

Blijvend in balans



# Blijvend in balans

Een toekomstverkenning van informele zorg

Alice de Boer  
Joost Timmermans



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, juni 2007

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2007

Omslagontwerp: Bureau Stijlzug, Utrecht

Omslagfoto: Bettmann/CORBIS

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

ISBN 978-90-377-0313-9

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.repro-recht.nl](http://www.repro-recht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

E-mail: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)

# Inhoud

Voorwoord	7	
1	Informele zorg nu en in de toekomst	9
1.1	Vraagstelling	9
1.2	Determinanten van informele zorg	9
1.3	Wat is informele zorg?	12
2	Ontwikkelingen in informele zorg tot 2020	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Ramingen informele zorg tot 2020	13
2.3	Zorgpotentieel in netwerken van ouderen	16
2.4	Zorgpotentieel in netwerken van mensen met verstandelijke of psychische beperkingen	17
2.5	Informele zorg en afstand tot familie en vrienden	18
2.6	Informele zorg en tijdsbudget	20
2.7	Bereidheid informele zorg te geven en te ontvangen	21
2.8	Conclusies	22
	Noten	25
3	Dilemma's in en suggesties voor beleid	26
3.1	Beleidslijnen	26
3.2	Meer mensen aan het werk	26
3.3	Meer eigen verantwoordelijkheid	28
3.4	Meer (betaalde) waardering	29
3.5	Vermaatschappelijking	31
3.6	Draagvlak voor informele zorg	32
3.7	Instrumenten op lokaal niveau	33
3.8	Balans van de informele zorg	38
	Noten	40
	Literatuur	41
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	45	



## Voorwoord

Vele Nederlanders bieden nu en in de toekomst onbetaalde hulp aan zieken of gehandicapten. Tussen 2006 en 2020 zal het aantal informele hulpverleners wat meer groeien dan het aantal ontvangers. De balans tussen aanbod en gebruik is in evenwicht.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aan het Sociaal en Cultureel Planbureau verzocht inzicht te geven in het toekomstig aanbod en gebruik van informele zorg. Dit is belangrijk omdat de afgelopen jaren in de informele zorg veel is veranderd. Zo is in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten het begrip ‘gebruikelijke zorg’ geïntroduceerd, dat meer mensen tot eigen oplossingen dwingt. Ook zijn er verlofregelingen en faciliteiten voor ondersteuning gekomen, waardoor hulp aan verwanten en vrienden gemakkelijker is geworden. Per 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in werking getreden, die gemeenten een belangrijke rol geeft in het aanbod van professionele zorg en het geven van steun aan informele hulpverleners.

In dit rapport zijn positieve ontwikkelingen in het aanbod gesignaleerd zoals de ruimte die er is voor (meer) informele zorg. Dit neemt niet weg dat er ook grenzen zijn. Er komen steeds meer oudere helpers die zelf ook gezondheidsproblemen hebben. Deze groep verdient de aandacht van de overheid. Daarnaast is beleid van belang voor hen die beschikken over te weinig hulpbronnen om de last van het helpen te compenseren: mensen die hun baan kwijt raken of in de financiële problemen komen.

Voor deze verkenning zijn verscheidene achtergrondstudies uitgevoerd; deze verschijnen in een publicatie later dit jaar. De dank van de onderzoekers gaat uit naar de auteurs van de achtergrondstudies voor hun inbreng in deze verkenning en de prettige samenwerking. Ook wil het SCP de deelnemers van de expertmeeting en Trudy Schreuder Goedheijt van het Expertisecentrum Informele Zorg bedanken voor hun deskundige bijdragen.

In een andere toekomstverkenning van het SCP (*Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015*), uitgevoerd door Paul Dekker, Joep de Hart en Laila Faulk, staat de vrijwillige inzet centraal.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau





# 1 *Informele zorg nu en in de toekomst*

## 1.1 *Vraagstelling*

In overheidsdocumenten komt geregeld de kwestie aan de orde of het toekomstige aanbod van informele zorg de vraag ernaar heeft bijgehouden. De verwachting is dat de vergrijzing van de bevolking gepaard gaat met een sterke stijging van de zorgvraag, die bovendien complex van aard zal zijn. Tevens denkt men dat het aanbod van informele zorg door maatschappelijke ontwikkelingen onder druk zal komen te staan. Daarbij wordt met name gedacht aan de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, aan veranderingen in de gezinssamenstelling (meer echtscheidingen en minder kinderen per gezin) en de groeiende geografische mobiliteit die maakt dat familieleden steeds verder uit elkaar wonen (De Boer 2005). De overheid wil echter dat in de toekomst veel meer onderlinge steun binnen sociale netwerken wordt verleend, onder andere vanwege de kosten van de gesubsidieerde ondersteuning (TK 2003/2004).

De te verwachten spanning tussen vraag en aanbod in de informele zorg vormde voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) de aanleiding om het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) te vragen een toekomstverkenning uit te voeren. Het verzoek was de ontwikkelingen in het aanbod en gebruik van informele zorg tot het jaar 2020 in kaart te brengen en aan te geven welke mogelijkheden er zijn (en wat noodzakelijk is) voor een op de toekomst gericht beleid (vws 2006a). Dat heeft geleid tot twee centrale onderzoeksvragen:

- 1 *Wat zijn de toekomstige ontwikkelingen in het aanbod van informele zorg en hoe verhouden deze zich tot het gebruik ervan?*
- 2 *Welke mogelijkheden zijn er om door middel van overheidsbeleid te anticiperen op toekomstige knelpunten in de informele zorg?*

Hoewel men vaak spreekt van een spanning tussen vraag en aanbod, laat de vraagstelling zien dat hier niet de 'vraag', maar het 'gebruik' zal worden besproken. Dit houdt verband met de beschikbaarheid van cijfers: over het gebruik van informele zorg is veel bekend, over de vraag ernaar niet. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt de aanpak van deze verkenning behandeld. Hoofdstuk 2 bevat ramingen van aanbod en gebruik en in hoofdstuk 3 worden beleidsaanbevelingen gegeven.

## 1.2 *Determinanten van informele zorg*

Voor beantwoording van de eerste onderzoeksvraag is gekeken naar een zogenoemde micromodelbevolking. Deze laat in de eerste plaats de relatie zien tussen

gebruik en aanbod van informele zorg en de kenmerken van dat gebruik, de determinanten. Daarnaast kan met dit model de bevolkingssamenstelling tot 2020 worden ingeschat. Een belangrijke vooronderstelling bij de ramingen is dat aanbod en gebruik van (informele) zorg uitsluitend veranderen door veranderingen in de determinanten. Anders gezegd, veranderingen in de samenstelling van de bevolking bepalen het gebruik en aanbod van informele zorg. Als bijvoorbeeld het opleidingsniveau een sterk positief effect heeft op het verlenen van informele zorg en het opleidingsniveau van de bevolking neemt toe, dan zal ook het aantal informele hulpverleners toenemen. Tabel 1.1 toont een overzicht van de determinanten.

Tabel 1.1

Determinanten van informele zorg en de in het verklaringsmodel onderscheiden determinanten

<b>determinanten van het ontvangen</b>	<b>determinanten van het geven</b>	<b>determinant in het rekenmodel</b>
beperkingen		(chronische) aandoeningen
leeftijd	leeftijd	leeftijd
geslacht	geslacht	geslacht
	opleidingsniveau	opleidingsniveau
alleenstaand of niet	alleenstaand of niet	alleenstaand of niet
houding tov informele hulp	houding tov informele hulp	
samenstelling netwerk/sociale afstand	samenstelling netwerk/sociale afstand	
reisafstand	reisafstand	
	arbeidsdeelname	

In een micromodelbevolking kunnen lang niet alle determinanten van informele zorg worden opgenomen. Aan vier determinanten die buiten het model vielen, wordt in deze verkenning aandacht besteed. De eerste determinant betreft de samenstelling van het netwerk en de sociale afstand. Uit literatuuronderzoek blijkt dat sommige groepen mensen een beperkt en daardoor kwetsbaar netwerk hebben (Hortulanus et al. 2003). Dat geldt in het bijzonder voor ouderen en mensen met verstandelijke of psychische beperkingen. Toch is over de 'reikwijdte' van sociale netwerken bij kwetsbare groepen weinig bekend. Zo is niet duidelijk hoe groot het zorgpotentieel is, of een extra beroep kan worden gedaan op familieleden en in hoeverre vrienden kunnen worden ingeschakeld bij de hulpverlening.

Een tweede determinant die apart aandacht verdient is de reisafstand tussen hulpbehoevende en potentiële gevers. Dit heeft een belangrijk effect op informele zorg: naarmate de afstand groter is, zijn er minder vaak hulprelaties (De Boer et al. 2005). Wordt er eenmaal hulp geboden, dan maakt de afstand niet veel meer uit; men komt weliswaar minder vaak helpen, maar blijft langer (Schellingerhout 2005). Toch is

de invloed die geografische afstand heeft op hulp binnen sociale netwerken nog niet voldoende in kaart gebracht. Zo is bijvoorbeeld niet bekend of de dichtbij een hulpbehoevende wonende persoon in het sociale netwerk vaker inspringt dan andere personen.

De arbeidsdeelname is de derde determinant die we zullen bespreken. Vaak wordt verondersteld dat werken onderlinge hulp belemmert en dat geldt dan voornamelijk voor vrouwen. Er zijn inderdaad signalen dat hulp door iemand met een betaalde baan minder intensief en langdurig plaatsvindt (Schellingerhout 2003a), maar de resultaten uit studies op dit terrein wijzen niet altijd in dezelfde richting. Bovendien is het opvallend dat de aandacht vooral is uitgegaan naar de relatie tussen betaalde arbeid en informele zorg en dat andere verplichtingen van mensen grotendeels buiten beschouwing zijn gelaten. Er was daardoor beperkt zicht op de relatie tussen het tijdsbudget van mensen (werk, huishouden en gezin) en hun aanbod aan informele zorg.

Tot slot is de houding ten opzichte van het geven of ontvangen van informele hulp van belang. Vaak wordt aangenomen dat de bereidheid om hulp te geven afneemt. Uit onderzoek blijkt echter dat dit niet het geval is: het aandeel volwassenen dat informele hulp biedt, is in de afgelopen vijftien jaar ongeveer gelijk gebleven (De Klerk en De Boer 2005). Een overgrote meerderheid vindt hulpverleners vanzelfsprekend. Hulpbehoevende personen denken daar vaak anders over. Een grote minderheid van 40% vindt de informele zorg bezwaarlijk of heeft moeite om hulp van een naaste te aanvaarden (Calsbeek 2004). Buiten deze algemene opvattingen is er relatief weinig bekend over hoe mensen denken over informele zorg en nog minder over hoe gebruikers en aanbieders daar tegenaan kijken. Onduidelijk is bijvoorbeeld hoe opvattingen over de informele zorg de laatste decennia zijn veranderd en welke bevolkingsgroepen meer of minder bereid zijn onderlinge steun te geven of te ontvangen.

Naast deze verkenning is een publicatie verschenen waarin de verslagen zijn opgenomen van vijf studies die eveneens een aanvulling geven op de informatie uit het rekenmodel (De Boer 2007). In twee daarvan is het zorgpotentieel van kwetsbare mensen het onderwerp. Broese-van Groenou en Van Tilburg (2007) onderzochten het zorgpotentieel van ouderen en Van Weert onderzocht met collega's dat van mensen met verstandelijke of psychische beperkingen (Van Weert et al. 2007). De relatie tussen informele zorg en respectievelijk reisafstand en arbeidsmarktpositie is door Van der Meer en Mulder (2007a en b) aan een beschouwing onderworpen. Dykstra en Fokkema (2007) hebben het thema zorgnormen uitgewerkt. Deze studies kunnen de uitkomsten van de ramingen nuanceren geven mogelijke of gewenste beleidsmaatregelen voor de informele zorg aan. Ze bieden daarmee een gedeeltelijk antwoord op de tweede onderzoeksvraag. Meer antwoord op die vraag is gezocht in een speciaal voor dit doel gehouden expertmeeting met deskundigen op het gebied van mantelzorgondersteuning en (lokaal) mantelzorgbeleid.

### 1.3 Wat is informele zorg?

Informele zorg wordt vaak omschreven als de zorg die aan een hulpbehoevende wordt gegeven door een of meer leden uit zijn of haar directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en niet wordt verleend in het kader van een hulpverlenend beroep of vanuit georganiseerd vrijwilligerswerk (Kwekkeboom 1990).

Uit eerder onderzoek blijkt evenwel dat informele zorg binnen deze definitie op verschillende manieren kan worden uitgelegd (De Boer 2005). In de deelstudies van deze verkenning verschilt de omschrijving van informele zorg per databestand (zie tabel 1.2). In bijna alle gevallen blijkt beroepsmatige hulp en hulp door vrijwilligers in de definities niet geheel uitgesloten. Wat de hulp betreft verschillen de databronnen in de breedte (meer dan huishoudelijke hulp of niet) en in de duur ervan (geregeld of incidenteel). Hulp aan gezinsleden is vaak uitgesloten, soms is alleen naar de steun aan bejaarde ouders gekeken. Deze verschillen maken het lastig om de uitkomsten van de deelstudies precies te vergelijken; volstaan moet worden met ze op de hand te wegen.

Tabel 1.2

Enkele kenmerken van de gebruikte databestanden en de operationalisering van informele zorg

	AVO/OII <sup>a</sup>	LASA <sup>b</sup>	Vermaatschappelijking <sup>c</sup>	NKPS <sup>d</sup>
informele zorg				
selectie hulpbehoevendheid	+	+	+	-
ook hulp aan gezinsleden	+	-	-	-
selectie geregelde hulp	+	+	-	+
meer dan huishoudelijke hulp	+	+	+	-
niet beroepsmatig	+	-	-	-
geen vrijwilligerswerk	-	-	-	-
selectie respondenten				
alleen ouder-kind	-	+	-	-
alleen uitwonend	-	+	+	+
leeftijd	30+	65-85 jarigen	18-79 jarigen	18-79-jarigen

a Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO 2003) en onderzoek Ouderen in instellingen (OII 2004).  
b Longitudinal Aging Study Amsterdam (2002/2003).  
c Onderzoek Vermaatschappelijking (2006).  
d Netherlands Kinship Panel Study (2004).

## 2 Ontwikkelingen in informele zorg tot 2020

### 2.1 Inleiding

Is er toekomst voor de informele zorg? Op die vraag proberen we antwoord te geven met behulp van een raming van aanbod en gebruik tot 2020 en recent onderzoek dat in het kader van dit onderwerp is gedaan. De uitkomsten van de toekomstramingen staan in paragraaf 2.2. Bij de ramingen zijn we ervan uitgegaan dat trends in kenmerken van de bevolking (de determinanten), de trend in aanbod en gebruik van informele zorg bepalen. Het gebruikte rekenmodel omvat echter niet alle determinanten die gebruik en aanbod in de informele zorg bepalen. Vier belangrijke determinanten die buiten het rekenmodel vallen, worden hier toegelicht: het sociale netwerk van kwetsbare groepen zoals ouderen en mensen met een verstandelijke of psychische beperkingen, de reisafstand tussen potentiële gevers en ontvangers, arbeid en zorg, en de bereidheid van mensen informele zorg te geven en te ontvangen.

### 2.2 Ramingen informele zorg tot 2020

Het startpunt voor de ramingen vormde twee bevolkingsonderzoeken die aan elkaar zijn gekoppeld. Het gaat om een onderzoek bij zelfstandig wonende huishoudens en een onderzoek bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Van deze respondenten is bekend of ze informele zorg geven dan wel ontvangen. De omschrijving van informele zorg is bij de aanbieders een iets andere dan bij de ontvangers.<sup>1</sup>

Het gecombineerde bevolkingsonderzoek is vervolgens zo gewogen, dat het op een aantal punten overeenkomt met de kenmerken van de bevolking van dertig jaar en ouder zoals die voor het jaar 2020 worden verwacht. Zo kent het gewogen bestand de verdeling naar leeftijd, geslacht en samenstelling van het huishouden die het CBS in zijn bevolkingsprognose voor 2020 voorspelt. Naast deze drie demografische kenmerken zijn ook de trends in opleidingsniveau en ontwikkelingen die het RIVM verwacht in het voorkomen van (chronische) ziekten gewogen.

Het bevolkingsonderzoek is dus gewogen op determinanten van het aanbod of gebruik van informele zorg in de toekomst en daarmee verandert ook het aantal aanbieders en gebruikers in de toekomst. Deze uitkomst is de feitelijke raming (zie ook Timmermans en Sadiraj 2007). Als bijvoorbeeld hoogopgeleiden meer informele zorg bieden dan laagopgeleiden en het aantal hoogopgeleiden neemt tussen nu en 2020 toe, dan zal ook het aantal mensen dat informele zorg geeft toenemen.

De uitgevoerde ramingen laten een geringe groei van de groep ontvangers van informele zorg zien (3%) en een grotere toename van de groep hulpverleners (12%). Die uitkomsten komen redelijk overeen met die van eerder uitgevoerde ramingen

(Timmermans en Woittiez 2004, 2005). In absolute aantallen gemeten ontvingen in 2006 ruim 370.000 personen informele hulp. In 2020 zullen dat er ruim 380.000 zijn.

De ontwikkeling in het gebruik is gering en dat gaat wellicht tegen de verwachtingen in. Het toenemend aantal ouderen en daarmee samenhangend de toename van het aantal mensen met beperkingen en chronische ziekten wekt immers andere verwachtingen. Dat de groei bescheiden is, komt doordat er maar twee bevolkingsgroepen zijn die significant vaker informele zorg gebruiken en in omvang toenemen: personen met een hartziekte en alleenstaanden. Daar staat een groep tegenover die vaker informele zorg ontvangt, maar in omvang flink afneemt: de 30-44-jarigen. Andere kenmerken met invloed op het gebruik van informele zorg vertonen geen duidelijke trend (zoals geslacht) of blijken niet van invloed op het gebruik van informele zorg (opleidingsniveau).

In 2006 hielpen 1,4 miljoen personen een familielid of bekende en dat zal in 2020 volgens de raming gestegen zijn tot 1,6 miljoen. Hoeveel hulp deze personen bieden is niet bekend. Het aanbod van informele zorg wordt opgedreven door het stijgende opleidingsniveau van de bevolking en door de toename van het aantal 55-74-jarigen; beide groepen geven meer dan gemiddeld informele zorg. Deze effecten overstijgen de remmende kracht op het aanbod door in omvang groeiende groepen als oude ouderen en alleenstaanden; groepen die minder dan gemiddeld informele zorg verlenen. Andere groepen die minder verleners van informele zorg tellen, nemen eveneens in omvang af: weduwen en weduwnaars, 30-44-jarigen en lager opgeleiden.

Opvallend is dat er nu en in de toekomst veel meer hulpverleners zijn dan ontvangers. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door het feit dat per hulpbehoevende vaak meerdere mensen actief zijn (Timmermans et al. 2001; De Boer et al. 2005), maar ook door een definitieverschil. In de vraagstelling die gebruikers van informele zorg is voorgelegd, zijn geen begeleidende taken en administratieve ondersteuning opgenomen, in die voor de aanbieders wel. Daarnaast is hulpverleners specifiek gevraagd naar geregelde hulp aan zieken en gehandicapten; bij het ontvangen is niet zo'n beperking in de hulpsituatie opgenomen. Een raming waarin rekening is gehouden met deze definitieverschillen laat echter exact dezelfde trends zien. Uiteraard ligt wel het absolute aantal hulpverleners lager. Bij de brede omschrijving van het aanbod ging het in 2006 om 1,4 miljoen mensen, bij de smalle omschrijving om bijna 1,1 miljoen.

De verdeling naar leeftijd en geslacht van de aanbieders in de opeenvolgende ramingsjaren, laat interessante verschuivingen zien. Zo zal het aantal mannelijke hulpverleners iets sterker toenemen dan het aantal vrouwelijke. In absolute aantallen blijven de verschillen naar geslacht echter groot: in 2020 zullen ongeveer een miljoen vrouwen hulp bieden tegen ruim een half miljoen mannen.

De leeftijdsverdeling laat zien dat het aandeel hulpverleners van 75 jaar en ouder het sterkst groeit (met 80% tot 2020). Dit is overigens niet omdat deze mensen zo vaak helpen maar het gevolg van een snelle toename in omvang en een sterke stijging in opleidingsniveau van de groep. De categorie informele hulpverleners van 65-74-

jarigen groeit het meest spectaculair: van ruim 200.000 personen in 2006 naar meer dan 300.000 in 2020.

Tegenover de groei van het aantal oudere hulpverleners staat een daling van het aantal hulpverleners tussen de 30 en 45 jaar oud. Deze verschuivingen doen zich niet alleen in ons land voor; in Vlaanderen zijn vergelijkbare verschuivingen in de deelname aan informele hulp onder jongeren en ouderen waargenomen (Vanbrabant en Craenest 2004).

Onder de informele hulpverleners zullen zich in de toekomst dus steeds meer ouderen bevinden. De vergrijzing van de groep hulpverleners duidt er op dat de gezondheidstoestand onder degenen die hulp geven steeds belangrijker wordt. De kans op gezondheidsproblemen neemt immers met de jaren toe. Bovendien zal er bij ouderen relatief vaak sprake zijn van hulp aan (chronisch) zieke partners of aan zeer oude hulpbehoevende ouders. Uit eerder onderzoek is gebleken, dat mensen die hulp bieden aan een persoon die dicht bij hen staat, het risico lopen overbelast te raken (Timmermans et al. 2001). Dit betekent dat er een groeiende groep oudere hulpverleners zal komen die door hun slechtere gezondheid of een hoge belasting kwetsbaar is.

De cijfers over aanbod en gebruik in de informele zorg suggereren dat er ruimte is voor een sterker beroep op de informele zorg. De beleidsdoelstelling dat het aanbod van hulpverleners niet mag zakken onder het niveau van 2001, lijkt makkelijk haalbaar. Toch staat dat niet vast. Een reden daarvoor is dat de raming van het gebruik voorbijgaat aan de onvervulde behoefte aan informele zorg. Uit recent SCP-onderzoek blijkt dat deze tamelijk omvangrijk is (Schellingerhout 2007). In die behoefte wordt niet voorzien omdat er geen aanbod is, bijvoorbeeld omdat familie of vrienden niet in de buurt wonen of geen tijd hebben.

Een tweede kanttekening bij de ramingen is dat deze uitgaan van een min of meer constante ontwikkeling bij andere hulpleveranciers als particuliere hulp en zorg die uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) wordt gefinancierd. Met name de beschikbaarheid van deze laatste twee vormen van zorg zou kunnen achterblijven bij wat het ramingmodel vooronderstelt, bijvoorbeeld omdat er een tekort aan personeel ontstaat. Bovendien wordt in overheidsbeleid steeds meer nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Als dit vertaald wordt in een dalend aanbod van professionele hulp, verliest de raming van het gebruik van informele zorg haar geldigheid.

Ten slotte moet opnieuw worden opgemerkt dat een aantal belangrijke determinanten van informele zorg – en dan vooral die van het aanbod – niet in het ramingmodel zijn opgenomen. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt op deze determinanten ingegaan.

Deze kanttekeningen betekenen niet dat de uitkomsten van de ramingen terzijde kunnen worden geschoven. De betrekkelijk bescheiden groei van zowel gebruik als



aanbod komt overeen met die van andere ramingen, maar ook met de trend in het verleden (Timmermans en Woittiez 2005; De Klerk en De Boer 2005). De voorlopige conclusie is dat het gebruik van informele zorg bescheiden groeit en dat er voor de gebruikers meer aanbieders beschikbaar komen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat beleidsaandacht is gewenst voor mensen die vinden dat ze informele zorg nodig hebben, maar deze niet kunnen krijgen.

### 2.3 Zorgpotentieel in netwerken van ouderen

Informele zorg vloeit voort uit de persoonlijke relatie tussen mensen. Vragen over de toekomst van informele zorg zijn daarom ook vragen over het zorgvermogen van de sociale omgeving van degenen die hulp nodig hebben. Het ligt voor de hand om de aandacht te richten op het sociale netwerk van ouderen. Ten eerste hebben ouderen een veel grotere kans om geconfronteerd te worden met gezondheidsproblemen en hebben dus zorg nodig. Ten tweede slinkt het sociale netwerk met het ouder worden omdat leeftijdgenoten wegvallen en daarmee daalt de kans op aanwezigheid van aanbieders van hulp. Ten derde zijn er ontwikkelingen die aannemelijk maken dat het netwerk van ouderen in de toekomst kleiner zal zijn dan nu. Te denken valt aan het afnemende aantal kinderen, het hogere aantal echtscheidingen en de ontkerkelijking.

Hoe het gesteld is met het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen, gemeten aan de omvang en de samenstelling van die netwerken, is nagegaan met behulp van het LASA-onderzoek. In de studie van Broese-van Groenou en Van Tilburg (2007) is daarvan uitgebreid verslag gedaan.

Mensen worden tot het zorgpotentieel van een oudere gerekend als er geregeld contact is (minstens één keer per maand) en er hulp en ondersteuning is geboden (ten minste incidenteel). Het zorgpotentieel van 65-95-jarigen bestond in 2001/2002 uit 3,7 personen. Kinderen hebben een belangrijk aandeel in dit zorgpotentieel (2,0), gevolgd door burens (0,6) en overige familie (0,6). Het aantal vrienden en niet-verwanten dat tot het zorgpotentieel kan worden gerekend is gering, respectievelijk 0,2 en 0,3.

In vergelijking met ouderen in 1992 hebben ouderen in 2002 een groter zorgpotentieel. Jongere ouderen hebben tegenwoordig relatief meer zorgpotentieel bij hun burens; de oudste ouderen meer bij hun kinderen en vrienden. De groei van het zorgpotentieel duidt erop dat ouderen tegenwoordig betere relaties met hun sociale netwerk onderhouden dan voorheen. Vermoedelijk is dit een positief effect van het nog steeds stijgende opleidingsniveau van ouderen (Herweijer 2006): meer opleiding leidt tot een toename van het aantal relaties met zorgpotentieel.

Het zorgpotentieel in het netwerk is naar verhouding groot bij ouderen die actief zijn in een kerkelijke gemeenschap. Deze uitkomst onderstreept het belang van de kerk als ontmoetingsplaats voor vrienden en kennissen en de eventueel daaruit voortvloeiende onderlinge hulp. Dit komt overigens het sterkst naar voren bij oudere



katholieken en veel minder bij ouderen die aangesloten zijn bij de Protestantse Kerk in Nederland (PKN). De invloed van de kerk op sociale participatie, zoals vrijwilligerswerk, is ook in andere studies aangetoond (Breedveld et al. 2004). De relatie tussen kerk en zorgpotentieel leert dat afnemende participatie in kerkelijke gemeenschappen in de toekomst voor ouderen zal leiden tot grotere afhankelijkheid van andere ontmoetingsplaatsen. Hierbij valt te denken aan contacten met vrijwilligersorganisaties of buurthuizen.

Een op de zeven ouderen heeft geen enkele relatie met zorgpotentieel in zijn of haar netwerk. Vooral degenen zonder partner of kinderen, de 85-plussers, de lage inkomensgroepen en de stedelingen horen tot de risicogroep. Deze risicogroepen zijn niet duidelijk zichtbaar en daarom is een actieve benadering nodig om iets aan hun zorgpotentieel te veranderen. Preventieve huisbezoeken door bijvoorbeeld ouderenadviseurs of vrijwilligers zijn een middel daartoe.

De hamvraag is uiteraard in hoeverre het groeiende zorgpotentieel voor ouderen zich daadwerkelijk in meer informele zorg zal omzetten. Bij ouderen die in de loop van zes jaar functionele beperkingen ontwikkelden, zijn de uitkomsten niet gunstig. Het zorgpotentieel van kinderen wordt in sommige gevallen wel omgezet in hulp, maar dat van vrienden en burens nauwelijks. Dit wijst erop dat meer aandacht moet worden besteed aan potentiële zorgrelaties in het netwerk van ouderen met gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld door te stimuleren dat zorgtaken zo veel mogelijk over de potentiële hulpverleners worden verdeeld.

Al met al blijkt het negatieve beeld van een afnemend zorgpotentieel onder ouderen onjuist. Er zijn ook geen aanwijzingen dat dit potentieel in de komende decennia sterk zal afnemen. Het lijkt wel een probleem om de in potentie beschikbare hulp in de praktijk te brengen. Er is bij ouderen meer ruimte voor informele zorg dan er feitelijk wordt verleend.

#### 2.4 *Zorgpotentieel in netwerken van mensen met verstandelijke of psychische beperkingen*

Ook van mensen met verstandelijke of psychische beperkingen wordt verwacht dat zij hun familie en vrienden inschakelen voor informele zorg. Vaak kan dat echter niet, omdat er weinig of geen contact meer is met familieleden. Het zorgpotentieel van deze (relatief kleine) groepen was onderwerp van het onderzoek *Ervaringen met vermaatschappelijking*, dat het SCP in samenwerking met Avans Hogeschool in 2006 heeft uitgevoerd (Van Weert et al., 2007).<sup>2</sup>

Drie kwart van de niet in een instelling verblijvende mensen met verstandelijke beperkingen woont alleen en kan geen beroep doen op huisgenoten. Mensen met psychische beperkingen wonen vaker samen met kinderen, partner of ouders.



Ongeveer 80% van de mensen met een verstandelijke of psychische beperking krijgt enige vorm van ondersteuning van familie of vrienden, maar de meeste hulp wordt gegeven door de persoonlijk begeleider. Familieleden worden doorgaans als de belangrijkste personen in het leven gezien, maar soms vervullen vrienden die hoofdrol. Deze vriendschappen zijn veelal ontstaan tijdens eerdere opnames, in de woonvorm of de therapiegroep. De kans is derhalve groot dat deze vrienden ook te kampen hebben met beperkingen.

Meer dan de helft van de mensen met een verstandelijke beperking (57%) denkt dat de familie niet veel taken van de persoonlijk begeleider kan overnemen. Mensen met een psychische beperking hebben daar nog minder vertrouwen in: 78% ziet familie geen taken van professionele begeleiders overnemen. Kennelijk is bij hen de beschikbare informele steun al ruimschoots benut.

Al met al heeft 29% van de mensen met een psychische of verstandelijke beperking een goed functionerend netwerk dat voldoende mogelijkheden biedt om beperkingen te compenseren. Meer dan de helft (56%) heeft een zorgpotentieel dat als 'redelijk' getypeerd kan worden; zij wonen samen met huisgenoten of hebben familieleden en/of vrienden die hulp kunnen bieden. Bijna een op de zes (16%) heeft weinig zorgpotentieel in het sociaal netwerk: ze wonen alleen, worden op dit moment niet of nauwelijks ondersteund door vrienden of familie en zien geen mogelijkheden om leden uit het sociale netwerk –als die er al zijn – in te schakelen.



Degenen met een naar verhouding klein zorgpotentieel zijn vaker ouderen en ze hebben meestal een persoonlijk begeleider. Dit laatste duidt op een adequate inzet van professionele hulp bij mensen die nauwelijks op informele hulp kunnen steunen. Het maakt echter ook duidelijk dat het belangrijk is dat de persoonlijk begeleider naast het bieden van hulp en begeleiding bij dagelijkse activiteiten, aandacht schenkt aan het informele zorgpotentieel van mensen met een beperking. Bij mensen die beschikken over een relatief groot of redelijk zorgpotentieel dient de begeleider zich te richten op de sociale omgeving die al hulp biedt of bereid is dat te gaan doen.

De relatief grote groep die geen extra beroep kan doen op familie en vrienden is kwetsbaar. Ze zijn afhankelijk van de professionele begeleider en daarmee van het verzekerde zorgaanbod. Inperking van professionele zorg leidt onmiddellijk tot een tekort aan ondersteuning. Het risico daarop kan worden vermeden door mensen te helpen hun netwerk uit te breiden en te verstevigen. Helaas blijken persoonlijk begeleiders volgens recent onderzoek niet voldoende vertrouwd met dergelijke vormen van netwerkontwikkeling. Scholing op dit punt lijkt daarom van groot belang (Van Lange-Frunt en Wajon 2007).

## 2.5 Informele zorg en afstand tot familie en vrienden

Uit onderzoek is bekend dat verwanten niet meer zo vaak als vroeger in dezelfde plaats wonen (Mulder en Kalmijn 2004). Op het moment dat bij een van hen gezondheidsproblemen optreden, is er een grotere kans dat iemand geen familie in de buurt



heeft of dat de informele zorg op de schouders van één dichtbij wonende persoon rust. Deze relaties tussen informele zorg en afstand tussen leden van het sociale netwerk zijn aan een nader onderzoek onderworpen (zie ook Van der Meer en Mulder 2007a).

Ongeveer 60% van de hulpbehoevenden in Nederland heeft een of meer familieleden binnen een afstand van vijf kilometer wonen, bij 40% zijn dat twee of meer familieleden. Meestal heeft men ook een belangrijke vriend of vriendin in de nabijheid. Bij iets meer dan een op de tien wonen alle familieleden verder weg dan veertig kilometer. De sociale netwerken van mensen met een hogere sociaal-economische status blijken veel meer verspreid dan gemiddeld, die van mensen met een lagere status veel minder dan gemiddeld. Aangezien het opleidingsniveau van de bevolking nog steeds stijgt, gaat dit waarschijnlijk voor steeds meer mensen gelden.

De kans dat iemand informele zorg verleent neemt sterk af met de afstand tussen potentiële hulpverlener en hulpbehoevende.<sup>4</sup> De invloed van afstand verschilt echter naar sociale relatie. De kans dat kinderen hun hulpbehoevende ouders helpen, ligt veel lager dan gemiddeld als zij meer dan twintig kilometer afstand van elkaar wonen. Bij de hulp van moeders aan hun hulpbehoevende kind ligt die grens pas bij veertig kilometer.

Wie het dichtst bij een hulpbehoevend lid van het sociale netwerk woont springt vaker in, al geldt dit niet voor alle relatiecategorieën. Vrienden, broers en zussen helpen over het algemeen niet erg veel, wel springen zij iets vaker in als zij het meest nabij wonen. Moeders vervullen een belangrijke rol in de hulpverlening; hun positie wordt alleen maar sterker als zij ook nog het dichtst in de buurt wonen.

In paragraaf 2.2 bleek dat hoger opgeleiden vaker informele zorg verlenen. Daar werd dan ook verondersteld dat het stijgend opleidingsniveau van de bevolking zou leiden tot een toenemend aanbod. Uit deze paragraaf blijkt dat die redenering enige nuancering behoeft. Een groeiend aantal middelbaar en hoger opgeleiden gaat samen met sterkere geografische spreiding van familieleden. Dit belemmert de onderlinge steun. De aanbodraming is wat dat betreft iets te optimistisch.

Het verder uit elkaar wonen van leden van sociale netwerken kan betekenen dat de zorglast voor een hulpbehoevend netwerk lid bij een of enkele personen terechtkomt. Een toename van het aantal overbelaste verleners van informele zorg zou daarvan het gevolg kunnen zijn. In de praktijk is de dichtst in de buurt wonende persoon lang niet altijd degene die (de meeste) hulp biedt. Moeders vormen daarop een belangrijke uitzondering; als zij het dichtst bij wonen, geven ze het vaakst informele zorg, ook als er zorgalternatieven voor handen zijn. Dit kan voor de moeders een zware belasting opleveren. Doordat zij hulp geven vanzelfsprekend vinden, blijven zij vaak buiten beeld. In het kader van mantelzorgondersteuning zou preventie zich nadrukkelijk op deze categorie moeten richten.

## 2.6 Informele zorg en tijdsbudget

Of leden van het netwerk hulp kunnen verlenen, hangt niet alleen af van hun geografische afstand tot elkaar, maar ook van de hoeveelheid tijd die zij hebben. Veel mensen zijn druk bezet doordat ze werk, opleiding, zorg voor de kinderen en het huishouden moeten combineren. Dit geldt voor steeds meer mensen en het is dan ook niet toevallig dat gevoelens van gejaagdheid vaker voorkomen dan voorheen (SCP 2004).

Een verdere toename van het aantal mensen dat taken combineert, valt te verwachten. De overheid heeft namelijk als doel de arbeidsparticipatie van vrouwen toe te laten nemen, ook moeten vrouwen meer uur gaan werken (Portegijs et al. 2006). Een vergelijkbaar doel is er voor het oudere deel van de beroepsbevolking: in 2010 moet 45% van de 55-64-jarigen een betaalde baan hebben. Dit doel lijkt haalbaar, want in 2005 lag het percentage al op 40% (Gesthuizen 2006).

Mensen van middelbare leeftijd, jongere ouderen en vrouwen, zijn oververtegenwoordigd onder de verleners van informele zorg. Het is goed denkbaar dat een stijging van de arbeidsparticipatie bij deze mensen de informele zorg verdringt. Dat maakt nieuwsgierig naar de relatie tussen betaald werk en informele zorg. Van der Meer en Mulder (2007b) onderzochten deze relatie.

Betaald werk en informele zorg (opgevat als intensieve huishoudelijke hulp) gaan niet altijd goed samen. Het probleem zit niet zozeer in het aantal gewerkte uren – deeltijders geven niet significant meer hulp dan voltijders – maar in het al dan niet hebben van betaald werk. Huisvrouwen en andere niet-werkenden geven meer hulp aan hun moeder dan werkenden; gepensioneerden geven meer vriendenhulp. Gepensioneerde mannen geven meer informele hulp dan werkende mannen. Vrouwen die betaald werk combineren met de opvoeding en verzorging van jonge kinderen bieden minder hulp dan werkende vrouwen zonder jonge kinderen en huisvrouwen met jonge kinderen. Hoeveel uur men werkt, maakt daarbij niet uit. Het is goed denkbaar dat de combinatie van werk en zorg voor kinderen tot zo'n tijdsdruk leidt, dat een andere belangrijke zorgtaak, de hulp aan naasten, er bij in schiet.

De vrees dat de groeiende arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen zal leiden tot een verminderd zorgaanbod is dus terecht. Vrouwen met kinderen in het huishouden en oudere vrouwen vormen precies de categorie waarvoor een groei in arbeidsparticipatie is te verwachten. Bij jongere vrouwen zonder kinderen is die participatie al hoog. Ook hier leidt de conclusie tot een kanttekening bij de ramingen. De arbeidsparticipatie stijgt namelijk het snelst bij hoger opgeleiden; bij hen zal de arbeidstaak de verlening van informele zorg het vaakst belemmeren. Ook dit wijst op een overschatting van de aanbodraming. Het scheppen van tijd voor informele hulp door verlofregelingen, kinderopvang en dagopvang van hulpbehoevenden, aspecten die niet konden worden meegenomen in deze studie, zou dit effect kunnen neutraliseren. De tijdsbegroting van mensen die informele zorg bieden verdient meer beleidsaandacht.

## 2.7 Bereidheid informele zorg te geven en te ontvangen

De laatste jaren appelleert de overheid steeds nadrukkelijker aan de eigen verantwoordelijkheid van burgers en ze vraagt mensen meer dan voorheen om informele hulp te bieden. De achterliggende gedachte lijkt te zijn, dat de hulpbereidheid van mensen in de afgelopen decennia gedaald is. Is dit inderdaad het geval en strookt de nadruk op informele zorg met de wensen van zorgvragers? Deze vragen worden hierna beantwoord; de gegevens zijn ontleend aan een voor dit doel uitgevoerde studie (Dykstra en Fokkema 2007).

We beginnen met de vraagkant: zijn de zorgvoorkeuren van mensen in de afgelopen twintig jaar veranderd? In 2002 is 65% van de 18-80-jarigen van mening dat de overheid geheel of sterk verantwoordelijk is voor de zorg voor ouderen. Dit aandeel was in 1983 veel hoger, te weten 90%. Deze dalende trend heeft zich zowel bij ouderen als bij jongeren voorgedaan. De afname in de voorkeur voor overheidszorg is overigens geen uiting van groeiende gerichtheid op hulp van verwanten, maar van een toegenomen behoefte aan zelfstandigheid. De bijbehorende conclusie is dat Nederlanders meer dan voorheen zelf willen bepalen hoe ze verzorgd worden.

Een meerderheid van de Nederlandse bevolking voelt zich verplicht om voor verwanten zorg te dragen. Zo vindt 78% dat je altijd op je familie moet kunnen rekenen en dat je er voor elkaar moet zijn in voor- en tegenspoed. Deze gevoelens zijn echter minder sterk wanneer sympathie ontbreekt of wanneer het gaat om specifieke verplichtingen (zoals het wekelijks op bezoek gaan als je dichtbij woont). Gevoelens van verplichting zijn het zwakst wanneer grote offers worden gevraagd (inbreuk op privacy, arbeid of verlies van inkomen) of wanneer goede alternatieven voorhanden zijn.

Vergelijken we antwoorden op stellingen over het ontvangen en geven van informele zorg, dan blijkt dat de bereidheid om verwanten te helpen groter is dan de bereidheid deze steun te aanvaarden. Zo is 78% het eens met de stelling 'de zorg voor hulpbehoevende ouderen is meer een taak voor de overheid dan voor familie' en ongeveer 40% vindt dat kinderen hun zieke ouders moeten verzorgen. Ook is een op de tien van mening dat bejaarde ouders in huis moeten kunnen wonen bij hun kinderen, terwijl slechts 2% aangeeft dat zij met een van hun kinderen samen zouden willen wonen. Deze uitkomsten duiden erop dat de vraag of mensen bereid zijn hulp te ontvangen van hun verwanten, meer bepalend is dan de vraag of mensen hun familieleden hulp willen geven.

Welke groepen voelen zich meer of minder verplicht hun ouders te verzorgen? Anders dan vaak wordt gedacht, voelen vrouwen zich niet vaker en sterker verplicht dan mannen. Dit is opvallend omdat vrouwen in de praktijk wel vaker informele zorg verlenen. Mensen met een betaalde baan zijn niet minder bereid tot verlening van informele zorg dan niet-werkenden; ook dit lijkt in strijd met het feit dat mensen die

niet werken vaker informele zorg verlenen dan mensen die wel werken. Er is overigens een uitzondering op de hiervoor genoemde regel: mannen jonger dan 55 jaar met een baan van minstens vier dagen per week zijn veel minder tot hulpverleners bereid. Onduidelijk is hoe dit komt. Mogelijk is het netwerk van deze groep 'jongere' werkende mannen anders samengesteld, waardoor zij minder vaak in aanraking komen met hulpsituaties (De Klerk 2003).

Meestal wordt ook aangenomen dat niet-westerse migranten zich veel sterker verplicht voelen om voor hun verwanten te zorgen. Dit blijkt echter alleen het geval onder migranten van de eerste generatie. De tweede generatie lijkt wat dit betreft veel meer op autochtone Nederlanders. Hoger opgeleiden en mensen met broers of zussen hebben minder sterke zorgnormen in vergelijking met laag opgeleiden en eenlingen. Wellicht houden degenen die uit grote(re) gezinnen afkomstig zijn rekening met het feit dat de zorg kan worden gedeeld.

Nederlanders voelen zich sterk verplicht om familieleden bij te staan. De bereidheid om informele hulp te ontvangen, is echter minder groot. Het is niet uit te sluiten dat sociale wenselijkheid het verschil tussen geven en ontvangen bepaalt. Het is wel opvallend dat in overheidsbeleid de aandacht vrijwel alleen naar het aanbod uit gaat; de vraag of mensen wel hulp van verwanten willen krijgen, wordt veel minder vaak gesteld.

De resultaten duiden ook op een overschatting van het aanbod. Volgens de raming drijft het stijgende opleidingsniveau het aanbod op, maar hier zien we dat de hulpbereidheid het laagst is bij mensen met een hogere opleiding.

## 2.8 Conclusies

De uitkomsten van de raming laten zien dat de groep ontvangers van informele zorg tot 2020 slechts weinig groeit en de groep hulpverleners licht. In 2006 kregen ruim 370.000 personen informele hulp vanwege gezondheidsproblemen, in 2020 zullen dat 380.000 personen zijn. In 2006 hielpen 1,4 miljoen personen zieken en gehandicapten, dat zal in 2020 stijgen tot 1,6 miljoen personen. Dit lijkt te duiden op reserve in het aanbod. Ook de aanvullende onderzoeken die voor deze verkenning zijn uitgevoerd, suggereren het bestaan van zo'n reserve. Zo blijken zelfstandig wonende ouderen in 2002 meer zorgpotentieel in hun netwerk te hebben dan in 1992. De toename in die reserve komt vooral voor rekening van kinderen en burens. Deze uitkomst wijst erop dat netwerken van ouderen gevarieerder zijn samengesteld dan voorheen en dat ouderen meer tijd en aandacht besteden aan de leden van hun netwerk. Ook een klein deel van de zelfstandig wonende mensen met een verstandelijk beperking signaleert dat zij een beroep kunnen doen op hun verwanten – als ze dat zouden vragen.

Toch is die ruimte in de informele zorgverlening om twee redenen voor een groot deel schijn. Ten eerste is de aanwezigheid van een groot zorgpotentieel nog geen garantie

op daadwerkelijke informele zorg. Zo blijkt het zorgpotentieel voor ouderen lang niet altijd te worden ingezet als ze hulpbehoevend worden. Voor zover dat potentieel uit burens bestaat, gebeurt dat helemaal niet, maar ook de potentiële steun van kinderen wordt in slechts een minderheid van de gevallen omgezet in feitelijke hulp.

In de tweede plaats komt de ruimte in het aanbod die de modeluitkomsten suggereren, alleen ten goede aan degenen die al informele zorg ontvangen. Het model houdt namelijk geen rekening met mensen die wel behoefte hebben aan informele zorg, maar deze niet ontvangen. Uit onderzoek is bekend dat veel mensen met gezondheidsproblemen geen informele hulpverleners voorhanden hebben en daarom geen gebruik (kunnen) maken van deze hulpbron (De Klerk en Schellingerhout 2006). Zo gaf 20% van de mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen aan dat zij niet over informele hulp beschikken, ook niet als het om een korte periode van twee weken gaat. Bij hulp die voor een langere periode nodig is, kon 30% geen beroep doen op de directe omgeving. Het is niet bekend of dit komt doordat ze niemand kennen of doordat ze denken dat niemand in hun netwerk tijd heeft om hulp te bieden. Het is, gezien de gegevens hierover, duidelijk dat er nog veel onvervulde vraag naar informele zorg is.

Ook de ruimte voor bestaande gebruikers die uit de raming blijkt, is ter discussie gesteld. In het aanbodmodel ontbreken immers enkele belangrijke determinanten van het verlenen van informele zorg, zoals de arbeidsparticipatie en de aanwezigheid van een sociaal netwerk. De aanvullende studies naar trends in en effecten van die determinanten wijzen op een overschatting in de aanbodraming. Dit laat zich het best toelichten door de rol van het opleidingsniveau in de ramingen. Het stijgende opleidingsniveau leek een belangrijke oprijvende kracht achter de groei van het aanbod. Uit de aanvullende studies blijkt dat dit vermoedelijk ook leidt tot een stijgende arbeidsdeelname, grotere geografische afstanden tussen familieleden en een gemiddeld geringere geneigdheid tot het verlenen van informele zorg. Al deze ontwikkelingen kunnen negatief uitwerken op het aanbod van informele zorg.

Een factor waaraan meer aspecten zitten dan die van het opleidingsniveau is de arbeidsmarktpositie in relatie tot andere zorgtaken. De combinatie van een betaalde baan en kleine kinderen verlaagt nog meer de kans op het geven van informele hulp. Ook deze taakcombinatie komt vaker voor onder hoger opgeleide vrouwen (Cuijpers et al. 2006).

Het is onmogelijk om de resultante te bepalen van alle genoemde, aan elkaar tegengestelde effecten op gebruik en aanbod van informele zorg. Die effecten traden ook in de afgelopen decennia op, maar zowel gebruik als aanbod zijn in die tijd stabiel gebleven (Timmermans en Woittiez 2004; De Klerk en De Boer 2005). Dat wijst erop dat de tegengestelde effecten elkaar in het verleden hebben gecompenseerd. Het is niet al te gedurfd om te veronderstellen dat dit in de nabije toekomst eveneens het geval zal zijn.



Op twee punten is echter actief beleid van overheid en maatschappelijke organisaties gewenst: ten aanzien van de huidige onvervulde behoefte aan informele hulp en ten aanzien van het intensiever opvangen van mensen door leden van hun sociale netwerk. Wat betreft dit laatste wijzen de introductie van de gebruikelijke zorg in de AWBZ, de nadruk op eigen verantwoordelijkheid in de WMO en de afbouw van intramurale capaciteit op overheidsbeleid in die richting. Dergelijk beleid zal echter gepaard moeten gaan met beleid dat tot meer aanbod van informele zorg leidt; hoe dat kan, is onderwerp van het volgende hoofdstuk.



## Noten

- 1 Er is uitgegaan van de volgende definitie van het geven van informele zorg: geregeld (niet beroepsmatig, kosteloos) hulp geven aan mensen (familieleden, kennissen of buren) die ziek of gehandicapt zijn. Het betreft vooral huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en begeleiding, en hulp aan in- en uitwonende personen. Voor het ontvangen van informele hulp werd in de vraagstelling van het onderzoek een onderscheid gemaakt tussen huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging. De omschrijving van huishoudelijke hulp was: 'Kreeg uw huishouden de afgelopen 12 maanden vanwege gezondheidsproblemen hulp in het huishouden, zoals bij het schoonhouden van het huis, de was, de boodschappen of het verzorgen van de warme maaltijd? Wij bedoelen geen hulp bij persoonlijke verzorging of verpleging en geen eenmalige hulp'. De omschrijving van persoonlijke verzorging was opgenomen in de vraag: 'Kreeg iemand in uw huishouden de afgelopen 12 maanden hulp bij persoonlijke verzorging? Voorbeelden hiervan zijn douchen, aankleden, toiletgebruik, aantrekken van steunkousen. Wij bedoelen geen kraamhulp of verpleegkundige hulp of hulp tijdens een ziekenhuisopname en geen eenmalige hulp'.
- 2 Er zijn in Nederland zo'n 50.000 à 60.000 mensen met een lichte verstandelijke beperking, circa 250.000 zwakbegaafden (Woittiez en Ras 2006) en ongeveer 47.000 mensen met een langdurige psychiatrische beperking (Michon en Kroon 2002). Het betreft in het algemeen mensen die niet in een instelling wonen maar (begeleid) zelfstandig. Opgemerkt moet worden dat de onderscheiden groepen niet precies in deze verhouding in het onderzoek aanwezig zijn. Onder de respondenten zijn minder zwakbegaafden en meer mensen met een lichte verstandelijke beperking dan op grond van deze cijfers verwacht zou kunnen worden.
- 3 Hierbij gaat het om huishoudelijke hulp die meerdere keren in de drie maanden voorafgaand aan het interview hulp door de hulpbehoevende is ontvangen.

## 3 Dilemma's in en suggesties voor beleid

### 3.1 Beleidslijnen

Tot nu toe is in dit rapport de redenering gevolgd dat kenmerken van mensen en de omstandigheden waarin ze verkeren, vraag en aanbod in de informele zorg bepalen. Overheidsbeleid is daarbij vooral gezien als een reeks faciliteiten die de vrager, maar vooral de aanbieder van informele zorg ondersteunt. Toch vormt het beleid een minstens zo belangrijke determinant van vraag en aanbod in de informele hulp als de kenmerken van vragers en aanbieders. Vandaar dat in dit hoofdstuk het overheidsbeleid wordt besproken. Dit leidt tot een antwoord op de tweede onderzoeksvraag (zie hoofdstuk 1): welke mogelijkheden zijn er om door middel van overheidsbeleid te anticiperen op toekomstige knelpunten in de informele zorg? Hierbij maken we een onderscheid tussen twee niveaus: de doelen van de centrale overheid en de instrumenten op het lokale niveau van gemeenten en instellingen.

De onderzoeksvraag wordt in twee stappen beantwoord. Eerst behandelen we de vijf hoofdlijnen van het overheidsbeleid zoals verwoord in de nota *De mantelzorger in beeld* (DVVO 2005) en de beleidsbrief *Mantelzorg en vrijwillige inzet* (vws 2006a). Deze beleidslijnen zijn: 'meer mensen aan het werk', 'grotere eigen verantwoordelijkheid', 'meer (betaalde) waardering', 'vermaatschappelijking' en het 'draagvlak voor informele zorg'. Vervolgens beschouwen we enkele beleidsinstrumenten op lokaal niveau binnen de zojuist beschreven thema's. Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag maken we gebruik van drie bronnen: een voor deze studie georganiseerde discussiebijeenkomst met dertien deskundigen<sup>1</sup>, de in hoofdstuk 2 toegelichte ramingen en deelstudies, en recent (beleids)onderzoek op het terrein van de informele zorg.

### 3.2 Meer mensen aan het werk

Meer arbeidsdeelname is een belangrijk doel van overheidsbeleid en daarbij gaat het niet alleen om het aantal werkenden, maar ook om de lengte van de werkweek. De vermindering van de uitkeringslast, de emancipatie van buiten de arbeid staande groepen en de recente zorgen om de kosten van de vergrijzing zijn belangrijke motieven voor dit beleid (vws 2007). De tijd die aan werken wordt besteed, beperkt de tijd die voor informele zorg beschikbaar is. Werkenden bieden niet alleen minder vaak hulp dan niet werkenden, maar ook minder uren hulp naarmate ze meer uren per week werken. Als een steeds groter deel van de beroepsbevolking werkt, kan de informele zorg in het gedrang komen.

Verdringing van informele zorg door toenemende arbeidsdeelname kan op drie manieren worden tegengegaan. Ten eerste door de werktijd te flexibiliseren waar dat kan. Wie de arbeidsduur zelf over dag en week kan verdelen, blijkt nauwelijks

problemen te hebben met het combineren van arbeid en zorg. Dat geldt voor zowel de zorg voor kinderen (Keuzenkamp en Faulk 2006) als de zorg voor verwanten (Timmermans et al. 2001).

De tweede manier is zorgtaken van hulpverleners overnemen. De belangrijkste voorzieningen op dit vlak zijn de AWBZ en de WMO. Als uit deze regelingen de nodige zorg wordt verschaft, is er voor leden uit het sociale netwerk geen beletsel voor arbeidsdeelname. De kinderopvang is een ander voorbeeld. Extra ondersteuning op dit terrein kan bijdragen aan de mogelijkheid (meer uren) betaalde arbeid te combineren met informele zorg (Van der Meer en Mulder 2007b). Wellicht trekt dit ook mannen over de streep om meer tijd te investeren in de informele zorg.

De derde manier om verdringing van informele zorg door arbeidsverplichtingen tegen te gaan, is mensen van betaalde arbeid vrijstellen als zorgtaken in het gezin of in het sociale netwerk dat wenselijk maken. Hierbij valt te denken aan de recente maatregel om onder bepaalde voorwaarden informele hulpverleners te ontheffen van hun sollicitatieplicht.

Voor de in dit rapport besproken steun is langdurend zorgverlof krachtens de Wet arbeid en zorg het meest van belang. De wet voorziet in onbetaald verlof dat werkenden voor maximaal zes keer de wekelijkse arbeidsduur per jaar in staat stelt te zorgen voor een levensbedreigend zieke partner, kind of ouder. In 2004 maakten 79.000 personen gebruik van deze verlofregeling (szw 2006). Sinds 1 januari 2006 is er tevens de levensloopregeling die werknemers in staat stelt te sparen voor onbetaald verlof, bijvoorbeeld om te zorgen voor een ziek familielid.

De verlofregelingen schieten op een aantal punten tekort. Zo is de situatie waarin mensen een beroep kunnen doen op verlof krachtens de Wet arbeid en zorg nogal beperkt. De verlofregelingen zijn ook niet geschikt voor terugkerende intensieve zorg (Keuzenkamp et al. 2004). De levensloopregeling kent geen krediet en wordt daarvoor pas interessant voor de informele zorg als mensen een flink aantal vrije uren gespaard hebben. In de periode tot 2020 zal dat niet vaak het geval zijn.

Bij deze begrenzingen hebben financiële overwegingen van de overheid natuurlijk een rol gespeeld. Dat geldt niet voor een andere tekortkoming van de regelingen: ze zijn weinig bekend onder zowel werknemers als werkgevers. Zo heeft bijna twee derde van de leidinggevendenden een werknemer die verlof vroeg om hulp te geven, niet op de hoogte gesteld van de beschikbare regelingen (Mezzo 2007). Ook werknemers zijn niet altijd op de hoogte: 14% van de werkenden die langdurige zorg bij een levensbedreigende ziekte verlenen, is niet bekend met regelingen die speciaal voor hen zijn bedoeld (Souren 2007).

Gemeten aan de 2,4 miljoen Nederlanders die lang of intensief helpen, is de bijdrage van verlofregelingen aan de problematische combinatie van arbeid en zorg bescheiden. De belangrijkste voorziening voor werkende personen die een hulpbehoevende in hun netwerk hebben, is de AWBZ. Daarnaast is er de WMO, waarin sinds 1 januari

2007 de huishoudelijke verzorging is ondergebracht. Deze twee regelingen voorzien 700.000 mensen van professionele steun (cvz 2006a).

De overheid wil het verlenen van informele zorg en betaalde arbeid stimuleren, zo is te concluderen uit het Coalitieakkoord (2007) van het Kabinet Balkenende iv: 'Er komt een inzet op verbreding en verdieping van arbeidsparticipatie en van maatschappelijke participatie (mantelzorg, vrijwilligerswerk)'. Bij zo'n ambitie hoort ook een beleidsinspanning; het stelsel van regelingen die tijd voor hulp verlenen scheppen, zal moeten worden verbeterd en wellicht uitgebreid. Of het overnemen van taken (via awbz en wmo) of de vrijstelling van werk door verlof daarvoor het meest geschikt is, werd niet onderzocht. De ervaring leert dat burgers bij deze kwesties graag een individuele keuze maken.

### 3.3 Meer eigen verantwoordelijkheid

Naar de letter van de wet had iedere verzekerde tot voor kort individueel recht op de verstrekkingen van de AWBZ, ongeacht de beschikbare sociale steun. In 2004 is het voorzieningenniveau gedeeltelijk verlaagd. De huishoudelijke hulp is overgeheveld van de AWBZ naar de wmo en de zogenoemde gebruikelijke zorg is geïntroduceerd. Door deze laatste regeling hebben hulpbehoevende personen die het huishouden met anderen delen, geen recht meer op huishoudelijke verzorging, tenzij de huisgenoten door gezondheidsproblemen niet in staat zijn om die taak op zich te nemen. Dezelfde regels gelden voor de persoonlijke verzorging tot een duur van drie maanden (CIZ 2005). In 2007 zijn de regels opnieuw aangescherpt (zie par. 3.7).

Een verdere inperking van het niveau van voorzieningen is mogelijk onder het regiem van de wmo. Het centrale uitgangspunt van deze wet is dat mensen zich meer en vaker verantwoordelijk tonen voor hun hulpbehoevende verwanten en bekenden. De gemeenten, die de wmo uitvoeren, krijgen de taak dit te verwezenlijken; de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers is voor hen een van de prestatievelden die expliciet in de wmo staan vermeld. Een negatief scenario is dat gemeenten een zorgplicht van kinderen ten opzichte van hun ouders introduceren (en omgekeerd) en verzoeken om professionele huishoudelijke hulp op grond daarvan afwijzen. Of dat op grote schaal gaat gebeuren, is de vraag. Waar het om gaat, is dat de grens tussen eigen en collectieve verantwoordelijkheid voor hulpbehoevende personen ter discussie staat en mogelijk verder naar de eigen verantwoordelijkheid verschuift. Deze beleidslijn is tegengesteld aan die rond een ander aspect van arbeid en zorg: de opvoeding en verzorging van kinderen. Hierbij is juist sprake van een sterke verschuiving van individuele naar collectieve verantwoordelijkheid.

Naarmate de zorg voor hulpbehoevende personen meer een zaak voor het sociale netwerk wordt, ontstaat meer behoefte aan vrijstelling van andere verplichtingen en in het bijzonder van arbeidsverplichtingen, bijvoorbeeld door zorgverlof. Eventuele besparingen op professionele hulp die door inschakeling van sociale netwerken ontstaan, hebben dus een prijs in de vorm van verlies aan arbeidsuren en daarmee aan

economische productie en welvaart. Een zeer hoge prijs wordt betaald door mensen die hun baan kwijt raken omdat zij langdurig zorg bieden aan een naaste. Zij onder- vinden aan den lijve dat overheidsdoelen soms tegenstrijdig aan elkaar zijn. Gegeven deze tegenstrijdigheid en de negatieve gevolgen die dit voor mensen kan hebben, moet de overheid veel duidelijker aangeven waar de grens ligt tussen zorgplicht en arbeidsplicht.

### 3.4 Meer (betaalde) waardering

Waardering is er in soorten en maten. Een belangrijk onderscheid is of er geld aan te pas komt of niet, maar ook financiële waardering kent vele vormen. In deze para- graaf passeren enkele vormen de revue.

#### *Pluimen op de hoed*

In gesprekken met verleners van informele zorg bleek dat zij het gevoel hebben door de overheid emotioneel in de steek te worden gelaten.<sup>2</sup> Media-aandacht voor de kosten van de AWBZ, de suggestie van gemakzuchtig beroep doen op die rege- ling, naast de strenge maar vooral meer zakelijke indicatiestelling geeft sommigen het gevoel dat ze worden beschouwd als misbruikers van collectieve voorzieningen. Discussies in het kader van de WMO over eigen verantwoordelijkheid, versterkte hun indruk dat ze volgens de overheid te weinig voor anderen doen. Onbedoeld is onder veel informele hulpverleners de indruk ontstaan, dat de overheid geen waardering heeft voor de steun die ze hun verwanten en vrienden verlenen.

Toch blijkt uit de beleidsbrief *Mantelzorg en vrijwillige inzet* (vws 2006a) expliciet de grote waardering voor onbaatzuchtige inzet. 'Mantelzorgers en vrijwilligers zijn het cement van onze samenleving. Ik heb grote waardering voor de miljoenen mensen die zich belangeloos inzetten voor een ander', schrijft staatssecretaris Ross-van Dorp. In de WMO is er dan ook specifiek aandacht voor de ondersteuning van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk. Ook in het *Coalitieakkoord* (2007) wordt het belang van mantelzorg onderstreept: 'Participatie komt eveneens tot uitdruk- king in zorg voor elkaar, in vrijwilligerswerk en in mantelzorg. Het is van belang dat het beleid ook deze vormen volwaardig aandacht geeft'. De term volwaardig wordt in dit verband niet toegelicht. In hetzelfde akkoord is wel te lezen dat de overheid de mantelzorg financieel ruimer wil stimuleren: zij keert in 2007 informele zorg- verleners 250 euro uit. De regeling is beperkt tot zorgverleners van mensen met een extramurale AWBZ-indicatie, die moet zijn afgegeven na 1 april 2007. Ook dienen betrokkenen langer dan zes maanden informele hulpverlener te zijn. Het arrange- ment is uitdrukkelijk bedoeld om waardering uit te drukken voor mensen die inten- sief of langdurig zorgen voor een ernstig gehandicapt of zorgafhankelijk persoon. Daarnaast, of misschien wel meer dan een geldbedrag, zou openlijk uitgesproken waardering van politici en andere gezagsdragers informele hulpverleners het gevoel teruggeven dat hun inzet wordt gezien en op prijs gesteld.

### *Onkostenvergoeding*

Onkosten van informele zorgverleners worden al enige tijd vergoed. Vijftien jaar geleden boden hulpbehoevenden al geregeld financiële compensatie voor de kosten die hun hulpverleners maakten. Ook waren er toen verzekeraars die in hun beleid rekening hielden met de kosten die hulpverleners moesten maken (Letteboer 1993). In 2001 ontving ongeveer een op de tien hulpverleners een onkostenvergoeding van bijna 300 euro per jaar (Schellingerhout 2003b). Die was meestal afkomstig van de hulpontvanger, betaald uit eigen zak of via het persoonsgebonden budget (pgb). De hulpontvanger kan de vergoedingen voor de mantelzorger als aftrekpost opvoeren bij de belastingaangifte. Van deze mogelijkheid wordt echter weinig gebruikgemaakt (Schellingerhout 2003b). Dit komt deels doordat verleners van informele zorg de kosten geen probleem vinden, maar ook doordat burgers de regeling niet kennen of niet weten te benutten. Gemeenten kunnen eveneens financiële ondersteuning bieden: via de bijzondere bijstand of in de vorm van een mantelzorgvergoeding.

Al deze regelingen blijven bescheiden en voor veel mensen ontoegankelijk, zo bleek ook uit de discussiebijeenkomst van deskundigen. Mezzo, de landelijke organisatie voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg, dringt daarom al jaren aan op een algemene en goed toegankelijke onkostenvergoeding. Uit eerder SCP-onderzoek (Timmermans et al. 2001) is echter gebleken dat slechts een kwart van de verleners van intensieve of langdurige hulp behoefte heeft aan een vergoedingsregeling; het gaat om naar schatting 600.000 mensen. De behoefte is het grootst onder mensen die zorg dragen voor een huisgenoot en hoge uitgaven en een laag inkomen hebben en onder mensen die de combinatie van werken en zorg zwaar vinden. Het spreekt voor zich dat de behoefte aan een vergoeding zeer groot is onder de kleine groep die door de onkosten in de financiële problemen komt. Soms is dat omdat ze hoge kosten maken, soms omdat de hulp hen zo in beslag neemt dat betaald werken onmogelijk is. Bij deze groep wordt de grens van eigen verantwoordelijkheid overschreden. Een substantiële onkostenvergoeding ligt hier in de rede.

### *Informele zorg als betaalde arbeid*

Al enkele decennia is er onder wetenschappers en beleidsmakers discussie over de vraag of van informele zorg betaalde arbeid moet worden gemaakt. Uit onderzoek zijn zowel nadelen als voordelen naar voren gekomen (Timmermans 2003; Tjardens 2004). Een nadeel kan zijn dat de beloning een claim legt op hulpverleners en gepaard gaat met verwachtingen ten aanzien van zijn of haar inzet en dat hulpbehoevenden minder snel informele hulp zullen inschakelen. Er zijn ook praktische bezwaren: informele zorg is moeilijk te onderscheiden van gewoon sociaal contact en de normale taakverdeling binnen huishoudens en de meeste hulpverleners hebben zoals gezegd geen behoefte aan betaling. Volledige betaling van de vele uren informele hulp zou bovendien tot hoge collectieve kosten zou leiden.

Voordelen van betaling zijn de verbetering van de financiële situatie van de hulpverlener, de maatschappelijke erkenning en de psychologische steun in de rug. Op

kleine schaal zou financiële ondersteuning ertoe kunnen leiden dat hulpverleners eerder, meer en langer hulp bieden (Timmermans et al. 2001).

De discussie over de betaling van informele zorg en de wens dat hulpbehoevenden meer regie over eigen leven krijgen, heeft geleid tot de introductie van het persoonsgebonden budget. Sinds 1995 kunnen hulpvragers van het beschikbaar gestelde bedrag iemand uit het sociale netwerk betalen voor geleverde hulp. Hoe vaak dit voorkomt is niet bekend, wel is bekend dat ongeveer 30% van het aan budgetten uitgekeerde bedrag (ruim 1 miljard euro in 2006) wordt gebruikt om (geïndiceerde) informele zorg te betalen (cvz 2006b). Het zal overigens vaak om deeltijdbanen gaan, want hulpbehoevenden met een indicatie voor permanent verblijf kunnen pas vanaf april 2007 kiezen voor een pgb (vws 2006b).

Het is de vraag of beleid verder moeten gaan dan het bieden van deze keuzemogelijkheid. Het maakt voor de collectieve lasten niet veel uit of men een familielid betaalt om zorg te leveren of een beroepskracht. Het is ook denkbaar dat Nederland niet aan betaling van informele zorg ontkomt als er een tekort aan beroepskrachten ontstaat. Zo'n tekort komt er aan, zo is de stellige verwachting.

### 3.5 Vermaatschappelijking

Lange tijd is de leidende gedachte achter het gehandicaptenbeleid geweest, dat mensen met ernstige beperkingen het meest zijn gediend met een eigen wereld die op hun tekorten is toegesneden. Die gedachte is verruild voor het tegendeel: de juiste plaats van mensen met beperkingen is tussen andere burgers in, ze dienen deel te nemen aan sociaal verkeer en daartoe moeten algemene voorzieningen en diensten voor hen toegankelijk zijn.

De in het verleden gecreëerde eigen werelden, de intramurale voorzieningen, voor mensen met beperkingen worden in toenemende mate ontmanteld. Zorg en begeleiding worden geboden op de plaats waar mensen wonen: in een gewone woning in een gewone woonwijk. Dat proces, vermaatschappelijking genoemd, is echter nog lang niet voltooid (Kwekkeboom 2001). De capaciteit van traditionele plaatsen in verzorgingshuizen, psychiatrische ziekenhuizen en intramurale voorzieningen voor gehandicapten moet nog steeds substantieel teruggebracht. De fysieke scheiding tussen wonen, zorg en welzijn (gewoon wonen met zorg en begeleiding) moet bovendien gevolgd worden door een financiële scheiding, waarna de betreffende personen hun ondersteuning krijgen van algemene voorzieningen voor wonen en van praktische handelingen (inclusief hulp bij het beheer van financiën).

Het financiële scheiden van wonen, zorg en welzijn legt meer verantwoordelijkheden bij gemeenten. Dit decentralisatiebeleid is eind jaren negentig van de vorige eeuw ingezet (Koops en Kwekkeboom 2005). Sinds de invoering van de wmo zijn gemeenten verplicht om iedereen ondersteuning te bieden en meer in het bijzonder mensen met beperkingen op grond van het in de wmo opgenomen compensatie-



beginsel. De vermaatschappelijking van burgers met beperkingen legt een groter beslag op het sociale netwerk van mensen met beperkingen, voor zover dat nog intact is. De grotere eigen verantwoordelijkheid, die het uitgangspunt is van de WMO, doet daar nog een schepje bovenop.

Een zwakke schakel in het proces van vermaatschappelijking is de integratie van de betrokkenen in hun woonbuurt en het plaatselijke verenigingsleven. Het lukt meestal niet een sociaal netwerk op te bouwen, mede doordat velen uit de hier beschreven groep de vaardigheden daarvoor missen (Kwekkeboom et al. 2006). De uit de AWBZ betaalde persoonlijk begeleider is dan ook een belangrijke contactpersoon voor mensen met verstandelijke of psychische beperkingen. De persoonlijk begeleider heeft vele taken: hij of zij biedt niet alleen ondersteuning bij huishoudelijke en persoonlijke verzorging, maar ook bij het regelen van geldzaken, de aanvraag van een pgb, het zoeken van geschikt werk, het naar school gaan of het volgen van een cursus en de opbouw en het onderhoud van het sociale netwerk (Van Weert et al. 2007).

Men moet bij deze kwetsbare groep, die voor het functioneren afhankelijk is van professionele begeleiding, voorzichtig zijn met veranderingen in de regelgeving en de organisatie van de ondersteuning. Het evenwicht dat bij velen na extramuralisering is bereikt, is nog labiel. Een balans is alleen mogelijk als er een goed functionerend sociaal netwerk aanwezig is. In gevallen waarin zo'n netwerk ontbreekt, is extra inspanning nodig om die balans te realiseren. Voor een deel van de chronisch psychiatrische patiënten of mensen met een verstandelijke beperking is participatie in de samenleving wellicht te veel gevraagd; het zelfstandig wonen legt behoorlijk beslag op hun capaciteiten. Voor deze kleine groep zeer kwetsbare burgers is min of meer zelfstandig wonen slechts haalbaar als er voorzien is in voldoende professionele begeleiding.

### 3.6 Draagvlak voor informele zorg

De achtergrondstudie laat zien dat veel mensen informele zorg willen bieden, ook als zij een betaalde baan hebben of als afstanden moeten worden overbrugd. Hulpbehoevende personen zitten echter vaak niet op praktische steun van hun verwanten te wachten; ze geven de voorkeur aan professionele hulp. Onder ouderen bijvoorbeeld, is de populariteit van het ontvangen van informele hulp het afgelopen decennium flink gedaald, zo blijkt uit een vergelijking met een studie uit de jaren negentig (Wielink et al. 1995). Hetzelfde geldt voor mensen met ernstige lichamelijke beperkingen (Den Draak 2007). De voorkeur voor professionele hulp hangt samen met gevoelens van ongemak die met het ontvangen van informele hulp gepaard gaan. Je privacy wordt immers ingeperkt en je voelt je mogelijk bezwaard vanwege de gevolgen voor de informele hulpverleners: die krijgen minder tijd voor werk, hobby's of studie. Opmerkelijk is dat de bereidheid hulp te ontvangen in het publieke debat geen rol speelt en de (feitelijk minder problematische) bereidheid om te geven wel. Dit komt mede door de nadruk op eigen verantwoordelijkheid binnen het huidige overheids-



beleid. De vraag is of dit beleid past bij de opvattingen van potentiële ontvangers van hulp, mensen waarbij informele hulp langdurig van aard is en een belangrijk onderdeel van hun leven.

Voor zover er van een draagvlakprobleem sprake is, ligt dat dus niet bij de potentiële aanbieders van informele hulp maar bij de hulpontvangers. Zij bepalen uiteindelijk hoe de zorg wordt geregeld en welke zorgaanbieder actief is. Het is overigens nog onduidelijk wat hieraan te doen is; een mentaliteitsverandering bij hulpaanbieders of -ontvangers is lastig te bewerkstelligen en vraagt tijd. In een aantal gevallen kan men zelfs bedenkingen hebben bij de bereidheid hiertoe. In een discussiebijeenkomst over dit onderwerp werd gesignaleerd dat sommige informele hulpverleners tegen zichzelf in bescherming zouden moeten worden genomen. Het valt bijvoorbeeld te overwegen om vroegtijdig gebruik te maken van het volledige sociale netwerk van de hulpbehoevende om de kans te verkleinen dat de informele hulpverlener de zorg niet meer kan of wil loslaten.

### 3.7 Instrumenten op lokaal niveau

In de vorige paragrafen zijn beleidsdoelen die direct of indirect samenhangen met de informele zorg geconfronteerd met onderzoeksgegevens. Dit heeft duidelijk gemaakt dat de overheid voor vijf dilemma's staat. Het eerste dilemma komt voort uit de doelstellingen ten aanzien van *arbeidsparticipatie*. Deze plannen staan in bepaalde gevallen op gespannen voet met het bieden van informele zorg, bijvoorbeeld bij werkende vrouwen met jonge kinderen. De tijdsdruk die zij ervaren zorgt er vermoedelijk voor dat hun inzet in de informele zorg lager uitvalt.

In het tweede dilemma staat de *eigen* verantwoordelijkheid van mensen versus de *collectieve* verantwoordelijkheid centraal. Uit cijfers blijkt dat de hulpbereidheid van de bevolking groot is – familie en vrienden helpen langdurig en intensief als dat nodig is – maar het is de vraag in hoeverre de vervulling van de hulpbehoefte een zaak van burgers is danwel een verantwoordelijkheid van de overheid.

In het derde dilemma gaat het om de waardering van hulpverleners. De overheid benadrukt het belang van informele hulp publiekelijk en door middel van een financiële vergoeding van 250 euro. Verleners van intensievere of langdurige informele zorg voelen zich desalniettemin ondergewaardeerd door de overheid en een deel levert door het helpen zo veel welvaart in, dat een bedrag van 250 euro geen verlichting biedt. Dit roept de vraag op naar de aard van de waardering: als informele hulp extra moet worden gewaardeerd, gaat het dan om een *symbolische* en/of een *financiële* waardering.

Het vierde dilemma vloeit voort uit het idee dat alle burgers, kwetsbaar of niet, moeten meedoen aan de samenleving. Zelfstandig wonen ('het wonen in de wijk') leidt bij kwetsbare mensen niet altijd tot een grotere deelname aan de samenleving, maar wel tot meer informele hulp, bijvoorbeeld van burens en vrienden. Het is dus de vraag waarop beleidsmakers zich zouden moeten richten: het vergroten van *maatschappelijke participatie* in een zelfstandige woonsituatie of het verbeteren van de

zelfredzaamheid en de *kwaliteit van leven* van kwetsbare mensen (al dan niet in een beschermde woonvorm of instelling).

Het vijfde dilemma heeft betrekking op het draagvlak van de informele zorg. Veel mensen zijn bereid hulp te geven, ook al leveren zij daarbij veel in. Bij zorgvragers bestaat echter een zekere terughoudendheid om informele zorg te ontvangen; zij voelen zich bezwaard en signaleren negatieve gevolgen voor de hulpverleners. Hier komt de vraag op welke *wensen* gerespecteerd zouden moeten worden: die van de hulpontvanger, die van de mantelzorger(s) of van allebei.

Het laatste dilemma, de nadruk op de *wens* van de hulpontvangers en/of aanbieders, is niet eerder onderzocht. De eerste vier dilemma's zijn wel eerder beschreven (zie bijvoorbeeld Knipscheer 2004; Timmermans 2006; Kwekkeboom et al. 2006; Cox 1993).

Het is de landelijke overheid die voor een groot deel de keuzen binnen de dilemma's moet maken. Het is de gemeente die, gegeven de algemene keuzen, ondersteuning moet bieden. Daarvoor is sinds 1 januari 2007 een wettelijke basis in de WMO. Bij de beschrijving van de mogelijkheden tot lokaal beleid maken we onderscheid tussen het verminderen van de last van het helpen, de aandacht voor balans (tussen draaglast en draagkracht) en de voorkeuren van hulpvragers.

#### *Vermindering van de last van het helpen*

De eerste manier om verleners van informele hulp bij te staan is de last van het helpen te reduceren. De mogelijkheden hiertoe zijn het verminderen van de tijdbelasting van hulpverleners, reistijdbeperking en aanpassingen van de woonsituatie, en netwerkontwikkeling.

Ter reductie van tijdbelasting zijn er op nationaal niveau voorzieningen zoals zorgverlof en kinderopvang. Gemeenten hebben hierop nauwelijks invloed. Wel staat het gemeenten vrij om specifieke maatregelen te treffen om de combinatie van werk en zorg te vergemakkelijken. Een voorbeeld vinden we in Leeuwarden waar kinderen van informele hulpverleners en vrijwilligers onder bepaalde voorwaarden gratis worden opgevangen.

Gemeenten beschikken ook over andere instrumenten om voorzieningen te treffen waarmee informele hulpverleners kunnen worden ontlast, zodat zij meer tijd voor zichzelf krijgen en zelfs uitval kan worden voorkomen. Een voorbeeld is respijtzorg (bijvoorbeeld dagopvang), overname van de zorg thuis en logeeropvang. Ongeveer een derde van de informele hulpverleners gebruikt een vorm van respijtzorg en een groot deel van hen geeft aan dat de ervaren belasting aanzienlijk zou stijgen zonder deze vorm van ondersteuning (Koopmanschap et al. 2004). Flexibele vormen verdienen de voorkeur, want de behoefte aan respijtzorg ontstaat vaak acuut, terwijl indicatieprocedures lang duren.

Daarnaast is er ondersteuning gericht op de hulpbehoevende die tegelijkertijd verlichting biedt aan de betrokken hulpverleners. Een maaltijdvoorziening bijvoorbeeld, is bestemd voor een oudere of een hulpbehoevende maar neemt ook werk uit

handen van de informele hulpverleners. In een van de prestatievelden van de WMO is vastgelegd dat mantelzorgondersteuning niet alleen het aanbieden van deze voorzieningen inhoudt, maar ook dat gemeenten informele hulpverleners op de beschikbare faciliteiten attent maken. Aan dit laatste schort het nog. Ondersteunende voorzieningen zijn weinig bekend, velen weten de weg ernaar niet te vinden en het aanbod is zeer versnipperd (zie ook De Boer 2005). Nu het veld van mantelzorgondersteuning na vele jaren tot wasdom is gekomen, lijkt het tijd dit veld lokaal te ordenen en de toegankelijkheid en de flexibiliteit ervan te verbeteren.

De last van het helpen kan ook verkleind worden door reisafstanden tussen hulpbehoevenden en hulpverleners te verminderen. Mensen kunnen minder gemakkelijk een beroep doen op informele hulp als zij geen familie in de buurt hebben wonen (Van der Meer en Mulder 2007a). De mogelijkheden zijn echter beperkt. De sociale huursector zou informele hulp door verwanten kunnen laten meewegen bij de urgentie voor woningtoewijzing. Verder zou meer rekening kunnen worden gehouden met de voorkeuren van informele hulpverleners die in de buurt van hulpbehoevenden willen wonen. Niet alleen door levensloopbestendig te bouwen en aanleunwoningen of nultredewoningen in de buurt van 'gewone' woningen te verwezenlijken, maar ook door bij nieuwbouw van verblijfsinstellingen en woonzorgcomplexen enkele 'gewone' woningen voor niet-inwonende hulpverleners te realiseren.

Verbetering van de woonsituatie van hulpbehoevenden kan eveneens bijdragen aan een lagere belasting van hulpverleners. Uit onderzoek van het NIVEL is bekend dat het gebruik van betere voorzieningen in woningen de belasting van de betrokkenen doet verminderen (Bos en Leemrijse 2005) en de zelfredzaamheid van de hulpbehoevende vergroot. Informele zorgverleners wensen meer inzicht in deze mogelijkheden. Zij zijn vaak niet op de hoogte van de beschikbare hulpmiddelen en als dat wel zo is, weten ze vaak niet waar het verkrijgbaar is of hoe het vergoed kan worden. Gemeenten kunnen op het punt van informatievoorziening aan burgers een belangrijke rol vervullen.

Een derde manier om de last van het helpen te verminderen, is meer leden van het sociale netwerk inzetten. De verwachting van deskundigen in de discussiebijeenkomst is dat netwerkontwikkeling (de uitbreiding van het netwerk bij kwetsbare groepen en hun hulpverleners) in de toekomst sterk aan belang zal winnen.

Een praktijkvoorbeeld is dat informele hulpverleners wordt geleerd hoe ze hulp kunnen vragen aan hun omgeving zodat de zorg beter wordt verdeeld. De aanpak werkt, zo is de ervaring. De deelstudies leerden dat bij zelfstandig wonende ouderen tegenwoordig inderdaad meer zorgpotentieel beschikbaar is (Broese-Van Groenou en Van Tilburg 2007). Wel moet worden opgemerkt dat dit potentieel zich vaak niet uitbetaalt in feitelijke informele hulp. Soms lukt het niet om meer leden van het netwerk in te zetten. Een deel van de groep mensen met een psychische of verstandelijke beperking heeft geen adequaat netwerk en is daarom aangewezen op professionele hulp (Van Weert et al. 2007).

Netwerken vormen, uitbreiden of aanvullen begint vaak met een vrijwilliger (denk aan 'buddies' en 'maatjes'), maar ook professionele begeleiders kunnen daar een belangrijke rol in spelen, omdat ze geregeld de enige contactpersoon van de hulpbehoevende zijn. Een grotere signalerende en coördinerende rol voor de begeleider zou bovendien gemeenten helpen om de kwetsbare groepen te bereiken. Begeleiders hebben nog weinig oog voor deze rol, wellicht omdat netwerkontwikkeling en ondersteuning in de beroepsopleiding en -uitoefening te weinig aandacht krijgen. Het kan ook het gevolg zijn van een tamelijk krappe toekenning van indicaties voor de functie waar netwerkontwikkeling onder valt, de zogenaamde activerende begeleiding.

#### *Meer aandacht voor de balans*

In de afgelopen jaren is er veel publiciteit geweest over informele zorg en de balans tussen draagkracht en draaglast. Zo waren er landelijke en lokale campagnes ('Ik? Ik ben mantelzorger'), wordt elk jaar in november de 'Dag van de mantelzorger' gehouden en is er belangenbehartiging van hulpverleners. Toch zijn veel hulpverleners nog onbekend met het ondersteunende beleid dat onder de naam mantelzorg wordt gevoerd. Dat geldt ook voor hulpverleners van informele zorg die zich in de naam en het bijbehorende beeld niet herkennen en daardoor geen gebruik maken van de ondersteuning die wordt geboden.

Een sluitende verklaring voor die onbekendheid is er niet. Het kan samenhangen met het feit dat hulpverleners zich niet herkennen in het stereotiepe beeld van de mantelzorger van de sandwichgeneratie: vrouwen die zorg dragen voor hun kinderen en hun bejaarde ouders (De Boer 2005). Ook kan de vanzelfsprekendheid van het verlenen van informele hulp een rol spelen ('Ik ben toch gewoon de partner, het kind, de ouder, de vriend en ik zorg voor mijn dierbare meer dan gemiddeld'). En het is mogelijk dat de term informele hulp of mantelzorg rolverwarring oplevert omdat het naast een relatie ook een taak impliceert (Schreuder-Goedheijt 2007).

Daarnaast zijn er beroepskrachten in de zorg die te weinig oog hebben voor de balans in de informele hulp (Knipscheer 2006). Bij zorgorganisaties, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, wordt het belang van samenwerken tussen beroepskrachten, mantelzorg en vrijwilligerswerk niet altijd voldoende gezien, laat staan dat op dit punt een samenhangend beleid wordt gevoerd. Om dit te verbeteren hebben ActiZ en het Expertisecentrum Informele zorg (EIZ) een handleiding ontwikkeld (Actiz 2007). De afstemming van de draagkracht en draaglast bij informele zorgverleners – binnen en buiten de muren van instellingen –, maar de ook de afstemming tussen hulpverleners, cliënten en beroepskrachten komt hierbij expliciet aan de orde.

Gemeenten hebben een duidelijke taak als het gaat om de balans in de informele zorg. Zij hebben met de invoering van de WMO, de verantwoordelijkheid voor de samenwerking tussen professionele zorg, informele zorg en vrijwilligerswerk gekregen. Deskundigen in de discussiebijeenkomst signaleren dat de uitvoering van die afstemming nog in de kinderschoenen staat. Sinds de invoering van de WMO lijken gemeenten echter een inhaalslag te maken.

Er zijn vele ontwikkelingsrichtingen denkbaar. Zo biedt het gecombineerde prestatieveld mantelzorg en vrijwilligerswerk de mogelijkheid om de afstemming met het vrijwilligerswerk te verbeteren (Devilée 2007). Gemeenten kunnen hun ondersteuningsbeleid tevens afstemmen op dat van professionele zorgaanbieders en bij de contractering van bijvoorbeeld thuiszorg- of welzijnsinstellingen eisen stellen aan de te leveren respijtzorg of netwerkondersteuning. Daarnaast zijn er aanknopingspunten te vinden in de zesde pijler van het regeerakkoord: de overheid als bondgenoot en een dienstbare publieke sector. Hierin worden innovatieve zorgconcepten genoemd, zoals kleinschalige projecten met divers zorgaanbod die zijn ingebed in de buurt. Ook zou in dit verband aandacht kunnen worden geschonken aan de samenwerking tussen professionele beroepskrachten en informele zorgverleners.

Voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zou aandacht voor de balans in de informele zorg vanzelfsprekend moeten zijn. Dat is nog onvoldoende het geval, zo blijkt uit het Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek. 15% van de ontvangers van informele hulp die een aanvraag doen voor AWBZ-hulp geeft aan dat niet of onvoldoende rekening wordt gehouden met hun hulpverleners (Jedelloo en Schrijvers 2007). De verwachting is dat dit vanaf 1 april 2007 met de nieuwe indicatiestelling zal verbeteren; het aandeel informele hulp mag dan niet meer automatisch van de indicatie worden afgetrokken. Er dient door indicatieadviseurs nadrukkelijk te worden gekeken naar de draaglast en draagkracht van de informele zorgverlener. Als de belasting te hoog is dan kan men bijvoorbeeld respijtzorg krijgen.

Toch zijn daarmee niet alle knelpunten opgelost. In de huidige protocollen voor de functies 'ondersteunende begeleiding' en 'verblijf' wordt respijtzorg niet meer expliciet genoemd. Hoewel het indiceren van respijtzorg in de praktijk mogelijk blijft, dient het formele kader voor respijtzorg wat dit betreft aangepast te worden. De nieuwe indicatiestelling betekent in de praktijk echter nog steeds dat hulpverleners pas door beroepskrachten worden herkend als zij zelf hulpbehoevend worden. De toewijzing van voorzieningen zou daarom uit preventief oogpunt verbreed moeten worden, zodat nog niet overbelaste hulpverleners worden ondersteund.<sup>3</sup> Dat er behoefte bestaat aan dergelijke maatregelen blijkt uit het feit dat 20% van de mensen met beperkingen aangeeft dat hun informele zorgverlener moeite heeft met het combineren van taken in werk, zorg en huishouden (Den Draak 2007).

Het is niet duidelijk hoe de rol van het CIZ er in de toekomst zal uitzien. Wellicht gaan gemeenten zelf de indicaties voor huishoudelijke hulp ter hand nemen, waardoor afstemming op de informele zorgverlening weer in een ander perspectief wordt geplaatst.

#### Voorkeuren van hulpvragers

Sinds de invoering van de WMO wordt sterk de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Van hulpvragers wordt verwacht dat zij eerst in eigen kring problemen compenseren; pas als netwerkliden onvoldoende hulp kunnen bieden, komt de professionele ondersteuning in beeld. Uit het voor deze verkenning

uitgevoerde onderzoek blijkt echter dat burgers lang niet altijd de voorkeur geven aan informele zorg (Dykstra en Fokkema 2007). Velen voelen zich bezwaard om hulp van hun naasten te ontvangen, maken zich zorgen over de negatieve gevolgen voor hulpverleners en doen een beroep op een zelf geregelde particuliere hulp als hun inkomen dat toelaat (Timmermans en Woittiez 2005). Deze uitkomst duidt erop dat het lokale beleid niet te veel kan en mag kapitaliseren op de aanbieders van informele zorg; het risico dat de hulpvragers buiten beeld blijven is te groot. In de toekomst zouden de voorkeuren van mensen met beperkingen wel eens sterker bepalend kunnen zijn voor de onderlinge zorg dan de bereidheid van anderen om hulp te bieden. Uit de beschikbare gegevens is onvoldoende bekend over de keuzen die hulpvragers maken ten aanzien van de zorgverlening. Onduidelijk is waarom sommige mensen kiezen voor informele zorg, en andere mensen, in een vergelijkbare gezondheidstoestand, juist een voorkeur voor professionele zorg hebben. Ook is niet bekend in hoeverre het moment waarop gezondheidsproblemen in de levensloop optreden van invloed is op die keuze. Zo kan verondersteld worden dat mensen andere zorgvoorkeuren hebben als zij op 75-jarige leeftijd geconfronteerd worden met gezondheidsproblemen, dan wanneer zij veel eerder een chronische ziekte of beperking hebben gekregen. Een methodiek waarbij de weerstand die mensen (kunnen) ervaren bij de inzet van potentiële informele hulpverleners in kaart wordt gebracht, biedt een goede aanvulling op het hier gepresenteerde materiaal.

Overigens hebben ook vertegenwoordigers van gebruikers van ondersteuning, zoals patiënten- en consumentenplatforms en lokale ouderenbonden, een rol bij het in kaart brengen van de behoefte van de bevolking. Zij kunnen erop toezien dat de informatie over hun doelgroepen op de juiste plaats terecht komt, namelijk bij de lokale partijen die betrokken zijn bij de ondersteuning van informele zorgverleners.

### 3.8 Balans van de informele zorg

Het geheel van onderzoeksresultaten en beleidsmogelijkheden overziende, dringt het beeld van de balans zich herhaaldelijk op. Ten eerste tussen aantallen hulpgevers en hulpontvangers, een balans die in de nabije toekomst in evenwicht blijft. Minder in balans zijn vraag en aanbod: er is vraag naar informele zorg waarvoor (kennelijk) geen aanbod is, er is aanbod dat niet wordt benut, onder andere omdat hulpbehoevenden de voorkeur geven aan professionele steun.

Of geven en ontvangen daadwerkelijk in evenwicht blijven, hangt af van de balans die wordt gevormd door uitgangspunten van beleid. Het kortste overzicht van het huidige beleid omvat vijf dilemma's: 1) waar ligt de grens tussen arbeidsparticipatie en door burgers ervaren zorgplicht, 2) behoort de ondersteuning van kwetsbare burgers tot de 'eigen verantwoordelijkheid' of is het de verantwoordelijkheid van de overheid, 3) moet de informele zorg extra, symbolisch en/of financieel worden gewaardeerd, 4) is maatschappelijke participatie van kwetsbare burgers van groter belang dan de verhoging van de kwaliteit van leven, 5) in hoeverre wordt in de keuze voor informele

zorg rekening gehouden met de wensen van hulpvragers. Verschuivingen in beleidskeuzes leiden onherroepelijk tot verstoring in het evenwicht van hulpverleners en hulp ontvangen.

Een derde balans is die tussen draagkracht en draaglast op het niveau van de individuele hulprelatie. Veel verleners van informele zorg betalen een hoge prijs voor de steun die ze bieden. Die prijs bestaat zowel uit onkosten en tijdverlies als uit fysieke en emotionele belasting. In een meerderheid van de gevallen wordt die prijs graag en met gemak betaald. Een beetje informele zorg geven maakt zelfs gelukkig (De Boer en Van Campen 2007). In een aantal gevallen is die prijs te hoog en leidt hij tot financiële problemen, isolement van de hulpverlener en aantasting van zijn of haar gezondheid. De gift van de informele zorg is dan offer geworden en deze slechte balans moet een zorg van de overheid en maatschappelijke organisaties zijn.

Er zijn nog veel meer, zij het kleinere balansen in de informele zorg te benoemen (zie bijv. Knipscheer 2004). Beleid met betrekking tot de informele zorg heeft daarom iets weg van jongleren: er zijn vele bordjes die tegelijkertijd in de lucht moeten worden gehouden. Daarmee is ook duidelijk dat er grenzen zijn aan de informele zorg.



## Noten

- 1 De bijeenkomst was georganiseerd door het Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ). De deskundigen zijn (professioneel) actief in belangenbehartigingsorganisaties van patiënten, informele hulpverleners of vrijwilligers of werken bij een woningbouwcorporatie, zorginstelling of adviesbureau. De deelnemers waren: Carine Blauw (zelfstandig adviseur Malkander), Bernadette Duzijn (projectleider 'Onderweg naar mantelzorgparticipatie' InterZorgOuderen en Mediant en ontwerper van de bekroonde POM-methodiek preventieve ondersteuning mantelzorgers), Nico Heinsbroek (Mezzo, landelijke vereniging voor mantelzorgers, Bunnik), Jan de Jong (projectleider Wonen Welzijn Zorg, provincie Groningen), Jaap Kemkes (Kemkes Interimmanagement en beleidsadvies), Henk Kraijo (promovendus UMC Utrecht, volhoudtijd van mantelzorgers van thuiswonende mensen), Beebs Looman (manager woondiensten, Algemene Woningbouwvereniging Amsterdam), Julie Meerveld (Alzheimer Nederland, projectleider Landelijk Dementieprogramma), Marjolein Morée (Expertisecentrum Informele Zorg/Vilans), Trudie Nieuwendijk (Steunpunt mantelzorg, Markant, Amsterdam), Truus Oud (Bureau Taps Alkmaar, initiatiefnemer de mantelzorgmakelaar), Paul van Daal (PON Noord-Brabant), Baukje Wallendal (zelfstandig adviseur, Zuidwest-Friesland).
- 2 In maart 2007 zijn groepsgesprekken met mantelzorgers georganiseerd. Deelnemers waren leden van Mezzo. De rapportage van deze gesprekken zal eind 2007 verschijnen.
- 3 Op dit moment mag bij gezinsleden alleen in individuele gevallen rekening worden gehouden met een dreigende overbelasting. In 2007 komt een handleiding beschikbaar om indicatiestellers beter te faciliteren voor het in kaart brengen van de belastbaarheid van deze groep hulpverleners.



## Literatuur

- Actiz (2007). *Samenspel met mantelzorg; handreiking voor het vormen van visie en beleid op het gebied van mantelzorg in organisaties voor verpleging en verzorging*. Utrecht: ActiZ/EIZ.
- Boer, A. de (red.) (2005). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2005/15).
- Boer, A. de, J. Iedema en C.H. Mulder (2005). 'Geografische kenmerken en informele zorg'. In: A. de Boer (red.), *Kijk op informele zorg* (p.75-88). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2005/15).
- Boer, A. de (red.) (2007, te verschijnen). *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de en C. van Campen (2007). 'Informele helper en o zo gelukkig.' In: *Veel geluk in 2007, SCP-Nieuwjaarsuitgave 2007* (p. 72-76). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bos, J., en C. Leemrijse (2005). *Help de informele hulp. Een inventarisatie van belemmerende factoren voor het gebruiken van hulpmiddelen door mantelzorgers en oplossingen daarvoor*. Utrecht: NIVEL.
- Breedveld, K., M. de Klerk en J. de Hart (2004). *Ouderen en maatschappelijke inzet*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO werkdocument 4).
- Broese-van Groenou, M. en T. van Tilburg (2007, te verschijnen). 'Het zorgpotentieel van de netwerken van ouderen'. In: A. de Boer (red.) (2007), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Calsbeek, H. (2004). *Chronisch zieken over mantelzorg: prettig, maar ook bezwaarlijk*. Utrecht: NIVEL (Factsheet PPCZ, oktober 2004) ([www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)).
- CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg (2005). *Protocol gebruikelijke zorg*. Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg.
- Coalitieakkoord (2007). *Samen werken, samen leven. Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie*.
- Cox, S. (red.) (1993). *Bloemen of steun. Beschouwingen over de mantelzorg*. Tilburg: PON/Emancipatiebureau Noord-Brabant.
- Cuijpers, M., B. Hermans en W. Portegijs (2006). 'Betaalde arbeid'. In: W. Portegijs, B. Hermans en V. Lalta (red.) (2006), *Emancipatiemonitor 2006; veranderingen in de leefsituatie en levensloop* (p. 67-99). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2006/22).
- CVZ (2006a). *CVZcijfers 2000-2005*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- CVZ (2006b). *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl. Juli 2004-juli 2005*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Devilée, J. (2007, te verschijnen). *Vrijwillige extramurale zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Draak, M. den (2007, te verschijnen). 'Gebruik van zorg en hulpmiddelen'. In: M. de Klerk (red.), *Meedoen met beperkingen; Rapportage gehandicapten 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- DVVO (2005). *De mantelzorger in beeld*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (DVVO/ZA-U-2585645).
- Dykstra, P.A. en T. Fokkema (2007, te verschijnen). 'Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven en te ontvangen'. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Jedelloo, S. en G. Schrijvers (2007). *Landelijk klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgaanvragers*. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde (www.ciz.nl).
- Gesthuizen, M. (2006). 'Betaalde arbeid'. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen; veranderingen in de leefsituatie en levensloop* (pag.49-64). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2006/12).
- Herweijer, L. (2006). 'Onderwijs en opleiding'. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen; veranderingen in de leefsituatie en levensloop* (p. 21-48). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2006/12).
- Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwensen (2003). *Sociaal isolement; een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Keuzenkamp, S., K. Breedveld, S. Hoff, A. Oudejans, W. Portegijs, A. Soede en J.M. Wildeboer Schut (2004). *Een EER voor de levensloopregeling; onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S. en L. Faulk (2006). 'Voltijds werkende moeders'. In: *Sociaal en Cultureel Rapport 2006* (p. 155-180). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M.M.Y. de (2003). 'Aanbod van informele hulp. De relatie tussen werk en informele hulp'. In: *Tsg* (81) 1, p. 44-51.
- Klerk, M. de en A. de Boer (2005). 'Veranderingen in de informele zorg, 1991-2003'. In: A. de Boer (red.), *Kijk op informele zorg* (p.24-33). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2005/15).
- Klerk, M.M.Y. de en R. Schellingerhout (2006). *Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2006/11).
- Knipscheer, K. (red.) (2004). *Dilemma's in de mantelzorg*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Knipscheer, C.P.M. (2006). 'Functies van en dilemma's in de mantelzorg'. In: *Bijblijven, Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel* (22) 1, p.13-18.
- Koopmanschap, M.A., N.J.A. van Exel, G.A.M. van den Bos, B. van den Berg, W.B.R. Brouwer (2004). 'The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers'. In: *Health Policy* (68), p. 309-320.
- Koops, H. en M.H. Kwekkeboom (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2005/5).
- Kwekkeboom, M.H. (1990). *Het licht onder de korenmaat. Informele zorg in Nederland*. Den Haag: VUGA uitgeverij.
- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk; een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg* (proefschrift). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2001/8).
- Kwekkeboom, M.H., A.H. de Boer, C. van Campen, A.E.G. Dorrestein (2006). *Een eigen huis...; ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2006/2).
- Lange-Frunt, A. van en T. Wajon (2007). *Bevindingen van persoonlijk begeleiders in de zorg met vermaatschappelijking*. Breda: Avans Hogeschool.
- Letteboer, L. (1993). 'Een grotere diversiteit aan zorgfuncties'. In: S. Cox (red.), *Bloemen of steun. Beschouwingen over de mantelzorg* (p. 43-46). Tilburg: PON/Emancipatiebureau Noord-Brabant.

- Meer, M.J. van der en C.H. Mulder (2007a, te verschijnen). 'Informele zorg en de afstand tot familie en vrienden'. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Meer, M.J. van der en C.H. Mulder (2007b, te verschijnen). 'Tijdsbudget en informele zorg'. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Mezzo (2007). *Werk en mantelzorg: een verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer*. Bunnik: Mezzo.Geraadpleegd 12-5-2007 via [www.mezzo.nl](http://www.mezzo.nl).
- Michon, H. en H. Kroon (2002). 'In de samenleving en ernstige psychiatrische problematiek: op zoek naar een getal (notitie voor de Taskforce Vermaatschappelijking)'. In: *Erbij horen, advies van de Taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: CTGG.
- Mulder, C. en M. Kalmijn (2004). 'Even bij oma langs; NKRPS laat zien hoe ver familieleden van elkaar wonen'. In: *Demos* (20) 10, p.78-80.
- Portegijs, W., Hermans B. en V. Lalta (red.) (2006). *Emancipatiemonitor 2006; veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2006/22).
- Schellingerhout, R. (2003a). 'De mantelzorger'. In: J. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Over hulp van en aan mantelzorgers* (p. 33-57). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2003/1).
- Schellingerhout, R. (2003b). 'Uitgaven voor mantelzorg en derving van inkomen'. In: J. Timmermans (red.), *Mantelzorg; over de hulp van en aan mantelzorgers* (p. 163-206). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2003/1).
- Schellingerhout, R. (2005). 'De mobiliteit van de mantelzorger'. In: A. de Boer (red.), *Kijk op informele zorg* (p. 89-104). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2005/15).
- Schellingerhout, R. (2007, te verschijnen). *Hoe luidt de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2004). *Sociaal en Cultureel Rapport 2004. In het zicht van de toekomst*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schreuder-Goedheijt, T. (2007). *Mantelzorger, weg ermee?* (column). Utrecht: Expertise Centrum Informele Zorg. Geraadpleegd 3 juni 2007 via [www.eiz.nl](http://www.eiz.nl).
- Souren, M. (2007), 'Mantelzorgers maken weinig gebruik van verlofregelingen'. In: *Socialeconomische trends*, 2e kwartaal.
- szw (2006). *Beleidsdoorlichting Arbeid en zorg*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Timmermans, J. (red.), A.H. de Boer, C. van Campen, M.M.Y. de Klerk, J.S.J. de Wit en I.B. Woittiez (2001). *Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2005). 'Aanbodschatting informele zorg 2000-2020'. In: A. de Boer (red.), *Kijk op informele zorg* (p. 34-46). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (2005/15).
- Timmermans, J. (2006). 'Informele zorg'. In: *Sociaal en Cultureel Rapport 2006* (p. 291-315). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en K. Sadiraj (2007). 'Ramingen informele zorg'. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tjadens, F. (2004). 'Mantelzorg en betaling. Betaalde liefde of betaalde kosten'. In: K. Knipscheer (red.), *Dilemma's in de mantelzorg* (p. 89-104). Utrecht: NIZW.

TK (2003/2004). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer vergaderjaar 2003/2004, 29538, nr. 1.

Vanbrabant, A., en K. Craeynest (2004). 'Zorgcapaciteit in het Vlaanderen van nu en morgen'. In: T. Jacobs en E. Lodewijckx (red.), *Zicht op zorg; studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003* (p. 117-127). Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS) Vlaamse Wetenschappelijke instelling (CBGS-werkdocument 2004/11).

vws (2006a). *Mantelzorg en vrijwillige inzet*. DMO/SSO-U-2715114, 2 november 2006.

vws (2006b). *Volledige zorg thuis en pgb*. Den Haag: Brief van de staatssecretaris van vws aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 26 oktober 2006.

vws (2007). *Samen zorgen voor beter proloog vws beleid 2007-2010*. Den Haag: Brief van de staatssecretaris van vws aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 12 april 2007.

Weert, C. van, A. de Boer en R. Kwekkeboom (2007, te verschijnen). 'Zorgpotentieel in netwerken van mensen met verstandelijke of psychische problemen'. In: A. de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Wielink, G., M.M.Y. de Klerk en R. Huijsman (1995). 'Voorkeuren voor hulpverlening; resultaten van een onderzoek onder alleenwonende ouderen'. In: *TSG* (73), p. 367-374.

Woittiez, I. en M. Ras (2006). *Juist beschermd; de determinanten van de woonsituatie van volwassen verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (werkdocument 129).

## Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

### Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2006-2007) is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 90-377-0267-8

### SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel. Een complete lijst is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

### Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2

Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. ISBN 90-377-0106-x

In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004. ISBN 90-377-0159-0

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062-4 (English edition 2001)

Social and Cultural Report 2002. The Quality of the Public Sector (Summary). ISBN 90-377-0118-3

### Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4

### SCP-publicaties 2006

- 2006/1 Thuis op het platteland (2006). Anja Steenbekkers, Carola Simon en Vic Veldheer (red.). ISBN 90-377-0229-5
- 2006/2 Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving (2006). M.H. Kwekkeboom (red.) ISBN 90-377-0246-5
- 2006/3 Uitgerekend wonen (2006). Michiel Ras et al. ISBN 90-377-0250-3
- 2006/4 Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006 (2006). Sjoerd Kooiker (red.). ISBN 90-377-0200-7
- 2006/5 Hoe het werkt met kinderen (2006). Wil Portegijs et al. ISBN 90-377-0238-4
- 2006/6a Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). Saskia Keuzenkamp en Ans Merens (red.). ISBN 90-377-0269-4
- 2006/6b De balans opgemaakt. De slotbeschouwing van de sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). Saskia Keuzenkamp. ISBN 90-377-0251-1
- 2006/7 Slachtoffers van criminaliteit: feiten en achtergronden (2006). Karin Wittebrood. ISBN 90-377-0232-5
- 2006/8 Voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven: gebruik, bereik en draagvlak (2006). C.J. Maas-de Waal. ISBN 90-377-0270-8
- 2006/9 Op weg in de vrije tijd (2006). Lucas Harms. ISBN 90-377-0273-2

- 2006/10 Rapportage sport 2006 (2006). Koen Breedveld en Annet Tiessen-Raaphorst (red.). ISBN 90-377-0252-x
- 2006/11 Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn (2006). Mirjam de Klerk en Roelof Schellingerhout. ISBN 90-377-0260-0
- 2006/12 Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop (2006). Alice H. de Boer (RED.). ISBN 90-377-0256-2
- 2006/13 Duaal als ideaal? Leren en werken in het beroeps- en hoger onderwijs (2006). Ria Bronneman-Helmers. ISBN 90-377-0208-2
- 2006/14 Uniform uit de kast. Homoseksualiteit binnen de krijgsmacht (2006). Anna Adolfsen en Saskia Keuzenkamp, m.m.v. Linda Mans. ISBN 90-377-0255-4
- 2006/15 Gewoon doen. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland (2006). Saskia Keuzenkamp, David Bos, Jan Willem Duyvendak, Gert Hekma (red.). ISBN 90-377-0257-0
- 2006/16 Report on the Elderly 2006 (2006). Alice de Boer (ed.). ISBN 90-377-0271-6
- 2006/17 Publieke productie en persoonlijk profijt (2006). Bob Kuhry en Evert Pommer, m.m.v. Jedid-Jah Jonker en John Stevens. ISBN 90-377-0231-7
- 2006/18 Angstige burgers? De determinanten van gevoelens van onveiligheid onderzocht (2006). Janneke Oppelaar en Karin Wittebrood. ISBN 90-377-0231-7
- 2006/19 Wie werken er in het onderwijs? Op zoek naar het 'eigene' van de onderwijsprofessional (2006). Ria Vogels en Ria Bronneman-Helmers. ISBN 90-377-0291-0
- 2006/20 Maten voor gemeenten 2006 (2006). B. Kuhry en J.J.J. Jonker, m.m.v. Bureau Zenc. ISBN 90-377-0253-8
- 2006/22 Emancipatiemonitor 2006 (2006). Wil Portegijs, Brigitte Hermans en Vinodh Lalta. ISBN 90-377-0286-4
- 2006/23 Turken in Nederland en Duitsland. De arbeidsmarktpositie vergeleken (2006). Jaco Dagevos, Rob Euwals, Mérove Gijsberts en Hans Roodenburg. ISBN 90-377-230-9

#### SCP-publicaties 2007

- 2007/1 Publieke prestaties in perspectief. Memorandum quartaire sector 2006-2011 (2007). ISBN 978-90-377-0298-9
- 2007/2 Nieuwe links in het gezin (2007). Marion Duimel en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0287-3
- 2007/3 Robuuste meningen? Het effect van responsverhogende strategieën bij het onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland (2007). Josine Verhagen. ISBN 978-90-377-0300-9
- 2007/4 Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering (2007). ISBN 978-90-377-0280-4.
- 2007/5 Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen (2007). Evert Pommer, Edwin van Gameren, John Stevens, Isolde Woittiez. ISBN 978-90-377-0258-3
- 2007/6 Prestaties van de rechtspraak: productiviteit in perspectief (2007). Ab van der Torre, Jedid-Jah Jonker, Frank van Tulder, Theresa Steeman, Gerard Paulides. ISBN 978-90-377-0294-1
- 2007/7 Türken in Deutschland und den Niederlanden. Die Arbeitsmarktposition im Vergleich (2007). Jaco Dagevos, Rob Euwals, Mérove Gijsberts en Hans Roodenburg. ISBN 978-90-377-0308-5
- 2007/8 Een gele kaart voor de sport. Een quick-scan naar wenselijke en onwenselijke praktijken in en rondom de breedtesport (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0307-8

- 2007/9 *Kosten in kaart. Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten* (2007). Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Michel Ras. ISBN 978 90 377 0143 2
- 2007/10 *Sport in the Netherlands* (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978 90 377 0302 3.
- 2007/11 *Geld op de plank. Niet-gebruik van inkomensvoorzieningen* (2007). Jean Marie Wildeboer Scht en Stella Hoff. ISBN 978-90-377-0207-1
- 2007/12 *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015* (2007). Paul Dekker, Joep de Hart en Laila Faulk. ISBN 978-90-377-0311-5
- 2007/13 *Aandacht voor de wijk. Effecten van herstructurering op de leefbaarheid en veiligheid* (2007). Karin Wittebrood. ISBN 90-377-0309-2
- 2007/14 *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007* (2007). Mirjam de Klerk. ISBN 90-377-0310-8
- 2007/15 *Interventies voor integratie. Het tegengaan van etnische concentratie en bevorderen van interetnisch contact* (2007). Mérove Gijsberts en Jaco Dagevos. ISBN 978-90-377-0312-2

#### SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978 90 5260 260 8

#### Werkdocumenten

- 121 *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003* (2006). Mirjam de Klerk, Jurjen Iedema en Crétien van Campen. ISBN 90-377-0268-6
- 122 *Gezond en wel met een beperking* (2006). Crétien van Campen (red.). ISBN 90-377-0254-6
- 123 *De onbereikte minima* (2006). ISBN 90-377-0275-9
- 124 *Snuffelen en graven. Over doelgroepen van digitaal toegankelijke archieven* (2006). Henrieke Wubs en Frank Huysmans. ISBN 90-377-0276-7
- 125 *Liever thuis dan uit. De indicatiestelling in de awbz voor zorg op afroep en verblijf* (2006). Edwin van Gameren, Jedid-Jah Jonker en Tessa Marx. ISBN 90-377-0278-3
- 126 *Naar een nieuwe armoedegrens?* (2006). Arjan Soede. ISBN 90-377-0241-4
- 127 *Klik naar het verleden. Een onderzoek naar gebruikers van digitaal erfgoed: hun profielen en zoekstrategieën* (2006). Henrieke Wubs en Frank Huysmans. ISBN 90-377-0279-1
- 128 *Godsdienstige veranderingen in Nederland. Verschuivingen in de binding met de kerken en de christelijke traditie* (2006). Jos Becker en Joep de Hart. ISBN 90-377-0259-7
- 129 *Juist beschermd. De determinanten van de woonsituatie van volwassen verstandelijk gehandicapten* (2006). Isolde Woittiez en Michiel Ras. ISBN 90-377-0288-0
- 130 *De lange weg naar Brussel. De Europese betrokkenheid van Nederlandse maatschappelijke organisaties en hun leden* (2006). Esther van den Berg. ISBN 90-377-0264-3
- 131 *Bezoek onze site* (2006). Jos de Haan, Renée Mast, Marleen Varekamp, Susanne Janssen. ISBN 90-377-0290-2
- 133 *Liefst zoals thuis. Ouders en kinderen over buitenschoolse opvang* (2007). Rob Gilsing. ISBN 978-90-377-0297-2
- 134 *De houding ten opzichte van homoseksualiteit. Een beschrijvende literatuurstudie* (2006). Lisette Kuyper en Floor Bakker. ISBN 978-90-377-0299-6



## Overige publicaties

? *Altijd een antwoord. Nieuwjaarsuitgave 2006* (2006). Paul Schnabel (red.).

ISBN 90-377-0263-5

*Hoge (jeugd)werkloosheid onder etnische minderheden* (2006). Jaco Dagevos.

ISBN 90-377-0266-x

*Niet-westerse allochtonen met een stabiele arbeidsmarktpositie: aantallen en ontwikkelingen* (2006). Jaco Dagevos, Maurice Gesthuizen. ISBN 90-377-0249-x

*Werken op de grens van wetenschap en beleid* (2006). Kees Schuyt, Jan-Willem Duyvendak en Theo Roes. ISBN 90-377-0272-4

*At Home in the Countryside. A comparison of rural and urban life. Summary* (2006).

A. Steenbekkers, C. Simon, V. Veldheer. ISBN 90-377-0292-9

*De tijd als spiegel. Hoe Nederlanders hun tijd besteden* (2006). K. Breedveld, A. van den

Broek, J. de Haan, L. Harms, F. Huysmans en E. van Ingen. ISBN 90-377-0283-x

*Anders onderweg. De mobiliteit van allochtonen en autochtonen vergeleken* (2006). Lucas

Harms. ISBN 90-377-0281-3

*Summary of Report on the Elderly 2006* (2006). Alice de Boer (ed.). ISBN 90-377-0293-7

*Visit our site* (2006). Jos de Haan, Renée Mast, Marleen Varekamp, Susanne Janssen.

ISBN 90-377-0296-1

*Veel geluk in 2007. Nieuwjaarsuitgave* (2007). Paul Schnabel (red.).

ISBN 978-90-377-0295-8

*Marktplaats Europa. Vijftig jaar publieke opinie en marktintegratie in de Europese Unie* (2007).

Paul Dekker, Albert van der Horst, Henk Kox, Arjan Lejour, Bas Straathof, Peter

Tammes, Charlotte Wennekers. ISBN 978-90-377-0305-4

*Samenloop van regelingen* (2007). Mirjam de Klerk. ISBN 90-377-0315-3