

Ondersteuning gewenst

Ondersteuning gewenst

Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn

Mirjam de Klerk en Roelof Schellingerhout



Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, mei 2006

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 2006

SCP-publicatie 2006/11

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

Omslagfotografie: Herman Zonderland, Delft

Met dank aan Sophia Revalidatie te Delft voor de medewerking aan de foto-opnamen.

ISBN10 90-377-0260-0

ISBN13 978-90-377-0260-6

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier

Voorzover 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). 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).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

Inhoud

Voorwoord	9
1 Nieuw onderzoek onder mensen met beperkingen	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Behoeftte, vraag en gebruik	12
1.3 Onderzoeksvragen	13
1.4 Het wzw-onderzoek	15
1.5 Leeswijzer	18
Noten	20
2 <i>Wie zijn de mensen met lichamelijke beperkingen?</i>	22
2.1 Inleiding	22
2.2 Wat zijn beperkingen?	22
2.3 Aantal mensen met beperkingen	24
2.4 Kenmerken van mensen met beperkingen	27
2.5 Tijdelijke of langdurige beperkingen	30
2.6 Zelfredzaamheid	31
2.7 Maatschappelijke participatie	36
2.8 Samenvatting	40
Noten	42
3 <i>Wonen</i>	43
3.1 Inleiding	43
3.2 Begrippen	43
3.3 Toegankelijkheid van de woning	45
3.4 Woningaanpassingen	49
3.5 Wonen met diensten of zorg	58
3.6 Personenalarmering	62
3.7 Woonomgeving	64
3.8 Samenvatting	65
Noten	67
4 <i>Zorg</i>	69
4.1 Inleiding	69
4.2 Begrippen	69
4.3 Hulpverleners en zorgfuncties	71
4.4 Thuiszorg: ervaringen en knelpunten	79
4.5 Informele zorg: ervaringen en knelpunten	86
4.6 Persoonsgebonden budget	90

4.7	Samenvatting	94
	Noten	96
5	<i>Mobiliteit en vervoer</i>	97
5.1	Inleiding	97
5.2	Begrippen	97
5.3	Mobiliteitshulpmiddelen	100
5.4	Vervoersvoorzieningen	103
5.5	Tevredenheid met de voorzieningen en met de Wvg	113
5.6	Samenvatting	116
	Noten	117
6	<i>Welzijn</i>	118
6.1	Inleiding	118
6.2	Begrippen	120
6.3	Kennis van welzijnsvoorzieningen	121
6.4	Voorzieningen voor informatie en advies	123
6.5	Praktische voorzieningen: maaltijdvoorzieningen, klussenhulp en boodschappendienst	131
6.6	Samenvatting	138
	Noten	140
7	<i>Aspecten van toegankelijkheid en afstemming</i>	141
7.1	Inleiding	141
7.2	Cumulatie van behoeften	142
7.3	Kennis van voorzieningen	143
7.4	Informatie kunnen vinden	144
7.5	Financiële aspecten	147
7.6	Gebrekkige afstemming	150
7.7	Samenvatting	155
	Noten	156
8	<i>Slotbeschouwing</i>	157
8.1	Inleiding	157
8.2	Wie zijn de mensen met langdurige beperkingen?	158
8.3	Gebruik van voorzieningen	159
8.4	Behoeftte aan voorzieningen	163
8.5	Niet-gebruik	165
8.6	Kwetsbare groepen	167
8.7	Maatschappelijke participatie	168
	Noten	171
	Summary	173

Literatuur	179
Lijst van afkortingen	186
Bijlagen (gepubliceerd op internet: www.scp.nl/ondersteuninggewenst)	
Bijlage A	Gebruikte databestanden
Bijlage B	Respons onderzoek Wonen, Zorg, Welzijn
Bijlage C	Respondentenaantallen WZW-onderzoek
Bijlage D	Aanvullende tabellen
Publicaties van het SCP	188

Voorwoord

Er zijn in Nederland ongeveer 1,2 miljoen volwassenen met matige of ernstige motorische beperkingen. Dat wil zeggen dat zij moeite hebben met verschillende activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging, de mobiliteit en het huishouden. Ongeveer 90% van hen heeft deze beperkingen langdurend.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft aan het Sociaal en Cultureel Planbureau verzocht om meer inzicht te verschaffen in het gebruik van en de behoefte aan voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn. Dit is belangrijk omdat er de komende jaren veel verandert in de ondersteuning voor mensen met beperkingen. Per 1 januari 2007 zal de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking treden, die gemeenten een belangrijkere rol geeft. Door de huidige behoefte en het gebruik van voorzieningen in kaart te brengen is het mogelijk om deze later te vergelijken met de behoefte en het gebruik na invoering van de Wmo.

We hebben een onderzoek verricht onder circa 3000 zelfstandig wonende volwassenen met langdurige beperkingen die drie jaar daarvoor hadden meegewerkt aan het Woningbehoefte onderzoek van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. In dit zogenoemde wzw-onderzoek (onderzoek naar Wonen, Zorg en Welzijn) werd 18-plussers gevraagd naar hun gebruik van uiteenlopende voorzieningen. Deze variëren van woningaanpassingen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen tot thuiszorg, informele ondersteuning, een maaltijdvoorziening of welzijnsvoorzieningen zoals een ouderenadviseur of het algemeen maatschappelijk werk. Dit is de eerste keer dat een landelijk onderzoek heeft plaatsgevonden waarin ook expliciet de behoeften aan voorzieningen werden vastgesteld. Ook verschaft het onderzoek inzicht in de belemmeringen die mensen ervaren bij het aanvragen van voorzieningen. Zo'n belemmering is bijvoorbeeld de gebrekkige informatie: mensen weten niet precies welke voorzieningen er zijn en hoe ze deze moeten aanvragen, en ook niet waar ze informatie over deze voorzieningen kunnen vinden.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

1 Nieuw onderzoek onder mensen met beperkingen

1.1 Achtergrond

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd om meer inzicht te verschaffen in het (potentiële) gebruik van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn. Dit onderzoek zou zich niet moeten beperken tot de oudere bevolking, maar zich moeten richten op alle mensen met een lichamelijke beperking. In Nederland zijn er ongeveer 1,5 miljoen zelfstandig wonende¹ mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen (De Klerk 2002). Dit zijn zowel degenen met motorische beperkingen als mensen met gezichts- of gehoorbeperkingen. In dit rapport staan mensen met motorische beperkingen centraal (zie ook § 1.3), dat wil zeggen personen die moeite hebben met het uitvoeren van verschillende activiteiten op het terrein van de algemene dagelijkse levensverrichtingen, de mobiliteit of de huishoudelijke activiteiten of die deze niet meer zelf kunnen uitvoeren. In hoofdstuk 2 wordt uitgebreider ingegaan op het begrip motorische beperking.

Informatie over het gebruik van voorzieningen is om verschillende redenen relevant. Ten eerste biedt inzicht in de determinanten van het gebruik van voorzieningen mogelijkheden om te ramen hoeveel mensen in de toekomst gebruik zullen maken van die zorgvoorzieningen (zie bv. Timmermans en Woittiez 2004a).² Ten tweede gaat er de komende jaren veel veranderen in de zorg voor mensen met langdurige lichamelijke beperkingen. Naar verwachting zal per 1 januari 2007 de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking treden. Deze wet omvat (onderdelen van) de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de Welzijnswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Er is met deze nieuwe wet een belangrijke rol weggelegd voor gemeenten. Door de behoefte en het gebruik van voorzieningen vóór de invoering van de Wmo in kaart te brengen, ontstaat materiaal waar de behoefte en het gebruik na invoering van de Wmo mee vergeleken kan worden.

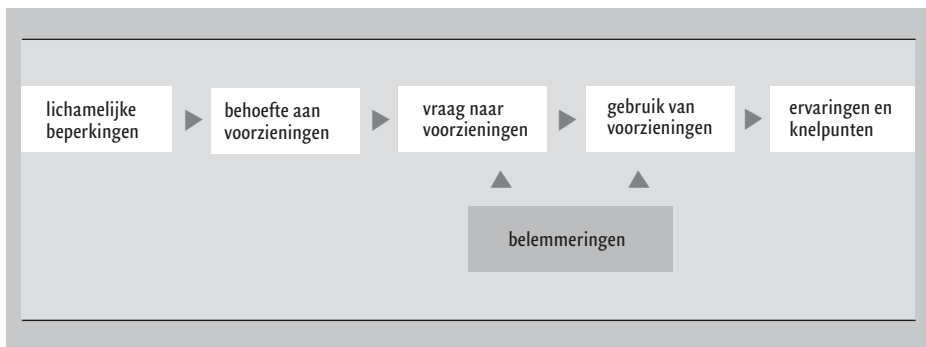
De vraag van het ministerie van vws om meer inzicht in het gebruik van voorzieningen door mensen met beperkingen vormde de aanleiding om een onderzoek te verrichten onder circa 3000 mensen³ met lichamelijke (motorische) beperkingen, het wzw-onderzoek (onderzoek naar Wonen, Zorg en Welzijn). Dit onderzoek onderscheidt zich van andere (landelijke) onderzoeken doordat het (1) niet alleen ingaat op het feitelijke gebruik maar ook aandacht besteedt aan de behoeften of wensen van mensen met beperkingen,⁴ (2) ook het gebruik en de behoefte aan welzijnsvoorzieningen in kaart brengt en (3) niet alleen betrekking heeft op ouderen, maar de gehele bevolking van 18-plussers met fysieke beperkingen in beeld brengt. In paragraaf 1.4 wordt de opzet van dit onderzoek besproken en in paragraaf 1.5 de opzet van het

rapport. Eerst wordt echter in paragraaf 1.2 stilgestaan bij enkele begrippen die in dit rapport worden gebruikt en komt in paragraaf 1.3 de vraagstelling van het onderzoek aan de orde.

1.2 Behoefte, vraag en gebruik

Dit rapport richt zich ondermeer op de behoefte aan en het gebruik van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn.⁵ In figuur 1.1 wordt schematisch getoond aan welke stappen aandacht wordt besteed.

Figuur 1.1
Schematische weergave behoefte, vraag, gebruik



In deze paragraaf wordt uitgelegd wat met deze begrippen wordt bedoeld en hoe deze in het wzw-onderzoek zijn geoperationaliseerd.

Lichamelijke beperkingen

Als mensen in aanmerking willen komen voor voorzieningen zoals zorg, woningaanpassingen of vervoerhulpmiddelen dan moeten zij in ieder geval beperkingen hebben: men krijgt immers alleen ondersteuning als men zelf niet in staat is om bepaalde activiteiten, zoals huishoudelijke taken, zelf te verrichten. In dit rapport staan personen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen centraal. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de lichamelijke beperkingen en de zelfredzaamheid van degenen met beperkingen.

Behoefte

Niet iedereen met lichamelijke beperkingen dient een verzoek in om hulp te krijgen. Eerst moeten mensen zich ervan bewust zijn dat zij zich niet langer zelf kunnen redden en dat zij hulp of voorzieningen nodig hebben. In dit onderzoek is deze behoefte bepaald door aan mensen met beperkingen te vragen of zij zelf vinden dat zij bepaalde voorzieningen nodig hebben. Het gaat hier om mensen die mogelijk een beroep op voorzieningen zullen doen, dus mogelijk een vraag zullen uitoefenen.⁶ In dit rapport wordt alleen aandacht geschonken aan deze gepercipieerde behoefte.

De gegevens geven geen inzicht of mensen ook een voorziening toegewezen zouden krijgen, als zij daartoe een aanvraag zouden doen.

(Manifeste) vraag

Niet iedereen met lichamelijke beperkingen doet ook daadwerkelijk een beroep op voorzieningen. Veel mensen redden zich eerst zo lang mogelijk zonder hulp of doen een beroep op hun eigen netwerk. Dit geldt zeker voor de eerste paar maanden dat iemand hulp nodig heeft (er wordt dan gesproken over gebruikelijke zorg). Maar er kunnen ook andere redenen zijn om een voorziening wel nodig te vinden, maar deze niet aan te vragen. Zo kunnen mensen niet weten waar zij naartoe moeten met een bepaalde hulpvraag, zien ze op tegen de administratieve procedures of menen zij niet voor een voorziening in aanmerking te komen. Als mensen zich wél aanmelden bij de instantie die verantwoordelijk is voor de indicatiestelling voor een voorziening, zoals een loket van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) of een Wvg-loket, dan is er sprake van een (manifeste) vraag. In dit rapport is van een aantal voorzieningen nagegaan of mensen zich hiervoor hebben aangemeld bij een indicerende instantie en of hun aanvraag is gehonoreerd of afgewezen.

Gebruik

Het gebruik van voorzieningen heeft hier niet alleen betrekking op voorzieningen zoals die thans worden verstrekt in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Wet voorzieningen gehandicapten, maar heeft ook betrekking op de informele en particuliere zorg. Soms is in dit onderzoek niet gevraagd naar het feitelijke gebruik, maar naar de aanwezigheid van een voorziening (zoals bij de alarmering of bij woningaanpassingen).

In dit rapport is ook geïnventariseerd of mensen tevreden zijn over dit gebruik en of zij tegen knelpunten aanlopen. Immers, juist deze knelpunten kunnen inzicht verschaffen in de vraag of het overheidsbeleid wellicht aangescherpt dient te worden.

1.3 Onderzoeksvragen

In dit rapport gaat het om de vraag hoe mensen met (langdurige) lichamelijke beperkingen hun problemen in het dagelijks functioneren op het terrein van wonen, zorg en welzijn oplossen. Kunnen zij dat zelf of hebben zij daar hulp van voorzieningen of van anderen voor nodig en lukt het hen vervolgens ook om de juiste voorziening te verkrijgen? Deze vraag is opgedeeld in een aantal subvragen:

- *Wat is de behoefte aan voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn van mensen met beperkingen en zijn er hierbij verschillen tussen bepaalde subgroepen?*
Hier gaat het erom in hoeverre mensen zelf vinden dat zij een voorziening nodig hebben.
- *Wat is de vraag naar voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn van mensen met beperkingen en welke kenmerken van mensen bepalen die vraag?*

Bij deze vraag gaat het erom of mensen zich hebben aangemeld bij een indicerende instantie, zoals een Centrum indicatiestelling zorg.

- Wat is het gebruik van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn door mensen met lichamelijke beperkingen en welke kenmerken zijn daarop van invloed?

Bij gebruik gaat het niet alleen om formele voorzieningen, maar bijvoorbeeld ook om informele zorg.

- Hoe tevreden zijn cliënten over de voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en zorg?
- Zijn er knelpunten bij het verkrijgen van voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en zorg?

Bij deze vraag gaat het niet alleen om specifieke voorzieningen, maar ook om de toegankelijkheid van voorzieningen in het algemeen: kunnen mensen gebruik maken van voorzieningen of zijn er barrières zoals informatieproblemen of financiële belemmeringen?

Bij de mensen met beperkingen gaat het steeds om mensen met langdurige matige of ernstige lichamelijke beperkingen, zo zal ook duidelijk worden in paragraaf 1.4.

Bij het verklaren van verschillen in de behoefte, de vraag, en het gebruik van voorzieningen wordt aangesloten bij het model van Andersen en zijn collega's (Andersen en Newman 1973; Andersen en Aday 1978). Dit model is oorspronkelijk ontwikkeld om verschillen in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te verklaren, maar is ook goed bruikbaar op terreinen als wonen, vervoer en welzijn. Het model maakt onderscheid tussen individuele determinanten (kenmerken van de gebruikers), maatschappelijke determinanten en kenmerken van het (gezondheidszorg)systeem. In dit rapport wordt nagegaan welke individuele kenmerken (kenmerken van de mensen met beperkingen) van invloed zijn op de behoefte of het gebruik van voorzieningen. Het model van Andersen en Newman, dat hier wordt gebruikt als een manier om de verschillende kenmerken te ordenen, maakt onderscheid tussen persoonskenmerken (demografische kenmerken, zoals leeftijd, die iemand kunnen voorbeschikken om zorg te gebruiken), situationele kenmerken (die het gebruik van zorgvoorzieningen bevorderen of belemmeren, zoals inkomen of kennis over voorzieningen) en gezondheidskenmerken (de ernst van de lichamelijke beperking).⁷

Als alleen gezondheidskenmerken van invloed zijn op het gebruik van voorzieningen, zou dat betekenen dat iedereen met gezondheidsproblemen dezelfde kans heeft om gebruik te maken van zorgvoorzieningen. Vaak zal echter blijken dat ook persoons- of situationele kenmerken van invloed zijn. In dat geval is soms extra beleid nodig om de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen te garanderen. Door systematisch dezelfde typen determinanten in ogenschouw te nemen, is het ook mogelijk om verschillen en overeenkomsten in de determinanten van verschillende voorzieningen op te sporen (zie hoofdstuk 8).

wzw-onderzoek en de Wmo

Het ministerie van vws heeft gevraagd om het wzw-onderzoek zo op te zetten dat hiermee ook gegevens beschikbaar komen over het gebruik van een aantal

voorzieningen die in de Wmo zullen worden opgenomen. Door die gegevens vóór invoering van de Wmo te verzamelen, komt voor een aantal terreinen een zogenoemde nulmeting beschikbaar op basis waarvan later eventueel kan worden vastgesteld of de invoering van de Wmo van invloed is op het gebruik van en de ervaringen met verschillende voorzieningen.

Het zal duidelijk zijn dat dit onderzoek geen nulmeting voor de evaluatie van de Wmo vormt. Daarvoor is een veel uitgebreider onderzoek nodig. Ten eerste beoogt de Wmo dat iedereen – oud en jong, gehandicapt en niet-gehandicapt, autochtoon en allochtoon, met en zonder problemen – volwaardig aan de samenleving kan deelnemen. In dit onderzoek komen alleen zelfstandig wonende volwassenen met lichamelijke beperkingen aan bod. Dit betekent dat gezonde personen, maar ook instellingsbewoners, degenen met een verstandelijke beperking of personen met psychiatrische problemen buiten beschouwing worden gelaten. Ten tweede bestrijkt de Wmo meer terreinen dan die van het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn (zie ook § 1.4). Dit onderzoek richt zich op één van de negen prestatievelden van de Wmo, de ‘voorzieningen voor mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer’ (waarbij de voorzieningen voor psychische en psychosociale voorzieningen buiten het kader van dit onderzoek vallen). Ten derde zou bij een evaluatie van de Wmo ook het lokale aanbod in beeld moeten worden gebracht en zou onderzoek moeten plaatsvinden onder bijvoorbeeld gemeenteambtenaren, om te kijken welke ervaringen en knelpunten zich op lokaal niveau voordoen bij de invoering van de Wmo.⁸

1.4 Het wzw-onderzoek

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de respondenten van het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn zijn geselecteerd en op welk deel van de mensen met lichamelijke beperkingen het onderzoek betrekking heeft. Ook wordt aandacht besteed aan de representativiteit van de respondenten.

Selectie respondenten

Voor dit onderzoek zijn mensen benaderd waarvan al bekend was dat zij een lichamelijke beperking hebben. Dit zijn zelfstandig wonende mensen van 18 jaar of ouder die eerder hebben deelgenomen aan het Woningbehoefte onderzoek (WBO) uit 2002 van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) (zie bijlage A) en daar hebben aangegeven dat zij lichamelijke (motorische) beperkingen hebben.^{9,10} Dit betekent dat mensen die in een instelling zoals een verzorgings- of verpleeghuis verblijven (en die over het algemeen ook matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben, zie De Klerk 2005) buiten beschouwing blijven.

Ruim 6500 WBO-respondenten hebben matige of ernstige beperkingen,¹¹ van wie 75% toestemming heeft gegeven voor vervolgonderzoek (zie bijlage B). Van de 4394

personen die nog konden worden benaderd hebben er uiteindelijk 2411 meegedaan aan het wzw-onderzoek, en van hen bleken er 2278 nog steeds matige of ernstige beperkingen te hebben.¹²

Daarnaast hebben ruim 4000 wbo-respondenten lichte beperkingen, van wie er 3258 toestemming hebben gegeven voor vervolgonderzoek. De helft van hen is benaderd voor het wzw-onderzoek op grond van een willekeurig gekozen steekproef. Van de 599 mensen die uiteindelijk meededen hebben er 464 inmiddels matige of ernstige beperkingen. Zij zijn dus te beschouwen als personen die redelijk recent matige of ernstige beperkingen hebben gekregen.¹³

Dit betekent dat aan het wzw-onderzoek uiteindelijk 2742 mensen met matige of ernstige beperkingen hebben meegewerkt (2278 die al matige of ernstige beperkingen hadden en 464 die aanvankelijk lichte beperkingen hadden).

Voor het wzw-onderzoek zijn 18-plussers geselecteerd. In 2005 waren deze mensen dus 21 jaar of ouder.¹⁴

Tabel 1.1

Respondenten van het WZW-onderzoek, naar de mate van beperking in het WZW'05 en in het WBO'02 (in absolute aantallen)^a

	WZW (t2 = 2005)			totaal
	licht	matig	ernstig	
WBO (t1 = 2002)				
lichte beperkingen	135	371	93	599
matige beperkingen	124	1007	708	1839
ernstige beperkingen	9	140	423	572
totaal	268	1518	1224	3010

a Dit rapport heeft betrekking op de kolommen 'matig' en 'ernstig' (cursief weergegeven).

Bron: VROM (WBO'02); SCP (WZW'05)

Langdurige beperkingen

Dit rapport heeft betrekking op zelfstandig wonende volwassenen die langdurig lichamelijke beperkingen ondervinden. Het merendeel van de respondenten met matige of ernstige beperkingen in het wzw had ook drie jaar eerder al een matige of ernstige beperking, zo blijkt uit het wbo; daarnaast is er een groep mensen die in het wzw matige of ernstige beperkingen heeft, maar die drie jaar daarvoor in het wbo lichte beperkingen had.¹⁵ Over het algemeen zijn deze mensen met langdurige beperkingen ook degenen die een beroep (kunnen) doen op de voorzieningen die centraal staan in dit rapport. Als mensen tijdelijke beperkingen hebben (zoals na een ongeval) komen zij niet in aanmerking voor bijvoorbeeld de AWBZ-gerelateerde persoonlijke verzorging (die immers pas wordt verstrekt nadat het eigen netwerk deze zorg drie maanden heeft gegeven). Ook zullen mensen met kortdurende

beperkingen hulpmiddelen zoals een rolstoel lenen van de thuiszorg en geen beroep doen op bijvoorbeeld de Wvg.

Het is lastig vast te stellen hoeveel mensen die op enig moment matige of ernstige beperkingen hebben, deze ook langdurig hebben. Op basis van verschillende onderzoeken waarin mensen in de tijd gevolgd worden, kan worden afgeleid dat ongeveer 90% van de mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen deze beperkingen drie jaar later nog steeds heeft.¹⁶

De focus in dit onderzoek ligt bij degenen met langdurige beperkingen. Om te voorkomen dat degenen die pas sinds kort beperkingen ervaren geen deel uitmaken van de onderzoekspopulatie, is ervoor gekozen ook een groep te selecteren die aanvankelijk (in het wBO) lichte beperkingen had.¹⁷ Daarmee is tegemoetgekomen aan het nadeel dat door de focus op langdurige beperkingen juist nieuwe cliënten, die wellicht minder goed op de hoogte zullen zijn van allerlei regelingen, buiten beschouwing blijven. Het aantal mensen met nieuwe beperkingen dat nog gemist wordt is lastig te bepalen, maar verondersteld is dat het om een kleine groep gaat (omdat degenen met aanvankelijk lichte beperkingen wel in het onderzoek zijn opgenomen, zie ook noot 17).

Op basis van de aanname dat 90% van de mensen met matige of ernstige beperkingen deze langdurig heeft en dat de groep met nieuwe beperkingen klein is, is verondersteld dat de wzw-populatie representatief is voor ongeveer 90% van de totale groep mensen met matige en ernstige beperkingen (zie ook § 2.5).

Representativiteit van de respondenten

Het wzw-onderzoek is uitgevoerd onder 2742 zelfstandig wonende 20-plussers met langdurende matige of ernstige lichamelijke beperkingen (zie ook noot 3).

Vooraf oudere mensen, degenen met ernstige beperkingen en mensen met een lagere opleiding (deze groepen overlappen gedeeltelijk) hebben in het wBO-onderzoek aangegeven geen toestemming te geven voor vervolgonderzoek. Hiermee is rekening gehouden door een weegfactor te construeren, die corrigeert voor leeftijd, huishoudensvorm, geslacht, opleidingsniveau en ernst van de beperkingen.¹⁸

Hiermee zijn de wzw-respondenten vergelijkbaar met bijvoorbeeld de AVO-respondenten met matige of ernstige beperkingen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de helft van de respondenten 65 jaar of ouder is (zie bijlage C). Deze groep is dus een andere dan bijvoorbeeld de Wvg-clieuten (van wie ongeveer twee derde 65-plusser is, zie vws 2005). Dit verschil hangt onder meer samen met het feit dat de wzw-respondenten relatief vaak matige beperkingen hebben, terwijl de Wvg-clieuten vaker ernstige beperkingen hebben. Gemiddeld hebben de Wvg-clieuten dus ernstigere beperkingen dan de wzw-populatie.

Overigens geldt voor ieder onderzoek dat degenen met de ergste gezondheidsproblemen (bv. mensen die in een ziekenhuis zijn opgenomen of mensen met ernstige cognitieve stoornissen, die niet in staat zijn om aan het onderzoek mee te

werken) ontbreken. Het gebruik van zogenoemde *proxi's* (dat wil zeggen dat bv. de partner de vragen mocht beantwoorden als de oorspronkelijke respondent hiertoe niet in staat was) was weliswaar toegestaan om dit probleem tegen te gaan,¹⁹ maar dat neemt niet weg dat degenen met de ernstigste beperkingen vermoedelijk ondervertegenwoordigd zijn in het onderzoek.

Mondelinge interviews

De respondenten van het WBO 2002 die aangaven dat zij matige of ernstige beperkingen hadden zijn telefonisch (en indien dit niet mogelijk was via een huisbezoek) benaderd met een korte vragenlijst om te bepalen of zij nog steeds beperkingen hadden. Indien dit het geval was zijn zij gevraagd om mee te werken aan een mondelinge interview van ongeveer een uur (de *wzw-enquête*). Hierin is uitgebreid gevraagd naar de behoefte, vraag en gebruik van voorzieningen en naar ervaringen met dit gebruik.

1.5 Leeswijzer

De opbouw van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 omvat een beschrijving van de doelgroep van dit rapport: mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen: hoe groot is deze groep en hoe kunnen mensen met beperkingen getypeerd worden? Ook wordt in dit hoofdstuk aandacht geschonken aan de zelfredzaamheid en aan de mate waarin mensen met beperkingen participeren in de maatschappij en welke belemmeringen (*handicaps*) zij daarbij ervaren.

In hoofdstuk 3 staat het wonen centraal. Onderwerpen die hierbij van belang zijn, zijn de toegankelijkheid van de woning, de behoefte aan en het gebruik van woningaanpassingen, diensten in de woning, alarmeringsmogelijkheden en de ervaringen met het aanvragen van een woonvoorziening bij het *Wvg-loket*.

In hoofdstuk 4 gaat het om het gebruik van zorgvoorzieningen en informele zorg, waarbij de nadruk ligt op de huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging. Bepaald wordt onder meer hoeveel mensen met beperkingen gebruikmaken van zorg en of dit formele (bv. thuiszorg) dan wel informele zorg (*mantelzorg*) is. Ook de behoefte aan extra zorg en de knelpunten waar mensen tegenaan lopen worden in kaart gebracht.

De mobiliteit en het vervoer staan centraal in hoofdstuk 5. Ook hier gaat het zowel om het gebruik als om de behoefte aan verschillende voorzieningen, zoals de eigen auto en het openbaar vervoer, maar ook het aanvullend vervoer zoals de *regiotaxi*, het *Valyssystem* of rolstoelen. Daarnaast wordt ingegaan op de ervaringen met (het aanvragen van) dergelijke voorzieningen.

Hoofdstuk 6 heeft betrekking op welzijnsvoorzieningen. Het gaat dan om de bekendheid met, het gebruik van en de behoefte aan welzijnsvoorzieningen zoals *ouderenadviseurs*, maatschappelijk werk, sociale raadslieden en het *zorgloket* van de gemeente, maar ook om praktische hulp zoals de *maaltijdvoorziening*, *klussenhulp* of een *boodschappendienst*.

In hoofdstuk 7 wordt stilgestaan bij de toegankelijkheid van voorzieningen. Hier wordt vooral aandacht geschonken aan de drempels die mensen eventueel ervaren bij het gebruik van voorzieningen, bijvoorbeeld als zij niet goed weten welke voorzieningen beschikbaar zijn of als zij financiële belemmeringen ervaren.

Hoofdstuk 8 ten slotte biedt de conclusies van het rapport.

Opbouw per hoofdstuk; uitleg bij de tabellen

Bij de beschrijving van het gebruik en de behoefte aan verschillende voorzieningen wordt in de diverse hoofdstukken steeds een uitsplitsing gemaakt naar leeftijdscategorie en de ernst van de beperkingen. Waar dat relevant lijkt, zal ook bijvoorbeeld naar huishoudensvorm²⁰, opleidingsniveau, hoogte van het inkomen of naar gemeentegrootte worden verbijzonderd. Etniciteit is niet meegenomen, omdat de steekproef van het wzw te weinig niet-westerse allochtonen bevat om deze uitsplitsing te maken.

In de tabellen wordt steeds vermeld of verschillen tussen categorieën (bv. leeftijdsklassen) significant zijn, waarbij een grens van $p < 0,05$ is gehanteerd. Dit is dan gebaseerd op bivariate toetsen (chi-kwadraat). Naast deze beschrijvende tabellen worden ook meer verklarende, multivariate analyses gepresenteerd. Deze tabellen staan in bijlage D, maar de resultaten worden beschreven in de hoofdtekst. In de multivariate analyses worden *odds ratio's* gepresenteerd. Deze geven de unieke samenhang tussen de onderzochte kenmerken (zoals ernst van de beperking of leeftijdsklasse) en de te verklaren variabele (zoals het zorggebruik of de behoefte aan welzijnsvoorzieningen) aan, terwijl wordt gecorrigeerd voor de invloed van andere kenmerken. De *odds ratio's* zijn op te vatten als een relatieve kans op bijvoorbeeld het ontvangen van zorg ten opzichte van de referentiecategorie. Een *odds ratio* die groter is dan 1 wil zeggen dat men een grotere kans maakt om bijvoorbeeld zorg te gebruiken dan de referentiecategorie; een *odds ratio* kleiner dan 1 wil zeggen dat deze kans kleiner is dan bij de referentiecategorie.

In bijlage C staat het aantal wzw-respondenten naar achtergrondkenmerken weergegeven. In de tabellen in de afzonderlijke hoofdstukken wordt alleen het totale aantal respondenten waarop de tabel is gebaseerd vermeld.

Noten

- 1 Er wonen ook circa 150.000 ouderen met veelal matige of ernstige beperkingen in een verzorgings- of verpleeghuis (De Klerk 2005).
- 2 Dit valt buiten het bestek van het voorliggende rapport.
- 3 Er deden 3010 respondenten mee aan dit onderzoek, maar daaronder bevonden zich ook 268 mensen met lichte beperkingen. Dezen blijven in dit rapport verder buiten beschouwing.
- 4 Over deze behoeften is weinig bekend, zie ook het rapport van de Algemene Rekenkamer, dat aangeeft dat vws onvoldoende gegevens heeft over de wensen van mensen, TK 2004/2005a.
- 5 Bij het wzw-onderzoek gaat het om voorzieningen die mensen met fysieke beperkingen in staat moeten stellen zelfstandig te functioneren in de eigen woon- en leefomgeving en/of deel te nemen aan het gebruikelijke sociale verkeer (en dus bv. niet om voorzieningen die moeten bijdragen aan de economische zelfstandigheid, zoals voorzieningen op het terrein van arbeid).
- 6 Het gaat hierbij om een heel andere invulling van het begrip potentiële vraag dan het begrip zoals Timmermans en Woittiez (2004a) dat gebruikten. Zij vatten de potentiële vraag op als het totale aantal mensen dat voldoet aan de professionele normen voor toelating tot de voorzieningen, zo ze daarom zouden vragen (Timmermans en Woittiez 2004a). Daar gaat het dus om professionele norm of beleidsnorm, terwijl het bij de gepercipieerde behoefte om een belevingsnorm gaat. Bij de professionele norm gaat het om vraag die ook toegewezen wordt, terwijl dat bij de behoefte aan voorzieningen niet altijd het geval hoeft te zijn.
- 7 Andersen en zijn collega's spreken in dit geval over *predisposing variables* (persoonskenmerken), *enabling variables* (situationele kenmerken) en *need variables* (gezondheidskenmerken).
- 8 Een voorbeeld van dat laatste type onderzoek is het onderzoek dat thans wordt uitgevoerd door SGBO.
- 9 Men zou ook een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking kunnen benaderen, maar dan zou men een zeer groot aantal mensen zonder beperkingen aantreffen die helemaal geen beroep op voorzieningen hoeven te doen. Globaal heeft 10% van de Nederlandse bevolking lichamelijke beperkingen. Dit betekent dat zeker 20.000 mensen bevestigd zouden moeten worden om 2000 mensen op te sporen (nog afgezien van het feit dat deze mensen toestemming moeten verlenen voor deelname aan vervolgonderzoek). Vanwege de hoge kosten van dit onderzoek is hiervan afgezien.
- 10 In het wbo is gevraagd of mensen moeite hadden met traplopen en met langdurig zitten en staan. Als zij één van deze vragen bevestigend beantwoordden, werd ook gevraagd of zij moeite hadden met gaan zitten en opstaan, de woning verlaten en binnengaan, zich volledig wassen, tien minuten lopen zonder te stoppen, boodschappen doen of klussen met een huishoudtrap. Van mensen die zonder moeite kunnen traplopen en langdurig kunnen zitten en staan is verondersteld dat ze geen beperkingen hebben.
- 11 Van de partner van de wbo-respondenten zijn ook gegevens beschikbaar over de ernst van de lichamelijke beperkingen, maar de partners zijn buiten beschouwing gelaten omdat aan hen niet specifiek is gevraagd of zij benaderd mochten worden voor vervolgonderzoek. Of mensen beperkingen hebben bij het zien of horen, of psychische beperkingen hebben, is niet bekend in het wbo.
- 12 Dit betreft de respondenten die in tabel 1.1 zowel bij t1 als bij t2 matige of ernstige beperkingen hadden, dus 1007+708+140+423. Dit aantal wijkt een paar respondenten af van het aantal in tabel B1 in bijlage B, omdat daar de ernst van de beperkingen op een andere manier is vastgesteld (namelijk met een paar vragen in plaats van met een uitgebreid meetinstrument).

- 13 Daarnaast is er een groep van 268 respondenten die nog steeds lichte beperkingen heeft (zie ook noot 3).
- 14 De jongste deelnemer aan het wzw-onderzoek is 22 jaar.
- 15 Het Woningbehoefte onderzoek vond plaats in 2002 en het wzw-onderzoek in 2005.
- 16 Het gaat hier om een schatting op basis van een aantal onderzoeksgegevens. Zo geeft in het wzw-onderzoek 13% van de mensen die in het Woningbehoefte onderzoek hebben aangegeven dat zij matige of ernstige beperkingen hebben en die hebben meegewerkt aan de screening, aan dat zij geen (of hooguit lichte) beperkingen meer hebben (zie ook bijlage B). In het AVO-gehandicaptenonderzoek van het SCP geeft 4% van de mensen met matige of ernstige beperkingen aan dat ze geen beperkingen meer hebben (zij hadden deze wel tijdens het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) dat ongeveer een jaar eerder werd afgenomen). Daarnaast geeft 6% aan dat ze hun beperkingen korter dan twee jaar hebben. Als deze percentages worden opgeteld heeft ongeveer 90% van de respondenten hun beperkingen langer dan twee jaar. In het onderzoek dat CBS/Nimawo (1990) eind jaren tachtig hield onder mensen met beperkingen gaf 13% van de mensen met matige of ernstige beperkingen aan dat zij hun beperkingen bij het lopen pas hooguit een jaar hebben. Tot slot blijkt uit het LASA-onderzoek (*Longitudinal Ageing Study Amsterdam*) dat circa 4% van de 55-plussers met beperkingen in een periode van drie jaar een verbetering van hun gezondheid ervaart en minder beperkingen heeft dan voorheen (De Klerk 2004: 20). Het lijkt waarschijnlijk dat dit bij jongere mensen vaker voorkomt.
- 17 Die keuze is gebaseerd op gegevens uit het LASA-onderzoek onder ouderen (zie noot 16) die zijn gepubliceerd in de *Rapportage ouderen 1998* (De Klerk en Timmermans 1999). Hieruit is af te leiden dat de kans dat ouderen met lichte beperkingen (één activiteit met moeite kunnen uitvoeren) drie jaar later matige of ernstige beperkingen hebben (twee of drie functionele beperkingen, dat wil zeggen moeite met minimaal twee activiteiten), ongeveer zeven keer zo groot is als de kans van ouderen zonder beperkingen (tabel 5.5 in die rapportage) en dat de kans op verslechtering van de gezondheid sterk samenhangt met leeftijd (tabel 5.6). Uit het LASA-onderzoek is ook af te leiden dat de meeste mensen zonder beperkingen die drie jaar later wél beperkingen hadden, lichte beperkingen krijgen (tabel 5.5). Onder mensen jonger dan 55 jaar zonder beperkingen is de kans dat zij drie jaar later matige of ernstige beperkingen hebben zeer klein.
- 18 De uiteindelijke weegfactor is een combinatie van (1) een correctiefactor voor de ondervertegenwoordiging van degenen die aanvankelijk lichte beperkingen hadden (omdat slechts de helft van deze groep werd geselecteerd voor het onderzoek, de insluitkans van deze groep is dus te klein), (2) de weegfactor uit het WBO, waarin wordt gecorrigeerd voor het te grote aantal alleenstaanden en de *oversampling* van bepaalde steden en (3) de verdeling naar ernst van de beperking in het AVO en de achtergrondkenmerken (leeftijd, huishoudensvorm, opleidingsniveau) van de AVO-respondenten met beperkingen. Een deel van de mensen met matige beperkingen in het WBO heeft drie jaar later ernstige beperkingen en een deel van degenen met lichte beperkingen heeft later matige beperkingen. Door de selectie van de wzw-respondenten op basis van de WBO-respondenten, is de groep wzw-respondenten gemiddeld te ernstig beperkt. Er wordt immers geen rekening gehouden met de 'nieuwe instroom' van mensen met lichtere beperkingen. In de weegfactor voor het wzw is daarom gewogen naar de verdeling naar ernst van de beperking zoals deze uit het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 2003 naar voren komt (de meest recente betrouwbare bron met betrekking tot mensen met beperkingen).
- 19 Uiteindelijk heeft bij ongeveer 1% van de respondenten een proxy de vragenlijst beantwoord.
- 20 Waarbij mensen die een huishouden delen met een kind jonger dan 18 jaar als alleenwonend zijn opgevat.

2 Wie zijn de mensen met lichamelijke beperkingen?

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de zelfstandig wonende mensen met langdurige matige en ernstige beperkingen. Hiertoe wordt eerst nagegaan wat matige en ernstige beperkingen zijn en wie dergelijke beperkingen heeft. Daarnaast is er aandacht voor zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie kan worden beschouwd als het doel van veel van de voorzieningen die in dit rapport aan de orde komen.

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van het begrip beperkingen: wat zijn dit en hoe zijn deze te meten, en wat is het verschil tussen beperkingen en handicaps (§ 2.2)? Hoeveel mensen beperkingen hebben en hoe deze beperkingen samenhangen met een aantal achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht of opleidingsniveau zijn de onderwerpen van paragraaf 2.3. Dan volgt een schets van de mensen met matige of ernstige motorische beperkingen, de groep die centraal staat in deze rapportage (§ 2.4). Daar is bijvoorbeeld te zien dat ongeveer een derde van degenen met beperkingen jonger is dan 55 jaar. De typering is gebaseerd op landelijk representatieve onderzoeken zoals het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Woningbehoefte onderzoek (WBO) van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM). In de rest van dit rapport staan mensen met langdurige beperkingen centraal. In paragraaf 2.5 gaan we in op enkele verschillen tussen mensen met langdurige en met tijdelijke beperkingen. Vervolgens wordt stilgestaan stil bij het begrip zelfredzaamheid (§ 2.6). In paragraaf 2.7 wordt een beeld geschetst van de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen en de belemmeringen die zij daarbij ervaren, dus bij de participatieproblemen of handicaps. Paragraaf 2.8 is een samenvatting van dit hoofdstuk.

2.2 Wat zijn beperkingen?

Dit rapport gaat over ‘mensen met beperkingen’. Deze term beperking is afkomstig uit de *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* van de World Health Organisation (WHO) (1980). Een beperking (*disability*) wordt hierbij gedefinieerd als: ‘iedere vermindering of afwezigheid (als gevolg van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat de wijze als wat de reikwijdte van de uitvoering betreft’ (WCC 1995). Activiteiten kunnen variëren van basisactiviteiten (bukken) tot complexe handelingen (autorijden). Over het algemeen wordt in onderzoek naar het vóórkomen van beperkingen vooral gekeken naar het al dan niet kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals voortbewegen,

lichamelijke verzorging en huishoudelijke activiteiten. Dat is ook in dit onderzoek het geval.

In de herziene ICIDH, de ICF (de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren), wordt gesproken van activiteiten die mensen kunnen verrichten (WHO-FIC 2002). Een activiteit wordt hierbij gedefinieerd als 'elk onderdeel van het menselijk handelen'. Wanneer een individu moeite heeft met het uitvoeren van een activiteit, wordt gesproken van een beperking. Omdat de nadruk in deze rapportage ligt op de problemen die mensen met beperkingen ervaren en niet zozeer op de mogelijkheden die zij hebben, wordt hier de term (mensen met) beperkingen gehanteerd.

Niet iedereen met een lichamelijke beperking heeft ook een handicap. Of mensen als gevolg van hun beperkingen ook gehandicapt zijn, hangt – conform de definitie in de ICIDH – af van de mate waarin zij sociaal nadeel ondervinden of bepaalde sociale rollen niet kunnen uitvoeren. In de ICF is de term handicaps vervangen door de term participatieproblemen; met dit begrip komt de interactie tussen de persoon en de omgeving beter tot uitdrukking. In paragraaf 2.7 wordt aandacht besteed aan de relatie tussen beperkingen en participatieproblemen en wordt geschetst hoeveel mensen met beperkingen naar hun eigen mening onvoldoende kunnen participeren in de samenleving.

Vaststellen van beperkingen

Over het algemeen is er in de (onderzoeks)praktijk wel consensus over het begrip lichamelijke beperkingen, maar daarmee is nog niet altijd duidelijk hoe deze het beste vastgesteld kunnen worden. Meestal gaan onderzoekers bij het vaststellen van beperkingen uit van de mening van de respondenten zelf (zelfbeoordeling): hen wordt gevraagd of zij bepaalde dagelijkse handelingen zelf uit kunnen voeren en of dat moeite kost. Dat is ook in dit onderzoek gebeurd.¹ Op basis van een groot aantal vragen over activiteiten die mensen al dan niet zelf kunnen verrichten (zie ook § 2.6) is een aantal maten ontwikkeld om vast te stellen of mensen bijvoorbeeld beperkingen hebben bij het zich verplaatsen, de persoonlijke verzorging, de huishoudelijke taken en het zitten en staan (De Wit 1997; De Klerk et al. 2006). Deze maten vormen de basis voor een samenvattende maat voor motorische beperkingen, waarbij ook de aard van de handelingen die mensen al dan niet kunnen verrichten van belang is. Deze maat, hierna de SCP-maat voor beperkingen genoemd, kent vier categorieën: geen, lichte, matige en ernstige beperkingen.²

Voor dit wzw-rapport zijn mensen geselecteerd met matige of ernstige motorische beperkingen (zie ook hoofdstuk 1). Degenen met matige beperkingen hebben over het algemeen moeite met het uitvoeren van verschillende handelingen, zoals bij de mobiliteit of de persoonlijke verzorging. Als iemand (een aantal van) deze activiteiten helemaal niet meer zelf kan uitvoeren dan is er sprake van ernstige beperkingen.³ De meeste mensen die beperkingen hebben bij de mobiliteit of de persoonlijke verzorging ervaren ook beperkingen bij de huishoudelijke activiteiten (zie ook § 2.6).

2.3 Aantal mensen met beperkingen

Het is altijd moeilijk om het exacte aantal mensen met lichamelijke beperkingen in de bevolking aan te geven. Dit aantal hangt namelijk sterk samen met de aard van de beperkingen die in het prevalentieonderzoek worden meegenomen en de wijze waarop deze worden gemeten. Zo blijkt uit een vergelijking van verschillende maten dat een schatting van het aantal mensen met beperkingen volgens de SCP-maat uitkwam op 420.000 mensen met ernstige beperkingen in 1995, terwijl op basis van een onderzoek van het CBS/Nimawo (1990) geschat werd dat er in 1998 circa 650.000 mensen met ernstige lichamelijke beperkingen waren.^{4,5} Deze schattingen hebben beide betrekking op zelfstandig wonende mensen, dat wil zeggen mensen die niet in een instelling verblijven.

In de *Rapportage gehandicapten 2002* is op basis van de SCP-maat voor beperkingen gesteld dat er in Nederland ruim 500.000 zelfstandig wonende (niet in een instelling verblijvende)⁶ mensen met een ernstige lichamelijke beperking en bijna 1 miljoen met een matige beperking zijn. Hierin zijn echter degenen met zintuiglijke beperkingen meegeteld. Als deze buiten beschouwing blijven, dan zijn er ruim 1,2 miljoen mensen van 20 jaar en ouder met motorische beperkingen (tabel 2.1).

Tabel 2.1

Ernst van motorische beperkingen, bij personen van 20 jaar en ouder (exclusief instituutsbevolking), naar leeftijdsklasse, 1 januari 2005, op basis van gemiddelde^a prevalenties 1995-2003 (in procenten en absolute aantallen x 1000)

	20-64 jaar	≥ 65 jaar	totaal
in procenten			
geen beperkingen	83,0	45,6	76,4
lichte beperkingen	11,2	23,7	13,4
matige beperkingen	4,5	19,1	7,1
ernstige beperkingen	1,3	11,6	3,1
aantal x 1000			
matige beperkingen	451	408	860
ernstige beperkingen	130	248	378
matige + ernstige beperkingen	582	657	1238

a Dit is berekend door de bestanden van AVO'95, AVO'99 en AVO'03 samen te voegen. De gevonden prevalenties zijn vervolgens vermenigvuldigd met het aantal inwoners op 1 januari 2005.

Bron: SCP (AVO'95-'03)

Echter, niet al deze mensen hebben ook langdurige beperkingen. In hoofdstuk 1 is beredeneerd dat ongeveer 90% van deze mensen langdurige beperkingen heeft. Dit betekent dat er ongeveer 1,1 miljoen zelfstandig wonende 20-plussers zijn met langdurige beperkingen. Zij staan centraal in deze rapportage.

Wie hebben er vaker lichamelijke beperkingen dan anderen?

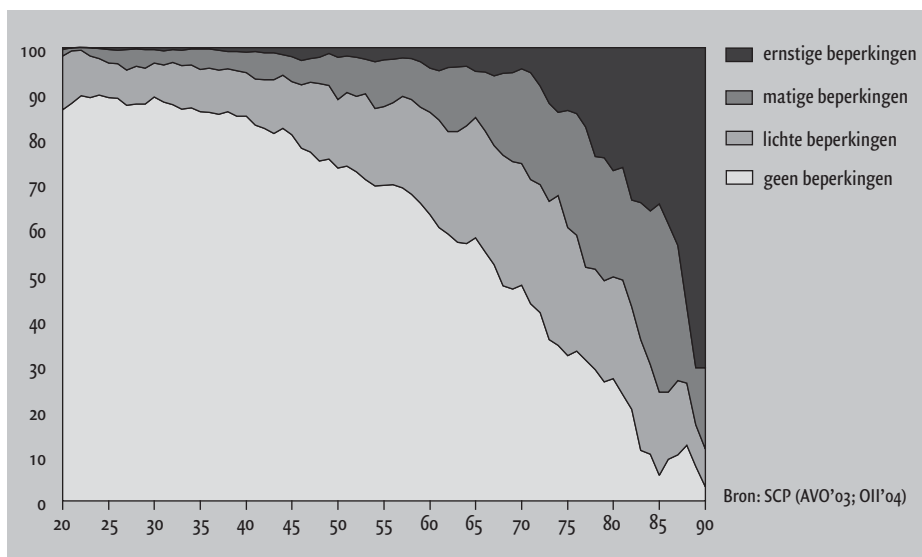
Ziekte en ouderdom vormen de belangrijkste oorzaken van lichamelijke beperkingen, maar lichamelijke beperkingen kunnen ook aangeboren zijn of het gevolg zijn van een ongeval (De Klerk en Timmermans 1998).

Van de mensen met matige of ernstige beperkingen heeft ruim 85% een chronische ziekte (De Klerk 2000). Het aantal chronische aandoeningen dat iemand heeft blijkt de beste voorspeller van lichamelijke beperkingen te zijn: mensen met meerdere aandoeningen hebben een veel grotere kans op beperkingen dan degenen met één chronische ziekte, die weer meer kans hebben dan degenen zonder chronische ziekte (De Klerk 2000).

Vooraf (de gevolgen van) een beroerte, rugaandoeningen, gewrichtsslijtage en kanker zijn duidelijk van invloed op het hebben van (motorische) beperkingen. Zo hebben mensen met rugklachten en gewrichtsslijtage vaak moeite met het zitten en staan en leidt een beroerte vaak tot beperkingen bij de persoonlijke verzorging. Kanker hangt minder met één specifiek type beperking samen.

Figuur 2.1

Ernst van de motorische beperkingen onder de Nederlandse bevolking, naar leeftijd, 20-90-jarigen, 2004 (verticaal gepercentreerd)



Ook leeftijd is een belangrijke voorspeller van het hebben van lichamelijke beperkingen: 75-plussers hebben, ongeacht of ze een of meer chronische aandoeningen hebben, meer kans op een beperking dan mensen die jonger zijn. Figuur 2.1 toont de sterke samenhang tussen leeftijd en lichamelijke beperkingen (zie ook De Klerk 2004).

Daarnaast hebben vrouwen een iets grotere kans op beperkingen dan mannen, ook als voor leeftijd wordt gecorrigeerd (Van Gelder en Gorter 1993, De Klerk 2000).

Mensen met een lagere sociaal-economische status (SES) hebben een grotere kans op lichamelijke beperkingen dan degenen met een hoge SES (De Klerk 2000). Bij ouderen bijvoorbeeld betekent een laag opleidingsniveau vaak dat zij op relatief jonge leeftijd zijn gaan werken en vaak lichamelijk zwaar werk hebben gedaan (Timmermans et al. 1997). De relatie tussen een minder goede gezondheid en sociaal-economische gezondheidsverschillen hangt ook samen met een minder gezonde leefstijl: mensen met een lage SES roken en drinken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder. Ook zijn hun materiële omstandigheden (woon- en werkomstandigheden) vaak minder gunstig voor de gezondheid. Gezondheidsverschillen zijn echter ook voor een deel het gevolg van gezondheidsselectie: een slechtere gezondheid kan ertoe leiden dat iemand zijn opleiding niet kan afmaken en als gevolg daarvan tot een lagere SES-groep behoort (Van der Lucht 2004).

Tot slot blijkt dat alleenstaanden, ook als rekening wordt gehouden met factoren zoals leeftijd en opleidingsniveau, vaker beperkingen hebben dan mensen die hun huishouden delen. In de *Rapportage gehandicapten 1997* is uitgebreid aandacht besteed aan de huishoudensvorm van mensen met beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998). Daar bleek onder meer dat mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen vaker gescheiden zijn dan mensen zonder beperkingen, doordat de relatie onder druk komt te staan als gevolg van het ontstaan van beperkingen bij een van de partners. Daarnaast geldt dat het voor mensen met beperkingen vaak moeilijk is om een partner te vinden (Kooiker 2006). Bovendien hebben vrouwen met ernstige beperkingen minder vaak kinderen dan vrouwen die geen of lichte beperkingen ervaren (De Klerk en Timmermans 1998). Het is duidelijk dat beperkingen en huishoudensvorm samenhangen, maar het is niet helder wat oorzaak en wat gevolg is.

Dit soort verschillen naar bijvoorbeeld leeftijd of sociaal-economische status leiden er ook toe dat het aandeel mensen met beperkingen verschilt naar gemeentegrootteklasse (zie bijlage D), omdat de leeftijdsopbouw en sociaal-economische status in kleinere gemeenten anders is dan in grotere gemeenten (zie Steenbekkers et al. 2006).

Voor de grotere gemeenten kennen een iets hoger aandeel mensen met beperkingen dan de kleinere gemeenten (tabel 2.2). Het verschil in het aantal mensen met beperkingen blijkt niet te worden verklaard door leeftijd: ook als daarvoor wordt gecorrigeerd zijn er verschillen naar gemeentegrootte. Uit een vergelijking van stedelijke gebieden en het platteland blijkt dat een deel van de verschillen is te wijten aan verschillen in sociaal-economische status tussen stad en platteland. Een andere

mogelijke verklaring is selectie: mensen met (gezondheids)problemen trekken naar de stad toe, gezonde mensen trekken van de stad weg (Schellingerhout en Van Campen 2006).

Als gemeenten na invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk worden voor een groot aantal voorzieningen op het terrein van de ondersteuning van mensen met beperkingen, dan zal dus vooral in grote gemeenten relatief veel beroep op de Wmo worden gedaan.

Tabel 2.2

Ernst van de motorische beperkingen naar gemeentegrootteklasse, 18-plussers, 2002 (horizontaal geperceenteerd)

	geen	licht	matig	ernstig	totaal	matig + ernstig
< 5.000	86,6	6,7	4,5	2,2	100	6,7
5.000 < 10.000	88,5	5,2	4,5	1,7	100	6,2
10.000 < 20.000	87,1	5,4	5,5	2,0	100	7,5
20.000 < 50.000	86,4	5,5	5,9	2,2	100	8,1
50.000 < 100.000	85,2	5,7	6,6	2,6	100	9,2
100.000 < 150.000	86,2	5,0	6,6	2,3	100	8,9
150.000 < 250.000	86,2	5,2	6,1	2,5	100	8,6
≥ 250.000 of meer	82,7	6,2	7,3	3,8	100	11,1
totaal	85,9	5,5	6,2	2,4	100	8,6
(n)	(64.441)	(4144)	(4624)	(1833)	(75.042)	

Bron: VROM (WBO'02), SCP-bewerking

2.4 Kenmerken van mensen met beperkingen

Deze paragraaf bevat een schets van de samenstelling van de groep zelfstandig wonende (dat wil zeggen niet in een instelling verblijvende) 18-plussers met matige of ernstige lichamelijke beperkingen.

Ongeveer een derde van de volwassenen met matige of ernstige motorische beperkingen is tussen de 18 en de 55 jaar, een derde tussen de 55 en de 74 jaar en een derde is 75 jaar of ouder. Personen met ernstige beperkingen zijn vaker 75-plusser dan degenen met matige beperkingen (tabel 2.3). Ongeveer de helft van degenen met matige of ernstige beperkingen is 65-plusser. Ter vergelijking: bij de Wvg-cliënten is ongeveer twee derde 65 jaar of ouder (zie ook hoofdstuk 1). Er zijn ongeveer twee keer zo veel vrouwen als mannen met matige of ernstige beperkingen en ongeveer twee keer zo veel mensen die hun huishouden delen als mensen die alleen wonen. Deze demografische kenmerken hangen uiteraard met elkaar samen (zie ook tabel 2.4).

Bijna twee derde van de personen met matige of ernstige beperkingen deelt het huishouden. Meestal heeft deze andere persoon geen beperkingen, maar bijna 20% deelt het huishouden met iemand die ook matige of ernstige beperkingen heeft. Dit is meestal de partner, maar het kan ook een kind of een ouder zijn.

Ongeveer 60% van degenen met matige of ernstige beperkingen heeft een lbo-opleiding of een lagere opleiding gevolgd. Bij personen met een ernstige beperking is dit aandeel hoger dan bij degenen met een matige beperking. Dit komt niet alleen doordat mensen met een ernstigere beperking meer moeite hebben om onderwijs te volgen, maar het hangt ook sterk samen met het feit dat vooral veel ouderen ernstige beperkingen (figuur 2.1) en vaak een lagere opleiding hebben (tabel 2.4).

Tabel 2.3

Demografische kenmerken en opleidingsniveau van 18-plussers met motorische beperkingen naar ernst van de beperkingen, 2003 (verticaal geperceenteerd)

	matig	ernstig	matig + ernstig
leeftijdsklasse			
18-44 jaar	20,8	9,3	17,4
45-54 jaar	16,0	12,5	15,0
55-64 jaar	18,5	13,3	16,9
65-74 jaar	22,9	20,3	22,2
75-84 jaar	18,2	32,9	22,6
≥ 85 jaar	3,5	11,7	6,0
geslacht			
man	33,9	34,9	34,2
vrouw	66,1	65,1	65,8
huishoudensvorm			
eenpersoonshuishouden	33,9	38,8	35,4
huishouden delend	66,1	61,2	64,6
waarvan huisgenoot geen beperking	48,6	39,2	45,8
waarvan huisgenoot ook beperking	17,5	22,0	18,9
opleidingsniveau			
maximaal lbo	55,6	70,3	59,9
mavo/havo/mbo	32,6	21,8	29,5
hbo/universiteit	11,8	7,8	10,6
(n)	(924)	(381)	(1305)

Bron: SCP (AVO'03)

Onderlinge samenhang achtergrondkenmerken

Zoals gezegd hangt een aantal van de hiervoor beschreven kenmerken van mensen met beperkingen onderling samen. Zo is het aandeel alleenstaanden hoger naar-

mate men ouder is (tabel 2.4). Als in de volgende hoofdstukken een uitsplitsing naar leeftijd wordt gemaakt, dan wordt impliciet ook over groepen met verschillende achtergrondkenmerken gesproken. Vooral de jongere mensen met beperkingen hebben relatief vaak een huisgenoot zonder beperkingen. Dit aandeel neemt af naarmate men ouder is. Het aandeel dat een huisgenoot (meestal de partner) heeft die ook lichamelijke beperkingen heeft neemt toe tot 75 jaar, om daarna weer af te nemen. Dit laatste hangt samen met het feit dat de oudste ouderen beduidend vaker alleenstaand zijn.

Ook leeftijd en opleidingsniveau hangen sterk samen: vooral de oudste ouderen hebben veel vaker alleen een lagere schoolopleiding gevolgd dan de jongere mensen met beperkingen. Dit geldt voor de gehele ouderenpopulatie, niet alleen voor de mensen met beperkingen (zie ook Herweijer 2006). Het lijkt vreemd dat juist de oudste leeftijdscategorie minder vaak alleen lagere school heeft gevolgd dan de 65-84-jarigen. Dit komt doordat het hier alleen zelfstandig wonende ouderen betreft: de hoogbejaarden met een lagere opleiding zijn vaker in een verzorgingshuis opgenomen dan de 85-plussers met een hogere opleiding (Timmermans en Woittiez 2004c). Ook uit de *Rapportage ouderen 2006* blijkt dat hoger opgeleiden vaker zelfstandig blijven wonen dan lager opgeleiden (Herweijer 2006).

Tabel 2.4

Samenhang tussen leeftijdsklasse en huishoudenvorm of opleidingsniveau, selectie 18-plussers met matige of ernstige motorische beperkingen, 2003 (verticaal gepercentreerd; n = 1305)

	18-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar
alleenstaand	14,0	20,7	21,3	39,7	60,2	70,2
samen geen beperking	69,5	60,5	59,9	36,7	23,1	13,9
samen ook beperking	16,5	18,8	18,8	23,6	16,6	15,8
maximaal lbo	46,6	49,6	55,9	66,8	71,2	68,3
mavo/havo/mbo	41,6	35,1	31,0	24,3	22,1	22,0
hbo/universiteit	11,8	15,3	13,0	8,8	6,7	9,6

Bron: SCP (AVO'03)

In het algemeen zijn er in de grotere steden (met meer dan 100.000 inwoners) iets meer ouderen onder degenen met matige of ernstige beperkingen dan in de kleinere gemeenten. Vooral in de vier grote steden (meer dan 250.000 inwoners) zijn er meer alleenstaanden onder de mensen met beperkingen dan elders. Er is geen duidelijke samenhang tussen gemeentegrootte en het opleidingsniveau van degenen met beperkingen (tabel 2.5).

Tabel 2.5

Leeftijdsklasse en huishoudensvorm naar gemeentegrootteklasse, selectie 18-plussers met matige of ernstige motorische beperkingen, 2002 (verticaal geperceerd)^a

aantal x 1000	< 10 ^b inw.	10-20 inw	20-50 inw	50-100 inw	100-150 inw	150-250 inw	> 250 inw	totaal
leeftijdsklasse								sign.
18-44 jaar	14,4	12,3	13,1	12,3	19,7	15,6	16,4	
45-54 jaar	14,9	13,8	14,8	16,3	15,2	14,4	19,8	
55-64 jaar	14,9	18,0	17,0	16,2	15,4	18,2	17,2	
65-74 jaar	20,4	21,8	19,7	20,1	19,4	20,0	16,3	
75-84 jaar	25,4	25,7	25,5	25,6	23,5	25,4	20,5	
≥ 85 jaar	9,9	8,3	9,8	9,5	6,8	6,5	9,8	
huishoudensvorm								sign.
alleen	37,9	30,6	35,2	38,3	35,6	36,6	44,2	
samen	62,1	69,4	64,8	61,7	64,4	63,4	55,8	
(n)	(181)	(870)	(1963)	(1123)	(664)	(556)	(1098)	(6455)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

a Het opleidingsniveau verschilt niet significant (hier niet weergegeven).

b De categorieën 'minder dan 5000 inwoners' en '5000-10.000 inwoners' zijn samengevoegd vanwege de kleine respondent aantallen.

Bron: VROM (WBO'02)

2.5 Tijdelijke of langdurige beperkingen

De deelnemers aan het wzw-onderzoek zijn allemaal mensen met langdurige lichamelijke beperkingen. Om te kijken of deze groep afwijkt van de groep mensen die tijdelijke beperkingen hebben, zijn mensen met langdurige matige en ernstige beperkingen (de groep waarop dit rapport betrekking heeft) vergeleken met degenen die tijdens het screeningsonderzoek⁷ geen of hooguit nog lichte beperkingen hadden. Degenen die tijdelijke beperkingen hadden (die drie jaar na het Woningbehoefte onderzoek aangaven geen beperkingen meer te hebben) hadden vaker matige beperkingen en waren gemiddeld jonger, vaker man en vaker samenwonend dan degenen met langdurige beperkingen (tabel 2.6). Doordat de groep met langdurige matige of ernstige beperkingen zoveel groter is dan de groep met tijdelijke beperkingen, wijken degenen met langdurige beperkingen nauwelijks af van de totale groep mensen met beperkingen. Met andere woorden: in het wzw-onderzoek ontbreekt een kleine maar wel specifieke groep mensen met tijdelijke beperkingen, die gemiddeld iets jonger zijn dan degenen met langdurige beperkingen.

Tabel 2.6

Vergelijking van de mensen met tijdelijke en langdurige beperkingen, 2005 (in procenten)

	tijdelijke beperkingen ^a	langdurige beperkingen ^b	totaal	
ernst van de beperkingen (in WBO)				sign.
matig	93,4	74,5	76,9	
ernstig	6,6	25,5	23,1	
geslacht				sign.
man	32,5	27,4	28,1	
vrouw	67,5	72,6	71,9	
leeftijdsklasse				sign.
18-44 jaar	19,0	15,9	16,3	
45-55 jaar	15,9	17,3	17,1	
56-64 jaar	22,8	18,3	18,9	
65-74 jaar	21,4	20,8	20,9	
≥ 75 jaar	20,9	27,6	26,8	
huishoudensvorm				sign.
huishouden delend	59,8	52,1	53,1	
alleenwonend	40,2	47,9	46,9	
opleiding				n.s.
lager onderwijs	25,3	30,3	29,7	
maximaal lbo	23,4	23,5	23,5	
mavo/mulo/vmbo	18,1	17,2	17,3	
havo/vwo/mbo	20,5	17,4	17,8	
hbo/universiteit	12,8	11,5	11,7	
(n)	(378)	(2605)	(2983)	

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Geen of lichte beperkingen op screener.
b Matige of ernstige beperkingen op screener.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking; SCP (WZW'05)

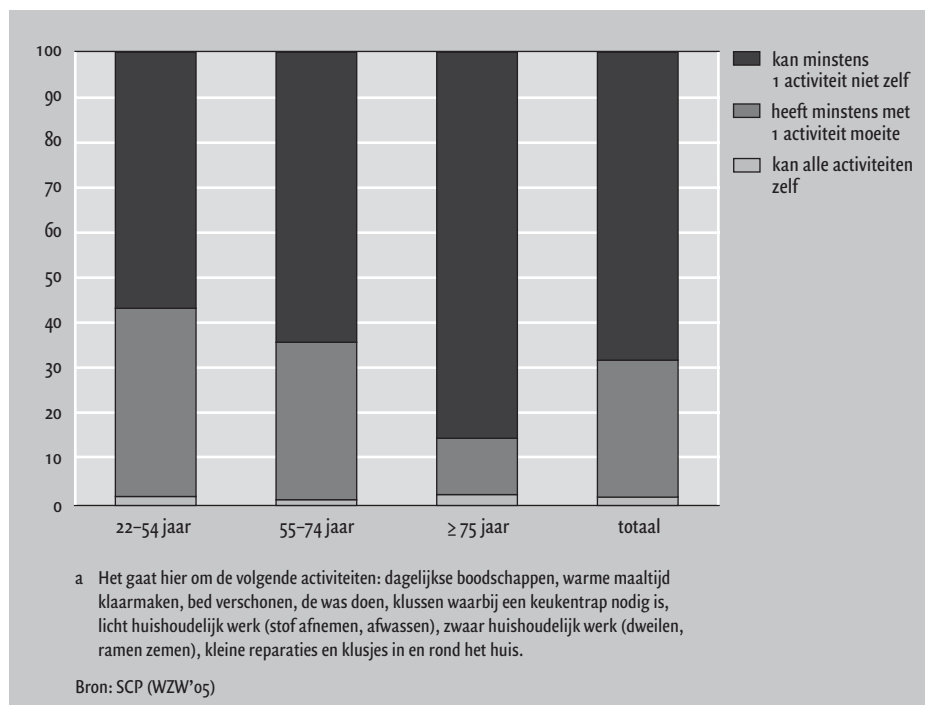
2.6 Zelfredzaamheid

Het overheidsbeleid is erop gericht om de zelfredzaamheid van mensen met beperkingen te vergroten. Hierbij gaat het erom dat mensen zo veel mogelijk zelf kunnen doen, maar daar waar dat echt niet kan, ondersteuning krijgen van anderen of gebruik kunnen maken van hulpmiddelen om hen te ondersteunen. In de hoofdstukken 3 tot en met 7 gaat het om die ondersteunende voorzieningen of personen. In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de aard van lichamelijke beperkingen die de doelgroep van dit rapport ondervindt.

Vrijwel alle personen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben moeite met het verrichten van huishoudelijke activiteiten, de activiteiten die over het algemeen de eerste problemen opleveren (figuur 2.2).⁸ Ongeveer twee derde kan minimaal één huishoudelijke activiteit niet meer zelf doen. Zij zijn dan niet meer in staat om zelf het zware huishoudelijke werk te verrichten (56%) of klusjes te doen waarvoor een huishoudtrapje nodig is (51%). Een enkeling kan bijvoorbeeld ook het lichte huishoudelijke werk niet meer zelf doen (6%). Ouderen hebben gemiddeld meer moeite met het huishouden dan degenen die jonger zijn dan 55 jaar.

Figuur 2.2

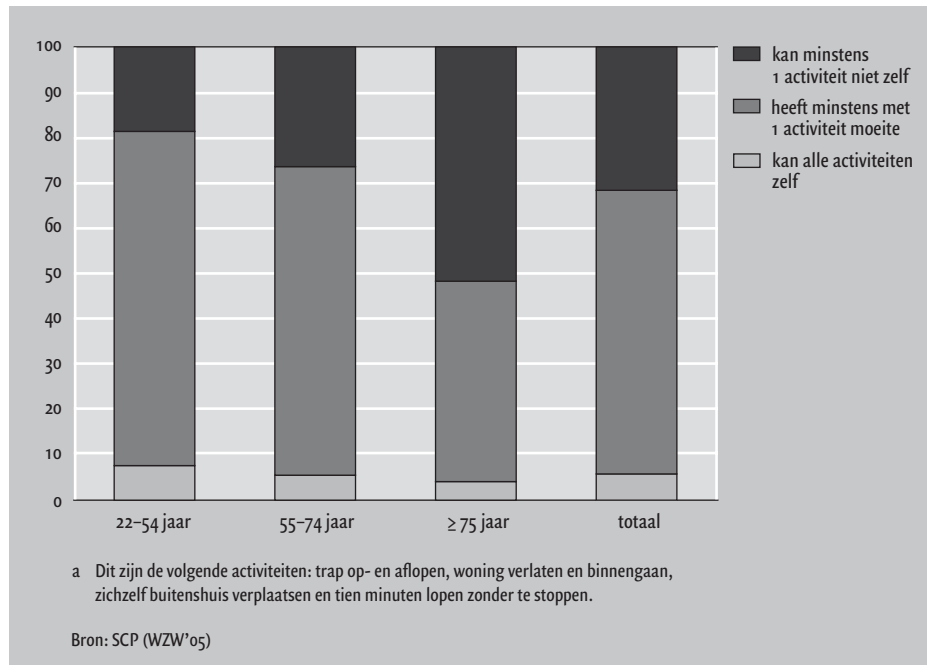
Beperkingen bij de huishoudelijke activiteiten^a, naar leeftijdsklasse, 2005 (verticaal geperceenteerd; n = 2729)



Bijna een derde van degenen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen kan minimaal één mobiliteitsverrichting niet meer doen en ongeveer 63% heeft met minimaal één van deze activiteiten moeite (figuur 2.3). Meestal hebben mensen die moeite hebben met de mobiliteit moeite om zelf tien minuten te lopen zonder te stoppen (24% kan dit niet zelf of alleen met hulp) of de trap op- en af te lopen (19% kan dat niet of alleen met hulp).

Figuur 2.3

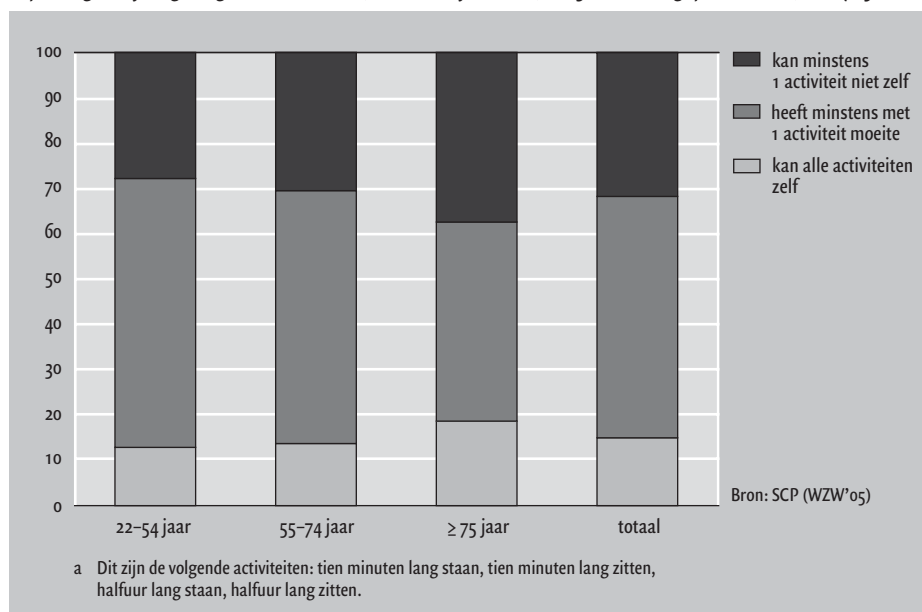
Beperkingen bij de mobiliteit^a, naar leeftijdsklasse, 2005 (verticaal gepercenteerd; n = 2729)



Bijna een derde van de mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen kan minimaal één van de activiteiten op het gebied van langdurig zitten of staan niet meer doen en ongeveer 53% heeft met minimaal één van deze activiteiten moeite (figuur 2.4). Mensen hebben vooral moeite met het langdurig staan (66% kan niet een halfuur staan en 28% kan niet tien minuten staan of kan dat alleen met hulp).

Figuur 2.4

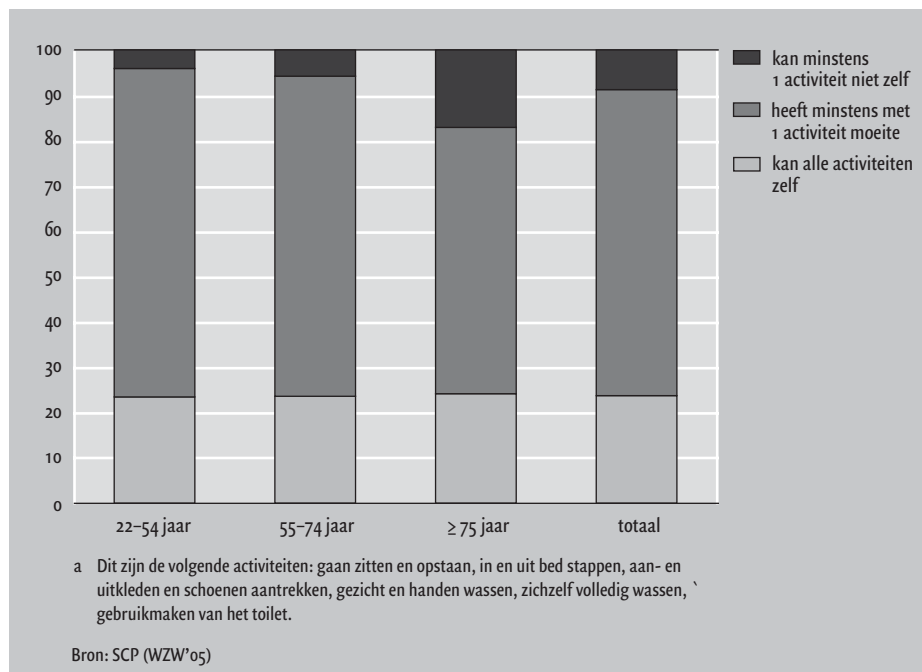
Beperkingen bij langdurig zitten en staan^a, naar leeftijdsklasse, 2005 (verticaal gepercenteerd; n = 2729)



Ongeveer 10% van de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen kan minimaal één activiteit op het terrein van de persoonlijke verzorging niet meer zelf uitvoeren en circa twee derde heeft hier moeite mee (figuur 2.5). Mensen hebben dan het vaakst moeite om zich volledig te wassen (7% kan dit niet meer alleen) of zich aan- of uit te kleden (3,5%).

Figuur 2.5

Beperkingen bij de persoonlijke verzorging^a, naar leeftijdsklasse, 2005 (verticaal gepercenteerd; n = 2729)



In de rest van dit rapport wordt gesproken over matige en ernstige beperkingen. Of beperkingen matig dan wel ernstig zijn, is niet eenduidig vast te stellen. De indeling die in de rest van dit rapport gebruikt wordt gaat ervan uit dat sommige activiteiten zwaarder meewegen dan andere. Zo is het niet zelf naar de wc kunnen gaan veel meer belemmerend dan het niet kunnen uitvoeren van zwaar huishoudelijk werk. Uit de figuren 2.1 tot en met 2.5 is duidelijk op te maken dat veel mensen niet meer in staat zijn bepaalde activiteiten zoals het zware huishoudelijke werk zelf te doen. Over het algemeen worden zij pas als personen met ernstige beperkingen beschouwd als zij ook activiteiten bij de persoonlijke verzorging niet meer kunnen doen óf op meerdere terreinen (bijvoorbeeld de mobiliteit en het uithoudingsvermogen) bepaalde activiteiten niet zelf kunnen verrichten.⁹

In de hoofdstukken 3 tot en met 7 wordt dieper ingegaan op enkele afzonderlijke activiteiten waar mensen moeite mee kunnen hebben. Zo wordt in het hoofdstuk over wonen (hoofdstuk 3) gekeken naar de mensen die moeite hebben met het traplopen of het verlaten van de woning en wordt in het hoofdstuk zorg (hoofdstuk 4) nader ingegaan op een aantal activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging of de huishoudelijke activiteiten.

2.7 Maatschappelijke participatie

De overheid stelt zich ten doel mensen met beperkingen te laten participeren in de samenleving. In de Wet op de maatschappelijke ondersteuning wordt bijvoorbeeld gesproken van 'deelname aan het maatschappelijk verkeer' (TK 2005/2006a). In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen en van de belemmeringen die zij bij deze participatie ervaren.

Het is lastig om een begrip als maatschappelijke participatie te operationaliseren, omdat het een containerbegrip is dat uiteenlopende activiteiten omvat (zie ook Hoeymans et al. 2005, Broese van Groenou en Deeg 2006). Zo worden in de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren onder meer de volgende, uiteenlopende terreinen genoemd: maatschappelijk leven, recreatie en vrije tijd, religie en spiritualiteit, mensenrechten, en politiek en burgerschap (WHO-FIC 2002). Schuyt et al. (1990) onderscheiden maatschappelijke participatie van sociaal-culturele participatie, waarbij het eerste aan de samenleving ten goede komt en het tweede vooral gericht is op de ontplooiing van het individu (zie ook Broese van Groenou en Deeg 2006).¹⁰ Hier worden beide deelnamevormen samengenomen. Vaak denkt men bij maatschappelijke participatie ook aan deelname aan het onderwijs of de arbeidsmarkt. Deze sociaal-economische vormen van participatie blijven hier echter buiten beschouwing.¹¹ Wel komen ze uitgebreid aan bod in de rapportage gehandicapten. In deze paragraaf is gekozen voor maatschappelijke participatie in de vorm van participatie in de vrije tijd, waarbij aandacht wordt geschonken aan vrijwilligerswerk, verschillende vormen van recreatieve participatie, kerkbezoek en de deelname aan een belangenorganisatie. De meeste terreinen die het ICF noemt zijn hiermee bestreken.

Mensen met (ernstige) beperkingen doen minder vaak aan sport en bezoeken minder vaak een culturele of recreatieve voorziening dan degenen zonder beperkingen (De Klerk 2002). Ook doen zij minder vaak aan vrijwilligerswerk dan de gemiddelde Nederlander (Schoemakers-Salkinoja 2002; Heijmans et al. 2005). Ook bij onderzoek onder ouderen blijkt dat lichamelijke beperkingen een belemmering vormen om maatschappelijk actief te zijn (Hoeymans et al. 2005; Bosch en Smets 2005).

Tot slot blijkt uit onderzoek naar het verplaatsingsgedrag van mensen met beperkingen dat degenen met een beperkte mobiliteit minder vaak van huis gaan en zich minder vaak verplaatsen dan niet-gehandicapten. Bovendien nemen ze ook minder deel aan activiteiten wanneer zij zich verplaatsen (Socialdata 2006).

Bijna 58% van de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen participeert minimaal maandelijks op ten minste een van de zeven in tabel 2.7 genoemde terreinen. Hier is alleen weergegeven hoeveel mensen maandelijks participeren. In bijlage D staat uitgebreider hoe vaak mensen deelnemen.

Mensen met ernstige beperkingen participeren minder vaak dan degenen met matige beperkingen. Dit geldt voor alle terreinen met uitzondering van het kerk-

bezoek en de politieke participatie. 75-plussers participeren minder vaak dan degenen die jonger zijn dan 75 jaar, met uitzondering van het kerkbezoek en de belangenorganisatie: dat doen ouderen juist meer (mogelijk zijn zij lid van een ouderenbond). Dat 55-74-jarigen op sommige vlakken actiever zijn dan jongere ouderen hangt ook samen met het feit dat ouderen meer vrije tijd tot hun beschikking hebben dan jongeren (Breedveld 2006). De meest voorkomende vormen van maandelijks participatie zijn kerkbezoek (21%), vrijwilligerswerk (19%), deelname aan verenigingen (19%) en uitgaan (17%).

De maatschappelijke participatie hangt niet alleen samen met de ernst van de beperkingen en leeftijd, maar ook met huishoudensvorm, opleidingsniveau en inkomen: onder degenen met langdurige beperkingen participeren alleenstaanden, degenen met een hoger opleidingsniveau en degenen met een hoger inkomen vaker minimaal maandelijks dan samenwonenden, degenen met een lager opleidingsniveau en degenen met een lager inkomen (zie bijlage D).

Tabel 2.7

Maatschappelijke participatie (minimaal eens per maand) naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 2735)

	matige bep.	ernstige bep.		22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
kerkdienst bezoeken ^a	20,9	22,4	n.s.	14,0	23,7	25,8	sign.	21,3
sporten in verenigingsverband	14,0	8,5	sign.	13,6	13,1	10,6	n.s.	12,5
doen van vrijwilligerswerk	21,2	13,4	sign.	19,7	22,4	14,1	sign.	19,1
deelname aan verenigingen ^b	20,2	16,5	sign.	13,2	23,6	19,6	sign.	19,2
uitgaan ^c	18,5	11,3	sign.	24,5	16,4	8,6	sign.	16,5
vrijtijdsactiviteiten buitenshuis ^d	3,5	1,9	sign.	2,7	4,1	2,1	sign.	3,9
deelname belangenorganisatie ^e	4,9	5,6	n.s.	1,4	6,2	7,4	sign.	5,1
totaal	60,9	49,3		57,8	62,9	51,3		57,7

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

a Of een synagoge of moskee.
b Bijvoorbeeld zang-, muziek-, toneel- of hobbyvereniging.
c Bijvoorbeeld naar restaurant, bioscoop of theater.
d Zoals attractie of museum bezoeken.
e Zoals vakbond, ouderenbond, politieke partij.

Bron: SCP (WZV'05)

Een groot deel van de mensen met beperkingen geeft zelf aan dat zij eigenlijk meer zouden willen participeren. Zo wil 43% vaker uit en zou ongeveer 30% vaker buitenshuis activiteiten willen ondernemen en willen sporten (tabel 2.8). Over het algemeen wijzen de verschillen tussen mensen met matige en met ernstige beperkingen en de verschillende leeftijdscategorieën in dezelfde richting als bij de feitelijke participatie.

In totaal zou 70% van alle mensen met beperkingen meer willen participeren dan zij nu doen. Bij de jongere mensen met beperkingen is dit zelfs 80%, maar ook de 75-plussers zouden meer willen doen. Het lijkt opvallend dat mensen met matige beperkingen op een aantal terreinen vaker meer zouden willen participeren dan degenen met ernstige beperkingen (men zou immers verwachten dat juist degenen met ernstige beperkingen belemmeringen ondervinden). Bij nader inzien hangt dat samen met het feit dat de groep met ernstige beperkingen meer 75-plussers kent. Uit eerder onderzoek onder 55-plussers bleek dat vooral 75-plussers minder actief zijn dan jongere ouderen, waarbij de verschillen niet verklaard konden worden door lichamelijke beperkingen, opleidingsniveau of inkomen (De Klerk en Timmermans 1999). Een mogelijke verklaring biedt de *disengagement theory* (Cumming en Henry 1961), die betoogt dat (oude) ouderen zich steeds meer terugtrekken uit de samenleving en een rustiger bestaan gaan leiden. Ook recente gegevens onder ouderen bevestigen deze theorie (Broese van Groenou en Deeg 2006).

Uit de multivariate analyses blijkt dat niet alleen de jongere mensen met een beperking, maar ook degenen met een laag inkomen vaker willen participeren dan ze nu doen (zie bijlage D).

Tabel 2.8

Meer willen doen naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 2722)

	matige bep.	ernstige bep.		22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
kerkdienst bezoeken	12,6	19,0	sign.	11,9	13,7	17,7	sign.	14,3
sporten in verenigingsverband	31,8	24,7	sign.	48,7	29,3	11,2	sign.	29,8
doen van vrijwilligerswerk	23,2	17,5	sign.	28,8	24,9	10,0	sign.	21,6
deelname aan verenigingen	16,1	16,6	n.s.	23,1	14,9	10,7	sign.	16,2
uitgaan	42,3	44,4	n.s.	54,7	40,3	34,0	sign.	42,9
vrijtijdsactiviteiten buitenshuis	29,8	32,2	n.s.	41,6	26,3	24,4	sign.	30,5
deelname belangenorganisatie	3,7	7,5	sign.	4,8	4,6	5,0	n.s.	4,8
totaal	71,2	69,6	n.s.	80,5	72,0	58,3	sign.	70,5

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZV'05)

Dat mensen niet zo veel participeren als zij zouden willen hangt niet noodzakelijkerwijs samen met hun beperkingen. Mensen kunnen ook om andere redenen niet participeren, zoals door een gebrek aan tijd, gezelschap om deze dingen mee samen te doen of financiële beperkingen (zie ook De Klerk 2002, Kwekkeboom et al. 2006). In tabel 2.9 staat het aandeel van de mensen met lichamelijke beperkingen dat zelf aangeeft dat zij belemmerd worden door hun lichamelijke beperkingen.

Ongeveer 68% van degenen met beperkingen wordt hierdoor bij de maatschappelijke participatie belemmerd (waarbij is verondersteld dat degenen die niet participe-

ren en ook niet willen participeren, geen hinder ondervinden). Mensen ondervinden vooral belemmeringen bij de vrijetijdsactiviteiten buitenshuis, het sporten in verenigingsverband en het uitgaan. Degenen met ernstige beperkingen voelen zich, vanzelfsprekend, daarbij vaker gehinderd door hun lichamelijke beperkingen dan degenen met matige beperkingen en ouderen voelen zich minder vaak gehinderd dan jongeren (tabel 2.9). Dit beeld wordt bevestigd in multivariate analyses (niet gepresenteerd).

Tabel 2.9

Belemmerd in verschillende vormen van maatschappelijke participatie door lichamelijke beperkingen^a naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 2723)

	matige bep.	ernstige bep.		22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
kerkdienst bezoeken	12,1	26,4	sign.	11,6	16,3	20,1	sign.	16,0
sporten in verenigingsverband	31,7	26,7	sign.	49,6	28,8	12,4	sign.	30,3
doen van vrijwilligerswerk	21,8	23,2	n.s.	28,1	25,0	12,7	sign.	22,2
deelname aan verenigingen	12,5	16,2	sign.	18,3	12,7	9,8	sign.	13,5
uitgaan	23,6	36,7	sign.	36,3	22,8	23,3	sign.	27,2
vrijetijdsactiviteiten buitenshuis	29,2	37,7	sign.	40,2	29,6	25,2	sign.	31,6
deelname belangenorganisatie	2,8	7,9	sign.	3,8	3,1	5,9	sign.	4,2
totaal	66,0	72,7	sign.	80,8	66,9	55,7	sign.	67,9

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

a De vraag of mensen gehinderd worden door hun lichamelijke beperkingen is alleen voorgelegd aan mensen die een bepaalde activiteit doen (ongeacht hoe vaak) of zouden willen doen. Hier is verondersteld dat alle andere mensen niet gehinderd worden door hun lichamelijke beperkingen.

Bron: SCP (WZW'05)

Ook in ander onderzoek wezen mensen met beperkingen vaak die beperkingen aan als oorzaak van het feit dat ze iets niet (kunnen) doen. Zo gaf 68% van degenen met een lichamelijke beperking die belemmeringen ervoeren bij het sporten als reden dat men te snel vermoeid was. Bij het museumbezoek was dit 75% (De Klerk 2002: 137-138).

Aan de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen die op een bepaald terrein participeren of zouden willen participeren is gevraagd tegen welk soort problemen zij aanlopen, los van hun eigen gezondheid. Ongeveer 15% zegt met vervoersproblemen te maken te hebben (vooral in de grote steden; niet in tabel). Circa 10% geeft aan dat ontoegankelijke gebouwen een probleem vormen, en eveneens 10% zegt over onvoldoende geschikte hulpmiddelen te beschikken. Uit onderzoek is bekend dat de houding van de samenleving ten opzichte van mensen met beperkingen lang niet altijd positief is (Kwekkeboom et al. 2006; RMO 2003). Toch noemen mensen dit zelf nauwelijks als een beperkende factor.

Ook uit ander onderzoek naar de drempels die mensen met beperkingen ervaren bij het sporten komt een aantal van deze knelpunten naar voren: daar bleek dat naast vervoersproblemen ook de afhankelijkheid van anderen, de onbekendheid met het aanbod, financiële drempels, de toegankelijkheid van accommodaties en persoonlijke drempels (zoals het onderschatten van het eigen kunnen) een rol speelden (Du Long 2003).

Tabel 2.10

Beperkingen die mensen met belemmeringen ervaren, selectie van degenen die participeren of dit meer zouden willen doen, 2005 (in procenten)

	ontoegankelijke gebouwen	vervoersproblemen	onvoldoende geschikte hulpmiddelen	angst om niet geaccepteerd te worden	(n)
kerkdienst bezoeken	6,4	9,1	5,6	1,3	(1203)
sporten in verenigingsverband	1,4	3,2	3,2	2,3	(1064)
doen van vrijwilligerswerk	3,2	4,1	1,4	1,9	(1093)
deelname aan verenigingen	2,4	6,4	2,8	1,3	(896)
uitgaan	5,9	6,6	4,1	0,9	(2113)
vrijtijdsactiviteiten buitenshuis	8,1	8,6	4,8	1,3	(1455)
deelname belangenorganisatie	4,3	7,7	3,7	0,8	(426)
totaal	9,9	14,6	9,7	2,9	

Bron: SCP (WZW'05)

2.8 Samenvatting

Er zijn in Nederland ongeveer 1,2 miljoen mensen van 20 jaar of ouder met matige of ernstige motorische (dat wil zeggen niet-zintuiglijke) beperkingen. Een matige of ernstige lichamelijke beperking wil zeggen dat iemand moeite heeft met het uitvoeren van meerdere activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging, de mobiliteit of huishoudelijke activiteiten.

Gemiddeld heeft ongeveer 8,6% van de inwoners van een gemeente lichamelijke beperkingen, maar hierbij bestaan verschillen tussen kleinere en grotere gemeenten: in kleinere gemeenten zijn er over het algemeen minder mensen met beperkingen dan in grotere gemeenten.

Ongeveer een derde van de personen met beperkingen is 75-plusser en een derde is tussen de 55 en de 74 jaar. De meerderheid heeft een partner, die meestal zelf geen beperkingen heeft. Ongeveer 60% van degenen met beperkingen heeft hooguit een lbo-opleiding gevolgd. Vooral de 75-plussers met beperkingen vormen een kwetsbare groep, omdat zij vaak alleenstaand zijn en een laag opleidingsniveau hebben.

Degenen met tijdelijke beperkingen (korter dan drie jaar) hebben over het algemeen minder vaak ernstige beperkingen, zijn gemiddeld jonger en delen vaker hun huishouden dan degenen met langdurige beperkingen (langer dan drie jaar). Doordat (in dit onderzoek) de groep met langdurige beperkingen zoveel groter is dan die met tijdelijke beperkingen, heeft de groep met langdurige beperkingen ongeveer vergelijkbare kenmerken als de totale groep met beperkingen.

Mensen met beperkingen kunnen met uiteenlopende handelingen moeite hebben. Meestal treden er eerst problemen op bij de huishoudelijke activiteiten, dan bij de mobiliteit en dan bij de persoonlijke verzorging. Ongeveer twee derde van de wzw-populatie kan minimaal één huishoudelijke activiteit helemaal niet meer zelf doen en ongeveer 10% kan minimaal één activiteit op het terrein van de persoonlijke verzorging niet zelf doen.

Ongeveer 20% van degenen met langdurige lichamelijke beperkingen bezoekt minimaal eens per maand een kerk en eveneens 20% doet aan vrijwilligerswerk of neemt deel aan een vereniging. In totaal is 57% minimaal eens per maand maatschappelijk actief, waarbij de 75-plussers met beperkingen het minst actief zijn. Ongeveer 70% zou actiever willen zijn. Dit betreft vooral 55-minners. Ongeveer twee op de drie mensen met langdurige beperkingen geeft zelf aan dat zij door hun gezondheid gehinderd worden bij het ondernemen van activiteiten. Ook dit zijn vooral de 55-minners. Zij voelen zich vooral belemmerd bij het sporten en bij vrijetijdsactiviteiten buitenshuis. Ongeveer 15% geeft aan dat vervoersproblemen een rol spelen, 10% noemt ontoegankelijke gebouwen en nog eens 10% noemt onvoldoende geschikte hulpmiddelen.

Noten

- 1 Een andere veelgebruikte maat voor beperkingen is de zogenoemde OECD-indicator (oecd staat voor *Organisation for Economic Co-operation and Development*) voor beperkingen, die bestaat uit zeven vragen (twee naar gezichtsbeperkingen, twee naar gehoorbeperkingen en drie naar motorische beperkingen). Deze vraag is ondermeer opgenomen in het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie (POLs) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (Botterweck et al. 2001: 37-38).
- 2 De SCP-maat bevat ook indicatoren voor zintuiglijke beperkingen (zien en horen), maar die blijven in dit rapport buiten beschouwing. De maat die in dit rapport gebruikt is, is beschreven in De Wit (1997).
- 3 Mensen met lichte beperkingen hebben over het algemeen alleen moeite met de huishoudelijke activiteiten.
- 4 Het CBS/Nimawo voerde in 1986-1988 een onderzoek uit naar het aantal mensen met lichamelijke beperkingen met behulp van een enquête die werd gehouden onder circa 25.000 zelfstandig wonende (niet in een instelling verblijvende) mensen (CBS/Nimawo 1990). Dit onderzoek is later gebruikt om schattingen te maken van het aantal mensen met beperkingen in de jaren negentig van de vorige eeuw. Hiertoe zijn de prevalentiecijfers uit het CBS-onderzoek uitgesplitst naar leeftijdscategorie en geslacht. Vervolgens is uitgegaan van de omvang en samenstelling van de bevolking in 1998 om te schatten hoeveel mensen in 1998 lichamelijke beperkingen hebben ervaren. Belangrijk uitgangspunt bij deze berekening is dus dat de prevalentie van beperkingen per leeftijdscategorie niet is veranderd.
- 5 Een belangrijk verschil tussen de schatting van het SCP en die van het CBS is dat bij laatstgenoemde ook incontinentieproblemen als lichamelijke beperkingen worden beschouwd. In 1986 waren er 120.000 mensen die alleen incontinentieproblemen hadden. Eind jaren negentig zou dat neerkomen op circa 155.000 mensen. Dit betekent dat er circa 495.000 mensen zouden zijn met andere ernstige beperkingen dan incontinentiebeperkingen. Een ander verschil tussen de beide methoden is dat bij de SCP-maat is gekeken naar het totaalbeeld; wanneer mensen slechts één activiteit niet of slechts met heel veel moeite kunnen uitoefenen, dan worden zij niet als iemand met ernstige beperkingen beschouwd; bij de CBS-methode wel.
- 6 De circa 150.000 ouderen die in een instelling verblijven hebben ook vrijwel allemaal matige of ernstige beperkingen (De Klerk 2005; De Boer 2004).
- 7 Mensen die aan het WBO-onderzoek hebben deelgenomen zijn eerst benaderd met een korte vragenlijst om na te gaan of zij (nog) beperkingen ervaren. Als zij geen beperkingen meer hadden hebben zij niet meegedaan aan het WZW-onderzoek. Mensen met lichte beperkingen hebben wel meegewerkt, maar worden in deze rapportage niet beschreven (zie hoofdstuk 1).
- 8 In de rest van het rapport is een meer ingewikkelde manier gebruikt om vast te stellen of iemand (ernstige) lichamelijke beperkingen heeft. Daarbij wordt ook gekeken naar de aard van de handelingen en tellen sommige handelingen zwaarder mee in de beperkingenmaat dan andere (zie bv. De Wit 1997, De Klerk et al. 2006).
- 9 Meer informatie over de beperkingenmaat wordt gegeven door De Wit (1997) en De Klerk et al. (2006).
- 10 Schuyt et al. (1990) onderscheiden ook politieke participatie en participatie in het primaire netwerk, maar hieraan wordt geen aandacht geschonken in dit rapport.
- 11 In WZW-onderzoek zijn ook geen vragen gesteld over voorzieningen op het terrein van onderwijs of arbeid, zoals het speciaal onderwijs, arbeidsreïntegratie, jobcoaches of sociale werkplaatsen.

3 Wonen

3.1 Inleiding

Het overheidsbeleid is erop gericht om mensen met beperkingen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen (TK 2000/2001; vws 2005). In dit hoofdstuk staat de woonsituatie van deze zelfstandig wonende mensen met langdurige lichamelijke beperkingen centraal. Onlangs bleek uit onderzoek onder mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problemen hoe belangrijk het zelfstandig wonen is voor de kwaliteit van iemands leven (Kwekkeboom et al. 2006). Ook ouderen geven zelf aan dat zij zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen (Verzijden en Franssen 2004). Om zelfstandig te kunnen blijven wonen is geschikte huisvesting zeer belangrijk. Ouderen (55-plussers) geven aan dat zij vooral belang hechten aan een gelijkvloerse en goed toegankelijke en aanpasbare woning (De Waal-Saulais et al. 2004). Daarnaast is het belangrijk dat er zorg of dienstverlening beschikbaar is. In dit hoofdstuk passeren deze verschillende aspecten de revue. De eerste is de toegankelijkheid van de woning (§ 3.3). In paragraaf 3.2 wordt dit begrip nader toegelicht. Daarnaast kunnen woningaanpassingen de woning geschikt maken voor mensen met lichamelijke beperkingen. Dit is het onderwerp van paragraaf 3.4. De aanwezigheid van zorg- of dienstverlening in of nabij de woning staat centraal in paragraaf 3.5. Hierbij gaat het in dit hoofdstuk om de diensten zoals een huismeester in een complex of de zorg die vanuit een nabij gelegen steunpunt wordt verleend. De zorg die de thuiszorg geeft komt aan de orde in hoofdstuk 4. In paragraaf 3.6 staat de personenalarmering centraal en in paragraaf 3.7 de woonomgeving. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting (§ 3.8).

3.2 Begrippen

De toegankelijkheid van de woning, de mogelijkheden om zorg en diensten in de woning te ontvangen en woningaanpassingen bepalen of een woning geschikt is. De rijksoverheid stuurt vooral op de nultredenwoning en het verzorgd wonen (TK 2002/2003). Hierna wordt eerst op deze twee concepten ingegaan en vervolgens worden enkele andere begrippen uitgelegd.

Nultredenwoningen

Een nultredenwoning is bereikbaar zonder trappen buiten en bovendien zijn de woonkamer, de bad- of douchegelegenheid en ten minste één slaapkamer op dezelfde woonlaag gelegen (TK 2002/2003).¹

Verzorgd wonen

Verzorgd wonen betreft nultredenwoningen, waarbij (de mogelijkheid tot) extramurale verzorging, verpleging en begeleiding én hotel- en welzijnsdiensten onderdeel uitmaken van het geboden arrangement. Zorg is op afroep mogelijk. Extra ruimte in de woning voor verzorging en de directe fysieke nabijheid van zorgvoorzieningen en diensten (al dan niet binnen het complex) zijn specifieke kenmerken van deze vormen van wonen. Niet zelden gaat het om geclusterde vormen van wonen (TK 2002/2003).

Bij verzorgd wonen gaat het om accommodaties die in ieder geval geschikt zijn voor zorg op afroep. Dit betekent dat er een zorgsteunpunt en een aantal welzijnsdiensten in de buurt aanwezig zijn. Het gaat dan om een groot deel van de verzorgingsplaatsen (namelijk dat deel dat niet tot 'beschermd wonen' wordt gerekend²) en om zelfstandige woningen waarvan de bewoners gebruik kunnen maken van verpleging of verzorging vanuit een nabij de woning gelegen verzorgingshuis, dienstencentrum of steunpunt (Sogelée et al. 2003). In dit hoofdstuk komen alleen de zelfstandige woningen aan de orde, omdat het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn (wzw) geen betrekking heeft op intramurale woonvormen.

Levensloopbestendige woningen

Levensloopbestendige (of levensloopgeschikte) woningen is het overkoepelende begrip voor woningen die geschikt zijn of eenvoudig geschikt te maken zijn voor bewoning tot op hoge leeftijd, ook in geval van fysieke handicaps van bewoners. Singelenberg (2003) gebruikt de term voor een extern en intern toegankelijke woning die in principe geschikt is voor alle levensfasen, maar bovendien voldoet aan een aantal aanvullende eisen, die bijvoorbeeld betrekking hebben op drempelhoogte, deurbreedte, veiligheid en bedieningsgemak. Bovendien moeten deze woningen gelegen zijn op loopafstand van basisvoorzieningen zoals winkels voor dagelijkse levensbehoeften, een halte voor openbaar vervoer of een postkantoor.³ In dit hoofdstuk wordt geen aandacht besteed aan levensloopbestendige woningen, omdat het over het algemeen voor bewoners moeilijk te beoordelen is of hun woning precies aan de vereisten voldoet.

Woningaanpassingen

Woningaanpassingen zijn nagelvaste voorzieningen die zijn aangebracht voor mensen met fysieke beperkingen.⁴ Als iemand woningaanpassingen nodig heeft kan men deze verkrijgen op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). De Wvg wordt uitgevoerd door gemeenten. Iedere gemeente heeft een 'zorgplicht'. Dit betekent dat iedereen die een indicatie heeft, zo goed mogelijk geholpen moet worden. Hoe de voorzieningen worden verstrekt en hoe hoog de eigen bijdrage is, verschilt per gemeente. Bij een jaarinkomen tot anderhalf keer bijstandsniveau mag het totaal aan eigen bijdragen per jaar niet hoger zijn dan 45 euro. Bij een hoger inkomen kan de eigen bijdrage hoger uitvallen.

Bij een grote aanpassing beoordeelt iemand van de gemeente of deze aanpassing mogelijk en noodzakelijk is. Aan zo'n woonvoorziening is een financiële grens van

45.378 euro gesteld. In heel bijzondere gevallen kan de gemeente besluiten een hoger bedrag te vergoeden. Voor woonvoorzieningen boven de 20.420 euro is een indicatie nodig van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het kan ook zijn dat de gemeente verhuizing naar een aangepaste woning indiceert. De gemeente kan dan een vergoeding geven voor de verhuis- en herinrichtingskosten.

Geschikte woningen

In dit rapport wordt de volgende indeling voor geschikte woningen gehanteerd, waarbij een 'woning met zorg' als het meest geschikt wordt beschouwd voor mensen met (zeer) ernstige beperkingen (zie ook VROM-raad 2005):

- 1 Woningen met zorg (verzorgd wonen)
Hiervan is sprake als een bewoner gebruik kan maken van verpleging of verzorging in een bij de woning gelegen steunpunt, verzorgingshuis of dienstencentrum.
- 2 Woningen met diensten
Dit zijn woningen waar bewoners gebruik kunnen maken van diensten zoals maaltijden (zie ook § 3.5) uit een verzorgingshuis, dienstencentrum of steunpunt. Ook wooncomplexen met een huismeester of recreatieruimte worden hiertoe gerekend.⁵
- 3 Woningen met ingrijpende aanpassingen
Dit zijn woningen waarin voor personen met beperkingen speciale voorzieningen zijn aangebracht.
- 4 Nultredenwoningen
Dit zijn alle woningen die zonder trap intern en extern toegankelijk zijn.
- 5 Overige woningen
Dit zijn alle andere woningen.

Bij deze indeling is een hiërarchie verondersteld, waarbij alle woningen bij één categorie zijn ingedeeld (zie ook § 3.5).⁶ Deze indeling is afgeleid van een rubricering, die is opgesteld door Sogelée en Brouwer⁷ (2003) en onder meer werd gebruikt door de VROM-raad (2005), De Klerk (2004) en Kullberg en Ras (2004). Bij deze oorspronkelijke indeling werden ook 'ouderenwoningen' onderscheiden (zie noot 7). Dit begrip is echter niet eenduidig. Het omvat woningen waarvan de bewoners desgevraagd hebben aangegeven dat hun woning speciaal voor ouderen bestemd is.⁸ Daarom is in het wzw-onderzoek de oorspronkelijke indeling aangepast en is het begrip ouderenwoning buiten beschouwing gelaten (zie ook § 3.5).

3.3 Toegankelijkheid van de woning

Nultredenwoningen

Voor mensen met beperkingen is het belangrijk dat zij zich vrij kunnen verplaatsen in hun eigen woning en deze goed kunnen betreden. Een veelvoorkomend probleem bij degenen die lichamelijke beperkingen hebben is het traplopen (zie ook hoofd-

stuk 2 en De Klerk et al. 2006).⁹ Van degenen met langdurige matige of ernstige beperkingen heeft twee derde moeite met traplopen en 19% kan dit alleen met hulp of helemaal niet (tabel 3.1). Onder de totale zelfstandig wonende bevolking is dit respectievelijk 8,6% en 1,5%.

Een beduidend kleiner aandeel heeft moeite om zelf de woning binnen te gaan of deze te verlaten of de straat te bereiken.¹⁰ Deze laatste vragen lijken ogenschijnlijk op elkaar, maar meten toch iets anders. Zo heeft 41% van degenen die moeite hebben om de straat te bereiken geen moeite om de woning te verlaten of binnen te gaan.¹¹

Ruim 19% van degenen met matige of ernstige beperkingen heeft moeite om de straat te bereiken of kan dit niet zonder hulp. Van hen geeft 44% aan dat dit komt doordat zij moeite hebben met de trap (niet in tabel), 28% heeft moeite met de hoge opstap bij de deur, 17% met de zware voordeur en 35% ervaart andere belemmeringen (waarbij niet bekend is wat dat zijn).

Tabel 3.1

Moeite met mobiliteit naar leeftijdsklasse, 2005 (verticaal gepercentageerd)

	bevolking met langdurige matige of ernstige beperkingen				totale bevolking			
	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
traplopen				sign.				sign.
zonder moeite	16,8	12,6	12,7	13,9	95,4	84,8	58,0	89,9
met moeite	73,4	74,7	51,9	67,4	4,3	13,5	30,9	8,6
alleen met hulp, kan het niet	9,8	12,7	35,4	18,7	0,3	1,7	11,0	1,5
zelf woning binnen gaan				sign.				sign.
zonder moeite	80,1	81,6	70,4	77,7	99,0	96,4	85,8	97,4
met moeite	18,5	16,0	22,7	18,8	0,9	3,1	11,0	2,2
alleen met hulp, kan het niet	1,4	2,5	6,9	3,5	0,1	0,5	3,2	0,5
moeite de straat te bereiken				sign.				
zonder moeite	83,2	85,3	72,0	80,6	-	-	-	-
met moeite	15,9	12,6	21,0	16,1	-	-	-	-
alleen met hulp	0,9	1,6	6,4	2,8	-	-	-	-
kom nooit meer buiten	0	0,6	0,6	0,4	-	-	-	-
(n)	(850)	(1056)	(828)	(2734)	(47.502)	(17.668)	(5.280)	(70.450)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets).
- Niet van toepassing.

Bron: SCP (WZW'05); VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Ongeveer 46% van degenen met langdurige lichamelijke beperkingen woont in een nultredenwoning (tabel 3.2). Uiteraard wonen mensen die niet meer alleen kunnen

traplopen vaker in een woning zonder trappen (78%) dan anderen. Dat geldt ook voor 75-plussers en degenen die al langere tijd matige of ernstige lichamelijke beperkingen hebben. Uit de multivariate analyses (zie bijlage D) blijkt daarnaast dat alleenstaanden vaker in een nultredenwoning wonen dan samenwonenden met overigens dezelfde kenmerken (omdat zij vaker in een appartement wonen, zie Van Dugteren 2001). Deze samenhangen werden ook in eerder onderzoek geconstateerd (De Klerk 2004; Vanheste et al. 2002). Als de woningen een trap hebben, dan is dat meestal een binnentrap zoals in een eengezinswoning (De Klerk 2004).

Tabel 3.2

Aanwezigheid van trappen in de woning naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2739)

	nultredenwoning	ongeschikte woning ^a
beperkingen	sign.	sign.
matig	40,8	23,6
ernstig	58,9	28,6
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	22,1	32,5
55-74 jaar	44,5	26,6
≥ 75 jaar	71,8	15,3
duur beperkingen	sign.	n.s.
korter dan 3 jaar	37,6	23,1
3 jaar of langer	49,5	25,9
traplopen	sign.	sign.
zonder moeite	25,5	-
met moeite	40,9	32,4
alleen met hulp, kan het niet	78,0	17,3
totaal	45,8	25,0

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
 - Niet van toepassing.
 a Er is een trap naar de voordeur of een binnentrap aanwezig, terwijl de respondent heeft aangegeven dat het van belang is dat de woning geen trap heeft, omdat hij of zij moeite heeft met traplopen.

Bron: SCP (WZW'05)

Nog belangrijker dan dat de woning een nultredenwoning is, is of de bewoners zelf van mening zijn dat ze in een geschikte woning wonen. Aan respondenten is gevraagd of ze hun woning kunnen bereiken zonder trap en of ze vanuit de woonkamer de keuken, toilet, badkamer en één slaapkamer kunnen bereiken zonder trap¹² én of ze het zelf van belang vinden dat ze deze ruimten zonder traplopen kunnen bereiken. Als iemand heeft aangegeven wel een trap te moeten lopen terwijl hij/zij zelf van mening is dat het van belang is dat er geen trap is, dan is ervan uitgegaan dat iemand in een ongeschikte woning woont. Dit blijkt voor ongeveer een

kwart van degenen met matige of langdurige beperkingen het geval te zijn. Dit zijn 275.000 mensen. Vooral degenen die moeite hebben met traplopen (maar het wel zelf kunnen) en degenen die jonger zijn dan 55 jaar, wonen vaak in een minder geschikte woning. De gegevens in de multivariate analyses bevestigen dit (zie bijlage D).

Men zou verwachten dat degenen die in een ongeschikte woning wonen graag willen verhuizen, maar dat blijkt niet altijd het geval te zijn: 44% wil verhuizen, van wie 21% beslist (58.000 mensen) en 23% misschien. Hierin blijken er nauwelijks verschillen tussen de subgroepen die worden onderscheiden in tabel 3.2, met één uitzondering: 55-74-jarigen willen vaker (zeker) verhuizen dan de andere leeftijdsgroepen. Bovendien willen bewoners van een koopwoning minder vaak verhuizen dan huurders (niet in tabel). Dat mensen honkvast zijn en niet graag willen verhuizen en dat dit nog sterker geldt voor eigenaarsbewoners dan voor huurders, bleek ook uit ander onderzoek (Kullberg en Ras 2004; VROM-raad 2005).

Blijkbaar weten de meeste mensen zich toch te redden in een woning met een trap. Dat blijkt ook uit de antwoorden op de vraag hoe mensen die zelf vinden dat ze in een ongeschikte woning wonen met de trap omgaan: 84% zegt de trap toch op te lopen (dit zijn vooral degenen die moeite hebben met traplopen), 4% zegt de trap te vermijden (vooral mensen die geen trap kunnen lopen) en dus eventueel niet naar boven of naar buiten te gaan (en bv. een bed in de woonkamer te zetten), 5% heeft een traplift (zie ook § 3.4) en 6% zegt 'anders'. Er is niet gevraagd wat dit is, maar men kan bijvoorbeeld door anderen naar boven geholpen worden of zittend de trap opgaan.

Rolstoeltoegankelijkheid

Behalve de afwezigheid van trappen kan ook van belang zijn dat een woning goed geschikt is voor bijvoorbeeld een rollator of een rolstoel. Naar de rolstoeltoegankelijkheid van woningen is, voor zover bekend, niet eerder onderzoek gedaan onder bewoners.

Tabel 3.3

Rolstoelgebruik naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2005 (verticaal geperceenteerd; n = 2734)

	matige bep.	ernstige bep.	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
niet in rolstoel	96,1	75,0	90,2	93,0	87,1	90,3
incidenteel in rolstoel	3,0	8,9	5,4	3,5	5,3	4,6
regelmatig in rolstoel	0,9	16,1	4,4	3,5	7,6	5,0

Bron: SCP (WZW'05)

Bijna 10% van de mensen met (langdurige) matige of ernstige lichamelijke beperkingen gebruikt een rolstoel, waarvan 5% regelmatig en bijna 5% incidenteel (tabel 3.3). Dit zijn in totaal bijna 100.000 mensen (zie ook hoofdstuk 5). Uiteraard zitten vooral degenen met ernstige beperkingen vaak in een rolstoel.

Men zou verwachten dat degenen met een rolstoel, en zeker degenen die voortdurend in een rolstoel zitten, ook in een woning wonen die geschikt is voor rolstoelgebruik. Dit blijkt echter niet altijd het geval te zijn (tabel 3.4). Ruim 7% van de respondenten die geregeld in een rolstoel zit, woont in een woning die naar de mening van die respondent noch toegankelijk is voor een rollator, noch voor een rolstoel en ruim 15% zegt dat de woning alleen toegankelijk is voor een rollator.

Tabel 3.4

Rolstoeltoegankelijkheid^a van de woning naar rolstoelgebruik, 2005 (horizontaal gepercentageerd; n = 2732)

	niet toegankelijk	rollator-toegankelijk	rolstoel-toegankelijk	totaal
niet in rolstoel	35,1	24,2	40,7	100
incidenteel in rolstoel	26,0	14,2	59,8	100
regelmatig in rolstoel	7,3	15,3	77,4	100
totaal	33,3	23,3	43,4	100

a Gevraagd is: 'Is uw woning toegankelijk voor een rolstoel of een rollator? Denk bijvoorbeeld aan drempels, de breedte van de deuren of de omvang van toilet of badruimte.'

Bron: SCP (WZW'05)

3.4 Woningaanpassingen

Een manier om de woning geschikt te maken voor bewoners met beperkingen is door deze aan te passen. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen grote en kleine woningaanpassingen. Of iets een grote aanpassing is hangt vaak van de situatie en de bouwkundige staat van een woning af. Een staand toilet is bijvoorbeeld veel makkelijker te vervangen door een hoger toilet dan een hangend toilet, waar breekwerk nodig is om het toilet te verhogen. Vooral voor grote aanpassingen geldt dat het aanbrengen ervan, zeker voor ouderen, ingrijpend kan zijn vanwege de rommel die dit met zich meebrengt.

Aan respondenten is een aantal veelvoorkomende aanpassingen voorgelegd met de vraag of zij deze hebben. Respondenten konden ook aangeven of zij 'overige aanpassingen' hadden. Vervolgens is een indeling gemaakt in grote of kleine aanpassingen, waarbij is ingeschat hoeveel werk het is om deze aanpassingen aan te brengen.¹³ In dit rapport zijn een hellingbaan bij de voordeur, een aangepast aanrecht, aangepaste keukenkasten of een traplift opgevat als grote aanpassingen; verlaagde drempels of de afwezigheid van drempels, handgrepen of steunen in de badkamer

of in het toilet, een antislipvloer in de badkamer, een aangepast of verhoogd toilet, een douchezitje of badlift en aangepaste kranen werden gezien als kleine aanpassingen.¹⁴ Er is in het wzw-onderzoek niet gevraagd of de respondenten de aanwezige aanpassingen zelf hebben laten aanbrengen of dat deze al in de woning aanwezig waren toen zij de woning betrokken.

Gebruik (aanwezigheid)

Ruim 75% van de mensen met (langdurige) motorische beperkingen heeft woning-aanpassingen (tabel 3.5). Dit komt vooral voor onder degenen met ernstige beperkingen, degenen die al langere tijd beperkingen hebben en de 75-plussers. Bewoners van een koopwoning hebben iets vaker aanpassingen dan huurders (zie ook Kullberg en Ras 2004). Overigens woont 64% van de mensen met langdurige beperkingen in een huurwoning. De 75-plussers wonen vaker in een huurwoning (75%) dan de 22-54-jarigen (56%).

Tabel 3.5

Aanwezigheid van woningaanpassingen naar achtergrondkenmerken (in procenten; n = 2732)

	kleine aanpassingen	grote aanpassingen	grote of kleine aanpassingen
beperkingen	sign.	sign.	sign.
matige beperkingen	71,0	19,3	71,8
ernstige beperkingen	87,4	39,7	89,1
leeftijd	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	58,0	15,4	59,9
55-74 jaar	77,2	22,2	78,3
≥ 75 jaar	91,1	38,0	91,5
duur van de beperkingen	sign.	sign.	sign.
korter dan 3 jaar	66,2	17,6	67,2
langer dan 3 jaar	79,7	28,2	80,9
huur- of koopwoning	sign.	n.s.	sign.
koop	80,0	25,7	80,8
huur	72,9	24,5	74,1
totaal	75,5	24,9	76,6

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

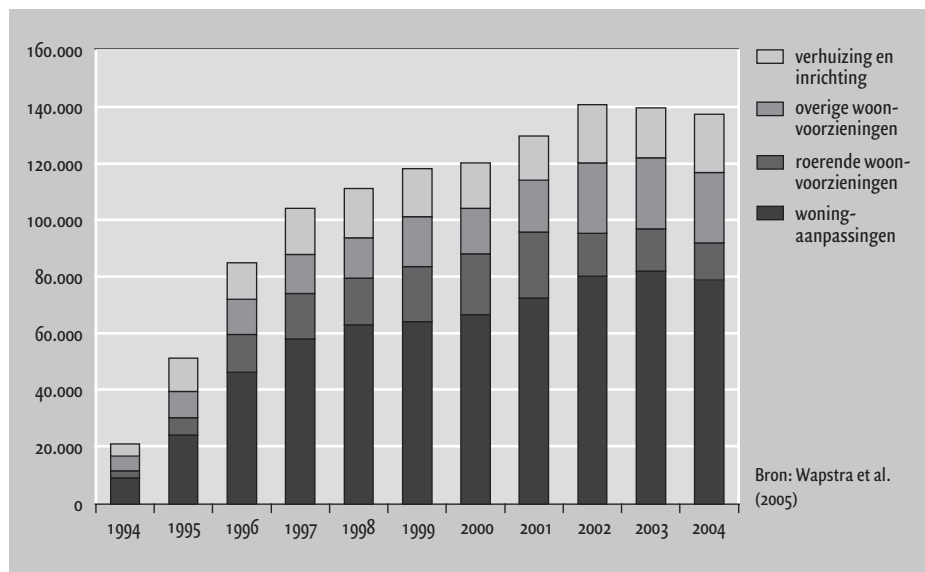
Mensen hebben veel vaker kleine dan grote aanpassingen. Dit hangt samen met de indicatiestelling (alleen wie specifieke problemen heeft komt in aanmerking voor grote aanpassingen). Wellicht speelt ook mee dat degenen met een wat hoger inkomen de kosten van kleine aanpassingen ook zelf kunnen betalen en deze aanschaffen zonder dat ze daarvoor een Wvg-indicatie aanvragen. Het hiervoor beschreven

patroon, dat vooral 75-plussers, degenen met ernstige en langdurige beperkingen en eigenaarbewoners aanpassingen hebben, blijkt ook uit de multivariate analyses (zie bijlage D). Daar bleek bovendien dat vooral degenen met een hoger inkomen (vanaf 1700 euro) vaker kleine aanpassingen hebben dan degenen met een laag inkomen. Dit zou erop wijzen dat mensen met een hoger inkomen gemakkelijker in staat zijn om zelf kleine aanpassingen zoals handgrepen aan te schaffen en eventueel te laten plaatsen en daarvoor wellicht geen beroep doen op de Wvg.

Mensen kunnen (een deel van) hun woningaanpassingen vergoed krijgen via de Wet voorzieningen gehandicapten. Uit cijfers over de Wvg (Wapstra et al. 2005) blijkt dat er sinds 1994 (het jaar dat de Wvg van kracht werd) veel woonvoorzieningen¹⁵ (waaronder aanpassingen) zijn verstrekt, maar dat dit aantal sinds 2002 redelijk stabiel is (figuur 3.1). In 2004 werden ongeveer 79.000 woningaanpassingen¹⁶ verstrekt. Overigens kan één persoon verschillende voorzieningen krijgen, zodat het aantal Wvg-cliënten dat een woningaanpassing heeft gekregen lager is dan het aantal verstrekte voorzieningen. Ruim twee derde van de Wvg-cliënten is 65 jaar of ouder (Wapstra et al. 2005).

Figuur 3.1

Aantal in het kader van de Wvg verstrekte woonvoorzieningen in een jaar, 1994-2004 (in absolute aantallen)



Het zal duidelijk zijn dat het type aanpassing dat iemand heeft samenhangt met de specifieke beperkingen die deze persoon ondervindt. Zo heeft van de 6,5% die zichzelf niet kan wassen 78% handgrepen in de douche, 60% een douchezitje en 56% een antislipvloer in de badkamer (tabel 3.6). De meerderheid van de mensen die niet zonder hulp naar het toilet kunnen, heeft handgrepen in het toilet en/of een verhoogd toilet. Opvallend is ook dat er een (kleine) groep is die zelf bepaalde

activiteiten zoals zich volledig wassen niet meer zelf kan uitvoeren, maar daar ook geen aanpassingen zoals handgrepen voor heeft. De aantallen in de steekproef zijn te klein om na te kunnen gaan welke kenmerken deze personen precies hebben, maar het is wel duidelijk dat dit lang niet allemaal mensen zijn met een partner die hen kan helpen.

Tabel 3.6

Samenhang tussen woningaanpassingen en specifieke lichamelijke beperkingen, 2005 (in procenten; n = 2703)^a

	geen moeite	met moeite	kan niet
zich volledig wassen	76,9	16,6	6,5
handgrepen in de badkamer	36,1	48,5	78,1
douchezitje	21,1	39,4	60,1
antislipvloer	32,1	36,4	55,9
aangepaste kranen	11,4	19,8	30,9
gebruik kunnen maken van toilet	88,7	9,7	1,6
handgrepen in het toilet	32,7	45,5	86,0
aangepast of verhoogd toilet	43,3	56,4	69,8
trap op- en aflopen	13,9	67,3	18,6
hellingbaan bij stoep/voordeur	9,7	9,0	33,1
traplift	2,6	3,1	19,6
woning verlaten en binnengaan	77,7	18,8	3,5
hellingbaan bij stoep/voordeur	11,8	17,0	37,2

a Voorbeeld: 6,5% van de respondenten kan zichzelf niet volledig wassen. Van hen heeft 78,1% handgrepen in de badkamer, terwijl dit aandeel bij de 76,9% die geen moeite heeft met wassen, 36,1% bedraagt.

Bron: SCP (WZW'05)

Aan de mensen met woningaanpassingen is gevraagd of zij ook zonder die aanpassingen in de huidige woning zouden kunnen blijven wonen. Een derde van de mensen met beperkingen geeft aan dat dit zonder de aanpassingen niet zou kunnen. Bewoners met ernstige beperkingen zeggen vaker dat ze niet zonder de aanpassingen zouden kunnen (57%) dan bewoners met matige beperkingen (24%), en 75-plussers kunnen minder vaak zonder dan 25-54-jarigen (respectievelijk 46% en 24%).

Behoeft

Ongeveer 42% van de mensen met langdurige beperkingen geeft zelf aan dat zij behoefte hebben aan uiteenlopende woningaanpassingen, die zij niet hebben (tabel 3.7). Dit zijn vooral degenen met ernstige beperkingen en de ouderen. Ook in een onderzoek in de provincie Noord-Holland gaven veel ouderen (meer dan 60%) aan

dat ze woningaanpassingen zouden willen hebben. Een kwart van de ouderen wilde meer dan twee aanpassingen hebben. Ook hier gaat het om onvervulde behoeften (Depla en Smits 2003).

Degenen die ernstige beperkingen hebben of al langere tijd beperkingen hebben en de 55-plussers hebben meer behoefte aan woningaanpassingen dan anderen (tabel 3.7). Uit de multivariate analyses blijken vooral de ernst en de duur van de beperkingen samen te hangen met de behoefte aan aanpassingen: degenen met ernstige beperkingen en degenen die al langer dan drie jaar beperkingen hebben, hebben hier vaker behoefte aan dan anderen (zie bijlage D).

Tabel 3.7

Behoefte^a aan woningaanpassingen die mensen niet hebben, naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2732)

	kleine aanpassingen	grote aanpassingen	grote of kleine aanpassingen
beperkingen	sign.	sign.	sign.
matige beperkingen	32,6	10,4	36,9
ernstige beperkingen	47,3	24,8	54,5
leeftijd	sign.	n.s.	sign.
22-54 jaar	31,1	14,7	36,4
55-74 jaar	40,1	13,6	43,7
≥ 75 jaar	38,0	14,9	44,6
duur van de beperkingen	sign.	sign.	sign.
korter dan 3 jaar	33,1	10,5	36,0
langer dan 3 jaar	38,3	16,1	44,3
huur- of koopwoning	n.s.	n.s.	n.s.
koop	36,1	12,9	40,5
huur	36,8	15,2	42,2
totaal	36,7	14,4	41,7

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
 a Respondent geeft aan dat een aanpassing niet aanwezig is, terwijl hij/zij deze wel nodig heeft.

Bron: SCP (WZW'05)

De meest voorkomende woningaanpassingen zijn, naast verlaagde drempels of de afwezigheid van drempels, aanpassingen in de badkamer of toiletruimte zoals een verhoogd toilet of handgrepen, een antislipvloer of een douchezitje (tabel 3.8). Ongeveer 14% van degenen met matige of ernstige beperkingen heeft een hellingbaan bij de voordeur en 6% heeft een traplift. Op het gebied van trapliften is tegenwoordig veel meer mogelijk dan vroeger, waardoor op zeer veel typen trappen (ook met een draai) trapliften te installeren zijn.

Overigens bestaat er een sterke samenhang tussen de aanwezigheid van een aantal van deze aanpassingen. Zo heeft 76% van de mensen met handgrepen in de badkamer ook steunen op het toilet en heeft 81% van de mensen met een verhoogd toilet ook handgrepen in het toilet en een douchezitje.

Bij de woningaanpassingen die mensen niet hebben maar waar zij wel behoefte aan hebben, valt vooral het relatief hoge aandeel op dat een antislipvloer in de badkamer zou willen hebben, maar niet heeft. Mogelijk weten mensen niet goed hoe ze deze moeten verkrijgen of zien ze op tegen de rotzooi die een verbouwing met zich meebrengt. Verder valt op dat mensen ook behoefte hebben aan relatief goedkope voorzieningen als handgrepen of steunen. Nadere analyses (hier niet gepresenteerd) laten zien dat dit zowel mensen met een laag als een hoog inkomen betreft. Ook in ander onderzoek wordt aangegeven dat mensen met beperkingen vooral aanpassingen in het toilet of de badkamer willen hebben (Depla en Smits 2003; gemeente Nijmegen 2002).

Tabel 3.8

Aanwezigheid van en behoefte aan specifieke woningaanpassingen, 2005 (horizontaal gepercenteerd; n = 2709)

	aanwezig	niet aanwezig, niet nodig	niet aanwezig, wel nodig
verlaagde drempels of geen drempels	48,1	46,4	5,5
aangepast of verhoogd toilet	45,0	44,1	11,0
handgrepen of steunen in de badkamer	40,9	45,3	13,9
handgrepen of steunen in het toilet	34,9	53,8	11,3
antislipvloer in de badkamer	34,4	50,0	15,6
douchezitje of badlift	26,7	63,7	9,6
aangepaste kranen	14,0	80,7	5,2
hellingbaan bij stoep/voordeur	13,6	83,2	3,2
aangepast aanrecht/keukenkasten	10,6	83,4	6,0
traplift	6,1	85,7	8,2
andere aanpassingen (verder niet bekend)	5,8	90,8	3,1

Bron: SCP (WZW'05)

Ongeveer 42% van de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen heeft behoefte aan woningaanpassingen (tabel 3.7). Redenen die mensen opgeven voor het ontbreken van aanpassingen zijn onder meer dat ze niet weten hoe ze deze moeten verkrijgen (19%), dat ze deze niet kunnen betalen (12%), dat ze opzien tegen de rommel van een verbouwing (8%), dat de aanvraag is afgewezen (6%) en dat de woningeigenaar niet mee wilde werken (6%, zie tabel 3.9). Dit laatste is opvallend, omdat verhuurders de meest voorkomende woningaanpassingen moeten toestaan. Op grond van de Woningwet kunnen burgemeester en wethouders verhuurders verplichten om bouwkundige of woontechnische aanpassingen op grond van de Wvg toe te staan. Waarschijnlijk zijn niet alle potentiële cliënten hiervan op de hoogte.

Wel moet een verhuurder voor ingrijpende aanpassingen expliciet toestemming geven. Een mogelijke reden om deze te weigeren is dat de aanpassing de verhuurbaarheid schaadt of tot een waardedaling leidt. Een woningeigenaar mag dus alleen weigeren als hij of zij goede redenen heeft. De overheid is voornemens om de Wet gelijke behandeling in verband met een chronische ziekte of beperking uit te breiden met het onderdeel wonen. Dan wordt waarschijnlijk ook bepaald dat een woningeigenaar ook immateriële aanpassingen (zoals het toestaan van het stallen van een scootmobiel in de gemeenschappelijke ruimte van een woongebouw waar het verboden is fietsen te plaatsen, of het toelaten van een blindengeleidehond in een woongebouw waar een verbod op huisdieren geldt) mogelijk moet maken.

Een groot aantal mensen (ongeveer 60%) geeft 'andere reden' op bij de vraag waarom ze een woningaanpassing niet hebben, maar helaas is verder niet bekend wat die reden is. Het is denkbaar dat het bij kleine aanpassingen voor een deel gaat om mensen die er niet aan toegekomen zijn om zelf een aanpassing aan te (laten) brengen. Echter ook bij degenen die een grote aanpassing nodig hebben geeft ruim 60% 'andere reden' op. Van hen heeft 90% ook geen aanvraag voor een aanpassing ingediend.

Vooraf de jongeren geven aan dat ze niet weten hoe ze aanpassingen moeten krijgen, dat ze deze niet kunnen betalen of dat een aanvraag is afgewezen. 75-plussers geven vaker aan dat de huiseigenaar niet meewerkt, wat ook samenhangt met het feit dat hoogbejaarden vaker in een huurwoning wonen (Van Dugteren 2001). Het lijkt opvallend dat vooral degenen met ernstige beperkingen vaker zeggen dat de aanvraag is afgewezen dan degenen met matige beperkingen. Uit tabel 3.10 zal achter blijken dat degenen met ernstige beperkingen veel vaker een aanvraag indienen dan degenen met matige beperkingen.

Tabel 3.9

Redenen waarom mensen geen woningaanpassingen hebben naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, selectie van degenen die onvervulde behoefte hebben aan een woningaanpassing, 2005 (in procenten)

	matige bep.	ernstige bep.		22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
weet niet hoe moet regelen	19,9	15,9	n.s.	26,5	14,9	16,4	sign.	18,5
kan dat niet betalen	12,7	9,8	n.s.	19,7	12,6	3,8	sign.	11,6
ziet op tegen verbouwing/rommel	7,7	8,5	n.s.	7,7	7,8	8,6	n.s.	8,0
aanvraag afgewezen	4,9	8,6	sign.	10,3	5,4	4,0	sign.	6,3
woningeigenaar werkt niet mee	4,6	8,1	sign.	5,5	4,3	8,4	sign.	5,9
anders (verder niet bekend) ^a	64,1	62,6	n.s.	56,1	66,7	65,8	sign.	63,6
(n)	(732)	(409)		(310)	(462)	(371)		(1142)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

a 56% geeft 'anders' als enige reden op, 7% geeft daarnaast nog een andere reden op.

Bron: SCP (WZW'05)

(Manifeste) vraag

Voor 12% van de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen is in de twee jaar voorafgaand aan de enquête een woningaanpassing bij de Wvg aangevraagd (bij 10,9% heeft de respondent deze aanvraag zelf ingediend en bij 3,0% heeft iemand anders dat namens de respondent gedaan, zie ook hoofdstuk 7). Degenen met ernstige beperkingen vragen veel vaker een aanpassing aan dan degenen met matige beperkingen, en ouderen doen dit vaker dan jongere mensen met een beperking (tabel 3.10). Dat laatste is echter niet significant als rekening wordt gehouden met andere kenmerken (bijlage D). Daarnaast vragen huurders vaker aanpassingen aan dan eigenaarbewoners (bijlage D). Mogelijk schaffen eigenaarbewoners vaker zelf aanpassingen aan, want zij hebben vaker aanpassingen dan huurders (tabel 3.5), terwijl huurders deze vaker bij de Wvg aanvragen. Degenen die al langer dan drie jaar beperkingen hebben vragen vaker aanpassingen aan dan degenen die pas kortere tijd beperkingen hebben (zie bijlage D). Wellicht zijn hun beperkingen in de loop van de tijd verslechterd, zodat aanpassingen die eerder niet noodzakelijk waren dat nu wel zijn. Een andere verklaring is dat mensen tijd nodig hebben om hun beperkingen te accepteren en te realiseren dat er aanpassingen nodig zijn.

Van degenen die een aanvraag deden heeft 70% de aanpassing gekregen, 11% wacht nog (op een indicatie of op plaatsing van de aanpassing) en van 19% is de aanvraag afgewezen (tabel 3.10). Niet duidelijk is waarom deze voorziening niet is toegekend. Wellicht is het een voorziening in een gemeenschappelijke ruimte, of een voorziening die algemeen gebruikelijk is. Mogelijk is de benodigde aanpassing zo duur dat er een indicatie voor een verhuizing in plaats van een aanpassing wordt verstrekt. Bij degenen met matige beperkingen is de aanvraag vaker afgewezen dan bij degenen met ernstige beperkingen. Opvallend is dat de aanvraag veel vaker wordt afgewezen bij jongere mensen met een beperking (36% bij 22-54-jarigen) dan bij ouderen (15% bij de 75-plussers). De reden hiervan is niet duidelijk. Het is mogelijk dat jongeren mondiger zijn en sneller voorzieningen aanvragen dan ouderen, maar het is ook mogelijk dat ouderen gemiddeld ernstigere beperkingen hebben of dat leeftijd een rol speelt bij de indicatiestelling. Als respondenten een woningaanpassing gekregen hebben, dan was dit vrijwel altijd (97%) de juiste (volgens de respondent). Hierbij zijn geen significante verschillen naar ernst van de beperkingen of leeftijd.

Uit onderzoek naar ervaringen met de Wvg in Houten bleek dat mensen zeer tevreden zijn over de woningaanpassingen die zij kregen. Over de verhuiskostenvergoedingen bleken mensen echter veel minder vaak tevreden: 26% was hierover niet tevreden (Smeets en Gremmen 2005).

Tabel 3.10

Woningaanpassingen aangevraagd bij Wvg naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2005
(in procenten)

	matige bep.	ernstige bep.		22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
aanvraag ingediend	7,8	22,7	sign.	9,1	11,0	16,5	sign.	12,4
waarvan gekregen	67,8	67,4		53,6	68,2	73,9		69,8
waarvan nog wachtend ^a	8,1	15,7		10,1	14,5	11,3		11,4
waarvan aanvraag afgewezen	24,2	16,9	n.s.	36,2	17,3	14,8	sign.	18,8
(n aanvraag ingediend)	(149)	(172)		(69)	(110)	(142)		(321)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Op besluit of plaatsing.

Bron: SCP (WZW'05)

Ervaringen met de Wvg

Aan degenen die zelf in de twee jaar voorafgaand aan de enquête contact hebben gehad met een Wvg-ambtenaar in verband met de aanvraag voor een woonvoorziening, is gevraagd naar hun ervaringen. Bijna 90% vindt dat de Wvg-ambtenaar hem/haar fatsoenlijk behandelt, 81% vindt dat de ambtenaar goed rekening hield met de situatie en 80% dat de ambtenaar de cliënt voldoende en duidelijk informeert (tabel 3.11). Dit betekent dat circa 20% hier niet tevreden over is. Ook vindt bijna een kwart dat de Wvg-ambtenaar onvoldoende op de hoogte was van de situatie. Op een aantal punten blijken vooral de jongeren minder tevreden met de Wvg-ambtenaar dan de ouderen. Zo vinden vooral 55-minners dat de Wvg-ambtenaar hen onvoldoende informeert. Of men al dan niet tevreden is blijkt echter vooral voorspeld te worden door het uiteindelijke indicatiebesluit: degenen die een aanpassing hebben gekregen oordelen veel positiever dan degenen die nog op de wachtlijst staan en die zijn weer positiever dan degenen die een afwijzing hebben gekregen. Jongeren lijken dus vooral minder tevreden omdat zij vaker een afwijzing krijgen (zie ook tabel 3.10).

Over Wvg-ambtenaren is het oordeel over het algemeen positiever dan over de Wvg als 'instituut'. Ook hier is de meerderheid tevreden, wel vindt 37% dat je bij de Wvg lang moet wachten voordat je iets krijgt en vindt 26% het Wvg-loket moeilijk telefonisch bereikbaar. Ook hier zijn de jongeren negatiever dan de ouderen.

Het beeld dat cliënten tevredener zijn met de betrokken ambtenaar dan met de Wvg als geheel, komt ook naar voren uit onderzoek naar ervaringen met de thuiszorg (zie ook hoofdstuk 4); daar zijn cliënten over het algemeen ook tevredener met hun eigen hulpverlener dan met de thuiszorginstelling in het algemeen (Sixma et al. 1998; De Klerk 2002).

Tabel 3.11

Ervaringen met de Wvg naar leeftijdsklasse, selectie van mensen die in twee jaar voorafgaand aan de enquête contact gehad hebben met de Wvg in verband met woningaanpassingen, 2005 (in procenten)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
Wvg-ambtenaar met wie meeste contact...					
positieve aspecten					
behandelde mij fatsoenlijk	80,7	91,3	91,7	n.s.	89,0
hield goed rekening met mijn mening	73,7	75,0	89,0	sign.	80,9
informeerde mij voldoende over de gang van zaken	66,7	78,8	88,1	sign.	80,1
gaf mij duidelijke informatie	73,7	76,5	85,3	n.s.	79,8
was goed op de hoogte van mijn situatie	55,2	83,8	81,7	sign.	76,1
negatieve aspecten					
heeft niet gereageerd op een brief die ik schreef ^a	26,5	6,3	2,1	sign.	10,5
stuurde mij van het kastje naar de muur	20,7	12,3	12,8	n.s.	14,5
schreef mij wel eens een onbegrijpelijke brief ^a	26,3	13,0	11,8	n.s.	15,8
heeft mij voorziening ten onrechte niet toegekend	37,9	22,1	11,4	sign.	21,3
het Wvg-loket is telefonisch moeilijk bereikbaar	36,2	23,9	22,0	n.s.	26,4
bij de Wvg moet je lang wachten voor je iets krijgt	59,3	26,8	32,3	sign.	37,1
(n)	(58)	(77)	(105)		(240)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Deze twee stellingen zijn door respectievelijk 113 en 150 respondenten beantwoord, omdat deze voor een groot aantal respondenten niet van toepassing waren.

Bron: SCP (WZW'05)

3.5 Wonen met diensten of zorg

Voor mensen met beperkingen zijn niet alleen de bouwkundige aspecten van hun woning belangrijk, maar kan het ook van belang zijn dat er bepaalde diensten of zorg worden geboden. In paragraaf 3.2 werden deze begrippen als volgt gedefinieerd: van 'verzorgd wonen' is sprake als een bewoner gebruik kan maken van verpleging of verzorging in een bij de woning gelegen steunpunt, verzorgingshuis of dienstencentrum en 'woningen met diensten' zijn woningen waar bewoners gebruik kunnen maken van diensten zoals maaltijden uit een verzorgingshuis, dienstencentrum of steunpunt. Ook wooncomplexen met bijvoorbeeld een huismeester of recreatieruimte worden hiertoe gerekend.

Op basis van de gegevens uit de paragrafen 3.3 en 3.4 over nultredenwoningen en (grote) woningaanpassingen en de gegevens over diensten en zorg kan worden afgeleid in hoeverre mensen met matige of ernstige beperkingen in een geschikte woning (volgens de indeling uit § 3.2) wonen. Deze indeling (tabel 3.12) lijkt

hiërarchisch, maar in werkelijkheid zijn er natuurlijk ook aangepaste woningen die geen nultredenwoningen zijn.¹⁷ Bovendien blijkt uit het wzw-onderzoek dat 30% van de woningen waar zorg of diensten worden geboden wel een trap hebben (dit geldt ook voor het verzorgd wonen).

Ongeveer een kwart van degenen met langdurige lichamelijke beperkingen woont in een woning waar diensten (zoals een maaltijd) of zorg (bv. vanuit een nabijgelegen complex) wordt geboden (tabel 3.12). Bij 18% is dit een woning met diensten (zoals een aanleunwoning bij een tehuis of steunpunt waar alleen diensten worden aangeboden, of een serviceflat); bij bijna 4% is dit een woning met zorg (bv. een aanleunwoning met zorg vanuit tehuis of steunpunt) en bij 4% zorg op afroep¹⁸ (zoals in een focuswoning of een woonzorgcomplex). De tehuisbevolking (die ook zorg op afroep beschikbaar heeft) maakt geen deel uit van de onderzoekspopulatie.¹⁹

De woningen met diensten of zorg zijn duidelijk vaker bewoond door 75-plussers dan door jongere mensen (zie ook Kullberg en Ras 2004). Vooral degenen met ernstige beperkingen wonen vaak in woningen met diensten en in aangepaste woningen. Uit multivariate analyses naar het wonen met diensten of zorg (zie bijlage D) blijkt dat naast leeftijd ook huishoudensvorm, inkomen, eigendom van de woning en gemeentegrootte van belang te zijn: vooral alleenstaanden, degenen met een relatief hoog inkomen (meer dan 1700 euro per maand), degenen in een huurwoning en de inwoners van grote gemeenten wonen in een woning met diensten of zorg. Kullberg en Ras vonden ook dat alleenstaanden en huurders vaker in een woning met diensten of zorg wonen. Het is niet bekend of er in de grotere steden een groter aanbod is dan in kleinere gemeenten. Wel bleek onlangs uit een inventarisatie van het College bouw zorginstellingen dat circa 100 gemeenten niet beschikken over een zorgsteunpunt: hier is geen steunpunt waar zelfstandig wonende ouderen een beroep op kunnen doen in geval ze zorg nodig hebben (CBZ 2006).

Tabel 3.12

Type woning^a naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2005 (verticaal geperceenteerd; n = 2732)

	matige bep.	ernstige bep.	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
gewone woning	46,0	25,1	61,6	41,8	16,4	40,2
nultredenwoning	19,3	19,4	14,5	20,5	22,9	19,4
aangepaste woning	11,1	24,5	13,9	13,6	17,1	14,7
wonen met diensten	16,7	22,9	8,5	18,1	29,0	18,4
zorg geboden (verzorgd wonen)	3,5	4,5	1,1	4,3	6,0	3,8
zorg op afroep (verzorgd wonen)	3,5	3,6	0,6	1,8	8,7	3,5

a Hiërarchische indeling, waarbij de onderste regel steeds boven een voorgaande regel gaat. Bijvoorbeeld: als er diensten en zorg worden geboden, maar deze niet op afroep beschikbaar zijn, dan is dit een woning waarbij zorg wordt geboden.

Bron: SCP (WZW'05)

Verschillen in vraagstelling tussen wzw en wbo (Woningbehoefte onderzoek)

Uit tabel 3.12 is op te maken dat ongeveer 280.000 mensen met langdurige matige of ernstige beperkingen in een woning met diensten of zorg wonen.²⁰ Dit aantal is beduidend groter dan in het wbo (waar 101.000 mensen verzorgd wonen en 140.800 in een woning met diensten, zie Sogelée en Brouwer 2003), terwijl het hier om een kleinere groep mensen gaat (namelijk alleen degenen met langdurige beperkingen). Dit hangt samen met de manier waarop in de enquête is gevraagd naar bepaalde vormen van zorg- en dienstverlening. In het wzw-onderzoek is een aantal veranderingen aangebracht ten opzichte van de vragenlijst die bij het wbo 2002 is gebruikt. Het belangrijkste verschil is dat in het wzw niet is gevraagd of men in een ouderenwoning woont en in het wbo wel. In dat onderzoek werden vragen over zorg- en dienstverlening alleen gesteld aan mensen die zelf aangaven dat ze in een ouderenwoning wonen. In de wzw-enquête zijn de vragen over zorg- en dienstverlening in de woning aan alle respondenten gesteld, ongeacht hun woonvorm.

Een ander verschil is dat aan mensen die hebben aangegeven dat zij persoonlijke verzorging of verpleging kunnen krijgen vanuit het complex of via het steunpunt, is gevraagd of zij deze ook op afroep kunnen krijgen. Van de 140 mensen die hebben aangegeven dat ze persoonlijke verzorging of verpleging kunnen krijgen, heeft vijf zesde aangegeven dat dit ook op afroep mogelijk is (dat wil zeggen dat iemand kan bellen en dat er dan iemand komt om te helpen bij het wassen of aankleden of naar het toilet gaan, zoals bij focuswoningen gebeurt): 70% kan 24 uur per dag hulp krijgen en 15% kan deze hulp wel op afroep krijgen, maar niet 24 uur per dag. Het begrip verzorgd wonen is hier dus ruimer opgevat dan in de overheidsstukken, waar zorg op afroep onderdeel uitmaakt van de definitie van verzorgd wonen (zie § 3.2).

In de rest van deze paragraaf gaat het alleen om het wonen met diensten en verzorgd wonen (al dan niet op afroep); het wonen in een nultredenwoning of aangepaste woning kwam in respectievelijk paragraaf 3.3 en 3.4 aan bod.²¹

Aan bewoners van een woning met diensten of zorg is gevraagd waarom zij hier zijn gaan wonen. Een belangrijke reden is, uiteraard, de gezondheid (tabel 3.13). Opvallend is dat nog meer mensen aangeven dat zij anticiperend op gezondheidsproblemen zijn verhuisd (dit zijn vooral degenen met matige beperkingen, die er waarschijnlijk op vooruitlopen dat hun beperkingen ernstiger zullen worden), dan op basis van feitelijke gezondheidsproblemen (dit zijn vooral degenen met ernstige beperkingen). Bijna een zesde geeft aan verhuisd te zijn omdat hij of zij bang is dat er niemand in de buurt zal zijn als er iets gebeurt en ongeveer 10% noemt (een gebrek aan) sociale contacten als reden voor de verhuizing.

Wonen in een woning met diensten of verzorgd wonen wil lang niet altijd zeggen dat mensen ook een indicatie nodig hebben om in een dergelijke woning te kunnen wonen (zie ook De Klerk 2004). Zo heeft 57% van degenen met matige of ernstige beperkingen die verzorgd wonen een indicatie om in deze woning te wonen. Dit is ongeveer even vaak een leeftijdsindicatie als een medische indicatie. Slechts 11% van

Tabel 3.13

Redenen om naar een woning met diensten of zorg te verhuizen, selectie van personen die wonen in een woning met diensten of zorg, 2005 (in procenten)^a

	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
anticiperen op problemen ^b	38,5	51,3	49,2
gezondheid of behoefte aan zorg	55,7	38,2	43,5
gezondheid of behoefte aan zorg van partner/ huisgenoot ^c	33,3	26,3	31,3
angst dat er niemand in de buurt is als er iets gebeurt (behoefte aan alarmbel)	9,9	21,1	14,2
sociale contacten (bang om alleen thuis te zijn/ eenzaamheid)	13,1	6,6	10,4
toeval, had niets met de hier geboden faciliteiten te maken	7,4	4,0	6,1
anders (verder niet bekend wat dat is)	13,1	17,3	14,8
(n)	(122)	(76)	(198)

a Doordat respondenten meerdere redenen konden opgeven, tellen de percentages op tot meer dan 100%.
b Toekomstige problemen met gezondheid of behoefte aan zorg of problemen met traplopen in de toekomst.
c Deze vraag is alleen gesteld aan respondenten met een partner/huisgenoot.

Bron: SCP (WZW'05)

degenen die 'verzorgd wonen' heeft naar eigen zeggen een AWBZ-indicatie voor verblijf. Het is dus lang niet altijd zo dat deze woonvorm ook een vorm van extramurale verzorging is voor mensen met een indicatie voor verblijf (zie ook hoofdstuk 4). Voor meer gegevens over deze extramurale verzorging wordt verwezen naar het hoofdstuk over zorg in de *Rapportage ouderen 2006* (De Boer en De Klerk 2006).

Diensten of zorg die vanuit een steunpunt worden geboden komen vooral voor bij woningen in een complex (bv. een appartementengebouw zoals een serviceflat) of bij woningen in de nabijheid van een steunpunt zoals een verzorgingshuis of een dienstencentrum (zie ook § 3.2). Het is immers lastiger om die zorg te organiseren als het om zorg in losse woningen in de wijk gaat, al zijn er ook voorbeelden bekend waarbij dat wel gebeurt.

Ongeveer 45% van de mensen met langdurige beperkingen woont in een woning die deel uitmaakt van een complex (een groot gebouw) of die in de nabijheid van een tehuis, dienstencentrum of steunpunt ligt (niet in tabel).

Zowel de woningen die in een complex gebouwd zijn als de woningen in de nabijheid van een steunpunt kunnen bepaalde voorzieningen hebben waarvan de bewoners gebruik kunnen maken. Van alle mensen met langdurige beperkingen (dus inclusief degenen in een 'gewone woning') heeft 18% de beschikking over een recreatieruimte; 17% kan een maaltijd laten verzorgen en 11% heeft een huismeester

(tabel 3.14). Voor ongeveer 7% is het mogelijk om zorg (zoals huishoudelijke of persoonlijke verzorging en verpleging) vanuit het steunpunt te krijgen. De huismeester is alleen in complexen aanwezig, maar voor de andere vormen van dienstverlening en zorg geldt dat deze vooral in de steunpunten worden geboden (zie bijlage D).

Lang niet iedereen die een voorziening heeft, gebruikt deze ook (tabel 3.14 rechterkolom). Ruim 60% van de mensen die wonen in een complex met een huismeester maakt ook gebruik van de diensten van een huismeester. Bij de recreatieruimte en de huishoudelijke hulp is dat bijna 40% en bij de maaltijdverzorging, persoonlijke verzorging en verpleging ongeveer een zesde.

Tabel 3.14

Aanwezigheid en gebruik van diensten en zorg, 2005 (horizontaal gepercentageerd; n = 2267)

	niet aanwezig	aanwezig, geen gebruik	aanwezig, wel gebruik	totaal aanwezig	gebruik, % van aanwezig ^a
huismeester	89,4	4,0	6,6	10,6	62,7
maaltijdverzorging	94,7	1,9	3,4	16,8	18,0
recreatieve bezigheden/ recreatieruimte	90,2	1,9	7,9	18,5	38,6
huishoudelijke hulp	97,4	0,7	1,9	5,0	36,4
persoonlijke verzorging (aankleden, wassen)	97,9	1,2	0,9	5,4	16,1
verpleging (injecties, verband aanleggen)	97,9	1,2	0,9	5,4	17,1

a Voorbeeld: van degenen die een huismeester hebben, maakt 63% gebruik van deze voorziening.

Bron: SCP (WZV'05)

Verondersteld is dat alle mensen die niet in een complex of nabij een steunpunt wonen ook niet van de diensten of zorg van dat complex of steunpunt gebruik kunnen maken. Vervolgens is gekeken hoeveel mensen met langdurige beperkingen gebruikmaken van de diensten of zorg vanuit een steunpunt (tabel 3.14). Dit blijken relatief kleine aantallen te zijn: ongeveer 7% maakt gebruik van diverse vormen van dienstverlening en nog geen 2% van de (huishoudelijke) verzorging.

Degenen met ernstige beperkingen en de ouderen maken vaker gebruik van verschillende typen diensten en zorg dan anderen (niet in tabel). Dit zijn immers ook de groepen die in een woning met diensten of zorg wonen (zie tabel 3.12).

3.6 Personalarmering

Wanneer mensen lichamelijke beperkingen hebben, dan is een van de manieren om zich veiliger te voelen een alarmeringsapparaat waarmee als er hulp nodig is iemand kan worden opgeroepen. Dit kan in geval van nood zijn, maar bijvoorbeeld ook om de 24-uurs hulp op te roepen als men ergens bij geholpen wil worden (zie Sgra

2005). Vaak is er een spreek-luisterverbinding met een meldkamer, die vervolgens een mantelzorger of een professionele kracht kan inschakelen om daadwerkelijk hulp te verlenen als dat nodig is (Hogenes et al. 2003). Voor het gebruik van een alarmeringsapparaat is vaak een medische of een sociale indicatie nodig. Met een medische indicatie wordt het apparaat vaak vergoed door de zorgverzekeraar. Een sociale indicatie, bijvoorbeeld op grond van leeftijd of eenzaamheidsgevoelens, is vaak nodig om voor gemeentelijke subsidie in aanmerking te komen. Heeft men geen indicatie, dan moet men het apparaat vaak zelf betalen. Bij de kosten moet men denken aan eenmalige aansluitkosten, een maandelijks abonnement en kosten voor de alarmopvolging zelf. Vaak stellen aanbieders van alarmapparaten als voorwaarde dat de cliënt een informele contactpersoon kan noemen die ingeschakeld kan worden bij een alarmoproep. Ouderen zijn lang niet altijd in staat om deze te noemen. Hoe vaak dat een probleem vormt is niet duidelijk (Hogenes et al. 2003).

In het wzw-onderzoek is gevraagd of mensen een personalarmering hebben om in geval van nood alarm te kunnen slaan. Ongeveer een op de zes mensen met langdurige lichamelijke beperkingen heeft een alarmapparaat en ongeveer een op de twaalf zou er een willen hebben (tabel 3.15). Vooral 75-plussers, degenen met ernstige lichamelijke beperkingen en alleenstaanden hebben zo'n apparaat. Dit zijn ook de groepen die er een zouden willen hebben.

Tabel 3.15

Bezit van en behoefte aan personalarmering^a naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2393)

	bezit alarm	behoefte alarm
beperkingen	sign.	sign.
matige beperkingen	11,2	5,5
ernstige beperkingen	27,4	16,4
leeftijd	sign.	sign.
22-54 jaar	2,6	4,5
55-74 jaar	8,2	8,9
≥ 75 jaar	38,4	12,0
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	31,4	12,7
samenwonend	7,2	6,2
totaal	15,6	8,5

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

a Dit kan zowel een apparaat op het lichaam als in de woning zijn.

Bron: SCP (WZW'05)

3.7 Woonomgeving

'Je vrij in de buurt kunnen bewegen, niet gehinderd door obstakels en hoge stoep-randen; je veilig kunnen voelen in de openbare ruimte; je vrij kunnen verplaatsen ook als je niet meer goed ter been bent. Dat zijn waarden voor ouderen die in belangrijke mate de kwaliteit van het leven bepalen.' Deze tekst, afkomstig uit de *Nota ouderenbeleid* (vws 2005), geldt uiteraard ook voor andere mensen met beperkingen. Het belang van een geschikte en veilige woonomgeving en goede voorzieningen zoals buurtwinkels en postkantoren in de buurt wordt vaak benadrukt (TK 2005/2006e; Klaver 2004; Luijkx 2005). Niet eerder is er op landelijk niveau over de aanwezigheid van voorzieningen in de wijk en eventuele obstakels voor mensen met lichamelijke beperkingen in de directe woonomgeving gerapporteerd.

Bijna 75% van de personen met een langdurige lichamelijke beperking vindt dat de stoepen in de eigen woonomgeving geen obstakel vormen (tabel 3.16). Dat kan komen doordat zij geen moeite hebben met het nemen van opstapjes, of doordat de stoepen zijn aangepast. Voor 25% vormen de stoepen echter wél een obstakel. Dit geldt vooral voor degenen met ernstige beperkingen (44% ziet obstakels) en de 75-plussers.

'De mate van aantrekkelijkheid van de woonomgeving voor ouderen wordt bepaald door de aanwezigheid van openbaar vervoer, gezondheids-, zorg- en welzijnsvoorzieningen, voorzieningen voor de eerste levensbehoeften en de tevredenheid van de ouderen over deze voorzieningen in de wijk.', zo stelt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). Ook uit onderzoek blijkt dat ouderen behoefte hebben aan een winkel in de buurt voor de dagelijks boodschappen, en aan voorzieningen zoals een huisarts, een brievenbus, een postkantoor en een bushalte (Luijkx 2005; Depla en Smits 2003).

De meerderheid van de mensen met langdurige beperkingen heeft inderdaad een bushalte op minder dan 800 meter en een goed bereikbare supermarkt. Dit neemt niet weg dat ongeveer 30% verder moet reizen voor de bus. Voor degenen met ernstige beperkingen is dat zelfs 40%.

De dichtstbijzijnde supermarkt en het postkantoor of bank zijn voor respectievelijk 80% en 64% goed bereikbaar. Dit betekent dat een op de vijf mensen met langdurige beperkingen alleen met veel moeite boodschappen kan doen of daar helemaal niet toe in staat is; een op de drie kan nauwelijks een bank bereiken. Ook hier geldt dat vooral degenen met ernstige beperkingen en de 75-plussers het vaakst moeite hebben om een supermarkt, postkantoor of bank te bereiken. Onduidelijk is of zij iemand hebben die de boodschappen voor hen doet of dat zij aangewezen zijn op een boodschappenservice.

Bijna een derde van de mensen met langdurige beperkingen voelt zich 's avonds in de eigen buurt niet veilig. Dit geldt vooral voor 75-plussers: van hen voelt 43% zich niet veilig (57% voelt zich wel veilig, zie tabel 3.16).

Uit onderzoek van ABF Research blijkt dat bewoners van zorgvriendelijke wijken (wijken met allerlei voorzieningen zoals winkels, openbaar vervoer en groen) positiever over verschillende aspecten van hun wijk oordelen dan bewoners van andere

Tabel 3.16

Tevredenheid met de woonomgeving naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2665)

	matige bep.	ernstige bep.		22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
er is voldoende parkeergelegenheid bij mij voor de deur	80,1	81,3	n.s.	73,5	82,8	84,5	sign.	80,5
dichtstbijzijnde supermarkt is voor mij goed bereikbaar	85,0	67,1	sign.	83,7	84,5	70,7	n.s.	80,1
de stoepen in de buurt vormen geen obstakel voor mij	81,1	56,4	sign.	77,9	77,3	66,9	sign.	74,4
dichtstbijzijnde bushalte is minder dan 800 m van huis mijn huis	71,3	63,4	sign.	67,9	68,5	71,4	n.s.	69,2
dichtstbijzijnde postkantoor of bank is goed bereikbaar	69,1	51,3	sign.	68,2	68,5	54,6	sign.	64,2
ik voel me overdag in mijn buurt op straat veilig	95,7	91,2	sign.	94,4	96,2	92,3	sign.	94,5
ik voel me 's avonds in mijn buurt op straat veilig	67,6	61,9	sign.	72,8	67,1	57,2	sign.	66,1

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

wijken. Dit gold alleen voor ouderen. Voor jongeren met een belemmering was de woning (en niet de woonomgeving) van doorslaggevend belang om naar tevredenheid te wonen (Brouwer et al. 2004).

Van Overbeek en Schippers (2005: 118) wijzen erop dat er in de toekomst meer rekening moet worden gehouden met ouderen. Dat betekent bijvoorbeeld meer rustpunten (bankjes), bredere trottoirs, goede verlichting, toegankelijke winkels en meer voorzieningen nabij de woning.

3.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is aandacht geschonken aan diverse aspecten van geschiktheid van de woning voor mensen met langdurige beperkingen. Hierbij ging het niet alleen om de woning zelf (of dit een nultredenwoning of een woning met aanpassingen is), maar ook om diensten en verzorging die (vanuit het complex of een nabijgelegen steunpunt) in de woning geleverd kan worden, en om de woonomgeving.

Ongeveer 46% van degenen met langdurige beperkingen woont in een nultredenwoning. Dit komt vaker voor bij 75-plussers en degenen met ernstige beperkingen dan bij jongere mensen en degenen met matige beperkingen. Ongeveer een kwart woont in een ongeschikte woning, dat wil zeggen dat er een trap is terwijl het in verband met iemands beperkingen relevant is om in een woning zonder trap te wonen.

Toch zegt slechts 44% van de mensen met een ongeschikte woning te overwegen om te verhuizen. De meeste mensen weten zich toch te redden en lopen, ondanks de beperkingen, toch trap. Ongeveer 4% mijdt de trap (en komt dus niet meer boven) en 5% heeft een traplift. Niet alleen de trap vormt een obstakel: 22% van de mensen die geregeld in een rolstoel zitten, geeft aan dat de woning niet volledig rolstoeltoegankelijk is.

Ruim 75% van de mensen met beperkingen heeft woningaanpassingen, van wie de meeste kleine aanpassingen (zoals handgrepen in de douche of in het toilet). Bijna een kwart heeft grote aanpassingen zoals een traplift, een hellingbaan bij de voordeur of een aangepaste keuken. Ook hier zijn het vooral degenen met ernstige beperkingen en de 75-plussers die aanpassingen hebben. Daarnaast hebben vooral eigenaarbewoners en degenen met een wat hoger inkomen vaker (kleine) aanpassingen. Ruim 40% van degenen met beperkingen heeft behoefte aan woningaanpassingen die er niet zijn. Ook dit zijn vooral degenen met ernstige beperkingen. Redenen om geen aanpassingen te hebben die men wel nodig heeft zijn een gebrek aan kennis over hoe dit te regelen (19%) en financiële overwegingen (12%).

De meeste mensen die recente ervaringen hebben met de Wvg zijn positief. Zo vindt circa 80% dat de ambtenaar voldoende op de hoogte was van de situatie en voldoende informatie verschafte. Wel meent 20% dat de ambtenaar ten onrechte een voorziening niet toekende. Men oordeelt positiever over de betrokken Wvg-ambtenaar dan over de Wvg in het algemeen. Zo klaagt 37% over lange wachttijden en is een kwart ontevreden over de telefonische bereikbaarheid. Jongeren zijn minder vaak tevreden dan ouderen, maar dit hangt ook samen met het feit dat hen vaker een voorziening niet werd toegekend.

Ongeveer 18% van de zelfstandig wonende mensen met langdurige lichamelijke beperkingen woont in een woning waar diensten (zoals een maaltijd) worden geboden en circa 8% woont in een woning met zorg (verzorgd wonen), van wie de helft in een woning met zorg op afroep. Vooral ouderen, alleenstaanden, degenen met een relatief hoog inkomen, huurders en de inwoners van grote gemeenten wonen in een woning met diensten of zorg.

Ongeveer een op de zes mensen met beperkingen heeft een personenalarmering en circa een op de twaalf heeft hier behoefte aan, maar heeft niet zo'n apparaat. Degenen met ernstige beperkingen, 75-plussers en alleenstaanden hebben vaker (behoefte aan) alarmering dan anderen.

In dit onderzoek is ook gevraagd naar de woonomgeving, een aspect waar nog relatief weinig over bekend is. De meerderheid van de mensen met beperkingen is tevreden over de woonomgeving. Toch zegt ongeveer een derde dat het postkantoor of de bank niet goed bereikbaar is, 30% heeft geen bushalte binnen 800 meter van het huis, een kwart ervaart obstakels met de stoepen in de buurt en 20% vindt dat er onvoldoende parkeergelegenheid is. In het algemeen zijn degenen met ernstige beperkingen en de jongeren minder tevreden over de woonomgeving dan de overige mensen met beperkingen.

Noten

- 1 Het ministerie van vws noemt op haar site ook de afwezigheid van drempels als kenmerk van een nultredenwoning; dit aspect is hier echter buiten beschouwing gelaten, omdat het niet gebruikelijk is om dit criterium mee te nemen bij het vaststellen of er sprake is van een nultredenwoning (zie Sogelée en Brouwer 2003, VROM-raad 2005, TK 2003/2004b).
- 2 Beschermd wonen is wonen (in intra- of extramurale omgeving) waar 24-uurs nabijge zorg kan worden geleverd (TK 2004/2005b). Over het algemeen gaat het hierbij om verpleeghuizen, een deel van de verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen voor dementerenden waar continue zorg wordt verleend aan mensen met ernstige psychiatrische en somatische aandoeningen (Sogelée et al. 2003). Deze woonvormen komen in dit hoofdstuk niet aan de orde, omdat alleen zelfstandig wonende mensen met beperkingen hebben deelgenomen aan het wzw-onderzoek.
- 3 Bij levensloopbestendige woningen heeft men zich lange tijd vooral gericht op de 'gestapelde bouw' (appartementen), omdat men veronderstelde dat de trap in een eengezinswoning een te groot obstakel vormde. Uit onderzoek in de provincie Zeeland blijkt echter dat bijna de helft van de bewoners de eigen eengezinswoning geschikt vindt om in te blijven wonen. Vaak is een tweede toilet boven ook een uitkomst voor bewoners (Van de Lagemaat et al. 2005).
- 4 Het onderscheid tussen dergelijke woningaanpassingen en aanpassingen die op het comfort gericht zijn, is soms moeilijk te maken. Zo hebben veel mensen een thermostaatkraan of een eenhandelkraan omdat ze deze gemakkelijk vinden, maar is dit een onmisbare voorziening voor iemand die maar één hand kan gebruiken.
- 5 Sogelée en Brouwer (2003) noemen ook de aanwezigheid van een receptie of kamers waar verzorging mogelijk is, maar die blijven hier buiten beschouwing omdat hierover in het wzw-onderzoek geen vragen zijn gesteld.
- 6 Hierbij is eerst nagegaan is of er sprake is van verzorgd wonen en vervolgens of er sprake is van dienstverlening, enzovoort.
- 7 Sogelée en Brouwer hanteerden de volgende indeling: (1) ouderenwoningen met zorg (verzorgd wonen), (2) ouderenwoning met diensten (wonen met diensten), (3) overige ouderenwoningen, (4) woningen met ingrijpende aanpassingen, (5) nultredenwoningen en (6) overige woningen. Ook bij niet-ouderenwoningen kan sprake zijn van 'verzorgd wonen' of 'wonen met dienstverlening'; in het wbo zijn de vragen over zorgen dienstverlening echter alleen gesteld als er sprake was van ouderenwoningen, zodat alleen bij die woningen vastgesteld kon worden of het om wonen met zorg ging. In het wzw-onderzoek zijn de vragen over verzorgd wonen aan bewoners van alle soorten woningen gesteld.
- 8 In de praktijk blijkt echter dat 14% van de ouderenwoningen wordt bewoond door mensen die jonger zijn dan 55 jaar en geen lichamelijke beperkingen hebben (De Klerk 2004). Ook bleken lang niet alle ouderenwoningen nultredenwoningen te zijn.
- 9 Het moeite hebben met traplopen is een van de criteria waarop mensen met beperkingen zijn geselecteerd voor het wzw-onderzoek (zie ook hoofdstuk 1). Uit De Klerk et al. (2006) blijkt dat mensen gemiddeld het eerste moeite krijgen met het zware huishoudelijke werk, gevolgd door kleine reparaties, tien minuten lang staan, klusjes met een huishoudtrap en het verschonen van het bed. Op de zesde plaats staat het traplopen.
- 10 Deze gegevens zijn niet zonder meer te vertalen naar woningen, omdat hier de lichamelijke beperkingen van de partner buiten beschouwing worden gelaten.

- 11 Een mogelijke verklaring is dat mensen wel buiten kunnen komen, maar dan een paar treden af moeten waar ze moeite mee hebben of dat ze in een appartementencomplex moeite hebben met zware deuren.
- 12 Dit betreft zowel mensen die wonen in een woning waarin deze kamers gelijkvloers zijn (52% van de mensen met langdurige beperkingen) als mensen die over een traplift beschikken (4%).
- 13 Dit is anders dan in het Woningbehoefte onderzoek, waar alleen wordt gevraagd of mensen in een aangepaste woning wonen en zo ja, of het dan om grote of kleine aanpassingen gaat. Daar is niet gevraagd welke aanpassingen mensen hebben.
- 14 De categorie 'overige aanpassingen' is bij deze tweedeling buiten beschouwing gelaten, maar het is denkbaar dat ook hier enkele grote aanpassingen voorkomen, zoals een extra doucheruimte op de begane grond.
- 15 Voorbeelden van 'roerende woonvoorzieningen' zijn hulpmiddelen voor baden en douchen die niet nagelvast aan de woning zijn bevestigd; voorbeelden van 'overige woonvoorzieningen' zijn onderhoud, keuring en reparatie, of tijdelijke huisvesting.
- 16 Dit betreft alle woningaanpassingen die in het kader van de Wvg zijn aangebracht. Daartoe behoren ook aanpassingen die niet expliciet in het wzw-onderzoek zijn genoemd, zoals het plaatsen van een extra doucheruimte op de begane grond. Anderzijds gaat het bij de aanpassingen die in het wzw-onderzoek worden genoemd niet noodzakelijk om Wvg-aanpassingen. Het kan hier ook om aanpassingen gaan die al bij de bouw zijn aangebracht of om voorzieningen die mensen zelf hebben geïnstalleerd. De gegevens uit het wzw-onderzoek zijn dus niet zonder meer vergelijkbaar met de Wvg-cijfers.
- 17 In het wzw-onderzoek heeft 43% van de aangepaste woningen een trap.
- 18 Hierbij is alleen de zorg op afroep die 24 uur per dag beschikbaar is meegenomen.
- 19 Zie ook Van Gameren et al. (te verschijnen) voor een beschrijving van zorg op afroep.
- 20 Dit aantal is als volgt berekend: 18,4% van de 1,1 miljoen mensen met langdurige beperkingen (zie hoofdstuk 1) woont in een woning met diensten, 3,7% in een woning met zorg en 3,5% in een woning met zorg op afroep.
- 21 Of bewoners diensten zoals een maaltijd of huishoudelijke verzorging nodig hebben, is alleen gevraagd aan bewoners van een complex of mensen die in de nabijheid van een steunpunt wonen. Hierdoor is maar van een gering aantal mensen de behoefte aan dit soort voorzieningen bekend. In de volgende hoofdstukken wordt veel uitgebreider aandacht besteed aan de behoefte aan bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging (hoofdstuk 5) en maaltijdvoorzieningen (hoofdstuk 7). Daarom wordt hier niet afzonderlijk over de behoefte aan dit soort voorzieningen gerapporteerd.

4 Zorg

4.1 Inleiding

Het beleid van de overheid is erop gericht om mensen zo lang en zo goed mogelijk thuis te laten wonen. Soms is daarbij extra zorg nodig. In dit hoofdstuk staat het gebruik van verschillende vormen van zorg centraal. Hierbij wordt zowel gekeken naar het type hulp dat mensen kunnen krijgen (zoals huishoudelijke of persoonlijke verzorging) als naar het type hulpverlener (bv. thuiszorg, informele zorg of particuliere zorg). Gebruik van de huisarts blijft buiten beschouwing. Net als bij de vorige hoofdstukken wordt steeds onderscheid gemaakt naar verschillende achtergrondkenmerken, zoals ernst van de beperkingen, leeftijd of huishoudensvorm. Ook de behoefte aan extra zorg wordt in kaart gebracht. Tot slot wordt uitgebreid stilgestaan bij de ervaringen van mensen met de thuiszorg, met degenen die de indicatie stellen en met de informele zorg.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: in paragraaf 4.2 worden enkele begrippen uitgelegd die in dit hoofdstuk worden gebruikt en wordt stilgestaan bij het proces dat mensen doorlopen als zij zorg willen krijgen. Vervolgens wordt in paragraaf 4.3 uitgebreid stilgestaan bij het gebruik van en de behoefte aan diverse vormen van hulp, waarbij zowel aandacht wordt besteed aan de typen hulp als aan de hulpverleners die deze hulp geven. In paragraaf 4.4 wordt ingezoomd op de thuiszorg. Hierbij gaat het om een evaluatie van de geboden hulp, om gebruikers van zorg die extra hulp zouden willen hebben en om de behoefte aan hulp onder niet-gebruikers. Op dezelfde manier wordt in paragraaf 4.5 aandacht besteed aan de informele zorg. Het persoonsgebonden budget (pgb) staat centraal in paragraaf 4.6.

4.2 Begrippen

In dit hoofdstuk worden verschillende vormen van zorg onderscheiden. Deze sluiten zo goed mogelijk aan bij de zorg, zoals deze verzekerd is in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Binnen de AWBZ-gefinancierde zorg worden de volgende zorgfuncties onderscheiden (beschrijvingen zijn gebaseerd op omschrijvingen op www.ciz.nl)

- Huishoudelijke verzorging: het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (hdl).¹
- Persoonlijke verzorging: ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl).²
- Verpleging: het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van de daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen.³
- Ondersteunende begeleiding: activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn

dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen.⁴ De begeleiding gaat uit van de (rest)mogelijkheden van de verzekerde.

- Activerende begeleiding onderscheidt zich van ondersteunende begeleiding doordat activerende begeleiding de aandoening, beperking of handicap niet voor gegeven aanneemt, maar juist daarop ingrijpt. Met activerende begeleiding wordt de verzekerde geleerd om te gaan met de (gevolgen van) de aandoening, beperking of handicap.⁵
- Behandeling: omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of het voorkomen dat een aandoening verergert.
- Verblijf: hier wordt de verzekerde een therapeutische of beschermende omgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn.

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen moet een hulpbehoevende zich bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), tot 2005 het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan), melden, al dan niet via een verwijzer. Indiciestellers voeren een indicatieonderzoek uit, wat uitmondt in een indicatiebesluit. In dit indicatiebesluit wordt aangegeven voor welke functies de cliënt is geïndiceerd. Het indicatiebesluit vormt voor de cliënt de toegang tot de zorg. Het is aan het zorgkantoor om ervoor te zorgen dat de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk geleverd kan worden.

Ook voor een pgb is een indicatie van het CIZ nodig. Met een pgb kan men verschillende vormen van hulp en begeleiding inkopen. Iemand die voor een pgb kiest, krijgt toegang tot de hele AWBZ-zorg, met uitzondering van de functies behandeling en langdurig verblijf.

Het zorgkantoor berekent op basis van het indicatiebesluit de hoogte van het budget. Daarbij wordt een lijst met tarieven gehanteerd die door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) werd vastgesteld. De optelsom van alle tarieven wordt het brutobudget genoemd. Dit brutobudget ontvangt men niet geheel in handen. Er gaat eerst een eigen bijdrage vanaf. De eigen bijdrage is afhankelijk van het soort hulp waar men budget voor krijgt. Het bedrag na aftrek van de eigen bijdrage heet het nettobudget. Op 1 juli 2005 waren er 77.024 budgethouders, van wie 67.228 nieuwe stijl en 9796 oude stijl⁶ (Knollema 2005), op 31 januari 2006 waren er 78.315 budgethouders.⁷

In dit hoofdstuk is het niet mogelijk om steeds alle zeven AWBZ functies te onderscheiden. Er is gevraagd naar huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging. Naar behandeling en begeleiding is niet expliciet gevraagd, maar vooral dit laatste komt aan bod als 'overige hulp'. Dit betreft praktische hulp zoals het doen van de administratie, het betalen van rekeningen en het meegaan naar activiteiten.

Hoewel er uitgegaan wordt van de AWBZ-functies, komt niet alleen de formele hulp van de thuiszorg, maar ook de informele hulp door huisgenoten, familie en vrienden en bekenden aan de orde. Informele hulp is om meerdere redenen belangrijk. Formele voorzieningen, zoals de thuiszorg, zijn aanvullend op de informele hulp (Timmermans 2003). Veel mensen geven de voorkeur aan informele hulp van

iemand die ze goed kennen, boven formele hulp. Bij het hiervoor genoemde indicatiebesluit van het CIZ wordt ook expliciet rekening gehouden met de aanwezige informele hulp. Het beroep op informele hulp is geformaliseerd in het protocol gebruikelijke zorg (LVIO 2003; CIZ 2005). Hierin wordt ondermeer aangegeven welke taken partners of huisgenoten geacht worden te doen. Huisgenoten dienen (indien zij gezond zijn) alle huishoudelijke taken van de zorgvrager over te kunnen nemen (waarmee de facto de aanspraak op huishoudelijke verzorging komt te vervallen voor mensen die samenwonen met een gezonde partner). Daarnaast worden partners of huisgenoten geacht persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding te bieden gedurende de eerste drie maanden dat deze hulp nodig is. Deze laatste vorm van gebruikelijke zorg is in het databestand niet te onderscheiden, omdat alle respondenten langdurige beperkingen hebben en dus langer dan drie maanden hulp nodig hadden.

Het beroep van hulpbehoevenden op informele hulp is ten slotte ook van belang in het kader van de nieuw in te voeren Wmo. Eigen verantwoordelijkheid en hulp vanuit het eigen netwerk staan hierbij steeds centraal.

4.3 Hulpverleners en zorgfuncties

Hulpverleners

Uit paragraaf 4.2 werd al duidelijk dat mensen op verschillende terreinen en van diverse typen hulpverleners ondersteuning kunnen krijgen.

In het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn (wzw) is gevraagd of mensen in het jaar voorafgaand aan de enquête hulp kregen bij de huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleegkundige hulp of 'overige hulp' (bijvoorbeeld praktische hulp zoals het doen van de administratie, het betalen van rekeningen en het meegaan naar activiteiten of emotionele ondersteuning, zoals gesprekken bv. over problemen) en zo ja, van wie ze deze hulp kregen. Iets meer dan de helft (53%) van de mensen met matige of ernstige beperkingen kreeg hulp op een van de hiervoor genoemde terreinen (tabel 4.1). Dit betekent dat bijna de helft (47%) van deze mensen met langdurige beperkingen dus geen enkele vorm van hulp kreeg, noch van de thuiszorg, noch van particuliere of informele krachten. Onder de mensen die geen enkele vorm van hulp krijgen zijn relatief gezien veel mensen met matige recente beperkingen, en het gaat relatief vaak om samenwonenden en om mensen jonger dan 75 jaar. Van de mensen die geen hulp krijgen is 20% alleenstaand, heeft 16% ernstige beperkingen en is 2% alleenstaand met ernstige beperkingen. Later (bij de behoefte aan hulp) zal blijken in hoeverre deze mensen die geen hulp krijgen behoefte hebben aan hulp.

De oudsten (75-plussers) en de mensen met ernstige beperkingen krijgen over het algemeen vaker hulp dan de jongeren en degenen met matige beperkingen. Ook mensen die al langer dan drie jaar beperkingen hebben ontvangen vaker hulp, ook als rekening wordt gehouden met het feit dat zij wellicht ernstigere beperkingen hebben (zie bijlage D). Dit geldt vooral voor de hulp van de thuiszorg. Wellicht kent het CIZ eerder hulp toe als mensen al langdurige beperkingen hebben.

Tabel 4.1

Ontvangen hulp naar hulpverlener en achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2710)

	hulp	informele hulp ^a	thuiszorg	particuliere hulp	andere hulp ^b
ernst van de beperking	sign.	sign.	sign.	n.s.	sign.
matig	46,0	28,0	18,5	9,6	4,1
ernstig	72,3	47,1	41,4	11,9	7,9
duur van de beperking	sign.	sign.	sign.	n.s.	sign.
korter dan drie jaar	42,1	25,1	16,2	8,8	2,8
langer dan drie jaar	58,3	37,0	28,7	10,9	6,2
geslacht	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
man	34,8	20,6	14,2	5,3	3,2
vrouw	63,2	40,2	30,5	13,0	6,2
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	48,9	41,4	12,7	9,0	4,9
55-74 jaar	42,8	26,8	16,7	8,6	3,2
≥ 75 jaar	70,9	33,2	47,3	13,6	7,7
samenstelling huishouden	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
alleenstaand	76,2	38,7	48,5	13,3	9,8
samenwonend	38,6	29,8	9,7	8,4	2,1
netto huishoudensinkomen	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
< 900 euro	73,9	41,1	51,1	5,6	13,7
900-1100 euro	69,3	38,6	43,7	6,0	8,9
1100-1300 euro	41,7	24,7	26,2	4,3	2,5
1300-1700 euro	41,9	28,5	15,7	6,8	1,8
≥ 1700 euro	47,4	32,2	11,8	18,1	2,4
totaal	52,7	32,6	25,1	9,6	5,1

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets), n.s.: niet significant.

a Hulp van huisgenoten, uitwonende familie of vrienden.

b Hulp uit naburig tehuis, hulp van vrijwilligers of hulp van anderen.

Bron: SCP (WZW'05)

Alleenstaanden ontvangen vaker hulp dan samenwonenden. Voor een deel komt dit doordat alleenstaanden gemiddeld ouder zijn en daardoor meer beperkingen hebben. Echter ook als hiermee rekening wordt gehouden dan krijgen zij vaker hulp, vooral van de thuiszorg. Het lijkt waarschijnlijk dat partners elkaar vaak ondersteunen. Men zou dan ook verwachten dat een groot deel van de mensen met een partner hulp krijgen. Dat dit niet altijd het geval is komt waarschijnlijk doordat de hulp van partners of andere huisgenoten als vanzelfsprekend wordt beschouwd door hulpbehoevenden en door hen niet als hulp wordt benoemd (zie ook De Klerk en Timmermans 1999).

Wat opvalt is dat vrouwen over het algemeen meer hulp krijgen dan mannen. Dit kan niet alleen worden verklaard doordat vrouwen gemiddeld ouder worden en daardoor wellicht meer beperkingen hebben, want ook als voor leeftijd en beperkingen statistisch wordt gecorrigeerd (zie bijlage D) krijgen vrouwen vaker hulp. Dergelijke verschillen in het ontvangen van hulp tussen mannen en vrouwen zijn eerder gevonden, zowel bij hulp van de thuiszorg (Lindert et al. 2004, Van Campen en Hessing-Wagner 2003, Rijken en Spreeuwenberg 2004) als bij informele hulp (Timmermans 2003). Het verschil tussen mannen en vrouwen treedt op over alle leeftijden (zie tabel D4.2 in de bijlage). De samenstelling van het huishouden lijkt wel een rol te spelen. Bij alleenstaanden zijn de man-vrouwverschillen veel kleiner dan bij de samenwonenden en ze zijn zelfs afwezig voor informele hulp en particuliere hulp. Het zijn dus vooral de samenwonende vrouwen die rapporteren dat zij vaker hulp ontvangen dan samenwonende mannen. Wellicht dat mannen de hulp die zij (van hun vrouw of van anderen) ontvangen eerder vanzelfsprekend vinden. Wat ten slotte mee kan spelen is dat vrouwen eerder om hulp vragen of dat hun sociaal netwerk groter is, waardoor zij gemakkelijker toegang tot hulp hebben. Dit laatste zou ook verklaren waarom vrouwen vaker informele zorg krijgen dan mannen.

Informele hulp wordt relatief vaak ontvangen door de 22-54-jarigen. Dit komt overeen met eerdere bevindingen van De Boer et al. (2005). Relatief jonge mensen met een beperking hebben vaak een ander netwerk waar zij uit kunnen putten. Bijna een derde van de mensen met matige of ernstige beperkingen ontvangt informele hulp en een kwart heeft hulp van de thuiszorg (tabel 4.1). Dit is een bevestiging van eerdere bevindingen dat de thuiszorg aanvullend is op informele hulp en niet andersom (Timmermans 2003). De Boer en de Klerk (2006) vonden dat 55-plussers vaker thuiszorg dan informele hulp ontvingen, maar in dat onderzoek werd de 'overige hulp' buiten beschouwing gelaten, een type hulp dat relatief veel door informele zorgverleners wordt gegeven (tabel 4.3).

Alleenstaanden krijgen veel vaker thuiszorg dan samenwonenden. Dit komt overeen met eerder onderzoek (De Klerk 2002). Dat samenwonenden minder vaak thuiszorg krijgen komt vooral doordat hun partner hen ondersteunt. Dit geldt zeker sinds het begrip 'gebruikelijke zorg' is ingesteld (zie § 4.2).

Particuliere hulp wordt relatief vaak en thuiszorg relatief weinig gebruikt door mensen met een hoger inkomen. Voor hen is de eigen bijdrage van de thuiszorg relatief hoog, waardoor een particuliere hulp voor hen vaak goedkoper is (zie ook De Klerk 2002). Een particuliere hulp kan ook aantrekkelijk zijn omdat men dan meer zeggenschap heeft over de taken die uitgevoerd worden.

Zorgfuncties

Mensen krijgen vooral veel hulp bij de huishoudelijke verzorging (tabel 4.2; in bijlage D is een soortgelijke tabel te vinden die alleen betrekking heeft op de hulp van de thuiszorg). Bijna de helft van de respondenten krijgt dit type hulp. Ongeveer een op

de zeven mensen ontvangt hulp bij de persoonlijke verzorging, een op de negen 'overige hulp' en een op de vijftien verpleegkundige hulp.

Al deze typen zorgfuncties worden meer gegeven aan mensen met langdurige beperkingen, aan de oudsten en aan alleenstaanden. Bij de overige hulp is het verschil tussen alleenstaanden en samenwonenden heel erg groot. Uit tabel 4.3 zal blijken dat dit type hulp vrijwel altijd door het eigen netwerk wordt gegeven. Waarschijnlijk geldt ook bij dit type hulp dat partners die ook geven, maar dat mensen dit zo vanzelfsprekend vinden dat zij dat niet noemen.

Tabel 4.2

Ontvangen hulp naar hulptype en achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2729)

	huishoudelijke verzorging	persoonlijke verzorging	verpleegkundige hulp	overige hulp
ernst van de beperking	sign.	sign.	sign.	sign.
matig	39,6	8,0	4,4	9,0
ernstig	61,5	33,2	12,9	18,9
duur van de beperking	sign.	sign.	sign.	sign.
korter dan drie jaar	36,9	8,0	2,4	6,0
langer dan drie jaar	49,6	18,1	8,7	14,3
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	38,4	12,3	5,9	11,9
55-74 jaar	37,3	10,7	3,8	7,0
≥ 75 jaar	63,5	23,1	11,2	17,6
samenstelling huishouden	sign.	sign.	sign.	sign.
alleenstaand	71,8	18,8	8,5	22,6
samenwonend	28,9	12,5	5,6	4,8
totaal	45,6	15,0	6,7	11,7

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets)

Bron: SCP (WZV'05)

Hulpverleners naar zorgfuncties

In de tabellen 4.1 en 4.2 is apart gekeken naar het type ontvangen hulp en het type hulpverlener. Tabel 4.3 geeft het type ontvangen hulp naar de hulpverlener.

Tabel 4.3

Hulpverleners naar type hulp, 2005 (in procenten; n = 2725)^a

	huishoudelijke verzorging	persoonlijke verzorging	verpleegkundige hulp	overige hulp	totaal
totaal informele hulp	24,8	9,0	2,2	8,7	33,3
waarvan huisgenoten	15,5	6,7	1,7	2,5	20,3
waarvan uitwonende familie	12,4	2,4	0,3	5,9	16,8
waarvan vrienden	5,6	1,3	0,2	2,4	8,1
thuiszorg	20,3	7,3	3,8	0,7	24,7
particuliere hulp	9,7	0,5	0,1	0,5	10,3
naburig tehuis	1,0	0,8	0,7	0,7	2,0
vrijwilliger	0,5	0,2	0,0	0,6	1,2
anders	0,3	0,1	0,5	1,3	2,1
informele hulp + thuiszorg	6,0	1,8	0,2	0,1	7,4

a Leesvoorbeeld: 24,8% van de mensen met beperkingen krijgt informele hulp bij de huishoudelijke verzorging; 15,5% krijgt deze hulp van huisgenoten; 1,8% krijgt bij de persoonlijke verzorging zowel informele hulp als thuiszorg. In totaal krijgt 7,4% zowel informele hulp als hulp van de thuiszorg.

Bron: SCP (WZW'05)

Huishoudelijke verzorging wordt met name gegeven door informele hulp en de thuiszorg, en voor een kleiner maar nog altijd substantieel gedeelte door particuliere hulpen. Persoonlijke verzorging wordt gegeven door zowel informele hulp als door de thuiszorg, hetzelfde geldt voor verpleegkundige hulp.

Bij 7,4% van de mensen met beperkingen komen zowel informele helpers als de thuiszorg over de vloer. Bij 6% van de mensen heeft de overlap betrekking op huishoudelijk verzorging, maar het komt ook voor dat persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp zowel van de thuiszorg als van een informele hulp worden ontvangen. Waarschijnlijk voeren de thuiszorg en de informele hulp hier andere taken uit (die wel onder persoonlijke verzorging respectievelijk verpleegkundige hulp vallen).

Overige hulp, die voor een groot gedeelte bestaat uit emotionele ondersteuning, wordt vooral gegeven door informele helpers. Dit komt overeen met eerder onderzoek onder mantelzorgers (Timmermans 2003).

Vrijwilligers zijn vooral werkzaam op het gebied van de huishoudelijke verzorging en de overige hulp.

Informele hulp wordt vooral ontvangen van huisgenoten (20%), gevolgd door uitwonende familie, en wordt het minst ontvangen van vrienden. Huisgenoten geven vaak ook persoonlijke verzorging, uitwonende familieleden ook overige hulp.

Bij de indicatiestelling voor de AWBZ-gerelateerde zorg wordt verondersteld dat een partner of andere huisgenoot (indien de gezondheid dat toelaat) huishoudelijke of (kortdurende) persoonlijke verzorging verleent. Uit tabel 4.3 is op te maken dat ongeveer een zesde van de mensen met langdurige beperkingen deze vorm van

‘gebruikelijke zorg’ krijgt (15,5% ontvangt huishoudelijke hulp van huisgenoten, bij de persoonlijke verzorging is niet op te maken of het hier kortdurende hulp betreft).

Enkelvoudige huishoudelijke hulp

Bij de voorbereiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is lang gesproken over de huishoudelijke hulp, waarbij het er om ging of alleen de enkelvoudige hulp zou overgaan naar de Wmo of alle huishoudelijke hulp. Een op de zes mensen met langdurige lichamelijke beperkingen ontvangt enkelvoudige huishoudelijke hulp van de thuiszorg (tabel 4.4). Het gaat in totaal naar schatting (uitgaande van de 1,1 miljoen mensen met langdurige matige of ernstige beperkingen) om bijna 170.000 mensen die na de invoering van de Wmo bij de gemeente aan zullen kloppen voor enkelvoudige huishoudelijke hulp.

Tabel 4.4

Enkelvoudige en meervoudige huishoudelijke hulp door de thuiszorg naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2725)

	enkelvoudige huishoudelijke hulp ^a	meervoudige huishoudelijke hulp ^b	andere hulp ^c
ernst van de beperking	sign.	sign.	sign.
matig	13,3	2,4	2,8
ernstig	20,7	11,9	8,8
duur van de beperking	sign.	sign.	sign.
kortere dan drie jaar	12,2	2,1	2,0
langer dan drie jaar	16,8	6,3	5,5
geslacht	sign.	sign.	n.s.
man	6,9	3,2	4,0
vrouw	19,9	5,9	4,6
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	7,9	1,4	3,3
55-74 jaar	12,3	2,1	2,4
≥ 75 jaar	26,8	12,4	8,1
samenstelling huishouden	sign.	sign.	n.s.
alleenstaand	32,9	10,6	5,0
samenwonend	4,2	1,4	4,1
totaal	15,3	5,0	4,4

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

a De thuiszorg verzorgt alleen huishoudelijke hulp.

b De thuiszorg verzorgt huishoudelijke hulp in combinatie met andere typen hulp (persoonlijke verzorging, verpleging, overige hulp).

c De thuiszorg verzorgt geen huishoudelijke hulp, maar wel andere hulp (persoonlijke verzorging, verpleging, overige hulp).

Bron: SCP (WZV'05)

In totaal ontvangt ruw geschat jaarlijks een kwart miljoen burgers een AWBZ gefinancierde verstrekking enkelvoudige huishoudelijke hulp, maar hier zitten ook mensen bij met een kortdurende ziekte, mensen die nazorg krijgen na ontslag uit een ziekenhuis of verpleeghuis en mensen met psychosociale problematiek (De Boer et al. 2003).

Alleenstaanden, 75-plussers, vrouwen en mensen met een langdurige ernstige beperking ontvangen relatief vaak enkelvoudige huishoudelijke hulp (tabel 4.4). Nog eens 5% van de respondenten ontvangt meervoudige huishoudelijke hulp (huishoudelijke hulp in combinatie met andere vormen van hulp).

*Behoeft*e aan hulp

Tot dusver is gesproken over het gebruik (het ontvangen) van verschillende typen hulp. In deze paragraaf wordt allereerst gekeken naar de behoefte aan meer hulp onder de gebruikers van hulp, daarna naar de behoefte aan hulp onder personen die geen hulp ontvangen.

Tabel 4.5 geeft een overzicht van de behoefte aan meer hulp onder de gebruikers van verschillende typen hulp (het aantal gebruikers verschilt per type hulp). Bij de ontvangers van huishoudelijke verzorging heeft maar liefst een op de vijf behoefte aan meer hulp. Deze behoefte wordt relatief veel gevoeld door de 22-54-jarigen, die deze vorm van hulp juist het minst kregen (zie tabel 4.2). Bijna een op de zeven heeft behoefte aan meer persoonlijke verzorging. Vrouwen voelen deze behoefte vaker dan mannen. De behoefte aan extra verpleegkundige hulp is niet zo groot: slechts 5% van de gebruikers geeft aan extra hulp te kunnen gebruiken. De behoefte aan overige hulp onder de gebruikers, ten slotte, is iets groter dan de behoefte aan persoonlijke verzorging. Eén op de zes gebruikers heeft hier behoefte aan. Net als bij de huishoudelijke verzorging zijn het de 22-54-jarigen die relatief vaak extra hulp wensen.

In paragraaf 4.3 werd gesteld dat in totaal 53% van de mensen met beperkingen wel hulp ontvangt (zij ontvangen huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleegkundige hulp of overige hulp, of meerdere van deze typen). De laatste kolom van tabel 4.5 geeft informatie over de hulpbehoefte van deze groep. Het kan hierbij gaan om gebruikers van een bepaald type hulp die meer ondersteuning willen, of om behoefte aan een ander type hulp dan waarvan men gebruiker was. Maar liefst 29% van de gebruikers van hulp heeft behoefte aan meer hulp. Net als bij de afzonderlijke typen hulp hebben de 22-54 jarigen relatief vaak behoefte aan meer hulp. Verder hebben alleenstaanden vaker behoefte aan meer hulp dan samenwonenden.

Tabel 4.5

Behoeftte aan meer hulp onder gebruikers van hulp naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten)

	huishoudelijke verzorging	persoonlijke verzorging	verpleegkundige hulp	overige hulp	totaal ^a
ernst van de beperking	sign.	sign.	sign.	n.s.	sign.
matig	21,1	9,4	2,3	19,1	26,0
ernstig	25,6	16,5	9,3	12,7	34,4
geslacht	n.s.	sign.	n.s.	n.s.	sign.
man	19,2	7,3	7,1	10,9	24,9
vrouw	23,9	16,5	5,3	18,6	30,4
leeftijdsklasse	sign.	n.s.	n.s.	sign.	sign.
22-54 jaar	30,4	10,5	8,0	32,3	35,3
55-74 jaar	23,8	11,6	5,0	16,8	27,2
≥ 75 jaar	17,5	16,8	3,3	3,8	26,3
totaal	22,7	13,7	4,9	16,5	29,1
(n)	(1444)	(408)	(184)	(396)	(1458)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Behoeftte aan meer hulp van een type waarvan men gebruiker was of behoeftte aan een ander type hulp dan waarvan men gebruiker was.

Bron: SCP (WZV'05)

Onder de niet-gebruikers van de verschillende typen hulp bestaat in verschillende mate toch behoeftte (tabel 4.6, het aantal niet-gebruikers verschilt per type hulp). Met name mensen die geen huishoudelijke verzorging ontvangen hebben hier toch vaak behoeftte aan: ruim 20% geeft dit aan.

Alleenstaanden en vrouwen hebben relatief gezien vaak behoeftte aan huishoudelijke verzorging. De 22-54-jarigen en de 75-plussers lijken meer behoeftte te hebben dan de 55-74-jarigen, maar uit de multivariate analyses (zie bijlage D) blijkt dat het met name de 22-54-jarigen te zijn die een behoeftte hebben (net als bij de ontvangers van huishoudelijke verzorging die meer hulp wensten, zie tabel 4.5).

De behoeftte aan persoonlijke verzorging, verpleegkundige hulp en overige hulp onder de niet-gebruikers is relatief klein. Dit lijkt erop te wijzen dat de meeste mensen die behoeftte hebben aan dergelijke hulp, deze ook krijgen. Vooral de behoeftte aan verpleegkundige hulp onder niet-gebruikers is erg klein.

In totaal ontvangt 47% van de mensen met langdurige beperkingen geen enkele van de hier genoemde typen hulp. De laatste kolom van tabel 4.6 geeft informatie over deze groep.

Van deze niet-gebruikers van hulp heeft maar liefst een op de vijf toch behoeftte aan hulp. Net als bij de gebruikers zijn het relatief vaak vrouwen en alleenstaanden die behoeftte hebben aan hulp. Mensen met ernstige beperkingen hebben vaker

behoefte aan hulp dan mensen met matige beperkingen. Van de mensen zonder hulp maar met een hulpbehoefte heeft iets minder dan een kwart (24%, niet in tabel 4.6) ernstige beperkingen. In zijn totaliteit heeft 2,5% van de groep mensen met beperkingen een ernstige beperking en een hulpbehoefte terwijl er geen enkele hulp ontvangen wordt. Het is moeilijk aan te geven waarom deze mensen geen gebruik maken van hulp, terwijl er wel een hulpbehoefte is. Van de groep mensen zonder hulp maar met een hulpbehoefte is 26% alleenstaand; 5% is alleenstaand en heeft ernstige beperkingen (dit is 0,5% van de totale groep mensen met beperkingen).

Voor de totale groep mensen met langdurige lichamelijke beperkingen (dus degenen met hulp plus degenen zonder hulp) geldt dat ruim een kwart (26,7%, niet in tabel 4.5 of 4.6) behoefte heeft aan (meer) hulp.

Tabel 4.6

Behoeft aan meer hulp onder niet-gebruikers van hulp naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten)

	huishoudelijke verzorging	persoonlijke verzorging	verpleegkundige hulp	overige hulp	totaal ^a
ernst van de beperking	sign.	sign.	n.s.	sign.	sign.
matig	18,9	2,0	0,4	3,7	18,7
ernstig	29,9	6,0	0,8	7,2	30,3
geslacht	sign.	n.s.	sign.	n.s.	sign.
man	15,3	2,5	0,1	4,9	15,8
vrouw	25,5	3,1	0,7	4,4	25,2
leeftijdsklasse	sign.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
22-54 jaar	21,6	3,1	0,3	4,8	21,9
55-74 jaar	17,7	2,5	0,4	4,4	19,7
≥ 75 jaar	28,3	3,3	0,8	4,6	20,7
samenstelling huishouden	sign.	n.s.	n.s.	n.s.	sign.
alleenstaand	25,3	2,5	0,7	5,3	27,3
samenwonend	19,2	3,1	0,3	4,1	19,0
totaal	20,7	2,9	0,5	4,6	20,6
(n)	(1217)	(2332)	(2553)	(2342)	(1282)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets), n.s.: niet significant.
a Behoeft aan hulp van minstens een van de typen, terwijl er geen enkel type gebruikt werd.

Bron: SCP (WZW'05)

4.4 Thuiszorg: ervaringen en knelpunten

Ongeveer een kwart van de mensen met matige en ernstige beperkingen maakt (binnen een jaar) gebruik van de diensten van de thuiszorg. Dit zijn naar schatting

ongeveer 275.000 mensen. Dit is fors minder dan het gemiddelde aantal cliënten van de thuiszorg in 2004 (413.308, zie www.brancherapporten.minvws.nl). Dit verschil kan wellicht verklaard worden doordat het wzw-onderzoek alleen betrekking heeft op mensen met langdurige beperkingen. In deze paragraaf staat de beoordeling van de hulp van de thuiszorg door deze gebruikers centraal. Bij de niet-gebruikers van thuiszorg wordt gekeken of er behoefte is aan hulp van de thuiszorg en wat de redenen zijn van niet-gebruik.

Gebruikers van thuiszorg

Ongeveer een op de zes ontvangers van thuiszorg zou graag meer hulp willen van die thuiszorg (tabel 4.7). Bij de 22-54-jarigen heeft zelfs een op de vijf (20%) behoefte aan meer hulp. Mogelijk hebben zij meer behoefte omdat zij minder thuiszorg ontvangen dan de ouderen, wellicht doordat zij minder ernstige beperkingen hebben waardoor zij een indicatie voor minder uren zorg krijgen.

Er is vooral behoefte aan huishoudelijke hulp. De behoefte aan extra persoonlijke verzorging en verpleegkundige hulp is zeer laag. Mensen die deze hulp nodig hebben, krijgen deze meestal ook: het betreft hier vaak taken die moeilijk overgenomen kunnen worden door anderen, bijvoorbeeld door informele helpers.

Tabel 4.7

Behoeft aan meer hulp van de thuiszorg naar leeftijdsklasse, selectie gebruikers van thuiszorg, 2005 (in procenten; n = 782)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
onvoldoende hulp	19,4	22,7	11,5	sign.	15,7
huishoudelijke hulp	17,8	18,7	9,3	sign.	13,2
persoonlijke verzorging	1,6	1,0	0,9	n.s.	1,0
verpleegkundige hulp	0,0	0,0	0,4	n.s.	0,3
andere hulp	1,6	3,9	2,0	n.s.	2,4

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Een klein gedeelte van de mensen met behoefte aan meer thuiszorg staat op een wachtlijst (tabel 4.8) en zal in de nabije toekomst de extra gewenste hulp gaan ontvangen. Een op de vijf mensen die meer thuiszorg willen, krijgt deze niet omdat de extra gewenste taken niet tot het takenpakket van de thuiszorg behoren. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om eten koken, boodschappen doen, de grote schoonmaak of de buitenkant van de ramen wassen (Adang et al. 2001). Iets meer dan 16% wil wel meer thuiszorg, maar kan niet zeggen waarom men dan geen extra thuiszorg heeft ('weet niet'). Bijna een zevende krijgt geen indicatie voor de gewenste hulp. Dit heeft niet specifiek betrekking op samenwonenden; het betreft hier vooral de

22-54-jarigen die meer huishoudelijke hulp willen (niet in de tabel). Wat hiervan de reden is, is niet bekend. Een heel groot deel (47%) geeft ‘anders’ op, waarbij niet bekend is wat dat is. Vooral de 75-plussers geven vaak andere redenen op.

Tabel 4.8

Reden niet-gebruik van meer thuiszorg, selectie gebruikers met behoefte aan extra hulp, 2005
(in procenten; n = 122)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
behoort niet tot takenpakket thuiszorg	20,0	19,6	19,2	n.s.	19,8
weet niet	8,0	17,4	19,2	n.s.	16,3
krijg daarvoor geen indicatie	25,0	15,6	7,8	n.s.	14,6
kan dat niet betalen	4,0	10,9	5,8	n.s.	7,3
sta op wachtlijst	4,2	0,0	1,9	n.s.	2,0
anders	36,0	44,4	55,8	n.s.	47,4

N.s.: verschil tussen de verschillende leeftijdsklassen niet significant ($p > 0,05$; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (WZV'05)

De tevredenheid met de hulp van de thuiszorg is over het algemeen hoog (tabel 4.9). Verreweg de meest thuiszorgcliënten vinden bijvoorbeeld dat zij de juiste hulp krijgen en dat de hulpverlener op een voor hen geschikte tijd komt. De 22-54-jarigen zijn minder tevreden dan de 55-74-jarigen, die op hun beurt weer minder tevreden zijn dan de 75-plussers. De geringere tevredenheid van de 22-54-jarigen heeft wellicht te maken met het gegeven dat zij vaak extra hulp zouden willen. Wat wellicht ook meespeelt is dat de 22-54-jarigen kritischer en mondiger zijn dan de ouderen. Ook verschilt het tijdsperspectief van de 22-54 jarigen: zij hebben nog een langer leven voor zich waarin zij afhankelijk zullen zijn van de zorg.

Tabel 4.9

Tevredenheid met de hulp van de thuiszorg naar leeftijdsklasse, selectie gebruikers van thuiszorg, 2005
(in procenten; n = 798)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
hulpverlener komt op voor mij geschikte tijd	87,3	90,0	93,9	sign.	91,7
hulpverlener neemt mij serieus	93,6	94,3	96,4	n.s.	95,3
tevreden over hulp van de thuiszorg	83,7	87,0	91,0	sign.	88,7
krijg de juiste hulp van thuiszorg	78,9	83,3	88,0	sign.	85,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZV'05)

De gemiddelde eigen bijdrage aan de thuiszorg volgens de opgave van de cliënten zelf bedroeg 54 euro (per vier weken), zie tabel 4.10. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde eigen bijdrage voor 2004 voor 'zorg zonder verblijf', die berekend kan worden op basis van registraties van het Centraal Administratie Kantoor (CAK): bijna 52 euro (CAK 2005a). De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van de hoeveelheid hulp die men ontvangt en van de hoogte van het inkomen.⁸

De gemiddelde eigen bijdrage is dan ook hoger voor de mensen met hogere inkomens. Bijna een op de vijf ontvangers van thuiszorg geeft aan dat de hoogte van de eigen bijdrage meespeelt in de hoeveelheid hulp die men van de thuiszorg wil ontvangen. Het aandeel personen dat aangeeft dat de eigen bijdrage een drempel vormt, neemt toe met de hoogte van het inkomen en de hoogte van de eigen bijdrage. Van de mensen in de laagste inkomensklasse geeft echter toch nog altijd een op de zeven aan dat de eigen bijdrage een reden is om minder hulp te ontvangen dan gewenst.

Tabel 4.10

Hoogte van de eigen bijdrage per vier weken aan de thuiszorg, selectie ontvangers van hulp thuiszorg, 2005 (in gemiddeld aantal euro)

	< 900 euro	900-1100 euro	1100-1300 euro	1300-1700 euro	> 1700 euro	totaal
gemiddelde eigen bijdrage	24,5	33,1	45,9	71,1	118,2	sign. 54,05
eigen bijdrage is reden om minder thuiszorg te nemen dan gewenst (% ja)	14,0	11,4	21,9	31,8	23,3	sign. 19,2
(n)	(186)	(185)	(105)	(132)	(120)	(728)

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (WZW'05)

Om hulp van de thuiszorg te kunnen ontvangen, moet er een indicatie zijn van het CIZ. Voor 2005 was dit het RIO. Omdat het WZW-onderzoek is uitgevoerd aan het begin van 2005 zullen de meeste oordelen van de gebruikers gebaseerd zijn op ervaringen met het RIO. Daarom wordt hierna van RIO in plaats van CIZ gesproken. Een kwart van de mensen met thuiszorg heeft twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek contact gehad met een RIO in het kader van een indicatie. Hun evaluatie van de RIO-medewerker met wie zij contact hadden en van het RIO in het algemeen, is te vinden in tabel 4.11.

De meerderheid van de cliënten is tevreden over de fatsoenlijke behandeling van de RIO/CIZ-medewerker en over de informatie die werd verstrekt over de gang van zaken. Toch vindt ongeveer een kwart dat de medewerker onduidelijke informatie gaf en dat de medewerker niet goed rekening hield met de situatie van de cliënt. Ongeveer een op de acht cliënten vindt dat men van het kastje naar de muur werd

gestuurd en dat men ten onrechte hulp niet heeft gekregen. Het minst positief is men over de telefonische bereikbaarheid en de tijd die men moet wachten op toewijzing. Het is niet bekend of in dat laatste geval ook de wettelijke normen zijn overschreden.

Opnieuw (zie ook de evaluatie van de hulp van de thuiszorg (tabel 4.9) en de ervaringen met de Wvg in hoofdstuk 3 over wonen) zijn de 22-54-jarigen het minst positief. Zo vindt bijna de helft ($100\% - 54\% = 46\%$) van hen dat er geen rekening werd gehouden met zijn of haar mening en meer dan een derde ($100\% - 62\% = 38\%$) is van mening dat er geen duidelijke informatie werd gegeven. Het oordeel van deze groep is wellicht gekleurd door de wens om meer hulp van de thuiszorg te ontvangen (tabel 4.8).

Tabel 4.11

Oordelen over het RIO/CIZ naar leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 202)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
de medewerker van het RIO/CIZ...					
positieve aspecten					
behandelde mij fatsoenlijk	77,6	91,2	92,0	sign.	87,7
informeerde voldoende over de gang van zaken	69,0	80,0	88,6	sign.	80,6
was goed op de hoogte van mijn situatie	68,4	76,8	87,4	sign.	79,0
gaf mij duidelijke informatie	61,8	70,9	88,5	sign.	76,1
hiel goed rekening met mijn mening	54,4	75,0	88,6	sign.	75,1
negatieve aspecten					
stuurd mij van het kastje naar de muur	22,4	12,7	4,7	sign.	12,1
heeft hulp/pgb ten onrechte niet toegewezen	30,2	14,8	4,8	sign.	13,8
schreef weleens een onbegrijpelijke brief	22,9	12,0	9,1	n.s.	15,1
het RIO/CIZ is moeilijk telefonisch bereikbaar					
	26,8	38,3	20,3	n.s.	27,4
bij het RIO/CIZ moet je lang wachten op toewijzing					
	48,1	42,6	25,0	sign.	36,7

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZV'05)

Hoe belangrijk en onmisbaar de thuiszorg is blijkt uit tabel 4.12. Voor iets meer dan driekwart ($61,1\% + 15,7\%$) van de ontvangers van thuiszorg is er geen alternatief: zij zullen het dan zonder hulp moeten stellen of zullen niet meer zelfstandig kunnen wonen en moeten verhuizen naar een verzorgingshuis of verpleeghuis (Timmermans en Woittiez 2004a vonden vergelijkbare uitkomsten). Bij slechts een op de vijf ontvangers van thuiszorg is overname van de hulp door informele helpers mogelijk. Het gaat dan vooral om samenwonenden. Alleenstaanden hebben vaak geen alternatief.

Tabel 4.12

Is er een alternatief voor de thuiszorg naar huishoudensvorm, 2005 (in procenten; n = 799)

	alleenstaand	samenwonend	totaal
ja, krijg dan informele hulp	21,7	26,1	23,2
nee, opname in tehuis is onvermijdelijk	16,2	14,8	15,7
nee, zal zonder moeten	61,1	19,1	61,1

Bron: SCP (WZW'05)

Niet-gebruikers van de thuiszorg

Driekwart van de mensen met matige of ernstige beperkingen maakte geen gebruik van de thuiszorg. 13% van hen geeft aan dat zij hieraan wel behoefte hebben (tabel 4.13). De behoefte is het grootst onder mensen met langdurige ernstige beperkingen en onder 22-54-jarigen en 75-plussers. Vooral de behoefte van de 22-54-jarigen is opvallend, omdat zij ook minder vaak thuiszorg krijgen (zie tabel 4.1). De meesten van hen hebben echter geen hulp aangevraagd (tabel 4.13).

Tabel 4.13

Behoefte aan hulp van de thuiszorg naar achtergrondkenmerken, selectie niet-gebruikers thuiszorg, 2005 (in procenten; n = 1799)

	hulp nodig, waarvan	niet aangevraagd	wel aangevraagd
ernst van de beperking	sign.	sign.	sign.
matig	11,7	8,9	2,9
ernstig	18,9	13,9	5,1
duur van de beperking	sign.	sign.	n.s.
korter dan drie jaar	10,8	8,1	2,7
langer dan drie jaar	14,6	11,0	3,6
geslacht	n.s.	n.s.	sign.
man	11,7	9,5	2,2
vrouw	14,3	10,2	4,0
leeftijdsklasse	sign.	sign.	n.s.
22-54 jaar	15,8	13,3	2,5
55-74 jaar	11,0	7,8	3,3
≥ 75 jaar	13,2	8,4	4,9
totaal	13,1	10,1	3,0

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Als reden om geen aanvraag in te dienen wordt vaak genoemd dat men verwacht niet in aanmerking te komen voor de hulp (tabel 4.13). Een kwart geeft aan dat men denkt het niet te kunnen betalen. Dit is opvallend omdat de hoogte van de eigen bijdragen voor thuiszorg afhankelijk is van de hoogte van het inkomen en er dus geen financiële drempels zouden hoeven zijn. Wat ook opvalt is dat een op de vijf mensen die geen aanvraag hebben ingediend niet weet waar men zich moet melden. De 75-plussers geven opvallend vaak (net als bij de gebruikers die meer thuiszorg wilden) een andere reden aan voor het niet-gebruik.

Tabel 4.14

Reden niet-gebruik thuiszorg, selectie niet-gebruikers die geen aanvraag hebben ingediend, 2005 (in procenten; n = 189)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
verwacht niet in aanmerking te komen	38,3	43,8	6,5	sign.	34,6
denk het niet te kunnen betalen	27,7	30,8	9,7	sign.	25,7
weet niet hoe/waar	21,1	31,3	3,2	sign.	21,5
wil geen vreemden in huis	8,5	31,0	12,9	sign.	17,0
vanwege de wachtlijsten	4,2	0,0	0,0	n.s.	2,1
anders	27,7	32,2	77,4	sign.	37,4

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Van de mensen die wel een aanvraag hebben ingediend staat ruim een derde op een wachtlijst of wacht op de uitkomsten van een indicatietraject (tabel 4.15). In 10% van de gevallen oordeelde het RIO dat de beperkingen niet ernstig genoeg waren. Een op de vier personen gaf aan dat het RIO oordeelde dat hulp vanuit het eigen sociale netwerk moest komen.

Tabel 4.15

Reden niet-gebruik thuiszorg, selectie niet-gebruikers die een aanvraag hebben ingediend, 2005 (in procenten; n = 63)

wachtlijst/wacht op indicatie	34,7
CIZ/RIO vindt dat het informele netwerk hulp moet geven	25,9
CIZ/RIO vindt de hulpbehoefte niet ernstig genoeg	9,7
weet niet	1,9
anders	36,7

Bron: SCP (WZW'05)

4.5 Informele zorg: ervaringen en knelpunten

Informele hulp is op twee verschillende manieren bevraagd in het wzw-onderzoek. Bij de eerste manier stonden de AWBZ-zorgfuncties centraal. Hierbij werden deze functies voorgelegd en werd gevraagd of mensen hulp kregen van gezinsleden/huisgenoten, van andere familieleden of van burens, vrienden of kennissen. Een derde van de mensen met matige of ernstige beperkingen bleek hulp te krijgen uit het eigen sociale netwerk (informele hulp) bij de huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of 'overige hulp' (zie § 4.3).

Bij de respondenten van het wzw-onderzoek is ook hun sociale netwerk geïnventariseerd en is vervolgens gevraagd of verschillende mensen uit de omgeving van de respondent in het jaar voorafgaand aan de enquête hulp hebben gegeven in verband met de gezondheid. Een belangrijk verschil is dat er geen voorbeelden werden genoemd en het dus helemaal aan de respondent werd overgelaten of er sprake was van informele hulp. Als iemand uit het netwerk bijvoorbeeld op de kinderen past omdat degene met beperkingen op dat moment ziek is, of als iemand helpt met vervoer, klussen of de tuin omdat degene met beperkingen dat niet zelf kan, dan kan dat als informele hulp zijn opgevat. Zo breed geformuleerd kreeg 60% van de mensen met matige of ernstige beperkingen informele hulp. In deze paragraaf gaat het om deze brede definitie. In bijlage D wordt getoond door wie deze hulp wordt gegeven en welke verschillen er daarbij optreden tussen verschillende groepen ontvangers.

Overigens is bekend dat er geen eenduidige definitie van informele hulp is en dat het aandeel informele zorgontvangers dat in onderzoek wordt gevonden sterk samenhangt met de manier waarop naar die zorg is gevraagd. Zo blijkt uit onderzoek naar het aanbod van informele zorg dat dit kan variëren van 750.000 tot 3,7 miljoen (Timmermans et al. 2004).

In deze paragraaf wordt gekeken naar de ervaringen met informele zorg bij de mensen die deze zorg ontvangen en naar knelpunten met betrekking tot de informele zorg bij mensen die deze zorg niet krijgen.

Mensen die informele hulp ontvangen (volgens de brede definitie)

Het oordeel van de ontvangers van informele hulp over de geboden hulp is over het algemeen positief (tabel 4.16). Bijna 90% vindt de hulp voldoende en iets meer dan 90% is van mening dat men de juiste hulp van mantelzorgers krijgt. Mensen met ernstige beperkingen zijn minder positief dan degenen met matige beperkingen. Wellicht vragen ernstigere beperkingen om meer specifieke hulp of speelt mee dat mensen met ernstigere beperkingen minder zelf kunnen en dus afhankelijker zijn van deze hulp, waardoor het voor hen belangrijker is dat de hulp goed geboden wordt.

De 22-54-jarigen zijn het minst positief over de ontvangen hulp. Zij vinden vaker dat de hulp onvoldoende is en dat men niet de juiste hulp krijgt. Ook bij de evaluatie van de hulp van de thuiszorg viel deze groep op omdat er een relatief grote behoefte was aan hulp en een minder positieve evaluatie van de hulp.

Tabel 4.16

Oordeel over de informele hulp naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, selectie personen die regelmatig informele hulp ontvangen, 2005 (in procenten; n = 1640)

	krijgt voldoende hulp	krijgt de juiste hulp
ernst van de beperking	sign.	sign.
matig	90,7	93,6
ernstig	85,5	89,5
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	84,4	90,0
55-74 jaar	88,1	91,0
≥ 75 jaar	92,7	94,5
totaal	88,1	91,6

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (WZW'05)

Tabel 4.17

Gemiddeld aantal informele helpers en aandeel personen met één informele helper, selectie mensen die regelmatig informele hulp ontvangen, 2005 (in gemiddelden en procenten; n = 1635)

	gemiddeld aantal helpers	1 informele helper (%)
geslacht	n.s.	n.s.
man	1,5	65,2
vrouw	1,5	66,1
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	1,7	52,1
55-74 jaar	1,3	72,6
≥ 75 jaar	1,3	74,4
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	1,3	77,4
samenwonend	1,5	60,9
totaal	1,5	65,9

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Vrouwen ontvangen vaker dan mannen informele hulp (tabel 4.1), maar als mannen informele hulp krijgen, dan is dat van evenveel personen als bij vrouwen, zoals blijkt uit tabel 4.17. Deze tabel geeft het gemiddelde aantal personen van wie men informele hulp krijgt (voor de mensen die informele hulp ontvangen) en het percentage

mensen dat slechts één informele helper heeft. 55-plussers hebben over het algemeen een kleinere groep informele helpers dan 22-54-jarigen; hetzelfde geldt voor de alleenstaanden ten opzichte van samenwonenden. In overeenstemming hiermee hebben 22-54-jarigen minder vaak slechts één informele helper (en dus vaker twee of meer informele helpers) dan de 55-plussers, en hebben samenwonenden vaker twee of meer informele helpers dan alleenstaanden.

Mensen met een kleiner aantal informele helpers zijn kwetsbaarder dan mensen met een grotere groep informele helpers, omdat overname van de hulp als dat nodig is moeilijker is (tabel 4.18). Personen die meer dan één informele helper hebben, beschikken vaker over vervangende hulp⁹ als de hulp van de eerste mantelzorgers wegvalt. Ouderen hebben over het algemeen minder vaak vervangende hulp dan de 22-54-jarigen.

In totaal heeft ongeveer de helft van de mensen die informele hulp ontvangt een vervangende helper. Dit betekent dat de helft deze niet heeft. Bij het uitvallen van de eerste mantelzorgers moeten deze mensen het dus zonder informele hulp stellen en wellicht een beroep doen op andere hulpverleners, zoals de thuiszorg.

Tabel 4.18

Vervangende informele hulp als de hoofdgever wegvalt, selectie personen die regelmatig informele hulp ontvangen, 2005 (in procenten; n = 1640)

	heeft vervanger als hoofdhelpverlener uitvalt
ernst van de beperking	sign.
matig	54,0
ernstig	42,2
leeftijdsklasse	n.s.
22-54 jaar	51,6
55-74 jaar	46,1
≥ 75 jaar	47,0
aantal helpers	sign.
één	43,2
meer dan één	58,1
totaal	48,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Tijdelijke overname van de zorg, voor een middag of een paar dagdelen, kan belangrijk zijn om overbelasting bij mantelzorgers te voorkomen (Timmermans et al. 2005). De gebruikelijke term voor deze overname van de zorg is respijtzorg. Ongeveer de helft van de ontvangers van informele hulp maakt op een of andere wijze

gebruik van respijtzorg (tabel 4.19). In de meeste gevallen betreft het hier overname van de hulp door andere mantelzorgers. Van andere mogelijke vormen van respijtzorg wordt zeer weinig gebruikgemaakt. Het meest wordt de thuiszorg ingeschakeld om de hulp tijdelijk over te nemen.

Tabel 4.19

Gebruik van respijtzorg, selectie personen die regelmatig informele hulp ontvangen, 2005
(in procenten; n = 1640)

familie of vrienden	42,4
thuiszorg	5,0
oppas thuis	2,1
vrijwilligers	1,0
dagopvang	0,5
logeerhuis	0,3
zorgboerderij	0,1
anders	4,5
totaal	49,2

Bron: SCP (WZW'05)

Mensen die geen informele hulp ontvangen

Ongeveer 40% van de mensen met matige of ernstige beperkingen ontvangt geen informele hulp (volgens de definitie die in deze paragraaf wordt gebruikt). In hoeverre kunnen deze mensen een beroep doen op informele helpers, mochten zij (extra) hulp nodig hebben?

Bijna de helft van de mensen zonder informele hulp zou deze wel kunnen krijgen als het om een relatief korte periode van twee weken zou gaan (tabel 4.20). Maar vooral de ouderen en de alleenstaanden (dit zijn deels overlappende groepen) zouden problemen krijgen omdat er geen informele hulp beschikbaar is: zij zouden dus een beroep moeten doen op andere hulpverleners.

Het beeld is nog minder rooskleurig als gekeken wordt naar het aantal mensen zonder informele hulp dat voor langere tijd over een mantelzorger zou kunnen beschikken. Ruim driekwart heeft dan geen beschikking over informele hulp. Opnieuw zijn het vooral de ouderen en de alleenstaanden die in de problemen zouden komen.

Tabel 4.20

Waargenomen aanbod aan informele hulp, selectie personen die niet of hoogstens incidenteel informele hulp ontvangen, 2005 (in procenten; n = 1081)

	heeft iemand om twee weken intensieve hulp te geven	heeft iemand die langere tijd hulp kan geven
ernst van de beperking	sign.	n.s.
matig	49,9	26,9
ernstig	36,0	24,3
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	63,9	35,4
55-74 jaar	48,6	29,1
≥ 75 jaar	33,6	17,0
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	38,1	18,4
samenwonend	57,3	35,3
totaal	47,2	26,4

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

4.6 Persoonsgebonden budget

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op het gebruik van het pgb en de hulp die mensen hiermee inkopen en vervolgens op de behoefte aan een pgb onder mensen die dit niet hebben.

Gebruik pgb

Iets minder dan 5% van de mensen met matige of ernstige beperkingen heeft een pgb. Dit betreft, uitgaande van 1,1 miljoen mensen met langdurige matige of ernstige beperkingen (zie hoofdstuk 2) ruim 50.000 budgethouders. Op 1 juli 2005 waren er ruim 77.000 pgb-houders (TK 2005/2006b), op 31 januari 2006 ruim 78.000.⁷ De gegevens hebben dus betrekking op een selectie van de pgb-houders, namelijk degenen met lichamelijke beperkingen die een pgb hebben voor zichzelf, en zijn niet representatief voor de totale groep budgethouders. Uit onderzoek onder budgethouders (Ramakers 2005) is bekend dat bijna een derde (31%) bestaat uit ouders die voor een inwonend kind zorgen. Deze groep pgb-houders maakt geen deel uit van het huidige onderzoek. Daarnaast is er binnen de pgb-populatie een omvangrijke groep met verstandelijke handicaps.

Vooral degenen met ernstige en langdurige beperkingen hebben vaak een pgb (tabel 4.21). Hoger opgeleiden hebben vaker een pgb dan mensen met een lagere opleiding.

Een pgb vraagt van mensen een aantal administratieve handelingen. Het lijkt waarschijnlijk dat vooral laagopgeleiden vanwege die administratie van een pgb afzien (het kabinet streeft overigens naar verlaging van de administratieve lasten en heeft hiertoe ook al maatregelen genomen sinds de uitvoering van het wzw-onderzoek, zie TK 2005/2006b; de vereenvoudigde administratie moet nog worden doorgevoerd in 2006). Het grotere gebruik van het pgb onder hoger opgeleiden kan ook samenhangen met hun ruimere kennis over het pgb: zo blijkt uit tabel 4.23 dat hoger opgeleiden veel vaker weten wat een pgb inhoudt dan lager opgeleiden. Iets meer dan de helft van de mensen met een opleidingsniveau van maximaal lbo heeft nog nooit van een pgb gehoord. In totaal heeft 43% van de mensen met beperkingen nog nooit van een pgb gehoord. In 2000 had 53% van de totale groep mensen met beperkingen (dus inclusief de mensen met een kortdurende beperking) nog nooit van het pgb gehoord (De Klerk 2002).

Tabel 4.21

Gebruik en kennis van pgb naar achtergrondkenmerken, 2005 (horizontaal gepercentreerd; n = 2720)

	heeft een pgb	weet wat pgb is	heeft van pgb gehoord	heeft nooit van pgb gehoord
ernst van de beperking	sign.	sign.	n.s.	n.s.
matig	2,8	40,7	14,2	42,2
ernstig	9,2	34,8	12,4	43,6
duur van de beperking	sign.	sign.	sign.	sign.
korter dan drie jaar	2,2	42,9	15,8	39,1
langer dan drie jaar	5,7	37,3	12,8	44,2
geslacht	n.s.	sign.	n.s.	n.s.
man	4,3	36,1	14,9	44,7
vrouw	4,8	40,7	13,1	41,4
leeftijdsklasse	n.s.	sign.	sign.	n.s.
22-54 jaar	4,9	38,9	13,9	42,3
55-74 jaar	4,4	43,0	11,2	41,5
≥ 75 jaar	4,6	34,4	16,7	44,3
opleidingsniveau	n.s.	sign.	n.s.	sign.
laag (maximaal lbo)	4,7	29,9	13,8	51,5
midden (mavo/havo/mbo)	4,0	49,6	12,8	33,6
hoog (hbo/universiteit)	5,9	58,3	16,3	19,4
totaal	4,6	39,1	13,8	42,5

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Het pgb wordt door mensen met matige ernstige lichamelijke beperkingen vooral ingezet voor huishoudelijke verzorging (tabel 4.22). Van de totale groep budgethouders ontvangt 65,6% een pgb voor huishoudelijke verzorging (Knollema 2005), maar in principe kunnen zij hun budget ook voor andere functies inzetten.

Het pgb wordt ook ingezet voor persoonlijke verzorging (21,1%) en verpleging (13,7%). Voor de overige AWBZ-functies wordt het pgb vrijwel niet benut. In andere onderzoeken (die de gehele populatie pgb-houders bestrijken) wordt gevonden dat het pgb ook veel wordt gebruikt voor ondersteunende begeleiding en dagopvang (Dragt et al. 2004).

Een derde van de budgethouders gebruikt het pgb om informele helpers te betalen, iets minder dan een kwart betaalt de thuiszorg van het pgb. Meer dan de helft gebruikt het pgb voor een particuliere hulp (die dan vooral huishoudelijke verzorging geeft). Ramakers en Van den Wijngaart (2005) vonden in een onderzoek onder 400 budgethouders een groter aandeel informele hulp: twee derde van de budgethouders kocht hulp in bij een bekende. Dit grotere aandeel informele helpers dat betaald wordt, ligt aan de andere samenstelling van de onderzoeksgroep (de onderzoeksgroep wzw is beperkt tot mensen met langdurige lichamelijke beperkingen, het onderzoek van Ramakers en Van den Wijngaart niet).

Tabel 4.22

Inzet van het pgb naar hulpverlener en functie, selectie pgb-houders, 2005 (in procenten^a; n = 122)

	thuiszorg	familie of vrienden	particuliere hulp	overig	totaal
huishoudelijke hulp	21,6	31,3	54,8	3,9	96,8
persoonlijke verzorging	5,1	10,6	4,5	2,2	21,1
verpleging	2,1	7,3	2,6	3,6	13,7
ondersteunende begeleiding	0,0	3,1	2,3	0,8	6,3
activerende begeleiding	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3
tijdelijk verblijf	0,0	0,6	0,0	0,2	0,8
totaal	23,7	35,0	55,6	10,2	

a Doordat mensen een pgb voor meerdere functies kunnen inzetten, tellen de percentages in de kolom totaal op tot meer dan 100%.

Bron: SCP (WZW'05)

Gemiddeld krijgen de budgethouders 536 euro per maand aan 'netto' pgb (er wordt vanuit gegaan dat pgb-houders ook een eigen bijdrage betalen, afhankelijk van inkomen). Dit is fors minder dan het gemiddelde nettobudget, dat op 1100 euro per maand ligt (36 euro per dag, Knollema 2005). Waarschijnlijk komt dit doordat mensen met langdurige matige en ernstige lichamelijke beperkingen het pgb met name inzetten voor huishoudelijke verzorging. De pgb-tarieven voor huishoudelijke

verzorging zijn (bij een gelijk aantal uren) lager dan voor bijvoorbeeld persoonlijke verzorging of verpleging (CVZ 2005).

Van de pgb-houders besteedt 60% naast het nettobedrag aan pgb (dat men op de rekening krijgt) ook een eigen bijdrage aan de hulp. Onbekend is of de hoogte van het pgb of de hoogte van de eigen bijdrage een reden vormt om meer of minder hulp te nemen. Uit ander onderzoek echter (Knollema 2005) blijkt dat het pgb vaak niet volledig besteed wordt (in 85% van de gevallen).

Pgb-houders zijn over het algemeen zeer tevreden met de hulp die zij via het pgb inkopen (tabel 4.23). Zij vinden het belangrijk dat ze kunnen kiezen wat voor soort hulp ze krijgen. Het verkrijgen van hulp verloopt niet altijd zonder problemen. Ruim 60% geeft aan dat het moeilijk is om aan goede hulp te komen. Ook vinden velen de administratieve rompslomp die bij het pgb komt kijken vervelend.

Tabel 4.23

Oordelen over het pgb, selectie pgb-houders, 2005 (percentage eens met de stelling; n = 120)

positieve aspecten	
ik vind het belangrijk dat ik zelf kan kiezen wat voor soort hulp ik krijg	99,3
de hulpverlener komt op een voor mij geschikte tijd	99,1
ik ben tevreden met de hulp die ik via mijn pgb inkoop	95,5
ik kan met mijn budget meer hulp laten komen dan anders	36,4
negatieve aspecten	
het is lastig om als werkgever op te treden	35,0
het is moeilijk om aan goede hulp te komen	60,6
er komt veel administratieve rompslomp bij kijken	78,0

Bron: SCP (WZV'05)

Behoeftte aan pgb

Van de mensen die geen pgb-houder zijn zou 14% graag een pgb willen (4.24).¹⁰ Het zijn vooral de mensen met een hogere opleiding (hoger dan lbo) en de 22-54-jarigen die graag een pgb zouden willen, dus dezelfde groepen die ook vaak een pgb hebben. Het is niet duidelijk waarom zij geen pgb aangevraagd hebben. Onbekendheid met het pgb of met de mogelijkheden van het pgb zal voor een gedeelte van de mensen met een behoefte wel een rol hebben gespeeld. Van de mensen die graag een pgb zouden willen had 37% er nog nooit van gehoord, 15% had er weleens van gehoord, maar wist niet precies waarvoor een pgb diende.

Tabel 4.24

Behoeftte aan pgb naar achtergrondkenmerken, selectie niet-gebruikers, 2005 (percentage dat aangeeft een pgb te willen hebben; n = 2608)

ernst van de beperking	n.s.
matig	13,5
ernstig	15,0
duur van de beperking	sign.
korter dan drie jaar	10,7
langer dan drie jaar	15,4
geslacht	sign.
man	10,3
vrouw	15,9
leeftijdsklasse	sign.
22-54 jaar	20,4
55-74 jaar	13,4
≥ 75 jaar	8,0
opleidingsniveau	sign.
laag (maximaal lbo)	11,5
midden (mavo/havo/mbo)	17,3
hoog (hbo/universiteit)	17,0
totaal	13,9

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
 a Respondenten die eerder aangaven niet te weten wat een pgb is, kregen een standaarduitleg over het pgb voorgelezen.

Bron: SCP (WZW'05)

4.7 Samenvatting

Ruim de helft van de mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen krijgt hulp bij de huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of 'overige hulp'. Deze hulp wordt vooral door informele hulpverleners en door de thuiszorg gegeven en in mindere mate door een particuliere hulp. Dit laatste betreft vooral huishoudelijke verzorging bij de huishoudens met een hoger inkomen. De meeste hulp betreft huishoudelijke verzorging en in iets mindere mate persoonlijke verzorging. Vooral alleenstaanden en ouderen ontvangen vaak hulp.

Ruim een kwart van de mensen met matige of ernstige beperkingen heeft behoefte aan meer hulp (waarbij een deel al hulp krijgt). Vooral de 22-54-jarigen hebben deze behoefte.

Ongeveer een zesde van de gebruikers van de thuiszorg heeft behoefte aan extra hulp. Het gaat dan met name om mensen jonger dan 75 jaar die extra huishoudelijke

hulp willen hebben. Thuiszorgontvangers zijn over het algemeen zeer tevreden over de hulp die zij krijgen, maar 22-54-jarigen zijn iets minder tevreden dan ouderen. De eigen bijdrage aan de thuiszorg vormt voor bijna een op de vijf thuiszorggebruikers een reden om minder hulp te ontvangen dan zij graag zouden willen. Bijna twee derde (61%) van de thuiszorggebruikers geeft aan geen alternatief voor deze hulp te hebben.

Van de niet-gebruikers van de thuiszorg heeft 13% wel behoefte aan dergelijke hulp. Het betreft hier meestal 22-54-jarigen die om uiteenlopende redenen geen hulp hebben aangevraagd.

Ook de gebruikers van informele hulp zijn over het algemeen tevreden en vinden dat ze genoeg hulp krijgen. Ook hier zijn de 22-54-jarigen iets minder tevreden. Een punt van zorg is dat de helft van de mensen met informele zorg geen vervanger heeft als de informele hulpverlener uitvalt; het is dan ook van groot belang om uitval van de mantelzorg te voorkomen. Een andere kwetsbare groep vormen de mensen die geen informele hulp gebruiken, en deze ook niet kunnen krijgen (althans, niet voor een langere periode).

Een klein deel (5%) van de mensen met matige of ernstige beperkingen heeft een pgb. Dit pgb wordt vooral ingezet voor huishoudelijke verzorging door particuliere hulpen. Pgb-houders zijn over het algemeen tevreden met de hulp die zij via het pgb kunnen inkopen, maar vinden wel dat het moeilijk is om aan goede hulp te komen en dat een pgb veel administratieve rompslomp met zich meebrengt. Mensen met een lage opleiding zijn vaak niet op de hoogte van het bestaan van het pgb.

Noten

- 1 Bij deze zorg kan worden gedacht aan opruimen, schoonmaken, het verzorgen van planten en huisdieren, het bed of de bedden opmaken in situaties waarbij de verzekerde niet bedlegerig is, en de maaltijd klaarmaken.
- 2 Daaronder is tevens begrepen zorg die in directe relatie staat tot de persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld het opmaken van het bed tijdens met wassen van een bedlegerige cliënt. Bij deze zorg kan gedacht worden aan het wassen en kleden van de verzekerde al dan niet op bed, het douchen en baden van de verzekerde, het opmaken, scheren, tandenpoetsen en verzorgen van de huid van de verzekerde, inclusief decubituspreventie en het aanbrengen van protheses, hulp bij de toiletgang, hulp bij eten en drinken en hulp bij beweging en houding (wisselgigging, oefenen van ledematen, tillen, ondersteunen bij verplaatsen of houdingcorrectie, vervoeren in rolstoel). Ook het stimuleren van de zelfredzaamheid en het zo mogelijk aanleren van algemene dagelijkse levensverrichtingen behoort tot deze functie.
- 3 Bij verpleging valt te denken aan het toedienen van medicijnen of zuurstof, het aanbrengen van een infuus of katheter, wondverzorging, lichamelijke controles en het geven van injecties. Ook gaat het om het oefenen met de verzekerde om zelf injecties te geven en om te gaan met zuurstof. Verder omvat verpleging onderzoek naar de gezondheid evenals het geven van advies, instructie en voorlichting over hoe om te gaan met ziekte, preventie, hulpmiddelen en dergelijke. De term 'voorkomen van verergering' betekent dat het ook kan gaan om palliatieve zorg.
- 4 Daarbij kan gedacht worden aan het structureren van de dag, het geven van praktische hulp, het in het kader van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven en, vooral als er sprake is van een verstandelijke handicap, het bieden van gezinsstructuur. De ondersteunende begeleiding vindt onder andere plaats door middel van ondersteunende of structurerende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van dagelijkse vaardigheden en het stimuleren van gedrag dat al bij de verzekerde aanwezig is. Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel individueel als in groepsverband geboden worden.
- 5 Bij deze zorg valt te denken aan het interveniëren in het gedrag van de verzekerde (gedragscorrectie), het houden van inzichtgevende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van sociale vaardigheden, onderzoek naar de aanwezigheid van problematiek evenals advies, instructie of voorlichting over de aanpak van de problematiek. Afhankelijk van de situatie kan de zorg geboden worden aan het individu of in groepsverband. Activerende begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling valt eveneens onder deze functie.
- 6 Met het pgb-oude-stijl wordt bedoeld op de pgb-regeling voor Verpleging en Verzorging (vv), Verstandelijke Gehandicaptenzorg (vg), en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De pgb-regelingen oude stijl werden op 1 januari 2006 beëindigd en de houders van een pgb oude stijl zijn ingestroomd in de pgb-regeling nieuwe stijl.
- 7 Mondelinge opgave J. Knollema (cvz) maart 2006.
- 8 Voor 2004: per vier weken minimaal 16,00 en maximaal 528,20 euro (TK2003/2004c); voor 2005: per vier weken minimaal 16,20 en maximaal 536,80 euro (CAK 2005b).
- 9 Het gaat hierbij om een positief antwoord op de vraag: Stel dat de persoon die u het meest helpt uitvalt (bijvoorbeeld door ziekte of overbelasting), is er dan iemand die de hulp overneemt? Hierbij gaat het niet om de thuiszorg of een particuliere betaalde hulp, maar om mensen uit uw directe omgeving.
- 10 Mensen die het pgb niet kenden of niet wisten wat een pgb precies inhield, kregen eerst een uitleg voordat de vraag naar de behoefte aan een pgb werd gesteld.

5 Mobiliteit en vervoer

5.1 Inleiding

Een van de doelstellingen van het kabinetsbeleid is het bevorderen van volwaardige participatie van gehandicapten in de samenleving. Mobiliteit en vervoer vormen randvoorwaarden voor deze maatschappelijke participatie (TK 2005/2006c). Het kabinet kiest voor inclusief beleid. Dat wil zeggen dat er zo min mogelijk specifieke voorzieningen voor gehandicapten zijn, maar dat reguliere voorzieningen geschikt moeten zijn voor mensen met beperkingen. Voor het vervoer van doelgroepen betekent dit bijvoorbeeld dat het openbaar vervoer zo veel mogelijk toegankelijk moet worden gemaakt voor iedereen en dat er een bijzondere voorziening wordt getroffen, waar dat moet. Op basis van eerder onderzoek wordt ervan uitgegaan dat regulier openbaar vervoer (trein, tram, bus) nooit geschikt kan worden gemaakt voor een zelfstandig gebruik door circa 5% tot 10% van de bevolking (TK 2005/2006c). Voor dat deel van de bevolking moeten dus altijd vervoersvoorzieningen op maat beschikbaar blijven. Dat mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen problemen kunnen hebben met vervoer werd al eerder duidelijk in hoofdstuk 2; daar bleek dat voor 15% van de respondenten het vervoer een obstakel is bij de maatschappelijke participatie.

In dit hoofdstuk gaat het om de voorzieningen voor mensen met beperkingen op het gebied van mobiliteit en vervoer. Wat is het gebruik van deze voorzieningen en de behoefte daaraan? Wat zijn de knelpunten waar mensen tegenaan lopen en hoe tevreden is men over de voorzieningen?

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt in paragraaf 5.2 een overzicht gegeven van de verschillende mobiliteitshulpmiddelen en vervoersvoorzieningen. Paragraaf 5.3 behandelt het gebruik van en de behoefte aan mobiliteitsvoorzieningen, in paragraaf 5.4 staan de vervoersvoorzieningen centraal. In paragraaf 5.5 komt de tevredenheid met het collectieve vraagafhankelijke vervoer en met de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) aan de orde. Het hoofdstuk eindigt in paragraaf 5.6 met een samenvatting.

5.2 Begrippen

Mobiliteitshulpmiddelen

Mobiliteitshulpmiddelen kunnen via verschillende wetten en regelingen vergoed worden (Van der Velde en Van der Kwantel, 2005). In de Zorgverzekeringswet die per 1 januari 2006 van kracht werd is de Regeling hulpmiddelen 1996 uit de vroegere Ziekenfondswet zoals die gold ten tijde van het onderzoek nagenoeg overgenomen (voor details zie www.cvz.nl). De mobiliteitshulpmiddelen die in de Regeling hulpmiddelen 1996 worden genoemd zijn zogenoemde ‘eenvoudige’ mobiliteitshulpmid-

delen (zoals krukken, looprekken, rollators en blindentaststokken) en ‘overige’ mobiliteitshulpmiddelen (zoals loopfietsen). Publiekrechtelijke regelingen en veel particuliere zorgverzekeraars volgen in grote lijnen de Regeling hulpmiddelen 1996. Over het algemeen zal een indicatie voor een hulpmiddel gesteld worden door een behandelende arts. Waar het hulpmiddel vervolgens verkregen wordt, is afhankelijk van het soort hulpmiddel, de keuze van de gebruiker en/of de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar financiert en verstrekt het hulpmiddel (zorg in natura) aan ziekenfondsverzekerden. Het is echter ook mogelijk dat een particulier een mobiliteitshulpmiddel zelf aanschafft. Zo blijkt uit onderzoek dat circa 20% van de rollators particulier – dus buiten de verzekering om – is aangeschaft, bijvoorbeeld omdat men een lichtgewicht rollator wil hebben, maar daarvoor niet is geïndiceerd (Visser 2005).

Rolstoelen worden door gemeenten verstrekt op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg).¹ Naast rolstoelen verstrekken gemeenten op grond van de Wvg ook scootmobielen. Rolstoelen en scootmobielen worden in dit hoofdstuk gegroepeerd onder de mobiliteitshulpmiddelen. Voorwaarde voor verstrekking van een Wvg-voorziening is dat de voorziening langdurig noodzakelijk is. De gemeente mag geen inkomensgrens voor rolstoelen hanteren of een eigen bijdrage van de cliënt vragen. Voor de scootmobiel mag wel een eigen bijdrage gevraagd worden, waarbij de hoogte van de bijdrage afhankelijk is van de hoogte van het inkomen.

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)² maakte in 2005 4,7 % van de totale bevolking gebruik van een mobiliteitshulpmiddel (een stok, kruk, looprek, rollator, rolstoel of scootmobiel). Het aandeel gebruikers van mobiliteitshulpmiddelen stijgt met de leeftijd. Van de 65-plussers gebruikte 19,5% een mobiliteitshulpmiddel in 2005, bij de 75-plussers was dat 35,3% (zie ook Otten 2004 voor de relatie tussen leeftijd en gebruik van mobiliteitshulpmiddelen).

Vervoersvoorzieningen

De bijzondere vervoersvoorzieningen voor doelgroepen zijn nu op veel verschillende manieren geregeld en de verantwoordelijkheid voor dit doelgroepenvervoer is verspreid over een groot aantal partijen. Dit heeft tot gevolg dat veel gebruikers te maken hebben met een onoverzichtelijk systeem van verschillende regelingen, meerdere loketten, verschillende manieren van indicatiestelling en hoge administratieve lasten (TK 2005/2006c, zie ook Kennisplatform Verkeer en Vervoer 2005).

Gemeenten zijn sinds 1 april 1994, toen de Wet voorzieningen gehandicapten van kracht werd, in belangrijke mate verantwoordelijk voor het leefvervoer (vervoer voor sociaalrecreatieve doeleinden) van alle inwoners met beperkingen.³

Gemeenten mogen binnen het kader van de Wvg zelf bepalen hoe zij het vervoer voor gehandicapten willen organiseren en welke regels daarbij gelden. De voorzieningen moeten echter wel verantwoord, dat wil zeggen doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht zijn. De gemeente hoeft niet alle kosten voor het vervoer te vergoeden. Wvg-gebruikers kunnen in veel gevallen tegen OV-tarief met collectief

taxivervoer reizen. Het is aan de gemeente of er eigen bijdragen worden gevraagd en voor welke voorzieningen dat gebeurt.

In veel regio's is ter aanvulling op het reguliere openbaar vervoer een collectief vraagafhankelijk vervoerssysteem (CVV) opgezet, in meerdere gevallen in samenwerking met andere gemeenten in de regio. Deze deeltaxi, die veelal ook geschikt is voor reizigers met mobiliteitsbeperkingen, is een vorm van openbaar vervoer en wordt ook vaak regiotaxi genoemd. Net als in het gewone openbaar vervoer reist men met meer mensen tegelijk. In tegenstelling tot het gewone openbaar vervoer rijdt de regiotaxi niet op dienstregeling en niet van halte naar halte. Mensen worden op afspraak thuis opgehaald, van deur tot deur vervoerd en worden geholpen bij het in- en uitstappen. De reiskosten zijn in het algemeen hoger dan het openbaarvervoertarief. Vaak kunnen Wvg-gerechtigden tegen openbaarvervoerprijzen met de regiotaxi reizen.

Naast collectieve voorzieningen, zoals de hiervoor genoemde regiotaxi, bieden gemeenten ook individuele vervoersvoorzieningen. Het betreft dan voorzieningen aan mensen die bijvoorbeeld om medische redenen geen gebruik kunnen maken van het collectieve vervoer. Meestal verstrekt een gemeente in dat geval een financiële tegemoetkoming in de kosten van het vervoer per taxi of eigen auto. Ook kan een gemeente er in bepaalde gevallen voor kiezen om een aangepaste auto in bruikleen te geven of de kosten voor het aanpassen van de eigen auto te vergoeden.⁴

Aanvullend op het Wvg-vervoer kunnen gehandicapten reizen met Valys (sinds 1 april 2004, daarvoor was er het Traxxstelsel). Valys is bedoeld voor sociaalrecreatieve uitstapjes op bovenregionale afstanden. Bovenregionaal wil zeggen dat de bestemming of het vertrekpunt op meer dan vijf openbaarvervoorzones van het woonadres van de reiziger ligt. Als men met het openbaar vervoer (bus, tram en trein) kan reizen, is beoogd beleid het Valysvervoer te gebruiken in combinatie met een treinreis. Met een Valyspas mag men een bepaald aantal kilometers naar bovenregionale bestemmingen reizen tegen het tarief van 0,16 cent per kilometer (een gemiddeld ov-tarief). Dit wordt het standaard persoonlijk kilometerbudget (pkb) genoemd.

Indien men wegens medische redenen niet met de trein kan reizen, kan men een hoog persoonlijk kilometerbudget aanvragen bij een indicatieadviseur. In 2004 was het standaard pkb 350 kilometer en het hoog pkb 700 kilometer (voor drie kwartalen, omdat het systeem op 1 april in werking trad). Dit is sinds 2005 verhoogd tot respectievelijk 700 en 2250 kilometer per jaar. Mensen komen voor een Valyspas in aanmerking wanneer zij beschikken over een toewijzing van de gemeente van Wvg-vervoer, een Wvg-rolstoel of -scootmobiel, een ov-begeleiderskaart of een gehandicaptenparkeerkaart. Valyspashouders mogen één gratis begeleider meenemen; maximaal drie personen mogen meereizen tegen het kilometertarief van 0,16 euro. Het aantal Valyspashouders stijgt snel. Op 1 december 2004 waren er 40.081 pashouders, op 1 november 2005 waren dat er 68.357 (TK 2005/2006d).

5.3 Mobiliteitshulpmiddelen

Mensen kunnen lichamelijke beperkingen hebben op verschillende gebieden (zie hoofdstuk 1 en 2). Indien iemand een lichamelijke beperking heeft, dan heeft deze vaak (ook) betrekking op de mobiliteit (tabel 5.1). Iets meer dan een op de tien mensen met matige of ernstige beperkingen kan zich niet zelfstandig buitenshuis verplaatsen en iets minder dan een kwart kan geen tien minuten achter elkaar lopen. Het aantal mensen met mobiliteitsbeperkingen neemt toe met de leeftijd, vooral bij de 75-plussers zijn er veel mensen met een mobiliteitsbeperking. Om de mobiliteitsbeperking te compenseren kunnen deze mensen gebruikmaken van mobiliteitshulpmiddelen.

Tabel 5.1

Mobiliteitsbeperkingen binnen de groep mensen met matige en ernstige beperkingen naar leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 2729)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
trap op en af lopen				
met moeite	73,4	74,7	51,9	67,4
alleen met hulp/kan het niet	9,8	12,7	35,4	18,7
zich buitenshuis verplaatsen				
met moeite	44,7	39,9	43,1	42,4
alleen met hulp/kan het niet	4,7	7,6	21,3	10,8
tien minuten lopen zonder te stoppen				
met moeite	45,2	37,3	32,7	38,4
alleen met hulp/kan het niet	15,2	21,0	37,6	24,2

Bron: SCP (WZW'05)

Gebruik

Tabel 5.2 geeft inzicht in het gebruik van verschillende mobiliteitshulpmiddelen. Hierbij zijn de Wvg-voorzieningen (rolstoel en scootmobiel) en de hulpmiddelen op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 samengevoegd. In totaal gebruikt iets meer dan twee op de vijf mensen met matige of ernstige beperkingen (43,6%) een mobiliteitshulpmiddel. De wandelstok is het meest gebruikte mobiliteitshulpmiddel (30%), gevolgd door de rollator (18%). Ouderen maken relatief veel gebruik van deze hulpmiddelen, blijkt ook uit ander onderzoek. Zo werd in 2003 78% van de rollators verstrekt aan ouderen boven de 65 jaar (Visser 2005, het betreft hier een rollator verstrekt op basis van de Regeling hulpmiddelen).

Tabel 5.2

Gebruik van verschillende mobiliteitshulpmiddelen naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2736)

	wandelstok	looprek	rollator	rolstoel	scootmobiel	ander hulpmiddel ^a	totaal ^b
mobiliteitsbeperking	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
geen	16,4	0,0	5,1	1,3	2,5	0,0	20,9
matig	25,6	0,9	13,2	3,2	2,8	1,1	33,4
ernstig	41,9	1,4	31,3	24,5	21,3	3,0	69,1
duur van de beperking	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
korter dan 3 jaar	22,0	0,3	9,3	1,7	1,7	0,7	27,1
langer dan 3 jaar	33,8	1,3	22,4	13,3	11,6	2,0	51,2
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.	n.s.	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	16,6	0,5	2,0	9,9	6,2	1,4	24,8
55-74 jaar	25,4	0,7	11,1	7,1	8,0	0,9	36,4
≥ 75 jaar	49,1	1,8	44,2	12,9	11,2	2,9	72,2
samenstelling huishouden	sign.	n.s.	sign.	n.s.	n.s.	n.s.	sign.
alleenstaand	35,2	0,9	29,4	9,1	8,4	2,0	52,7
samenwonend	26,9	1,0	11,3	10,0	8,5	1,4	37,9
totaal	30,1	1,0	18,3	9,7	8,5	1,6	43,6

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Zoals loopwagen, serveerwagen, blindentastok.
b Totaal: gebruik van een of meer van de genoemde mobiliteitshulpmiddelen.

Bron: SCP (WZW'05)

Bijna 10% van de mensen met langdurige beperkingen maakt gebruik van een rolstoel (naar schatting ruim 100.000 personen), bijna 9% gebruikt een scootmobiel (naar schatting ruim 90.000 personen). Hoeveel mensen er in Nederland in een rolstoel zitten is onbekend, maar uit de Wvg-registraties blijkt dat er 190.800 rolstoelen uitstaan (Wapstra et al. 2005).⁵ Het CBS schat het aantal rolstoelers echter lager in, namelijk op 160.000 mensen die in 2002 gebruikmaakten van een rolstoel of een scootmobiel (1 op de 100 Nederlanders, zie Otten 2004).

Alle hulpmiddelen worden, vanzelfsprekend, het meest gebruikt door de mensen met mobiliteitsbeperkingen. Verder geldt voor alle hulpmiddelen dat zij meer gebruikt worden door de groep mensen met langdurige beperkingen. Hier speelt mee dat de beperkingen vaak ernstiger zijn als deze langer duren, maar ook dat sommige voorzieningen (bv. de rolstoel) specifiek bedoeld zijn voor mensen met een langdurige beperking. Tot slot kan een rol spelen dat mensen zich schamen voor een hulpmiddel en het gebruik zo lang mogelijk willen uitstellen. Pas op het moment dat het echt niet anders kan (na een aantal jaren) gaat men het hulpmiddel gebruiken.

Alleenstaanden en samenwonenden gebruiken verschillende mobiliteitshulpmiddelen. Alleenstaanden gebruiken vaker dan samenwonenden wandelstokken en rollators, maar minder vaak een rolstoel (het verschil tussen alleenstaanden en samenwonenden is niet significant in de bivariate analyses in tabel 5.2, maar wel in de multivariate analyse in bijlage D). Een mogelijke verklaring is dat mensen met beperkingen, zeker ouderen, hun rolstoel niet zelf kunnen voortbewegen en dat samenwonenden vaak geduwd worden door hun partner.

Bijna 9% van de mensen met matige of ernstige beperkingen maakt gebruik van een scootmobiel. Het gaat hier om mensen met ernstige en langdurige mobiliteitsbeperkingen. Uit lokaal onderzoek (De Laat 2004) is bekend dat de scootmobiel voor een veelvoud aan doelen gebruikt wordt, zoals het bezoeken van vrienden of kennissen, de dagelijkse boodschappen doen, naar de huisarts en het ziekenhuis gaan, of gewoon toeren. De scootmobiel is bedoeld voor de korte en middellange afstand, in twee derde van de gevallen (65,4%) is de ritafstand minder dan tien kilometer (De Laat 2004). Het 'bereik' van de scootmobiel is hiermee wel groter dan dat van de andere mobiliteitsvoorzieningen.

Behoefte

De (onvervulde) behoefte aan de verschillende afzonderlijke mobiliteitshulpmiddelen is niet hoog (tabel 5.3). Echter als de behoefte aan individuele voorzieningen wordt opgeteld, wil iets meer dan 8% van de mensen met matige of ernstige beperkingen een mobiliteitshulpmiddel dat hij/zij nu nog niet heeft. De behoefte aan rollators en scootmobielen is het grootst. Vanwege de kleine respondentenaantallen is het moeilijk om aan te geven hoe de groep eruitziet die een onvervulde behoefte heeft aan een mobiliteitshulpmiddel. Over het algemeen gaat het om mensen met ernstige mobiliteitsbeperkingen en over mensen die al gedurende langere tijd (langer dan 3 jaar) een beperking hebben (zie ook de multivariate analyse in bijlage D).

Tabel 5.3

Behoefte aan verschillende mobiliteitshulpmiddelen naar ernst en duur van de beperking, 2005
(in procenten; n = 2734)

	wandelstok	looprek	rollator	rolstoel	scootmobiel	ander hulpmiddel ^a	totaal ^b
mobiliteitsbeperking	n.s.	n.s.	sign.	sign.	sign.	n.s.	sign.
geen	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
matig	1,4	0,8	2,7	0,5	0,9	0,4	6,3
ernstig	3,1	0,6	4,2	2,1	6,9	0,5	13,2
duur van de beperking	n.s.	n.s.	sign.	n.s.	sign.	n.s.	sign.
korter dan 3 jaar	0,7	0,9	0,7	0,8	1,2	0,3	4,3
langer dan 3 jaar	2,5	0,6	4,0	1,1	3,4	0,4	9,9
totaal	1,9	0,7	3,0	1,0	2,7	0,4	8,1

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Zoals loopwagens, serveerwagens, blindentaststok.
b Totaal: gebruik van een of meer van de genoemde mobiliteitshulpmiddelen.

Bron: SCP (WZV'05)

5.4 Vervoersvoorzieningen

Veel van de mensen met matige en ernstige beperkingen hebben moeite met het gebruik van het openbaar vervoer (tabel 5.4). Bijna een derde van de respondenten (30%) kan niet of niet zelfstandig met het 'normale openbaar vervoer reizen. Bij de oudsten (75-plussers) is dit iets meer dan de helft (51%).

Tabel 5.4

Moeite met het gebruik van het openbaar vervoer naar leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 2723)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
zonder moeite	58,5	48,2	26,7	44,8
met moeite	25,9	27,0	21,8	25,1
alleen met hulp/kan niet	15,6	24,9	51,4	30,1

Bron: SCP (WZV'05)

Hoe komen deze mensen (die ook vaak mobiliteitsproblemen hebben, zie § 5.3) van de ene naar de andere plek? Bijna twee derde (63%) van de mensen met matige en ernstige beperkingen maakt gebruik van de eigen auto (tabel 5.5). De eigen auto is voor veel mensen (en dus ook gehandicapten) het ideale vervoermiddel (www.handicap.nl). Ook uit ander onderzoek (Socialdata 2006) blijkt dat mensen met beperkingen veelvuldig gebruik maken van de auto.

Tabel 5.5

Gebruik eigen vervoer (auto) naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2648)

	eigen auto	kilometervergoeding gebruik eigen auto	vergoeding aanpas- sen eigen auto	gehandicapten parkeerkaart
gebruik openbaar vervoer	sign.	sign.	sign.	sign.
zonder moeite	70,2	4,1	0,4	7,8
met moeite	59,6	4,7	0,3	13,5
kan dat niet	48,5	8,2	2,5	30,3
leeftijdsklasse	sign.	sign.	n.s.	sign.
22-54 jaar	73,7	5,3	1,2	10,2
55-74 jaar	70,9	6,3	1,6	18,1
≥ 75 jaar	41,7	5,3	0,4	19,9
samenstelling huishouden	sign.	sign.	sign.	sign.
alleenstaand	34,2	3,4	0,3	10,3
samenwonend	81,1	7,3	1,6	20,0
gemeentegrootte	sign.	sign.	n.s.	sign.
< 20.000 inwoners	74,1	8,3	0,7	18,3
20.000-50.000 inwoners	68,9	6,2	1,5	17,6
50.000-100.000 inwoners	60,9	6,4	0,5	16,8
100.000-150.000 inwoners	58,9	5,0	0,7	11,0
150.000-250.000 inwoners	57,3	5,1	1,5	17,2
> 250.000 inwoners	42,2	1,8	1,2	12,4
totaal	62,9	5,7	1,1	16,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

De oudsten (75-plussers) maken minder gebruik van de auto: zij hebben vaker beperkingen (zoals bij het zien) die het autorijden onmogelijk maken.

Samenwonenden stappen vaker in de auto dan alleenstaanden: zij kunnen immers een partner zonder beperkingen hebben die auto kan rijden. De auto wordt minder vaak gebruikt in de grote steden. Dit geldt niet alleen voor mensen met beperkingen, maar voor iedereen (Harms 2006). Een van de oorzaken hiervan is een kleiner aanbod van openbaarvervoervoorzieningen op het platteland en mogelijk ook de grotere afstanden die op het platteland moeten worden afgelegd. Daarnaast kan meespelen dat in de stad het openbaar vervoer vaak handiger en sneller is dan de auto en spelen in de stad vaker parkeerproblemen.

Het gebruik van vergoedingen voor het aanpassen van of rijden met de eigen auto is niet zo hoog. In plaats van deze individuele vervoersvoorzieningen wijzen gemeenten vaak op het bestaande aanvullende collectieve vervoer. Alleen indien men hier echt geen gebruik van kan maken (bv. door maag-/darmstoornissen, cara of aller-

gieën), dan wordt een individuele vervoersvoorziening zoals aanpassing van de eigen auto, toegewezen (www.handicap.nl).

Iets minder dan een op de tien *autogebruikers* (de 5,7% uit tabel 5.5 heeft betrekking op de totale groep mensen met matige of ernstige beperkingen) krijgt een kilometervergoeding voor het gebruik van de eigen auto. Het gaat dan vooral om mensen die geen gebruik kunnen maken van het gewone openbaar vervoer. In de grotere steden wordt minder vaak een kilometervergoeding voor het gebruik van de eigen auto gegeven. Dit effect wordt slechts gedeeltelijk verklaard door het feit dat er in de grote steden minder vaak auto wordt gereden. Ook als hiervoor (statistisch) gecontroleerd wordt, worden er in de kleinere gemeenten vaker vergoedingen gegeven voor het gebruik van de eigen auto. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het aanbod van vervoersvoorzieningen (zoals het collectieve vraagafhankelijke vervoer) in de grotere steden fijnmaziger of effectiever is dan in de kleinere gemeenten, waardoor de toewijzing van individuele voorzieningen zoals een kilometervergoeding minder vaak nodig is.

Ongeveer een op de zes mensen met langdurige beperkingen heeft een gehandicaptenparkeerkaart (gpk), waarmee het mogelijk is om op voor gehandicapten gereserveerde parkeerplaatsen dicht bij winkels, uitgaansgelegenheden en dergelijke te parkeren. Het gaat vooral om de mensen die moeite hebben met het gebruik van het openbaar vervoer, zoals ouderen. De parkeerkaart is er niet alleen voor de eigen auto: 4,8 % van de mensen zonder auto heeft een gehandicaptenparkeerkaart, zo blijkt uit dit onderzoek (niet in tabel).

Mensen die geen gebruik kunnen of willen maken van een auto, staan ook nog andere vormen van vervoer ter beschikking. De overheid streeft ernaar om het reguliere openbaar vervoer zo toegankelijk mogelijk te maken voor een zo groot mogelijke groep gebruikers. Een groot gedeelte (39%) van de mensen met matige en ernstige beperkingen maakt gebruik van het reguliere openbaar vervoer zoals de bus of de trein (tabel 5.6). Het gaat dan vooral om mensen die geen of weinig moeite hebben met het gebruik van het openbaar vervoer, om degenen die nog niet zo lang een beperking hebben (deze is dan meestal ook lichter dan bij personen die al langer een beperking hebben) en om relatief jonge mensen.

Het is heel goed mogelijk dat het gewone openbaar vervoer wordt gebruikt in combinatie met het aanvullende vervoer of dat een persoon met beperkingen iemand meeneemt om te helpen bij het gebruik van het normale openbaar vervoer; de begeleider reist dan gratis met gebruik van een ov-begeleiderskaart. Hoe vaak dergelijke combinaties van voorzieningen voorkomen, is niet te achterhalen in de gegevens uit het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn (wzw).

Tabel 5.6

Gebruik van collectieve en individuele vervoersvoorzieningen naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2720)

	openbaar vervoer	CVV ^a /regiotaxi	Wvg-pas collectief vervoer	taxikostenvergoeding	Valys
gebruik openbaar vervoer	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
zonder moeite	57,4	14,0	6,8	3,4	1,4
met moeite	48,2	26,3	17,2	10,4	3,7
alleen met hulp/kan het niet	11,2	40,2	30,1	21,1	6,4
duur van de beperking	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
korter dan drie jaar	46,9	16,2	6,9	3,6	0,9
langer dan drie jaar	34,9	27,4	20,1	13,2	4,3
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	43,8	11,2	6,1	5,7	0,8
55-74 jaar	39,9	18,3	13,3	6,7	2,5
≥ 75 jaar	31,8	44,0	29,3	19,3	6,6
samenstelling huishouden	n.s.	sign.	sign.	sign.	sign.
alleenstaand	40,9	37,6	25,3	15,5	5,1
samenwonend	37,2	15,1	9,9	6,9	2,0
totaal	38,7	23,9	15,9	10,2	3,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Collectief vraagafhankelijk vervoer.

Bron: SCP (WZV'05)

Behalve van het normale openbaar vervoer wordt er ook veel gebruikgemaakt van het collectieve vraagafhankelijke vervoer, de regiotaxi. Bijna een kwart van de respondenten maakt hiervan gebruik (tabel 5.6). Mensen die moeite hebben met het gebruik van het normale openbaar vervoer maken relatief veel gebruik van het collectieve vraagafhankelijke vervoer, evenals mensen die korter dan drie jaar een beperking hebben, 75-plussers en alleenstaanden. Lokaal onderzoek (De Laat 2004) laat zien dat de regiotaxi veel gebruikt wordt voor bezoek aan familie of kennissen en voor medische afspraken (22%). Opvallend is dat alleenstaanden meer gebruikmaken van het collectieve vraagafhankelijke vervoer dan samenwonenden (tabel 5.6). Dit hangt samen met het hogere gebruik van de auto door samenwonenden. Ten slotte wordt het collectieve vraagafhankelijke vervoer in de kleinere gemeenten minder gebruikt dan in de grotere gemeenten (niet in tabel 5.6, zie de multivariate analyses in bijlage D). Dit komt wellicht doordat het aanbod minder groot is op het platteland, waar juist wel meer met de auto wordt gereisd (Harms 2006; zie ook tabel 5.5).

Bijna 16% van de mensen met beperkingen heeft een Wvg-pas voor collectief vervoer. Met een dergelijke pas is het mogelijk om tegen gereduceerd tarief gebruik te maken van collectieve vervoersvoorzieningen zoals de regiotaxi. Degenen met een

langdurende beperking, 75-plussers en alleenstaanden maken relatief veel gebruik van een Wvg-pas.

Ongeveer een op de tien personen met matige of ernstige beperkingen krijgt een taxikostenvergoeding (tabel 5.6). De groep die deze vergoeding ontvangt heeft dezelfde kenmerken als de gebruikers van de regiotaxi en de Wvg-pas. Opnieuw maken alleenstaanden meer gebruik van de taxikostenvergoeding.

Het minst wordt er gebruikgemaakt van het Valysysteem. Minder dan 5% (3,2%) van de mensen met matige of ernstige beperkingen gebruikt dit. Toepassing van dit percentage op de 1,1 miljoen mensen met langdurige matige of ernstige beperkingen leidt tot een schatting van ruim 35.000 gebruikers. Dit is ongeveer vergelijkbaar met het aantal pashouders per 1 november 2004 (40.081, het WZW-onderzoek werd uitgevoerd begin 2005). Er is geen informatie in het WZW-onderzoek over de intensiteit waarmee het Valysysteem gebruikt wordt. Bij het Traxxstelsel was in 2003 was 6% van de Traxxpashouders verantwoordelijk voor 30% van het totale aantal verreden kilometers (TK 2005/2006d).

Tabel 5.7

Gebruik van een Wvg-vervoersvoorziening naar achtergrondkenmerken,^a 2005 (in procenten; n = 2720)

	gebruikt Wvg-vervoersvoorziening
gebruik openbaar vervoer	sign.
zonder moeite	12,5
met moeite	25,2
alleen met hulp/kan het niet	48,9
duur van de beperking	sign.
korter dan drie jaar	10,8
langer dan drie jaar	33,2
leeftijdsklasse	sign.
22-54 jaar	14,9
55-74 jaar	22,7
≥ 75 jaar	42,1
samenstelling huishouden	sign.
alleenstaand	34,6
samenwonend	20,1
totaal	26,1

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets).

a Kilometervergoeding gebruik eigen auto, vergoeding aanpassen eigen auto, Wvg-pas collectief vervoer, taxikostenvergoeding.

Bron: SCP (WZW'05)

Ruim een kwart van de mensen met beperkingen maakt gebruik van een of meer Wvg-vervoersvoorzieningen (gebruikt een Wvg-vervoerspas, ontvangt een taxikostenvergoeding, vergoeding voor het gebruik van een eigen auto of vergoeding voor

het aanpassen van een eigen auto, zie tabel 5.7). In overeenstemming met de eerdere bevindingen met betrekking tot de individuele voorzieningen maken mensen die het openbaar vervoer niet kunnen gebruiken relatief veel gebruik van Wvg-vervoersvoorzieningen, evenals mensen met een langdurige beperking, 75-plussers en alleenstaanden. Van de gebruikers van Wvg-vervoersvoorzieningen is 71% ouder dan 65 jaar (wzw-gegevens, niet in tabel 5.7). Dit is iets meer dan bij de Wvg-cliënten in het algemeen: bij hen is ruim twee derde 65 jaar of ouder (Wapstra et al. 2005).

In totaal maakt meer dan 92% van de mensen met matige of ernstige beperkingen gebruik van een of meer vervoersvoorzieningen (inclusief de eigen auto). Dit betekent dat bijna 8% van de mensen met beperkingen van geen enkele vervoersvoorziening gebruikmaakt. Dit zijn de mensen die grote moeite hebben met het gebruik van het normale openbaar vervoer, ouderen (75-plussers) en alleenstaanden (dus zij die geen partner hebben die hen met de auto kan brengen) (tabel 5.8). Een klein gedeelte van hen (15%, wzw-gegevens) heeft een scootmobiel, een ander gedeelte verplaatst zich mogelijk alleen te voet (Socialdata 2006).

Tabel 5.8

Geen enkele vervoersvoorziening gebruiken (inclusief de auto) naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2720)

	maakt van geen enkele vorm van vervoer gebruik
gebruik openbaar vervoer	sign.
zonder moeite	3,3
met moeite	5,5
alleen met hulp/kan niet	15,1
leeftijdsklasse	sign.
22-54 jaar	5,2
55-74 jaar	5,7
≥ 75 jaar	12,0
samenstelling huishouden	sign.
alleenstaand	12,0
samenwonend	4,5
totaal	7,4

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (WZW'05)

De meeste mensen met matige of ernstige beperkingen maken gebruik van een of meerdere vervoersvoorzieningen. Dit wil niet zeggen dat er geen onvervulde behoeften zijn op dit gebied. In hoofdstuk 2 is al aan de orde gekomen dat vervoersproblemen vaak een belemmerende factor vormen bij de maatschappelijke participatie.

In tabel 5.9 is de behoefte aan voorzieningen die aan de eigen auto gerelateerd zijn te vinden. Ongeveer een op de tien personen met matige of ernstige beperkingen heeft behoefte aan een kilometervergoeding voor het gebruik van de eigen auto en bijna een op de zes heeft behoefte aan een gehandicaptenparkeerkaart. Het betreft hier overwegend mensen die moeite hebben met het gebruik van het normale openbaar vervoer. De 22-54-jarigen en de 55-74-jarigen hebben vaker behoefte aan deze voorzieningen dan de 75-plussers. Dit hangt samen met het feit dat 75-plussers veel minder vaak een eigen auto hebben (tabel 5.5). Verder valt op dat samenwonenden meer behoefte aan deze voorzieningen hebben dan alleenstaanden (omdat eerstgenoemden vaker gebruikmaken van een auto).

Tabel 5.9

Behoeft aan eigen auto of auto-gerelateerde voorzieningen naar achtergrondkenmerken, 2005
(in procenten; n = 2719)

	eigen auto	kilometervergoeding gebruik eigen auto	vergoeding aan- passen eigen auto	gehandicapten- parkeerkaart
gebruik openbaar vervoer	n.s.	sign.	sign.	sign.
zonder moeite	3,0	7,2	2,7	10,5
met moeite	3,3	11,4	6,0	19,9
alleen met hulp/kan niet	2,4	12,8	5,1	18,7
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	3,8	11,9	7,0	18,5
55-74 jaar	3,1	13,1	4,5	17,4
≥ 75 jaar	1,0	5,1	1,5	10,3
samenstelling huishouden	n.s.	sign.	sign.	sign.
alleenstaand	3,3	6,5	3,0	9,8
samenwonend	2,3	12,8	5,3	19,2
totaal	2,7	10,3	4,4	15,5

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

In tabel 5.10 is de behoefte aan collectieve en individuele vervoersvoorzieningen (exclusief de aan de auto gerelateerde voorzieningen) weergegeven. De behoefte aan gewone openbaarvervoersvoorzieningen is niet groot: de meeste respondenten kunnen hier immers toch geen gebruik van maken (of kunnen dit alleen met moeite) (tabel 5.4). Er is wel behoefte aan het collectieve vraagafhankelijke vervoer (de regio-taxi), een Wvg-vervoerspas, een taxikostenvergoeding of het Valysysteem. Het zijn vooral degenen zonder eigen auto die behoefte hebben aan specifieke voorzieningen. Ouderen (75-plussers) lijken meer behoefte te hebben aan specifieke voorzieningen dan de 22-54 jarigen en de 55-74-jarigen. Uit de multivariate analyses blijkt echter

dat de 75-plussers juist minder behoefte hebben aan specifieke voorzieningen, als er rekening mee wordt gehouden dat ouderen vaker geen auto hebben en vaak meer moeite hebben met het gebruik van het openbaar vervoer (zie bijlage D, dit geldt voor het collectieve vraagafhankelijke vervoer, de Wvg-vervoerspas en de taxikostenvergoeding; bij het Valysstelsysteem zijn er geen significante verschillen tussen de leeftijds-categorieën).

Bijna 8% heeft behoefte aan het Valysstelsysteem. Dit is opvallend, omdat velen van hen zonder veel problemen een Valyspas zouden kunnen aanvragen: 47% van degenen met een behoefte heeft recht op een Valyspas (omdat zij bv. een Wvg-pas hebben).

Tabel 5.10

Behoeft aan collectieve en individuele vervoersvoorzieningen naar achtergrondkenmerken, 2005
(in procenten; n = 2720)

	openbaar vervoer	CVV ^a /regiotaxi	Wvg-pas collectief vervoer	taxikostenvergoeding	Valys
gebruik openbaar vervoer	sign.	sign.	n.s.	sign.	sign.
zonder moeite	0,1	2,8	6,1	5,3	4,8
met moeite	2,4	8,4	7,5	11,2	9,3
alleen met hulp/kan niet	3,0	8,6	7,5	12,7	13,1
leeftijdsklasse	n.s.	n.s.	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	1,4	4,8	7,5	7,0	5,2
55-74 jaar	1,2	5,7	4,9	9,0	7,3
≥ 75 jaar	1,6	6,4	7,3	10,9	11,4
gebruik eigen auto	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
nee	2,4	9,6	11,3	16,0	14,6
ja	0,9	3,3	3,5	4,7	3,9
totaal	1,4	5,6	6,4	8,9	7,8

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Collectief vraagafhankelijk vervoer.

Bron: SCP (WZV'05)

In totaal heeft ruim een derde (38%, tabel 5.11) van de mensen met matige of ernstige beperkingen behoefte aan een of meer vervoersvoorzieningen (inclusief de auto). Mensen die moeite hebben met het gebruik van het openbaar vervoer en degenen die langdurige beperkingen hebben, hebben vaker behoefte aan een of meer vervoersvoorzieningen dan mensen die geen moeite hebben met het gebruik van het openbaar vervoer en mensen die pas sinds minder dan drie jaar een beperking hebben. Ouderen (75-plussers) hebben minder behoefte aan vervoersvoorzieningen.

De behoefte aan vervoersvoorzieningen is het grootst onder de mensen die vervoersproblemen ondervinden bij de maatschappelijke participatie (15% van de mensen ondervindt dergelijke problemen, zo bleek in hoofdstuk 2).

Aan specifieke Wvg-voorzieningen heeft ruim 21% van de mensen met beperkingen behoefte (tabel 5.11). De kenmerken van de groep met een behoefte aan Wvg-voorzieningen zijn hetzelfde als bij de groep mensen met behoefte aan vervoersvoorzieningen in het algemeen.

Tabel 5.11

Behoefte aan vervoersvoorzieningen in het algemeen en aan specifieke Wvg-voorzieningen naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2721)

	behoefte aan een of meer vervoersvoorzieningen ^a	Wvg-voorziening ^b
gebruik openbaar vervoer	sign.	sign.
zonder moeite	28,5	16,3
met moeite	42,6	25,3
alleen met hulp/kan niet	49,0	27,1
duur van de beperking	sign.	sign.
korter dan drie jaar	26,7	15,9
langer dan drie jaar	42,9	23,9
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	38,1	24,0
55-74 jaar	40,7	22,8
≥ 75 jaar	33,9	17,0
samenstelling huishouden	sign.	n.s.
alleenstaand	35,5	21,8
samenwonend	39,3	21,1
gebruik eigen auto	n.s.	n.s.
nee	37,0	20,6
ja	38,3	21,9
ondervindt vervoersproblemen ^c	sign.	sign.
nee	34,8	19,1
ja	57,5	35,1
totaal	37,8	21,4

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

a Alle vervoersvoorzieningen (inclusief de auto).

b Kilometervergoeding gebruik eigen auto, vergoeding aanpassen eigen auto, Wvg-pas collectief vervoer, taxikostenvergoeding.

c Ondervindt vervoersproblemen bij een of meer van de volgende activiteiten: het bezoeken van kerkdiensten, het sporten in verenigingsverband, het doen van vrijwilligerswerk, het deelnemen aan verenigingen, het uitgaan, de vrijetijdsactiviteiten buitenshuis, het deelnemen aan belangenorganisaties (zie ook hoofdstuk 2).

Bron: SCP (WZW'05)

Als de behoefte aan vervoersvoorzieningen zo groot is, waarom maakt men er dan niet meer gebruik van? Voor bijna een derde van de respondenten (31,2%, tabel 5.12) speelt mee dat zij niet weten hoe zij de vervoersvoorzieningen moeten regelen. De oudsten (75-plussers), de alleenstaanden en degenen met een laag inkomen weten de weg naar de voorzieningen minder goed te vinden dan de 75-minners, samenwonenden en mensen met hogere inkomens.

Tabel 5.12

Redenen niet-gebruik vervoersvoorzieningen naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten, selectie niet-gebruikers met behoefte; n = 1071)

	weet niet hoe te regelen	aanvraag is afgewezen	kan dat niet betalen	anders
duur van de beperking	n.s.	sign.	sign.	sign.
korter dan drie jaar	25,4	12,5	4,7	62,5
langer dan drie jaar	32,0	20,1	10,8	46,6
leeftijdsklasse	sign.	n.s.	sign.	n.s.
22-54 jaar	30,2	21,0	14,6	46,2
55-74 jaar	26,8	18,0	7,9	53,1
≥ 75 jaar	36,8	15,9	6,3	49,7
samenstelling huishouden	sign.	sign.	n.s.	n.s.
alleenstaand	35,2	14,2	9,9	47,0
samenwonend	27,9	20,8	9,2	51,8
netto huishoudensinkomen	sign.	sign.	sign.	sign.
< 900 euro	44,4	16,3	14,1	37,0
900-1100 euro	44,3	13,2	17,4	40,7
1100-1300 euro	31,0	14,7	12,1	49,1
1300-1700 euro	32,0	17,4	4,6	51,6
≥ 1700 euro	18,9	25,4	6,2	57,1
totaal	31,2	18,2	9,7	49,8

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZV'05)

Voor bijna een op de tien geldt dat men bang is de voorziening niet te kunnen betalen. Deze reden is vooral van belang voor de mensen met de laagste inkomens, waaronder ook de 22-54-jarigen (die vaak lagere inkomens hebben dan de ouderen, zie hoofdstuk 7).

Bij bijna 1 op de 5 respondenten is een reden van niet-gebruik dat een aanvraag is afgewezen. Opvallend is dat deze reden het minst meespeelt voor de oudsten: bij hen wordt er blijkbaar het minst een aanvraag afgewezen. Ook samenwonenden krijgen

vaker een weigering dan alleenstaanden, waarschijnlijk omdat hierbij rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van de partner.

Opvallend veel mensen (tabel 5.11) geven aan dat er een andere reden was (dan 'weet niet hoe het te regelen', 'kan dat niet betalen', of 'de aanvraag is afgewezen'). Deze reden is of deze redenen zijn niet te achterhalen. De groep die 'andere reden' opgeeft is echter wel een specifieke: het gaat om mensen die korter dan drie jaar een beperking hebben en om mensen met hogere inkomens.

5.5 Tevredenheid met de voorzieningen en met de Wvg

Iets minder dan een kwart van de mensen met matige of ernstige beperkingen maakt gebruik van het collectieve vraagafhankelijke vervoer/de regiotaxi (zie § 5.4). Het oordeel van de gebruikers over deze voorzieningen is over het algemeen positief (tabel 5.13).

Gebruikers zijn zeer positief over de mogelijkheid om met de regiotaxi op iedere gewenste bestemming te komen. Toch zegt 8% dat hij/zij niet op iedere gewenste bestemming kan komen. Onduidelijk is waarom dat niet kan. Ook bij de gebruikers van het Valyssysteem (n = 111) geeft 90,5% aan dat men het eens is met de stelling 'met het Valyssysteem kan ik op iedere gewenste bestemming komen' (niet in tabel). Wel vindt bijna een derde van de gebruikers van het aanvullende vervoer dat het veel moeite kost om ergens te komen.

Gebruikers van het collectieve vraagafhankelijke vervoer zijn het minst positief over het op tijd komen: de helft (49,7%) is het eens met de stelling 'het aanvullende vervoer is vaak niet op tijd'. Hierbij moet opgemerkt worden dat de perceptie van de gebruiker kan zijn dat het vervoer niet op tijd is, terwijl dit volgens de gebruikersvoorwaarden wel het geval is. De collectieve taxisystemen kennen in de contracten (en gebruikersvoorwaarden) vaak een uitloop van vijftien minuten voor en vijftien minuten na het afgesproken tijdstip. Deze ontevredenheid met het op tijd komen stemt wel overeen met andere onderzoeken (zie bv. De Klerk 2002 en Smeets en Gremmen 2005).

Ongeveer een kwart van de respondenten vindt het aanvullende vervoer te duur en ongeveer een kwart is het eens met de stelling dat de kosten van het aanvullende vervoer een reden zijn om er minder dan gewenst gebruik van te maken. Vooral voor de mensen in de laagste inkomensklassen vormen de kosten een belemmering voor het gebruik (niet in tabel).

Tabel 5.13

Oordeel over het aanvullende vervoer naar leeftijdsklasse, selectie gebruikers van het aanvullende vervoer, 2005 (percentage mee eens; n = 591)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
met het aanvullende vervoer kan ik binnen de regio op iedere gewenste bestemming komen	89,3	95,2	90,6		91,7
door mijn vervoersvoorziening/vergoeding ben ik veel minder afhankelijk van anderen	68,8	78,6	79,2		77,2
het aanvullende vervoer is vaak niet op tijd	40,4	46,4	54,0	sign.	49,7
het kost veel moeite om met het aanvullende vervoer op de gewenste bestemming te komen	29,8	33,5	30,2		31,1
het aanvullende vervoer is te duur	31,9	31,9	23,2		27,2
de kosten van het aanvullende vervoer zijn voor mij een reden om hier minder dan ik zou willen gebruik van te maken	30,2	28,4	18,5	sign.	23,1

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (WZV'05)

Tot nu toe is gesproken over tevredenheid met de voorzieningen. Hoe tevreden is men over het aanvraagtraject dat aan het gebruik van een voorziening voorafgaat? Iets meer dan 12% van de respondenten heeft de afgelopen twee jaar een vervoersvoorziening aangevraagd bij de Wvg (tabel 5.14).⁶ Mensen met een ernstige beperking hebben vaker een aanvraag ingediend dan degenen met matige beperkingen; 75-plussers dienen vaker een aanvraag in dan de 55-74-jarigen en de 22-54-jarigen. Van degenen die een aanvraag hebben ingediend, heeft 67% de voorziening gekregen, 9% wacht nog op een antwoord en bij 23% is de aanvraag afgewezen. Van de mensen die een voorziening hebben gekregen vindt 93% dat dit de juiste voorziening was (niet in tabel 5.14).

Tabel 5.14

Vervoersvoorzieningen aangevraagd bij Wvg naar ernst van de beperking en leeftijdscategorie, 2005 (in procenten)

	matige bep. ernstige bep.		22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
aanvraag ingediend	9,2	20,6	7,9	10,2	19,4	12,3
waarvan gekregen	65,9	70,9	65,7	63,9	72,3	68,2
waarvan nog wachtend	8,4	9,9	10,4	9,3	8,4	9,1
waarvan aanvraag afgewezen	25,7	19,2	23,9	26,9	19,4	22,7
(n aanvraag ingediend)	(182)	(154)	(67)	(108)	(160)	(335)

Bron: SCP (WZV'05)

In tabel 5.15 is specifieke informatie te vinden over tevredenheid over de Wvg-ambtenaar die bij de aanvraag betrokken was en over de Wvg in het algemeen. De oordelen zijn in grote lijnen positief te noemen. Het minst positief is men over de telefonische bereikbaarheid van het Wvg-loket en over de tijd die het duurt voordat een voorziening wordt toegewezen.

De 22-54-jarigen zijn over het algemeen minder positief dan de 55-plussers. Zij zijn vooral minder positief over de bejegening, het rekening houden met de mening van de aanvrager, het geven van informatie over de stand van zaken en de wachttijd. Personen van wie een aanvraag is afgewezen zijn veel minder positief dan de mensen die hun aanvraag gehonoreerd zagen (niet in tabel; hetzelfde patroon was eerder zichtbaar bij mensen die wel een woonvoorziening aangevraagd hadden, maar deze niet toegewezen kregen, zie hoofdstuk 3).

Deze uitkomsten komen overeen met die van lokaal onderzoek (Breejen en Jansen 2005), waaruit een grote tevredenheid met de Wvg blijkt wat betreft de aanvraagprocedure, beschikbaarheid en bruikbaarheid, en een mindere tevredenheid met de snelheid waarmee de aanvraag en de toewijzingsprocedure verlopen.

Tabel 5.15
Ervaringen met de Wvg naar leeftijdsklasse, 2005 (in procenten)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
Wvg-ambtenaar met wie het meeste contact...					
positieve aspecten					
behandelde mij fatsoenlijk	87,7	94,9	92,5	n.s.	92,2
was goed op de hoogte van mijn situatie	71,9	84,4	88,9	sign.	83,7
gaf mij duidelijke informatie	75,4	81,0	87,1		82,5
hield goed rekening met mijn mening	70,9	83,3	85,6	n.s.	81,7
informeerde mij voldoende over de gang van zaken	67,2	81,0	87,7	sign.	80,9
negatieve aspecten					
heeft niet gereageerd op een brief die ik schreef	20,7	8,1	5,8	n.s.	10,2
schreef mij weleens een onbegrijpelijke brief	20,6	8,9	6,9	n.s.	10,9
stuurde mij van het kastje naar de muur	22,4	12,8	9,2	sign.	13,3
heeft mij een voorziening ten onrechte niet toegekend	38,6	21,6	18,8	sign.	24,2
het Wvg-loket is telefonisch moeilijk bereikbaar	41,7	13,8	20,0	sign.	23,7
bij de Wvg moet je lang wachten voordat je iets krijgt	57,1	41,4	30,7	sign.	40,0
(n)	(57)	(79)	(120)		(256)
Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.					
Bron: SCP (WZW'05)					

5.6 Samenvatting

Mobiliteit en vervoer vormen belangrijke voorwaarden voor de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen.

Bijna 44% van de mensen met beperkingen gebruikt een mobiliteitshulpmiddel. Wandelstokken en rollators worden het meest gebruikt, op enige afstand gevolgd door rolstoelen en scootmobielen. Mensen met een langdurige beperking en ouderen maken relatief veel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen.

De eigen auto wordt door bijna twee derde van de mensen met beperkingen gebruikt. Vooral samenwonenden nemen de auto om zich te verplaatsen, omdat de partner vaak geen beperkingen heeft en kan autorijden. Vergoedingen voor het aanpassen van de eigen auto worden niet vaak verstrekt, kilometervergoedingen iets vaker. Een kwart van de mensen met een auto heeft een gehandicaptenparkeerkaart.

Bijna 39% van degenen met langdurige beperkingen maakt gebruik van het openbaar vervoer. Dit zijn overwegend mensen met een kortdurende, matige beperking. Mensen met ernstige (mobiliteits)beperkingen maken juist gebruik van het collectieve vraagafhankelijke vervoer of een taxikostenvergoeding. Het Valysysteem wordt niet veel gebruikt.

Meer dan een derde van de mensen met beperkingen heeft behoefte aan een of meer vervoersvoorzieningen (inclusief de auto) die men nog niet heeft. Vooral de 22-54-jarigen hebben behoefte aan een kilometervergoeding voor de eigen auto, een vergoeding voor het aanpassen van de eigen auto of aan een gehandicaptenparkeerkaart. De behoefte aan het Valysysteem is meer dan twee keer zo groot als het gebruik. Dit is opvallend, omdat de meeste mensen met een behoefte binnen de doelgroep van het Valysysteem vallen, en er dus zonder meer gebruik van kunnen maken.

De tevredenheid met het aanvullende vervoer is over het algemeen groot. De minste tevredenheid is er over het op tijd zijn. De 'jongeren' van 22-54 jaar zijn over het algemeen minder tevreden dan de 55-plussers. Dezelfde groep is ook minder tevreden over de Wvg (indien zij een aanvraag voor een vervoersvoorziening hebben ingediend). Een belangrijke oorzaak van deze geringere tevredenheid is dat hun aanvraag relatief vaak werd afgewezen.

Noten

- 1 Indien men een indicatie voor verblijf en behandeling heeft, dan wordt de rolstoel gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (indien deze hulpmiddelen deel uitmaken van de behandeling).
- 2 StatLine, geraadpleegd op 1 april 2006; het CBS gebruikt de term 'hulpmiddel voor het bewegen'.
- 3 Heeft men vervoersvoorzieningen nodig om van en naar het werk te reizen, dan kan men gebruik maken van de Wet (re)ïntegratie arbeidsgehandicapten (wet REA). De rechthebbende op 'werkvervoer' heeft ook recht op leefvervoer krachtens die wet. Met ingang van 1 januari 2006 zijn de REA-vervoersvoorzieningen opgenomen in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Wet invoering en financiering Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (IWIA).
- 4 In driekwart van de gemeenten wordt binnen de Wvg voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens een aangepaste auto in bruikleen verstrekt of worden de kosten van het aanpassen van de auto vergoed (Ipsa Facto en SGB0 2001: 106).
- 5 Dat het aantal Wvg-rolstoelen hoger is dan in het wzw-onderzoek, hangt samen met het feit dat verschillende mensen twee rolstoelen kunnen hebben (de Wvg registreert rolstoelen, geen cliënten) en dat het wzw-onderzoek alleen betrekking heeft op 22-plussers. Tot slot is het mogelijk dat niet alle rolstoelen die uitstaan ook daadwerkelijk gebruikt worden (bij de Wvg-registratie gaat het om uitstaande rolstoelen en bij wzw om het gebruik van rolstoelen).
- 6 10% heeft zelf een aanvraag ingediend, bij 2,3% is de aanvraag door iemand anders namens de respondent ingediend.

6 Welzijn

6.1 Inleiding

Het beleid van vermaatschappelijking van de zorg heeft als doel dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en kunnen deelnemen aan de samenleving (zie ook Kwekkeboom et al. 2006). Dit heeft gevolgen niet alleen voor de organisatie van zorgvoorzieningen, maar ook voor die van welzijnsvoorzieningen. Welzijnsdiensten zijn erop gericht de zelfstandigheid en maatschappelijke participatie van zelfstandig wonende ouderen, chronisch zieken of mensen met een handicap te bevorderen. Ze helpen voorkomen dat mensen in een isolement raken en mede daardoor zorgafhankelijk worden.

In dit hoofdstuk gaat het, net als in de overige hoofdstukken, met name over de kennis over, het gebruik van en de behoefte aan welzijnsvoorzieningen en niet zozeer over de bijdrage van deze voorzieningen aan de zelfstandigheid of maatschappelijke participatie.

De organisatie van de welzijnssector kenmerkt zich door verregaande decentralisatie. Tot de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (waarschijnlijk op 1 januari 2007) geldt voor de welzijnssector de Welzijnswet uit 1994 (Staatsblad 1994).

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de welzijnssector op uitvoerend niveau (en zullen dat na invoering van de Wmo ook blijven). Ze ontvangen hiervoor geld van de rijksoverheid via een algemene uitkering uit het Gemeentefonds. De gemeente kan zelf prioriteiten stellen en beleidskeuzes maken en dus zelf het 'welzijnslandschap' inrichten. De provincies en de vier grote steden zijn verantwoordelijk voor de financiering van de provinciale en grootstedelijke steunfunctieorganisaties (tegenwoordig ook wel Centra voor Maatschappelijke Ontwikkeling (CMO) genoemd). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft een overkoepelende en stimulerende functie.

Welzijn omvat meer dan in de welzijnswet is beschreven en strekt zich uit over meerdere beleidsterreinen. Juist omdat het welzijnswerk lokaal vorm wordt gegeven kan het aanbod, de manier waarop het aanbod is georganiseerd en de naamgeving van voorzieningen per gemeente verschillen. Dit maakt het lastig om een landelijk onderzoek naar deze sector te verrichten. Het WILL-project (www.willweb.nl), Welzijn Informatievoorziening Lokaal en Landelijk, is in het leven geroepen om te komen tot een eenduidige landelijke beschrijving van de sociaal-maatschappelijke doelen en van de prestaties van het welzijnswerk, en om een 'productenboek' op te stellen, waarin welzijnsvoorzieningen eenduidig worden beschreven, zodat voor iedereen helder is wat hieronder verstaan moet worden. Op die manier kan het aanbod van de welzijnssector op een uniforme manier in kaart worden gebracht.

Dit neemt niet weg dat het lastig is om bij mogelijke cliënten te inventariseren welke voorzieningen zij gebruiken of nodig achten, omdat die voorzieningen lokaal onder verschillende namen bekend kunnen zijn. Om die reden zijn alleen die voorzieningen in dit onderzoek betrokken die vrij algemeen bekend zijn of waarvan de benaming voor de meeste mensen direct duidelijk is.

In dit hoofdstuk wordt geen uitputtend beeld gegeven van de welzijnssector. Er wordt vooral gekeken naar voorzieningen op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening (zie ook Van Dam et al. 2005), omdat vooral deze (mede) gericht zijn op mensen met lichamelijke beperkingen. Buiten beschouwing blijven dan bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang en het sociaal-culturele werk. Deze voorzieningen zijn overigens wel belangrijk voor de maatschappelijke participatie. Zo verzorgt het sociaal-culturele werk veel cursussen waaraan vooral ouderen deelnemen en dit kan een rol spelen bij het voorkomen van sociaal isolement.

Wel wordt ingegaan op verschillende informatie- en adviesdiensten die behulpzaam kunnen zijn bij het vinden van de weg naar uiteenlopende (zorg- en welzijns)voorzieningen of die kunnen helpen bij problemen rond regelgeving en wetgeving. Specifiek zal worden gekeken naar het algemeen maatschappelijk werk, de sociaal raadslieden, het dienstencentrum in de wijk, de Stichting Welzijn Ouderen, ouderenadviseurs en het zorgloket van de gemeente. Daarnaast is er aandacht voor praktische diensten die van belang kunnen zijn bij het zelfstandig (blijven) wonen: maaltijdvoorzieningen, klussenhulp en boodschappendiensten.

Het huidige hoofdstuk geeft een landelijk beeld van het gebruik van en de behoefte aan een aantal welzijnsvoorzieningen door mensen met lichamelijke beperkingen. Dergelijke cijfers zijn er nog nauwelijks. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzamelt wel landelijke cijfers over het aanbod van enkele welzijnsvoorzieningen (zoals het aantal welzijnsinstellingen dat diensten voor ouderen levert (zie ook § 6.2), maar er zijn geen cijfers met betrekking tot het gebruik. Wel zijn er op lokaal niveau (provincie, gemeente, GGD-regio) gegevens over het gebruik van diverse welzijnsvoorzieningen. Waar relevant zullen deze worden besproken. Anders dan in de overige hoofdstukken zal er in dit hoofdstuk aandacht zijn voor de samenhang met de gemeentegrootte, omdat deze welzijnsvoorzieningen lokaal kunnen verschillen.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt er in paragraaf 6.2 een beeld geschetst van de welzijnsector en meer specifiek van de voorzieningen die in dit hoofdstuk aan bod komen. Paragraaf 6.3 gaat in op de kennis die mensen met beperkingen hebben van verschillende soorten voorzieningen. Het gebruik van en de behoefte aan verschillende informatie- en adviesdiensten staat centraal in paragraaf 6.4. In paragraaf 6.5 komen de meer praktische welzijnsvoorzieningen aan bod: maaltijdvoorzieningen, klussenhulp en boodschappendiensten. Het hoofdstuk eindigt in paragraaf 6.6 met een samenvatting.

6.2 Begrippen

Welzijnswerk voor ouderen

In 2003 leverden 368 welzijnsinstellingen diensten voor ouderen; 305 daarvan waren specifieke instellingen voor ouderen (CBS StatLine). De uitvoering van het welzijnsbeleid voor ouderen is in veel gemeenten in handen van stichtingen Welzijn Ouderen. Deze stichtingen organiseren en coördineren activiteiten en voorzieningen voor ouderen.

Zo'n voorziening is de ouderenadviseur. De kern van ouderenadvisering is het met raad en daad bijstaan van oudere mensen die moeite krijgen – of al langer hebben – met het voortzetten van een zelfstandig leven (Lammersen en Phillipi 2003). De informatie en adviezen hebben vooral betrekking op het terrein van wonen, zorg, welzijn en financiën. De ouderenadviseur richt zich vooral op ouderen van 65 jaar en ouder die nog zelfstandig wonen.¹ De ouderenadviseur is (meestal) een professioneel opererende deskundige op hbo-niveau. Naast de betaalde krachten zijn er ook veel vrijwilligers werkzaam op het terrein van de ouderenadvisering. Uit de praktijk blijkt dat de werkzaamheden van vrijwilligers vooral bestaan uit het verrichten van preventieve huisbezoeken of huisbezoeken naar aanleiding van een specifieke vraag van een oudere. In 2001 waren er bij welzijnsorganisaties ongeveer 270 fte beschikbaar voor ouderenadvisering. Het aantal fte bij woningbouwcorporaties, overheidsloketten en verzorgingshuizen is niet bekend.

Maatschappelijke dienstverlening

Onder maatschappelijke dienstverlening vallen het algemeen maatschappelijk werk (amw) en instellingen zoals de bureaus Sociaal Raadslieden, Fiom-hulpverlening², telefonische hulpdiensten, bureaus slachtofferhulp en bureaus schuldhulpverlening. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar het algemeen maatschappelijk werk en de bureaus Sociaal Raadslieden.

Het algemeen maatschappelijk werk is een eerstelijnsfunctie op het gebied van psychosociale hulpverlening. In 2003 waren er 145 instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. Die 145 instellingen beschikken over 1140 voorzieningen zoals bureaus en spreekuren (Van 't Land et al. 2005a).

Vrijwel alle uitvoerend maatschappelijk werkers hebben een hbo-opleiding maatschappelijk werk. In relatie met de zorgsector heeft het amw een dubbele opdracht: aan de ene kant voorkomen dat burgers in 'zware' voorzieningen terecht komen, en aan de andere kant ervoor zorgen dat uitbehandelde cliënten uit dergelijke instellingen opgevangen worden.

Het amw bereikt jaarlijks een half miljoen burgers (ruim 3% van de bevolking). Dit is een vast publiek dat de weg naar deze hulpverlening weet te vinden. Het gaat daarbij vooral om de lager opgeleiden en lager betaalden in de samenleving, onder wie veel minderheden (Van 't Land et al. 2005b). Van de amw-cliënten is 61,2% vrouw.

De meeste cliënten van het amw worden verwezen via de huisarts. De hulpvraag bestaat doorgaans uit een mengeling van materiële problemen, relatieproblemen en psychosociale problemen zoals overspannenheid, angst, depressieve klachten, onzekerheid of psychiatrische problemen. In de grote steden worden relatief veel materiële hulpvragen naar voren gebracht omdat het percentage uitkeringsgerechtigden in de urbane gebieden hoog is.

Sociaal raadsliden helpen burgers met het beantwoorden van vragen en het oplossen van problemen over (sociale) voorzieningen, wetten en regelingen op het gebied van wonen, werk, inkomen, onderwijs, verblijf en welzijn. In 2001 waren er naar schatting 80 hoofdvestigingen voor het sociaal raadslidenwerk, 110 nevenvestigingen en 93 spreekuurpunten (Ploegmakers et al. 2005a). Veel cliënten van de sociaal raadsliden zijn allochtoon: in 2001 was dat iets meer dan de helft. Circa 43% van de klanten is ouder dan 45 jaar. Bijna een derde van de gesprekken gaat over sociale zekerheid en ook over belastingen, wonen en consumentenzaken komen veel hulpvragen (Ploegmakers et al. 2005b).

Niet alle gemeenten kennen overigens het sociaal raadslidenwerk. Ongeveer 80 instellingen bieden deze vorm van hulpverlening voor ongeveer 140 gemeenten (IGLO+ 2003).

Praktische voorzieningen

Praktische voorzieningen, zoals maaltijdvoorzieningen, klussenhulp en boodschappenhulp worden vaak in het kader van ouderenvoorzieningen geboden, hoewel ze ook vaak ‘open’ staan voor hulpbehoevenden jonger dan 55 jaar. Deze praktische voorzieningen worden niet altijd alleen door welzijnsvoorzieningen zoals de Stichting Welzijn Ouderen verzorgd. Maaltijden kunnen ook worden verzorgd door AWBZ-instellingen en verschillende corporaties bieden klusjesdiensten aan voor hun huurders.

Maaltijden worden vaak thuis bezorgd (vaak heten ze dan ‘tafeltje dek je’), maar worden ook geboden in verzorgingscentra of buurtcentra (zie ook hoofdstuk 3). Soms zijn maaltijdvoorzieningen aangepast aan specifieke groepen ouderen (zoals allochtone ouderen, zie NIZW 2003). Klussenhulp en boodschappenhulp worden vaak geboden door vrijwilligers, tegen een geringe kostprijs. Bij klussenhulp gaat het om klusjes als het ophangen van schilderijen, maar het kan ook gaan om taken als het instellen van een televisie. Er wordt vaak een geringe eigen bijdrage gevraagd per klus of per uur. Boodschappendiensten worden tegenwoordig ook aangeboden door supermarkten en ook zijn boodschappen te bestellen via internet, waarna ze worden thuisgebracht.

6.3 Kennis van welzijnsvoorzieningen

Een van de negen prestatievelden van de Wmo is ‘Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning’ (prestatieveld 3). In de toelichting op de officiële wettekst wordt ervan uitgegaan dat gemeenten een centraal loket voor informatie en advies

gaan inrichten. Veel gemeenten hebben op dit moment al een dergelijk zorgloket of zijn bezig een dergelijk loket in te richten (zie IGL0+ 2003 en Van Beek et al. 2002) en er zijn ook gegevens bekend over de tevredenheid met dergelijke loketten (Tromp 2003; GGD Zuid-Holland west 2005; De Laat 2004; Van Daal van Erp 2005).

Op dit moment zijn er verschillende plaatsen of instanties waar mensen met beperkingen terecht kunnen voor informatie en advies. Sommige zijn gericht op specifieke doelgroepen (zoals ouderenadviseurs, bedoeld voor ouderen) of richten zich op vragen over specifieke terreinen (zoals de sociaal raadslieden, die vragen beantwoorden over sociale voorzieningen). In deze paragraaf wordt gekeken naar de bekendheid van mensen met beperkingen met de verschillende voorzieningen.

Om van voorzieningen gebruik te kunnen maken, moet men op de hoogte zijn van het aanbod. Tabel 6.1 geeft inzicht in de kennis die mensen met beperkingen hebben van het aanbod van verschillende welzijnsvoorzieningen. Het bekendst zijn de stichting Welzijn Ouderen (alleen gevraagd aan 55-plussers) en het algemeen maatschappelijk werk. Minst bekend zijn de ouderenadviseurs en de sociaal raadslieden. Slechts iets meer dan een kwart van de mensen met matige en ernstige beperkingen weet dat deze voorzieningen bestaan. Het bekend zijn met voorzieningen hangt, anders dan men wellicht zou kunnen denken, niet samen met het opleidingsniveau, de hoogte van het inkomen of de gemeentegrootte (zie bijlage D). Kennis van voorzieningen verschilt naar leeftijd. Zo zijn 55-plussers minder bekend met het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden dan de 22-54-jarigen.

Tabel 6.1

Kennis van informatie- en adviesdiensten naar leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 2618, van wie 1820 55-plussers)

	ouderen-adviseur ^a	Stichting Welzijn Ouderen ^a	algemeen maatschappelijk werk	sociaal raadslieden	diensten-centrum of wijkpost	zorgloket van de gemeente
22-54 jaar	-	-	80,3	33,2	45,9	39,3
55-74 jaar	25,2	61,1	69,4	29,8	62,3	41,0
≥ 75 jaar	29,6	61,1	50,2	19,2	55,2	34,5
totaal	27,2	61,1	67,0	27,7	55,1	38,6

- Niet van toepassing.
a Selectie 55-plussers.

Bron: SCP (WZW'05)

6.4 Voorzieningen voor informatie en advies

In deze paragraaf staat het gebruik van en de behoefte aan verschillende welzijnsvoorzieningen centraal. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen voorzieningen specifiek voor ouderen (ouderenadviseurs en de Stichting Welzijn Ouderen), voorzieningen voor vragen over sociaal-financiële en juridische kwesties (algemeen maatschappelijk werk, sociaal raadslieden) en ten slotte het dienstencentrum en het zorgloket van de gemeente.

Diensten voor ouderen – gebruik

Ongeveer 11% van de 55-plussers maakt gebruik van de diensten van een ouderenadviseur of wendt zich tot de Stichting Welzijn Ouderen (tabel 6.2). De 75-plussers maken vaker gebruik van deze voorzieningen, hetgeen overeenstemt met de functiebeschrijving van ouderenadviseurs (Lammersen en Phillipi 2003). Ouderenadviseurs richten zich vaak met name op 75-plussers, bijvoorbeeld als zij preventieve huisbezoeken afleggen. Daarnaast hebben alleenstaanden vaker contact met een ouderenadviseur of met de Stichting Welzijn Ouderen dan degenen die hun huishouden delen. Voor de mensen met een partner geldt waarschijnlijk dat de partner zonder beperkingen of met minder beperkingen de informatie zoekt die een alleenstaande via een ouderenadviseur of de Stichting Welzijn Ouderen verkrijgt. Ook is het mogelijk dat de contacten van alleenstaanden meer omvatten dan alleen een informatievraag, bijvoorbeeld omdat ze voortkomen uit eenzaamheid.

Tabel 6.2

Gebruik van specifieke diensten voor ouderen naar achtergrondkenmerken, selectie 55-plussers, 2005 (in procenten; n = 1882)

	ouderenadviseur	Stichting Welzijn Ouderen	een van de twee
ernst van de beperking	n.s.	sign.	sign.
matig	4,1	6,1	9,4
ernstig	5,9	10,6	13,8
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.
55-74 jaar	3,0	4,2	9,4
≥ 75 jaar	6,6	11,4	13,8
samenstelling huishouden	sign.	sign.	sign.
alleenstaand	7,0	11,0	16,4
samenwonend	2,8	4,7	6,2
totaal	4,7	7,5	10,7

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Er is geen duidelijk verband tussen het gebruik van de twee hier genoemde ouderenvoorzieningen en de hoogte van het inkomen of de gemeentegrootte (zie ook de multivariate analyse in bijlage D). Financiële overwegingen met betrekking tot kosten spelen dus waarschijnlijk niet mee bij het gebruik van deze ouderenvoorzieningen. Welzijnsdiensten zoals de ouderenadviseur zijn in het algemeen gratis (alleen voor maaltijden, uitstapjes en dergelijke wordt meestal een bijdrage gevraagd, en mensen die dit niet kunnen betalen worden vaak vrijgesteld).

Diensten voor ouderen – behoefte

Bijna 10% van de 55-plussers (tabel 6.3) heeft behoefte aan een ouderenadviseur of de Stichting Welzijn Ouderen. Hierbij is verondersteld dat de gebruikers (tabel 6.2) geen onvervulde behoeften hebben (dus bijna 11% van de 55-plussers maakt gebruik van een ouderenadviseur of de Stichting Welzijn Ouderen; daarnaast heeft 10% behoefte aan een dergelijke voorziening). Er is dus een forse groep ouderen die niet bereikt wordt door deze ouderenvoorzieningen. Uit tabel 6.3 (en uit de multivariate analyse in bijlage D) blijkt dat 75-plussers en alleenstaanden vaker behoefte hebben aan een ouderenvoorziening dan jongere ouderen en samenwonenden.

Tabel 6.3

Behoefte aan specifieke ouderenvoorzieningen naar achtergrondkenmerken, selectie 55-plussers, 2005 (in procenten; n = 1796)

	ouderenadviseur	Stichting Welzijn Ouderen	een van de twee
ernst van de beperking	n.s.	n.s.	n.s.
matig	7,0	6,1	9,3
ernstig	7,1	5,8	10,1
leeftijdsklasse	sign.	n.s.	sign.
55-74 jaar	5,7	5,3	8,1
≥ 75 jaar	8,7	6,8	11,3
samenstelling huishouden	sign.	sign.	sign.
alleenstaand	9,0	7,5	11,8
samenwonend	5,5	4,7	7,6
totaal	7,1	6,0	9,5

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Onbekendheid met voorzieningen speelt een grote rol bij het niet-gebruik. Van de ouderen die aangeven een ouderenadviseur nodig te hebben kende drie kwart (76%) deze voorziening niet (aan degenen die een voorziening niet kenden werd een uitleg gegeven, waarna de vraag werd gesteld of zij behoefte hebben aan deze voorziening). Van degenen die behoefte hebben aan een stichting Welzijn Ouderen kende bijna

twee derde (64%) deze voorziening niet. Onbekendheid kan komen doordat een bepaalde voorziening niet aanwezig is in een gemeente; het onderzoek bevat geen gegevens over het lokale aanbod van voorzieningen, zodat dit niet kan worden nagegaan. Gemeenten zelf kunnen een rol spelen bij de bekendheid van voorzieningen. Zo zijn er gemeenten waar iedereen die een bepaalde leeftijd bereikt (zoals 55 of 65 jaar) een ouderenvpakket krijgt of een bezoek van een medewerker van de Stichting Welzijn Ouderen.

Algemeen maatschappelijk werk en sociaal raadslieden – gebruik

Het gebruik van voorzieningen als het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden verschilt niet voor mensen met matige of ernstige beperkingen (zie tabel 6.4 en de analyse in bijlage D). Deze voorzieningen zijn immers niet speciaal bedoeld voor mensen met lichamelijke beperkingen. Zo blijkt uit gegevens uit het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) 2003 dat van de gebruikers van het algemeen maatschappelijk werk 75% geen of hoogstens lichte beperkingen heeft. De vragen en problemen waar mensen mee komen hebben meestal slechts indirect betrekking op de fysieke beperking en gaan vooral over sociale voorzieningen, financiën en wetten en regels (Van 't Land et al. 2005b).

Voor de hier genoemde voorzieningen is er een verband tussen het gebruik en de gemeentegrootte. In de grotere gemeenten worden deze diensten meer gebruikt dan in de kleinere. Waarschijnlijk heeft dit te maken met populatieverschillen: in de grotere gemeenten zijn meer mensen met problemen, waarmee men bij het algemeen maatschappelijk werk of de sociaal raadslieden terecht kan (mensen met psychische problemen, mensen met een uitkering, etc.).

Bij het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden komen relatief gezien veel mensen met een laag inkomen. Deze mensen hebben vaak te maken met uitkeringen en regelingen waarbij zij hulp nodig hebben (Van 't Land et al. 2005b; Ploegmakers et al. 2005b). Dit blijkt ook uit het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn (wzw). Tabel 6.5 toont de inkomensbronnen van de huishoudens van mensen met langdurige beperkingen (waarbij dus ook de inkomens van huisgenoten worden meegenomen). Hieruit is op te maken dat de meerderheid van de 65-minners (51,5%) een wao-uitkering heeft. Ongeveer 12% heeft een bijstandsuitkering. Deze afhankelijkheid van uitkeringen is een van de achtergronden van het relatief hoge gebruik van het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden door de 'jongeren' (de 22-54-jarigen).

Bij de 65-plussers heeft iedereen een AOW-uitkering. Ongeveer drie kwart geeft aan ook aanvullend pensioen of een vut-uitkering te krijgen. In totaal heeft ongeveer de helft van de mensen met een beperking een AOW-uitkering. Degenen die jonger zijn dan 65 jaar en een AOW-uitkering krijgen zijn partners van 65-plussers.

Tabel 6.4

Gebruik van algemeen maatschappelijk werk en sociaal raadslieden naar achtergrondkenmerken, 2005
(in procenten; n = 2731)

	algemeen maatschappelijk werk	sociaal raadslieden
ernst van de beperking	n.s.	n.s.
matig	6,8	3,2
ernstig	6,8	3,6
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	13,2	5,1
55-74 jaar	4,6	3,3
≥ 75 jaar	3,0	1,5
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	8,0	4,3
samenwonend	6,0	2,8
netto huishoudensinkomen	sign.	sign.
< 900 euro	12,4	8,5
900-1100 euro	5,1	5,1
1100-1300 euro	4,7	3,1
1300-1700 euro	7,1	2,3
≥ 1700 euro	5,5	1,8
gemeentegrootte	sign.	sign.
< 20.000 inwoners	4,3	2,3
20.000-50.000 inwoners	5,8	2,4
50.000-100.000 inwoners	6,1	2,5
100.000-150.000 inwoners	5,6	3,5
150.000-250.000 inwoners	10,2	4,7
> 250.000 inwoners	12,1	7,1
totaal	6,8	3,3

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZV'05)

In onderzoek van het Nivel naar chronisch zieken en gehandicapten had ongeveer een derde een AOW-uitkering en 12% een WAO-uitkering (Pannekeet-Helsen en Rijken 2006). In dat onderzoek maakten echter ook mensen met alleen een chronische ziekte deel uit van de onderzoekspopulatie. Deze groep is gemiddeld jonger dan de mensen met matige of ernstige beperkingen, en mensen met een chronische ziekte zijn vaker in staat om aan de arbeidsmarkt deel te nemen dan degenen met beperkingen (De Klerk 2000).

Uit tabel 6.5 valt ook op te maken dat de ernst van de beperkingen alleen invloed heeft op de inkomensbronnen van 65-minners: degenen met een ernstige beperking hebben minder vaak inkomen uit arbeid en vaker een WAO-uitkering. Bij de 65-plussers zijn er geen verschillen tussen degenen met matige en met ernstige beperkingen.

Tabel 6.5

Inkomensbron van het huishouden naar leeftijdsklasse en ernst van de beperkingen, 2005 (in procenten; n = 2739)^a

	< 65 jaar	≥ 65 jaar	totaal	< 65 jaar matig	< 65 jaar ernstig	≥ 65 jaar matig	≥ 65 jaar ernstig
loon of salaris	51,7	1,3	26,9	53,2	45,8	0,8	2,1
winst uit eigen bedrijf	2,9	0,4	1,6	3,0	1,8	0,6	0,2
AOW-uitkering	5,2	100	51,8	5,6	3,3	100	100
WAO-uitkering	51,0	1,8	26,8	47,0	66,9	1,7	1,9
WW-uitkering of wachtgeld	9,3	0,3	4,9	10,4	4,7	0,1	0,6
VUT of pensioen	11,7	80,3	45,5	12,4	8,8	81,2	78,8
bijstandsuitkering	11,6	0,8	6,3	12,3	8,4	0,5	1,7
overig ^b	8,8	8,2	8,5	8,3	10,9	9,2	6,5

a Doordat huishoudens uit verschillende bronnen hulp kunnen krijgen, tellen de percentages op tot meer dan 100%.
b Bijvoorbeeld alimentatie of freelance-inkomsten, inkomen uit vermogen.

Bron: SCP (WZW'05)

Algemeen maatschappelijk werk en sociaal raadslieden – behoefte

Ongeveer een op de twintig mensen met een matige of ernstige beperking heeft behoefte aan het algemeen maatschappelijk werk (tabel 6.6). Hetzelfde geldt voor de sociaal raadslieden. Groepen met een relatief grote behoefte zijn de 22-54-jarigen, de alleenstaanden, de mensen met lagere inkomens en inwoners van de grotere steden (zie ook de uitkomsten van de multivariate analyse in bijlage D).

Tabel 6.6

Behoefte aan algemeen maatschappelijk werk en sociaal raadslieden naar achtergrondkenmerken, 2005
(in procenten; n = 2627)

	algemeen maatschappelijk werk	sociaal raadslieden
ernst van de beperking	n.s.	n.s.
matig	5,1	5,3
ernstig	3,8	4,3
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	7,5	7,9
55-74 jaar	3,2	4,5
≥ 75 jaar	3,9	2,9
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	7,4	6,6
samenwonend	3,0	4,2
netto huishoudensinkomen per maand	sign.	n.s.
< 900 euro	9,0	6,6
900-1100 euro	5,2	5,2
1100-1300 euro	8,8	5,6
1300-1700 euro	3,9	3,0
≥ 1700 euro	2,5	5,6
gemeentegrootte	sign.	sign.
< 20.000 inwoners	1,6	4,1
20.000-50.000 inwoners	3,8	3,4
50.000-100.000 inwoners	5,0	7,5
100.000-150.000 inwoners	5,9	6,0
150.000-250.000 inwoners	3,6	4,8
> 250.000 inwoners	10,7	7,2
totaal	4,7	5,1

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0.05, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Bij het niet-gebruik van de verschillende voorzieningen door de mensen die wel een behoefte hebben, speelt onbekendheid een veel grotere rol voor de sociaal raadslieden dan voor het algemeen maatschappelijk werk (tabel 6.7). Al eerder was te zien dat de sociaal raadslieden relatief onbekend zijn (tabel 6.1).

Tabel 6.7

Kennis van het algemeen maatschappelijk werk en sociaal raadsliden bij mensen met een behoefte, 2005 (verticaal gepercentreerd)

	algemeen maatschappelijk werk	sociaal raadsliden
kent de voorziening niet	45,3	92,7
kent de voorziening wel	54,7	7,3
(n)	(128)	(137)

Bron: SCP (WZW'05)

Dienstencentrum en zorgloket – gebruik

De laatste informatie- en adviesdiensten die in dit hoofdstuk aan de orde komen zijn het dienstencentrum in de wijk en het zorgloket.

Bij een dienstencentrum of wijkpost kan men informatie krijgen over alles wat voor mensen met beperkingen van belang is. Ook worden activiteiten georganiseerd, zoals koffieochtenden, een kaartclub, koor, gymnastiek, cursussen, gespreks-groepen of spreekuren van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of de vrijwillige hulpdienst. Voor sommige activiteiten wordt een vergoeding gevraagd.

In veel gemeenten bestaat een centraal zorgloket. Dit werkt vaak samen met het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), waarbij die samenwerking verschillende vormen aan kan nemen (IGLO+ 2003). De bedoeling van een zorgloket is dat iemand die hulp nodig heeft maar één keer zijn verhaal hoeft te doen en dan meteen de juiste hulp vindt. Het zorgloket bevindt zich soms in het gebouw van de thuiszorg, het ouderenwerk of de gemeente en soms in een apart gebouw.

Iets minder dan een tiende van de mensen met beperkingen maakt gebruik van een dienstencentrum (9,4%) of een zorgloket van de gemeente (8,1%), zo blijkt uit tabel 6.8. Degenen met ernstige beperkingen, de 75-plussers en de alleenstaanden maken vaker gebruik van het dienstencentrum of het zorgloket dan degenen met matige beperkingen, samenwonenden en 75-minners.

Het dienstencentrum in de wijk wordt meer gebruikt in de grotere gemeenten dan in de kleinere. Voor het zorgloket geldt het omgekeerde (zie ook de multivariate analyse in bijlage D).

Dienstencentrum en zorgloket – behoefte

De behoefte aan een lokaal dienstencentrum of een zorgloket is beschreven in tabel 6.9. De behoefte aan een zorgloket van de gemeente is het grootst: 17% zou graag een dergelijke voorziening gebruiken. Binnen de Wmo ligt de nadruk op de één-loket-gedachte: een centrale plek waar een persoon met een hulpvraag terecht kan, waarbij dit ene loket toegang biedt tot een heel scala aan zorg- en welzijnsvoorzie-

Tabel 6.8

Gebruik van het dienstencentrum in de wijk en het zorgloket naar achtergrondkenmerken, 2005
(in procenten; n = 2727)

	dienstencentrum	zorgloket
ernst van de beperking	n.s.	sign.
matig	8,7	6,2
ernstig	11,2	13,1
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	5,7	6,6
55-74 jaar	7,9	7,7
≥ 75 jaar	15,2	9,9
samenstelling huishouden	sign.	n.s.
alleenstaand	12,2	8,6
samenwonend	7,6	7,7
gemeentegrootte	sign.	sign.
< 20.000 inwoners	8,4	8,0
20.000-50.000 inwoners	7,9	10,4
50.000-100.000 inwoners	9,4	8,8
100.000-150.000 inwoners	9,0	4,5
150.000-250.000 inwoners	9,5	8,8
> 250.000 inwoners	14,8	3,3
totaal	9,4	8,1

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

ningen en overige faciliteiten (Van Daal en Van Erp 2005; Van Beek et al. 2002). De één-loket-gedachte sluit goed aan bij de behoefte van mensen met matige of ernstige beperkingen.

Meer dan driekwart (77%) van de mensen met een behoefte aan een centraal zorgloket had voor het onderzoek nog nooit van een dergelijke voorziening gehoord (niet in tabel). Wellicht wonen zij in gemeenten waar een dergelijk loket nog niet aanwezig is.

Behoeft aan een dienstencentrum in de wijk leeft bij 4% van de mensen met langdurige matige of ernstige beperkingen, waarbij de ouderen (55-plussers) en de alleenstaanden vaker behoefte hebben dan de 22-54-jarigen en de mensen die samenwonen.

Tabel 6.9

Behoefte aan een dienstencentrum in de wijk en een zorgloket naar achtergrondkenmerken, 2005
(in procenten; n = 2710)

	dienstencentrum	zorgloket
ernst van de beperking	n.s.	sign.
matig	4,4	14,9
ernstig	4,2	22,0
leeftijdsklasse	n.s.	n.s.
22-54 jaar	3,4	18,6
55-74 jaar	4,7	16,5
≥ 75 jaar	4,9	15,3
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	6,4	19,7
samenwonend	3,0	14,9
gemeentegrootte	n.s.	sign.
< 20.000 inwoners	5,0	14,5
20.000-50.000 inwoners	3,6	10,8
50.000-100.000 inwoners	4,1	21,0
100.000-150.000 inwoners	3,4	26,9
150.000-250.000 inwoners	3,3	18,0
> 250.000 inwoners	7,1	21,7
totaal	4,3	16,8

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

6.5 Praktische voorzieningen: maaltijdvoorzieningen, klussenhulp en boodschappendienst

Onderzoek laat vaak zien dat het gebruik van praktische voorzieningen zoals maaltijdvoorzieningen, klussenhulp en boodschappendiensten in absolute zin (het aantal gebruikers) niet groot is (De Waal-Saulais et al. 2005; Depla en Smits 2003; Tromp 2003; Heemskerk et al. 2005; Brouwer 2005). Zo maakte in Utrecht in 2003 3% van de 65-plussers gebruik van maaltijden aan huis; 1,7% gebruikte een klussendienst en 1,5% een boodschappendienst (Paridaen en Saaijer 2004). Toch zijn dergelijke voorzieningen zeer belangrijk voor de hulpbehoevenden die van dergelijke voorzieningen afhankelijk zijn, bijvoorbeeld omdat ze geen partner hebben of kinderen die hen kunnen helpen. Zo gaf in de gemeente Helmond 8% van de ouderen (65-plussers) en mensen met beperkingen aan dat maaltijdvoorzieningen noodzakelijk waren om zelfstandig te kunnen blijven wonen; 11% vond klussendiensten onmisbaar (Den Breejen en Jansen 2005).

Maaltijdvoorzieningen

Maaltijdvoorzieningen zijn bedoeld voor mensen die niet (meer) in staat zijn om een warme maaltijd klaar te maken. Bijna 13% (8,0% + 4,8%) van de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen is niet in staat om zelf een warme maaltijd klaar te maken (tabel 6.10). Dit aandeel hangt samen met leeftijd (bij de 75-plussers kan bijna 20% niet zelf de warme maaltijd klaarmaken), maar ook met geslacht. Mannen zijn veel vaker niet in staat om de warme maaltijd klaar te maken dan vrouwen; vaak geven zij ook aan dat dit om een andere reden is dan vanwege gezondheid of lichamelijke beperkingen. Waarschijnlijk gaat het hier om mannen die nooit hebben leren koken of die niet willen koken.

Tabel 6.10

Beperkingen bij het klaarmaken van de warme maaltijd naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2719)

	zonder moeite	met moeite	kan niet vanwege gezondheid	kan niet, om andere reden
man	61,3	16,1	10,2	12,4
vrouw	65,6	27,0	6,8	0,6
22-54 jaar	58,7	28,9	7,8	4,6
55-74 jaar	73,0	19,4	3,8	3,8
≥ 75 jaar	58,2	21,9	13,7	6,2
totaal	64,1	23,1	8,0	4,8

Bron: SCP (WZW'05)

Het aandeel mensen dat gebruikmaakt van maaltijdvoorzieningen zal lager zijn dan de eerdergenoemde 13% die geen warme maaltijd klaar kan maken (tabel 6.10). Dit gebruik hangt bijvoorbeeld ook af van de aanwezigheid van anderen (zoals de partner of de kinderen die kunnen koken) en van het aanbod (zo kunnen allochtone ouderen speciale voedingswensen hebben waaraan niet altijd kan worden voldaan).

Ongeveer 6% van de mensen met beperkingen gebruikt een maaltijdvoorziening (tabel 6.11). Dit is in overeenstemming met uitkomsten van lokale onderzoeken (De Waal-Saulais et al. 2005; Depla en Smits 2003; Tromp 2003; Heemskerk et al 2005; Brouwer 2005). Timmermans et al. (1997) vonden dat 7% van de huishoudens van 55-plussers gebruikmaakte van een maaltijdvoorziening. Uit dit onderzoek bleek ook dat niet alleen ouderen met een beperking gebruikmaken van maaltijdvoorzieningen. Ook in de huishoudens met ouderen zonder een beperking maakte nog altijd 3% gebruik van een maaltijdvoorziening.

Het gebruik onder vrouwen is hoger dan dat onder mannen. Dat komt doordat vrouwen vaker ernstige beperkingen hebben. Als rekening wordt gehouden met de

ernst van de beperking en met de leeftijd, dan blijkt dat mannen juist een grotere kans hebben gebruiker van maaltijdvoorzieningen te zijn (zie bijlage D). De 75-plussers hebben een grotere behoefte dan mensen uit de jongere leeftijdsgroepen. Overeenkomstig de eerdere veronderstelling maken alleenstaanden (die geen partner hebben die voor hen kookt) meer gebruik van maaltijdvoorzieningen dan samenwonenden.

De onvervulde behoefte aan maaltijdvoorzieningen lijkt niet groot: 1,6% heeft er behoefte aan (tabel 6.11), maar het gaat dan nog altijd om bijna 18.000 mensen met matige en ernstige beperkingen. Het is niet goed mogelijk om aan te geven hoe die groep is samengesteld, omdat dit aantal mensen in het onderzoek zo klein is (44 respondenten).

Tabel 6.11

Gebruik van en behoefte aan maaltijdvoorzieningen naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2739)

	gebruik	behoefte
ernst van de beperking	sign.	n.s.
matig	4,7	1,4
ernstig	10,0	2,4
geslacht	sign.	n.s.
man	4,3	1,7
vrouw	7,2	1,6
leeftijdsklasse	sign.	n.s.
22-54 jaar	0,5	2,2
55-74 jaar	4,0	1,1
≥ 75 jaar	14,8	1,7
samenstelling huishouden	sign.	n.s.
alleenstaand	12,5	1,8
samenwonend	2,2	1,6
totaal	6,2	1,6

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Klussenhulp

De klussenhulp is bedoeld voor kleine klusjes in en rond het huis. Een groot deel (45,6 % = 33,2% + 12,4%) van de mensen met beperkingen is niet in staat om dergelijke klusjes zelf te doen (tabel 6.12). Dit percentage is hoger naarmate men ouder is, en verschilt, net als het bereiden van de warme maaltijd, naar geslacht. Nu zijn het echter de vrouwen die meer moeite hebben dan de mannen; vrouwen geven ook vaker aan dat zij niet kunnen klussen om redenen die niet te maken hebben met gezond-

heid of lichamelijke beperkingen. Net als bij de maaltijdvoorzieningen zal het aantal gebruikers van klussenhulp lager liggen dan het aantal mensen dat moeite heeft met klussen, omdat mensen bijvoorbeeld ook aan familieleden hulp kunnen vragen.

Tabel 6.12

Beperkingen bij het uitvoeren van kleine reparaties en klusjes in en om het huis naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2708)

	zonder moeite	met moeite	kan dit niet vanwege gezondheid of lichamelijke handicap	kan dit niet, om een andere reden
man	36,7	36,8	22,8	3,7
vrouw	16,6	27,2	39,0	17,2
22-54 jaar	30,0	39,2	22,1	8,7
55-74 jaar	26,8	32,1	27,4	13,8
≥ 75 jaar	13,6	19,8	52,2	14,4
totaal	23,8	30,6	33,2	12,4

Bron: SCP (WZW'05)

Bijna de helft (45%) van de mensen met matige of ernstige motorische beperkingen is bekend met de klussenhulp (tabel 6.12). Het minst bekend met deze voorziening zijn de 22-54-jarigen. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk dat klussenhulp soms als een specifieke dienst voor ouderen wordt aangeboden (zie bv. www.blankenberg.nl voor een omschrijving van het lokale aanbod van klussendienst). Ongeveer een op de twintig mensen met beperkingen maakt gebruik van de klussenhulp. Dit komt overeen met gebruikspercentages uit lokale onderzoeken (De Waal-Saulais et al. 2005; Depla en Smits 2003; Tromp 2003; Heemskerk et al. 2005; Brouwer 2005). Vrouwen, alleenstaanden en 75-plussers maken vaker gebruik van de klussenhulp dan mannen, samenwonenden en 75-minners.

De behoefte aan klussenhulp is opvallend hoog: bijna een op de tien personen met beperkingen zou graag gebruik maken van een klussenhulp (tabel 6.13). Een opmerkelijke groep hierbij zijn de 22-54-jarigen. Bij hen is de onvervulde behoefte aan klussenhulp het hoogst. Dit hangt samen met het feit dat zij deze hulp relatief weinig gebruiken en er slecht mee bekend zijn.

Tabel 6.13

Kennis van, gebruik van en behoefte aan klussenhulp naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2729)

	kennen	gebruik	behoefte
ernst van de beperking	n.s.	sign.	sign.
matig	45,4	4,5	7,7
ernstig	44,5	7,5	13,2
geslacht	n.s.	sign.	n.s.
man	47,4	3,7	9,2
vrouw	43,9	6,2	9,3
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	35,3	1,2	11,3
55-74 jaar	51,2	3,5	9,0
≥ 75 jaar	47,7	11,8	7,3
samenstelling huishouden	n.s.	sign.	sign.
alleenstaand	46,6	9,4	13,9
samenwonend	44,2	2,7	6,3
totaal	45,1	5,3	9,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZW'05)

Boodschappendienst

Ongeveer een op de vijf mensen (19%) met beperkingen is niet in staat om zelf de dagelijkse boodschappen te doen (tabel 6.14). Onder hen zijn iets meer mannen dan vrouwen en het betreft vaak 75-plussers. Deze personen zouden een beroep kunnen doen op een boodschappendienst die de boodschappen naar huis brengt.

Bijna de helft van de mensen met langdurige matige of ernstige motorische beperkingen (45%) kent deze service (niet in tabel), hetgeen vergelijkbaar is met de klussenhulp. 2,5% van de mensen met matige of ernstige beperkingen gebruikt de boodschappendienst (tabel 6.15).

Tabel 6.14

Beperkingen bij het doen van dagelijkse boodschappen naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2725)

	zonder moeite	met moeite	kan dit niet vanwege gezondheid of lichamelijke handicap	kan dit niet, om een andere reden
man	42,6	41,6	13,4	2,4
vrouw	36,8	44,2	17,2	1,8
22-54 jaar	32,3	52,4	13,7	1,5
55-74 jaar	42,1	44,8	11,2	1,9
≥ 75 jaar	34,5	34,9	28,6	1,9
totaal	36,8	44,2	17,2	1,8

Bron: SCP (WZW'05)

Alleenstaanden, dus degenen die geen partner hebben om de boodschappen te doen, gebruiken deze dienst vaker dan samenwonenden. De behoefte aan een boodschappendienst is iets groter: 3,4% zou hier graag gebruik van maken. Dit zijn vooral alleenstaanden en vrouwen. Het inkomen speelt geen rol (zie ook de multivariate analyse in bijlage D). De grootte van de gemeente speelt wel mee: in de grotere gemeenten is de behoefte aan een boodschappendiensten groter dan in de kleinere gemeenten. Wat hier wellicht meespeelt is dat het autobezit en autogebruik in grotere gemeenten kleiner is dan in de kleinere gemeenten (Harms 2006), ook voor mensen met beperkingen (zie hoofdstuk 5). Mensen in grotere gemeenten kunnen dan minder vaak boodschappen doen met de eigen auto. Mensen zonder auto maken vaker gebruik van een boodschappendienst en hebben hier ook vaker behoefte aan (zie tabel 6.15) dan mensen met een auto.

Totaal gebruik en behoefte aan praktische voorzieningen

Iets meer dan een op de tien mensen met beperkingen maakt gebruik van een maaltijdvoorziening, klussenhulp of boodschappendienst (tabel 6.16). De 75-plussers en alleenstaanden gebruiken deze diensten vaker dan de 75-minners en de samenwonenden, zo bleek ook bij de afzonderlijke voorzieningen. Een oorzaak hiervoor werd al eerder genoemd: veel praktische voorzieningen, zoals maaltijdvoorzieningen maar ook klussenhulp worden in veel gemeenten ingedeeld bij de voorzieningen voor ouderen, waardoor zij wellicht voor de 22-54-jarigen minder goed bereikbaar zijn. Vrouwen lijken over het algemeen meer gebruik te maken van praktische voorzieningen, maar dat komt doordat vrouwen vaak ernstiger beperkingen hebben dan mannen (zie de multivariate analyse in bijlage D).

Tabel 6.15

Gebruik van en behoefte aan boodschappendienst naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2727)

	gebruik	behoefte
ernst van de beperking	sign.	sign.
matig	1,9	2,2
ernstig	4,1	6,8
geslacht	n.s.	sign.
man	2,4	1,5
vrouw	2,5	4,5
leeftijdsklasse	n.s.	n.s.
22-54 jaar	2,5	3,1
55-74 jaar	2,1	3,3
≥ 75 jaar	3,1	3,9
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	3,5	5,8
samenwonend	1,9	2,0
gemeentegrootte	n.s.	sign.
< 20.000 inwoners	1,6	3,6
20.000-50.000 inwoners	2,8	2,0
50.000-100.000 inwoners	2,2	2,9
100.000-150.000 inwoners	3,1	2,8
150.000-250.000 inwoners	2,6	5,9
> 250.000 inwoners	2,9	6,5
heeft auto	sign.	sign.
nee	4,2	5,4
ja	1,6	2,3
totaal	2,5	3,4

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.

Bron: SCP (WZV'05)

Er blijkt een grote behoefte te zijn aan praktische voorzieningen. Een op de acht mensen met beperkingen (12%) heeft behoefte aan een of meer praktische voorzieningen. Niet verwonderlijk zijn dit de alleenstaanden. Maar, anders dan bij het gebruik, verschilt de behoefte aan praktische voorzieningen niet per leeftijd: de 22-54-jarigen hebben evenveel behoefte als de 55-74-jarigen of de 75-plussers.

De behoefte aan praktische voorzieningen lijkt ook groter te zijn in grotere gemeenten. Maar deze relatie tussen gemeentegrootte en behoefte valt weg als er rekening wordt gehouden met andere kenmerken, zoals de ernst van de beperking.

Tabel 6.16

Gebruik van en behoefte aan praktische voorzieningen^a naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2710)

	gebruik	behoefte
ernst van de beperking	sign.	sign.
matig	10,0	9,7
ernstig	18,9	19,0
geslacht	sign.	n.s.
man	9,4	10,6
vrouw	14,1	13,1
leeftijdsklasse	sign.	n.s.
22-54 jaar	4,0	12,8
55-74 jaar	8,7	12,1
≥ 75 jaar	25,8	11,7
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	22,1	18,3
samenwonend	6,3	8,4
gemeentegrootte	n.s.	sign.
< 20.000 inwoners	10,6	10,9
20.000-50.000 inwoners	12,0	9,3
50.000-100.000 inwoners	12,8	13,9
100.000-150.000 inwoners	11,7	12,8
150.000-250.000 inwoners	10,6	17,2
> 250.000 inwoners	17,5	15,6
totaal	12,4	12,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Maaltijdvoorzieningen, klussenhulp, boodschappendienst.

Bron: SCP (WZW'05)

6.6 Samenvatting

Welzijnsvoorzieningen kunnen de zelfredzaamheid, zelfstandigheid en participatie van mensen met beperkingen bevorderen.

Iets minder dan 11% van de 55-plussers maakt gebruik van de diensten van een ouderenadviseur of van de Stichting Welzijn Ouderen. De oudsten (75-plussers) en alleenstaanden gebruiken deze diensten vaker dan 75-minners en mensen die samenwonen. Ook de behoefte aan dergelijke voorzieningen is onder de genoemde groepen het hoogst.

Het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden worden juist meer gebruikt door de 22-54-jarigen. Dat heeft wellicht te maken met het gegeven dat deze

groep vaker moet rondkomen van een uitkering. In de grotere steden wordt relatief veel gebruikgemaakt van de diensten van het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden.

Het dienstencentrum in de wijk en het zorgloket worden vaker door ouderen en alleenstaanden gebruikt dan door 'jongeren' en mensen die samenwonen. Ongeveer een zesde (17%) heeft behoefte aan een zorgloket. In die zin voldoet de één-loket-gedachte van de Wmo aan een behoefte.

Praktische voorzieningen, maaltijdvoorzieningen, klussenhulp en boodschappendiensten worden over het algemeen niet veel gebruikt. Dat wil niet zeggen dat ze onbelangrijk zijn voor de zelfredzaamheid van de personen die er wel gebruik van maken. Alleenstaanden en ouderen (75-plussers) maken relatief vaak gebruik van praktische voorzieningen. De behoefte daaraan is onder de 22-54-jarigen echter even groot, en voor sommige voorzieningen (klussenhulp) zelfs groter dan bij de ouderen.

Over alle voorzieningen heen kan gezegd worden dat alleenstaanden en ouderen (en dan overwegend de 75-plussers) vaker gebruikmaken van welzijnsvoorzieningen dan 75-minners en mensen die een partner hebben of een andere huisgenoot. Dit geldt niet voor het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden. De behoefte aan welzijnsvoorzieningen wordt echter ook gevoeld door de 22-54-jarigen, terwijl zij er minder gebruik van maken. Dit zou pleiten meer aandacht te schenken aan de noden van de 22-54-jarigen.

Noten

- 1 Bij allochtone ouderen, die soms een eigen adviseur hebben (NIZW 2003), ligt de leeftijdsgrens vaak lager dan op 65 jaar.
- 2 De Fiom biedt hulp, informatie en advies aan iedereen die vragen of problemen heeft op het gebied van (on)bedoelde zwangerschap, ongewenste kinderloosheid, afstand doen van een kind, een kind adopteren, afgestaan/geadopteerd zijn, (inter)nationale zoekacties naar familieleden en huiselijk geweld. De Fiom-hulpverlening is gratis en er is geen verwijzing voor nodig (zie www.fiom.nl).

7 Aspecten van toegankelijkheid en afstemming

7.1 Inleiding

In de hoofdstukken 3 tot en met 6 is de behoefte aan en het gebruik van uiteenlopende voorzieningen en zorgverleners aan bod geweest. In dit hoofdstuk staat de toegankelijkheid van de voorzieningen centraal. Bij toegankelijkheid gaat het dan niet om de fysieke bereikbaarheid, maar om de vraag of iedereen die dat nodig heeft gebruik kan maken van voorzieningen (zie ook Smits et al. 2002). Ook de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) geeft aan dat het belangrijk is dat de mensen die ondersteuning nodig hebben om te kunnen participeren, deze ook kunnen krijgen en op die manier kunnen deelnemen aan de samenleving (TK 2004/2005c).

Aan het begrip ‘toegankelijkheid van zorg’ zitten veel verschillende kanten, waarbij onder meer onderscheid gemaakt kan worden tussen aspecten die betrekking hebben op de aanbodzijde¹ en aspecten die betrekking hebben op de gebruikers van zorg, de burgers. Voor die laatste groep is het bij toegankelijke zorg vooral van belang dat ze weten waar ze hulp kunnen krijgen (informatievoorziening) en dat ze het kunnen betalen (Smits et al. 2002). Zo kan het heffen van eigen bijdragen tornen aan de financiële toegankelijkheid (IGZ 1997).

In dit hoofdstuk wordt alleen gekeken naar de aspecten van toegankelijkheid vanuit het oogpunt van de vragers en wordt onder meer ingegaan op kennis van voorzieningen en de effecten van de eigen bijdragen op het gebruik van voorzieningen. Het gaat daarbij dus niet om zaken als een objectieve indicatiestelling of wachtlijsten (zie noot 1).

Een ander aspect dat in dit hoofdstuk aan bod zal komen, zijn de administratieve lasten waar mensen mee te maken kunnen hebben en (het gebrek aan) samenwerking tussen instanties. Uit hoofdstuk 3 bleek bijvoorbeeld dat bijna een zesde van degenen die een woningaanpassing aanvroegen het gevoel had dat ze van het kastje naar de muur werden gestuurd (tabel 3.11). In dit hoofdstuk wordt geïnventariseerd hoe mensen zelf de afstemming tussen verschillende voorzieningen ervaren en in hoeverre zij met verschillende instanties te maken hebben.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 7.2 wordt stilgestaan bij de cumulatie van behoeften aan voorzieningen: hoe groot is de groep mensen die behoefte hebben aan verschillende voorzieningen die zij niet bezitten. Als deze groep groot is, dan is immers de toegankelijkheid van de voorzieningen een groter probleem dan als het om een kleine groep gaat. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillende aspecten van de toegankelijkheid die hiervoor zijn benoemd: om een voorziening te kunnen gebruiken is het onder meer van belang dat mensen deze

kennen (§ 7.3) of in ieder geval weten waar ze informatie kunnen vinden over deze voorzieningen (§ 7.4). In paragraaf 7.5 wordt aandacht geschonken aan de financiële toegankelijkheid. Hier wordt onder meer nagegaan of mensen eventuele eigen bijdragen zelf kunnen betalen of dat zij dan in financiële problemen komen. Het derde aspect dat in dit hoofdstuk aan bod komt, is wat hier met 'bureaucratie' wordt samengevat (§ 7.6). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 7.7).

7.2 Cumulatie van behoeften

In de vorige hoofdstukken is gesproken over de behoefte aan voorzieningen. Zo zegt ruim 40% van degenen met matige of ernstige beperkingen dat zij behoefte hebben aan woningaanpassingen (§ 3.4); ruim 20% heeft behoefte aan hulp zoals huishoudelijke verzorging (§ 4.3) en 21% heeft behoefte aan een vervoersvoorziening die wordt verstrekt op basis van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), zoals een kilometervergoeding of een regiotaxi (§ 5.4). Deze behoefte is vastgesteld door aan mensen die een bepaalde voorziening niet hebben te vragen of zij zelf vinden dat zij deze nodig hebben.

In deze paragraaf wordt geïnventariseerd hoe groot de groep is die behoefte heeft aan verschillende voorzieningen. Van degenen met langdurige lichamelijke beperkingen heeft 37% geen enkele onvervulde behoefte: dit zijn mensen die alle voorzieningen die zij nodig hebben ook daadwerkelijk ontvangen, maar er zijn ook mensen die zich helemaal zelf weten te redden en niets nodig hebben. Dit betekent dat de meerderheid van de mensen met langdurige beperkingen dus wel behoefte heeft aan een of meer voorzieningen die zij niet hebben.

Ruim 30% van degenen met beperkingen heeft behoefte aan één voorziening (tabel 7.1).² Dit betekent dat 32% behoefte heeft aan een combinatie van voorzieningen, van wie bijna 19% aan twee voorzieningen en 13% aan meer dan twee. Slechts acht respondenten noemden alle voorzieningen. Het is dus niet zo dat mensen zonder meer aangeven dat ze alles wel willen hebben.

Degenen met ernstige beperkingen hebben vaker behoefte aan verschillende voorzieningen dan degenen met matige beperkingen. Er zijn geen verschillen naar leeftijdscategorie of sociaaleconomische status. De gegevens in de multivariate analyses laten zien dat als er rekening wordt gehouden met de ernst van de beperkingen, de 75-plussers minder vaak behoefte hebben aan verschillende voorzieningen (die zij niet hebben) dan anderen (bijlage D). Uit de hoofdstukken 3 tot en met 6 bleek ook al dat de 75-plussers over het algemeen meer gebruikmaken van voorzieningen dan andere mensen met langdurige beperkingen. Tot slot blijken inwoners van kleinere gemeenten minder vaak behoefte te hebben aan verschillende voorzieningen dan inwoners van grote gemeenten. Wellicht kennen inwoners van kleine gemeenten beter de weg naar de verschillende voorzieningen (zie ook § 7.4).

Tabel 7.1

Cumulatie van behoefte aan voorzieningen^a naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2005 (verticaal gepercentreerd; n = 2734)

	matige bep.	ernstige bep.	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
geen behoefte	41,6	24,9	40,9	35,9	34,5	37,0
behoefte aan 1 voorziening	31,9	28,5	26,7	33,0	32,7	30,9
behoefte aan 2 voorzieningen	15,8	26,2	17,5	17,7	20,9	18,6
behoefte aan > 2 voorzieningen	10,7	20,5	14,8	13,4	11,8	13,4

a Hierbij gaat het om de behoefte aan de volgende voorzieningen: woningaanpassing, zorg, Wvg-vervoersvoorziening, mobiliteitshulpmiddel, praktische dienstverlening, welzijnsvoorziening.

Bron: SCP (WZW'05)

7.3 Kennis van voorzieningen

Wie voorzieningen nodig heeft moet weten waar deze te halen zijn. Uit de voorgaande hoofdstukken is op een aantal plaatsen (zie noot in tabel 7.2) naar voren gekomen dat het niet goed op de hoogte zijn van een voorziening een van de redenen is dat mensen voorzieningen niet gebruiken, terwijl zij zelf wel van mening zijn dat ze deze nodig hebben (zie tabel 7.2). Ongeveer 20% van degenen die een woningaanpassing of thuiszorg nodig hebben, geeft aan dat ze deze niet hebben omdat ze niet goed weten waar ze deze kunnen krijgen. Dit geldt ook voor ruim 30% van degenen die vinden dat ze een vervoersvoorziening nodig hebben, terwijl ze deze niet ontvangen.

Leeftijd speelt hierbij een wisselende rol: bij de woningaanpassingen geven vooral jongere mensen onvoldoende kennis als reden op en bij de vervoersvoorzieningen vooral de 75-plussers.

Tabel 7.2

Onvoldoende kennis^a van voorziening als reden om deze niet te gebruiken naar leeftijdsklasse, selectie van degenen die een onvervulde behoefte hebben, 2005 (in procenten)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
woningaanpassing	26,5	14,9	16,4	sign.	18,5
thuiszorg	21,1	31,3	3,2	sign.	21,5
vervoersvoorziening	30,2	26,8	36,8	sign.	31,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

a Voor de exacte formulering wordt verwezen naar de tabellen 3.9, 4.15 en 5.11.

Bron: SCP (WZW'05)

Onduidelijk is of de gegevens uit tabel 7.2 betrekking hebben op dezelfde mensen en of een gebrek aan kennis dus op meerdere terreinen een rol speelt: zijn er mensen die verschillende voorzieningen nodig hebben maar daar geen gebruik van maken, omdat ze niet weten waar of hoe ze die kunnen verkrijgen?

Of mensen voldoende kennis hebben van woningaanpassingen, de thuiszorg of vervoersvoorzieningen is alleen gevraagd aan degenen die aangaven dat ze behoefte aan een van deze voorziening hadden. In totaal gaf 26% van degenen met matige of ernstige beperkingen aan dat ze minimaal twee van de in tabel 7.2 genoemde voorzieningen nodig hebben.³ Van deze groep gaf 13% aan dat zij verschillende voorzieningen niet hebben omdat ze niet weten hoe ze deze moeten aanvragen. Dit is 3,3% van alle mensen met een langdurige beperking. Op meerdere terreinen een gebrek aan kennis hebben speelt vooral een rol bij mensen die zowel vervoersvoorzieningen als woningaanpassingen niet kennen, dus mensen die niet op de hoogte zijn van het bestaan van de Wvg. Het niet goed op de hoogte zijn van de verschillende voorzieningen hangt niet duidelijk samen met achtergrondkenmerken zoals leeftijd of de ernst van de beperkingen.

Ook op andere terreinen dan die genoemd in tabel 7.2 gaven veel mensen met beperkingen aan dat ze voorzieningen niet kenden. Een groot deel van degenen met beperkingen heeft nog nooit van een persoonsgebonden budget gehoord (hoofdstuk 4). Bij de welzijnsvoorzieningen is bijvoorbeeld maar 27% van de ouderen op de hoogte van een ouderenadviseur, kent 67% van degenen met een langdurige beperking het algemeen maatschappelijk werk en weet 55% af van het bestaan van het dienstencentrum of de wijkpost. Deze percentages zijn des te opvallender omdat een deel van de populatie wel degelijk voor ondersteuning door deze voorzieningen in aanmerking zou komen, zo deze mensen erom zouden vragen.

7.4 Informatie kunnen vinden

Mensen hoeven niet altijd de voorzieningen te kennen, als ze maar weten waar ze informatie kunnen vinden als ze ondersteuning nodig hebben. Om dit vast te stellen is hen een aantal stellingen voorgelegd.

De meeste personen met langdurige lichamelijke beperkingen geven zelf aan dat ze weten waar ze terecht kunnen (tabel 7.3). Echter, ongeveer een derde weet niet altijd waar ze heen moeten als ze hulp of voorzieningen nodig hebben (24,1% oneens + 9,2% geheel oneens). Bijna 19% zegt dat er onvoldoende plaatsen zijn waar zij informatie kunnen krijgen. Opvallend is ook dat 26% van de mensen deze vraag niet weet te beantwoorden.⁴

Tabel 7.3

Algemene kennis van voorzieningen, 2005 (horizontaal geperceneerd; n = 2739)

	geheel eens	eens	oneens	geheel oneens	weet niet
als ik iets voor mezelf wil regelen (hulp of voorzieningen), dan weet ik altijd waar ik terecht kan	14,0	51,1	24,1	9,2	1,6
er zijn in mijn gemeente voldoende plaatsen waar mensen met een beperking informatie kunnen krijgen	7,2	48,0	14,9	3,8	26,1

Bron: SCP (WZW'05)

Ook uit lokaal onderzoek blijkt dat het voor mensen vaak lastig is om aan de juiste informatie te komen. Zo blijkt uit een onderzoek in Helmond dat ongeveer de helft van de ouderen niet weet waar men terecht kan met vragen over de Wet voorzieningen gehandicapten, de maaltijdservice of de huishoudelijke of persoonlijke verzorging (Den Breejen en Jansen 2005). Van de Noord-Hollandse ouderen geeft zelfs twee derde aan dat ze niet voldoende op de hoogte zijn van instanties voor zorg- en dienstverlening aan ouderen bij hen in de buurt (Depla en Smits 2003). Uit dat onderzoek bleek ook dat ouderen bij voorkeur schriftelijk geïnformeerd willen worden. Hierbij geven ze de voorkeur aan een eenvoudig overzicht met instanties en telefoonnummers. In een onderzoek in Nijmegen geeft 27% van de inwoners met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (wao- of Wajong-uitkering) aan nog nooit van de Wvg gehoord te hebben (Gemeente Nijmegen 2002).

Er zijn geen verschillen tussen mensen met matige en met ernstige beperkingen in hun algemene kennis over waar zij (informatie over) voorzieningen kunnen krijgen (tabel 7.4). Vooral de 55-minners zijn minder tevreden over de plaatsen waar informatie beschikbaar is (zie ook na tabel 7.4). Degenen met een laag opleidingsniveau weten minder goed waar ze terecht kunnen dan degenen met een hoog niveau. In een multivariate analyse (zie bijlage D) wordt dit beeld in grote lijnen bevestigd. Daar blijkt dat ook inkomen een rol speelt bij de kennis van voorzieningen. Degenen met een laag inkomen vinden vaker dat ze niet weten waar ze terecht kunnen dan degenen met een hoog inkomen. Wellicht speelt hier mee dat degenen met een lager inkomen vaker zijn aangewezen op voorzieningen zoals de thuiszorg of de Wvg. Mensen met een hoger inkomen zijn immers vaker in staat om particuliere hulp in te schakelen of zelf aanpassingen aan te schaffen; daarnaast hebben ze vaker een auto (bijlage D), waardoor ze minder een beroep op vervoersvoorzieningen hoeven te doen. Bovendien vinden inwoners van grote gemeenten vaker dat ze niet weten waar ze terecht kunnen dan inwoners van kleine gemeenten.

Tabel 7.4

Ontbreken van algemene kennis van voorzieningen^a naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2026)

	weet niet waar terecht voor hulp	onvoldoende plaatsen met informatie
ernst van de beperking	n.s.	n.s.
matig	33,3	25,5
ernstig	35,3	24,7
leeftijdsklasse	n.s.	sign.
22-54 jaar	35,5	38,8
55-74 jaar	31,3	21,2
≥ 75 jaar	35,5	18,4
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	37,8	21,0
samenwonend	31,3	27,9
opleidingsniveau	sign.	n.s.
laag (maximaal lbo)	38,8	24,5
midden (mavo/havo/mbo)	28,8	26,2
hoog (hbo/universiteit)	21,6	27,1
totaal	33,8	25,3

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets); n.s.: niet significant.
a Aandeel dat 'mee oneens' en 'geheel mee oneens' had aangegeven bij stellingen uit tabel 7.3. De categorie 'weet niet' is hierbij buiten beschouwing gelaten.

Bron: SCP (WZW'05)

Dat 55-minners minder vaak tevreden zijn over de informatievoorziening heeft mogelijk te maken met het ambitieniveau van jongere mensen met beperkingen: mogelijk willen zij vaker deelnemen aan de samenleving en zoeken juist zij naar mogelijkheden om dit te bewerkstelligen. De resultaten in paragraaf 2.7 wezen in die richting. Een andere verklaring is dat ouderen minder vaak zelf hun voorzieningen regelen, maar dit aan anderen overlaten, zoals hun kinderen of een ouderenadviseur (zie bv. hoofdstuk 6, waaruit bleek dat 5% van de 55-plussers een ouderenadviseur gebruikt).

Uit tabel 7.5 is op te maken dat ruim 20% van de aanvragen voor Wvg-voorzieningen of de bijstand niet door cliënten zelf is gedaan, maar door iemand anders en dat dit iets vaker voorkomt bij ouderen met beperkingen dan bij jongeren. Niet bekend is wie de aanvraag dan voor hen regelt (of dit bv. de partner is of dat kinderen die rol op zich nemen).

Tabel 7.5

Aanvraag^a ingediend naar degene die dat gedaan heeft en leeftijdsklasse, 2005 (in procenten; n = 2739)

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
geen aanvraag ingediend	77,7	76,4	67,1	74,0
aanvraag ingediend, waarvan	22,3	23,6	32,9	26,0
zelf	18,4	18,0	25,4	20,4
door anderen	3,9	5,6	7,5	5,6
% door anderen aangevraagd van alle aanvragen	17,4	23,6	22,7	21,6

a Aanvraag voor bijzondere bijstand, woningaanpassing Wvg, vervoersvoorziening Wvg.

Bron: SCP (WZW'05)

7.5 Financiële aspecten

Een ander aspect van toegankelijkheid is of mensen het financieel op kunnen brengen om gebruik te maken van bepaalde voorzieningen. In voorgaande hoofdstukken is al enige aandacht besteed aan de invloed van het inkomen op het gebruik van voorzieningen, door in een aantal (multivariate) analyses na te gaan of inkomen een rol speelde bij het gebruik van voorzieningen. Daar bleek bijvoorbeeld dat mensen met een laag inkomen minder vaak kleine woningaanpassingen hebben, in een woning met diensten of zorg wonen (hoofdstuk 3), particuliere hulp ontvangen (hoofdstuk 4) en een eigen auto hebben, waardoor zij afhankelijker zijn van het aanvullende vervoer (hoofdstuk 5).

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de eigen bijdragen die mensen moeten betalen en aan de vraag of zij dit zelf zien als een belemmering voor het gebruik van voorzieningen. Ook hier gaat het om een subjectief oordeel: hoe ervaren mensen de kosten die zij voor bepaalde voorzieningen moeten betalen?

Eerder in dit rapport werd al genoemd dat de eigen bijdragen soms een belemmering kunnen vormen om voorzieningen of thuiszorg te krijgen. Daar bleek onder meer dat ongeveer 10% van degenen die vonden dat ze een woningaanpassing of vervoersvoorziening nodig hadden, hiervan afzag vanwege onder meer financiële redenen (tabel 3.9 en 5.11); 26% gaf aan te denken dat ze thuiszorg niet kunnen betalen (tabel 4.9). De samenhang met leeftijd blijkt sterk: vooral jongeren ervaren vaker problemen.

Tabel 7.6

Financiële aspecten als reden om een voorziening niet te gebruiken naar leeftijdsklasse, selectie van degenen die een onvervulde behoefte hebben, 2005 (in procenten)^a

	22-54 jaar	55-74 jaar	≥ 75 jaar		totaal
woningaanpassingen	19,7	12,6	3,8	sign.	11,6
thuiszorg	27,7	30,8	9,7	sign.	25,7
vervoersvoorziening	14,6	7,9	6,3	sign.	9,7

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

a Voor de exacte formulering wordt verwezen naar de tabellen in 3.9, 4.15 en 5.11.

Bron: SCP (WZW'05)

Dat vooral jongere mensen met beperkingen problemen ervaren, hangt samen met hun lagere inkomenspositie. In hoofdstuk 6 was te zien dat veel 65-minners een inkomen uit een uitkering krijgen en dat ongeveer een op de acht bijzondere bijstand heeft aangevraagd. Tabel 7.7 toont het netto huishoudensinkomen.⁵

Tabel 7.7

Hoogte van het netto-inkomen, naar huishoudensvorm en leeftijdsklasse, 2005 (verticaal geperceenteerd; $n = 2626$)

	alleen < 65 jaar	alleen ≥ 65 jaar	alleen totaal	samen < 65 jaar	samen ≥ 65 jaar	samen totaal	totaal
< 900 euro	43,9	28,1	33,5	2,2	2,5	2,3	14,8
900-1100 euro	22,2	31,4	28,3	13,3	1,5	8,6	16,5
1100-1300 euro	13,2	12,8	12,9	11,2	15,2	12,8	12,9
1300-1700 euro	12,9	13,3	13,1	24,3	34,7	28,4	22,3
≥ 1700 euro	7,9	14,4	12,2	49,0	46,1	47,8	33,5

Bron: SCP (WZW'05)

Bijna een zesde van de mensen met langdurige matige of ernstige beperkingen heeft een inkomen van hooguit 900 euro per maand.⁶ Dit zijn veel vaker alleenstaanden dan mensen die hun huishouden delen en vaker 65-minners dan 65-plussers. De verklaring voor dat laatste is dat ernstige lichamelijke beperkingen er bij jonge mensen toe leiden dat zij geen arbeid kunnen verrichten en afhankelijk zijn van een uitkering. Voor een groot deel van de ouderen geldt dat zij hun beperkingen pas op latere leeftijd hebben gekregen. Zij hebben niet alleen een basisinkomen van de AOW, maar hebben vaak voor hun vijftenzestigste jaar gewerkt waardoor ze ook pensioen hebben kunnen opbouwen. Dat mensen met beperkingen vaak een laag inkomen hebben is ook beschreven door Pannekeet-Helsen en Rijken (2006).

Tot slot is er ook een groep die een inkomen heeft van 1700 euro of meer. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat bij hoge huishoudensinkomens vaak een ander dan de chronisch zieke of gehandicapte de hoofdkostwinner is (Pannekeet-Helsen en Rijken 2006).

Aan mensen zijn twee stellingen voorgelegd over financiële problemen die zij ervaren bij of door het gebruik van voorzieningen. Daarnaast is gevraagd of de kosten van wonen en zorg zo hoog zijn dat mensen overwegen om in een tehuis te gaan wonen (tabel 7.8).

Naar de hoogte van de eigen bijdragen zelf is niet gevraagd, maar uit onderzoek van het Nivel blijkt dat het onder meer gaat om kosten voor hulpmiddelen en woningaanpassingen, de tandarts, geneesmiddelen zonder recept, vervoerskosten voor geneeskundige hulp en eigen bijdragen voor de thuiszorg (Pannekeet-Helsen en Rijken 2006).⁷ Ongeveer 73% van de chronisch zieken en gehandicapten heeft specifieke kosten gemaakt in verband met een ziekte of handicap (zie noot 7). Zij gaven hier gemiddeld in een jaar 600 euro aan uit.

Ongeveer een derde (7,5% + 24,1%) van de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen geeft zelf aan dat ze als gevolg van eigen bijdragen in de zorg moeite hebben om rond te komen van hun inkomen (tabel 7.8). Bijna een kwart (5,2% + 18,0%) zegt bepaalde voorzieningen nodig te hebben en deze niet te ontvangen door financiële belemmeringen: ze krijgen de voorzieningen niet vergoed, maar kunnen deze ook zelf niet betalen.

Slechts 2,5% (0,7% + 1,9%) geeft aan dat de financiële problemen zo groot zijn dat zij overwegen om in een tehuis te gaan wonen. Ook bij een selectie op ouderen (75-plussers) is dit aandeel klein (3,6%, niet in tabel).

Tabel 7.8

Financiële belemmeringen en het gebruik van voorzieningen, 2005 (horizontaal gepercenteed; n = 2619)

	geheel eens	eens	oneens	geheel oneens	n.v.t. ^a
als gevolg van eigen bijdragen voor de zorg heb ik moeite om rond te komen van mijn inkomen	7,5	24,1	36,4	13,3	18,7
ik heb voorzieningen nodig die ik niet vergoed krijg maar die ik ook niet zelf kan betalen	5,2	18,0	54,0	22,8	-
ik overweeg om in een tehuis te gaan wonen omdat ik de kosten voor wonen en zorg niet zelf kan betalen	0,7	1,9	41,0	56,4	-

- Niet van toepassing.

a Dit antwoord konden mensen geven als ze geen eigen bijdragen hebben. Dit is niet gecontroleerd (er is niet nagegaan of ze inderdaad geen eigen bijdrage hadden en of anderen die wel hadden).

Bron: SCP (WZW'05)

Degenen met ernstige beperkingen, de 22-54-jarigen en degenen met een laag inkomen ervaren de meeste financiële belemmeringen (tabel 7.9). Deze gegevens worden bevestigd in de multivariate analyses (zie bijlage D). Daar blijkt ook dat alleenstaanden vaker problemen met betalingen hebben dan samenwonenden. Vooral ouderen overwegen wel eens een tehuisopname uit kostenoverwegingen. Bij een selectie op 65-plussers blijken vooral de ouderen met ernstige beperkingen en de alleenstaande ouderen over deze mogelijkheid na te denken (niet in tabel). Dat financiële overwegingen een rol spelen bij een tehuisopname bleek ook uit een studie van de Unie KBO en NIBUD (2003) onder zorgbehoevende 65-plussers met alleen een AOW-uitkering.

Tabel 7.9

Financiële barrières^a, naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2619)

	moeite met rondkomen als gevolg van eigen bijdragen	voorzieningen nodig die ik niet kan betalen	overweeg tehuisopname vanwege kosten
ernst van de beperking	sign.	sign.	sign.
matig	28,8	19,9	2,2
ernstig	38,8	32,0	3,7
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	38,7	32,1	0,2
55-74 jaar	31,3	23,2	3,7
≥ 75 jaar	24,5	14,4	3,6
samenstelling huishouden	n.s.	sign.	sign.
alleenstaand	34,6	27,8	3,4
samenwonend	29,6	20,3	2,1
netto huishoudensinkomen	sign.	sign.	sign.
< 900 euro	46,5	36,8	3,6
900-1100 euro	40,4	34,1	3,0
1100-1300 euro	38,2	28,8	2,2
1300-1700 euro	36,8	17,1	5,2
≥ 1700 euro	15,3	14,1	0,9
totaal	31,5	23,2	2,6

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën (p < 0,05; chi-kwadraat toets)

a Aandeel dat 'mee eens' en 'geheel mee eens' had aangegeven bij stellingen uit tabel 7.8. De categorie 'n.v.t.' (tabel 7.8) is meegeteld bij 'geen moeite' (dit zijn mensen die geen (cumulatie van) eigen bijdrage hebben).

Bron: SCP (WZW'05)

7.6 Gebrekkige afstemming

Aan mensen met langdurige beperkingen is gevraagd of zij tevreden zijn over de samenwerking tussen de instanties waar ze mee te maken hebben en of ze vinden dat ze met te veel instanties van doen hebben. Een groot deel van de respondenten

weet deze vragen niet te beantwoorden (tabel 7.10). Niet alleen weten mensen vaak niet of instellingen niet goed samenwerken (iets wat misschien ook niet altijd goed in te schatten is), maar ook vinden ze het blijkbaar moeilijk om te beoordelen of ze met te veel instanties te maken hebben.

Tabel 7.10
Gebrekkige afstemming, 2005 (horizontaal gepercenteerd; n = 2739)

	geheel eens	eens	oneens	geheel oneens	weet niet
de instanties waar ik mee te maken heb werken niet goed samen	5,5	19,9	21,3	4,3	49,0
er zijn te veel verschillende instanties waar ik mee te maken heb bij het regelen van hulp of voorzieningen	6,6	21,2	26,2	7,2	38,8
ik moet steeds dezelfde gegevens aan verschillende instanties verstrekken	10,7	25,9	22,1	7,4	33,9

Bron: SCP (WZV'05)

Als verondersteld wordt dat degenen die geen mening hebben over afstemmingsproblemen (de categorie 'weet niet' in tabel 7.10) geen problemen ervaren met de afstemming tussen instanties, dan is ongeveer een kwart van de mensen met langdurige beperkingen van mening dat de instanties waar ze mee te maken hebben niet goed samenwerken (tabel 7.11); 28% vindt dat ze met te veel verschillende instanties te maken hebben bij het regelen van hulp of voorzieningen. Het meest ontevreden zijn mensen over het feit dat ze steeds dezelfde gegevens aan verschillende instanties moeten verstrekken: 37% deelt deze mening.

Vooraf degenen met een ernstige beperking zijn minder vaak tevreden over de samenwerking tussen instanties. Dit komt waarschijnlijk vooral doordat zij meer voorzieningen nodig hebben en dus vaker met verschillende instanties te maken krijgen (zie ook tabel 7.12).

Opvallend is ook dat vooral de 55-minners vinden dat instanties niet goed samenwerken en dat ze steeds weer dezelfde gegevens moeten verstrekken (tabel 7.11). Hoogopgeleiden zijn vaker ontevreden over de samenwerking dan laagopgeleiden. Tot slot zijn degenen met een lager inkomen vaker ontevreden dan de rest van de cliënten. Mogelijk komt dit doordat zij ook vaak met voorzieningen te maken hebben zoals de bijstand, waar veel gegevens verstrekt moeten worden voordat men een uitkering ontvangt. De hier gevonden verschillen zijn ook in de multivariate analyses significant (zie bijlage D).

Tabel 7.11

Gebrekkige afstemming^a naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten; n = 2739)

	instanties werken niet goed samen	met te veel instanties te maken	steeds dezelfde gegevens verstrekken
ernst van de beperking	sign.	sign.	sign.
matig	24,2	25,6	34,2
ernstig	28,5	34,0	43,2
leeftijdsklasse	sign.	sign.	sign.
22-54 jaar	35,4	33,8	45,1
55-74 jaar	23,4	26,4	35,5
≥ 75 jaar	17,6	23,6	29,4
opleidingsniveau	sign.	sign.	sign.
laag (maximaal lbo)	22,3	25,1	34,0
midden (mavo/havo/mbo)	27,5	31,2	40,1
hoog (hbo/universiteit)	36,6	33,1	41,1
totaal	25,4	27,9	36,6

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

a Aandeel dat 'mee eens' en 'geheel mee eens' heeft aangegeven bij stellingen uit tabel 7.10. Degenen die 'weet niet' hebben geantwoord zijn meegeteld bij de categorie 'niet eens'.

Bron: SCP (WZW'05)

Dat ongeveer een kwart van degenen met langdurige beperkingen niet tevreden is over de samenwerking vormt aanleiding om na te gaan met hoeveel verschillende instanties mensen te maken hebben. Hiertoe is zowel gekeken naar het aantal indicerende instanties waar men is geweest in de twee jaar voorafgaand aan de enquête, als naar het aantal voorzieningen waar men in het jaar voorafgaand aan de enquête gebruik van maakte.

Ongeveer 10% van de respondenten is de afgelopen twee jaar bij meer dan één indicerende instantie geweest of heeft bij een Wvg-loket zowel woningaanpassingen als een vervoersvoorziening aangevraagd (6% als de bijstand buiten beschouwing wordt gelaten). In werkelijkheid is het aandeel dat met verschillende loketten te maken heeft hoger, omdat mensen bij veel meer instanties voorzieningen kunnen aanvragen (denk bijvoorbeeld aan voorzieningen die via de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) worden vergoed of aan de aanvraag van sociale uitkeringen). De gegevens in tabel 7.12 vormen dan ook een ondergrens van het aantal loketten waar iemand mee te maken heeft.

Hetzelfde geldt voor het aantal voorzieningen dat men gebruikt: naarmate men meer voorzieningen in ogenschouw neemt, zal het aandeel dat voorzieningen gebruikt hoger zijn. Zeker de helft van de mensen met een beperking gebruikt een voorziening (waarbij bijvoorbeeld informele hulp, particuliere hulp en de woningaanpassingen niet meegeteld zijn, omdat men daarvoor in het algemeen niet met

instanties te maken heeft) en ongeveer 20% heeft te maken met meerdere voorzieningen (tabel 7.12).⁸ In bijlage D wordt getoond welke combinaties van voorzieningen mensen dan hebben.

Als de bijstand buiten beschouwing wordt gelaten en alleen de voorzieningen die in dit rapport centraal stonden, dus de voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn, in ogenschouw worden genomen (rechterhelft van tabel 7.12), dan heeft een zesde van degenen met langdurige beperkingen te maken met een cumulatie van voorzieningen.

Tabel 7.12

Aantal loketten waar men zich gemeld heeft in de twee jaar voorafgaand aan de enquête en het aantal voorzieningen dat men gebruikt (verticaal gepercentreerd; n = 2739)

	aantal loketten (indicaties) ^a incl. bijstand	aantal voorzieningen dat men gebruikt ^b incl. bijstand	aantal loketten (indicaties) ^a excl. bijstand	aantal voorzieningen dat men gebruikt ^b excl. bijstand
geen	70,3	48,9	75,6	54,2
1	19,9	31,1	18,4	29,7
2	7,7	16,0	5,2	14,0
3	1,9	3,7	0,9	2,2
4	0,3	0,3	-	-

- Niet van toepassing.
a Wvg in verband met woonvoorziening; Wvg in verband met vervoersvoorziening, Centrum indicatiestelling zorg in verband met thuiszorg; gemeente in verband met bijzondere bijstand.
b Thuiszorg, maaltijdvoorziening, vervoermiddel (rolstoel, scootmobiel, Wvg-vervoersvoorziening), bijstand (inclusief bijzondere bijstand).

Bron: SCP (WZW'05)

Personen met ernstige beperkingen hebben vaker te maken met verschillende loketten dan degenen met matige beperkingen (tabel 7.13). 75-plussers en alleenstaanden hebben vaker met verschillende loketten te maken dan jongere mensen met beperkingen en de samenwonenden, maar deze verschillen vallen weg als statistisch rekening wordt gehouden met de verschillen in hulpbehoefte (zie bijlage D). Ongeveer 16% van degenen met beperkingen gebruikt verschillende voorzieningen. Degenen met ernstige beperkingen, de 75-plussers, de alleenstaanden en degenen met een laag inkomen gebruiken vaker verschillende voorzieningen dan de overige mensen met beperkingen (zie ook de multivariate analyses in bijlage D). Dit beeld komt overeen met het algemene beeld dat in de vorige hoofdstukken werd geschetst van het gebruik van de afzonderlijke voorzieningen.

Tabel 7.13

Cumulatie van voorzieningen, naar achtergrondkenmerken, 2005 (in procenten)

	contact gehad met verschillende loketten (exclusief bijstand)	gebruik van verschillende voorzieningen (exclusief bijstand)
ernst van de beperking	sign.	sign.
matig	3,7	9,9
ernstig	12,4	32,5
leeftijdsklasse	sign.	sign.
22-54 jaar	4,6	4,9
55-74 jaar	4,4	9,1
≥ 75 jaar	9,7	36,6
samenstelling huishouden	sign.	sign.
alleenstaand	9,1	32,1
samenwonend	4,2	5,9
netto huishoudensinkomen	sign.	sign.
< 900 euro	9,4	32,5
900-1100 euro	6,8	27,3
1100-1300 euro	5,5	20,9
1300-1700 euro	7,3	9,8
≥ 1700 euro	4,9	8,1
totaal	6,5	16,2

Sign.: significant verschil tussen de verschillende categorieën ($p < 0,05$; chi-kwadraat toets).

Bron: SCP (WZV'05)

Opvallend is dat vooral ouderen gebruikmaken van verschillende voorzieningen, terwijl jongere mensen vaker klagen over een gebrek aan samenwerking tussen verschillende instanties. Ook op andere punten in dit hoofdstuk kwam naar voren dat jongere mensen minder tevreden zijn over de toegankelijkheid. Dat jonge mensen met beperkingen hierover negatiever oordelen kan twee redenen hebben. De eerste is dat ondersteuning van ouderen beter is georganiseerd. Plaatselijke instanties die ouderen de weg wijzen en de hulpverlening trachten te coördineren bestaan al ruim dertig jaar (gecoördineerd ouderenwerk, welzijnswerk voor ouderen). De tweede reden kan zijn dat de jongere bevolking met beperkingen meer verplichtingen heeft. Zij ervaren de gevolgen van hun beperkingen niet alleen in de sfeer van wonen, zorg en welzijn, maar ook in die van leren, werk en de zorg voor kinderen. Zij zijn voor een normaal functioneren op veel meer compenserende voorzieningen aangewezen. De kans dat zij bij het verwerven daarvan tegen problemen aanlopen is daardoor hoger.

Degenen die gebruik maken van verschillende voorzieningen (een combinatie van thuiszorg, Wvg-vervoersvoorzieningen of een maaltijdvoorziening) zijn vaker onte-

vreden over de samenwerking tussen instanties en de hoeveelheid gegevens die zij moeten verstrekken dan de andere mensen met beperkingen. Degenen die het meeste klagen over de samenwerking tussen verschillende instanties en over de gegevens die zij moeten verstrekken, zijn degenen die bijstand ontvangen en niet de gebruikers van de voorzieningen op het terrein van wonen, zorg of welzijn die in dit rapport centraal staan.

Tot slot blijkt dat degenen die gebruikmaken van een zorgloket (zie hoofdstuk 6) niet vaker tevreden zijn over de samenwerking dan de gemiddelde persoon met een beperking. Dit maakt duidelijk dat een loket op zich niets zegt over hoe de vraag van de cliënt wordt afgehandeld.

7.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan een aantal aspecten van de toegankelijkheid van voorzieningen of beter gezegd van de ontoegankelijkheid. Verondersteld is dat de toegankelijkheid onvoldoende is als mensen niet beschikken over de juiste informatie over voorzieningen of als zij financiële drempels ervaren.

Ongeveer twee derde van de mensen met langdurige beperkingen heeft behoefte aan minimaal één voorziening die zij niet hebben. Dit zijn vooral personen met ernstige beperkingen. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom ze deze voorzieningen niet hebben. Zo weet ongeveer een derde van degenen met beperkingen zelf niet hoe zij hulp moeten regelen en een kwart weet niet waar zij informatie kunnen vinden. Vooral de wat jongere mensen ervaren financiële problemen met of als gevolg van het betalen van eigen bijdragen. Dit hangt samen met het feit dat zij vaker een gering inkomen hebben dan ouderen.

Ongeveer een kwart van degenen met beperkingen heeft in de twee jaar voorafgaand aan de enquête een voorziening aangevraagd, en 6% van hen had met meerdere loketten te maken (waarbij het gaat om een aanvraag bij het Wvg-loket of het Centrum indicatiestelling zorg). Dit zijn vooral mensen met ernstige beperkingen. Circa 16% heeft verschillende voorzieningen (zoals een maaltijdvoorziening, thuiszorg of Wvg-vervoersvoorziening). Dit zijn met name degenen met ernstige beperkingen, 75-plussers, alleenstaanden en degenen met een laag inkomen. Ongeveer een kwart van de mensen met langdurige beperkingen vindt zelf dat ze met te veel voorzieningen te maken hebben en dat instanties niet goed samenwerken. Ruim een derde is van mening dat ze te vaak dezelfde gegevens moeten verstrekken. Vooral degenen met ernstige beperkingen, jongere mensen met beperkingen en degenen met een laag inkomen klagen hierover.

Noten

- 1 Bij de aanbodzijde gaat het om de beschikbaarheid (Smits et al. 2002). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 1997) noemt hier bijvoorbeeld de materiële beschikbaarheid (de vraag of, als een behoefte aan zorg is vastgesteld, die zorg ook op het gevraagde moment en op de gewenste plaats beschikbaar is) en de formele beschikbaarheid van zorg (bijvoorbeeld polisvoorwaarden en uitsluitingsgronden). Ook de Algemene Rekenkamer beschouwt zorg als toegankelijk als het aanbod aansluit bij de vraag, en gaat er daarbij van uit dat aanvaardbare wachtlijsten en objectieve indicatiestelling dit kunnen waarborgen (TK 2001/2002).
- 2 Ongeveer de helft van hen heeft een woningaanpassing nodig, een zesde een Wvg-vervoersvoorziening, een zesde een welzijnsvoorziening en een achtste zorg (niet in tabel).
- 3 Dit percentage verschilt van dat in paragraaf 7.2, omdat het hier om drie soorten voorzieningen gaat (alleen de voorzieningen waarvan is gevraagd waarom mensen deze niet gebruiken, terwijl ze er wel behoefte aan hebben), terwijl het in paragraaf 7.2 om zes soorten voorzieningen ging.
- 4 Overigens zijn het niet altijd dezelfde mensen die niet weten waar ze terecht kunnen of menen dat er onvoldoende informatie beschikbaar is. Zo weet ongeveer de helft van de mensen die vindt dat er onvoldoende plaatsen zijn waar ze informatie kunnen krijgen, wel waar ze deze kunnen vinden (niet in tabel).
- 5 Gevraagd is 'Hoeveel bedragen uw netto maandinkomsten/de netto maandinkomsten van uw huishouden? Hierbij gaat het om inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen of inkomen uit vermogen, zonder kinderbijslag of huursubsidie.'
- 6 Overigens is een netto-inkomen van maximaal 900 euro niet hetzelfde als een inkomen onder de lage inkomensgrens (zie ook Vrooman et al. 2005). De standaarddefinitie van een laag inkomen is gebaseerd op het bijstandsniveau van een alleenstaande. In 2003 was de lage-inkomensgrens voor een alleenstaande 10.200 euro per jaar (850 euro per maand). Hierbij wordt uitgegaan van het besteedbare inkomen (waarbij bijvoorbeeld ook, in tegenstelling tot het netto maandinkomen, zie noot 1, het huurwaardeforfait is meegenomen). Dat laatste was op grond van de summier inkomensgegevens in het onderzoek Wonen, Zorg en Welzijn (wzw) niet vast te stellen.
- 7 Een aantal van deze kosten maken mensen zonder chronische ziekte of handicap ook, zoals kosten voor de tandarts, maar kosten voor bijvoorbeeld hulpmiddelen of woningaanpassingen of de eigen bijdrage voor de thuiszorg zijn specifieke uitgaven die alleen gemaakt worden door mensen met gezondheidsproblemen.
- 8 Dit is de som van de mensen die twee of meer voorzieningen gebruiken: 16,3%, 3,8% en 0,3%.

8 Slotbeschouwing

8.1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) verzocht om meer inzicht te verschaffen in het (potentiële) gebruik van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn door mensen met een lichamelijke beperking. Deze vraag vormde de aanleiding om een onderzoek te verrichten onder ruim 2700 volwassenen met matige of ernstige motorische (dat wil zeggen niet-zintuiglijke) beperkingen. Dit onderzoek naar Wonen, Zorg en Welzijn, hierna afgekort tot wzw-onderzoek, brengt zowel het feitelijke gebruik van uiteenlopende voorzieningen als de behoeften hieraan in kaart. Hierbij gaat het om oordelen van de respondenten zelf. Het onderzoek gaat over voorzieningen op het terrein van wonen (zoals woningaanpassingen, personenalarmering), zorg (thuiszorg, informele zorg, particuliere zorg), vervoer (eigen auto, openbaar vervoer, vraagafhankelijk vervoer) en welzijn (zoals ouderenadviseurs, maatschappelijk werk, maaltijdvoorziening). Dit is, voor zover kon worden nagegaan, de eerste keer dat er een landelijk onderzoek heeft plaatsgevonden waarin ook uitgebreid aandacht wordt besteed aan welzijnsvoorzieningen.¹ Tot nu toe ontbrak gedetailleerde informatie hierover (zie ook De Klerk 2004). Ook is niet eerder op deze manier aandacht besteed aan de behoefte die mensen hebben aan voorzieningen (zie ook TK 2004/2005a).

De samenvatting van de resultaten staat vermeld in de afzonderlijke hoofdstukken. In deze slotbeschouwing wordt een aantal algemene conclusies getrokken bij deze bevindingen en wordt stilgestaan bij de implicaties voor het beleid. Dit betekent dat vooral nagegaan wordt waar er eventueel extra beleid nodig is. Hierdoor worden in dit hoofdstuk vooral de knelpunten benadrukt en krijgt datgene wat wel goed loopt minder aandacht.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 8.2 wordt stilgestaan bij de populatie die centraal staat in dit rapport: de mensen met langdurige lichamelijke beperkingen. In paragraaf 8.3 komen de belangrijkste resultaten over het gebruik van voorzieningen aan de orde en in paragraaf 8.4 over de behoefte aan voorzieningen. In paragraaf 8.5 wordt expliciet stilgestaan bij de redenen waarom mensen bepaalde voorzieningen die zij wel nodig hebben niet gebruiken. Vervolgens wordt een overzicht gepresenteerd van enkele groepen die kwetsbaar zijn omdat zij mogelijk niet over alle voorzieningen beschikken die zij nodig hebben (§ 8.6). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen en de belemmeringen die zij daarbij ervaren (§ 8.7).

8.2 Wie zijn de mensen met langdurige beperkingen?

Aantal mensen met beperkingen niet exact bekend

Er zijn in Nederland ruim 1,2 miljoen zelfstandig wonende mensen (mensen die intramuraal verblijven vielen buiten het onderzoek) met motorische beperkingen. Dat zijn mensen die moeite hebben met verschillende activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging, de mobiliteit, het uithoudingsvermogen en de huishoudelijke activiteiten. Dit aantal is een schatting. Het is immers moeilijk om exact vast te stellen hoeveel mensen met beperkingen er zijn. Zo blijkt uit eerder onderzoek dat de gevonden prevalentie afhangt van het type activiteiten waarnaar wordt gevraagd en de grenzen die worden gesteld (De Klerk 2000). Het is duidelijk dat iemand die niet in staat is om zelf te eten ernstige beperkingen bij de persoonlijke verzorging heeft. Minder helder is het als iemand zichzelf bijvoorbeeld niet meer kan wassen, maar allerlei andere activiteiten wel zelf kan doen. In dit onderzoek is voor het vaststellen van de ernst van de lichamelijke beperkingen een gewogen score gebruikt, waarbij sommige activiteiten zwaarder meetellen dan andere. Ook de grens tussen matige en ernstige beperkingen is moeilijk te trekken. In dit rapport is verondersteld dat mensen die minimaal één activiteit niet (meer) zelf kunnen doen ernstige beperkingen hebben en dat degenen die daar moeite mee hebben (maar het wel zelf kunnen) matige beperkingen hebben.²

Alleen mensen met langdurige beperkingen

Voor het wzw-onderzoek, dat in 2005 is gehouden, zijn mensen geworven die eerder (in 2002) in het Woningbehoefte onderzoek (WBO) van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) hebben aangegeven dat zij motorische beperkingen hebben. Dit betekent dat alleen personen die minimaal drie jaar beperkingen hebben aan het wzw hebben deelgenomen. Op basis van diverse onderzoeken (zie hoofdstuk 1) wordt geschat dat 90% van degenen met beperkingen een langdurige (langer dan die jaar) beperking heeft. Het gaat dus om 1,1 miljoen mensen (die niet in een instelling verblijven).

De focus op degenen met langdurige beperkingen leidt ertoe dat mensen met tijdelijke beperkingen geen deel uitmaken van de onderzoekspopulatie.³ Een groep die ook geen deel uitmaakt van de onderzoekspopulatie zijn degenen die pas recent beperkingen kregen die later langdurig blijken te zijn. In hoofdstuk 1 is betoogd dat het om een kleine groep gaat. Degenen die nog niet lang met hun beperkingen zijn geconfronteerd, zijn wellicht minder goed op de hoogte van allerlei regelingen en voorzieningen. Het feit dat deze groep niet is meegenomen in het onderzoek betekent dat de cijfers over het gebruik eerder een onderschatting dan een overschatting vormen.

Het feit dat de onderzoekspopulatie alleen bestaat uit mensen met een lichamelijke beperking betekent dat hiermee niet altijd een beeld wordt geschetst van de totale groep voorzieningengebruikers. Zo zijn er ook mensen met een verstandelijke handicap die gebruikmaken van een persoonsgebonden budget en worden

voorzieningen zoals het algemeen maatschappelijk werk ook door mensen zonder beperkingen gebruikt.

Kenmerken van mensen met (langdurige) lichamelijke beperkingen

Wie aan mensen met beperkingen denkt, denkt al snel aan ouderen. Toch is ongeveer de helft van degenen met langdurige beperkingen jonger dan 65 jaar (zie ook bijlage B). Ongeveer 65% is vrouw. Dat de meerderheid vrouw is geldt niet alleen bij de ouderen, maar ook bij de jongere mensen met beperkingen. Dit werd ook in ander onderzoek gevonden. Onduidelijk is waarom dit zo is. Circa 40% van degenen met matige of ernstige beperkingen is alleenstaand en 60% heeft een lager opleidingsniveau (hooguit een lbo-opleiding afgerond). Zowel huishoudensvorm als opleiding hangen samen met leeftijd. Vooral de 75-plussers met beperkingen zijn vaak alleenstaand en hebben vaak een laag opleidingsniveau.

8.3 Gebruik van voorzieningen

Veel gebruik voorzieningen

Een groot deel van de onderzochte populatie gebruikt uiteenlopende voorzieningen. Zo heeft ruim 75% (ca. 840.000 mensen) een woningaanpassing, 53% (ca. 580.000 mensen) hulp (van wie een groot deel informele zorg), 44% (bijna 480.000 mensen) een mobiliteitshulpmiddel (zoals een wandelstok of een rollator) en 26% (ca. 290.000 mensen) een vervoersvoorziening die verstrekt werd in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (de Wvg). Veel minder mensen maken gebruik van een welzijnsvoorziening. Zo gebruikt 12% (ca. 135.000 mensen) praktische hulp zoals een maaltijdvoorziening of een klussenhulp en 9% (ca. 100.000 mensen) een dienstencentrum. Overigens gaat het hierbij steeds om schattingen van het absolute aantal mensen met een voorziening. Het exacte aantal personen met een langdurige motorische beperking is immers niet bekend.

Dat welzijnsvoorzieningen minder vaak gebruikt worden dan voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en vervoer wordt ook in ander (lokaal) onderzoek gevonden. Dit wil niet zeggen dat welzijnsvoorzieningen geen belangrijke rol spelen. Uit dit onderzoek kwam ook naar voren dat deze voorzieningen worden gebruikt door de meest kwetsbare groepen, zoals alleenstaande 75-plussers.

Determinanten van gebruik van voorzieningen

Een aantal kenmerken speelt een rol bij het gebruik van voorzieningen. In hoofdstuk 1 is hierbij, aan de hand van het model van Anders en Newman, onderscheid gemaakt tussen gezondheidskenmerken, persoonskenmerken en situationele kenmerken.

1 Invloed van gezondheidskenmerken

Gezondheid is, uiteraard, de belangrijkste factor bij het gebruik van voorzieningen. Zo maken mensen met ernstige beperkingen vaker gebruik van voorzieningen dan

degenen met matige beperkingen. Dat geldt voor alle onderzochte voorzieningen, met uitzondering van de sociaal raadslieden en de boodschappendienst: dit zijn voorzieningen die niet speciaal zijn bestemd voor mensen met lichamelijke beperkingen. Daarnaast speelt in veel gevallen de duur van de beperkingen een rol.⁴ Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het enige tijd duurt voordat iemand voorzieningen gebruikt. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat iemand eerst moet accepteren dat hij/zij beperkingen heeft en dus ondersteuning nodig heeft, maar ook doordat het tijd kost om op zoek te gaan naar een voorziening en deze aan te vragen en te verkrijgen; ook kan het zijn dat iemand het eerst een tijd redt met eigen oplossingen en pas na verloop van tijd professionele ondersteuning inschakelt.

2 Invloed van persoonskenmerken

Ook een aantal persoonskenmerken (demografische kenmerken) speelt een terugkerende rol bij het gebruik van voorzieningen. Zo gebruiken ouderen vrijwel altijd meer voorzieningen dan jongeren. De grens tussen deze beide groepen is uiteraard geen exacte, maar hij is hier gelegd bij 55 jaar; deze grens wordt ook aangehouden in de Rapportage ouderen (De Klerk 2004; De Boer 2006). Dit verschil in gebruik geldt zowel voor de woningaanpassingen, de thuiszorg en de vervoersvoorzieningen, als voor een aantal welzijnsvoorzieningen. Jongere mensen geven ook vaker dan ouderen aan dat een voorziening ten onrechte niet is toegekend. Het lijkt erop dat ouderen met beperkingen vaker een indicatie krijgen dan jongere mensen. Dit zou om verschillende redenen kunnen gebeuren. Ten eerste omdat leeftijd iets zegt over de ernst van de beperkingen dat niet goed gemeten wordt in de vragen over hulpbehoefte. Timmermans en Woittiez (2004b: 96) wezen hierop: 'Het is goed denkbaar dat de oudste ouderen vaker in een isolement verkeren, meer psychische problemen hebben en vaker te maken hebben met een cumulatie van dergelijke problemen en dat dit (in onderzoek) onvoldoende gemeten wordt met de beschikbare maten voor gezondheid.'

Ten tweede is het mogelijk dat bijvoorbeeld het sociale netwerk, de woonomstandigheden of andere achtergrondkenmerken van jongere en oudere mensen met beperkingen verschillen en dat die van invloed zijn op de indicatiestelling. Tot derde is het ook mogelijk dat bij de indicatiestelling de leeftijd een rol speelt en dat oudere mensen mede op basis van hun leeftijd vaker een voorziening toegewezen krijgen dan jongere mensen. Het zou goed zijn om de exacte rol van leeftijd bij de indicatie van voorzieningen nader te bestuderen.⁵

Er zijn twee terreinen waarop jongere mensen juist vaker voorzieningen gebruiken dan ouderen: 22-54-jarigen krijgen vaker informele hulp en hebben vaker contact met sociaal raadslieden. Dit eerste komt overeen met eerder onderzoek van De Boer et al. (2005). Zij gaven als mogelijke verklaring dat relatief jonge mensen met beperkingen vaak een ander netwerk hebben waar zij uit kunnen putten: zo hebben zij vaker een partner en hebben zij vaker (nog gezonde) ouders die hen kunnen helpen dan oudere mensen. Het grotere gebruik van de sociaal raadslieden door jongere mensen met beperkingen is te verklaren doordat zij vaker kampen met financiële

problemen, bijvoorbeeld omdat ze van een sociale uitkering moeten rondkomen.

Opvallend is dat vrouwen meer gebruikmaken van zorg dan mannen. Dit geldt zowel voor de thuiszorg als voor de informele zorg. Dat vrouwen meer kans maken om thuiszorg en informele hulp te gebruiken dan mannen (als rekening wordt gehouden met factoren als gezondheid, leeftijd en huishoudensvorm) werd ook gevonden door anderen. Een duidelijke verklaring is er niet, maar het lijkt waarschijnlijk dat mannen de zorg die hun partner verleent vaker als vanzelfsprekend ervaren dan vrouwen. Mannen rapporteren dan dus minder vaak dat zij hulp krijgen, omdat zij onder hulp iets anders verstaan dan vrouwen. Mogelijk accepteren vrouwen ook makkelijker hulp dan anderen (zie ook hoofdstuk 5).

3 Invloed van situationele kenmerken

Tot slot dragen enkele situationele factoren bij aan de verklaring van het gebruik. Zo speelt de huishoudensvorm een rol bij het gebruik van voorzieningen: in het algemeen gebruiken alleenstaanden meer voorzieningen dan samenwonenden. Ook dit komt overeen met eerder onderzoek (zie bv. Timmermans en Woittiez 2004c). Samenwonenden hebben vaker een eigen auto, een kilometervergoeding en een invalidenparkeerkaart voor die auto.

Het opleidingsniveau en inkomen spelen een bescheiden rol. Zo hebben mensen met een gering inkomen minder vaak kleine woningaanpassingen, wonen zij minder vaak in een woning met diensten of zorg, hebben zij minder vaak een particuliere hulp en hebben zij minder vaak een eigen auto dan degenen met een hoog inkomen. Met name deze groep is dus aangewezen op voorzieningen zoals de thuiszorg en de Wvg.

Gemeentegrootte speelt vooral een rol bij de vervoersvoorzieningen: in de kleine gemeenten hebben meer mensen een eigen auto en maken zij minder gebruik van het openbaar en aanvullend vervoer. Het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal raadslieden worden vaker gebruikt in de grote steden, hetgeen waarschijnlijk te maken heeft met het feit dat er in de grote gemeenten meer mensen zijn met psychische problemen of uitkeringen. Tot slot lijken er in de kleinere gemeenten minder mogelijkheden te zijn om te wonen in een woning waarin via een steunpunt ook diensten en zorg worden aangeboden.

Een factor die waarschijnlijk ook van invloed is op het gebruik van voorzieningen, maar in dit onderzoek niet is meegenomen omdat deze moeilijk te meten is, heeft te maken met de persoonlijkheid of instelling van een persoon. Zo wijst het IRV (2003) erop dat 'motivatie, cognitieve en praktische vaardigheden' een rol spelen bij het gebruik van vervoersvoorzieningen (zie Kooiker en Van Campen 2006).

Op basis van het voorgaande wordt geconcludeerd dat de voorzieningen in het algemeen terechtkomen bij de groepen die ze het hardste nodig hebben: degenen met ernstige gezondheidsproblemen, alleenstaanden (die geen ondersteuning van hun partner kunnen krijgen) en degenen met een lager inkomen (die zelf geen alternatieve oplossing kunnen aanschaffen of inhuren). Duidelijk is dat leeftijd en geslacht

ook een rol spelen bij het gebruik van zorg, maar of dit komt doordat bepaalde groepen zich eerder aanmelden voor voorzieningen of dat dit soort factoren een rol speelt bij het indicatieproces is minder duidelijk.

Overigens wordt bij onderzoek naar de factoren die samenhangen met het gebruik van voorzieningen over het algemeen uitgegaan van een algemene populatie (waarin ook mensen zonder beperkingen zijn opgenomen). Het wzw-onderzoek gaat echter alleen over mensen met matige of ernstige beperkingen. Het is opvallend dat zelfs binnen deze relatief homogene groep toch een redelijk verklaarde variantie wordt gevonden bij de uitleg van het voorzieningengebruik.

Het lokale karakter van voorzieningen

Een aantal voorzieningen wordt op lokaal niveau vormgegeven. Dit geldt in ieder geval voor de welzijnsvoorzieningen, maar ook voor een aantal vervoersvoorzieningen die nu worden verstrekt in het kader van de Wvg en voor een aantal bijzondere woonvormen. Iedere gemeente heeft een aantal van deze voorzieningen, maar de naamgeving hiervan kan per gemeente verschillen. Dit maakt het lastig om in een landelijk onderzoek bij mogelijke cliënten te inventariseren welke voorzieningen zij gebruiken of nodig achten. Immers, die voorzieningen kunnen lokaal onder verschillende namen bekend zijn. Nog belangrijker is dat de uiteenlopende benamingen ook lastig kunnen zijn voor potentiële cliënten: als men al weet aan welk soort voorziening men behoefte heeft, dan zal het lang niet voor iedereen helder zijn onder welke naam men deze moet zoeken (zie ook De Klerk 2004, over de naamgeving van verschillende woonvormen).

Ervaringen met de indicatiestelling

Aan degenen die de twee jaar voorafgaand aan de enquête een voorziening hadden aangevraagd bij de Wvg (zoals een woningaanpassing of een vervoersvoorziening) of bij het Centrum indicatiestelling zorg (het CIZ⁶, voor zorg) is gevraagd naar hun ervaringen met de indicatiestelling. Een grote meerderheid van de cliënten oordeelt hierover positief (waarbij ouderen in het algemeen tevredener zijn dan jongeren). Dit geldt zeker voor de beoordeling van de individuele ambtenaar en de manier waarop deze de cliënt behandelde (hierover is bijna 90% tevreden). Er is echter ook een aantal punten waar een deel van de cliënten minder positief over is (waarbij degenen die een indicatie niet kregen toegewezen minder positief zijn dan degenen die een toewijzing kregen). Zo zegt circa een vijfde⁷ dat de informatie die zij kregen niet duidelijk was en dat de ambtenaar niet goed op de hoogte was van de persoonlijke situatie. Ook zegt ongeveer een vijfde dat de voorziening ten onrechte niet is toegekend (bij de 22-54-jarigen kan dit zelfs oplopen tot bijna 40%). Het is dan ook duidelijk dat bij een deel van de cliënten, vooral bij de wat jongere mensen met beperkingen, er meer aandacht besteed moet worden aan de communicatie: nu is lang niet altijd duidelijk wat er besloten is en waarom dat zo is.

Ongeveer een op de acht mensen die contact had met de Wvg of het CIZ is van mening dat hij of zij van het kastje naar de muur is gestuurd. Ook vindt 35% het

vervelend dat men steeds gegevens aan verschillende instanties moet verstrekken. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ligt de regie van de verschillende vormen van ondersteuning bij de gemeente. Dit biedt gemeenten een kans om de onderlinge afstemming van voorzieningen en aanvraagprocedures voor die voorzieningen te verbeteren. Het opzetten van één loket (dat in een aantal gemeenten overigens al eerder is ingevoerd) kan daarbij een middel zijn. Ongeveer 17% van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan zo'n zorgloket: één punt waar mensen met al hun vragen over ondersteuning terecht kunnen. Uit het wzw-onderzoek kwam echter ook naar voren dat één zorgloket niet betekent dat cliënten dan ook minder afstemmingsproblemen ervaren. De rijksoverheid is nu bezig om in het kader van de 'administratieve lastenverlichting voor burgers' pilots op te zetten om de verschillende indicaties beter te stroomlijnen. Het voornemen is om dan één loket op te richten waar mensen terecht kunnen voor zorg, vervoer en participatie (TK 2005/2006e).

8.4 Behoeftte aan voorzieningen

Nog weinig bekend over behoefte

Over de behoefte aan verschillende voorzieningen is nog weinig bekend, zo concludeert ook de Algemene Rekenkamer (TK 2004/2005a). Er zijn wel enkele lokale of regionale onderzoeken gedaan, maar een landelijk beeld ontbreekt. Bovendien hebben de beschikbare gegevens vooral betrekking op ouderen. Dit vormde een van de aanleidingen om een nieuw onderzoek uit te voeren en hierin expliciet na te gaan wat de behoefte aan uiteenlopende voorzieningen is. Hierbij is uitgegaan van de mening van de mensen met beperkingen zelf: aan hen is gevraagd of zij voorzieningen die zij niet bezitten wel zouden willen hebben. Daarbij dient wel gerealiseerd te worden dat het betrekkelijk gemakkelijk is om in een interview aan te geven dat je ergens behoefte aan hebt, maar dat daarmee nog niet is gezegd dat deze mensen ook daadwerkelijk een aanvraag zullen indienen of gebruik zullen maken van een voorziening. Zo bleek in het Senseproject begin jaren negentig dat niet alle ouderen die bepaalde woningaanpassingen wilden hebben, ook bereid waren om de badkamer (ingrijpend) te verbouwen (De Klerk en Huijsman 1995). De gegevens over de behoefte dienen daarom ook als bovengrens te worden gezien van de extra vraag die ingediend kan worden. Dat mensen behoefte aan een voorziening hebben, wil overigens niet zeggen dat zij ook voor deze voorziening in aanmerking zouden komen, als ze deze zouden aanvragen. Daarvoor moeten ook aan indicatiecriteria worden voldaan.

Omvang van behoefte

Dit neemt niet weg dat er een grote groep personen is die zegt dat zij behoefte voelen aan voorzieningen die zij niet hebben. Voor woningaanpassingen en zorg geldt globaal dat de onvervulde behoefte ongeveer de helft is van het gebruik; voor sommige

welzijnsvoorzieningen is de categorie die behoefte heeft aan een voorziening zelfs even groot als de groep die de voorziening gebruikt.⁸

Zo zegt ruim 40% van degenen met matige of ernstige beperkingen dat zij behoefte heeft aan woningaanpassingen die zij nog niet hebben (460.000 mensen).⁹ Ruim een kwart (bijna 300.000 mensen) geeft aan behoefte te hebben aan (meer) hulp (vooral huishoudelijke verzorging), van wie ongeveer 150.000 mensen (meer) thuiszorg willen.¹⁰ Ongeveer 38% (415.000 mensen) heeft behoefte aan een vervoersvoorziening; ongeveer 21% (235.000 mensen) aan een specifieke Wvg-vervoersvoorziening (zoals een kilometervergoeding of een regiotaxi). Ruim 12% (135.000 mensen) heeft behoefte aan praktische dienstverlening zoals een klussenhulp. In totaal zegt twee derde van de mensen met beperkingen behoefte te hebben aan minimaal één van de hier genoemde voorzieningen. Overigens gaat het hierbij steeds om schattingen van het absolute aantal mensen dat behoefte heeft, omdat het exacte aantal mensen met langdurige beperkingen niet goed is vast te stellen (zie § 8.2).¹¹

Het is niet aannemelijk dat alle mensen die aangeven dat ze een behoefte hebben aan voorzieningen, daar ook daadwerkelijk een beroep op zullen doen. Een deel zal zich toch ook op andere manieren weten te redden en geen beroep op ondersteuning willen doen. Een deel heeft al wel een beroep gedaan, maar zag de aanvraag niet gehonoreerd. Een ander deel zal echter in de toekomst deze behoeften wél vertalen in een vraag om zorg. Het is dan ook duidelijk dat er nog een aanzienlijke potentiële vraag naar voorzieningen is. Zelfs als slechts een kwart van de mensen met een behoefte daadwerkelijk een beroep op voorzieningen zal doen, gaat het toch om circa 100.000 mensen die een woningaanpassing of een vervoersvoorziening zullen aanvragen.

Determinanten van behoefte

De ernst van de lichamelijke beperkingen is, net als bij het gebruik, de belangrijkste determinant van de behoefte aan voorzieningen: degenen met ernstige beperkingen hebben vaker behoefte dan degenen met matige beperkingen. Ook de duur van de beperkingen speelt een rol: mensen die al langer dan drie jaar matige of ernstige beperkingen hebben, hebben vaker behoefte dan degenen van wie de beperkingen drie jaar voor de enquête nog licht waren. Dit laatste is niet te wijten aan ernstigere beperkingen van degenen die al langere beperkingen hebben: daarvoor is statistisch gecorrigeerd. Blijkbaar is er een soort omslagpunt waarbij mensen zelf beseffen dat ze bepaalde vormen van ondersteuning nodig hebben. Waarschijnlijk heeft dit ook te maken met een acceptatieproces, waarin mensen beseffen dat hun beperkingen niet voorbij gaan en dat ze voorzieningen nodig hebben. Over dit acceptatieproces zijn in dit onderzoek geen gegevens verzameld.

Jongere mensen gebruiken minder vaak voorzieningen, maar hebben hier wel vaker behoefte aan. Hier zijn twee verklaringen mogelijk. De eerste is dat aanvragen bij jongeren vaker worden afgewezen. In paragraaf 8.3 is erop gewezen dat leeftijd mogelijk een rol speelt bij de indicatie van voorzieningen, maar dat niet duidelijk is welke rol. Jongeren geven zelf op een aantal punten in dit onderzoek vaker dan

ouderen aan dat een voorziening ten onrechte is afgewezen. Mogelijk ontberen zij daardoor vaker een voorziening die ze zelf zeggen nodig te hebben. Een andere verklaring is dat jongere mensen in zekere zin ambitieuzer zijn en meer willen participeren in de samenleving dan ouderen. Zij lopen er dan vaker tegenaan dat zij dingen niet meer kunnen doen en ervaren dit vaker als een probleem. Ouderen zijn in het algemeen minder maatschappelijk actief (zie bv. Broese van Groenou en Deeg 2006) en hebben daarom minder behoefte aan voorzieningen.

8.5 Niet-gebruik

In de *Rapportage ouderen 2004* (De Klerk 2004) en de *Rapportage ouderen 2006* (De Boer 2006) is geconstateerd dat er mensen (ouderen) met vaak ernstige beperkingen zijn die geen gebruik maken van voorzieningen. Daar werd gesteld dat niet duidelijk was wat de redenen van dit niet-gebruik is en of het hier om een kwetsbare groep gaat: zijn dit mensen die zichzelf weten te redden en geen voorzieningen willen gebruiken, of gaat het om een groep die de weg naar de zorgverlening niet weet te vinden? Dit onderzoek maakt duidelijk dat er wel degelijk een groep is die behoefte heeft aan allerlei voorzieningen die ze nu niet heeft. In het wzw-onderzoek is een aantal redenen achterhaald waarom mensen geen voorzieningen ontvangen waaraan ze wel behoefte hebben. Deze redenen passeren hier de revue.

Gebrek aan kennis/informatiebehoefte

Een groot deel van de mensen die aangaven behoefte aan een bepaalde voorziening te hebben die ze niet hadden gekregen, zegt dat hij of zij niet weet hoe men dat moet regelen. Deze reden wordt genoemd door bijna 20% van degenen die een woningaanpassing zouden willen (naar schatting 85.000 mensen) en door ruim 30% van degenen met een behoefte aan vervoersvoorzieningen (naar schatting 130.000 mensen). Deze reden wordt relatief veel aangedragen door jongere mensen als het gaat om woningaanpassingen en relatief veel door ouderen bij de vervoersvoorzieningen. Het is duidelijk dat de informatievoorziening over de mogelijkheden die er zijn voor mensen met beperkingen nog niet optimaal zijn. Ook maken deze gegevens helder dat sommige informatie wellicht nog niet voldoende beschikbaar is voor jongere mensen en andere nog niet voor ouderen. Ook de manier waarop de informatie beschikbaar zou moeten zijn is mogelijk anders voor verschillende groepen. Zo hebben ouderen in eerder onderzoek aangegeven dat zij de voorkeur geven aan schriftelijke informatie (Depla en Smits 2003). Jongere mensen zoeken wellicht liever op het internet. De rol van het internet bij het zoeken naar informatie is niet onderzocht, maar het is evident dat deze steeds belangrijker wordt. Ook is het duidelijk dat bepaalde groepen (zoals mensen zonder internet, veelal ouderen, zie De Haan et al. 2004, CBS 2005) buiten de boot dreigen te vallen als er onvoldoende schriftelijke informatie beschikbaar is.

Dat mensen met beperkingen lang niet altijd op de hoogte zijn van de faciliteiten en regelingen die er voor hen zijn, blijkt bijvoorbeeld ook uit onderzoek onder

jongeren met beperkingen die bepaalde onderwijsfaciliteiten niet goed kennen. Een beter gebruik van consultants zou kunnen helpen om dat informatietekort op te lossen (Kooiker 2006).¹²

Voor ouderen bestaat er al heel lang het welzijnswerk voor ouderen. Vaak benadert deze hen actief. Zo leggen in bepaalde gemeenten ouderenadviseurs of mensen van de Stichting Welzijn Ouderen preventieve huisbezoeken af om ouderen te informeren over verschillende voorzieningen. Voor jongeren bestaan er ook adviseurs (zoals de MEE-adviseurs) maar deze kennen een veel minder lange traditie en werken pas sinds een paar jaar ook voor mensen met een lichamelijke beperking; daardoor zijn zij bij mensen met een lichamelijke beperking minder bekend. Bovendien leggen zij in het algemeen geen preventieve bezoeken af: de jongere met beperkingen moet zelf actief op zoek naar voorzieningen die aansluiten bij zijn of haar behoefte.

Nog belangrijker dan dat mensen specifieke voorzieningen niet kennen is dat ongeveer een derde van degenen met matige of ernstige beperkingen aangeeft niet te weten waar hij of zij terecht kan als er voorzieningen nodig zijn. Vooral alleenstaanden en degenen met een laag opleidingsniveau vinden het moeilijk om aan hun informatie te komen.

Met de invoering van de Wmo per 1 januari 2007 is de gemeente verantwoordelijk voor de informatievoorziening voor mensen met beperkingen en dient zij bijvoorbeeld zorg te dragen voor (voldoende) informatiepunten (TK 2005/2006f). Hiermee bevindt de gemeente zich enigszins in een spagaat, omdat een goede informatievoorziening er mogelijk ook toe leidt dat meer mensen een voorziening aanvragen en het beroep op voorzieningen, en daarmee de kosten, toeneemt. Betere informatie kan leiden tot een grotere vraag naar voorzieningen; het instrument van de indicatiestelling voorkomt dat dit tot oneigenlijk gebruik leidt.

Overigens hebben ook vertegenwoordigers van voorzieningengebruikers, zoals patiëntenconsumentenplatforms en (lokale) ouderenbonden, een rol bij het verstrekken van informatie: zij kunnen erop toezien dat de informatie over voorzieningen op de juiste plaats terechtkomt.

Financiële redenen

Mensen die aangeven dat ze een bepaalde voorziening zouden willen krijgen die ze niet hebben, noemen ook vaak de kosten als reden: 12% van degenen die een woningaanpassing willen, 7% van degenen die (meer) thuiszorg willen en 10% van degenen die een vervoersvoorziening willen, geeft zelf aan deze niet te kunnen betalen. Waarschijnlijk doelen deze mensen dan op de eigen bijdrage die betaald moet worden. Zowel voor de thuiszorg als voor de Wvg-voorzieningen geldt dat de eigen bijdrage inkomensafhankelijk is: mensen betalen meer naarmate ze een hoger inkomen hebben.¹³ Dit neemt niet weg dat de eigen bijdragen een probleem kunnen vormen.¹⁴ Ook is het mogelijk dat mensen zelf niet precies weten wat hun bijdrage zal zijn, maar dat zij deze als (te) hoog inschatten.

Tot slot is er ook een (grote) groep die in dit rapport onderbelicht is gebleven, die geen of nauwelijks voorzieningen gebruikt, maar deze ook niet nodig heeft. Dit is een groep die zichzelf, al dan niet met behulp van het sociale netwerk, weet te redden. Het lijkt waarschijnlijk dat dit vooral degenen met matige beperkingen zijn, maar ook onder degenen met ernstige beperkingen bevinden zich mensen die geen ondersteuning nodig hebben. Waarschijnlijk spelen persoonlijke competenties een rol. Over deze succesvolle mensen met beperkingen is weinig bekend. Het zou interessant zijn om in vervolgonderzoek ook aandacht te besteden aan deze groep (zie ook Kooiker 2006).

8.6 Kwetsbare groepen

In dit onderzoek is een aantal groepen geïdentificeerd die mogelijk kwetsbaar zijn omdat ze behoefte hebben aan uiteenlopende voorzieningen die zij niet ontvangen.¹⁵ Deze groepen passeren hier kort de revue.

Degenen met een geringe kennis van voorzieningen

Kwetsbaar zijn die mensen die zelf aangeven dat ze voorzieningen nodig hebben, maar deze niet ontvangen omdat ze niet goed weten waar ze deze kunnen krijgen of hoe ze deze aan moeten vragen. Dit zijn bijvoorbeeld degenen met een laag opleidingsniveau, maar ook jongere mensen met beperkingen zijn minder goed op de hoogte dan ouderen. Dit zou ervoor pleiten om meer informatie specifiek op jongere mensen met beperkingen te richten en na te gaan of consultants voor hen voldoende toegankelijk (bekend) zijn.

Degenen met een gering inkomen

Degenen met een laag inkomen zijn kwetsbaar omdat zij voorzieningen waar zij zelf voor moeten betalen niet als alternatief hebben en dus, als zij voorzieningen nodig hebben, een beroep op voorzieningen zoals de thuiszorg of de Wvg moeten doen. Wanneer deze dan, om welke reden dan ook, wordt afgewezen dan zijn deze mensen niet in staat om zelf een alternatief aan te schaffen of in te huren.¹⁶ Vooral jongere mensen met beperkingen hebben een relatief laag inkomen, omdat zij vaak van een sociale uitkering als een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering moeten rondkomen. Dit is ook een groep mensen die relatief vaak een negatieve indicatie krijgen bij het aanvragen van een voorziening.

Relatief jonge mensen met beperkingen

Niet-ouderen met beperkingen zijn kwetsbaar omdat zij, gemiddeld genomen, minder gebruik maken van voorzieningen dan ouderen, terwijl ze wel vaak een behoefte aan voorzieningen hebben. Zij krijgen ook vaker een negatieve indicatie dan oudere mensen met beperkingen. Voorzieningen lijken dus voor hen moeilijker te verkrijgen. Mogelijk speelt ook mee dat jongeren meer willen participeren in de samenleving en daarom meer voorzieningen aanvragen. Deze groep mensen is extra

kwetsbaar, omdat zij relatief vaak over een laag inkomen beschikken en niet in staat zijn zelf bepaalde voorzieningen te kopen of in te huren. Tot slot is dit een groep die, gemiddeld, een lange levensverwachting heeft. Deze mensen zijn dus voor een lange tijd afhankelijk van voorzieningen.

Mensen die geen (vervangende) informele hulp krijgen

Het overheidsbeleid gaat er steeds meer van uit dat mensen een eigen verantwoordelijkheid hebben en in de eerste plaats hulp vanuit het eigen netwerk zouden moeten krijgen.

Ongeveer 40% van de mensen met matige of ernstige beperkingen ontvangt geen informele hulp (waarbij informele hulp heel breed is opgevat). Bijna de helft van hen kan ook niet over informele hulp beschikken¹⁷, ook niet als het om een relatief korte periode van twee weken zou gaan. Bij hulp die voor langere tijd nodig is kan zelfs driekwart niet over informele hulp beschikken. Vooral voor ouderen en alleenstaanden is geen informele hulp voorhanden: zij moeten dus als zij (meer) hulp nodig hebben een beroep doen op andere hulpverleners zoals de thuiszorg.

Ongeveer 60% van de mensen met matige of ernstige beperkingen krijgt (wel eens) informele hulp. Bijna de helft van hen heeft geen vervanger als de eerste mantelzorger wegvalt. Dit betreft vooral ouderen. Bij het uitvallen van de eerste mantelzorger moeten deze mensen het dus zonder informele hulp stellen en wellicht een beroep doen op andere hulpverleners, zoals de thuiszorg. Het is dan ook van belang om mantelzorgers zo goed mogelijk te ondersteunen en uitval te voorkomen. Tijdelijke overname van de zorg, voor een middag of een paar dagdelen, kan belangrijk zijn om overbelasting bij mantelzorgers te voorkomen (Timmermans et al. 2005). Dit geldt ook voor verlofregelingen die het mogelijk maken om werk en zorg te combineren (De Boer 2005).

8.7 *Maatschappelijke participatie*

Het uiteindelijke doel van de verschillende voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn is dat mensen met lichamelijke beperkingen zo goed mogelijk kunnen participeren in de maatschappij. In dit onderzoek is geïnventariseerd of mensen hier tevreden over zijn en tegen welke belemmeringen zij dan aanlopen.

Feitelijke participatie is kleiner dan gewenst

Een groot deel van degenen met beperkingen is maatschappelijk actief.¹⁸ Zo zegt ruim 57% minimaal eens per maand actief te zijn en bijvoorbeeld een kerk te bezoeken, vrijwilligerswerk te doen (19%), deel te nemen aan een vereniging (19%) of uit te gaan (17%). Dit betekent dat bijna 43% minder vaak actief is. Er is dan ook een grote groep die zegt meer te willen doen (waarbij het feit dat ze dit niet doen niet altijd samenhangt met hun lichamelijke beperkingen): 70% zou meer willen participeren dan zij nu doet. Bij de 22-54-jarigen is dit zelfs 80%. Mensen willen vooral meer uitgaan en deelnemen aan vrijetijdsactiviteiten buitenshuis. Jongere mensen willen

daarnaast vaak (meer) sporten in verenigingsverband, vrijwilligerswerk doen en deelnemen aan het verenigingsleven, terwijl ouderen vaker naar de kerk willen.

Lichamelijke beperkingen als belemmering voor de participatie

Mensen kunnen om uiteenlopende redenen niet zo veel participeren als ze zouden willen. Zo kunnen bijvoorbeeld een gebrek aan tijd, gezelschap om dingen mee samen te doen, financiële beperkingen of een angst om afgewezen te worden een rol spelen (De Klerk 2002; Kwekkeboom et al. 2006; Du Long 2003). Het is onmiskenbaar dat ook de lichamelijke beperkingen zelf een struikelblok vormen. Ongeveer 68% van degenen met beperkingen geeft aan dat zij gehinderd worden door hun lichamelijke beperkingen. Dit speelt vooral bij de vrijetijdsactiviteiten buitenshuis, het sporten in verenigingsverband en het uitgaan. Degenen met ernstige beperkingen voelen zich, vanzelfsprekend, daarbij vaker gehinderd door hun lichamelijke beperkingen dan degenen met matige beperkingen; de niet-ouderen met beperkingen voelen zich vaker gehinderd dan ouderen. Bij dat laatste speelt ook een rol dat (oude) ouderen minder behoefte hebben om te participeren. Er is dus een betrekkelijk grote groep die als gevolg van zijn/haar beperkingen niet zo veel kan participeren als hij/zij zelf zou willen. Uit eerder onderzoek is bekend dat het hierbij voor een deel om lichamelijke problemen gaat, die niet door beleid te compenseren zijn. Zo gaven mensen in eerder onderzoek aan dat ze soms te moe zijn of te veel pijn hebben om dingen te ondernemen (De Klerk 2002). Maar er is ook een groep die tegen drempels aanloopt die wél weggenomen kunnen worden, zoals vervoersproblemen en ontoegankelijke gebouwen.

Vervoersproblemen bij de maatschappelijke participatie

Ongeveer 15% van degenen die aangeeft dat lichamelijke beperkingen hen belemmeren bij de maatschappelijke participatie, geeft aan dat het vervoer een probleem is.¹⁹ Dit betekent dat ruim 100.000 mensen (15% van 68% van 1,1 miljoen mensen met langdurige beperkingen) als gevolg van vervoersproblemen niet zo veel participeren als zij zouden willen. Ook in ander onderzoek wordt het vervoer als probleem aangewezen (De Klerk 2002; Du Long 2003; Kooiker 2006). In het wzw-onderzoek geeft ongeveer de helft van de gebruikers van het collectieve vervoer aan dat zij moeite hebben met de inflexibiliteit van het aanvullende vervoer (men moet zich van tevoren melden en weet niet exact wanneer men opgehaald wordt). Ook in de *Rapportage gehandicapten 2002* werd hierop gewezen (De Klerk 2002).

Ontoegankelijke gebouwen als belemmering voor maatschappelijke participatie

Ongeveer 70.000 mensen met beperkingen ervaren de toegankelijkheid van gebouwen als een belemmering. Ook dit werd eerder in onderzoek gevonden (De Klerk 2002; Kooiker 2006). Bij nieuw te bouwen openbare gebouwen dient rekening te worden gehouden met mensen met beperkingen (zo is bepaald in het bouwbesluit), maar oudere gebouwen voldoen lang niet altijd aan de eisen die tegenwoordig aan toegankelijkheid worden gesteld. De toegankelijkheid van gebouwen wordt niet

alleen genoemd als probleem bij de vrijetijdsactiviteiten buitenshuis en het uitgaan, maar bijvoorbeeld ook bij kerkbezoek. Een goede toegankelijkheid van een ouder gebouw is nu niet af te dwingen. Aanvankelijk was het de bedoeling om ook de toegankelijkheid van openbare gebouwen op te nemen in de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte, maar hier is van afgezien omdat dit niet in de systematiek van de wet past.²⁰ De overheid durft een dwingender wet ook niet goed aan omdat zij niet kan overzien welke financiële consequenties dit zou hebben. Een stimuleringsmaatregel om openbare gebouwen beter toegankelijk te maken is wellicht wel een oplossing (zie ook De Klerk 2002). Zo'n oplossing is in de jaren negentig, toen een liftenprogramma bestond om flats beter toegankelijk te maken, succesvol gebleken.

Noten

- 1 Op deelterreinen heeft er wel eerder onderzoek plaatsgevonden. Zo is in de Enquête Beroepsbevolking Ouderen 1996 gevraagd naar het gebruik van de maaltijdvoorziening door ouderen (Timmermans et al. 1997) en heeft het RIGO een studie gedaan naar het gebruik van personalarmering (Hogenes et al. 2003).
- 2 Echter, als mensen met veel activiteiten moeite hebben is verondersteld dat ze ernstige beperkingen hebben.
- 3 Voor de mensen die echt kortdurende beperkingen hebben, bijvoorbeeld na een ongeval, is het aannemelijk dat zij in het algemeen ook geen gebruik zullen maken van de voorzieningen die in dit rapport centraal staan. Zo geldt voor persoonlijke verzorging dat deze eerst een aantal maanden door huisgenoten geleverd dient te worden.
- 4 Hierbij is onderscheid gemaakt tussen mensen die al langer dan drie jaar matige of ernstige beperkingen hadden en degenen die ten tijde van het wzw-onderzoek matige of ernstige beperkingen hadden, maar een paar jaar daarvoor lichte beperkingen onderzonden.
- 5 Overigens blijkt uit onderzoek naar de indicatiestelling in de zorg dat leeftijd daar geen rol speelt bij de indicatie (maar wel bij de beslissing om een vraag in te dienen), zie Van Gameren et al. (te verschijnen). Er is geen onderzoek bekend naar de rol van leeftijd bij de indicatie van Wvg-voorzieningen.
- 6 Om hulp van de thuiszorg te kunnen ontvangen, moet er een indicatie zijn van het CIZ. Vóór 2005 was dit het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan). Hoewel hier gesproken wordt van het CIZ zullen de meeste oordelen van de gebruikers gebaseerd zijn op ervaringen met het RIO, omdat het wzw-onderzoek is uitgevoerd aan het begin van 2005.
- 7 Zo is 17% van degenen die vervoersvoorziening vroegen, 24% van degenen die contact hebben met het RIO/CIZ en 20% van degenen die woningaanpassing aanvroegen het niet eens met de stelling 'de ambtenaar gaf me duidelijke informatie'. Ditzelfde geldt voor respectievelijk 17% (vervoer), 21% (RIO/CIZ) en 23% (aanpassing) bij de stelling 'de ambtenaar was goed op de hoogte van mijn situatie'.
- 8 Dit is af te leiden uit een vergelijking tussen de cijfers over het gebruik van voorzieningen, genoemd aan het begin van paragraaf 8.3, en de cijfers over de behoefte, die worden genoemd in paragraaf 8.4. Bijvoorbeeld: ruim 75% heeft een woningaanpassing, ruim 40% heeft hieraan behoefte; ruim 53% heeft hulp en ruim 21% (van degenen die geen hulp hebben) heeft hieraan behoefte; 12% gebruikt praktische hulp en 12% heeft behoefte aan dergelijke hulp.
- 9 Mogelijk hebben ze wel andere aanpassingen.
- 10 Dit betreft bijna 110.000 mensen die nog geen thuiszorg gebruiken, maar hier wel behoefte aan hebben (13,1% van de 74,9% die geen thuiszorg gebruikt, heeft hier wel behoefte aan) en ruim 40.000 mensen die wel thuiszorg hebben (15,7% van de 25,1% die thuiszorg gebruikt, heeft behoefte aan meer thuiszorg), zo is af te leiden uit hoofdstuk 4.
- 11 Er is uitgegaan van 1,1 miljoen mensen met langdurige beperkingen (zie § 8.2). Stel dat dit er in werkelijkheid 1,2 miljoen zijn, dan hebben bijvoorbeeld niet 295.000 maar 320.000 mensen behoefte aan meer zorg. Als er 1 miljoen mensen met een langdurige beperking zouden zijn, dan zou het om 270.000 mensen met een behoefte aan zorg gaan.
- 12 De consultants die Kooiker (2006) noemt werken in het onderwijs, maar zij kunnen uiteraard ook op andere terreinen werkzaam zijn.

- 13 Zo betalen degenen met een zeer laag inkomen nooit meer dan 16,20 euro per vier weken voor 'zorg zonder verblijf', te vergelijken met de thuiszorg (CAK 2005b). Voor Wvg-voorzieningen is de maximale bijdrage voor inkomens lager dan anderhalf maal bijstandsniveau 45 euro. Indien men een hoger inkomen heeft, mag de gemeente een hogere eigen bijdrage vragen; daarbij dient wel rekening te worden gehouden met een cumulatie van eigen bijdragen. Daarnaast bestaat er een mogelijkheid om ziektekosten op te voeren als vorm van persoonsgebonden aftrek bij de opgave van de inkomstenbelasting.
- 14 Zo leidde de verhoging van de eigen bijdragen voor thuiszorg per 1 januari 2004 er bijvoorbeeld toe dat 15.000 cliënten (van de ruim 400.000 cliënten die per jaar gebruikmaken van de thuiszorg) deze hulp opzegden (Van Linschoten et al. 2006). Onder hen waren ook mensen met een hoog inkomen. Ruim een kwart van de opzeggers had een laag inkomen.
- 15 Eerder (zie De Klerk 2004) zijn kwetsbare mensen gedefinieerd als mensen die niet alleen een hoge draaglast hebben (veel beperkingen), maar ook over weinig hulpbronnen beschikken om hen te ondersteunen (een geringe draagkracht). In de *Rapportage ouderen 2004* werden bijvoorbeeld alleenstaanden en degenen met een gering inkomen (en de combinatie van die twee) als degenen met een geringe draagkracht beschouwd. Ook de VROM-raad noemt deze groepen. De VROM-raad (2005) noemt ook andere voorbeelden, zoals ouderen met een laag opleidingsniveau, bewoners van intramurale voorzieningen en allochtone ouderen.
- 16 Circa 20% van degenen die gedurende de twee jaar voorafgaand aan de enquête een woningaanpassing hebben aangevraagd, heeft deze niet gekregen; bij de vervoersvoorzieningen is dit 24%. Dit betreft niet alleen degenen met een laag inkomen, maar alle aanvragers.
- 17 Dit betreft een inschatting van de respondenten zelf. Het is niet bekend of dit komt doordat ze geen netwerk hebben of dat de personen in dit netwerk geen tijd hebben.
- 18 Hierbij zijn sociaaleconomische vormen van participatie, zoals deelname aan onderwijs of de arbeidsmarkt, buiten beschouwing gelaten. Deze komen in de *Rapportage* gehandicapt en bod.
- 19 Dit betreft zowel mensen die wel participeren maar dit vaker zouden willen doen, als mensen die niet participeren .
- 20 Dit neemt niet weg dat op grond van dezelfde wet openbare gebouwen wel toegankelijk gemaakt dienen te worden als een werknemer die in een openbaar gebouw werkt, dit niet kan betreden.

Summary

New study

The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport requested the Social and Cultural Planning Office (SCP) to provide information on the use of and demand for provisions and services in the areas of housing, care and welfare by people with physical disabilities. In response to this request, SCP carried out a survey among more than 2,700 adults with long-term moderate or severe motor (i.e. non-sensory) disorders: the Housing, Care and Welfare study.

Who are the people with long-term disabilities?

The number of people with physical disabilities is difficult to establish, but it is estimated that there are more than 1.2 million people living independently (the population of institutions was left out of the study) with moderate or severe motor disorders. These are in other words people who have difficulty carrying out various activities in the areas of personal care, mobility and household activities. In general, in this report people who are no longer able to perform at least one activity themselves are regarded as having severe disabilities, while those who have difficulty with activities (but can still perform them themselves) are treated as people with moderate disabilities.

Only people with long-term disabilities

The respondents for the Housing, Care and Welfare study, which was carried out in 2005, were recruited from the population of an earlier study in 2002 who had indicated that they suffered from motor disabilities. This means that only persons with disabilities lasting at least three years took part in this study. It is estimated that this accounts for 90% of all people with disabilities, or 1.1 million people.

People with temporary disabilities were excluded from the study population.

Generally speaking, this group will in fact not make use of the provisions which are the main focus of the study. Another (small) group which was left out of the study population are people who only recently developed long-term disabilities. The exclusion of this group from the study means that the figures on take-up of provisions are more likely to be an underestimate than an overestimate.

Characteristics of people with (long-term) disabilities

People readily think of older persons when thinking of people with disabilities. Yet roughly half of all people with long-term disabilities are below the age of 65. Roughly 65% are women, and this female predominance applies both among older persons and for younger people with disabilities. This confirms the findings of earlier research. It is unclear why this should be so. Around 40% of people with moderate or severe disabilities live alone and 60% have a lower education level

(no higher than junior secondary vocational education). In particular, people aged over 75 with disabilities often live alone and often have a low education level.

Determinants of take-up of provisions

A number of characteristics play a role in the take-up of provisions. Naturally, the health of the potential user is a key factor, and people with severe disabilities not surprisingly more often make use of provisions and services than those with moderate disabilities. This applies for all provisions studied, with the exception of social counsellors and the shopping service: these are provisions that are not targeted specifically at people with physical disabilities. In addition, in many cases the duration of the disabilities also plays a role. One explanation for this is that it takes some time before people start to use provisions, perhaps because they first have to come to terms with the fact that they have disabilities and therefore need support, but also because it takes time to go in search of a provision or service, apply for it and receive it.

Personal characteristics also consistently play a role in the take-up of provisions. For example, older persons use more provisions and services than 22-54 year-olds. This applies for housing adaptations, home care, transport services and a number of welfare provisions. One possible explanation is that age is related to vulnerability, but that this is inadequately measured by the presently available measures for health. It is perfectly feasible, for example, that the oldest older people are more lonely, more frequently isolated, have more psychological problems and are more often confronted with an accumulation of such problems. It is also possible that older persons with disabilities more frequently receive an indication for provisions than younger people because they have other background characteristics. The fact that younger people report more often than older persons that they have wrongly been turned down for a provision or service supports this hypothesis.

Younger people make more use of informal help (probably because they have a different type of network) and more often have contact with social counsellors (because they more often have financial difficulties, for example because they have to live off social security benefit) than older persons.

It is striking that women consume more care than men; this applies for both home care and informal care. There is no clear explanation for this, though it is possible that men consider receiving help from their partner more natural and are therefore less inclined to describe it as help. It is also possible that a women accept help more readily.

Finally, a number of situational factors are relevant in explaining take-up. For example, household type plays a role in the use of provisions and services: generally speaking, single persons use more provisions than cohabiters. People living with a partner more often have their own car, for which they moreover receive a mileage allowance and disabled parking permit.

Education level and income play a modest role. People on low incomes less often have minor home adaptations, less often live in a home receiving services or care, less often have private help and less often have their own car. This group in particular, therefore, are reliant on provisions such as home care.

In general, therefore, the provisions and services seem to go to those who need them most: people with severe health problems, people living alone, people receiving no support from their partner and people on lower incomes and unable to purchase or hire an alternative solution. It is clear that age and gender also play a role in the take-up of care, but whether this is because certain groups apply for provisions more readily or because such factors play a role in the indication process is less clear.

Extent of demand for provisions

Little is known about the demand for the various provisions and services. This was one of the reasons for setting up a new study to look explicitly at this issue. It has to be borne in mind here that, while it is relatively easy for a respondent to state in an interview that they have a need of a particular provision, this does not mean that they will actually submit an application or make use of a provision or service. The data on demand should therefore be seen as an upper limit of the additional need that could be translated into actual applications.

Nonetheless, there is undoubtedly a very large group who state that they need certain provisions which they do not receive. For home adaptations and care provisions, it can be broadly observed that the unfulfilled demand is roughly half the actual take-up. For some welfare provisions the category who need a provision is actually the same size as the group who receive that provision. For example, 40% of people with moderate or severe disabilities reported that they need home adaptations; over a quarter need (more) help (especially with household care tasks); 38% need a transport provision (such as a mileage allowance or regional taxi service); and over 12% need practical services such as help with odd jobs.

It is not likely that all people who report that they need provisions or services will actually apply for and use them. A proportion will manage to get by in other ways and not wish to apply for support; some will have applied for support but been turned down. However, there will still be a proportion who will in the future translate these needs into demand for care. Even if a quarter of people with needs actually make use of provisions, this means that around 100,000 people will apply for a home adaptation or transport provision.

Finally, there is also a (large) group of people who have received little attention in this report, who use few if any provisions and who also have no need of them. This is a group who manage to take care of themselves, possibly with help from their social network. Personal competencies probably play a role here, but little is known about

these 'successful' people. It would be interesting to devote attention to this group in follow-up research.

Determinants of need

As with take-up of provisions, the severity of the physical disabilities is the main determinant of the need for support: people with severe disabilities more often need help than those with moderate disabilities. The duration of the disabilities also plays a role: people who have had moderate or severe disabilities for more than three years more often need support than those whose disabilities were still slight three years prior to the survey. Evidently there comes a sort of turning point when people realise for themselves that they need certain forms of support. This may also have to do with a process of acceptance, in which people realise that their disabilities are not going to pass and that they need help.

Younger people more often need provisions than older people. There are two possible explanations for this. First, applications by younger people are more often rejected and they therefore more often do without a provision which they themselves state that they need. Another possible explanation is that younger people are to some extent more ambitious and wish to participate in society more than older persons. They are then more often confronted with the fact that there are things they can no longer do and experience this more often as a problem. Older persons are generally less socially active.

Lack of knowledge/need for information

Many of those respondents who stated that they needed a certain provision which they did not have also reported that they did not know how to set about getting it. This view was expressed by almost 20% of those who would like a home adaptation and over 30% of those with a need for transport provisions. The role of the Internet in searching for this information was not studied, but this is obviously becoming an increasingly important channel. It is also clear that certain groups (such as those without Internet access, mainly older people) are in danger of being left behind if insufficient written information is available.

Even more important than the fact that people are not aware of specific provisions is that roughly a third of those with moderate or severe disabilities stated that they did not know where to go if they need provisions or services. People living alone and people with a low education level find it particularly difficult to obtain this information.

Financial factors

People who reported that they would like a certain provision which they did not have also often cited cost as a reason for this. 12% of those who would like a home adaptation, 7% of those who would like to receive (more) home care and 10% of

those who would like a transport provision reported that they were unable to afford the services. They were presumably referring to the user contribution that they would have to pay. This contribution is often income-dependent, with people on higher incomes paying more. Despite this, these contributions can form a problem. It is also possible that people assume the contributions will be higher than is the case in reality.

Vulnerable groups

A number of vulnerable groups emerged in this study.

1 People with inadequate knowledge of available provisions

One vulnerable group comprises people who themselves reported that they need a provision or service but do not receive it because they do not know where to obtain it or how to apply for it. People with a low education level, for example, fall into this category.

2 People on low incomes

People with a low income are vulnerable because they have no alternatives and are therefore forced, if they need provisions, to apply for services such as home care. If this application is rejected for any reason (approximately 20% of those who had applied for a home adaptation in the two years prior to the survey had been turned down, while for transport provisions the figure was 24%), they cannot afford to purchase or hire an alternative solution. In particular younger people with disabilities have relatively low incomes because they often have to live from disability or social security benefit. They are also a group who are relatively often turned down when applying for a provision or service.

3 Relatively young people with disabilities

Younger people with disabilities are vulnerable because on average they make less use of provisions and services than older people, whereas they often need those provisions. They are also more often turned down when applying for provisions and services than older persons. It thus appears more difficult for them to obtain provisions and services. This group is extra-vulnerable because they often have a low income and are therefore not able to buy or hire certain provisions for themselves. Finally, this group on average has a higher life expectancy, and is therefore dependent for a prolonged period of provisions.

4 People without replacement informal help

Government policy is increasingly based on the principle that people have their own responsibility and should in the first place seek help from their own network. Roughly 40% of people with moderate or severe disabilities receive no informal help (with 'informal help' being very broadly defined). Moreover, almost half of them have no access to informal help, even for a relatively short period of two

weeks. If help is needed for longer, as many as three-quarters would not be able to obtain informal help. Older persons and people living alone, in particular, receive no informal help; if they require (more) help, therefore, they are forced to rely on professional carers, for example from the home care services.

Around 60% of people with moderate or severe disabilities do (occasionally) receive informal help. Almost half of those receiving informal help do not have a replacement if the prime informal carer is absent. This applies in particular for older persons. Where the prime informal carer is not available, therefore, these people are forced to manage without informal help, and possibly apply for help from other carers, for example from the home care service. It is therefore important that informal carers are provided with maximum support to enable them to continue. Providing temporary respite, for example for an afternoon or a couple of days, can be important in preventing overburdening of informal carers. This also applies for leave arrangements which make it possible to combine employment and care tasks.

Social participation

Government policy is aimed at enabling people with physical disabilities to participate as fully as possible in society. A high proportion (57%) of people with disabilities are socially active (younger people more than older persons). Examples of this social activity include going to church (20%), doing voluntary work (19%), joining an association or club (19%) or going out (17%). Despite these figures, 70% would like to participate more than they do at present, and among those in the 22-54 age group the figure is even higher, at 80%. In particular people would like to go out more and participate in leisure activities outside the home. In addition, younger people would like to take part in more club-based sport, do more voluntary work and participate more in associational life, while older persons would like to go to church more often.

Roughly 68% of people with disabilities state that they feel handicapped by their physical disabilities. People with severe disabilities feel this more often than those with moderate disabilities, and younger people more often than older persons. In the latter group, the fact that (elderly) older persons feel less of a need to participate also plays a role. There is thus a fairly large group whose disabilities mean they are unable to participate as much as they would like to. Around 15% of those who would like to participate in society more (over 100,000 people) report that transport presents an obstacle to doing so. This may be connected to the inflexibility of the supplementary transport services (users have to register in advance and they do not know exactly when they will be picked up) or to the inadequacy of the mileage or taxi allowances.

Approximately 70,000 people with disabilities find access to buildings a problem. The accessibility of buildings is not cited as a problem only for leisure activities outside the home, but also for activities such as going to church.

Literatuur

- Adang, E.M.M., A.T.G. Paulus en W. Groot (2001). 'Is er vraag naar aanvullende diensten in de thuiszorg?' In: *TSG* (79) 3, p. 170-175.
- Andersen, R. en J. Newman (1973). 'Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States'. In: *Millbank Memorial Quarterly* (51) 1, p. 95-124.
- Andersen, R. en L.A. Aday (1978). 'Access to medical care in the U.S.: Realized and potential'. In: *Medical Care* (16) 7, p. 533-546.
- Beek, L. van et al. (2002). *De vele gedaanten van het ene loket voor wonen, welzijn en zorg. Voorbeelden uit de praktijk*. Den Haag: VNG uitgeverij.
- Boer, A. de (2004). 'Bewoners van verschillende woonvormen vergeleken'. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004* (p. 171-200). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/4).
- Boer, A. de (red.) (2005). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/15).
- Boer, A. de en M.M.Y. de Klerk (2006). 'Lichamelijke beperkingen en zorg'. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Boer, A. de et al. (2003). *Advies enkelvoudige huishoudelijke hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A.H. de et al. (2005). 'Het sociale netwerk en het ontvangen van informele hulp'. In: *TSG* (83) 4, p. 213-219.
- Bosch, A. en J. Smets (2005). *Actief en betrokken. Maatschappelijke participatie van 50-plussers in Brabant*. Tilburg: PON.
- Botterweck, A. et al. (2001). *Plausibiliteit nieuwe metingen algemene gezondheid en leefstijlen 2001*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Breedveld, K. (2006). 'Vrijtijdsbesteding'. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Breejen, F. den en B. Jansen (2005). *Monitor WMO. Resultaten inwonersenquête*. Amsterdam: RIGO Research en advies bv.
- Broese van Groenou, M. en D.J.H. Deeg (2006). 'Veranderingen in sociale participatie'. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Brouwer, J. et al. (2004). *Vergrijzing en de gevolgen voor het woonbeleid. Uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VROM*. Delft: ABF Research.
- Brouwer, L. (2005). *Senioren in Zicht*. Lelystad: GGD Flevoland.
- CAK (2005a). *Jaaroverzicht 2004 van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten bv*. Den Haag: Centraal Administratie Kantoor.
- CAK (2005b). *Eigen Bijdrageregeling Zorg zonder verblijf*. Den Haag: Centraal Administratie Kantoor.
- Campan, C. van en J. Hessing-Wagner (2003). 'Gezondheid en zorg'. In: Th. Roes (red.), *De sociale staat van Nederland 2003* (p. 107-128). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2003/12).
- CBS (2005). *De digitale economie 2005*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS/Nimawo (Centraal Bureau voor de Statistiek/Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek) (1990). *Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking, 1986/1988*. Den Haag: Sdu.

- CBZ (2006). *Inventarisatie zorginfrastructuur. Witte vlekken verpleging en verzorging*. Utrecht: College bouw zorginstellingen.
- CIZ (2005). *Protocol gebruikelijke zorg*. Driebergen: Centrum voor indicatiestelling zorg.
- Cumming, E. en W.H. Henry (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic.
- CVZ (2005). *Persoonsgebonden budget AWBZ. Informatiebulletin voor de budgethouders (november / december 2005)*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Daal, P. van en S. van Erp (2005). *De praktijk van lokale loketten*. Tilburg: PON.
- Dam, C. van, P. Wiebes en R. Kwekkeboom (2005). *Aandacht voor welzijn. Inhoud, omvang en betekenis van de welzijnssector*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/2).
- Depla, M.F.I.A. en C.H.M. Smits (2003). *Wonen zorg welzijn: wat willen ouderen zelf*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Dragt, W., S.J.M. Schutte en M. Kingma. (2004). *Het PGB nieuwe stijl in beeld*. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting.
- Dugteren, F. van (2001). 'Wonen'. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage Ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie* (p. 85-114). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/1).
- Gameren, E. van, J.J. Jonker en T. Marx (nog te verschijnen). *Verblijf: een leveringsvoorwaarde? Een onderzoek naar de indicatiestelling voor verblijf en zorg op afroep (werktitel)*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gelder, C.P. van en K.A. Gorter (1993). *Atlas van de sociale positie van gehandicapte mensen. Lichamelijke en verstandelijke gehandicapten in de Nederlandse samenleving*. Den Haag: Nederlands instituut voor maatschappelijk werk onderzoek (Nimawo).
- Gemeente Nijmegen (2002). *Mensen met een functiebeperking*. Nijmegen: gemeente Nijmegen, afdeling onderzoek en statistiek.
- GfK (2005). *Onderzoeksverantwoording Wonen, Zorg, Welzijn (wzw)*. Dongen: GfK Panel Services Benelux.
- Haan, J. de, O. Klumper en J. Steyaert (red.) (2004). *Surfende senioren. kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*. Den Haag: Academic Service.
- Harms, L. (2006). 'Mobiliteit'. In: A. Steenbekkers, C. Simon en V. Veldheer (red.), *Thuis op het platteland. De leefsituatie van platteland en stad vergeleken* (p. 213-240). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/1).
- Heemskerk, M. et al. (2005). *Ouderenonderzoek 2004*. Alkmaar: GGD Noord Kennemerland.
- Heijmans, M.J.W.M., P. Spreeuwenberg en P.M. Rijken (2005). *Patiëntenpanel chronisch zieken. Kerngegevens maatschappelijke situatie 2004*. Utrecht: NIVEL.
- Herweijer, L. (2006). 'Onderwijs en opleiding'. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/12).
- Hoeymans, N. et al. (2005). *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Bilthoven: RIVM (RIVM- rapport 270054001/2005).
- Hogenes, A. et al. (2003). *Personalarmering in Nederland. Hoofdrapport*. Amsterdam: RIGO Research en advies.
- IGLO+ (2003). 'Het Lokale Loket'. *IGLO+ bulletin* (8).
- IGZ (1997). *Staat van de Gezondheidszorg 1997. Een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg*. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Inspectie voor de Volksgezondheid en Staatstoezicht op de Volkgezondheid.
- Ipsos Facto en SGBO (2001). *Een verstrekkende wet 3. Eindrapport. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten derde meting*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

- iRv (2003). *Participatie van kinderen en jongeren met een functiebeperking*. Hoensbroek: instituut voor Revalidatievraagstukken.
- Kennisplatform Verkeer en Vervoer (2005). *Openbaar vervoer en doelgroepenvervoer. Inventarisatie van de regelingen en verkenning van de mogelijkheden voor synergie in het doelgroepenvervoer*. Rotterdam: Kennisplatform Verkeer en Vervoer.
- Klaver, A.M.J. (2004). *Bouwen voor een vergrijzende samenleving*. Amsterdam: Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid.
- Klerk, M.M.Y. de (2005). *Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuishouders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2000). *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (Cahier 168).
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2002). *Rapportage gehandicapten 2002; maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2002/10).
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/4).
- Klerk, M.M.Y. de en J.M. Timmermans (red.) (1998). *Rapportage gehandicapten 1997*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA (Cahier 147).
- Klerk, M.M.Y. de en J.M. Timmermans (red.) (1999). *Rapportage ouderen 1998*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA (Cahier 155).
- Klerk, M.M.Y. de en R. Huijsman (1995). *Geïntegreerde zorgstructuur voor ouderen met gebruik van thuiszorgtechnologie. Eindrapport van de evaluatie van het Sense-project in Sittard*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, IMTA.
- Klerk, M.M.Y. de, J. Jedema en C. van Campen (2006). *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van het AVO2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 121).
- Knollema, J. (2005). *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl. Juli 2004-juli 2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Kooiker, S. (red.) (2006). *Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/4).
- Kooiker, S. en C. van Campen (2006). 'Vrijtijdsbesteding'. In: S. Kooiker (red.), *Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006* (p. 99-123). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/4).
- Kullberg, J. en M. Ras (2004). *Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- Kwekkeboom, M.H. et al. (2006). *Een eigen huis ... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen en psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP Publicatie 2006/2).
- Laat, E. de (2004). *Onderzoek naar de Wet voorzieningen gehandicapten*. Waalwijk: gemeente Waalwijk, Bureau Onderzoek & Statistiek.
- Lagemaat, L. van de et al. (2005). *Wie de woning houdt, passe haar aan. Gebruikersonderzoek naar het opplussen van eengezinswoningen voor ouderen*. Geraadpleegd 9 januari 2006 via www.kenniscentrumwonzorg.nl.
- Lammersen, G. en S. Philippi (2003). *Herrijkt functieprofiel ouderenadviseur*. Utrecht: NIZW.
- Land, H. van 't et al. (2005a). 'Algemeen maatschappelijk werk. Zorgaanbod en capaciteit'. In: *Brancherapporten vws*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 1 april 2006 via www.brancherapporten.minvws.nl.

- Land, H. van 't et al. (2005b). 'Algemeen maatschappelijk werk. Zorggebruik en productie'. In: *Brancherapporten vws*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 1 april 2006 via www.brancherapporten.minvws.nl.
- Lindert, H. van, M. Droomers en G.P. Westert (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in gerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Linschoten, C.P. van et al. (2006). *Lange termijn gevolgen van de verhoging van de eigen bijdrage voor de thuiszorg*. Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen bv.
- Lucht, F. van der (2004). 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen samengevat'. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd november 2005 via [www.nationaalkompas.nl/bevolking/scholing en opleiding](http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/scholing_en_opleiding).
- Luijckx, K. (2005). *Ouderensegmenten. Behoeften aan wonen, welzijn en zorg in de wijk*. Tilburg: IVA.
- LVIO (2003). *Werkdocument Gebruikelijke Zorg*. Den Haag: Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO).
- Long, K. du (2003). *Drempels op de sportvloer? Onderzoek naar de drempels die mensen met een functiebeperking ervaren bij het sporten*. Tilburg: PON.
- NIZW (2003). *Factsheet allochtone ouderen en wonen*. Utrecht: NIZW/FORUM.
- Otten, F. (2004). 'Een van de vijf ouderen beperkt in bewegingsvrijheid'. In: *CBS Webmagazine*, maandag 19 januari 10.00, geraadpleegd op 1 april 2006 via www.cbs.nl.
- Overbeek, R. van en A. Schippers (red.) (2005). *Vergrijzing. Naar een toekomstgericht ouderenbeleid in Nederland*. Utrecht: NIZW/Lemma.
- Pannekeet-Helsen, M.J.E. en P.M. Rijken (2006). *Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2004/2005. Interim-rapportage*. Utrecht: NIVEL.
- Paridaen, R. en P. Saaijer (2004). *wwz Monitor Utrecht 2004*. Utrecht: gemeente Utrecht.
- Ploegmakers, M.J.H. (2005a). 'Sociaalraadslidenwerk. Aanbod'. In: *Brancherapporten vws*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 1 april 2006 via www.brancherapporten.minvws.nl.
- Ploegmakers, M.J.H. (2005b). 'Sociaalraadslidenwerk. Gebruik'. In: *Brancherapporten vws*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 1 april 2006 via www.brancherapporten.minvws.nl.
- Poort, J. et al. (2005). *Accessibility of public services*. Amsterdam: SEO (Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam).
- Ramakers, C. en M. van den Wijngaart (2005). *Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*. Nijmegen: ITS.
- Rijken, P.M. en P. Spreeuwenberg (2004). *Patiëntenpanel chronisch zieken. Kerngegevens zorg 2003*. Utrecht: NIVEL.
- RMO (2003). *De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Schellingerhout, R. en C. van Campen (2006). 'Gezondheid en zorg'. In: A. Steenbekkers, C. Simon en V. Veldheer (red.), *Thuis op het platteland. De leefsituatie van platteland en stad vergeleken* (p. 151-174). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/1).
- Schoemakers-Salkinoja, I. (2002). 'Arbeid'. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps* (p. 55-91). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, (SCP-publicatie 2002/10).
- Schuurmans, M.J. en M.S.H. Duijnsteek (2003). 'De zorg voor chronisch zieke ouderen'. In: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 7, p. 46-51.

- Schuyt, Th.N.M., N.Y. Schuijt-Lucassen en C.P.M. Knipscheer (1990). *Sociale participatie van ouderen. Verslag van een inventarisatie en (secundaire) analyse van empirisch onderzoek naar sociale participatie*. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Sigra (2005). *Domotica. Oplossingen voor de toekomst! Eindrapportage pilotproject zorgcontact*. Amsterdam. Amsterdam: Sigra.
- Singelenberg, J. (2003). *Hoe levensloopbestendig bouwt Nederland? Geraadpleegd januari 2006* via www.kenniscentrumwonzorg.nl.
- Sixma, H.J. et al. (1998). *De Quote-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten*. Utrecht: NIVEL.
- Smets, L. en M. Gremmen (2005). *Tevredenheid Wvg-clënten. Benchmark rapportage gemeente Houten*. Den Haag: SGBO.
- Smits, J.P.J.M., M. Droomers en G.P. Westert (2002). *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. Bilthoven: RIVM (RIVM-rapport 279601002/2002).
- Socialdata (2006). *Monitoring verplaatsingsgedrag mensen met een beperkte mobiliteit 2004*. Heerlen: Socialdata bv.
- Sogelée, G. en J. Brouwer (2003). *Regionale verkenning: opgave geschikte huisvesting voor wonen met zorg en welzijn*. Delft: ABF Research.
- Sogelée, G., J. Brouwer en J. van Galen (2003). *Nationale analyse zorg en wonen met zorg, 2003-2015 uitgevoerd in opdracht van het ministerie van vws*. Delft: ABF Research.
- Staatsblad (1994). 'Wet van 2 juni 1994, houdende regels met betrekking tot aspecten van het welzijnsbeleid (Welzijnswet1994)'. In: *Staatsblad* 447. Den Haag: Sdu 1994.
- Steenbekkers, A., C. Simon en V. Veldheer (red.) (2006). *Thuis op het platteland. De leefsituatie van platteland en stad vergeleken* (p. 213-240). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/1).
- Timmermans, J.M. et al. (1997). *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (publicatie 2003/1).
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004a). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/11).
- Timmermans, J.M. en I.B. Woittiez (2004b). 'Determinanten van verpleging en verzorging'. In: A. van den Berg Jeths et al. (red.), *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020* (p. 91-107). Bilthoven/Den Haag: RIVM/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004c). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging. Onderzoeksverantwoording*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 110).
- Timmermans, J., A. de Boer en J. Iedema (2005). *De mantelval; over de dreigende overbelasting van de mantelzorger*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 120).
- Timmermans, J.M., R. Schellingerhout en A.H. de Boer (2004). 'Wat heet mantelzorg? Prevalentie van verschillende vormen van mantelzorg in Nederland'. In: *TSG* (82) 4, p. 230-236.
- Timmermans, J.M. et al. (1997). *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA (Cahier 145).
- TK (2000/2001). *Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 26631, nr. 12.
- TK (2001/2002). *Zorgen voor toegankelijkheid in de ouderen- en gehandicaptenzorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 28281, nrs. 1-2.
- TK (2002/2003). *Brief investeren voor de toekomst*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002/2003, 26631, nr. 57.

- TK (2003/2004a). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 29538, nr. 1.
- TK (2003/2004b). *Actieplan investeren voor de toekomst*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 26631, nr. 99.
- TK (2003/2004c). *Modernisering AWBZ*. Tweede kamer, vergaderjaar 2003/2004, 26631, nr. 60.
- TK (2004/2005a). *Demografische onderbouwing van vergrijzingsbeleid*. Tweede Kamer vergaderjaar 2004/2005, 30232, nr. 1.
- TK (2004/2005b). *Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 26631, nr. 119.
- TK (2004/2005c). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 29538, nr. 28.
- TK (2005/2006a). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005/2006, 30131, nr. 120.
- TK (2005/2006b). *Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005/2006, 26631, nrs. 149 en 153.
- TK (2005/2006c). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Tweede kamer, vergaderjaar 2005/2006, 29538, nr. 34.
- TK (2005/2006d). *Evaluatie wet voorzieningen gehandicapten*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005/2006, 25847, nrs. 31-34.
- TK (2005/2006e). *Kabinetsplan aanpak administratieve lasten*. Tweede kamer, vergaderjaar 2005/2006, 29515, nr. 134.
- TK(2005/2006f). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Tweede kamer, vergaderjaar 2005/2006, 30131, nr. 102.
- Tromp, E. (2003). *Senioren onder de loep*. Zeist: GGD Midden Nederland.
- Unie KBO en NIBUD (2003). *Inkomsten en uitgaven van zorgbehoevende ouderen*. Den Bosch: Unie KBO.
- Vanheste, T., I. van Zelm en W. Hessing (2002). *Ouderen in Utrecht*. Feiten en cijfers. Utrecht: gemeente Utrecht.
- Velde, F. van der en A.J.J. van der Kwartel (2005). 'Hoe is de hulpmiddelensector gefinancierd'. In: *Brancherapporten vws*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 1 april 2006 via www.brancherapporten.minvws.nl.
- Verzijden, D. en J. Franssen (2004). *Vergrijzing in Nederland*. Amsterdam: Veldkamp.
- Visser, E.C.M. (2005). *Signaleringsrapport hulpmiddelen 2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- VROM-raad (2005). *Oude bomen? Oude bomen moet je niet verplanten. Advies over ouderenbeleid en wonen, gericht aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer*. Den Haag: VROM-raad.
- Vrooman, C. et al. (2005). *Armoedemonitor 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- vws (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Waal-Saulais, C.R.M. de, M.E. Jacons en J.P. de Wit (2004). *Seniorenpanel Zuid-Holland. De ideale seniorenwoning volgens het seniorenpanel Zuid-Holland. Resultaten van een schriftelijke enquête in de zomer van 2003*. Voorburg: Tympaan Instituut.
- Waal-Saulais, C.R.M. de et al. (2005). *Tevredenheid over zorg- en welzijnsvoorzieningen vergeleken*. Voorburg: Tympaan Instituut.
- Wapstra, B.A., H.J. Quist en C.J.C. Vreugde (2005). *Kerncijfers Wet voorzieningen gehandicapten 2004*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- wcc (1995). *Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps*. Zoetermeer: WHO Collaborating Centre voor de Icidh.

- WHO (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Genève: World Health Federation.
- WHO-FIC (2002). *ICF. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability an Health'*. Compilatie. Bilthoven: Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (RIVM).
- Wit, J. de (2005). *Monitor hulpmiddelen 2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Wit, J.S.J. de (1997). *De SCP-maat voor beperkingen. Een technische toelichting*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 40).

Lijst van afkortingen

adl	algemene dagelijkse levensverrichtingen
amw	algemeen maatschappelijk werk
AVO	Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CMO	Centra voor Maatschappelijke Ontwikkeling
CVV	collectief vraagafhankelijk vervoerssysteem
CVZ	College voor zorgverzekeringen
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst
gpk	gehandicaptenparkeerkaart
ICF	Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>
IGLO	Intergemeentelijk en lokaal ouderenbeleid
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
irv	instituut voor Revalidatievraagstukken
LASA	Longitudinal Ageing Study Amsterdam
LVIO	Landelijke Vereniging van Indicatieorganen
NIBUD	Nationaal instituut voor budgetvoorlichting
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OII	Ouderen in Instellingen
OV	Openbaar vervoer
pgb	persoonsgebonden budget
pkb	persoonlijk kilometerbudget
POLS	Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SES	sociaal-economische status
SWO	Stichting Welzijn Ouderen
TK	Tweede Kamer
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (ministerie van)
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van)
WBO	Woningbehoefte onderzoek
WCC	WHO Collaborating Centre

WHO	World Health Organisation
WILL	Welzijn Informatievoorziening Lokaal en Landelijk
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
wzw	Wonen, Zorg, Welzijn

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. 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.

Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1

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

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 1998

Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland; de kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport. Carlo van Praag en Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-662-8

Engelse populaire versie van het SCR 1998

25 Years of Social Change in the Netherlands; Key Data from the Social and Cultural Report 1998. Carlo van Praag and Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-580-x

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 2005

2005/1 *Landelijk verenigd. Civil society en vrijwilligerswerk IV (2005)*. ISBN 90-377-0126-4

2005/2 *Aandacht voor welzijn. Inhoud, omvang en betekenis van de welzijnssector (2005)*. ISBN 90-377-0204-x

2005/3 *De steun voor de verzorgingsstaat in de publieke opinie, 1970-2002 (2005)*. ISBN 90-377-0157-4

2005/4 *Kinderen in Nederland (2005)*. ISBN 90-377-0209-0

2005/5 *Vermaatschappelijking in de zorg (2005)*. ISBN 90-377-0214-7

2005/6 *Culture-lovers and Culture-leavers. Trends in interest in the arts and cultural heritage in the Netherlands (2005)*. ISBN 90-377-0217-1

2005/7 *Cultuurminnaars en cultuurmijders. Trends in de belangstelling voor kunsten en cultureel erfgoed. Het culturele draagvlak 6 (2005)*. ISBN 90-377-0228-7

- 2005/8 The Hunt for the Last Respondent (2005). ISBN 90-377-0215-5
- 2005/9 Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag (2005). ISBN 90-377-0235-x
- 2005/10 Bestuur aan banden. Lokaal jeugdbeleid in de greep van nationaal beleid (2005). ISBN 90-377-0210-4
- 2005/11 Maten voor gemeenten 2005 (2005). ISBN 90-377-0224-4
- 2005/12 Arbeidsmobiliteit in goede banen (2005). ISBN 90-377-0203-1
- 2005/13 Uit elkaars buurt. De invloed van etnische concentratie op integratie en beeldvorming (2005). ISBN 90-377-0225-2
- 2005/14 De sociale staat van Nederland 2005 (2005). ISBN 90-377-0202-3
- 2005/15 Kijk op informele zorg (2005). ISBN 90-377-0201-5
- 2005/16 Armoedemonitor 2005 (2005). ISBN 90-377-0206-6

SCP-publicaties 2006

- 2006/1 Thuis op het platteland (2006). 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). ISBN 90-377-0246-5
- 2006/3 Uitgerekend wonen (2006). ISBN 90-377-0250-3
- 2006/4 Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006 (2006). ISBN 90-377-0200-7
- 2006/5 Hoe het werkt met kinderen (2006). ISBN 90-377-0238-4
- 2006/6a Sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). ISBN 90-377-0269-4
- 2006/6b De balans opgemaakt. De slotbeschouwing van de sociale atlas van vrouwen uit etnische minderheden (2006). ISBN 90-377-0251-1
- 2006/7 Slachtoffers van criminaliteit in Nederland (2006). ISBN 90-377-0232-5
- 2006/8 Voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven: gebruik, bereik en draagvlak (2006). ISBN 90-377-0270-8
- 2006/9 Op weg in de vrije tijd (2006). ISBN 90-377-0273-2
- 2006/10 Rapportage sport 2006 (2006). 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). ISBN 90-377-0260-0
- 2006/12 Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop. ISBN 90-377-0256-2

SCP-essays

- 1 Voorbeelden en nabeelden (2005). ISBN 90-377-0248-1
- 2 De stem des volks (2006). ISBN 90-377-0265-1
- 3 De tekentafel neemt de wijk (2006). ISBN 90-377-0261-9
- 4 Leven zonder drukte (2006). ISBN 90-377-0262-7

Werkdocumenten

- 110 Verklaringsmodel verpleging en verzorging. Onderzoeksverantwoording (2005). ISBN 90-377-0199-x
- 111 Grenzen aan de maatschappelijke opdracht van de school (2005). ISBN 90-377-0213-9
- 112 Wijkkwaliteiten (2005). ISBN 90-377-0216-3
- 113 Ouderen van nu en van de toekomst (2005). ISBN 90-377-0219-8
- 114 Verzonken technologie. ICT en de arbeidsmarkt (2005). ISBN 90-377-0205-8
- 115 Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel (2005). ISBN 90-377-0221-x

- 116 *Vrijwilligersorganisaties onderzocht. Over het tekort aan vrijwilligers en de wijze van werving en ondersteuning* (2005). ISBN 90-377-0233-3
- 117 *Het Actieplan Cultuurbereik en cultuurdeelname, 1999-2003. Een empirische evaluatie op landelijk niveau* (2005). ISBN 90-377-0236-8
- 118 *Advocaat met korting* (2005). ISBN 90-377-0240-6
- 119 *Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging* (2005). ISBN 90-377-0242-2
- 120 *De mantelval* (2005). ISBN 90-377-0245-7
- 121 *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003* (2006). ISBN 90-377-0268-6
- 122 *Gezond en wel met een beperking* (2006). ISBN 90-377-0254-6
- 123 *De onbereikbare minima* (2006). ISBN 90-377-0275-9

Overige publicaties

- Hier en daar opklaringen. Nieuwjaarsuitgave 2005* (2005). ISBN 90-377-0212-0
- De jacht op de laatste respondent. Samenvatting* (2005). ISBN 90-377-0223-6
- De grens als spiegel. Een vergelijking van het cultuurbestel in Nederland en Vlaanderen* (2005). ISBN 90-377-0222-8
- Jaarrapport Integratie 2005* (2005). ISBN 90-377-0237-6
- Bestuur aan banden. Samenvatting* (2005). ISBN 90-377-0239-2
- De goede burger* (2005). ISBN 90-377-0244-9
- Ouderen in instellingen* (2005). ISBN 90-377-0247-3
- ? Altijd een antwoord. Nieuwjaarsuitgave 2006* (2006). ISBN 90-377-0263-5
- Hoge (jeugd)werkloosheid onder etnische minderheden* (2006) ISBN 90-377-0266-x
- Niet-westerse allochtonen met een stabiele arbeidsmarktpositie: aantallen en ontwikkelingen* (2006). ISBN 90-377-0249-x
- Werken op de grens van wetenschap en beleid* (2006). ISBN 90-377-0272-4