toegankelijkheid van gezondheidszorg (Belvis et al., 2012; Karanikolos et al., 2013). Gené-Badia en collega's (2012) stellen dat vooral chronisch zieken dankzij de bezuinigingen op zorg langer wachten, omdat hun zorgvraag meestal het minst acuut is. Bijgevolg verslechtert hun gezondheid. Daarnaast zijn bepaalde formele diensten enkel beschikbaar wanneer de patiënt over een diagnose of prognose beschikt of zich in de laatste fase van een ziekte of het leven bevindt (Rhodes & Shaw, 1999). Bovendien neigen mensen met onvervulde zorgbehoeften een slechtere gezondheid te hebben dan de mensen zonder onvervulde zorgbehoeften (Allin & Masseria, 2009).

De toegankelijkheid van zorg heeft invloed op het gebruik van formele en informele zorg (Ettner, 1994; Andersen, 1995; Pezzin et al., 1996; Stabile et al., 2006). Zo kunnen subsidies voor thuiszorg zorgen voor een verhoging van het aantal ouderen dat niet bij hun kinderen woont (Stabile et al., 2006). Daarnaast blijkt dat wanneer de overheid het gebruik van thuiszorg toegankelijker maakt, de kans dat ouderen in een rusthuis gaan wonen daalt en het aantal ouderen dat gebruikmaakt van thuiszorg stijgt (Pezzin et al., 1996; Stabile et al., 2006). Bezuinigingen op gezondheidszorg hangen ook samen met de afname van het aantal ziekenhuisopnames (Van Gool & Pearson, 2014). Een

aantal gevolgen van de zorgbezuinigingen, waaronder hogere kosten, langere wachtlijsten en langere reisafstand naar zorgfaciliteiten, leiden tot onvervulde zorgbehoeften (Isaël, 2016). Een groot aanbod van zorgdiensten en royale financiering van publieke gezondheidszorg geven ouderen betere toegang tot formele thuiszorgdiensten (Geerts, 2012).

Op basis van deze bevindingen, is de volgende hypothese geformuleerd:

Hypothese 1: Overheidsbezuinigingen op zorg gaan gepaard met meer onvervulde zorgbehoeften.

2.2 Informele zorg

Zorgvragers die informele zorg ontvangen maken veel minder gebruik van formele thuiszorg dan hun leeftijdsgenoten zonder mantelzorger (Langa et al., 2001) en het vertraagt het verhuizen naar een rusthuis (Van Houtven & Norton, 2004). De mate waarin de zorgvrager formele zorg ontvangt beïnvloedt ook de kwaliteit van leven (Di Novi, Jacobs & Migheli, 2015). Een toename in verzorging aan huis en informele zorg, zijn twee van de doelen van de EU om te kunnen besparen op rusthuizen (Yghemonos, 2016). Informele zorg kan medische kosten verlagen als het formele zorg effectief vervangt (Van Houtven & Norton, 2004). Deze keuze van de EU in combinatie met de vergrijzing draagt bij aan de toename in behoefte aan mantelzorg (Rhodes & Shaw, 1999; Vlachantoni et al., 2011; Yghemonos, 2016).

Informele zorg is de onbetaalde, vrijwillige zorg die gedragen wordt door familieleden, vrienden of burens (Heaton, 1999; Christianson, 1988). Hoewel er in een aantal Europese landen vergoedingen worden uitgekeerd voor mantelzorg, is informele zorg grotendeels onbetaald werk dat uitgevoerd wordt in de privésfeer (Geerts, 2012). Voorbeelden van veel voorkomende mantelzorgtaken zijn hulp bij het nemen van medicatie, persoonlijke verzorging, bereiding van maaltijden, huishoudelijke taken, algemeen toezicht en het beheren van financiën (Pezzin et al., 1996). Zeldzame mantelzorgtaken zijn het geven van therapie en andere medische behandelingen (Christianson, 1988). De drijfveer voor mantelzorgers komt vaak voort uit liefde en toewijding (Heaton, 1999). Het fenomeen informele zorg kwam op in de jaren '70 van de vorige eeuw; er werd een shift gemaakt van zorg in de gemeenschap naar zorg door de gemeenschap (Heaton, 1999). In de jaren '80/'90 werd het erkend onder de naam 'informele zorg' en verscheen daarmee steeds vaker op de politieke agenda. De sluiting van ziekenhuizen, de afname van het aantal ziekenhuisbedden en de kortere verblijven in ziekenhuizen in de twintigste eeuw liepen parallel met ontwikkeling van informele zorg (Heaton, 1999). De verantwoordelijkheid over zorgverlening verschuift daarmee steeds meer van de overheid naar de burgers (Björnsdóttir, 2002). Sinds de jaren '70 is er een trend van toenemende thuiszorg, die zorgvragers inschakelen als substituut voor residentiële zorg (Heaton, 1999). De tegenhanger van informele zorg - formele zorg -, wordt door Bonsang (2009) gedefinieerd als betaalde huishoudelijke hulp en betaalde verpleegkundige hulp. Mantelzorgers voeren veelal taken uit die vergelijkbaar zijn met dit soort formele hulp (Christianson, 1988).

Doordat ouderen meer zorg behoeven (Pezzin, Kemper & Reschovsky, 1996; Haberkern & Szydlak, 2010) en door werkloosheid kan de gezondheid verslechteren (Kondilis et al., 2013; Zavras et al.,

2013; Buffel, Van de Velde & Bracke, 2015). Kortom: de combinatie van vergrijzing met de economische crisis gaat hand in hand met een stijging van zorgbehoeften (Kondilis et al., 2013; Thomson et al., 2014). Mensen met een slechtere gezondheid of een handicap hebben meer behoefte aan thuiszorg en maken er meer gebruik van (Langa et al., 2001; Stabile et al., 2006; Geerts & Van den Bosch, 2012). Niet alleen de gezondheid van ouderen is bepalend voor het ontvangen van formele zorg, ook voor de ontvangst van informele steun speelt gezondheid een rol (Ettner, 1994; Callegaro & Pasini, 2007; Bonsang, 2009).

2.3 Crowding out en crowding in

Wanneer het gebruik van publieke zorg vermindert doordat dit soort zorg minder toegankelijk wordt en zorgvragers bijgevolg meer informele zorg aannemen, spreken we van een omgekeerd crowding out-effect. Het crowding out-effect houdt in dat de aanschaf van bepaalde private producten of diensten verdrongen wordt doordat de overheid maatregelen heeft doorgevoerd en deze substitueert (Bouter, 1977). Een dergelijk negatief effect van overheidsbeslissingen op de inzet van informele netwerken werd eerder al door Parsons (1956) beschreven. Later stelde Putnam (1995) dat economische ontwikkeling een negatief effect heeft op het belang van sociale netwerken. Wanneer het crowding out-effect zich voordoet in de zorgsector, heeft het betrekking op de interactie tussen de maatschappelijke instituties familie en welvaartsstaat (Geerts, 2012). Esping-Andersen (1999) beschrijft dit als *defamilialisation*, de tegenhanger van *familialisation*. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de laatstgenoemde - een omgekeerd crowding out-effect; werkt de vermindering van publieke gezondheidszorg bevorderend voor informele zorg?

In plaats van het crowding out-effect, kan het crowding in-effect zich voordoen. Het crowding in-effect treedt op wanneer formele en informele zorg elkaar aanvullen en stimuleren (Motel-Klingebiel, Tesch-Roemer & Von Kondratowitz, 2005; Raeymaeckers, Dewilde, Snoeckx & Mortelmans, 2008). Formele en informele zorg zijn vaker complementair aan elkaar wanneer anderen - zoals kinderen, burens, broers, zussen of vrienden - bij de zorg betrokken zijn (Geerts, 2012). Goede gezondheidszorg kan er ook voor zorgen dat familieleden hulpbehoevende ouderen op andere manieren kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld op emotioneel vlak. Bovendien kunnen volwassen kinderen hun ouders helpen uit wederkerigheid en kunnen de publieke diensten een stimulans zijn voor informele zorg; de informele zorgers kunnen de zorglast verdelen en ze kunnen eerder bereid zijn om een taak op zich te nemen. Functionele differentiatie is mogelijk wanneer er een ruim publiekelijk zorgaanbod is, omdat het netwerk van de zorgvrager dan gemakkelijker een taak kan vervullen die het best bij hen past. Volgens Motel-Klingebiel en collega's (2005) biedt thuiszorg mantelzorgers juist beperkte voordelen.

Het crowding out-effect was te zien nadat in de Verenigde Staten de subsidies voor thuiszorg stegen, het gebruik van formele zorg toenam en de informele zorg afnam (Ettner, 1994). In Canada nam de inzet van informele zorg af terwijl het gebruik van formele zorg toenam, toen de door de overheid gefinancierde formele zorg toegankelijker werd (Stabile et al., 2006). Bij Europeanen werd hetzelfde effect geconstateerd (Arntz & Thomsen, 2011). Pezzin en collega's (1996) stellen juist dat het substitutie-effect – ofwel het crowding out-effect - minimaal is.

Binnen Europa zijn er verschillende opvattingen over informele zorg. Esping-Andersen (1999) linkt deze verschillen aan de drie typen welvaartsstaten; in sociaal-democratische landen neemt de overheid het grootste deel van de zorg voor haar rekening, in de meer conservatieve landen spelen verzekeringen een grote rol en in de liberale welvaartsstaten wordt de kloof tussen publieke en informele zorg gevuld door de markt, wat overigens niet altijd toereikend is. In Zuid-Europese landen is vooral het informele netwerk verantwoordelijk voor de zorg, wat volgens Esping-Andersen (1999) te wijten is aan het katholicisme. In dergelijke landen zouden zorgvragers zich enkel tot publieke diensten wenden als het informele netwerk de behoeften niet kan vervullen. Andere onderzoekers bevestigen de classificatie van de verschillende regimes. In Zuid-Europese landen zijn de zorguitgaven van de overheid lager dan in noordelijk gelegen landen. Dankzij de familiebanden wordt er in de mediterrane landen meer informele zorg verleend (Haber Kern & Szydlik, 2010; Geerts, 2012; Di Novi, Jacobs & Migheli, 2015). In Duitsland en Oostenrijk heerst de attitude dat zorg de verantwoordelijkheid van de familie is. In Noord-Europa en Nederland is de publieke opinie dat de staat persoonlijke zorg op zich neemt. Frankrijk en België bevinden zich tussen deze twee uitersten (Geerts & Van den Bosch, 2012). De bescheiden rol van informele zorg in noordelijke Europese landen gaat gepaard met hogere uitgaven aan langdurige zorg (Di Novi, Jacobs & Migheli, 2015) en meer voorzieningen zoals thuiszorg en rusthuizen (Haber Kern & Szydlik, 2010). De publieke sector draagt er de grootste verantwoordelijkheid over zorg (Geerts, 2012).

Informele zorg kan een substituuut zijn voor bepaalde vormen van formele thuiszorg (Langa et al., 2001; Van Houtven & Norton, 2004). Informele zorg volstaat echter niet bij een hoog niveau van invaliditeit (Bonsang, 2009). Invaliditeit houdt in dat het uitoefenen van dagelijkse activiteiten beperkt wordt door gezondheidsproblemen. Ongeacht de mate van invaliditeit is informele zorg een zwakke aanvulling op verpleegkundige hulp, wat betekent dat de zorgvrager professionele zorg nodig heeft of onvervulde zorgbehoeften zal hebben. Bonsang (2009) stelt dat het omgekeerde crowding out-effect heterogeen is; informele zorg is op lange termijn alleen een effectieve vervanging als de behoeften klein zijn en als er voor de zorg geen scholing vereist is. De zorgvraaag en de capaciteiten van de zorgverlener moeten op elkaar aansluiten om een effectief resultaat te leveren. Volgens Bonsang (2009) zou de kwaliteit van informele zorg niet gelijk zijn aan professionele medische hulp. Ook Rhodes en Shaw (1999) constateren dat informele zorgverleners steeds meer de rol van verpleegkundigen krijgen. Ze dienen complexe zorgtaken op zich te nemen en dienen vaardig te zijn in zorg die verplegers normaliter verlenen. Deze ontwikkeling in combinatie met de toename van domotica in huis, doen thuis steeds meer op een ziekenhuis lijken. De grenzen van rollen van professionals en informele zorgverleners worden onduidelijk, met gebrek aan coördinatie en tegenstrijdige informatie als uitkomst. Rhodes en Shaw (1999) noemen dit de medicalisering van thuis. In het beleid dat stelt dat informele zorg formele zorg kan vervangen om de kosten van langdurige zorg te drukken, dient rekening gehouden te worden met de doeltreffendheid ervan (Bonsang, 2009). Bij gebrek aan specifieke kunde, zoals hulp bij het aankleden of douchen, blijven zorgbehoeften onvervuld (Vlachantoni et al., 2011).

Mogelijk is de capaciteit en/of kwaliteit van informele zorg onvoldoende om de beschikbaarheid en kwaliteit van formele zorg te vervangen. In dat geval zijn de volgende hypothesen van toepassing:

Hypothese 2a: De ontvangst van informele zorg neemt toe naarmate overheden bezuinigen op zorg.

Hypothese 2b: Onvervulde zorgbehoeften nemen toe wanneer de ontvangst van informele zorg stijgt.

Indien informele zorg de rol van formele zorg effectief aanvult, geldt de volgende hypothese.

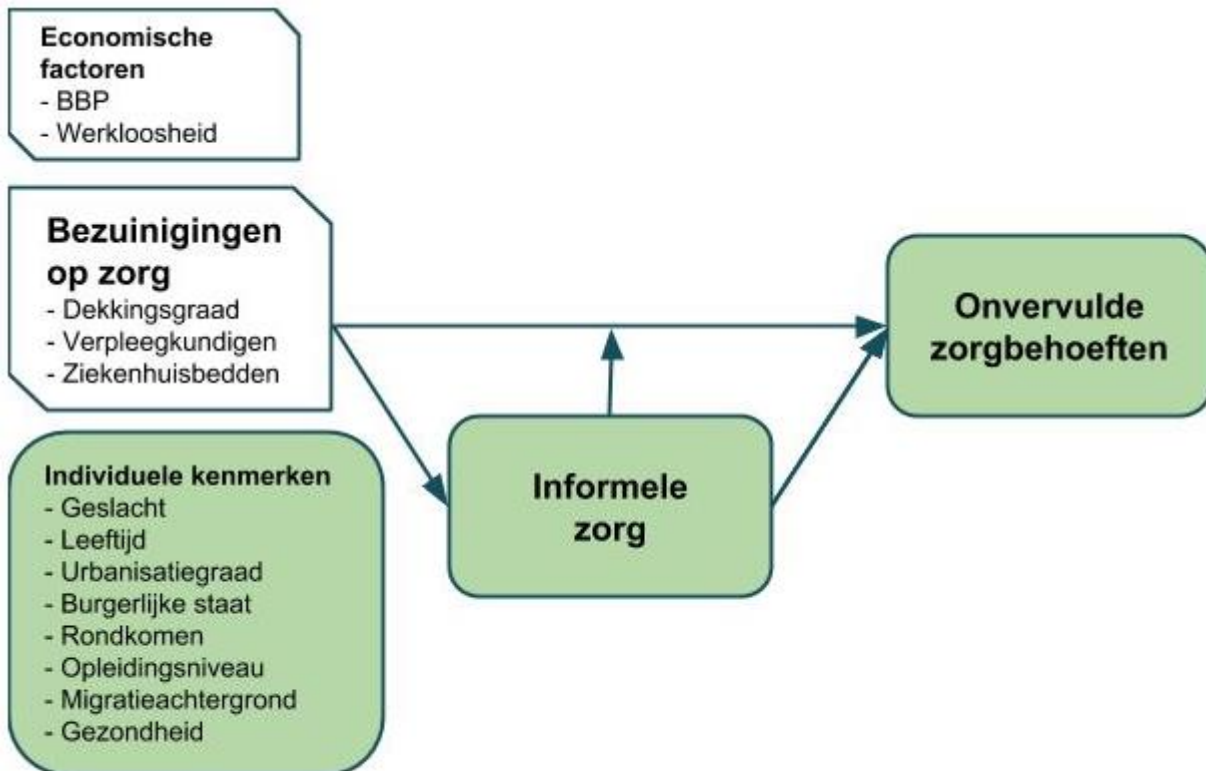
Hypothese 3: Het samengaan van overheidsbezuinigingen op zorg met toenemende onvervulde zorgbehoeften, wordt verzwakt door de ontvangst van informele zorg.

3. Onderzoeksdesign

3.1 Conceptueel model

Op basis van voorgaand onderzoek valt te concluderen dat bezuinigingsmaatregelen van overheden impact kunnen hebben op het vervullen van zorgbehoeften. Daarnaast blijkt dat informele zorg een rol kan spelen bij het vervullen van zorgbehoeften. Cross-nationaal onderzoek met betrekking tot het effect van deze factoren is beperkt. Aan de hand van de crowding out-benadering werd dit verder onderzocht op zowel macro- als micro-niveau. Figuur 1 is een grafische voorstelling van de probleemstelling: *Welk effect hebben overheidsbezuinigingen en informele zorg op het vervullen van zorgbehoeften van zestigplussers in Europa?* De variabelen bezuinigingen op zorg, BBP en werkloosheidsgraad werden op nationaal niveau gemeten en informele zorg en onvervulde zorgbehoeften op individueel niveau. Omdat leeftijd, geslacht, gezondheid, opleidingsniveau, de mogelijkheid om rond te komen, urbanisatiegraad, het al dan niet hebben van een partner en migratieachtergrond van het individu ook invloed kunnen uitoefenen op de tegemoetkoming van de zorgbehoeften en het ontvangen van informele zorg, zijn deze individuele kenmerken de controlevariabelen op microniveau.

De onderzoeksvraag is of de bezuinigingen directe en indirecte invloed hebben op het vervullen van zorgbehoeften. Naar verwachting zorgen meer bezuinigingen met betrekking tot de zorgsector voor meer onvervulde zorgbehoeften (hypothese 1). Naast dit directe effect, werd er een indirect effect verondersteld. In het conceptueel model medieert en modereert informele zorg het eerder genoemde effect. Het positieve effect van bezuinigingen op informele zorg werd eerder al toegelicht als het omgekeerde crowding-out-effect. Indien mensen na bezuinigingen meer informele zorg ontvangen (hypothese 2a) en de kwaliteit van dit soort zorg ontoereikend is, kan dit leiden tot meer onvervulde zorgbehoeften, zoals in hypothese 2b verondersteld wordt. Dit zou een positief, mediërend effect zijn tussen bezuinigingen op zorg en onvervulde zorgbehoeften. Hypothese 3 stelt het tegengestelde; minder zorgbehoeften blijven onvervuld wanneer informele zorg, de impact van de bezuinigingen verzwakt. In dit geval is er sprake van een interactie-effect.



Wit: macro-niveau

Groen: micro-niveau

Figuur 1. Conceptueel model

3.2 Economische factoren

Economische crisissen worden geassocieerd met stijgende ziekte- en sterftcijfers (Kondilis et al., 2013). Deze verslechtingen kunnen ervoor zorgen dat de zorgvraag toeneemt, met name onder kwetsbare groepen zoals werkloze en onverzekerde mensen (Kondilis et al., 2013). Tijdens de economische crisis nam het routinematige zorggebruik af (Lusardi, Schneider & Tufano, 2015). De crisis veroorzaakte veel werkloosheid (Karanikolos et al., 2013; Thomson et al., 2014; Buffel, Van de Velde & Bracke, 2015), wat een negatief effect heeft op het gebruik van gezondheidszorg (Van Gool & Pearson, 2014), maar ook op gezondheid (Kondilis et al., 2013; Zavras et al., 2013), met name op mentale gezondheid (Buffel, Van de Velde & Bracke, 2015). Dit paradox heeft vooral te maken met het gebrek aan financiële middelen die nodig zijn om toegang te verkrijgen tot formele zorg (Lusardi, Schneider & Tufano, 2015). Werklozen met een chronische ziekte blijken langer op een behandeling te wachten dan werkenden (Athanasakis et al., 2014). Terwijl de werkloosheidsgraad en het aandeel zorgbehoeften hoog is (Kondilis et al., 2013), het BBP daalt en de nood aan toegankelijke, publieke gezondheidszorg stijgt, voeren beleidsmakers bezuinigingsmaatregelen door (Reevers et al, 2014), wat resulteert in meer gezondheidsrisico's (Kondilis et al., 2013). Volgens Elstad (2016) zijn onvervulde zorgbehoeften dan ook hoger tijdens economische crisis.

3.3 Individuele kenmerken

De keuze voor de opname van de individuele kenmerken is gebaseerd op de factoren die volgens Andersen (1995) bepalend zijn voor het gebruik van gezondheidszorg: demografische factoren, toegankelijkheid en behoeften. Daarom zijn de demografische variabelen leeftijd, urbanisatiegraad, geslacht, het hebben van een partner en migratieachtergrond, opgenomen in het onderzoek. Daarnaast wordt rekening gehouden met het opleidingsniveau, de mogelijkheid om rond te komen en de gezondheid van het individu.

Voorals mens met een laag inkomen beoordelen hun gezondheid relatief slecht en vice versa (Allin & Masseria, 2009). Sociaal economische status hangt samen met gezondheid (Smith, 1998; Delooper & Lafortune, 2009). Met name de mentale gezondheid lijdt onder economische veranderingen (Thomson et al., 2014). Toch maken mensen met een hogere sociaal economische status meer gebruik van gezondheidszorg dan mensen met een lagere sociaal economische status, ook als hun zorgbehoeften overeenkomen (European public health association, 2017; Delooper & Lafortune, 2009). De zorgbehoeften stijgen zodra het huishoudinkomen achteruit gaat (Thomson et al., 2014), tegelijkertijd beïnvloedt inkomen de kans op een tijdige, passende behandeling (Fjaer et al., 2017; Kyriopoulos et al., 2014) en de toegang tot gezondheidszorg (Karanikolos et al., 2013). Welvarende mensen kunnen bijvoorbeeld wachtlijsten omzeilen door naar een private zorginstelling te gaan (Athanasakis et al., 2014). Degenen met een laag inkomen lopen dan ook een groter risico op onvervulde zorgbehoeften (Shi & Stevens, 2005). Naar aanleiding van de economische crisis werd zorg vooral voor mensen in lagere sociaal economische groepen minder toegankelijk (Belvis et al., 2012) en stegen voornamelijk hun onvervulde zorgbehoeften (Van Gool & Pearson, 2014).

Als het opleidingsniveau betreft, zijn er ook verschillen in gezondheid en de toegang tot gezondheidszorg. Hoger opgeleiden kennen hun gezondheid een hogere score toe (Allin & Masseria, 2009) en hebben minder last van chronische ziekten in vergelijking met lager opgeleiden (Fjaer et al., 2017). De negatieve impact van de crisis op gezondheid doet zich vooral voor bij lager opgeleide mensen en kan daardoor gezondheidsongelijkheid doen stijgen (Zapata Moya, Buffel, Yáñez & Bracke, 2015). Hoger opgeleiden hebben minder last van financiële barrières (Fjaer et al., 2017) en maken meer gebruik van thuiszorg dan lager opgeleiden (Stabile et al., 2006). Mensen die hoger opgeleid zijn, zijn meer geneigd om te betalen voor huishoudelijke hulp (Bonsang, 2009). Informele zorg wordt juist meer verstrekt onder mensen met een lager opleidingsniveau (Bonsang, 2009).

Niet alleen opleidingsniveau, maar ook geslacht heeft effect op zorgbehoeften en de vervulling ervan. De zelf gerapporteerde gezondheid van mannen is positiever dan die van vrouwen (Zavras et al., 2013). In Europa hebben meer mannen dan vrouwen onvervulde zorgbehoeften (Fjaer et al., 2017). Vrouwen zouden minder informele zorg ontvangen dan mannen, desondanks ontvangen ze niet meer formele zorg, concludeerde Ettner (1994). Uit onderzoek van Stabile en collega's (2006) blijkt dat vrouwen juist wel eerder gebruikmaken van thuiszorg dan mannen.

Naast geslacht, is migratie invloedrijk wat betreft zorgbehoeften. Migratie kan veel stress veroorzaken en uitmonden in mentale gezondheidsproblemen (Bhugra, 2004; Giacco & Priebe, 2018). Immigranten en etnisch culturele minderheden ervaren meer symptomen van depressie dan de autochtonen. Sociaal economische uitdagingen (Bhugra, 2004), discriminatie en vervreemding stimuleren deze verschijnselen (Kirmayer et al., 2011). Bovendien nemen vooral de zorgbehoeften van kwetsbare groepen waaronder immigranten toe tijdens economische crisissen (Kondilis et al., 2013). Cultuur beïnvloedt ervaring, expressie, verloop, uitkomst, en reactie op gezondheids promotie, -preventie en -behandelingen van gezondheidsproblemen (Buhgra, 2004; Kirmayer et al., 2011; Serneels, O'Driscoll, Imeraj, Vanfraussen & Lampo, 2017). Elke migrant doorstaat een ander proces, waardoor migranten niet altijd (toegang tot) de zorg krijgen die zij nodig hebben (Bhugra, 2004; Serneels et al.; 2007; Giacco & Priebe, 2018).

Een andere factor die impact kan hebben op de vervulling van zorgbehoeften, is het al dan niet hebben van een partner. Ouderen die samenwonen of getrouwd zijn, ontvangen vaak de meeste informele hulp van hun partner (Geerts, 2012). Ook voor alle ouderen tezamen komt de meeste zorg van partners en kinderen (Haberkern & Szydlik, 2010).

4. Methodologie

Dit onderzoek focust op deductie. Kwantitatief onderzoek is daarvoor het meest adequaat (Roose & Meuleman, 2014). De getoetste verbanden zijn los van elkaar al eerder onderschreven door andere onderzoekers. Deductie is daarom een logisch verloop van het onderzoek.

4.1 Data

Kwantitatieve data van het longitudinale, cross-nationale onderzoek Share (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) werden gebruikt om informele zorg, onvervulde zorgbehoeften en individuele kenmerken en eventuele verbanden in kaart te brengen. Share focust op economische, gezondheids-, en sociale kenmerken van Europese vijftigplussers (Share, 2017). Het onderzoek wordt onder meer gefinancierd door de Europese Commissie en nationaal door deelnemende landen (Share, 2018). Share accepteert geen fondsen van commerciële bedrijven. Mensen die in de gevangenis, het ziekenhuis of het buitenland verblijven en/of de landstaal niet spreken of verhuisd zijn naar een onbekend adres, komen niet in aanmerking om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast bestaat de Shares steeproef uit mensen die een vaste woonplaats hebben in het land waar de enquête afgenomen werd. De gebruikte data in dit onderzoek stammen van wave 6 en werden verzameld in 2015. Deze wave is interessant omdat toentertijd in veel Europese landen het einde van de recessie naderde. Socio-demografische informatie werd mede verworven uit voorgaande waves. Deze informatie werd enkel bevraagd bij de eerste deelname aan Share en de meeste respondenten hebben meermaals deelgenomen aan het onderzoek. Omdat de data van Share wave 6 informatie bevatten over 18 verschillende Europese landen, zijn deze zeer geschikt voor cross-nationaal onderzoek. De enquêtes van Share zijn CAPI (*computer-assisted personal interviewing*) afgenomen, dat wil zeggen *face-to-face* waarbij de antwoorden werden ingevoerd op een laptop (Share, 2017). In bijna alle landen waarin huishoudens nog niet eerder hadden deelgenomen, was

de responsgraad minimaal 30 procent (Malter, Schuller & Börsch-Supan, 2016). In bijna de helft van de deelnemende landen werd Shares doel om minstens 83 procent van de respondenten opnieuw te interviewen, behaald. Indien de respondent lichamelijk of cognitief niet in staat was om het volledige interview zelf af te leggen, assisteerde een proxy-responsent (Share, 2017). Dit is iemand uit hetzelfde huishouden die de respondent goed kent. Wave 6 bevat informatie van 68.231 respondenten uit 18 landen.

De volledige steekproef van wave 6 werd niet in het geheel geanalyseerd. Enkel respondenten van 60 jaar en ouder werden geselecteerd, omdat ouderen meer zorg behoeven (Pezzin et al., 1996; Rhodes & Shaw, 1999; Vlachantoni et al., 2011) en gebruiken (Ettner, 1994; Langa et al., 2001; Bonsang, 2009; Stabile et al., 2006). Met uitzondering van de variabele rondkomen (33,7%), tellen de variabelen niet meer dan zeven procent ontbrekende waarden. Daarnaast ontbraken er data over het aantal werkzame verpleegkundigen in Kroatië en Italië en was er onvoldoende informatie beschikbaar over de dekkingpercentages van Kroatië, waardoor deze landen en hun inwoners niet langer opgenomen konden worden in het onderzoek. De finale steekproef van dit onderzoek bestaat uit 26.075 individuen en 16 landen - Oostenrijk, Duitsland, Zweden, Spanje, Frankrijk, Denemarken, Griekenland, België, Tsjechië, Polen, Luxemburg, Portugal, Slovenië, Zwitserland, Israël en Estland.

4.2 Operationalisering

De vraag die peilde naar de problemen van de respondenten, was van belang voor de operationalisatie van de afhankelijke variabele onvervulde zorgbehoeften: *“Kunt u mij zeggen of u moeilijkheden hebt met deze activiteiten door een lichamelijk, geestelijk, emotioneel of geheugenprobleem? Tel moeilijkheden waarvan u verwacht dat ze minder dan drie maanden zullen duren niet mee.”* Vervolgens werden de volgende activiteiten genoemd: *“aankleden, sokken en schoenen aantrekken meegerekend”, “door een kamer stappen”, “in bad gaan of douchen”, “eten, en bijvoorbeeld het snijden van uw voedsel”, “in of uit bed komen”, “naar het toilet gaan, inclusief opstaan of gaan zitten”, “een plattegrond gebruiken om uw weg te vinden op een onbekende plaats”, “een warme maaltijd bereiden”, “boodschappen doen”, “telefoneren”, “geneesmiddelen innemen”, “rondom het huis of in de tuin werken”, “geld beheren, bijvoorbeeld rekeningen betalen en uitgaven bijhouden”, “zelfstandig de deur uitgaan en het openbaar vervoer gebruiken”* en *“de was doen”*, met als laatste de optie *“geen van bovenstaande”* (Share, 2017). Indien de respondent geen moeilijkheden met deze activiteiten had, werd er niet gevraagd naar onvervulde zorgbehoeften op dit vlak. Om een hoog aantal ontbrekende waarden te voorkomen, kregen deze respondenten de waarde 0 toegewezen op de vraag die werd gebruikt om onvervulde zorgbehoeften te meten: *“Is de hulp die u krijgt in overeenstemming met uw behoeften?”* (Share, 2017). Antwoordmogelijkheden bij deze vraag zijn *“altijd”, “meestal”, “soms”* en *“bijna nooit”*. De variabele ‘onvervulde zorgbehoeften’ werd binair geoperationaliseerd: aan de antwoorden *“altijd”* en *“meestal”* werd de waarde 0 toegekend, die staat voor geen onvervulde zorgbehoeften en *“soms”* en *“bijna nooit”* kregen de waarde 1, die staat voor onvervulde zorgbehoeften.

De indicatoren van de onafhankelijke variabele bezuinigingen op zorg zijn gebaseerd op de door Bambra (2005) ontworpen gezondheidszorg-index die de gevarieerde rol van de markt binnen de zorgsector in kaart brengt. Bambra gaat ervan uit dat de rol van de overheid klein is, wanneer de rol van de markt groot is. Omdat dit onderzoek focust op de rol van de overheid en niet op de rol van markt, wordt Bambras index slechts als invalshoek ingezet. De gezondheidszorg-index is geconstrueerd met de *out of pocket*-uitgaven, de private ziekenhuisbedden als een percentage van het totale aantal ziekenhuisbedden en het percentage van de populatie dat gedekt wordt door het gezondheidszorgsysteem (Bambra, 2005). Bambra heeft zich gebaseerd op Esping-Andersens (1990) werk-decommodificatie-index en ziet dekking - net als Esping-Andersen - als het belangrijkste onderdeel van de publieke zorgsector (Bambra, 2005).

Omdat het aandeel private ziekenhuisbedden niet relevant was voor dit onderzoek, is deze indicator opgenomen als het totaal aantal ziekenhuisbedden per duizend inwoners per land. De beschikbaarheid van data over enkel publieke ziekenhuisbedden waren interessant maar beperkt. Het aandeel private ziekenhuisbedden betreft onderhouden, beschikbare ziekenhuisbedden waarbij zorgpersoneel voorzien is, waaronder bedden voor curatieve zorg, revalidatiezorg, langdurige zorg (met uitzondering van psychiatrische zorg) en andere bedden in ziekenhuizen en rusthuizen (Eurostat, 2018). De indicator dekking is uitgedrukt als het percentage van de bevolking dat gedekt wordt door een publieke en/of private zorgverzekering (OECD, 2018). De *out of pocket*-uitgaven zijn niet opgenomen, omdat de level 2-steekproef dan te klein zou worden. Dit komt doordat de voorkeur uitging naar het toevoegen van een variabele die past bij de hulpbehoefte: verpleegkundigen. Dit zijn verpleegkundigen die het beroep actief beoefenen en zelf zorg verlenen aan zorgvragers. In een aantal landen zijn er door gebrek aan data, ook andere beroepen die gerelateerd zijn aan verpleegkunde opgenomen, waaronder managers die werkzaam zijn in de gezondheidszorg en verloskundigen (OECD, 2018). Het aantal verpleegkundigen is gegeven per duizend inwoners. De data met betrekking tot het aantal verpleegkundigen werden verkregen via OECD (2018), net als de dekkingspercentages en de data over de ziekenhuisbedden komen van Eurostat (2018).

Omdat de aanpassingen van het beleid niet direct zichtbaar zijn in de data van dat jaar (Karanikolos et al., 2013; Kondilis et al., 2013), is er gewerkt met een *time lag* van een jaar. Het gemiddelde van de indicatoren van 2006 en 2007 indiceren informatie over 2007 en data over 2014 en 2015 representeren 2015. Dankzij deze werkwijze konden er meer landen opgenomen worden in de analyse, omdat ontbrekende cijfers van 2007 en 2015 opgevangen worden door data uit 2006 en 2014. Vervolgens werden het dekkingspercentage, het aantal ziekenhuisbedden en het aantal verpleegkundigen van 2007 – het jaar voor de uitbraak van de economische crisis (Kondilis et al., 2013; Thomson et al., 2014) – afgetrokken van 2015 – het jaar waarin de data van wave 6 van het Share-onderzoek werden verzameld. Het verschil per land is de indicator van de variabele bezuinigingen op zorg.

Om de variabele informele zorg te operationaliseren, werd de volgende vraag uit Share wave 6 gebruikt: “Was er in de afgelopen twaalf maanden een familielid van buiten uw huishouden, een

vriend of een buur die persoonlijke verzorging of praktische huishoudelijke hulp aan u heeft gegeven?” Deze vraag kon beantwoord worden met “ja” of “nee”, wat gecodeerd wordt als “ja” is 1 en “nee” is 0.

Omdat het aantal ontbrekende antwoorden op de vragen met betrekking tot inkomsten hoog zijn, werd de vraag die peilt naar het vermogen om rond te komen gebruikt om de financiële status van de respondent in kaart te brengen. De variabele opleidingsniveau is gecategoriseerd op basis van de International standard classification of education 1997 (Share, 2018; Unesco, 1997). Het aantal categorieën is gereduceerd tot drie: geen onderwijs of basisonderwijs – nul, een en twee volgens ISCED -, secundair onderwijs – drie en vier volgens ISCED – en hoger onderwijs – vijf en zes volgens ISCED. De variabele ‘opleidingsniveau’ werd in de vorm van dummy-variabelen opgenomen in de analyses. Alle individuele kenmerken zijn in de analyse opgenomen als dummyvariabelen. Tabel A in de appendix geeft de operationalisering van alle variabelen weer, waarbij ook de referentiecategorieën van de dummy-variabelen vermeld zijn.

De bron van de macrofactoren BBP per capita en werkloosheidsgraad, die een indicatie geven van de economische omstandigheden in de landen, is OECD (2018). Het BBP is berekend volgens de uitgaven-methode (OECD, 2018). De werkloosheidsgraad is gelijk aan het percentage werklozen van de arbeidsmarkt, werkzoekenden inclusief (OECD, 2018).

4.3 Analysemethoden

Het zorgbeleid wordt grotendeels op nationaal niveau bepaald en ook nationale, economische factoren kunnen de vervulling van zorgbehoeften beïnvloeden. Daarom betreft de analyse twee niveaus; individuen, genest in landen. Een multilevel-analyse leent zich het best om de samenhang tussen bezuinigingen en de vervulling van zorgbehoeften te onderzoeken, omdat deze techniek rekening houdt met mogelijke overeenkomsten tussen individuen die in hetzelfde land wonen (Hox, Moerbeek & Van de Schoot, 2010). In multilevel-onderzoek is er oog voor context en hiërarchische structuur; in dit geval wordt deze mogelijkheid benut door de interactie tussen kenmerken van individuen en nationale factoren te onderzoeken. Het software-programma MLwin versie 3.02 werd gebruikt om de logistische analyses te verwezenlijken.

In de eerste stap zijn de bezuinigingen op zorg, informele zorg, onvervulde zorgbehoeften, BBP en werkloosheidsgraad voor elk land berekend. Vervolgens zijn op individueel niveau de controlevariabelen geslacht, leeftijd, de mogelijkheid om rond te komen, gezondheid, het hebben van een partner, migratieachtergrond, opleidingsniveau en urbanisatiegraad in combinatie met onvervulde zorgbehoeften en informele zorg in kaart gebracht. De assumpties van een logistische regressie-analyse werden niet overschreden. Tabel B in de appendix weergeeft de correlaties tussen de level 2-variabelen. Hoewel er een sterke samenhang is tussen het verschil in dekkingpercentage en BBP - Pearson-correlatie van 0,600 - is er geen sprake van multicollineariteit: uit een logistische regressie-analyse in SPSS blijkt dat de *variance inflation factor* van geen enkele variabele hoger is dan 1,930.

Na het bekijken van de beschrijvende resultaten en het controleren van de assumpties, zijn er logistische multilevelanalyses uitgevoerd om de samenhang tussen bezuinigingen op zorg, informele zorg en onvervulde zorgbehoeften te schatten. De analyse is stapsgewijs opgebouwd. In het eerste model wordt het directe effect van bezuinigingen op zorg op onvervulde zorgbehoeften getoetst, rekening houdend met de individuele kenmerken. In het tweede model worden daar de economische macro-variabelen aan toegevoegd. Vervolgens wordt met het derde model nagegaan of een toename van informele zorg ervoor zorgt dat onvervulde zorgbehoeften vermeerderen. Dit eventuele mediërende effect zou te zien zijn aan de verandering in het effect van bezuinigingen op zorg op onvervulde zorgbehoeften (MacKinnon, Krull & Lockwood, 2000). In het vierde model wordt bekeken of er sprake is van een interactie-effect tussen bezuinigingen op zorg en informele zorg op onvervulde zorgbehoeften. Dan zou het ontvangen van informele zorg het positieve effect van de bezuinigingen op de zorg op onvervulde zorgbehoeften verzwakken. Met het vijfde en zesde model wordt gekeken of bezuinigingen impact hebben op de ontvangst van informele zorg, eerst zonder de nationale economische context, vervolgens in deze context.

5. Resultaten

Tabel 1 geeft een overzicht van nationale veranderingen van 2015 ten opzichte van 2007 wat betreft het door de zorgverzekering gedekte percentage van de bevolking, beschikbare ziekenhuisbedden en verpleegkundigen. Daarnaast zijn variaties in onvervulde zorgbehoeften en ontvangen informele zorg weergegeven, evenals het BBP per capita en de werkloosheidsgraad van 2015. Zoals te zien, waren ziekenhuisbedden in bijna elk land aan bezuinigingen onderhevig. Hoewel er veel geschreven is over bezuinigingen op zorgpersoneel, blijkt de afname van het aantal verpleegkundigen mee te vallen. De bezuinigingen op dekking lijken sterk te variëren. Dit komt met name door de cijfers van Griekenland en Polen, waar het percentage verzekerden flink daalde, terwijl er in de meeste andere landen geen of weinig verschil was met de status voor de crisis. Het percentage onvervulde zorgbehoeften varieert van 4,2% in Israël tot 0,5% in Luxemburg. In Tsjechië, Estland, Denemarken en Oostenrijk wordt de meeste informele zorg ontvangen en in Luxemburg, Polen en Spanje de minste. Dit komt niet direct overeen met de typologieën van Esping-Andersen (1999).

Tabel 1. Aantal respondenten, onervulde zorgbehoeften (%), informele zorg (%), verandering dekkingpercentage van de bevolking, verandering ziekenhuisbedden per 1000 inwoners, verandering aantal verpleegkundigen per 1000 inwoners tussen 2015 en 2007, BBP per capita en werkloosheidsgraad per land.

	N	Onervulde zorg- behoeften %	Informele zorg %	<u>Verschil 2015 - 2007</u>				
				Bedden	Dekking	Verpleeg- kundigen	BBP	Werkloos- heidsgraad
België	2378	2,1	25,9	-0,46	0,00	1,53	45.561	8,48
Denen- marken	1560	2,4	33,7	-1,13	0,00	2,31	48.687	6,17
Duitsland	1853	0,9	27,7	-0,09	-0,10	1,86	47.810	4,63
Estland	2389	2,5	36,2	-0,54	-1,75	-0,52	28.735	6,19
Frankrijk	1753	2,3	25,3	-0,92	0,00	2,08	40.489	10,36
Griekenland	2139	1,6	24,8	-0,58	-14,00	-0,02	26.697	24,90
Israël	877	4,2	22,2	-0,31	0,00	-0,29	35.901	5,24
Luxemburg	657	0,5	15,4	-0,78	-2,50	1,00	102.553	6,66
Oostenrijk	1661	0,9	33,2	-0,13	1,30	0,93	49.959	5,72
Polen	657	1,5	18,3	0,18	-7,55	0,09	26.270	7,50
Portugal	601	3,0	14,6	-0,08	0,00	1,40	29.532	12,45
Slovenië	1653	1,3	23,4	-0,20	1,00	1,01	31.471	8,96
Spanje	2294	2,9	15,0	-0,32	0,80	0,69	34.844	22,06
Tsjechië	2194	1,5	44,2	-0,90	0,00	-0,08	33.478	5,05
Zweden	2051	1,1	23,4	-0,39	0,00	-1,66	47.891	7,43
Zwitserland	1358	0,9	22,1	-0,80	0,00	3,13	63.648	4,80
Gemiddelde (standaardafwijking)				-0,50 (0,32)	-1,35 (4,04)	0,76 (1,22)	41.286 (13.909)	9,73 (6,48)

N individuen = 26.075, N landen = 16

Bron: Share wave 6 (2015), Eurostat (2006, 2007, 2014, 2015), OECD (2006, 2007, 2014, 2015) en eigen berekeningen.

Landen met een hoog dekkingspercentage kunnen ook na de bezuinigingen, een betere dekking hebben dan landen die geen beleidsaanpassingen doorvoerden (Thomson et al., 2014). Het land met de grootste bezuinigingsmaatregelen hoeft niet per definitie het kleinste aanbod van publieke voorzieningen te hebben. Om een beeld te krijgen van de zorgsectoren in de verschillende landen in 2007 en 2015, biedt tabel C in de appendix een overzicht.

Tabel 2 is een weergave van de onvervulde zorgbehoeften, informele zorg en de individuele kenmerken. Het grootste deel van de respondenten heeft geen onvervulde zorgbehoeften. Meer dan de helft van de respondenten die daar wel mee kampt, ontvangt informele hulp. Van de gehele steekproef krijgt ongeveer eenvierde hulp van hun netwerk. Verder is er op vlak van geslacht, leeftijd, de mogelijkheid om rond te komen, gezondheid, opleidingsniveau, en migratie variatie in onvervulde zorgbehoeften en informele zorg.

Tabel 3 voorziet de resultaten van de multilevel logistische regressieanalyse. De resultaten tonen dat het aandeel onvervulde zorgbehoeften daalt wanneer het aandeel beschikbare ziekenhuisbedden stijgt. Van dit effect kan enkel gesproken worden wanneer er rekening wordt gehouden met de nationale economische context - zoals in model 2, het model met de meeste verklarende variantie op landenniveau. Van de drie indicatoren van bezuinigingen heeft alleen het verschil in beschikbare ziekenhuisbedden een significant effect op onvervulde zorgbehoeften. Hypothese 1 kan daarom niet in zijn volledigheid aanvaard worden. Het effect blijkt heterogeen te zijn; verandering op de facilitatie van ziekenhuisbedden heeft impact, terwijl verandering van het aantal verpleegkundigen en het aantal mensen dat gedekt wordt door een zorgverzekering geen significant effect heeft op onvervulde zorgbehoeften. Bovendien was ziekenhuisbedden in vergelijking met dekking en verpleegkundigen, de post waarop de meeste landen in de steekproef bezuinigden. De landen konden daardoor het meest variëren op vlak van deze indicator.

Het verband tussen de beschikbare ziekenhuisbedden en onvervulde zorgbehoeften wordt opgeheven door de rol die informele zorg speelt. Mensen die informele zorg ontvangen neigen onvervulde zorgbehoeften te hebben, terwijl het aantal mensen dat informele zorg ontvangt afneemt wanneer er meer ziekenhuisbedden beschikbaar zijn. Dit effect is weergegeven in tabel 4 en betekent dat er sprake is van een crowding out-effect. Met andere woorden: wanneer er bezuinigd wordt op ziekenhuisbedden, neemt de ontvangst van informele zorg toe. De informele zorg blijkt niet overeen te komen met de zorg die de zorgvragers nodig hebben, aangezien het voor ontvangers van informele zorg waarschijnlijker is om onvervulde zorgbehoeften te hebben ten opzichte van mensen die geen zorg van hun netwerk ontvangen. Dit houdt in dat zowel hypothese 2a als hypothese 2b aanvaard wordt: informele zorg kan toenemen wanneer er bezuinigd wordt op zorg - in dit geval ziekenhuisbedden -, maar kan de zorgbehoeften van zorgvragers niet vervullen. Onvervulde zorgbehoeften hebben is waarschijnlijker voor mensen die informele zorg ontvangen dan voor mensen die geen informele zorg krijgen.

Tabel 2. Beschrijvende resultaten onvervulde zorgbehoeften, informele zorg en individuele kenmerken

Variabele		N	Percentage	Onvervulde zorgbehoeften %	Informele zorg %
Onvervulde zorgbehoeften		477	1,8		60,2
Informele zorg		7.027	26,9	4,1	
Geslacht	Man	10.578	40,6	1,3	21,2
	Vrouw	15.497	59,4	2,2	30,9
Leeftijd	60 - 69	12.216	46,8	1,0	19,3
	70 - 79	8.812	33,8	2,0	27,2
	80+	5.047	19,4	3,5	45,1
Urbanisatie	Stad	17.811	68,3	1,9	26,2
	Dorp	8.264	31,7	1,7	28,5
Partner	Geen partner	7.865	30,2	1,6	27,2
	Partner	18.210	69,8	1,9	26,9
Rondkomen	Gemakkelijk	17.012	65,2	1,1	25,5
	Moeilijk	9.063	34,8	3,1	29,7
Gezondheid	Goed	15.212	58,3	0,4	19,3
	Slecht	10.863	41,7	3,8	37,7
Opleiding	Geen/basison derwijs	10.725	41,1	2,8	29,5
	Secundair	9.536	36,6	1,4	25,7
	Hoger	5.814	22,3	0,8	24,3
Migrant	Nee	23,216	89,0	1,7	27,1
	Ja	2.859	11,0	2,7	25,8

N = 26.075

Bron: Share wave 6 (2015) en eigen berekeningen

Het interactie-effect is niet significant, wat betekent dat informele zorg het risico op onvervulde zorgbehoeften door bezuinigingen niet kan verkleinen. Informele zorg kan de rol van de (afgenomen) formele zorg in deze context dus niet effectief aanvullen. Hypothese 3 wordt daarom verworpen. Bovendien zijn de effecten van de bezuinigings-indicatoren niet unaniem en de waarschijnlijkheid om onvervulde zorgbehoeften te hebben is juist meer dan twee keer zo groot voor mensen die informele zorg ontvangen ten opzichte van mensen die dit niet krijgen.

Naast de effecten van het aantal beschikbare ziekenhuisbedden en de ontvangst van informele zorg, hebben een aantal individuele kenmerken impact op de vervulling van zorgbehoeften. Mensen lopen op oudere leeftijd een significant hoger risico om onvervulde zorgbehoeften te hebben, evenals vrouwen en mensen die moeilijk rondkomen. Voor mensen met een goede gezondheid of een diploma hoger onderwijs, is dit risico juist kleiner. De groep voor wie het waarschijnlijker is om met onvervulde zorgbehoeften te kampen, ontvangt ook vaker informele zorg. Naast ouderen, vrouwen en mensen die moeizaam rondkomen, zijn ook dorpelingen - in tegenstelling tot stedelingen - meer geneigd om informele hulp te ontvangen. Mensen met een goede gezondheid zullen minder snel informele zorg krijgen. Deze resultaten zijn in lijn met de bevindingen van voorgaand onderzoek.

De nationale, economische context blijkt geen significante impact te hebben op onvervulde zorgbehoeften. Wel is er een significant effect dat toont dat het onwaarschijnlijker is om informele zorg te krijgen in landen met een hogere werkloosheidsgraad, zoals Spanje en Portugal. Dit is opmerkelijk omdat het voor mensen die met moeite rondkomen juist waarschijnlijker is om informele zorg te ontvangen.

Tabel 3. Resultaten multilevel regressieanalyse van effecten op onvervulde zorgbehoeften

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	OR	St.f	OR	St.f	OR	St.f	OR	St.f
Intercept	0,018***	,249	0,024***	,477	0,014***	,494	0,016***	,493
Bedden	0,567	,337	0,496*	,337	0,586	,345	0,816	,397
Dekking	1,046	,030	1,064	,035	1,071	,036	1,070	,035
Verpleeg- kundigen	1,023	,102	1,060	,104	1,061	,106	1,057	,105
Leeftijd								
70-79	1,548***	,122	1,545***	,122	1,399*	,124	1,399**	,124
80+	2,040***	,127	2,036***	,127	1,562***	,131	1,570***	,131
Geslacht								
Man	0,731**	,107	0,732**	,107	0,813	,108	0,813	,108
Urbanisatie								
Stad	0,967	,109	0,962	,110	0,973	,111	0,972	,111
Partner								
Geen	0,869	,108	0,869	,108	0,885	,109	0,887	,109
Rondkomen								
Moeilijk	2,126***	,106	2,092***	,107	2,038***	,108	2,046***	,108
Gezondheid								
Goed	0,145***	,141	0,146***	,141	0,174***	,143	0,174***	,143
Opleiding								
Secundair	0,812	,120	0,819	,121	0,829	,121	0,830	,121
Hoger	0,556***	,168	0,559***	,168	0,557***	,169	0,558***	,169
Migratie								
Migrant	1,229	,149	1,259**	,150	1,313	,151	1,321	,151
BBP			1,000	,000	1,000	,000	1,000	,000
Werkloosheidsgraad			1,011	,023	1,022	,023	1,022	,023
Informele zorg					2,801***	,103	2,130***	,756
Bedden x informele zorg							0,578	,329
Variantie landen	0,148*	,069	0,136*	,065	0,143*	,068	0,141*	,067

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

N individuen = 26.075, N landen = 16, OR = odds ratio, St.f = standaardfout

Bron: Share wave 6 (2015), Eurostat (2006, 2007, 2014, 2015), OECD (2006, 2007, 2014, 2015) en eigen berekeningen

Tabel 4. Resultaten multilevel regressieanalyse van effecten op informele zorg

	Model 5		Model 6	
	OR	St.f	OR	St.f
Intercept	0,320***	,194	0,690	,312
Bedden	0,465*	,312	0,425***	,258
Dekking	1,025	,029	0,988	,027
Verpleeg- kundigen	0,943	,096	0,977	,078
Leeftijd				
70-79	1,422***	,035	1,422***	,035
80+	3,114***	,040	3,111***	,040
Geslacht				
Man	0,662***	,032	0,662***	,032
Urbanisati e				
Stad	0,882***	,033	0,884***	,033
Partner				
Geen	0,941	,033	0,941	,033
Rondkome n				
Moeilijk	1,234***	,036	1,231***	,036
Gezondhei d				
Goed	0,452***	,033	0,452***	,033
Opleiding				
Secundair	0,935	,037	0,933	,037
Hoger	1,039	,044	1,037	,044
Migratie				
Migrant	0,845**	,052	0,842	,052
BBP			1,000	,000
Werkloosheidsgraad			0,948**	,018
Variantie landen	0,173**	,063	0,105**	,039

*p< 0,05 **p<0,01 ***p<0,001

N individuen = 26.075, N landen = 16, OR = odds ratio, St.f = standaardfout

Bron: Share wave 6 (2015), Eurostat (2006, 2007, 2014, 2015), OECD (2006, 2007, 2014, 2015) en eigen berekeningen

6. Discussie

Volgens Stegmueller (2013) is er geen bias op de schatting van de macro-effecten bij het uitvoeren van een multilevel-analyse als er meer dan 15 landen geanalyseerd worden. Van de 1st order MQL-procedure is bekend dat de schattingen naar beneden afwijken, met name wanneer de steekproef op level 2 klein van omvang is (Rabash, Steele, Browne & Goldstein, 2009). Daarom is ervoor gekozen de analyses uit te voeren met de 2nd order PQL-procedure. Deze is ook niet volledig stabiel en kan convergentieproblemen opleveren, maar maakt een betere schatting dan de MQL-procedure. De

analyses zijn eerst volgens de 1st order MQL-procedure uitgevoerd en vervolgens werden dezelfde modellen getest met de 2nd order PQL-procedure.

De level 2-steekproef is geen aselechte steekproef, omdat de landen zelf bepaalden of ze deelnamen aan het onderzoek. Daarbij zijn er enkel Europese landen en Israël opgenomen in de steekproef. Doordat deze steekproef niet willekeurig is, kunnen de resultaten van het onderzoek niet generaliseerd worden en zeggen dus niets over andere landen.

Doordat nationale overheden een deel van het zorgbeleid overdragen aan regionale overheden, zijn zowel nationale als regionale overheden verantwoordelijk voor de implementatie van de bezuinigingen in de zorgsector (Belvis et al., 2012). Dit betekent dat er verschil in de toegankelijkheid van zorg kan zijn tussen regio's (Gené-Badia et al., 2012) en ook de kwaliteit van de zorg varieert daardoor (Belvis et al., 2012). Bovendien kunnen de regionale economische condities variëren en die kunnen impact hebben op de gezondheid van de bevolking (Zapata et al., 2015). In verband met privacy-maatregelen is nutslevel twee door 88,1 procent van de enquêteurs niet ingevuld, waardoor de steekproefomvang voor regio-vergelijkend onderzoek zeer klein zou zijn.

7. Conclusie

Dit comparatieve onderzoek is uitgevoerd om antwoord te geven op de volgende vraag: *Welk effect hebben overheidsbezuinigingen en informele zorg op het vervullen van zorgbehoeften van zestigplussers in Europa?* Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek is het niet mogelijk te stellen dat overheidsbezuinigingen op zorg gepaard gaan met meer onvervulde zorgbehoeften (hypothese 1). Er blijkt een heterogeen effect te zijn; met een toename in beschikbare ziekenhuisbedden is het onwaarschijnlijker dat er veel onvervulde zorgbehoeften zijn, wat niet opgaat voor de indicatoren dekking van de bevolking door zorgverzekeringen en aantal werkzame verpleegkundigen. Op ziekenhuisbedden werd dan ook in de meeste landen bezuinigd. Dat dit effect zich voordoet wanneer er een verschil is in ziekenhuisbedden, kan te maken hebben met de deinstitutionalisering van zorg; mensen krijgen steeds vaker thuis professionele en informele zorg.

Het aantal beschikbare ziekenhuisbedden blijkt dan ook effect te hebben op de ontvangst van informele zorg: de ontvangst van informele zorg neemt toe naarmate overheden bezuinigen op zorg (hypothese 2a). Net als hypothese 1, wordt hypothese 2a aangenomen met de kanttekening dat dit effect enkel van toepassing is op de verandering in het aandeel ziekenhuisbedden. Daarnaast bleek dat wanneer de ontvangst van informele zorg stijgt, onvervulde zorgbehoeften toenemen (hypothese 2b). Informele zorg medieert het eerder bevonden effect van het verschil in bedden op onvervulde zorgbehoeften. Met andere woorden: het is waarschijnlijker om informele zorg te ontvangen wanneer er minder ziekenhuisbedden zijn. Daarenboven is het risico op onvervulde zorgbehoeften groter voor mensen die informele zorg ontvangen dan voor mensen die deze hulp niet krijgen. Door informele zorg teweeggebrachte verzwakking van het effect van overheidsbezuinigingen op toenemende zorgbehoeften (hypothese 3), is duidelijk niet aan de orde.

Omdat het onwaarschijnlijker is om informele zorg ontvangen wanneer het aandeel beschikbare ziekenhuisbedden toeneemt, is er sprake van een crowding out-effect. Dit effect kan echter niet veralgemeend worden voor andere zorgfaciliteiten. Het risico op onvervulde zorgbehoeften door de ontvangst van informele zorg, is een vrij nieuwe bevinding. De effectiviteit van informele zorg was zelden de focus in voorgaand onderzoek naar mantelzorg. Het mediërende effect van informele zorg toont aan dat dit soort zorg niet volstaat als substituut van formele zorg.

De typologieën van Esping-Andersen (1999) met betrekking tot het gebruik van informele zorg blijken niet overeen te komen met de situatie in Europa in 2015. In tegenstelling tot resultaten van voorgaand onderzoek, blijken mensen in de Zuid-Europese landen Portugal en Spanje juist relatief weinig informele zorg te ontvangen. In het volgens Esping-Andersen conservatieve Oostenrijk en Duitsland, is de ontvangst van informele zorg juist hoog, evenals in België, Tsjechië, Estland en het sociaaldemocratische Denemarken. In de typologieën wordt Oost-Europa buiten beschouwing gelaten, mogelijk omdat veel landen met deze ligging tijdens de ontwikkeling van de theorie nog geen lid van de EU waren.

Volgens Andersen (1995) hebben onder andere demografische factoren en behoeften invloed op de toegankelijkheid van zorg. Deze kenmerken blijken impact te hebben op het risico op onvervulde zorgbehoeften. De waarschijnlijkheid om onvervulde zorgbehoeften te hebben is groter voor vrouwen, mensen die moeilijk rondkomen, ouderen en mensen met een slechte gezondheid. Overigens lopen hoger opgeleiden een lager risico op onvervulde zorgbehoeften. Voor de mensen die kwetsbaarder zijn voor onvervulde zorgbehoeften – de zojuist beschreven groepen -, blijkt het ook waarschijnlijker om informele zorg te ontvangen. Daarnaast zijn mensen die in dorpen wonen meer geneigd om informele hulp te krijgen dan mensen die in steden wonen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen de overheden van landen inzicht geven in hun eigen en elkaars misstappen en successen. Ook voor beslissingen die op Europees niveau genomen worden, is het relevant overzicht te hebben over de alomvattende resultaten, vooral omdat de EU, OECD en WHO streven naar toegankelijke gezondheidszorg.

Omdat zorgbehoeften, het zorgaanbod en de mate waarin informele zorg discrepantie kan opvangen variëren, is vervolgonderzoek waarbij er specifiek wordt gekeken naar verschillende behoeften interessant. Daarbij zou het goed zijn om het gebruik van formele zorg op te nemen in de analyse. Om te kunnen zien welke bezuinigingen het grootste effect hadden op onvervulde zorgbehoeften, is een analyse die niet enkel landen maar ook crisisjaren vergelijkt, interessant. Elk land anticipeerde anders op de crisis, niet enkel op vlak van zorgbezuinigingen, waardoor de recessie in verschillende landen op verschillende momenten voorbij leek te zijn. Mogelijk was er door de vergelijking van slechts twee jaren, geen blijk van een verband tussen onvervulde zorgbehoeften en nationale economische factoren in dit onderzoek. Er dient dan ook rekening gehouden te worden met economische factoren en met andere sociale uitgaven die zorggebruik kunnen beïnvloeden, zoals pensioenen. Bovendien zijn er naast financiële invloeden ook andere factoren gemoeid met de

vervulling van zorgbehoeften. Kwalitatief onderzoek kan meer inzicht geven in de andere aanleidingen van onvervulde zorgbehoeften.

Referentielijst

- Allin, S., & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15 (2) 7-10.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior* 36 (1) 1-10.
- Anderson, G., & Hussey, P. (2000). Population aging: a comparison among industrialized countries. *Health affairs* 19 (3) 191-203.
- Arntz, M., & Thomsen, S. (2011). Crowding out informal care? Evidence from a field experiment in Germany. *Oxford bulletin of economics and statistics* 73 (3) 398-427.
- Bambra, C. (2005). Worlds of welfare and the health care discrepancy. *Social policy and society* 4 (1) 31-41.
- Belvis, A.G. de, Ferre, F., Specchia, M.L., Valerio, L., Fattore, G., & Ricciardi, W. (2012). The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health policy* 106 (1) 10-16.
- Bhugra, D. (2004). Review article migration and mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica* 109 (4) 243-258.
- Björnsdóttir, K. (2002). From the state to the family: reconfiguring the responsibility for long-term nursing care at home. *Nursing inquiry* 9 (1) 3-11.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of health economics* 28 (1) 143-154.
- Buffel, V., Velde, Van de S., & Bracke, P. (2015). The mental health consequences of the economic crisis in Europe among the employed, the unemployed and the non-employed. *Social science research* 54 (november) 263-288.
- Buiter, W. (1977). 'Crowding out' and the effectiveness of fiscal policy. *Journal of public economics* 7 (3) 309-328.
- Callegaro, L., & Pasini, G. (2007). Social interaction effects in an inter-generational model of informal care giving. *Social science research* (10) 1-27.
- Chen, J., & Hou, F. (2002). Unmet needs for health care. *Health Reports* 13 (2) 23-34.

Christianson, J. (1988). The evaluation of the national long term care demonstration: the effect of channeling on informal caregiving. *Health services research* 23 (1) 99-117.

Delooper, M., & Lafortune, G. Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. *OECD working papers nummer 43*.

Di Novi, C., Jacobs, R., & Migheli, M. (2015). The quality of life of female informal caregivers: From Scandinavia to the Mediterranean Sea. *European journal of population* 31 (3) 309-333.

Elstad, J.I. (2016). Income inequality and foregone medical care in Europe during the Great Recession: Multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008-2013. *International journal for equity in health* 15 (1) 101.

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity.

Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford university press.

Ettner, S.L. (1994). The effect of the medicaid home care benefit on long-term care choices of the elderly. *Economic Inquiry* 32 103-127.

European public health association (2017). Social inequalities in health and their determinants. *European journal of public health* 27 (1) 2.

Eurostat. (2018). *Healthcare expenditure statistics - Statistics explained*. Geraadpleegd op 8 februari 2018 via http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

Eurostat. (2018). *Population structure and ageing*. Geraadpleegd op 18 februari 2018 via http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing

Eurostat. (2016). *Sustainable development in the European Union. A statistical glance from the viewpoint of UN sustainable development goals*. Geraadpleegd op 4 december 2016 via <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7745644/KS-02-16-996-EN-N.pdf>

Eurostat. (2017). *Healthcare resource statistics – beds*. Geraadpleegd op 7 mei 2018 via http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds

Eurostat. (2017). *Hospital beds by type of care*. Geraadpleegd op 7 mei 2018 via <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Fjaer, E.L., Stornes, P., Borisova, L.V., McNamara, C.L., & Eikemo, T.A. (2017). Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European journal of public health* 27 (1) 82-89.

Geerts, J. (2012). De wisselwerking tussen de formele en de informele zorg in Europa, in: Vanderleyden, L., & Callens, M., *Generaties en solidariteit in woord en daad*. Brussel: SVR.

Geerts, J., & Van den Bosch, K. (2012). Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts. *European journal of ageing* 9 (1) 27-37.

Gené-Badia, J., Gallo, P., Hernández-Quevedo, C., & García-Armesto, S. (2012). Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish? *Health policy* 106 (1) 23-28.

Giacco, D., & Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology and psychiatric sciences* 27 (2) 109-116.

Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine* 53 (2001) 1149-1162.

Gool, K. van, & Pearson, M. (2014). *Health, austerity and economic crisis: assessing the short-term impact in OECD countries*. Paris: OECD publishing.

Haberkern, K., & Szydlik, M. (2010). State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing and society* 30 (2) 299-323.

Heaton, J. (1999). The gaze and visibility of the carer: a Foucauldian analysis of the discourse of informal care. *Sociology of health & illness* 21 (6) 759-777.

Houtven, C.H. van, & Norton, E.C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of health economics* 23 (6) 1159-1180.

Hox, J.J., Moerbeek, M., & Van de Schoot, R. (2010). *Multilevel analysis: techniques and applications*. New York: Routledge.

Israël, S. (2016). How social policies can improve financial accessibility of healthcare: A multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International journal for equity in health* 15 (1) 41.

- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 381 (9874) 1323-1331.
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian medical association journal* 183 (12) 959-967.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health* 103 (6) 973-980.
- Kyriopoulos, I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International journal for equity in health* 13 (1) 54.
- Langa, K.M., Chernew, M.E., Kabeto, M.U., Herzog, A.R., Ofstedal, M.B., Willis, R.J., Wallace, R.B., Mucha, L.M., Straus, W.L., & Fendrick, A.M. (2001). National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia. *Journal of general internal medicine* 16 (11) 770-778.
- Langa, K.M., Chernew, M.E., Kabeto, M.U., & Katz, S.J. (2001). The explosion in paid home health care in the 1990s: who received the additional services? *Medical care* 39 (2) 147-57.
- Levesque, J.F., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health* 12 (1) 12-18.
- Lusardi, A., Schneider, D., & Tufano, P. (2015). The economic crisis and medical care use: comparative evidence from five high-income countries. *Social science quarterly* 96 (1) 202-213.
- Malter, F., Schuller, K., & Börsch-Supan, A. (2016). *Share compliance profiles - Wave 6*. München: MEA, Max Planck institute for social law and social policy.
- MacKinnon, D., Krull, J., & Lockwood, C. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention science* 1 (4) 173-181.
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C., & Von Kondratowitz, H. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and society* 25 (6) 863.

- OECD. (2015). *Focus on health spending. OECD health statistics 2015*. Geraadpleegd op 9 mei 2018 via <https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>
- OECD. (2018). *Gross domestic product (GDP)*. Geraadpleegd op 7 mei 2018 via <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>
- OECD. (2018). *Health resources - Nurses - OECD Data*. Geraadpleegd op 10 mei 2018 via http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_PROT&lang=en#
- OECD. (2018). *Social protection*. Geraadpleegd op 7 mei 2018 via http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_PROT&lang=en#
- OECD. (2018). *Unemployment rate*. Geraadpleegd op 8 mei 2018 via <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm>
- Parsons, T. (1956). *Family socialization and interaction process*. Londen: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Pezzin, L., Kemper, P., & Reschovsky, J. (1996). Does publicly provided home care substitute for family care? *Journal of human resources* 31 (3) 650-676.
- Putnam, R. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of democracy* 6 (1) 65-78.
- Quaglio, G., Karapiperis, T., Woensel, Van L., & Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health policy* 113 (1-2) 13-19
- Rabash, J., Steele, F., Browne, W.J., & Goldstein, H. (2009). *A user's guide to MLwiN*. Bristol: University of Bristol.
- Raeymaeckers, P., Dewilde, C., Snoeckx, L. & Mortelmans, D. (2008). The influence of formal and informal support systems on the labour supply of divorced mothers. *European societies* 10 (3) 453-477.
- Reevers, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health policy* 115 (1) 1-8.
- Rhodes, P., & Shaw, S. (1999). Informal care and terminal illness. *Health & social care in the community* 7 (1) 38-50.

Roose, H., & Meuleman, B. (2014). *Methodologie van de sociale wetenschappen*. Gent: Academia press.

Serneels, G., O'Driscoll, J.V., Imeraj, L., Vanfraussen, K., & Lampo, A. (2017). An intervention supporting the mental health of children with a refugee background. *Issues in mental health nursing* 38 (4) 327-336.

Share (2018). *The survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE): FAQs*. Geraadpleegd op 12 februari 2018 via <http://www.share-project.org/data-documentation/faqs.html>

Share (2018). *The survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE): Waves overview*. Geraadpleegd op 12 februari 2018 via <http://www.share-project.org/data-documentation/waves-overview.html>

Share (2018). *Share release guide 6.1.0*. Geraadpleegd op 20 februari 2018 via http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_6-1-0.pdf

Share (2018). *The survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE): Funding*. Geraadpleegd op 30 juni 2018 via <http://www.share-project.org/organisation/funding.html>

Smith, J.P. (1998). Socioeconomic status and health. *American economic review* 88 (2) 192-196.

Stabile, M., Laporte, A., & Coyte, P.C. (2006). Household responses to public home care programs. *Journal of health economics* 25 (4) 674-701.

Stegmueller, D. (2013). How many countries for multilevel modeling? A comparison of frequentist and bayesian approaches. *American journal of political science* 57 (3) 748-761.

Shi, L., & Stevens, G.D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs: the influence of multiple risk factors. *Journal of general internal medicine* 20 (2) 148-154.

Thomson, S., Figueras, J., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M., & Kluge, H. (2014). Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Geraadpleegd op 31 juli 2018 via http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/186932/12-Summary-Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe.pdf.

Unesco (1997). International standard classification of education I S C E D 1997. Geraadpleegd op 1 mei 2018 via http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/iscled_1997.htm

Vlachantoni, A., Shaw, R., Willis, R., Evandrou, M., Falkingham, J., & Luff, R. (2011). Measuring unmet need for social care amongst older people. *Population trends* 145 (1) 60-76.

Yghemonos, S. (2016). The importance of informal carers for primary health care. *Primary health care research and development* 17 (6) 531-533.

Zapata, A.R., Buffel, V., Navarro Yáñez, C.J., & Bracke, P. (2015). Social inequality in morbidity, framed within the current economic crisis in Spain. *International journal for equity in health* 14 (1) 131.

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., & Kyriopoulos, J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European journal of public health* 23 (2) 206-210.

Appendix

Tabel A. Samenvatting van de operationalisering van de variabelen

Micro-variabelen	Operationele definitie
Individu	Identificatiecode voor elke respondent
Onvervulde zorgbehoeften	2 items: 0 = geen onvervulde zorgbehoeften 1 = onvervulde zorgbehoeften
Informele zorg	2 items, referentiecategorie: geen informele zorg
Geslacht	2 items, referentiecategorie: vrouw
Partner	2 items, referentiecategorie: wel een partner
Migratieachtergrond	2 items, referentiecategorie: non-migrant
Urbanisatiegraad	2 items, referentiecategorie: dorp
Leeftijd	3 items, referentiecategorie: 60 tot en met 69 jaar
Opleiding	3 items, referentiecategorie: geen/basisonderwijs
Rondkomen	2 items, referentiecategorie: gemakkelijk
Gezondheid	2 items, referentiecategorie: niet goed
Macro-variabelen	Operationele definitie
Land	Identificatiecode voor elk land
Dekking	Vershil dekkingspercentage van de bevolking tussen 2015 en 2007
Bedden	Vershil aantal beschikbare ziekenhuisbedden per 1000 inwoners tussen 2015 en 2007
Verpleegkundigen	Vershil aantal werkzame verpleegkundigen per 1000 inwoners tussen 2015 en 2007
Werkloosheidsgraad	Percentage werklozen op de arbeidsmarkt
BBP	BBP per capita op basis van uitgaven

Tabel B. Correlaties level 2-variabelen

	Bedden	Dekking	Verpleegkundigen	BBP	Werkloosheidsgraad
Bedden	1	0,034**	-0,222**	-0,193**	0,079**
Dekking		1	0,250**	-0,600**	0,309**
Verpleegkundigen			1	0,385**	-0,136**
BBP				1	-0,388**
Werkloosheidsgraad					1

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Tabel C. Dekkingspercentage van de bevolking, aantal bedden per 1000 inwoners, aantal verpleegkundigen per 1000 verpleegkundigen in 2007 en 2015

	2007			2015		
	Dekking	Bedden	Verpleegkundigen	Dekking	Bedden	Verpleegkundigen
België	99,0	6,67	9,18	99,00	6,21	10,71
Denenmarken	100,00	3,74	14,39	100,00	2,61	12,95
Duitsland	89,25	8,27	11,43	89,15	8,18	16,70
Estland	95,70	5,52	6,36	93,95	4,98	5,84
Frankrijk	99,90	7,09	7,71	99,90	6,17	9,79
Griekenland	100,00	4,82	3,24	86,00	4,24	3,22
Israël	100,00	3,37	5,17	100,00	3,06	4,87
Luxemburg	98,10	5,66	10,94	95,60	4,88	11,94
Oostenrijk	98,60	7,70	7,32	99,90	7,57	8,25
Polen	98,70	6,45	5,14	91,15	6,63	5,22
Portugal	100,00	3,44	4,81	100,00	3,36	6,21
Slovenië	99,00	4,73	7,66	100,00	4,53	8,67
Spanje	98,30	2,93	4,53	99,10	2,97	5,22
Tsjechië	100,00	7,37	8,05	100,00	6,47	7,97
Zweden	100,00	2,88	12,80	100,00	2,49	11,14
Zwitserland	100,00	5,38	14,63	100,00	4,58	17,76
Gemiddelde (standaardafwijking)	98,53 (2,73)	5,40 (1,74)	8,33 (3,58)	97,11 (4,60)	4,93 (1,79)	9,17 (4,24)

N individuen = 26.075, N landen = 16

Bron: Share wave 6 (2015), Eurostat (2006, 2007, 2014, 2015), OECD (2006, 2007, 2014, 2015) en eigen berekeningen.