

Verschillen in verzorging



# Verschillen in verzorging

De verzorging van ouderen in negen EU-landen

Gebaseerd op de eerste versie van het  
SHARE-bestand 2004

Evert Pommer  
Edwin van Gameren  
John Stevens  
Isolde Woittiez



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, april 2007

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

Het Bureau heeft tot taak:

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

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2007

SCP-publicatie 2007/5

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

Omslagillustratie: © Hollandse Hoogte

ISBN 978-90-377-0258-3

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.

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

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 vx Den Haag

Tel. (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

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

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

This report uses data from the early release 1 of SHARE 2004. This release is preliminary and may contain errors that will be corrected in later releases. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life). Additional funding came from the US National Institute on Ageing (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Data collection in Austria (through the Austrian Science Foundation, FWF), Belgium (through the Belgian Science Policy Office) and Switzerland (through BBW/OFES/UFES) was nationally funded. The SHARE data set is introduced in Börsch-Supan et al. (2005); methodological details are contained in Börsch-Supan and Jürges (2005)

# Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Hulpbehoefte en hulpverlening	11
1.1 Waarom dit onderzoek?	11
1.2 De onderzoeksvragen: behoefte en hulp	13
1.3 De gegevens: het SHARE-bestand	14
1.4 De landen: hulp voor mensen met beperkingen	17
1.5 De opzet: van hulpbehoefte naar hulpverlening	21
Noten	25
2 Gezondheidsbeperkingen van ouderen in Europa	26
2.1 Lichamelijke beperkingen	26
2.2 Psychische beperkingen	31
2.3 Cognitieve beperkingen	34
2.4 Een totaalmaat voor beperkingen	38
Noten	46
3 Beschikbare en ontvangen informele zorg	47
3.1 De beschikbaarheid van informele zorg	48
3.2 Het gebruik van informele zorg	53
Noten	60
4 Beschikbare en ontvangen formele zorg	61
4.1 De beschikbaarheid van formele zorg	61
4.2 Het gebruik van formele zorg	63
Noot	66
5 Zorg voor mensen met beperkingen	67
5.1 Beschikbare informele zorg	68
5.2 Ontvangen informele zorg	69
5.3 Ontvangen formele zorg	73
5.4 Substitutie tussen informele en formele zorg	75
5.5 Ontvangers van formele huishoudelijke zorg	78
Noten	80

6	Van beperkingen naar formele zorg	81
6.1	Wie hebben beperkingen?	82
6.2	Welke mensen met beperkingen hebben informele netwerken?	85
6.3	Hoe worden mensen met beperkingen geholpen?	88
6.4	Enkele modelsimulaties	91
	Noten	95
7	Conclusies en slotbeschouwing	96
7.1	Doel van het onderzoek	96
7.2	Belangrijkste uitkomsten	98
7.3	Slotbeschouwing	104
	Summary	107
	Bijlage B2 (te raadplegen op internet via <a href="http://www.scp.nl/verschilleninzorging">www.scp.nl/verschilleninzorging</a> )	
	Literatuur	119
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	123

## Voorwoord

De zorg voor mensen met beperkingen is sterk in beweging. In dit rapport gaat het om mensen die in hun vertrouwde omgeving verblijven en deze (nog) niet hebben ingeruild voor een intramurale voorziening. De behoefte die deze mensen hebben aan ondersteuning wordt in belangrijke mate bepaald door beperkingen en aandoeningen die zich vooral doen gelden op hogere leeftijd. De vraag naar formele hulp hangt af van de mate waarin ze zelf in hun behoefte aan zorg kunnen voorzien (informele zorg). In Nederland loopt de enkelvoudige huishoudelijke hulp per 1 januari 2007 via de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), die door de gemeenten zal worden uitgevoerd. De persoonlijke verzorging en verpleging zal (voorlopig) onderdeel blijven uitmaken van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Om het beleid rond de zorg voor mensen met beperkingen en de organisatie van deze zorg nader te bepalen, is het nuttig om naar de omliggende landen te kijken. Welke beperkingen hebben mensen daar, welke hulp kunnen zij aanspreken en welke hulp wordt daadwerkelijk geboden? In dit werkdocument is gekozen voor het perspectief van de mensen zelf. Op basis van een groot internationaal onderzoek wordt gepoogd antwoord te vinden op deze vragen. Dit internationale onderzoek onder 50-plus-sers is een initiatief van Europese wetenschappers om meer inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand, het sociale netwerk en de economische positie van mensen naarmate ze ouder worden. In dit rapport is dankbaar gebruikgemaakt van de dataset die is ontwikkeld om dit inzicht te verkrijgen. De hier gebruikte dataset bevat de individuele gegevens van ruim 21.000 respondenten uit negen EU-landen.

Eerdere uitkomsten van dit onderzoek zijn mede betrokken in het advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg over de toekomst van de AWBZ. De voorlopige uitkomsten van dit onderzoek die de Raad in die tijd heeft ontvangen worden in deze publicatie in definitieve vorm gerapporteerd.

Een woord van dank is uiteraard verschuldigd aan de organisatoren van het SHARE-project, die de in dit onderzoek gebruikte internationale dataset belangeloos beschikbaar hebben gesteld (zie [www.share-project.org](http://www.share-project.org)). Ook is dank verschuldigd aan Geraldine Visser van het Expertisecentrum Informele Zorg voor haar commentaar op een eerdere versie van dit rapport. Dit neemt uiteraard niet weg dat de verantwoordelijkheid voor dit rapport geheel ligt bij de auteurs.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur SCP





## Samenvatting

De centrale vraag in dit rapport is: hoe lossen ouderen in verschillende landen hun gezondheidsbeperkingen op? We onderscheiden vier deelvragen: welke hulpbehoefte hebben ouderen in de verschillende landen, over welke hulpbronnen beschikken zij, welke hulp ontvangen zij en wat is de relatie tussen formele en informele hulp. De vragen beantwoorden we door gebruik te maken van gegevens uit het *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), een enquête onder 50-plussers in diverse Europese landen. Negen landen zijn in de vergelijking betrokken: Nederland, Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Zweden, Frankrijk, Italië, Spanje en Griekenland.

### *Welke mensen hebben beperkingen?*

In de mediterrane landen vinden we relatief weinig mensen met geen of lichte beperkingen, in de Scandinavische landen juist relatief veel. De aanwezigheid van chronische kwalen beperkt in belangrijke mate het dagelijkse functioneren. Maar ook personen op hoge leeftijd, personen met een lagere opleiding en vrouwen lopen een hoger risico op beperkingen in het dagelijkse functioneren. Wanneer rekening is gehouden met deze verklarende factoren, treden er toch nog verschillen tussen landen op, al zijn die aanzienlijk kleiner dan wanneer hier geen rekening mee wordt gehouden. Een reden kan zijn dat er verschillen bestaan tussen de objectieve en de subjectieve beperkingenmaat. De subjectieve maat wordt bepaald door ervaren beperkingen. Het specifieke effect van de zuidelijke landen valt weg als de analyse wordt herhaald op een groep 50-plussers die zowel beperkt is als dat ook zelf zo ervaart. Anders gezegd: de zuidelijke landen hebben een oververtegenwoordiging van mensen die wel beperkingen hebben, maar die beperkingen worden in mindere mate als zodanig in de dagelijkse praktijk ervaren.

### *Welke mensen met beperkingen hebben informele netwerken?*

Gemiddeld beschikt 25% van de mensen met beperkingen niet over een informeel netwerk. Verder is er sprake van een duidelijk verschil in beschikbare hulp tussen de continentale en mediterrane landen (met uitzondering van Griekenland en Nederland), waarbij de zuidelijke landen over een groter netwerk van binnen of van buiten het huishouden beschikken. De Grieken hebben binnen de zuidelijke landen een relatief klein netwerk, de Nederlanders binnen de noordelijke groep een relatief groot netwerk. Enkele factoren springen in het oog als we willen verklaren waarom bepaalde mensen met een beperking wel en andere niet over een informeel netwerk beschikken. Naarmate de leeftijd hoger wordt neemt de beschikbaarheid in het eigen huishouden af (verlies van partner). Verder neemt de beschikbaarheid af als men in een stedelijk gebied woont.

### *Hoe worden mensen met beperkingen geholpen?*

De uitkomsten in dit onderzoek wijzen uit dat mensen met beperkingen in Denemarken, Zweden en Oostenrijk het beste af zijn, in de zin dat daar de meeste mensen enige vorm van zorg ontvangen. Denemarken scoort hoog door het hoge niveau van formele zorg; bij Zweden en Oostenrijk wordt zowel veel formele zorg als veel informele zorg gegeven. Nederland volgt globaal het Deense patroon: een hoog niveau van formele zorg en een gematigd niveau van informele zorg. Mensen met beperkingen zijn er in de mediterrane landen het slechtst af: velen ontvangen geheel geen zorg, en als ze zorg ontvangen is dat meestal van informele aard.

De vraag: Hoe worden deze mensen met beperkingen geholpen? is in twee stappen beantwoord. Eerst is onderzocht welke factoren bepalen of iemand hulp ontvangt en zo ja, of deze hulp van informele dan wel van formele aard is. Een persoon ontvangt vaker hulp als hij ouder wordt en ernstige beperkingen heeft. Daarbij zijn lichamelijke en psychische beperkingen belangrijker dan cognitieve.

Wanneer mensen hulp ontvangen, kan deze hulp van informele of formele aard zijn. Opmerkelijk is dat de kans op formele hulp vooral toeneemt met de leeftijd. De ernst van de beperking blijkt nauwelijks van invloed op de aard van de verleende hulp. Voorts verkleint de beschikbaarheid van een informeel extern netwerk de kans op formele hulp. Dit effect is aanzienlijk groter als een intern netwerk beschikbaar is. Het is dus duidelijk dat de beschikbaarheid van een informeel netwerk de kans op formele hulp verkleint.

### *Welke relatie is er tussen informele en formele hulp?*

In de analyses hebben we onderzocht hoe het samenspel tussen informele en formele hulp eruitziet. Een nadere specificatie kunnen we vinden door de formele zorg die mensen ontvangen verder uit te splitsen. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat in de meeste Europese landen informele en formele zorg elkaar aanvullen bij huishoudelijke verzorging en elkaar vervangen bij verzorging en verpleging.

Zelfs nadat er is gecorrigeerd voor de hierboven beschreven factoren, blijven er nog aanzienlijke verschillen tussen landen bestaan in de kans om formele zorg te ontvangen. De kans op enige hulp is het kleinst in de mediterrane landen en het grootst in Denemarken. Ten opzichte van Nederland is er geen enkel land waar de kans op het ontvangen van formele zorg hoger is, gegeven het feit dat er hulp wordt verleend.

# 1 Hulpbehoefte en hulpverlening

## 1.1 Waarom dit onderzoek?

De zorg voor mensen met beperkingen vraagt de laatste jaren veel publieke aandacht. Deze aandacht is niet beperkt tot de Nederlandse overheid. Ook in alle omringende landen staat de langdurige, niet op genezing gerichte zorg voor mensen met beperkingen op de beleidsagenda. Er is een vraag naar meer en betere verzorging, en bovendien drijven demografische ontwikkelingen de kosten steeds meer op. De overheden zien zich dus genoodzaakt om een weg te vinden naar goede en tegelijk betaalbare verzorging. Daarbij zal de informele zorg een belangrijke rol blijven spelen, maar deze rol is aan bepaalde grenzen van vraag en aanbod gebonden.

Er is in de EU-landen een grote variatie in beschikbaarheid, kwaliteit en stelsels van langdurige zorg (OECD 2005). Veelal is sprake van een gefragmenteerde en incomplete dekking van publieke en/of private voorzieningen die voorzien in de vraag naar verzorging en verpleging van mensen met beperkingen. Maar ook dit beeld is niet algemeen. Met name de Scandinavische landen hebben een coherent zorgstelsel van goede kwaliteit. Het beeld wordt minder gunstig naarmate we naar het zuiden af dalen. In dit verband is het opmerkelijk dat de mediterrane landen in de OECD studie naar langdurige zorg nauwelijks figureren (OECD 2005). Maar ook in de zuidelijke landen is er een toenemende vraag naar langdurige zorg en zien de overheden zich genoodzaakt aan deze vraag tegemoet te komen.<sup>1</sup> De toenemende vraag naar langdurige zorg heeft een aantal landen ertoe gebracht om hun stelsel voor langdurige zorg opnieuw in te richten (Duitsland, Oostenrijk, Luxemburg, Zweden) of aan te passen (Engeland).

Ook de Nederlandse overheid heeft recent nieuw beleid ingezet om de langdurige zorg betaalbaar te houden. Dit beleid is erop gericht om de zorg daar te verlenen waar deze 'echt nodig' is (VWS 2004). Dit betekent dat mensen die dat kunnen zelf voor oplossingen moeten zorgen om in hun zorgbehoefte te voorzien en dat de overheid alleen verantwoordelijkheid draagt voor mensen die niet in staat zijn om zelf oplossingen te vinden. Deze wending in het beleid wordt mede gemotiveerd met het argument dat Nederland aanzienlijk ruimhartiger zou zijn bij het verstrekken van langdurige zorg dan de omringende landen. Deze ruimhartigheid wordt onder andere afgemeten aan het uitgavenniveau voor langdurige zorg bij het gegeven vergrijzingsniveau van de bevolking en de afdwingbaarheid van recht op zorg als sprake is van verzorgingsproblemen. Tegenover deze ruimhartigheid staat dat de vergrijzing in Nederland op het EU-15-gemiddelde uitkomt, zowel nu als in de toekomst.

Het sterk uiteenlopende niveau van verzorging in de Europese lidstaten roept de vraag op hoe mensen met verzorgingsproblemen in hun verzorgingsbehoefte voorzien. Er is wel enig internationaal vergelijkend onderzoek verricht naar landenverschillen, maar deze onderzoeken hebben een sterk macrokarakter (OECD 2005; RVZ 2006). Zij zijn vooral gericht op de wijze waarop de landen hun langdurige zorg hebben ingericht, welk verzorgingsniveau wordt geboden en welke private en publieke middelen hiermee gemoeid zijn. Dit rapport richt zich meer op de belewingswereld van individuele burgers. Met welke verzorgingsproblemen wordt de burger geconfronteerd, welke hulp kan de naaste omgeving hem bieden en in welke mate is hij aangewezen op professionele hulp.

De geboden zorg kan zowel formeel (uit publieke of private middelen betaald) als informeel zijn (niet-betaalde zorg door familie, vrienden of kennissen). Daarbij is het van belang om een onderscheid te maken tussen beschikbare zorg en ontvangen zorg, omdat dit een indicatie geeft voor de ruimte die aanwezig is voor uitbreiding van de ontvangen zorg. Zoals uit hoofdstuk 3 zal blijken kan de beschikbare zorg door beperkingen in de vraagstelling van het gebruikte gegevensbestand uitsluitend betrekking hebben op familieleden. De ontvangen zorg kan elke vorm van informele zorg betreffen, dus naast familieleden ook burens, kennissen of vrijwilligers die werkzaam zijn in een georganiseerd verband. Uit de vergelijking van formele en informele zorg in verschillende Europese landen zou moeten blijken welke positie Nederland inneemt. Aangezien de langdurige zorg overwegend betrekking heeft op ouderen, zal de vergelijking vooral op deze groep gericht zijn.

Een vergelijking van prestaties van landen op het gebied van langdurige zorg zal niet zozeer gericht moeten zijn op de aanbodzijde (voorzieningen) als wel op de vraagzijde (functies). De prestaties hebben dan betrekking op de mate waarin mensen met functionele beperkingen dankzij de geleverde diensten kunnen voorzien in hun dagelijkse behoeften. Steeds meer Europese landen gaan uit van de behoeften die mensen met lichamelijke en psychische beperkingen hebben en verleggen de keuze van de voorzieningen die hierin moeten worden voorzien van de aanbieders naar de vragers. In Oostenrijk en Duitsland is dit uitgangspunt het verst gevorderd. Daar wordt via indicatiestelling aan de ernst van de beperking een bedrag verbonden, waarmee de betrokkene geheel op eigen gezag de zorg kan inkopen die hem goeddunkt (Gibson et al, 2003). Andere landen stemmen hun prestaties ook overwegend af op het tekort in persoonlijk functioneren van mensen met lichamelijke en psychische beperkingen (Nederland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen). De wetgeving heeft in alle landen een residueel en generiek karakter: de overheid dient te voorzien in de diensten die personen met beperkingen nodig hebben en waarin zichzelf of hun naasten niet kunnen voorzien. Aan dit uitgangspunt kan evenwel een rekkelijke of strenge interpretatie worden gegeven. Zo zijn de Mediterrane landen geneigd naar een strenge interpretatie (de familie, tenzij dit echt niet meer mogelijk is) en de Scandinavische landen naar een rekkelijke interpretatie (de overheid,

tenzij de familie daartoe nog goed in staat is). Een internationale vergelijking van de prestaties van EU-landen op het gebied van langdurige, niet op genezing gerichte zorg is lastig, omdat er maar weinig landen zijn waarin de te verrichten prestaties ('rechten') zijn vastgelegd en er nauwelijks instrumenten zijn om de geleverde prestaties te meten (Ten Have et al. 2004). Ook in dit rapport blijven de feitelijk geleverde prestaties buiten beeld en wordt uitsluitend gekeken naar de mate waarin en de wijze waarop mensen met beperkingen worden geholpen.

## 1.2 De onderzoeksvragen: behoefte en hulp

De centrale vraag in dit rapport heeft betrekking op de mate waarin en de wijze waarop ouderen in verschillende landen hun verzorgingsproblemen oplossen. Om deze vraag te beantwoorden is onderzoek gedaan naar de wijze waarop personen met vergelijkbare gezondheidsbeperkingen in de verschillende landen een oplossing voor hun verzorgingsproblemen vinden. De oplossingen worden op microniveau verklaard uit relevante achtergrondkenmerken van de cliënt. Daarnaast kunnen factoren als institutionele inrichting, gevoerd overheidsbeleid, normen en waarden en sociale condities verklaringen bieden voor de 'gekozen' oplossingen van de cliënt. Vergelijking van landen en hun zorgsystemen vormt het startpunt van onderzoek. Bij de vergelijking staat de positie van Nederland voorop.

Dit onderzoek sluit aan bij de traditie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) om uit te gaan van de individuele vraag naar publieke voorzieningen, om de vraagbepalende factoren te bepalen en de factoren die tot gebruik van informele en formele voorzieningen leiden.

De centrale vraag kan worden beantwoord door de volgende deelvragen te stellen:

- Hulpbehoefte: met welke gezondheidsbeperkingen worden oudere mensen in de verschillende landen geconfronteerd en om hoeveel mensen gaat het?
- Hulpbronnen: hoeveel mensen met gezondheidsbeperkingen beschikken over een informeel netwerk en hoe verschilt dit per land?
- Hulpverlening: hoeveel formele en informele zorg ontvangen mensen met gezondheidsbeperkingen in de desbetreffende landen en hoe verschilt dit per land?
- Is er sprake van een afruil (substitutie) of aanvulling (complementariteit) tussen formele en informele zorg in de ontvangen zorg voor mensen met beperkingen?

Met ouderen wordt hier 50-plussers bedoeld. Deze afbakening lijkt voor Nederlandse begrippen aan de lage kant, maar uit het gebruikte gegevensbestand (zie § 1.3) blijkt dat al ruim 6% van de 50-54-jarigen te maken heeft met ernstige beperkingen van fysieke, psychische of cognitieve aard. Wanneer we ook matig beperkten meerekenen loopt dit op tot bijna 20%. Het aandeel mensen met matige of ernstige beperkingen loopt slechts geleidelijk op naar bijna 30% bij de 65-69-jarigen, om dan per

vijfjaargroep met 10 procentpunten te stijgen tot 60% bij de 80-84-jarigen. Boven de 85 jaar heeft circa driekwart van de mensen te maken met matige of ernstige beperkingen. Echter, niet alleen het aandeel beperkten per leeftijdsgroep is van belang voor de afbakening, ook het absolute aantal mensen per leeftijdsgroep is van belang aangezien de leeftijdsgroepen met het verstrijken der jaren steeds kleiner worden. Zo blijkt dat ongeveer een derde van de mensen met matige of ernstige beperkingen behoort tot de 50-64-jarigen en slechts een kwart tot de 80-plussers.

### 1.3 De gegevens: het SHARE-bestand

Om antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag en de verschillende deelvragen, dient een representatieve steekproef van de relevante populatie beschikbaar te zijn. Dit stelt hoge eisen aan de gegevenskwaliteit. De enige kandidaat die aan deze eis tegemoet komt is het SHARE-bestand: het *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (Börsch-Supan et al. 2003). SHARE is een wetenschappelijk dataproject over ouder worden in Europa, dat wordt gesubsidieerd door de Europese Gemeenschap (EU).<sup>2</sup> Centraal hierbij staan arbeid, pensionering, inkomen en gezondheid. Hiertoe is voor alle landen een identieke vragenlijst in de eigen taal ontwikkeld. De doelpopulatie wordt gevormd door alle personen van 50 jaar en ouder.

Voor het SHARE-project zijn in het voorjaar van 2004 ongeveer 23.000 personen van 50 jaar en ouder in tien Europese landen ondervraagd (netto steekproef, exclusief België).<sup>3</sup> Dit betekent dat bij circa 1400 huishoudens per land met ten minste één 50-plusser in het huishouden (inclusief eventuele partners, ongeacht de leeftijd) onder meer informatie is verzameld over de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, beperkingen die optreden voor het huishoudelijk en persoonlijk functioneren, de informele zorg en de formele particuliere en gesubsidieerde zorg waarover ze beschikken. Het onderscheid tussen formele en informele zorg wordt gemaakt op basis van financiering. Informele zorg wordt in dit onderzoek gedefinieerd als alle zorg die door familie, vrienden, burens en vrijwilligers (eventueel in georganiseerd verband) wordt gegeven aan een hulpbehoevende en waar geen financiële tegenprestatie tegenover staat.<sup>4</sup> Formele zorg bestaat uit betaalde zorg die wordt geleverd door de private sector of uit gesubsidieerde zorg die wordt geleverd door de publieke sector. Beide vormen van formele zorg kunnen zowel door professionals als door niet-professionals worden geleverd. In het algemeen is de private hulp van niet-professionele aard (huishoudelijke hulp) en de publieke hulp van professionele aard (verzorgster, verpleegster, instelling). De bewoners in instellingen behoren tot het steekproefkader, maar dit zijn uiteraard kleine aantallen waarover geen statistisch verantwoorde uitspraken mogelijk zijn.

Aan dit project nemen elf landen deel:

Nederland (NL)

België (BE)

Frankrijk (FR)  
 Duitsland (GE)  
 Oostenrijk (AT)  
 Denemarken (DK)  
 Zweden (SW)  
 Zwitserland (SU)  
 Spanje (ES)  
 Italië (IT)  
 en Griekenland (GR).

Voor dit onderzoek vallen een tweetal landen af, te weten België (omdat er nog geen gegevens beschikbaar zijn) en Zwitserland (omdat de respons slecht is).<sup>5</sup>

Tabel 1.1 geeft de leeftijdsverdeling van de respondenten in de betrokken landen in SHARE, gewogen op basis van de nationale registraties van leeftijd en geslacht in 2003.<sup>6</sup> De tabel geeft ook het aandeel 50-plussers in de bevolking. Dit aandeel ligt gemiddeld op 35% en varieert van 32% (Nederland) tot 38% (Italië). De overige landen wijken minder dan 2 procentpunt af van het EU-gemiddelde.

Tabel 1.1

Leeftijdsverdeling van 50-plussers in verschillende Europese landen, 2003 (in procenten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
50-64 jaar	57,0	56,7	53,1	53,8	51,4	51,3	48,9	49,2	49,6	52,3
65-74 jaar	23,6	22,9	22,7	23,9	27,7	25,4	27,9	27,6	30,8	25,8
75-84 jaar	14,9	15,1	17,8	17,7	16,2	17,9	17,8	17,8	15,9	16,8
≥ 85 jaar	4,5	5,3	6,5	4,7	4,7	5,4	5,4	5,4	3,7	5,1
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
aandeel 50- plussers in de totale bevolking	32,0	34,0	37,0	34,0	36,0	33,0	33,0	38,0	35,0	35,0
aandeel 75- plussers in de totale bevolking	6,2	6,9	9,0	7,6	7,5	7,7	7,7	8,8	6,9	7,7
aantal waar- nemingen (n)	2899	1640	3010	1939	2953	1757	2377	2508	1982	21.065

Bron: SHARE (2004) (gewogen, SCP-bewerking)

In totaal zijn ruim 21.000 respondenten in de analyse opgenomen, wat neerkomt op gemiddeld 2340 50-plussers per land. Het aantal respondenten is duidelijk hoger in Duitsland, Zweden en Nederland en duidelijk lager in Frankrijk en Denemarken.

Uit tabel 1.1 blijkt dat de leeftijdsverdeling van 50-plussers per land verschilt.

De vergrijzing, uitgedrukt als het aandeel 75-plussers in de totale bevolking, is het hoogst in Zweden, op de voet gevolgd door Italië. Nederland is het minst vergrijzende land. Omdat in Zweden ook het aantal 50-plussers ten opzichte van de totale bevolking hoog is, is daar sprake van een dubbele vergrijzing. Ook Italië kenmerkt zich door een hoge dubbele vergrijzing. In Nederland is het omgekeerde het geval: er zijn relatief weinig 50-plussers en onder de 50-plussers relatief weinig 75-plussers. Spanje heeft net als Nederland relatief weinig 50-plussers in de bevolking, maar die 50-plussers die er zijn, kennen gemiddeld een aanzienlijk hogere leeftijd.

In hoofdstuk 2 zullen we zien dat de landen verschillen in beperkingen, beschikbare (informele) hulp en ontvangen (informele en formele) hulp. Die verschillen kunnen een gevolg zijn van diversiteit in bevolkingskenmerken zoals het aantal mensen met aandoeningen, het aantal mensen dat (nog) een partner heeft, en het opleidingsniveau van de bevolking. Tabel 1.2 geeft voor enkele relevante bevolkingskenmerken de landenverschillen weer. In de tabel zijn uitsluitend bevolkingskenmerken opgenomen waarbij relevante verschillen optreden. Dat is bijvoorbeeld niet het geval bij het aandeel vrouwen, dat tussen de betrokken landen weinig verschilt.

Tabel 1.2

Verschillen tussen enkele relevante bevolkingskenmerken van 50-plussers in verschillende Europese landen, 2004 (in procenten, aantallen en schaalpunten)

	Nederland	Dene- marken	Zweden	Oosten- rijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
75-plussers	19,4	20,4	24,2	22,4	20,9	23,3	23,2	23,2	19,6	21,9
aandoe- ningen per persoon	1,1	1,4	1,3	1,1	1,3	1,4	1,6	1,6	1,4	1,3
geen partner	22	38	25,3	42,1	27,5	34,2	27,3	26,9	32,6	29,6
opleidings- niveau <sup>a</sup>	2,2	3,0	2,3	2,7	3,1	1,9	1,2	1,5	1,8	2,2

a De opleidingsschaal loopt op van 0 (geen) tot 5 (hoog).

Bron: SHARE (2004) (gewogen, SCP-bewerking)

De landen verschillen niet alleen in leeftijdsopbouw (percentage 75-plussers in tabel 1.2), maar ook in de mate waarin mensen aandoeningen als hart- en longziekten, kanker, gewrichtsaandoeningen, diabetes en hoge bloeddruk rapporteren. Hier scoren Spanjaarden en Italianen wederom hoog en Nederlanders en Oostenrijkers relatief laag. Ook het aantal personen dat zonder partner (verder) moet leven verschilt aanzienlijk. Met name in Oostenrijk maar ook in Denemarken moeten veel 50-plussers het zonder partner stellen. Ook hier vormt Nederland een uitzondering met weinig partnerloze 50-plussers. Het opleidingsniveau van 50-plussers blijkt ten slotte ook aanzienlijk te verschillen. Dit opleidingsniveau is zo veel mogelijk vergelijkbaar



gemaakt tussen de verschillende landen door gebruik te maken van de ISCED-classificatie van de Unesco (International Standard Classification of Education). Hier blijken de noordelijke landen duidelijk beter te scoren dan de zuidelijke landen. Nederland neemt hier een middenpositie in. Opmerkelijk is wel het hoge niveau in Duitsland en Denemarken.

#### 1.4 De landen: hulp voor mensen met beperkingen

Alle EU-15-landen hebben als uitgangspunt dat personen die hun dagelijkse levensverrichtingen niet zonder zorg van derden kunnen uitvoeren recht hebben op een publieke voorziening. De landen verschillen wel aanzienlijk in de mate waarin aan dit uitgangspunt recht wordt gedaan. Alleen in Nederland, Duitsland en Oostenrijk zijn op centraal niveau expliciete criteria beschikbaar op basis waarvan een publiek recht op langdurige verzorging kan worden uitgeoefend. In Duitsland en Oostenrijk zijn korte en lichte vormen van langdurige zorg – de huishoudelijke verzorging – van dit publieke recht uitgesloten en zijn de vergoedingen voor de andere voorzieningen niet geheel kostendekkend. Hiervoor moet eventueel een beroep op lokale voorzieningen worden gedaan, waarvoor doorgaans een inkomenstoets geldt. In de meeste andere EU-landen wordt de langdurige zorg op lokaal niveau geregeld, en worden op centraal niveau uitsluitend de uitgangspunten vastgesteld. Meestal is er geen wettelijke aanduiding van rechten, waardoor het persoonlijk recht op dienstverlening niet afdwingbaar is. Vooral in mediterrane landen wordt de familie primair verantwoordelijk gehouden voor zorgtaken voor mensen met beperkingen en geeft de overheid minder geld uit aan formele zorg. Hoe noordelijker men komt, hoe meer dit uitgangspunt van private verantwoordelijkheid overgaat in een publieke verantwoordelijkheid.

Ook de mate waarin de gebruikers van vergelijkbare voorzieningen bijdragen aan de bekostiging varieert, waarbij landen als Nederland en Zweden relatief lage eigen betalingen van de gebruikers vragen (Kuhry et al. 2004). Voorts is in veel landen de eigen bijdrage inkomensafhankelijk.

In de landen die betrokken zijn bij het SHARE-onderzoek wordt verschillend omgegaan met de ondersteuning en zorg voor personen met beperkingen. In beginsel hanteren alle landen hetzelfde residuele beginsel: eerst is de familie aan zet, dan pas de overheid. Dit residuele beginsel wordt door de verschillende landen evenwel heel verschillend uitgewerkt. In het algemeen kan gesteld worden dat de mediterrane landen de zorgplicht eerder leggen bij de familie, dat de Scandinavische landen de zorgplicht eerder leggen bij de gemeenschap en dat de Midden-Europese landen hier tussenin zitten. Millar en Warman (1996) stellen dat er drie gezichtspunten mogelijk zijn om zorgregimes op landenniveau te onderscheiden: wat mensen zelf vinden (opinie), wat mensen in de praktijk doen (gedrag) en wat in wetgeving is geregeld (instituten). Op basis van het laatste uitgangspunt onderscheiden zij drie typen zorgregimes: het Scandinavische type, gebaseerd op de individuele autonomie van

burgers, het continentale type, gebaseerd op de autonomie van het gezin (overwegend partners en inwonende kinderen) en het mediterrane type, gebaseerd op de autonomie van de familie. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid van de staat voor zorgbehoevende ouderen groot is in de Scandinavische landen, matig is in de continentale landen en gering is in de mediterrane landen. Daarbij constateren Millar en Warman echter wel dat de gekozen afbakening problematisch is, omdat de praktijk nogal eens afwijkt van de formele regelgeving, bijvoorbeeld door de hoge kosten die aan de collectieve hulp zijn verbonden (Scandinavische landen) of door de hoge eisen die aan de familie worden gesteld (mediterrane landen). De indeling in typen zorgregimes van Bettio en Plantenga (2004) sluit hierop aan, zij het dat zij op basis van het feitelijke gebruik van formele en informele zorg binnen het Continentale type drie subtypen onderscheiden.

Op basis van de regelgeving en de bestaande praktijk in de verschillende landen onderscheiden we de volgende vier zorgregimes, die vanuit een collectief gezichtspunt oplopen van minder naar meer royaal:

- 1 Er is een familiale zorgplicht; de overheid neemt slechts in uitzonderlijke gevallen deze verantwoordelijkheid over (Griekenland).
- 2 De familiale zorgplicht is afdwingbaar; de overheid is verantwoordelijk voor die situaties waarin de familiale zorgplicht niet kan voorzien (Italië, Spanje).
- 3 Er is een collectieve zorgplicht voor zorgintensieve cliënten; deze zorgplicht is per wet geregeld; voor licht zorgbehoevende cliënten dient het informele netwerk te worden aangesproken (Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk).
- 4 Er is een collectieve zorgplicht voor zorgbehoefte cliënten; deze zorgplicht is per wet geregeld; informele hulp wordt gestimuleerd maar kan niet worden afgedwongen (Zweden, Denemarken, Nederland).

De navolgende korte beschrijving van de wijze waarop in de verschillende landen de zorg voor hulpbehoevende ouderen is geregeld is grotendeels ontleend aan de nationale rapporten van het EUROFAMCARE-project ([www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare](http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare)).

#### *Zorgregime type 1 (Griekenland)*

Griekenland vertrouwt traditioneel zeer sterk op de familiale steun voor mensen met beperkingen. Tot voor kort werden nauwelijks publieke taken voorzien en waren personen die geen familiale steun konden of wilden ontvangen grotendeels aangewezen op de private sector of de orthodoxe kerk.

Griekenland kent nauwelijks publieke intramurale voorzieningen voor ouderen met beperkingen. Men is voor verblijf grotendeels aangewezen op de reguliere medische zorg of private instellingen. Er is voor de minst draagkrachtigen slechts een zeer beperkt aantal intramurale voorzieningen van staatswege beschikbaar.<sup>7</sup> Nogal eens wordt uitgeweken naar de reguliere gezondheidszorg, waar men een bed bezet dat eigenlijk voor de acute zorg is bedoeld. Ook de eerstelijnszorg staat in Griekenland nog in de kinderschoenen, hoewel deze wel verder wordt ontwikkeld.

Dat geldt zeker voor de sociaal-medische zorg en de thuiszorg. In vergelijking met andere Europese landen is het voorzieningenniveau echter nog steeds bijzonder laag. Zo is in twee derde van alle gemeenten (nog) geen thuiszorg beschikbaar en is in de helft van de gemeenten (nog) geen sociaal-medisch centrum aanwezig. Wel is de doelgroep vergelijkbaar met die in andere Europese landen: personen met een laag inkomen, zonder een eigen informeel netwerk. Beter gesitueerde mensen met beperkingen kopen hun zorg op de particuliere markt, waar het aanbod recentelijk – en op betrekkelijk grote schaal – vooral komt van vrouwelijke migranten uit de Balkanlanden (EUROFAMCARE 2004).

### *Zorgregime type 2 (Italië en Spanje)*

Zowel in Italië als in Spanje rust er bij de familie in neerwaartse lijn tot de derde graad een wettelijke verplichting om te voorzien in steun en onderhoud van hulpbehoevende ouderen. In Italië kunnen alleen hulpbehoevendenden dit recht opeisen en kan de overheid slechts morele dwang uitoefenen, in Spanje is dit recht generiek vastgelegd en kan ook de overheid het recht opeisen. In beide landen bestaan er sancties om hulp af te dwingen. In Italië kan de zorgplicht door de familie worden afgekocht, in Spanje niet. In Italië kan ook de overheid haar zorgplicht afkopen door de hulpbehoevendenden een zorguitkering te verstrekken, waarvoor zorg kan worden ingekocht. Dergelijke uitkeringen worden op grote schaal door de centrale overheid verstrekt. Ook op lokaal niveau worden zorguitkeringen verstrekt, maar die zijn inkomensafhankelijk. Met deze uitkeringen kopen de zorgbehoevende Italiaanse ouderen informele zorg in bij hun familie of op de particuliere markt. Net als in Griekenland wordt deze markt gedomineerd door vrouwelijke migranten, die de laatste jaren vooral afkomstig zijn uit de Oost-Europese landen. Ook in Spanje vormen immigranten een belangrijke bron van betaalde hulpverlening. Mede door de verminderde beschikbaarheid van informele hulpbronnen (kleinere gezinnen, zwakkere familiebanden en stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen) en de achterblijvende beschikbaarheid van formele zorg vormen immigranten in de mediterrane landen het reservoir waar de toenemende vraag naar verzorging en verpleging zijn weg naartoe vindt. Ook de intramurale voorzieningen zijn zowel in Italië als in Spanje beperkt en vooral bedoeld voor ouderen waarvoor geen (toereikende) informele zorg beschikbaar is en die geen private (intramurale) zorg kunnen betalen. Deze voorzieningen worden ook nog 'ontmoedigd' door de geringe kwaliteit, de eigen bijdrage die men moet betalen en het beperkte niveau (schoonmaken en maaltijden bereiden vallen doorgaans buiten het pakket). Door toenemende beperkingen in het aanbod van informele hulp, het maar karig toenemende aanbod van formele hulp en de sterk toegenomen vraag naar hulp biedt het goedkope en flexibele aanbod van (vrouwelijke) migranten een makkelijke oplossing om aan de verzorgingsbehoefte tegemoet te komen.<sup>8</sup> De inzet van migranten wordt met name in Italië nog ondersteund door een stelsel van inkomensafhankelijke zorgtoeslagen van lokale overheden, die deze vorm van hulp ook binnen het bereik van de lagere en middeninkomens brengen (Bettio et al. 2004).

### *Zorgregime type 3 (Duitsland, Oostenrijk en Frankrijk)*

In Duitsland, Oostenrijk en Frankrijk geldt de familie ook als de primaire bron van hulpverlening, maar er is op basis van een collectieve verzekering (Duitsland) of op basis van een collectieve voorziening (Oostenrijk, Frankrijk) recht op formele hulp in situaties waarin iemand langdurig en regelmatig hulp nodig heeft om het dagelijkse leven vol te houden. Daarbij doet het er niet toe of er informele hulp beschikbaar is. Deze hulp bestaat uit een uitkering waarmee men zelf hulp kan inkopen (Oostenrijk, Duitsland, Frankrijk) of uit een vergoeding voor in natura genoten hulp (Duitsland). De uit te keren bedragen hangen af van de zorgzwaarte en zijn niet inkomensafhankelijk. Wel zijn de uitkeringen in geld in Duitsland lager dan de uitkeringen in natura en moeten hogere inkomens in Frankrijk een eigen bijdrage betalen. De uitkeringen zijn zodanig, dat zij voor formele professionele voorzieningen niet kostendekkend zijn. Voor de thuiszorg en de intramurale zorg worden daarom eigen bijdragen geheven. Ook in Duitsland, Oostenrijk en Frankrijk spelen immigranten een grote rol in de hulpverlening voor ouderen, zij het minder prominent dan in de mediterrane landen, omdat de formele hulp uitgebreider is. Maar omdat men zelf moet voorzien in de lichtere vormen van hulpbehoefte en men uitkeringen ontvangt voor de zwaardere vormen van hulpverlening, vormen immigranten uit Oost-Europese landen (Duitsland, Oostenrijk) een aantrekkelijk aanbod. Zeker in situaties waarbij persoonlijke budgetten vrij kunnen worden aangewend (met name in Oostenrijk en Italië) vormen immigranten een aantrekkelijke optie, mede gezien de lage (salaris)eisen van immigranten (Ungerson 2004). De intramurale voorzieningen maken in deze landen integraal deel uit van de zorgvoorziening. Oostenrijk kent historisch een zeer laag gebruik van intramurale voorzieningen, en in Frankrijk zijn deze voorzieningen veelal van beperkte kwaliteit en staan ze onder de bevolking slecht aangeschreven. In Duitsland hebben intramurale voorzieningen altijd al een belangrijke rol gespeeld in de hulpverlening aan zorgbehoevende ouderen. Iets meer dan de helft van deze instellingen heeft een charitatieve (kerkelijke) achtergrond.

### *Zorgregime type 4 (Zweden, Denemarken en Nederland)*

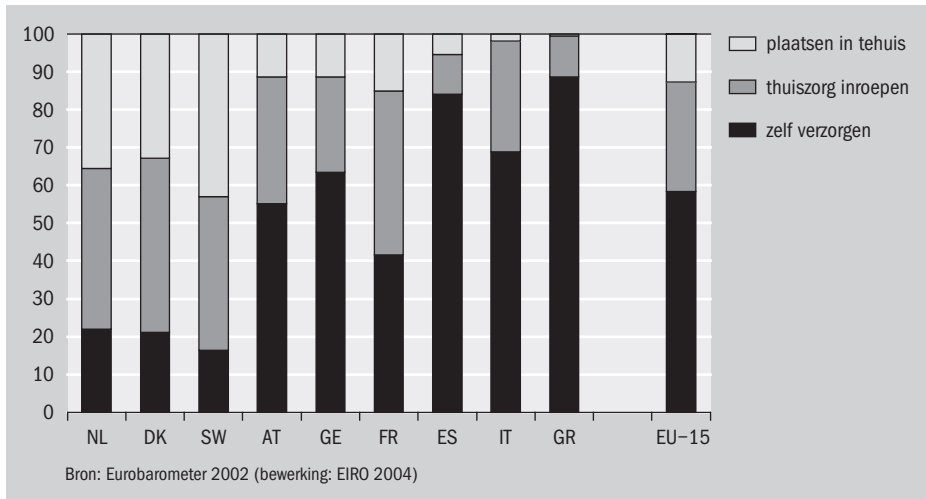
In Zweden, Denemarken en Nederland wordt de overheid ook verantwoordelijk gehouden voor lichtere vormen van hulpverlening aan hulpbehoevende ouderen. Daarbij geldt wel het beginsel dat bij aanwezigheid van een partner deze partner de primaire verantwoordelijkheid draagt (in Nederland heet dit 'gebruikelijke zorg'). De kinderen dragen echter geen primaire verantwoordelijkheid voor de hulpverlening. De voorzieningen worden overwegend in natura verstrekt. Vanwege het royale karakter van de formele zorg wordt er weinig uitgeweken naar de private markt, waardoor er in verhouding weinig immigranten in deze sector werkzaam zijn. In Denemarken en Zweden is de hulpverlening voornamelijk een zaak van lokale autoriteiten. In Nederland zal deze zorg pas in 2007 een lokaal karakter krijgen met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (wmo). Hoewel deze landen ook een uitgebreid stelsel van intramurale voorzieningen hebben, heeft het beginsel om ouderen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te verzorgen geleid tot een beleid van

extramuralisering. Hierdoor is de relatieve capaciteit van intramurale voorzieningen in deze landen substantieel verminderd, ten gunste van semi-residentiële voorzieningen en thuiszorg (in aangepaste woningen).

De weergegeven indeling van landen naar verzorgingstype wordt weerspiegeld in de mening van de bevolking over de hulpverlening aan ouderen (figuur 1.1).

Figuur 1.1

Voorkeur van kinderen voor de verzorging van hun ouders in geval van hulpbehoefte, 2002 (in procenten)



Wanneer aan iemand de hypothetische vraag wordt gesteld hoe een thuiswonende vader of moeder zou moeten worden geholpen als deze zichzelf niet meer zou kunnen redden, geven vooral respondenten in de mediterrane landen aan dat het meest voor de hand ligt dat de kinderen hun ouder(s) dan zelf verzorgen. Er is nog wel beperkte ruimte voor professionele zorg maar de intramurale zorg blijft nagenoeg geheel uit beeld, met name in Griekenland. Deze uitkomst is in lijn met de sterk familiaal gerichte zorgplicht in de betrokken landen. Nederland volgt in sterke mate het Scandinavische model, waarbij de professionele zorgplicht voorop staat en de familiale verzorging daarop aansluit. De continentale landen nemen, als verwacht, een middenpositie in, waarbij in Frankrijk nog een relatief grote rol wordt toegekend aan de thuiszorg.

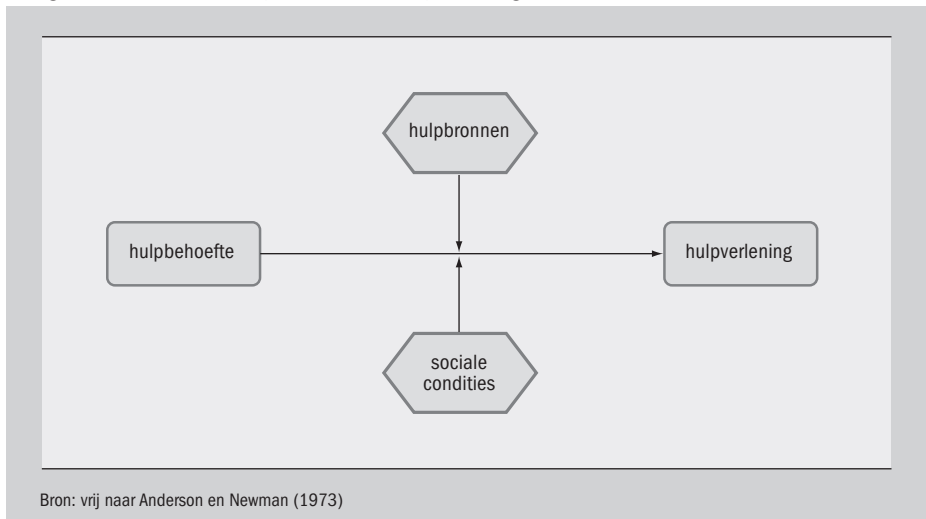
### 1.5 De opzet: van hulpbehoefte naar hulpverlening

De centrale onderzoeksvraag is hoe ouderen in de verschillende landen hun verzorgingsproblemen oplossen. Om enige empirische greep op deze vraagstelling te krijgen zijn deelvragen ontwikkeld en is een gegevensbestand gekozen. Om de

onderzoeksvragen te beantwoorden is echter ook een theoretisch kader nodig. Hier wordt aangesloten bij een model dat eerder is ontwikkeld door Anderson en Newman (1973). In dit model spelen vier theoretische concepten een hoofdrol: behoeften (*needs*), hulpbronnen (*enabling variables*), sociale condities (*predisposing variables*) en hulpverlening (*care utilization*). De belangrijkste determinant voor hulpverlening is de hulpbehoefte, die wordt bepaald door de aanwezigheid van lichamelijke, psychische en cognitieve beperkingen (figuur 1.2).

Figuur 1.2

Een globaal model voor hulpbehoefte en hulpverlening

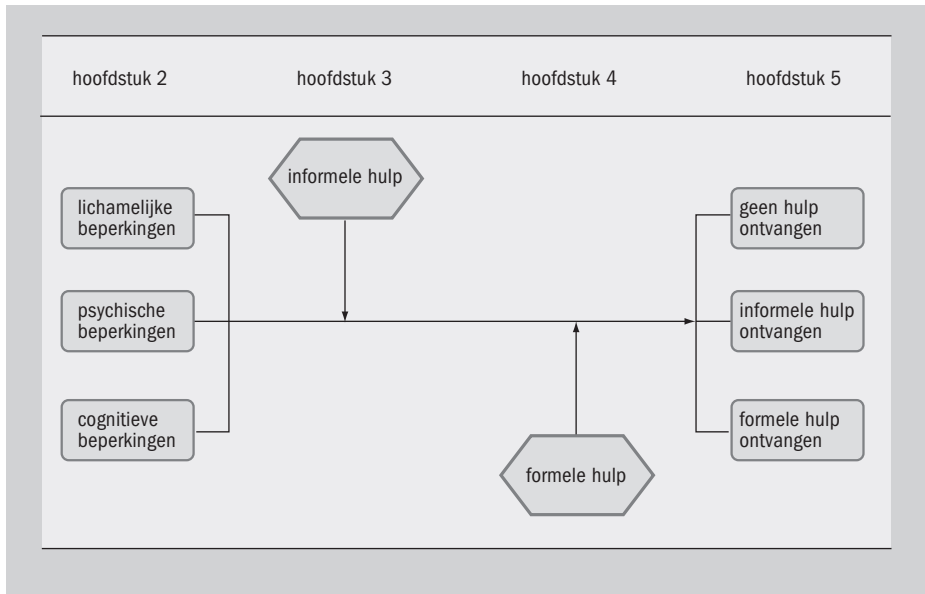


De wijze waarop en de mate waarin hulp wordt verleend om in de hulpbehoefte te voorzien wordt bepaald door hulpbronnen waarover de hulpbehoevende kan beschikken en de sociale condities waaraan hij is blootgesteld. Bij hulpbronnen moet men denken aan het beschikbare informele netwerk en het besteedbare inkomen. Bij sociale condities gaat het om persoonlijke en maatschappelijke omstandigheden die mede van invloed zijn op de wijze waarop betrokkenen hun verzorgingsproblemen zelf oplossen, deze problemen niet oplossen of hulp inroepen om deze problemen op te lossen. Daarbij kan men denken aan variabelen als leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en stedelijkheid.

De centrale vraag in dit rapport heeft betrekking op de mate waarin en de wijze waarop ouderen in verschillende landen hun verzorgingsproblemen oplossen. De oplossingen worden vooral op microniveau verklaard uit de achtergrondkenmerken van de cliënt. Daarnaast bieden institutionele factoren en sociale condities een mogelijke verklaring voor de 'gekozen' oplossingen van de cliënt. De indeling van dit rapport volgt globaal het model in figuur 1.2. De kernvariabelen in dit model zijn

de hulpbehoefte, de beschikbare hulpbronnen en de verleende hulp. Een belangrijk onderscheid dat in dit rapport wordt gemaakt is dat tussen formele en informele hulp. Dit onderscheid werkt ook door in de hulpbronnen en weerspiegelt zich in de hoofdstuk- en paragraafindeling (figuur 1.3).

Figuur 1.3  
Van hulpbehoefte naar hulpverlening



Voor het meten van de hulpbehoefte wordt in hoofdstuk 2 een beperkingenmaat ontwikkeld. Deze maat geeft aan met welke beperkingen mensen in het dagelijkse leven te maken hebben als gevolg van gezondheidsproblemen. Bij het construeren van de beperkingenmaat is aangesloten bij maten die voor andere SCP-publicaties zijn ontwikkeld. Deze beperkingenmaat meet de lichamelijke, psychische en cognitieve gesteldheid van ouderen. De ontwikkelde beperkingenmaat is toegepast op het SHARE-bestand. Dit resulteert in het aantal ouderen met beperkingen per land.

In hoofdstuk 3 wordt onderzocht hoeveel informele zorg er beschikbaar is en hoeveel hulp er wordt ontvangen in de landen van de Europese Unie die zijn vertegenwoordigd in het SHARE-bestand. De beschikbaarheid van informele zorg wordt afgeleid uit variabelen als de aanwezigheid van een partner of familie (zowel inwonend als daarbuiten) en de fysieke afstand die hen scheidt. De ontvangen informele zorg wordt in dit onderzoek gedefinieerd als alle zorg die door familie, vrienden, burens en vrijwilligers (eventueel in georganiseerd verband) wordt gegeven aan een hulpbehoevende en waar geen financiële tegenprestatie tegenover staat. De hoeveel-

heid informele zorg is een hulpbron die mogelijkwerwijs van invloed is op de hoeveelheid formele zorg en is daarom voor dit rapport van belang.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de beschikbaarheid van de formele zorg en de formele zorg die 50-plussers daadwerkelijk ontvangen. De zorg kan bestaan uit huis-houdelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging. We laten de resultaten voor alle landen samen zien en geven de verschillen tussen landen.

De onderzoekspopulatie in de hoofdstukken 2 tot en met 4 omvat alle 50-plussers. Van deze groep personen is voor de betrokken negen Europese landen vergeleken hoeveel mensen met beperkingen er zijn, in welke mate er informele zorg beschikbaar en geleverd is en in welke mate er formele zorg beschikbaar en geleverd is.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van hoofdstuk 2, 3 en 4 gecombineerd en wordt specifiek gekeken naar de groep mensen die lichamelijke en/of psychische beperkingen ondervindt. Zo kunnen relaties worden gelegd tussen het aantal mensen met beperkingen in een land en de hoeveelheid geleverde informele en formele zorg. Nagegaan wordt of landen waar meer mensen met beperkingen wonen ook meer formele zorg kennen, en of er een substitutie bestaat tussen beschikbare en geleverde informele zorg enerzijds en de geleverde formele zorg anderzijds. In landen waar de overheid geen voorzieningen voor ouderen faciliteert is de kans groot dat tekortschietende zorg wordt opgevangen door informele zorg. Andersom geldt ook dat in landen waar veel informele zorg beschikbaar is, de noodzaak van formele zorg minder sterk lijkt. We zeggen hier 'lijkt', omdat uit eerdere studies is gebleken dat informele zorg en formele zorg voor bepaalde taken substitueerbare en voor andere taken complementaire voorzieningen zijn (Timmermans 2000).

In hoofdstuk 6 wordt een modelmatige invulling gegeven van de verschillende samenhangen die in figuur 1.2 in beeld zijn gebracht. De belangrijkste te verklaren grootheden zijn de mate van beperkingen, de beschikbaarheid van een informeel netwerk en de verzorging die mensen met beperkingen ontvangen. Met deze modellen kunnen simulaties worden uitgevoerd. Zo wordt een voorbeeld gegeven van een simulatie, waarbij wordt berekend welke zorg een gemiddelde Nederlander in een ander land zou ontvangen.

De conclusies staan in hoofdstuk 7. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een slotbeschouwing.



## Noten

- 1 In de Mediterrane landen voorzien steeds meer migranten in de vraag naar huishoudelijke en persoonlijke verzorging. Vooral vanaf 2003 is er een spectaculaire groei van (Oost-Europese) migranten waar te nemen.
- 2 Voor meer informatie over het SHARE-project kan worden verwezen naar de volgende internetsites: [www.share-project.org](http://www.share-project.org) en [www.amanda-project.org](http://www.amanda-project.org). De vragenlijsten zijn mondeling afgenomen; wel is een klein deel van de vragenlijst door de respondent zelf ingevuld.
- 3 De gegevens van België zijn later verzameld en zullen pas in de winter van 2006/07 beschikbaar komen. Overigens is het SHARE-onderzoek grotendeels gebaseerd op het Engelse ELSA survey (English Longitudinal Study of Ageing).
- 4 Door de vraagstelling is het niet mogelijk alleen aan ziekte gerelateerde zorg te analyseren.
- 5 Van Nederlandse zijde wordt aan het project deelgenomen door onder meer de Universiteit van Tilburg (Kapteyn, Nelissen), de RAND Corporation (Van Soest, tevens landcoördinator), de Universiteit van Utrecht (Alessie), de Erasmus Universiteit (Mackenbach), de Vrije Universiteit (Knipscheer) en de Universiteit van Amsterdam (De Jong).
- 6 Op het moment van rapporteren waren voor alle betrokken landen de gegevens voor 2004 nog niet beschikbaar.
- 7 Men kan voor verblijf in particuliere instellingen wel een beroep doen op de zorgverzekeringsmaatschappij waarbij men is aangesloten (Griekenland kent geen nationale zorgverzekering), maar de bureaucratische rompslomp weerhoudt de meesten ervan hier gebruik van te maken (EUROFAMCARE 2004).
- 8 Italië en Spanje hebben in de periode 19985-2005 ieder vijf keer onder voorwaarden een generaal pardon toegekend aan illegaal werkende migranten (Griekenland twee keer). De inzet van migranten levert voor zowel vragers als aanbieders vanuit financieel oogpunt een win-winsituatie op: de vragers zijn aanzienlijk goedkoper uit in vergelijking met andere vormen van formele hulp en de aanbieders verdienen aanzienlijk meer dan ze in het thuisland zouden verdienen. De (vrouwelijke) migranten zijn de laatste jaren vooral afkomstig uit Oost-Europese landen. Daarbij is met name het rotatiemodel populair, waarbij zij slechts een deel van het jaar werkzaam zijn of zich laten vervangen door andere migranten (Bettio et al. 2004).

## 2 Gezondheidsbeperkingen van ouderen in Europa

In dit hoofdstuk gaat het om de vraag hoeveel ouderen te maken hebben met gezondheidsbeperkingen in negen Europese landen. Mensen kunnen last hebben van verschillende typen lichamelijke en psychische beperkingen. De vragen en de items die het SHARE-bestand kent, geven aan of en zo ja welke beperking een oudere ondervindt. Met behulp van schaalanalyses is de grote hoeveelheid informatie die in SHARE beschikbaar is, gecomprimeerd tot een hanteerbaar aantal maten (zie bijlage B2; te raadplegen op internet via [www.scp.nl/verschilleninzorging](http://www.scp.nl/verschilleninzorging)). We hebben drie maten geconstrueerd. Eén daarvan meet de lichamelijke beperkingen (§ 2.1), een ander de psychische beperkingen van ouderen (§ 2.2) en de laatste de cognitieve beperkingen van ouderen (§ 2.3). In paragraaf 2.4 worden de drie maten gecombineerd en wordt een maat geconstrueerd op basis waarvan we de groep ouderen met beperkingen afbakenen die in hoofdstuk 5 centraal zal staan en in hoofdstuk 6 verder wordt geanalyseerd.

### 2.1 Lichamelijke beperkingen

De schaal voor lichamelijke beperkingen vertelt ons iets over de ernst van de beperkingen die mensen ondervinden op het gebied van huishoudelijke activiteiten (hdl-beperkingen, ofwel beperkingen in de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) en persoonlijke verzorging (adl-beperkingen, ofwel beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen). Te denken valt aan eten klaarmaken, boodschappen doen, zichzelf wassen en naar het toilet gaan. De items die zijn gebruikt om de schaal voor lichamelijke beperkingen te construeren, zijn weergegeven in tabel 2.1. Daarbij is één item niet in de schaal opgenomen, omdat bij dit item onverklaarbaar grote landenverschillen optraden, hetgeen kan duiden op landenspecifieke meetfouten.<sup>1</sup> De items zijn gerangschikt naar de ernst van de beperking op basis van een Mokkenanalyse (zie box 2.1 en bijlage B2). Uiteraard neemt het percentage mensen dat last heeft van een beperking af, naarmate de ernst van de beperking toeneemt. De Mokkenanalyse levert een krachtige schaal voor lichamelijke beperkingen op.<sup>2</sup>

De items die ervoor zorgen dat iemand al dan niet beperkingen ondervindt zijn goed interpreteerbaar. Een houvast voor de interpretatie vormt de itemvolgorde zoals die in de Mokkenscalen wordt gevonden (tabel 2.1).

Tabel 2.1

Mokkenschaal van lichamelijke beperkingen, 2004 (in procenten)

item	betrokkene heeft problemen met ...	aandeel mensen dat die beperking heeft
0	(geen probleem gerapporteerd)	
1	buigen, knielen of hurken	28,5
2	verschillende trappen oplopen zonder te rusten	27,0
3	gewichten van meer dan vijf kilo tillen en dragen	18,7
4	opstaan uit een stoel na er langere tijd op gezeten te hebben	18,6
5	een trap oplopen zonder te rusten	11,2
6	100 meter lopen	9,5
7	rondom het huis of in de tuin werken	9,3
8	uw armen boven schouderhoogte reiken of uitstrekken	8,3
9	uzelf aankleden, inclusief sokken en schoenen aantrekken	6,5
10	boodschappen doen voor het eten	5,5
11	in het bad gaan of douchen	5,0
12	met geld omgaan, zoals rekeningen betalen en uitgaven bijhouden	3,9
13	een warme maaltijd bereiden	3,7
14	in en uit bed komen	3,4
15	een klein muntje van de tafel pakken	3,3
16	naar het toilet gaan, inclusief opstaan en gaan zitten	2,2
17	opbellen	2,1
18	door een kamer lopen	2,1
19	medicijnen innemen	2,0
20	eten, bijvoorbeeld voedsel in stukjes snijden	1,7

N = 21.065; totale schaalbaarheid: 56%.

Bron: SHARE (2004) (ongewogen; SCP-bewerking)

**Box 2.1 Mokkenschaaianalyses**

Het uitgangspunt bij de Mokkenschalen is dat mensen die een ernstige beperking hebben (zoals niet meer dan 100 meter kunnen lopen), vaak ook beperkingen zullen ondervinden bij het doen van activiteiten met een hogere moeilijkheidsgraad (zoals niet meer dan 1 km kunnen lopen). Het aantal items waarop iemand een probleem rapporteert is daarmee een maat voor de ernst van de fysieke beperkingen, en de volgorde van de items in de schaal maakt het mogelijk om de indeling naar ernst van de beperkingen te interpreteren.

De uitgevoerde Mokkenanalyse geeft een score op een oplopende schaal van beperkingen, maar geeft geen criterium om personen in een beperkt aantal klassen in te delen. Er is namelijk geen absolute maatstaf die bepaalt wanneer een beperking ernstig is, en wat ‘matig beperkt’ of ‘licht beperkt’ inhoudt. De belangrijkste reden om een beperkingenschaal te ontwikkelen is dat we het aantal mensen met beperkingen tussen landen kunnen vergelijken. Er moet dus voor alle landen een zelfde schaal worden geconstrueerd.<sup>3</sup> Anderzijds is het belangrijk dat het ontwikkelde instrument kan worden gevalideerd. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door de resultaten voor Nederland te vergelijken met andere gebruikte instrumenten, zoals die uit het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek uit 2003 (AVO 2003).<sup>4</sup> De indeling van de SHARE-maat in klassen is zodanig gekozen, dat zij enerzijds spoort met de AVO 2003-indeling en anderzijds met de mate van ernst op basis van de items uit tabel 2.1.

Bij de indeling die we hebben gekozen, beschouwen we mensen die aangeven dat ze op geen van de twintig items problemen hebben, als niet beperkt. Mensen die problemen rapporteren met één of twee van de twintig items beschouwen we als mensen met lichte lichamelijke beperkingen. Zij hebben vaak een probleem met het beklimmen van meerdere trappen of met knielen en bukken. Mensen die in de klasse ‘matig beperkt’ vallen, rapporteren dat zij problemen hebben met drie tot zes items. Zij ondervinden, naast de twee eerder genoemde beperkingen, veelal problemen met het opstaan uit een stoel en het dragen van zware spullen. Ook problemen met het beklimmen van één trap hoort daarbij. Mensen die wij tot de categorie ‘ernstig beperkt’ rekenen, geven aan dat ze problemen hebben bij zeven of meer items. Behalve problemen met de eerder genoemde items, hebben zij problemen met ten minste één of meer van de resterende items, zoals het lopen van een afstand van 100 meter, het doen van werkzaamheden rond het huis, aankleden, wassen en douchen, maaltijd bereiden, of het tot zich nemen van maaltijden.

Tabel 2.2

Aandeel 50-plussers met lichamelijke beperkingen in Nederland, 2004 (in procenten)

	<b>AVO 2003</b>	<b>SHARE</b>
geen	59,2	58,2
licht	20,2	23,3
matig	14,6	12,8
ernstig	6,0	5,7
totaal	100,0	100,0
aantal waarnemingen (n)	4909	2899

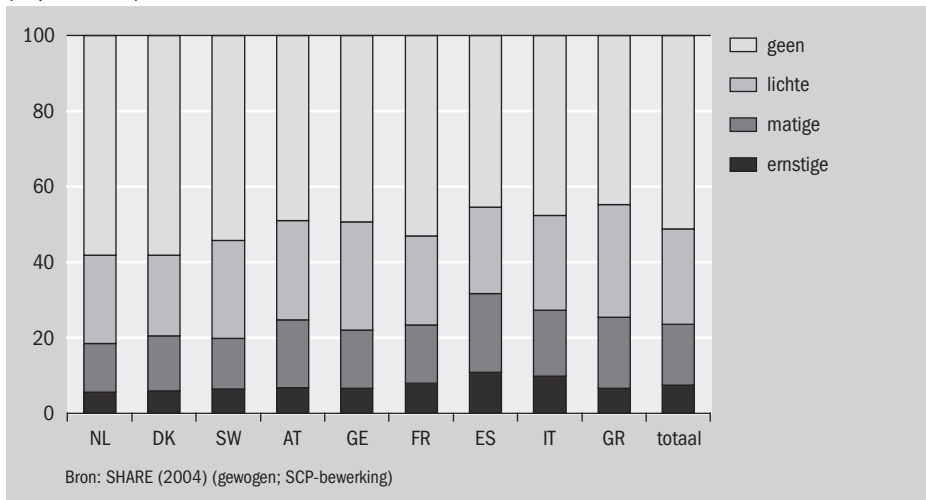
Bron: SCP (AVO'03); SHARE 2004 (gewogen; SCP-bewerking)

Tabel 2.2 geeft de aandelen mensen met lichamelijke beperkingen weer onder de 50-plussers in Nederland in 2003, ingedeeld naar de klassen geen/licht/matig/ernstig. In de eerste kolom van de tabel staan de resultaten die gebaseerd zijn op het AVO 2003. Bijna 60% van de Nederlanders van 50 jaar en ouder kent geen beperkingen, zo'n 6% heeft ernstige beperkingen. In de tweede kolom van de tabel staan de aandelen voor Nederland op basis van het SHARE-bestand.<sup>5</sup>

Met deze indeling krijgen we de in figuur 2.1 weergegeven aandelen mensen met beperkingen als percentage van de bevolking in de negen landen die we in het onderzoek meenemen. De uitkomsten in deze tabel laten zien dat ongeveer de helft van de 50-plussers als niet-beperkt wordt beschouwd. In Denemarken is het aandeel mensen zonder beperkingen het grootst, gevolgd door Nederland en Zweden. In de typisch mediterrane landen is het aandeel 50-plussers zonder beperkingen duidelijk kleiner en is het aandeel met matige of ernstige beperkingen het grootst. Spanje voert met bijna 32% matig of ernstig beperkten het mediterrane trio aan, gevolgd door Italië met ruim 27% en Griekenland met ruim 25%.<sup>6</sup> Gemiddeld ervaart een kleine 24% van de 50-plussers in de betrokken landen matige of ernstige belemmeringen bij het uitvoeren van adl- en/of hdl-handelingen.

Figuur 2.1

Aandeel 50-plussers met lichamelijke beperkingen in verschillende Europese landen, 2004 (in procenten)



De aanwezigheid van fysieke beperkingen wordt sterk bepaald door factoren als leeftijd en aandoeningen. Met name langdurige aandoeningen kunnen de fysieke mogelijkheden sterk beperken.<sup>7</sup> De verdeling van deze kenmerken kan aanzienlijk verschillen tussen landen (zie tabel 1.2). Om na te gaan of de waargenomen landenverschillen in fysieke gesteldheid van de 50-plus bevolking mede kan worden

toegeschreven aan de verdeling van relevante determinanten in de betrokken landen, is een model geschat met beperkingen als te verklaren grootheid en een groot aantal relevante objectieve factoren als verklarende grootheden.<sup>8</sup> Dit model is analoog aan het in hoofdstuk 6 geschatte model voor het totaal van beperkingen (zie tabel 6.1), maar dan met weglating van de landendummy's. Dit model geeft dus de directe invloed van mogelijke relevante factoren als leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, stedelijkheid en lichamelijke aandoeningen op het voorkomen van beperkingen. De term 'invloed' suggereert een causaal verband, maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. Een laag opleidingsniveau kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van lichamelijke beperkingen die men reeds op jonge leeftijd had. In het algemeen kan echter wel worden gesteld dat de genoemde factoren eerder als determinant dan als effect kunnen worden opgevat. Het verschil tussen de uitkomsten van het verklaringsmodel voor de verschillende landen (de gedetermineerde score) en de waargenomen score geeft een indruk van de landenspecifieke verschillen, waarvoor geen goede verklaring is.

De uitkomsten van dit model laten zien dat er maar een beperkt landeneffect optreedt. Voeren we uitsluitend landen in dit model in, dan blijkt 1,2% van de verschillen in fysieke beperkingen landenspecifiek te zijn. Voeren we daarnaast ook nog de genoemde determinanten in, dan rest nog slechts 0,3% verklaringskracht voor de landen. Deze 0,3% valt in het niet bij de verklaringskracht van 39% die de andere determinanten uitoefenen, waarbij de aanwezigheid van aandoeningen als verklarende factor overheerst.

De uitkomsten van dit model zijn gebruikt om de waargenomen score voor lichamelijke beperkingen te vergelijken met een score die wordt verwacht op basis van de geselecteerde determinanten van beperkingen (de gedetermineerde score). De gedetermineerde score wordt bepaald door de verdeling van de determinanten over de verschillende landen. Zo weten we uit tabel 1.2 dat Zweden relatief veel 75-plussers kent, Italië veel ouderen met lichamelijke aandoeningen, Oostenrijk veel ouderen die zonder partner door het leven gaan en Spanje veel ouderen met weinig opleiding. Door deze verschillen in gemiddelde waarden van determinanten zullen landenverschillen in beperkingen optreden.

Vergelijken we de waargenomen score met de geschatte score op basis van de determinanten (tabel 2.3), dan blijkt dat de score van Oostenrijk iets hoger dan verwacht is (+15%) en de score van Zweden iets lager dan verwacht (-16%). Bij de overige landen is het verschil kleiner dan 10%. We kunnen dus concluderen dat de verschillen tussen landen in de mate waarin 50-plussers te maken hebben met fysieke beperkingen voornamelijk verband houden met verschillen in de verdeling van relevante determinanten.

Tabel 2.3

Waargenomen en verklaarbare score<sup>a</sup> van 50-plussers op lichamelijke beperkingen in verschillende Europese landen, 2004 (in scorepunten en procenten)

	Dene- Nederland	marken Zweden	Oosten- rijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal	
waargenomen score	1,48	1,54	1,63	1,83	1,73	1,77	2,44	2,23	1,91	1,84
gedetermineerde score	1,47	1,68	1,94	1,59	1,72	1,94	2,27	2,13	1,77	1,84
landenspecifiek effect (%)	0	-8	-16	15	1	-9	7	5	8	

a Gemiddelde score op de som van de items in tabel 2.1 (0 = nee, 1 = ja).

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

## 2.2 Psychische beperkingen

De psychische beperkingen die hier in aanmerking worden genomen, zijn uitingen van depressiviteit. Kernsymptomen van depressiviteit zijn volgens de internationale classificatie (DSM-IV) een verdrietig leeg gevoel en interesseverlies in alle of bijna alle activiteiten (Trimbosinstituut 2003: 19). De mate waarin iemand last heeft van depressieve gevoelens wordt in SHARE gemeten aan de hand van zaken als bedroefd, moe of huilerig zijn, slecht slapen, verminderde eetlust en verminderde interesse in de omgeving hebben of liever dood willen zijn (tabel 2.4). De Mokkenanalyse levert een matige schaal op voor psychische beperkingen.

Tabel 2.4

Mokkenschaal van psychische beperkingen (depressie), 2004 (in procenten)

item	betrokkene heeft problemen met ...	aandeel mensen dat die beperking heeft
0	(geen probleem gerapporteerd)	
1	afgelopen maand triest of gedepimeerd geweest	36,4
2	weinig energie gehad om de dingen te doen die u wilde doen	31,5
3	slaapproblemen of recente veranderingen in het slaapritme	30,8
4	afgelopen maand wel eens gehuild	25,6
5	minder geïnteresseerd in dingen dan normaal	9,4
6	vermindering van eetlust	8,1
7	meldt suïcidale gevoelens of de wens om dood te zijn	6,4

N = 21.065; totale schaalbaarheid: 38%.

Bron: SHARE (2004) (ongewogen; SCP-bewerking)

De schaal met depressieve klachten is in vier klassen onderverdeeld: geen klachten, en lichte, matige of ernstige depressieve klachten (tabel 2.5). Mensen met ernstige depressieve klachten zijn als zodanig geïnclassificeerd doordat ze op vijf of meer van de zeven eerder genoemde items aangeven daar last van te hebben. Over het algemeen hebben ze, in vergelijking met de mensen zonder ernstige depressieve klachten vaker hun interesse in de omgeving verloren, hebben ze vaker een verminderde eetlust of willen ze liever niet meer leven.

Tabel 2.5

Aandeel 50-plussers met depressieve klachten in Nederland, 2004 (in procenten)

	RIVM	SHARE
geen	85,0	80,4
licht	} 9,4	10,1
matig		5,6
ernstig	5,6	3,9
totaal	100,0	100,0
aantal waarnemingen (n)	2777	2813

Bron: Nivel/RIVM (Tweede Nationale Studie 2004); SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

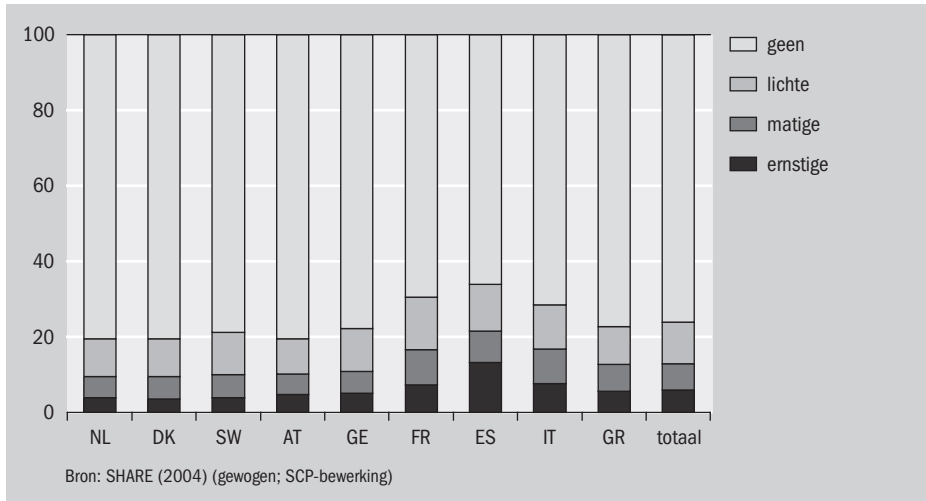
Bij de constructie van de SHARE-depressiviteitsschaal voor Nederland is overeenkomst gezocht met de gegevens in het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) ([www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)). Uit deze gegevens blijkt dat 5,6% van de Nederlandse 50-plussers last heeft van ernstige depressieve klachten (eerste kolom van tabel 2.5). Er wordt vaak onderscheid gemaakt tussen ernstige depressieve klachten, die meestal chronisch van aard zijn, en een mildere vorm die optreedt bij ouderen als gevolg van bepaalde levensgebeurtenissen (Beekman et al. 1995). Als ook de mildere vorm erbij wordt betrokken blijkt dat 15% van de 50-plussers depressieve klachten ondervindt (niet in de tabel). Dit komt overeen met 500.000 ouderen in Nederland. In het SHARE-bestand is de mildere groep iets ruimer afgebakend en is een verder onderscheid gemaakt tussen lichte en matige vormen.

Met de gekozen indeling krijgen we de in figuur 2.2 weergegeven aantallen mensen met depressieve gevoelens als percentage van de bevolking in de landen die bij SHARE betrokken zijn. De uitkomst over alle landen laat zien dat volgens de gekozen indeling 76% van de 50-plussers in deze landen geen last heeft van enige depressieve gevoelens, terwijl 6% van de 50-plussers ernstige depressieve gevoelens heeft. De tabel laat zien dat Denemarken, Zweden en Nederland relatief weinig depressieve 50-plussers kent. Spanje, en in mindere mate Frankrijk en Italië kennen relatief veel mensen met ernstige depressieve klachten.



Figuur 2.2

Aandeel 50-plussers met psychische beperkingen (depressieve gevoelens) in verschillende Europese landen, 2004 (in procenten)



Net als bij de fysieke beperkingen kunnen de waargenomen landenverschillen verband houden met verschillen in achterliggende determinanten. Zo blijkt uit de literatuur dat depressieve klachten onder meer verband houden met geslacht en gezondheidstoestand (Kennedy et al. 1991; Henderson et al. 1997; Nolen-Hoeksema et al. 1999). De invloed van leeftijd is minder duidelijk (Dewey en Prince 2005). Daarom is het model dat bij de verklaring van fysieke beperkingen is gebruikt ook hier ingezet om verschillen tussen landen nader te duiden.

Tabel 2.6

Waargenomen en verklaarbare score<sup>a</sup> van 50-plussers met psychische beperkingen (depressieve gevoelens) in verschillende Europese landen, 2004 (in scorepunten en procenten)

	Neder-land	Dene-marken	Zweden	Oostenrijk	Duits-land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken-land	totaal
waargenomen score	1,27	1,27	1,37	1,23	1,41	1,66	1,94	1,65	1,33	1,46
gedetermineerde score	1,33	1,42	1,48	1,38	1,41	1,49	1,63	1,54	1,47	1,46
landenspecifiek effect (%)	-4	-11	-7	-11	0	11	19	7	-9	

a Gemiddelde score op de som van de items in tabel 2.4 (0 = nee, 1 = ja).

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Uit de toepassing van het verklaringsmodel blijkt dat achterliggende determinanten inderdaad een belangrijke rol spelen (tabel 2.6). Laten we in het model alleen de landen(dummy's) toe, dan blijkt 2,4% van de verschillen in depressieve klachten landenspecifiek te zijn. Voeren we daarnaast ook nog de genoemde determinanten in, die samen bijna 25% van de verschillen verklaren, dan rest nog slechts 1,1% verklaaringskracht voor de landen(dummy's). Het hebben van aandoeningen en het behoren tot het vrouwelijke geslacht blijken bij depressieve klachten de bepalende factoren.

Vergelijken we de waargenomen score met de geschatte score op basis van de determinanten, dan blijkt dat Spanje (+19%) hoger scoort dan verwacht. Bij Oostenrijk, Frankrijk en Denemarken is de gemiddelde score iets lager dan verwacht (-11%). Bij de overige landen blijft het verschil kleiner dan 10%. We kunnen dus ook hier concluderen dat de verschillen tussen landen in de mate waarin 50-plussers te maken hebben met depressieve gevoelens in belangrijke mate verband houden met verschillen in de verdeling van relevante determinanten. Dit neemt niet weg dat er nog enige verschillen blijven bestaan. Een mogelijke verklaring voor de hoge Spaanse score biedt het belang van de familie bij het functioneren van oudere personen. In de praktijk blijkt dat emotionele steun van kinderen een belangrijke rol speelt bij de psychische gezondheidstoestand van ouderen in Spanje (Zunzunegui et al. 2001). Het wegvallen van deze steun door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen kan deze gezondheidstoestand sterker schaden dan in landen waarin die familiale steun een minder grote rol speelt.

### 2.3 Cognitieve beperkingen

Bij cognitieve beperkingen moet men denken aan geheugenstoornissen, een beperkte uitdrukkingsvaardigheid in woord of geschrift, geen doelbewuste handelingen kunnen uitvoeren, geen objecten meer kunnen herkennen, en niet meer kunnen organiseren van het dagelijkse bestaan. Cognitieve stoornissen worden onder meer bepaald op basis van de MMSE-schaal (RIVM/SCP 2004). De Mini-Mental State Examination (MMSE), een screeningsinstrument voor dementie, bevat de volgende aspecten: oriëntatie in tijd en ruimte, inprenting en reproductie van drie woorden, aandacht (een bepaald woord achterwaarts spellen en vanaf 100 telkens 7 aftrekken), taal (voorwerpen benoemen, een zin nazeggen, een verbale en een geschreven opdracht uitvoeren, een zin schrijven) en constructieve praxis (een tekening overtekenen). De hier geconstrueerde schaal voor cognitieve beperkingen in het SHARE-bestand heeft de MMSE als uitgangspunt. Deze schaal wordt in praktijksituaties ook wel gebruikt om dementie te indiceren.

Om de omvang van cognitieve beperkingen in de bevolking te beschrijven, levert de Mokkenanalyse een sterke schaal op. De schaal bestaat uit herinneringsvragen die betrekking hebben op het geheugen, het goed kunnen aangeven van de dag van de week, de maand en het jaar, het goed kunnen lezen en schrijven en een paar reken-

sommetjes kunnen maken (tabel 2.7). Daarbij is één item vanwege een mogelijke landenspecifieke meetfout niet in de schaal opgenomen.<sup>9</sup>

Tabel 2.7

Mokkenschaal van cognitieve beperkingen (dementie), 2004 (in procenten)

item	betrokkene heeft problemen met ...	aandeel mensen dat deze beperking heeft
0	(geen probleem gerapporteerd)	
1	bedrag op spaarrekening na twee jaar met rente onjuist berekend	82,0
2	enige tijd na het voorlezen van tien woorden er minder dan drie kunnen herhalen	53,0
3	'twee derde, wat is de totale prijs' bij rekenopgave onjuist beantwoord	52,5
4	direct na het voorlezen van tien woorden er minder dan drie kunnen herhalen	22,9
5	'10% van 1000' onjuist beantwoord	21,2
6	tien of minder dierennamen opgenoemd	12,9
7	eigen beoordeling van de schrijfvaardigheid nodig in het dagelijkse leven	7,6
8	eigen beoordeling van de leesvaardigheid nodig in het dagelijkse leven	5,6
9	'welk jaar is het?' onjuist beantwoord	2,3
10	'welke maand is het?' onjuist beantwoord	1,9

N = 21.065; schaalbaarheid: 52%.

Bron: SHARE (2004) (ongewogen; SCP-bewerking)

Voor deze schaal is eveneens een indeling gemaakt in geen/licht/matig/ernstig (tabel 2.8). De indeling van de cognitieve schaal in SHARE is geconstrueerd door hem enerzijds te vergelijken met de resultaten uit een LASA-onderzoek uit 2002 onder 65-plussers en anderzijds door bij elkaar passende items samen te nemen.

Tabel 2.8

Aandeel 50-plussers met dementie in Nederland, 2004 (in procenten)

	LASA	SHARE
geen	} 95,4	82,2
licht		13,9
matig	3,6	3,0
ernstig	1,0	1,0
totaal	100,0	100,0
aantal waarnemingen (n)	2777	2763

Bron: LASA (2002); SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) is een longitudinale studie onder een groep 65-94-jarigen die de mogelijkheid biedt om inzicht te krijgen in veranderingen in zorggebruik en de determinanten van zorggebruik. Volgens het LASA-onderzoek heeft 10% van de 65-plussers te maken met cognitieve beperkingen, waarvan 8% met matige en 2% met ernstige beperkingen. Omgerekend naar prevalenties onder 50-plussers komen we op prevalenties van respectievelijk 3,6 en 1,0% (eerste kolom van tabel 2.8).<sup>10</sup> Andere studies duiden op dezelfde percentages: in een rapport van de Gezondheidsraad wordt het aantal demente 65-plussers in 2002 geschat op ruim 177.000; dit is 8% van de ouderen (Gezondheidsraad 2002).

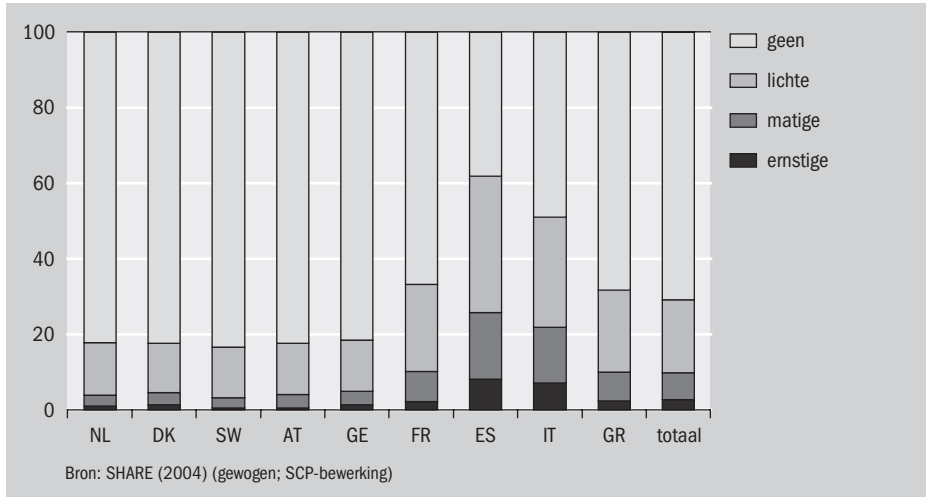
Ook andere studies geven dezelfde orde van grootte van aantallen ouderen met cognitieve beperkingen. Op de SHARE-schaal voor cognitieve beperkingen worden mensen geplaatst in de categorie 'niet beperkt' als ze op minder dan vier (van de tien) items scoren. Dat betekent uiteraard dat ze geen cognitieve beperkingen hebben als ze alle vragen correct beantwoorden, maar ook als ze de rekensommetjes met breuken en rentepercentages niet goed hebben, of als ze zich minder dan drie woorden kunnen herinneren van een rijtje van tien dat in het begin is genoemd. Men heeft lichte cognitieve beperkingen als men op vier of vijf items scoort en matige als men op zes of zeven items scoort. Behalve de voornoemde items kan dat ook betekenen dat men slecht uit zijn woorden kan komen of meteen na het opnoemen van de tien woorden er drie of minder kan herhalen. Ernstige cognitieve beperkingen komen in beeld als men op acht of meer items scoort. Men kan dan de dagen van de week niet meer onthouden of men leest of schrijft naar eigen zeggen niet meer voldoende. Dat alles geeft een aantal van 1,0% ernstig beperkte 50-plussers, en 3,0% matig beperkte 50-plussers (tweede kolom van tabel 2.8).

In figuur 2.3 zijn de aandelen weergegeven van personen met cognitieve beperkingen in de diverse landen, conform de gekozen indeling. Gemiddeld heeft 3% van de 50-plussers in de Europese landen die in beschouwing zijn genomen, last van ernstige cognitieve beperkingen. Uitschieters zijn wederom Spanje en Italië. Zij hebben twee- tot driemaal zo veel mensen met cognitieve beperkingen dan gemiddeld. Uitschieters naar beneden zijn Oostenrijk, Duitsland, Zweden, Denemarken en Nederland met relatief weinig mensen met cognitieve beperkingen.

Net als bij de voorgaande beperkingen kunnen de waargenomen landenverschillen verband houden met verschillen in achterliggende determinanten. De belangrijkste demografische determinanten van cognitieve beperkingen zijn opleidingsniveau en leeftijd (Obadia et al. 1997; Ganguli et al. 2000; Lindsay et al. 2002). Daarnaast worden factoren in de literatuur genoemd die niet onomstreden zijn, zoals bepaalde aandoeningen (beroerte, diabetes) en overmatig alcoholgebruik. Daarom is wederom het eerder genoemde verklaringsmodel toegepast, onder toevoeging van de genoemde aandoeningen en overmatig alcoholgebruik.

Figuur 2.3

Aandeel 50-plussers met cognitieve beperkingen in verschillende landen van Europa, 2004 (in procenten)



Tabel 2.9

Waargenomen en verklaarbare score<sup>a</sup> van 50-plussers met cognitieve beperkingen in verschillende Europese landen, 2004 (in scorepunten en procenten)

	Neder-land	Dene-marken	Zweden	Oostenrijk	Duits-land	Frankrijk	Spanje	Grieken-land	Italië	totaal
waargenomen score	2,07	2,09	1,96	2,12	2,07	2,60	4,14	3,80	2,63	2,59
gedetermineerde score	2,51	2,22	2,55	2,32	2,26	2,73	3,06	2,98	2,70	2,59
landenspecifiek effect (%)	-18	-6	-23	-9	-8	-5	35	27	-3	

a Gemiddelde score op de som van de items in tabel 2.7 (0 = nee, 1 = ja).

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

De achterliggende determinanten blijken inderdaad een belangrijke rol te spelen bij de landenverschillen betreffende de score op cognitieve beperkingen (tabel 2.9). Met name het opleidingsniveau blijkt bepalend te zijn. De toegevoegde mogelijk verklarende factoren (aandoeningen, alcoholgebruik) blijken nauwelijks enige rol te spelen. Laten we in het model alleen de landen(dummy's) toe, dan blijkt liefst 17% van de verschillen in cognitieve beperkingen landenspecifiek te zijn. Dit is aanzienlijk meer dan bij fysieke en psychische beperkingen. Na toevoeging van de genoemde determinanten stijgt de verklaringskracht naar 40%, waarvan ruim 31 procentpunten alleen voor rekening komt van de genoemde determinanten. De landenspecifieke

verklaring wordt daarmee met de helft gereduceerd: van ruim 17% naar bijna 9%. Die 9% moet evenwel nog steeds als aanzienlijk worden gekwalificeerd.

Vergelijken we de waargenomen score met de geschatte score op basis van de determinanten, dan blijkt dat Spanje (+35%) en Italië (+27%) een score hebben die duidelijk hoger ligt dan verwacht. Zweden (-23%) en Nederland (-18%) scoren daarentegen duidelijk lager dan verwacht op basis van de aanwezige determinanten. Bij de overige landen blijft het verschil kleiner dan 10%. We moeten dus hier concluderen dat de verschillen tussen landen in de mate waarin 50-plussers te maken hebben met cognitieve beperkingen slechts deels zijn toe te schrijven aan verschillen in de verdeling van relevante determinanten. Uit landenvergelijkend onderzoek is gebleken dat er inderdaad landenspecifieke verschillen bij de meting van cognitieve beperkingen optreden (Verhey et al. 2004). Daarbij is eveneens gebleken dat Spanje relatief hoog scoort en Nederland relatief laag. Een afdoende verklaring hiervoor is helaas niet beschikbaar.

#### 2.4 Een totaalmaat voor beperkingen

In deze paragraaf worden de maten voor fysieke, psychische en cognitieve beperkingen in één algemene maat voor beperkingen samengevat. Analyses geven aan dat het niet mogelijk is om één goede overkoepelende Mokka-schaal te maken, maar om het rapport overzichtelijk te houden construeren we toch een algemene, overkoepelende beperkingenmaat. Deze algemene maat, die we totaalmaat noemen, zal in hoofdstuk 5 worden gebruikt om de verschillen in het gebruik van formele zorg nader te duiden.

Hoewel de drie beperkingenmaten samen geen goede Mokka-schaal vormen, zijn zij onderling wel sterk gecorreleerd (tabel 2.10). Met name de relatie tussen fysieke beperkingen enerzijds en psychische en cognitieve beperkingen anderzijds is betrekkelijk sterk en verloopt in de verwachte richting. De relatie tussen psychische en cognitieve beperkingen is minder sterk, maar ook deze loopt in de verwachte richting. Opmerkelijk is dat de correlaties sterker zijn in de mediterrane landen en zwakker in de Scandinavische landen. Nederland past meer bij het Scandinavische patroon.

Mede op grond van de gevonden positieve samenhangen wordt aangenomen dat een hogere score op een van de maten duidt op de aanwezigheid van een beperking in het dagelijkse leven, die kan vragen om informele of formele ondersteuning van iemand binnen of buiten het huishouden.

Tabel 2.10

Correlatie tussen de drie afzonderlijke beperkingenscalen in verschillende Europese landen, 2004 (in correlatiecoëfficiënten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
fysieke en psychi- sche beperkingen	0,33	0,33	0,35	0,45	0,39	0,33	0,44	0,43	0,39	0,40
fysieke en cog- nitive beperkingen	0,30	0,40	0,34	0,35	0,39	0,40	0,46	0,44	0,42	0,40
psychische en cog- nitive beperkingen	0,16	0,15	0,16	0,21	0,26	0,20	0,29	0,25	0,28	0,26

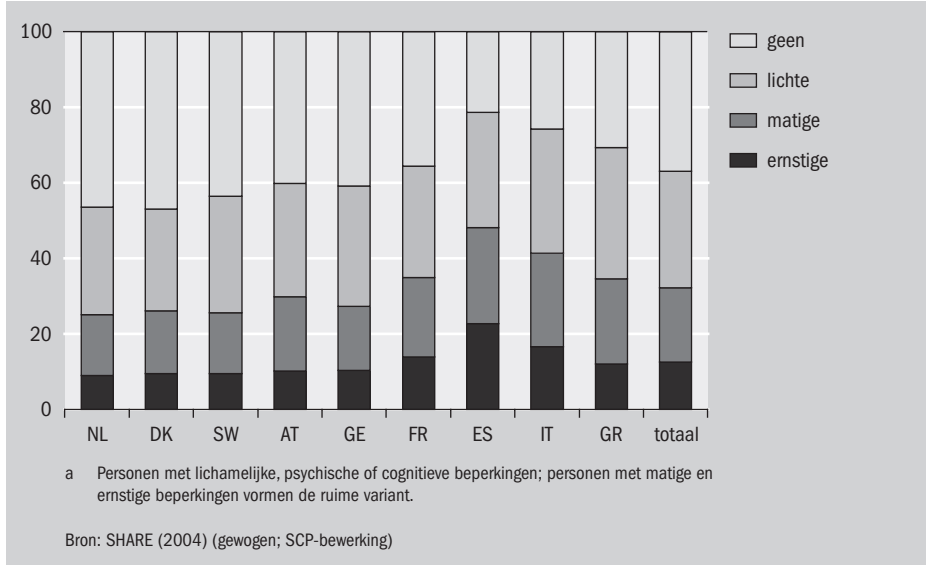
Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Het is in Nederland gebruikelijk om mensen met matige of ernstige beperkingen als ‘beperkt’ aan te merken en mensen met lichte beperkingen, samen met de mensen die geen beperkingen ondervinden, als ‘niet beperkt’ (SCP 2006). Gemeten volgens deze algemene maat heeft gemiddeld 32% van de 50-plussers in de onderscheiden landen een matige of ernstige beperking (figuur 2.4). Als de scores op de afzonderlijke maten worden opgeteld, komen we uit op een aandeel van 46% personen met een beperking. Er is dus een grote overlap. Zo blijkt dat ruim 60% van de personen met een matige of ernstige psychische of cognitieve beperking ook een matige of ernstige fysieke beperking heeft. Uit de verdeling van de drie samenstellende maten blijkt dat de algemene beperkingenmaat voor ruim 45% wordt bepaald door fysieke beperkingen, voor circa 30% door psychische beperkingen en voor circa 25% door cognitieve beperkingen. De fysieke component domineert dus de algemene beperkingenmaat.

In Nederland en Zweden geven relatief weinig 50-plussers aan fysieke, psychische of cognitieve beperkingen te hebben, in Spanje zijn dat er juist veel. Spanje scoort slecht op alle drie betrokken maten. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat Spanje relatief ongezond is, en Nederland en de noordelijke landen relatief gezond. Uit eerdere analyses is echter gebleken dat een groot deel van de landenverschillen zijn toe te schrijven aan verschillen in bevolkingskenmerken, die mede bepalend zijn voor het aantal beperkingen. Zo verhogen lichamelijke aandoeningen en een hoge leeftijd de kans op lichamelijke beperkingen en een laag opleidingsniveau de kans op cognitieve beperkingen.

Figuur 2.4

Aandeel 50-plussers met beperkingen (totaalmaat) in verschillende Europese landen, 2004<sup>a</sup> (in procenten)



Tabel 2.11

Waargenomen en verklaarbare score<sup>a</sup> van 50-plussers met beperkingen in verschillende Europese landen, 2004<sup>b</sup> (in scorepunten en procenten)

	Neder-land	Dene-marken	Zweden	Oostenrijk	Duits-land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken-land	totaal
waargenomen score	0,88	0,89	0,92	1,00	0,97	1,13	1,50	1,32	1,16	1,08
gedetermineerde score	0,96	0,98	1,09	0,97	0,99	1,13	1,27	1,21	1,10	1,08
landenspecifiek effect (%)	-9	-10	-16	2	-2	1	18	9	6	

a Gemiddelde score op een schaal van 0 (geen beperkingen) tot 3 (ten minste een ernstige beperking).

b Personen met lichamelijke, psychische of cognitieve beperkingen.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Wanneer rekening wordt gehouden met de verdeling van dit soort determinanten over de bevolking in de verschillende landen, blijken de landenverschillen aanmerkelijk geringer te zijn (tabel 2.11). Alleen Zweden en Spanje scoren duidelijk anders dan op grond van de aanwezige determinanten voor beperkingen mag worden verwacht. De gemiddelde score voor beperkingen komt voor Zweden aanmerkelijk lager uit (-16%) en voor Spanje aanmerkelijk hoger (+18%). De hoge score voor Spanje was verwacht, omdat de Spaanse 50-plusbevolking in verhouding nogal vergrijsd is, met



relatief veel aandoeningen te maken heeft en relatief laag is opgeleid. Maar deze factoren verklaren niet het hele verschil. Opmerkelijk is dat Zweden zo laag scoort, omdat Zweden het meest vergrijsde EU-9-land is. Op basis hiervan zou een hoger aantal 50-plussers met beperkingen worden verwacht dan is waargenomen. De verschillen tussen waargenomen en verwachte aantallen beperkten is bij de overige landen als gering aan te merken.

Er is ook een wat strengere benadering mogelijk, waarin alleen mensen met ernstige lichamelijke, psychische of cognitieve beperkingen als 'beperkt' worden aangemerkt.<sup>11</sup> Volgens deze strengere maat voor beperkingen bedraagt het aantal personen dat als 'beperkt' wordt aangemerkt (13,6%) ongeveer 40% van het aantal beperkten volgens de eerder weergegeven algemene maat, waarin ook mensen met matige beperkingen zijn opgenomen. De vraag is welke afbakening in hoofdstuk 5 moet worden genomen om mensen met beperkingen nader te analyseren: de ruime afbakening (met matig en ernstig beperkten) of de strenge afbakening (met uitsluitend ernstig beperkten). Om hier meer greep op te krijgen is de algemene beperkingenmaat gerelateerd aan ervaringen die respondenten hebben met hun gezondheid en hun dagelijkse functioneren (tabel 2.12). Van alle 50-plussers in de betrokken negen EU-landen ervaart 10% de eigen gezondheid als slecht en ervaart 14% hinder in het dagelijkse functioneren door gezondheidsproblemen.

Tabel 2.12

Aandeel 50-plussers met beperkingen naar ervaren gezondheid en dagelijks functioneren in negen EU-landen, 2004 (in procenten)

	niet beperkt	wel beperkt	totaal
totaalmaat in ruime zin, personen met matige of ernstige beperkingen (33,6%)			
ervaart eigen gezondheid als slecht	2	27	10
ervaart door gezondheidsproblemen hinder bij het dagelijkse functioneren	5	33	14
totaalmaat in strenge zin, personen met ernstige beperkingen (13,6%)			
ervaart eigen gezondheid als slecht	6	43	10
ervaart door gezondheidsproblemen hinder bij het dagelijkse functioneren	9	49	14

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Er is een sterk verband tussen de totaalmaat van beperkingen en de ervaringen die respondenten hebben met hun gezondheid en hun dagelijkse functioneren. Mensen die op basis van de totaalmaat als 'niet beperkt' zijn aangemerkt hebben nauwelijks problemen met hun gezondheid en hun dagelijkse functioneren. Maar van de mensen die als 'wel beperkt' zijn aangemerkt geeft 27% te kennen hun gezondheid

als slecht te ervaren en geeft 33% te kennen last te hebben van gezondheidsproblemen bij het dagelijkse functioneren. De totaalmaat van beperkingen lijkt dus mensen die niet beperkt zijn goed in te delen. Daarentegen kan men zich afvragen of het aantal mensen dat als beperkt is aangemerkt niet te ruim is genomen, omdat 73% van deze mensen zich geen slechte gezondheid toedicht en 67% te kennen geeft dat gezondheidsproblemen hen niet hinderen bij het dagelijkse functioneren.

De strenge maat discrimineert sterker (tabel 2.12). Nu blijkt geen 27% maar 43% van de beperkten hun gezondheid als slecht aan te merken en geeft niet 33% maar 49% van hen te kennen door gezondheidsproblemen hinder te ondervinden bij het dagelijkse functioneren. De keerzijde van deze scherpere afbakening is evenwel dat ook aanzienlijk meer mensen die als ‘niet beperkt’ zijn aangemerkt negatieve ervaringen met hun gezondheid en het dagelijkse functioneren hebben. De keuze voor een ruime of strenge afbakening van mensen met beperkingen hangt mede af van de kans die we willen accepteren op een foute indeling. Bij de ruime afbakening is de kans groot dat wij mensen als beperkt afbakenen, die dat in werkelijkheid niet zijn (type 2 fout). Deze kans is aanzienlijk kleiner bij een strenge afbakening. Bij deze afbakening is echter de kans groter dat wij mensen als niet beperkt aanmerken, die dat in werkelijkheid wel zijn (type 1 fout).

Er treden overigens opmerkelijke landenverschillen op in ervaren gezondheid en ervaren beperkingen (tabel 2.13).

Tabel 2.13

Aandeel 50-plussers met ernstige beperkingen naar ervaren gezondheid en dagelijks functioneren in verschillende Europese landen, 2004 (in procenten)

	Neder-land	Dene-marken	Zweden	Oostenrijk	Duits-land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken-land	totaal
ervaart slechte gezondheid	30	34	38	50	54	44	45	47	41	43
ervaart beperkt functioneren	60	53	61	66	68	55	21	50	39	49

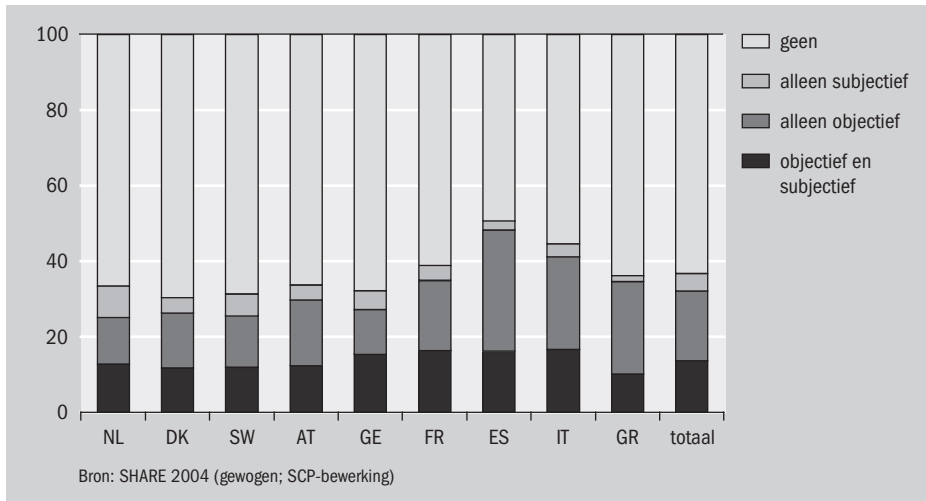
Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Het percentage ernstig beperkten dat de eigen gezondheid als slecht ervaart varieert tussen de 30% (Nederland) en 54% (Duitsland). De mediterrane landen scoren rond het gemiddelde, de Scandinavische landen iets onder het gemiddelde. Een veel groter landenverschil treedt op bij de ervaring dat men beperkingen ondervindt in het dagelijkse functioneren. Hier is Spanje met 21% een opmerkelijke uitschieter. Met uitzondering van Griekenland (39%) komen de andere landen allemaal boven de 50% uit, en haalt Duitsland wederom de hoogste score (68%). Spanje heeft dus het hoogste percentage mensen met beperkingen, maar deze voelen zich nauwelijks gehinderd in het dagelijkse functioneren. Dit roept de vraag op of de meetlat voor objectieve

beperingen in Spanje niet te laag ligt. Een alternatieve maat voor beperkingen zou een combinatie kunnen zijn van een objectieve en een subjectieve meting. Deze maat noemt iemand beperkt als deze persoon zowel matige of ernstige beperkingen heeft (objectief) als zich ongezond voelt of zich beperkt voelt in het dagelijkse functioneren (subjectief). Bij deze gecombineerde maat ontstaat een iets ander, veel gelijkmatiger beeld (figuur 2.5).

Figuur 2.5

Aandeel 50-plussers met zowel objectieve als subjectieve beperkingen in verschillende Europese landen, 2004 (in procenten)



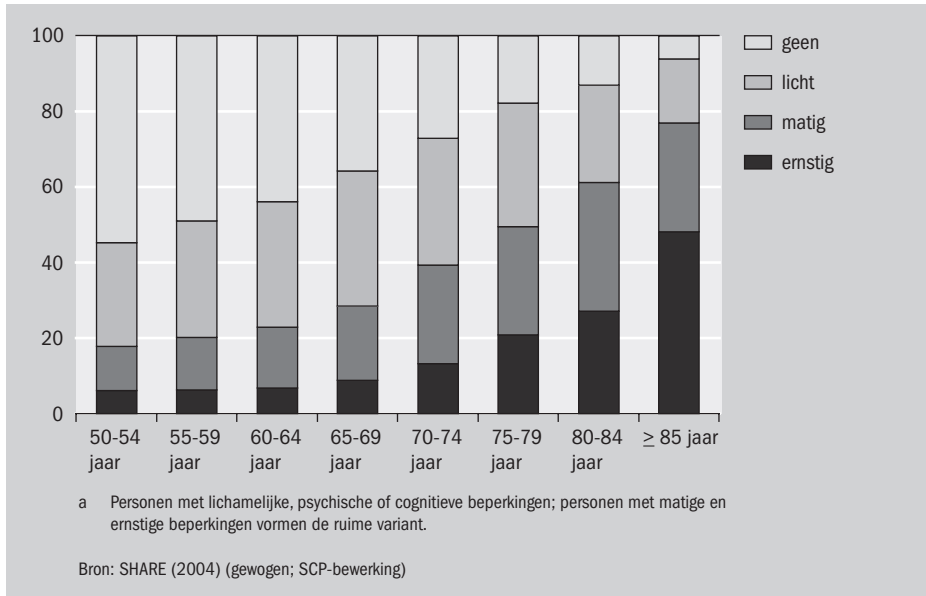
De maat varieert veel minder tussen de landen, met Griekenland als minst beperkt (10%) en Italië als meest beperkt (17%). Het EU-9-gemiddelde komt uit op 14%. Naast Griekenland scoren de Scandinavische landen en Nederland laag. Naast Italië scoren ook Spanje, Frankrijk en Duitsland hoog, maar zoals gezegd is het beeld veel gelijkmatiger.

In dit rapport staat de ruime definitie van beperkingen centraal. Volgens deze definitie is iemand beperkt als de betrokkene ten minste matig of ernstig beperkt is op één van de drie schalen voor beperkingen: lichamelijk, psychisch of cognitief. Deze definitie, waaraan we in het vervolg steeds als 'ruime maat' of 'ruime definitie' zullen refereren, sluit aan bij de in Nederland gangbare praktijk. Deze ruime definitie bakent echter de categorie van hulpbehoevenden betrekkelijk ruim af. Ongeveer een derde van de 50-plussers kan dan als 'beperkt' worden afgebakend (ruim 32%). Daarom wordt ter controle in voorkomende gevallen ook gewerkt met een enge definitie, waarbij de groep beperkten nader wordt ingeperkt door ook te eisen dat deze mensen een slechte gezondheid of een slecht functioneren ervaren. Daardoor daalt

het aantal 50-plussers met een beperking naar een zevende (14%). Naar deze definitie zal in het vervolg worden gerefereerd als 'enge maat'.

Figuur 2.6

Aandeel 50-plussers met beperkingen (ruime maat) naar leeftijdsgroep in de betrokken landen, 2004<sup>a</sup> (in procenten)

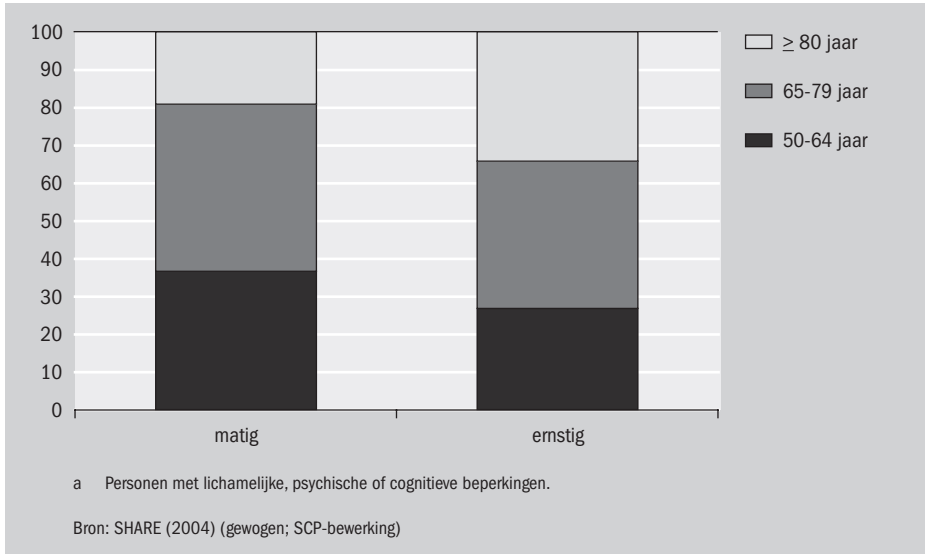


Het aandeel mensen met beperkingen loopt sterk op met de leeftijd (figuur 2.6). Van de 50-64-jarigen heeft 18% beperkingen van matige of ernstige aard. Dit aandeel loopt geleidelijk op tot 28% bij de 65-70-jarigen. Daarna stijgt het aandeel sneller, om uiteindelijk uit te komen op 77% bij de 85-plussers. Daarbij neemt het aandeel mensen met ernstige beperkingen sneller toe dan het aandeel met matige beperkingen. Zo is het aandeel 85-plussers met matige beperkingen slechts een factor 2,5 groter dan het aandeel 50-55-jarigen met matige beperkingen; het aandeel 85-plussers met ernstige beperkingen is echter een factor 8,0 groter dan het aandeel 50-55-jarigen met ernstige beperkingen.

Hoewel het probleem van beperkingen zich dus vooral lijkt te concentreren bij de alleroudsten, de 80-plussers, moet wel worden bedacht dat het om een relatief kleine groep gaat. Zo is de groep 50-55-jarigen ongeveer drie keer zo groot als de groep 80-85-jarigen. In absolute zin zijn er dus betrekkelijk veel jongere ouderen die met matige of ernstige beperkingen te maken hebben (figuur 2.7).

Figuur 2.7

Aandeel leeftijdsgroepen in de categorie mensen met beperkingen in de betrokken landen, 2004<sup>a</sup> (in procenten)



Zo blijkt dat 37% van de matig beperkten en 27% van de ernstig beperkten tot de leeftijdsgroep van 50-64-jarigen behoort. Van de matig beperkten behoort 19% tot 80-plussers en van de ernstig beperkten 34%.

## Noten

- 1 Het niet-opgenomen item betreft de vraag of men in staat is grote objecten zoals een eetkamerstoel te trekken of te duwen.
- 2 De kracht van een schaal wordt afgemeten aan de score op Loevingers H-coëfficiënt (zie de bijlage bij hoofdstuk 2). Mokken (1971) vond een set items geen schaal bij  $H < 0,3$ ; een zwakke schaal bij  $0,3 \leq H < 0,4$ ; een middelmatige schaal bij  $0,4 \leq H < 0,5$ ; en een sterke schaal bij  $0,5 \leq H \leq 1,0$ .
- 3 We veronderstellen dat de interpretatie van de in SHARE gevraagde items in alle landen gelijk is.
- 4 Het AVO 2003 is een representatieve enquête onder de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder.
- 5 Omdat SHARE ook instellingsbewoners omvat en het AVO niet, is het aandeel mensen met beperkingen in SHARE groter.
- 6 In een studie waarin Spanje in zekere zin vergelijkbaar is met Italië op de adl-schaal, komt in Italië het aandeel 65-plussers met ten minste één adl-probleem uit op 15% en in Spanje op 14% (London School of Economics 2003).
- 7 Mackenbach et al. (2005) stellen dat ook wandelsnelheid en greepsterkte als objectieve maatstaven kunnen worden gebruikt om de fysieke gezondheidstoestand te bepalen. Zij laten zien dat op basis van wandelsnelheid en greepsterkte de noordelijke landen het gezondst zijn, en de zuidelijke landen het ongezondst. Dat correspondeert met de uitkomsten die in tabel 2.3 zijn getoond.
- 8 Een andere determinant zou de mate kunnen zijn waarin in de onderscheiden landen versleten heupen en versleten gewrichten worden vervangen. SHARE bevat alleen de datum waarop deze vervanging het laatste jaar heeft plaatsgevonden. Opname van deze variabele in het model leverde geen (extra) resultaat op.
- 9 Het item of men de uitverkoop prijs van een artikel kan uitrekenen als de korting 50% bedraagt en het artikel oorspronkelijk 300 euro kostte.
- 10 De percentages onder 65-plussers zijn vertaald naar de percentages onder 50-plussers door te wegen met de aantallen in beide groepen.
- 11 Er zijn ook andere varianten mogelijk, zoals een variant die gebaseerd is op de somscore van de drie componenten (die dan in twee groepen wordt gesplitst) en een variant waarbij ten minste één ernstige en twee matige scores op de drie componenten voorkomen. Deze varianten bleken geen toegevoegde waarde te hebben. De uitkomsten lagen tussen de enge en ruime variant in.

### 3 Beschikbare en ontvangen informele zorg

In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoeveel informele zorg er beschikbaar is en hoeveel informele zorg er in de verschillende landen wordt ontvangen. Het begrip ‘informele zorg’ onderscheidt zich van het begrip ‘mantelzorg’. De mantelzorg wordt in Timmermans (2003: 9) als volgt omschreven: ‘de zorg die mensen vrijwillig, onbetaald en informeel – dat wil zeggen niet in het kader van beroepsuitoefening of organisatie – aan elkaar geven’. Bij het begrip mantelzorg hoort niet het vrijwilligerswerk dat in georganiseerd verband plaatsvindt, zoals in een verzorgingshuis. Informele zorg is breder dan mantelzorg en omvat ook vrijwilligerswerk. Aangezien het vrijwel onmogelijk is om op basis van het gebruikte gegevensbestand het theoretische onderscheid tussen mantelzorg en informele zorg aan te houden, hanteren we in dit rapport een praktische definitie van informele zorg. Tot de informele zorg wordt in dit onderzoek alle zorg gerekend die door familie, vrienden, buren en vrijwilligers (eventueel in georganiseerd verband) wordt gegeven aan een hulpbehoevende en waar geen financiële tegenprestatie tegenover staat.

De beschikbaarheid van informele zorg wordt bepaald op basis van de aanwezigheid van familieleden binnen of buiten het huishouden. Het familiale criterium is gekozen omdat dit in alle betrokken landen als primaire hulpbron wordt gezien. Of deze familieleden in voorkomende gevallen ook daadwerkelijk hulp zouden (willen) verlenen is niet bekend.

Voor de overheden is het van belang te achterhalen hoe groot het beroep is dat op informele zorg kan worden gedaan. Er kunnen omstandigheden zijn waardoor een oudere geen gebruik maakt van de informele zorg, terwijl die wel beschikbaar is. Het is ook mogelijk dat een oudere wel informele zorg zou willen ontvangen, maar dat die niet beschikbaar is. Daarom onderscheiden we in dit hoofdstuk de *beschikbaarheid* van informele zorg (§ 3.1) en het *daadwerkelijk gebruik* ervan (§ 3.2). Deze beschikbaarheid en dit gebruik zeggen iets over de mate waarin niet-betalde en niet-professionele zorg kan worden geleverd.

Op grond van de beschikbaarheid van informele zorg kan de mogelijk te leveren zorg zowel worden onderschat als overschat. Er is sprake van een overschatting omdat bijvoorbeeld de aanwezigheid van een partner niet impliceert dat deze in voorkomende gevallen ook zorg zal kunnen of willen bieden. Daarom wordt waar mogelijk rekening gehouden met de praktische beschikbaarheid, bijvoorbeeld als iemand door ziekte of arbeid niet of nauwelijks in staat is hulp te bieden. De beschikbaarheid kan ook worden onderschat als in de praktijk ook buren of kennissen hulp zouden willen bieden. Het kan zelfs zo zijn dat mensen bijvoorbeeld geen hulp van kinderen krijgen omdat de buren al voldoende hulp bieden. Daar waar buren of kennissen hulp verle-

nen overstijgt de geleverde hulp dus de beschikbare hulp. Dat klinkt merkwaardig, maar is met de beschikbare gegevens helaas niet te vermijden.

### 3.1 De beschikbaarheid van informele zorg

Bij de beschikbaarheid van informele zorg wordt onderscheid gemaakt tussen beschikbaarheid binnen het eigen huishouden en daarbuiten. Dit onderscheid is niet alleen van belang omdat het om geheel verschillende situaties gaat, maar ook omdat het belangrijke gevolgen kan hebben voor het verstrekken van formele hulp. Wanneer informele zorg binnen het huishouden beschikbaar is, wordt dit door de overheid vaak beschouwd als een ‘voorliggende voorziening’, waardoor er geen formele zorg wordt geboden. In Nederland komt dat tot uitdrukking in het beginsel van de ‘gebruikelijke zorg’, die betrekking heeft op gangbare huishoudelijke en verzorgende activiteiten van huisgenoten voor elkaar.<sup>1</sup> Daarbij wordt van partners verwacht dat zij naar vermogen zowel huishoudelijke taken verrichten als persoonlijke verzorging bieden. In langdurige zorgsituaties (na drie maanden) wordt rekening gehouden met de belastbaarheid van de verzorgende partner. Gebruikelijke zorg gaat dan over in mantelzorg, waarbij de persoonlijke verzorging onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt (CIZ 2005). Inwonende kinderen (18-23 jaar) worden wel geacht huishoudelijke verzorging te bieden maar geen persoonlijke verzorging. Uiteraard mogen zij dat wel doen, maar zij zijn hiertoe niet verplicht.

De beschikbaarheid van informele zorg binnen en buiten het huishouden wordt hier bepaald op basis van de aanwezigheid van een partner of de aanwezigheid van kinderen. Om de beschikbaarheid van informele zorg van buiten het huishouden te meten, wordt daarnaast de ruimtelijke afstand als graadmeter gebruikt, omdat de aanwezigheid van een partner of kinderen onvoldoende zegt over de inspanning die zij zich moeten getroosten om de zorg te verlenen. Niet meegenomen bij de beschikbaarheid van informele zorg van buiten het huishouden zijn de broers, zussen en ouders van de hulpbehoevende. Van de broers en zussen weten we niet hoe ver weg ze wonen. Van de ouders hebben we aangenomen dat ze zelf niet meer in staat zijn om zorg te bieden, omdat ze als ouders van 50-plussers zelf waarschijnlijk de 70 zijn gepasseerd. In de beschikbaarheidsmaat blijven ook burens, vrienden, kennissen en eventuele andere vrijwilligers die zouden willen of kunnen helpen buiten beschouwing (zie ook § 3.3).

#### Partner

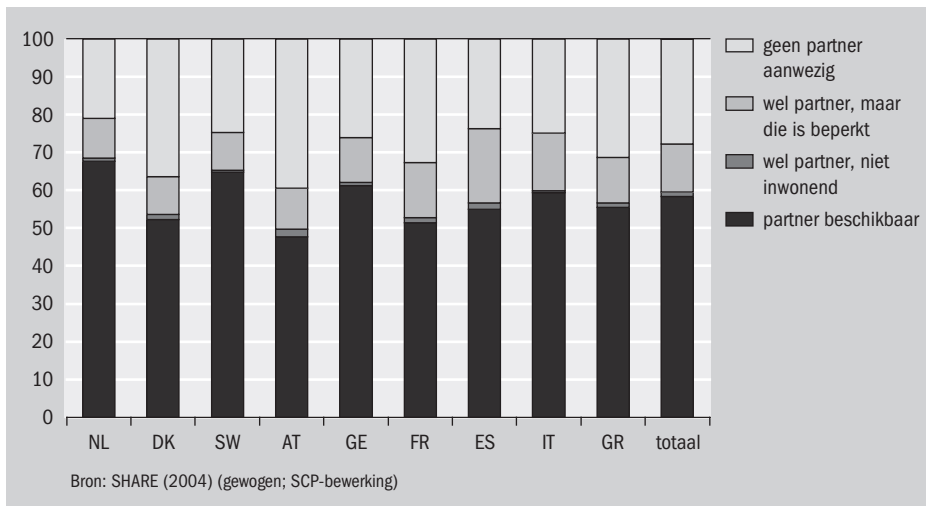
Indien aanwezig, vormt de partner de primaire bron van informele hulpverlening. Figuur 3.1 laat de beschikbaarheid van zorg in het huishouden zien. Bijna 28% van de 50-plussers heeft geen partner, maar dit percentage verschilt nogal per land. Vooral Oostenrijkse (39%), maar ook Deense 50-plussers (36%) moeten aanzienlijk vaker zonder partner door het leven dan in andere Europese landen. Nederlandse 50-plussers scoren met nog geen 21% partnerloze gezinnen juist bijzonder gunstig.



Er is aangenomen dat getrouwde mensen en mensen met een geregistreerd partnerschap in beginsel beschikbaar zijn voor informele zorgverlening, omdat ze in hetzelfde huishouden wonen als de hulpbehoevende. In beginsel, omdat er uiteraard ook partners zijn die zelf te maken hebben met beperkingen. Wanneer een partner matig of ernstig fysiek beperkt is, of door ernstige psychische of cognitieve beperkingen wordt gehinderd, wordt hij of zij geacht niet beschikbaar te zijn voor informele zorg. Dit is in ruim 13% van de huishoudens in de betrokken landen het geval. Opmerkelijk is het hoge aandeel Spaanse partners dat door beperkingen niet in staat kan worden geacht adequate informele zorg te verstrekken.

Figuur 3.1

Aandeel 50-plussers voor wie informele zorg beschikbaar is in de vorm van een partner, 2004 (in procenten)



Verder is er nog een heel kleine groep (1%) die aangeeft wel gehuwd te zijn maar niet (meer) samenwonend. Weliswaar heeft deze groep geen inwonende zorg van de partner, maar aangenomen mag worden dat de partner wel in staat is zorg te verlenen. Of deze partner ook bereid is dit te doen is echter de vraag. De beschikbaarheid van deze 1% 'uitwonende partners' wordt vermoedelijk overschat. Het percentage ouderen dat kan beschikken over informele zorg door een partner bedraagt circa 58%. De verschillen tussen de landen zijn groot: In Nederland is het aantal ouderen met een partner die beschikbaar is het hoogst (67%), in Oostenrijk het laagst (48%).

### Kinderen

Kinderen zijn, na de partner, de belangrijkste bron van informele zorg voor de ouders (Broese van Groenou 2005). Bij alleenstaande ouderen en bij ouderen van wie de partner die zorg niet meer kan verlenen is het blijkens Nederlands onderzoek doorgaans een dochter die in hulpbehoevende situaties inspringt en zorg verleent.

Toch blijken kinderen merendeels samen te werken in de zorgverlening aan hun ouder(s) en verdelen zij de taken, waarbij zij in ongeveer de helft van de gevallen de taken gelijk verdelen, terwijl in de andere helft het kind met de primaire zorgtaak bijgestaan wordt door een of meerdere broers en/of zussen. Het meest kwetsbaar zijn uiteraard zorgbehoevende ouderen zonder partner en zonder kinderen. Wanneer er wel kinderen aanwezig zijn, is hun beschikbaarheid vooral problematisch als de hulpbehoevende slechts weinig kinderen heeft, als er alleen zonen beschikbaar zijn en als de kinderen ver weg wonen.

In de hier onderzochte landen geeft 11% van de respondenten aan geen kinderen te hebben. Die ouderen kunnen dan ook geen informele zorg van hun kinderen verwachten. Verder is aangenomen dat alleen kinderen vanaf de middelbareschoolleeftijd (12 jaar) in staat zijn om zorg te verlenen. Voor de beschikbaarheid van informele zorg door kinderen is onderscheid gemaakt tussen zorg door inwonende en zorg door uitwonende kinderen. Informele zorg is beschikbaar als ten minste één van de kinderen informele zorg binnen een huishouden kan verlenen. Voor de beschikbaarheidsmaat maakt het niet uit of de andere kinderen ook nog informele zorg binnen het huishouden verlenen. Hetzelfde geldt voor uitwonende kinderen en de beschikbaarheidsmaat voor informele zorg van buiten het huishouden.

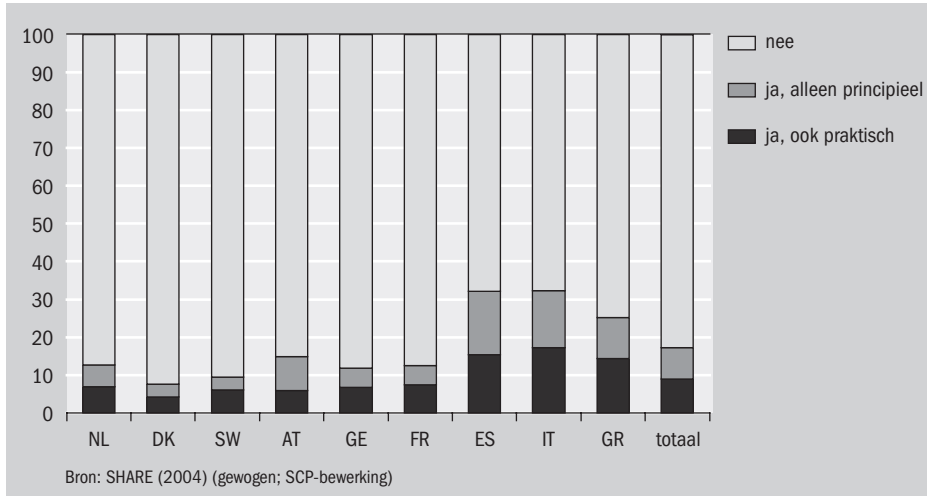
Bij de beschikbaarheid van kinderen wordt een onderscheid gemaakt tussen principiële en praktische beschikbaarheid. Dit onderscheid houdt verband met de verplichte activiteiten van de betrokken kinderen. Wanneer een kind voltijd werkt of blijvend ziek of arbeidsongeschikt is, wordt aangenomen dat dit kind in principe wel beschikbaar is maar in de praktijk niet of slechts in beperkte mate zorg kan bieden. Dit onderscheid zal later een rol spelen als we het gebruik toelichten in hoofdstuk 6, en daarbij vooral ingaan op de vraag of het gebruik eerder een informeel dan wel een formeel karakter zal hebben.

Figuur 3.2 geeft de beschikbaarheid van informele zorg door inwonende kinderen weer. De verschillen in beschikbaarheid van informele zorg door inwonende kinderen tussen landen zijn groot. De noordelijke landen liggen met zo'n 10% ver onder het gemiddelde, de landen rond de Middellandse Zee liggen daar ver boven.

Voor kinderen die geen onderdeel uitmaken van hetzelfde huishouden is een afstand vastgesteld waarbinnen men redelijkerwijs mag verwachten dat er zorg kan worden geboden. Deze is bepaald op 25 km.<sup>2</sup> Kinderen die meer dan 25 kilometer van de respondent wonen, worden niet meegeteld bij de beschikbaarheid van informele zorg van buiten het huishouden. Figuur 3.3 geeft de beschikbaarheid van informele zorg door uitwonende kinderen weer. De verschillen in beschikbaarheid van informele zorg door uitwonende kinderen zijn niet zo groot tussen de verschillende landen. Het gemiddelde ligt rond de 40%.

Figuur 3.2

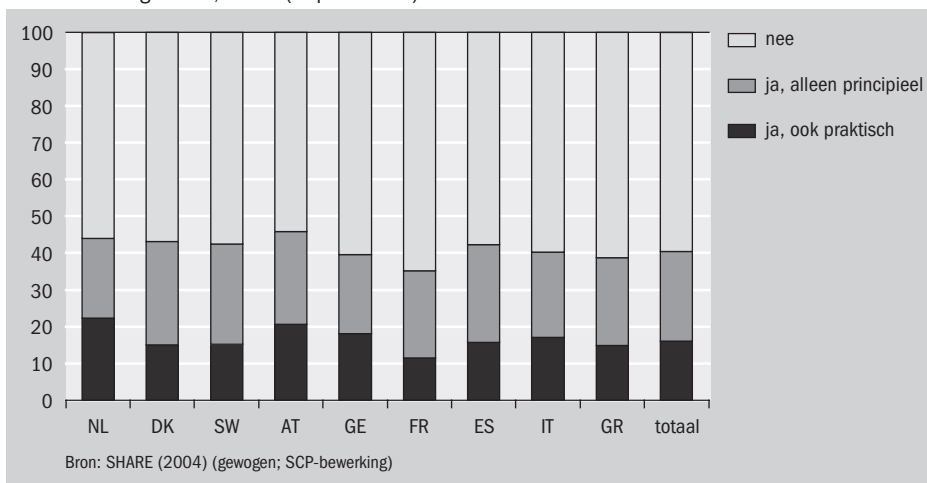
Aandeel 50-plussers voor wie informele zorg beschikbaar is van een inwonend kind, 2004 (in procenten)



Uit figuur 3.3 blijkt dat er verschillen tussen de landen zijn in de mate waarin de (potentieel) beschikbare informele zorg meer in principiële dan wel in praktische zin beschikbaar is. Uitwonende kinderen worden praktisch niet of nauwelijks beschikbaar geacht als ze voltijd werkzaam zijn of zelf beperkt zijn door ziekte of arbeidsongeschiktheid. In Nederland is de praktische beschikbaarheid in verhouding hoog en in de Scandinavische en mediterrane landen in verhouding laag. Dit komt mede door het hoge aandeel in deeltijd werkende personen in Nederland. In de Scandinavische en mediterrane landen hebben mensen vooral voltijdbanen.

Figuur 3.3

Aandeel 50-plussers voor wie informele zorg beschikbaar is door een uitwonend kind dat minder dan 25 km weg woont, 2004 (in procenten)

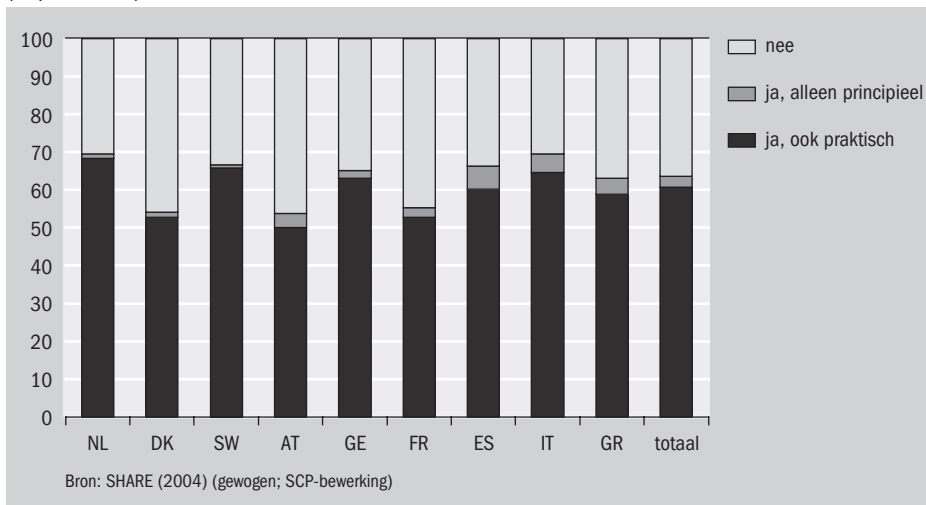


### Totale beschikbare informele zorg binnen en buiten het huishouden

De informele zorg kan zowel binnen als buiten het huishouden beschikbaar zijn. Figuur 3.4 geeft informatie over de totaal beschikbare informele zorg binnen het huishouden. Gemiddeld heeft ruim 63% van de ouderen de beschikking over zorg binnen het huishouden door een partner of inwonend kind. Tussen de landen zijn er grote verschillen: in Oostenrijk is de beschikbaarheid beperkt (54%) en in Italië royaal (70%). Het verwachtingspatroon dat de mediterrane landen over veel meer informele zorg beschikken binnen het huishouden doordat verschillende generaties vaker één huishouden vormen, is in tabel 3.4 duidelijk waarneembaar bij Italië en bij Spanje. In deze landen zijn veel meer huishoudens die bestaan uit drie generaties. Vaak wordt in deze landen voor informele zorg een beroep gedaan op de gezinsleden en dan vooral op vrouwen. Zo zegt 53% van de Griekse vrouwen in de leeftijd van 55-64 jaar niet op de arbeidsmarkt te zijn vanwege familieverantwoordelijkheden, en heeft 85% daarvan nog nooit gewerkt (Eurostat 2003, gegevens voor 2001). Ook in Italië is dit aandeel vrouwen (44%) hoog in vergelijking met het EU-gemiddelde (26%) en is het aandeel van deze vrouwen dat nog nooit heeft gewerkt eveneens hoog (65%) in vergelijking met het EU-15-gemiddelde (45%). Opmerkelijk is dat Spanje op het EU-15-gemiddelde uitkomt en dat de Scandinavische landen zeer laag scoren op het niet-werken wegens familieverantwoordelijkheden (4%). Uit figuur 3.4 blijkt verder dat de beschikbaarheid van informele zorg binnen Nederlandse huishoudens als royaal kan worden aangemerkt (69%). Dat komt doordat er relatief veel 50-plussers samenwonen met een partner (figuur 3.1).

Figuur 3.4

Aandeel 50-plussers voor wie informele zorg beschikbaar is binnen het huishouden, 2004 (in procenten)

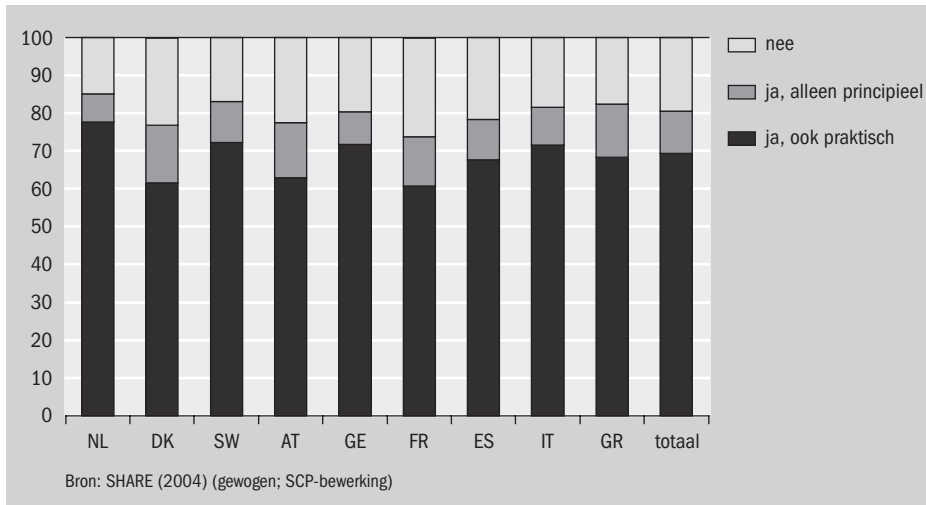


De totale beschikbare informele zorg van buiten het huishouden bestaat vooral uit informele zorg door uitwonende kinderen (41,5%) en voor een zeer klein deel uit zorg door een uitwonende partner (0,5%). Gemiddeld heeft dus 42% van de ouderen de beschikking over informele zorg van buiten het huishouden.

Figuur 3.5 geeft de totale hoeveelheid informele zorg die beschikbaar is. De totale beschikbare informele zorg is groot: ruim 80% van de 50-plussers in de Europese landen die we beschouwen, beschikt over een netwerk van kinderen en partners. Zoals eerder vermeld, wil dit niet zeggen dat dit netwerk ook paraat staat op het moment dat de hulpbehoevende om zorg vraagt. Interessant is het om te zien dat de verschillen tussen landen kleiner worden als het totale netwerk wordt vergeleken met de netwerken binnen of buiten het huishouden. Waren er in het netwerk binnen het huishouden nog grote verschillen waar te nemen, deze verschillen zijn voor het totale netwerk veel kleiner. We zien dat landen waar weinig informele zorg binnen het huishouden beschikbaar is, zoals Frankrijk en Denemarken, een royaler netwerk buiten het huishouden kennen. Kleinere interne familienetwerken worden blijkbaar gecompenseerd door grotere externe familienetwerken.

Figuur 3.5

Aandeel 50-plussers voor wie informele zorg beschikbaar is, 2004 (in procenten)



### 3.2 Het gebruik van informele zorg

In paragraaf 3.1 is beschreven hoeveel informele zorg een 50-plusser beschikbaar heeft. Omdat beschikbaarheid nog geen daadwerkelijk gebruik impliceert, wordt in deze paragraaf ingegaan op het ontvangen van informele zorg. Er kunnen vele omstandigheden zijn waarom een oudere met beperkingen geen gebruik maakt van

de aanwezige informele zorg. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat de hulpbehoevende zelf zijn verzorgingsprobleem wil oplossen of omdat er formele zorg beschikbaar is.

Timmermans (2003) laat zien dat waar nodig partners elkaar helpen. Partnerzorg is dan ook binnen het huishouden de grootste bron van informele zorg. Tabel 3.1 laat zien dat de meeste informele zorg van buiten het huishouden wordt gegeven door kinderen, buren en vrienden.

De buren en de vrienden zijn niet meegenomen in de beschikbaarheidsmaat. Dit lijkt raar omdat ze wel goed zijn voor bijna 36% van de zorg. Toch ligt het meenemen in de beschikbaarheidsmaat niet voor de hand. Ten eerste, omdat ze niet als eerst aangewezenen voor informele hulp worden beschouwd. In de Nederlandse indicatiestellingspraktijk blijven ze buiten beschouwing wanneer de beschikbare 'gebruikelijke zorg' wordt geïnventariseerd (CIZ 2005). Ten tweede omdat iedereen per definitie buren heeft en dus de beschikbaarheidsmaat op 100% zou uitkomen. Ook de broers en zusters konden niet in de beschikbaarheidsmaat worden opgenomen, maar zij zijn slechts goed voor iets minder dan 8% van de zorg.

In de navolgende tabellen met de ontvangen informele zorg wordt wederom een indeling gehanteerd tussen zorg binnen het huishouden en zorg die van buiten het huishouden afkomstig is; daarbij worden wel alle zorgverleners uit tabel 3.1 meegenomen.

Tabel 3.1

Zorgverleners buiten het eigen huishouden in de betrokken EU-landen, 2004 (in aantallen en procenten)

van wie	aantal	percentage <sup>a</sup>	aantal uitsluitend genoemde zorgverlener	percentage <sup>b</sup>
(schoon)kinderen	2214	57,1	1730	78
vrienden, buren, bekenden	1383	35,7	953	69
andere familieleden	482	12,4	242	50
broers/zusters	292	7,5	174	60
(schoon)ouders	131	3,4	76	58
partner	83	2,1	51	61
<b>totaal (n)</b>	<b>3878</b>			

a Aandeel hulpbehoevenden dat informele zorg van buiten het huishouden ontvangt; het totaal telt op tot meer dan 100% omdat er meer dan één zorgverlener kan zijn.

b Aantal ouderen dat alleen zorg van de genoemde zorgverlener ontvangt, als percentage van het aantal ouderen dat de zorg van genoemde zorgverlener eventueel in combinatie met andere zorgverleners ontvangt.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

### Binnen het huishouden

De eerst aangewezen die informele zorg verleent is vaak de partner of een ander familielid – meestal een kind – dat nog in het huishouden aanwezig is. In het SHARE-bestand kan de daadwerkelijk ontvangen zorg vanuit het huishouden zelf slechts gedeeltelijk worden bepaald. Wel is aan mensen die beperkingen ondervinden in het dagelijkse functioneren gevraagd of iemand in het huishouden regelmatig (vrijwel dagelijks) hulp verleent bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Maar er is niet gevraagd of dat ook het geval is voor de dagelijkse huishoudelijke bezigheden. Nu kan worden verondersteld dat als er een partner of kind aanwezig is, deze ook de huishoudelijke werkzaamheden zal verrichten, maar daarmee zou de daadwerkelijk ontvangen informele zorg gelijk zijn aan de beschikbare zorg. Daarom is op een indirecte wijze de informele huishoudelijke hulp voor mensen met beperkingen bepaald. Voor mensen met beperkingen in het dagelijkse functioneren is in de SHARE enquête gevraagd of zij problemen hebben met een aantal dagelijkse, huishoudelijke of administratieve bezigheden en of iemand (met name hun eventuele partner of andere huisgenoten) hen hierbij helpt. Dit laat echter de mogelijkheid open dat deze hulp ook door iemand buiten het eigen huishouden wordt verstrekt. Bovendien is niet expliciet gevraagd of het informele dan wel formele hulp betreft. Daarom is verondersteld dat indien formele huishoudelijke of persoonlijke verzorging wordt ontvangen, men geen informele zorg ontvangt. Door deze restrictie daalt het percentage personen met beperkingen dat informele hulp binnen het huishouden ontvangt van 23,5 naar 21,3%. Voorts wordt aangenomen dat wanneer informele hulp van buiten het huishouden wordt ontvangen, men geen informele hulp binnen het huishouden ontvangt. Door deze restrictie daalt het percentage personen dat informele hulp binnen het huishouden ontvangt verder van 21,3 naar 19,0%. Door beide restricties daalt de informele zorg die door iemand binnen het huishouden zou zijn gegeven dus van 23,5 naar 19,0%. De aldus geconstrueerde variabele voor informele hulp heeft voor lichte algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl-zorg) en/of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (hdl-zorg) dus uitsluitend betrekking op huishoudens waarin alleen informele zorg wordt gegeven. Wanneer overlap met informele zorg buiten het eigen huishouden en formele verzorging optreedt (die maximaal 4,5% kan bedragen) wordt aangenomen dat binnen het eigen huishouden geen informele hulp wordt verstrekt. Dit is vanzelfsprekend een te rigoureuze veronderstelling, maar de gegevens maken een meer nauwkeurige afbakening niet mogelijk. Deze afbakening geeft evenwel een maximale onderschatting van 10% van informele zorg en een maximale onderschatting van 20% van informele zorg binnen het eigen huishouden.<sup>3</sup>

Ongeveer 7% van de ouderen kan rekenen op informele zorg binnen het huishouden (tabel 3.2). Het ontvangen van informele zorg binnen het huishouden varieert van 4,4% (Denemarken) tot 10,9% (Spanje). Nederland zit met 4,9% aan de lage kant. In de zuidelijke landen maken ouderen veel vaker gebruik van zorg binnenshuis. De verklaring ligt niet geheel in de beschikbaarheid. Weliswaar is de beschikbaarheid in landen als Spanje en Italië iets groter, maar deze verklaart niet het gehele verschil in

gebruik. De adl-zorg binnen het huishouden in Denemarken is laag, omdat dit land een uitgebreid netwerk van thuiszorg kent (EUROFAMCARE 2004, Denmark: 12) en omdat de arbeidsparticipatie van vrouwen er hoog is.

Tabel 3.2

Aandeel 50-plussers dat informele zorg ontvangt van binnen het huishouden<sup>a</sup>, 2004 (in procenten)

	Neder-land	Dene-marken	Zweden	Oostenrijk	Duits-land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken-land	totaal
geen	95,1	95,5	94,0	93,2	92,7	94,1	89,1	90,8	93,8	93,1
alleen huishoudelijke zorg (hdl) of licht persoonlijke zorg (adl)	2,3	2,6	3,3	2,4	3,1	2,1	2,7	1,9	2,0	2,5
intensieve persoonlijke verzorging (adl, eventueel met hdl)	2,6	1,8	2,6	4,4	4,2	3,8	8,2	7,3	4,2	4,4
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a Deze vraag is alleen voorgelegd aan mensen die aangeven een adl-probleem te hebben.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

### Buiten het huishouden

De zorg die iemand van buiten het eigen huishouden geeft is ruimer gedefinieerd dan de zorg die iemand binnen het eigen huishouden geeft. In het SHARE-enquête is de vraag over de verleende hulp door iemand binnen het eigen huishouden alleen voorgelegd aan mensen die beperkingen ondervinden in het dagelijkse functioneren. De vraag naar de verleende hulp door iemand van buiten het eigen huishouden kent deze restrictie niet: deze vraag is voorgelegd aan iedereen, dus ook aan mensen die geen beperkingen ondervinden in het dagelijkse functioneren.

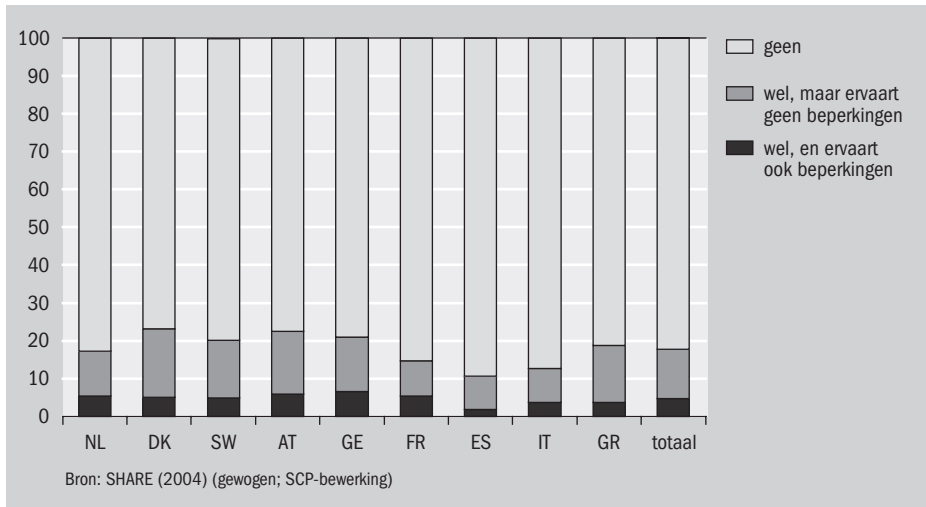
Figuur 3.6 laat zien dat 18% van de ouderen informele zorg van buiten het eigen huishouden ontvangt. Het gebruik van informele zorg van buiten het huishouden verschilt behoorlijk per land. In Spanje maakt slechts 11% gebruik van zorg van buiten het huishouden en in Denemarken 23%. De verklaring ligt niet in de beschikbaarheid: in Spanje is de beschikbaarheid even groot als in Denemarken (zie figuur 3.5). De verklaring moet eerder worden gezocht in de beschikbaarheid van informele zorg binnen het huishouden, die in Spanje aanzienlijk groter is dan in Denemarken (zie figuur 3.4).

Figuur 3.6 laat verder zien dat ook mensen die geen beperkingen ervaren in het dagelijks leven informele hulp van buiten ontvangen. Van de 18% ontvangen informele hulp wordt 13% gegeven aan personen die geen beperkingen ervaren en 5% aan personen die wel beperkingen ervaren.



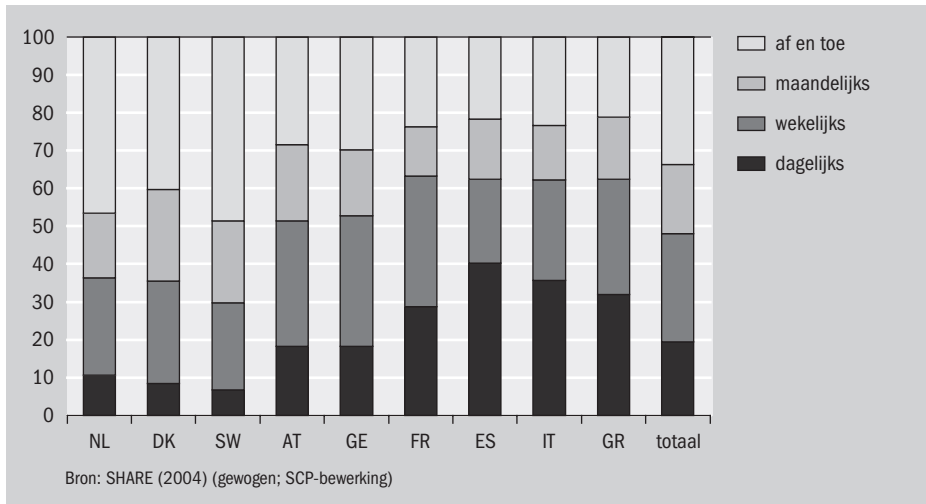
Figuur 3.6

Aandeel 50-plussers dat informele zorg ontvangt van buiten het huishouden, 2004  
(in procenten)



Figuur 3.7

Frequentie van de informele zorg die 50-plussers van buiten het huishouden ontvangen, 2004  
(in procenten)



De zorg die van buiten het huishouden wordt ontvangen verschilt aanzienlijk naar frequentie (figuur 3.7). Zeer intensieve dagelijkse zorg wordt gemiddeld in 19% van de huishoudens ontvangen. Dit aandeel is veel hoger in de mediterrane landen (32% à 40%), waar familieleden een zorgplicht hebben. In de Scandinavische landen en in Nederland is dit aandeel veel lager (7% à 10%). Midden-Europese landen als Oosten-

rijk en Duitsland nemen een middenpositie in. In deze landen kunnen familieleden tegen betaling worden ingezet voor verzorging, waarbij de verzekering voor de financiële middelen zorgt. Frankrijk neigt meer naar het mediterrane type.

De ontvangen zorg van buiten het huishouden is op te splitsen naar het type verleende zorg (tabel 3.3). De vraagstelling in het SHARE-bestand is zo dat er onderscheid kan worden gemaakt naar persoonlijke verzorging (algemene dagelijkse levensverrichtingen: adl), huishoudelijke werkzaamheden (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen: hdl) en ondersteuning bij administratieve werkzaamheden (adm.). Als men zorg ontvangt, dan ontvangt men voor het grootste deel hdl-zorg of een combinatievorm met hdl-zorg (in totaal bijna 84%). Dit strookt met de uitkomsten die Timmermans (2003: 46) voor Nederland vindt.

Ook hier zijn de verschillen tussen landen opvallend; in de Noord-Europese landen zoals Denemarken en Zweden bestaat een groot deel van de hulp uit eenvoudige huishoudelijke zorg (respectievelijk 72% en 70%). Naar het zuiden toe verandert dit patroon zodanig dat ook hulp bij administratieve werkzaamheden steeds belangrijker wordt. In Spanje, Griekenland en Italië wordt door relatief veel ouderen een zorgpakket ontvangen met alle typen zorg.

Tabel 3.3

Type ontvangen zorg<sup>a</sup>: aandeel hulpbehoevenden dat deze vorm van zorg van buiten het huishouden ontvangt, 2004 (in procenten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
adm.	27,5	9,5	12,3	7,9	5,0	11,3	16,2	16,2	20,8	13,7
hdl	44,3	71,2	65,9	61,2	58,2	45,3	34,4	33,2	27,4	51,4
hdl + adm.	18,8	12,2	14,5	15,3	21,8	28,8	19,6	17,9	30,6	19,5
adl	2,2	1,1	0,8	3,3	1,4	1,9	7,4	8,2	2,8	2,7
adl + adm.	0,6	0,3	0,5	0,4	0,7	0,7	0,8	2,4	0,6	0,7
adl + hdl	2,6	3,3	1,8	3,1	3,0	1,6	6,1	6,1	3,4	3,2
adl + hdl + adm.	4,0	2,4	4,1	8,8	10,0	9,5	15,5	16,0	14,4	8,6
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a adm. = ondersteuning bij administratieve werkzaamheden; hdl = ondersteuning bij huishoudelijke werkzaamheden; adl = ondersteuning bij persoonlijke verzorging.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

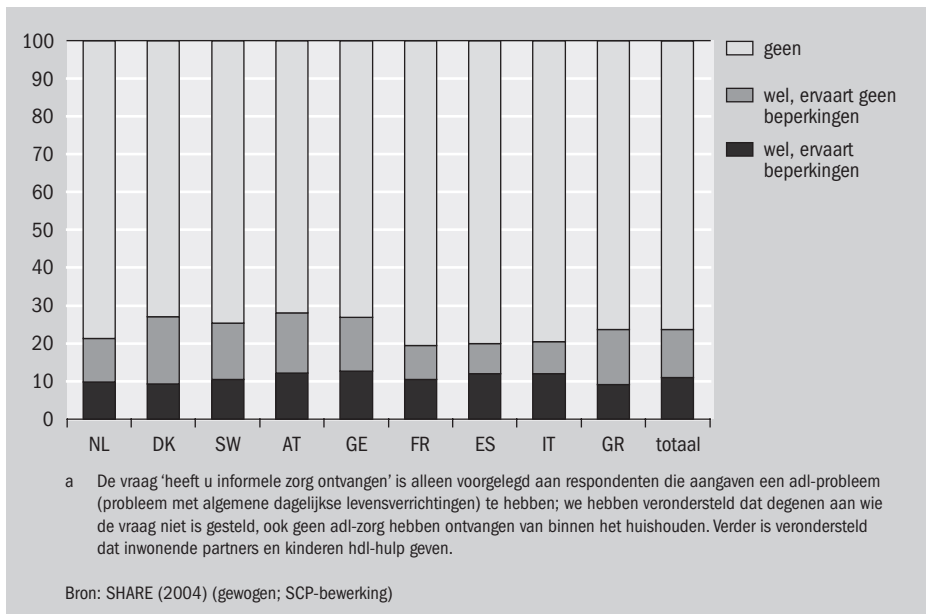
### Totaal ontvangen informele zorg

Bijna een kwart van de 50-plussers ontvangt informele zorg van binnen of buiten het huishouden (figuur 3.8). Hierbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat verleende informele zorg binnen het huishouden alleen betrekking heeft op

50-plussers die beperkingen ervaren in het dagelijks functioneren. Daarom is de informele hulp die iemand buiten van het huishouden biedt aan personen die geen beperkingen ervaren apart in de tabel opgenomen. In Oostenrijk, Denemarken en Duitsland wordt de meeste informele zorg ontvangen, in Frankrijk, Spanje en Italië de minste. Laten we de zorg, verleend aan mensen die geen beperkingen ervaren, buiten beschouwing, dan komt een ander beeld naar voren. Spanje en Italië voegen zich dan bij Duitsland en Oostenrijk als landen waar relatief veel informele zorg wordt gegeven en Denemarken gaat met Griekenland naar de laagste posities. De verschillen zijn echter betrekkelijk gering: tussen de 9,1% (Griekenland) en de 12,7% (Duitsland). Nederland neemt daarbij een positie laag in de middenmoot in.

Figuur 3.8

Aandeel 50-plussers dat informele zorg ontvangen heeft<sup>a</sup>, 2004 (in procenten)



Hoeveel er aan informele zorg wordt ontvangen wordt onder andere beïnvloed door de arbeidsparticipatie in een land en de formele zorg die beschikbaar is. Alle tijd die mensen gewild (door een keuze voor deeltijdwerk of geen werk) of ongewild (hoge werkloosheid) thuis verblijven vergroot de mogelijkheden om informele zorg te verlenen. Vooral in Denemarken en Zweden wordt veel gewerkt, gezien het feit dat het aandeel gewerkte tijd meer dan 50% is van de totale tijd (Pommer en Van Gameren 2005). Dat kan dan mede een verklaring zijn van het feit dat er in die landen relatief weinig informele zorg wordt ontvangen. Maar ook de beschikbaarheid van formele zorg kan een belangrijke rol spelen. In hoofdstuk 4 gaan we hier nader op in.

## Noten

- 1 In het werkdokument van de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO 2003) worden tot de gebruikelijke zorg alle uitstelbare en niet-uitstelbare huishoudelijke taken gerekend. Alle volwassen en gezonde huisgenoten van de zorgvrager worden geacht deze taken te kunnen uitvoeren, ook al zijn zij voltijd werkzaam of volgen zij een opleiding. Uitwonende kinderen vallen dus niet onder de 'gebruikelijke zorg'.
- 2 De grens had natuurlijk ook bij andere afstanden kunnen worden gelegd. Als voor een afstand van vijf km wordt gekozen, zou de beschikbaarheid van ruim 40% naar ongeveer 30% afnemen. Helaas heeft 'afstand' niet voor elk land dezelfde betekenis: vijf km is wellicht ver voor een Nederlander maar vermoedelijk minder ver voor een Zweed.
- 3 Uit verschillende onderzoeken (Timmermans en Woittiez 2004; Van Campen en Van Gameren 2003) blijkt dat er meer hdl-zorg dan adl-zorg wordt verleend.

## 4 Beschikbare en ontvangen formele zorg

In hoofdstuk 3 is geschreven over de beschikbaarheid en het gebruik van informele zorg. In dit hoofdstuk gaat het om de beschikbaarheid en het gebruik van formele zorg. We beantwoorden de vraag hoeveel ouderen in de verschillende SHARE-landen gebruikmaken van formele zorg en welk type zorg dit is. Daarnaast bekijken we in welke mate de beschikbaarheid van formele zorg een verklaring is voor het gebruik daarvan (§ 4.1). Met formele zorg wordt betaalde private of publieke zorg bedoeld. Net als informele zorg kan ook formele zorg bestaan uit huishoudelijke zorg, persoonlijke verzorging of verpleging. De formele zorg kan worden verleend door instellingen zoals de thuiszorg of verzorgingshuizen. Formele zorg kan echter ook als betaalde zorg worden geleverd door private partijen of door kennissen of familieleden. Dit kan dus zorg omvatten aan iemand met een persoonsgebonden budget (pgb), die dit budget gebruikt om een mantelverzorger te betalen. Het kan ook de ‘gewone’ hulp in de huishouding betreffen, voor zover deze gerelateerd is aan gezondheidsproblemen. In paragraaf 4.2 wordt ingegaan op de ontvangen formele zorg.

### 4.1 De beschikbaarheid van formele zorg

We zijn geïnteresseerd in de beschikbaarheid van formele zorg, omdat er een verband bestaat tussen de beschikbaarheid en het ontvangen ervan. De beschikbaarheid van formele zorg is vooral afhankelijk van publieke voorzieningen, en daarmee van wettelijke regelingen en instituties. In deze paragraaf geven we de cijfers rond de beschikbaarheid van intramurale voorzieningen, omdat over de beschikbaarheid van extramurale voorzieningen geen cijfers aanwezig zijn. De cijfers over de beschikbaarheid van intramurale voorzieningen zijn relevant, omdat ze iets zeggen over de opvattingen en preferenties die in de onderzochte landen gangbaar zijn. Daarnaast zijn er beperkte registraties van het gebruik van intramurale en extramurale voorzieningen per 65-plusser beschikbaar of construeerbaar, die indicatief zijn voor de beschikbare zorg (tabel 4.2).

Tabel 4.1 geeft een vergelijking tussen de beschikbare bedden in de negen landen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen bedden voor acute zorg (ziekenhuisbedden) en bedden voor niet-acute zorg (psychiatrische en verpleeghuisbedden). Bedden in verzorgingshuizen zijn hierbij niet inbegrepen, omdat deze volgens internationale standaarden niet tot de gezondheidszorg worden gerekend. Deze bedden komen wel in aanzienlijke aantallen voor in Nederland en Zweden.

Tabel 4.1

Beschikbaarheid van bedden in de intramurale zorg per 1000 inwoners, 2000 (in aantallen)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land
acuut	3,5	3,2	2,4	6,2	6,4	4,1	2,8	4,3	3,9
niet-acuut	5,4	6,3	4,0	2,4	8,2	4,1	0,7	0,3	0,0
waarvan: psychiatrisch	1,5	0,7	0,6	0,6	1,3	1,1	0,4	0,1	0,2
verpleging	3,7	5,6	3,4	1,8	4,6	1,4	0,3	0,2	0,0
anders/niet ingedeeld	0,3	0,0	0,0	0,0	2,3	1,6	0,0	0,0	0,2
totaal intramuraal	8,9	9,5	6,5	8,6	14,6	8,2	3,5	4,7	4,1

a Onder verpleging vallen alleen de *nursing homes*, omdat verzorgingshuisbedden en verstandelijk gehandicapten tot de welzijnzorg worden gerekend.

Bron: OECD(2003a); OECD(2003b); OECD(2004a); Eurostat (New Cronos) (SCP-bewerking)

Veel meer dan in andere landen is intramurale zorg beschikbaar in Duitsland. Dat geldt zowel voor de acute zorg (ziekenhuizen) als voor de niet-acute zorg. Nederland heeft samen met Duitsland, Frankrijk, Zweden en Denemarken relatief veel niet-acute intramurale zorg. Voor dit onderzoek zijn beide van belang: de acute bedden voor de tijdelijke opvang en de niet-acute verpleeghuisbedden voor de langdurige zorg. Allebei kunnen ze helpen het beroep dat er op de informele en formele zorg wordt gedaan, te verklaren. Opvallend is het geringe aantal bedden (per 1000 inwoners) in de mediterrane landen Spanje, Italië en Griekenland. Bij het laatste land is de intramurale zorg voor ouderen vrijwel afwezig. Dit heeft onder meer tot gevolg dat personen die eigenlijk in intramurale voorzieningen voor langdurige verpleging en verzorging thuis horen, deels in ziekenhuizen verblijven (verkeerde-bed-problematiek).

Tabel 4.2

Beschikbaarheid van formele zorg voor 65-plussers op basis van macro gebruikscijfers, 1999-2003 (in procenten)

	Neder- land <sup>b</sup> (2000)	Denemarken (2003)	Zweden (2000)	Oostenrijk <sup>a</sup> (2000)	Duits- land <sup>a</sup> (2002)	Frankrijk <sup>e</sup> (2000)	Spanje <sup>c</sup> (2003)	Italië <sup>d</sup> (2003)	Grieken- land <sup>f</sup> (1999)
intramuraal	5,6	6,0	7,9	3,6	3,9	±5	3,1	2,1	0,3
extramuraal	12,3	18,5	9,1	14,8	7,1	±11	6,7	6,0	0,2
totaal	17,9	24,5	17,0	18,4	11,0	±16	9,8	8,1	0,5

a Inclusief uitkeringen voor hulpverlening (extramuraal).

b Inclusief verzorgingshuizen (intramuraal).

c Inclusief private huishoudelijke hulp (3,9%); bron: Comas-Herrera et al. (2003).

d Inclusief private huishoudelijke hulp (4,2%); bron: Comas-Herrera et al. (2003).

e Extramuraal betreft professionele thuiszorg; bron: DREES 2003.

f Aangenomen is dat hulpverleners in de thuiszorg gemiddeld acht cliënten per jaar hebben; bron: EUROFAMCARE 2004

Bron: OECD 2005 (Oostenrijk, Duitsland, Zweden, Nederland); Comas-Herrera et al. 2003 (Spanje, Italië) en EUROFAMCARE 2004 (Frankrijk, Denemarken, Griekenland) SCP-bewerking

Over de beschikbaarheid van extramurale zorg zijn geen internationale gegevens beschikbaar. Wel zijn er beperkte registraties van het gebruik van intramurale en extramurale voorzieningen per 65-plusser beschikbaar of construeerbaar, die indicatief zijn voor de beschikbare zorg (tabel 4.2). Deze gegevens zijn door definitie verschillen en verschillen in institutionele arrangementen eveneens moeilijk vergelijkbaar. Om het gebruik te meten en te registreren is de zorgverlener als uitgangspunt genomen. Dit betekent dat men het gebruik van een pgb terugziet als er formele zorg door de cliënt wordt ingekocht.

Uit deze gegevens blijkt wel dat het extramurale voorzieningenniveau hoog is in Denemarken, op enige afstand gevolgd door Oostenrijk, Frankrijk en Nederland. De mediterrane landen scoren, zoals verwacht, laag. Het hoge gebruik van extramurale zorg in Oostenrijk is opmerkelijk, omdat het niveau van de formele huishoudelijke hulp voor 65-plussers op circa 5% ligt (EUROFAMCARE 2005). Oostenrijk kent echter een systeem van zorgzwaarte gebonden uitkeringen, waarvoor betrokkenen hulp op de zorgmarkt kunnen inkopen. Hiervoor kunnen zij dus ook 'informele hulp' inkopen. Deze uitkeringen zijn inbegrepen in cijfers, waardoor deze in vergelijking met andere landen aan de ruime kant zijn. Dat geldt ook voor Duitsland, dat een gemengd stelsel van uitkeringen in geld en natura kent.

Het gebruik van intramurale voorzieningen per 65-plusser (tabel 4.2) wijkt op een enkel punt duidelijk af van de beschikbaarheid van bedden voor langdurige zorg (niet-acute zorg) per 1000 inwoners (tabel 4.1). Dit betreft met name de posities van Duitsland en Zweden, die verwisseld zijn. Duitsland neemt in tabel 4.1 een toppositie in terwijl Zweden een middenpositie heeft; in tabel 4.2 is dit beeld omgekeerd: Zweden neemt de toppositie in en Duitsland verhuist naar een middenpositie. Bij de andere landen treden geen noemenswaardige verschillen op. De hoge positie van Duitsland in tabel 4.1 is toe te schrijven aan het feit dat Duitsland een groot aantal specialistische ziekenhuizen kent die niet-acute zorg verlenen. De betrokken ziekenhuisbedden komen slechts voor een beperkt deel ten goede aan ouderen met beperkingen. Anderzijds ontbreken in tabel 4.1 voor Zweden een aantal residentiële voorzieningen voor ouderen, die daar niet tot de gezondheidszorg worden gerekend.

Kijken we naar het totaal van formele voorzieningen, dan blijkt dat de niveaus globaal sporen met de groepsindeling die in het begin van dit hoofdstuk werd gepresenteerd: een hoog niveau bij de Scandinavische landen en Nederland en een laag niveau bij de mediterrane landen, met name bij Griekenland. Opmerkelijk zijn echter wel de relatief hoge verzorgingsniveaus in Oostenrijk en Frankrijk, die in de pas lopen met Zweden en Nederland.

#### 4.2 *Het gebruik van formele zorg*

In deze paragraaf gaat we in op de hoeveelheid en het type formele zorg die in de verschillende landen wordt ontvangen. Het gaat hier om betaalde private of publieke verpleging of persoonlijke verzorging thuis of om betaalde huishoudelijke hulp voor huishoudelijke taken die iemand om gezondheidsredenen zelf niet meer kan

uitvoeren. Formele huishoudelijke hulp die niet gezondheidsgerelateerd is (zoals de 'gewone' werkster) blijft dus buiten beschouwing.

In tabel 4.3 is de hoeveelheid formele zorg voor de verschillende landen weergegeven. De indeling in zorgvormen is niet rechtstreeks te vertalen naar de geïndiceerde producten in de Nederlandse situatie, maar biedt wel een 'gemeenschappelijke deler' van typen zorg die ook in andere landen voorkomen. In de categorieën van geleverde zorg zit een hiërarchische verdeling naar de zwaarte van de zorg besloten. Als cliënten aangeven dat ze bijvoorbeeld tijdelijke opvang in een verpleeghuis krijgen, dan kunnen ze tegelijkertijd ook nog wel huishoudelijke zorg, verpleging en/of verzorging of maaltijden thuis ontvangen. Ze worden dan gerekend tot de categorie tijdelijke opvang in een verpleeghuis. 92% van alle ouderen ontvangt geen formele zorg, 3,3% ontvangt huishoudelijke zorg, eveneens 3,3% persoonlijke verzorging of verpleging en ruim 1% ontvangt zorg in een verpleeghuis, al dan niet permanent.

Tabel 4.3

Aandeel 50-plussers dat formele (betaalde of professionele) zorg ontvangen heeft, naar type zorg<sup>a</sup>, 2004 (in procenten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
geen zorg ontvangen	88,5	86,6	92,1	92,5	94,9	81,2	92,6	94,9	98,8	91,7
maaltijd- bezorging	0,4	0,5	0,5	1,3	1,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,5
huishoudelijke zorg	4,9	6,6	4,7	2,4	1,4	4,4	3,0	2,3	0,4	3,3
verpleging en/ of verzorging	4,4	4,1	1,3	2,4	1,3	13,0	3,6	2,0	0,4	3,3
verpleeghuis, tijdelijk	0,3	0,2	0,5	0,7	0,6	0,8	0,2	0,2	0,2	0,4
verpleeghuis, permanent	1,5	2,0	0,9	0,6	0,7	0,4	0,6	0,7	0,2	0,8
<b>totaal</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

a Er zijn uitsluitende categorieën geconstrueerd, met een oplopende zorgzwaarte. Bijvoorbeeld ouderen die verpleging en/of verzorging ontvangen, kunnen dat krijgen in combinatie met de erboven genoemde zorgtypen.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

In Griekenland ontvangt vrijwel niemand betaalde of formele langdurige zorg. Volgens de wet is de familie daar verantwoordelijk voor de zorg van hun naasten. Hoewel de familiale zorgplicht geldt voor meer mediterrane landen (Italië, Spanje), neemt Griekenland hier een uitzonderlijke positie in door nauwelijks formele hulp te bieden. Er is wel sprake van een verantwoordelijkheid van de staat, maar institu-



tionele zorg voor ouderen die langdurige zorg behoeven is nagenoeg afwezig en niet afdwingbaar. Ook in Duitsland en Italië ontvangen in verhouding weinig 50-plussers enigerlei vorm van formele langdurige zorg. Dat is globaal conform de nationale gegevens in tabel 4.2, zij het dat Duitsland daar een iets hogere score had op de extramurale zorg. In Frankrijk en Denemarken zijn er juist relatief veel 50-plussers die formele langdurige zorg ontvangen. In Frankrijk betreft dit vooral verpleging en verzorging thuis (13%). Frankrijk kent een uitgebreid stelsel van private en publieke gemeenschapsvoorzieningen, waarbij verzorging een belangrijke rol speelt en de verpleging thuis mede door de nationale zorgverzekering wordt gefinancierd. Toch scoort Frankrijk op de extramurale verpleging en verzorging in tabel 4.3 uitzonderlijk hoog. Een goede verklaring is hier niet voor te geven, maar kan wellicht gezocht worden in de ambulante verpleging die uit de zorgverzekering wordt gefinancierd. Voor een deel gaat het hier om lichte medische behandelingen, voor een ander deel om preventieve huisbezoeken.<sup>1</sup> In Denemarken is er een substantieel aantal ouderen dat in een verpleeghuis woont of dat huishoudelijke zorg thuis ontvangt. De verschillen tussen de landen lijken verder niet zo groot. Voor een deel is dit te verklaren uit de gekozen populatie: de 50-plussers vormen een grote groep waarbinnen veel mensen niet hulpbehoevend zijn. In hoofdstuk 5 wordt duidelijker of er grotere verschillen optreden binnen de groep mensen die lichamelijke en/of psychische beperkingen ondervindt.

Figuur 4.1

Aandeel intensieve zorg in de totale formele zorg die men ontvangen heeft, naar type zorg, 2004 (in procenten)



Niet alleen het wel of niet ontvangen van formele hulp is belangrijk, maar ook de intensiteit in termen van weken per jaar en uren per week. Figuur 4.1 geeft het aandeel van de ontvangen formele hulp dat als intensief kan worden aangemerkt.

De hulp is intensief als deze kortdurend maar gedurende vele uren per week wordt gegeven of langdurend en minimaal twee uren per week (verpleging) of zes uren per week (huishoudelijke zorg). Uit de cijfers blijkt dat de intensiteit van huishoudelijke zorg – op Denemarken na – niet al te zeer verschilt tussen de landen. Wel is opmerkelijk dat landen die een relatief hoog niveau van huishoudelijke zorg kennen (Denemarken, Zweden) relatief weinig intensieve huishoudelijke zorg bieden. De intensiteit van persoonlijke verzorging verschilt wel aanzienlijk per land. Met name Spanje en Frankrijk kenmerken zich door een lage intensiteit van de persoonlijke verzorging. Frankrijk is ook het land dat een hoog gebruik van verzorging kent (tabel 4.3). Blijkbaar worden relatief veel ouderen gedurende korte tijd bezocht, vaak voor lichtere behandelingen. Dit houdt vermoedelijk verband met het feit dat de ambulante verpleging in Frankrijk onderdeel uitmaakt van de reguliere zorgverzekering.

#### Noot

- 1 Zo voorziet de Franse zorgverzekering in wijkverpleegkundige zorg (Services de Soins Infirmiers à Domicile) voor ouderen (in Frankrijk: 60-plussers). Deze faciliteit voorziet in het verzekeren van eenvoudige en noodzakelijke verpleegkundige en persoonlijke verzorging en het voorkomen van hospitalisatie van personen die met steeds meer beperkingen te maken krijgen.

## 5 Zorg voor mensen met beperkingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de hoofdstukken 3 en 4 gecombineerd en gepresenteerd voor ouderen met beperkingen. De onderzoekspopulatie in deze hoofdstukken bestond uit 50-plussers. Van deze groep is voor negen Europese landen vergeleken hoeveel mensen met beperkingen er zijn, in welke mate er informele en formele zorg beschikbaar is en in welke mate er informele en formele zorg is geleverd. In dit hoofdstuk kijken we specifiek naar de zorg die beschikbaar is voor en geleverd wordt aan de groep mensen die beperkingen ondervindt. Een belangrijk punt van aandacht vormt de relatie tussen informele en formele zorg.

In dit hoofdstuk worden twee definities van mensen met beperkingen gehanteerd, een ruime en een enge definitie. De ruime definitie omvat alle mensen die minimaal matig of ernstig beperkt zijn door lichamelijke, psychische of cognitieve gebreken. In deze definitie wordt gewerkt met de schalen voor beperkingen die in hoofdstuk 2 zijn ontwikkeld. Op basis van de ruime definitie zou ruim 32% van de in dit onderzoek betrokken 50-plussers beperkingen kennen (tabel 5.1). Deze beperkingen hoeven het dagelijkse leven niet zodanig te beïnvloeden, dat de betrokken mensen daar ook echt hinder door ervaren. Nemen we het subjectieve criterium van echt ervaren hinder als aanvullende voorwaarde op in de definitie van beperkingen, dan ontstaat de enge definitie van beperkingen.<sup>1</sup> Hiermee zou bijna 14% van de 50-plussers in de betrokken landen worden geconfronteerd.

Tabel 5.1

Aandeel 50-plussers met beperkingen, 2004 (in procenten en aantallen)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oosten- rijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
mensen met beperkingen (%)										
ruime variant <sup>a</sup>	25,1	26,1	25,7	29,8	27,5	35,0	48,2	41,4	34,6	32,3
enge variant <sup>b</sup>	12,7	11,7	11,9	12,4	15,5	16,5	16,1	16,7	10,2	13,8
aantal waarnemingen (n)										
ruime variant	685	425	729	563	739	593	1185	959	685	6563
enge variant	351	189	332	229	402	276	392	370	204	2745

a Mensen met matige of ernstige beperkingen in lichamelijke, psychische of cognitieve zin (zie figuur 2.4).

b Idem als onder a, maar dan tevens als zodanig door betrokkenen ervaren (zie figuur 2.5).

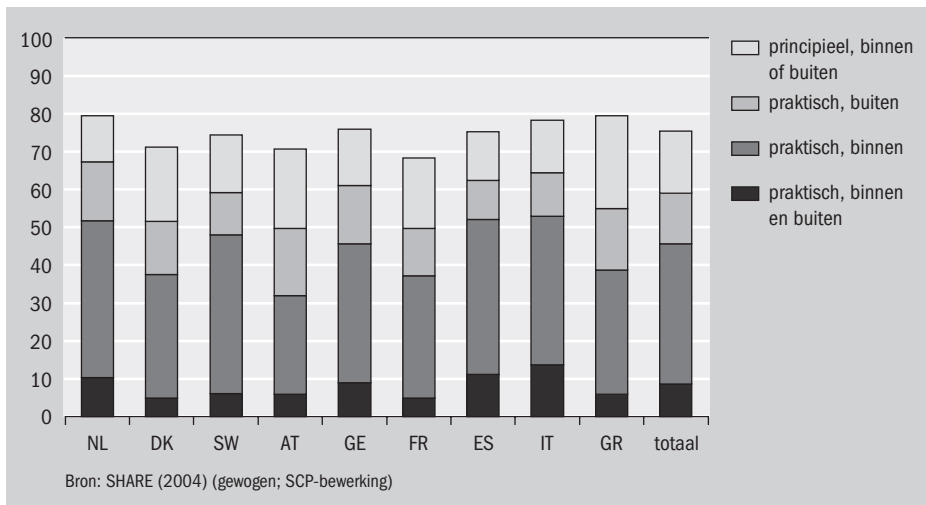
Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Eerst kijken we naar de beschikbaarheid van informele zorg en hoe die verschilt voor de groep 50-plussers met beperkingen in verschillende landen (§ 5.1) en daarna doen we hetzelfde voor het gebruik van informele zorg (§ 5.2). Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre landen verschillen in het gebruik van formele zorg voor vergelijkbare groepen mensen (§ 5.3). In paragraaf 5.4 komt alle informatie bij elkaar en wordt nagegaan wat de relatie is tussen het aantal mensen met beperkingen in een land, de beschikbare informele zorg en regelgeving van landen enerzijds en het gebruik van formele zorg anderzijds.

### 5.1 Beschikbare informele zorg

In deze paragraaf worden de negen landen vergeleken op de beschikbaarheid van informele zorg voor mensen met beperkingen. Figuur 5.1 geeft een beeld van de totale beschikbaarheid van informele zorg voor 50-plussers met beperkingen, uitgesplitst per land en voor het totaal van de landen. Van deze groep beschikt circa 75% over informele zorg. Dit is iets minder dan de informele zorg waarover alle 50-plussers kunnen beschikken (80%, zie figuur 3.5). Dit houdt verband met de hogere leeftijd en daarmee met de grotere kans op de afwezigheid van een partner bij de groep met beperkingen. Opvallend is de lage score van Frankrijk, Oostenrijk en Denemarken. Hoog op de beschikbaarheid van een informeel netwerk voor mensen met beperkingen scoren vooral Nederland, Griekenland en Italië. De verschillen tussen de ruime en enge variant voor beperkingen zijn niet groot. Alleen in Zweden is de beschikbaarheid van een informeel netwerk in de enge variant beduidend lager dan in de ruime variant.

Figuur 5.1  
Beschikbaarheid van informele zorg bij 50-plussers met beperkingen, ruime variant voor beperkingen, 2004 (in procenten)



Als we de totale beschikbaarheid uitsplitsen naar de beschikbaarheid binnen en buiten het huishouden, zien we dat voor Frankrijk geldt dat er zowel binnen als buiten het huishouden minder informele hulp beschikbaar is. Voor Denemarken en Oostenrijk geldt dat er vooral minder informele zorg binnen het huishouden beschikbaar is. Inwoners van Italië, Spanje en ook Nederland hebben vooral een relatief groot familienetwerk, waardoor ze veel meer dan andere landen beschikken over informele zorg. Italië en Spanje heeft een groter familienetwerk doordat de gezinnen er groter zijn en Nederland doordat de partners samen oud worden.

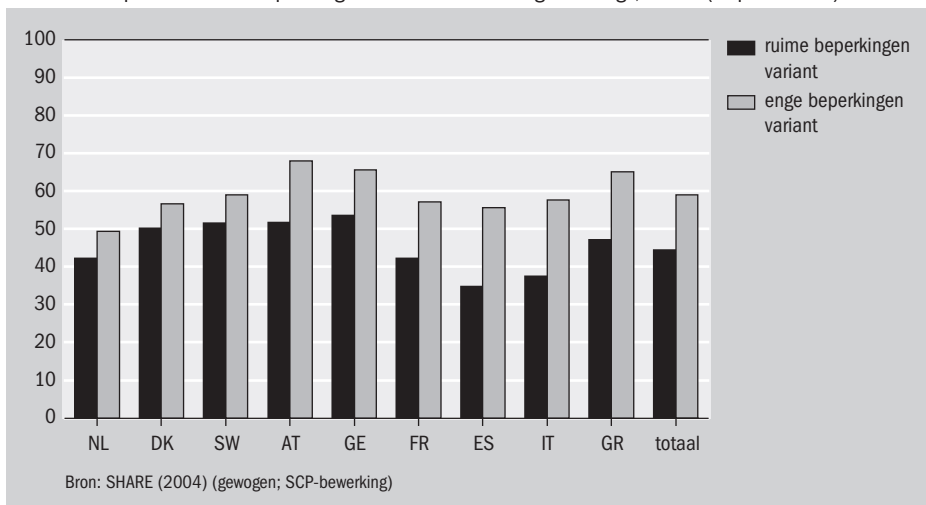
Er is geen duidelijk verband tussen de beschikbaarheid van informele zorg binnen het huishouden en de beschikbaarheid buiten het huishouden voor mensen met beperkingen ( $r = 0,10$ ). Landen die een hoge beschikbaarheid binnen het huishouden kennen (Spanje en Italië) nemen bij de beschikbaarheid buiten het huishouden een middenpositie in, en omgekeerd, landen die een hoge beschikbaarheid buiten het huishouden kennen (Griekenland, Duitsland) nemen bij de beschikbaarheid binnen het huishouden een middenpositie in. Dat verband blijft ook bestaan als we naar de praktische beschikbaarheid kijken. Wanneer een kind voltijd werkt of blijvend ziek of arbeidsongeschikt is, dan wordt aangenomen dat dit kind in principe wel beschikbaar is maar in de praktijk niet of slechts in beperkte mate zorg kan verlenen.

## 5.2 Ontvangen informele zorg

Van de personen met beperkingen ontvangt in de ruime variant bijna 45% informele zorg en in de enge variant bijna 60% (figuur 5.2). Het percentage mensen met beperkingen dat informele hulp ontvangt varieert van 35% (Spanje) tot 54% (Duitsland) in de ruime variant.

Figuur 5.2

Aandeel 50-plussers met beperkingen dat informele zorg ontvangt, 2004 (in procenten)



Kijken we uitsluitend naar mensen met beperkingen in de enge variant, dan zien we eveneens ongeveer 20 procentpunten verschil tussen de laagste score (56%) en hoogste score (68%). Opmerkelijk is dat beschikbaarheid (tabel 5.1) en gebruik door mensen met beperkingen verschillende rangordes te zien geven. De beschikbaarheid van informele hulp is het grootst in Nederland en het laagst in Frankrijk. Het gebruik van informele hulp lijkt hier weinig verband mee te houden: het hoogst in Oostenrijk en het laagst in Nederland. Een grotere beschikbaarheid leidt niet vanzelfsprekend tot meer gebruik van informele zorg.

Er zijn tussen de landen aanzienlijke verschillen in de geleverde intensieve persoonlijke verzorging (algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl)), die wordt geleverd door inwonende familieleden (tabel 5.2). Hier zien we dat in de zuidelijke landen, meer dan in de andere landen, de familieleden hun zieke partner en ouders verzorgen en verplegen. Dit beeld wordt nog scherper in de enge variant van beperkingen, waar ruim 30% van de Spaanse en Italiaanse ouderen en ruim 26% van de Griekse ouderen met beperkingen intensieve persoonlijke verzorging van iemand uit het eigen huishouden ontvangt. In Denemarken (9%), maar ook in Nederland (14%) en Zweden (15%) wordt duidelijk minder informele zorg verleend door een inwonende partner of inwonende kinderen. In Denemarken is het lage percentage mensen met informele zorg een gevolg van de geringe beschikbaarheid (zie figuur 5.1). Oostenrijk echter kent een nog lagere beschikbaarheid, maar daar kan ruim 20% van de ouderen met beperkingen rekenen op hulp uit het eigen huishouden.

Tabel 5.2

Aandeel 50-plussers met beperkingen dat informele zorg ontvangt van binnen het huishouden, 2004 (in procenten en rangordes)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oos- tenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Grieken- land	Italië	totaal
ruime variant voor beperkingen										
niet	84,3	85,4	79,6	80,5	77,5	84,0	78,4	79,2	84,7	81,0
licht hdl en/of adl <sup>a</sup>	6,6	8,7	11,8	7,3	8,7	5,3	5,1	4,2	4,4	6,7
intensief adl (eventueel met hdl)	9,2	5,9	8,7	12,2	13,8	10,6	16,5	16,7	10,9	12,4
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
rangorde wel ontvanger	6	9	3	4	1	7	5	2	8	
enge variant voor beperkingen										
niet	78,7	81,1	74,2	71,6	68,9	72,3	60,5	62,7	70,7	70,3
licht hdl en/of adl	7,0	9,5	10,7	7,6	10,6	6,5	7,9	6,9	2,9	8,0
intensief adl (eventueel met hdl)	14,4	9,4	15,1	20,7	20,6	21,2	31,7	30,4	26,4	21,7
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
rangorde wel ontvanger	6	9	3	4	1	7	5	2	8	

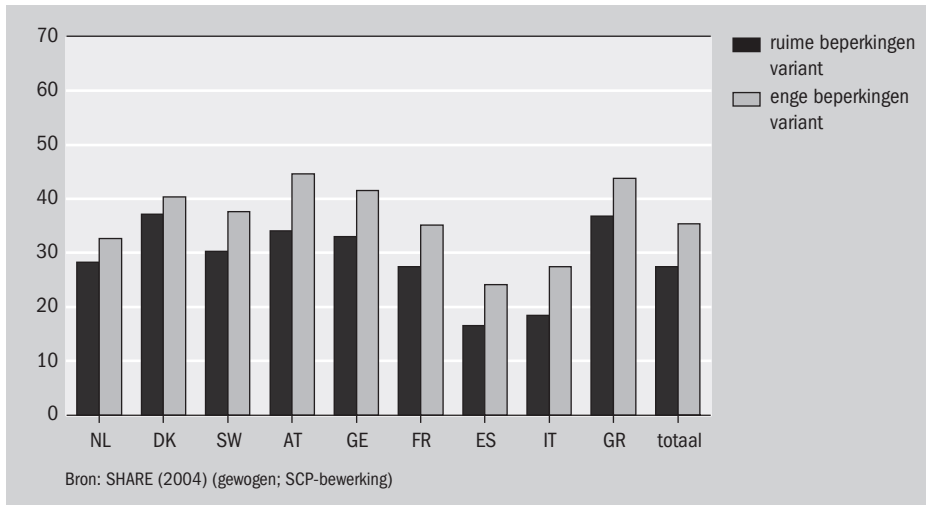
a adl = ondersteuning bij persoonlijke verzorging; hdl = ondersteuning bij huishoudelijke werkzaamheden.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Voor de mensen met beperkingen geldt dat ook de informele zorg van buiten het huishouden tussen landen behoorlijk uiteen kan lopen: in Spanje ontvangt ruim 16% informele zorg van buiten het eigen huishouden en in Denemarken ruim 37% (figuur 5.3, ruime variant). Dit verschil is groter dan de beschikbaarheid zou doen vermoeden (zie figuur 5.1), waarbij Frankrijk het laagste (41%) en Griekenland het hoogste scoort (53%). Er blijkt slechts een zwak verband te bestaan tussen beschikbaarheid en gebruik van informele hulp van buiten het eigen huishouden ( $r = 0,11$ ).

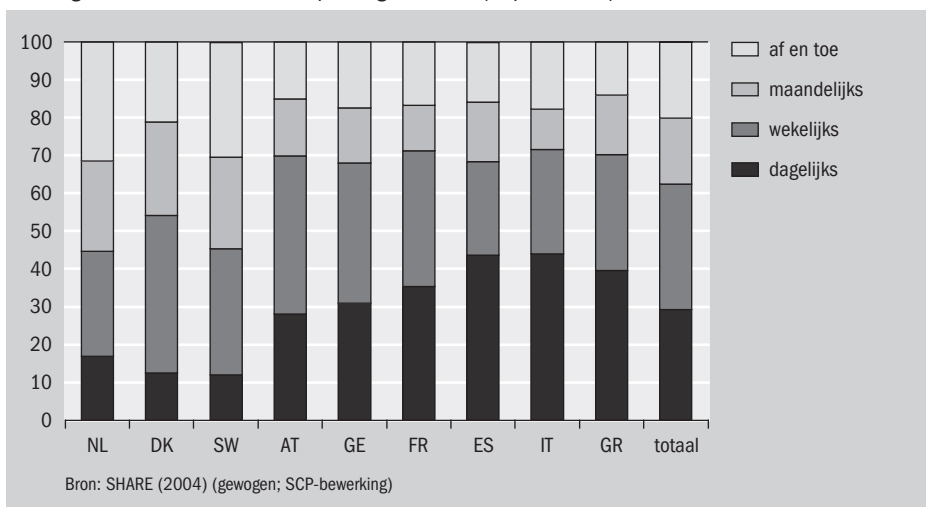
Figuur 5.3

Aandeel 50-plussers met beperkingen dat informele zorg heeft ontvangen van buiten het huishouden, 2004 (in procenten)



Figuur 5.4

Frequentie van de informele zorg die 50-plussers met beperkingen van buiten het huishouden ontvangen, ruime variant voor beperkingen, 2004 (in procenten)

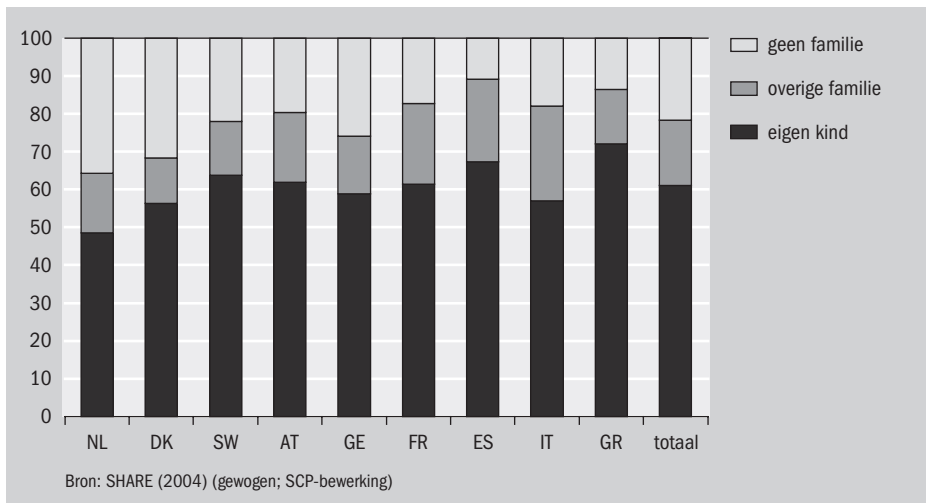


Dit zwakke verband roept vraagtekens op. Een deel van deze geringe samenhang is toe te schrijven aan het verschil in intensiteit van de verleende hulp (figuur 5.4). In enkele landen waar het gebruik van informele zorg van buiten het huishouden in verhouding laag is en de beschikbaarheid gemiddeld (Italië, Spanje), is de intensiteit van de verleende hulp groot: deze wordt overwegend dagelijks of wekelijks geboden ( $r = -0,20$ ). De beschikbaarheid vertaalt zich dus in veel hulp voor weinig mensen. Het omgekeerde geldt alleen voor Denemarken, waar de beschikbaarheid gemiddeld is, het gebruik hoog en de intensiteit van de verleende hulp laag. In Denemarken leidt de gemiddelde beschikbaarheid tot weinig hulp aan veel mensen. Maar er zijn ook landen waarvoor dit niet geldt. Zo is het gebruik van informele zorg van buiten het eigen huishouden relatief hoog in Griekenland, Duitsland en Oostenrijk. De hoge beschikbaarheid biedt daar de ruimte voor een hoge intensiteit, en de intensiteit van de verleende hulp komt ook uit boven het gemiddelde niveau.

De meeste informele zorg van buiten het huishouden wordt door de kinderen gegeven (figuur 5.5), maar ook de overige familie en vrienden of bekenden dragen substantieel aan deze hulp bij. De verschillen tussen landen zijn groot. Het aandeel dat de uitwonende kinderen leveren is betrekkelijk laag in Nederland (48% tegenover 61% gemiddeld) en betrekkelijk hoog in Griekenland (72%). In Nederland spelen, net als in Denemarken, niet-familieleden een belangrijke rol bij de informele zorg die van buiten het huishouden komt. Daarbij speelt vermoedelijk een rol dat de formele hulp in deze landen belangrijk is, met name voor de meer hulpbehoevenden. De formele hulp zal dus minder zwaar drukken op de informele hulp, die dan ook een minder intensief karakter heeft.

Figuur 5.5

Verlener van de informele zorg die 50-plussers met beperkingen van buiten het huishouden ontvangen, ruime variant voor beperkingen, 2004 (in procenten)





De geboden zorg van buitenshuis is (in tegenstelling tot de informele zorg binnen het huishouden) op te splitsen naar het type zorg dat wordt verleend: verzorging en verpleging (adl), huishoudelijke werkzaamheden (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (hdl)) en ondersteuning bij administratieve werkzaamheden (adm.). In tabel 5.3 is aangegeven hoeveel procent van de 50-plussers met beperkingen een bepaald type zorg ontvangt. De groep 50-plussers met beperkingen ontvangt van uitwonende familieleden relatief vaak zorg bij huishoudelijke werkzaamheden. In Denemarken, Zweden en Frankrijk ontvangt de groep met beperkingen relatief vaak huishoudelijke verzorging, al dan niet met administratieve zorg. In Griekenland, Italië en Duitsland krijgen 50-plussers met beperkingen nogal eens een totaalpakket aan zorg (adl+hdl+adm.) als ze informele zorg van buiten ontvangen, hoewel de huishoudelijke zorg ook hier domineert.

Tabel 5.3

Type zorg ontvangen door mensen met beperkingen: aandeel hulpbehoevenden dat informele zorg van buiten het huishouden ontvangt, ruime variant voor beperkingen, 2004 (in procenten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Grieken- land	Italië	totaal
adm. <sup>a</sup>	20	9	16	4	4	11	12	11	15	11
hdl	41	56	49	48	41	34	33	25	22	38
hdl + adm.	24	23	21	21	25	38	23	20	35	26
adl	4	3	1	3	2	2	8	10	2	4
adl + adm.	1	0	1	1	1	1	1	4	1	1
adl + hdl	4	5	3	5	5	2	5	7	3	4
adl + hdl + adm.	7	6	9	18	21	12	18	23	22	16
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

a adm. = ondersteuning bij administratieve werkzaamheden; hdl = ondersteuning bij huishoudelijke werkzaamheden; adl = ondersteuning bij persoonlijke verzorging.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

### 5.3 Ontvangen formele zorg

De mate waarin mensen met beperkingen formele zorg ontvangen verschilt nogal per land (tabel 5.4).

In de indeling van typen formele zorg in deze tabel zit een hiërarchie naar de zwaarte van de zorg besloten. Van alle 50-plussers ontvangt 92% geen formele zorg (tabel 4.3). Binnen de groep met matige of ernstige beperkingen (ruime variant) is dit percentage uiteraard lager, maar nog altijd ontvangt 80% geen formele zorg.<sup>2</sup> Van de groep mensen met beperkingen die wel zorg ontvangt, krijgt 1% een maaltijd thuis, 8% huishoudelijke zorg en 8% verpleging en/of verzorging. Ongeveer 3% verblijft al dan niet tijdelijk intramuraal.

Tabel 5.4

Aandeel 50-plussers met beperkingen dat formele (betaalde of professionele) zorg ontvangen heeft, naar type zorg, ruime variant voor beperkingen<sup>a</sup>, 2004 (in procenten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
geen formele zorg ontvangen	66	60	76	78	84	65	87	90	97	80
wel, maaltijdbe- zorging	0	2	1	4	4	0	0	0	0	1
wel, huishoude- lijke zorg	13	18	14	7	4	10	5	5	1	8
wel, verpleging en/of verzorging	14	12	4	7	4	22	7	4	1	8
wel, verpleeg- huis, tijdelijk	1	1	2	2	2	1	0	0	0	1
wel, verpleeg- huis, permanent	5	7	3	2	2	1	1	1	1	2
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
rangorde met formele zorg	3	1	4	5	6	2	7	8	9	

a Er zijn uitsluitende categorieën geconstrueerd, met een oplopende zorgzwaarte. Bijvoorbeeld ouderen die verpleging en/of verzorging ontvangen, kunnen dat krijgen in combinatie met de hierboven genoemde zorgtypen.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

In de mediterrane landen ontvangen heel veel mensen met beperkingen nauwelijks een vorm van betaalde of professionele zorg; Griekenland (97%), Italië (90%), en Spanje (87%) voeren de lijst aan. Verrassend is dat ook Duitsland (84%) in de buurt van het mediterrane gebruik komt.

In Nederland, Denemarken en Frankrijk ontvangen duidelijk meer mensen met beperkingen een vorm van formele zorg. De vorm waarin deze wordt verleend verschilt. Zo ligt in Denemarken de nadruk op huishoudelijke zorg (rond 18%) terwijl in Frankrijk (22%) veel meer mensen verpleging en/of verzorging ontvangen. Denemarken geeft ook relatief veel intramurale zorg. In Nederland zijn, net als in de meeste andere landen, huishoudelijke en verzorgende verpleging redelijk in evenwicht.

Tabel 5.4 kan ons ook iets leren over de mate waarin formele thuiszorg een substituuat kan zijn voor intramurale zorg. Voor de drie landen waar formele zorg een belangrijke rol speelt lijkt alleen in Frankrijk sprake te zijn van substitutie tussen intramurale zorg en thuiszorg. Voor Nederland en Denemarken geldt dat er zowel veel thuiszorg als intramurale zorg beschikbaar is. Een hoog niveau van formele zorg kan duiden op een hoog voorzieningenniveau, maar ook op een laag niveau van informele zorg. Verder zien we dat in de landen waar weinig intramurale zorg is, vaak ook weinig formele thuiszorg bestaat (mediterrane landen). Deze bevindingen

duiden erop dat er zowel sprake kan zijn van een uitruil tussen informele en formele zorg, als tussen intramurale en extramurale formele zorg.

#### 5.4 Substitutie tussen informele en formele zorg

In paragraaf 5.3 kwam grosso modo het beeld naar voren dat een land waar veel formele thuiszorg wordt ontvangen, vaak ook een land is waar veel intramurale zorg is. Er lijkt dus geen sprake te zijn van substitutie tussen beide typen zorg. In deze paragraaf wordt nagegaan of er wel sprake is van substitutie tussen formele en informele zorg. Of is het zo dat formele en informele zorg elkaar aanvullen?<sup>3</sup> Daartoe wordt eerst in tabel 5.5 een overzicht gegeven van het percentage mensen met beperkingen dat enige vorm van zorg ontvangt (informeel of formeel). De tabel laat zien dat ongeveer 30% van de ouderen die zowel in objectieve als in subjectieve zin beperkt zijn geen zorg ontvangt. De mensen met beperkingen die geen zorg ontvangen blijken vooral mensen met psychische of cognitieve beperkingen. Ongeveer 40% van de mensen met beperkingen in de enge variant heeft uitsluitend informele zorg en ongeveer 30% formele zorg (en mogelijk ook informele zorg).

Tabel 5.5

Aandeel 50-plussers dat geen hulp, informele zorg en/of formele zorg ontvangt, naar mate van beperking, 2004 (in procenten)

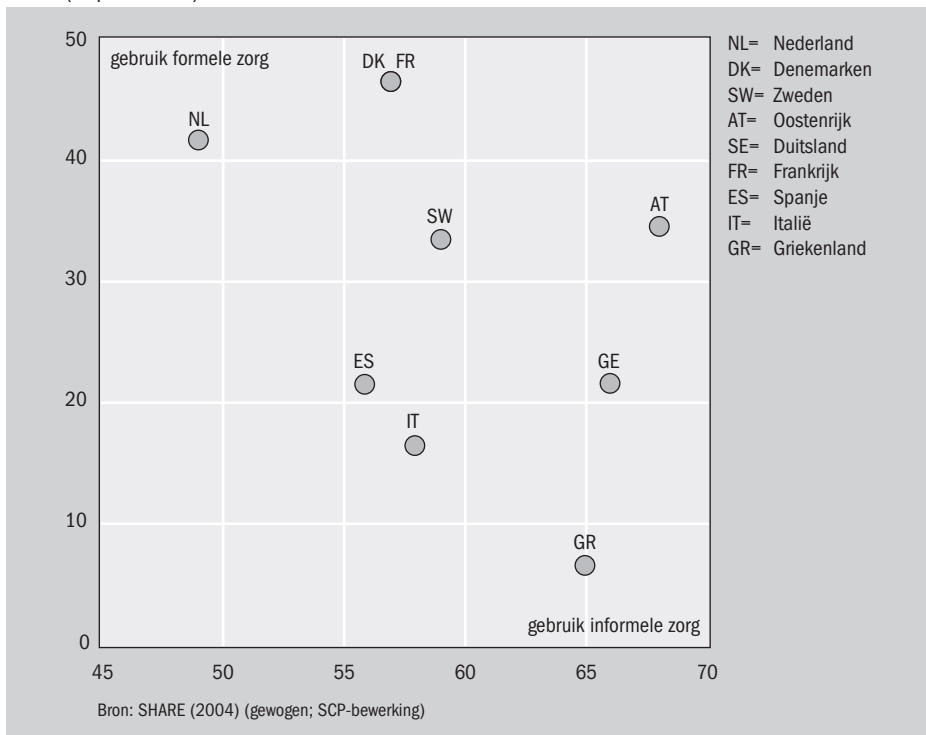
	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oosten- rijk	Duits- land	Frank- rijk	Spanje	Italië	Grie- kenland	totaal
personen met hoogstens lichte beperkingen										
geen hulp	84	79	82	82	83	85	92	90	89	85
alleen informele hulp	12	18	15	17	16	6	6	8	11	13
alleen of ook formele hulp	4	4	2	1	1	9	2	1	0	3
personen met matige of ernstige beperkingen, die geen beperkingen ervaren										
geen hulp	52	38	50	55	60	57	71	73	59	60
alleen informele hulp	23	29	34	33	31	18	21	21	39	27
alleen of ook formele hulp	25	34	16	12	9	25	8	6	1	13
personen met matige of ernstige beperkingen, die wel beperkingen ervaren (enge variant)										
geen hulp	33	25	30	22	30	29	39	36	34	32
alleen informele hulp	25	28	36	44	48	26	40	47	59	39
alleen of ook formele hulp	42	47	34	35	22	45	22	17	7	29
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

De mensen met beperkingen zijn in Denemarken, Zweden en Oostenrijk het beste af, in de zin dat daar de meeste mensen enige vorm van zorg ontvangen. Denemarken scoort hoog door het hoge niveau van formele zorg; bij Zweden en Oostenrijk wordt zowel veel formele zorg als van informele zorg gegeven. Nederland volgt (in de enge variant) globaal het Deense patroon: een hoog niveau van formele zorg en een gematigd niveau van informele zorg. Mensen met beperkingen zijn er in de Mediterrane landen het slechtst af: velen van hen ontvangen in het geheel geen zorg, en als ze zorg ontvangen is dat meestal uitsluitend van informele aard.

Het bovenstaande werkt de suggestie dat er voor sommige landen wel en voor andere geen sprake is van substitutie tussen formele en informele zorg. Substitutie lijkt aan de orde bij personen die zowel in objectieve als in subjectieve zin beperkt zijn. Landen met een hoog niveau van formele hulp hebben doorgaans een laag niveau van informele zorg en landen met een laag niveau van formele hulp hebben doorgaans een hoog niveau van informele zorg (zie figuur 5.6). Een duidelijke uitzondering op dit beeld vormt Oostenrijk, dat zowel hoog scoort op formele als op informele zorg. Dus heel sterk is de correlatie niet (-0,44).

Figuur 5.6  
Aandeel 50-plussers met beperkingen dat formele en informele zorg ontvangt, enge variant, 2004 (in procenten)



Wanneer we ons beperken tot personen die hulp ontvangen, blijkt er een sterke correlatie (-0,93) te bestaan tussen informele en formele hulp. Dit betekent in algemene zin dat waar veel informele hulp wordt gegeven weinig formele hulp wordt verleend (Griekenland, Italië, Spanje) en dat waar veel formele hulp wordt gegeven, weinig informele hulp wordt verleend (Denemarken, Nederland, Frankrijk). Bij personen met alleen matige beperkingen is het verband duidelijk minder sterk (-0,32).

Om het beeld nog verder aan te scherpen worden de uitkomsten uit enkele voorgaande tabellen samengevat in tabel 5.6.

Tabel 5.6

Landen naar type zorg dat ontvangen wordt door 50-plussers met beperkingen, ruime variant,<sup>a</sup> 2004 (in procenten)

	Neder-land	Dene-marken	Zweden	Oosten-rijik	Duits-land	Frank-rijik	Spanje	Italië	Grieken-land	totaal
niveau										
informele hdl-zorg van buiten huishouden	19,4	29,3	23,4	24,5	24	20,9	9,3	9,2	20,4	18,5
formele hdl-zorg	13,3	18	14	7,1	3,9	10,5	4,5	4,9	1,3	7,8
informele adl-zorg van buiten huishouden	4,5	4,8	4,8	9,8	10,4	5,1	5,3	9	9,9	7,1
formele adl-zorg	13,8	12,1	3,9	7,1	4,4	22,2	6,9	4,4	0,8	7,7
informele adl-zorg binnen huishouden	9,2	5,9	8,7	12,2	13,8	10,6	16,5	16,7	10,9	12,4
rangorde										
informele hdl-zorg van buiten huishouden	7	1	4	3	2	5	8	9	6	
formele hdl-zorg	3	1	2	5	8	4	7	6	9	
informele adl-zorg van buiten huishouden	9	8	7	3	1	6	5	4	2	
formele adl-zorg	2	3	8	4	6	1	5	7	9	
informele adl-zorg binnen huishouden	7	9	8	4	3	6	2	1	5	

a Er zijn uitsluitende categorieën geconstrueerd, met een oplopende zorgzwaarte. Bijvoorbeeld ouderen die verpleging en/of verzorging ontvangen, kunnen dat krijgen in combinatie met de hierboven genoemde zorgtypen.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Deze tabel laat de rangorde zien tussen landen in de mate van ontvangen zorg, onderverdeeld naar type zorg. Zo laten de eerste twee rijen zien dat in landen waar veel informele hdl-zorg wordt ontvangen, over het algemeen ook veel formele hdl-zorg wordt ontvangen. Het verband is weliswaar significant maar niet sterk (0,53) en er zijn duidelijke uitzonderingen (Duitsland, Nederland). Een positief voorbeeld is Denemarken, waar beide typen hdl-zorg in hoge mate voorkomen. Ook de medi-

terrane landen voldoen aan dit beeld, met een relatief laag niveau van formele en informele hdl-zorg. Nederland is echter een uitzondering met relatief veel formele en weinig informele hdl-zorg. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat in Nederland, in vergelijking met andere landen, minder een beroep wordt gedaan op de informele hulp van buiten het huishouden als het om huishoudelijke taken gaat. Het kan zijn dat dit zo is omdat in Nederland veel partners en inwonende kinderen informele zorg verlenen, maar dat lijkt niet zo te zijn gezien de gemiddelde beschikbaarheid van informele hulp (figuur 5.1). Het is ook mogelijk dat het huishoudelijke werk vooral door formele, dat wil zeggen betaalde en professionele, zorgverleners wordt gedaan of door de betaalde hulp in de huishouding.

De verzorging en verpleging (adl-zorg) laat een heel ander beeld zien. Tegenover veel informele adl-zorg van binnen of buiten het huishouden staat doorgaans weinig formele zorg. Het verband is negatief en ook iets sterker dan bij hdl-zorg (-0,60). Duidelijke voorbeelden daarvan zijn Griekenland en Duitsland, met veel informele en weinig formele adl-zorg, en aan de andere kant Nederland, Denemarken en Frankrijk, met veel formele en weinig informele adl-zorg. Wanneer ook de informele adl-zorg van binnen het huishouden erbij wordt betrokken – het betreft dan de totale informele adl-zorg – verandert het beeld niet. Dit alles zou de conclusie kunnen rechtvaardigen dat in de meeste Europese landen informele en formele zorg elkaar aanvullen bij huishoudelijke verzorging (complementariteit), en elkaar vervangen bij verzorging en verpleging (substitutie). Maar erg sterk is deze samenhang niet.

## 5.5 Ontvangers van formele huishoudelijke zorg

Een belangrijke recente ontwikkeling op het terrein van de maatschappelijke en sociale dienstverlening is de voorgenomen invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) in 2007. Hierin wordt onder meer de thuiszorg ondergebracht, die momenteel nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt. In totaal zal naar het zich nu laat aanzien voor ruim een miljard euro van de AWBZ worden overgeheveld naar de gemeenten, overwegend bedoeld om thuiszorg te verlenen.

Het huidige kabinet staat met de WMO een drieslag voor ogen: een groter beroep op draagkracht van de burgers, een beperking van de AWBZ-aanspraken en een centralisatie van de functie maatschappelijke ondersteuning. Om inzicht te verschaffen in de maatschappelijke ondersteuning, zijn we nagegaan in hoeverre er in de verschillende landen een beroep wordt gedaan op formeel geregelde huishoudelijke verzorging, in hoeverre deze mensen daarnaast ook informele zorg ontvangen, in welke mate ze toegang hebben tot informele zorg en in welke mate ze beperkingen ondervinden. De uitkomsten zijn vermeld in tabel 5.7.

De vierde rij in tabel 5.7 laat zien dat mensen met beperkingen in Denemarken, Nederland en Zweden relatief veel formeel geregelde huishoudelijke verzorging ontvangen. In Denemarken is dat 28%, in Nederland 24% en in Zweden 16% van de mensen met beperkingen. Formeel geregeld betekent hier, net als overall in dit rapport, betaalde private of publieke zorg. Ook de particulier betaalde huishoudelijke zorg die wordt verleend vanwege gezondheidsproblemen valt hieronder. In Nederland wordt dit type zorg verleend aan een grote groep. De formeel geregelde huishoudelijke verzorging komt vooral ten goede aan mensen met matige of ernstige beperkingen. In Nederland heeft 74% van de 50-plussers die formeel geregelde huishoudelijke verzorging ontvangen een matige of ernstige beperking (rij 7). Daarmee zit Nederland bij een landengemiddelde van 81% aan de lage kant. Italië, Frankrijk en Oostenrijk komen aanzienlijk hoger uit. Een vergelijkbaar beeld ontstaat als de gemiddelde leeftijd van 50-plussers (rij 1) en 50-plussers met een beperking (rij 3) wordt vergeleken met de gemiddelde leeftijd van mensen met formeel geregelde huishoudelijke verzorging (rij 6): Nederland scoort onder het gemiddelde. De verschillen zijn hier echter minder groot.

Tabel 5.7

Kenmerken van 50-plussers die formeel geregelde huishoudelijke verzorging ontvangen, ruime variant voor beperkingen, 2004 (in leeftijden en procenten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oosten- rijk	Duits- land	Frank- rijk	Spanje	Italië	Grieken- land	totaal
50-plussers										
1 gemiddelde leeftijd	64	65	66	65	65	65	66	66	65	65
2 aandeel mensen met beperkingen	25	26	26	30	27	35	48	41	35	32
50-plussers met beperkingen										
3 gemiddelde leeftijd	69	70	72	70	72	70	70	71	71	71
4 aandeel ontvangers van formele hdl-zorg	24	28	16	9	6	18	6	6	0	11
5 aandeel ontvangers van informele zorg	42	50	51	52	54	42	35	37	47	45
50-plussers met formele hdl-zorg										
6 gemiddelde leeftijd	75	78	82	78	81	81	77	77	-	78
7 aandeel mensen met een beperking	74	80	80	87	83	89	78	92	-	81
8 aandeel ontvangers van informele zorg	51	49	60	67	77	69	46	47	-	57

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Gezien de leeftijd en de beperkingen van de ontvangers van formele hdl-zorg lijkt de huishoudelijke verzorging grotendeels ten goede te komen aan mensen die ook zorg op titel van de AWBZ zouden kunnen ontvangen. Aan de andere kant heeft circa 25% van de mensen in Nederland die formele huishoudelijke verzorging ontvangen geen matige of ernstige beperking.

Uit tabel 5.7 blijkt verder dat de informele zorg een grote rol speelt als mensen ook hdl-zorg ontvangen. Gemiddeld ontvangt 57% van de mensen met hdl-zorg tevens informele zorg. Hier is dus sprake van aanvullende activiteiten.

## Noten

- 1 Er is ook geëxperimenteerd met een enge definitie, waarbij uitsluitend ernstige beperkingen van lichamelijke, psychische of cognitieve aard in aanmerking zijn genomen. Hiermee heeft een vergelijkbaar aantal, 13% van de 50-plussers, te maken. Deze definitie levert in vrijwel alle analyses (ook die in hoofdstuk 6) vergelijkbare uitkomsten op.
- 2 In de strenge variant daalt dit percentage slechts weinig en ontvangt 69% van de mensen met matige of ernstige beperkingen geen formele zorg.
- 3 In Timmermans (2001) wordt betoogd dat sommige Nederlandse onderzoeken wijzen in de richting van substitutie en andere in de richting van complementariteit.



## 6 Van beperkingen naar formele zorg

In dit hoofdstuk wordt een modelmatige invulling gegeven van de verschillende samenhangen die in figuur 1.2 in beeld worden gebracht. De belangrijkste te verklaren grootheden zijn de mate van beperkingen (§ 6.1), de beschikbaarheid van een informeel netwerk (§ 6.2) en de zorg die mensen met beperkingen ontvangen (§ 6.3). Met deze modellen kunnen simulaties worden uitgevoerd. Een van de simulaties betreft de zorg die een gemiddelde Nederlander in een ander land zou ontvangen (§ 6.4).

Bij het modelleren van de factoren die het gebruik en de keuze van de hulp bepalen wordt aangesloten bij het door Andersen en Newman (1973) ontwikkelde conceptuele model (zie figuur 1.2). Uit empirische toetsing van dit model kwam naar voren dat dit model goed bruikbaar is (Kempen en Suurmeijer 1991). Globaal worden drie groepen factoren onderscheiden om de hulpverlening te verklaren: de hulpbehoefte, de beschikbare hulpmiddelen en de sociale condities. Daarnaast worden landendummy's gebruikt om landenspecifieke effecten weer te geven ten opzichte van Nederland.

De hulpbehoefte is gemeten met schalen die de mate van lichamelijke, psychische en cognitieve beperkingen weergeven. Deze schalen lopen op van geen beperkingen (0) tot ernstige beperkingen (3). Zij bepalen in belangrijke mate waarin mensen allerlei levensverrichtingen kunnen uitvoeren die van belang zijn voor het dagelijkse functioneren. Daarbij gaat het om huishoudelijk werk, persoonlijke verzorging en administratieve werkzaamheden. In de dagelijkse praktijk worden deze beperkingen niet altijd als hinderlijk ervaren.

De ernst van de beperkingen vormt één van de factoren die de vraag naar hulp verklaren.

In het gebruikte gegevensbestand had 32% van de 50-plussers wel een lichamelijke, psychische of cognitieve beperking van matige of ernstige aard, maar slechts 43% van hen (dus 14% van de 50-plussers) ervoer dat in de praktijk ook als een gezondheidsprobleem dat het dagelijkse functioneren beperkt. Op basis hiervan is een ruime, respectievelijk enge variant voor beperkingen onderscheiden. De ruime variant heeft uitsluitend betrekking op de ernst van de beperkingen, terwijl de enge variant ook nog als voorwaarde stelt dat betrokkenen ook daadwerkelijk hinder van hun beperkingen ondervinden in het dagelijkse functioneren.

De hulpbronnen kunnen zowel van materiële als van immateriële aard zijn. Als materiële hulpbron fungeert hier het inkomen van het huishouden. Het inkomen is in SHARE in brutobedragen gevraagd. Om de inkomens binnen en tussen landen beter vergelijkbaar te maken wordt hier niet uitgegaan van brutobedragen maar van relatieve posities per land. Deze relatieve posities zijn bepaald door per land de responderende huishoudens in te delen in 10%-groepen van olopende huishoudensinkomens.

De immateriële hulpbronnen worden gevormd door de informele netwerken waarover mensen kunnen beschikken. Conform de beleidssystemen in de verschillende landen (zie hoofdstuk 1) worden alleen familieleden gerekend tot het informele netwerk waarop mensen een beroep zouden moeten doen voor ondersteuning. Weliswaar kunnen ook vrienden, bekenden of burens informele hulp geven, maar deze kunnen daar formeel niet op worden aangesproken. In dit rapport worden alleen personen tot het informele netwerk gerekend die daarop door de overheid kunnen worden aangesproken. Bij de beschikbaarheid van familieleden wordt een onderscheid gemaakt tussen personen die in principe wel beschikbaar zijn maar in de praktijk nauwelijks, en personen die in de praktijk wel beschikbaar zijn. Personen met een voltijd baan en personen die zelf door ziekte of arbeidsongeschiktheid beperkt zijn in het dagelijkse functioneren worden wel als principieel maar niet als praktisch beschikbaar aangemerkt.

Tot de sociale condities worden factoren als geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en stedelijkheid gerekend. Zij bevatten zowel culturele als structurele aspecten die van invloed zijn op de hulpvraag. Zo zijn vrouwen door maatschappelijke condities doorgaans beter in staat om zichzelf te redden dan mannen. Uit onderzoek is echter gebleken dat de invloed van sociale condities beperkt is (Kempen en Suurmeijer 1991). Bij het gebruik van leeftijd als 'sociale conditie' moet worden opgemerkt dat leeftijd ook deels hulpbehoefte kan indiceren, als hulpbehoefte niet perfect door de gekozen indicatoren voor beperkingen wordt gemeten.

De verleende hulp is ingedeeld in twee groepen: informele hulp en formele hulp. Bij de informele hulp gaat het om de huishoudelijke hulp, de persoonlijke verzorging en administratieve hulp die bekenden geven, zoals boodschappen doen, het aankleden bij het opstaan en naar bed gaan, en het invullen van formulieren. Bij formele hulp gaat het om dezelfde activiteiten, maar dan verleend door betaalde of professionele hulpverleners. De formele hulp kan zowel van particuliere als van publieke aard zijn. In het gebruikte gegevensbestand (SHARE) kunnen deze beide vormen van formele hulp helaas niet worden onderscheiden. Om het model niet al te complex te maken blijft de intensiteit van de verleende hulp buiten beschouwing.

### 6.1 *Wie hebben beperkingen?*

In hoofdstuk 2 werd reeds gewezen op het feit dat de in de analyse gevonden verschillen tussen de landen in aantallen mensen met beperkingen voor een belangrijk deel kunnen worden toegeschreven aan de mate waarin mensen in de verschillende landen te maken hebben met chronische aandoeningen zoals hart- en longziekten, kanker, gewrichtsaandoeningen, diabetes en hoge bloeddruk. Maar ook andere factoren bieden een verklaring voor de waargenomen landenverschillen, zoals leeftijd en opleidingsniveau. Tabel 6.1 geeft een beeld van de factoren die verschillen in beperkingen verklaren. Daarbij zijn de diverse vormen van beperkingen – lichamelijke, psychische

en cognitieve – in één maat voor de ernst van de beperkingen samengevoegd, die loopt van 0 (geen beperkingen) tot 9 (veel beperkingen) en gemiddeld uitkomt op 1,65.

Tabel 6.1

De invloed van verschillende factoren op het optreden van beperkingen, 2004  
(in gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)<sup>a</sup>

	partieel (multivariaat) effect	totaal (bivariaat) effect
geslacht: vrouw	0,11**	
alleenstaande	0,06**	
opleidingsniveau	-0,12**	
leeftijd		
50-64 jaar	ref.	
65-74 jaar	0,04**	
75-84 jaar	0,14**	
≥ 85 jaar	0,15**	
aandoeningen		
aandoening ooit gehad	0,12**	
aandoening nu aanwezig	0,40**	
landendummy's		
Nederland	ref.	
Denemarken	-0,01	0,01
Zweden	-0,03**	0,01
Oostenrijk	0,02**	0,04**
Duitsland	0,02**	0,03**
Frankrijk	0,03**	0,08**
Spanje	0,15**	0,26**
Italië	0,09**	0,15**
Griekenland	0,05**	0,09**
R <sup>2</sup>	0,46	0,07
n	20.566	

a Door de variabelen te standaardiseren naar normaal verdeelde grootheden [0,1] zijn de regressiecoëfficiënten vergelijkbaar gemaakt.  
\* = 5%-significantieniveau; \*\* = 1%-significantieniveau; OLS-regressiemodel; een ordered-probitmodel geeft geheel vergelijkbare uitkomsten.  
De hulpbehoefte is samengevat in één maat voor beperkingen. Deze maat is samengesteld uit de afzonderlijke maten voor lichamelijke, psychische en cognitieve beperkingen (zie hoofdstuk 2). Deze maat voor de ernst van de beperkingen loopt van 0 (geen beperkingen) tot 9 (veel beperkingen).

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

De verklaringskracht is met 46% als hoog aan te merken (zie kolom 'partieel (multivariaat) effect'). De belangrijkste determinant is de aanwezigheid van chronische kwalen. Daarnaast verhoogt leeftijd nog de aanwezigheid van beperkingen. Hierin

komen waarschijnlijk mede gezondheidsfactoren tot uitdrukking die niet in de betrokken chronische kwalen zijn opgenomen. Voorts hebben vrouwen, alleenstaanden en personen met een lagere opleiding een hogere kans op beperkingen. Het eerste houdt voornamelijk verband met de psychische gesteldheid van vrouwen, die doorgaans ongunstiger is dan die van mannen. Op fysiek en cognitief niveau ontlopen mannen en vrouwen elkaar nauwelijks. Het effect van opleidingsniveau houdt vermoedelijk mede verband met de (vroegere) arbeidssituatie, die voor lager opgeleide personen doorgaans minder gunstig is dan voor hoger opgeleide personen, en met een ongezonere leefstijl.

Wanneer rekening wordt gehouden met de relevante persoonskenmerken, treden er toch nog verschillen tussen landen op, al zijn die aanzienlijk kleiner dan wanneer geen rekening met deze persoonskenmerken zou worden gehouden (zie kolom 'totaal (bivariaat) effect'). Zonder duidelijk aanwijsbare reden zijn er met name in Spanje, maar ook wel in Italië, meer mensen met beperkingen dan in de andere landen. Het lijkt erop dat hier een noord-zuidverschil aan de orde is, omdat de coëfficiënten bij de Scandinavische landen (licht) negatief zijn en bij landen als Nederland, Duitsland en Oostenrijk gemiddeld.

Bij de beperkingen wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen met beperkingen (32%) en mensen die deze beperkingen in de dagelijkse praktijk ook zo ervoeren (14%) of niet (18%). De totale groep mensen met beperkingen werd aangeduid als de ruime groep ('ruime variant'), de groep mensen die in de dagelijkse praktijk ook problemen met hun beperkingen mee hadden, werd aangeduid als de enge groep ('enge variant'). Het is duidelijk dat de behoefte aan hulp zich vooral concentreert bij de tweede groep. In dit verband is het van belang om de invloed van de eerder genoemde determinanten voor beperkingen te bepalen voor de drie onderscheiden groepen: mensen zonder beperkingen (de referentiegroep), mensen met beperkingen die daar in de praktijk geen hinder van ondervinden en mensen met beperkingen die daar wel hinder van ondervinden.

Uit tabel 6.2 blijkt dat enkele opmerkelijke verschillen optreden. De invloed van leeftijd, maar vooral van aandoeningen is, zoals verwacht, duidelijk pregnanter als het gaat om mensen die zowel in objectieve als in subjectieve zin beperkingen ervaren. Opmerkelijker is echter dat de landeneffecten geheel anders uitvallen. In Spanje, Italië en Griekenland zien we een oververtegenwoordiging van mensen die wel beperkingen hebben, maar die niet als zodanig in de dagelijkse praktijk ervaren. Daarentegen zien we bij Zweden, Denemarken en opnieuw Griekenland een ondervertegenwoordiging van mensen die zowel in objectieve als in subjectieve zin beperkingen ervaren. Daarbij is dus rekening gehouden met de aanwezigheid van andere relevante determinanten. Overigens zijn de landenverschillen bij de tweede groep (zowel objectief als subjectief beperkt) minder pregnant aanwezig dan bij de eerste groep (alleen objectief beperkt).

Tabel 6.2

De invloed van verschillende factoren op het optreden van beperkingen, ingedeeld in wel of niet zo ervaren<sup>a</sup>, 2004 (in gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)

	heeft wel, maar ervaart geen beperkingen	heeft wel en ervaart ook beperkingen
omvang groep (als % van het totaal aantal 50-plussers)	18%	14%
geslacht: vrouw	0,75**	0,31**
alleenstaande	0,21**	0,20**
opleidingsniveau	-0,18**	-0,26**
leeftijd		
50-64 jaar	ref.	ref.
65-74 jaar	0,33**	0,10
75-84 jaar	0,85**	0,92**
≥ 85 jaar	1,73**	1,88**
aandoeningen		
aandoening ooit gehad	0,14**	0,33**
aandoening nu aanwezig	0,58**	0,86**
landendummy's		
Nederland	ref.	ref.
Denemarken	0,11	-0,38**
Zweden	-0,17	-0,63**
Oostenrijk	0,38**	0,01
Duitsland	-0,06	0,04
Frankrijk	0,39**	0,05
Spanje	1,11**	0,02
Italië	0,66**	-0,09
Griekenland	0,68**	-0,43**
R <sup>2</sup>	0,24	
n	20.566	

a \* = 5%-significantieniveau; \*\* = 1%-significantieniveau; multinomiale logit; effecten ten opzichte van 'geen beperkingen'.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

## 6.2 Welke mensen met beperkingen hebben informele netwerken?

In hoofdstuk 3 is gebleken dat 50-plussers in aanzienlijke mate over informele hulp kunnen beschikken. Slechts 20% van de huishoudens in de betrokken landen ontbeert een informeel netwerk. Nemen we alleen mensen met beperkingen, dan verschilt het beeld nauwelijks. Een kleine 25% van de 50-plussers met beperkingen kan geen beroep doen op informele hulp. Bij de vraag welke mensen meer of minder

over informele netwerken beschikken, spelen de sociale condities een rol, maar ook beperkingen in het functioneren kunnen van invloed zijn op de beschikbaarheid van informele netwerken. Daarnaast kan ook inkomen een rol spelen, hoewel dit analytisch tot de hulpbronnen is gerekend. Inkomen heeft immers niet alleen een materiele betekenis (koopkracht) maar ook een immateriële betekenis (status).

Onderscheiden we informele hulp die binnen of buiten het eigen huishouden beschikbaar is, dan blijkt dat ongeveer de helft van de 50-plussers met beperkingen over informele hulp binnen het huishouden en bijna de helft over informele hulp van buiten het huishouden kan beschikken (figuur 5.1). De landenverschillen voor hulp die binnen het huishouden beschikbaar is, zijn groter dan die voor hulp die buiten het huishouden beschikbaar is. Bij de hulp die blijkens figuur 5.1 binnen het huishouden beschikbaar is scoren Spanje en Italië nogal hoog en Denemarken nogal laag. Hier tekent zich opnieuw een noord-zuidtegenstelling af, hoewel Griekenland hierop een duidelijke uitzondering vormt. Bij de hulp die van buiten het huishouden beschikbaar is, is het beeld meer diffuus. Griekenland voert de lijst aan en Frankrijk sluit de rij.

In tabel 6.3 is aangegeven welke factoren de verschillen in beschikbaarheid van informele hulp nader kunnen duiden. Daarbij is zowel de ruime variant (mensen met matige of ernstige beperkingen) als de enge variant (mensen die dit ook zo ervaren) opgenomen. Veel verklarende kracht hebben deze factoren niet: 7 à 9% bij de verklaring van verschillen in beschikbaarheid binnen en slechts 2% bij de verklaring van verschillen in beschikbaarheid buiten het eigen huishouden. De verschillen tussen beide varianten zijn minimaal.

Bij het verklaren van verschillen in beschikbaarheid binnen het eigen huishouden speelt leeftijd een belangrijke rol. Naarmate men ouder wordt, neemt de kans dat men een partner verliest toe. De eerder genoemde noord-zuidtegenstelling is nog globaal terug te vinden, zij het met uitzondering van Griekenland. Ook in Oostenrijk is de informele beschikbaarheid van hulp binnen het eigen huishouden beperkt. Inkomen speelt eveneens een rol: hoe hoger het inkomen, hoe hoger de kans dat een kind of partner beschikbaar is binnen het huishouden. Hoewel het inkomenseffect significant is, is de betekenis gezien de hoogte van de coëfficiënt beperkt. Het opleidingsniveau speelt geen rol en stedelijkheid speelt alleen een bescheiden rol bij de ruime variant: hoe meer stedelijk het gebied hoe minder leden binnen het huishouden beschikbaar zijn. In de enge variant is dit effect niet meer significant.

Bij het verklaren van verschillen in beschikbaarheid buiten het eigen huishouden speelt leeftijd slechts een bescheiden rol. Wel is opleidingsniveau nu van belang: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager de beschikbaarheid van een uithuizig familienetwerk. Het betreft hier echter een bescheiden effect. Wellicht ten overvloede zij vermeld dat alleen kinderen (en eventueel uitwonende partners) tot het informele netwerk buitenshuis worden gerekend. Stedelijkheid speelt een geringe maar wel

ambivalente rol: in de ruime variant draagt stedelijkheid positief bij aan de beschikbaarheid van een uithuizig netwerk maar in de enge variant is deze bijdrage negatief. Significante verschillen tussen landen treden nauwelijks op: alleen Frankrijk onderscheidt zich enigszins in negatieve zin.

Tabel 6.3

De invloed van verschillende factoren op de beschikbaarheid van informele netwerken bij mensen met beperkingen<sup>a</sup>, 2004 (in gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)

	ruime beperkingen		enge beperkingen	
	binnen het huishouden	buiten het huishouden	binnen het huishouden	buiten het huishouden
geslacht: vrouw	-	-	-	-
opleidingsniveau	-	-0,06	-	-0,06
stedelijkheid	-0,06	0,04	-	-0,06
inkomen	0,09	-0,06	0,10	-
leeftijd				
50-64 jaar	ref.	ref.	ref.	ref.
65-74 jaar	-0,36	0,19	-0,26	-
75-84 jaar	-0,72	0,18	-0,65	-
≥ 85 jaar	-0,95	0,20	-0,84	0,22
ernst van de beperkingen	-0,06	0,03	-0,06	-
landendummy's				
Nederland	ref.	ref.	ref.	ref.
Denemarken	-0,36	-	-0,30	-
Zweden	-	-	-	-
Oostenrijk	-0,44	-	-0,46	-
Duitsland	-	-	-	-
Frankrijk	-0,29	-0,21	-	-0,29
Spanje	0,25	-	0,27	-
Italië	0,20	-	-	-
Griekenland	-0,20	-	-	-
R <sup>2</sup>	0,11	0,10	0,10	0,03
n	6442		2687	

a Alleen significante coëfficiënten (1%-niveau); probitmodel.  
- = Gegevens ontbreken.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

In het algemeen kan worden gesteld dat de beschikbaarheid van informele netwerken slechts in zeer beperkte mate afhangt van sociale en culturele factoren. Alleen de leeftijd van de betrokkene en het land waarin deze woont spelen een rol. Hoe

hoger de leeftijd, des te kleiner de kans dat iemand binnen het huishouden beschikbaar is. Des te zuidelijker het land, des te hoger de kans dat iemand binnen het huishouden beschikbaar is. De overige factoren doen er nauwelijks toe.

### 6.3 Hoe worden mensen met beperkingen geholpen?

De hulp die mensen met beperkingen daadwerkelijk ontvangen kan van informele en/of formele aard zijn. In feite zijn drie situaties mogelijk: geen hulp ontvangen, alleen informele hulp ontvangen of formele hulp ontvangen (eventueel aanvullend op informele hulp). Deze drie situaties kunnen tegelijk in ogenschouw worden genomen (alsof er een keuze is tussen deze drie mogelijkheden) of men kan twee opeenvolgende situaties onderscheiden: (1) men ontvangt wel of geen hulp, en (2) voor mensen die hulp ontvangen of dit informele dan wel formele hulp betreft. Hier wordt voor de tweede benadering gekozen, omdat wordt aangenomen dat de drie opties niet betrekking hebben op vergelijkbare situaties. Voor mensen met beperkingen die formele hulp ontvangen is geen hulp ontvangen doorgaans geen vergelijkbare optie. De eerste vraag zal zijn of men hulp nodig heeft of niet, en de tweede vraag of deze hulp door het informele netwerk kan worden gegeven of dat formele hulp de aangegeven optie is.

Tabel 6.4

De invloed van verschillende factoren op het ontvangen van hulp bij mensen met beperkingen, <sup>a</sup> 2004 (in gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)

	groep mensen met beperkingen		groep mensen met beperkingen en met hulp	
	stap 1: wel/geen hulp ontvangen		stap 2: wel/geen formele hulp ontvangen	
	ruime variant voor beperkingen	enge variant voor beperkingen	ruime variant voor beperkingen	enge variant voor beperkingen
<b>hulpbehoefte</b>				
ernst van de beperkingen				
lichamelijke beperkingen	0,60**	0,66**	0,27**	0,27**
psychische beperkingen	0,14**	0,08**	0,06**	0,04
cognitieve beperkingen	0,11**	0,07*	0,00	-0,01
<b>hulpbronnen</b>				
beschikbaarheid informele zorg				
totaal buiten huishouden beschikbaar	0,35**	0,31**	-0,25**	-0,29**
totaal binnen huishouden beschikbaar	0,08*	0,25**	-0,66**	-0,72**
alleen in principe buiten huishouden	-0,08	-0,11	0,17**	0,34**



Tabel 6.4 (vervolg)

	groep mensen met beperkingen		groep mensen met beperkingen en met hulp	
	stap 1: wel/geen hulp ontvangen		stap 2: wel/geen formele hulp ontvangen	
	ruime variant voor beperkingen	enge variant voor beperkingen	ruime variant voor beperkingen	enge variant voor beperkingen
alleen in principe binnen huishouden	0,10	-0,03	0,28**	0,48**
inkomen	-0,02**	0,01	-0,02	-0,01
sociale condities				
geslacht: vrouw	0,02	-0,02	0,06	0,10
opleidingsniveau	0,02	0,06**	0,02	0,00
stedelijkheid	-0,01	-0,01	0,04*	0,05*
leeftijd				
50-64 jaar	ref.	ref.	ref.	ref.
65-74 jaar	0,13**	0,17**	0,12	0,07
75-84 jaar	0,46**	0,59**	0,40**	0,37**
≥ 85 jaar	0,98**	1,02**	0,90**	1,01**
landendummy's				
Nederland	ref.	ref.	ref.	ref.
Denemarken	0,23**	0,23	-0,08	-0,08
Zweden	-0,05	-0,07	-0,66**	-0,67**
Oostenrijk	-0,04	0,18	-0,74**	-0,73**
Duitsland	-0,17*	-0,09	-1,00**	-1,08**
Frankrijk	0,02	0,14	0,08	-0,10
Spanje	-0,63**	-0,44**	-0,72**	-0,92**
Italië	-0,56**	-0,31**	-0,83**	-0,95**
Griekenland	-0,32**	-0,19	-2,08**	-2,13**
R <sup>2</sup>	0,20	0,18	0,22	0,22
n	6442	2687	3223	1785

a \* = 5%-significantieniveau; \*\* = 1%-significantieniveau; probitmodel.

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

Tabel 6.4 geeft de uitkomsten van een tweestaps probitmodel. Eerst wordt gezocht naar factoren die het wel of niet ontvangen van hulp kunnen verklaren, vervolgens wordt voor degenen die daadwerkelijk hulp ontvangen gezocht naar factoren die bepalen of dit informele of formele hulp zal zijn. Landenverschillen kunnen hierbij een rol spelen, maar eerst wordt gekeken naar de leeftijdsopbouw in een land, de ernst van de beperkingen, de beschikbaarheid van de informele zorg, en andere

mogelijk relevante factoren die betrekking hebben op beschikbare hulpbronnen en sociale condities.

Leeftijd en beperkingen hebben het verwachte effect op het wel of niet ontvangen van hulp (stap 1). Hoe ernstiger de beperkingen zijn, des te groter is de kans dat hulp wordt ontvangen. Vooral het hebben van ernstige lichamelijke beperkingen geeft aanleiding tot het ontvangen van hulp, maar ook mensen die last hebben van ernstige depressieve gevoelens (weergegeven als psychische beperkingen) ontvangen vaker hulp dan mensen die daar geen last van hebben. Mensen die last hebben van cognitieve beperkingen ontvangen ook wel meer hulp, maar het gaat hier om een relatief beperkt effect. Opmerkelijk is dat daarnaast leeftijd nog een belangrijke rol speelt: hoe ouder iemand is, hoe groter de kans dat hij of zij hulp ontvangt.<sup>1</sup> Achtergrondkenmerken zoals geslacht en opleidingsniveau doen er nauwelijks toe. Wel blijkt de beschikbaarheid van een informeel netwerk de kans op hulp groter te maken. Vooral de beschikbaarheid van een extern netwerk vergroot de kans op het inroepen van hulp. De bescheiden invloed die van een beschikbaar intern netwerk op de kans op hulp blijkt uit te gaan, is op het eerste gezicht niet goed te duiden. Opmerkelijk is dat dit effect sterker is als we alleen naar de echt beperkte mensen kijken ('enge variant'). Hier ligt ook het aanknopingspunt voor de interpretatie. Een nadere analyse heeft uitgewezen dat het geringe effect van het informele thuisnetwerk voornamelijk optreedt bij personen die geen ernstige beperking hebben en al dan niet gehuwd samenwonen met een (vrouwelijke) partner. Op de vraag of deze (vrouwelijke) partner hulp geeft aan betrokkene vanwege een niet-ernstige beperking zal nogal eens ontkennend worden geantwoord, omdat deze partner altijd al gewend is het huishouden te verzorgen. Dat betrokkene dat niet (meer) kan doet dan niet ter zake. Ook het feit of de hulp alleen in principe of ook in de praktijk beschikbaar is speelt geen rol bij het al dan niet inroepen van hulp. Zoals gezegd is dit onderscheid gebaseerd op het al dan niet beschikbaar zijn wegens beroepsarbeid of ziekte.

Er zijn aanzienlijke verschillen tussen landen. In vergelijking met Nederland zijn mensen met beperkingen relatief slecht af in de mediterrane landen (Spanje, Italië en Griekenland). Daar kunnen ze in het algemeen minder op hulp rekenen. De Denen zijn in vergelijking met Nederland juist iets beter af en Zweden en Frankrijk zitten ongeveer op het Nederlandse niveau.

Wanneer mensen hulp ontvangen, kan deze hulp van informele of formele aard zijn. Opmerkelijk is dat de kans op formele hulp vooral toeneemt met de leeftijd. Ook de ernst van de beperking blijkt van invloed op de aard van de verleende hulp, zij het minder sterk dan leeftijd. Vooral mensen met ernstige lichamelijke beperkingen hebben een hogere kans op formele hulp, maar het effect is niet bijzonder sterk. Dit betekent dat de omvang van de hulpbehoefte van invloed is op de keuze tussen informele en formele hulp: hoe groter de hulpbehoefte, hoe groter de kans op formele hulp. De omvang van dit effect lijkt echter niet goed te bepalen, omdat leeftijd ver-

schillende effecten kan vertegenwoordigen. Hoewel leeftijd in het model van Andersen en Newman (1973) als sociale conditie is opgenomen, kan leeftijd ook worden gezien als een indicator voor de mate van beperkingen (voor zover niet gemeten met de indicatoren voor beperkingen) en als een indicator voor beschikbare hulpbronnen (voor zover niet gemeten met de indicatoren voor beschikbare informele netwerken).

Wat betreft de hulpbronnen verkleint de beschikbaarheid van een informeel netwerk de kans op formele hulp, wat duidt op een substitutie-effect. Dit effect is bescheiden bij de beschikbaarheid van een extern netwerk maar aanzienlijk bij de beschikbaarheid van een intern netwerk. Duidelijk is dus dat de beschikbaarheid van een informeel netwerk de kans op formele hulp verkleint. Opmerkelijk is verder dat als het informele netwerk alleen in principe beschikbaar is, dus als betrokkenen voltijd werken of ziek zijn, juist de kans op formele hulp toeneemt. Wanneer het informele netwerk in de praktijk niet beschikbaar is, wordt conform de verwachting eerder formele hulp ingeroepen. Het inkomen speelt als hulpbron geen rol van betekenis. Binnen de categorie formele hulp speelt inkomen in de praktijk duidelijk wel een rol, maar het onderscheid tussen betaalde (private) hulp en professionele (publieke) hulp kan in dit rapport niet worden gemaakt. Lagere inkomens roepen eerder publieke hulp in en hogere inkomens eerder particuliere hulp.<sup>2</sup>

De invloed van de sociale condities beperkt zich tot leeftijd en stedelijkheid. De interpretatie van leeftijd als sociale conditie bij de keuze tussen informele en formele hulp is niet direct duidelijk. Zoals gezegd kan leeftijd ook staan voor andere factoren in het model, zoals hulpbehoefte en hulpbronnen. Een interpretatie van leeftijd als indicator voor hulpbehoefte en hulpbron is wel duidelijk. Wat betreft stedelijkheid blijkt dat stedelingen, bij overig vergelijkbare omstandigheden, een iets grotere kans hebben op formele dan op informele hulp.

Zelfs nadat er wordt gecorrigeerd voor de hierboven beschreven factoren, blijven er nog aanzienlijke verschillen tussen landen bestaan in de kans om formele zorg te ontvangen. Ten opzichte van Nederland is er geen enkel land waar de kans op formele hulp groter is. Wel is deze kans in Frankrijk en Denemarken nagenoeg gelijk aan die in Nederland. De kans op formele hulp is zeer klein in Griekenland, maar ook in Duitsland en Italië domineert de informele hulpverlening, op de voet gevolgd door Spanje, Oostenrijk en Zweden.

#### 6.4 Enkele modelsimulaties

We zagen in paragraaf 6.3 dat ook nadat rekening is gehouden met verschillen in hulpbehoefte, hulpbronnen en sociale condities, de kans op het ontvangen van hulp en de kans die men vervolgens heeft om formele hulp te krijgen sterk verschilt tussen landen. Daarvoor zijn institutionele factoren in belangrijke mate verantwoordelijk. Deze institutionele factoren kunnen zowel betrekking hebben op de maatschap-

pelijke als op de politieke context. De maatschappelijke context betreft met name de wijze waarop men gewend is informele hulp te verstrekken, en de politieke context met name de wijze waarop de formele hulp daarop inspeelt.

Ondanks de betrekkelijk matige verklaringskracht van het hulpverleningsmodel dat in paragraaf 6.3 is gepresenteerd, biedt dit model mogelijkheden voor simulaties door na te gaan welke gevolgen voortvloeien uit veranderingen in de waarde van de variabelen die zijn gekozen om de hulpbehoefte, de hulpbronnen en de sociale condities te bepalen. Deze simulaties zijn vooral interessant waar het variabelen betreft die direct of indirect door het beleid kunnen worden beïnvloed. Maar simulaties bieden ook de mogelijkheid om de invloed van betrekkelijk autonome maatschappelijke ontwikkelingen door te rekenen, zoals de toenemende vergrijzing en de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen. Hier worden enkele simulaties uitgevoerd die de mogelijkheden van het hulpverleningsmodel illustreren. We gaan daarbij uit van het model dat in tabel 6.4 is geschat volgens de ruime variant van beperkingen.

Gekozen is voor de volgende simulaties:

- 1 Welke zorg zou een Nederlander met beperkingen in een ander land ontvangen?
- 2 Welke zorg zouden mensen in de verschillende landen ontvangen bij een mediterrane netwerk?
- 3 Welke zorg zouden mensen in de verschillende landen ontvangen bij een Scandinavisch netwerk?

In de eerste simulatie wordt berekend welke hulp een Nederlander zou ontvangen als hij met een zorgsysteem in een ander land te maken zou krijgen. We gaan daarbij uit van de gemiddelde score die een Nederlander heeft op de in het model opgenomen kenmerken.<sup>3</sup> Dit betekent dat wordt uitgegaan van zijn hulpbehoefte, (gezondheidsbeperkingen), zijn hulpbronnen (informeel netwerk) en zijn sociale condities (leeftijd, opleidingsniveau). Vervolgens wordt met deze kenmerken de kans op (formele) hulp geschat die deze Nederlander heeft in een ander land. Deze kans wordt vergeleken met de kans die deze Nederlander in eigen land heeft. De verschillen die dan ontstaan hebben uitsluitend betrekking op de wijze waarop de landen hun hulp aan mensen met beperkingen hebben ingericht.

De tweede en derde simulatie hebben betrekking op verschillen in de structuur van de informele netwerken, die worden gevormd door familieleden (overwegend partners en kinderen). Het Scandinavische model wordt gekenmerkt door een beperkt inwonend netwerk, het mediterrane model door een uitgebreid inwonend netwerk. De uitwonende netwerken verschillen nauwelijks. Wat betreft de praktische beschikbaarheid van het informele netwerk zit Nederland aan de hoge kant en de Scandinavische landen (door de hoge arbeidsparticipatie en het hoge aandeel voltijd werkenden) aan de lage kant. De mediterrane landen zitten daar tussenin. Voor het Scandinavische model zijn de netwerkwaarden voor Denemarken gekozen (de waarden voor Zweden waren iets minder geprononceerd) en voor het mediterrane model

de gemiddelde netwerkwaarden van Italië en Spanje. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 6.5.

Tabel 6.5

Resultaten van simulaties op basis van het model in tabel 6.4, ruime beperkingen, 2004 (in procenten)

	Neder- land	Dene- marken	Zweden	Oostenrijk	Duits- land	Frankrijk	Spanje	Italië	Grieken- land
<i>bij beperkingen: kans op hulp (formeel of informeel)</i>									
basismodel: huidige inwoner	54	63	55	56	53	54	42	40	49
simulaties:									
1 gemiddelde Nederlander	54	59	52	52	49	54	38	40	46
2 mediterrane netwerk	54	64	56	56	53	55	42	40	49
3 Scandinavisch netwerk	53	63	55	56	53	55	42	40	49
<i>bij hulp, kans op formele hulp</i>									
basismodel: huidige inwoner	54	56	40	38	30	58	38	32	15
simulaties:									
1 gemiddelde Nederlander	54	52	37	35	30	56	36	33	13
2 mediterrane netwerk	52	52	38	35	29	54	37	32	13
3 Scandinavisch netwerk	56	56	42	39	33	58	41	35	15

Bron: SHARE (2004) (gewogen; SCP-bewerking)

De eerste simulatie voor de gemiddelde Nederlander geeft het landenspecifieke effect weer. De verschillen hebben betrekking op de wijze waarop de landen hun hulp aan mensen met beperkingen hebben ingericht. De kans dat een gemiddelde Nederlandse 50-plusser met beperkingen formele of informele hulp ontvangt is in Nederland ongeveer 54%. In landen als Zweden, Oostenrijk en Frankrijk is deze Nederlander nagenoeg even goed af. Ook in Duitsland zou de Nederlander met een hulpkans van 49% nauwelijks slechter af zijn. Alleen in Denemarken zou de gemiddelde Nederlander met ongeveer 59% kans op hulp duidelijk beter af zijn. Aanzienlijk slechter af is de gemiddelde Nederlander in de mediterrane landen, waar de kans op hulp tussen de 38% (Spanje) en 46% (Griekenland) ligt.

Wanneer de gemiddelde Nederlandse 50-plusser met beperkingen hulp ontvangt, is de kans dat dit formele hulp is het grootst in Frankrijk (56%). Daarna volgen

Nederland zelf (54%) en Denemarken (52%). Deze landen worden op grote afstand gevolgd door Zweden, Oostenrijk en Spanje met een kans rond de 36%. Op korte afstand volgen Italië (33%) en Duitsland (30%). Duidelijke hekkensluiter is Griekenland, waar de gemiddelde Nederlander maar 13% kans zou maken op formele hulp. Uit tabel 6.5 blijkt duidelijk dat er drie landen zijn waar de formele hulp domineert: Frankrijk, Nederland en Denemarken. Op relatief grote afstand volgen de overige landen, met verhoudingsgewijs geringe onderlinge verschillen. Griekenland is het enige land waar de formele hulp van zeer ondergeschikt belang is.

Tabel 6.5 laat zien dat Nederland niet uniek is in de mate waarop mensen met beperkingen op hulp kunnen rekenen, of die nu van informele dan wel van formele aard is. In de Midden- en Noord-Europese landen zijn er nauwelijks verschillen tussen landen in de kans op hulpbetoon. De mediterrane landen scoren in dit opzicht duidelijk lager. Met name in Spanje en Italië kunnen mensen met beperkingen minder rekenen op hulp van informele of formele aard. Dit zijn echter ook de landen waar meer 50-plussers aangeven met beperkingen in het lichamelijke, psychische of cognitieve functioneren te maken te hebben (zie tabel 6.1).<sup>4</sup>

De simulaties voor de mediterrane en Scandinavische informele netwerken laten betrekkelijk geringe verschillen zien. De kans op hulp in de verschillende landen verandert nauwelijks als wordt uitgegaan van een mediterrane of van een Scandinavisch informeel netwerk. Iets grotere verschillen tekenen zich af bij de kans op formele hulp, die conform de verwachting bij het mediterrane model iets geringer en bij het Scandinavische model iets groter wordt. De effecten die van verschillen in informele netwerken uitgaan kunnen evenwel als bescheiden worden aangemerkt. Duidelijk is dat landenspecifieke factoren, die betrekking hebben op de institutionele inrichting, van aanzienlijk groter belang zijn dan de wijze waarop de informele netwerken zijn ingericht.

## Noten

- 1 Het verwachte effect van leeftijd doet wellicht wat merkwaardig aan wanneer de invloed van 'beperkingen' (bij ouderen meer aanwezig) en informele netwerken (bij ouderen minder aanwezig) al is verdisconteerd. Uit onderzoek is echter bekend dat leeftijd naast de genoemde factoren nog een zelfstandig effect heeft, waarschijnlijk omdat de indicatoren voor beperkingen en informele netwerken deze grootheden niet perfect meten, waardoor een deel van hun invloed door leeftijd wordt overgenomen (Timmermans en Woittiez 2004).
- 2 Dit onderscheid hangt af van de toegangsregels (inkomsgrenzen) en/of prijzen (inkomensafhankelijke eigen bijdragen) die worden gehanteerd.
- 3 Eerst is de gemiddelde waarde berekend van een kenmerk, en vervolgens is, gegeven die gemiddelde waarde, de kans op formele zorg berekend. Dit geeft een andere uitkomst dan wanneer voor iedereen in een land de kans op formele zorg wordt berekend en die kansen worden gemiddeld.
- 4 De vraag is in welke mate dit duidt op een grotere behoefte aan hulp. Het grotere aantal mensen met beperkingen in de mediterrane landen kan slechts ten dele worden verklaard uit achterliggende determinanten zoals leeftijd, chronische aandoeningen en opleidingsniveau. Het is mogelijk dat het hier deels gaat om mensen die beperkingen melden die in de Midden-Europese of Noord-Europese landen niet als zodanig worden aangemerkt. De bestaande gegevens laten het evenwel niet toe hierover meer duidelijkheid te krijgen.

## 7 Conclusies en slotbeschouwing

### 7.1 Doel van het onderzoek

Volgens een oud gezegde komt ouderdom met gebreken. In Nederland heeft circa 30% van de 65-plussers te maken met lichamelijke beperkingen die van invloed zijn op hun dagelijkse functioneren. Het gaat daarbij om ongeveer 400.000 personen die met matige beperkingen van lichamelijke aard worden geconfronteerd en om circa 250.000 personen die met ernstige fysieke beperkingen te maken hebben (SCP 2006). Veel ouderen krijgen dus vroeg of laat te maken met beperkingen en worden zorgbehoefstig. De verantwoordelijkheid om in die behoefte te voorzien ligt voor een deel bij de overheid en voor een deel bij de burgers zelf. De overheid is met name verantwoordelijk voor de zorg wanneer mensen daar zelf niet (meer) in kunnen voorzien.

Met het moderniseren van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in de periode 2000-2003 is een omslag in de positie van de Nederlandse overheid opgetreden. Deze omslag manifesteert zich op een aantal punten. De overheid stimuleert de burger zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, als hij beperkt raakt in zijn dagelijkse functioneren. Deze stimulans strookt met de wens die de meeste mensen zelf koesteren om de regie over het eigen leven zo lang mogelijk in eigen handen te houden. Daarnaast wil de overheid via de AWBZ alleen nog maar de directe zorgkosten financieren voor mensen met beperkingen. De huisvestingskosten komen in beginsel voor rekening van de burger en de huishoudelijke hulp komt buiten de AWBZ te liggen. Bij de verzorging thuis doet het begrip 'gebruikelijke zorg' zijn intrede. Met het invoeren van de gebruikelijke zorg wordt de naaste omgeving – in de praktijk de eventueel aanwezige partner en de eventueel beschikbare thuiswonende kinderen – aangesproken om de benodigde zorg te leveren. Pas bij langdurige zorgbehoefte en bij het ontbreken van informele hulpbronnen kan men aanspraak maken op formele zorg (CIZ 2005). De overheid is dan alleen verantwoordelijk voor de langdurige zorg voor mensen die niet in staat zijn om zelf oplossingen te vinden. Er is dus sprake van een verschuiving van de verantwoordelijkheid naar de burger zelf.

Dit onderzoek plaatst de zorg voor ouderen met gezondheidsbeperkingen in een landenvergelijkend perspectief. Het bestaande internationaal vergelijkende onderzoek naar ouderen met gezondheidsbeperkingen heeft zelden betrekking op de feitelijke beperkingen en de feitelijk verleende zorg; het onderzoek gaat vaak over het institutionele kader: vigerende zorgsystemen en formele rechten die ouderen hebben. Dit onderzoek is niet gericht op het institutionele kader, maar de kenmerken hiervan (afdwingbare rechten en verantwoordelijkheden van de overheid) worden wel gebruikt om het feitelijk waargenomen verzorgingsniveau van mensen met beperkingen nader te duiden.



Er zijn verschillende ideeën over de relatie tussen formele en informele zorg, die onder meer in een landentypologie tot uitdrukking komen. Daarbij ligt de primaire verantwoordelijkheid bij het individu (Scandinavisch model), het gezin (continentaal model) of de familie (mediterraan model). Hoe meer de verantwoordelijkheid bij het individu en niet bij de familie ligt, hoe eerder de overheid in beeld komt. Naast dit ‘verantwoordelijkheidsmodel’ wordt ook wel het *task-specificity* model onderscheiden (Litwak 1985), waarbij de familie licht huishoudelijk werk uitvoert en de professionele hulp zwaardere verzorgende en verplegende taken verricht, en het ‘hiërarchische’ model (Cantor en Little 1985), waarbij de familie primair zorg verleent en de formele hulp pas in beeld komt als de familie daartoe niet meer in staat is. Daarbij blijkt uit dit onderzoek, maar ook uit ander onderzoek (Oasis 2003), dat complementariteit net zo belangrijk is als substitutie. Daar waar formele hulp voorhanden is doet de familie een stapje terug, in die zin dat ze dan lichtere en meer sociale taken gaan vervullen. De intensieve en langdurige hulp is meer het domein van de formele hulp.

Een landenvergelijkend onderzoek naar de beschikbare en feitelijk ontvangen zorg kan verschillende aanknopingspunten bieden voor beleid. Het onderzoek kan inzichtelijk maken of groepen die zorg nodig hebben buiten de boot vallen. Een verschuiving naar meer eigen verantwoordelijkheid kan ertoe leiden dat mensen met beperkingen een groter beroep moeten doen op hun naasten. Het onderzoek kan laten zien hoe Nederland in Europees perspectief presteert als het gaat om de zorg voor ouderen met beperkingen, zowel in formele als informele zin.

### *De onderzoeksvragen*

De centrale vraag in dit rapport is: hoe lossen ouderen in verschillende landen hun gezondheidsbeperkingen op? Deze vraag beantwoorden we door gebruik te maken van gegevens uit het *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), een enquête onder 50-plussers in diverse Europese landen. Negen landen zijn in de vergelijking betrokken: Nederland, Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Zweden, Frankrijk, Italië, Spanje en Griekenland.

We onderscheiden vier deelvragen, die respectievelijk betrekking hebben op de aanwezige hulpbehoefte, de beschikbare hulpbronnen, de verleende hulp en de relatie tussen formele en informele hulp:

- 1 Met welke gezondheidsbeperkingen worden oudere mensen in de verschillende landen geconfronteerd en om hoeveel mensen gaat het?
- 2 Hoeveel mensen met gezondheidsbeperkingen beschikken over een informeel netwerk en hoe verschilt dit per land?
- 3 Hoeveel formele en informele zorg ontvangen mensen met gezondheidsbeperkingen en hoe verschilt dit per land?
- 4 Is er sprake van een afruil (substitutie) of aanvulling (complementariteit) tussen formele en informele zorg in de ontvangen zorg voor mensen met beperkingen?

De eerste vraag heeft betrekking op de hulpbehoefte van 50-plussers in Europa. Minder hulpbehoevendenden in een land betekent dat er in dat land ook minder zorg nodig is. De hulpbehoevendheid is bepaald op basis van beperkingen die mensen hebben. Het gaat hier om beperkingen in de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand en om cognitieve beperkingen die gerelateerd zijn aan de werking van het geheugen en aan elementaire vaardigheden (taal, rekenen).

De tweede vraag gaat over de beschikbaarheid van informele netwerken. Een groot informeel netwerk kan duiden op de mogelijkheden om zorg te ontvangen van binnen of van buiten het huishouden en op de noodzaak om hulp via formele private of publieke voorzieningen te ontvangen.

In hoeverre dat daadwerkelijk lukt, vormt het onderwerp van de derde vraag. Die vergelijkt de geleverde informele en formele zorg voor ouderen met beperkingen in negen onderzochte landen.

De formele zorg kan zowel publiek als privaat zijn. Private zorg is betaalde of professionele zorg die niet publiek wordt gefinancierd (verleend door een 'werkster' of 'hulp'). De publieke zorg omvat de verschillende vormen van thuiszorg in de betrokken landen, die zowel van huishoudelijke als van persoonlijke aard kan zijn.

Bij het antwoord op vraag vier trachten we nader te duiden of de formele en informele zorg meer als substituten dan wel als complementen functioneren. Een hoog niveau van formele en informele zorg kan duiden op complementariteit, een laag niveau van formele zorg en een hoog niveau van informele zorg op substitutie.

Om de onderzoeksvragen empirisch te beantwoorden is gebruikgemaakt van het SHARE-onderzoek. Hoewel SHARE een rijke bron van informatie vormt, kent het enkele beperkingen die van invloed zijn op het hier uitgevoerde onderzoek. De twee belangrijkste beperkingen zijn dat aan mensen met beperkingen niet is gevraagd wie in informele zin de huishoudelijke taken uitvoert. Voorts is bij de formele hulp aan mensen met beperkingen niet gevraagd of dit publieke of particuliere hulpverlening betreft. Dit betekent dat in dit onderzoek de formele hulp zowel kan worden verleend door een publieke instelling als door een betaalde particuliere kracht.

## 7.2 Belangrijkste uitkomsten

De vierledige vraagstelling hierboven geeft aan dat we hebben gekozen voor een aanpak die gaat van hulpbehoefte naar hulpverlening. Eerst wordt vastgesteld hoeveel mensen beperkingen ondervinden en welke mensen dat vooral zijn. Vervolgens wordt nagegaan over welke informele netwerken mensen beschikken, die van belang kunnen zijn om in de hulpbehoefte te voorzien. Ten slotte wordt het feitelijke gebruik van hulp door mensen met beperkingen onderzocht, en worden globaal drie situaties onderscheiden: geen hulp, informele hulp en formele hulp.

### *Mensen met beperkingen*

Met welke gezondheidsbeperkingen worden oudere mensen in de verschillende landen geconfronteerd, om hoeveel mensen gaat het en welke mensen krijgen vooral met gezondheidsbeperkingen te maken? Om die vraag te beantwoorden is een beperkingenmaat geconstrueerd, die is samengesteld uit drie onderliggende maten voor lichamelijke, psychische en cognitieve beperkingen. Daarmee is vastgesteld hoeveel 50-plussers beperkingen ondervinden en hoe ernstig deze beperkingen zijn. Verondersteld wordt dat er behoefte is aan hulp en ondersteuning als iemand matige of ernstige lichamelijke, psychische of cognitieve beperkingen heeft. In de beperkingenmaat is een grote mate van overlap waarneembaar: 70% van de personen met een psychische of cognitieve beperking ondervindt ook een fysieke beperking. Het omgekeerde geldt niet, omdat er aanzienlijk meer personen met lichamelijke dan psychische of cognitieve beperkingen zijn.

Ruim 32% van de 50-plussers in de onderzochte Europese landen ondervindt een beperking van lichamelijke, psychische of cognitieve aard. Het aandeel mensen met lichamelijke beperkingen bedraagt 24%. Ongeveer 13% van de 50-plussers ondervindt psychische beperkingen van depressieve aard en 10% heeft cognitieve beperkingen.

In de zuidelijke landen zijn er relatief veel mensen met beperkingen, in Nederland en de noordelijke landen relatief weinig. In een land als Spanje zijn er volgens de gekozen maat bijna twee keer zo veel mensen met beperkingen als in Nederland (48% versus 25%). Dit houdt grotendeels verband met achterliggende factoren die van invloed zijn op de kans dat men beperkingen ondervindt. Zo verhoogt een hoge leeftijd de kans op lichamelijke beperkingen en een laag opleidingsniveau de kans op cognitieve beperkingen. De verdeling van deze factoren in de verschillende landen bepaalt in belangrijke mate het aantal personen met beperkingen. Wanneer rekening wordt gehouden met de mate waarin dit soort factoren in de verschillende landen een rol spelen, dan blijken de landenverschillen aanmerkelijk geringer te zijn. Zo zou voor Nederland 27% mensen met beperkingen worden verwacht en voor Spanje 41%. Alleen Zweden (lager) en Spanje (hoger) scoren duidelijk anders dan op grond van de aanwezige verklarende factoren voor beperkingen mag worden verwacht.

De gemeten beperkingen in lichamelijke, psychische en cognitieve zin worden door betrokkenen niet altijd als een belemmering in het dagelijks functioneren ervaren. Dat geldt met name in de zuidelijke landen. Gemiddeld ervaart ruim 40% van de 50-plussers met beperkingen zodanige gezondheidsproblemen, dat zij daar hinder van ondervinden in het dagelijks functioneren. Dit aandeel is lager in de zuidelijke landen (35%) dan in de noordelijke landen (45%). Daarom is ook een enge variant voor beperkingen in dit onderzoek betrokken, waarbij mensen zowel in objectieve als in subjectieve zin beperkingen ondervinden. Het aantal 50-plussers met beperkingen daalt daardoor van gemiddeld 32% (ruime variant) naar gemiddeld 14% (enge

variant). De verschillen tussen de landen zijn in de enge variant veel kleiner (van 10% tot 17%) dan in de ruime variant (van 25% tot 48%).

### *Het informele netwerk*

Ongeveer 80% van de 50-plussers beschikt in potentie over een informeel netwerk. Tot het informele netwerk worden uitsluitend gezins- en familieleden gerekend. Buren en kennissen kunnen wel informele hulp geven, maar worden traditioneel niet tot het informele netwerk gerekend, omdat zij niet kunnen worden aangesproken op het bieden van informele hulp. Beschouwen we alleen de groep beperkten, dan daalt de beschikbaarheid tot 75%. Dit houdt verband met de hogere leeftijd en daarmee met de kleinere kans op aanwezigheid van een partner. Opvallend is de lage score van Frankrijk, Oostenrijk en Denemarken. Nederlandse, Griekse en Italiaanse ouderen kunnen over een betrekkelijk royaal informeel netwerk beschikken.

Niet alle potentiële informele hulp is in de praktijk beschikbaar, omdat potentiële hulpverleners zelf met beperkingen te maken hebben of een voltijd baan hebben. In totaal gaat het om circa 20% van de potentieel beschikbare hulp. Hierdoor daalt de beschikbaarheid van het informele netwerk van gemiddeld 75% naar krap 60%. Nederland neemt hier een relatief gunstige positie in, mede door het hoge aantal in deeltijd werkende personen. In Oostenrijk en Frankrijk beschikken ouderen met beperkingen over een minder groot informeel netwerk.

Als we de totale beschikbaarheid uitsplitsen naar de beschikbaarheid binnen en buiten het huishouden, dan zien we bij Frankrijk dat er zowel minder informele hulp binnen als buiten het huishouden beschikbaar is. Voor Denemarken en Oostenrijk geldt dat er vooral minder informele zorg binnen het huishouden beschikbaar is. Italiaanse en Spaanse ouderen hebben vooral een groter familienetwerk doordat kinderen langer bij hun ouders blijven wonen en Nederlandse ouderen vooral doordat de partners samen betrekkelijk oud worden. Er bestaat nauwelijks een relatie tussen beschikbaarheid van informele zorg binnen en buiten het huishouden. Het lijkt aannemelijk dat in de zuidelijke landen, waar de beschikbaarheid binnen het huishouden groter is dankzij inwonende kinderen, minder kinderen buitenshuis beschikbaar zijn. Maar hiervan is in de praktijk nauwelijks sprake.

Van de personen met beperkingen ontvangt bijna 45% informele zorg in de ruime variant voor beperkingen en bijna 60% in de enge variant. Opmerkelijk is dat beschikbaarheid en gebruik voor mensen met beperkingen verschillende rangordes te zien geven. De beschikbaarheid van informele hulp is het grootst in Nederland en het laagst in Frankrijk. Het gebruik van informele hulp lijkt hier weinig verband mee te houden: deze is het hoogst in Oostenrijk en het laagst in Nederland. Een grotere beschikbaarheid leidt dus niet vanzelfsprekend tot meer gebruik van informele zorg. Een sprekend voorbeeld hiervan is Nederland, waar een relatief grote beschikbaarheid van informele zorg samengaat met een relatief hoog gebruik van formele zorg. De

intensiteit van de zorg verschilt ook aanzienlijk. Met name in de zuidelijke landen verlenen partners of kinderen vaak dagelijks of wekelijks hulp aan hun hulpbehoevende familieleden. In de noordelijke landen en Nederland is dit veel minder het geval.

### *Formele zorg*

Formele zorg kan zowel van publieke (thuiszorg) als private (werkster) aard zijn. Van de mensen met beperkingen (enge variant) ontvangt circa 30% geen hulp, circa 40% alleen informele hulp en circa 30% formele hulp (naast eventuele informele hulp). Drie landen springen eruit: in Frankrijk, Nederland en Denemarken zijn er relatief veel ouderen met beperkingen die formele zorg ontvangen. Griekenland kenmerkt zich door een bijzonder laag niveau van formele zorg, maar ook in Italië en Spanje is de formele zorg beperkt. In Nederland en Denemarken ligt zowel de thuiszorg als de intramurale zorg op een hoog niveau. In Frankrijk zijn er vooral veel ouderen die thuiszorg ontvangen. In alle drie de landen wordt ten opzichte van de andere landen zowel veel huishoudelijke zorg als persoonlijke verzorging en verpleging ontvangen. Wel blijkt dat in de meeste Europese landen informele en formele zorg elkaar veelal aanvullen bij huishoudelijke diensten en elkaar veelal vervangen bij verpleging en verzorging. Nederland neemt bij de huishoudelijke zorg een uitzonderingspositie in, met veel formele en weinig informele zorg. Dit sluit aan bij de bevinding van Timmermans et al. (2003). Blijkbaar werkt in Nederland het *task-specificity* model, waarbij de familie licht huishoudelijk taken uitvoert en zwaardere verzorgende en verplegende taken overlaat aan de professionele hulp.

Deze conclusies blijven ook overeind als er rekening wordt gehouden met de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de landen, met verschillen in aantallen mensen met beperkingen en met verschillen in beschikbare netwerken tussen landen. De beschikbaarheid van informele zorg heeft wel een dempend effect op de ontvangen formele zorg. Overheden spelen blijkbaar in op de beschikbaarheid van een informeel netwerk. Dezelfde berekeningen laten zien dat in Nederland een groter beroep wordt gedaan op betaalde en professionele zorg dan in veel andere landen in vergelijkbare omstandigheden.

### *Van beperkingen naar formele zorg*

Persoonlijke en maatschappelijke factoren bepalen in belangrijke mate welke mensen met beperkingen te maken hebben, in welke mate ze beschikken over informele netwerken en in welke mate ze gebruik maken van formele en informele hulpbronnen. Op basis van een verklarend model is het traject van beperkingen tot verleende hulp nader geanalyseerd om een meer genuanceerd antwoord te vinden op de vier onderzoeksvragen.

De vragen in dit onderzoek gaan over de aanwezige hulpbehoefte, de beschikbare hulpbronnen en de verleende hulp van 50-plussers in negen West-Europese landen. Tabel 7.1 vat de belangrijkste uitkomsten nog eens samen, waarbij de landen in drie

Tabel 7.1

Kerncijfers 50-plussers: van beperkingen tot verleende hulp, 2002, 2004 (in procenten)

landengroep	wie moet verzorgen <sup>a</sup>			met beperkingen <sup>b</sup>		
	eigen familie	thuis zorg	intramuraal	enge variant	ruime variant	geen/licht
Scandinavisch						
Zweden	16	41	44	12	14	74
Denemarken	21	46	33	12	14	74
Nederland	22	43	36	13	12	75
continentaal						
Frankrijk	42	43	15	16	18	66
Oostenrijk	55	33	11	12	17	71
Duitsland	63	25	11	15	12	73
mediterraan						
Italië	69	29	2	17	25	58
Spanje	84	11	5	16	32	52
Griekenland	89	11	0	10	24	66

a Zie figuur 1.1; gevraagd aan kinderen over verzorging van hun ouders (Eurobarometer).  
b Zie figuur 2.5; de ruime variant: betreft mensen met matige of ernstige beperkingen; enge variant: betreft mensen die dit ook zo ervaren, geen/licht (SHARE).  
c Zie figuur 5.1; familieleden, binnen of buiten het eigen huishouden, van mensen met beperkingen (ruime variant); de cijfers voor de enge variant zijn vrijwel identiek (SHARE).  
d Zie tabel 5.3; mensen met beperkingen (enge variant, SHARE); mensen die formele hulp ontvangen kunnen daarnaast ook informele hulp ontvangen.

Bron: Eurobarometer (2002) en SHARE (2004)

hoofdtypen zijn ingedeeld: het Scandinavische, het continentale en het mediterrane type. Bij het Scandinavische type draagt in grote lijnen het individu de primaire verantwoordelijkheid voor de verzorging en als het individu gezondheidsproblemen gaat ondervinden, is de overheid de eerst aangesprokene. Bij het continentale type draagt het gezin primair de verantwoordelijkheid bij gezondheidsproblemen en bij het mediterrane type is dat de familie (ook familieleden buiten het eigen gezin). We zeggen: in grote lijnen, omdat bijvoorbeeld Nederland met de recente introductie van de 'gebruikelijke zorg' is opgeschoven naar het continentale type.

De indeling in landengroepen laat zich het scherpst maken op basis van de voorkeur die kinderen hebben voor de verzorging van hun ouders: wie draagt de primaire verantwoordelijkheid wanneer zij hulpbehoevend worden? De mening dat deze verantwoordelijkheid primair bij de kinderen zelf ligt, is het laagst in de Scandinavische landen (Zweden: 16%) en het hoogst in de mediterrane landen (Griekenland: 89%). In de praktijk is dit onderscheid minder goed terug te vinden. De informele hulp die mensen met beperkingen ontvangen varieert van 25% (Nederland) tot 59% (Griekenland). Het familiale uitgangspunt is dus niet gemakkelijk te realiseren. Bovendien brengt dit het gevaar met zich mee dat hulpbehoevende ouderen verstoken blijven

landengroep	met informeel netwerk <sup>c</sup>			welke hulp ontvangen <sup>d</sup>			totaal
	binnen en buiten	binnen of buiten	geen	geen hulp	informeel	formeel	
Scandinavisch							
Zweden	6	53	41	30	36	34	100
Denemarken	5	47	48	25	28	47	100
Nederland	10	57	33	33	25	42	100
continentaal							
Frankrijk	5	45	50	29	26	45	100
Oostenrijk	6	44	50	22	44	35	100
Duitsland	9	52	39	30	48	22	100
mediterraan							
Italië	14	51	35	36	47	17	100
Spanje	11	51	38	39	40	22	100
Griekenland	6	49	45	34	59	7	100

van hulp. Zo blijft 39% van de Spaanse en 36% van de Italiaanse hulpbehoevenden verstoken van hulp tegenover 22% van de Oostenrijkse en 25% van de Deense hulpbehoevenden. Hierin neemt Nederland overigens bepaald geen gunstige positie in, mede door de relatief beperkte inzet van informele hulp. Deze beperkte inzet houdt geen verband met een beperkte beschikbaarheid. Integendeel, er zijn in Nederland relatief weinig huishoudens waar geen informeel netwerk beschikbaar is, mede vanwege het hoge aandeel in deeltijd werkende vrouwen (voltijd werkenden zijn als niet-beschikbaar aangemerkt).

Wanneer we landen typeren naar het feitelijke gebruik van formele en informele hulp door mensen met beperkingen (zie ook figuur 5.6), dan ontstaat een iets genuanceerder beeld. Nederland representeert in meest uitgesproken vorm het individualistische Scandinavische type (een hoog niveau van formele en een laag niveau van informele zorg), Griekenland het familiale mediterrane type (een laag niveau van formele en een hoog niveau van informele zorg) en Oostenrijk het gezinsgerichte continentale type (betrekkelijk hoog niveau van zowel formele als informele zorg). Frankrijk, Denemarken en Zweden nemen een positie in tussen het individuele en het gezinsgerichte type, Spanje en Italië tussen het familiale en het individualistische

type en Duitsland tussen het familiale en het gezinsgerichte type. De werkelijkheid laat zich blijkbaar moeilijk vangen in de eerder geschetste 'ideaaltypen', die ook in de opvattingen van de bevolking zijn terug te vinden. Maatschappelijke omstandigheden bepalen in belangrijke mate de zorguitkomst.

### 7.3 Slotbeschouwing

De positie van Nederland in Europees perspectief vormt een actueel onderwerp. Scoren we beter of slechter op de hulp die wordt geboden aan mensen met beperkingen dan de ons omringende landen en zouden we ons moeten spiegelen aan de landen waar het zorgniveau lager is. De empirische uitkomsten wijzen op een tweedeling, waarbij het feitelijke niveau van totaal ontvangen zorg in de mediterrane landen duidelijk lager ligt dan in de rest van onderzochte landen. De oorzaak hiervoor moet vooral worden gezocht in de geringere beschikbaarheid en het lagere gebruik van formele zorg. In Mediterrane landen is (of voelt) de familie (zich) verantwoordelijk voor de zorg van hun naasten, wat tot uitdrukking komt in een minder ruime beschikbaarheid van publieke voorzieningen.

In Nederland wordt minder dan in andere landen een beroep gedaan op informele hulp van buiten het huishouden als het om huishoudelijke taken gaat. Ook wordt eerder dan in andere landen gebruikgemaakt van formele publieke hulp als het om dagelijkse levensverrichtingen gaat. Wel is de verantwoordelijkheid van de burger recent aangescherpt, door ervan uit te gaan dat gezinsleden 'gebruikelijke zorg' verlenen, vooral als het gaat om huishoudelijke taken.

De Europese landen die in dit onderzoek zijn betrokken, verschillen op een aantal punten van Nederland. Een deel van deze verschillen kan worden verklaard op grond van meetbare landenspecifieke verschillen in leeftijdsverdeling, beperkingen van ouderen, huishoudenssamenstelling en opleidingsniveau. Er blijven echter ook landenspecifieke verschillen bestaan, die we niet nader hebben kunnen duiden. Welke verklaringen kunnen we hiervoor aanreiken?

De samenstelling van het huishouden is één van de meetbare verschillen tussen landen die van invloed is op de informele hulp. In Zuid-Europa leven de mensen in grotere gezinnen bij elkaar, vaak ook met meerdere generaties. Dit heeft niet alleen te maken met cultuurverschillen, maar ook met meer praktische zaken. Zo is het in een land als Italië voor jonge stellen moeilijk om aan een betaalbare woning te komen. Ook blijkt dat een toenemende welvaart leidt tot een dalend kindertal en daarmee tot een geringere beschikbaarheid van informele hulp. Tegelijkertijd neemt het belang van vrienden en burens in het sociale netwerk toe om eventuele informele hulp te verschaffen.

Verder is een aantal in dit rapport niet gemeten verschillen tussen landen te onderscheiden die van invloed zijn op de zorg: arbeidsmarktparticipatie, sociale afstand



tussen ouder en kind, de wens van de oudere, institutionele verschillen. De arbeidsmarktpositie heeft invloed op het verlenen van informele zorg. Hoe meer tijd mensen gewild (door een keuze voor deeltijdwerk of geen betaald werk) of ongewild (hoge werkloosheid) thuis verblijven, hoe meer mogelijkheden zij hebben om informele zorg te verlenen. In Denemarken en Zweden besteden mensen heel veel tijd aan betaald werk en wordt er mogelijk daardoor minder informele zorg ontvangen. In Nederland en de mediterrane landen is de arbeidsdeelname van vrouwen de laatste twintig jaar sterk gestegen (OECD 2004b). Dit heeft het aanbod van informele hulp verder onder druk gezet.

In het hier uitgevoerde onderzoek speelt de fysieke afstand tussen ouders en kinderen een rol, maar niet de sociale afstand. Het ligt voor de hand dat partners wel voor elkaar willen zorgen, maar hoe en of kinderen en burens ook geneigd zijn zorg aan elkaar te verlenen weten we niet. In het rapport *Old Age and Autonomy* (Oasis 2003) worden landen gekarakteriseerd naar de wijze waarop gezinsrelaties functioneren, aflopend van harmonieus (*close*) naar afstandelijk (*distant*). Er komt geen duidelijk landenbeeld naar voren, zeker niet het verwachte beeld dat mediterrane landen vaker tot het eerste type behoren en Scandinaviërs tot het tweede type. Wel blijkt dat veel ambivalente relaties ontstaan wanneer ouders en kinderen met elkaar 'onderhandelen' over de scheidslijn tussen autonomie en afhankelijkheid.

De wens van de oudere is zeer belangrijk voor het verlenen van informele zorg. Het is de vraag of de oudere wel hulp van de familie wil of dat de voorkeur uitgaat naar formele hulp. Ook kan het zijn dat de oudere zo veel mogelijk alles zelf wil blijven doen. Dat laatste kan mogelijk worden ondersteund met hulpmiddelen (bijvoorbeeld een rolstoel of aangepaste woning). Onderzoek wijst uit dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven en de hulp van de familie beperken als er alternatieven voorhanden zijn (Oasis 2003). Deze uitkomsten sluiten aan bij de gedachte van het burgerschapsparadigma: de burger neemt zo lang mogelijk deel aan de normale samenleving en wil daarbij zo lang het kan worden ondersteund; hij kan die ondersteuning vinden in hulpmiddelen en in het sociale netwerk (Van Gennip 1997).

Institutionele factoren zijn vooral van belang voor het verlenen van formele zorg. Het gaat hierbij om factoren als wet- en regelgeving, maatschappelijke opvattingen en publieke voorzieningen. De wetgeving heeft in alle landen een residueel en generiek karakter: de overheid dient te voorzien in de diensten die personen met beperkingen nodig hebben en waarin zijzelf of hun naasten niet kunnen voorzien. Aan dit uitgangspunt kan evenwel een rekkelijke of strenge interpretatie worden gegeven. Zo neigen de mediterrane landen naar een strenge interpretatie (de familie, tenzij dit echt niet meer mogelijk is) en de Scandinavische landen naar een rekkelijke interpretatie (de overheid, tenzij de familie daartoe nog goed in staat is).

De sterke familiale gerichtheid van de hulpverlening aan ouderen staat de laatste jaren onder grote druk, met name in de mediterrane landen. Daarvoor zijn niet alleen demografische factoren verantwoordelijk (minder gezinnen met kinderen en minder kinderen per gezin), maar ook ruimtelijke factoren (toenemende fysieke afstand) en economische factoren (toenemende arbeidsdeelname van vrouwen). Het familiale uitgangspunt wordt in belangrijke mate in stand gehouden door het grootschalig inhuren van migranten uit Oost-Europese en niet-Europese gebieden. Deze wijze van verzorging door migranten heeft in landen als Spanje, Italië en Griekenland de laatste jaren een grote vlucht genomen. Zo is het aantal huishoudelijke hulpverleners in Italië de afgelopen vijftien jaar verviervoudigd en is het aandeel buitenlandse hulpverleners – mede onder invloed van het ingevoerde vrij te besteden persoonsgebonden budget en de lage lonen van migranten – gestegen van circa 15% in 1990 naar circa 85% in 2005 (Lamura et al. 2006). Hoewel aan de sterk toegenomen huishoudelijke hulp door migranten duidelijke voordelen zijn verbonden (voorzien in een behoefte, lage kosten), zijn er ook duidelijke nadelen, die onder meer betrekking hebben op de positie van de migranten en de duurzaamheid van het migratiemodel. Een dergelijke substitutie is in de Nederlandse context vooralsnog niet aan de orde, mede omdat de overheid al in belangrijke mate in formele hulp voorziet.

De uitkomsten laten ook nog een ander beeld zien. Van alle mensen met matige en ernstige beperkingen ontvangt een derde geen hulp, noch van informele, noch van formele aard. Hierbij neemt Nederland een gemiddelde positie in binnen de negen onderzochte Europese landen. Dit geeft een minder florissant beeld dan wellicht verwacht, ook in het licht van toekomstige ontwikkelingen. Het sociale netwerk van ouderen leunt steeds meer op vrienden en burens en steeds minder op de familie. De oudere Nederlander draagt hieraan ook zelf bij, omdat hij een grotere mate van zelfstandigheid preferereert. De eigen bijdragen voor verschillende voorzieningen nemen toe, vooral in situaties die de overheid niet primair als haar verantwoordelijkheid ziet. Dit geldt met name voor voorzieningen die buiten de directe zorg vallen (woon- en vervoersvoorzieningen die wel voor een langere zelfstandigheid van de ouderen zorgen). Er tekent zich een verschuiving af van een voorzienende overheid (de overheid, tenzij de familie daartoe nog goed in staat is) naar een ondersteunende overheid (de familie, tenzij dit echt niet meer mogelijk is). Gezien de eerder geschetste problemen in de mediterrane landen ligt een verdere verschuiving richting het familiale mediterrane model niet voor de hand. De huidige praktijk moet duidelijk maken of de recente verschuiving naar het meer gezinsgerichte continentale model mensen met beperkingen voldoende in staat stelt om in hun verzorgingsbehoefte te voorzien.

## Differences in care

### Summary

#### S.1 Purpose of the study

Tradition has it that old age and disabilities go hand-in-hand. In the Netherlands, around 30% of people aged over 65 suffer from physical disabilities that are serious enough to influence their daily functioning. This group is made up of around 400,000 individuals with moderate physical disabilities and some 250,000 people with severe physical disabilities (SCP 2006). Many elderly persons are thus confronted with disabilities sooner or later and are in need of care. Responsibility for providing this care lies partly with the government and partly with people themselves. The government's main responsibility is to provide care when people are not no longer able to provide it themselves.

The modernisation of the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) in the period 2000-2003 ushered in a radical change in the position of the Dutch government. This change manifests itself in several ways. The government now encourages people to continue living at home for as long as possible when they become limited in their daily functioning. This encouragement fits in with the desire by most people to remain in control of their own lives for as long as possible. In addition, the government now seeks to reimburse via the AWBZ only the direct costs of care for people with disabilities. In principle, housing costs are borne by the individual concerned and the costs of domestic help now fall outside the scope of the AWBZ. With regard to the provision of care in a person's home, the concept of 'usual care' has been introduced. The introduction of this concept means that those closest to the person affected – in practice a partner where present and any available children living at home – are expected to provide the necessary care. Only where the need for care is prolonged and there is a lack of informal resources are those affected eligible to apply for formal care (CIZ 2005). The government is then only responsible for the long-term care of people who are not able to find their own solutions. In other words, responsibility has been shifted away from the government and on to the citizen.

This study places care for the elderly with health impairments in the Netherlands an international perspective. The existing international comparative research on elderly persons with health impairments rarely relates to the actual disabilities and actual care provided, but is often more focused on the institutional framework, i.e. the prevailing care systems and the formal rights of the elderly. While not directly concerned with the institutional framework, this study does draw on its characteristics

(enforceable rights and government responsibilities) to define more closely the level of care for people with disabilities as observed in practice.

There are several views on the relationship between formal and informal care, which can be expressed among other things in country typologies. In these different typologies, primary responsibility for meeting care needs may lie with the individual (Scandinavian model), the nuclear family (Continental model) or the extended family (Mediterranean model). The more the responsibility lies with the individual and not with their family, the bigger the role played by the government. In addition to this 'responsibility model', there is also the 'task-specificity model' (Litwak 1985), in which the family of the elderly person concerned performs light domestic work while professional carers carry out the more demanding caring and nursing tasks; thirdly, there is the 'hierarchical model' (Cantor and Little 1985), in which the family is the main provider of care and the formal care system only comes into the picture when the family is no longer able to continue. This study, in common with other research (Oasis 2003), also finds that complementarity is just as important as substitution. Where formal help is available, the family takes a step back, in the sense that they switch to performing lighter and more social tasks, leaving the intensive and long-term help more to the formal care network.

An international comparative study of the care available and the care actually received can offer several starting points for policy. It can make clear whether there are particular groups who are missing out on the care they need. A shift from government to personal responsibility can mean that people with disabilities have to make greater demands on those closest to them. The study can show how the Netherlands performs in a European perspective when it comes to providing care, both formal and informal, for elderly persons with disabilities.

### *The study questions*

The central question addressed in this report is: How do elderly persons in different countries resolve their health impairments? We answer this question using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), which was conducted among people aged over 50 in several European countries. Nine countries are brought into the comparison in this study: the Netherlands, Germany, Austria, Denmark, Sweden, France, Italy, Spain and Greece.

We subdivide the main research question into four constituent questions focusing on respectively on the identified the need for care, the available resources, the care provided and the relationship between formal and informal care:

- 1 What kinds of health impairments confront older persons in the various countries and how many people are involved?
- 2 How many people with health impairments have access to an informal network and how does this vary from country to country?

- 3 How much formal and informal care do people with health impairments receive and how does this vary from country to country?
- 4 Is there a trade-off (substitution) or additionality (complementarity) between formal and informal care in the care that people with disabilities receive?

The first question relates to the care needs of the over-50s in Europe. A smaller number of people in need of care in a given country logically means that less care needs to be provided in that country. The degree of need is determined on the basis of people's disabilities. These may include physical or psychological health impairments as well as cognitive disorders which are related to the functioning of the memory and to elementary skills (language, arithmetic).

The second question is concerned with the availability of informal networks. Having a large informal network may be an indicator of the ability to receive care from within or outside the household, and of the need to receive help via formal private or public provisions.

The extent to which people succeed in meeting this need is the subject of the third question, which compares the amount of informal and formal care actually received by elderly persons with disabilities in the nine countries studied. This care may be provided by both the public and private sector. Private care is paid or professional care that is not publicly funded (i.e. care provided by a 'cleaning lady or 'paid help'). Public care incorporates the various forms of home care in the countries studied, which may encompass both domestic help and personal care.

In answering the fourth question we try to ascertain more clearly whether formal and informal care function more as substitutes or as each other's complements. A high level of both formal and informal care may indicate complementarity, whereas a low level of formal care and a high level of informal care may suggest substitution.

In order to answer the research questions empirically, data were drawn from the SHARE survey. However, while SHARE is a rich source of information, it has a number of limitations which affect the study performed here. The two main limitations are that people with disabilities were not asked who carries out the informal care tasks in the household, and that people with disabilities were not asked whether the formal help they received was provided publicly or privately. This means that, in this study, formal care may be provided either by a public-sector organisation or a paid private helper.

## S.2 *Key findings*

As the four study questions above show, the approach chosen in this study moves from care need to care provision. First, the study seeks to identify how many people

experience impairments and which people these are in the main. The investigation then turns to the informal networks to which people have access and which may be important in meeting their care needs. Finally, the actual take-up of care by people with disabilities is investigated; three situations are broadly distinguished: no help, informal help and formal help.

### *People with disabilities*

What health impairments are faced by older persons in the different countries, how many people are affected and which people are mainly affected? To answer this question, a 'disability scale' was constructed, consisting of three underlying measures of physical, psychological and cognitive impairments. This made it possible to determine how many over-50s experience disabilities and how serious they are. It is assumed that there is a need for help and support if someone suffers moderate or severe physical, psychological or cognitive impairments. A good deal of overlap can be observed in the disability scale: 70% of people with a psychological or cognitive impairment also have a physical disability. The converse does not hold, because there are considerably more people with physical disabilities than with psychological or cognitive impairments.

More than 32% of the over-50s in the European countries studied suffer from a physical, psychological or cognitive impairment. The proportion of people with physical disabilities is 24%; roughly 13% of the over-50s suffer depression-related psychological impairments and 10% suffer from cognitive impairments.

The proportion of people with disabilities is relatively high in the southern countries, and relatively low in the Netherlands and the other northern countries. In Spain, for example, according to the scale used, there are almost twice as many people with disabilities as in the Netherlands (48% versus 25%). This has to do largely with underlying factors which influence the likelihood that someone will suffer disabilities. For example, the chance of physical disabilities increases with advancing age, and a low education level increases the probability of cognitive impairments. The distribution of these factors in different countries largely determines the number of individuals with disabilities. If allowance is made for the degree to which factors such as these play a role in the various countries, the country differences are found to be considerably smaller; for the Netherlands, for example, 27% of people would be expected to have impairments, while the figure for Spain would be 41%. Only Sweden (lower) and Spain (higher) achieve scores that are significantly different from what might be expected on the basis of the available explanatory factors.

The physical, psychological and cognitive impairments measured are not always perceived by those affected as a hindrance to their daily functioning. This applies particularly in the southern countries. On average, just over 40% of the over-50s suffer health problems such that they regard them as a hindrance to their daily

functioning. This proportion is lower in the southern countries (35%) than in the northern states (45%). To take account of this, a narrow variant for disabilities was also incorporated in this study, in which people experience impairments in both an objective and subjective sense. The proportion of over-50s with impairments then falls from an average of 32% (wide variant) to an average of 14% (narrow variant). The differences between individual countries are much smaller in the narrow variant (from 10% to 17%) than in the wide variant (from 25% to 48%).

### *The informal network*

Roughly 80% of the over-50s potentially have access to an informal network. Only nuclear and extended family members are included in the informal network here; although neighbours and acquaintances can provide informal care, these are not traditionally counted as being part of the informal network because they cannot be called upon to provide informal care. If we consider only people with disabilities, the availability of an informal network falls to 75%. This is because of the greater age of these people and consequently the smaller chance that there will be a partner. The low scores of France, Austria and Denmark are striking. By contrast, elderly persons in the Netherlands, Greece and Italy have access to a relatively large informal network.

Not all potential informal help is actually available in practice, because potential carers may themselves suffer from disabilities or may have a full-time job. In total, these limitations apply to around 20% of the potentially available help. This reduces the availability of the informal network from an average of 75% to just under 60%. The Netherlands occupies a relatively favourable position here, partly because of the high proportion of part-time workers. Elderly persons with disabilities in Austria and France have access to a smaller informal network.

If we break down the total availability of informal care into availability within and outside the household, we find that older persons in France have access to less informal care both within and outside the household. In Denmark and Austria there is less informal care available within the household. Italian and Spanish elderly persons mainly have larger extended family networks because children tend to remain living with their parents for longer, while in the Netherlands elderly partners tend to reach a relatively high age together. There is virtually no correlation between availability of informal care within and outside the household. It seems plausible to assume that in the southern countries, where the availability of care within the household is greater because of children living at home, there will be fewer children able to provide care outside the home. However, in practice there is virtually no evidence to support this.

Almost 60% of people with disabilities receive informal care in the wide variant for disabilities, and almost 45% in the narrow variant. There are striking differences between the availability and take-up of care for people with disabilities. The avail-

ability of informal care is greatest in the Netherlands and lowest in France. However, the take-up of informal care appears to show little correlation with this, being highest in Austria and lowest in the Netherlands. High availability therefore does not necessarily translate into greater use of informal care. A good example of this is the Netherlands, where a relatively high availability of informal care is accompanied by a relatively high take-up of formal care. The intensity of care also varies considerably. In the southern countries, in particular, partners or children often provide daily or weekly care to needy relatives; in the northern countries and the Netherlands this is much less the case.

#### *Formal care*

Formal care may be both public (publicly funded home care) and private (paid help). Approximately 30% of people with disabilities (narrow variant) receive no help; around 40% receive only informal help and approximately 30% receive formal care (possibly in addition to informal help). Three countries stand out: in France, the Netherlands and Denmark a relatively high proportion of older persons with disabilities receive formal care. Greece is characterised by a particularly low level of formal care, though the amount of formal care is also limited in Italy and Spain. The Netherlands and Denmark have high levels of both home care and institutional care, while in France a large number of older persons receive home care. In all three countries, older persons receive large amounts of both domestic care and personal and nursing care compared with the other countries. Informal and formal care tend to complement each other when it comes to providing household services and substitute each other for nursing and personal care. The Netherlands forms an exception when it comes to household care, with a high level of formal care and little informal care. This fits in with the findings of Timmermans et al. (2003). Evidently the task-specificity model operates in the Netherlands, in which the family perform light household tasks and leave the more demanding care and nursing tasks to the professionals.

These conclusions retain their validity if allowance is made for differences in the age profile of the various countries, differences in the numbers of people with disabilities and differences in the available networks. The availability of informal care does however tend to depress the amount of formal care received; governments evidently respond to the availability of an informal network. The same calculations show that greater use is made of professional care in the Netherlands than in many other countries in comparable circumstances.

#### *From disabilities to formal care*

The questions addressed in this study are concerned with the identified need for care, the available resources and the care provided to people aged over 50 in nine Western European countries. Table S.1 recaps the main findings, dividing the countries into three main clusters: the Scandinavian, the Continental and the Mediter-



ranean type. In the Scandinavian group, individuals by and large carry primary responsibility for their own care provision, with the government stepping in when the individual experiences health problems. In the Continental model the nuclear family is primarily responsible in the event of health problems, while in the Mediterranean model this role is played by the extended family (including relatives outside the nuclear family). It should be remembered that this is no more than a broad division; the Netherlands, with the recent introduction of the concept of ‘usual care’, has for example moved towards the Continental model.

Table S.1

Key figures for the over-50s: from disabilities to care provided (in percentages)

country cluster	who has to provide care <sup>a</sup>			with disabilities <sup>b</sup>			with informal network <sup>c</sup>			help received <sup>d</sup>			total
	own family	home-care	institutional	narrow-variant	wide-variant	none/light	in- and outside	in- and outside	none	no help	informal	formal	
Scandinavian													
Sweden	16	41	44	12	14	74	6	53	41	30	36	34	100
Denmark	21	46	33	12	14	74	5	47	48	25	28	47	100
Netherlands	22	43	36	13	12	75	10	57	33	33	25	42	100
Continental													
France	42	43	15	16	18	66	5	45	50	29	26	45	100
Austria	55	33	11	12	17	71	6	44	50	22	44	35	100
Germany	63	25	11	15	12	73	9	52	39	30	48	22	100
Mediterranean													
Italy	69	29	2	17	25	58	14	51	35	36	47	17	100
Spain	84	11	5	16	32	52	11	51	38	39	40	22	100
Greece	89	11	0	10	24	66	6	49	45	34	59	7	100

a Question put to children about care for their own parents (Eurobarometer).

b The wide variant relates to people with moderate or severe disabilities; the narrow variant relates to people who also perceive this to be so, none/light (SHARE).

c Family members, within or outside household of people with disabilities (wide variant); the figures for the narrow variant of virtually identical (SHARE).

d People with disabilities (narrow variant, SHARE). People receiving formal care may receive informal care, too.

Source: Eurobarometer 2002 and SHARE 2004

The division into country clusters is most clear-cut when it comes to the preference of children for the care provided to their parents: who bears primary responsibility when those parents need help? The opinion that this responsibility lies primarily with the children themselves is least represented in the Scandinavian countries (Sweden: 16%), and most strongly felt in the Mediterranean countries (Greece: 89%). In practice, however, this distinction is less easy to find. The informal care received by people with disabilities varies from 25% (Netherlands) to 59% (Greece). The notion that the family should take responsibility is therefore not easy to real-

ise in practice. Moreover, this brings the danger that needy elderly persons will be deprived of help. For example, 39% of people needing help in Spain and 36% in Italy do not receive the help they need, compared with 22% and 25%, respectively, of older persons needing help in Austria and Denmark. The Netherlands is not in a favourable position here, partly because of the relatively limited use of informal care. This not caused by limited availability; on the contrary, there are relatively few households in the Netherlands where no informal care network is available, partly because of the high proportion of women working part-time (full-time workers are regarded as unavailable for providing informal care).

If we categorise countries by the actual take-up of formal and informal care by people with disabilities, a more complex picture emerges. The Netherlands then represents the most pronounced form of the individualistic Scandinavian model (a high level of formal care and a low level of informal care); Greece becomes the archetype of the extended family-based Mediterranean cluster (low level of formal care and high level of informal care); and Austria is the strongest representative of the nuclear family-oriented Continental cluster (relatively high levels of both formal and informal care). France, Denmark and Sweden occupy a position between the individualistic and family-oriented clusters; Spain takes a position between the extended family-based and individualistic model and Germany comes in between the extended family-based and nuclear family-based model. Evidently, the reality on the ground is difficult to encapsulate in the 'ideal' cluster types outlined earlier, which are also reflected in the opinions expressed by the public. In reality, social circumstances largely determine the care outcome.

Personal and social factors are the key determinants of which people are confronted with disabilities, the extent to which they have access to informal networks and to what extent they make use of formal and informal resources. Using an explanatory model, the pathway from disabilities to provision of care was analysed further in order to gain a more in-depth answer to the four study questions.

#### *Which people have disabilities?*

In the Mediterranean countries we find relatively few people with no or only slight disabilities, while in the Scandinavian countries, by contrast, a relatively large number of people fall into this category (table S.1). The presence of chronic diseases has a major impact on limiting daily functioning. However, people of advanced age, people with a lower education level and women are also at higher risk of impairments in their daily functioning. If allowance is made for these explanatory factors, differences are still found between countries, though they are considerably smaller than if no account is taken of these factors. One reason for this may be differences between the objective and subjective disability scales. The subjective scale is determined by perceived impairments. The specific effect of the southern countries disappears if the analysis is repeated on a group of over-50s who suffer impairments both

objectively and in their own perception. In other words, the southern countries have an overrepresentation of people with disabilities, but those disabilities are perceived as such to a lesser extent in everyday practice.

#### *Which people with disabilities have informal networks?*

On average, 25% of people with disabilities do not have access to an informal network. There is also a clear difference in the care available between the Continental and Mediterranean countries (with the exception of Greece and the Netherlands), with people in the southern countries having access to a larger informal network within or outside the household. Within the southern cluster, people in Greece have a relatively small network, while among the northern group the Dutch have a relatively large network. A number of factors present themselves when we try to explain why certain people with a disability have access to an informal network while others do not. The availability of informal care in a person's own household decreases as they grow older (loss of a partner); in addition, people living in urban areas have less access to informal networks.

#### *How are people with disabilities helped?*

The findings of this study suggest that people with disabilities in Denmark, Sweden and Austria are in the best position, in the sense that these other countries with the largest number of people who receive some form of care. Denmark scores highly because of the high level of formal care, while in Sweden and Austria high levels of both formal and informal care are provided. The Netherlands broadly follows the Danish pattern, with a high level of formal care and a modest level of informal care. People with disabilities are worst off in the Mediterranean countries: many receive no care at all, and if they do receive care it is generally informal in nature.

The question of how people with disabilities are helped is answered in two stages in this study. First, the study examined which factors determine whether or not a person receives care and, where they do, whether they receive formal or informal care. People receive help more often if they are older and suffer severe disabilities. Physical and psychological disabilities are more important here than cognitive impairments.

Where people receive care, it may be informal or formal in nature. Strikingly, the main factor determining the chance of receiving formal care is advancing age; the severity of the disability is found to have virtually no influence on the nature of the care provided. In addition, the availability of an informal external network reduces the chance of receiving formal care. This effect is considerably larger if an internal network is available. Clearly, therefore, the availability of an informal network reduces the chance of receiving formal care.

The analyses examined how the interaction between informal and formal care operates. A more detailed picture can be obtained by further analysing the formal care that people receive. Informal and formal care complement each other in the major-

ity of European countries when it comes to household care (complementarity) and replace each other when it comes to personal and nursing care (substitution).

Even after correction for the above factors, considerable differences remain between countries as regards the probability of receiving formal care. The chance of receiving any care at all is lowest in the Mediterranean countries and highest in Denmark. There is no country where the chance of receiving formal care is higher than in the Netherlands (assuming that care is being provided).

### S.3 Discussion

The position of the Netherlands in a European perspective is a topical subject. Does the Netherlands score better or worse on the care provided to people with disabilities than its neighbouring countries, and should it mirror itself on the countries where the levels of care are lower? The empirical findings point to something of a two-way split, in which the total amount of care received in the Mediterranean countries is significantly lower than in the rest of the countries studied. The reasons for this have to be sought in the lower availability and lower take-up of formal care; extended families in Mediterranean countries are (or feel) responsible for providing care to their close relatives, and this is reflected in reduced availability of public provisions.

Less use is made in the Netherlands than in other countries of informal help with household tasks provided by people outside the household. In addition, there is a greater readiness in the Netherlands to use formal public care services for help with daily living tasks. The responsibility of individual citizens has however recently been increased, with the introduction of the assumption that family members will provide 'usual care', especially with domestic tasks.

The European countries included in this study differ from the Netherlands on a number of points. To some extent these differences can be explained by measurable country-specific differences in age distribution, disabilities faced by the elderly, household composition and education level. However, country-specific differences remain after allowing for these factors, which we were unable to specify further. What explanations can we offer for this? Household composition is one of the measurable differences between countries which influences informal care. In Southern Europe, people live together in larger families, often covering several generations. This has to do not only with cultural differences, but also with more practical matters. In Italy, for example, it is difficult for young couples to find an affordable home of their own. In addition, increasing prosperity leads to a reduction in the birth rate, and the smaller number of children consequently leads to a reduction in the availability of informal care. At the same time, friends and neighbours in the social network are becoming increasingly important as potential providers of informal care.

In addition, a number of differences between countries can be identified which were not measured in this study but which have an influence on care; these include the employment rate, the social distance between parents and children, the wishes of the older person and institutional differences. A person's labour market position has an influence on the informal care they may or may not provide; the more time someone spends at home, either willingly (by choosing part-time work or choosing not to work) or unwillingly (high unemployment rate), the more opportunity they have to provide informal care. In Denmark and Sweden people spend a great deal of time in paid work, which may explain the lower amount of informal care provided in those countries. In the Netherlands and the Mediterranean countries, the employment rate of women has risen sharply in the last twenty years (OECD 2004b), putting further pressure on the availability of informal care.

In the study performed here, the physical distance between parents and children plays a role, but not the social distance between them. It is logical that partners are willing to care for each other, but we do not know how and whether children and neighbours are also inclined to provide care. The report *Old Age and Autonomy* (Oasis 2003) characterises countries by the way in which family relationships function, ranging from 'close' to 'distant'. No clear country picture emerges, and especially not the anticipated picture that Mediterranean countries more often fall into the first category and Scandinavians more often into the second. What does become apparent is that many ambivalent relationships arise when parents and children 'negotiate' with each other on the dividing line between autonomy and dependence.

The wishes of the older person concerned are a very important factor in the provision of informal care. Much depends on whether the older person wants to receive help from their family or prefers formal care. It may also be that the older person wishes to continue doing as much as possible for themselves. This desire can possibly be supported by the provision of aids such as a wheelchair or home modifications. Research suggests that older persons wish to continue living independently for as long as possible and limit the help provided by family if alternatives are available (Oasis 2003). These findings fit in with the idea of the citizenship paradigm: citizens continue to play a normal part in society for as long as possible and wish to receive support in this for as long as possible; that support may be found in the form of medical and other aids and in the social network (Van Gennip 1997).

Institutional factors mainly affect the provision of formal care. These factors include things such as legislation and regulations, social norms and public provisions. The legislation in all countries has a residual and generic character: the government is expected to provide the services that people with disabilities need and which they and their close relatives are unable to provide. However, this principle can be interpreted in either a flexible or a strict sense. For example, the Mediterranean countries tend towards a strict interpretation (the extended family bears responsibility, unless

this is really no longer possible), while the Scandinavian countries adopt a more flexible interpretation (the government is responsible, unless the family is still able to meet the need).

The strong focus on the family in providing care for the elderly has been under great pressure in recent years, especially in the Mediterranean countries. It is not only demographic factors that are responsible for this (fewer families with children and fewer children per family); geographical factors (increasing physical distance) and economic factors (rising female employment rate) also play a role. The familial support principle is sustained to a large extent by the large-scale hiring in of migrants from Eastern European and non-European regions. This provision of care by immigrants has become very popular in recent years in countries such as Spain, Italy and Greece. In Italy, for example, the number of domestic carers has quadrupled in the last fifteen years and the proportion of foreign carers – due in part to the introduction of the personal budget to be spent as people see fit and to the low wages paid to immigrants – has risen from around 15% in 1990 to approximately 85% in 2005 (Lamura et al. 2006). Although the marked increase in the provision of domestic help by immigrants has clear advantages (meeting a need, low costs), there are also clear disadvantages, relating among other things to the position of immigrants and the sustainability of the migration model. This kind of substitution is not yet an issue in the Dutch context, partly because the government already goes a long way to meeting the need for formal care.

The findings also reveal a different picture. Of the total number of people with moderate and severe disabilities, a third receive no help whatsoever, whether informal or formal. The Netherlands occupies an average position here among the nine European countries studied. This picture is perhaps less rosy than expected, including in the light of future developments. The social networks of older people rely increasingly on friends and neighbours and less and less on family. Older persons in the Netherlands contribute to this trend themselves because of their preference for a greater degree of independence. The contributions payable by the service-user for various provisions are increasing, especially in situations which the government does not see as its primary responsibility. This applies in particular for provisions falling outside the realm of direct care (housing and transport provisions which enable older people to retain their independence for longer). A shift is taking place from a providing government (the government is responsible unless the family is still well able to provide the care) towards a supporting government (the family is responsible, unless this is genuinely no longer possible). Given the problems outlined earlier in the Mediterranean countries, a further shift towards the Mediterranean familial model does not seem likely. The present situation in practice should make clear whether the recent shift towards the more nuclear family-oriented Continental model will be enough to enable people with disabilities to meet their need for care.

## Literatuur

- Anderson, R. en J.F. Newman (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. In: *Millbank memorial fund Quarterly*, jg. 51, nr. 1, p. 95-124.
- Beekman, A.T.F., D.M.W. Kriegsman, D.J.H. Deeg en W. van Tilburg (1995). The association of physical health and depressive symptoms in the older population: Age and sex differences. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, jg. 30, nr. 1, p. 32-38.
- Börsch-Supan, Axel, Hendrik Jürges en Oliver Lipps (2003). *SHARE: Building a panel survey on health, aging and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, A. et al. (2005). *Health, aging and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Bettio, Francesca, Annamaria Simonazzi en Paola Villa (2004). *The care drain in the Mediterranean: notes on the Italian experience* (paper voor het Europese GALCA-project van Fondazione Brodolini).
- Bettio, Francesca en Janneke Plantenga (2004). Comparing care regimes in Europe. In: *Feminist Economics*, jg. 10, nr. 1, p. 85-113.
- Broese van Groenou, Marjolein (2005). Delen in de zorg: de rol van broers en zussen in de zorg van kinderen voor hun ouders. In: Alice de Boer (red.), *Kijk op informele zorg* (p. 61-72). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2005/15).
- Campen, C. van, en E. van Gameren (2003). *Vragen om hulp: vraagmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-onderzoeksrapport 2003/6).
- Cantor, M. en V. Little (1985). Aging and social care. In: R.H. Binstock en E. Shanas (red.), *Handbook of aging and the social sciences* (p. 745-781). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Comas-Herrera, A. and R. Wittenberg (red.) (2003). *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Discussion Paper 1840.
- CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg (2005). *Protocol Gebruikelijke zorg*. Driebergen: CIZ.
- Dewey, Michael E. en Martin J. Prince (2005). Mental health. In: A. Börsch-Supan et al. (2005), *Health, aging and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2003). *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement*. In: *dossiers solidarité et santé*. Geraadpleegd augustus 2006 via [www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/200301.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/200301.htm)
- ECHP, European Centre for Health Policy (2004). *Health Care Systems in Transition*. Geraadpleegd juni 2004 via [www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage](http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage)
- EIRO, European industrial relations observatory on-line (2004). *Health and care in an enlarged Europe*. Dublin: EIRO.
- EUROFAMCARE. *Diverse landenrapporten*. Geraadpleegd mei 2006 via [www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/](http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/).
- Eurostat. *NewCronos Online Database*. Geraadpleegd mei 2006 via [europe.eu.int/newcronos](http://europe.eu.int/newcronos)
- Eurostat (2003). *Statistics in focus: Labour reserve: people outside the labour force*. Theme 3 -14/2003.

- Ganguli, M., H.H. Dodge, P. Chen, S. Belle en S.T. DeKosky (2000). 'Ten-year incidence of dementia in a rural elderly US community population'. In: *Neurology*, nr. 54, p. 1109-1116.
- Gezondheidsraad (2002). *Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad (advies 2002/04).
- Gibson, Mary Jo, Steven R. Gregory en Sheel M. Pandya (2003). *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. Washington D.C.: AARP Public Policy Institute.
- Have, A. ten, B. van Hulst en M. Visser (2004). *Internationale vergelijking langdurige zorg*. Rotterdam: ECORYS-NEI.
- Henderson, A.S. et. al (1997). The course of depression in the elderly: a longitudinal community-based study in Australia. In: *Psychological Medicine*, jg. 27, nr. 1, p. 119-129.
- Kempen, G.I.J.M. en Th.P.B.M. Suurmeijer (1991). Professional home care for the elderly: an application of the Anderson-Newman model in the Netherlands. In: *Social Science Medicine*, jg. 33, nr. 9, p. 1081-1089.
- Kennedy, G.J., H.R. Kelman en C. Thomas (1991). Persistence and remission of depressive symptoms in late life. In: *American Journal of Psychiatry*, jg. 148 nr. 2, p. 174-178.
- Klerk, M. de, J. Iedema en C. van Campen (2005). *AVO-maat voor lichamelijke beperkingen 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 121).
- Kuhry, Bob en Evert Pommer (red.) (2004). *Public Sector Performance*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/8).
- Lamura, Giovanni, Francesca Polverini en Maria Gabriella Melchiorre (2006). *Migrant care workers in long term care: lessons from the Italian case* (presentation at the Academy health research meeting 2006 in Seattle).
- Lindsay, J., D. Laurin, R. Verreault, R. Hebert, B. Helliwell, G. Hill en I. McDowell (2002). Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian study of health and aging. In: *American journal of epidemiology*, jg. 156, nr. 5, p. 445-453.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: the complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- London School of Economics (2003). *Long-Term Care Expenditure in an Ageing Society*. Brussel: DG Employment and Social affairs (EC).
- Mackenbach, Johan, Mauricio Avendano, Karen Andersen-Ranberg, and Arja R. Aro. (2005). Physical health. In: A. Börsch-Supan et al. (2005). *Health, aging and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Millar, Jane en Andrea Warman (1996). *Family obligations in Europe*. Londen: Family policy studies centre.
- Mokken (1971). *A theory and procedure of scale analysis*. Berlin: De Gruyter.
- Moorer, P. en P. van Linschoten (2003). Schaalanalyses. In: E. van Gameren en C. van Campen (red.), *Schalen van fysieke en psychosociale beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 101).
- Nivel/RIVM (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM.
- Nolen-Hoeksema, Susan, Judith Larson en Carla Grayson (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. In: *Journal of personality and social psychology*, jg. 10, nr. 5, p. 1061-1072.
- Oasis (2003). *Old age and autonomy: the role of service systems and intergenerational family solidarity*. Haifa: Center for research and study of aging.
- Obadia, Y. et al. (1997). Prevalence and risk factors of dementia and clinically diagnosed Alzheimer's disease in Provence (France). In: *European Journal of epidemiology*, jg. 13, nr. 3, p. 247-253.



- OECD (2003a). *Health at a Glance 2003*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2003b). *Health data 2003 database*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2004a). *Towards High-performing Health Systems*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2004b). *Labour force participation of women*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2005). *Long term care for older people*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pommer, E. en E. van Gameren (2005). Meer zweet des aanschijs. In: *ESB*, nr. 4457, p. 150-151.
- RIVM/SCP (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum (RIVM-rapport 270502001).
- RVZ (2006). *De AWBZ internationaal bekeken*. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid & zorg.
- SCP (2006). *Ondersteuning gewenst*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2006/11).
- Ungerson, Clare (2004). Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on 'cash for care' schemes. In: *Ageing & Society*, jg. 24, nr. 2, p. 189-212.
- Timmermans, J.M. (2000). *De toekomst van de AWBZ: van ziekte- naar zorgverzekering*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 69).
- Timmermans, J.M., A. de Boer, C. van Campen, M.M.Y. de Klerk, J.S.J. de Wit, I. Woittiez (2001). *Vrij om te helpen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2004/11).
- Trimbosinstituut (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie 2003*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Gennip, J. van (1997). Paradigma-verschuiving in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. In: *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, jg. 36, nr. 2, p. 189-201.
- Verhey, F.R. et al. (2004). Cross-national comparison and validation of the Alzheimer's disease assessment scale: results from the European harmonization project for instruments in dementia. In: *International Journal of geriatric psychiatry*, jg. 19, nr. 1, p. 41-50.
- VWS (2004). *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Ministerie van vws.
- Wit, Hans de (1997). *De SCP-maat voor beperkingen: een technische toelichting*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 40).
- Zunzunegui, M.V., F. Béland en A. Otero. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. In: *International Journal of Epidemiology*, jg. 30, nr. 5, p. 1090-1099.



# Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

## Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2006-2007) is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl). Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 90-377-0267-8

## SCP-publicaties

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

## Sociale en Culturele Rapporten

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

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

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

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

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

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

## Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

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

## SCP-publicaties 2006

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

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

### SCP-publicaties 2007

- 2007/1 *Publieke prestaties in perspectief. Memorandum quartaire sector 2006-2011* (2007). ISBN 978-90-377-0298-9
- 2007/2 *Nieuwe links in het gezin* (2007). Marion Duimel en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0287-3
- 2007/3 *Robuuste meningen? Het effect van responsverhogende strategieën bij het onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland* (2007). Josine Verhagen. ISBN 978-90-377-0300-9
- 2007/4 *Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering* (2007). ISBN 978-90-377-0280-4.
- 2007/5 *Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen* (2007). Evert Pommer, Edwin van Gameren, John Stevens, Isolde Woittiez. ISBN 978-90-377-0258-3
- 2007/6 *Prestaties van de rechtspraak: productiviteit in perspectief* (2007). Ab van der Torre, Jedid-Jah Jonker, Frank van Tulder, Theresa Steeman, Gerard Paulides. ISBN 978-90-377-0294-1

### SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7

## Werkdocumenten

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

## Overige publicaties

- ? Altijd een antwoord. Nieuwjaarsuitgave 2006 (2006). Paul Schnabel (red.). ISBN 90-377-0263-5
- Hoge (jeugd)werkloosheid onder etnische minderheden (2006). Jaco Dagevos. ISBN 90-377-0266-x
- Niet-westerse allochtonen met een stabiele arbeidsmarktpositie: aantallen en ontwikkelingen (2006). Jaco Dagevos, Maurice Gesthuizen. ISBN 90-377-0249-x
- Werken op de grens van wetenschap en beleid (2006). Kees Schuyt, Jan-Willem Duyvendak en Theo Roes. ISBN 90-377-0272-4
- At Home in the Countryside. A comparison of rural and urban life. Summary (2006). A. Steenbekkers, C. Simon, V. Veldheer. ISBN 90-377-0292-9
- De tijd als spiegel. Hoe Nederlanders hun tijd besteden (2006). K. Breedveld, A. van den Broek, J. de Haan, L. Harms, F. Huysmans en E. van Ingen. ISBN 90-377-0283-x
- Anders onderweg. De mobiliteit van allochtonen en autochtonen vergeleken (2006). Lucas Harms. ISBN 90-377-0281-3
- Summary of Report on the Elderly 2006 (2006). Alice de Boer (ed.). ISBN 90-377-0293-7
- Visit our site (2006). Jos de Haan, Renée Mast, Marleen Varekamp, Susanne Janssen. ISBN 90-377-0296-1
- Veel geluk in 2007. Nieuwjaarsuitgave (2007). Paul Schanbel (red.). ISBN 978-90-377-0295-8